

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Belastung und Bewältigung der Pflege psychisch kranker Menschen“

Eine qualitative Studie zur Perspektive der Pflegenden in einer
niederösterreichischen Langzeitbetreuung

Verfasser

Franz Kiss

Angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, März 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Monika Linhart, PhD

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere,

...dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

...dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch Ausland (einer Beurteilerin / einem Beurteiler) zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und

...dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

In erster Linie möchte ich den zehn lieben Personen danken, die sich dazu bereit erklärt haben, mit mir ein Gespräch zu führen. Danke für das Vertrauen, die Ehrlichkeit und Offenheit, die Ihr mir entgegen gebracht habt. Ohne dieses Wissen wäre diese Arbeit niemals zustande gekommen.

Ganz besonders möchte ich mich auch bei meiner Betreuerin Frau Dr. Monika Linhart bedanken. Sie hat mich bei methodischen Fragen und Problemen immer unterstützt und mir den richtigen Weg gezeigt.

Bei meinen Eltern möchte ich mich ebenfalls herzlich bedanken. Durch sie wurde ich über den gesamten Verlauf des Studiums nicht nur finanziell, sondern auch mental unterstützt. Die vielen motivierenden Worte gaben mir die nötige Kraft und Ausdauer.

Bei meiner Lebensgefährtin Susanne Rommer, BScN möchte ich mich ganz besonders bedanken. Sie gab mir den Antrieb und war der wichtige Fels in der Brandung zu jeder Zeit. Danke für Deine Geduld und Unterstützung.

Zu guter Letzt möchte ich mich auch bei meinem Freund und Kollegen Mag. Thomas Salomon bedanken. Danke für die vielen fachlichen Diskussionen und für deinen Beistand während des gesamten Studiums.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die Pflege psychisch kranker Menschen stellt für die betroffenen Akteure oft eine schwere emotionale und körperliche Herausforderung dar, die es langfristig zu bewältigen gilt. Die Präsenz der Belastung und deren körperliche und psychische Auswirkung wie Burnout und Stress wurde durch manche quantitative Studien bereits bestätigt, jedoch gibt es noch wenig explizites Wissen dazu, wie die Pflegenden mit den verschiedenen Stresssituationen umgehen und welche Strategien sie zur Bewältigung dieser anwenden.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Belastungsfaktoren zu identifizieren und sie zu beschreiben. Der Schwerpunkt wurde dabei einerseits auf die Anwendung von Bewältigungsstrategien, andererseits auf die verursachten Emotionen und Symptome beim Pflegepersonal gelegt.

Methode: Die Daten von zehn, in Niederösterreich erhobenen semi-strukturierten Interviews wurden mit Hilfe der Grounded Theory Methodik analysiert. Aufgrund der begrenzten Rahmenbedingungen (mangelnde Zeitressourcen und zu kleine Stichprobe) konnte keine Datensättigung erzielt werden.

Ergebnisse: Nach der Analyse der Interviews zeigte sich, dass es zu verschiedenen Arten von Belastungen bei der Pflege psychisch kranker Menschen kommen kann, welche sich grundsätzlich in eine physische und psychische Belastung unterteilen lassen. Diese konnten im Anschluss noch weiter differenziert werden, denn wie sich herausstellte, werden nicht nur die Patienten, sondern auch Kollegen teilweise als starke Belastung wahrgenommen. Im Zuge dieser Erkenntnisse konnten spezifische Copingstrategien für die einzelnen Belastungsfaktoren identifiziert und erklärt werden. Es zeigte sich, dass manche Erlebnisse an Ort und Stelle mit gewissen Bewältigungsstrategien verarbeitet werden können. Andere Faktoren wirken sich sogar negativ auf das Privatleben aus.

Schlussfolgerung: Es bedarf weiterer Studien die sich damit beschäftigen, wie man die mentale Stärke zur Bewältigung beim Pflegepersonal erhöhen kann,

was neben der Präsenz von qualifiziertem Personal und gut funktionierender Kommunikation innerhalb des Teams, mit höchster Priorität zu betrachten ist. Ein enormes Belastungspotenzial auf psychischer Seite scheint teilweise gegeben zu sein, jedoch ist diese Untersuchung nicht repräsentativ für den gesamten psychiatrischen Bereich, sondern erlaubt einen Einblick in einer Langzeitbetreuung.

Abstract

Background: Nursing in a mental health setting is not always an easy psychological and physical challenge for the staff which they have to face for an ongoing period of time. The presence of those burdening factors and impact on physical and mental health was shown in some quantitative researches before. However, there is no knowledge about how the nursing staff copes with this large number of different stress situations and which coping strategies they use.

Aim: The aim of this research is to identify and to describe the burdening factors. Furthermore the focus was on the coping strategies used by the nursing staff and on which emotions have been triggered by the identified burdening factors.

Method: Ten semi-structured interviews were conducted in lower Austria and analyzed by using Grounded Theory. Due to limiting factors (lack of time and a too small sample) theoretical saturation has not been reached.

Results: The analyses show that there are various types of burdening factors caused by psychiatric nursing. Basically we can distinguish two types: physical and psychological factors. They can further be differentiated since it was found out that not only the patients but also the colleagues can be a very burdening factor. Specific coping strategies could also be found and described. It seemed to be possible to handle some burdening factors directly after using some specific coping strategies. Other burdening factors affected the staff even during their personal time.

Conclusion: There is a need for further studies about how the mental strength and coping strategies can be trained by specific programs. Attention should be paid to well educated staff and communication within the nursing team. Psychiatric nursing had sometimes a significant impact on the psychological health of the staff. However, this research is not representative for the whole mental health settings.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Problemdarstellung.....	2
1.2. Zielsetzung der Arbeit.....	3
1.3. Forschungsfragen.....	3
2. Theoretischer Hintergrund	5
2.1. Historischer Rückblick	5
2.2. Anfänge psychiatrischer Pflege	6
2.2.1. Wandel der Aufgaben	6
2.2.2. Die dunkle Vergangenheit.....	7
2.2.3. Aufschwung.....	7
2.3. Aktuelle Fakten und Entwicklungen.....	8
2.3.1. Bettenzahlen in psychiatrischen Einrichtungen	8
2.3.2. Anzahl der Pflegepersonen im Bereich der Psychiatrie.....	8
2.4. Heutige Rollendefinition und Erwartungen	9
2.4.1. Definition psychiatrischer Pflege:	10
2.4.2. Aufgaben der psychiatrischen Pflege	10
2.4.2.1. Primary Nursing (Bezugspflege).....	11
2.4.2.2. Kompetenzen.....	12
2.4.2.2.1. Zugangswege zu den Patienten	13
2.4.2.2.2. Therapeutic Touch	14
2.5. Allgemeine Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz	14
2.5.1. Definition psychischer Belastung	14
2.5.2. Definition psychischer Beanspruchung.....	15
2.5.3. Einflussfaktoren am Arbeitsplatz.....	15
2.5.3.1. Organisatorische Belastungen	15
2.5.3.2. Soziale Belastung	16
2.5.3.3. Physische Belastungen	16
2.5.3.4. Psychische Belastungen	16
2.6. Belastungen und Gefahren am Arbeitsplatz der Psychiatrie.....	17
2.6.1 Beziehungsgestaltung.....	17
2.6.2 Mangelnde Erfolgserlebnisse.....	18
2.6.3 Angst	18
2.6.4 Schutzlosigkeit	18
2.6.5 Fehlende Identität und Rollenkonflikte.....	18
2.6.6 Das Helfersyndrom	19
2.6.7 Aggression und Gewalt	20

2.6.8 Sekundäre Traumatisierung.....	22
2.6.9 Weitere Belastungssituationen	23
2.7. Stress als Auswirkung der Belastung	24
2.7.1. Definition	24
2.7.2. Stressoren	25
2.7.3. Der Transaktionale Ansatz der Stressforschung	25
2.7.3.1 Primärer Bewertungsprozess (Primary Appraisal)	27
2.7.3.2 Sekundärer Bewertungsprozess (Secondary Appraisal)	27
2.7.3.3 Definition von Emotion.....	27
2.7.3.4 Symptome.....	28
2.7.3.5 Bewertung.....	28
2.7.3.6 Definition von Coping	29
2.7.3.7 Neubewertung (Reappraisal).....	30
2.8. Burnout als Folge.....	31
2.8.1. Definitionsversuch.....	32
2.8.2. Entstehung	33
2.8.3. Merkmale	33
2.8.4. Wirkungsbedingungen	34
2.8.4.1. Kumulative und sequentielle Traumatisierung	35
2.8.4.2. Unterschiede von Pflegenden mit- und ohne Burnout	35
2.8.5. Arbeitszufriedenheit und Burnout in psychiatrischen Kliniken	37
2.9. Copingstrategien und Lösungsansätze	39
2.9.1. Supervision als Prophylaxe?.....	41
2.9.2. Resilienzförderung	42
2.9.3. Weitere Lösungsansätze.....	44
3. Methodik.....	46
3.1. Grounded Theorie.....	47
3.1.1. Anwendungsgebiet und Merkmale.....	47
3.1.2. Ziel.....	47
3.1.3. Kodiervorgang.....	48
3.1.4. Qualitative Forschung	50
3.1.4.1. Gütekriterien qualitativer Forschung	50
3.1.4.2. Gütekriterien einer Grounded Theorie Studie	51
3.1.4.3. Einhaltung der Gütekriterien.....	52
3.2. Stichprobe	53
3.2.1. Einschlusskriterien	53
3.2.2. Rekrutierung.....	54
3.2.3. Ethische Überlegungen.....	54
3.2.4. Datenerhebung	55

