

Alle sind labil, wie bleibe ich stabil?

Wie kann das Pflegepersonal in der Psychiatrie mental gesund bleiben?

Ammann Melanie

Deola Nadine

Departement Gesundheit

Institut für Pflege

Studienjahr: 2019

Eingereicht am: 03.05.2022

Begleitende Lehrperson: Doris Ruhmann

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Hintergrund und Ziel

Pflegefachpersonen der Psychiatrie arbeiten in einem anspruchsvollen Setting. Eine Erhöhung der Resilienz kann die Pflegefachpersonen stärken, um selbst in sehr belastenden Situationen psychisch gesund zu bleiben.

Das Ziel dieser Literaturrecherche ist es, aussagekräftige Studien zu analysieren und Interventionen zu finden, welche die Resilienz von Pflegefachpersonen in der Psychiatrie stärken und im Alltag einfach und effizient umsetzbar sind.

Methode

Zwischen Juli und Dezember 2021 wurde in den Datenbanken CINHAL Complete, Pubmed, MEDLINE und Cochrane Library eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ebenfalls wurde die *Schneeballsuche* verwendet. Für die Beantwortung der Fragestellung wurden sechs Studien ausgewählt, vertieft analysiert, kritisch beurteilt und deren Schwerpunkte zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Analyse der Studien hat ergeben, dass sich multimodale Interventionen am besten für die Resilienzförderung eignen. Insbesondere Achtsamkeitstraining, expressives Schreiben und Gruppendiskussionen haben signifikante Ergebnisse zur Erhöhung der Resilienz erzielt.

Schlussfolgerung

Diese Interventionen und Strategien müssten nun im Hinblick auf die Resilienzförderung des Pflegepersonals im psychiatrischen Setting empirisch untersucht werden. Weitere Forschung zur Förderung der Resilienz bei Pflegenden ist zwingend nötig, um die psychische Gesundheit der Menschen, die im Gesundheitswesen systemrelevant sind, aufrechtzuerhalten.

Keywords

Nurse, nurses, mental health, mindfulness, mental disorder, stationary psychiatry, resilience, resilience strategies, resilience training, coping.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	
1 Einleitung	1
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	2
1.2 Eingrenzung der Fragestellung	3
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Die Pflege in der Psychiatrie	3
2.2 Salutogenese Konzept von Aaron Antonovsky.....	5
2.3 Resilienz.....	7
2.4 Resilienzmodell von Siegrist Ulrich	8
2.5 Abgrenzung und Zusammenfassung.....	9
3 Methode	10
3.1 Methodische Vorgehensweise.....	10
3.2 Literaturrecherche	10
3.3 Ein und Ausschlusskriterien	11
3.4 Evaluationsinstrumente	12
4 Ergebnisse	15
4.1 Studie 1	15
4.2 Studie 2	16
4.3 Studie 3	18
4.4 Studie 4	19
4.5 Studie 5	20
4.6 Studie 6	22
4.7 Übersicht Ergebnisse der Studien	24
5 Übersicht Interventionen der Studien	27

6	Diskussion	30
6.1	Kritische Würdigung	30
6.2	Diskussion der Interventionen	35
6.3	Das Psychiatrie Setting	40
6.4	Praxis-Transfer	40
6.5	Empfehlungen für Pflegefachpersonen und Institutionen	44
6.6	Beantwortung der Fragestellung	46
7	Schlussfolgerung	46
8	Limitationen der Bachelorarbeit	50
	Literaturverzeichnis	51
	Tabellenverzeichnis	54
	Abbildungsverzeichnis	55
	Wortzahl:	55
	Danksagung:	56
	Eigenständigkeitserklärung	56
	Einverständniserklärung und Herausgabeerklärung:	57
	Anhang	58
	6 S Pyramide:	58
	Rechercheprotokoll:	58
	Zeitplan:	63
	AICA's und Güte der Studien	64

1 Einleitung

Die Zahl der psychiatrischen Hospitalisationen nimmt in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich zu (Addor et al., 2016). 72% aller stationären Einweisungen erfolgen in psychiatrische Kliniken, 22% in Spitälern und 6% in Heime (Addor et al., 2016). Dies zeigt, dass die Psychiatrien schon vor der Pandemie stark beansprucht wurden. Bis zum aktuellen Zeitpunkt, im Mai 2022, hatte die Schweiz mit insgesamt fünf Covid-19-Wellen zu kämpfen. Viele Menschen aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern sowie alle Pflegefachpersonen kamen in dieser Zeit an ihre Grenzen. Neben den physischen Folgen des Virus, wurde die Psyche, selbst bei gesunden Menschen, stark belastet (Poletti, 2020). Julius Kurmann, Chefarzt der stationären Dienste der Luzern Psychiatrie, beurteilte die Situation ähnlich und erläuterte: «Ich denke da sowohl an eine Erhöhung der Suizidalität wie auch an eine erhöhte Gewaltbereitschaft.» (Poletti, 2020). Folglich mussten mehr Menschen psychiatrisch betreut werden. Einerseits solche, die verursacht durch die Pandemie eine psychische Erkrankung entwickelt haben und andererseits solche, deren Symptomatik sich durch diese aussergewöhnliche Situation verstärkt hat.

Für die Pflegefachpersonen der Psychiatrien bedeutete dies eine zusätzliche, ausserordentliche Belastung seit Anbeginn der Pandemie. «Es gibt für sie noch mehr Arbeit», sagt Rachel Schwartz Pflegeexpertin einer psychiatrischen Klinik (Büttner, 21.04.2021). «Manche Patienten und Patientinnen müssen wir isolieren, einige haben Angst und drohen gewalttätig zu werden. Zugleich wird von uns erwartet, weiter durchzuhalten und weiter zu helfen – wie bisher.» so Rahel Schwartz (Büttner, 21.04.2021). Die Pflegefachpersonen sind einem stetig zunehmenden Stresslevel ausgesetzt (Büttner, 21.04.2021). Für die Pflegefachpersonen in der Psychiatrie herrscht etwa eine dreifach höhere Wahrscheinlichkeit von körperlichen Übergriffen betroffen zu sein als für Pflegefachpersonen in nichtpsychiatrischen Einrichtungen (Schrems, 2020). Neben dem erhöhten Gewalt- und Konfliktpotential seitens der Patienten und Patientinnen sind die Arbeitnehmenden von den üblichen Stressoren der Pflege wie Zeitdruck, Schichtarbeit und organisatorische Probleme betroffen. (Pfeifer, 2012). Diese Faktoren führen zu einer erhöhten psychischen Belastung der Pflegefachpersonen. Daraus können sich Depressionen, Angstzustände, Schlaflosigkeit und posttraumatische Stresssymptome entwickeln (Büttner, 23.04.2021). Die Pflegefachpersonen sind erschöpft und viele Fachpersonen werden

selbst krank. Aus den Helfenden werden Patienten und Patientinnen (Büttner, 23.04.2021). Dadurch fallen Pflegefachpersonen aus und die Verbleibenden müssen noch mehr leisten. Wie der ehemalige SVP-Nationalrat Rudolf Joder errechnet hat, besteht schon seit über zehn Jahren ein Pflegenotstand (Schär & Zander, 2021). Schär & Zander (2021) merken an, dass dieser Personalmangel und die Zunahme der Pflegeintensität und -komplexität zu einem weiteren Anstieg der Belastung für die Pflege führen.

Aufgrund dessen wurde durch die Pflegeinitiative im November 2021 gefordert: «Die Schweiz muss mehr Pflegefachpersonen ausbilden und es braucht bessere Arbeitsbedingungen, damit diese auch im Beruf bleiben. Denn diese Berufsgruppe ist unverzichtbar für die Grundversorgung» (SBK, 2021) und demnach systemrelevant. Es gibt jedoch Leute, die auch unter diesen schwierigen und aussergewöhnlichen Bedingungen psychisch gesund bleiben und ihre anspruchsvolle Arbeit mit viel Engagement verrichten – sie haben dazu Strategien des Selbstschutzes entwickelt. Die Studie von Dehvan et al. (2018) ergab, dass die psychische Gesundheit der psychiatrischen Pflegefachpersonen durch die antrainierte, erhöhte Resilienz gestärkt werden kann. Foster et al. (2020) nennen Resilienz als ein Prozess der positiven Anpassung an Stress und Widrigkeiten.

Könnte die Resilienzförderung als Strategie dienen, um in diesem anspruchsvollen Arbeitsfeld mental unversehrt zu bleiben?

Die Relevanz dieser Frage nachzugehen ist hoch und allgegenwärtig. Pflegefachpersonen sollen vor mentalen Erkrankungen geschützt werden, weil sich die Anzahl der Fachpersonen aufgrund von Krankheit oder Berufswechsel nicht weiter reduzieren darf.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Strategien der Resilienzförderung für die Pflege im psychiatrischen Setting aufzuzeigen. Aus diesem Ziel resultiert folgende Fragestellung: Welche Strategien für die Resilienzförderung der Pflege liefert die Literatur, um belastende Situationen in der Psychiatrie bewältigen zu können?

1.2 Eingrenzung der Fragestellung

Wie in der Einleitung mit Zeitungsartikeln und Studien aufgezeigt, stand das Pflegefachpersonal bereits vor der Corona-Krise wegen den Unterbeständen vor grossen personellen Herausforderungen. Diese Situation wurde durch Covid-19 zusätzlich verschärft. Im Prinzip zeigt sich diese Thematik auch beim Personal auf den Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie auf den Intensivstationen (Schrämmli, 2020). Die Pflegefachpersonen arbeiten auch dort schon lange an ihren physischen und psychischen Grenzen (Pinto, 2021). In dieser Arbeit wird der Fokus jedoch auf das psychiatrische Setting im Erwachsenenbereich gelegt und zwar unabhängig von der Covid-19 Pandemie.

2 Theoretischer Hintergrund

Um das Leseverständnis der Arbeit zu erleichtern, werden die relevanten und zentralen Begriffe in diesem Abschnitt erläutert. Diese Begriffe kommen entweder in der Fragestellung vor oder werden häufig in den Studien erwähnt. Die Definitionen dienen dazu, die Lesenden auf den gleichen Wissenstand zu bringen.

2.1 Die Pflege in der Psychiatrie

Die Psychiatrie ist ein Fachgebiet, das sich mit Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Erkrankungen befasst (Pschyrembel, 2016). Für die Pflegefachpersonen der Psychiatrie liegt der Schwerpunkt nicht auf physischen Problemen, sondern auf der psychischen Gesundheit der Patienten und Patientinnen (Sauter & Ahrens, 2011). Die Pflegefachpersonen in der Psychiatrie sorgen für das reibungslose Zusammenleben der Patienten und Patientinnen. Das Pflegefachpersonal hat die Rolle als Kontrolleur/-in, Aufpasser/-in und Mahner/-in (Breinbauer, 2020). Diese Rollen bieten ein vermehrtes Konfliktpotential gegenüber den Patienten und Patientinnen (Breinbauer, 2020). Trotz diesem erhöhten Konfliktpotential liegt die Kernaufgabe der Pflegefachpersonen in der Beziehung zu den psychisch erkrankten Menschen (Sauter & Ahrens, 2011). Diese Arbeit fordert kognitive Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten sowie Bereitschaft zur Veränderung und Mitarbeit in der Therapie der Patienten und der Patientinnen (Sauter & Ahrens, 2011).

Neben allen anderen beruflichen Herausforderungen der Pflege wie Schichtarbeit,

organisatorischen Problemen und herausfordernder Teamarbeit ist das Pflegefachpersonal in der Psychiatrie zusätzlich mit Gewalt- und Bedrohungssituationen durch Patienten und Patientinnen konfrontiert (Breinbauer, 2020). Die Gewährleistung und Durchführung des Stations- und Therapieablaufes bergen eine besondere Gefahr für die Pflegefachpersonen (Breinbauer, 2020). Dazu kommen die körperlichen Auseinandersetzungen zum Schutz der Patienten und Patientinnen, vor sich selbst, den Mitpatienten und Mitpatientinnen oder des Personals (Breinbauer, 2020). Zusätzlich zur beruflichen Herausforderung der Pflegefachpersonen wird die Arbeit in der Psychiatrie, verursacht durch verbale und physische Aggressionen der Patienten und Patientinnen, als stressig und traumatisch erlebt. Dies kann zu emotionaler Erschöpfung, Burnout und Schwierigkeiten bei der Durchführung der Pflegearbeit führen (Foster et al., 2020). Im Endeffekt führt dieser Stress zu Frustration, so dass sich ein Teil der Pflegefachpersonen neu orientiert und sich dazu entschliesst, das Arbeitsumfeld zu verlassen.

Psychosoziale Risiken

Das Bundesamt für Wirtschaft (SECO, 2015) bezeichnet im Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz alle Faktoren, die auf die Psyche wirken als psychische Belastung. In dieser Arbeit wird beispielsweise die Auseinandersetzung von einem aggressiven Patienten oder einer aggressiven Patientin und einer Pflegefachperson als psychische Belastungen gesehen. Die Einflüsse aus dem beruflichen Umfeld, die auf die Psyche wirken, werden als Risiken für die Gesundheit gesehen (SECO, 2015). Die psychischen Fehlbelastungen entstehen aufgrund ungünstiger Faktoren der Arbeitssituation (SECO, 2015).

Ob ein Faktor oder eine Situation als belastend empfunden wird, ist subjektiv (Joiko et al., 2008). Dies hängt von unterschiedlichen psychischen und sozialen Voraussetzungen der betroffenen Person ab (Joiko et al., 2008). Dauer, Stärke und Ausmass der psychischen Belastung haben einen starken Einfluss auf diese subjektive Wahrnehmung (Joiko et al., 2008).

Seelische (psychische) Gesundheitsförderung

Die WHO (World Health Organization) beschreibt in der Ottawa-Charta die seelische Gesundheit als «ein Zustand des Wohlbefindens, in dem die einzelne Person eigene Fähigkeiten erkennt, mit den normalen Anforderungen des Lebens umgehen kann,

produktiv arbeitet und in der Lage ist, einen Beitrag für seine Gemeinschaft zu leisten» (Wink, 2016, S.74). Die WHO geht davon aus, dass Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienz essenziell ist, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten und zu fördern (Wink, 2016).

Die Gesundheitsförderung hat zum Ziel, Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen zu schaffen, die die psychische Gesundheit begünstigen oder die Belastungen reduzieren (Schibli et al., 2010). Das zweite Ziel ist die Stärkung der persönlichen Ressourcen. Dies beinhaltet die Förderung der Gesundheitskompetenz, der Resilienz und des Empowerments (Schibli et al., 2010).

Vulnerabilität

Vulnerabilität leitet sich vom lateinischen Wort «vulvus», übersetzt «Wunde», ab (Duden, 2022). In der Psychologie beschreibt es die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person. Belastung und Vulnerabilität können zu körperlichen und psychischen Krankheiten führen. Komponenten der Vulnerabilität sind Risiken und Ressourcen. Menschen sind mit schädigenden (Risiken) sowie schützenden Faktoren (Ressourcen) ausgestattet. (Schrems, 2020). Die schädigenden sowie schützenden Faktoren hängen von der Grösse der Risiken und Ressourcen ab (Stöhr et al., 2019).

Der Gegenspieler zur Vulnerabilität ist die Widerstandsfähigkeit bzw. Nichtverletzbarkeit (Stöhr et al., 2019). Diese Fähigkeit, selbst unter schwierigsten Umweltbedingungen psychisch gesund zu bleiben, wird Resilienz genannt (Stöhr et al., 2019). Der Begriff Resilienz wird unter Punkt 2.3 noch ausführlicher definiert. Diese zwei Begriffe *Vulnerabilität und Resilienz* sind im salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky zentral (Stöhr et al., 2019). Somit ist eine Person je nach Grösse der schädigenden oder schützenden Faktoren vulnerabler oder resilienter.

2.2 Salutogenese Konzept von Aaron Antonovsky

Der Soziologieforscher Aaron Antonovsky beschreibt das Konzept der Salutogenese als Modell der Gesundheitsförderung (Sauter & Ahrens, 2011). Er geht davon aus, dass nach einer Traumatisierung nicht automatisch eine krankhafte, psychische Reaktion auftritt, sondern unter bestimmten Umständen auch eine positive Weiterentwicklung der Persönlichkeitseigenschaften stattfinden kann (Möller et al., 2015). Gesundheit und Krankheit sind als Prozess zu betrachten (Möller et al., 2015).

Der Mensch setzt sich ständig mit seinen kranken und gesunden Anteilen auseinander (Möller et al., 2015). Somit ist der Mensch der Gestalter seines Lebens (Möller et al., 2015). Diese Perspektive richtet den Blick auf die Ressourcen, die bei Traumatisierungen zur Genesung beitragen und die Kontrolle über die gegebenen Lebensbedingungen erhöhen können (Lorenz, 2016).

Stressor

Sauter und Ahrens (2011) beschreiben, dass Stressoren als subjektiv belastende Lebensereignisse gesehen werden, welche einen Spannungszustand auslösen. Dieser Spannungszustand verlangt vom Individuum eine Auseinandersetzung, um erfolgreich bewältigt werden zu können. Falls dies nicht geschieht, wird körperlich und psychisch eine Stressreaktion ausgelöst. Infolgedessen können sich Krankheiten entwickeln. Antonovsky geht vom Konzept aus, dass Stressoren zum Leben gehören und sie nicht vollständig beseitigt werden können, jedoch zu bewältigen sind. Dies hängt von Erfahrungen, früheren Lernprozessen, sowie von der aktuellen sozialen Situation und von prägenden soziokulturellen Aspekten des Individuums ab.

Kohärenzgefühl

Im Konzept der Salutogenese stellt das Gefühl des Vertrauens eine grundlegende Lebenseinstellung dar (McAllister & Offermanns, 2013). Antonovsky beschreibt dieses Kohärenzgefühl als «ein allumfassendes, andauerndes, aber dynamisches Gefühl des Vertrauens darauf, dass die interne und externe Umgebung berechenbar sind und dass die Dinge sich sehr wahrscheinlich so entwickeln werden, wie man es aller Voraussicht nach erwarten kann» (McAllister & Offermanns, 2013, S. 34).

Das Kohärenzgefühl basiert auf drei Komponenten:

- *Verstehbarkeit*: die Erfahrung, dass die Welt verstehbar, sinnhaft, geordnet und widerspruchsfrei ist, statt chaotisch, beliebig und unberechenbar (McAllister & Offermanns, 2013).
- *Handhabbarkeit*: es wird über das Wissen verfügt, dass Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen des Lebens zur Verfügung stehen. Zudem besteht die Überzeugung, diese Belastungen meistern zu können (Schmitz et al., 2018).

- *Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit*: die Anforderungen des Lebens werden als wertvolle Herausforderungen betrachtet, welche Engagement verdienen (Schmitz et al., 2018).

Aus salutogenetischer Perspektive senkt ein hohes Kohärenzgefühl die Vulnerabilität und trägt zur Resilienz bei (Stöhr et al., 2019). Somit ist ein sicheres Kohärenzgefühl ein Resilienzfaktor und fördert die Bewältigungsstrategien (Sauter & Ahrens, 2011).

Coping

Coping leitet sich vom englischen «to cope» ab und ist mit «bewältigen» oder «überwinden» übersetzbar (Duden, 2022). Faltermaier (2021) beschreibt Coping als Verhalten einer Person, im Umgang mit einer psychisch oder physisch belastenden Situation. (Faltermaier, 2021). Das Ziel der Bewältigungsstrategien ist es, genügend Ressourcen aufzubauen, um diesen Anforderungen gewachsen zu sein und Verluste oder Konflikte aufzufangen oder einzudämmen und damit das Wohlbefinden wieder herzustellen (Faltermaier, 2021).

2.3 Resilienz

Der Begriff Resilienz leitet sich vom lateinischen «resilire» für «abprallen» ab (Duden, 2022). Der Pschyrembel (2021) bezeichnet Resilienz in der Psychologie als psychische Widerstandsfähigkeit einer Person. Eine hohe Resilienz bedeutet, dass negativen Einflussfaktoren standgehalten werden können, ohne dass dabei eine psychische Störung entwickelt wird (Pschyrembel Online, 2021).

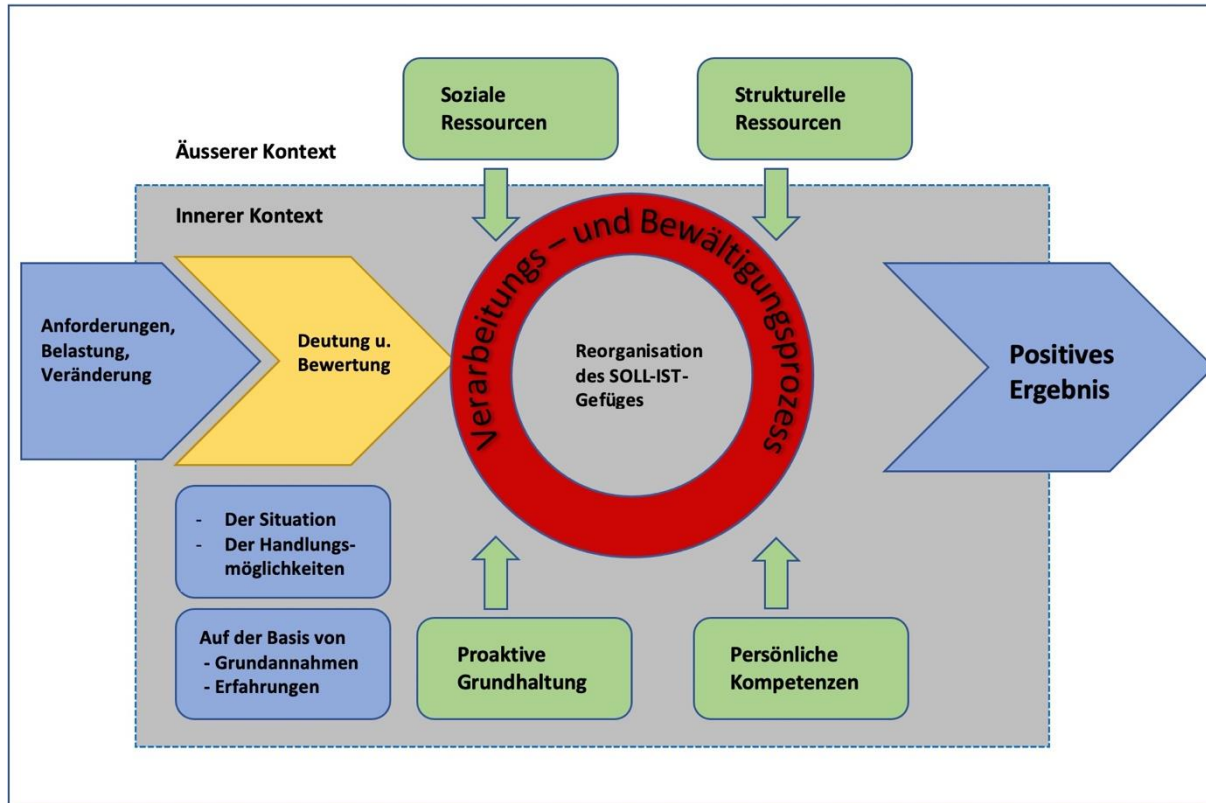
Resilienz ist kein Persönlichkeitsmerkmal und ist nicht angeboren (McAllister & Offermanns, 2013). Es muss erlernt und stets trainiert werden und zeichnet sich als Schutzfaktor für die mentale Gesundheit aus (McAllister & Offermanns, 2013).

