



Pflegende als Zielscheibe von Aggressionen

Effekt von Schulungen im Aggressionsmanagement auf den Umgang mit Aggressionen

Belinda Hölzli
17667379

Nina Keller
16729246

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: 2017

Eingereicht am: 01.05.2020

Begleitende Lehrperson: Grit Streese

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Vorwort	2
1. Einleitung	3
1.1 Ziel.....	4
1.2 Fragestellung	5
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Aggression	6
2.2 Abgrenzung zu Gewalt	6
2.3 Aggressionsmanagement.....	6
2.4 Schulung	6
2.5 Pflegende	7
3. Methode	8
4. Ergebnisse	11
4.1 Übersicht über die eingeschlossenen Studien.....	12
4.2 Zusammenfassung & Würdigung der Studien	14
4.2.1 Studie 1.....	14
4.2.2 Studie 2.....	16
4.2.3 Studie 3.....	20
4.2.4 Studie 4.....	23
4.2.5 Studie 5.....	27
4.2.6 Studie 6.....	31
4.2.7 Studie 7.....	34
4.2.8 Studie 8.....	38
5. Diskussion	43

5.1 Einteilung der Ergebnisse	44
5.1.1 Sicherheitsgefühl.....	46
5.1.2 Kompetenzerwartung und Wissen.....	47
5.1.3 Einstellung gegenüber Aggression und Gewalt	48
5.1.4 Selbstvertrauen	50
5.1.5 Praktische Fähigkeiten.....	51
5.2 Limitationen der Arbeit.....	52
6. Theorie-Praxis-Transfer	54
6.1 Implikationen für die Pflegepraxis	54
6.2 Implikationen für die Pflegeforschung	55
7. Schlussfolgerung	56
Literaturverzeichnis.....	57
Abbildungsverzeichnis	59
Tabellenverzeichnis.....	59
Wortzahl	60
Danksagung.....	60
Eigenständigkeitserklärung	61
Anhang A: Glossar	62
Anhang B: Zusammenfassung und Würdigung der Studien.....	64

Abstract

Einleitung: Erlebte Aggressionen durch Patientinnen und Patienten stellen weltweit ein zunehmendes Problem für Gesundheitsfachpersonen, insbesondere für Pflegende, dar. Erlebte Aggressionen gehen mit verschiedenen psychischen und physischen Folgen einher. Eine Möglichkeit, um der Problematik und deren Folgen entgegenzuwirken, sind Schulungen im Aggressionsmanagement.

Fragestellung: Welchen Effekt haben Schulungen im Aggressionsmanagement für Pflegende im Akutspital auf deren Umgang mit Aggressionen ausgehend von Patientinnen und Patienten?

Methode: Um die Fragestellung zu beantworten, wurden in den Fachdatenbanken Cinahl Complete, Pubmed, Psycinfo, Pubpsych und Cochrane Library eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Die inkludierten Studien wurden zusammengefasst, gewürdigt und deren Ergebnisse diskutiert. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse wurden Implikationen für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung abgeleitet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten, dass die Schulungen mehrheitlich positive Effekte auf die Aspekte Sicherheitsgefühl, Kompetenzerwartung, Einstellung gegenüber Aggressionen und Gewalt, Selbstvertrauen und Veränderungen in den praktischen Fähigkeiten haben.

Schlussfolgerung: Pflegende können durch Schulungen im Aggressionsmanagement gestärkt werden im Umgang mit erlebten Aggressionen durch Patientinnen und. Die regelmässige Durchführung der Schulungen werden für die Praxisinstitutionen und die Bildungsinstitutionen empfohlen.

Keywords: nurse, nursing, aggression, training, program, prevention, aggression management, hospital, acute ward, acute care

Vorwort

Begriffe, die für das Verständnis der vorliegenden Arbeit zentral sind, werden bei der Ersterwähnung im Text mit einem Stern (*) markiert und im Glossar (Anhang A) erklärt.

1. Einleitung

Gewalt am Arbeitsplatz stellt immer häufiger ein Problem für die Gesundheitsfachpersonen* dar, welches hohe Risiken für deren Gesundheit mit sich bringt (Beech, 2008). Dieser Trend kann auf die grössere Bereitschaft für Aggressionen in der Gesellschaft zurückgeführt werden (Needham et al., 2005). International sind 50 Prozent der Gesundheitsfachpersonen im somatischen Bereich von verbalen sowie 25 Prozent von physischen Aggressionen durch Patientinnen und Patienten wie auch Besuchende betroffen. Je mehr Patientenkontakt das Gesundheitsfachpersonal hat, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit mit Aggressionen und Gewalt konfrontiert zu werden (Marshall, Craig & Meyer, 2017). Walter, Nau, Oud & Auer (2012) erwähnen, dass Pflegende von allen Gesundheitsfachpersonen am häufigsten mit Aggressionen und Gewalt in Kontakt kommen.

Laut Nau, Dassen, Needham & Halfens (2009) beschränkt sich die Thematik der Patientenaggression weder auf bestimmte Länder noch auf einzelne Settings. Halm (2017) fasst in einem Review zusammen, dass in Australien 33 bis 65 Prozent und in den USA bis zu 76 Prozent der Pflegenden verbale oder physische Gewalt durch Patientinnen und Patienten erleben. Im vereinigten Königreich berichten bis zu 33.6 Prozent der Pflegenden, von verbalen und bis zu 43.4 Prozent von physischen Aggressionen betroffen zu sein (Winstanley & Whittington, 2004).

Dies zeigt sich auch in der Studie von Hahn & Needham (2008), laut welcher 71 Prozent der Pflegenden in der Schweiz verbale und 42 Prozent physische Aggressionen erfahren haben. Weitere 27 Prozent fühlen sich durch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen bedroht. Dabei bildet das aggressive Verhalten der Patientinnen und Patienten den grösseren Anteil als jenes der Angehörigen.

Nicht zu vergessen sind Pflegeauszubildende, die besonders nah am Patientenbett arbeiten und somit besonders stark von Aggressionen und Gewalt betroffen sind. In der Schweiz wurden 87 Prozent der Pflegeauszubildenden bereits mit verbalen Aggressionen konfrontiert (Walter et al., 2012).

Erlebte Aggressionen können physische und psychische Auswirkungen zur Folge haben, wie zum Beispiel Kopfverletzungen, Ängste und Unzufriedenheit im Beruf.

Dies wiederum führt zu finanziellen Folgen durch Personalausfall (Al-Ali, Al Faouri & Al-Niarat, 2016; Needham et al., 2005).

Nur 50 Prozent der Pflegenden sind mit ihren physischen Interventionen im Umgang mit Aggressionen zufrieden (Halm, 2017). Ebenfalls die Hälfte des Pflegepersonals fühlt sich zu wenig unterstützt, was zu Belastungen der Pflegenden führt.

Die beschriebenen Daten weisen auf Wissenslücken im Umgang mit aggressivem Verhalten hin (Grywa & Zeller, 2003). Es wird ein Zusammenhang zwischen erlebter Aggression und deren negativen Auswirkungen auf die Pflegequalität angenommen (Zeller, Needham & Halfens, 2006). Um dem entgegen zu wirken, stellen Schulungen eine mögliche Intervention dar (Grywa & Zeller, 2003). Zudem beeinflusst das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, wie mit bedrohlichen und anspruchsvollen Situationen umgegangen wird und wie diese erlebt werden (Nau et al., 2009).

Aus persönlicher Erfahrung ist den Autorinnen dieser Arbeit bekannt, dass in psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz regelmässige Schulungen im Aggressionsmanagement stattfinden. Lediglich 21 Prozent der Pflegenden im Akutspital erhalten eine solche Schulung. (Hahn & Needham, 2008).

Aus der genannten Problematik und den beschriebenen Folgen ist zu klären, inwiefern Aggressionsmanagementschulungen zur Verbesserung der oben beschriebenen Situation der Pflegenden beitragen.

1.1 Ziel

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, zu ermitteln, ob und inwiefern Aggressionsmanagementschulungen für Pflegende deren Umgang mit Aggressionen durch Patientinnen und Patienten beeinflussen. Dazu soll anhand einer systematisierten* Literaturrecherche erarbeitet werden, welche konkreten Veränderungen im Umgang mit Aggression von den Pflegenden nach einer Aggressionsmanagementschulung beschrieben werden.

1.2 Fragestellung

Aus dem beschriebenen Ziel lässt sich folgende Fragestellung ableiten: Welchen Effekt haben Schulungen im Aggressionsmanagement für Pflegende im Akutspital auf deren Umgang mit Aggressionen ausgehend von Patientinnen und Patienten?

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden zentrale Begriffe für die Bearbeitung der Fragestellung definiert.

2.1 Aggression

Aggression kann sowohl ein Gefühl als auch ein Verhalten sein. Verschiedene Gefühle wie zum Beispiel Wut, Schuld und Hilflosigkeit können zu aggressivem Verhalten führen. Dies zeigt sich in verbalen, nonverbalen oder physischen Reaktionen. Dabei wird der Person, von der das aggressive Verhalten ausgeht, weiteren Personen oder Gegenständen möglicherweise Schaden zugefügt. Eine wahrgenommene Bedrohung des Gegenübers gilt bereits als aggressives Verhalten (Walter et al., 2012).

2.2 Abgrenzung zu Gewalt

Gewalt wird als schwerwiegende Form von Aggression verstanden. Dabei bestimmt das subjektiv Erlebte das Ausmass der Aggression. Eine Abgrenzung der beiden Begriffe ist daher schwierig zu definieren. Somit kann aggressives Verhalten Gewalt beinhalten, muss jedoch nicht (Walter et al., 2012).

2.3 Aggressionsmanagement

Das Aggressionsmanagement beinhaltet Aspekte der Prävention, des Verhaltens während aggressiven Episoden sowie der Nachsorge. Dafür werden unter anderem Verständnis und Wissen zu Ursachen, Einflussfaktoren wie auch Techniken zum Selbstschutz und zur Deeskalation* benötigt (Moser et al., 2015).

2.4 Schulung

Unter einer Schulung wird die an eine Zielgruppe angepasste Wissensvermittlung verstanden. Es erfolgt ein Wechsel zwischen Theorie und praktischen Übungen (Stangl, 2011).

In der Schweiz bietet beispielsweise das Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen Schweiz (NAGS) Schulungen zum

Aggressionsmanagement an. In einem 3-tägigen Grundkurs werden in Kapitel 2.3 erwähnte Aspekte vermittelt und geübt (Moser et al., 2015).

2.5 Pflegende

In dieser Arbeit wird unter Pflegenden das gesamte Pflorgeteam, inklusive Auszubildende, verstanden.

Dazu gehören Assistentinnen und Assistenten in Gesundheit und Soziales, Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit und diplomiertes Pflegefachpersonal Höhere Fachschule oder Fachhochschule. Pflegende mit einem Master- oder Dokortitel werden ebenfalls inkludiert (Schäfer, Scherrer & Burla, 2013).

3. Methode

In diesem Kapitel ist die methodische Vorgehensweise zur Bearbeitung der Fragestellung beschrieben.

Eine systematisierte Literaturrecherche wird in den pflegerelevanten Datenbanken Cinahl Complete, Pubmed, Psycinfo, Pubpsych und Cochrane Library durchgeführt, um relevante Studien zur Beantwortung der Fragestellung zu ermitteln. Die in Tabelle 1 aufgeführten Keywords werden als Medical Subject Headings (MeSH-Terms), Exact subject Heading (MH) oder als einzelne Suchbegriffe verwendet. Mittels den Booleschen Operatoren AND, OR und NOT werden die Keywords verknüpft.

Tabelle 1
Keywords

	Keywords Deutsch	Keywords Englisch
Phänomen	Aggression	aggression
	aggressiv	aggressive
	Gewalt	violence
	Schulung	education, training, program, instruction, course
	Aggressionsmanagement	aggression management
	Prävention	prevention
Population	Pflegefachpersonen	nurse
	Pflege	nursing
Setting	Akutspital	(acute) hospital, acute care, acute ward
Ausschluss	Psychiatrie	psychiatry, mental health
	psychisch	psychiatric, mental
	Mobbing	bullying

Zur Gewährleistung der Übersetzung, werden für die Suche die Limits deutsche und englische Sprache verwendet. Um die bereits geringe Studienanzahl nicht weiter einzuschränken, wird auf weitere Limits verzichtet. Die Treffer werden anhand der Titel und Abstracts auf ihre Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung geprüft. In einem weiteren Schritt erfolgt ein Ein- oder Ausschluss der Studien mittels in Tabelle 2 aufgeführten Kriterien.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Akutspital	Studien mit Fokus auf Psychiatrie
Aggression ausgehend von Patientinnen und Patienten	Aggression ausgehend von anderen Personen als Patientinnen und Patienten

Den Autorinnen ist aus eigenen Erfahrungen bekannt, dass in psychiatrischen Einrichtungen das Thema Aggression bei den Pflegenden präsent ist und regelmässige Schulungen stattfinden. Im Akutspital hingegen konnten die Autorinnen feststellen, dass weniger Schulungen zur genannten Thematik durchgeführt werden. Ebenso konnten die Autorinnen beobachten, dass im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten Unsicherheiten beim Pflegepersonal auftreten und Unterschiede im Wissensstand bestehen. Aus diesen Gründen beschränkt sich die Bearbeitung der Thematik auf das Akutspital.

In einer ersten Literatursuche haben die Autorinnen festgestellt, dass sich die Stichproben der Studien aus verschiedenen Settings zusammensetzen, wobei das psychiatrische Setting oft miteingeschlossen ist. Deshalb werden in dieser Arbeit nur Studien ausgeschlossen, welche sich ausschliesslich auf das Setting Psychiatrie beschränken.

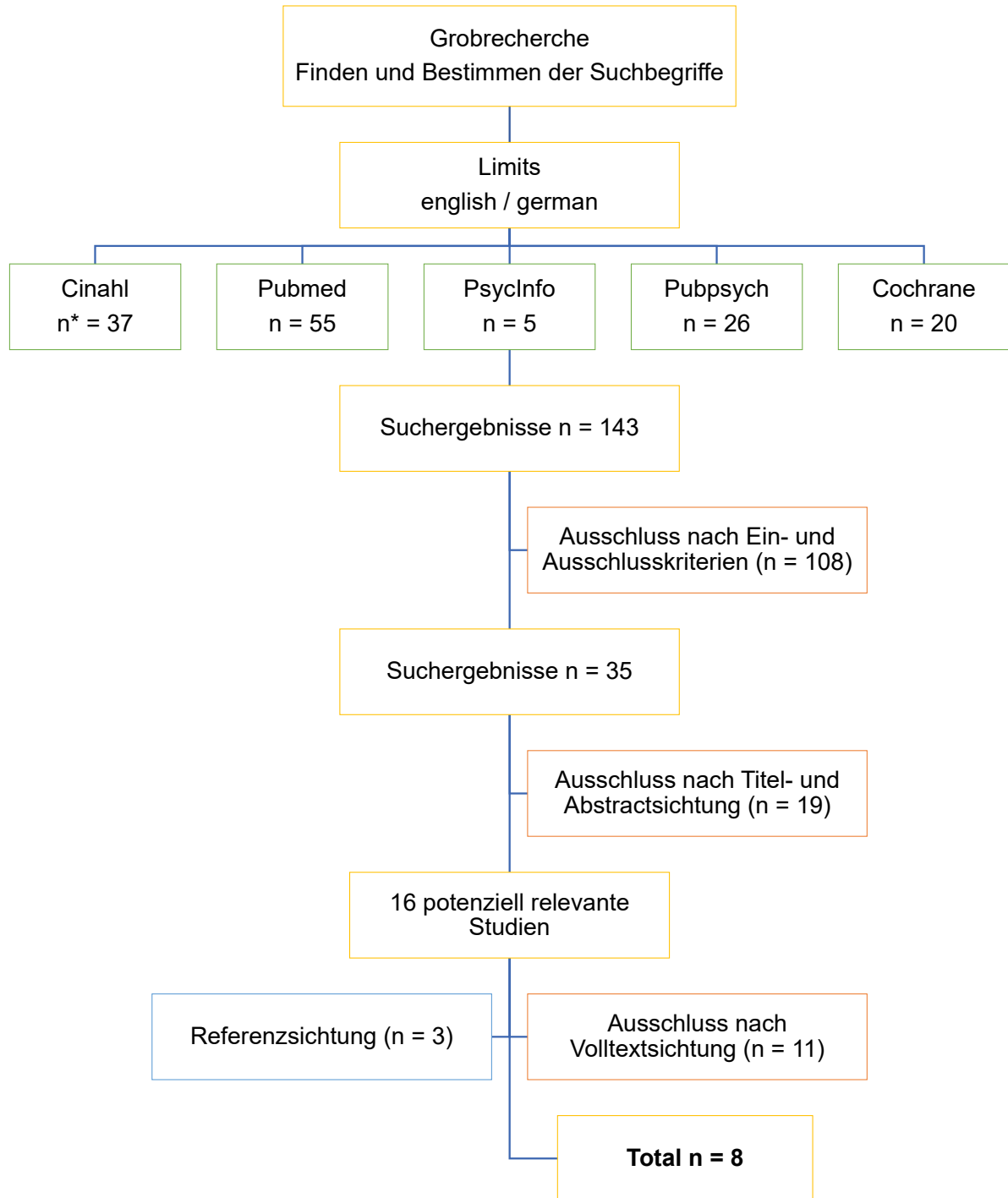
Das Ziel der Arbeit ist es, den Effekt von Schulungen für Pflegende auf deren Umgang mit Aggressionen ausgehend von Patientinnen und Patienten zu ermitteln. Daher werden Aggressionen ausgehend von anderen Personen ausgeschlossen.

Qualitative Studien werden nach Lincoln & Guba (1985) auf ihre Güte beurteilt. Die Beurteilung der Güte von quantitativen Studien erfolgt nach LoBiondo & Grove (2005).

Anhand von Literaturverzeichnissen in Studien wird weitere Literatur unsystematisiert gesucht und hinzugezogen. Im Katalog Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz (NEBIS) erfolgt eine Recherche zu Fachbüchern.

In Abbildung 1 wird der Verlauf der Literatursuche als Flussdiagramm dargestellt.

Abbildung 1
Flussdiagramm Literatursuche



4. Ergebnisse

Dieses Kapitel dient der Beantwortung der Fragestellung. Dafür wurden acht Studien inkludiert, deren Übersicht in Tabelle 3 dargestellt ist. Eine Zusammenfassung und Würdigung der Studien erfolgt in Kapitel 4.2. Es werden hauptsächlich Ergebnisse erwähnt, die für die Fragestellung relevant sind. Die Güte wird nach Lincoln & Guba (1985) und LoBiondo & Grove (2005) beurteilt. Die ergänzenden Zusammenfassungen und Würdigungen sind im Anhang B zu finden.

Bei allen verwendeten Studien zur Beantwortung der Fragestellung handelt es sich um Primärstudien, weshalb sie der niedrigsten Stufe des Evidenzlevels der 6S Pyramide nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009) angehören.

4.1 Übersicht über die eingeschlossenen Studien

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der eingeschlossenen Studien zur Beantwortung der Fragestellung.

Tabelle 3

Übersicht über die eingeschlossenen Studien

Studien-nummer	Titel	Autoren/ Publikationsjahr	Forschungsdesign	Stichprobe/ Setting	Fragestellung oder Ziel der Studie
S1	The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan.	Al-Ali, N. M., Al Faouri, I. & Al-Niarat, T. F. (2016).	Prä-Post-Test ohne Kontrollgruppe	97 Pflegefachpersonen eines Akutspitals in Jordanien	Auswirkungen des Ausbildungsprogramms auf die Einstellung von Pflegenden zu Gewalt am Arbeitsplatz in einem Militärkrankenhaus in Jordanien.
S2	Evaluating a management of aggression unit for student nurses.	Beech, B. & Leather, P. (2003).	Längsschnittstudie mit Messwiederholung, ohne Kontrollgruppe	243 Pflegestudierende aus Grossbritannien aus dem Erwachsenenbereich und der Psychiatrie	Kurz- und mittelfristiger Effekt einer dreitägigen Schulung im Aggressionsmanagement auf die Prävention und den Umgang mit Aggressionen am Arbeitsplatz von Pflegestudierenden.
S3	Aggressionsmanagement - ein sinnvoller Ausbildungsinhalt in der Pflegeausbildung?	Grywa, D. & Zeller, A. (2003).	Qualitative Inhaltsanalyse anhand von Einzelinterviews	7 Pflegeauszubildende in Akut- oder Psychiatriepflege aus der Deutschschweiz	Welche Erkenntnisse gewinnen Schülerinnen und Schüler in der Pflegeausbildung in einer Schulung zu Aggressionsmanagement?
S4	The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study.	Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. & Hahn, S. (2016).	Deskriptive qualitative Studie mit halbstrukturierten Interviews	7 diplomierte Pflegefachpersonen aus verschiedenen Spitälern in der Schweiz	Ziel der Studie ist es, aus Sicht der Pflegenden einen Einblick in das Gelernte einer Schulung im Aggressionsmanagement zu erhalten.

S5	The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study.	Lamont, S. & Brunero, S. (2018).	Quasi-experimentell, Prä-Post-Test ohne Kontrollgruppe	78 Pflegende eines australischen Akutspitals	Auswirkungen eines Schulungsprogramms zu Gewalt am Arbeitsplatz in Bezug auf Risikobewertung und -management, Deeskalationsfähigkeiten, Selbstverteidigung und Selbstvertrauen im Akutspital
S6	The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre-and post-test study.	Nau, J., Dassen, T., Needham, I. & Halfens, R. (2009).	Quasi-experimentelle Längsschnittstudie, Prä-Post-Test ohne Kontrollgruppe	68 Pflegestudierende einer deutschen Pflegeschule, die während den Praxiseinsätzen in unterschiedlichen Institutionen tätig sind	Ausmass, in dem ein Trainingsprogramm zum Aggressionsmanagement das Vertrauen der Pflegestudierenden in Bezug auf den Umgang mit Aggressionen beeinflusst.
S7	The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression.	Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dauen, T., Fischer, J. E. & Halfena, R. J. G. (2005).	Quasi-experimentell, Prä-Post-Test mit Kontrollgruppe	117 Pflegestudierende aus zwei Pflegeschulen der Ostschweiz	Einfluss eines Trainingsprogramms im Aggressionsmanagement auf die Einstellung, die Wahrnehmung sowie das wahrgenommene Vertrauen der Pflegestudierenden im Umgang mit Aggressionen durch Patientinnen und Patienten.
S8	Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung.	Zeller, A., Needham, I. & Halfens, R. (2006).	Quasi-experimentell, Prä-Post-Test mit Kontrollgruppe	117 Pflegeschülerinnen und -schüler aus verschiedenen Fachbereichen in der Deutschschweiz	F hlen sich Sch lerinnen und Sch ler einer vierj hrigen Pflegeausbildung unmittelbar und drei Monate nach einer Schulung ber Aggressionsmanagement kompetenter und sicherer im Umgang mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten als vor der Schulung?

4.2 Zusammenfassung & Würdigung der Studien

4.2.1 Studie 1

Al-Ali et al. (2016) untersuchten in einem jordanischen Militärspital die Auswirkungen eines Ausbildungsprogramms auf die Einstellung von Pflegenden zu Gewalt am Arbeitsplatz. Weiter erhoben sie die Prävalenz gewalttätiger Vorfälle, die Reaktion der Pflegenden, Unterstützungsquellen und Copingstrategien nach gewalttätigen Zwischenfällen.

In einer «sample size calculation*» wurde die Stichprobengrösse von 85 Teilnehmenden berechnet. Um allfällige «Drop-outs*» ausgleichen zu können, wurde die Anzahl auf 100 Probandinnen und Probanden erhöht. Die Stichproben wurden aus Intensivstationen, medizinisch-chirurgischen Stationen, Notfall und dem ambulanten Bereich zufällig zusammengestellt. Berechtigt an der freiwilligen Teilnahme waren Pflegende mit einem Diplom- oder Bachelorabschluss.

Die Pflegenden wurden in fünf Gruppen zu je 20 Teilnehmenden desselben Fachgebiets eingeteilt. In diesen Gruppen erfolgte die Schulung.

Jeweils vor der Schulung (Prä-Test*) und fünf Wochen danach (Post-Test*) erhielten sie denselben Fragebogen zum Ausfüllen.

Um die Daten zu erheben, wurde die arabische Version des «The Attitude toward Patient Physical Assault Questionnaire» verwendet. Mittels dieses Fragebogens wurden Aussagen zu Überzeugungen und Bedenken in Bezug auf Sicherheit, Kompetenz der Pflegenden sowie rechtliche Aspekte anhand einer Likert-Skala* (Zustimmung, Neutralität, Ablehnung) bewertet.

Mittels t-Test* wurde der Effekt der Schulung auf die Einstellung der Pflegenden berechnet. Das Signifikanzniveau* wurde bei $p \leq 0.05$ festgelegt.

Intervention

Entstanden ist das Programm aus Rahmenrichtlinien zur Bekämpfung von Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitsbereich und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Gesundheitsorganisationen.

Das von Al-Ali et al. (2016) beschriebene Schulungsprogramm bestand aus den folgenden zentralen Themen:

- Definitionen von Gewalt am Arbeitsplatz und Leitlinien zu allgemeinen Rechten und Pflichten
- Wahl der besten Ansätze
- Erkennen und Einstufen von Gewalt
- Interventionen
- Dokumentation und Evaluation (S. 85)

Die Schulung dauerte einen Tag und bestand aus theoretischen Inputs sowie praktischen Übungen.

Ergebnisse

Die Mehrheit der 97 Pflegenden, welche die Studie beendeten, waren weiblich (n=59) und wiesen mehr als drei Jahre Berufserfahrung (n=62) auf. Für 86.8 Prozent der Teilnehmenden war es die erste Schulung zum Thema Aggressionen.

Der Anteil der Pflegenden, welche bereits Erfahrungen mit Gewalt machen mussten, betrug in verbaler Form 63.9 Prozent und in physischer Form 7.2 Prozent.

Insgesamt 54.6 Prozent der Probandinnen und Probanden ignorierten verbale Angriffe, häufig mit der Begründung, es habe keine Konsequenzen. Der prozentuale Anteil bei physischer Gewalt ist ähnlich.

Nach obengenannten Vorfällen wird von 88.7 Prozent der Pflegenden das Team als primäre emotionale Stütze angegeben. 70 Prozent gaben bewusste Kommunikation bei der Pflege von Patientinnen und Patienten als wichtigste Copingstrategie an.

Die Pflegenden schätzten die Kompetenz des Personals nach der Schulung signifikant* höher (p=0.026) ein. Zur Einstellung der Pflegenden bezüglich rechtlicher Aspekte (p=0.703) und Sicherheit (p=0.599) wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Würdigung

Das gewählte Studiendesign scheint angemessen und sinnvoll, da durch einen Prä-Post-Test die zu untersuchenden Unterschiede vor und nach einer Schulung aufgezeigt werden können. Die durchgeführte «sample size calculation» verspricht eine angemessene Stichprobengrösse. «Drop-outs» wurden keine genannt. Es ist jedoch ersichtlich, dass drei Pflegende die Studie nicht beendeten. Eine

Gruppenzuteilung erfolgte anhand des Fachgebiets der Pflegenden. Somit ist nicht ganz klar, ob alle fünf Schulungsdurchläufe die genau gleichen Themen behandelten oder ob diese durch die homogene Gruppe gesteuert wurden. Diskutiert wurde dieser Punkt nicht. Die Studie wurde in nur einem Spital in Jordanien durchgeführt. Dadurch ist eine Übertragung in andere Gesundheitsinstitutionen mit Vorsicht zu tätigen.

Der verwendete Fragebogen wurde auf seine Validität* und Reliabilität* (Cronbachs Alpha*=0.69) überprüft und angepasst. Die Reliabilität ist somit fragwürdig. Über die Validität wurde keine genauere Aussage gemacht. Die Inhalte des Instruments wurden genannt, jedoch nicht genauer erläutert. Zudem ist nicht bei allen Daten ersichtlich, mit welchen Verfahren diese erhoben wurden. Die Durchführung eines Prä-Tests kann einen Einfluss auf das Wissen der Pflegenden haben, was das Ergebnis des Post-Tests verzerren kann.

Der t-Test setzt für die abhängige Variable* ein intervallskaliertes Datenniveau voraus. Bei der Einstellung der Pflegenden handelt es sich jedoch um ordinale Daten. Aus diesem Grund sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Aufgrund der berechneten Stichprobengrösse ist das gewählte Signifikanzniveau von 0.05 sinnvoll.

Al-Ali et al. (2016) verglichen ihre Ergebnisse mit anderen Studien.

In der Studie wurde nur die Einstellung der Pflegenden, nicht aber deren Verhalten untersucht. Da der Post-Test bereits fünf Wochen nach der Schulung stattgefunden hat, kann keine Aussage über den langfristigen Nutzen gemacht werden.

Ergebnisse, die für die Fragestellung relevant sind, wurden in der Diskussion ungenügend erklärt.