3.2.5. Datenanalyse	56
4. Erkenntnisse	57
4.1. Arbeitsalltag, Arbeitsumfeld und Kompetenzen	57
4.1.1. Organisation.....	58
4.1.2. Kommunikation	59
4.1.3. Empathie	60
4.1.4. Das Team.....	61
4.1.5. Personalsituation.....	62
4.1.6. Differenzen.....	63
4.1.7. Erklärung des Modells.....	65
4.2. Belastungen und Coping	65
4.2.1. Physische Belastung.....	66
4.2.1.1. Erleben der Belastung	67
4.2.1.2. Bewältigung der physischen Belastung.....	68
4.2.1.2.1. Technische Hilfsmittel	69
4.2.1.2.2. Team	69
4.2.2. Erklärung des Modells.....	71
4.2.3. Psychische Belastung	71
4.2.3.1. Aller Anfang ist schwer	72
4.2.3.2. Patientenbezogene Belastungsfaktoren.....	73
4.2.3.2.1. Verbale Aggressionen.....	73
4.2.3.2.2. Gewalt	75
4.2.3.2.3. Belastende Persönlichkeiten.....	78
4.2.3.3. Erleben der psychischen Belastung	79
4.2.3.4. Extremfälle.....	80
4.2.4. Erklärung des Modells.....	81
4.2.4.1. Bewältigung der patientenbezogenen Belastungsfaktoren	82
4.2.4.1.1. Krise	82
4.2.4.1.2. Ressourcen.....	83
4.2.4.1.2.1. Die Bewohner	83
4.2.4.1.2.2. Soziales Umfeld.....	85
4.2.4.2. Teambezogene Belastungsfaktoren.....	86
4.2.4.3. Bewältigung der teambezogenen Belastungsfaktoren.....	87
4.2.4.3.1. Kommunikation	88
4.2.4.3.2. Familie.....	89
4.2.4.3.3. Aktivitäten.....	90
4.2.4.3.4. Glaube und Spiritualität.....	91
4.3. Erklärung des Modells	94
4.4. Lebensqualität	94

4.4.1 Definitionen	94
4.4.2 Auswirkungen auf die Lebensqualität	95
4.4.2.1. Sozialkontakte und Familie.....	95
4.4.2.2. Gesundheit	98
4.5. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung	98
4.6. Erklärung des Modells	104
5. Diskussion	106
6. Stärken und Limitationen der Arbeit.....	111
7. Implikationen	112
7.1 Implikation für die Pflegepraxis.....	112
7.2 Implikation für die Pflegeforschung	114
8. Abbildungsverzeichnis	116
9. Literaturverzeichnis	117
10. Anhang.....	126

1. Einleitung

Sämtliche personenbezogene Bezeichnungen in dieser Arbeit sind als geschlechtsneutral zu verstehen.

Rund 900.000 Menschen nahmen 2009 in Österreich das Gesundheitssystem wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch. Es lässt sich eine hohe Wachstumsdynamik auf diesem Gebiet feststellen. Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen steigen doppelt so stark wie jene aufgrund von körperlichen Beschwerden (Sozialversicherung, 2011).

Diese Zahlen und Fakten einer Studie der Sozialversicherung zeigen, dass in Zukunft mit einem weiteren Anstieg der psychischen Erkrankungen zu rechnen ist. Aus diesem Grund wird auch die Anzahl der Personen die Pflegeleistungen in psychiatrischen Einrichtungen in Anspruch nehmen weiterhin steigen.

Um trotz dieser Tatsachen eine flächendeckende Versorgung im Bereich der Pflege psychisch kranker Menschen gewährleisten zu können ist es notwendig, die Pflegenden selbst vor einer chronischen Überbelastung zu schützen, die sich in Form eines Burnout-Syndroms äußern kann und schwerwiegende Folgen mit sich bringt.

„Hohe Burnout-Raten haben auch für die Betroffene Branche gravierende Auswirkungen. Gerade für das Pflegesystem muss mit fatalen Auswirkungen gerechnet werden. Ein Großteil der Qualität in Pflegeeinrichtungen steht und fällt mit der Pflegequalität.“ (Kreyer, Stieger, 2004, S. 16).

Um diesem Trend entgegen zu wirken und die hohen Burnout-Raten eventuell senken zu können ist es notwendig, die Stressoren zu identifizieren, um das Problem an der Wurzel bearbeiten zu können. Die dabei zum Einsatz kommen Bewältigungsstrategien stellen ebenfalls ein wichtiges Untersuchungsfeld dar.

1.1. Problemdarstellung

Der Arbeitsalltag in psychiatrischen Pflegeeinrichtungen ist mit hohen Belastungen psychischer und physischer Natur verbunden. Pflegendе sind täglich mit großen Herausforderungen konfrontiert die es zu bewältigen gilt. Die immer wiederkehrende Konfrontation mit Not, Leid, Ekel, Scham, Hilflosigkeit und Missverständnis verlangt nach geeigneten Bewältigungsstrategien um das Ausmaß der Belastung erträglich zu halten (Dondalski, 2003, S. 193). Zudem tragen mögliche Gewaltsituationen gegen die eigene Person, sowie verbale Attacken der Bewohner negativ dazu bei, die sich wiederholenden Stressoren adäquat zu bewältigen und zu verarbeiten.

Weiters kommt eine enorme körperliche Belastung im Umgang mit den Bewohnern hinzu, welche oft im Zusammenhang mit der richtigen Lagerung oder Körperpflege entsteht. Auch diese physischen Belastungen können Stress und nach langjähriger Durchführung auch eventuell körperliche Abnutzungerscheinungen hervorrufen. Ein oftmals knapp bemessener Personaleinsatz und der daraus resultierende Zeitmangel setzt die Pflegenden unter Druck, verursacht Stress und zwingt diese dazu, ihre Dienstleistung rationell und genau bemessen durchzuführen. Die emotionale Ebene, der Kontakt und das Gespräch von Mensch zu Mensch bleiben oft auf der Strecke, wobei dies für beide Seiten von großer Bedeutung für das gegenseitige Verständnis wäre.

Aus diesen zahlreichen Faktoren ergibt sich oftmals eine chronische Belastung welche sich in Arbeitsunzufriedenheit, chronischen Stress, Demotivation oder im schlimmsten Fall durch ein Burnout-Syndrom äußern kann. Abgeleitet daraus muss die psychiatrische Pflege nach Dondalsky (2003) zu den Professionen gezählt werden, welche zahlreiche Stressfaktoren zu bewältigen hat (Dondalsky, 2003, S. 193). Die negativen Folgen der Belastung sind oftmals Krankenstände, die über einen längeren Zeitraum andauern und sich ungünstig auf die Personalsituation auswirken. Organisatorischer Aufwand und

wirtschaftliche Einbußen auf der einen Seite und Überbelastung durch dauerhaften psychischen Stress auf der anderen Seite gaben Anlass dazu, mehr Wissen in diesem Bereich zu schaffen.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, welche Belastungen sich speziell aus der Tätigkeit der psychiatrischen Pflege ergeben und wie diese Belastungen von den Betroffenen subjektiv wahrgenommen werden. Die genaue Betrachtung der Arbeitsbelastung sowie die Identifikation von Copingstrategien soll das Hauptthema dieser Arbeit bilden.

Der Fokus liegt auf den verschiedenen Ereignissen die als belastend empfunden werden. Diese sollen aufgezählt und analysiert werden können. In weiterer Folge sollen vorhandene Bewältigungsstrategien gefunden werden, die es ermöglichen mit der Arbeit weiterzumachen und sich selbst zu motivieren. Wenn man das subjektive Empfinden versteht, ist es in weiterer Folge auch möglich Wissen zur Dezimierung der Belastung zur Verfügung zu stellen. Die folgenden drei Forschungsfragen sollen im Zuge der Arbeit analysiert und beantwortet werden:

1.3. Forschungsfragen

Welche Situationen werden als besonders belastend empfunden?

Welche Handlungen oder Reaktionen belasten das Pflegepersonal besonders und wie kann der Belastung entgegengewirkt werden. Wie fühlt sich die Belastung für das Pflegepersonal an? Gleichzeitig ist abzuklären welche Situationen als positiv empfunden werden und eventuell als Ressource genutzt werden können. Was kann auf Managementebene unternommen werden, um die Situation positiver zu gestalten?

Welche Ressourcen nutzen die Betroffenen zur Verarbeitung?

Woher schöpft das Pflegepersonal ihre Kraft? Was veranlasst sie weiterzumachen? Durch welche Aktivitäten wird ein Ausgleich geschaffen? Ist ein Ausgleich überhaupt von Nöten?

Wie wirkt sich die Arbeitsbelastung auf die Lebensqualität aus?

Beeinflusst der Arbeitsalltag das Privatleben der Pflegepersonen und wenn ja, in welchem Ausmaß. Wirkt sich die Tätigkeit auch auf die familiäre Situation aus? Können Handlungsempfehlungen dieser Beeinträchtigung entgegenwirken? Welche gesundheitlichen Auswirkungen ergeben sich für die Pflegepersonen auf einer psychiatrischen Station?

Um den Trend von Langzeitkrankenständen, häufigen Arztbesuchen, Beeinträchtigung der Lebens- und Pflegequalität entgegenzuwirken sollen im Anschluss die verantwortlichen Stressoren, auf Basis bereits vorhandener Literatur identifiziert und analysiert werden. Nur so können geeignete Maßnahmen und Strategien zur Bewältigung dieser Belastung im weiteren Verlauf gefunden werden.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Abschnitt soll der aktuelle Wissensstand zum Thema dargestellt werden. Um dies zu ermöglichen wurde zunächst der geschichtliche Wandel im Bereich der psychiatrischen Pflege bis hin zur Gegenwart mit aktuellen Zahlen und Tendenzen dargestellt. Im Kontext des geschichtlichen Wandels werden anschließend die heutigen Rollen und Erwartungen an die psychiatrische Pflege erklärt und es erfolgt die Definition des Begriffs und eine kurze Erklärung der Kompetenzbereiche.

Danach wird auf die Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz allgemein und speziell im Setting der psychiatrischen Pflege eingegangen. Nach der Beschreibung der Belastungsfaktoren werden die Auswirkungen dieser, wie Stress und Burnout dargestellt und die wichtigsten Punkte werden anhand von aktuellen Studien und Fachbüchern definiert und erklärt.

2.1. Historischer Rückblick

Psychisch kranke Menschen haben im Laufe der Geschichte viel Leid erfahren. Oft war die Geschichte der Psychiatrie eine Geschichte von guten Absichten aber schlechten Folgen für die Betroffenen (Sauter, Richter, 1999 in Sauter et al., 2004, S. 142). Mit dem Beginn der Psychiatrie als medizinische Wissenschaft im 19. Jahrhundert und der einhergehenden Verberuflichung der Pflege bekamen die dort tätigen Mediziner und Pflegekräfte sehr viel Macht über ihre Patienten. Psychiatrie wurde damals hinter hohen Anstaltsmauern und unter Ausschluss der Öffentlichkeit praktiziert. Des Weiteren lag die Definition von Gesundheit und Krankheit in den Händen der Psychiatrie, sie konnte also letztendlich bestimmen wer als „verrückt“ galt und somit die Regeln des akzeptierten Verhaltens festlegen (Sauter et al., 2004, S. 142).