In den letzten Jahren wurde der Begriff Resilienz in den Massenmedien, in der Wirtschaft und in der Politik vermehrt verwendet (Hofmann et al., 2020). Dies führte zu unterschiedlichen Definitionen des Begriffes und dadurch zu Missverständnissen (Hofmann et al., 2020). Trotz Definitionsproblemen und der Ausbreitung des Resilienzbegriffes in anderen Wissenschaftsbereichen, ist nicht damit zu rechnen, dass er im psychologischen Setting an Einfluss verliert (Opp, 2017).

2.4 Resilienzmodell von Siegrist Ulrich

Abbildung 1

Resilienzmodell, eigene Darstellung nach Siegrist U. (2011)



Das Resilienzmodell von Siegrist (2011) wird wie folgt erklärt:

Der vorliegende Stressor (z.B.: Anforderung, Belastung, Veränderung) wird auf Basis individueller Grundannahmen und persönlichen Erfahrungen mit den vorhandenen Handlungsmöglichkeiten und der aktuellen Situation bewertet (linke Seite des Modells).

Darauf folgt der Verarbeitungsprozess (roter Kreis) der Belastungssituation. Dabei wirken interne und externe Ressourcen auf diesen Prozess. Interne Ressourcen sind persönliche Kompetenzen (z.B. Selbstreflexion) und eine proaktive Grundhaltung (z.B. die Person sieht das Leben als sinnvoll und lebenswert an). Unter externen Ressourcen werden soziale (z.B. unterstützendes Umfeld) und strukturelle Ressourcen (z.B. erfüllende Arbeit) zusammengefasst.

Das Ergebnis dieses Prozesses hängt vom Zusammenspiel aller Modellkomponenten ab. Zusätzlich spielt die Ausprägung der Resilienz eine entscheidende Rolle.

Die Resilienz wird durch Schutzfaktoren (z.B. Optimismus, Empathie, Emotions-

steuerung, Selbstwirksamkeitsgefühl) gefördert und durch Risikofaktoren (z.B. Schichtarbeit, hohe emotionale Anforderung, Stress) gemindert (Degenkold, 2016).

Achtsamkeit

Iwers und Roloff (2021) verstehen unter Achtsamkeit die Aufmerksamkeitslenkung auf den aktuellen Moment und die vorherrschenden Bewusstseinsinhalte (Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen). Diese Bewusstseinsinhalte werden im gegenwärtigen Augenblick nicht bewertet (Iwers & Roloff, 2021). Gedanken und Gefühle werden zugelassen und angenommen (Iwers & Roloff, 2021). Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf das Hier und Jetzt (Michalak et al., 2012). Professor Jon Kabat Zinn definiert Achtsamkeit wie folgt: «Achtsamkeit bedeutet, auf eine bestimmte Weise aufmerksam zu sein: bewusst, im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu urteilen. Diese Art der Aufmerksamkeit steigert das Gewahrsein und fördert die Klarheit sowie die Fähigkeit, die Realität des gegenwärtigen Augenblicks zu akzeptieren.» (Tang, 2019 S.16). Iwers und Roloff (2021) beschreiben Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und Selbstregulation, Selbstfürsorge, Resilienz, Kohärenz, Gesundheitskompetenz, Empathie und Interaktionskompetenz. Achtsamkeit kann durch Übungen und Techniken erlernt und trainiert werden. Achtsamkeit fördert die Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Emotionsregulation. Studien haben gezeigt, dass Achtsamkeit und Meditation direkte biologische Effekte auf das Gehirn haben und dass es wahrscheinlich ist, dass sich diese Veränderungen auch in bestimmten mentalen Merkmalen zeigen (Chang-Gusko et al., 2019).

2.5 Abgrenzung und Zusammenfassung

In dieser Bachelorarbeit geht es um Faktoren, die sich positiv auf die Resilienz des Pflegefachpersonals in der Psychiatrie auswirken. Die hier beschriebene Thematik grenzt sich klar ab von Compassion Fatigue oder Burnout sowie den zusätzlichen Herausforderungen aufgrund von Covid-19.

Diese Arbeit basiert auf den Konzepten der Resilienz und der Salutogenese sowie deren Begrifflichkeiten. Der Mensch ist im Wechselspiel von schützenden sowie schädlichen Faktoren (Lorenz, 2016). Entsprechend seiner Vulnerabilität, seiner Kompetenzen und seiner Ressourcen ist der gesunde Mensch imstande, diese belastenden Situationen zu bewältigen (Lorenz, 2016). Auf dieser Grundlage kann

der Mensch sein Potenzial entfalten und ein Gefühl der Kohärenz, der Sinnhaftigkeit und des Wohlbefindens entwickeln (Lorenz, 2016). Auf dieses Gefühl wird in dieser Bachelorarbeit mit Strategien der Resilienzförderung abgezielt.

3 Methode

Da es sich bei der vorliegenden Bachelorarbeit um eine systematisierte Literaturliteraturarbeit handelt, beinhaltet dies das Erstellen einer Liste von Keywords zur Studiensuche. Das Definieren von Limits sowie Ein- und Ausschlusskriterien helfen bei der Aussortierung der gefundenen Studien. Ebenso werden die Evaluationsinstrumente, welche für die kritische Würdigung der Studien genutzt wurden, aufgeführt. Am Schluss wird die Suchstrategie in einem Flow Chart dargestellt.

3.1 Methodische Vorgehensweise

In der Tabelle 1 sind die Keywords für den Suchverlauf abgebildet.

Tabelle 1

Kernelemente der Fragestellung

Kernelemente	Suchbegriffe deutsch	Suchbegriffe englisch
Population	Pflegefachperson/-en	Nurse, Nurses
Phänomen	Psychische Belastung, Mentale Gesundheit, Belastbarkeit, Achtsamkeit, Bewältigung,	Mental disorder, Mental health, resilience, mindfulness, coping
Setting	Stationäre Psychiatrie	Stationary Psychiatry
Intervention	Resilienz, Resilienz-strategien, Resilienz-förderung, Bewältigungs-strategien	Resilience, resilience Strategies, resilience training, coping

3.2 Literaturrecherche

Um die Fragestellung beantworten zu können, wurde von Juli 2021 bis Dezember 2021 in den Datenbanken CINHAL Complete, Pubmed, MEDLINE und Cochrane Library systematisch nach passenden Studien gesucht. Alle vier Datenbanken sind für die Studiensuche im Fachbereich Gesundheit geeignet. Um einen Überblick über die vorhandenen Studien zu erhalten und allenfalls passende Studien zu finden, wurden Google Scholar sowie die *Schneeballsuche* verwendet.

In den genannten Datenbanken wurde nach den oben erwähnten Medical Subject Headings (MeSH-Terms) gesucht. Für die Studienrecherche wurden die Bool'schen Operatoren «AND», «OR» und «NOT» verwendet.

Die Suche wurde durch die Limits, «Englisch», «Deutsch» und «nicht älter als 10 Jahre» eingegrenzt. Die sprachlichen Limits wurden aus verschiedenen Gründen gesetzt. Englisch und Deutsch sind die Sprachen, die die Autorinnen der vorliegenden Arbeit beherrschen. Mit dem Limit «Englisch» wollten wir einen Überblick über international abgestützte Daten erhalten und mehr Studien finden, da zu diesem Thema nur sehr wenige Studien in Deutsch existieren. Durch die Limitation «Deutsch» wurde versucht die Übertragbarkeit auf die Schweiz zu erhöhen. Das Jahreslimit wurde gesetzt, damit nur aktuelle Studien angezeigt werden.

3.3 Ein und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Studien wurden anhand der von den Autorinnen definierten Ein- und Ausschlusskriterien weiter sortiert. Die definierten Kriterien sind in der Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Population	Pflegefachpersonen HF/ FH, Fachperson Gesundheit, Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	Praktikanten und Praktikantinnen	Personen, welche lange in der Pflege arbeiten
Setting	Psychiatrie	Alters- & Pflegeheime, geriatrische Langzeit- institutionen, Spitex, Rehakliniken, Akut- spitäler, Kinderkliniken	Abgrenzung zu anderen Fachgebieten, um das Thema einzuschränken
Intervention	Selbstdurchführend, selbsterlernbar, kurze Schulung während Arbeits- zeit, einfache Anwend- barkeit, nicht abhängig von therapieleitenden Personen	Längere Kurse, schwer erlernbare Strategien, von Therapeuten oder Therapeutinnen abhängige Strategien	Es fehlt an Zeit in der Pflege, Erhöhung der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit
Geografie	Länder, welche ein ähnliches Gesundheits- system wie die Schweiz	Länder mit anderem Gesundheitssystem	Sollte auf die Schweiz übertragbar sein.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
haben (Industrialisierte Länder)	(Entwicklungsländer, Schwellenländer)	

Resilienzförderung in der Pflege ist bei Personen, welche lange in diesem Beruf arbeiten, besonders wichtig. Deshalb wurden Praktikanten und Praktikantinnen ausgeschlossen. Um die Fragestellung weiter einzugrenzen, wurde die Fragestellung auf das Fachgebiet Psychiatrie beschränkt. Dieses Gebiet wurde von den Autorinnen bewusst gewählt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wäre das Phänomen und die gewonnenen Resultate auch aus anderen Settings übertragbar. Wichtig ist es, dass die Pflegefachpersonen die Intervention zur Resilienzförderung selbst durchführen können. Aufgrund der angespannten Arbeitszeitsituation und der hohen Personalfuktuation sollte der Betrieb die notwendige Arbeitszeit zur Verfügung stellen, um die Strategien zur Resilienzerhöhung zu erlernen. Dies kann im Rahmen eines Gruppencoaching oder durch ein Selbststudium durchgeführt werden. Persönliche Therapiesitzungen für Pflegefachpersonen sind aufgrund von Zeitmangel und Kosten nicht realistisch. Schwer erlernbare Strategien sind für die Resilienzförderung nicht geeignet, da diese dann nicht richtig oder gar nicht durchgeführt werden können. Studien aus Entwicklungs- und Schwellenländern wurden ausgeschlossen, weil die resilienzfördernden Massnahmen auf das Gesundheitssystem der Schweiz übertragbar sein sollen und dies bei Studien aus Ländern mit einem komplett anderen Gesundheitssystem nicht möglich ist. Da während der Literaturrecherche immer klarer wurde, dass das gewählte Forschungsfeld im Setting Psychiatrie noch zu jung ist, wurden die Ein- und Ausschlusskriterien in Bezug auf das Setting und der Geografie ausgeweitet. Es wurden auch Studien von anderen Settings, wie zum Beispiel Kinderspital oder allgemeine medizinische und chirurgische Abteilungen in Spitälern miteinbezogen. Ebenfalls wurde bei der Geografie hauptsächlich darauf geachtet, dass ein hochstehendes Gesundheitssystem vorhanden ist, welches mit diesem der Schweiz vergleichbar ist. Dabei kam es nicht darauf an, in welchem Land die Studie durchgeführt wurde.

3.4 Evaluationsinstrumente

Alle Studien wurden anhand des «Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal» (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015), welches durch Marion Huber (2018) angepasst

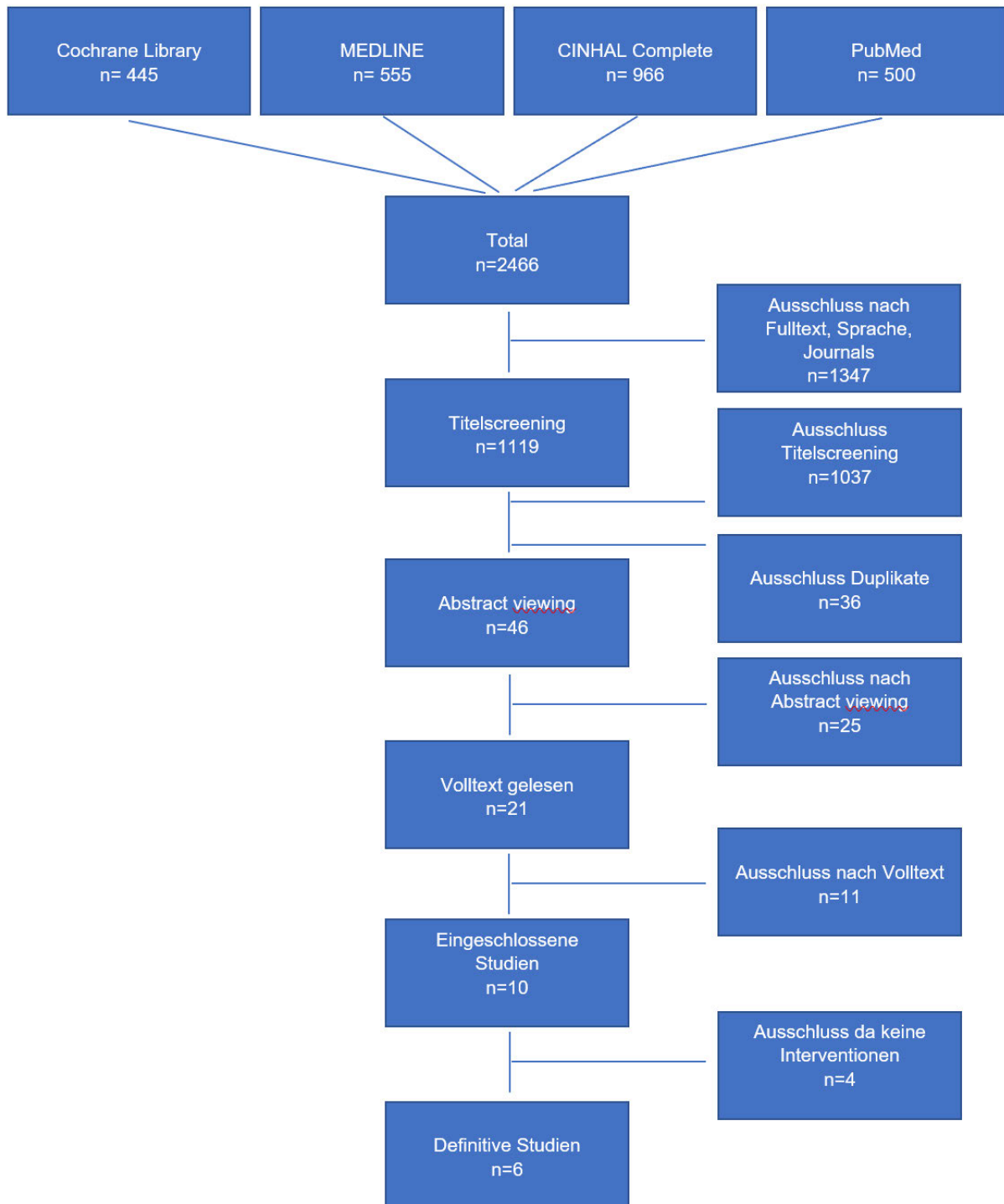
wurde, zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Evidenz der Studien wurde mittels der «6-S» Pyramide von DiCenso et al. (2009) eingeschätzt. Die verwendeten Studien entsprechen primär datenbasierten Studien, welche in einem Journal veröffentlicht wurden. Deshalb werden sie in der 6. Stufe der «6-S» Pyramide eingestuft. Die Güte der Studien wurde mittels der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeycik et al. (2008) beurteilt. Im Anhang sind die Zusammenfassungen der Studien nach AICA, die «6-S» Pyramide und die Gütekriterien ersichtlich.

Suchstrategie

Die Searchhistory wurde in einem Flowchart dargestellt. Dies ist in Abbildung 2 ersichtlich. Die ausführliche Searchhistory ist im Anhang ersichtlich.

Abbildung 2

Flowchart



4 Ergebnisse

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden sechs Studien gefunden, die den von den Autorinnen festgelegten Kriterien entsprechen. Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Studien kurz erläutert. Zur Übersicht wurden zwei Tabellen erstellt. In der Tabelle 1 werden die Population, Ziele, wichtigsten Ergebnisse sowie Setting und Studiendesign festgehalten. Die Interventionsarten, Themen der Interventionen, deren Anwendungsdauer und Hilfsmittel werden in der Tabelle 2 genauer erläutert. Die direkte Gegenüberstellung der verschiedenen Studien ermöglicht einen ersten Vergleich.

4.1 Studie 1

«Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses»

In der Studie von Yang et al., (2018) wurde die Wirkung einer achtsamkeitsbasierten Stressreduktionstherapie (MBSR) auf die psychische Gesundheit von Pflegefachpersonen in der Psychiatrie untersucht. Der Interventionszeitraum wurde in drei Phasen unterteilt. Phase 1 war die Bewertungsphase, in welcher der Zweck, die Bedeutung, der Inhalt und die Prinzipien der Studie den Pflegefachpersonen vorgestellt wurden. Unter der Anleitung des Forschers füllten die Pflegefachpersonen die Symptom - Checkliste 90 (SCL-90), die Selbsteinschätzungs-Depressionsskala (SDS), die Selbsteinschätzungs-Angstskala (SAS) und die Stressskala für Pflegefachpersonen aus. Hier ging es um eine Erfassung der Ausgangswerte. In der zweiten Phase ging es um die Durchführung bzw. um die Intervention. Die Pflegefachpersonen erhielten über acht Wochen jeweils am Donnerstag eine halbtägige Schulung. Die Befragten wählten die Schulung entsprechend ihrer eigenen Freizeit. Sie nahmen entweder an der Trainingsschulung teil oder übten zu Hause. Der spezifische Inhalt umfasste folgendes: die Entspannungsvorbereitung, die Achtsamkeitsatmung und die Achtsamkeitsmeditation. In der ersten Übung, der Entspannungsvorbereitung, wählten die Pflegefachpersonen eine bequeme Ruhestellung und wurden angeleitet, sich allmählich mit chinesischer Musik zu entspannen. Der Operator leitete die Pflegefachpersonen mündlich an, sich auf alle Teile des Körpers von den Füßen bis zum Kopf zu konzentrieren (sogenannter Bodyscan). Die zweite Übung war die Achtsamkeitsatmung. Mit geschlossenen

Augen konzentrierten sich die Teilnehmenden auf unangenehme Gefühle und sollten versuchen, diese mit einer vertieften Atmung wegzuatmen. In der dritten Übung, der Achtsamkeitsmeditation, erkannten die Pflegefachpersonen ihre Gedanken, Meinungen, Stimmungen, Impulse und Emotionen. Sie erlebten den Prozess ihrer Entstehung und ihres Verschwindens und überzeugten sich, diese Emotionen objektiv zu akzeptieren. Der Operator lehrte sie, in geeigneter Weise, rechtzeitig und angemessen zu reagieren, wenn negative Emotionen auftraten. Die dritte Phase des Kurses war die Abschlussphase. Nach dem Abschluss der Achtsamkeitstherapie (MBSR), wurden sie ermutigt, sich über ihre negativen oder positiven emotionalen Erfahrungen auszutauschen und in der Diskussion voneinander zu lernen. Zum Schluss füllten die Teilnehmenden die SCL-90, die SDS, die SAS und die Pflegestress-Skala erneut aus. Die Wirkungskontrolle wurde jeweils am Tag vor und nach der Intervention durchgeführt, insgesamt 16-mal. Die Antworten wurden mittels Fragebogen erhoben. Dabei wurde festgestellt, dass die Anwendung der MBSR einen signifikanten Unterschied ($P < 0.001$) auf der SCL-90 ergibt. Die SCL-90 misst subjektiv empfundene Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraums von sieben Wochen. Auch die Werte auf der SDS zeigen nach der Intervention einen signifikanten Unterschied. Ein weiterer signifikanter Unterschied von $P < 0.001$ nach der Intervention wurde bei den Ergebnissen der SAS festgestellt. Ebenfalls war der Wert der Pflegestress-Skala nach der Intervention signifikant besser ($P < 0.001$). Diese Ergebnisse zeigen, dass die MBSR Therapie förderlich für die psychische Gesundheit von Pflegefachpersonen in der Psychiatrie sein kann.

4.2 Studie 2

«Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resilience»

Franco & Christie (2021) untersuchten, ob sich die Resilienz, das Wohlbefinden und die berufliche Lebensqualität von Pflegefachpersonen in einem Kinderspital nach einem eintägigen Workshop von Self Compassion for Healthcare (SCHC) verbessert. Der SCHC enthält Schreibaktivitäten mit verschiedenen Aufgaben. Zwei Beispiele:

- Wie behandle ich einen Freund oder eine Freundin im Vergleich zu mir selbst?