4.2.2 Studie 2

Das Ziel von Beech & Leather (2003) war es, herauszufinden, welchen „kurz- und mittelfristigen Effekt eine dreitägige Schulung auf die Studierenden in Bezug auf die Prävention und den Umgang mit Aggressionen am Arbeitsplatz hat“ (S. 606). Die Fragestellung wurde mittels einer Längsschnittstudie* mit Messwiederholung untersucht. Insgesamt nahmen 243 freiwillige Pflegestudierende teil. Davon waren 84.7 Prozent weiblich und knapp 70 Prozent waren jünger als 30 Jahre. Einige

Studierende erhielten zuvor theoretische Inputs (14%) oder absolvierten praktische Einheiten (19%). 55 Prozent arbeiteten mit erwachsenen Patientinnen und Patienten und 25 Prozent im psychiatrischen Setting.

Die Datenerhebung fand zu vier verschiedenen Zeitpunkten statt: Vier Monate vor der Schulung (t1), zu Beginn des ersten Schulungstages (t2), am Ende des letzten Schulungstages (t3) und drei Monate nach Beendigung der Schulung (t4) wobei diese drei Monate zwei mal drei Wochen Praxiserfahrung beinhalteten. Die Praxiseinheiten fanden in der Psychiatrie und mit Menschen mit einer Lernbeeinträchtigung statt.

Es wurden folgende Instrumente zur Datenerhebung benutzt:

1. In einem ersten Schritt wurden für die Fragestellung wichtige demographische Angaben erhoben.
2. Der zweite Teil enthielt zwei Fallbeispiele: Das Erste handelt von einem 30-jährigen Mann, der in die Notaufnahme kommt. Im zweiten Fallbeispiel geht es um eine 75-jährige Frau in einem Wohnheim. Die Studierenden sollten Risikofaktoren aus den Fallbeispielen aufschreiben.
3. Eine visuelle Analogskala (VAS)* wurde benutzt, um die Schuldzuschreibung der Aggressionen in beiden Fallbeispielen zu messen.
4. Anhand einer fünf-Punkte Likert Skala wurden die Haltung, die geschätzte Verhaltenskompetenz und das Vertrauen gemessen.

Vor der Erhebung der Daten wurde ein Peer-Review* der Instrumente durchgeführt. Die Risikofaktoren sowie die VAS (Schuldzuweisung) wurden mittels deskriptiver* Statistik ausgewertet. Um zusätzlich die Unterschiede zwischen den verschiedenen Zeitpunkten (t1-t4) zu berechnen, wurde ein t-Test durchgeführt. Die Aussagen der Likert Skala wurden mittels Hauptkomponentenanalyse* analysiert, um die Variablen zu strukturieren und in Kategorien zu unterteilen. Beech & Leather (2003) führten bei den erhobenen Kategorien t-Tests durch, um die Unterschiede über die vier Zeitpunkte zu ermitteln.

Intervention

Die dreitägige Schulung wurde jeweils gegen Ende des ersten Ausbildungsjahres durchgeführt. Die Studierenden befanden sich in drei Klassen von ungefähr 80

Studierenden. Innerhalb der Klassen variierten die Gruppengrößen je nach Lernziel zwischen 20 und 40 Personen. Beech & Leather (2003) beschrieben folgende Lernziele, welche in der Schulung enthalten waren:

- *Wissen* über psychologische Theorien und Modelle, Statistiken aus dem Gesundheitswesen, rechtliche Aspekte und Prinzipien von Befreiungsmöglichkeiten sowie Risikofaktoren
- *Haltung* gegenüber Rechten der Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden in Bezug zur Sicherheit des Personals, psychische Erkrankungen, Gefährlichkeit, Vorhersehbarkeit und die Rolle der Pflegestudierenden
- *Verbesserung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens* zur Aufrechterhaltung der eigenen Sicherheit, unprovokatives Kommunizieren und Interagieren, frühe Anzeichen von Aggressionen und deren Risikofaktoren erkennen
- *Fähigkeiten*, wie zum Beispiel Befreiungsmöglichkeiten sowie verbale und nonverbale Kommunikation (S. 607)

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden anhand der verwendeten Messinstrumente eingeteilt.

Zu erwähnen ist, dass die erste Klasse die Befragung bei t1 nicht durchgeführt hat, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Bewilligung zur Studiendurchführung vorlag.

Bei beiden Fallbeispielen konnte eine Steigerung der identifizierten Risikofaktoren beobachtet werden. Beim ersten Fallbeispiel (junger Mann) stiegen diese von durchschnittlich 4.18 (t1) identifizierten Risikofaktoren auf 4.89 (t4). Im zweiten Fallbeispiel (ältere Frau) lag die Steigerung bei 4.41 (t1) zu 5.0 (t4).

Somit konnte eine signifikante Steigerung ($p \leq 0.001$) der identifizierten Risikofaktoren bei beiden Fallbeispielen zwischen t2 und t3 sowie t4 erreicht werden.

Für das erste Fallbeispiel (junger Mann) konnte zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 sowie zwischen t2 und t4 eine signifikant verminderte Schuldzuweisung ($p \leq 0.001$) ermittelt werden.

Beim zweiten Fallbeispiel (ältere Frau) konnten im zeitlichen Verlauf keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Schuldzuweisung gefunden werden. Dabei ist die Schuldzuweisung bei t4 am höchsten.

Im zweiten Fallbeispiel zeigte sich über die gesamte Zeitspanne eine geringere Schuldzuweisung als im ersten Fallbeispiel.

Die Auswertung der Hauptkomponentenanalyse ergab folgende fünf Faktoren:

1. Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit
2. Vorhersehbarkeit und Prävention
3. Praktische Fähigkeiten
4. Selbstachtung und Personalrechte
5. Unprovokatives Verhalten

Die Faktoren 1,2,4 und 5 wiesen zwischen t2 und t3 sowie zwischen t2 und t4 einen hochsignifikanten* Anstieg auf. Das Ergebnis des Faktors 3 ist zwischen t2 und t3 sowie t2 und t4 signifikant gesunken.

Würdigung

Eine Längsschnittstudie mit Messwiederholung scheint geeignet, um die kurzfristigen und mittelfristigen Effekte der Schulung zu ermitteln. Beech & Leather (2003) führten keine «sample size calculation» durch. Die Anzahl von 243 Studierenden scheint im Vergleich mit anderen Studien jedoch angemessen, wobei nicht klar dargestellt wurde, aus welchen Settings die Studierenden stammen und wie die Stichprobe zusammenkam. Eine Übertragung auf die Population der Pflegestudierenden ist aufgrund der Verteilung der demographischen Daten möglich.

Die Datenerhebung sowie die Messinstrumente wurden verständlich beschrieben. Eine ausführliche Beschreibung der Fallbeispiele fehlt. Da die Daten von t1 nur bei zwei von drei Klassen erhoben wurden, sollten alle Ergebnisse, welche Daten von t1 beinhalten, mit Vorsicht interpretiert werden. Im Text wurde beschrieben, dass die Aussagen der Likert Skala mit dem Lernerfolg zusammenhängen. Dies spricht für ein valides Messinstrument. Zur Reliabilität und Validität wurden keine Angaben gemacht. Es wurde nicht erwähnt, welche Personen die Schulung durchführten. Die durchführenden Personen hatten möglicherweise einen Einfluss auf die Schulung, indem sie persönliche Aspekte miteinbrachten.

Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt. Die Verwendung des t-Test ist nur für die Benennung der Risikofaktoren gerechtfertigt. Alle anderen Daten weisen kein Intervallniveau auf. Eine Verwendung der Hauptkomponentenanalyse setzt ebenfalls intervallskalierte Daten voraus. Likert Skalen sind jedoch ordinalskaliert. Dies sind Gründe, weshalb die Ergebnisse möglicherweise verzerrt sind. Zudem wurden ausschliesslich Selbsteinschätzungen erhoben, was keine Aussagen zu eigentlichen Leistungen erlaubt. Mittels mehrerer Tabellen wurden die Ergebnisse übersichtlich dargestellt und ergänzt.

Die Ergebnisse wurden kaum kritisch diskutiert und nicht mit anderen Studien verglichen.

4.2.3 Studie 3

Die Fragestellung der deutschschweizerischen Studie von Grywa & Zeller (2003) lautete: „Welche Erkenntnisse gewinnen Schülerinnen und Schüler in der Pflegeausbildung in einer Schulung zu Aggressionsmanagement?“ (S. 282). Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse in Form von Einzelinterviews sollte dies untersucht werden.

Die Stichprobe bestand aus sieben Pflegeauszubildenden (vier Frauen, drei Männer) im Alter zwischen 21 und 47 Jahren. Alle Auszubildenden befanden sich im ersten oder dritten Ausbildungsjahr der Akut- oder Psychiatriepflege in einer Pflegeschule der Deutschschweiz. Eine Teilnahme an der Studie geschah freiwillig.

Jeweils eine Woche vor und eine Woche nach der Schulung wurden standardisierte Interviews à 20 Minuten durchgeführt. Vor der Schulung wurde nach der Definition, den Erfahrungen und der Sicherheit im Umgang mit Gewalt und/oder Aggressionen gefragt. Zudem wurden der Schulungsbedarf und Ansprüche an die Inhalte erhoben. Die Fragen nach der Schulung bezogen sich auf die Definition, die Sicherheit im Umgang mit Gewalt und/oder Aggressionen und die Erkenntnisse der Schulung. Alle Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anschliessend mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Intervention

Die Schulung zu Aggressionsmanagement, mit einer Dauer von 24 Lektionen à 50 Minuten, fand an vier aufeinanderfolgenden Tagen statt.

Folgende Themen wurden laut Grywa & Zeller (2003), angepasst an den Ausbildungsstand der Schülerinnen und Schüler, unterrichtet:

- Aggressionsarten und Gewaltformen, Ursachen und Entstehung von Aggression
- Auseinandersetzung mit eigener Aggression und Angst
- Theorie über die Phasen eines Aggressionsereignisses
- Umgang/Verhalten in Situationen mit Aggression, Konfliktstil
- Deeskalationsstrategien
- Instrumente der Kommunikations- und Interaktionstechnik
- Verhalten nach einem Aggressionsereignis, Nachsorge
- Sicherheit und Prävention am Arbeitsplatz
- Befreiungs- und Abwehrtechniken in verschiedenen Situationen
- Übung von Kommunikationstechniken
- Rollenspiele (S. 283)

Geleitet wurde die Schulung von einer Dozentin mit einer Trainerausbildung im Umgang mit Aggressionen von Patientinnen und Patienten.

Ergebnisse

Grywa & Zeller (2003) teilten die Ergebnisse in verschiedene Kategorien ein.

Definition von Aggression und Gewalt

Alle Auszubildenden nannten verbale wie auch physische Aggressions- und Gewaltformen. Diese unterschieden sich vor und nach der Schulung nicht. Aggression und Gewalt wurden als eine Art Grenzüberschreitung, Macht oder Unterdrückung beschrieben.

Erfahrungen mit Aggression und Gewalt

Alle Auszubildenden haben in ihren Praktika bereits physische oder verbale Gewalt, beispielsweise in Form von Beleidigungen, Bedrohungen oder Schlägen erlebt.

Sicherheit im Umgang mit Aggression und Gewalt VOR der Schulung

Vier Auszubildende gaben an, sich im Umgang mittelmässig bis sehr unsicher zu fühlen, während sich drei sicher fühlten. Aus den Zitaten ist ersichtlich, dass mindestens eine Person Aggression und Gewalt aus dem Weg zu gehen versuchte.

Sicherheit im Umgang mit Aggression und Gewalt NACH der Schulung

Nach der Schulung gaben sechs Teilnehmende an, sich nun sicherer oder sehr sicher zu fühlen. Eine Person fühlte sich noch immer unsicher. Die zitierten Personen sagten unter anderem, dass sie nun wüssten, wie reagieren oder sich nun sicherer fühlen.

Schulungsbedarf und mögliche Themen einer Schulung

Die Auszubildenden waren sich einig, dass eine solche Schulung während der Ausbildung sinnvoll ist. Die Schulung sollte folgende Themen beinhalten: Theoretische Hintergründe, richtiges Verhalten, Interventionen zur Deeskalation, rechtliche Aspekte, Verarbeitung von Erlebtem und Selbstverteidigung.

Erkenntnisse nach der Schulung

1. *Sicherheit*: Alle Auszubildenden äusserten, sich selbstbewusster und weniger ängstlich zu fühlen, da sie das Gefühl hätten, sich nun wehren zu können. Das Gefühl der Machtlosigkeit hat sich vermindert.
2. *Einstellung und Haltung*: Die Auszubildenden gaben an, nach der Schulung sensibilisierter zu sein und Aggression und Gewalt bewusster wahrnehmen zu können. Das Menschenbild der Teilnehmenden wurde beeinflusst, sie wollen niemandem weh tun und Konflikte ohne Gewalt lösen.
3. *Wissen und Kenntnisse*: Die Teilnehmenden haben ihr Wissen über Aggression und Gewalt erweitert. Auch fiel ihnen das Begründen ihrer Handlungen leichter.

Würdigung

Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse scheint geeignet für das Studiendesign, da Erkenntnisse der Schülerinnen und Schüler erhoben wurden.

Es ist nicht ersichtlich, wie die Stichprobe zusammenkam. Zu erwähnen ist die kleine Stichprobe, wodurch die Ergebnisse nur mit Vorsicht auf andere Pflegeauszubildende übertragen werden können. Eine mögliche Übertragung kann nur auf auszubildende Pflegenden gemacht werden und nicht auf ausgebildetes Personal. Da nicht ersichtlich ist, wie die Verteilung der Schülerinnen und Schüler auf Psychiatrie und Akutspital war, kann keine Übertragung auf andere Settings gemacht werden.

Die Interviewfragen wurden nachvollziehbar aufgelistet. Genauere Angaben zum Interviewsetting und der Durchführung des Interviews wurden nicht gemacht. Zur Datensättigung wurden keine Angaben gemacht. Die kleine Stichprobe, der kurze Erhebungszeitraum und nicht ersichtliche Vertiefungsfragen sprechen für eine geringe Datensättigung.

Die Vorgehensweise der Datenanalyse wurde weder erklärt noch nachvollziehbar dargestellt und ist daher nicht überprüfbar. Somit ist die Glaubwürdigkeit der Analyse nicht sichergestellt.

Die Kategorisierung der Ergebnisse wurde an den Fragen ausgerichtet. Eine inhaltliche Unterscheidbarkeit der Kategorien ist gegeben. In jeder Kategorie wurden die Ergebnisse mit passenden Zitaten veranschaulicht.

Grywa & Zeller (2003) untersuchten nur, welche Effekte kurz nach einer Schulung auftraten, eine Aussage über einen möglichen langfristigen Nutzen kann nicht gemacht werden.

Die Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen, aber kaum kritisch diskutiert.

4.2.4 Studie 4

Das Ziel der Studie von Heckemann, Breimaier, Halfens, Schols & Hahn (2016) bestand darin, aus der Sichtweise von Pflegenden zu erfahren, was diese von einer Schulung im Aggressionsmanagement lernen konnten. Dafür wurden sieben diplomierte Pflegefachpersonen aus der Schweiz anhand halbstrukturierter Interviews zum Thema befragt. Alle Teilnehmenden, welche die Schulung zum Aggressionsmanagement besuchten, wurden zur freiwilligen Teilnahme an der Studie eingeladen.

Als Basis wurde ein erstes Interview eins bis vier Wochen vor der Schulung durchgeführt. Drei bis zwölf Wochen nach der Schulung folgte ein zweites Interview. Beide Interviews beinhalteten Fragen zu den Themen Bedeutung von Aggressionen, Erfahrungen von und Einstellungen gegenüber Aggressionen sowie Strategien im Umgang mit Aggressionen. Im zweiten Interview war zusätzlich ein Feedback zur Schulung enthalten. Für die Art der Durchführung des Interviews konnten die Teilnehmenden zwischen Telefon, Skype und persönlichem Treffen frei wählen. Nach der Aufnahme der Interviews wurden diese transkribiert. Die erste Analyse erfolgte deduktiv*, wobei alle Aussagen zu einem Thema als eine Einheit kodiert und die Inhalte zusammengefasst wurden. Als zweites folgte eine induktive* Analyse. Anschliessend wurden die Inhalte überprüft und Uneinigkeiten anhand von Diskussionen im Forschungsteam gelöst. Die Daten der Interviews vor und nach der Schulung wurden gemeinsam verglichen und interpretiert.

Intervention

Die Teilnehmenden besuchten entweder die Schulung A oder die Schulung B. Die Schulung A setzte sich aus achteinhalb Stunden theoretischer Unterricht und dreieinhalb Stunden praktischen Einheiten zusammen und dauerte insgesamt zwölf Stunden. Sie richtete sich an diplomierte Pflegefachpersonen. Schulung B beinhaltete elf Stunden theoretischer Unterricht und zwei Stunden praktisches Training und dauerte insgesamt 13 Stunden. Diese fand im Rahmen des Bachelorstudiengangs Pflege für diplomierte Pflegefachpersonen statt. Der Inhalt der beiden Schulungen setzte sich laut Heckemann et al. (2016) wie folgt zusammen:

- Aggressionstheorien
- Einflussfaktoren auf die Entstehung von Aggressionen und Warnhinweise
- Deeskalations- und Interventionsstrategien
- Präventionsstrategien
- Herausforderndes und aggressives Verhalten erfassen
- Reflexion möglicher Folgen des eigenen Verhaltens in kritischen Situationen und der Einstellung gegenüber Aggressionen
- Reflexion von Teamstrategien

- Sicherheitsmanagement innerhalb der Organisation (S. 576)

Zudem wurden Rollenspiele mit Schauspielerinnen und Schauspielern durchgeführt.

Ergebnisse

Von den vier weiblichen und drei männlichen Teilnehmenden hatten zwei Personen zwischen einem und fünf Jahren, vier Personen zwischen sechs und zehn Jahren und eine Person mehr als zehn Jahre Pflegeerfahrung. Die Pflegefachpersonen arbeiteten auf verschiedenen Stationen (Notfall, Intensivstation, medizinische und verschiedene fachspezialisierte Stationen und mit Patientinnen und Patienten mit heroingestützter Therapie).

Lerneffekt

Die Pflegefachpersonen haben sich Wissen zum Thema Aggressionstheorien, Einflussfaktoren und Entstehung der Aggressionen angeeignet.

Interventionsstrategien wurden lediglich aufgefrischt, jedoch keine neuen dazugelernt. Die Rollenspiele unterstützen dabei, verschiedene Strategien wie die Deeskalation zu vertiefen. Vor allem bei den Pflegefachpersonen mit weniger Erfahrung wurde das Vertrauen im Umgang mit aggressiven Situationen gestärkt. Zudem stellten die Pflegenden fest, dass nicht jede Situation vollständig kontrolliert werden kann. Das in der Schulung Gelernte wurde jedoch nur selten im Stationsteam geteilt.

Umsetzung in die Praxis

Die Präventionsstrategien wurden beibehalten und ausgeweitet. Die Pflegenden wurden sich stärker der eigenen Tonlage, Mimik und Gestik bewusst sowie die der Patientinnen und Patienten. Dies führte dazu, potentiell aggressive Situationen früher zu erkennen. Frühinterventionen wie zum Beispiel die Deeskalation wurden gezielter eingesetzt, da sie theoretisch untermauert wurden. Die Teilnehmenden gaben an, nun mehr Möglichkeiten zu kennen, aggressive Situationen anzugehen. Die Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen wie auch sedierenden Medikamenten wurden nach der Schulung kritischer betrachtet.

Einstellung gegenüber dem Verhalten von Patientinnen und Patienten

Die Einstellung der Pflegenden gegenüber Aggressionen der Patientinnen und Patienten veränderte sich durch die Schulung nicht. Bei Aggressionen, welche durch Krankheiten oder als Nebenwirkung von Medikamenten ausgelöst wurden, sahen die Pflegefachpersonen die Schuld nicht bei den Patientinnen und Patienten. Dies war jedoch dann der Fall, wenn die Pflegefachperson die Aggressionen als respektlos, beleidigend oder nicht angebracht interpretierten. Folglich wurde diesen Patientinnen und Patienten weniger Aufmerksamkeit geschenkt.

Coping

Der Umgang mit den eigenen Emotionen der Pflegenden, die sich durch aggressives Verhalten der Patientinnen und Patienten ergaben, haben sich nicht stark verändert. Die Wut über die Situation wurde mit Teamkolleginnen und -kollegen besprochen oder es wurden Witze über die Patientinnen und Patienten gemacht. Eine Pflegefachperson beschrieb, dass auch untereinander Bestätigung gesucht wurde, in der Situation richtig gehandelt zu haben. Das Team blieb weiterhin ein wichtiger Teil der Copingstrategien. Einige gaben an, eine Strategie für sich gefunden zu haben, mit den eigenen Emotionen umzugehen, indem sie Platz zwischen sich und der aggressiven Situation schafften.

Würdigung

Eine qualitative Interviewstudie ist ein geeigneter Ansatz, da Heckemann et al. (2016) aus Sicht der Pflegenden wissen wollten, was sie von einer Schulung im Aggressionsmanagement mitnehmen konnten. Obwohl es sich um eine qualitative Studie handelt, ist die Stichprobe von sieben Teilnehmenden eher gering. Für eine Repräsentation der Population spricht, dass fast gleich viele Männer wie Frauen teilnahmen, diese in verschiedenen Settings tätig waren und unterschiedlich lange Berufserfahrung nachwiesen.

Es ist nicht ersichtlich, wie viele Pflegenden der Stichprobe an welcher Schulung (A oder B) teilnahmen. Da sich die beiden Schulungen in der Dauer sowie der Verteilung von Theorie-, sowie Praxisanteilen unterschieden, kann nicht gesagt werden, ob mit beiden Schulungen das gleiche Ergebnis erzielt werden konnte.

Die Datenerhebung wurde ausführlich und verständlich beschrieben. Eine Datensättigung wurde wegen der kleinen Stichprobe, dem kurzen Studienzeitraum und der demzufolge fehlenden Nachfrage nicht erreicht.

Die Art der Durchführung des Interviews (Telefon, Skype oder persönlich) war vor und nach der Schulung nicht bei allen Teilnehmenden identisch. Dies führte möglicherweise zu Verzerrungen der Ergebnisse. Ein Telefonat scheint anonymer, da man nicht mit dem Gegenüber konfrontiert wird. Dies könnte wiederum die Antworten der Pflegenden beeinflusst haben.

Eine ausführliche Beschreibung und Illustration der Datenanalyse ist vorhanden. Die Vorgehensweise der Datenanalyse und deren Beschreibung sorgen für Transparenz sowie Glaubwürdigkeit der Studie.

Eine Darstellung der Ergebnisse erfolgte anhand von inhaltlich abgrenzbaren Kategorien. Mittels Zitaten wurden die Ergebnisse unterstrichen. Eine Zeitspanne von drei bis zwölf Wochen nach der Schulung bis zum zweiten Interview reicht vermutlich nicht aus, um die Langzeitwirkung des Kurses zu beurteilen.

Die Resultate wurden anderen Studien gegenübergestellt.

Wichtige Limitationen wurden genannt und diskutiert.

4.2.5 Studie 5

Lamont & Brunero (2018) untersuchten in einem australischen Akutspital die „Auswirkungen einer Schulung zu Gewalt am Arbeitsplatz in Bezug auf Risikobewertung und -management, Deeskalationsfähigkeiten, Befreiungsmöglichkeiten und Selbstvertrauen“ (S. 45). Dafür wurde ein quasi-experimentelles Prä-Post-Test Design verwendet.

Zur Stichprobe gehörten 104 Pflegende aus Stationen mit hohem Risiko für Gewalt. Dazu zählen unter anderem Notfall, Geriatrie und Neurologie. Mittels einer «sample size calculation» wurde die benötigte Anzahl von 71 Pflegenden berechnet.

Die Schulung war bereits vor der Studiendurchführung für die Pflegenden obligatorisch, so dass sie sich bei der Anmeldung zusätzlich freiwillig für eine Teilnahme an der Studie melden konnten.

Erhoben wurden die Daten mittels zwei Fragebögen. Der erste Fragebogen bestand aus einer zwölf-Punkte-Likert Skala und beurteilte die Verhaltensabsichten, der

soziale Einfluss, der Glaube an die Fähigkeiten, die moralische Norm und der Glaube an den Effekt in Bezug auf die in Tabelle 4 aufgeführten Schulungsinhalten. Ein zweiter Fragebogen untersuchte das Selbstvertrauen im Umgang mit Aggression und Gewalt von Patientinnen und Patienten in Form einer zehn-Punkte-Likert Skala. Ausgefüllt wurden die Fragebögen jeweils vor der Schulung und zwei Wochen danach. Die Befragung nach der Schulung wurde mit offenen Fragen zu allen Aspekten und Zielen der Schulung erweitert.

Als Signifikanzlevel wurde $p < 0.05$ definiert. Ein t-Test wurde durchgeführt, um die Veränderungen der Verhaltensabsichten bezogen auf die Schulungsziele vor und nach der Schulung zu erfassen. Die Reliabilität der Fragebögen wurde mittels Cronbachs Alpha gemessen.

Intervention

Die Schulung wurde von zwei Psychiatriepflegenden geleitet, welche Erfahrungen im Aggressionsmanagement vorweisen konnten.

Die Kursinhalte wurden vorab mit Pflegenden in Führungsfunktionen durchgeführt, evaluiert und die Inhalte angepasst.

In Tabelle 4 sind die Schulungsziele und -inhalte laut Lamont & Brunero (2018, S. 47-48) dargestellt.

Tabelle 4
Schulungsinhalte (Lamont & Brunero, 2018)

Ziel	Inhalt	Dauer
1. Einschätzung und Management von Gewaltrisiken	Bewusstsein und Verständnis für Gewalt am Arbeitsplatz	15 Minuten
	Risikoeinschätzung	30 Minuten
	Risikomanagement	60 Minuten
2. Anwendung von Deeskalationstechniken	Kommunikation und Deeskalation	90 Minuten
3. Selbstverteidigung	Praktische Übungen	2.5 Stunden

Ergebnisse

Insgesamt 78 Pflegende beendeten die Studie. Das Durchschnittsalter betrug 41.7 Jahre und die durchschnittliche Arbeitserfahrung 16.6 Jahre. Die Teilnehmenden

waren mehrheitlich weiblich (72%) und hatten bisher keine solche Schulung erhalten (73.1%).

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse laut Lamont & Brunero (2018, S. 50) anhand der drei Schulungszielen und dessen Einflüsse auf Verhaltensabsichten, sozialer Einfluss, Glauben an die eigenen Fähigkeiten, moralische Norm und Glauben an den Effekt abgebildet. Bis auf eine Ausnahme (Effekt der Befreiungstechniken auf den sozialen Einfluss) unterschieden sich die Werte vor und nach der Schulung signifikant, einige sogar hochsignifikant. Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten hat für jedes der drei Ziele einen hochsignifikanten Effekt ergeben und ist daher besonders hervorzuheben.

Tabelle 5
Ergebnisse (Lamont & Brunero, 2018)

	1. Einschätzung und Management von Gewalttrisiken	2. Anwendung von Deeskalationstechniken	3. Befreiungstechniken
Verhaltensabsicht	p = 0.033	p = 0.013	p < 0.001
Sozialer Einfluss	p < 0.001	p < 0.001	p = 0.406
Glauben an die Fähigkeiten	p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
Moralische Norm	p = 0.001	p = 0.005	p < 0.001
Glauben an den Effekt	p = 0.017	p = 0.004	p = 0.001

Der Fragebogen zum Selbstvertrauen zeigte nach der Schulung ebenfalls einen signifikanten Anstieg des allgemeinen Vertrauens im Umgang mit Patientinnen- und Patientenaggressionen.

Die offenen Fragen zeigten, dass die Pflegenden die Schulung als relevant und hilfreich einstufen. Vertrauen im Umgang mit Aggressionen erlangten sie primär durch die erlernten Befreiungstechniken, obwohl sie sich unsicher darüber waren, inwiefern sie diese Techniken im Alltag umsetzen können würden und wie lange sie erhalten blieben. Daher wünschten sich die Pflegenden diesbezüglich regelmässige Auffrischkurse.

Würdigung

Das gewählte Design scheint sinnvoll, da mittels eines Prä-Post-Tests mögliche Unterschiede vor und nach einer Schulung aufgezeigt werden können.

Lamont & Brunero (2018) arbeiteten mit einer Stichprobe aus nur einem Spital, spezifischen Bereichen und ohne Kontrollgruppe. Somit ist die Stichprobe sehr spezifisch und nur mit Vorsicht auf andere Settings zu übertragen.

Die durchschnittliche Erfahrung der Pflegenden betrug in der Stichprobe 16.6 Jahre und das Durchschnittsalter war 41.7 Jahre. Deshalb sollte eine Übertragung der Ergebnisse nur auf erfahrene Pflegende geschehen.

Die Schulungsinhalte wurden vorab getestet und angepasst, was deren Qualität sicherstellt. Auch wurden die Inhalte sehr ausführlich beschrieben. Eine Wiederholung der Schulung wäre somit durchaus möglich. Die Forschenden waren gleichzeitig die Schulungsleitenden, was zu Verzerrungen geführt haben konnte, da diese gewusst haben, welches Ziel mit der Studienintervention erreicht werden sollte. Die Abgabe des Post-Test Fragebogens erfolgte zwischen zwei und sechs Wochen nach Beendigung der Schulung. Diese lange Erhebungszeit kann zu Unterschieden in den Antworten führen.