2.2. Anfänge psychiatrischer Pflege

Mitte des 19. Jahrhunderts gehörten zum Aufgabenfeld der Irrenpflege vor allem Putz- und Reinigungsarbeiten, Aufnahme und Einweisung neuer PatientInnen, Unterstützung bei der Körperpflege und Nahrungsaufnahme, Überwachung der Kranken, Freizeitbeschäftigung, Rapport und Begleitung auf Visiten. Des Weiteren führten Irrenpfleger psychiatrische und medizinische Verordnungen aus wie Isolierung, Dauerbad, Bettruhe und Schlafkuren, Einläufe und Einreibungen. Diese wurden häufig auch als Zwangsmaßnahmen durchgeführt. Von den Wärtern wurde liebevolle Teilnahme, völlige Selbstverleugnung, Furchtlosigkeit, Engelsgeduld, Sanftmut und Selbstbeherrschung sowie Gehorsam gegen Vorgesetzte, Fleiß, Eifer, gesunder Menschenverstand, männlich fester Charakter und Gewissenhaftigkeit gefordert. Diese Forderungen wurden mit geringen Lohn, schlechten Arbeitsbedingungen, militärischen Dienstanweisungen und nicht vorhandener Pensionsberechtigung abgegolten, was zur Folge hatte, dass vorrangig „zwielichtige“ Personen diesen Beruf wählten (Sauter et al., 2004, S. 146). Aus diesem Grund litt natürlich auch die Qualität der Durchführung ihrer Arbeit.

2.2.1. Wandel der Aufgaben

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts verbesserte sich die Situation ein wenig. Immer mehr Einrichtungen führten Schulungen durch und die Arbeitsbedingungen für das damalige Wartpersonal verbesserten sich erheblich. In kleinen Schritten begann sich die Krankenpflege zu organisieren. In Österreich wurde 1893 der Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie zum Verein für Psychiatrie und Neurologie umgewidmet, was man als einen Meilenstein in der Geschichte bezeichnen kann. Krankheitsbilder, die vorher der Neurologie angehörten, wurden nun dem Bereich der Psychiatrie zugeordnet (Gabriel, 2001, S. 3). 1897 erschien in Deutschland die Zeitschrift „Die Irrenpflege“ die bis in die 1920er-Jahre verfügbar war. 1899 kam das

Unterrichtsbuch „Leitfaden für Irrenpflege“ an die Öffentlichkeit. Neue Therapien entwickelten sich anschließend und somit ergaben sich auch neue Aufgabenfelder für die Pflegenden.

2.2.2. Die dunkle Vergangenheit

Während der Zeit des Nationalsozialismus fielen tausende psychisch kranke Menschen einem regelrechten Ausrottungswahn zum Opfer (Sauter, Richter, 1999 in Sauter et al., 2004, S. 142). Man könnte diese Zeitspanne als die dunkelste Episode der Psychiatriegeschichte bezeichnen. Kurz nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten am 1. Januar 1934 trat das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Kraft. Dieses Gesetz regelte die Zwangssterilisation von Menschen mit erblich bedingter Blindheit und Taubheit, erblichen körperlichen Missbildungen und geistigen Behinderungen. Dabei ist ebenfalls zu erwähnen, dass die Wissenschaft zu dieser Zeit noch nicht in der Lage war die Erblichkeit dieser Krankheiten nachzuweisen (Sauter et al., 2004, S. 149f).

2.2.3. Aufschwung

Die Nachkriegsgeneration an Psychiaterinnen und Psychiater brachte eine Reihe von Neuerungen auf unterschiedlichsten Ebenen in der Psychiatrie in Deutschland. Diese Generation arbeitete als erste das unheilvolle Kapitel der Psychiatriegeschichte auf und diskutierte diese. Man distanzierte sich personell und inhaltlich von den vorangehenden Akteuren und kam zu der Erkenntnis, dass die Psychiatrie einer generellen Reform unterzogen werden musste. Die Reformen der 70er Jahre hatten vor allem Humanisierungsbestrebungen zugunsten psychisch kranker Menschen zum Ziel. Weiters wurde die Struktur der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen geändert und man distanzierte sich von der Gewaltanwendung gegenüber Patienten, die nun medikamentös behandelt wurden und vielerlei Rechte bekamen (Gaßmann et al., 2006, S. 11f).

2.3. Aktuelle Fakten und Entwicklungen

Im Jahr 2004 gab es in Österreich über 30 stationäre Einrichtungen welche ausschließlich psychisch kranke Menschen betreuten. Diese unterteilten sich in:

- Psychiatrische Sonderkrankenanstalten
- Psychiatrische und gemischt neurologisch/psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
- Spezielle Gerontopsychiatrische sowie
- Kinder und Jugendpsychiatrische Abteilungen und Einrichtungen
- Psychosomatische Abteilungen
- Abteilungen und Krankenanstalten für die Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Katschnig et al. 2004, S. 58).

2.3.1. Bettenzahlen in psychiatrischen Einrichtungen

Die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten (ohne Tages- und Nachtklinikplätze) lag im Jahre 2002 in Österreich bei 4.496 (Katschnig et al., 2004, S. 58f.). Weiters waren im Jahr 2000 insgesamt 3.139 psychiatrische Pflegepersonen (38,9 pro 100.000 Einwohner) in Krankenanstalten tätig, jedoch bestanden quantitative Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (Katschnig et al., 2001, S. 40).

Im Jahr 2011 gab es 5.309 tatsächlich aufgestellte Betten und es kam zu 116.378 stationären Aufenthalten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 14,96 Tage (Statistik Austria, 2011).

2.3.2. Anzahl der Pflegepersonen im Bereich der Psychiatrie

Insgesamt waren im Jahr 2011 3.453 Personen in Österreich in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege tätig, darunter 1.215 Männer und 2.238 Frauen. Es bestanden nach wie vor relativ hohe Unterschiede

zwischen den Bundesländern. Die meisten psychiatrischen Pflegepersonen sind in Oberösterreich (n=735), Wien (n=710) und Niederösterreich (n=639) angesiedelt, die wenigsten im Burgenland (n=17) (Statistik Austria, 2011).

Das Gesundheits- und Sozialwesen gehört mit 333.530 Fällen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 10,2 Tagen zu den Wirtschaftsklassen mit den häufigsten Krankenständen in Österreich (Statistik Austria, 2011).

2.4. Heutige Rollendefinition und Erwartungen

Der Wandel der sich in der psychiatrischen Krankenpflege vollzogen hat ist im Vergleich zum historischen Aufgabenfeld in Anbetracht der folgenden Definition enorm. Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) definiert folgende Aufgaben der Pflege. Pflege soll demnach:

- körperliche, geistige, seelische und soziale Bedürfnisse des Patienten erkennen und beurteilen
- Betreuung, Beratung, Versorgung und Begleitung des pflegebedürftigen Menschen übernehmen
- die Planung, Gewährleistung, Dokumentation und Auswertung einer individuellen umfassenden Pflege sicherstellen
- die Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen und anderen Berufsgruppen übernehmen
- Sterbenden am Lebensende beistehen und ein würdiges Sterben ermöglichen
- an der Aus-, Fort- und Weiterbildung des eigenen Nachwuchses mitwirken
- Pflegemethoden entwickeln und verbessern (Bertram, Ostermann, 2009, S. 341).

Die Frage nach dem spezifischen Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege ist nicht leicht zu beantworten. Obwohl die Berufsarbeit in den Institutionen des Gesundheitswesens durchwegs hochgradig arbeitsteilig organisiert ist, ist für die Pflege ein eher generalisierter Fokus typisch (Bertram, Ostermann, 2009, S.

341). Dennoch liegt der psychiatrischen Pflege ein mehrdimensionales Krankheitskonzept zu Grunde in dem der Mensch als Einheit von Körper, Seele und sozialem Umfeld verstanden werden sollte.

2.4.1. Definition psychiatrischer Pflege:

Die psychiatrische Pflege integriert:

- Aspekte der somatischen Medizin
- mit dem Selbstverständnis der körperbezogenen Allgemeinpflege
- sowie Aspekte der Sozialwissenschaften
- der Sozialarbeit
- und der Pädagogik (Gassmann et al., 2006, S. 67).

Gleichzeitig werden auch psychotherapeutische oder tiefenpsychologische Ansätze in das pflegerische Handeln aufgenommen. Psychiatrische Pflege orientiert sich vor allen an den Bedürfnissen von Patienten. Die Herstellung einer tragfähigen Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient (Bezugspflege) nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein. Das Hauptmerkmal vieler psychischer Erkrankungen ist eine Störung der Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen zu gestalten. Dies hat oftmals zur Folge, dass psychisch Kranke sehr isoliert und alleine leben, wobei menschliche Nähe zu den lebensnotwendigen Grundbedürfnissen zählt. Deshalb kommt dem Beziehungsprozess eine zentrale Bedeutung zu und stellt die Basis der psychiatrischen Pflege dar. Nur so kann eine Veränderung der psychischen Problematik und eine Reifung der Persönlichkeit erzielt werden

2.4.2. Aufgaben der psychiatrischen Pflege

- Gestalten des Milieus
- Beziehungsgestaltung
- Installierung, Begleitung und Leitung von Gruppen
- Krisenbegleitung und– bewältigung

- Entlassungsplanung
- Tages- und Wochenstrukturierung
- Patientenbeobachtung
- Sicherstellung der Medikamenteneinnahme und anderer therapeutischer Maßnahmen
- Begleitung des Patienten über die Gesamtheit des Krankheitsprozesses
- Angehörigenarbeit; Einbeziehung des sozialen Umfelds des Patienten
- Gestaltung der Strukturen einer Pflege- und Behandlungseinheit sowie Gewährleistung eines kontinuierlichen Informationsflusses zwischen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen
- Dokumentation und Steuerung der Dokumentationsqualität im interprofessionellen Sinn (Gassmann et al., 2006, S. 67f).