- Schreiben einer mitfühlenden Notiz an sich selbst sowie die Reflexion über eigene Werte

Dazu wurden vom Moderator geleitete Übungen durchgeführt, wie z.B. unterstützende Gesten, Momente der Achtsamkeit oder Pausen des Selbstmitgefühls finden. Die Teilnehmerinnen hatten an jedem Tisch Zugang zu Malutensilien und kleinen Spielzeugen, die sie während des Kurses zur Ablenkung nutzen konnten, falls sie sich überfordert fühlten. Ausserdem wurde nach der Intervention eine Gruppenübung durchgeführt, um den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, das bisher Gelernte zu reflektieren und Schlüsselkonzepte miteinander zu diskutieren. Alle Anwesenden erhielten eine Broschüre mit Handouts, in denen die Konzepte und Praktiken aus jeder Übung beschrieben wurden. Sie füllten Fragebögen mit verschiedenen Skalen aus, wie die Skala des Selbstmitgefühls (SC), die kognitive und affektive Achtsamkeitsskala (CAMS) die Mitgefühlsskala (CFO), die berufliche Lebensqualitätsskala (ProQOL), die Depressions-, Angst- und Stressskala (DASS), die Resilienzaktivierungs- und die berufliche Engagementskala. Diese Erhebungen wurden vor dem Workshop (Baseline), zwei Wochen nach dem Workshop und dann nach weiteren drei Monaten erfasst. Verglichen wurden die Daten der Kontrollgruppe mit denen der Interventionsgruppe, welche am SCHC teilnahmen. Die Werte der Interventionsgruppe in Bezug auf Selbstmitgefühl, Achtsamkeit, Resilienz sowie Burnout Gefahr veränderten sich mit der Zeit signifikant positiv. In der Interventionsgruppe stiegen die Werte für das Selbstmitgefühl ($P < .001$), die Achtsamkeit ($P < .001$) und die Mitgefühlsszufriedenheit ($P < .05$) signifikant. Selbst drei Monate nach der Intervention war dieser Effekt in den Daten ersichtlich. Das Mitgefühl und die Resilienz zeigten in der Interventionsgruppe bei der dritten Datenerhebung (nach drei Monaten) eine signifikante Zunahme von $P < .001$ bzw. $P < .01$. Die Werte von Burnout ($P < .001$), Angst ($P < .01$) und Stress ($P < .01$) verringerten sich signifikant durch den Workshop und blieben auch drei Monate nach dem Workshop erhalten. Die Teilnehmerinnen des Kurses äusserten bei der letzten Befragung, dass sie im Durchschnitt vier der 14 erlernten Techniken immer noch anwenden und dass diese auch während der Covid-19 Pandemie sehr hilfreich waren.

4.3 Studie 3

«The Community Resiliency Model to promote nurse well-being»

Das Community Resiliency Model (CRM) wurde von Grabbe et al. (2019) durchgeführt. Das Ziel war es, zu erforschen wie sich ein 3-stündiger CRM-Workshop auf das Wohlbefinden, die Belastbarkeit, den sekundären traumatischen Stress, die Burnoutgefahr und körperlichen Symptome der Pflegefachpersonen auswirkt. Ebenfalls wurde ermittelt, was diese Merkmale bei den Pflegefachpersonen auslösen. In dieser Studie wurde Bezug auf das CRM genommen, welches von Elaine Miller-Karas während ihrer Arbeit in Katastrophengebieten entwickelt wurde. Dabei setzten sie Somatic-Experiencing-Techniken bei Überlebenden von Katastrophen ein. Dieses Modell und die dazugehörigen Techniken wurden nun bei Pflegefachpersonen, welche im Operationssaal, auf dem Notfall, in der Intensivstation, in ambulanten Kliniken oder auf normalen medizinischen und chirurgischen Abteilungen arbeiten, angewandt. Die Datenerhebung erfolgte zu vier Zeitpunkten: vor dem CRM-Workshop, eine Woche danach, drei Monate danach und ein Jahr nach dem Workshop. Erhoben wurden fünf verschiedene, validierte Skalen: den Well-being-index (WHO-5), die Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC), die Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) und die Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8).

Zu Beginn der Studie gaben viele Pflegefachpersonen (n= 196) psychische und körperliche Probleme an. 36% (n= 71) berichteten über ein schlechtes psychisches Wohlbefinden, 28% (n= 54) erfüllten die Kriterien für PTBS, 55% (n= 107) hatten niedrige Resilienzwerte, 47% (n= 90) berichteten über arbeitsbedingte Burnout-Symptome und 31% (n= 60) hatten körperliche Symptome. Nur 39% (n=77) der Pflegefachpersonen, welche sich angemeldet hatten, nahmen schlussendlich an einem Kurs teil. Der Anteil der Nichtteilnehmenden war somit sehr hoch. Interessant ist, dass ein hoher Anteil derjenigen Pflegefachpersonen, die hohe Risikowerte aufwiesen, nicht an den angebotenen Kursen teilnahmen. Sie wiesen in der Basiserhebung höhere Burnout-Werte (SD = 20.53) auf. Sie hatten auch höhere Werte bei den somatischen Symptomen im SSS-8 Test bei verschiedenen Schweregraden. Die Nichtteilnehmenden wiesen niedrigere Werte auf der Wohlbefinden-Skale auf. Es gab also bereits einen nicht signifikanten Unterschied zwischen den Basiswerten der Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden

Pflegefachpersonen.

Die Pflegefachpersonen der Interventionsgruppe zeigten erst in den Posttests (drei Monate nach der Intervention) eine signifikante Veränderung, verglichen mit der Kontrollgruppe. In den Punkten Wohlbefinden ($P = .006$) Resilienz ($P = .004$), sekundärer traumatischer Stress ($P = .009$) und somatische Symptome ($P = .004$) verbesserten sich die Werte signifikant. Bei der Kontrollgruppe lagen ebenfalls bessere Werte vor, jedoch keine signifikanten. 80% der Pflegefachpersonen der Interventionsgruppe zeigte nach einem Jahr ein signifikant verbessertes Wohlbefinden im Vergleich zum Ausgangswert. Darüber hinaus waren die Verbesserungen bei den somatischen Symptomen (SSS-8) in der CRM-Gruppe von der Ausgangssituation bis zum ersten Jahr signifikant ($p = .023$). 60 % der Pflegefachpersonen wiesen nach einem Jahr eine signifikante Verbesserung der somatischen Symptome gegenüber der Ausgangssituation auf. Die CRM-Teilnehmenden berichteten bei der Nachuntersuchung nach drei Monaten, dass sie in schwierigen klinischen Stresssituationen, wie z. B. bei Anfällen, Krisen und bei sterbenden Patienten und Patientinnen, die sensorischen Bewusstseinsfähigkeiten «Verfolgen», «Erdung» und «Ressourcierung» einsetzten und somit sich selbst stärken können.

4.4 Studie 4

«The THRIVE Program: Building Oncology Nurse Resilience Through Self-Care Strategies»

Das anspruchsvolle Arbeitsumfeld des onkologischen Krankenhauses Arthur G. James in den USA nutzte Blackburn et al. (2020) für seine Studie. Er testete ein evidenzbasiertes Programm für den Umgang mit Burnout und sekundären Traumata, aufbauend auf dem Resilienz Konzept. Im Arthur G. James Krankenhaus wird das Konzept der beziehungsorientierten Pflege (RBC) angewandt. Dieses trägt zu einem heilenden Umfeld in Organisationen des Gesundheitswesens bei. Die drei Schlüsselkomponenten von RBC sind die Beziehungen zu Patienten und Patientinnen und ihren Familienmitgliedern, Beziehungen zu Mitarbeitenden und die Beziehung zu sich selbst. RBC basiert auf einer realistischen Selbsteinschätzung, um in der Lage zu sein, wirksame Strategien für die Selbstfürsorge auszuwählen. Diese sollen möglichst konsequent angewendet werden. Um dies zu fördern, wurde das THRIVE-Programm entwickelt. Es besteht aus einer 8-stündigen Vorlesung zur

Vermittlung von Selbstfürsorgestrategien, gefolgt von einer Gruppenarbeit, die während sechs Wochen über eine Social-Media Plattform durchgeführt wird. Zum Schluss folgt eine zweistündige Abschlusssitzung. In der Vorlesung werden Themen wie Achtsamkeit, Kunst, Tagebuchführung, geführte Bilder und Akupressur thematisiert. Die Strategien enthalten nur minimale didaktische Inhalte und konzentrieren sich fast ausschliesslich auf aktive, erfahrungsorientierte Übungen und unterstützende Diskussionen. Es wurden zwei Datenerhebungen durchgeführt. Die durchschnittliche Bewertung vor und nach dem Programm zeigen für die Gesamtheit der Teilnehmenden einen Anstieg der Resilienzwerte um mehr als 10 Punkte (von 72 auf 85) und einen noch stärkeren Rückgang bei Burnout (von 41 auf 23) und der sekundären Trauma-Werte (von 32 auf 19). Die Burnout-Werte zeigten das grösste Ausmass an Veränderung zwischen Prätests (vor der Intervention) und Posttests (nach der Intervention). Die Resilienz wurde mit der Connor Davidson Risc Scale (CD-RISC) bewertet. In dieser Skala reichen die möglichen Punktzahlen von 0 bis 100, wobei eine höhere Punktzahl auf eine grössere Resilienz hinweist. Die CD-RISC-Werte stiegen in der Interventionsgruppe signifikant an ($p = 0,0268$). Burnout und sekundäres Trauma wurden mit der Compassion Fatigue Short Scale (CFSS) bewertet. In dieser Skala reichen die möglichen Punktzahlen von 0 bis 100, wobei eine höhere Punktzahl auf ein stärkeres Burnout und auf ein sekundäres Trauma hinweisen. Die Burnout Werte und das sekundäre Trauma verringerten sich signifikant ($p = 0,005$ für Burnout; $p = 0,004$ für sekundäres Trauma). Die erhöhten Resilienzwerte für die Teilnehmenden des THRIVE-Programms des ersten Jahres (alles Pflegefachpersonen), blieben über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erhalten.

4.5 Studie 5

«The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace»

Karpavičiūtė & Macijauskienė (2016) untersuchten mit ihrer Studie die Auswirkungen von künstlerischen Aktivitäten auf das Wohlbefinden der Pflegefachpersonen. Der Interventionsgruppe wurde einmal wöchentlich zu fünf verschiedenen Zeiten die Seidenmalerei angeboten. Die Teilnehmerinnen konnten den für sie günstigsten Tag und die passendste Uhrzeit für die Teilnahme wählen. Bei den Seidenmalerei-Aktivitäten handelte es sich nicht um Kunsttherapiesitzungen, sondern um Kunst-

aktivitäten («Kunst für die Gesundheit») ohne therapeutischen Ansatz. Die Pflegefachpersonen sollten Kunst erleben dürfen, sich mit der Seidenmalerei beschäftigen, Kreativität zum Ausdruck bringen, sich entspannen sowie Kontakte mit Mitarbeitenden knüpfen können. In jeder Gruppe leitete ein professioneller Künstler, der Mitglied des Forschungsteams war, die Seidenmalerei-Aktivitäten. Jede Pflegefachperson besuchte eine Seidenmalerei-Aktivität einmal pro Woche, über einen Zeitraum von 10 Wochen. Alle Aktivitäten waren kostenlos und dauerten jeweils zwei Stunden. Bei jeder Seidenmalerei-Aktivität erkundeten die Teilnehmerinnen eine andere Seidenmaltechnik und schufen verschiedene Kunstwerke. Die Seidenmalerei wurde für diese Studie ausgewählt, weil sie in Bezug auf die Techniken flexibel ist, die Teilnehmenden über keine besonderen Vorkenntnisse und Fähigkeiten in der Malerei verfügen müssen und die Ergebnisse schnell erzielt werden können. Die Interventionsgruppe (n= 56) und die Kontrollgruppe (n=59) wurden aus weiblichem Pflegefachpersonal von verschiedenen Abteilungen gebildet. Vor und nach dem Interventionszeitraum wurde in beiden Gruppen eine Befragung mittels folgenden Fragebogens durchgeführt.

- Short Form Health Survey Questionnaire 36 (SF- 36)
- Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20)
- Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)
- Reeder Stress Scale (Stress-Skala)

Zudem bewerteten die Probanden die Subskalen Short Form Health Survey Questionnaire 36 (SF-36) Vitalität/Energie ($p = 0,01$) und Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) Allgemeine Müdigkeit ($p = 0,03$). Die Teilnehmenden wiesen nach den Kunstaktivitäten signifikant bessere Werte aus als vor den Aktivitäten. Ausserdem war das Ergebnis der SF-36-Subskala Soziales Funktionieren in der Interventionsgruppe nach den Kunstaktivitäten *gut*, während das Ergebnis vor den Kunstaktivitäten *mässig* war.

Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe gaben an, eine Verringerung des arbeitsbedingten Stresses (77 %, n = 43), eine Verbesserung der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens (68 %, n = 38) zu verspüren, ebenso wie auch eine Verbesserung der Stimmung/des Glücksgefühls (75 %, n = 42), eine Verringerung der arbeitsbedingten (körperlichen und geistigen) Ermüdung (61 %, n = 34) war vorhanden. Die Steigerung der Arbeitsproduktivität (50 %, n = 28)

und eine Stärkung der Gemeinschaft (61 %, n = 34). 61 % der Interventionsgruppe (n = 34) wurde angegeben. Sie äusserten häufiger als früher, an verschiedenen Kunstveranstaltungen teilnehmen zu wollen. Die Bandbreite der positiven Emotionen, die die Pflegefachpersonen in der Interventionsgruppe erlebte, wurde als inspirierend, erfreulich, aufregend und gemeinschaftsbildend beschrieben. Sie gaben an, dass sie sich während ihres Engagements in der Kunstaktivität glücklich und entspannt fühlten.

4.6 Studie 6

«Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses»

In der Studie von Mealer et al. (2014) wurde untersucht, ob ein multimodales Resilienztrainingsprogramm für Intensivpflegefachpersonen durchführbar und akzeptabel ist. Dazu wurde für die Interventionsgruppe ein zweitägiger Bildungsworkshop zusammengestellt. Dieser Workshop beinhaltete eine schriftliche Expositionstherapie, MBSR-Übungen, Bewegung und ereignisgesteuerte Beratungssitzungen. Bei der schriftlichen Expositionstherapie wurden die Teilnehmenden dazu aufgefordert, einmal wöchentlich für 30 Minuten einen Text zu einem vorgegebenen Thema zu schreiben und diesen ihrem Experten zu mailen. Diese Übung sollten sie während des ganzen Interventionszeitraumes von 12 Wochen durchführen. Im 2-tägigen Workshop wurde den Teilnehmenden verschiedene Techniken zur Stressreduzierung, welche auf Achtsamkeit beruhen, vorgestellt. Diese sollten sie 3-mal pro Woche während 15 Minuten anwenden. Um genügend Bewegung zu haben, wurden den Teilnehmenden ein 3-monatiges Fitnessabonnement zur Verfügung gestellt. Mindestens 3-mal pro Woche sollten sie für 30 – 45 Minuten ein aerobes Training durchführen. Alle Teilnehmenden wurden gebeten, an einer ereignisgesteuerten, kognitiven Verhaltenstherapie mit einem erfahrenen, klinischen Sozialarbeiter, der in traumatischem Stress und der Arbeit mit einer Vielzahl von Fachkräften ausgebildet war, teilzunehmen. Ereignisse, welche eine solche Sitzung notwendig machten, waren der Tod eines Patienten oder einer Patientin, die Pflege von schwerkranken Menschen, auch mit traumatischen Verletzungen oder die Durchführung von kardiopulmonaler Wiederbelebung. Jede Therapiesitzung dauerte etwa 30 bis 60 Minuten und nutzte einen kognitiven, verhaltenstherapeutischen Ansatz, um negative Gedanken zu bekämpfen und die

Resilienz durch kognitive Flexibilität und Umstrukturierung zu fördern. Die Auswertung der Fragebogen vor der Studie zeigten, dass 100% der Pflegefachpersonen auf der Intensivstation (n = 27) Angstsymptome und 77 % (n= 21) Symptome einer Depression aufweisen. Dies sind akzeptierte und validierte Erfahrungswerte, die in der medizinischen Fachliteratur häufig verwendet werden. 81% (n = 22) der Pflegefachpersonen gaben emotionale Erschöpfung an und 77% zeigten eine Abnahme der persönlichen Leistung. Der mittlere CD-RISC-Resilienzwert lag bei 73 Punkten, bei einer Spanne von 67-77. 44% (n = 12) der IPS-Pflegefachpersonen erfüllt die diagnostischen Kriterien für posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Der Grad der Zufriedenheit mit jeder Komponente der Intervention war hoch, wie die Durchschnittswerte bei der Messung der Kundenzufriedenheit ergaben. Vier Hauptthemen wurden in den schriftlichen Expositionssitzungen bearbeitet:

- patientenzentrierte Themen (*Tod und Sterben, Gerechtigkeit, Interaktionen mit Patienten und Patientinnen und Familien*)
- kognitive Verarbeitung (*Grübeln, Schuldgefühle und Bedauern*)
- Arbeitsstruktur (*Unterbesezung, kumulativer Stress*)
- Beziehungen am Arbeitsplatz (*Konflikte mit Gleichaltrigen, persönliche und berufliche Grenzen*)

Eine Analyse der Prä- und Posttest-Messung wurde durchgeführt, nachdem der 12-wöchige Interventionszeitraum abgeschlossen war. Die Pflegefachpersonen der Interventionsgruppe wiesen im Vergleich zu den Personen der Kontrollgruppe einen signifikanten Rückgang der Depressionssymptome ($P = .03$) auf.

4.7 Übersicht Ergebnisse der Studien

Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht und kurze Zusammenfassung zu den wichtigsten Daten der gefundenen Studien.

Tabelle 3

Übersicht Ergebnisse der Studien

Autoren, Jahr, Land	Name	Setting	Studiendesign und Methode	Ziel	Population	Ergebnisse
1 Yang et al. 2018 China	Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses	Psychiatrie	- Pilotstudie zu MBSR bei Psychiatriepflegefachpersonen Quantitativer Ansatz mit qualitativen Anteilen (einer Diskussion und Befragung der Interventionsgruppe am Ende der Interventionsphase)	Wirkung einer achtsamkeitsbasierten Stressreduktionstherapie auf den Arbeits-stress & die psychische Gesundheit von psychiatrischen Pflegefachpersonen	N = 100 Psychiatriepflegefachpersonal Männer n = 32 Frauen n = 68 Dropouts = 5	- Signifikant niedrigerer Wert bei der SCL 90 Skala (bei der Interventionsgruppe) - Signifikant niedriger SDS Wert sowie auch SAS Skalenwert nach der Intervention (bei der Interventionsgruppe) - Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auf der Pflegestressskala - MBSR Therapie hat einen positiven Einfluss auf die Werte der SCL-90, SDS und SAS Skala
2 Franco und Christie 2021 USA	Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric	Kinderspital	- quasi-experimentelles Design - lineare Regressionsanalyse mit gemischten Modellen	Verbesserung des Wohlbefindens und der beruflichen Lebensqualität von Pflegefachpersonen im Kinderspital nach der	n = 53 weibliche Pflegefachpersonen Dropouts = 5	- Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten eine signifikante Zunahme von Selbstmitgefühl, Achtsamkeit, Mitgefühl für andere, Resilienz und

Autoren, Jahr, Land	Name	Setting	Studiendesign und Methode	Ziel	Population	Ergebnisse
	Nurses' Resilience		- Quantitativer Ansatz mit einem qualitativen Teil (Gespräch in der Gruppe am Schluss)	Teilnahme an einem eintägigen Workshop des SCHC Programm (von Resilienz)		Mitgefühlzufriedenheit sowie eine signifikante Abnahme von Burnout, Angst und Stress im Vergleich zur Nicht-Interventionsgruppe
3 Grabbe et al. 2019 USA	The Community Resiliency Model to promote nurse well-being	Spital Allgemein diverse Abteilungen: - OP - Notfall - IPS - Ambulante Kliniken - Medizinische & chirurgische Abteilungen	- RCT - Quantitative Messwerte	Welche Merkmale haben Wohlbefinden, Resilienz, sekundärer traumatischer Stress, Burnout und körperliche Symptome in einer Gruppe von Pflegefachpersonen haben. Und wie sich die 3h CRM-Klasse im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe auswirkt	n = 196 Pflegefachpersonen	- In der CRM-Gruppe zeigten sich mässige bis grosse Effekte bei der Verbesserung des Wohlbefindens, der Belastbarkeit, des sekundären traumatischen Stresses und der körperlichen Symptome
4 Blackburn et al. 2019 USA	The THRIVE© Program: Building Oncology Nurse Resilience Through Self-Care Strategies	Onkologisches Spital	- Interventionsstudie (nur Längsschnittstudie) - Quantitative Studie mit qualitativen Anteilen	Evidenzbasiertes Programm für den Umgang mit Burnout und sekundären Traumata, das auf dem Konzept der Resilienz aufbaut	n = 164 Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitende, Praktikant/-in, Pfarrer, Physiotherapeut/-in, Krankenpflegeassistent/-in, Administrative Assistent/-in	- Nach dem Programm stiegen die Resilienzwerte bei allen Berufsgruppen um mehr als 10 Punkte und es gab einen noch stärkeren Rückgang bei den Burnout- und sekundären Traumatawerten

Autoren, Jahr, Land	Name	Setting	Studiendesign und Methode	Ziel	Population	Ergebnisse
5 Karpavičiūtė und Macijauskienė 2014 Litauen	The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace	Pflegefachpersonen aus verschiedenen Abteilungen (hauptsächlich Chirurgie)	- Deskriptive Studie - Quantitative Studie	Untersuchung der Auswirkungen künstlerischer Aktivitäten auf das Wohlbefinden der Pflegefachpersonen	n = 115 weibliche Pflegefachpersonen Interventionsgruppe n = 56 Kontrollgruppe n = 59 Dropouts = 4	- In der Interventionsgruppe zeigte sich die Tendenz, dass sich die Teilnahme an künstlerischen Aktivitäten positiv auf die allgemeine Gesundheit und das psychische Wohlbefinden auswirkte, Stress und Müdigkeit verringerte, die Kreativität weckte und das Gemeinschaftsgefühl bei der Arbeit stärkte - In der Kontrollgruppe wurden keine Verbesserungen festgestellt
6 Mealer et al. 2014 USA	Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses	Pflegefachpersonen, welche auf der Intensivstation arbeiten	- RCT - Quantitative Studie mit teilweise qualitativer Vorgehensweise	Überprüfung der Durchführbarkeit eines multimodalen Resilienz-Trainingsprogramm für Intensivpflegefachpersonen	n = 27 Intensivpflegefachpersonen Männer n = 5 Frauen n = 24 Dropouts = 2	- Dieses multimodale Resilienz-Trainingsprogramm war für die Pflegefachpersonen der Intensivstation durchführbar und akzeptabel - Es war ein signifikanter Rückgang der Depressionssymptome in der Interventionsgruppe feststellbar

Legende: IPS: Intensivpflegestation; OP: Operationssaal; CRM: Community Resiliency Model; RCT: Randomisierte kontrollierte Studie; SCHC: Self Compassion for Healthcare Communities (Selbstfürsorge im Gesundheitswesen); SCL-90: Symptom Checkliste 90; SDS: Selbsteinschätzungs- Depressionsskala; SAS: Selbsteinschätzungs- Angstskala; MBSR: Mindfulness based stress reduction (Achtsamkeitstherapie); PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung

5 Übersicht Interventionen der Studien

Die Tabelle 4 bietet eine Übersicht über die Interventionen, die in den jeweiligen Studien durchgeführt wurden.