Beide Fragebögen sind valide und wurden auf deren Reliabilität überprüft. Der erste Fragebogen zu den Kurszielen erreichte ein Cronbachs Alpha zwischen 0.71 (akzeptable Reliabilität) und 0.9 (exzellente Reliabilität) für die Ziele 1 und 3. Bei Ziel 2 liegt dieses bei 0.32 (inakzeptable Reliabilität) bis 0.87 (gute Reliabilität), was aufzeigt, dass die Reliabilität bei diesem Teil des Fragebogens nicht überall gegeben ist. Der Fragebogen zum Selbstvertrauen hingegen zeigt eine exzellente Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha von 0.95.

Das Signifikanzlevel wurde nicht begründet. Durch die durchgeführte «sample size calculation» ist das Signifikanzlevel gerechtfertigt.

Verwendete Verfahren der Datenanalyse wurden nur knapp beschrieben.

Die Durchführung eines t-Test ist für das vorliegende ordinale Skalenniveau nicht das passende Analyseverfahren. Somit muss mit einer Verzerrung der Ergebnisse gerechnet werden. Das Verständnis der Ergebnisse ist durch dargestellte Tabellen gegeben.

Lamont & Brunero (2018) verglichen ihre Ergebnisse mit anderen Studien.

Die Ergebnisse wurden wenig diskutiert, jedoch wurden viele Praxisempfehlungen gemacht.

4.2.6 Studie 6

Das Ziel der Studie von Nau et al. (2009) war es, herauszufinden, in welchem Ausmass ein Trainingsprogramm im Aggressionsmanagement das Vertrauen der Pflegestudierenden im Umgang mit Aggressionen beeinflusst. Dies geschah mittels eines quasi-experimentellem Prä-Post-Test Design. Die Daten zur Zielerreichung wurden an einer deutschen Pflegeschule erhoben. An der Befragung nahmen 68 freiwillige Pflegestudierende teil, die eine Schulung zum Thema Aggressionsmanagement absolvierten. Die Mehrheit der Teilnehmenden war weiblich (n=60). Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 22 Jahren, wobei eine Person 40 und eine 46 Jahr alt war, die nicht in den Durchschnittswert miteinbezogen wurden. Alle Teilnehmenden befanden sich im dritten Jahr der Ausbildung. Während den praktischen Anteilen des Studiums waren die Pflegestudierenden in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tätig. Zur Testung der Schulung zu Prävention und Umgang mit Patientinnen- und Patientenaggressionen, wurde die Variable Selbstvertrauen als relevant betrachtet. Um diese zu erheben, wurde die «confidence in coping with patient aggression scale» benutzt. Das Instrument eignet sich, um kurzfristige wie auch langfristige Veränderungen zu erfassen und beinhaltet zehn Punkte. Die Teilnehmenden wurden anhand einer fünf-Punkte-Likert Skala befragt. Die Datenerhebung erfolgte anhand einer schriftlichen Befragung vor dem Kurs (t1), unmittelbar nach dem Kurs (t2) und zwischen vier bis acht Wochen nach dem Kurs und praktischer Erfahrung (t3). Bei t3 wurde zusätzlich die offene Frage gestellt, ob die Studierenden in der Pflegepraxis Unterschiede im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten feststellen konnten und wurden aufgefordert, diese zu beschreiben, falls dies der Fall war. Anhand des Wilcoxon-Tests wurden die Veränderungen über die drei Zeitpunkte t1, t2 und t3 untersucht. Dabei wurden Ergebnisse, bei denen $p < 0.05$ ist, als statistisch signifikant betrachtet. Die Antworten auf die offene Frage wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse analysiert.

Intervention

Die Teilnehmenden wurden in vier Gruppen eingeteilt, die alle dieselbe Schulung zum Management von Patientinnen- und Patientenaggressionen erhielten. Sie fand an drei aufeinanderfolgenden Tagen statt. Jeder Schulungstag bestand aus acht Lektionen à 45 Minuten. Der Inhalt setzte sich aus erhobenen Bedürfnissen, Problemen, Ressourcen und Wünschen von Pflegestudierenden, welche in vergangenen Studien erhoben wurden, zusammen. Aktuelle Theorien und evidenzbasierte Richtlinien zu den Themen Konfliktmanagement, Deeskalationsstrategien wie auch Bildungstheorien wurden berücksichtigt. Zu folgenden Themen sollten verschiedene Unterziele erreicht werden:

- Prävention
- Einschätzung des Auftretens von Aggressionen
- Umgang mit Patientinnen und Patienten
- Bewältigung und Nachsorge

Die aufgeführten Themen wurden anhand von theoretischen und praktischen Einheiten durch drei verschiedene Lehrpersonen unterrichtet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden durch Nau et al. (2009) in zwei Kategorien eingeteilt.

Gesteigertes Vertrauen im Umgang mit Patientinnen- und Patientenaggressionen

Zwischen t1 und t2 sind alle Punkte des Fragebogens signifikant ($p < 0.001$) gestiegen. Zwischen t2 und t3 wurde bis auf zwei Punkte kein signifikantes Ergebnis erreicht. Das signifikant gesteigerte Ergebnis zwischen t2 und t3 bezieht sich auf das Sicherheitsgefühl. Das Vertrauen im Umgang mit physischen Aggressionen ist signifikant gesunken. Das Wohlbefinden, die physischen Interventionen und die Selbstverteidigung zeigten bei t3 einen leichten Rückgang im Vergleich zu t2. Die Resultate zeigen, dass eine Verbesserung des Vertrauens durch die Pflegestudierenden auch während des Praxisalltags stattgefunden hat.

Veränderungen im Praxisalltag

Nau et al. (2009) erhielten 59 ausgefüllte Formulare der offenen Fragen zurück. 32 Studierende gaben an, eine Veränderung festgestellt zu haben. Davon erlebten zehn Personen noch keine Situation mit aggressiven Patientinnen oder Patienten. Eine Person schrieb, sie könne nun frühzeitig auf Veränderungen reagieren, bevor die Patientin oder Patient sich in Wut versetzt. 23 Studierende nannten keine Veränderungen im Praxisalltag, wovon sich 14 Studierende noch nicht in einer aggressiven Situation mit Patientinnen oder Patienten befanden. Auch bei diesen Studierenden ist eine Verbesserung des Vertrauens in den Daten sichtbar.

Würdigung

Ein quasi-experimentelles Design mit Prä-Post-Test eignet sich gut, um den Effekt einer Schulung auf das Vertrauen im Umgang mit Aggressionen zu messen.

Es wurde keine «sample size calculation» durchgeführt, weshalb nicht beurteilt werden kann, ob die Stichprobengrösse angebracht ist.

Die demographischen Angaben der Stichprobe sind repräsentativ für die Population. Aus diesem Grund können die Ergebnisse auf andere Pflegestudierende übertragen werden. Da die Schulung an die Bedürfnisse und Wünsche von Pflegestudierenden angepasst wurde, lassen sich die Ergebnisse ausschliesslich auf Pflegestudierende übertragen.

Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und der Fragebogen wurde anschaulich dargestellt. Der Fragebogen weist ein Cronbachs Alpha von 0.92 auf und hat daher eine exzellente Reliabilität.

Der Wilcoxon-Test zur Berechnung der Unterschiede zwischen den drei Zeitpunkten ist korrekt gewählt, da die Daten ein ordinales Skalenniveau aufweisen. Allerdings wurden Mittelwerte berechnet, was bei ordinalskalierten Daten nicht optimal ist.

Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt, was nicht weiter erläutert wurde. Die Ergebnisse des Fragebogens wurden in der Tabelle dargestellt, diese ist jedoch aufgrund fehlender Angaben nicht selbsterklärend.

Ein kurzfristiger Effekt konnte nachgewiesen werden. Die Zeitspanne von vier bis acht Wochen reicht nicht aus, um die langfristigen Effekte nachzuweisen. Womöglich

hat es einen Einfluss auf die Ergebnisse, ob die Studierenden den Fragebogen nach vier oder erst nach acht Wochen retournierten.

Die Ergebnisse der offenen Fragen sind nicht vollständig verständlich, da die Aufschlüsselung der Zahlen nicht nachvollziehbar ist.

Die Ergebnisse wurden mit anderen Studien und Literatur verglichen und diskutiert. Teilweise wurde nach alternativen Lösungen gesucht.

4.2.7 Studie 7

Needham et al. (2005) wollten herausfinden, welchen Einfluss ein Trainingsprogramm zum Aggressionsmanagement auf das Empfinden, die Einstellung und das wahrgenommene Vertrauen der Pflegenden im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten hat. Um das Ziel zu erreichen, wurde ein quasi-experimenteller Prä-Post-Test mit Kontrollgruppe gewählt. Die Stichprobe bestand aus 117 Pflegestudierenden aus zwei Pflegeausbildungsschulen in der Ostschweiz. Davon waren 57 Personen der einen Schule in der Interventionsgruppe und 60 Personen der anderen Schule in der Kontrollgruppe. Insgesamt nahmen sechs männliche Teilnehmer, die alle in der Interventionsgruppe waren, teil. Die Mehrheit befand sich im ersten Jahr (n=55) oder im letzten Jahr (n=32) der Ausbildung.

Die Datenerhebung erfolgte vor dem Kurs, am letzten Kurstag und acht Wochen nach Beendigung des Kurses. Dafür wurden vier verschiedene Instrumente verwendet, die nachfolgend beschrieben werden.

1. Zu Beginn wurde durch die Teilnehmenden ein Fragebogen zu den demographischen Angaben und zur Häufigkeit der erlebten aggressiven Situationen ausgefüllt.
2. Um das Vertrauen im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten zu messen, wurde die «Confidence in Coping with Patient Aggression» fünf-Punkte-Likert Skala verwendet.
3. Anhand von zwei VAS wurde die Einstellung der Teilnehmenden zum Thema Aggression erhoben. Eine Skala stand für «Aggression ist ein verständliches und nützliches Verhalten», während die andere für «Aggression ist ein sinnloses und nicht akzeptables Verhalten» stand. Jede Skala bestand aus

einer Linie, wobei ein Ende mit «überhaupt nicht» und das andere Ende mit «ich stimme völlig zu» beschriftet war.

4. Die Kurzversion der «Perception of Aggression Scale» diente zur Erfassung der Wahrnehmung von Aggressionen. Dessen Aussagen wurden in die Kategorien «Aggression ist ein sinnloses, unerwünschtes Verhalten» und «Aggression ist ein sinnvolles, verständliches Verhalten» eingeteilt. Dabei handelte es sich ebenfalls um eine fünf-Punkte-Likert Skala.

Um die Äquivalenz* der beiden Gruppen zu ermitteln, verwendeten Needham et al. (2005) den Chi-Quadrat*- und den Mann-Whitney-U Test. Das Signifikanzniveau wurde für alle Ergebnisse bei $p < 0.05$ festgelegt. Zudem wurde eine univariate* Varianzanalyse* mit Messwiederholung durchgeführt. Diese testete den Einfluss der Schulung auf die Einstellung, die Wahrnehmung von und den Umgang mit Aggressionen.

Intervention

Die Studierenden der Interventionsgruppe wurden in drei Klassen von 11-17 Personen aufgeteilt und besuchten ein Trainingsprogramm zum Aggressionsmanagement. Dieses bestand aus 24 Lektionen à 50 Minuten und fand an vier aufeinander folgenden Tagen statt. Die Schulung beinhaltete laut Needham et al. (2005) folgende Inhalte:

- Arten und Gründe für Aggressionen
- Entstehung von Aggressionen
- Reflexion über die eigenen aggressiven Komponenten
- Theorien der verschiedenen Stufen von aggressiven Vorfällen
- Verhalten in aggressiven Situationen
- Arten von Konfliktmanagement
- Kommunikation und Interaktion
- Vorgehen nach einem aggressiven Vorfall
- Sicherheit am Arbeitsplatz
- Prävention von Aggression
- Befreiungstechniken (S. 417)

Die genannten Inhalte wurden anhand von theoretischen und praktischen Einheiten vermittelt. Geleitet wurde die Schulung durch eine Person des Ausbildungsteams mit einer Ausbildung im Aggressionsmanagement.

Ergebnisse

Die beiden Gruppen unterschieden sich bezüglich demographischer Angaben nur im Geschlecht signifikant. Die restlichen Ergebnisse wurden anhand von Teilaspekten der Fragestellung aufgebaut.

Wahrgenommenes Vertrauen im Umgang mit Aggressionen

Das Vertrauen im Umgang mit Aggressionen stieg nach der Schulung innerhalb der Interventionsgruppe und im Vergleich zur Kontrollgruppe hochsignifikant ($p < 0.001$) an.

Einstellung zu Aggressionen

Die Einstellung zu Aggressionen war nach der Schulung weder innerhalb noch zwischen den beiden Gruppen signifikant ($p > 0.24$). Die Werte der VAS «Aggression als ein verständliches, nützliches Verhalten» stieg direkt nach dem Kurs an. Mittels zusätzlicher Berechnung mit dem t-Test konnte ein signifikanter Unterschied der Einstellung direkt nach dem Kurs zwischen der Interventionsgruppe ($p = 0.001$) und der Kontrollgruppe ($p = 0.765$) festgestellt werden.

Wahrnehmung von Aggressionen

Die Wahrnehmung von Aggressionen wurde durch die Schulung kaum beeinflusst. Das einzige Ergebnis, welches signifikant anstieg, war der erste Faktor «Aggression ist ein sinnloses, unerwünschtes Verhalten» innerhalb der Interventionsgruppe ($p = 0.033$). Beim zweiten Faktor «Aggression ist ein sinnvolles, verständliches Verhalten» wurde weder zwischen noch innerhalb der Gruppen ein signifikanter Unterschied festgestellt.

Würdigung

Die Verbindung zwischen dem Zweck der Studie und dem gewählten Design ist nachvollziehbar, da somit der Effekt vor und nach der Schulung wie auch zwischen den Gruppen geprüft werden kann.

Es wurde keine «sample size calculation» durchgeführt. Da die Interventionsgruppe ausschliesslich aus Studierende derselben Schule bestand, kann eine Randomisierung* ausgeschlossen werden. Das Verhältnis des Geschlechts und das durchschnittliche Alter der Studierenden in der Stichprobe ist für die Population von Pflegestudierenden in der Schweiz repräsentativ. Zu möglichen Drop-outs wurden keine Angaben gemacht.

Die Klassengrössen unterschieden sich mit elf bis 17 Studierenden sichtlich. Es kann angenommen werden, dass eine kleinere Gruppe stärker von der Schulung profitiert als eine grössere Gruppe.

Die Inhalte und Methoden der Schulung wurden beschrieben, was eine Wiederholung weitgehend möglich macht.

Die «Confidence in Coping with Patient Aggression» Skala zeigt eine exzellente Reliabilität (Cronbachs Alpha >0.9), während die «Perception of Aggression Scale» eine akzeptable durchschnittliche Reliabilität (Cronbachs Alpha ≥ 0.76) aufweist. Für die verwendeten VAS wurde keine Reliabilitätsprüfung durchgeführt. Zu keinem der Instrumente wurden Angaben zur Validität gemacht.

Die zwei Gruppen wurden korrekterweise anhand des Chi-Quadrat Tests und Mann-Whitney-U Tests auf deren Vergleichbarkeit geprüft.

Das Signifikanzniveau wurde nicht begründet.

Um die Effekte der Kurse auf die Einstellung, das Vertrauen und die Wahrnehmung von Aggressionen zu prüfen, wurde eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Dieses Verfahren setzt für die abhängige Variable ein mindestens intervallskaliertes Datenniveau und mehr als zwei Gruppen voraus. Für die Likert Skalen sowie VAS ist dieses Verfahren daher aufgrund der Gruppenanzahl von nur zwei Gruppen und ordinalskaliertem Datenniveau nicht korrekt. Dies kann somit zu unpräzisen Ergebnissen führen. Die Verwendung des t-Tests auf die VAS ist ebenfalls nicht korrekt, da auch dieser ein intervallskaliertes

Datenniveau verlangt. Ausserdem haben Needham et al. (2005) den t-Test nur verwendet, da mit dem Test zuvor kein signifikantes Resultat erzielt wurde.

Eine weitere Limitation der Studie ist, dass die Ergebnisse auf Aussagen der Studierenden selbst beruhen und keine Effekte auf die eigentlichen Leistungen gemessen wurden.

Im Text wurden nur wenige Ergebnisse präsentiert, diese hätten durch Tabellen oder Abbildungen erweitert werden können.

Needham et al. (2005) boten Erklärungen für die Ergebnisse und setzen diese mit anderen Studien in Vergleich.

4.2.8 Studie 8

Zeller et al. (2006) untersuchten in der Deutschschweiz den Effekt einer Schulung im Aggressionsmanagement auf das Kompetenzzempfinden und Sicherheitsgefühl im Umgang mit Patientenaggressionen von Schülerinnen und Schülern einer vierjährigen Pflegeausbildung (Diplom Niveau II) mittels quasi-experimentellem Prä-Post-Test. Aussagen sollten über die unmittelbaren Auswirkungen und den Effekt drei Monate danach gemacht werden.

Dafür wurden Schülerinnen und Schüler aus drei verschiedenen Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege in der Deutschschweiz angefragt, an der Studie teilzunehmen. Somit ergab sich eine Stichprobe von 117 Schülerinnen und Schülern, welche in Interventions- (n=57) und Kontrollgruppe (n=60) eingeteilt wurden. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe besuchten alle dieselbe Schule, da die Schulung nur an diesem Standort durchgeführt wurde. Die Kontrollgruppe bestand aus Schülerinnen und Schüler der anderen zwei Schulen.

Die Teilnehmenden befanden sich in verschiedenen Ausbildungsjahren und arbeiteten in unterschiedlichen Fachgebieten. In Abbildung 2 ist die Verteilung der Fachgebiete laut Zeller et al. (2006, S. 253) dargestellt. Darauf wird in der Würdigung nochmals näher eingegangen.

Abbildung 2

Stichprobe (Zeller et al., 2006)

Fachgebiete	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe
Akutkrankenpflege	35	30
Rehabilitation	2	2
Psychiatrie	1	0
Alters- und Pflegeheim	1	1
Kinderkrankenpflege	2	25
Spitex	5	0
Intensivpflege/Notfallaufnahme	11	0
fehlende Angaben	0	2

Der Prä-Test fand zwei Tage vor der Schulung statt und untersuchte die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen. Hierzu wurden demographische Daten erhoben und die Schülerinnen und Schüler wurden aufgefordert, Fragen zur Häufigkeit von Aggressionen am Arbeitsplatz mit «nie, einmal oder mehrmals» zu beantworten. Folgende zwei Fragebögen wurden sowohl für den Prä-Test als auch für den Post-Test verwendet: Die Empfindungen beim Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten wurden mittels zehn Aussagen anhand einer fünf-stufigen Likert Skala erfasst. Die Einstellung und Kompetenzerwartung wurde mittels 23 Aussagen ebenfalls anhand einer fünf-stufigen Likert Skala erhoben.

Nach der Schulung wurde zweimalig die Post-Test Befragung durchgeführt, und zwar unmittelbar danach und nach drei Monaten.

Die Messzeitpunkte stimmten bei beiden Gruppen überein, der Unterschied bestand darin, dass die Kontrollgruppe keine Schulung erhalten hatte.

Eine Analyse der Daten erfolgte unter anderem mittels Chi-Quadrat, um Unterschiede im Alter, Ausbildungsstand und Erfahrungen in den Gruppen festzustellen. Die Auswertung der Antworten der Likert Skalen erfolgte durch eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung. Dabei berücksichtigt wurde die Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe («Within-subject factors»*) sowie der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe («Between-subjects factors*»).

Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde das Signifikanzlevel auf $p \leq 0.001$ gesetzt.

Intervention

Die Schulung zum Umgang mit Aggression dauerte vier Tage und umfasste 24 Lektionen à 50 Minuten. Zeller et al. (2006) nannten folgende Schulungsinhalte:

- Aggressionsarten und Gewaltformen, Ursachen und Entstehung von Aggression
- Auseinandersetzung mit eigener Aggression und Angst
- Theorie über die Phasen eines Aggressionseignisses
- Umgang und Verhalten in Situationen mit Aggression, Konfliktstil
- Deeskalationsstrategien
- Instrumente der Kommunikations- und Interaktionstechnik
- Verhalten nach einem Aggressionseignis, Nachsorge
- Sicherheit und Prävention am Arbeitsplatz
- Befreiungs- und Abwehrtechniken in verschiedenen Situationen
- Übung von Kommunikationstechniken (S. 254)

Der Unterricht bestand aus theoretischen und praktischen Sequenzen und wurde von einer Dozentin mit Weiterbildung zur Trainerin für Aggressionsmanagement geleitet.

Ergebnisse

Vergleichbarkeit der Gruppen

Die demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Fachbereich) der beiden Gruppen waren mehrheitlich vergleichbar. Einzig im Fachbereich und Geschlecht zeigten sich Unterschiede. In der Kontrollgruppe sind deutlich mehr Schülerinnen und Schüler in der Pädiatrie tätig und nur Frauen (signifikanter Chi-Quadrat Test) vertreten.

Die Unterschiede bezüglich Erfahrungen mit Aggressionen im Arbeitsalltag in den beiden Gruppen waren nicht signifikant.

Kompetenzerwartungen und Sicherheitsgefühl im Umgang mit Aggression

Beim Sicherheitsgefühl waren zwei von vier Aussagen (siehe Tabelle 6), welche relevant waren für die Fragestellung der Studie, nach der Schulung signifikant ($p \leq 0.001$). Die anderen zwei Aussagen zeigten lediglich eine Tendenz in Richtung

höheres Sicherheitsgefühl. Diese Effekte waren sowohl kurz nach der Schulung wie auch drei Monate später vorhanden.

Beim zweiten Fragebogen waren fünf Aussagen für die Kompetenzerwartung relevant. Vier davon wiesen nach der Schulung ein signifikantes Ergebnis auf.

Die Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten hingegen veränderte sich nicht signifikant.

Tabelle 6

Ergebnisse (Zeller et al., 2006)

Fragen zum Sicherheitsgefühl	Between-subject factors
1. Wie fühlen Sie sich in der Arbeit mit einem aggressiven Patienten?	nicht signifikant
4. Wie selbstsicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines aggressiven Patienten?	nicht signifikant
7. Wie sicher fühlen Sie sich in der Gegenwart eines aggressiven Patienten?	signifikant
10. Wie gut sind Sie in der Lage, sich vor aggressiven Patienten zu schützen?	signifikant

Würdigung

Das gewählte Design eignet sich für Vergleiche vor und nach der Schulung, wie auch zwischen den Gruppen.

Zwei Schwächen der Studie sind die kleine Stichprobengrösse und die fehlende Randomisierung der Gruppen. Aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmenden wurde das Signifikanzlevel angepasst. Eine «sample size calculation» wurde nicht durchgeführt. Die genannten Limitationen könnten zu Verzerrungen der Ergebnisse führen.

Die Gruppenzusammensetzungen scheinen nicht optimal. In der Interventionsgruppe hatten zwölf Teilnehmende Erfahrung in der Intensivpflege, der Notfallaufnahme oder der Psychiatrie. In der Kontrollgruppe waren hingegen 25 Teilnehmende in der Pädiatrie tätig. Auch wenn die Vergleichbarkeit der Gruppen als möglich beschrieben wurde, muss dieser Punkt mit Vorsicht interpretiert werden. Es wäre beispielsweise möglich, dass durch die Arbeit auf einer Intensiv- oder Notfallstation oder in der

Psychiatrie ein gewisser Erfahrungsvorsprung besteht, da die Patientinnen und Patienten auf diesen Stationen ein hohes Aggressionspotenzial aufweisen. Die beiden Fragebögen wurden in der Literatur als valide beschrieben. Die Reliabilität ist nur für den Fragebogen zu den Empfindungen beim Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten (Cronbachs Alpha=0.92) bekannt und weist dementsprechend eine exzellente Reliabilität auf. Beide Fragebögen wurden weder dargestellt noch genauer erläutert. Die Schulungsinhalte und -dauer hingegen wurden genannt, was eine Wiederholung der Intervention möglich macht. Um signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zu ermitteln, wurde korrekterweise der Chi-Quadrat Test verwendet. Aufgrund des ordinalen Skalenniveaus der beiden Fragebögen ist die univariate Varianzanalyse nicht optimal. Somit sind die Ergebnisse möglicherweise nicht präzise. Im Ergebnisteil verwiesen Zeller et al. (2006) auf die Tabelle und Abbildungen. Im Text werden nur einzelne Ergebnisse mit wenigen Ausführungen präsentiert. Die Tabelle ergänzt diese. Die Betrachtung der Tabelle und Abbildungen kann zu Fehlinterpretationen führen, da diese im Text mangelhaft erklärt wurden. Die Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen. Alle Ergebnisse und mögliche Erklärungen wurden diskutiert. Wichtig zu erwähnen ist, dass die Studie nur Selbsteinschätzungen der Pflegenden erfasste und nicht deren tatsächliches Verhalten.

5. Diskussion

Um die Fragestellung zu beantworten, werden die Ergebnisse der inkludierten Studien in Kapitel 5 inhaltlich in folgende fünf Kategorien aufgeteilt:

1. Sicherheitsgefühl
2. Kompetenzerwartung und Wissen
3. Einstellung gegenüber Aggression und Gewalt
4. Selbstvertrauen
5. Praktische Fähigkeiten und Kommunikation

Die Ergebnisse werden miteinander verglichen und kritisch diskutiert. Es folgt eine Erläuterung der Limitationen der vorliegenden Arbeit.

5.1 Einteilung der Ergebnisse

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht der Ergebnisse, die in den jeweiligen Studien ermittelt werden konnten.

Tabelle 7

Übersicht über die Studienergebnisse

Studien- nummer	Titel	Autoren/ Publikationsjahr	Ergebnisse
S1	The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan.	Al-Ali, N. M., Al Faouri, I. & Al-Niarat, T. F. (2016).	<ul style="list-style-type: none"> • höhere Einschätzung der Kompetenzen des Teams • geringer Anstieg des Sicherheitsgefühls • kein Unterschied zur Einstellung bezüglich rechtlicher Aspekte
S2	Evaluating a management of aggression unit for student nurses.	Beech, B. & Leather, P. (2003).	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung in der Erkennung von Risikofaktoren • Anstieg in der Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit • gesteigerte Vorhersehbarkeit und Prävention • weniger provokatives Verhalten • Abnahme der Einschätzung der praktischen Fähigkeiten
S3	Aggressionsmanagement - ein sinnvoller Ausbildungsinhalt in der Pflegeausbildung?	Grywa, D. & Zeller, A. (2003).	<ul style="list-style-type: none"> • unveränderte Definition von Aggression und Gewalt • erhöhtes Sicherheitsgefühl • veränderte Einstellung und Haltung • erweitertes Wissen und erweiterte Kenntnisse
S4	The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study.	Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. & Hahn, S. (2016).	<ul style="list-style-type: none"> • erweitertes theoretisches Hintergrundwissen • erweiterte praktische Fähigkeiten • gleichbleibende Einstellung gegenüber Patientinnen und Patienten • gleichbleibende Copingstrategien der Pflegenden
S5	The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study.	Lamont, S. & Brunero, S. (2018).	<ul style="list-style-type: none"> • veränderte Verhaltensabsichten • stärkerer sozialer Einfluss • erhöhter Glauben an die eigenen Fähigkeiten • veränderte moralische Norm

S6	The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre-and post-test study.	Nau, J., Dassen, T., Needham, I. & Halfens, R. (2009).	<ul style="list-style-type: none"> • glauben an den Effekt von Interventionen durch Pflegende • gesteigertes Selbstvertrauen • gesteigertes Vertrauen • Veränderungen im Praxisalltag
S7	The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression.	Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dauen, T., Fischer, J. E. & Halfena, R. J. G. (2005).	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhtes Vertrauen im Umgang mit Aggressionen • veränderte Einstellung zu Aggressionen • gleichbleibende Wahrnehmung von Aggressionen
S8	Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung.	Zeller, A., Needham, I. & Halfens, R. (2006).	<ul style="list-style-type: none"> • höheres Sicherheitsgefühl • gesteigerte Kompetenzerwartung • gleichbleibende Einstellung gegenüber Aggressionen

5.1.1 Sicherheitsgefühl

Fünf der eingeschlossenen Studien nehmen Bezug zur persönlichen Sicherheit der Pflegenden. Al-Ali et al. (2016), Beech & Leather (2003), Grywa & Zeller (2003) und Zeller et al. (2006) beobachteten einen Anstieg des Sicherheitsgefühls nach der Schulung.

Grywa & Zeller (2003) erhoben dies bei Auszubildenden in einer qualitativen Studie mit Interviews. Die Auszubildenden gaben an, dass sie sich selbstbewusster und weniger ängstlich fühlten. Ausserdem äusserten sie, dass sie sich weniger machtlos fühlen würden und nun wüssten, wie sie bei einer Konfrontation mit Aggressionen reagieren sollten.