2.4.2.1. Primary Nursing (Bezugspflege)

Primary Nursing wird als ein patientenorientiertes Organisationsprinzip verstanden, dass Ende der 60er Jahre in den USA entwickelt wurde und bei dem jedem Patient bzw. jeder Patientin eine namentlich bezeichnete ausgebildete Primary Nurse (Pflegeperson) zugeordnet wird, was häufig eine höhere Zufriedenheit sowohl bei den Patienten, also auch bei den Pflegenden hervorruft. Zu den Hauptmerkmalen oder Prinzipien der Bezugspflege zählen:

- Zuteilung einer einzigen hauptverantwortlichen Bezugsperson
- Zuteilung einer Bezugsperson für alle Patienten
- Weitgehende Entscheidungsbefugnis der Bezugsperson
- Einzelverantwortung der Bezugsperson (Needham, Abderhalden, 2002, S. 189 ff).

Die Bezugsperson begleitet den Patienten / die Patientin vom Eintritt (Aufnahme) auf einer Station bis zum Austritt (Entlassung) aus dieser Station bzw. bis zur Verlegung auf eine andere Station. Weitere Aufgaben sind:

- Umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess
- Patientenorientierung
- Kontinuität der Pflege
- Beziehung zu den Patienten
- Kooperation
- Koordination
- Reflexion
- Direkte Kommunikation (multiprofessionelles Team)

(Needham, Abderhalden, 2002, S. 189 ff).

Wenn eine Nachbetreuung in der zuständigen Institution angeboten wird, sollte bestenfalls die zuständige pflegerische Bezugsperson daran teilnehmen (Needham, Abderhalden, 2002, S. 189 ff).

Unter Bezugspflege wird also wie bereits oben angeführt, die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und den Ihnen zugeordneten Patienten bzw. das Vertrauensverhältnis zwischen den beiden verstanden.

Das Miteinbeziehen der Psychotraumatologie in die Bezugspflege ermöglicht den Pflegekräften noch gezieltere Interventionsmöglichkeiten. Die Bezugspflege bietet die Voraussetzung für die Bearbeitung von Problemen, die den Patienten daran hindern, sich zufrieden und wohl zu fühlen. Da sich Psychotraumatologie mit den Folgen von traumatischen Erfahrungen auf das Seelenleben und der Entwicklung der Persönlichkeit auseinandersetzt, bietet sie ein breiteres Verständnis für viele psychische Störungen und Symptome und ermöglicht es den Pflegenden, mit Patienten, die als besonders schwierig wahrgenommen werden, kompetent umzugehen (Pillen, 2011, S. 262ff).

2.4.2.2. Kompetenzen

Des Weiteren müssen psychiatrische Pflegekräfte über komplexe Kompetenzen verfügen, um Ihren Berufsalltag meistern zu können. Nach Griesse und

Aderhalden (2010) verfügen erfolgreich Pflegende auf psychiatrischen Stationen über folgende Dimensionen von Kompetenz:

- Fachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenzen
- Personale Kompetenz

(Grieser, Abderhalden, 2010, S. 12ff).

Anhand dieser Studien wird deutlich, wie vielfältig der Aufgabenbereich von psychiatrisch Pflegenden ist. Jede dieser Kompetenzen verlangt nach Wissen in Bezug auf die Vorgehensweise und weiters ist Erfahrung nötig um Zugang zu den verschiedenen Patienten zu finden.

2.4.2.2.1. Zugangswege zu den Patienten

Um den Beziehungsaufbau zum Patienten zu erleichtern können Pflegende gezielt spezifische Zugangswege einsetzen:

- Der **körperliche Zugang**, den Pflegende vor allem bei psychisch kranken Menschen nutzen, die wenig Bezug zu ihrem Körper haben.
- Das **gemeinsame Tun**, das Pflegende besonders als Zugang zu Menschen mit verbalen Beeinträchtigungen nutzen.
- Die **Konversation**, die Pflegende vor allem bei psychisch kranken Menschen anwenden, die sich scheuen über sich selbst zu sprechen.
- Der **problemorientierte Zugang**, den Pflegende bei Menschen anwenden die Ihre Probleme nicht wahrhaben wollen.
- Der **medizinische Zugang**, den Pflegende bei bewegungsarmen Patienten anwenden die keine Nähe zulassen (z.B. Vitalwertkontrolle) (Schädle-Deininger, 2012, S. 72f).

2.4.2.2.2. Therapeutic Touch

Berühren und berührt werden sind Grundbedürfnisse und Voraussetzung für eine gesunde körperliche, emotionale und geistige Entwicklung. Therapeutic Touch könnte man als die Kunst bezeichnen, eine Berührung so auszuführen, dass sie den ganzen Menschen anspricht und beiderseitig wohltuend ist. Die therapeutische Berührung erfolgt schrittweise und dauert ca. 20 Minuten. Oft kann dadurch eine Verbesserung der Beziehung, der Kommunikation und des Behandlungserfolgs erzielt werden und auch die Pflegepersonen profitieren von dieser Methode (Rose, 2011, S. 36ff).

Dieses komplexe Handlungsfeld, in dem sich psychiatrisch Pflegende bewegen lässt darauf schließen, dass die Arbeitsbelastung in dieser Berufssparte sehr hoch ist. In der Literatur gibt es nur wenige Studien die sich explizit mit dem Thema der „Belastung psychiatrischer Pflege“ auf qualitativer Ebene auseinandersetzen. Die vorhandenen Studien fokussieren das Pflegepersonal allgemein und beschäftigen sich vorwiegend mit den Resultaten der Belastung wie Burnout, Stress und Arbeitszufriedenheit. Im Folgenden sollen die relevanten Dimensionen die im Bereich der „Belastung“ eine Rolle spielen erläutert werden.

2.5. Allgemeine Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz

Der Deutsche Normenausschuss Ergonomie hat die Begriffe psychische Belastung und psychische Beanspruchung als Norm folgendermaßen definiert:

2.5.1. Definition psychischer Belastung

Psychische Belastung wird als die Gesamtheit der erfassbaren Einflussfaktoren verstanden, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken (ISO 10 075-1, 1991).

2.5.2. Definition psychischer Beanspruchung

Psychische Beanspruchung wird verstanden als die individuelle, zeitlich unmittelbare und kurzfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen, seinem Zustand und seinen Bewältigungsstrategien (ISO 10 075-1, 1991).

Das soll also heißen, dass die Belastung von außen auf das Individuum einwirkt und in der Form und dem Ausmaß zur Beanspruchung wird, wie der/die Betroffene darauf reagieren, beziehungsweise die Belastung verarbeiten kann. Die psychische Belastung wird durch die Arbeitsaufgabe sowie durch die Arbeitsmittel und durch die soziale Arbeitsumgebung bestimmt (Hofmann, 2002, S. 17). Bei der physischen Belastung verhält es sich ebenso. Eine Studie aus Deutschland in der neun stationäre Pflegeeinrichtungen teilnahmen und insgesamt 146 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur psychischen Belastung und Beanspruchung befragt wurden kam zu den Ergebnissen, dass bei stationären Einrichtungen ein Anteil von 57% als psychisch belastet eingestuft werden konnte und der Anteil der psychischen Beanspruchung bei 47 % lag (Werner et al., 2011, S. 233ff).

2.5.3. Einflussfaktoren am Arbeitsplatz

Als am Arbeitsort typische Belastungen führen Litzcke und Schuh (2010) die folgenden vier Hauptkategorien an:

2.5.3.1. Organisatorische Belastungen

Daueraufmerksamkeit, häufige Unterbrechungen, Unvorhersehbarkeit von Abläufen, geringer Status, Arbeitsschwierigkeit, Arbeitstempo, Arbeitsumfang, Arbeitsplatzabmessungen, Gleitzeit, Leistungsnormen, Schicht- und Nachtarbeit, Überstunden;

2.5.3.2. Soziale Belastung

Unfaire Behandlung, große Abhängigkeit, Einzelarbeit, Gruppenarbeit, soziale Dichte (Überbelegung), soziale Isolation (Unterbelegung), Konflikte, Mobbing;

2.5.3.3. Physische Belastungen

Allseitige, einseitige und statische Muskelbelastung, Beleuchtung, Klima, Lärm, Schadstoffe, technische Einrichtung, Werkstoffe;

2.5.3.4. Psychische Belastungen

Angst, Misserfolg, Tadel und negative Folgen eigenen Handelns, Arbeitsplatzunsicherheit, fehlende Anerkennung und Unterstützung, fehlende Entspannung und Erholung, Fremdbestimmtheit, Informationsmangel, Betriebsklima, Konkurrenzdruck, Störungen, Zeit- und Termindruck, unklare und widersprüchliche Aufträge, Unterforderung (Monotonie), Verantwortungsdruck; (Litzcke, Schuh, 2010, S. 7). Eine Studie die sich mit der Arbeitsbelastung von Pflegekräften in Österreich auseinandersetzte und dafür 78 Pflegekräfte aus Wien und 59 aus Kärnten per Fragebogen befragte kam zu den erschreckenden Ergebnissen, dass 23% der Teilnehmer eine hohe Ausprägung emotionaler Erschöpfung aufwies. Weiters klagten 22% über monotone Arbeitsinhalte und mangelnde Entscheidungsfreiheit was sich in einer geringen Motivation äußerte. Beide Untersuchungsgruppen fühlten sich durch die Arbeitsbedingungen am stärksten belastet. An zweiter Stelle stand die Belastung durch die Patienten und Patientinnen selbst, gefolgt von der Beanspruchung durch Angehörige (Jenull, 2008, S. 16ff).

2.6. Belastungen und Gefahren am Arbeitsplatz der Psychiatrie

Um einen Vergleich mit den allgemeinen Belastungen am Arbeitsplatz zu ermöglichen, wurden die soeben aufgezählten Punkte angeführt. Speziell am Arbeitsort Psychiatrie kommt es häufig zu Belastungssituationen, die den Pflegenden sehr viel Kraft kosten können, wenn diese nicht dauerhaft bewältigt werden.

Pflegende sind in Ihrem Beruf, vor allem im psychiatrischen Bereich, starken seelischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Sie sind nicht nur durch ihr praktisches Handeln gefordert, sondern auch durch die Einbeziehung ihrer eigenen Persönlichkeit und des eigenen biografischen Hintergrunds. Angst, Enttäuschung, Mitleid, Hoffnungslosigkeit sind nicht nur Begleiter der Patienten, sondern aller professionellen Helfer (Schädle-Deininger, 2010, S. 78f).