Tabelle 4

Übersicht Interventionen der Studien

Autoren Jahr	Interventionsart	Themen/ Ziele	Länge / Häufigkeit der Intervention	Hilfsmittel / Leitende Person
Yang et al. (2018)	Workshop	<ul style="list-style-type: none"> - Achtsamkeitsbasierte Stressreduktionstherapie (MBSR). Trainingsschulung - Entspannung mit traditioneller Musik - Achtsamkeitsatmung - Achtsamkeitsmeditation - Gruppendiskussion nach Abschluss der 8 Wochen 	1x pro Woche (Do) Für 8 Wochen	Psychologische Berater, Professor für Psychologie
	Eigenes Üben	<ul style="list-style-type: none"> - Achtsamkeitsbasierte Stressreduktionstherapie (MBSR). Für sich selbst zu Hause 	Alternativ zur Trainingsschulung auch zu Hause durchführbar	Anleitung für die Übung
	Kontrollgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologische Routineunterstützung & Aktivitäten 		
Franco und Christie (2021)	Workshop	<ul style="list-style-type: none"> - Schreibaktivitäten (Reflexion über Werte, mitfühlende Notiz an sich selbst) - Geführte Übungen (Achtsamkeit, Selbstmitgefühl) - Gespräch über das Gelernte 	1 Tag (6h)	Moderator, Malutensilien, kleine Spielzeuge, Broschüren

Autoren Jahr	Interventionsart	Themen/ Ziele	Länge / Häufigkeit der Intervention	Hilfsmittel / Leitende Person
Grabbe et al. (2019)	Workshop	<ul style="list-style-type: none"> - CRM Klasse (Community Resiliency Model) - Psychoedukation - Sensibilisierung - CRM - Fähigkeiten (Tracking, Resourcing, Grounding, Gesturing, Shift and Stay, Help Now) - aktives Engagement - Diskussionen - Demonstrationen und Mitmachelement 	3h	CRM - APP «ichill», Moderatoren (Grabbe und Baird)
	Kontrollgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Ernährungsberatung / Schulung - aktives Engagement - Diskussionen - Demonstrationen und Mitmachelement 	3h	App «Mein Teller», Moderatoren
Blackburn et al. (2019)	Workshop	<ul style="list-style-type: none"> - Vortrag zur Vermittlung von Selbstpflegestrategien <ul style="list-style-type: none"> - Zwerchfellatmung - Musik zur Selbstfürsorge - Achtsamkeit - Schlaf - Stuhl - Yoga - Aromatherapie - Karriere – Zeitleiste / Perspektive - Kunst zur Selbstfürsorge - Geführte Bildersprache - Akupressur und Selbstmassage 	8h	Moderator
		<ul style="list-style-type: none"> - Nachbereitungssitzung (Wiederholung der erlernten Techniken) 	2h	
	Eigenes Üben	<ul style="list-style-type: none"> - Privates Gruppenstudium auf Social Media (Übungen) 	3 Übungen pro Woche (ca. 10 Min. pro Übung) 6 Wochen lang	Social Media, Moderator

Autoren Jahr	Interventionsart	Themen/ Ziele	Länge / Häufigkeit der Intervention	Hilfsmittel / Leitende Person
Karpavičiūtė und Macijauskienė (2014)	Workshop	- Kunstaktivität (Seidenmalerei)	1x pro Woche (2h) während 10 Wochen	Moderator, Material für Seidenmalerei
	Kontrollgruppe	- Keine Intervention		
Mealer et al. (2014)	Workshop	- Bildungsworkshop - Resilienztraining - Arten von psychischen Belastungen - Achtsamkeitsübungen - Expressives Schreiben	2 Tage 2h 4h	Moderatoren, Schreibmaterial Experten für expressives Schreiben Psychologe
	Eigenes Üben	- Achtsamkeitsübungen (Meditation, Body Scan) - Schriftliche Expositionstherapie (schwierige Situationen bei der Arbeit) - Fitness	3x pro Woche 15 Min. während 12 Wochen 12x 30 Min. Schreiben während 12 Wochen 3x pro Woche 30 – 45 Min. aerobes Training während 12 Wochen	CD mit Anleitung zu den Übungen, Berater, Fitnesscenter Abonnement
	Kontrollgruppe	- Keine Intervention		

Legende: h: Stunden; Min.: Minuten, x: Anzahl Wiederholungen; MBSR: mindfulness-based stress reduction; CRM: Community Resiliency Model

6 Diskussion

In diesem Kapitel werden die beschriebenen Studien einer kritischen Würdigung unterzogen und die untersuchten Interventionen in Bezug auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche analysiert. Anschliessend wird die Situation der Psychiatrie und dessen Unterschiede zu anderen Spitalsettings erläutert. Im Praxis-Transfer werden die Ergebnisse ins Konzept der Salutogenese sowie des Resilienzmodells implementiert. Darauf basierend wird eine Empfehlung für das Pflegefachpersonal und die Arbeitgebenden entwickelt sowie die Fragestellung beantwortet.

6.1 Kritische Würdigung

Die ausgewählten Studien wurden zwischen 2014 und 2021 in den USA, China und Litauen durchgeführt. Da sie nicht älter als acht Jahre alt sind, ist die Aktualität bei allen Studien gegeben. Bei einer Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz muss bedacht werden, dass die Studien in Ländern mit einem teilweise komplett anderen Gesundheitssystem durchgeführt wurden. Ebenfalls muss bei der Übertragbarkeit in das psychiatrische Setting beachtet werden, dass die Mehrheit der gefundenen Studien in anderen Settings stattfanden (Kinderspital, (Franco & Christie, 2021), onkologisches Spital (Blackburn et al., 2020), allgemeine Spitäler mit verschiedenen Abteilungen (Grabbe et al., 2019), (Karpavičiūtė & Macijauskienė, 2016) und der Intensivstation (IPS) (Mealer et al., 2014)). Einzig die Studie von Yang et al. (2018) wurde im psychiatrischen Kontext durchgeführt. Bei allen sechs Studien ist das Forschungsziel klar definiert. Die Untersuchungen unterscheiden sich alle stark. Yang et al. (2018) untersuchten in einer Pilotstudie die Wirkung einer achtsamkeitsbasierten Stressreduktionstherapie auf den Arbeitsstress und die psychische Gesundheit in der Pflege. Franco und Christie (2021) testeten die Verbesserung der Lebensqualität nach einem eintägigen Self Compassion for Healthcare Communities (SCHC) Programm. Die Merkmale von Resilienz, sekundärem Stress, Burnout und körperlichen Symptome in einer Gruppe von Pflegefachpersonen wurden von Grabbe et al. (2019) untersucht. Er befasste sich ebenfalls mit den Auswirkungen eines 3-stündigen Community Resiliency Model (CRM) Trainings zu diesen drei Aspekten. Blackburn et al. (2020) verfolgten das Ziel, ein evidenzbasiertes Programm für den Umgang mit Burnout und sekundären

Traumata auf dem Resilienzkonzept aufzubauen und dieses zu testen. Die Auswirkungen von künstlerischen Aktivitäten auf das Wohlbefinden wurde von Karpavičiūtė und Macijauskienė (2016) untersucht. Mealer et al. (2014) untersuchten, ob ein multimodales Resilienztraining für Intensivpflegefachpersonen durchführbar und akzeptabel ist. Bei der Studie von Blackburn et al. (2020) wurde der Rekrutierungsprozess nicht vollständig beschrieben, was die Objektivität der Studie einschränkt. Die Stichprobengrößen zwischen 27 und 196 Pflegenden sind in Bezug zur Population klein, weshalb die Stichprobe bei keiner Studie repräsentativ ist. Alle Studien weisen Verzerrungen auf, da sich die Teilnehmenden freiwillig melden konnten und daher eine grössere Bereitschaft für die Durchführung und das Ansprechen auf die Interventionen bestand. Bei der Studie von Franco und Christie (2021) konnten die Teilnehmenden auswählen, ob sie in die Interventions- oder Kontrollgruppe eingeteilt werden wollten. Alle verwendeten Messinstrumente wurden von den Forschenden als reliabel und valide bewertet. Die Verallgemeinerung der Studie von Karpavičiūtė und Macijauskienė (2016) ist eingeschränkt, da sie nur weibliche Pflegefachpersonen in die Studie inkludierten. Mealer et al. (2014), Yang et al. (2018), Franco und Christie (2021), Blackburn et al. (2020) verwendeten ein quantitatives Studiendesign, integrierten jedoch auch qualitative Anteile, was eine umfassendere Darstellung des Forschungsgegenstandes ermöglichte. Bei der Studie von Grabbe et al. (2019) ist die Darstellung eingeschränkt, da ein randomisiertes, kontrolliertes Studiendesign gewählt wurde, mit quantitativen Ansätzen. Die Studie von Blackburn et al. (2020) weist in der Datenanalyse Lücken bezüglich der Dokumentation auf. Auch wurden in der Studie keine Angaben zum Studiendesign gemacht. Dies schränkt deren Objektivität ein. Die Studie von Mealer et al. (2014) und die Studie von Yang et al. (2018) sind Pilotstudien.

Qualität der Studien

Die Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Qualitäten der Studien.

Tabelle 5

Qualitäten der Studien

Autoren, Jahr, Land	Setting, Population	Design und Methode	Stärken	Schwächen	Limitationen der Studien	Evidenz-level
Yang et al. (2018) China	Psychiatrie n = 100	- Pilotstudie - Quantitativer Ansatz mit qualitativen Anteilen (Mixed Methods)	- Messinstrumente sind reliabel und valide - Quantitativ und qualitative Anteile - Ausschliesslich Fachgebiet Psychiatrie	- Pilotstudie - Verzerrungen möglich	- Stichprobenziehung - Nur Fachgebiet Psychiatrie miteinbezogen	6
Franco und Christie (2021) USA	Kinderspital n = 53	- quasi-experimentelles Design - lineare Regressionsanalyse mit gemischten Modellen - Quantitatives Design, qualitativer Abschluss	- Messinstrumente sind reliabel und valide - Quantitativ und qualitative Anteile - Kurze Intervention (1 Tag) - Ausreisser Analyse wurde durchgeführt	- Quasi- experimentelles Design - Verzerrungen möglich	- Wahl, ob Interventions- oder Kontrollgruppe war den TN überlassen - Kleine Stichprobe - Nur TN aus pädiatrischem Spital - Nur weibliche TN	6
Grabbe et al. (2019) USA	Allgemein Spital - OP - Notfall - IPS - Ambulante Kliniken	- RCT - Quantitative Messwerte	- Messinstrumente sind reliabel und valide - Genaue Datenanalyse - Kurze Intervention (3h) - Posttests bis 1 Jahr danach	- Verzerrungen möglich - Nur quantitative Messwerte	- Kleine Stichprobe - Fehlen von einzelnen Posttestdaten	6

Autoren, Jahr, Land	Setting, Population	Design und Methode	Stärken	Schwächen	Limitationen der Studien	Evidenz-level
	- Med. & chirurg. Abteilungen n = 196					
Blackburn et al. (2019) USA	Onkologisches Spital n = 164	- Interventionsstudie (nur Längsschnittstudie) - Quantitative Studie mit qualitativen Anteilen	- Messinstrumente sind reliabel und valide - Quantitative und qualitative Anteile - 160 Teilnehmende - Bereits mehrmals durchgeführt	- Studiendesign einseitig gewählt, kein Querschnitt zum Vergleich - Weist Lücken bei der Datenanalyse auf - Vollständigkeit der Datenerhebung wurde nicht erwähnt - Verzerrungen möglich	- Zeitlich aufwändige Intervention - Berufsgruppen sind ungleich verteilt - Stichprobe aus einer gesamten Institution, Verallgemeinerbarkeit fraglich - Teilnehmende konnten sich selbst anmelden (Verzerrungen möglich)	6
Karpavičiūtė und Macijauskienė (2014) Litauen	Allgemein Spital Versch. Abt., Mehrzahl Chirurgie n = 115	- Deskriptive Studie - Quantitative Studie	- Messinstrumente wurden validiert. - Klare Definition der Stichproben - Klare Ergebnisse	- Zeitaufwändige Intervention - Keine Begründung weshalb diese Messinstrumente ausgewählt wurden - Verzerrungen möglich	- Kleine Stichprobengrösse - Nur weibliche Teilnehmerinnen - Kurzer Zeitrahmen der Durchführung	6
Mealer et al. (2014) USA	IPS Pflegende n = 27	- RCT - Quantitative Studie mit teilweise qualitativer Vorgehensweise	- Qualitativ und quantitativ - Klare Ergebnisse - Messinstrumente sind reliabel und valide	- Pilotstudie - Wenig signifikante Resultate - Verzerrungen sind vorhanden	- Geringe Stichprobengrösse - Nur geringe Signifikanz - Intervention ist sehr zeitaufwändig	6

Autoren, Jahr, Land	Setting, Population	Design und Methode	Stärken	Schwächen	Limitationen der Studien	Evidenz-level
					<ul style="list-style-type: none"> - Keine Daten nach Abschluss der 12 Wochen gesammelt - Nicht erfragt, ob nach der Intervention weniger Pflegende ihre Arbeit auf der IPS kündigen möchten - Nicht erforscht, ob das Training eine Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit hat 	

Legende: DiCenso et al. (2009); RCT: Randomisierte kontrollierte Studie; IPS: Intensivpflegestation; CRM: Community-Resiliency Model; SCHC: Self Compassion for Healthcare Communities; med.: medizinisch; chirurg.: chirurgisch; TN: Teilnehmende; h: Stunden; versch: verschiedene; Abt: Abteilungen;

6.2 Diskussion der Interventionen

Im Folgenden werden verschiedene Interventionen, die in den Studien verwendet wurden, dargestellt und miteinander verglichen. Um den Vergleich zu erleichtern werden alle Interventionen kurz beschrieben, auch solche, die nur in einer Studie durchgeführt wurden. Der Fokus wurde jedoch auf diejenigen drei Interventionen gelegt, die in mehreren Studien untersucht wurden (achtsamkeitsbasierte Stressreduktionstherapie bzw. Achtsamkeitstraining, expressives Schreiben und Gruppendiskussionen). Die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten der Interventionen und ihre jeweilige Effektivität sind in der Gegenüberstellung gut ersichtlich. Im letzten Abschnitt wird erläutert und diskutiert, wie die Interventionen der Studien aus deren Settings in das psychiatrische Arbeitsgebiet übertragen werden kann.

Achtsamkeitsbasierte Stressreduktionstherapie (MBSR)

Vier der eingeschlossenen Studien (Blackburn et al., 2020; Franco & Christie, 2021; Mealer et al., 2014; Yang et al., 2018) nutzten den Ansatz der achtsamkeitsbasierten Stressreduktionstherapie (MBSR). Die achtsamkeitsbasierten Aspekte und Therapien unterschieden sich jedoch in der Dauer und Intensität voneinander. Bei Yang et al. (2018) wurde während acht Wochen einmal wöchentlich eine Achtsamkeitsmeditation (mit Entspannung und Achtsamkeitsatmung) durchgeführt. Diese Intervention führte zu einem signifikanten Unterschied ($P < 0.001$) bei der Symptomcheckliste 90 (SCL-90). Die gesamte Intervention von Yang et al. (2018) basierte auf einem Achtsamkeitstraining. Um an den wöchentlichen Übungen teilzunehmen, mussten die Pflegefachpersonen jeweils für dieses Zeitfenster freigestellt werden.

Der zweistündige Achtsamkeitsworkshop von Mealer et al. (2014) wurde mit einem Auftrag zum selbständigen Üben (3-mal wöchentlich für je 15 Minuten) ergänzt. Das selbständige Üben bietet den Vorteil, dass dies jede Pflegefachperson individuell auf den eigenen Arbeitsplan abstimmen kann. Ebenfalls überzeugt die Dauer der Übung (15 Minuten). Diese kurze Dauer erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Übung durchgeführt wird. Nach der Intervention registrierte man einen verbesserten Resilienzwert von $P = .05$ zwischen den Prä- und Posttests. Franco und Christie (2021) nutzten während ihrem eintägigen Workshop immer wieder Übungen der Achtsamkeit, die durch ausgebildete MBSR Trainer moderiert wurden. Diese kurzen

Übungen der Achtsamkeit reichten bereits aus, um einen signifikanten Unterschied ($P < .001$) der Werte vor und nach der Intervention zu erhalten. Selbst drei Monate nach dem Workshop war der Wert stabil geblieben. Da Franco und Christie (2021) in ihrem Workshop nicht ausschliesslich ein Achtsamkeitstraining durchführten, sondern dies in den Alltag integrierten, ist es interessant, zu sehen, dass die signifikanten Unterschiede auch nach dem Workshop gemessen werden konnten. Der Effekt kann jedoch nicht eindeutig dem Achtsamkeitstraining zugeordnet werden, weil es sich hier um gemischte Interventionen handelte.

Blackburn et al. (2020) wendeten achtsames Essen an. Dabei mussten die Teilnehmenden mit allen fünf Sinnen essen. Die Übung veranschaulicht die achtsame Wahrnehmung einer alltäglichen Tätigkeit. Sie kann die Wertschätzung der Teilnehmenden für alltägliche Aktivitäten erhöhen, aber auch Verhaltensmuster verändern und führt zu einem grösseren Bewusstsein die eigene Umgebung wahrnehmen zu können. Die durchschnittliche Bewertung vor und nach dem Programm zeigte einen Anstieg der Resilienzwerte um mehr als 10 Punkte (von 72 auf 85). Diese Übung ist sehr einfach, schnell durchführbar und erfolgreich. Zu beachten ist jedoch, dass Blackburn et al. (2020) nicht nur das achtsame Essen durchführten, sondern, dass es Teil des 8-stündigen Vortrages zur Selbstpflege war. Die Übung selbst ist nicht zeitaufwändig, in diesen Vortrag eingebettet, braucht es jedoch einen ganzen Tag, wie die Intervention von Franco und Christie (2021). Im Gegensatz zur Studie von Yang et al. (2018), in der die Teilnehmenden regelmässige, geführte Übungssequenzen absolvierten, sind in der Studie von Mealer et al. (2014) die Teilnehmenden selbst für das Durchführen der Übungen verantwortlich.

Expressives Schreiben

In der Studie von Mealer et al. (2014) wurden die Teilnehmenden dazu angeleitet und aufgefordert «expressives Schreiben» auszuüben. Durch das wöchentliche 30-minütige Schreiben von Texten zu vorgegebenen Themen wie Herausforderungen bei der Arbeit, das Gefühl der Unfähigkeit, der Umgang mit Konflikten oder auch anderen sensiblen Themen, beschäftigten sich die Teilnehmenden mit ihren Gefühlen. Die verfassten Texte wurden an Schreibexperten und Expertinnen weitergeleitet, welche den Schreibenden eine Rückmeldung zukommen liessen, die ihre Resilienz fördern sollte. Die Teilnehmenden bewerteten das expressive Schreiben als positiv und die meisten würden dieses Training weiterempfehlen. Auch

waren sie zufrieden mit den Rückmeldungen der Schreibexperten. Die Auswertung der Likert Skala zeigte, dass ein expressiver Schreibauftrag im Durchschnitt ein «gut» erzielt. Das Schreiben über traumatische oder belastende Erlebnisse verbesserte die körperliche und geistige Gesundheit und reduzierte die Symptome von PTBS. Der Nachteil dieser Intervention besteht darin, dass sie zeitaufwändig ist. Interessant wäre es, zu prüfen, inwiefern kürzere Schreibsequenzen hilfreich sind. Das Schreiben einer mitfühlenden Notiz an sich selbst wurde in der Studie von Franco und Christie (2021) angewandt. Durch dieses Training veränderte sich das Selbstmitgefühl signifikant (Unterschied von $P < .001$ zwischen Prä- und Posttest). Selbst drei Monate nach dem Workshop war dieser Effekt feststellbar (signifikante Steigerung des Mitgefühls von $P < .01$). Diese Intervention war weniger zeitintensiv und war Bestandteil des 1-tägigen Workshops. Ein solcher kurzer Workshop ist für Pflegefachpersonen wesentlich einfacher durchzuführen, als die regelmässigen Schreibaktivitäten, die in der Studie von Mealer et al. (2014) untersucht wurden. Dies aufgrund der Zeit, welche dafür aufgewendet werden muss.