Dies zeigt, dass durch die Schulung das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und somit das Sicherheitsgefühl erhöht werden kann (Grywa & Zeller, 2003). Zeller et al. (2006) widersprachen dem und sagten, dass die Erwartung erweiterter Kompetenzen das Sicherheitsgefühl nicht beeinflusst.

Beech & Leather (2003) vermerkten einen signifikanten Anstieg der Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit in den drei Monaten nach der Schulung. Auch Zeller et al. (2006) untersuchten den Einfluss drei Monate nach der Schulung. Sie kamen zum Schluss, dass das Sicherheitsgefühl in der Gegenwart aggressiver Patientinnen und Patienten nach der Schulung signifikant höher ist. Dies hängt ebenfalls damit zusammen, dass die Schülerinnen und Schüler angaben, sich nun schützen zu können. Bei der Frage, ob sie sich bei der Arbeit generell sicherer fühlten, zeigte sich lediglich eine Tendenz nach oben. Nau et al. (2009) erfassten eine signifikante Steigerung des Sicherheitsgefühls bis acht Wochen nach der Schulung.

Al-Ali et al. (2016) erfassten nur einen nicht signifikanten Anstieg des Sicherheitsgefühls.

Eine mögliche Erklärung für den geringen Anstieg könnte sein, dass eine einmalige Schulung nicht ausreicht, um das Sicherheitsgefühl zu steigern. Zu einem höheren Sicherheitsgefühl könnten Aspekte wie die Zusammenarbeit im Team oder eine durchdachte Arbeitsorganisation beitragen (Zeller et al., 2006).

Auffallend ist, dass bei den Studien mit deutlichen Effekten auf das Sicherheitsgefühl lediglich Auszubildende zur Stichprobe gehörten. Bei der Studie von Al-Ali et al.

(2016), welche nur einen geringen Effekt aufwies, bestand die Stichprobe aus diplomierten Pflegenden. Dies lässt die Vermutung aufkommen, dass Auszubildende in Bezug auf das Sicherheitsgefühl mehr von der Schulung profitieren als ausgebildete Pflegende. Möglich wäre auch, dass die fehlende Kontrollgruppe von Al-Ali et al. (2016) die Ergebnisse beeinflusst hat und sich der Effekt mit einer Kontrollgruppe besser abgebildet hätte.

5.1.2 Kompetenzerwartung und Wissen

Die meisten Studien bewerteten ausschliesslich die erwarteten Kompetenzen der Pflegenden. Sie erhoben somit nur die subjektive Wahrnehmung der Probandinnen und Probanden. Beech & Leather (2003) hingegen untersuchten das Wissen anhand objektiver Variablen. Sie liessen die Auszubildenden Fallbeispiele lesen und Risikofaktoren für Aggression und Gewalt nennen. Die Anzahl der genannten Risikofaktoren stieg nach der Schulung in beiden Fallbeispielen signifikant an. Dies zeigt, dass das Wissen über die Entstehung von Aggression und Gewalt gestiegen ist und somit auch die Vorhersehbarkeit, was Voraussetzung für eine gelungene Prävention darstellt (Heckemann et al., 2016). Was auffällt, ist, dass dem Mann mehr Risikofaktoren zugeschrieben wurden als der Frau. Hierbei wäre es nützlich zu wissen, ob in beiden Fallbeispielen gleich viele Risikofaktoren versteckt waren oder ob es allein daran liegt, dass einem Mann mehr Schuld zugeschoben wird als einer Frau, wie Beech & Leather (2003) vermuteten.

Al-Ali et al. (2016), Grywa & Zeller (2003), Heckemann et al. (2016) und Zeller et al. (2016) untersuchten die Kompetenzerwartungen und sind sich einig, dass die Kompetenzen aus Sicht der Pflegenden gestiegen sind. Al-Ali et al. (2016) beschrieben gar eine höhere Kompetenzerwartung im gesamten Team und nicht nur bei einer einzelnen Person. Begründet wurde dies nicht. Es lässt sich aber vermuten, dass das Thema durch Schulungen präsenter ist und innerhalb der Teams offener darüber gesprochen wird.

Erweitertes Wissen und Kenntnisse in Bezug auf die Entstehung und Prävention von Aggressionen beschrieben auch Grywa & Zeller (2003). In Interviews nannten die Pflegeauszubildenden eine erhöhte Zuversicht im Umgang mit Aggressionen und dass sie ihr eigenes Handeln nun besser begründen könnten. Dies deckt sich wieder

mit der Annahme von Heckemann et al. (2016), dass das Wissen Voraussetzung für eine gelungene Prävention ist. In ihrer qualitativen Studie mit Interviews konnten sie zwar kein neues Wissen bei den Pflegenden feststellen, jedoch wurde eine Auffrischung der Themen von den Teilnehmenden als sehr relevant empfunden. Sie konnten dadurch ihr Hintergrundwissen erweitern. Die Pflegenden waren sich ihrer Stimme und Körperhaltung bewusster und ihre Aufmerksamkeit auf die Prävention wurde gestärkt.

Anders als Al-Ali et al. (2016) konnten Heckemann et al. (2016) keine Veränderung der Kompetenzerwartungen im Team feststellen. Heckemann et al. (2016) begründeten dies mit einer eher kurzen Zeitspanne von der Schulung bis zur zweiten Erhebung. Da Al-Ali et al. (2016) aber auch nur bis fünf Wochen nach der Schulung Daten erhoben, ist dies nicht als Grund für den Unterschied zu nennen. Eine mögliche Erklärung könnte die Art der Erhebung sein. Al-Ali et al. (2016) haben in ihrem Fragebogen die Probandinnen und Probanden direkt nach der Kompetenzerwartung im Team gefragt, während nicht ganz klar ist, ob Heckemann et al. (2016) dies in ihren Interviews auch taten.

Zeller et al. (2006) beschrieben, dass die Auszubildenden sich trotz gesteigerter Kompetenzerwartung nicht in der Lage fühlten, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Dies kann sowohl an der mangelnden Erfahrung, als auch an der Einmaligkeit der Schulung liegen (Zeller et al., 2006). Ein ähnliches Ergebnis lässt sich in anderen Studien mit Auszubildenden jedoch nicht herauslesen.

5.1.3 Einstellung gegenüber Aggression und Gewalt

Fünf Studien befassten sich mit der Einstellung gegenüber Aggression und Gewalt. Die Ergebnisse hierzu waren unterschiedlich. Während Grywa & Zeller (2003), Lamont & Brunero (2018) und Needham et al. (2005) positive Veränderungen feststellen konnten, blieben diese bei Heckemann et al. (2016) und Zeller et al. (2016) aus. Ein möglicher Grund für das Ausbleiben der Veränderungen könnte sein, dass Pflegende Vorfälle mit Aggressionen oder Gewalt als respektlos, unangebracht oder beleidigend interpretierten und somit kein Verständnis dafür aufbringen konnten (Heckemann et al., 2016). Weitere Erklärungen könnten auch sein, dass in den Schulungen zu wenig auf diese Thematik eingegangen wurde oder durch die

negative Behaftung von Aggressionen und Gewalt in unserer Gesellschaft die Einstellungen so festgefahren sind, dass eine Veränderung nur über einen längeren Zeitraum geschehen könnte.

Grywa & Zeller (2003) erfuhren in Interviews von den Auszubildenden, dass sie nun sensibilisierter im Umgang mit Aggressionen sind. Zudem sei ihr Menschenbild beeinflusst worden, was sich an der Tatsache zeigte, dass sie nun Konflikte ohne Gewalt lösen wollten. Needham et al. (2005) wiesen darauf hin, dass Ergebnisse, die die Einstellungen messen, mit Vorsicht zu interpretieren seien, da kurz nach einer Schulung die neu gewonnen Eindrücke die Ergebnisse positiv beeinflussen könnten. In ihrer Studie konnten sie ebenfalls einen Anstieg der Einstellung gegenüber Aggressionen feststellen. Die Studierenden empfanden Aggressionen kurz nach der Schulung als verständlicher und nützlicher als vor der Schulung. Dieses Ergebnis ist zusätzlich zum kurzfristigen Effekt noch aus einem weiteren Grund mit Vorsicht zu interpretieren. Needham et al. (2005) hatten zuerst ein nicht signifikantes Ergebnis erhalten. Erst mittels t-Test kamen die Autorinnen und Autoren dann zum Ergebnis, dass die Studierenden Aggressionen als verständlicher und nützlicher empfanden. Needham et al. (2005) erhoben ebenfalls die Wahrnehmung von Aggressionen. Hier wurden Aggressionen nach der Schulung als sinnloser und unerwünschter eingestuft als vor der Schulung. Diese beiden Ergebnisse scheinen sich zunächst zu widersprechen. Da über die Toleranz von Aggressionen am Arbeitsplatz in der Schulung diskutiert wurde, scheint ein Abnehmen der Akzeptanz plausibel. Die Studierenden hatten die Einstellung, dass Aggressionen durchaus verständlich sind, trotzdem nahmen sie Aggressionen als etwas Negatives wahr (Needham et al., 2005).

Lamont & Brunero (2018) haben den sozialen Einfluss, also inwiefern die Pflegenden nach der Schulung Einfluss auf andere des Pflorgeteams nehmen konnten, erhoben. Dieser war in Bezug auf die Einschätzung von Risiken und Anwendung von Deeskalationstechniken hochsignifikant. Auf die Anwendung von Befreiungstechniken hatte die Schulung keinen Einfluss. Dies lässt sich damit erklären, dass es die erste Schulung zu solchen Techniken war und es unwahrscheinlich ist, dass andere Pflegende diese Techniken beherrschen oder gar

kennen würden (Lamont & Brunero, 2018). Somit ist es für die Pflegenden schwierig, ihre Fähigkeiten im Team zu teilen.

5.1.4 Selbstvertrauen

Insgesamt befassten sich drei der inkludierten Studien mit dem Selbstvertrauen. Dabei kamen die Autorinnen und Autoren der verschiedenen Studien auf ähnliche Ergebnisse. Die Ergebnisse von Lamont & Brunero (2018) zeigten, dass das allgemeine Vertrauen im Umgang mit Patientinnen- und Patientenaggressionen zwei Wochen nach der Schulung und somit als kurzfristiger Effekt signifikant gestiegen ist. Dieses Ergebnis zeigte sich ebenfalls in der Studie von Needham et al. (2005). In dieser Studie stieg das Vertrauen im Umgang mit Aggressionen direkt nach der Schulung innerhalb der Interventionsgruppe und im Vergleich zur Kontrollgruppe hochsignifikant an. Die Studie von Nau et al. (2009) bestätigte diese Ergebnisse. Dabei ist das Vertrauen im Umgang mit Aggressionen in Bezug auf alle Aspekte des Fragebogens direkt nach der Schulung signifikant gestiegen. Nau et al. (2009) kamen zudem zum Ergebnis, dass zwischen der Beendigung der Schulung und zwei bis acht Wochen danach kaum signifikante Veränderungen erreicht wurden. Das Vertrauen im Umgang mit physischen Aggressionen ist sogar signifikant gesunken. Dies könnten daran liegen, dass bis zum Post-Test nur maximal acht Wochen vergingen und das Gelernte sich nicht festigen konnte (Nau et al., 2009). Auch denkbar wäre, dass das in der Schulung Erlernte bei den Teilnehmenden nicht mehr gleich präsent war wie direkt nach der Schulung. Weiter könnten sie auch Aggressionen durch Patientinnen und Patienten erlebt haben und haben dabei gemerkt, dass sie im Umgang weniger sicher waren als gedacht, was zu einem verminderten Vertrauen geführt haben könnte.

Daraus kann abgeleitet werden, dass eine Schulung im Aggressionsmanagement das Selbstvertrauen im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten kurzfristig steigern kann. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass sich die Teilnehmenden theoretisches Wissen aneignen und praktische Fähigkeiten vertiefen können, was wiederum zu einem gesteigerten Sicherheitsgefühl führen und somit das Vertrauen im Umgang mit Aggressionen steigern kann. Ein mittel- sowie langfristiger Effekt konnte in den inkludierten Studien nicht nachgewiesen werden.

5.1.5 Praktische Fähigkeiten

Vier Studien setzten sich unter anderem mit den praktischen Fähigkeiten auseinander. Dabei wurde in den Studien von Beech & Leather (2003) und Lamont & Brunero (2018) nach der Schulung eine signifikante Steigerung der Prävention von aggressiven Situationen, welche durch die Studierenden selbst eingeschätzt wurden, nachgewiesen. Diese Erkenntnisse stimmen mit der Studie von Heckemann et al. (2016) überein. Sie erfuhren durch Interviews mit den Teilnehmenden, dass diese ihre Präventionsstrategien erweitern konnten und sich der eigenen Mimik und Gestik sowie die der Patientinnen und Patienten stärker bewusst worden sind. Dies führte zu einem frühen Erkennen potentieller Aggressionen, was sich mit den Ergebnissen der Studie von Nau et al. (2009) deckt. Zudem erkannten Beech und Leather (2003) eine signifikante Steigerung der erkannten Risikofaktoren in beiden Fallbeispielen. Auch dies könnte für eine verbesserte Prävention von Aggressionen sprechen, da durch das frühzeitige Erkennen der Risikofaktoren schneller auf die Situation reagiert werden kann. Daraus lässt sich schliessen, dass sich die Inhalte der Schulungen im Aggressionsmanagement positiv auf die Prävention von Aggressionen auswirken. Beech & Leather (2003) wiesen eine signifikante Verminderung der praktischen Fähigkeiten nach der Schulung nach. Dieses unerwünschte Ergebnis ist laut Beech & Leather (2003) jedoch auf eine suboptimale Konstellation des Fragebogens in Bezug auf diesen Punkt zurückzuführen und kann somit vernachlässigt werden. Demgegenüber konnte in der Studie von Lamont & Brunero (2018) eine signifikant erhöht eingeschätzte Fähigkeit der Anwendung von Deeskalationsstrategien und Befreiungstechniken nachgewiesen werden. Heckemann et al. (2016) kamen zum gleichen Ergebnis. Die Teilnehmenden gaben an, Deeskalationsstrategien nun gezielter einsetzen zu können und kannten mehr Optionen, um auf aggressive Patientinnen und Patienten zuzugehen. Heckemann et al. (2016) fanden auch heraus, dass die Teilnehmenden keine neuen Interventionsstrategien dazu gelernt, diese jedoch aufgefrischt und vertieft hatten. Dies zeigt auf, dass die Interventionsstrategien regelmässig aufgefrischt werden müssen, damit die Pflegenden sie gezielter einsetzen können. Eine regelmässige Wiederholung des Kurses kann auch darin begründet werden, dass alle Ergebnisse auf einem

kurzfristigen Effekt beruhen bis auf diejenigen der Studie von Beech & Leather (2003), bei denen die Ergebnisse auch mittelfristig signifikant waren.

Zusätzlich gilt es zu beachten, dass nicht die Fähigkeiten zur Prävention und die Interventionsstrategien gemessen wurden, sondern lediglich der Glaube und die Einschätzung der Teilnehmenden in Bezug auf die jeweiligen Fähigkeiten. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich eine erhöhte Einschätzung, die Fähigkeiten anwenden zu können, positiv auf die tatsächliche Leistung auswirkt.

Heckemann et al. (2016) beschäftigten sich mit den Copingstrategien der Pflegenden im Umgang mit aggressiven Situationen. Dabei fanden sie heraus, dass sich die Copingstrategien nach der Schulung kaum verändert hatten. Einzelne konnten besser mit ihren Emotionen umgehen oder sich vermehrt von der aggressiven Situation distanzieren. Ansonsten blieb vor allem das Team eine wichtige Copingstrategie, um beispielsweise die Wut über erlebte Aggressionen zu thematisieren. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis wäre, dass die Ziele und Inhalte der Schulung zu wenig auf die Copingstrategien abzielten.

5.2 Limitationen der Arbeit

Nachfolgend werden Stärken und Schwächen dieser Arbeit genannt.

Eine Stärke liegt in der Verwendung von fünf Datenbanken mit zusätzlicher Recherche in Literaturverzeichnissen. Damit wurden die gängigsten pflegerelevanten Suchquellen miteinbezogen. Trotzdem kann es sein, dass nicht alle relevanten Studien gefunden wurden, da die Suche systematisiert und nicht systemisch durchgeführt wurde. Aufgrund der Tatsache, dass die Autorinnen und Autoren der eingeschlossenen Studien sich gegenseitig zitierten, kann davon ausgegangen werden, dass die miteinbezogene Literatur eine genügende Relevanz aufweist. Auch wurde die Hälfte der Studien in der Schweiz durchgeführt und weitere zwei in Europa. Somit sind die Ergebnisse mehrheitlich auf Schweizer Pflegende übertragbar.

Als Limitationen der Arbeit sind einige Punkte zu nennen. Nur drei der verwendeten Studien wurden in den letzten zehn Jahren publiziert. Da die gefundene Anzahl Studien jedoch gering war, wurden auch ältere Studien miteingeschlossen.

Das Ausschlusskriterium der Psychiatrie wurde aufgrund der eher geringen Studienlage gelockert. In den Studien sind Psychiatrieanteile vorhanden, wobei

teilweise nicht genau angegeben ist, wie gross der Anteil Psychiatriepflegender war. Daher können die Resultate nur mit Vorsicht auf das Setting des Akutspitals übertragen werden. Ein weiterer Grund, der für eine vorsichtige Übertragung der Ergebnisse spricht, ist die Tatsache, dass in fünf Studien Pflegeauszubildende und in drei Studien diplomiertes Pflegepersonal zur Stichprobe zählten. Somit sind die Ergebnisse nicht bedenkenlos miteinander vergleichbar und auf die Population der Pflegenden übertragbar.

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, haben die Autorinnen dieser Arbeit die für die Fragestellung wichtigen Ergebnisse priorisiert und diskutiert.

Einige Studien sprechen von Aggressionen und Gewalt, andere nur von Aggressionen. Die Abgrenzung war teilweise unklar und meist nicht von den Studienautorinnen und -autoren erklärt. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass auch die Teilnehmenden bei der Beantwortung der Fragen von unterschiedlichen Bedeutungen ausgegangen sind und dies somit die Ergebnisse beeinflusste. Auch handelt es sich mehrheitlich um subjektive Messungen, weshalb aufgrund fehlender objektiver Belege keine Aussage über die tatsächlichen Veränderungen im Umgang mit Aggressionen gemacht werden kann.

Die Schulungen wurden im Grossen und Ganzen ähnlich durchgeführt. In allen acht Studien wurden theoretische sowie praktische Sequenzen eingebaut. Unterschiede sind jedoch in der Dauer der Schulungen zu finden. Ob dies einen Einfluss auf das Ergebnis hat, müsste untersucht werden.

Die Daten aller sechs quantitativen Studien enthielten falsche Verfahren zur statistischen Analyse. Somit sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Dazu muss aber gesagt werden, dass Tests für intervallskalierte Daten häufig für ordinalskalierte Daten (zum Beispiel Likert Skalen) verwendet werden und daher trotzdem als gültig angesehen werden können (Universität Zürich, 2016).

Die verwendeten Studien sind auf der untersten Stufe der 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) angesiedelt und haben somit ein tiefes Evidenzlevel.

6. Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Kapitel erfolgen Empfehlungen zur Umsetzung in der Pflegepraxis sowie zur künftigen Pflegeforschung. Diese werden aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit abgeleitet.

6.1 Implikationen für die Pflegepraxis

Da sich, wie in Kapitel 5 aufgezeigt wurde, in verschiedenen Bereichen positive Ergebnisse gezeigt haben, scheint eine Umsetzung der Schulungen sinnvoll.

Es hat sich gezeigt, dass einige der erwünschten Effekte bereits nach ein paar Wochen nicht mehr so stark ausgeprägt sind wie unmittelbar nach Beendigung der Schulung. Deshalb sollten die theoretischen und praktischen Inhalte durch regelmässige Schulungen aufgefrischt und vertieft werden. Die Pflegenden in der Studie von Lamont & Brunero (2018) haben dies sogar explizit gewünscht.

Um den Nutzen der Schulungen weiter auszuweiten, sollten ganze Teams im Aggressionsmanagement geschult werden (Heckemann et al., 2016). Somit wird die Zusammenarbeit im Team verbessert und ein Wissensaustausch kann erfolgen.

Es gilt jedoch zu beachten, dass Schulungen im Aggressionsmanagement mit Kosten und Zeitaufwand verbunden sind. Zusätzlich müssen Personen ausgebildet werden, um die Schulungen zu unterrichten. Falls externe Schulungsleitungen eingesetzt werden, müssen auch diese bezahlt werden. Um den Nutzen der Schulung zu optimieren, macht es Sinn, eine kompetente Person als Schulungsleitung einzusetzen, obwohl dies kostspielig ist. Wenn die Schulung in einer Praxisinstitution stattfindet, geht dies mit einem Personalausfall einher, da sich die Pflegenden während der Arbeitszeit in einer Schulung befinden.

Es sollten Räume zur Verfügung stehen, welche sich für theoretische Inputs, aber auch zum praktischen Üben eignen.

Um mögliche psychische Folgen von Aggressionen wie beispielsweise Ängste und Stress zu minimieren, sollte der Umgang mit den eigenen Emotionen in die Schulung miteingebaut werden. Dazu könnten mögliche Copingstrategien durch die Kursleitenden aufgezeigt werden.

Da Auszubildende bereits früh mit Aggressionen konfrontiert werden, sollten Schulungen im Aggressionsmanagement bereits zu Beginn der Ausbildung

eingebaut werden. Dadurch werden sie besser auf den Umgang mit Aggressionen vorbereitet. Wann genau eine Schulung sinnvollerweise stattfinden soll, müsste noch untersucht werden.

6.2 Implikationen für die Pflegeforschung

Die Studien untersuchten hauptsächlich den kurzfristigen Nutzen von Schulungen im Aggressionsmanagement. Die längste Zeitspanne zwischen Beendigung der Schulung und dem Post-Test betrug drei Monate. Um über langfristige Effekte Aussagen machen zu können, sollten vermehrt Studien mit längeren Abständen der Post-Tests durchgeführt werden. Gleichzeitig sollte auch die Prävalenz von Aggressionen und Gewalt vor und nach der Schulung erhoben werden. Durch das Erfassen von längerfristigen Effekten könnten Untersuchungen dazu durchgeführt werden, ob und wie sich die psychischen und physischen Folgen von erlebten Aggressionen durch Patientinnen und Patienten verändern.

Des Weiteren sollte in Betracht gezogen werden, dass nicht nur subjektive Ergebnisse durch die Einschätzungen der Teilnehmenden, sondern auch objektive Ergebnisse erfasst werden. Ein Messen der eigentlichen Leistungen in der Praxis würde jedoch mehrere Problemstellungen mit sich bringen. Zum einen spielt sich eine Situation in der Praxis nicht zwei Mal gleich ab, wodurch eine Reliabilität der Messung nicht gegeben ist. Zum anderen scheint es ethisch nicht vertretbar, während eines Vorfalles mit Aggression oder Gewalt Datenerhebungen durchzuführen. Aus diesen Gründen sollten zunehmend Erhebungsinstrumente erstellt und verwendet werden, die eine objektive Beurteilung der Effekte zulässt. Ein Beispiel dafür wäre das Aufschreiben von erkannten Risikofaktoren aus einem Fallbeispiel, wie dies in der Studie von Beech & Leather (2003) durchgeführt wurde. Zukünftig sollten auch Studien durchgeführt werden, welche zusätzlich zum diplomierten Pflegefachpersonal oder Studierenden auch beispielsweise Fachpersonen Gesundheit berücksichtigen.

7. Schlussfolgerung

In der vorliegenden Arbeit wurde folgende Fragestellung bearbeitet: Welchen Effekt haben Schulungen im Aggressionsmanagement für Pflegende im Akutspital auf deren Umgang mit Aggressionen ausgehend von Patientinnen und Patienten?

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Pflegende im Umgang mit Aggressionen durch Schulungen gestärkt werden. Dabei konnten mehrheitlich positive Veränderungen im Umgang mit Aggressionen in den Aspekten Sicherheitsgefühl, Kompetenzerwartung, Einstellung gegenüber Aggression und Gewalt, Selbstvertrauen und Veränderungen in den praktischen Fähigkeiten beobachtet werden.

Somit scheinen die positiven Effekte zu überwiegen, obwohl die Schulungen mit finanziellem und zeitlichem Aufwand einhergehen.

Daraus lässt sich schliessen, dass solche Schulungen für Pflegende in Institutionen wie auch während der Ausbildung regelmässig stattfinden sollten.

In Zukunft soll in weiteren Studien mit objektiven Daten der langfristige Effekt von Schulungen im Aggressionsmanagement untersucht werden.

Literaturverzeichnis

- Al-Ali, N. M., Al Faouri, I. & Al-Niarat, T. F. (2016). The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research, 30*, 83–89.
- Beech, B. (2008). Aggression prevention training for student nurses: Differential responses to training and the interaction between theory and practice. *Nurse Education in Practice, 8*(2), 94–102.
- Beech, B. & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing, 44*(6), 603–612.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing, 12*(4), 99–101.
- Grywa, D. & Zeller, A. (2003). Aggressionsmanagement – ein sinnvoller Ausbildungsinhalt in der Pflegeausbildung? *PflegePädagogik, 12*(3), 281–287.
- Hahn, S. & Needham, I. (2008). Angst und Stress als Nährboden für Aggressionen. *Krankenpflege, (4)*, 19–21.
- Halm, M. (2017). Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence? *American Journal of Critical Care, 26*(6), 504–508.
- Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. & Hahn, S. (2016a). The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(3), 574–585.
- Lamont, S. & Brunero, S. (2018). The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today, 68*, 45–52.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Delhi: Sage.
- LoBiondo, N. & Grove, K. S. (2005). *Pflegeforschung, Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Marshall, B., Craig, A. & Meyer, A. (2017). Registered Nurses' Attitudes Towards, and Experiences of, Aggression and Violence in the Acute Hospital Setting. *Kai Tiaki Nursing Research, 8*(1), 31–36.
- Moser, T., Dreier, B., Krebs, S., Jung, B., Dinkel, J. & Reinhardt, S. (2015).

- Grundkurs Aggressionsmanagement: Grundstruktur, Zertifikatsinhalte und Themenbereiche. Verein NAGS Schweiz.
- Nau, J., Dassen, T., Needham, I. & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre-and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196–207.
- Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dassen, T., Haug, H. J., Fischer, J. E. & Halfens, R. J. G. (2005). The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression. *Journal of Nursing Education*, 44(9), 415–419.
- Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). Übersicht heutige und altrechtliche Ausbildungen im Bereich des Gesundheitswesens. *Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK - ASI*. Zugriff am 15.8.2019. Verfügbar unter:
https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/karriere_in_pfleger/2013_10_02_Uebersicht_neue_und_altrechtliche_Ausbildungen.pdf
- Stangl, W. (2011). Schulung. *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Zugriff am 15.8.2019. Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/2662/schulung/>
- Universität Zürich. (2016). Skalenniveau. *Methodenberatung*. Zugriff am 16.4.2020. Verfügbar unter: <https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/skalenniveau.html>
- Walter, G., Nau, J., Oud, N. & Auer, A. (Hrsg.). (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Pflegepraxis Psychiatrische Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- Winstanley, S. & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3–10.
- Zeller, A., Needham, I. & Halfens, R. (2006). Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung. *Pflege*, 19(4), 251–258.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Flussdiagramm Literatursuche</i>	10
Abbildung 2 <i>Stichprobe (Zeller et al., 2006)</i>	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywords</i>	8
Tabelle 2 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	9
Tabelle 3 <i>Übersicht über die eingeschlossenen Studien</i>	12
Tabelle 4 <i>Schulungsinhalte (Lamont & Brunero, 2018)</i>	28
Tabelle 5 <i>Ergebnisse (Lamont & Brunero, 2018)</i>	29
Tabelle 6 <i>Ergebnisse (Zeller et al., 2006)</i>	41
Tabelle 7 <i>Übersicht über die Studienergebnisse</i>	44

Wortzahl

Abstract 179

Arbeit 11'388

(ohne Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Ein aufrichtiges Dankeschön gilt all denen, die uns bei der Erarbeitung der Bachelorarbeit unterstützt haben.

Speziell bedanken wir uns bei Frau Grit Streese für die angenehme Begleitung und die kompetenten Antworten auf unsere Fragen während des gesamten Schreibprozesses.

Weiter möchten wir Janina, Flavia und Rolf für das Korrekturlesen, die hilfreichen Inputs und das ehrliche Feedback danken.

Ein grosses Dankeschön gehört auch unseren Familien und dem gesamten Freundeskreis für das geduldige Zuhören und die motivierenden Worte.

Zuletzt möchten wir uns bei allen herzlich bedanken, die wir hier nicht namentlich erwähnt haben.