Gaßmann et al. (2006) führen folgende typische Belastungen im Arbeitsumfeld der Psychiatrie an:

2.6.1 Beziehungsgestaltung

Die permanente Forderungssituation zu Menschen mit schweren Beziehungsstörungen eine Beziehung gestalten zu müssen, stellt sich als schwere Belastung heraus, da eine enorme Aufmerksamkeit erforderlich ist und häufig mit Frustrationsmomenten einhergeht. Diesbezüglich wurde in einer Studie von Schröck (2003) zur Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten herausgefunden, dass über 40 Prozent der vorrangig depressiven Patienten überhaupt keinen individuellen Kontakt zu Pflegenden hatten und sich nach fortlaufendem Krankenhausaufenthalt eine Abnahme der Interaktion verzeichnen lässt (Schröck, 2002, S. 17). Diese Tatsache könnte die als sehr zehrend empfundene Aufgabe der Beziehungsgestaltung bestätigen. Erschwerend kommt die Erkenntnis von Wolff (2002) hinzu, der in seiner Studie untersuchte, wie Pflegende ihre Patienten sehen und unter anderem

herausfand, dass diese hauptsächlich die Defizite wahrnehmen. Diese negative Sichtweise verhindert oft, dass die Kompetenzen und Ressourcen der Patienten wahrgenommen werden. Es ist eine ständige Herausforderung und Belastung für Pflegende, ihre Arbeit als positiv zu sehen (Wolff, 2002, S. 304f).

2.6.2 Mangelnde Erfolgserlebnisse

Der Erfolg der eigenen Arbeit in diesem Bereich ist schwer messbar. Häufig kommt das Gefühl des Misserfolgs hinzu, da Patienten die über lange Zeit mühsam stabilisiert wurden oft nach kurzer Zeit wieder zurückkehren.

2.6.3 Angst

Die Grenzen zwischen „psychisch normal“ und „psychisch krank“ sind sehr verschwommen und gerade im Umgang mit Psychotikern können auch Pflegende diese Grenze für sich selbst in Frage stellen. Angst wird durch selbst wahrgenommene psychotische Anteile ausgelöst.

2.6.4 Schutzlosigkeit

Pflegende in der Psychiatrie arbeiten sozusagen an „vorderster Front“. Sie sind teilweise den Kommunikationsmustern der Patienten ausgeliefert und eine Vielzahl von Konflikten muss ausgetragen oder ertragen werden. Hierbei fühlen sich Pflegende oft allein gelassen und missbraucht. Dies stellt einen massiven Stressfaktor dar, wenn im Team wenig Austausch darüber stattfindet.

2.6.5 Fehlende Identität und Rollenkonflikte

Das Besondere in der Beziehung zum Patienten wird oft als selbstverständliche persönliche Beigabe der Pflegeperson verstanden, wodurch Pflege sich selbst als professionelle Berufsgruppe verhindert anstatt diese Kompetenzen offensiv als professionelle Pflege zu kommunizieren. Verstärkt wird dies durch eine allgemeine Patientenzentriertheit wonach die eigene Professionalität und der

Berufsstand immer hinter dem Patienten steht (Wettreck, 2001 in Gaßmann et al., 2006, S. 78f). Auch die Bewältigung der Aufgaben des alltäglichen Lebens wird als selbstverständlich angenommen und die Arbeit der Pflegenden rückt dadurch in den Hintergrund.

2.6.6 Das Helfersyndrom

Das Helfersyndrom ist ein häufig beschriebenes Phänomen in der Literatur der psychiatrischen Pflege. Es wurde erstmals 1941 von dem Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer beschrieben. Ihm nach ist es eine Verbindung von charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen, wobei die soziale Hilfe auf Kosten der eigenen Entwicklung, zu einer starren Lebensform führt (Schmidbauer, 1983 in Sauter et al., 2004, S. 313). Helfen wird ein suchartiges Verhalten, bei dem das Helfen der Abwehr anderer Gefühle dient (Schmidbauer, 2002 in Gaßmann et al., 2006, S. 77). Das grundsätzliche Problem des Menschen mit Helfersyndrom ist die an einem hohen, starren Ich-Ideal orientierte soziale Fassade. Diese Fassade wird von einem kritischen, böartigen Über-Ich überwacht (Schmidbauer, 1983 in Sauter et al., 2004, S. 313). Wie man an der Formulierung erkennen kann, wurde das Syndrom in Anlehnung an Freuds Psychoanalyse entwickelt

Kennzeichen des Helfersyndroms:

- Eigene Schwäche und Hilfsbedürftigkeit werden verleugnet
- Gegenseitigkeit und Intimität in Beziehungen werden vermieden
- Es besteht starke orale und narzisstische Bedürftigkeit, die jedoch ganz oder teilweise unbewusst ist.
- Schwach ausgebildete Fähigkeit, erfüllbare Wünsche zu äußern
- Wünsche werden angesammelt, um sie dann als Vorwürfe der Umgebung gegenüber zu formulieren, z.B.: „Was habe ich nur alles für euch getan – und so lohnt ihr es mir.“ (Schmidbauer, 2002 in Gaßmann, 2006, S. 78).

Eine weitere charakteristische Eigenschaft des Helfersyndroms ist der starke Drang zu helfen und ein enormer Leidensdruck der entsteht, wenn solche Menschen nicht helfen können oder dürfen. Weiters ist das Helfersyndrom durch das unersättliche Verlangen nach Bestätigung und der Unfähigkeit, mit Kritik umzugehen geprägt (Schmidbauer, 2002 in Gaßmann, 2006, S. 78). Es ist eine schwere psychische Störung und wirkt sich auf HelferIn und PatientIn gleichermaßen negativ aus. In der Regel ist dieses Syndrom dem Betroffenen nicht bewusst, und Selbsterkenntnis ist der erste Weg zu Besserung. Es soll jedoch gesagt sein, dass das Helfersyndrom nicht mit dem normalen Hang zum Helfen verwechselt werden soll (Sauter et al., 2004, S. 313f).

Nach gründlicher Literaturrecherche konnten die im Anschluss vorgestellten Studien zum Thema gefunden und ausgearbeitet werden. Diese aktuellen Forschungsergebnisse zeigen die Belastung, den Arbeitsstress und die hohen Anforderungen der Pflege in der Psychiatrie deutlich auf. Arbeitsbelastung, Stress und Burnout spielen in den analysierten Studien eine zentrale Rolle.

2.6.7 Aggression und Gewalt

Aggressionen treten in allen zwischenmenschlichen Beziehungen auf, doch in der Psychiatrie spielt Aggression und Gewalt eine besondere Rolle, da vermutlich viele psychische Erkrankungen mit einer größeren Bereitschaft Gewalt anzuwenden, einhergehen. Manche beeinflussen auch das Aggressionspotential. Grundsätzlich wird Gewalt zur Durchsetzung bestimmter Zwecke eingesetzt. Sie hebt in unserem Kulturkreis die bestehenden Rechtsnormen und Rechtsverhältnisse auf und zielt auf die Erzeugung von Angst ab. Der Täter will bewusst oder unbewusst beim Opfer Angst hervorrufen. Somit kann man sagen, dass Gewalt psychischen und physischen Schaden hervorrufen kann (Schanz, Klawe, 2005, S. 264). Richter (2012) führte eine Studie in Bezug auf verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen durch. Obwohl das Wissen in Bezug auf physische Gewalt im psychiatrischen Bereich relativ hoch ist, weiß man wenig über die Auswirkungen verbaler

Aggressionen, die mit einem hohen Belastungsgrad und psychischen Stress verbunden sind. Das war der Grund für die Durchführung seiner Untersuchung, an der qualitative und quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz kamen. Insgesamt wurden 74 Interviews und eine Umfrage mit 1053 Personen in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse auf qualitativer Ebene zeigten, dass verbale Aggression sehr häufig und in nahezu allen Bereichen auftritt. Die folgenden Formen konnten identifiziert werden:

- **Beschimpfungen** (z.B.: „Verpiss Dich“)
- **Bedrohungen** inkl. Todesdrohungen (z.B.: „Hau ab oder ich bring Dich um“)
- **Persönliche Drohungen** (z.B.: „Ich weiß, wo deine Tochter zu Schule geht“)
- **Anschreien und permanente Aktivitäten** (z.B.: Flöten)
- **Sexualisierte/rüde Sprache** („Fick deine Mutter“)
- **Persönliche Merkmale/Schwächen** (z.B.: „Wie siehst du denn aus?“)
- **Infragestellung persönlicher Kompetenz** (z.B.: „Du hast keine Ahnung von Psychiatrie“)
- **Verweigerungshaltung** (Richter, 2012, S. 15).

Die Ursachen für das Zustandekommen dieser verbalen Gewaltattacken sind vielfältig und zahlreich:

- Unbefriedigte Bedürfnisse
- Unzufriedenheit mit der Behandlung
- Unterbrechung persönlicher Routinen
- Missverständnisse/Kommunikationsprobleme
- Organisationsprobleme (z.B.: Wartezeiten)
- Psychische Störung/kognitive Einschränkungen
- Generationsaspekte, Milieu/Subkultur (Richter, 2012, S. 15).

Auf quantitativer Ebene fand man heraus, dass die am häufigsten vorkommende Form von verbaler Aggression die Verweigerungshaltung ist.

Weiter häufig vorkommende Formen sind die rüde Sprache und die Beschimpfung. Todesdrohungen gegen die eigene Person oder gegen Familienangehörige sind die am meisten belastenden Aggressionsformen, jedoch ergaben sich teilweise Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Zusammengefasst sind verbale Aggressionen ein nahezu überall auftretendes Phänomen im Bereich der Psychiatrie. Die Formen verbaler Aggression sind genauso vielfältig wie die Reaktionen darauf. Besonders erstaunlich war die Erkenntnis, dass verbale Aggression als sehr viel belastender als physische Gewalt empfunden wird (Richter, 2012, S. 13ff).