Gruppendiskussionen

Um von den Erfahrungen der Anderen zu lernen, führten Yang et al. (2018) am Ende der Intervention eine Gruppendiskussion durch. Die Teilnehmenden gaben ihre positiven und negativen emotionalen Erfahrungen weiter und verstärkten damit den Lerneffekt. Aktives Engagement und Diskussionen waren auch bei der Intervention von Grabbe et al. (2019) vorhanden. Die Teilnehmenden gaben an, nach den Diskussionen einen positiven Effekt auf ihr Wohlbefinden zu verspüren. Auch bei Franco und Christie (2021) wurden Gespräche über das Erlernte geführt, um diese nochmals zu vertiefen und sich auszutauschen.

In allen drei genannten Studien, bei denen eine Diskussion durchgeführt wurde, wurde nicht erfasst, welchen Einfluss die Diskussion selbst auf die Resilienz hatte. Es wird jedoch in allen Studien berichtet, dass es den Pflegefachpersonen half, ihre Erfahrungen auszutauschen und von den Erfahrungen anderer zu profitieren.

CRM-Klasse / Fähigkeiten

In der Studie von Grabbe et al. (2019) nahm das Pflegefachpersonal an einer Studie zu einem Community Resilience Modell (CRM) teil. Diese beinhaltet Psychoedukation, Sensibilisierung und das Stärken der CRM-Fähigkeiten. Die Teil-

nehmenden wurden dazu aufgefordert, aktiv mitzumachen und an den Diskussionen teilzunehmen. Durch das vielseitige Programm kann nicht evaluiert werden, welcher spezifische Teil der Intervention Einfluss auf die verbesserten Werte im Posttest hatte. Fraglich ist, ob der Workshop mit einer längeren Zeitdauer effektiver wäre.

Selbstpflegestrategien

Im 8-stündigen Vortrag von Blackburn et al. (2020) wurden verschiedene Selbstpflegestrategien vorgestellt, darunter die Zwerchfellatmung, Musik zur Selbstfürsorge, Achtsamkeit, Schlaf, Stuhlyoga, Aromatherapie, Karriere-Zeitleiste/Perspektive, Kunst zur Selbstfürsorge, geführte Bildersprache und Akupressur zur Selbstmassage. Die Teilnehmenden erhielten einen Einblick in diese verschiedenen Möglichkeiten, um ihre Resilienz zu stärken. Ein Vorteil dieser verschiedenen Strategien ist die Vielfalt der vorgestellten Möglichkeiten, um sich selbst zu stärken und das individuelle Wohlbefinden zu fördern. All diese Informationen in einem achtstündigen Vortrag zu vermitteln, ist zeitsparend und im Pflegeberuf einfacher durchzuführen als regelmässige Kurse. Das nachfolgende Selbststudium mittels Social-Media diente der Vertiefung des Gelernten. Pro Woche 30 Minuten für Übungen zu verwenden, wirkt akzeptabel. Die freie Wahl des Durchführungszeitpunktes (des Selbststudiums) ist in der Pflege, in der im Schichtbetrieb gearbeitet wird, ein grosser Vorteil.

Kunstaktivität

Ein anderer Ansatz zur Resilienzförderung wurde in der Studie von Karpavičiūtė und Macijauskienė (2016) verfolgt. Durch den wöchentlichen Seidenmalkurs, der jeweils zwei Stunden dauerte, wurden die Kreativität der Teilnehmenden sowie der Kontakt untereinander gefördert. Die künstlerische Aktivität und das Erforschen neuer Seidenmaltechniken hatten positive Effekte auf das Wohlbefinden der Teilnehmenden. Obwohl die Seidenmalerei jeweils zwei Stunden beanspruchte, war sie gut durchführbar, da pro Woche fünf verschiedene Zeitpunkte angeboten wurden. Diese Intervention wurde während 10 Wochen durchgeführt, womit sie sicherlich zu den länger dauernden Interventionen gehört. Die Teilnehmenden hatten eine grosse Auswahl an Terminen, was die Durchführbarkeit vereinfachte.

Bildungsworkshop

Im zweitägigen Bildungsworkshop von Mealer et al. (2014) wurde ein Resilienz-

training durchgeführt und verschiedene Arten der psychischen Belastung besprochen. Darin enthalten waren Achtsamkeitsübungen und das expressive Schreiben, die beide bereits weiter oben ausgeführt wurden. Der zweitägige Workshop, die darauffolgenden 12 Wochen Selbststudium (Achtsamkeitsübungen, schriftliche Expositionstherapie sowie Fitness) sowie die einmalige ereignisgesteuerte Beratungssitzung (30-60 Minuten) sind zeitaufwändig. Dies lässt die Frage aufkommen, ob die Umsetzung der Interventionen im Schichtbetrieb mit 100% Arbeitspensum über einen längeren Zeitraum realisierbar wäre.

Gegenüberstellung der Hauptinterventionen

Die Hauptinterventionen, Achtsamkeitstraining, expressives Schreiben und Gruppendiskussionen haben verschiedene Vor- und Nachteile.

Die Gruppendiskussion ist abhängig von der Zeit und den Räumlichkeiten, welche die Arbeitgebenden zur Verfügung stellen. Um das Gespräch zu führen, kann auch eine Moderation nötig sein. Dahingegen kann das expressive Schreiben und die Achtsamkeitsübungen unabhängig von der Zeit und den Räumlichkeiten durchgeführt werden.

Während der Arbeit oder am Arbeitsende können kurze Achtsamkeitsübungen durchgeführt werden, um sich zu stärken. Gruppendiskussionen sollten im Team stattfinden und optimalerweise auch während der Arbeit durchgeführt werden. Expressives Schreiben sollte nicht am Arbeitsplatz praktiziert werden. Es braucht Zeit, räumliche Distanz und einen ruhigen Ort, um sich auf das Schreiben zu konzentrieren.

Für die regelmässige Durchführung von expressivem Schreiben und auch von Achtsamkeitsübungen braucht es viel Selbstdisziplin und intrinsische Motivation. Dies ist bei einer Gruppendiskussion, welche regelmässig von dem Unternehmen oder der Abteilungsleitung geplant wird, weniger der Fall.

Die Resilienzförderung wird bei der einmaligen Durchführung einer Gruppendiskussion bereits ersichtlich, für langfristige Ergebnisse ist jedoch eine regelmässige Durchführung erforderlich. Expressives Schreiben ergibt einen sofortigen Effekt, welcher jedoch mit dem Wiederholen gefördert und gefestigt werden kann. Bei den Achtsamkeitsübungen ergibt sich kurzfristig einen Effekt, für eine längerfristige Veränderung ist es jedoch wichtig, dass die Übungen regelmässig durchgeführt werden.

6.3 Das Psychiatrie Setting

Wie im theoretischen Hintergrund beschrieben, definiert sich die Psychiatrie als ein Fachgebiet, das sich mit der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Erkrankungen befasst. Sie unterscheidet sich vom nichtpsychiatrischen Pflegesetting dadurch, dass das Pflegepersonal vermehrt gewalttätigen und aggressiven Patienten ausgesetzt ist.

Die Studie von Yang et al. (2018) ist die einzige Studie, die im Umfeld der Psychiatrie durchgeführt wurde (und der Fragestellung dieser Bachelorarbeit entspricht). Die fünf anderen gefundenen Studien beziehen sich auf Interventionen in verschiedenen nichtpsychiatrischen Settings.

In der Studie von Yang et al. (2018) wird MBSR für die in der Psychiatrie tätigen Pflegefachpersonen vorgeschlagen. In den Studien von Franco und Christie (2021), Grabbe et al. (2019) und Mealer et al. (2014) werden ebenfalls Achtsamkeitsübungen als Intervention empfohlen. Dies lässt die Vermutung aufkommen, dass Achtsamkeitsübungen die Resilienz grundsätzlich stärken, unabhängig vom Kontext. Auch die übrigen Interventionen (Bildungsworkshop, Kunstaktivität, Selbstpflegestrategien und CRM-Fähigkeiten), unabhängig vom spezifischen Setting, wirken sich möglicherweise positiv auf die Resilienz und das psychische Wohlbefinden der Pflegefachpersonen aus.

6.4 Praxis-Transfer

In diesem Teil wird einerseits erläutert, wie die drei Hauptinterventionen der behandelten Studien in die Pflegepraxis von Pflegefachpersonen und Arbeitgebenden umgesetzt werden kann, andererseits, wie sich das neu erworbene Wissen in die Konzepte der Salutogenese von Antonovsky (1979) sowie des Resilienz-Modells von Siegrist (2011) einfügen lässt.

Es werden beide Konzepte mit den Interventionen in die Praxis transferiert, da beide eng miteinander zusammenhängen. Wie im theoretischen Teil erwähnt, beschreibt die Resilienz die innere Widerstandsfähigkeit, welche sich als mentaler Schutzfaktor auszeichnet. Mentaler Schutzfaktor kann mit den Widerstandsressourcen von Antonovskys Salutogenese-Konzept gleichgestellt werden.

Die ausgewählten Studien stammen aus verschiedenen Ländern. Die praktische Übertragbarkeit auf das schweizerische Gesundheitswesen ist möglich, sollte jedoch

aufgrund kultureller Unterschiede sowie eventueller Abweichungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern, jeweils kritisch hinterfragt werden.

Bezug zum Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky

Laut Antonovsky kann der Mensch nach einer Traumatisierung, unter bestimmten Umständen, eine positive Weiterentwicklung der Persönlichkeitseigenschaften erreichen (Sauter & Ahrens, 2011). Dadurch sollte das Kohärenzgefühl (das Gefühl des Vertrauens, der Zuversicht) gefördert werden. Die in den Studien untersuchten Interventionen können dieses Gefühl in den folgenden drei Komponenten der Kohärenz verstärken:

- *Verstehbarkeit*: Im Bildungsworkshop von Mealer et al. (2014) lernen die Teilnehmenden die Arten von psychischen Belastungen kennen. Dieses Verständnis kann für Vorkommnisse und Ereignisse im eigenen Umfeld hilfreich sein.
- *Handhabbarkeit*: In der Studie von Grabbe et al. (2019) lernen die Teilnehmenden durch Selbststabilisierung, Ressourcen für die Bewältigung von Stress zu nutzen.
- *Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit*: In den Gruppendiskussionen von den Studien von Yang et al. (2018), Franco und Christie (2021) und Grabbe et al. (2019) werden über positive und negative emotionale Erfahrungen diskutiert. Diese positiven Erfahrungen, die die Teilnehmenden durch diese Interventionen sammeln, führt zu einer Umdeutung von herausfordernden Situationen. Anforderungen des täglichen Lebens werden eher als wertvolle Herausforderungen betrachtet statt als Stressor.

Bezug zum Resilienz-Modell von Ulrich Siegrist (2011)

Interventionen zur Förderung der Resilienz nehmen auf verschiedene Punkte des Modells von Siegrist (2011) Einfluss. Somit gibt es beispielsweise Interventionen, deren Fokus auf der Stärkung persönlicher Kompetenzen liegt, während bei anderen Ansätzen zum Beispiel die Erhöhung der sozialen Ressourcen im Vordergrund steht. Im Folgenden wird kurz erklärt, welche Interventionen auf welche Punkte des Modelles wirken.

Bei der Anwendung der erlernten Achtsamkeit des MBSR Kurses von Yang et al. (2018) können sich psychiatrische Pflegekräfte auf ihr eigenes Erleben, ihre Erfahrungen konzentrieren und diese aktiv wahrnehmen. Im Kurs lernen sie, dass frühere belastende Erfahrungen in Wirklichkeit nicht alle negativ sind. Diese

Erkenntnis hat einerseits einen positiven Einfluss auf die *Deutung/Bewertung* sowie einen positiven Effekt auf die *Basis der Erfahrungen*. Die Kunsttherapie von Karpavičiūtė und Macijauskienė (2016) wirkt stressreduzierend. Ein tieferes Stressniveau hat einen positiven Einfluss auf die *Deutung/Bewertung* einer Situation. Die positive Aufmerksamkeit für innere Emotionen hilft, die Achtsamkeit zu erhöhen. Die Selbstbeobachtung, die Bewältigung von Konflikten, die Gefühle für interne und externe Prozesse sowie die emotionale Flexibilität können dadurch verbessert werden (Yang et al., 2018).

Einflüsse auf strukturelle Ressourcen und den äusseren Kontext kann die Kunsttherapie von Karpavičiūtė und Macijauskienė (2016) belegen. Diese kann einen positiven Einfluss auf die Stationskultur haben. Denn die Kunsttherapie verbessert die Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und wirkt sich somit positiv auf das Gemeinschaftsgefühl und die Gemeinschaftsbildung bei der Arbeit aus. In der Studie von Yang et al. (2018) geben die Teilnehmenden an, dass die Gruppendiskussionen hilfreich für den Austausch von positiven und negativen emotionalen Erfahrungen sind.

Die *sozialen Ressourcen* werden durch das expressive Schreiben und Übungen zur Achtsamkeit und zum Selbstmitgefühl von Franco und Christie (2021) beeinflusst. Auch das Mitgefühl für andere erhöht sich dadurch.

Die Interventionen der Studien wirken auch auf den *inneren Kontext*, genauer gesagt, auf die persönlichen Kompetenzen. Die Interventionen von Grabbe et al. (2019) führen zur Selbststabilisierung während stressigen Arbeitsereignissen. Der Workshop von Blackburn et al. (2020) zielt auf die Erhöhung der Verantwortung zur Selbstreflexion ab.

Die proaktive Grundhaltung kann durch die Kunsttherapie von Karpavičiūtė und Macijauskienė (2016) ebenfalls beeinflusst werden. Sie fördert das psychische Wohlbefinden. Yang et al. (2018) sensibilisieren durch den MBSR-Kurs die Wahrnehmung von Körper und Geist, was sich positiv auf die Stressbewältigung auswirkt. Das Wissen, dem ausgesetzten Stress nicht hilflos ausgeliefert zu sein, sondern ihn selbstwirksam bewältigen zu können, kann auch als proaktive Grundhaltung gesehen werden. Mealer et al. (2014) stellt durch die schriftliche Expositions-Therapie die Bedeutung der Konfrontation mit traumatischen

Erinnerungen ins Zentrum. Im Rahmen dieser Therapie sollen die Teilnehmenden ermuntert werden, die Konfrontation zu suchen, anstatt sie zu vermeiden.

Zusammenfassend zeigt sich die Verknüpfung dieses Resilienzmodells folgendermassen: Pflegefachpersonen in der Psychiatrie sind in ihrem Alltag hohen Anforderungen und Erwartungen von Seiten der Leitung und Angehörigen gegenübergestellt und sind oft unerwarteten, belastenden Situationen ausgesetzt. Dieses Setting und die daraus resultierende Belastung ist berufsbedingt gegeben. Durch das Resilienztraining ist die Pflegefachperson jedoch in der Lage, die erlebte Situation, beispielsweise verbale Aggressionen des Patienten, durch die oben erwähnten Interventionen der Resilienzförderung anders zu bewerten. Die Resilienzstrategien der Studien können zusätzlich *die internen und externen Ressourcen* fördern und somit einen positiven Einfluss auf den *Verarbeitungs- und Bewältigungsprozess* nehmen, was schlussendlich zu einem *positiven Ergebnis* und einer Entspannung der Situation führt. Dieses Ergebnis gibt dem Individuum eine *positive Erfahrung*. Diese Erfahrung kann wiederum in zukünftigen kritischen Lagen einen positiven Einfluss auf die *Bewertung* dieser Situation und der daraus resultierenden Handlung haben, was wiederum zu einem positiven Ergebnis führt und somit wieder eine positive Erfahrung gibt. So resultiert aus den antrainierten Interventionen der Studien ein positiver Effekt gemäss dem Regelkreis des Modells.

Fazit vom Resilienzmodell und Konzept der Salutogenese

Die in den analysierten sechs Studien untersuchten Interventionen lassen sich sowohl in das Konzept der Salutogenese als auch in das Resilienzmodell integrieren.

Beide Theorien beschreiben systematische Lösungsansätze zur Bewältigung herausfordernder Lebens- und Alltagssituationen. Die zu wählenden Interventionen müssen jeweils auf die vorliegenden Umstände und Situationen ausgerichtet und angepasst werden. Die Theorien allein bieten keine Garantien für eine dauerhafte Gesundheit, weil diese von vielen, sich ständig ändernden Faktoren beeinflusst wird. Es wird immer Phasen geben, in denen Krankheit die Gesundheit überwiegt. Die Förderung des Kohärenzgefühl bzw. der Widerstandsressourcen und somit der Resilienz, sind gute Voraussetzung für ein gesundes Leben ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Ansätze für Mitarbeitende in der Spitalpflege und vor allem in der psychiatrischen Betreuung durch die Anwendung

eines gezielten Resilienz- oder Salutogenese-Konzepts nachhaltig gestärkt und gefördert werden können.

Es hat sich gezeigt, dass eine erfolgreiche Implementation der Interventionen für Pflegefachpersonen leicht umsetzbar, zeitsparend und effektiv sein müssen.

6.5 Empfehlungen für Pflegefachpersonen und Institutionen

Anhand der Studienergebnisse lassen sich Empfehlungen für die drei Hauptinterventionen ableiten.

- *Achtsamkeitstraining*
- *expressives Schreiben*
- *Gruppendiskussionen*

Diese werden im Folgenden nochmals kurz beschrieben und die darauf basierenden Empfehlungen anhand der 6-W-Fragen genauer erläutert.

Achtsamkeitstraining

Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf das «Hier und Jetzt». Pflegefachpersonen können Achtsamkeit jederzeit anwenden, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf den aktuellen Moment und die vorherrschenden Bewusstseinsinhalte legen. Dies kann Sekunden bis Minuten dauern. Blackburn et al. (2020) empfehlen achtsames Essen mit allen Sinnen als Übung. Dies ist einfach, schnell durchführbar und effektiv. Die Achtsamkeitsmeditation von Yang et al. (2018) dient zur Selbstregulation. Je nachdem, wie viel Zeit den Pflegefachpersonen neben der Arbeit zur Verfügung steht, ist es praktischer, die eine oder andere Achtsamkeitsübung zu wählen. Beispielhaft wurden hier die 6-W-Fragen für achtsames Essen beantwortet.

Tabelle 6

«6 W» Regeln bezüglich achtsames Essen

«6 W»	Intervention «achtsames Essen»
Wer?	Pflegefachpersonen
Wann?	einmal täglich während dem Essen
Was?	achtsames Essen
Wo?	ortsunabhängig

«6 W»	Intervention «achtsames Essen»
Wie?	Das Essen betrachten, daran riechen, Konsistenz spüren, Geschmacksrichtungen wahrnehmen
Wie lange?	5-15 Minuten

Expressives Schreiben

Laut Mealer et al. (2014) verbessert das Schreiben über traumatische oder belastende Erlebnisse die körperliche und geistige Gesundheit und reduziert die Symptome von PTBS. Das Schreiben einer mitfühlenden Notiz an sich selbst wurde in der Studie von Franco und Christie (2021) angewandt. Durch dieses Training stieg das Selbstmitgefühl signifikant. Die Autorinnen zeigen anhand der 6-W-Fragen die Interventionsmöglichkeit für das Erlebnistagebuch auf.

Tabelle 7

«6 W» Regeln bezüglich Erlebnistagebuch

«6 W»	Intervention «Erlebnistagebuch»
Wer?	Pflegefachpersonen
Wann?	Einmal wöchentlich oder nach Bedarf
Was?	Schreiben über Herausforderungen bei der Arbeit, das Gefühl der Unfähigkeit, Konflikte oder sensible Themen
Wo?	Tagebuch zuhause
Wie?	In ein Tagebuch analog oder digital
Wie lange?	15-30 Minuten

Gruppendiskussionen

In den Studien von Yang et al. (2018), Franco und Christie (2021) und Grabbe et al. (2019) wurde bei Gruppendiskussionen über positive und negative emotionale Erfahrungen diskutiert. In der untenstehenden Tabelle wird die Intervention «Gruppendiskussion» auf die 6-W-Fragen bezogen. Diese Intervention inkludiert Anteile aus allen drei Studien.

Bei dieser Intervention ist wichtig zu beachten, dass diese nur durchführbar ist, wenn der Arbeitgebende die Pflegefachpersonen dabei unterstützt. Es sollten Rahmenbedingungen wie Räumlichkeiten, Zeit oder finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund dessen empfehlen die Autorinnen dem Arbeitgebenden das Pflegefachpersonal über Resilienzförderung zu informieren, zu schulen und mit allen notwendigen Mitteln darin zu fördern.

Tabelle 8

«6 W» Regeln bezüglich Gruppendiskussion

«6 W»	Intervention «Gruppendiskussion»
Wer?	Pflegefachpersonen evtl. mit Moderator/-in
Wann?	Einmal wöchentlich
Was?	Diskutieren über positive und negative emotionale Erfahrungen
Wo?	Ausserhalb der Station; Cafeteria, Seminarzimmer oder online von zuhause aus
Wie?	Gespräch in Gruppen (4-6 Personen) mit oder ohne Moderator/-in
Wie lange?	30-60 Minuten

6.6 Beantwortung der Fragestellung

Welche Strategien für die Resilienzförderung der Pflege liefert die Literatur, um belastende Situationen in der Psychiatrie bewältigen zu können?