Herzlichen Dank.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»



Hölzli Belinda



Keller Nina

Anhang A: Glossar

Äquivalenz	Gleichwertigkeit
Between-subjects factors	Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen
Chi-Quadrat	statistischer Test, um Häufigkeiten zu vergleichen
Cronbachs Alpha	dient der Berechnung der Reliabilität (= Zuverlässigkeit)
deduktiv	rückfolgend, vom Allgemeinen zum Einzelnen
Deeskalation	Intervention zur Verhinderung der Entstehung oder Zunahme von Aggressionen oder Gewalt
deskriptive Statistik	Art von Statistik, bei der die Daten beschreibend und übersichtlich dargestellt werden
Drop-out	Anzahl Personen, die eine Studie nicht beendet haben und vorzeitig ausgeschieden sind
Gesundheitsfachperson	Fachperson, die im Gesundheitsbereich Behandlungen durchführt oder anordnet
Hauptkomponentenanalyse	Verfahren zur Vereinfachung eines grossen Datensatzes
hochsignifikant	→ Signifikanz
induktiv	von Einzelnen zum Allgemeinen
Längsschnittstudie	Untersuchung mit mehreren Messzeitpunkten
Likert Skala	mehrstufige Antwortskala, auf der Befragte mehr oder weniger stark zustimmen oder ablehnen können
n	Anzahl
Peer-Review	ein Verfahren, welches durch unabhängige Beobachterinnen und Beobachter die Qualität einer Wissenschaftlichen Arbeit sichert
Post-Test	Datenerhebung nach der Intervention
Prä-Test	Datenerhebung vor der Intervention
quasi-experimentell	Studiendesign, bei dem eine zufällige Zuteilung der Teilnehmenden nicht möglich ist
Randomisierung	zufällige Zuteilung

Reliabilität	gibt an, wie zuverlässig ein Test ist
Sample size calculation	Berechnung der benötigten Stichprobengrösse
Signifikanz	wenn die Veränderung eines Wertes so gross ist, dass sie nicht zufällig zustande kam, ist ein Ergebnis signifikant
Signifikanzniveau	Wert, der bestimmt, ab wann ein Ergebnis signifikant ist
systematisiert	strukturiert
t-Test	untersucht, ob sich zwei Gruppen unterscheiden
univariat	einfaktoriell
Validität	misst ein Test genau das, was er messen soll, dann hat er eine hohe Validität
Variable	Merkmal
Varianzanalyse	testet, ob sich die Mittelwerte mehrerer Gruppen signifikant voneinander unterscheiden
visuelle Analogskala (VAS)	dient zur Messung subjektiver Aspekte, indem eine Person die Stärke einer Empfindung auf einer Skala zeigt
Within-subject factors	Unterschiede innerhalb einer Gruppe

Anhang B: Zusammenfassung und Würdigung der Studien

Zusammenfassung der Studie 1: Al-Ali, N. M., Al Faouri, I. & Al-Niarat, T. F. (2016). The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research*, 30, 83–89.

Einleitung	<p>Gewalt am Arbeitsplatz (WPV) entwickelte sich weltweit zu einer immer grösseren Gefahr. Betroffen zum vor allem Gesundheitseinrichtungen, wie Spitäler.</p> <p>In der Definition von WPV wird unter anderem auf den Verlust der Sicherheit, des Wohlbefindens oder der Gesundheit der Mitarbeitenden eingegangen. Dazu zählt auch der Weg zur und von der Arbeit.</p> <p>Einige Quellen sprechen davon, dass Mitarbeitende des Gesundheitswesens ein höheres Risiko haben angegriffen zu werden, als Gefängnismitarbeitende oder die Polizei. Im Vergleich mit anderen Dienstleistungsberufen werden Gesundheitsfachpersonen 16-mal häufiger angegriffen. Mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen hatte bereits Kontakt mit Aggression oder Gewalt am Arbeitsplatz. Pflegende sind dabei noch 3-mal häufiger betroffen als andere Gesundheitsfachpersonen.</p> <p>Schulungen zu WPV sind daher erforderlich, es ist jedoch nicht abschliessend geklärt, wie wirksam solche Schulungen sind. Schätzungsweise 70% aller Vorfälle gegen Pflegende werde nicht gemeldet, da die Betroffenen glauben es sei «Zeitverschwendung», da es sowieso keine Konsequenzen habe. Die Folgen von WPV sind vielfältig und kostspielig. Vor allem die psychischen Folgen sind schwieriger zu identifizieren, als die finanziellen Kosten. Zu nennen sind Depressionen, Burnout, Unzufriedenheit im Job und damit einhergehend Leistungsminderung.</p> <p>Gewalt gegenüber Pflegenden entsteht aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Ein wichtiger Faktor ist hierbei die Einstellung der Pflegenden zu WPV, was vermutlich das Verhalten beeinflusst.</p> <p>Bisherige Literatur über WPV befasste sich hauptsächlich damit, welche Faktoren dazu beitragen und welche Auswirkungen dies auf die Institution hat. Einige Studien untersuchen die Einstellung der Pflegenden zu WPV und die Auswirkungen einer Schulung auf ihre Fähigkeiten. Diese Studien zeigten einen positiven Effekt auf das Wissen der Pflegenden und eine positivere Einstellung zur Gewaltprävention. Veränderungen in der Prävalenz konnten keine festgestellt werden. Weitere Studien zeigten jedoch, dass wenn die Institutionen sich engagieren in der Prävention, die Zahlen zu Vorfällen sinken.</p> <p>In Jordanien gilt seit einigen Jahren eine «Nulltoleranz» gegenüber WPV. Somit wird die Notwendigkeit von Schulungen am Arbeitsplatz betont. Es fehlt jedoch an Studien, die die Auswirkungen der Schulungen auf die Einstellung der Pflegenden zu WPV untersuchen.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen von Schulungen auf die Einstellung von Pflegenden zu WPV in einem Militärkrankenhaus in Jordanien zu bewerten. Das zweite Ziel der Studie war die Einschätzung der Prävalenz von WPV, der Umstände, unter denen sie stattfindet, Reaktionen der Pflegenden, Unterstützungsquellen und Bewältigungsmethoden nach gewalttätigen Zwischenfällen.</p>
Methode	<ul style="list-style-type: none">- Design: Prä-Post-Test Befragung- Stichprobe: Zufallsstichproben wurden aus den folgenden vier Bereichen ausgewählt: Intensivstationen, medizinisch-chirurgischen Stationen, Notfall und Ambulanz. Zum Studienzeitpunkt arbeiteten 1000 diplomierte Pflegende im gesamten Spital.

	<p>- Datenerhebung: Die Daten wurden im grössten Militärspital in Jordanien erhoben. Die berechnete Stichprobe von 85 Teilnehmenden wurde mittels einer Leistungsanalyse berechnet. Diese Anzahl wurde auf 100 erhöht, um die «drop rate» auszugleichen.</p> <p>Die arabische Version des "The Attitude toward Patient Physical Assault Questionnaire" wurde verwendet, um die Daten zu erheben. Er besteht aus Aussagen zur Einstellung der Pflegenden, die sie mit einer 3-Punkte-Likert-Skala (Zustimmung, Neutralität, Ablehnung) bewerteten. Ein weiterer Teil erfasst subjektive Daten. Dabei wird die Wahrnehmung von Pflegenden in Bezug auf Gewalt erfragt. Hier wurden verschiedene Fragetypen verwendet. Es ging darum, dass die Probanden ihren Standpunkt auf der Grundlage ihres Wissens, ihrer Erfahrungen mit und über die Ursachen und Arten von Gewalt, die Täter, die Häufigkeit der Gewaltexposition, die Handhabung und die Reaktion der Patientinnen und Patienten auf Gewalt, die Massnahmen nach dem Vorfall und die Vorstellungen über die Schulung preisgeben konnten.</p> <p>Ein Fragebogen zu körperlichen Übergriffen wurde durch eine Literaturrecherche und ein Expertenteam von Pflegenden auf seine Zuverlässigkeit und Reliabilität überprüft und entwickelt.</p> <p>- Messverfahren & Interventionen Die Abteilungsleiter der jeweiligen Stationen vermittelten die Teilnehmenden. Sie informierten die Pflegenden per E-Mail über ein vorbereitendes Treffen und luden zu diesem ein. Teilnahmeberechtigt waren die Pflegenden mit Diplom oder Bachelor, welche auf einer offenen Station im Dreischichtbetrieb arbeiten. Die Pflegenden wurden in fünf Gruppen zu je 20 Personen aufgeteilt. Alle Teilnehmenden erhielten eine eintägige Schulung. Die Pflegenden erhielten vor und fünf Wochen nach der Schulung einen Fragebogen mit jeweils denselben Fragen.</p> <p>- Datenanalyse: Die Daten wurden mittels eines Statistikprogramms (IBM SPSS Statistics) analysiert. Die deskriptive Analyse (Häufigkeit, Durchschnitt, Standardabweichung) wurde zur Identifizierung der einzelnen Aussagen verwendet. Um die Auswirkungen der Schulung auf die Einstellungen der Pflegenden zu analysieren.</p> <p>- Ethik: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission genehmigt. Die Teilnahme geschah auf freiwilliger Basis und ohne Anreize.</p> <p>- Schulungsinhalte: Das Ziel war es, das Personal in Gewaltprävention und -management zu schulen. Folgende Inhalte waren zentral: 1. Definitionen von Gewalt am Arbeitsplatz und Leitlinien zu allgemeinen Rechten und Pflichten; 2. Auswahl der besten Ansätze; 3. Gewalt, Anerkennung und Bewertung; 4. Interventionen am Arbeitsplatz; 5. Überwachung und Bewertung.</p>
Ergebnisse	<p>Von 100 Teilnehmenden beendeten 97 die Studie. Die Mehrheit war weiblich, besass einen Bachelor in Pflege und hatte mehr als drei Jahre Berufserfahrung. 87% erhielten noch nie eine Schulung im Aggressionsmanagement.</p> <p>63.9% der Pflegenden gaben an bereits einmal Erfahrungen mit verbaler Gewalt von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen gemacht zu haben. 7.2% der Pflegenden erlebten physische Gewalt von Patientinnen oder Patienten.</p> <p>Nach Vorfällen mit verbaler Gewalt ignorieren 54% der Pflegenden die Tätlichkeit, 37.1% sagen es hätte sowieso keine Konsequenzen. Ähnliche Zahlen gelten für physische Gewalt. Obwohl über die Hälfte der Pflegenden bereits Gewalterfahrungen machen musste, beurteilen nur 12% ihren Arbeitsplatz als nicht sicher.</p> <p>Das Team wird als emotionale Stütze angegeben nach solchen Vorfällen (89%). Die am häufigsten genannten Copingstrategien sind Kommunikationsfähigkeiten und Wachsamkeit bei der Betreuung. Die rechtliche Unterstützung wurde vom Pflegemanagement gewährleistet (49%).</p> <p>Es wurden signifikante Unterschiede in der Einstellung der Pflegenden zur Leistung des Personals ($p=0.026$) vor und nach der Schulung festgestellt. Zur Einstellung der Pflegenden zu rechtlichen Aspekten und Sicherheit wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.</p>

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Schulung einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung der Pflegenden bezüglich Leistung des Personals hat. Die rechtlichen Aspekte und Sicherheit zeigen keine Signifikanz. Das zeigt die Notwendigkeit ein Programm zu planen, dass auf die Leistung des Pflegepersonals ausgerichtet ist, da Recht und Sicherheit bereits einen hohen Stellenwert in den Schulungen einnimmt. Andere Studien sind sich hiermit uneinig. Mehrere Studien über die Prävalenz von Aggressionen im Akutspital deuten auf ähnliche Zahlen hin wie in dieser Studie. Von allen Gesundheitsfachpersonen sind Pflegende am häufigsten mit Aggressionen und Gewalt konfrontiert, da sie den längsten Patienten- und Angehörigenkontakt haben.

In dieser Studie traten die meisten Vorfälle im Tagdienst auf. Eine andere Studie hingegen besagt, dass sie gewalttätigsten Vorfälle in den Spätdiensten auftreten.

Pflegende ignorieren gewalttätige Vorfälle meistens oder melden sie nur mündlich, was mit anderen Studien übereinstimmt. Begründungen hierfür sind mangelnde Konsequenzen und die Angst, dass die Pflegenden selbst für den Vorfall verantwortlich gemacht werden. Ebenso sei eine Meldung zeitaufwendig. Aus diesen Gründen wird das Thema im Gesundheitswesen möglicherweise unterschätzt. Mit der Einführung der «Nulltoleranz» in Jordanien werden solche gewalttätigen Zwischenfälle erfasst.

Als primäre emotionale Stütze bei gewalttätigen Vorfällen ist das Pflgeteam. Die rechtliche Unterstützung wurde vom Pflegemanagement gewährleistet. In einer Studie aus dem Jahr 2006 wurde festgestellt, dass sowohl der emotionale wie. Auch der rechtliche Aspekt vom Pflgeteam kam. Es wurde von den Pflegenden erwartet, dass sie sich gegenseitig unterstützen.

Die Studie hat gezeigt, wie wichtig Kommunikationsfähigkeit ist, um gewalttätige Vorfälle zu verhindern und bewältigen. Zur Kommunikationsfähigkeit zählen verbale, wie auch nonverbale Aspekte. Pflegende schätzen diese oft falsch ein. Kompetente Kommunikationsfähigkeiten spielen bei der Deeskalation eine wichtige Rolle und helfen bei der Konfliktlösung. Dem Thema wird noch zu wenig Beachtung geschenkt und unzureichend geschult.

- Limitationen: Die Studie erfolgte in nur einem Spital in Jordanien. Daher können die Ergebnisse nicht in jedes andere Spital übertragen werden.

Die Gruppen wurden nicht genügend randomisiert erstellt, was zu Verzerrungen führen könnte. Das Durchführen von Vortests kann einen Einfluss auf das Wissen der Teilnehmenden haben. Gemessen wurden in der Studie nur die Einstellung der Pflegenden und nicht deren Verhalten. Somit lässt sich nicht sagen, welche langfristigen Gewinne der Schulungen sein können.

- Praxisempfehlungen: Weitere Studien sollen den Effekt von Schulungsprogrammen auf den Praxisalltag untersuchen. Führungspersonen sollen sich an den Massnahmen beteiligen, emotionale und rechtliche Unterstützung bieten. Das Thema der Gewaltprävention sollte bereits in der Aus- und Weiterbildung in den Lehrplan integriert werden.

Würdigung der Studie 1: Al-Ali, N. M., Al Faouri, I. & Al-Niarat, T. F. (2016). The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research*, 30, 83–89.

Einleitung	<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage unserer BA. Die Forschungsfrage und -ziele sind klar definiert und verständlich beschrieben. Mittels mehreren Literaturquellen wird an das Thema herangeführt. Umstände in Jordanien, sowie weltweit werden genannt. Die Einleitung war sehr ausführlich gestaltet. Zu Beginn wurde der Begriff «Workplace violence (WPV)» definiert.</p>
Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Design: Das gewählte Design ist sinnvoll, um Daten zu bekommen, die jeweils vor und nach einer Intervention erhoben wurden. - Stichprobe: Die Stichprobe generiert ein durchmisches Sampling. Sie kann auf diplomiertes Pflegepersonal in Akutspitälern übertragen werden. Drop-outs werden nicht erwähnt. Die Anzahl von 100 Teilnehmenden wurde berechnet und begründet. Vergleichsgruppen wurden nicht erstellt, da es sich um eine Prä-Post-Test Befragung handelt. - Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben. Die Methoden waren für alle fünf Interventionsgruppen identisch. Darüber, ob die Daten komplett sind wurde nichts gesagt. - Messverfahren & Interventionen: Das Messinstrument ist zuverlässig und valide. Begründet wird die Auswahl nicht, jedoch erklärt wie das Instrument überprüft und angepasst wurde. Verzerrungen werden nicht erwähnt. - Datenanalyse: Das Verfahren wurde erwähnt und knapp beschrieben. - Ethik: Interessenkonflikt und Zuschüsse von Fördereinrichtungen wurden verneint.
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden präzise beschrieben und mit Tabellen sinnvoll und verständlich ergänzt. Die Tabelle zu demographischen Daten war insofern nicht komplett, indem die bisherige Schulungserfahrung nicht dargestellt wurde. Der Zivilstand wurde erhoben, jedoch nicht begründet. Auf Unterschiede in den 5 Interventionsgruppen wurde nicht eingegangen.</p>
Diskussion	<p>Alle Resultate werden ausführlich und kritisch diskutiert. Die Interpretation erfolgt schlüssig und stimmt mit den Resultaten überein. Die Resultate werden mit anderen Studien verglichen und Unterschiede erläutert. Limitationen der Studie werden genannt und begründet. Die Ergebnisse sind in der Praxis schwer umzusetzen aufgrund von personellen und finanziellen Mitteln. Eine Wiederholung der Studie in anderen Settings wäre möglich.</p>

Zusammenfassung der Studie 2: Beech, B. & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 603–612.

<p>Einleitung</p>	<p>Die Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz ist international als herausforderndes Problem anerkannt. Man geht davon aus, dass bekannte Statistiken über solche Angriffe untertrieben sind. Dies bringt mehrere Folgen mit sich wie zum Beispiel finanzielle. Aus diesen Gründen wurden in den letzten Jahren vermehrt nach Schulungen im Umgang mit Aggressionen gefragt. Diese sollten beispielsweise eine Reduktion der Anzahl und Schweregrade der Vorfälle, den psychischen Folgen bringen. Die Schulungen verwenden viele verschiedene Theorien und es gibt viele Firmen, welche diese durchführen, weshalb diese Thematik schlecht reguliert ist. Es liegen zudem wenige Untersuchungen zur Effizienz von durchgeführtem Training vor, die meisten untersuchen auch nur, wie zufrieden die Teilnehmenden mit der Schulung waren. Zudem ist meist schlecht ersichtlich, was die Kursanbietenden genau anbieten, was diese für Ausbildungen haben und wie der Kurs genau abläuft, geschweige denn, wie diese evaluiert werden. Genannte Kurse fehlen fast komplett während der Pflegeausbildung. Durch die hohen Zahlen, welche Pflegestudierenden Aggressionen und Gewalt durch Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind, sollte die Kurs jedoch bereits in der Ausbildung stattfinden oder sollte sogar obligatorisch sein. Die Autoren gehen zudem darauf ein, dass es schwer ist, Trainingskurs zu evaluieren. Man sollte das Wissen auch anhand von verbalen oder Strukturierung von Wissen messen. Mit verschiedenen Instrumenten wäre es dann auch möglich, Einstellungen, Motivation oder Selbstvertrauen zu messen. Somit könnten wichtige Antworten auf die Frage, welchen Effekt eine Schulung hat, gewonnen werden. In der Einleitung werden Resultate von diversen früheren durchgeführten Studien aufgezeigt. Ziel: Die Autoren wollen den kurz- und mittelfristigen Effekt einer 3-tägigen Schulung (Lerneinheit) auf die Prävention und den Umgang mit Aggressionen am Arbeitsplatz ermitteln. Ein zweites Ziel ist es, verwandte Themen zu betrachten und zu prüfen, wie passend die verwendeten Instrumente sind.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine wiederholende Längsschnittmessung Design gewählt. Der Fragebogen misst Veränderungen in den Lerneffekten. Stichprobe: Die Stichprobe setzt sich aus 243 Studierenden zusammen, wobei die Mehrheit (84.7%) weiblich war und 70 Prozent unter 30 Jahren alt waren. 25 Prozent arbeiteten in der Psychiatrie und 55 Prozent arbeiteten im Erwachsenenbereich. 14 Prozent hatten bereits zuvor eine Schulung im Aggressionsmanagement erhalten, 10 Prozent hatten kürzlich einen Input zu Befreiungsmöglichkeiten erhalten und 9 Prozent zu freiheitseinschränkenden Massnahmen. Es wird nicht beschrieben, wie die Stichprobe zusammenkam. Die Population bezieht sich auf Pflegestudierenden (UK?) welche mit erwachsenen oder in der Psychiatrie arbeiten. Die Unterteilung in die drei Klassen erfolgte nicht randomisiert. Datenerhebung: Das Instrument wurde vor der Studie peer-reviewed um die Gesichtvalidität zu gewährleisten. Die vier Instrumente, die verwendet wurden setzen sich wie folgt zusammen: 1. In einem ersten Schritt wurden für Fragestellung wichtige demographische Angaben erhoben. 2. Der zweite Teil enthielt folgende zwei Fallbeispiele: Das erste handelt von einem 30-jährigen Mann, der in die Notaufnahme kam. Im zweiten ging es um eine 75-jährige Frau in einem Wohnheim. Die Studierenden sollten aus den Fallbeispielen Risikofaktoren für potentiell aggressives Verhalten aufschreiben.</p>

	<p>(Die Autoren beschrieben, dass sie mehr Schuldzuschreibung bei dem jungen Mann als der älteren Frau erwarten, zudem wird davon ausgegangen, dass sie nur die Risikofaktoren der aggressiven Person erkennen werden)</p> <p>3. Um die Schuldzuschreibung der Aggressionen in beiden Fallbeispielen zu messen, wurde eine visuelle Analogskala (VAS) benutzt.</p> <p>4. Anhand von einer 5-Punkte Likert-Skala wurde die Haltung, die geschätzte Verhaltenskompetenz, das Vertrauen und der Glaube an Mythen gemessen.</p> <p>Intervention: Die Studierende wurden in 3 Klassen und verschiedene Gruppen eingeteilt. Je nach Lernziel variierten die Gruppengrößen zwischen 20 und 40 Personen. Es waren jeweils zwei Trainierinnen/Trainer bei den Lektionen zur Befreiungsmöglichkeiten vor Ort. Die Lernziele sahen folgendermassen aus: Wissen über psychologische Theorien und Modelle, Statistiken aus dem Gesundheitswesen, Rechtliche Aspekte und Prinzipien von Befreiungsmöglichkeiten sowie Risikofaktoren Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten- sowie Mitarbeitenden Rechte in Bezug zur Sicherheit des Personals, psychische Erkrankungen, Gefährlichkeit, Vorhersehbarkeit und die Rolle der Pflegestudierenden Verbesserung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens zur Aufrechterhaltung der eigenen Sicherheit, nicht provokativ Kommunizieren und sich nähern, frühe Anzeichen von Aggressionen und deren Risikofaktoren erkennen Fähigkeiten wie zum Beispiel Befreiungsmöglichkeiten sowie verbale und nonverbale Kommunikation</p> <p>Messzeitpunkt: t1= 4 Monate vor der Schulung, t2=Am ersten Tag zu Beginn der Schulung t3= Am Ende des dritten Kurstages und t4= 3 Monate nach der Schulung und 3 Wochen Praxiserfahrung</p> <p>Datenanalyse: Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt. Die Likert Skala sowie die VAS weist ein ordinales Skalenniveau auf. Die identifizierten Risikofaktoren weisen in intervallskaliertes Datenniveau auf. Der t-wurde durchgeführt, um die Unterschiede der Daten über die Zeitspanne zu prüfen. Die Hauptkomponentenanalyse wurde gemacht, um die Aussagen der Likert Skalen in Hauptkategorien einzuteilen.</p> <p>Ethik: Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und die Studierenden wurden informiert, jederzeit und ohne Konsequenzen nicht mehr an der Studie teilzunehmen. Die Daten wurden vertraulich behandelt, waren jedoch nicht anonym. Jeder Studierende/jedem Studierenden wurde eine Nummer zugeteilt, um einen Vergleich zwischen der vier Messpunkten zu erlauben.</p> <p>Die Test-Retest Reliabilität wurde anhand t1 und t2 gemessen, da die Studierenden in der Pädiatrie oder Hebammen Settings waren und keine Inputs zum Aggressionsmanagement erhielten. Genehmigung durch die Kommission wurde eingeholt.</p>
Ergebnisse	<p>Steigerung der identifizierten Risikofaktoren in beiden Fallbeispielen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. -Fallbeispiel von durchschnittlich 4.18 (t1) auf 4.89 (t4) 2. -Fallbeispiel 4.41 (t1) auf 5.0 (t4) <p>Die Steigerung ist bei beiden Fallbeispielen signifikant p ist kleiner gleich 0.001 zwischen t2 und t4 und t2 und t3. Für das erste Fallbeispiel (junger Mann) konnte zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 sowie zwischen t2 und t4 eine signifikant verminderte Schuldzuweisung ($p \leq 0.001$) ermittelt werden. Beim zweiten Fallbeispiel (ältere Frau) konnte im zeitlichen Verlauf keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Dabei ist die Schuldzuweisung bei t4 am höchsten. Im zweiten Fallbeispiel zeigt sich über die gesamte Zeitspanne eine geringere Schuldzuweisung als im ersten Fallbeispiel.</p> <p>Durch die Hauptkomponentenanalyse kamen fünf Faktoren heraus:</p>

	<p>1 Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit, 2 Vorhersehbarkeit und Prävention, 3 Praktische Fähigkeiten, 4 Selbstachtung und Personalrechte, 5 Unprovokatives Verhalten</p> <p>Die Faktoren 1,2,4 und 5 wiesen zwischen t2 und t3 sowie t2 und t4 einen hochsignifikanten Anstieg auf. Das Ergebnis des Faktors 3 ist zwischen t2 und t3 sowie t2 und t4 signifikant gesunken.</p> <p>Die Ergebnisse wurden anhand verschiedener Tabellen präsentiert.</p>
Diskussion	<p>Die Forschungsfrage kann aufgrund der Daten beantwortet werden. Für die einzelnen Ergebnisse wurde nicht nach alternativen Erklärungen gesucht. Sie wurden kaum diskutiert. Jedoch wurden die Ergebnisse zusammengefasst.</p> <p>Es wurden keine Implikationen für die Praxis beschrieben.</p> <p>Limitationen wurden durch die Autoren genannt wie zum Beispiel das einige bereits eine Schulung gemacht haben. Auch dass die Ergebnisse nur die Einschätzung der Studierenden und somit nicht die tatsächliche Leistung misst. Es wurde aufgezeigt, was vor der Arbeit bereits bekannt war und was neu herausgefunden wurde.</p>

Würdigung der Studie 2: Beech, B. & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 603–612.

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflegepraxis, da die Problematik international als grosses Problem angesehen wird. Die Autoren beschreiben die Problematik und begründen anhand diverser Literatur den Forschungsbedarf. Der Stand der Forschung ist anhand von mehreren Beispielen demonstriert. Zudem gehen die Autoren auf verschiedene Elemente ein (Evaluierung, Schulungen) und beschreiben diese anhand von Literatur und Beispielen. Diese werden theoretisch untermauert. Die Fragestellungen müssen anhand des Zieles abgeleitet werden.
Methode	Design: Das Design ist angebracht, da durch die Messwiederholungen die kurzfristigen und langfristigen Effekte wie durch die Fragestellung gewünscht, gemessen werden können. Stichprobe: Zur Stichprobenziehung wurden keine Angaben gemacht. Die demographischen Angaben der Stichprobe sind repräsentativ für andere Pflegestudierende. Es wurden keine Aussagen zu den Drop-outs gemacht. Keine Durchführung einer sample size calculation, die Grösse scheint jedoch angemessen. Es gibt keine Kontrollgruppen. Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Die erstellten und abgeänderten Fragebögen wurden auf die Gesichtvalidität überprüft. Die Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden gleich. Es werden keine Angaben gemacht, ob die Daten von allen Teilnehmenden komplett erhoben worden sind. Messverfahren & Intervention: Die Inhalte der Intervention beschrieben, jedoch nicht wer die Schulung durchführte. Keine Quellenangaben der Materialien. Zur Reliabilität der Messinstrumente wurden keine Angaben gemacht, nur wenn die Instrumente auf die Reliabilität getestet wurden. Ebenfalls keine Angaben zur Validität. Die Verfahren werden so zum ersten Mal durchgeführt. Datenanalyse: Die Risikofaktoren haben ein Intervall Niveau. Aus diesem Grund ist der t-Test ausschliesslich bei den Risikofaktoren gerechtfertigt, da dieser Intervall Niveau verlangt. Die Hauptkomponentenanalyse setzt ebenfalls Intervall Niveau voraus, was bei der Likert Skala nicht gegeben ist. Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung, es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse durch die falsch verwendeten Tests verzerrt sind. Keine Angaben zum Signifikanzniveau. Ethik: Ethische Fragen wurden diskutiert und eine Genehmigung wurde eingeholt.
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind anhand der Tabelle gut ablesbar. Die Tabellen benötigen jedoch etwas Aufwand, um die Inhalte zu verstehen. Die Ergebnisse wurden im Text kurz dargestellt, die Tabellen stellen eine Ergänzung dar. Die verwendeten Tabellen sind präzise, jedoch fehlt eine Markierung der signifikanten Ergebnisse.
Diskussion	Für die einzelnen Ergebnisse wurde nicht nach alternativen Erklärungen gesucht. Sie wurden kaum diskutiert. Jedoch wurden die Ergebnisse zusammengefasst. Es wurden keine Implikationen für die Praxis beschrieben.

Zusammenfassung der Studie 3: Grywa, D. & Zeller, A. (2003). Aggressionsmanagement – ein sinnvoller Ausbildungsinhalt in der Pflegeausbildung? *PflegePädagogik*, 12(3), 281–287.