Tatsache ist, dass sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen auf diesem Gebiet bis dato durchgeführt wurden. Es herrscht insgesamt ein hohes Maß an direkter oder unterschwelliger Gewalt auf psychiatrischen Stationen dem Pflegende durch ihre Frontposition ausgesetzt sind. Je weniger Möglichkeiten des Rückzugs und der Reflexion gegeben sind resultieren diese Erfahrungen in Stress und Angst (Wettreck, 2001 in Gaßmann et al., 2006, S. 78f).

Um Gewaltsituationen vorbeugen zu können und sich selbst in der Lage zu fühlen, eine Akutsituation meistern zu können, erweisen sich Deeskalations- und Selbstverteidigungstrainings für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Bereich der Psychiatrie als sehr hilfreich. Als wichtige Punkte kann man

- den offenen Umgang mit der Existenz von Gewalt in der Psychiatrie
- die Auseinandersetzung mit Stressmodellen und Konfliktsituationen
- die Einübung körperlicher Abwehrtechniken
- und die Einübung von verbalen Deeskalationstechniken nennen (Wildt et al., 2006, S. 11).

2.6.8 Sekundäre Traumatisierung

Belastende Situationen muss man im Berufsalltag der Pflege manchmal emotional abgrenzen, jedoch gelingt es nicht immer das emotionale

empathische Mitempfinden auszuschalten. Die Auswirkungen der indirekten Konfrontation mit einem Trauma durch z.B. eine detaillierte Erzählung auf das Pflegepersonal sind jedoch nicht zu leugnen. In einer Studie an der 189 Personen aus dem pflegerischen und therapeutischen Personal teilnahmen, zeichnete sich ein relativ hoher Anteil jener Menschen aus, die zumindest einmal in ihrer beruflichen Laufbahn eine sekundäre Traumatisierung erlitten. Darüber hinaus berichtete ein Drittel über Symptome die eine deutliche Belastung darstellten und bei über 10 % erreichte die Symptombelastung besondere Schwere. Bei der Mehrzahl klingen diese Symptome nach den ersten vier Wochen wieder ab aber bei doch knapp unter 10% chronifizierte sich die Belastung. Insgesamt besteht bei pflegerischen Berufen ein relativ hohes Risiko, im Laufe der Berufstätigkeit eine sekundäre Traumatisierung zu entwickeln (Daniels, 2010, S. 202ff).

2.6.9 Weitere Belastungssituationen

Dondalsky (2003) interviewte zur Arbeitsbelastung vier Pflegekräfte aus verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und es wurde zusätzlich eine Gruppendiskussion durchgeführt. Bei der Befragung nach besonders belastenden Situationen in ihrem Arbeitsfeld wurden folgende Punkte häufig genannt:

- Ansammlung akuter Patienten in den Behandlungseinheiten
- Nicht kooperationsfähige bzw. –willige Patienten
- Starke emotionale Einbindung in die Tätigkeit
- Unklares Handlungs- bzw. Rollenfeld
- Mangelnde Erfolgserlebnisse
- Ständige Störungen in den Arbeitsabläufen
- Wenig Anerkennung und Unterstützung von den Vorgesetzten
- Belastende Dienstzeiten (Dondalsky, 2003, S. 192).

Die bis jetzt vorgezeigten Forschungsergebnisse zeigen das enorme Stresspotential der psychiatrischen Krankenpflege auf, dass durch das sehr breit gefächerte Handlungsspektrum und die schwierigen Arbeitsumstände in Bezug auf die zumeist hohe kognitive Beeinträchtigung der Patienten zurückzuführen ist. Die Folge daraus ist oft eine Daueranspannung des gesamten Organismus, die chronischen Stress zur Folge haben kann. Doch was ist eigentlich Stress?

2.7. Stress als Auswirkung der Belastung

Der Begriff Stress kommt in seiner heutigen Bedeutung aus dem Englischen und ist ursprünglich eigentlich auf das Testen von Metallen und Glas auf ihre Belastbarkeit zurückzuführen. Stress ist die Reaktion des Organismus auf so genannte Stressoren. Diese treten meist in Form von Anforderungen und Bedrohungen auf.

- **Physische Stressoren:** Hitze, Lärm, Kälte, Luftdruckveränderungen, Hunger, Infektionen, Verletzungen, Reizüberflutung, schwere körperliche Arbeit etc.
- **Psychische Stressoren:** Versagensängste, Zeitmangel, Kontrollverlust, Prüfungen, Über- und Unterforderung, wichtige Verhandlungen etc.
- **Soziale Stressoren:** Isolation, Mobbing, Verlust vertrauter Menschen, Konflikte etc. (Litzcke, Schuh, 2010, S. 6).

2.7.1. Definition

„Stress definieren wir als Störung von Bedeutungs- und Sinnzusammenhängen, von Verständnis und reibungslosem Funktionieren, so dass Schaden, Verlust oder Herausforderung erfahren werden und Trauer, Interpretation und der Erwerb neuer Fertigkeiten notwendig sind“ (Benner, Wrubel, 1997, S. 85).

Dieses Zitat stützt sich auf diverse Arbeiten von Lazarus, Folkman und weiteren angesehenen Forschern in diesem Bereich. Grundsätzlich kann jede äußere Situation das Gefühl von Stress in uns auslösen, da vorrangig die subjektiven Einstellungen, Fähigkeiten und Ressourcen das Ausmaß der Stressreaktion bestimmen (Bergner, 2010, S. 161).

2.7.2. Stressoren

Als Stressoren in psychiatrischen Akutkrankenhäusern in London konnten nach einer quantitativen Studie unter Einbezug von 93 psychiatrischen Pflegekräften und der „Mental Health Professionals Stress Scale“ folgende Hauptadressen identifiziert werden:

- Mangel an qualifiziertem Personal
- Schwierige und fordernde Patienten
- Therapeutische (körperliche) Behandlungen (Jenkins, Elliott, 2004, S. 622f).

Das qualifizierte (diplomierte) Pflegepersonal zeigte auch eine höhere Arbeitsbelastung als die Assistenten oder Pflegehelfer. Ca. 50 % der Pflegenden zeigte Anzeichen eines hohen Burnout-Risikos in Bezug auf die emotionale Erschöpfung (Jenkins, Elliott, 2004, S. 622ff).

2.7.3. Der Transaktionale Ansatz der Stressforschung

Stress wird, wie auch in der Definition zur psychischen Belastung des Deutschen Normenausschusses schon eingangs behandelt, häufig als Außeneinfluss dargestellt. Diese Darstellung ist nach dem transaktionalen Ansatz der Stressforschung unvollständig (Litzcke, Schuh, 2010, S. 6f). Richard S. Lazarus (1922-2002), einer der bedeutsamsten Psychologen auf dem Gebiet der Stressforschung entwickelte das transaktionale Stressmodell, wonach Stress im Zusammenspiel zwischen situativen Anforderungen und individuellen Beurteilungen der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten entsteht

(Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1981 in Litzcke, Schuh, 2010, S. 7). Nach Lazarus treten Stressreaktionen nur dann auf, wenn die jeweilige Person ein Ereignis oder einen Reiz als Bedrohung bewertet. Die Person sieht eine mögliche Gefährdung oder Behinderung, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen oder Ziele zu erreichen. Der Grad der Bedrohung nimmt mit der persönlichen Wichtigkeit des betroffenen Motivs, der Wahrscheinlichkeit und der zeitlichen Nähe der Behinderung zu. Durch die Bewertung eines Ereignisses dient die als Bedrohung hervorgerufene Stressreaktion nach Lazarus der Bewältigung der Bedrohung. Die Stärke der Stressreaktion steigt dabei mit zunehmender wahrgenommener Bedrohlichkeit (Schützwohl, k.A., S. 4).

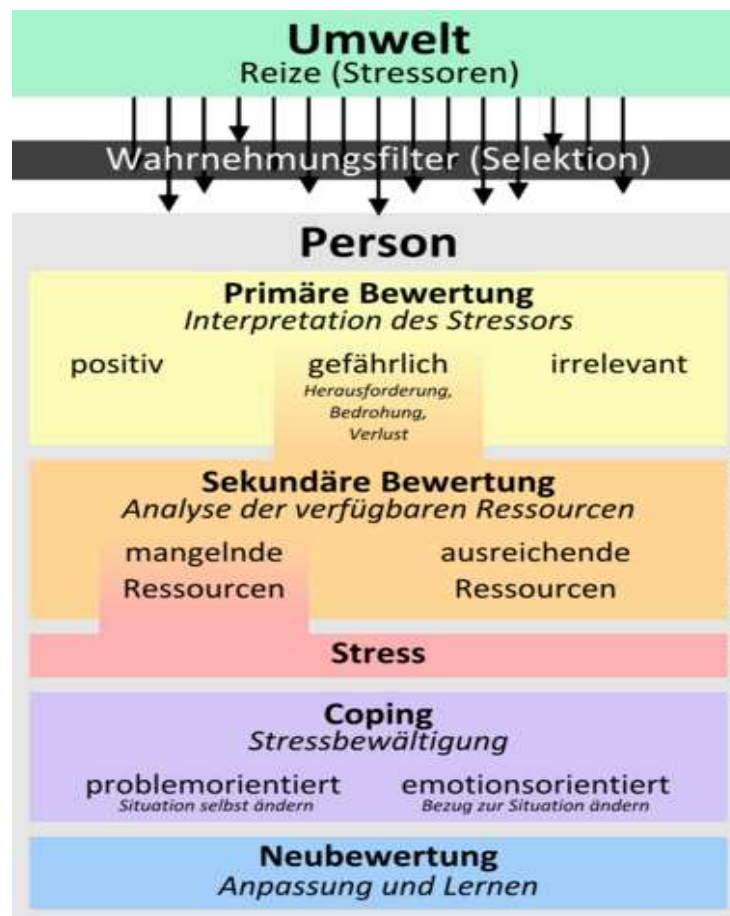


Abbildung 1: Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus (<http://upload.wikimedia>).

2.7.3.1 Primärer Bewertungsprozess (Primary Appraisal)

Im primären Bewertungsprozess geht es vorrangig um die Einschätzung, ob und in welcher Weise ein Ereignis als bedrohlich für das eigene Wohlergehen empfunden wird und in Bezug auf die Verwirklichung der persönlichen Ziele relevant ist. Erweist sich das Ereignis als irrelevant für die persönlichen Ziele, entsteht auch keine Emotion. Steht das Ereignis im Einklang mit den persönlichen Zielen, ist die Emotion positiv, ist dies nicht der Fall so erfolgt eine negative Emotion. Des Weiteren ist die Art der Ich-Beteiligung, also welche Aspekte der Ich-Identität vom Ereignis betroffen sind, von großer Bedeutung für die weitere Differenzierung fast aller positiver und negativer Emotionen.