Dieser Frage wurde im Rahmen der vorliegenden Literaturrecherche nachgegangen. Die Auswertung der sechs vorliegenden Studien ergab, dass die gestellte Frage nur ansatzweise beantwortet werden kann. Es hat sich gezeigt, dass für das Gebiet der Pflege in der Psychiatrie bis jetzt zu wenige Studien vorhanden sind, um empirisch belegte Strategien zu empfehlen. Es existieren Studien, die sich mit der mentalen Stärkung und der Förderung der Resilienz von Pflegefachpersonen auseinandergesetzt haben, allerdings in anderen Settings. Diese Untersuchungen zeigen verschiedene Varianten auf, wie das psychische Wohlbefinden der Pflegefachpersonen gestärkt werden kann. Deshalb kann keine allgemein gültige Aussage über Interventionen gemacht werden, welche vor allem für Pflegefachpersonen der Psychiatrie nützlich sind - auch, weil die Forschung auf diesem Gebiet noch sehr jung ist. Die in den Studien untersuchten Interventionen können jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Setting der Psychiatrie abgeleitet werden. Dies ist der Fall, da auch in den anderen Settings ebenfalls viel psychische Belastung, Stress und Verantwortung auf den Pflegefachpersonen liegt. Die Interventionen werden zwar in einem anderen Setting durchgeführt, aufgrund der ähnlichen Arbeitsbelastungen können sie jedoch auch im Setting der Psychiatrie erfolgreich angewendet werden.

Die Fragestellung kann nur teilweise beantwortet werden, da die gesuchten resilienzfördernden Interventionen nicht nur in einer spezifisch belastenden Situation helfen, sondern die Resilienz der Pflegefachpersonen gesamthaft stärken. Somit

gehen die Autorinnen davon aus, dass es nicht situationsspezifische Interventionen gibt, sondern allgemeine resilienzfördernde Massnahmen.

Die ausführliche Literaturrecherche hat gezeigt, dass eine multimodale Intervention dabei am vielversprechendsten scheint. Es bietet sich daher an, ein Mix aus den im Rahmen dieser Bachelorarbeit untersuchten Hauptinterventionen zu gestalten: Achtsamkeitstraining, expressives Schreiben und Gruppendiskussionen.

Es ist wünschenswert, dass weitere Studien in diesem Bereich durchgeführt werden.

7 Schlussfolgerung

Alle sind labil, wie bleibe ich stabil? Ausgehend von beobachteten Situationen im Alltag von Pflegefachpersonen in der Psychiatrie wurden Interventionen gesucht, um deren Resilienz zu erhöhen und die Selbstkompetenz zu fördern. Anhand einer Literaturrecherche wurden erfolgsversprechende Ansätze für den Alltag gefunden.

Als Herausforderung hat sich gezeigt, dass das Gebiet der Resilienz in der Pflege, vor allem im psychiatrischen Setting, noch weitgehend unerforscht ist. Gefunden wurden sechs aussagekräftige Studien mit Interventionen zur Resilienzförderung im akut stationären Bereich, wovon auch eine das psychiatrische Setting behandelt. Während dem Arbeitsprozess tauchten Überlegungen auf, ob es notwendig ist, Resilienzstrategien für ein spezifisches Setting zu definieren oder ob diese allgemein genutzt werden können. Im psychiatrischen Setting sind die Pflegefachpersonen vermehrt von aggressiven oder gewalttätigen Patienten und Patientinnen umgeben. Leider wurden keine Studien zur Resilienzförderung für solche Situationen gefunden. Es wäre spannend, zu untersuchen, ob sich gewisse Interventionen für ein bestimmtes Setting mehr oder weniger eignen. Wie die Autorinnen erwähnt haben, sind je nach Setting (Psychiatrie, Spitex, Langzeitpflege, Kinderspital) unterschiedliche Stressoren wirksam. Von Interesse wäre es, aufzudecken, in welchem Arbeitssetting, welche Stressoren als besonders herausfordern empfunden werden und worin die Unterschiede liegen.

Durch die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik im Rahmen dieser Bachelorarbeit erkannten die Autorinnen, dass die resilienzfördernden Interventionen nicht für eine spezifische Situationen helfen müssen. Wichtig ist es die Pflegefachperson allgemeinen mental zu stärken. Durch eine mentale Stärkung sind Pflegefachpersonen für die Belastungen ihres Arbeits- und Lebensalltag gestärkt und

können resilient auf schwierige Ereignisse reagieren.

Aus den sechs gefundenen Studien haben sich drei Interventionen herauskristallisiert, die mehrmals angewendet wurden. Diese Interventionen wurden, aufgrund der wiederholten Anwendung in den sechs Studien, vertiefter betrachtet. Es handelt sich dabei um «*Achtsamkeitsübungen*», «*expressives Schreiben*» sowie «*Gruppendiskussionen*».

Empfehlungen

Die Autorinnen möchten ihre Berufskolleginnen und -kollegen dazu inspirieren, eine oder mehrere der erwähnten resilienzfördernden Strategien auszuprobieren und in ihren Alltag aufzunehmen oder diese sogar in ihren Arbeitsteams zu implementieren. Für eine nachhaltige Wirkung ist es wichtig, diese Interventionen regelmässig und längerfristig durchzuführen. Von Vorteil bei den dargelegten Strategien ist, dass diese ohne grossen Aufwand angeeignet werden können. Die Übungsdauer ist meistens kurz - der persönliche Nutzen aber gross.

Als Einführung empfiehlt es sich, einen Kurs in Achtsamkeit zu besuchen. Dazu existiert in der Schweiz ein vielfältiges Angebot. Generell kann festgestellt werden, dass die dargelegten Interventionen den Pflegefachpersonen helfen, ihre persönlichen Ressourcen zu optimieren und damit die Resilienz signifikant zu verbessern. Sie erhöhen die Belastbarkeit und verbessern den Umgang mit herausfordernden Situationen. Diese kann mit dem Resilienzmodell von Ulrich Siegrist (2011) und dem Salutogenese-konzept von Aaron Antonovsky (1979) unterstützt werden.

Es ist von immenser Wichtigkeit, dass Pflegefachperson psychisch gesund bleiben. Durch wirksame Strategien und Trainings zur Förderung der Resilienz können auch sehr anspruchsvolle Arbeitssettings positiv bewältigt werden. Die Herausforderungen, welche Covid-19 mit sich gebracht hat, verstärkt die Wichtigkeit der Gesundheit der Pflegefachpersonen umso mehr.

Die Resilienzförderung liegt nicht nur in der Verantwortung des Arbeitnehmenden, sondern auch vom Arbeitgebenden. Der Arbeitgebende sollte Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen wie Räumlichkeiten, Zeit oder finanzielle Unterstützung, welche die Durchführung resilienzfördernder Interventionen fördern. So ist gerade für die

untersuchte Hauptintervention «Gruppendiskussionen» zwingend notwendig, dass der Arbeitgebende die dafür benötigten Ressourcen bereitstellt.

Weitere Forschung notwendig

Bei der Durchführung weiterer Studien sollte die Aussagekraft und Evidenz verbessert und die statistische Stichprobe wesentlich erhöht werden. Wie oben erwähnt, zielen die beschriebenen Interventionen darauf ab, die persönlichen Ressourcen der Pflegefachpersonen zu stärken. Eine weitere spannende Fragestellung wäre, ob sich die Interventionen auch auf die strukturellen und sozialen Ressourcen übertragen lassen und ob sich dies auch positiv auf die Resilienz auswirkt.

Zusätzlich wäre es spannend, zu erforschen, welche Auswirkungen und Effekte die Resilienz auf die Pflegequalität und die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat.

Abgrenzung

Die Förderung der Resilienz ist nicht das Wunder-Heilmittel, um die psychische Gesundheit von Pflegefachpersonen stabil zu halten und diese von einem Berufswechsel aufgrund der psychischen Belastung abzuhalten. Dazu müssen auch weitere Faktoren, wie z.B. die Arbeitsbedingungen für die Pflegefachpersonen generell analysiert und verbessert werden. Faire Arbeitszeiten, angemessene Entlohnung, genügend Personal, grössere Anerkennung und Wertschätzung für diesen Beruf, würden das Arbeiten in der Pflege attraktiver machen. Um die Pflegefachpersonen, insbesondere in der Psychiatrie, zu schützen und den Berufswechsel zu verhindern, sind auch politische, betriebliche und institutionelle Veränderungen notwendig. Denn, wie in der Einleitung erwähnt, ist diese Berufsgruppe unverzichtbar für die Grundversorgung des Gesundheitssystems (SBK, 2021). Dadurch, dass die Pflegeinitiative von der Schweizer Bevölkerung angenommen wurde, besteht Hoffnung auf die Umsetzung der notwendigen Veränderungen.

Selbstverantwortliches Handeln

Grundsätzlich ist die Sensibilisierung für die Thematik Resilienz bei Pflegefachpersonen im psychiatrischen Setting enorm wichtig. Denn wie sich zeigte, wirkt sich die Stärkung der Resilienz positiv auf die Freude an der Arbeit und die Zusammenarbeit aus und hilft so dabei, krankheitsbedingte Ausfälle oder

Personalwechsel aufgrund von Ressourcenproblemen zu reduzieren. Schlussendlich trägt jeder Arbeitnehmende und Arbeitgebende eine Mitverantwortung für die persönliche Entwicklung, die Gesundheit am Arbeitsplatz und die Qualität der Pflege. Durch die drei sich herauskristallisierten Hauptinterventionen kann jede Pflegefachperson ihre eigene Gesundheit fördern. Dieser kleine, jedoch essenzielle Beitrag, kann eine grosse und positive Auswirkung auf das eigene Umfeld, aber auch auf das gesamte System haben.

8 Limitationen der Bachelorarbeit

Die Aussagekraft dieser Bachelorarbeit ist aufgrund mehrerer Aspekte eingeschränkt. Die Literaturrecherche basiert auf vier Datenbanken. Der Zeitraum der Recherche betrug sechs Monate. Somit konnten Studien, die danach publiziert wurden, nicht in die Ergebnisse dieser Arbeit miteinbezogen werden. Das gewählte Forschungsfeld ist noch jung und es sind zu wenige Studien zum Setting «Psychiatrie» vorhanden. Dies schränkt die Aussagekraft der Arbeit weiter ein. Zudem wurden Studien mit verschiedenen Designs und Interventionen verwendet, was den Vergleich untereinander erschwert. Des Weiteren wurde keine Studie gefunden, die in der Schweiz durchgeführt wurde. Auch dies schränkt die Übertragbarkeit ein. Ebenfalls als Nachteil betrachtet wird die Tatsache, dass ausschliesslich quantitative Studien gefunden und verwendet wurden. Die meisten enthielten jedoch einen kleinen qualitativen Ansatz. Da die Studien alle in Englisch verfasst sind, kann es bei der Übersetzung zu Abweichungen kommen.

Literaturverzeichnis

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J. A., Wernli, B., Jäckel, D., & Paignon, A. (2016). *OBSAN «nurses at work» – Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Blackburn, L., Thompson, K., Frankenfield, R., Harding, A., & Lindsey, A. (2020). The THRIVE© Program: Building Oncology Nurse Resilience Through Self-Care Strategies. *Oncology Nursing Forum*, 47(1), E25–E34.
<https://doi.org/10.1188/20.ONF.E25-E34>
- Büttner, J.-M. (2021a, April 21). Krise in der Pflege – Jetzt brauchen die Helfenden selber Hilfe. *Tagesanzeiger*, Tamedia AG. <https://www.tagesanzeiger.ch/jetzt-brauchen-die-helfenden-selber-hilfe-897815865934>
- Büttner, J.-M. (2021b, April 23). Analyse zum Pflegenotstand – So geht das Spitalpersonal kaputt. *Tagesanzeiger*, Tamedia AG.
<https://www.tagesanzeiger.ch/so-geht-das-spitalpersonal-kaputt-562948106943>
- Chang-Gusko, Y.-S., Hesse-Husain, J., Cassens, M., & Messtorff, C. (2019). *Achtsamkeit in Arbeitswelt* (Springer Gabler).
- Dehvan, F., Kamangar, P., Baiezeedy, S., Roshani, D., & Gheshlagh, R. G.-. (2018). The relationship of mental health with resilience among psychiatric nurses. *Nursing Practice Today*. <https://doi.org/10.18502/npt.v5i4.115>
- Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J., & Furness, T. (2020). Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlational study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 56–68. <https://doi.org/10.1111/inm.12610>

Franco, P. L., & Christie, L. M. (2021). Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.020>

Grabbe, L., Higgins, M. K., Baird, M., Craven, P. A., & San Fratello, S. (2019). The Community Resiliency Model® to promote nurse well-being. *Nursing Outlook*, 68(3), 324–336. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.11.002>

Hofmann, Y., Müller-Hotop, R., & Datzler, D. (2020). *Beiträge zur Hochschulforschung 1-2/2020*. 26.

Joiko, K., Schmauder, M., & Wolff, G. (2008). *BAuA - Repositorium—Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben—Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*.
<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A45.html>

Karpavičiūtė, S., & Macijauskienė, J. (2016). The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 435.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13040435>

Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97–e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>

Michalak, J., Heidenreich, T., & Williams, J. M. (2012). *Achtsamkeit* (1. Aufl.).

Pfeifer, S. (2012). *Stress und Burnout verstehen und bewältigen: Seminarheft Psychiatrie und Seelsorge* (3.).

Resilienz—*Pschyrembel Online*. (2021).

<https://www.pschyrembel.de/Resilienz%20%5BPsychologie%5D/K0JPW>

Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal

- eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge
Departement Gesundheit ZHAW. Angepasst durch Marion Huber (2018).
- Sauter, D., & Ahrens, R. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl). Huber.
- SBK. (2021, September 6). Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (SBK). <https://www.sbk.ch/pflegethemen/definition-der-pflege>
- Schär, T., & Zander, C. (2021, August 24). Fachkräftemangel in Zürich – Neue Pandemiewelle bringt Spitäler an personelle Grenzen. *Tages-Anzeiger*. Tamedia AG. <https://www.tagesanzeiger.ch/neue-pandemiewelle-bringt-spitaeler-an-personelle-grenzen-379057111073>
- Schibli, D., Huber, K., & Wyss, F. (2010). *Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit*.
- Schmitz, B., Lang, J., & Linten, J. (Hrsg.). (2018). *Psychologie der Lebenskunst*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55251-3>
- Schrämmli, P. (2020, Dezember 2). *Wegen der Corona-Pandemie stecken viele Kinder und Jugendliche im Baselbiet in einer psychischen Krise*. <https://www.srf.ch/audio/regionaljournal-basel-baselland/die-baselbieter-kinderpsychiatrie-ist-am-anschlag?id=11889075>
- Schrems, B. M. (2020). *Vulnerabilität in der Pflege* (1. Aufl.). Beltz Verlag.
- SECO. (2015). Schutz vor psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz - Informationen für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/schutz-vor-psychosozialen-risiken-am-arbeitsplatz---informatione.html

- Stöhr, R., Lohwasser, D., Noack Napoles, J., Burghardt, D., Dederich, M., Dziabel, N., Krebs, M., & Zirfas, J. (2019). *Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20305-4>
- Tang, Y.-Y. (2019). *Die Wissenschaft der Achtsamkeit*. Junfermann Verlag. https://content-select.com/media/moz_viewer/5e57f491-78f0-471a-b348-2a44b0dd2d03/language:de
- Wink, R. (Hrsg.). (2016). *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-09623-6>
- Yang, Tang, S., School of Nursing, Central South University, Changsha, Hunan, China, Zhou, W., & The Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, Hunan, China. (2018). EFFECT OF MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION THERAPY ON WORK STRESS AND MENTAL HEALTH OF PSYCHIATRIC NURSES. *Psychiatria Danubina*, 30(2), 189–196. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.189>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kernelemente der Fragestellung	10
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien	11
Tabelle 3 Übersicht Ergebnisse der Studien	24
Tabelle 4 Übersicht Interventionen der Studien	27
Tabelle 5 Qualitäten der Studien.....	32
Tabelle 6 "6W" Regeln bezüglich achtsames Essen.....	44
Tabelle 7 "6W" Regeln bezüglich Erlebnistagebuch	45
Tabelle 8 "6W" Regeln bezüglich Gruppendiskussion	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Resilienzmodell von Siegrist (2011)..... 8

Abbildung 2 Flowchart 14

Wortzahl

Abstract: 194

Arbeit: 10617

(exklusiv Titelblatt, Abstract, Inhaltsverzeichnis, Tabellen, Grafiken und deren Beschriftungen, Literaturverzeichnis, Tabellenverzeichnis, Abbildungsverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung:

Wir bedanken uns bei allen, die uns während des Schreibens unserer Bachelorarbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an unsere Betreuungsperson, Doris Ruhmann, welche uns bei Fragen und Unsicherheiten stets mit kompetenten Ratschlägen und Hilfestellungen unterstützt hat. Weiter danken wir [REDACTED], [REDACTED] und [REDACTED] für ihre Unterstützung im Schreibprozess. Die vielen hilfreichen Tipps, das Durchlesen und Kontrollieren der gesamten Arbeit war sehr wertvoll.

Auch möchten wir uns noch bei unseren Familien, Studienkollegen und Studienkolleginnen und Freunden bedanken, die uns immer wieder motiviert und inspiriert haben. Dabei geht ein besonderen Danke an [REDACTED] welcher uns bei Unsicherheiten bezüglich formaler Kriterien und Literaturverweisen stets geholfen hat.

Zum Schluss geht der Dank auch an uns gegenseitig, für die gute und sehr angenehme Zusammenarbeit ohne Stress und Probleme, was von beiden Seiten sehr geschätzt wurde.

Eigenständigkeitserklärung

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

[REDACTED]

Ammann Melanie

[REDACTED]

Deola Nadine

Winterthur, 28. April 2022

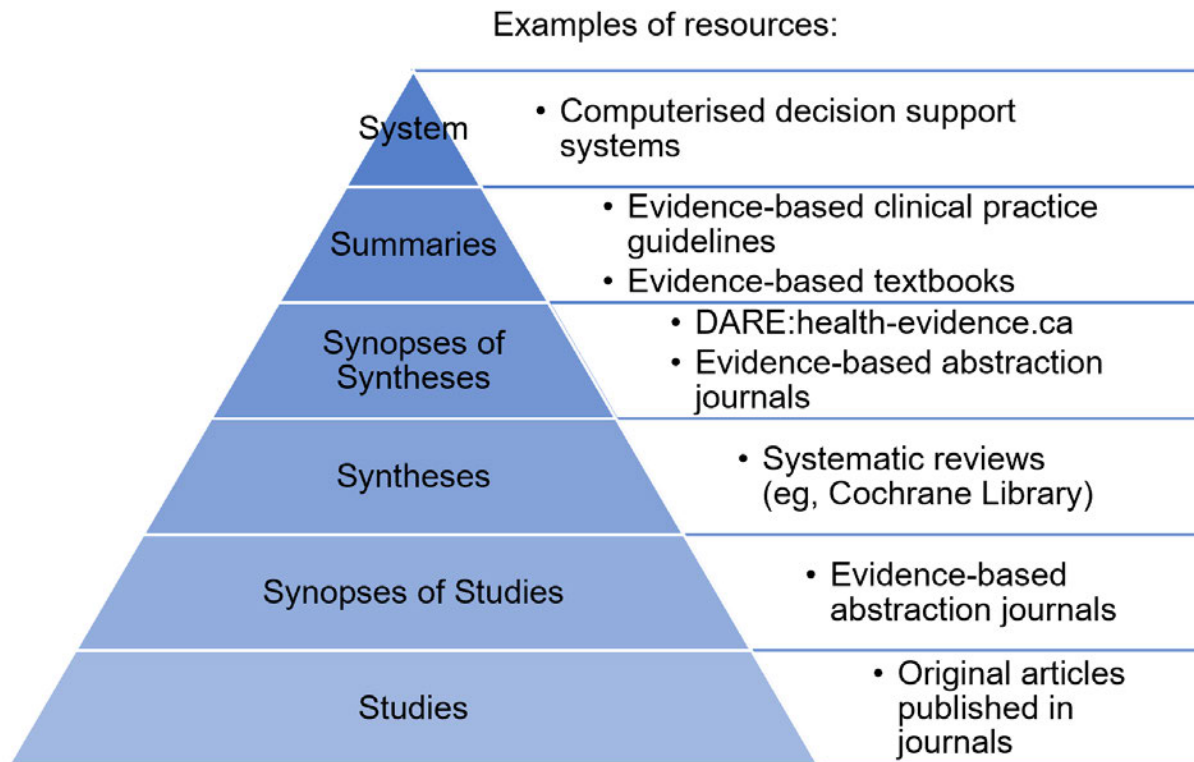
Anhang

6 S Pyramide:

Eigene Darstellung nach DiCenso et al. (2009).