Einleitung	<p>Das Problem von Aggression und Gewalt in der Pflege hat zugenommen. Eine mögliche Erklärung dafür ist die allgemein steigende Gewaltbereitschaft unserer Gesellschaft.</p> <p>Die Prävalenz von Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz wurde in verschiedenen Settings untersucht. Die Psychiatrie und Langzeitpflege ist am stärksten betroffen. Im Akutspital geben 42% der Pflegenden an mindestens einmalig körperlich angegriffen worden zu sein. Die Pflegenden fühlen sich in solchen Situationen alleingelassen und belastet. Die fachgerechte Schulung der Mitarbeitenden ist eine mögliche Massnahme. Dabei sollen Pflegenden lernen, das Risiko einzuschätzen und das Verhalten deeskalierend zu beeinflussen. Zunehmend bekommt die Schulung auch in der Ausbildung der Pflegenden eine höhere Gewichtung. Unter Auszubildenden ist die Rate von Verletzungen durch Patientinnen oder Patienten höher, wenn sie nicht geschult sind. Sie fühlen sich unsicher, überfordert und verschweigen potentielle Gefahrensituationen. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage: Welche Erkenntnisse gewinnen Schülerinnen und Schüler in der Pflegeausbildung in einer Schulung zu Aggressionsmanagement?</p>
Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatz/Design: qualitative Inhaltsanalyse? - Stichprobe: Es nahmen sieben Pflegeauszubildende (vier Frauen und drei Männer) an der Studie teil. Das Alter betrug 21-47 Jahre. Die Probanden wurden an zwei verschiedenen Schulen in der Deutschschweiz rekrutiert. Die Ausbildungsschwerpunkte waren Akutpflege oder Psychiatrische Pflege. Die Auszubildenden befanden sich im ersten oder im dritten Ausbildungsjahr. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. - Datenerhebung: Die Daten wurden in Einzelinterviews jeweils eine Woche vor und nach der Schulung erhoben. Die Fragen waren standardisiert. Anschliessend wurden die Tonbandaufnahmen transkribiert. - Methodologische Reflexion: Der qualitative Ansatz wird nicht diskutiert. - Datenanalyse: die Auswertung erfolgte mit qualitativer Inhaltsanalyse. - Ethik: Die Teilnahme geschah freiwillig, andere ethische Themen wurden nicht erwähnt.
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden anhand der Fragen dargestellt.</p> <p><i>Definition von Aggression und Gewalt</i> Alle Auszubildenden nannten verbale, wie auch physische Aggression- und Gewaltformen. Diese unterschieden sich vor und nach der Schulung nicht. Aggression oder Gewalt wird als Grenzüberschreitung empfunden und als Macht oder Unterdrückung wahrgenommen.</p> <p><i>Erfahrungen mit Aggression/Gewalt</i> Alle Auszubildenden wurden in ihren Praktika bereits mit physischer oder verbaler Gewalt konfrontiert.</p> <p><i>Sicherheit im Umgang mit Aggression/Gewalt VOR der Schulung</i> Vier Auszubildende gaben an, sich im Umgang mittelmässig bis sehr unsicher zu fühlen. Drei fühlten sich sicher.</p> <p><i>Sicherheit im Umgang mit Aggression/Gewalt NACH der Schulung</i> Nach der Schulung gaben sechs Teilnehmende an, sich nun sicherer oder sehr sicher zu fühlen. Eine Person fühlt sich noch immer unsicher.</p> <p><i>Schulungsbedarf und mögliche Themen einer Schulung</i></p>

	<p>Die Frage wurde vor der Schulung gestellt. Die Auszubildenden waren sich einig, dass eine solche Schulung während der Ausbildung sinnvoll ist. Die Schulung sollte folgende Themen beinhalten: Theoretische Hintergründe, richtiges Verhalten, Interventionen zur Deeskalation, rechtliche Aspekte, Verarbeitung von Erlebtem und Selbstverteidigung.</p> <p><i>Erkenntnisse nach der Schulung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sicherheit: Alle Auszubildenden äusserten sich selbstbewusster zu fühlen, da sie das Gefühl haben sich nun wehren zu können. Das Gefühl der Machtlosigkeit hat sich verringert. 2. Einstellung und Haltung: Die Auszubildenden gaben an, nach der Schulung sensibilisierter und Aggression/Gewalt bewusster wahrnehmen zu können. Das Menschenbild der Teilnehmenden wurde beeinflusst, sie wollen niemandem weh tun und Konflikte ohne Gewalt lösen. 3. Wissen und Kenntnisse: Die Teilnehmenden haben ihr Wissen über Aggression/Gewalt erweitert und können ihr Handeln nun besser begründen.
Diskussion	<p>Die Interviews der Auszubildenden zeigen auf, dass die sich kompetenter und sicherer im Umgang mit aggressivem Verhalten fühlen. Ihre Kenntnisse wurden erweitert und praktische Fähigkeiten wurden erworben. Auch die Einstellung der Teilnehmenden gegenüber aggressivem Verhalten hat sich verändert. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen aus anderen Studien, die eine solche Schulung evaluierten.</p> <p>Limitationen: Hier ist die kleine Anzahl Teilnehmender zu erwähnen, sowie die Tatsache, dass es sich nur um Auszubildende handelte. Die Ergebnisse lassen sich somit nur auf Pflegestudierende übertragen und nicht auf alle Pflegenden.</p> <p>Es ist unklar, wie lange die Kenntnisse und Fähigkeiten erhalten bleiben und wie die Umsetzung in die Praxis aussieht. Daher ist eine Auffrischungsschulung empfehlenswert. Es bedarf weiterer Untersuchung, ob die Schulung einen Effekt auf den konkreten Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten hat.</p> <p>Die Autoren empfehlen, die Schulung bereits im ersten Ausbildungsjahr einzuführen und weitere Studien mit grösseren Stichproben durchzuführen.</p>

Würdigung der Studie 3: Grywa, D. & Zeller, A. (2003). Aggressionsmanagement – ein sinnvoller Ausbildungsinhalt in der Pflegeausbildung?
PflegePädagogik, 12(3), 281–287.

Einleitung	Das Problem wird verständlich erläutert und ist relevant in der Pflege. Mit Fachliteratur wird in das Thema eingeführt. Die Forschungsfrage ist klar formuliert, ein Ziel wurde jedoch nicht erwähnt. Die Signifikanz wird nicht diskutiert.
Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatz/Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Forschungsdesign ist nachvollziehbar. Begründet wurde die jedoch nicht. - Stichprobe: Die demographischen Daten werden ausführlich beschrieben. Es ist nicht ersichtlich wie die Stichprobe zustande kam. Da nur zwei Bereiche (Akutpflege und Psychiatrie) in die Studie miteinflussen ist das Ergebnis auch nur auf diese Bereiche zu übertragen. Die Studie befasst sich mit Auszubildenden, weshalb ausgebildete Pflegenden nicht zur Population gezählt werden können. Die Settings werden nur genannt und nicht beschrieben. Da alle Probanden bereits in der Praxis tätig sind, sind sie geeignet als Studienteilnehmende. - Datenerhebung: Die Interviewfragen sind alle aufgeführt. Eine Freiwilligkeit der Teilnahme ist erwähnt. - Methodologische Reflexion: Der Hintergrund der Arbeit wurde dargestellt. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem qualitativen Ansatz überein und ist geeignet für die Fragestellung. - Datenanalyse: Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse wurde nur genannt und nicht näher ausgeführt. - Ethik: Ethische Fragen wurden nicht diskutiert.
Ergebnisse	Die Ergebnisse wurden alle sowohl im Text, als auch mit Zitaten präsentiert. Die Aufteilung ist übersichtlich gestaltet und inhaltlich korrekt. Bei einigen Fragen wurden die Antworttypen nicht mit Zahlen hinterlegt (bspw. Die Studierenden sagten, dass...), wodurch nicht klar ist, wie gross der Anteil ist. Somit bleibt ein gewisser Interpretationsspielraum offen, welcher zu Fehlinterpretationen führen kann. Die Antworten beantworten die Fragestellung.
Diskussion	Die Ergebnisse der Studie werden kurz und präzise zusammengefasst. Mögliche Limitationen werden kritisch und verständlich diskutiert. Empfehlungen für die Praxis erfolgen klar und sind umsetzbar.

Zusammenfassung der Studie 4: Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. & Hahn, S. (2016). The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 574–585.

<p>Einleitung</p>	<p>Phänomen: Die Studie beschreibt, dass der grösste Teil von Aggressionen im Gesundheitswesen von Patientinnen und Patientinnen sowie Besuchern ausgeht (Patient Visitor Aggression PVA). Dies stellt ein komplexes Problem dar, da dies mit negativen Folgen wie zum Beispiel Burnout, Schlafproblemen, Angst oder mit Kündigung einhergeht. Häufig kommt es im Notfall oder auf psychiatrischen Abteilungen vor, aber auch auf medizinischen und chirurgischen Bettenstationen. PVA könnte durch eine positive Patienten-Pflege Beziehung, die auf Gleichstellung, Autonomie und Beteiligung der Patientinnen und Patienten beruht, verhindert werden. Da es in der Praxis jedoch häufig schnell gehen müssen und sich Situationen schnell ändern oder die Pflegenden in die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten eindringen, um ihre Arbeit zu erledigen, können Aggressionen getriggert werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, Aggressionen frühzeitig zu erkennen, um zu intervenieren und deeskalieren. Diese Techniken können anhand eines Aggressionsmanagement Kurses erlernt werden. AM zielt auch darauf ab, die Einstellungen der Pflegenden zum Thema PVA zu ändern, da diese wiederum das Management mit Aggressionen beeinflusst.</p> <p>Untersuchungen, die bereits zu diesem Thema gemacht wurden, zeigen schlechte Studienqualität und dass die Effekte von AM noch nicht ausreichend untersucht sind.</p> <p>Forschungsfrage:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welchen Effekt hat eine Aggressionsmanagement Schulung auf die Einstellung der dipl. Pflegefachpersonen zu und auf den Umgang mit Aggressionen ausgehend von Patientinnen und Patienten und Besucherinnen und Besucher (PVA)? 2. Welchen Einfluss hat eine AM Schulung auf die Prävention, frühe Intervention und Deeskalation Strategien bezüglich Aggressionen ausgehend von Patientinnen und Patienten und Besucherinnen und Besucher der dipl. Pflegefachpersonen. <p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Forschenden ist es, aus Sicht der Pflegenden einen Einblick in das Gelernte vom AM Kurs zu erhalten.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Es handelt sich um eine deskriptive qualitative Interview Studie mit halbstrukturierten Interviews.</p> <p>Begründung Design: Die Themen, die sich ergeben werden verglichen, um den Effekt der AM Schulung auf die Einstellung und dem Umgang der Pflegenden bezüglich PVA zu ermitteln.</p> <p>Population + Beschreibung AM Kurs: In Frage kommen insgesamt 28 dipl. Pflegefachpersonen, welche entweder den angebotenen Aggressionsmanagement Kurs A oder B besuchen. Die Kurse ähneln sich in der Kurslänge, den Lernmethoden und den Inhalten. Sie unterscheiden sich hauptsächlich darin, dass Kurs B mehr theoretischen Hintergrund schildert, da diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich in einem Teilzeitstudium Bachelor Pflege befinden. Diese haben ihr Diplom erhalten bevor es möglich war, in der Pflege im Tertiärbereich eine Ausbildung zu machen. Im Kurs A bei dem die Theorie 8.5 Stunden und das Praxistraining 3.5 Stunden dauert nehmen dipl. Pflegefachpersonen teil.</p> <p>Bei Kurs B dauert die Theorie 11 Stunden und das Praxistraining 2 Stunden. Inhalte des AM Kurs sind: Aggressionstheorie, Präventionsstrategien, Interventionsstrategien und Deeskalation, Reflexion von Team Strategien, Reflexion von möglichen Konsequenzen der eigenen Einstellung oder des Verhaltens in kritischen Situationen, Assessment von aggressivem und herausforderndem Verhalten sowie Sicherheitsmanagement der Organisation. Zusätzlich finden pro Kurs 2 Fallbeispiele mit</p>

	<p>Schauspielerinnen und Schauspielern statt, bei dem alle Studierenden bei mindestens einem Szenario mitspielen müssen und ein Peer und Tutor Feedback erhalten.</p> <p>Stichprobe: Die 28 dipl. Pflegefachpersonen, die den Kurs AM A oder B besuchten, erhielten eine Einladung und einen Informationsbrief von den Institutionen, die den Kurs durchführen. Darin beschrieben sind die Studienziele und die professionellen Hintergründe der Forschenden. Interessierte werden aufgefordert, sich direkt bei den Forschenden via E-Mail zu melden. Insgesamt meldeten sich 9 dipl. Pflegefachpersonen, von denen jedoch eine sagte, aufgrund von Zeitmangel nicht teilnehmen zu können und eine Person später doch verhindert war. Schlussendlich setzt sich die Stichprobe aus 7 dipl. Pflegefachpersonen zusammen, die jeweils vor und nach dem AM Kurs an einem Interview teilnehmen. Es wird nicht aufgezeigt wieviele von Kurs A und wieviele von Kurs B sind.</p> <p>-Wie wird die Auswahl der Teilnehmenden begründet und beschrieben? Dies Auswahl der Teilnehmenden wird beschrieben, jedoch nicht begründet.</p> <p>-Studiengruppen: Die Teilnehmenden, welche den Kurs A oder B besuchen, werden nicht unterschieden, also nein.</p> <p>Datenerhebung: Die Interviews wurden im September/Oktober 2012 durchgeführt (1-4 Wochen vor dem AM Kurs) und dann 3-12 Wochen nach dem Kurs erneut (Januar/Februar 2013). Der Interview Leitfaden wurde von Naish et al. auf das Studienziel angepasst und auf deutsch übersetzt. Es gibt einen Leitfaden für vor dem Kurs, der beinhaltet die Elemente: Bedeutung von Aggression, Erfahrungen, Einstellungen und Strategien. Der Leitfaden für nach dem AM Kurs beinhaltet dieselben Elemente und zusätzlich erhält es ein Feedback zum AM Kurs. Es werden Beispielfragen zu jedem Element dazugeschrieben. Die beiden Leitfäden wurden an zwei freiwilligen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Gesundheitswesens getestet und es ergab sich, dass keine weiteren Anpassungen notwendig sind. Die Teilnehmenden konnte die Art des Interviews selbst aussuchen. Vor dem Kurs entschieden sich 4 für das Telefon, jemand für Skype und 2 Personen für ein persönliches Treffen. Nach dem Kurs wählten 6 das Telefon und jemand Skype.</p> <p>Methodologische Reflexion: Trustworthiness: Die Transparenz sei gegeben, indem sie einen prüfbaren Pfad der rohen Interviews, Codes und handgeschriebenen Materialien zur Verfügung stellen. Das letztere stärkt auch die Integrität der Studie, da dies Einsicht zu den gemachten Diskussionen verleiht. Die Authentizität und Credibility sei gegeben, indem sie die Interviews auf einer sehr oberflächlichen Ebene interpretiert haben.</p> <p>Datenanalyse: Alle Interviews wurden digital aufgenommen und transkribiert von BH. Sätze, die ein gewisses Thema oder Ideen betreffen, wurden als eine Einheit codiert. Die erste Runde wurde induktiv und die zweite Runde deduktiv durchgeführt. Dann wurden die Codes geprüft und komprimiert. Alle 3 Zyklen wurden von BH gemacht. Diese und Heb überprüften die resultierenden Codes und Inhalte, lösten unterschiedliche Meinungen durch Diskussion und interpretierten die Daten zusammen. Das erste Interview diente als Baseline und konnte mit den Ergebnissen des zweiten Interviews verglichen werden. Anhand des Vergleichs und der Interpretation konnten die beiden Forschungsfragen beantwortet werden.</p> <p>Stellung zur Qualität: Siehe Würdigung oder Methodologische Reflexion</p> <p>Ethik: Es werden keine ethischen Fragen diskutiert. Die zwei zuständigen kantonalen Ethikkomitees haben entschieden, dass kein formaler Antrag notwendig ist. Die Kontakt Details der Teilnehmenden wurde für Forschende limitiert.</p>
Ergebnisse	<p>Demographische Angaben: Von den Teilnehmenden sind vier weiblich und drei männlich. Zwei haben zwischen 1 und 5 Jahren Pflegeerfahrung, vier haben zwischen 6 und 10 Jahren Pflegeerfahrung und jemand hat mehr als 10 Jahren Pflegeerfahrung. Vier Pflegefachpersonen, welche auf verschiedenen fachspezialisierten Stationen oder medizinischen Stationen arbeiten erlebten selten (weniger als 1 Mal pro Woche) physische oder verbale Aggressionen hauptsächlich von</p>

	<p>verwirrten oder dementiellen Patientinnen und Patienten. 3 Pflegefachpersonen die auf der Intensivstation, auf dem Notfall oder heroingestützte Behandlungen erfahren verbale oder physische Aggressionen öfters (bis täglich) .</p> <p>1.Lerneffekt: PP haben sich über Aggressionstheorie, interaktionelle situationsbedingte und Umweltfaktoren Wissen angeeignet. Einige wurden sich der Subjektivität und multifaktorielle Komplexität dem Ursprung von PVA bewusst. Sie erlernten jedoch keine neuen Interventionsstrategien, sondern hat der AM Kurs das wissen aufgefrischt oder es wurde bewusst, dass sie diese Strategien bereits anwenden. Rollenspiele vertieften ihr Wissen zum Thema Deeskalation und AM Strategien. Das Vertrauen von PP im Umgang mit PAV wurde gestärkt, vor allem weniger erfahrene. Sie wurden sich zudem ihrer Grenzen bewusst.</p> <p>2.Übersetzung des gelernten in die Praxis: AM beeinflusste die Prävention, Deeskalation und Früh-Intervention. Das wissen wird jedoch nur selten im Team geteilt.</p> <p>Prävention: PP behalten ihre Strategien bei, aber verfeinerten diese. Sie informieren Pat. während den Wartezeiten, oder hielten einen angemessenen physischen Abstand. Sie waren sich mehr der eigenen Tonlage, Gesten und Bodypositionen in der Interaktion bewusst. Auch wurden sie aufmerksamer über Gesichtsausdrücke und Positionen der Patientinnen und Patienten, was dazu führt, Situationen mit Aggressionspotential zu erkennen und anzugehen.</p> <p>Früh-Intervention und Deeskalation: Nach dem AM Training verwendeten die Deeskalationsstrategien bewusster, da diese mit theoretischem Wissen. Jemand sagt, dass es nicht neu sei, aber man es immer wieder hören muss. Sie haben das Gefühl, mehr Optionen zu haben, auf aggressives Verhalten zu reagieren. Ausserdem wurden sie kritischer in Bezug auf die Sedation und Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen.</p> <p>3.Einstellungen der PP bezüglich des Verhaltens von Patientinnen und Patienten: Die Einstellung der PP änderte sich nach dem AM nicht. Verhalten, welche als nicht respektvoll angesehen werden, sind immer noch herausfordernd. Die Einstellung der PP, wieviel Schuld sie dem Patienten oder der Patientin für die Aggression zuschreibt, beeinflusst die emotionale Reaktion der PP. Bei Nebenwirkungen von Medikamenten oder Krankheiten blieben die PP emotional unverändert, dass sie die Schuld nicht den Patientinnen und Patienten geben. Wenn sie die Aggression als nicht angemessen empfinden, triggert dies emotionale Reaktionen und die PP. verminderten den Patientenkontakt oder zogen sich zurück.</p> <p>4.Coping: Die Kompetenz, die eigenen Emotionen zu steuern, hat sich nicht wirklich gesteigert. Ein paar liessen den Dampf etwas später oder weniger ab, aber machten dies dennoch, machten Witze über Patienten, oder versicherten sich bei anderen, dass sie das richtige gemacht haben. Die Teamkolleginnen und -kollegen sind immer noch ein wichtiger Faktor. → Enhances Awareness, besser Aggressionsmanagement aber keine deutliche Verbesserung im Coping mit den eigenen Emotionen und der Schuldzuschreibung.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Es stehen Zitate der Teilnehmenden in den Studien und Zusammenfassungen der Resultate der Forschenden.</p>
Diskussion	<p>Das auffrischen und Erweitern der Strategien konnte so auch in anderen Studien gezeigt werden, wie auch die Zunahme des Vertrauens im Umgang mit einer Situation betreffend Aggressionen. Einige lernten auch, dass eine Situation nicht komplett deeskaliert oder gelöst werden kann. Es wird diskutiert, dass dies eventuell mit einer höheren Akzeptanz der eigenen Fähigkeit oder Unfähigkeit einhergeht jeden Konflikt zu lösen und kann mit dem Selbstmitgefühl in Verbindung stehen. Auch wird gezeigt, dass sie bewusster eine Entscheidung treffen können wie sie auf die Situation reagieren und geben an, mehrere Möglichkeiten zu haben. Dies korreliert ebenfalls mit anderen Studien. Auch, dass sie mehr Aufmerksamkeit auf die Aggressionsprävention richten.</p> <p>In dieser Studie konnte jedoch nicht aufgezeigt werden, ob die Veränderungen nachhaltig sind, da eine Periode von max. 10</p>

Wochen nach dem AM zu kurz ist, um dies zu prüfen. Sie sagen, dass viele ihr Wissen nicht im Team teilten und kein Wechsel in der Arbeitsroutine stattfand. Teamarbeit ist jedoch grundlegend für ein Klima auf der Station welches möglichst ohne Konflikt einhergeht. Um den Effekt der AM Training zu erhöhen, müssten komplette Teams geschult werden, anstatt nur Individuen. Zudem müsste es mit einer Lernstrategie verknüpft werden, die mit einer Langzeit Wirkung des gelernten einhergeht und die gesamte Organisation betrifft. Die ATAS (Attitude Towards Aggression Scale) wurde entwickelt, um Mitarbeiter Einstellung zu Aggressionen in fünf Kategorien zu erfassen. Die Kategorien offensive (beleidigend) und destructive (destruktiv) und intrusive (aufdringlich) werden als negativ ausgewertet und protective (schützend) oder communicative (kommunikativ) als positiv. Die Teilnehmenden beschrieben die Schuldzuschreibung der Aggression linear zu den ATAS. Ein neues Ergebnis ist jedoch, die emotionale Auswirkung welche negativ gedeuteten Aggressionen haben können. Diese können als soziale Zurückweisung, eine Gefahr des eigenen Selbstbewusstseins und können Emotionen wie Wut, Frustration und Ungeduld triggern.

Obwohl ein paar Teilnehmende einige Strategien entwickelt haben, um sich selbst zu beruhigen, blieben Emotionen wie Wut oder Angst eine Herausforderung. Diese Ergebnisse stärken eine kürzliche Empfehlung, die sagt, Mitarbeiter mit Strategien auszustatten, um die emotionalen Auswirkungen von PVA zu reduzieren.

Limitationen: Bei der Stichprobe haben sich eventuell nur Pflegenden gemeldet, die auch grösseres Interesse am Thema haben. Auch haben sich vielleicht nur so wenige gemeldet, da es in der Freizeit stattgefunden hat. Die Stichprobe ist zudem klein, sie haben jedoch grosse Validität bezüglich der Baseline und dem Follow up, da sie von jeder einzelnen Person eine Ausgangssituation haben. Zudem sagen sie, dass sie eine Variation von Teilnehmenden hatten, da sie männlich und weiblich Teilnehmende hatten, verschiedene Erfahrungsdauer der Pflegenden und verschiedene Schwerpunkte der Abteilungen dabei hatten. Was zur Glaubwürdigkeit (credibility) der Ergebnisse beiträgt. Die Datensättigung konnte mit so einer kleinen Stichprobe jedoch nicht erreicht werden. Es braucht weitere Daten, um die Ergebnisse auf andere Gruppen zu verallgemeinern. Die Bestätigung der Studie hätte unter anderem durch die Einsicht der Teilnehmenden erreicht werden können.

Würdigung der Studie 4: Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., Schols, J. M. G. A. & Hahn, S. (2016). The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 574–585.

Einleitung	<p>Frage/Phänomen: Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Pflege. Das Phänomen ist relevant und im theoretischen Hintergrund wird beschrieben, dass das Thema noch zu wenig erforscht ist. Ebenfalls konnte die Relevanz anhand der Bedeutung für die Pflegenden aufgezeigt werden.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Forschungsfrage ist explizit dargestellt und passt zur Forschungsfrage.</p> <p>Forschungsfrage: Die Forschungsfragen sind klar definiert und in zwei Fragen unterteilt.</p> <p>Literatur: Es wird viel Literatur zitiert, es stehen jedoch keine Zahlen oder p-Werte (Signifikanz) genannt.</p>
Methode	<p>Design: Die Beziehung zwischen Forschungsfrage und Design wird nicht nachvollziehbar begründet. Da die Forschenden jedoch einen Einblick aus der Sicht der Pflegenden erhalten möchten, macht der gewählte qualitative Ansatz mit Interviews Sinn.</p> <p>Die Stichprobe kann auf Dipl. Pflegefachpersonen übertragen werden, die einen ähnlichen AM Kurs besucht haben.</p> <p>Stichprobengrösse: Die Stichprobengrösse wird nicht begründet.</p> <p>Beschreibung: Es werden die Unterschiede der Kurse aufgezeigt.</p> <p>Geeignet/Erleben: Die Teilnehmenden erleben das Phänomen, wird erst im Ergebnis dargestellt.</p> <p>Datenerhebung: Es geht um menschliches Verhalten und Erleben sowie Muster. Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist explizit beschrieben und grafisch dargestellt. Die Datensättigung wird im Diskussionsteil diskutiert, durch die kleine Stichprobe nicht erreicht.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen ist klar und nachvollziehbar beschrieben und mit Grafiken dargestellt. Es werden die Induktion und Deduktion erwähnt, andere Analysemethoden wurden nicht spezifisch beschrieben. Die analytischen Schritte werden kurz beschrieben und in Grafiken abgebildet. Die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig, da durch mehrere Schritte die Codes geprüft wurden und darüber diskutiert wurde. Die Kategorien, Codes und Subcodes wurden aufgezeigt.</p> <p>Trustworthiness: Die Transparenz sei gegeben, indem sie einen prüfbaren Pfad der rohen Interviews, Codes und handgeschriebenen Materialien zur Verfügung stellen. Das letztere stärkt auch die Integrität der Studie, da dies Einsicht zu den gemachten Diskussionen verleiht.</p> <p>Ethik: Wird nicht besprochen.</p>
Ergebnisse	<p>Das Phänomen wird als Ganzes beleuchtet, da die verschiedenen Kategorien sich auf verschiedene Ebenen beziehen. Die Kategorien sind mit Zitaten illustriert und bestätigt und inhaltlich unterscheidbar. Zwischen den Kategorien sind Beziehungen fundiert, keine entwickelten Modelle und plausible Interpretation der Daten. Die Konzeptualisierungen der Forschenden stimmen mit den Daten überein.</p>
Diskussion	<p>Beurteilung der Ergebnisse: Die Diskussion hilft nur teilweise zum besseren Verstehen der Ergebnisse, da sie nicht in allen Kategorien gross diskutiert werden. Durch die Limitationen wird jedoch nochmal die Qualität der Studie genauer erläutert und schafft somit ein besseres Verständnis darüber.</p> <p>Die Forschungsfrage kann anhand der Ergebnisse ausführlich beantwortet werden, sie werden mit Beispielzitaten ergänzt.</p> <p>Die verschiedenen Kategorien der Ergebnisse wurden mit verschiedener Literatur verglichen, es wurde vor allem aufgezeigt, welche ähnlichen Ergebnisse gefunden wurden. Die Ergebnisse sind für Pflegenden relevant, brauchbar und werden am</p>

Schluss teilweise diskutiert. Es hätte mehr auf die Bedeutung der Pflegenden eingegangen werden können in der Diskussion.
Implikationen/Schlussfolgerungen: Zu 1-2 Themen werden weitere Möglichkeiten genannt, die so umgesetzt werden könnten. Für andere Kategorien hätten evtl. noch Vorschläge gemacht werden können. Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie präzise.

Zusammenfassung der Studie 5: Lamont, S. & Brunero, S. (2018). The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 68, 45–52.