2.7.3.2 Sekundärer Bewertungsprozess (Secondary Appraisal)

Im sekundären Bewertungsprozess stehen die Einschätzung ob ein Verschulden oder ein Verdienst vorliegt sowie die Einschätzung des Bewältigungspotentials und der zukünftigen Erwartungen im Vordergrund. Die Entscheidung über Verschulden oder Verdienst dient der weiteren Unterscheidung einzelner positiver und negativer Emotionen. Nach Lazarus kann zum Beispiel Traurigkeit nur dann entstehen, wenn kein Verschulden vorliegt oder Stolz nur dann, wenn ein Verdienst der eigenen Person gegeben ist (Schützwohl, k.A., S. 22f).

2.7.3.3 Definition von Emotion

Der Vorschlag von Lazarus zur Definition von Emotion:

Emotionen sind *„organisierte psychophysiologische Reaktionen auf Neuigkeiten über momentane Beziehungen [der Person] zu Ihrer Umwelt. „Neuigkeiten“ ist eine umgangssprachliche Bezeichnung für Wissen oder Überzeugungen über die Bedeutung der Person-Umwelt Beziehungen für das persönliche Wohlergehen. Die Qualität (z.B. Ärger vs. Furcht) und die Intensität (die Stärke der Mobilisierung oder der motorisch-physiologischen Veränderungen) der*

emotionalen Reaktion hängt ab von subjektiven Bewertungen – ich nenne sie kognitive Bewertungen – dieses Wissens in Bezug darauf, wie es auf kurze und lange Sicht um unsere Ziele steht, und von der auf diese Beziehung gerichteten Handlungstendenz. ... Emotionen sind im Grunde organisierte kognitiv-motivational-relationale Konfigurationen, deren Status sich mit Änderungen der Person-Umwelt Beziehung, wie sie wahrgenommen und bewertet wird, ändert“ (Lazarus, 1991a, S. 38 in Schützwohl, k.A., S. 18).

2.7.3.4 Symptome

Empfindet man ein Ereignis in der primären Bewertung nun als bedrohlich und somit als relevant, entscheidet die sekundäre Bewertung über die Auslösung von Stress.

Zu den körperlichen Symptomen die durch Stress ausgelöst werden gehören unter anderen:

- Kopfschmerzen
- Kurzatmigkeit
- Schwindel, Benommenheit
- Übelkeit, Bauchschmerzen
- Muskelanspannungen
- Erschöpfung
- Herzklopfen
- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen (Muijsers, 2005, S. 25).

2.7.3.5 Bewertung

Wenn ausreichende Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen kann man den Stresspegel auf erträglichem Niveau halten. Erscheinen einem die Bewältigungsmöglichkeiten ungünstig, so wird man auch mehr Stress empfinden. Sehr wichtig ist die Erwartung der Selbstwirksamkeit was bedeutet,

dass man sich selbst zutraut, das gegebene Problem bewältigen zu können (Litzcke, Schuh, 2010, S. 9). Lazarus betont jedoch, dass diese beiden Prozesse der Bewertung nicht nacheinander in einer festgelegten Reihenfolge ablaufen müssen.

„die Bewertungskomponenten derart angeordnet, dass sie ausgehend von sehr groben Entscheidungen – zum Beispiel, ob eine Emotion entstehen wird oder nicht (Zielrelevanz), ob die Emotion positiv oder negativ sein wird (Zielkongruenz oder Zielinkongruenz) – nach und nach auf die präzise Unterscheidung zwischen einer Emotion und einer anderen hinauslaufen. Indem die Optionen sich verengen, wird es möglich zu sagen, dass in diesem Kontext nur eine Emotion möglich ist. Die Struktur eines Entscheidungsbaums wird benutzt ... um die Bewertungsmuster für jede einzelne Emotion zu identifizieren.

Da ich behaupte, dass Bewertungen nicht sequentiell verlaufen ... , warum verwende ich die Struktur eines Entscheidungsbaums, der noch das Bild einer Person nahe legt, die schrittweise die Liste der Bewertungskomponenten nach unten durchgeht, bis die spezifischen Erfordernisse für eine einzelne Emotion erfüllt sind? Die Antwort lautet, dass die Anordnung in Form eines Entscheidungsbaums dem Leser das Verständnis der theoretischen ... Logik der Bewertung erleichtert, aber sie beschreibt nicht wie eine Person in der realen Welt Bewertungen vornimmt. Es ist vielmehr ein didaktischer Kunstgriff als eine Darstellung wie die Dinge wirklich funktionieren“ (Lazarus, 1991a, S. 151 in Schützwohl, k.A., S. 22).

2.7.3.6 Definition von Coping

Nach Lazarus sind Bewältigungsstrategien willkürliche, planvolle und komplexe Bemühungen die Person-Umwelt Beziehung möglichst vorteilhaft für sich zu gestalten.

„We define coping as a constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus, Folkman, 1984, S. 14 in Lazarus, 2006, S. 110).

“To say this more simply, coping is the effort to manage psychological stress” (Lazarus, 2006, S. 110f).

Lazarus unterscheidet zwei Formen von Bewältigungsstrategien:

- **Problemorientierte Bewältigungsstrategie**

Konkrete Verbesserungen der Person-Umwelt Beziehung indem durch direktes Handeln versucht wird, die beteiligten Komponenten (Umwelt und/oder Person) zu verändern.

- **Emotionsorientierte Bewältigungsstrategie**

Zielt auf die Veränderung der subjektiven Sichtweise ab, beeinflusst diese Beziehung allerdings nicht direkt.

Im Fall von verbalen Aggressionen zum Beispiel reichen die Bewältigungsstrategien der Pflegenden von Ignorieren („Linkes Ohr rein, rechtes Ohr raus“) über Rationalisieren („Das macht mir nichts wenn es ein psychisch Kranker sagt“) bis hin zu Hilflosigkeit und Enttäuschung. Es wurde auch von Fällen berichtet bei denen die permanenten Bedrohungen und Beschimpfungen nicht mehr ausgehalten wurden und diese zur Kündigung führten.

2.7.3.7 Neubewertung (Reappraisal)

Beide Formen des Coping führen zu einer Neubewertung der Person-Umwelt Beziehung. Abhängig vom Muster der Ereignisse dieser Bewertung können sie auch eventuell zu neuen Emotionen führen. Nach Lazarus ist der

Emotionsprozess ein sich ständig verändernder Prozess. Die beteiligten Komponenten beeinflussen sich in diesem Prozess wechselseitig (Schützwohl, k.A., S. 29f ; Richter, 2012, S. 15).

Psychologischen Stress definiert Lazarus (1984) daher als eine bestimmte Beziehung zwischen Individuum und Umwelt, die von der Person als entweder beanspruchend aber lösbar bewertet wird, oder als die eigenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten überfordernd bewertet wird. Das Individuum sieht das eigene Wohlbefinden durch dieses Verhältnis als gefährdet an (Lazarus, 1984, S.19).

Eine Studie aus England in der die Stressoren im psychiatrischen Pflegebereich auf quantitativer Ebene untersucht wurden, ergab, dass Stress bei psychiatrisch tätigen Pflegekräften Merkmale wie geringeres Selbstvertrauen und das Gefühl einer geringen persönlichen Entfaltung hervorruft und dies schlussendlich oft die Pflegequalität und die persönlichen Entwicklungsperspektiven negativ beeinflusst (Fagin et al., 1995, S. 347). Weiters konnten Oddie und Ousley (2007) in Ihrer quantitativen Studie zu den berufsbedingten Stressoren in der psychiatrischen Pflege herausfinden, dass organisatorische Probleme die Hauptursache für arbeitsbezogenen Stress sind und dieser sich in einer hohen Burnout-Rate manifestierte. Es wurden auch Probleme mit Kollegen und begrenzte personelle und wirtschaftliche Möglichkeiten mit Stress und Burnout assoziiert. Mehr als 50 % wiesen eine hohe Burnout-Belastung in Bezug auf die emotionale Erschöpfung auf (Oddie, Ousley, 2007, S. 32).

2.8. Burnout als Folge

Der amerikanische Psychoanalytiker Freudenberg (1974) beobachtete bei Sozialarbeitern in alternativen Organisationen, dass einige etwa ein Jahr nach Arbeitsaufnahme psychisch zusammenbrachen und führte den Begriff Burnout in die Psychologie ein. Maslach (1981) war eine der ersten Wissenschaftlerinnen die Studien zum Thema Burnout durchführte und 1981

zusammen mit Jackson (1981) das Maslach Burnout Inventory (MBI) entwickelte. Heute kommt dieses Instrument in beinahe allen Burnout-Studien zur Messung von Burnout zum Einsatz. Burnout könnte man auch als Resultat von chronischem Stress bezeichnen. Beide haben gemeinsam, dass Individuen unterschiedlich damit zurechtkommen und unterschiedlich reagieren. Das Fehlen einer einheitlichen Definition von Burnout stellt das größte Problem bei der Erforschung dieses Phänomens dar. Einig ist man sich darüber, dass Burnout und Depression einander ähneln. Burisch (2006), Gründer des Burnout-Institut 2008 in Norddeutschland (BIND) ist einer der anerkanntesten deutschsprachigen Burnout-Forscher und führt sieben Hauptkategorien die Burnout beschreiben an:

2.8.1. Definitionsversuch

1. Warnsymptome wie überhöhter Energieeinsatz und Erschöpfung in der Anfangsphase
2. Reduziertes Engagement
3. Emotionale Reaktionen wie Depression oder Aggression
4. Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Motivation, der Kreativität und verstärktes Schwarz-Weiß-Denken
5. Verflachung des emotionalen, des sozialen und des geistigen Lebens
6. Psychosomatische Reaktionen
7. Verzweiflung bis hin zu Selbstmordabsichten (Litzke, Schuh, 2010, S. 157ff).