Abbildung 3

"6 S Pyramide" Eigene Darstellung nach DiCenso et al. (2009)



Rechercheprotokoll:

Tabelle 9

CINHAL Recherche

Datum	Suchbegriff: MH: Mesh Terms	Treffer:	Relevante Treffer nach Titelsichtung
15.07.2021	(Nurse or nurses) AND resilience strategies	21	1
	(Nurse or nurses) AND resilience strategies Limits: englisch	18	1
	(Nurse or nurses) AND resilience AND building	42	2
	(Nurse or nurses) AND resilience AND promotion	16	1

	(Nurse or nurses) AND resilience Limits: englisch	13	0
	Depression AND psychiatrie	115	-
	Depression AND psychiatrie AND resilience in nursing	0	0
	Depression AND psychiatrie AND (nurse or nurses)	3	0
	Depression AND psychiatrie AND adult	24	0
	Depression treatment AND psychiatrie	14	2
29.07.2021	(nurse or nurses) AND psychiatrie	133	-
	(nurse or nurses) AND psycchiatrie AND (resilience or resiliency or resilient)	0	0
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND mental health	59	1
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND coping	2	0
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND coping strategies	1	1
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND coping skills	1	0
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND resilience Limits: englisch	93	1
15.11.2021	Resilience training AND (nurse or nurses or nursing)	68	1
	Resilience training for nurses AND (nurse or nurses or nursing)	23	0
	Resilienc training in nursing	14	2
21.01.2022	Healthcare AND resilience AND psychiatrie	4	1
	Healthcare AND resilience AND program AND nurse	122	-
	Healtcare AND resilience AND program AND nurse AND psychiatry	10	2
	Healtcare AND resilience program AND evaluation AND nurse AND psychiatrie	1	1
	Healtcare AND resilience program AND evaluation AND nurse	5	1

Nursing AND resilience program AND evaluation	19	0
Nursing AND resilience program	44	3
Resilience program AND nurse	24	1
Resilience program AND nurse AND psychiatry	1	0
Resilience program AND nurse AND nursing	22	1
Resilience intervention AND nurse	54	2

Tabelle 10

Medline Recherche

Datum	Suchbegriff:	Treffer:	Relevante Treffer nach Titelsichtung
29.07.2021	(nurse or nurses) AND psychiatrie	169	-
	(nurse or nurses) AND psycchiatrie AND (resilience or resiliency or resilient)	98	6
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND mental health	56	3
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND coping	73	1
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND coping strategies	12	0
	(nurse or nurses) AND psychiatrie AND coping skills	16	1
	Psychiatrie nursing AND soping	87	3
	Psychiatrie nursing AND coping strategies	44	2
	Psychiatrie nursing AND coping strategies AND evaluation	0	0

Tabelle 11

PubMed Recherche

Datum	Suchbegriff:	Treffer:	Relevante Treffer nach Titelsichtung
21.11.2021	Nurse AND psychaitrie AND coping Limit: Last 5 years	69	1

Nurse AND psychiatrie AND coping strategies	105	-
Nurse AND psychiatrie AND coping strategies Limit: Last 10 years	72	2
Psychiatric nurse AND coping strategies	196	-
Psychiatric nurse AND coping strategies AND evaluation	58	2

Tabelle 12

Chochrane Library Recherche

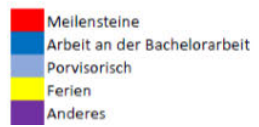
Datum	Suchbegriff:	Treffer:	Relevante Treffer nach Titelsichtung
23.07.2021	psychological effects AND nurse AND palliative care	56	1
	psychological disorders AND nurse AND palliative care	34	0
	psychological well-being AND nurse AND palliative care	17	1
	Psychological well-being AND nurse AND depression	2	0
	Psychological well-being AND nurse AND depression treatment	0	0
	Psychiatrie AND nurse AND well- being	13	2
18.10.2021	Resilience AND (nurse or nurses or nursing)	58	2
	Resilience AND (nurse or nurses or nursing) AND psychiatrie	0	0
	Resilience AND (nurse or nurses or nursing) AND stationary psychiatrie	0	0
5.01.2022	Healthcare AND resilience AND psychiatrie	132	-
	Healthcare AND resilience AND program	96	5
	Healthcare AND resilience AND program AND nurse	24	4

Healthcare AND resilience AND program AND nurse AND psychiatry	11	2
Healthcare AND resilience program AND evaluation AND nurse AND psychiatrie	2	1

Zeitplan:

Zeitplanung Bachelorarbeit

Kalenderwochen	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26										
Vorbereitungsphase:																																																														
Themenfindung																																																														
Beratungsgespräch																																																														
Exposé schreiben																																																														
Expose feinschliff																																																														
Exposé abgeben																																																														
Genehmigung																																																														
evtl. Exposé Überarbeitung																																																														
Planungsphase:																																																														
Literaturrecherche																																																														
Bewertung der Studien																																																														
Durchführungsphase:																																																														
Einleitung																																																														
Abstract																																																														
Methode																																																														
Ergebnisse																																																														
Diskussion																																																														
Schlussfolgerung/ Praxistransfer																																																														
Verzeichnisse																																																														
Danksagung																																																														
Eigenständigkeitserklärung																																																														
Anhang																																																														
Durchlesen Experte extern																																																														
Überarbeitung BA																																																														
Layout																																																														
Druck																																																														
Bachelorarbeit abgeben																																																														
Präsentation vorbereiten																																																														
Bachelorarbeit Präsentation																																																														
Diverses:																																																														
3.Praktikum																																																														



AICA's und Güte der Studien

Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Um den erhöhten Stress und die psychische Belastung von Pflegenden in der Psychiatrie.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel? Das Ziel war es herauszufinden welche Wirkung eine achtsamkeitsbasierte Stressreduktionstherapie (MBSR) auf den Arbeitsstress und die psychische Gesundheit von psychiatrischen Pflegenden hat.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Es gibt noch keine Studien zur MBSR bei psychiatrischen Pflegenden. Da man mit MSBR bei vielen jungen und mittelalten Menschen das Stressniveau deutlich senken konnte könnte dies einen Weg sein Psychiatriepflegende etwas von ihrem Stress zu nehmen.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Das Ziel ist klar definiert, ja.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja. Es wurden andere Studien und Artikel miteinbezogen.</p>	
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Den Effekt der MSBR Therapie auf die psychische Gesundheit von Psychiatriepflegenden.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Die Messung wird jeweils vor und nach der Intervention durchgeführt. (ca. 16x insgesamt)</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>	

3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population)? Pfleger, welche in der Psychiatrie arbeiten.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Anhand folgender Kriterien wurden die Stichproben ausgewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Angestellten aus dem ersten, zweiten oder vierten Xiangya-Krankenhaus mussten im Alter zwischen 20 – 50 Jahren sein, mindestens 1 Jahr lang gearbeitete haben und in der Psychiatrie tätig sein - Personen mit schweren kardiovaskulären & anderen körperlichen Krankheiten wurden ausgeschlossen. <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? Eine Stichprobe, welche danach in 2 Gruppen (Interventions- & Kontrollgruppe) eingeteilt wurden.</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Ja</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Mittels Kriterien ausgesucht. Danach wurden durch Zufallszahlentabellen die 2 Gruppen gebildet.</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengröße angemessen? Ja. Es wäre jedoch ideal, wenn es noch mehr gewesen wären.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt Die Hälfte der Personen Stichprobe wurde in die Kontrollgruppe eingeteilt.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Es wurden 5 Dropouts beschrieben, da von diesen Personen Daten verloren gingen.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Nein</p>	
4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? Schriftliche Befragung mittels vier verschiedenen Selbsteinschätzungsbögen (SCL-90, SDS, SAS, Nursing Stress Scale)</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Es wurden mehrere Messungen durchgeführt. Für die Wirkungskontrolle wurde jeweils einen Tag vor der</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja, alle haben dieselben Fragebögen ausgefüllt.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben?</p>	

			Intervention & eine Messung einen Tag nach der Intervention durchgeführt.	Wurde nicht erwähnt.	
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Die Ergebnisse der Nursing Stress Scale, der Pflegestresskala und der Stressreaktionsskala vor und nach der MBSR Therapie wurden als Variablen gewählt um die Wirkung der MBSR erkenne zu können.</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCL-90 - SDS (Selbsteinschätzungsskala für Depression) - SAS (Selbsteinschätzungs-Angstskala) - Skala für Pflegestress <p>c. Welche Intervention wird getestet? Die Wirksamkeit der MBSR</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja, so kann aufgezeigt werden, ob die MBSR Therapie eine Wirkung hat und diese schon nach 1maliger Anwendung oder erst nach mehrmaliger Anwendung zu sehen ist.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Die Messinstrumente sind valide und reliabel</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Die Messinstrumente werden erklärt, die Auswahl jedoch nicht begründet.</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Es wurden keine Einflüsse/ Verzerrungen beschrieben.</p>	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Die Daten sind Ordinalskaliert</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur Datenanalyse wurde die Statistiksoftware SPSS 15.0 verwendet. - Die 2 Gruppen wurden mittels dem T Test verglichen und innerhalb der Gruppe wurde der gepaarte T-Test verwendet. - Gruppenübergreifende Vergleiche wurden mit dem Chisquare und Wilcoxon Test durchgeführt. 	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die einzelnen Tests und deren Auswertungen wurden beschrieben. - Die Verfahren, um verschiedene Gruppen zu vergleichen oder Vergleiche innerhalb einer Gruppe zu machen wurden ebenfalls beschrieben. <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur</p>	

			<p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Ja, $P < 0.5$ wurde als statistisch signifikant angesehen.</p>	<p>Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyseverfahren entsprechen den Skalenniveaus. - Es wurden nicht beschrieben, ob Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft wurden. 	
7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die SCL-90 Skala zeigt auf, dass bei der Interventionsgruppe nach der Intervention die einen signifikant niedrigeren Wert vorhanden war, als zuvor - Ebenfalls war der SDS Wert nach der Intervention signifikant niedriger als davor - Auch in der SAS Skala war der Wert nach der Intervention bei der Interventionsgruppe signifikant niedriger. - Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe bei der Pflegestressskala festgestellt <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung? Die MBSR Therapie hat einen Einfluss auf die Werte der SCL-90, SDS und SAS Skala.</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? Ja, mit Tabellen und Text.</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja, die Tabellen helfen bei der Übersicht.</p>	
8		Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die MBSR Therapie ist förderlich für die psychische Gesundheit von Psychiatriepflegern. - MBSR-Therapie reduziert die Angstzustände und Depressionen bei psychiatrischen Pflegekräften. 	<p>a. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>b. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p>	

8	Discussion		<ul style="list-style-type: none"> - Die MBSR Therapie ist förderlich für die Reduzierung von Arbeitsstress von psychiatrischem Pflegepersonal. <p>b. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die MBSR Therapie ist förderlich für die psychische Gesundheit von Psychiatriepflegern. - MBSR-Therapie reduziert die Angstzustände und Depressionen bei psychiatrischen Pflegekräften. - Die MBSR Therapie ist förderlich für die Reduzierung von Arbeitsstress von psychiatrischem Pflegepersonal. <p>c. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja</p>	<p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja sie werden mit anderen Texten und Studien verglichen</p>	
			<p>a. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Limitation der Studie war die Stichprobenziehung. - Die Forschung sollte erweitert werden mit Einbezug von Krankenschwestern aus verschiedenen Abteilungen und es sollten andere Einflussfaktoren dieses Experiments erforscht werden. 	<p>a. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Nein</p>	

9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>b. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag? Der Arbeitsstress nimmt nicht nur in der Psychiatrie zu und so ist die Anwendung der MBSR Therapie sicherlich auch in anderen Fachgebieten indiziert.</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll? Ja, sie zeigt auf, dass die MBSR Therapie einen signifikanten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von psychiatrischen Krankenpflegern und Pflegerinnen hat.</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Nein</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja</p>	
---	--	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal – AICA- angepasst (Huber, 2018, in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Güte der Studie:

- **Objektivität:** Die Objektivität der Studie kann in Frage gestellt werden, da die Teilnehmenden jeweils vor und nach der Intervention eine selbsteinschätzungsfragebogen ausfüllen mussten. Diese Angaben sind jedoch subjektiv und können je nach sonstigem Befinden der Teilnehmenden verzerrt sein.
- **Reliabilität:** Die verwendeten Messinstrumente wurden von externen, angefragten Forschenden vor dem Beginn der Studie überprüft und als reliabel eingestuft. Die Auswahl der Messinstrumente wurde nicht begründet, dies schränkt die Reliabilität der Studie ein.
- **Validität:** Die Validität der angewandten Messinstrumente wurde von den externen, angefragten Forschenden vor dem Beginn der Studie überprüft und akzeptiert. Durch das gewählte Forschungsdesign ist ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe möglich, was die Validität bestätigt.

Evidenzlage: Die Evidenz der Studie entspricht der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resilience

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Überlastung der Pflege oder Traumatische Erlebnisse, welche bei den Pflegenden zu Depressionen Ängsten, Burnout etc. führen kann. - Die Möglichkeit eines Trainings zur Förderung der Belastbarkeit und Resilienz, um solche Überlastung zu verhindern <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel?? Das Ziel dieser Studie war es herauszufinden, ob das Angebot von SCHC in einem eintägigen Format die Resilienz, das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Pädiatriepflegenden steigern kann.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Bessere Resilienz sowie Achtsamkeit, Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der Arbeit führt zu weniger Fehler in der Pflege sowie einer grösseren Patientenzufriedenheit und besseren Patientenbetreuung.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Ja</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja es werden andere Tests und Studien miteinbezogen.</p>	
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Ob die Pflegenden, welche an einem eintägigen SCHC Kurs teilnehmen die Resilienz, das Wohlbefinden und die Lebensqualität steigern kann, genauso wie bei den mehrwöchigen Trainings.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)?</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>	

			Es werden 3 Messungen gemacht. 1x vor dem Trainingstag, 1x 2 Wochen nach dem Trainingstag und 3 Monate nach dem Trainingstag.		
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Pflegerkräfte, welche in einem Pädiatrischen Spital arbeiten.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmenden wurden über Flugblätter und E-Mail-Verteiler rekrutiert. - Sie mussten klinische oder nicht-klinische Pädiatriepflegende sein. - Die Teilnehmenden mussten die Basiserhebung ausfüllen und sich zur Studie bereiterklären <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? 1. Stichprobe und 1 Vergleichsgruppe</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Die Stichprobe könnte grösser sein. Mit 22 Teilnehmenden und 26 Personen in der Vergleichsgruppe ist sie nicht sehr gross.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Dies wird nicht erwähnt</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen? Die Stichproben mit 22 und 26 Personen sind im Bezug zur Menge an Pädiatriepflegenden welche es auf der Welt gibt klein, jedoch lässt sich mit dieser Grösse bereits eine Aussage machen.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es ist eine Vergleichsgruppe vorhanden. - Es wird nicht erwähnt, wie diese erstellt wurde <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Es wurden von diesen 5 Personen nicht alle Umfragen ausgefüllt, dies sind die Dropouts.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Nein.</p>	

4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? Fragenbogen mussten ausgefüllt werden</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Die Messung wurde 3x durchgeführt.</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Ja. Daten, welche nicht vollständig waren wurden aus der Studie ausgeschlossen. 5 Personen wurden aufgrund von fehlenden Daten ausgeschlossen.</p>	
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Selbstmitgefühl, Achtsamkeit, Überidentifikation, Isolation, Mitmenschlichkeit, Selbstbeurteilung, Freundlichkeit, Gleichgültigkeit, Burnout, Depression, Angst, Stress, Resilienz, Belastbarkeit</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala des Selbstmitgefühls - Kognitive und affektive Achtsamkeitsskala - Mitgefühlsskala - 3 Skalen zur beruflichen Lebensqualität - Depressions-, Angst-, Stressskala - Skala zur Resilienz Aktivierung und -dekompression und berufliches Engagement <p>c. Welche Intervention wird getestet? Ein eintägiger Workshop welcher die Pflegenden in der Resilienz und dem Selbstmitgefühl, gegen Angst und Stress sowie Burnout stärken soll.</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja. Es werden sehr viele verschiedene Skalen verwendet.</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Ja. Beides</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Nein. Die Auswahl ist nicht begründet, jedoch mach sie Sinn und es wird genau erklärt für was sie genutzt werden und wie sie aussehen.</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nein</p>	

6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Die erhobenen Variablen sind Ordinalskaliert</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Es wurde das R-Paket «afex» von Sigmann et al., 2016 verwendet, um lineare gemischte Modelle zu erstellen und die Ergebnisse von vor und nach der Intervention zu vergleichen.</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Es wird nicht beschrieben wie hoch das Signifikanzniveau gelegt wird, jedoch haben sie eines definiert.</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Ja</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Ja</p>	
7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert? Ergebnisse der Befragung vor, nach und 3 Monate Postintervention</p> <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der Interventionsgruppestiegen die folgenden Ergebnisse von vor bis nach der Intervention – wurden bis 3 Monate später beibehalten - Achtsamkeit ($p < .001$) - Mitgefühlzufriedenheit ($p < .05$) - Dekompression des Mitgefühls und Resilienz zeigte nur nach der 3-monatigen Beobachtung eine signifikante Steigerung: <ul style="list-style-type: none"> - Mitgefühl ($p < .01$) - Resilienz ($p < .001$) - Die Folgenden Ergebnisse verringerten sich von vor bis nach der Intervention: <ul style="list-style-type: none"> - Burnout ($p < .001$) 	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? Ja. Mit Tabellen und auch im Text werden sie genau dargestellt.</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Angst (p <.01) - Stress (p <.01) 		
8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja die wichtigsten Ergebnisse werden erklärt und interpretiert. - Es werden andere Studien genannt und mit ihnen verglichen. <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja. Ein eintägiger Kurs für Pflegefachpersonen macht Sinn und ist wirkungsvoll.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie handelt konnten die Teilnehmenden selbst entscheiden, ob sie an der Intervention teilnahmen, dies ist evtl. eine Einschränkung für das Ergebnis. - Die geringe Stichprobengröße hat evtl. einen Einfluss, wenn man auf andere Spitäler/ Personen schliessen möchte. - Es waren nur Teilnehmenden aus einem pädiatrischen Spital. Das Ergebnis sähe evtl. anders aus, wenn auch Pflegende aus dem Erwachsenenbereich dabei gewesen wären. 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p>	
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag?</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll? Ja</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Nein, es werden nur Schwächen genannt.</p>	

			Solch ein Training könnte mich in meinem Berufsalltag im Umgang mit Stresssituationen umzugehen.	c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal – AICA- angepasst (Huber, 2018, in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Güte der Studie:

- **Objektivität:** Die Studie ist in Bezug auf ihre Objektivität eingeschränkt, da die Teilnehmenden einen Fragebogen ausfüllen mussten, welcher ihr subjektives Wohlbefinden einschätzt. Da die Teilnehmenden selbst entscheiden konnten, ob sie an der Studie teilnehmen wollten oder nicht, ist die Objektivität aufgrund der Mitarbeitsbereitschaft eingeschränkt.
- **Reliabilität:** Die Stichprobenziehung wird nicht erklärt. Dies schränkt die Reliabilität der Studie Massgebend ein, da sie somit nicht genau wiederholt werden kann. Die Messinstrumente wurden als reliabel eingestuft.
- **Validität:** Die verwendeten Messinstrumente wurden als valide eingeschätzt. Das verwendete Forschungsdesign ist nachvollziehbar und angemessen.

Evidenzlage: Die Evidenz der Studie entspricht der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

The Community Resiliency Model to promote nurse well-being

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Steigende Raten von sekundärem traumatischem Stress und Burnout bei Pflegepersonal signalisieren eine Krise im Gesundheitswesen.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel??</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Merkmale haben Wohlbefinden, Resilienz, sekundärer traumatischer Stress, Burnout und körperliche Symptome in einer Gruppe von Pflegenden? - Wie wirkt sich eine einzelne 3-stündige ZRM-Klasse im Vergleich zu einer aktiven Kontrollgruppe auf das Wohlbefinden, die Belastbarkeit, den sekundären traumatischen Stress, das Burnout und die körperlichen Symptome von Pflegenden aus? <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Zahlreiche Studien zeigen alarmierende Trends von schlechtem psychischem Wohlbefinden, Burn-out und körperlichen Gesundheitsproblemen bei Pflegefachpersonen auf.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Ja</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja</p>	
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) In dieser Studie wurden die Auswirkungen eines kurzen Resilienz-Trainings im Vergleich zu einem Training zu gesunder Ernährung bei</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>	

			zufällig zugewiesenen Teilnehmern gemessen		
			b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Die Befragung wurde 4x durchgeführt.		
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Pflegepersonal aus Notaufnahme, OP, IPS, Spezialabteilungen, ambulante Kliniken und medizinisch-chirurgische Abteilungen</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Diese Teilnehmer wurden dann nach dem Zufallsprinzip entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeteilt.</p> <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? 1 Stichprobe</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Die Stichprobe ist eher klein in Bezug auf die Population, deshalb ist sie nicht repräsentativ</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Zufallsprinzip</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengröße angemessen? Es ist eher eine kleine Stichprobe, angesichts der Grösse der Spitäler.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt? Zufallsprinzip</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? 119 von 196 haben schlussendlich am Kurs nicht teilgenommen aufgrund von Zeitmangel. Somit sind es 119 Dropouts.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Stichprobengröße ist klein und möglicherweise nicht repräsentativ für das allgemeine Pflegepersonal von verschiedenen Fachgebieten oder für die geografische Lage.</p>	

4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? Schriftliche Befragung mittels Fragebogen.</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? 1x vor dem Kurs und 3x nach dem Kurs (insgesamt 4 Erhebungen)</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja, alle füllten einen Fragebogen aus</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Wird nicht erwähnt</p>	
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Wohlbefinden, Stresstoleranz, Resilienz, Trauma Symptome, körperliche/ psychische Erschöpfung, kognitive Ermüdung, somatische Symptome</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - WHO-5 Well-being Index (WHO-5) - die Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC) - die Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) - das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) - die Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) <p>Die genannten Instrumente enthalten verschiedene Likert Skalen</p> <p>c. Welche Intervention wird getestet? Effektivität und unterschied eines Resilienz Trainings im Vergleich zu einem Ernährungskurs.</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Ja, beides</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht direkt begründet, jedoch genau erklärt, wie sie eingesetzt werden</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Fehlende Daten aufgrund von Ausfällen wurden anhand von t-Tests bewertet, um die Ausgangswerte derjenigen, die an einer oder mehreren Folgeerhebungen teilgenommen haben, mit denen derjenigen zu vergleichen, die nur die Ausgangsbefragung abgeschlossen haben. Es wurden mehrstufige lineare Modelle verwendet, um die wiederholten Messungen zu modellieren, fehlende Daten aufgrund von Abgängen im Laufe der Zeit zu bereinigen</p>	

				und Veränderungen im Laufe der Zeit zwischen den beiden Gruppen zu vergleichen, gefolgt von Post-Hoktests, die unter Verwendung der paarweisen Fehlerratenanpassung nach Sidak durchgeführt wurden	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Ordinalskala</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptive Datenanalyse - T-Test - P-Test - Cohen's d - Die Datenanalyse wurde mit dem PASS 2019 durchgeführt. - Die Daten wurden mit dem RED-Cap System erfasst. - Die Berechnungen wurde mit dem IBM SPSS Version 24.0 durchgeführt <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Es wurden die Effektstärken ausgerechnet und wie folgt interpretiert: kleine ($d = 0,2$), moderate ($d = 0,5$) und große ($d = 0,8$) Effektstärken</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Ja</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Ja Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Wird nicht erwähnt</p>	
7		Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert? <i>Forschungsfrage 1:</i> Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden randomisierten Gruppen in Bezug auf das Alter, die Anzahl der Jahre in der Krankenpflege oder bei einem der Basiswerte festgestellt. Die Merkmale von PTBS, somatischen Symptomen,</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? Ja</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja, inklusive Tabellen.</p>	

	Results		<p>Resilienz Mangel waren in beiden Gruppen vertreten. <i>Forschungsfrage 2:</i> 80% Prozent der Pflegenden in der ZRM-Gruppe zeigten nach einem Jahr ein signifikant verbessertes Wohlbefinden im Vergleich zum Ausgangswert. Die Verbesserungen bei den somatischen Symptomen in der CRM-Gruppe von der Ausgangssituation bis zum ersten Jahr signifikant ($p=.023$), wobei 60 % der Pflegenden nach einem Jahr eine signifikante Verbesserung der somatischen Symptome gegenüber der Ausgangssituation aufwiesen.</p> <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung? In der CRM-Gruppe zeigten sich mäßige bis große Effekte bei der Verbesserung des Wohlbefindens, der Belastbarkeit, des sekundären traumatischen Stresses und der körperlichen Symptome. Die Teilnehmer berichteten, dass sie ZRM-Techniken zur Selbststabilisierung bei stressigen Arbeitsereignissen einsetzten. Die Verbesserung der Symptome waren jedoch erst nach 1 Jahr signifikant zu sehen.</p>		
--	---------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Ja</p> <p>b. Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig ein Resilienz Training für die Pflegenden ist und es auch wirklich hilft.</p> <p>c. Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Ja</p> <p>d. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja</p> <p>e. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - kleine Stichprobengröße nicht repräsentativ - Es wurden nicht alle Posttests von allen Personen ausgefüllt 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p>	
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag? Dieses Resilienz Training könnte uns in unserem Beruf unterstützen.</p>	<p>b. Ist die Studie sinnvoll? Ja</p> <p>c. Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>d. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja</p>	

Anmerkung. LF = Leitfrage
Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal – AICA- angepasst (Huber, 2018, in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Güte der Studie:

- **Objektivität:** Die Studie wird als Objektiv eingestuft, da die Intervention bei allen in der Interventionsgruppe dieselbe war, sowie auch bei der Kontrollgruppe alle dieselbe Intervention erhielten.
- **Reliabilität:** Die Messinstrumente wurden von den Forschenden überprüft und als reliabel eingeschätzt. Die Teilnehmenden wurden randomisiert in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Datenanalyse wurde sehr ausführlich beschrieben.
- **Validität:** Da die Studie als randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt wurde weist sie ein valides Studiendesign aus.