<p>Einleitung</p>	<p>Workplace violence (WPV) hat eine hohe Prävalenz. Je nach Quelle sind bis zu 75% der Gesundheitsfachpersonen jährlich betroffen. Es wird vermutet, dass Pflegende eher attackiert werden als Mitarbeitende bei der Polizei oder im Gefängnis. Die Folgen von WPV können psychischer oder physischer Natur sein, sowie Auswirkungen auf die Arbeit haben. Das Thema hat in der Psychiatrie bisher am meisten Beachtung erhalten. Es gibt jedoch immer mehr Evidenz, dass WPV im Akutspital ähnlich oft vorkommt.</p> <p>Ein Review über WPV im Akutspital zeigte, dass Schulungen möglicherweise das Wissen der Pflegenden über Risikofaktoren und deren Management erhöht und das Selbstvertrauen stärkt. Keinen Effekt wurde in der Häufigkeit von Vorfällen beschrieben.</p> <p>Diese Studie untersucht die Auswirkungen eines Schulungsprogramms zu Gewalt am Arbeitsplatz in Bezug auf Risikobewertung und -management, Deeskalationsfähigkeiten, Wehrtechniken und Selbstvertrauen im Akutspital.</p>
<p>Methode</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Design: Quasi-experimentell, Prä-Post-Test ohne Kontrollgruppe - Stichprobe: Zu den Probanden zählten Pflegende in einem australischen Akutspital aus Bereichen mit hohem Risiko für WPV (Notfall, Geriatrie, Neurologie...). Es wurde mittels einer «Sample size calculation» die benötigte Anzahl von 71 Probanden berechnet. - Datenerhebung: Fragebogen zur beruflichen Weiterbildung (CPD): 12-Punkte Likert-Skala Fragebogen zum Selbstvertrauen im Umgang mit Patientenaggressionen: 10-Punkte Likert-Skala <p>Die Pflegenden füllten die Fragebögen jeweils vor der Schulung aus 2 Wochen danach nochmals. In der zweiten Befragung wurden zusätzlich noch offene Fragen gestellt, mit denen die individuelle Sichtweise des Kurses beschrieben werden konnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Messverfahren & Interventionen: Das Training erfolgte durch zwei Psychiatriepflegende mit ausgewiesener Expertise im Aggressionsmanagement. Der Kurs bestand aus 3 Blöcken (Gewaltrisiko und -management, Deeskalationstechniken und Breakaway-Techniken). Die Kursinhalte wurden vorab mit Pflegenden in Führungsfunktionen durchgeführt, bewertet und angepasst. - Datenanalyse: Mittels einem t-Test wurde die statistische Signifikanz ermittelt. Um das Signifikanzlevel weiter zu bestimmen wurde die «Kohens Effektgrösse» bestimmt. Cronbach Alpha wurde verwendet, um die interne Konsistenz der beiden Instrumente zu bestimmen. - Ethik: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission freigegeben.
<p>Ergebnisse</p>	<p>Insgesamt 104 Pflegende besuchten die Schulung. 78 davon retournierten die Fragebögen vollständig und wurden in die Studie inkludiert.</p> <p>Für Ziel 1 (Formulierung eines Plans zur Bewertung des Gewaltrisikos und -managements) war die Wirkung auf den Glauben an die Fähigkeiten sehr gross.</p> <p>Für Ziel 2 (Verwendung von Deeskalationstechniken) war die Wirkung auf den Glauben an die Fähigkeiten sehr gross.</p> <p>Für Ziel 3 (Breakaway-Techniken) wiesen alle Punkte einen grossen Effekt auf, ausser der soziale Einfluss veränderte sich nur geringfügig.</p> <p>Die Selbstwirksamkeit hatte für jedes der drei Ziele die grösste Wirkungsgrösse.</p>

	<p>Ein signifikanter Anstieg des allgemeinen Vertrauens in den Umgang mit Patientenaggressionen wurde festgestellt. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Ergebnisse der Exposition gegenüber Gewalt am Arbeitsplatz vor und nach dem Training gefunden.</p> <p>Die offenen Fragen zeigten, dass die Pflegenden die Schulung relevant und hilfreich war. Hinsichtlich der Breakaway-Techniken gaben die Probanden an, dass dies das Vertrauen in den Umgang mit Aggressionen gestärkt hat. Sie sind sich aber unsicher ob dies in der Praxis auch so umgesetzt werden kann. Auch gaben die Pflegenden an, dass sie nicht wissen ob ihnen diese Techniken lange erhalten bleiben. Daher wünschen sie sich eine Auffrischung der Breakaway-Techniken in regelmässigen Abständen.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie zeigten auf, dass Schulungen in Bezug auf die Schulungsziele geeignet sind und das Vertrauen im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten gestärkt wird.</p> <p>Dass sich der Faktor «sozialer Einfluss» beim Ziel 3 nur sehr geringfügig veränderte, deutet darauf hin, dass die Pflegenden nicht denken, dass diese Technik am Arbeitsplatz übernommen werden kann. Das liegt wahrscheinlich daran, dass diese Technik das erste Mal erlernt wurde und viele Mitarbeitende dies nicht beherrschen. Die Autoren gehen davon aus, dass wenn mehrere Mitarbeitende geschult werden würden in den Breakaway-Techniken, dann auch eine signifikante Zunahme der Verhaltensabsicht beobachtet werden könnte.</p> <p>Die signifikante Zunahme des Selbstvertrauens im Umgang mit Patientenaggressionen lassen vermuten, dass ein solches Schulungsprogramm in einem breiteren Kontext von Nutzen ist, was auch mit der Literatur übereinstimmt. In Kombination mit neuen Kompetenzen, welche in der Schulung erworben werden, tragen beide zur Selbstwirksamkeit im Umgang mit Aggressionen bei. Die Selbstwirksamkeit hat zudem positive Auswirkungen auf die Bewältigung, Gesundheit und den Stress des Personals. Daher kann eine hohe Selbstwirksamkeit als Schutzfaktor gegen Personalprobleme wirken.</p> <p>Diese Art der Intervention sollte in einem breiteren Rahmen angesiedelt werden, was mittels einem «Train-the-Trainer»-Programm geschehen könnte. Daher wurden Initiativen gestartet, welche solche Schulungen verbreiten wollen. Dafür müssen Kapazitäten gesteigert werden, um den Bedarf an Arbeitskräften zu decken.</p> <p>Diese Initiativen sollen eine Orientierungshilfe dafür sein, ob die Schulungen Auswirkungen auf die Prävention und das Management von Aggressionen in Institutionen haben.</p> <p>Limitationen: Die Stichprobe war eher klein und aus spezifischen Gesundheitsbereichen an einem Standort. Die Durchführung erfolgte ohne Kontrollgruppe. Durch die signifikante Zunahme und der grosse Effektumfang wird die Verallgemeinerbarkeit der Studie verbessert. Der Fragebogen zur CPD wurde innerhalb der Schulung angepasst, wodurch die Ergebnisse mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden sollen.</p> <p>Da die Forschenden gleichzeitig auch die Ausbilder der Schulung waren, muss mit einer potentiellen Verzerrung gerechnet werden.</p> <p>Künftige Studien zum genannten Thema sollten auch qualitative Aspekte enthalten.</p>

Würdigung der Studie 5: Lamont, S. & Brunero, S. (2018). The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 68, 45–52.

Einleitung	Die Forschungsfrage wird klar definiert und beantwortet unsere Fragestellung. Das Problem wird logisch dargestellt und mit Literatur begründet.
Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Design: Da der Nutzen einer Schulung untersucht wird, bietet sich ein Prä-Post-Test-Design an. Es kann mit nur einer Interventionsgruppe durchgeführt werden. Gründe für Quasi-Experimentelles Design werden nicht genannt. - Stichprobe: Mittels «sample size calculation» wurde die benötigte Anzahl berechnet. Die Ergebnisse können auf Pflegende im Akutspital übertragen werden. Drop-outs werden nicht erwähnt. Vergleichsgruppen wurden nicht erstellt. - Datenerhebung: Die Fragebögen wurden erläutert und sind für alle Teilnehmenden gleich. - Messverfahren & Interventionen: Intervention wurde vorab geprüft und angepasst. - Datenanalyse: Die Verfahren wurden beschrieben. ??? - Ethik: Ethische Fragen wurden nicht diskutiert.
Ergebnisse	Ergebnisse werden verständlich erläutert. Tabellen werden im Text erwähnt und stellen eine Ergänzung dar. Einige Daten werden im Text vereinfacht, jedoch korrekt dargestellt.
Diskussion	<p>Es wird auf alle Ergebnisse verständlich eingegangen. Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein. Mitthilfe von ergänzender Literatur wird der Bezug zur Praxis hergestellt und Empfehlungen zur Umsetzung formuliert.</p> <p>Limitationen werden erwähnt und die Ergebnisse kritisch hinterfragt. Die Schulungsleiter waren gleichzeitig auch die Forschenden, was vermuten lässt, dass dies einen Einfluss auf die Resultate hat.</p> <p>Unter erweiterten personellen Ressourcen kann die Intervention in der Praxis umgesetzt werden.</p> <p>Wenn die Schulungsinhalte übernommen werden in anderen Settings, kann die Intervention auch da umgesetzt werden.</p>

Zusammenfassung der Studie 6: Nau, J., Dassen, T., Needham, I. & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre-and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196–207.

<p>Einleitung</p>	<p>Konzepte/Problem: Patientenaggression wird nicht nur in der Psychiatrie erlebt. Es gibt Nachweise, dass Patientenaggressionen von Studierenden und weniger erfahrenen häufiger erlebt wird. Bis anhing gibt es jedoch nur wenige Studien, die dieses Problem bei Studierenden genauer untersucht. Im 2007 wurden in drei verschiedenen Datenbanken nur 5 Artikel, die die Wirksamkeit AM Schulungen bei Studierenden untersuchen gefunden. Die Forschung in diesem Bereich sollte sich jedoch erweitern, wenn man die Pflicht einer sicheren Arbeitsumgebung und einer nachhaltigen Arbeitszukunft in Betracht zieht. Die spezifischen Probleme der Pflegestudierenden sind fehlendes Wissen und Lernmöglichkeiten, um AM Strategien zu entwickeln. Dementsprechend fehlt ihnen ein kontrollieren der Ursachen der Aggressionen, die Interpretation sowie den Umgang damit und Copingstrategien. Patientenaggressionen haben negative folgen auf Gesundheitspersonal wie zum Beispiel Frustration, Angst, Hilflosigkeit, Depressionen etc. Ein AM Kurs wird häufig empfohlen, ist jedoch in fast keiner Ausbildung enthalten, sondern erst danach möglich. UK gar nicht, USA max. 2-4h wenn überhaupt und in DE ist die Situation ähnlich. Die Effekte von AM Schulungen bei Studierenden sind nicht zufriedenstellend untersucht worden. Da ein eindimensionales Instrument zur Effektuntersuchungen von Programmen kritisiert wurde, wird empfohlen anhand folgendem Schema zu beurteilen: A: Kognitive Ergebnisse (verbales Wissen, Wissensorganisation, kognitive Strategien) B: Fähigkeiten: (Untergruppen Zusammenstellung und Automatismus) C: Affektive Ergebnisse (Einstellung, Zielsetzung, Selbstfähigkeit)</p> <p>Es besteht einen Unterschied zwischen Wissen besitzen und dieses in stressigen Situationen anzuwenden. Die selbstzugeschriebene Menge an Selbstvertrauen und Selbstfähigkeit eine Situation zu bewältigen, ist von grosser Bedeutung bei der Durchführung und hat einen positiven Zusammenhang. Es wurde die Erlaubnis eingeholt die Confidence in coping with patient aggression scale (Thackrey, 1987) zu benutzen.</p> <p>Ziel: Das Ziel ist es, herauszufinden, in welchem Ausmass ein AM Trainingsprogramm das Vertrauen der Pflegestudierenden in Bezug auf den Umgang mit Aggressionen beeinflusst. Dies wird empirisch getestet.</p> <p>Forschungsfrage: 1. Welchen Einfluss hat ein AM auf das Vertrauen der Pflegestudentinnen- und Studenten im Umgang mit Aggressionen ausgehend von Pat. 2. Wie beschreiben Pflegestudierende die wahrgenommenen Änderungen im Alltag?</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen/Forschungsbedarf: Der theoretische Bezugsrahmen besteht aus Quellen von bereits gemachten Studien und anderen theoretischen Hintergründen, die zum Verständnis des Phänomens beitragen. Der Forschungsbedarf wird ebenfalls anhand von Studien und dem aufzeigen, wie wenig Forschung zum Thema bereits gemacht wurde und die Qualität davon. Ebenfalls wird die Wichtigkeit von AM stark aufgezeigt. Suchverlauf in Fachdatenbanken ist dargestellt. Wenige Zahlen werden genannt.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Quasi experimental longitudinal pre- and post-test study (Quasiexperimentelle Längsschnittstudie mit Vor- und Nachtest). Das Design wird nicht begründet.</p> <p>Population/Stichprobe: Die Population besteht aus Personen, die folgende Kriterien erfüllen: Studierende, die in eine der vier Klassen gehören, welche im Curriculum eingeplant sind, um im Thema Aggressionsprävention- und Management instruiert zu werden. Die Einwilligung, freiwillig und an allen 3 Tagen teilzunehmen, keine Erkrankung welche die Teilnahme verhindern könnte und ein Einverständnis mit den vorgegebenen Infos zur Datengewinnung und Datennutzung. Die Pflegestudierenden wurden mündlich und anhand eines Merkblatts, über die Anonymität und die Freiwilligkeit (in der Freizeit) aufgeklärt.</p>

Die Stichprobe setzt sich aus 68 Studierenden zusammen, welche alle drei Tagen des Trainingskurses in vier verschiedenen Gruppen absolvierten. (Gruppengrösse 15-19 Studierende) Das Alter der Teilnehmenden war zwischen 19 und 26 Jahren, wobei jemand 40 und eine weitere Person 46 ist. Der Durchschnitt ohne diese beiden ist 22 Jahre. 8 Teilnehmende sind männlich, 60 weiblich. Bei der Schule handelt es sich um eine typische deutsche Pflegeschule. Die Studierenden sind während ihrer Ausbildung in verschiedenen Bereichen tätig wie zum Beispiel Akutspitäler, Gesundheitsorganisationen für Kinder und junge Mütter, Hospiz, Psychiatrie, Heime für Menschen mit geistigen Behinderungen und Gesundheitsinformationszentren. Studierende sind innerhalb des 28. und 32. Monats der Ausbildung. Dies spricht für eine Kumulierung von Erfahrungen auf Pflege- und Betreuungsstationen.

Die Auswahl der Teilnehmenden wird nicht begründet. Es gibt keine verschiedenen Studiengruppen.

Datenerhebung: Die Daten wurden anhand einer schriftlichen Befragung mit Kreuzen bei t1 und t2 und t3 sowie zusätzlich bei t3 mit offenen Fragen erhoben. T1 ist vor dem Kurs, t2 unmittelbar nach dem Kurs und t3 zwischen 4-8 Wochen nach dem Kurs und nachdem sie bereits praktische Erfahrung nach dem Kurs sammeln konnten.

Messverfahren/Intervention: Das Messverfahren ist die «confidence in coping with patient aggression scale» nach Thackrey, übersetzt auf deutsch. Das Instrument sowie deren deutsche Übersetzung können kurzfristige und langfristige Änderungen überwachen. Zudem Begründung mit Gütekriterien siehe Würdigung. Es besteht aus 10 Fragen:

1. Wie wohl fühlen sie sich, mit einem aggressiven Patient/Patientin zu arbeiten?
2. Wie gut ist ihr aktuelles Trainingslevel im Umgang mit psychologischen Aggressionen?
3. Wie sind sie in der Lage, bei einem aggressiven Patient/Patientin physisch zu intervenieren?
4. Wie selbstbewusst fühlen sie sich in der Gegenwart eines aggressiven Patienten/Patientin?
5. Wie sind sie in der Lage, bei einem aggressiven Patient/Patientin psychisch zu intervenieren?
6. Wie gut ist ihr aktuelles Trainingslevel im Umgang mit physischen Aggressionen?
7. Wie sicher fühlen sie sich in der Gegenwart eines aggressiven Patienten/Patientin?
8. Wie effektiv sind die Techniken, die sie kennen, um mit Aggressionen umzugehen.
9. Wie sind sie in der Lage, die Bedürfnisse von aggressiven Patient/Patientin zu erfüllen?
10. Wie sind sie in der Lage, sich selbst physisch vor einem aggressiven Patient/Patientin zu schützen?

Dann können die Studierende für die Punkte 1-10 jeweils von 1-5 ankreuzen, wobei je höher die Zahl, desto höher das wahrgenommene Vertrauen in den gewissen Punkt.

Bei t3 wird anhand einer offenen Fragestellung gefragt, ob sie Veränderungen im Arbeitsalltag bezüglich Umgang mit aggressiven Patienten/Patientinnen erlebt haben und wenn ja, wie diese Veränderungen aussehen.

Die Intervention besteht aus einem Trainingskurs zum Management mit Patienten- und Patientenaggressionen. Der Kurs fand an 3 aufeinanderfolgenden Tagen für jeweils 8 Lektionen à 45 Minuten statt und wurde von einer männlichen und einer weiblichen Person durchgeführt. Der Inhalt besteht aus den erhobenen Wünschen, Probleme, Ressourcen und Bedürfnissen der Studierenden. (Nau et al., 2017). Der Kurs wurde ebenfalls unter Berücksichtigung aktuellen Bildungstheorien wie auch aktuelle Theorien zum Konfliktmanagement und Deeskalationsstrategien unter Einbezug der best möglich zur Verfügung stehenden evidenzbasierten Guidelines. Der Unterricht wird in einer aktivierenden und unter Berücksichtigung der Wertschätzung der Studierenden durchgeführt. Dies lehnt an die Empfehlungen der Universities and Colleges Staff Development Agency (UCoSDA) an.

Datenanalyse: Die erhobenen Daten weisen ein ordinales Skalenniveau auf. (1-5, wobei die höhere Zahl ein grösser wahrgenommenes Vertrauen im Umgang mit Aggressionen aufweist.) Die Resultate der Confidence in coping with patient

	<p>aggression scale wurden ausgewertet, anhand der Berechnung der Durchschnittswerte von jedem Punkt/Aussage. Die Veränderungen zwischen den Zeiten t1, t2, und t3 wurden mittels Wilcoxon-Test ausgerechnet. Vier Studierende sind ausgeschieden, wegen Krankheit oder Mutterschaftsurlaub. Deren vorherigen Daten wurden für die Berechnung der zentralen Tendenz nicht ausgeschlossen. Die transkribierten Antworten der offenen Fragen wurden anhand qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) analysiert. Das Signifikanzniveau wurde bei weniger als 0.05 festgelegt. Somit handelt es sich um eine deskriptive und schliessende Statistik.</p> <p>Ethik: Die Einwilligung wurde bei der Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin Berlin eingeholt. Da es ethische und logistische Probleme gibt, die Studie in der Praxis durchzuführen und Wissensteste als zu wenig aussagekräftig eingestuft werden, liegt der Fokus der Studie auf den fähigkeitsbezogenen Ergebnissen, die anhand einer Skala beurteilt werden. Ansonsten werden keine ethischen Fragen von den Forschenden diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>A: Verbessertes Vertrauen im Umgang mit Patientenaggression: Studierenden auch Der Durchschnitt des gesamten «confidence score» wechselte von 2.51 bei t1 zu 3.64 bei t2 und 3.69 bei t3. Der Unterschied von allen Kategorien zwischen t1-t2 sind signifikant ($p < 0.001$) Zwischen t2 und t3 konnte bis auf die Frage 6 ($p = 0.048$) und 7 ($p = 0.033$) keinen signifikanten Wert erhoben werden. Zwischen t1-t3 wurde die Signifikanz erreicht. Insgesamt blieb eine Verbesserung des selbst berichteten Verbesserungen des Vertrauens während der praktischen Einheit bestehen.</p> <p>B: Veränderungen im Arbeitsalltag: 59 von 61 Fragebögen wurden zurückgesendet. Dabei haben 32 Personen gesagt, es hat sich verändert und haben Beschreibungen hinzugefügt. Es wurden 60 umfassende Vorschläge identifiziert. Sie wurden in die Kategorien «Understanding (Verständnis)», «Knowing what to do (Wissen, was zu tun ist) und «self-confidence (Selbstvertrauen)» eingeteilt. Eine oder einer schrieb, dass man früher wahrnimmt, wenn ein Patient oder eine Patientin aggressiv wird und man kann auf dies reagieren, bevor der Patient/die Patientin wütend wird. 23 Studierende gaben keine Veränderungen im Arbeitsalltag an, davon haben 14 keine Situation mit einem aggressiven Patienten oder einer aggressiven Patientin erlebt. 10 Studierende haben eine Veränderung wahrgenommen, obwohl sie sich in keiner Situation mit einem aggressiven Patienten oder einer aggressiven Patientin befanden. Die Resultate zeigen, dass auch Studierende, welche keine Veränderung in ihrem Arbeitsalltag angeben, ein erhöhtes Vertrauen ankreuzen.</p> <p>Die Ergebnisse werden in der Textform und als Tabelle präsentiert.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Anhand der Ergebnisse kann gezeigt werden, dass ein Trainingskurs, der speziell für Pflegestudierende entwickelt wurde, das Vertrauen der Studierenden im Umgang mit Patienten- und Patientinnenaggressionen höchst signifikant verbessert. Somit kann die Forschungsfrage anhand der Daten beantwortet werden. Es entsteht ein mittelfristiger Effekt, da die Erhöhung des Vertrauens bis t3 steigt. Dies entspricht den Resultaten einer Studie, welche einen solchen Trainingskurs für Psychiatriestudierende in der Schweiz durchführten. In der aktuellen Studie wurde jedoch bei t3 keine signifikante Erhöhung des Vertrauens festgestellt im Gegensatz zu zwei anderen Studien, dies könnte daran liegen, dass die Zeitspanne der Studien bis zu 16 Monate länger war, nachdem die Befragung erneut durchgeführt wurde. Dementsprechend werden auch Limitationen diskutiert und mit Ergebnissen von ähnlichen Studien verglichen. Es ist zu betonen, dass die wahrgenommene Sicherheit bei t3 signifikant ansteigt. Die könnte bedeuten, dass der allgemeine Umgang mit Aggressionen einfacher wurde. Es gibt keine Evidenz, dass der Kurs die Leistung der Studierenden beeinflusst. Dennoch kann nachgewiesen werden, dass es einen positiven Effekt auf das Selbstvertrauen hat, was in der Literatur als Hintergrund von erfolgreicher Leistung beschrieben wird. Einen drei-tägigen Kurs in die Pflegeausbildung einzubauen, kann somit als gute Zeitinvestition begründet werden. Ebenfalls zeigt sie auf, dass nicht weniger Zeit für die verschiedenen Themen aufgewendet werden sollte, da das Training nur effektiv ist, wenn verschiedenen</p>

Themen verlinkt werden. Die Forschenden leiten ab, dass ein solcher Kurs für Anfängerinnen und Anfänger in der Pflege hilfreich sein kann und es eine Grundlage für vertiefende Kurse darstellt. Diese Punkte können dazu beitragen pflegesschulen zu motivieren, diesen Kurs einzubauen.

Limitationen: Ein Limit ist die fehlende Kontrollgruppe. Ähnliche Studien ohne Kontrollgruppe, berichten über keine signifikante Veränderungen des Vertrauens über eine längere Zeitspanne. Es kann auch gesagt werden, dass Studierende, die sich im 28,29,30 und 32. Monat der Ausbildung befinden, ähnliche Mittelwerte aufweisen. Dies deutet darauf hin, dass eine Verbesserung des Vertrauens im Umgang mit Aggressionen nicht von selbst kommt. Somit korreliert die Intervention mit der positiven Entwicklung des Vertrauens. Die Berichte der Studierende über den Einfluss des Kurses zeigen auf, dass die Resultate den Zielen entsprechen und es sinnvoll war, Studierende in die Gestaltung des Kurses miteinzubeziehen. Die soziodemographischen Angaben (Geschlecht, Alter und Erfahrungen im Pflegealltag) der Studierenden sind ähnlich wie die der Population von Pflegeausbildungen in Deutschland. Somit können die Resultate auf andere Pflegeschulen in Deutschland oder Ländern mit ähnlichen Kulturen übertragen werden.

Schlussfolgerung und Verwertung in der Pflegepraxis: Durch den Kurs bekommen die Studierende die Möglichkeit, Wissen und physische wie verbale Fähigkeiten zu trainieren, welche zu einer hoch signifikanten Steigerung des Selbstvertrauens im Umgang mit Aggressionen führen. Da herausgefunden wurde, dass dies nicht von selbst passiert, schlagen die Forschenden vor, dass alle Studierenden trainiert werden sollten, um eine Basis für erweiterte Programme zu erhalten. Da die Durchführung solcher Programme nicht nur auf die Resultate darauf ankommt, muss zukünftig weiter zu diesem Thema geforscht werden, um beispielsweise auch herauszufinden, welche Kompetenzen oder Einstellungen die Lehrperson braucht. Es würde auch noch Sinn machen, eine Studie mit einer Kontrollgruppe durchzuführen. Es sollte zudem getestet werden, was für einen Einfluss solche Kurse auf die Leistung/Durchführung der Studierenden im Praxisalltag hat.

Würdigung der Studie 6: Nau, J., Dassen, T., Needham, I. & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre-and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196–207.

Einleitung	Die Forschungsfrage beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis, anhand von Literatur wird die Relevanz aufgezeigt und auch, dass noch Forschungsbedarf besteht. Die erste Forschungsfrage ist klar definiert, die zweite könnte ausführlicher sein, was genau für Veränderungen gemeint sind. Das Thema wird logisch anhand von Quellen und einem roten Faden dargestellt, es werden verschiedene Aspekte erläutert und zur Fragestellung hergeleitet. Auch werden Vergleiche mit anderen Ländern gemacht und der Stand der Forschung wird genannt.
Methode	<p>Design: Die Verbindung des Designs und der Forschungsfrage ist nachvollziehbar, da sie den Effekt des Trainings haben wollen und machen somit vorher und nachher einen Test. Externe Validität: Es wird gesagt, dass das Ergebnis mit anderen Pflegeausbildungsschulen in Deutschland oder Länder mit ähnlichen Kulturen übertragen werden kann.</p> <p>Population/Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist angebracht, es muss jedoch beachtet werden, dass es auf Freiwilligkeit beruht und der Aufwand teilzunehmen, höher ist. Die Ergebnisse können auf andere deutsche Pflegeschulen oder Schulen in Ländern mit ähnlichen Kulturen verwendet werden, die ein vergleichbares Schulsystem haben. Auf die Stichprobengrösse wird nicht eingegangen, keine sample size calculation durchgeführt. Die Drop-outs werden nicht in die Studie miteinbezogen.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung für die Fragestellung ist nachvollziehbar, da sie den Effekt der Schulung wissen möchten. Deshalb macht es Sinn, die gleichen Fragen vor und nach dem Kurs zu stellen. Mit den offenen Fragen bei t3 können die Antworten von t2 eventuell erklärt werden. Die Methoden der Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich. Die Daten von t1 und t2 sind von allen komplett, die Daten von t3 wurde von allen bis auf zwei ausgefüllt und retourniert.</p> <p>Messverfahren/Intervention: Das Messinstrument ist valide und reliabel, da in einer Studie aufgezeigt wurde, dass sie die kurzfristigen/langfristigen Veränderungen messen. Ebenfalls zeigt es eine hohe interne Übereinstimmung und Präzision. Avrage factor loading 0.77, Crohnbach Alpha (0.92), Standardabweichung (0.08). Diese ähneln dem originalen Messinstrument. Die Auswahl wird anhand von Literatur und Gütekriterien sowie ethischen Fragestellungen begründet. Es werden keine Verzerrungen genannt. Es werden keine Verzerrungen/mögliche Einflüsse auf die Intervention erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Verfahren der quantitativen Datenanalyse wird klar beschrieben. Beim qualitativen Verfahren wird nur erwähnt, nach wem sie es durchführen. Die Verfahren wurden sinnvoll angewendet und entsprechen dem Datenniveau. Die Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht begründet. Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung.</p> <p>Ethik: Es sind keine weiteren Massnahmen zu ethischen Fragen notwendig.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind präzise. Die Tabelle ist jedoch nicht ganz selbsterklärend und wird im Text auch nicht erklärt. Die Tabelle ist jedoch vollständig. Die Tabelle stellt eine Ergänzung zum Text dar. Es hätte weitere Zitate aus der qualitativen Erfassung genannt werden können. Die Ergebnisse hätten zusätzlich im Text genauer beschrieben werden können.
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Die wichtigsten Ergebnisse werden diskutiert. Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein. Es wird teilweise nach alternativen Erklärungen gesucht bsp. weshalb nicht signifikant bei t3. Diese werden dann hauptsächlich mit anderer Literatur begründet. Die Resultate werden mit anderen Studien wie auch Theorien in Verbindung gesetzt und somit wird die Fragestellung beantwortet.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis: Die Studie geht nur kurz auf die Limitationen ein und erwähnen nur einmal Verbesserungsvorschläge. Die Studie ist jedoch sinnvoll und schafft eine gute Basis für weitere</p>

ähnliche Untersuchungen. Es ist möglich, die Studie an anderen Schulen zu wiederholen, jedoch nicht in der Praxis, da sich der Inhalt an Studierende richtet. Die Ergebnisse sind gut in der Praxis umsetzbar, da der Kurs in ein passendes Modul eingebaut werden kann. Die Durchführung des Kurses ist jedoch abhängig von zeitlichen Ressourcen wie auch der Kompetenzen der Lehrpersonen.

Zusammenfassung der Studie 7: Needham, I., Abderhalden, C., ZeUer, A., Dauen, T., Fischer, J. E. & Halfena, R. J. G. (o. J.). The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression, 7.

<p>Einleitung</p>	<p>Problem/Konzept/theoretischer Bezugsrahmen/Forschungsbedarf: Aggressionen gegenüber Pflegenden ist ein wachsendes Problem im Gesundheitswesen, was auch mit einer höheren Bereitschaft für Aggressionen der Gesellschaft zusammenhängen kann. Dies führt zu körperlichen Verletzungen wie auch psychosozialen Folgen wie zum Beispiel Burnout oder emotionaler Stress. Dies kann durch Personalausfälle wiederum zu einer Beeinträchtigung des Systems führen. Pflegende in verschiedenen Settings sind davon betroffen. Eine Studie aus der Schweiz zeigt, dass 73% der Pflegenden in Psychiatrien sich bereits ernsthaft gefährdet fühlten und 70% mind. einmal physisch angegriffen wurden. In Langzeitinstitutionen haben 69% verbale und 50% physische Aggressionen erlebt. Studierende können bereits zu Beginn ihrer Ausbildung damit konfrontiert werden und sind meist sehr jung und haben wenig Erfahrung. Aus diesem Grund können Pflegestudierende stärker davon betroffen sein. Ein AM Kurs wäre somit für Patientinnen und Patienten wie auch Studierenden von Vorteil. Eine mögliche Art, um Pflegestudierenden im Umgang mit Aggressionen zu helfen, ist es, diese im Aggressionsmanagement zu trainieren. Der Effekt eines solchen Programms wurden durch andere Studien auf verschiedene Outcomes überprüft. Die meisten Resultate sprechen für eine erhöhte Effizienz und Kompetenz, zudem fühlen sie sich wohler in solchen Situationen. Einige beeinflussen auch die Ansicht der Teilnehmenden zum Thema Aggression.</p> <p>Forschungsfrage/Zweck: Das Ziel ist es, herauszufinden, welchen Einfluss ein Trainingskurs, der aktuell in der Schweiz ausgewertet wird, auf die Einstellung, die Wahrnehmung und das empfundene Vertrauen der Pflegestudierenden im Umgang mit Aggressionen durch Patientinnen und Patienten.</p> <p>Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Interventionsgruppe mehr Vertrauen haben wird und dem Thema Aggression positiver gegenübertritt wird.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Es handelt sich um eine quasi-experimentelle Prä- Post-Test Studie mit Kontrollgruppe. Dieses haben sie gewählt, um den Einfluss zu sehen und das Ziel zu erreichen.</p> <p>Stichprobe: Die Population besteht aus zwei Pflegeschulen in der Ostschweiz, die sich zwischen dem 1. Und 4. Ausbildungsjahr befinden. 117 Pflegestudierenden aus zwei Pflegeausbildungsschulen der Ostschweiz. Es gibt eine Kontrollgruppe (n=60) und eine Interventionsgruppe (n=57). Von allen Studierenden sind 6 männliche in der Interventionsgruppe dabei, ansonsten sind alle weiblich. Die Studierenden stammen aus allen vier Ausbildungsjahren, wovon sich die meisten im ersten Jahr (n=55) oder im letzten Jahr (n=32) befinden. Der Altersdurchschnitt in der Interventionsgruppe liegt bei 22.2 Jahren, wobei die jüngste Person 19 und die älteste Person 43 ist. Bei der Kontrollgruppe liegt der Durchschnitt bei 21.3, wobei die jüngste Person 18 und die älteste Person 24 ist.</p> <p>Es werden keine Angaben gemacht, wie die Stichprobe gezogen wurde. Die Auswahl der Teilnehmenden wird weder beschrieben noch begründet.</p> <p>Datenerhebung: Um einen kurzfristigen wie auch langfristigen Effekt zu messen, wurde ein Prä-Test vor dem Kurs ein Post-Test am letzten Tag des Kurses und ein Follow up, welches 3 Monate nach Beendigung des Kurses stattgefunden hat, durchgeführt. Es wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt.</p> <p>Intervention: Das Programm besteht aus 24 Lektionen à jeweils 50 Minuten. Es findet an 4 nacheinander folgenden Tagen statt. Der Kurs vermittelt Inhalte zu Wissen, Skills und Techniken zu folgenden Themen:</p> <p>-Typen und Gründe für Aggression</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Entstehung der Aggression -Reflexion über die eigenen aggressiven Komponenten -Theorie über die verschiedenen Stufen von aggressiven Vorfällen -Verhalten in aggressiven Situationen -Arten von Konfliktmanagement -Kommunikation und Interaktion -Vorgehen nach einem aggressiven Vorfall -Sicherheit am Arbeitsplatz -Prävention von Aggression -Fluchttechniken <p>Die Studierenden in der Interventionsgruppe wurden in drei Klassen aufgeteilt. Der Inhalt wird anhand Rollenspiele, Gruppendiskussionen, Selbstreflexion und Skillstraining vermittelt.</p> <p>Messverfahren: Es wurden 4 verschiedene Messinstrumente verwendet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fragebogen zu den demographischen Angaben, Fragen in Bezug auf die Erfahrung von Aggression wie die Häufigkeit von verbalen, physischen Aggressionen und bedrohliche Situationen. 2. Um das Vertrauen der Studierenden in den Umgang mit Aggressionen zu messen, wurde das «confidence in Coping with Patient Aggression scale» verwendet» Dies kann kurzfristige wie langfristige Veränderungen erheben. Dabei sind 10 Punkte enthalten und man kann anhand einer Likert Skala ankreuzen: Very comfortable, comfortable, undecided, not comfortable, very uncomfortable) 3. Um die Einstellung der Studierenden gegenüber Aggressionen zu messen, wurden zwei VAS Instrument verwendet. Die Skalen beinhalteten je eine gerade horizontale 100mm Linie. Das eine Ende war beschriftet mit trifft überhaupt nicht zu und das andere Ende mit Ich stimme völlig zu. Die eine Skala stand für «Aggression ist ein verständliches, zweckmässiges Verhalten» und das andere stand für «Aggression ist sinnlos und nicht akzeptabel) 4. Um das Empfinden von Aggressionen zu messen wurde das «Perception of Aggression Scale short Version» (POAS-S) verwendet. Das Instrument besteht aus 11 Aussagen und zeigt eine gute internal consistency und eine durchschnittliche Reliabilität. Jede Aussage kann anhand einer Likert Skala mit 5 Möglichkeiten beantwortet werden. Die Range geht von ich stimme gar nicht zu bis ich stimme völlig zu. <p>Datenanalyse: Demographisch: Nominal Geschlecht, Intervall Alter. Häufigkeit Erleben kann man davon ausgehen, dass es auch Intervall ist, muss aber nicht sein. Beiden Skalen bei 2 und 4 sind ordinalskaliert und der VAS Ordinal oder Intervall? Das Signifikanzniveau wird bei <0.06 festgelegt. Die beiden Gruppen wurden hinsichtlich ihrer Äquivalenz zur Baseline analysiert anhand des chi-square Tests (Zusammenhang, nominal) und Mann-whitney Test (Ordinal, Unterschied). Eine mehrfache univariate ANOVA (mind. Intervallskaliert, Mittelwerte mehrerer Stichproben vergleichen) , um den Effekt auf das Vertrauen der Teilnehmenden im Umgang mit, die Einstellung zu und die Wahrnehmung von aggressiven Situationen. Dafür wurde das SPSS Programm verwendet.</p> <p>Ethik: Sie haben eine Zustimmung durch die zuständige Ethikkommission erhalten. Ansonsten wurden keine ethischen Fragen diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>Ergebnisse: Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Alter ($p=0.7$) und in der Erfahrung mit Aggressionen von Patientinnen und Patienten. Jedoch unterscheiden sich die Gruppen bezüglich Geschlechtes signifikant ($p=0.01$)</p>

	<p>Vertrauen im Umgang mit Aggressionen: Das Vertrauen im Umgang stieg bei der Interventionsgruppe höchstsignifikant an. ($p < 0.001$) (innerhalb und zwischen Subjektfaktoren). Die interne Konsistenz (0.93) des Instruments ist sehr gut.</p> <p>Einstellung zu Aggressionen: Beide VAS zeigten innerhalb der Gruppe im Vergleich der Gruppen keinen signifikanten Unterschied ($p > 0.24$). Wegen des starken Anstiegs direkt nach dem Trainingskurs auf der VAS, die sagt, dass Aggressionen ein verständliches und nützliches Verhalten ist, wurde die Interventionsgruppe anhand t-test analysiert. Der t-Test zeigt, dass diese Ergebnisse für die Interventionsgruppe höchst signifikant sind ($p = 0.001$) im Gegensatz zur Kontrollgruppe ($p = 0.765$)</p> <p>Wahrnehmung der Aggression: Die Durchschnittswerte der zwei POAS-S Faktoren zeigten keine insgesamt Veränderung. Der erste Faktor (Aggression als ein negatives, nutzloses Verhalten) waren über die Zeit innerhalb der Gruppe signifikant ($p = 0.33$), zwischen den Gruppen nicht ($p = 0.98$). Beim Faktor zwei gab es keine signifikanten Unterschiede weder innerhalb der Gruppe ($p = 0.81$) noch zwischen den Gruppen ($p = 0.98$).</p> <p>Die Ergebnisse werden als Fliesstext dargestellt, zu den demographischen Ergebnisse Alter und Geschlecht wird eine Tabelle erstellt. P Werte werden fast immer dazugeschrieben.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Das Vertrauen in den Umgang mit Aggressionen konnte höchst signifikant gesteigert werden, weshalb das AM Training von Nutzen ist.</p> <p>Auf die langfristige Einstellung zur Aggression hatte die Intervention keinen Einfluss, aber kurzfristig konnte die Einstellung von Aggressionen (als positives, nützliches Verhalten) signifikant erhöht werden in der Interventionsgruppe. Dies kommt durch die kürzlichen Eindrücke im Kurs. Somit kann ein solcher Kurs die Einstellung zur Aggression beeinflussen. Um dies langfristig zu verändern, braucht es weitere Interventionen.</p> <p>Auf die Wahrnehmung von Aggressionen hatte der Trainingskurs keinen signifikanten Effekt, dies zeigt sich auch in anderen Studien. Die Veränderungen der POAS-S über Zeit waren minimal. In der Interventionsgruppe zeigte der erste Faktor (Aggression als negative, nutzloses Verhalten) einen Trend nach oben. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Trainingskurs zu einem negativen Ergebnis führt. Teil vom Kurs ist es, sich Gedanken zu machen, dass ob man selbst Aggression als ein Teil den man als Teil des Jobs akzeptieren sollte oder nicht. Da auch die Verantwortlichkeit der Aggressionen der Patientinnen und Patienten diskutiert wird, ist es möglich, dass die Akzeptanz von aggressivem Verhalten sinkt. Die Wahrnehmung der Aggression als etwas positives, entwickelte sich beide leicht nach oben. Dies kann sich bei der Kontrollgruppe so erklären, dass sich diese an die Fragen des Instruments gewöhnt haben.</p> <p>Da sich beide sehr ähnliche änderten gehen die Autoren davon aus, dass der Kurs keinen Einfluss auf die positive Einstellung hat.</p> <p>Dies kann sich dadurch erklären, dass sie Kurzversions des POAS zum ersten Mal benutzt wurde und nicht sensitiv genug ist, Veränderungen in dieser Population zu messen. Eventuell misst es Eigenschaften, anstatt Zustände.</p> <p>In anderen Studien wurde herausgefunden, dass eine längere Erfahrungsdauer im Beruf mit einer höheren Toleranz einhergeht. Weshalb eine Dauer von 3 Monaten zu kurz sein könnte, um Änderungen in der Einstellung und Wahrnehmung zu ändern. Eventuell können längerfristige follow-ups gemacht werden, im Praxisalltag.</p> <p>Die Forschungsfrage kann aufgrund der Daten beantwortet werden.</p> <p>Die Ergebnisse werden teilweise mit anderen Studien verglichen.</p> <p>Limitationen:</p>

-Die Stichproben werden nicht durch Zufallsprinzip verteilt, durch die logistischen und praktischen Probleme war eine quasi-experimentelle mit Kontrollgruppe jedoch der beste Ansatz, der zur Verfügung war

-Die Autorinnen und Autoren betonen, dass die Ergebnisse stark abhängig von der Qualität der Instrumente abhängig sind (POAS-S) und confidence in coping with Patient Aggression sind gut etabliert während der VAS zum ersten Mal benutzt wurde und eher subjektive Werte erfasst. Aus diesem Grund sollten diese Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

-In der Kontrollgruppe waren keine Männer vorhanden und es gab einen signifikanten Unterschied. In der Schweiz kann es jedoch gut möglich sein, dass an einer Pflegeausbildungsschule in einer Klasse nur Frauen sind. Deshalb gehen sie davon aus, dass diese Verteilung die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse nicht gefährden.

-Es besteht eine Wissenslücke in der tatsächlichen Leistung, welche Studierende in der Praxis vollbringen. In diesem Bereich muss weiterhin geforscht werden, welchen Effekt ein AM Training auf die tatsächliche Leistung hat. Auch weil das Vertrauen im Umgang auf Selbsteinschätzung beruht.

Schlussfolgerung: Ein AM Kurs ist nützlich, um das Vertrauen der Teilnehmenden im Umgang mit Aggressionen zu stärken. Somit kann ein Anstieg im Vertrauen beobachtet werden ohne Einfluss auf die Einstellung der Teilnehmenden gegenüber Aggressionen zu nehmen.

Würdigung der Studie 7: Needham, I., Abderhalden, C., ZeUer, A., Dauen, T., Fischer, J. E. & Halfena, R. J. G. (o. J.). The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression, 7.

<p>Einleitung</p>	<p>Forschungsfrage: Die Frage beantwortet unser Thema der BA und es konnte anhand Literatur aufgezeigt werden, dass der Bedarf gegeben ist. Es werden keine Forschungsfragen definiert, diese können aus dem Ziel und dem Vorgehen abgeleitet werden. Literatur: Das Problem wird in der Einleitung logisch anhand empirischer Literatur und verschiedenen Quellen aufgezeigt. Auch Quellen aus der Schweiz sind vorhanden.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen dem gewählten Design und dem Zweck der Studie ist nachvollziehbar, da man so den Unterschied sehen kann, welche Auswirkungen der Kurs spezifisch hat. Es werden keine Angaben zur externen und internen Validität genannt. (Die Studierende bekommen zur Anonymisierung eine Nummer zugeteilt) Stichprobe: Es wird keine sample size calculation gemacht. Die Stichprobengrösse ist bei dem gewählten Design jedoch in Ordnung. Die Stichprobe ist für die Zielpopulation repräsentativ, da das Durchschnittsalter mit der Population der Pflegestudierenden übereinstimmt, wie auch das Verhältnis des Geschlechtes. Die Ergebnisse können somit auf andere Pflegeausbildungsschulen in der Schweiz übertragen werden oder ähnliche Schulen in Ländern mit ähnlichen Kulturen. Auch die Vergleichsgruppe haben ähnliche demographische Angaben. Es werden keine Angaben zu den Drop-outs gemacht. Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Es scheint als wäre die Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich, es werden jedoch keine Angaben darüber gemacht. Es wird auch nicht gesagt, ob die Daten von allen Teilnehmenden ausgefüllt wurden. Messverfahren/Intervention: Die Messinstrumente POAS-S und confidence in coping with patient aggression scale sind valide und reliabel. Das VAS wird zum ersten Mal angewendet und geht mit einer Subjektivität einher. Die Anwendung der Messinstrumente wird begründet. Verzerrungen/Einflüsse auf die Intervention werden nicht erwähnt. Datenanalyse: Die Verfahren werden nur knapp beschrieben. Es fehlt zum Beispiel wie gemessen wird, wie sich die zwei Gruppen unterscheiden. Verfahren sinnvoll angewendet, ausser ANOVA. Die hätte bei den ordinalskalierten Niveaus nicht zum Einsatz kommen dürfen. Die Angaben erlauben jedoch eine Beurteilung. Das Signifikanzniveau wird nicht begründet. Ethik: Es hätte noch diskutiert werden können, wie ethisch gerechtfertigt eine Kontrollgruppe ist.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise. Die Tabelle ist korrekt und vollständig beschriftet zu den demographischen Angaben. Die Ergebnisse hätten anhand einer Tabelle verständlicher dargestellt werden können.</p>

Diskussion

Es werden alle Ergebnisse diskutiert und die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Zudem wird nach alternativen Erklärungen gesucht. Die Resultate werden in Bezug auf die Fragestellung diskutiert und mit weiterer Literatur verglichen.

Die Schwächen und Stärken der Studien werden aufgewogen, Limitationen genannt und selbstkritisch durch Autorinnen und Autoren.

Es wäre möglich ein Follow-up zur Einstellung und Wahrnehmung in der Praxis zu machen. Es ist möglich, an Schulen einen AM Kurs durchzuführen.

Das sich der Inhalt an Studierende richtet, kann die Studie nicht in einem klinischen Setting wiederholt werden, jedoch an anderen Schulen. Die Instrumente, die verwendet wurden, werden aufgezeigt so wie die Intervention. Die Stichprobenziehung ist noch etwas unklar.

Zusammenfassung der Studie 8: Zeller, A., Needham, I. & Halfens, R. (2006). Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung. *Pflege*, 19(4), 251–258.

<p>Einleitung</p>	<p>Aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten wird zu einem immer grösseren Thema und vermehrt diskutiert. In der Fachliteratur werden vor allem Formen, Häufigkeit und Auswirkungen von Aggression und Gewalt gegenüber Pflegenden diskutiert. Die beiden Begriffe Aggression und Gewalt werden dabei oft synonym verwendet. Eine einheitliche Handhabung gibt es nicht. In dieser Studie wird nur der Begriff Aggression verwendet und umfasst sowohl verbale Beschimpfungen wie auch physische Gewalt. Auch wird nur Aggressionen von Patientinnen oder Patienten gegenüber Pflegenden thematisiert in dieser Studie.</p> <p>Pflegende jeglicher Fachbereiche sind häufig mit Aggressionen konfrontiert, wobei über Ursachen wenig berichtet wird. Biographie, Berufserfahrung, Funktion und Ausbildungsniveau können eine Rolle spielen. Aus Studien ist bekannt, dass vor allem Auszubildende ohne Schulungen zur Thematik häufig Opfer von aggressivem Verhalten werden. Es wird vermutet, dass solche Übergriffe einen Einfluss auf die Pflegequalität haben.</p> <p>Eine Schulung kann die Kompetenzen der Pflegenden im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten erhöhen. Primär scheinen die Wissensvermittlung und das Training von Verhaltensweisen in Risikosituationen sinnvoll zu sein. Da eine grosse Wahrscheinlichkeit besteht, dass Schülerinnen und Schüler bereits in der Ausbildung zur Pflegefachperson mit dem Thema konfrontiert werden, soll eine Schulung bereits in der Ausbildung stattfinden.</p> <p>In dieser Studie wird der Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in einer vierjährigen Pflegeausbildung bezüglich ihrer Kompetenzerwartungen und ihres Sicherheitsgef hls im Umgang mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten untersucht. Kompetenzerwartung meint die subjektive Überzeugung, schwierige Aufgaben oder Probleme auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können.</p> <p>Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fühlen sich Schülerinnen und Schüler einer vierjährigen Pflegeausbildung unmittelbar nach einer Schulung über Aggressionsmanagement kompetenter und sicherer im Umgang mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten als vor der Schulung? 2. Fühlen sich Schülerinnen und Schüler einer vierjährigen Pflegeausbildung drei Monate nach einer Schulung ber Aggressionsmanagement kompetenter und sicherer im Umgang mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten als vor der Schulung?
<p>Methode</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Design: quasi-experimenteller Prätest-Posttest - Stichprobe: 117 Schülerinnen und Schüler derer vierjährigen Pflegeausbildung wurden in eine Experimentalgruppe (n=57) und eine Kontrollgruppe (n=60) eingeteilt. Alle Teilnehmenden besuchten eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege in der Deutschschweiz. Die Schulung im Aggressionsmanagement wurde mit Schülern einer Schule durchgeführt. Die Kontrollgruppe absolvierten die Ausbildung an den anderen zwei Schulen und hatten keine Vorbildung zum Thema Aggression. Die Teilnehmenden befanden sich in verschiedenen Ausbildungsjahren und arbeiteten in unterschiedlichen Fachgebieten. - Datenerhebung: Beim Prä-test wurden die Probanden aufgefordert Fragen zur Häufigkeit mir Aggressionen am Arbeitsplatz zu bewerten mit «nie, einmal oder mehrmals». Demographische Daten wurden ebenfalls erhoben. Die Daten des Post-Tests wurden mit zwei Instrumenten erfasst. Die Empfindungen beim Umgang mit aggressiven Patientinnen oder Patienten wurde mittels 10 Items und jeweils 5-stufiger Likert-Skala erfasst. Das Instrument ist valide und

	<p>reliabel. Die Einstellung und Kompetenzerwartung wurde mittels 23 Items und ebenfalls 5-stufigen Likert-Skalen erhoben. Zu diesem Instrument liegen nur Daten zur Validität vor, nicht zur Reliabilität.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Messverfahren & Interventionen: Der Prä-Test fand zwei Tage vor der Schulung statt. Dabei wurde überprüft, ob beide Gruppen ähnliche Voraussetzungen haben, um die Resultate vergleichen zu können. Der erste Post-Test erfolgte unmittelbar nach der Schulung und die zweite Messung nach drei Monaten. Bei der zweiten Messung sollte herausgefunden werden, ob der Effekt der Schulung über einen längeren Zeitraum bestehen blieb. Die Messzeitpunkte von Experimental- und Kontrollgruppe waren jeweils identisch. - Datenanalyse: Quantitativ. Chi-Quadrat → Unterscheidung Alter, Ausbildungsstand, Erfahrungen zwischen den Gruppen. Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung → Auswertung der Antworten auf die Items. DIE WECHSELWIRKUNG VON Zeit und Gruppe wurde als «Within-subject factors» berücksichtigt. Ebenso der Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe («Between-subjects factors»). Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde das Signifikanzlevel auf $p \leq 0.001$ gesetzt. - Ethik: Die Teilnahme geschah freiwillig und anonym. Im Voraus wurde die Zustimmung der Schulleitungen eingeholt. - Schulungsprogramm: Die Schulung zum Umgang mit Aggression dauerte vier aufeinander folgende Tage und umfasste 24 Lektionen zu je 50 Minuten. Ziel war es Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln. Der Unterricht bestand aus theoretischen und praktischen Sequenzen. Eine Dozentin mit einer Weiterbildung zur Trainerin für Aggressionsmanagement leitete die Schulung.
Ergebnisse	<p><i>Vergleichbarkeit der Gruppen</i> Die demographischen Daten der beiden Gruppen sind vergleichbar. Einzig im Fachbereich und Geschlecht zeigen sich Unterschiede. So sind in der Kontrollgruppe wesentlich mehr Probanden aus der Pädiatrie und nur Frauen vertreten.</p> <p><i>Erfahrungen mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten</i> In der Experimentalgruppe sind 32% wöchentlich mit aggressivem Verhalten konfrontiert. Die Kontrollgruppe liegt mit 20% darunter. Einmal oder mehrmals körperlich bedroht wurden in der Experimentalgruppe 43%, in der Kontrollgruppe 32%. Tätlich oder verbal angegriffen wurden in der Experimentalgruppe 32%, bzw. 72% und in der Kontrollgruppe 22%, bzw. 77%. Die Unterschiede in den Gruppen sind alle nicht signifikant.</p> <p><i>Kompetenzerwartungen und Sicherheitsgefühl im Umgang mit Aggression</i> Beim Sicherheitsgefühl und den Kompetenzerwartungen waren 7 von 10 Items signifikant ($p \leq 0.001$). Bei den 3 anderen Items zeigt sich jedoch eine Tendenz in Richtung höheres Sicherheitsgefühl. Genau genommen sind nur 4 Items relevant für das Sicherheitsgefühl (siehe Diskussion) In einer zweiten Befragung wurden 23 Items erfragt. Davon sind 5 relevant für die Kompetenzerwartung. Von diesen waren 4 signifikant.</p>
Diskussion	<p>Die Studie zeigt deutlich, dass Pflegeschülerinnen und -schüler mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten konfrontiert sind. Die verbalen Aggressionen überwiegen hierbei. Obwohl die Teilnehmenden in unterschiedlichen Bereichen der Pflege tätig sind, sind die Resultate sehr ähnlich.</p> <p>Die Probanden schätzten ihre Kompetenzerwartungen nach der Schulung signifikant höher ein, was sich mit anderen Studien deckt.</p> <p>Das Sicherheitsgefühl wurde mit 4 Items gemessen (Der gesamte Fragebogen enthielt allerdings 10 Items). Von diesen 4 Items waren 2 hochsignifikant, und 2 zeigten lediglich eine Tendenz in Richtung höheres Sicherheitsgefühl. Dies unterscheidet sich zu einer anderen Studie, bei der alle Items signifikant waren. Ein möglicher Grund ist die Tatsache, dass</p>

es sich bei dieser Studie um Schülerinnen und Schüler handelt und bei der Vergleichsstudie um ausgebildete Pflegefachpersonen.

Der Effekt auf die Kompetenzerwartungen scheint grösser zu sein, als auf das Sicherheitsgefühl. Eine verbesserte Kompetenzerwartung führt somit nicht automatisch zu einem höheren Sicherheitsgefühl. Um das Sicherheitsgefühl zu erhöhen sind andere Massnahmen, wie eine durchdachte Arbeitsorganisation, eine klar geregelte Zusammenarbeit im Team oder Supervisionen sinnvoll.

- Limitationen: Es handelt sich um Selbsteinschätzungen der Probanden und somit bräuchte es weitere Studien, um das tatsächliche Verhalten in der Praxis zu untersuchen.

Durch das quasi-experimentelle Design ist die fehlende Randomisierung zu erwähnen. Obwohl die demographischen Daten und die bisherigen Erfahrungen mit Aggressionen in beiden Gruppen vergleichbar waren gibt es Einschränkungen. In der Experimentalgruppe waren elf Pflegende auf der Intensiv- oder Notfallstation und jemand aus der Psychiatrie. Da in diesen beiden Bereichen die Aggressionsexposition hoch ist, muss mit einem Erfahrungsvorsprung im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten gerechnet werden.

Eine mögliche Verzerrung kann auch durch das dreimalige Ausfüllen des Fragebogens geschehen. Aufgrund der kleinen Stichprobe konnte kein Reliabilitätskoeffizient für die jeweiligen Skalen errechnet werden und somit ist die interne Validität nicht optimal.

Trotz der Einschränkungen weisen die Resultate darauf hin, dass der Nutzen einer Schulung gegeben ist. Damit scheint auch der finanzielle Aufwand gerechtfertigt. Es profitieren sowohl Pflegende wie auch Patientinnen und Patienten davon, wenn Pflegende kompetenter und sicherer im Umgang mit Aggressionen sind.

Würdigung der Studie 8: Zeller, A., Needham, I. & Halfens, R. (2006). Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung. *Pflege*, 19(4), 251–258.

Einleitung	Die Forschungsfragen beantworten eine wichtige Frage für unsere Bachelorarbeit. Sie sind klar definiert. Hypothesen wurden keine genannt. Mittels Fachliteratur und Studien wurde in das Thema eingeführt und logisch dargestellt. Einzelne Begriffe sind definiert oder vereinfacht worden. Dies geschah mit einer Begründung.
Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Design: Das Design passt zur Forschungsfrage. - Stichprobe: Die Stichprobe kann nur bedingt auf die Population der Schülerinnen und Schüler übertragen werden, da die Experimentalgruppe aus Probanden desselben Schulhauses besteht. 11 von 57 Probanden arbeiten auf einer Intensiv- oder Notfallstation, während in der Kontrollgruppe niemand da arbeitet. Auch gibt es in der Experimentalgruppe nur 2 Personen der Pädiatrie, während es in der Kontrollgruppe 25 sind. Die Stichprobengröße wurde nicht begründet. Die Einteilung erfolgte anhand der Bereitschaft der Schulleitung die Schulung zu finanzieren. Drop-outs wurden angegeben, jedoch nicht begründet. - Datenerhebung: Die Art der Datenerhebung ist sinnvoll und für alle Teilnehmenden gleich. - Messverfahren & Interventionen: Die Validität wurde berücksichtigt, reliabel war nur ein Instrument. - Datenanalyse: Die Verfahren wurden verständlich beschrieben. Das Signifikanzlevel ist nachvollziehbar und begründet. - Ethik: Ethische Aspekte wurden erwähnt und diskutiert.
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden nur teilweise verständlich und präzise dargestellt. Verwirrungen kann es bei der Tatsache geben, dass im Text häufig Prozentangaben gemacht und in den Abbildungen/Tabellen Anzahl Schülerinnen und Schüler genannt werden. Auch sind die Ergebnisse sehr knappgehalten und der Leser ist gezwungen, die Abbildungen genau zu studieren. In der Frage der Kompetenzerwartung sind gar nur zwei von fünf Items beschrieben in den Ergebnissen. Angaben und Verweise auf Abbildungen/Tabellen sind korrekt.
Diskussion	Es werden alle Resultate diskutiert und die Interpretation stimmt mit den Ergebnissen überein. Nur an einer Stelle kann es zu Verwirrung kommen. Es wird in der Diskussion erwähnt, dass bei einem Teil des Fragebogens nicht alle Items relevant sind für das Sicherheitsgefühl, was in den Ergebnissen so nicht stand. Dies führt dazu, dass der Effekt im Ergebnisteil grösser aussieht, als er tatsächlich ist. Die Resultate wurden mit anderen Studien verglichen und Unterschiede diskutiert. Schwächen der Studie sind die fehlende Randomisierung und eher kleine Stichprobe. Eine Umsetzbarkeit in der Praxis ist gewährleistet. Die Schulungsinhalte und Messinstrumente werden beschrieben. In einem anderen Setting kann die Studie ebenfalls wiederholt werden, zu beachten gilt es hierbei jedoch, dass es sich um Schülerinnen und Schüler handelte und nicht um ausgebildete Pflegenden, weshalb die Schulungsinhalte allenfalls angepasst werden müssten.