Evidenzlage: Die Evidenz der Studie entspricht der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

The THRIVE© Program: Building Oncology Nurse Resilience Through Self-Care Strategies

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Resilienz, Burnout und sekundäre Traumata bei onkologischen Pflegefachkräften und was dagegen unternommen werden kann.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel?? Ziel war es ein evidenzbasiertes Programm für den Umgang mit Burnout, sekundären Traumata und die Stärkung der Resilienz zu entwickeln.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Immer mehr onkologische Pflegefachkräfte erleiden ein Burnout oder haben den Wunsch ihren Beruf zu verlassen, da dieser sie nicht mehr erfüllt. Auch gibt es viele vermeidbare Fehler, welche in der Pflege passieren, da das Personal überfordert oder nicht resilient ist. Dies führt zu Unzufriedenheit.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Ja. Das Ziel ist klar definiert.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja, es wird andere Literatur erwähnt sowie auch andere Studien miteinbezogen.</p>	
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? Die Auswirkungen des THRIVE Programms auf die Resilienz und das allgemeine Wohlbefinden der onkologischen Pflegefachkräften.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Das THRIVE Programm wurde jeweils 1x pro Jahr durchgeführt. Da fanden die Messungen jeweils vor und nach der Durchführung des gesamten Programmes statt. Also 2x.</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>	

3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Pflegefachpersonen, welches auf der Onkologie arbeiten und oft emotionalen und traumatischen Erlebnissen ausgesetzt sind.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Es wurden Flugblätter an geeignete Personen verteilt und diese konnten sich freiwillig anmelden.</p> <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? Es wurde eine Stichprobe definiert.</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Ja</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Personen konnten sich selbst anmelden.</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengröße angemessen? 160 Pflegefachpersonen scheint angemessen um eine Aussage machen zu können. Im Vergleich der Population jedoch zu klein.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt? Keine direkten Vergleichsgruppen. THRIVE Programm wurde mehrmals durchgeführt, diese Daten wurden für diese Studie zusammengezählt.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Es wurden keine Dropouts erwähnt</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Wurde nicht erwähnt</p>	
4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? Schriftliche Befragung mittels der Cognitive Functioning Self-Assessment Scale und der Connor Davidson Risc Scale</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Die Messung wurde 1x vor und 1x nach der Intervention durchgeführt.</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja. Alle haben dieselben Fragebögen erhalten</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben?</p>	

				Wurde nicht erwähnt	
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Wertes für Resilienz, Burnout und sekundäre Traumata</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitive Functioning Self-Assessment Scale - Connor Davidson Risc Scale <p>c. Welche Intervention wird getestet? Die Durchführung und den Erfolg des THRIVE Programms</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Ja. Sie sind valide und reliabel</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nein</p>	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Es sind Ordinalskalierte Daten.</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Es wurde der T-Test angewandt, das Signifikanzlevel (Alpha) bestimmt, sowie p-Values und df bestimmt. Genau wurde es jedoch nicht erklärt, es sind einfach die Ergebnisse der T, Alpha, p und df im Test zu sehen.</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Es wird von einem Signifikanzniveau gesprochen, jedoch nirgends erwähnt, wie hoch dies ist.</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Nein. Es wird beschrieben das die Prä- und Postprogramm Messungen miteinander verglichen werden, welche auch mit t, p und Alpha dargestellt werden, jedoch nicht wie die Analyse durchgeführt wird.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Kann nicht gesagt werden da die Analyseverfahren nicht genau beschrieben werden.</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Kann keine Aussage gemacht werden.</p>	Bei diesem Punkt fehlen in der Studie einige Angaben.

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert? Die Ergebnisse der Testung vor und nach dem THRIVE Programm werden präsentiert und miteinander verglichen.</p> <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Resilienz Werte sind nach dem Programm signifikant gestiegen (besser) - Die Burnout- und sekundäre Trauma Werte sind nach dem Programm signifikant gesunken (Besser) was darauf hindeutet, dass das Programm Erfolgreich ist. 	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? Ja</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja im Text und mit Tabellen.</p>	
8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die wichtigsten Ergebnisse werden erklärt. - Die Forscher interpretieren das THRIVE Programm als Hilfreich bei der Resilienzförderung der Pflegefachkräfte - Die Ergebnisse zeigen, dass ein angepasstes Programm für Manager noch zu entwickeln ist und auch darauf einen Fokus gelegt werden soll <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja. Das Forschungsziel kann aufgrund der Daten erreicht werden.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Braucht zeitliche Investition der Mitarbeiter 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja die Ergebnisse werden im Bezug zur Fragestellung besprochen.</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Nein</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe ist angemessen, jedoch einige Berufsrollen nur sind viel weniger Vertreten als andere - Stichprobe ist auf eine Einrichtung beschränkt-> Institutionelle Kultur könnte die Verallgemeinerbarkeit einschränken - Programm war anfangs nicht als Forschungsstudie eingestuft, deshalb wurden keine demographischen Daten aufgenommen. - Da die Mitarbeiter sich selbst anmelden konnten ist davon auszugehen, dass sie für ein solches Programm empfänglicher sind, als wenn es eine zufällige Stichprobe gewesen wäre. Was nun zu einer höheren Resonanz führen könnte. 		
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag? Es geht um Pflegepersonal auf der Onkologie, welche Traumatische Erlebnisse gemacht haben/ machen. Dies ist sehr wichtig für meinen beruflichen Alltag, da man auch auf anderen Stationen Traumatische Erlebnisse machen kann während dem Arbeit Alltag. Solche Trainings könnten die Resilienz, Burnout Gefahr und sekundären Traumas aller Pflegefachkräften lindern.</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll? Ja</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja. Das THRIVE Programm wird sogar jährlich am Jams Krankenhaus durchgeführt.</p>	

Anmerkung. LF = Leitfrage

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal – AICA- angepasst (Huber, 2018, in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Güte der Studie:

- **Objektivität:** Da die Teilnehmenden Selbstauskunftsbögen ausfüllen mussten sind die Angaben subjektiv, was einen Einfluss auf die Objektivität der Studie hat.
- **Reliabilität:** Die Reliabilität dieser Studie ist eingeschränkt, da die Datenanalyse nicht vollständig beschrieben wurde. Ebenfalls ist die Studie unübersichtlich gestaltet, die Informationen müssen zusammengesucht werden. Die Forscher verwendeten reliable Messinstrumente. Die Intervention wurde bereits mehrmals durch dasselbe Forschungsteam durchgeführt.
- **Validität:** In dieser Interventionsstudie wurde nur eine Interventionsgruppe erstellt, keine Kontrollgruppe, was die Validität der Studie einschränkt. Die verwendeten Messinstrumente sind valide.

Evidenzlage: Die Evidenz der Studie entspricht der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

The Impact of Arts Activity on Nursing Staff Well-Being: An Intervention in the Workplace

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Weltweit sind mehr als 59 Millionen Arbeitnehmende im Gesundheitssektor beschäftigt, die täglich einer Vielzahl von Gesundheits- und Sicherheitsrisiken ausgesetzt sind.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel? Ziel dieser Studie war es daher, die Auswirkungen künstlerischer Aktivitäten auf das Wohlbefinden von Pflegepersonal in einem Krankenhaus zu untersuchen.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Künstlerische Aktivitäten könnten als Instrument zur Verbesserung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz eingesetzt werden, welche zu besseren Pflegeergebnissen führt.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Ja</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja</p>	
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe Zusammenhang von Seidenmalerei und dem Wohlbefinden des Pflegepersonals - Intervention: Seidenmalerei, eine wöchentliche Seidenmalerei-Aktivität über einen Zeitraum von 10 Wochen 	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>	

			<p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Es wird 2x gemessen. Vor Beginn der Intervention und nach Beendigung der Intervention (nach den 10 Wochen)</p>		
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Pflegepersonal aus verschiedenen Abteilungen eines Akutspitals. Es wurde erwähnt, dass die Mehrheit der Pflegenden auf einer chirurgischen Abteilung arbeitet.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Es gab einen offiziellen Aufruf an der Studie teilzunehmen. Die Kriterien zur Aufnahme in die Interventionsgruppe waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit als Pflegefachperson - In dem besagten Krankenhaus angestellt zu sein - Fähigkeit und Verfügbarkeit, um an der Studie teilzunehmen - Keine Erfahrung mit Malerei/ Seidenmalerei zu haben - Einverständnis für die Studie zu geben <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? 1 Stichprobe welche aus 1x Interventionsgruppe (n = 56) und 1x Kontrollgruppe (n = 55) besteht</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Ja die Stichprobe ist repräsentativ</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Pflegenden konnten sich selbst melden, Mussten die Kriterien welche bei 3.b. genannt sind erfüllen.</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengröße angemessen? Nein, die Stichprobe ist klein in Bezug auf die Anzahl Pflegenden welche es gibt.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt? Die Kontrollgruppe wurde aus Personen gebildet, welche auf denselben Abteilungen arbeiten wie die Pflegenden aus der Interventionsgruppe.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? 4 Dropouts in der Kontrollgruppe. Da diese Pflegenden die Fragebögen nicht vollständig ausfüllten.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Wurde nicht erwähnt, jedoch sehr unwahrscheinlich.</p>	

4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen) Schriftliche Befragung mittels Fragebogen.</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Vor dem ersten Seidenmalkurs und nach den letzten Seidenmalkurs. Somit wurde die Messung 2x durchgeführt.</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? In der Kontrollgruppe wurden 4 nicht komplett ausgefüllt, diese wurden ausgeschlossen.</p>	
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Subjektives psychisches Wohlbefinden, subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand (Schmerzen, Funktionsfähigkeit), Stress</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt? WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale), SF-36 (Short Form-36), MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory) und die Stress-Skala</p> <p>c. Welche Intervention wird getestet? Seidenmalerei</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Ja, alle Messinstrumente sind reliabel und valide.</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Nein, es wird jedoch ausführlich erwähnt, wie valide sie sind.</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nein</p>	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Ordinalskaliert</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? - Die Daten wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft und die Nullhypothese unterworfen.</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Ja</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Ja</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Es wurde die deskriptive Statistik angewandt (Häufigkeit, Prozentsatz, Mittelwert, Standardabweichung) - Es wurde ein Man Whitney U-Test durchgeführt - Ebenfalls wurde der Wilcoxon Signed-Ranks-Test durchgeführt <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Das Signifikanzniveau wurde auf 0.05 festgelegt.</p>	<p>Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Wird nicht erwähnt</p>	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein positiver Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden - Steigerung der positiven Emotionen: Ein positiver Einfluss auf das psychische Wohlbefinden - Reduzierung von Stress - Verringerung der Müdigkeit - Stärkung des Gemeinschaftsgefühls am Arbeitsplatz - Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit - Steigerung der Energie und der Konzentration - Verringerung des arbeitsbedingten Stresses - Steigerung der Arbeitsproduktivität <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung? In der Interventionsgruppe zeigte sich die Tendenz, dass sich die Teilnahme an künstlerischen Aktivitäten positiv auf die allgemeine Gesundheit und das psychische Wohlbefinden auswirkte, Stress und Müdigkeit verringerte, die Kreativität weckte und das Gemeinschaftsgefühl bei der Arbeit stärkte. In der Kontrollgruppe wurden</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? Ja</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja</p>	
			keine Verbesserungen festgestellt. Von der Interventionsgruppe berichteten 93 %, dass sie Spaß daran hatten, und 75 % wollten die künstlerischen Aktivitäten in Zukunft fortsetzen.		

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Ja, künstlerische Aktivitäten können als Intervention am Arbeitsplatz genutzt werden, um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Pflegepersonals bei der Arbeit zu fördern, beruflichen Stress und Gesundheitsrisiken bei der Arbeit zu bewältigen und das Wohlbefinden der Organisation zu stärken.</p> <p>b. Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Ja</p> <p>c. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja</p> <p>d. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - relativ kleine Stichprobengröße - geschlechtsspezifische Kohorte (alle Teilnehmer waren weiblich) - kurze Zeitrahmen 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p>	
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag? Es zeigt, dass künstlerische Aktivitäten eine positive Wirkung auf mein psychisches Wohlbefinden hat und Stress und Müdigkeit verringert</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll? Ja</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weitere Forschungsarbeiten könnten die Kosteneffizienz der Teilnahme an künstlerischen Aktivitäten untersuchen - die Bewertung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Teilnehmer einige Monate/Jahre nach der Studie einbeziehen 	

				<ul style="list-style-type: none"> - das unabhängige Engagement der Teilnehmer in der Kunst (wie z. B. der Besuch kultureller Veranstaltungen usw.) nach dem Studienzeitraum und nach der Studie untersuchen - Teilnehmer aus ländlichen Gebieten und mit unterschiedlichem medizinischem Hintergrund einbeziehen - Verschiedene künstlerische Aktivitäten und die Auswirkungen der künstlerischen Aktivitäten je nach soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmer 	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal – AICA- angepasst (Huber, 2018, in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Güte der Studie:

- **Objektivität:** Die Fragebögen waren auf das subjektive Befinden der Teilnehmenden ausgerichtet, was die Objektivität der Studie beeinträchtigt.
- **Reliabilität:** Die Reliabilität der Messinstrumente wurde von den Forschenden überprüft und bestätigt. Das Vorgehen wird klar erläutert und die Studie kann wiederholt werden.
- **Validität:** Das Studiendesign wird als valide eingeschätzt. Die Messinstrumente wurden durch die Forschenden überprüft und als Valide bestätigt.

Evidenzlage: Die Evidenz der Studie entspricht der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Feasability and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Die Förderung der psychischen Gesundheit von Intensivpflegefachpersonen.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel?? Das Ziel war es herauszufinden, ob ein multimodales Resilienz Training für die Intensivpflegekräfte durchführbar und akzeptabel ist.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Da in den USA einen immer grösseren Mangel an Intensivpflegefachpersonen gibt (Weil die Pflegekräfte dort oft mit dem Tod oder Ethischen Dilemmas und schwierigen Situationen konfrontiert werden) haben sie eine erhöhte Prävalenz an psychischen Störungen zu erkranken. Um des verhindern zu können wurde diese Studie durchgeführt.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Ja</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja</p>	
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Es sollte den die Durchführbarkeit und Akzeptanz für einen Solchen Kurs ermittelt werden.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Es wurde 1 Testung gestartet, welche über 3 Monate hinweg ging. In dieser Zeit wurden mehrere Messungen vorgenommen, um den Erfolg feststellen zu können.</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>	

3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Pflegefachpersonen, welche auf der Intensivstation arbeiten.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Pflegerinnen welche mindestens 20 Stunden pro Woche auf der Intensivstation arbeiten, keine medizinische Grunderkrankung haben und einen Wert von 82 oder weniger auf der Connor-Davidson Resilienz-Skala erreichten waren zugelassen.</p> <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? Es wurde eine Stichprobe definiert. Diese enthielt eine Interventions- und eine Kontrollgruppe.</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Die Stichprobe ist nicht repräsentativ, da es viele Personen gibt, welche auf einer Intensivstation arbeiten.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Anhand der bei 3.b genannten Kriterien und Bereitschaft des IPS Pflegefachpersonen</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengröße angemessen? 29 Personen sind eher wenig für eine Stichprobe.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt? Es gab eine Interventions- und eine Kontrollgruppe, diese wurden randomisiert zugeteilt.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Niemand brach die Studie ab.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Es gab keine</p>	
4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? - Sitzungen (mündlich) - Fragebögen (Schriftlich)</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Die Messungen wurden jeweils vor und nach der Intervention durchgeführt.</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja,</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Ja</p>	

5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Akzeptanz der Pflegenden für dieses MBSR Programm - Den Erfolg des Programms. <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt? Verschiedene Fragebögen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) - The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) - The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - The Maslach Burnout Inventory (MBI) - The Client/Patient Satisfaction Questionnaire- 8 (CSQ-8) <p>c. Welche Intervention wird getestet? Den Nutzen von MBSR Therapie in Kombination mit schriftlichen Aufträgen, Bewegungsübungen und Gesprächen über schwierige Situationen.</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Ja</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Ja</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nein</p>	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Ordinalskalen und Nominalskalen</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Deskriptive Statistiken, Mittelwerte und Standardabweichungen oder Häufigkeitsverteilungen, wurden für die gesamte Kohorte und für die einzelnen Behandlungs- und Kontrollarme der Studie erstellt.</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Nein</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Ja</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Ja Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Nein</p>	

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es werden die Demographischen Daten präsentiert. - Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit den Interventionen sowie die Mittelwerte der HADS, MBI und PTSD Fragebögen präsentiert. - Es werden einige Beispiele der schriftlichen Expositionssession genannt. <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Untersuchung zeigt, dass das angewandte Resilienzprogramm eine positive Wirkung auf die Pflegefachpersonen der Intensivstation hat. - Ebenfalls zeigt es, dass ein solches Programm gut von den Pflegenden akzeptiert wird. 	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? Ja</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Die Tabellen müssen genau studiert werden, um sie zu verstehen, da noch viele Zahlen in Klammern gesetzt sind.</p>	
8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Nein, es war die erste Studie, welche die Durchführbarkeit und Akzeptanz eines erweiterten MBSR Programms untersuchte.</p> <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die geringe Stichprobengröße ist eine Limitation, da das Ergebnis somit nicht verallgemeinert werden kann. 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Nein. Sie werden nicht verglichen.</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja. Es werden Erklärungen gesucht für die Ergebnisse.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Die Studie war nicht ausreichend Signifikant bei den Veränderungen der Resilienz werten. - Die Intervention ist zu Zeitaufwändig - Es wurden keine Daten nach Beschluss der 12 Wochen erhoben (ob die Intervention fortgeführt wurde) - Nicht erfragt, ob nach der Intervention weniger IPS Pflegende den Wunsch haben zu kündigen - Es wurde nicht erforscht, ob die Intervention eine Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit hat. 		
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag? Es ist gut zu wissen, dass die Pflegenden bereit wären an einem MBSR Programm teilzunehmen. Dies Zeit auch wie hoch der Bedarf & Leidensdruck ist.</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll? Es macht Sinn das Interesse am MBSR Programm zu erforschen, jedoch hätten man dies mit der Forschung wie das MBSR Programm wirkt verbinden können und so viel mehr Aussagekraft erhalten.</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Nein, die Auswertung der Daten wurde zu ungenau beschrieben.</p>	

Anmerkung. LF = Leitfrage

Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal – AICA- angepasst (Huber, 2018, in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

Güte der Studie:

- **Objektivität:** Durch die schriftliche Datensammlung der Selbstauskunftsfragebögen wird die Objektivität der Studie beeinträchtigt. Jedoch wurden alle mündlich und schriftlich gesammelten Daten codiert und die Forscher konnten keine Rückschlüsse auf die Person ziehen, was die Objektivität gewährleistet.
- **Reliabilität:** Alle verwendeten Messinstrumente wurden überprüft und sind reliabel. Das Vorgehen wurde genau erläutert.
- **Validität:** Die verwendeten Messinstrumente sind als valide eingestuft worden. Das Studiendesign ist angemessen und nachvollziehbar ausgewählt.

Evidenzlage: Die Evidenz der Studie entspricht der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).