„Im Zentrum des Burn-out-Syndroms scheinen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse zu stehen, die entweder gar nicht, nicht mehr oder nur unter Hintanstellung der meisten anderen Ziele zu realisieren sind“ (Wendt, Ensle, 2008, S. 21).

2.8.2. Entstehung

Zur Entstehung kommt es wenn Betroffene erste Warnsymptome nicht wahrnehmen oder falsch deuten oder Stress zweiter Ordnung vorliegt. Das bedeutet nach Burisch (2006), dass man unter Stress steht und keinen Ausweg sehen kann diesen zu bewältigen. Dieser Umstand löst Hilflosigkeit aus und wenn die Hilflosigkeit auf kein konkretes Ereignis mehr beschränkt werden kann sondern auf viele oder alle Situationen übertragen wird, spricht man von einem Burnout (Litzke, Schuh, 2010, S. 157ff).

„Eine Umwelt, die ein Individuum zu häufig oder zu intensiv vor subjektiv bedrohliche Situationen stellt oder ihn zu häufig oder zu nachhaltig wichtige Bedürfnisbefriedigungen vorenthält, sorgt für Stress, u. U. Dauerstress. Scheitern die Bewältigungsversuche oder sorgen sie für nunmehr „hausgemachte“ Bedrohungen/Frustrationen, dann ist der Weg für einen Burnout-Prozess bereitet“ (Burisch, 2006, S. 103).

2.8.3. Merkmale

Stolle et al. (2001) sagen ebenfalls, wie Eingangs schon erwähnt, dass Burnout vor allem in Berufsgruppen mit dem „Arbeitsgegenstand Mensch“ anzutreffen ist und sich nach langjähriger Tätigkeit in diesem Bereich häufig die folgenden drei Ebenen nach Maslach (2001) feststellen lassen:

- **Emotionale Erschöpfung**
 - Betroffene fühlen sich chronisch müde und ausgelaugt
 - das Mitgefühl (Empathie) nimmt ab
 - sehr gedämpfte emotionale Reaktionen auf andere Menschen
- **Entpersönlichung bzw. „depersonalisation“**
 - die persönliche Einbringung und das Engagement für die Arbeit schwindet

- zunehmende persönliche Distanz
 - „mechanische“ Reaktionen
 - am Ende funktioniert man als die Hülle seiner selbst.
 - negative Haltungen die einen als zynisch erscheinen lassen
- **Reduziertes Kompetenzgefühl (Wirksamkeitserleben)**
 - eingeschränkte Leistungsfähigkeit
 - Man fühlt sich als ob man trotz gesteigerten Aufwands immer weniger erreicht (Stolle et al., 2001, S. k.A).

„Über einen längeren Zeitraum gestresst zu sein und am Rand der eigenen körperlichen und psychischen Energiereserven zu arbeiten, löst ein Gefühl aus, völlig ausgebrannt zu sein“ (Kollak, 2008, S. 10).

2.8.4. Wirkungsbedingungen

Folgende Wirkungsbedingungen für Burnout können aufgezeigt werden:

- **Institutionell:** Personalmangel, Zeitmangel, Mangel an Einflussmöglichkeiten, Mangel an Unterstützung und Anerkennung, geringer Kooperation und das Fehlen von Supervision
- **Individuell:** Ängstlichkeit, Selbstzweifel, Selbstüberschätzung, geringe Frustrationstoleranz, soziale Anpassungstendenz, starkes Über-Ich (Gewissen)
- **Interpersonell:** Konzentration auf Probleme, Mangel an positiver Rückmeldung durch Patienten, hohe emotionale Belastung, geringe Möglichkeiten zur Veränderung (Stolle et al., 2001, S. k.A)

2.8.4.1. Kumulative und sequentielle Traumatisierung

Man kann zwischen kumulativer und sequentieller Traumatisierung unterscheiden. Die für das Entstehen von Burnout in der Krankenpflege am häufigsten relevante Traumatisierung ist die Kumulative, da es hier zwischen den traumatischen Ereignissen zu keinen oder nur geringen Erholungsphasen kommt, diese immer wieder unterbrochen werden und sich somit eine Dauerbelastung ergibt (Stolle et al., 2001, S. k.A; Kirchner, 2008, S. 12f). Nolting et al. (2000) führten eine bundesweite Umfrage der DAK-BGW in Deutschland durch und kamen zu dem Ergebnis, dass das Burnout-Syndrom im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt zu einer deutlich höheren Erkrankungsrate der Pflegenden führt. Der Anteil von 22% der psychischen Erkrankungen fällt dabei deutlich auf (Gianni, 2005, S. 343).

2.8.4.2. Unterschiede von Pflegenden mit- und ohne Burnout

Beim Vergleich von Pflegenden mit und ohne Burnout, kommen Aries et al (1999) zu folgenden Ergebnissen:

Pflegende mit Burnout fühlen sich stärker durch den Zeit- und Verantwortungsdruck überfordert und leiden mehr unter mangelndem Feedback. Sie fühlen sich stärker kontrolliert, haben weniger Handlungsspielraum und das Verhältnis im Team ist schlechter als das in der Gruppe der Pflegenden ohne Burnout.

Ebenso weisen Pflegende mit Burnout größere Unzufriedenheit bezüglich der Bezahlung und der Arbeitszeiten auf und denken ernsthaft daran, aufgrund der Arbeitsbedingungen, aus dem Beruf auszusteigen (Aries et al., 1999, S. 85f).

Happel et al. (2003) untersuchten die Unterschiede der Burnoutprävalenz zwischen psychiatrischen Krankenschwestern in geschlossenen Anstalten mit geistig abnormen Rechtsbrechern und allgemeinen psychiatrischen Einrichtungen anhand eines quantitativen Fragebogens. Entgegen der

allgemeinen Meinung, dass die Arbeit in geschlossenen Anstalten als anstrengender empfunden wird, stellte sich heraus, dass die Pflegepersonen in allgemeinen psychiatrischen Anstalten einen höheren Burnoutlevel aufweisen als jene in einer geschlossenen Anstalt. Weiters konnte ein höherer Grad an Arbeitszufriedenheit bestätigt werden. Sie waren auch zufriedener mit der Unterstützung seitens des Managements und fühlten sich mehr in Entscheidungsprozesse die die Arbeit betreffen eingebunden. Insgesamt sind Pflegepersonen in geschlossenen Anstalten auch in Bezug auf Information über das Krankheitsbild des Patienten zufriedener und der Arbeitsalltag scheint positiver und unterstützender gestaltet (Happel et al., 2003, S. 45f).

Eine weitere Studie von Kilfedder et al. (2001) untersuchte insgesamt 510 psychiatrische Pflegepersonen mit einem Durchschnittalter von 40 Jahren in einem schottischen Unternehmen per Fragebogen. Auch hier wurde das Modell von Maslach zur Einschätzung der Burnoutgefährdung verwendet.

Es wurde auch hier angenommen, dass psychiatrische Pflegepersonen einen höheren Burnoutlevel aufweisen als andere Pflegegruppen, da zu den allgemeinen Pflegebelastungen noch die Tatsache hinzukommt, dass man es mit psychisch kranken Personen zu tun hat. Doch das war nicht der Fall. Insgesamt wiesen lediglich 2 % der Befragten Personen einen hohen Burnoutlevel auf, welcher sich durch hohe emotionale Erschöpfung, hohe „Entpersönlichung“ und niedriges Kompetenzgefühl äußerte. Zusammengefasst kam es bei der Untersuchungsgruppe seltener zu Burnout als bei anderen Berufsgruppen wie Ärzten oder Lehrern die ebenfalls als gefährdet gelten.

Festgestellt wurde, dass Burnout bei jüngeren besser qualifizierten Personen, die mehr direkte Kontrolle über ihre Arbeit haben, häufiger vorkam als bei älteren niedriger Qualifizierten (Kilfedder et al., 2001, S. 383ff). Bei Ärzten die in psychiatrischen Einrichtungen tätig sind, spielt die Bedeutung der Persönlichkeitsfaktoren und die persönliche berufliche Entwicklung eine wichtige Rolle bei der Ausprägung von Burnout (Modestin et al. 2001, S. 163ff).

Das entspricht der allgemeinen Meinung, dass sich Burnout bei Menschen unterschiedlich auswirkt, nämlich in dem Maß, wie das Individuum die Situation (Zeitraum) subjektiv bewältigen kann.

2.8.5. Arbeitszufriedenheit und Burnout in psychiatrischen Kliniken

Eine an der FH Braunschweig durchgeführte Untersuchung ging der Frage nach, welche Faktoren die Arbeitszufriedenheit an psychiatrischen Abteilungen erhöhen. Neben Fragen zu strukturellen Angaben, wie zum Beispiel Arbeitszeiten, wurden in vereinfachter Form auch Fragen des Maslach Burnout Inventory (MBI) gestellt um mögliche Risiko- aber auch Schutzfaktoren für das Burnout-Syndrom im psychiatrischen Arbeitsfeld zu finden. Dafür wurden Daten von 130 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus zwei psychiatrischen Kliniken und einer psychosomatischen Klinik in Deutschland per Fragebogen erhoben.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Arbeitszufriedenheit von der Mehrheit der befragten Personen als relativ hoch beurteilt werden kann. Die Zusammensetzung der Patienten wirkt sich jedoch signifikant auf die Arbeitszufriedenheit aus. Diese sinkt mit steigender Anzahl schizophrener Patienten in einer Abteilung. Je niedriger die Anzahl schwer psychisch kranker Patienten, desto höher ist die Arbeitszufriedenheit. Weiters werden klar formulierte Behandlungsziele als besonders wichtig empfunden, und die Nichterreichung von Kurzzeitzielen wird als außerordentlich frustrierend empfunden.

Jedoch zeigte sich auch, dass der Gesundheitszustand von jungen Mitarbeitern höher ist, als jener von über 60 Jährigen. Diese fühlten sich durchwegs schwer körperlich beeinträchtigt. Gleichzeitig stellte sich heraus, dass das Alter als Schutzmechanismus gegen Burnout gesehen werden kann.

Vor allem junge ledige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hatten einen hohen Burnout-Level (Dörres, Reinheckel, 2008, S. 248ff). Strasser et al. (2010)

konnten diese Beobachtungen nicht bestätigen. Bei ihrer quantitativen Untersuchung zur Korrelation zwischen Burnout und Arbeitsplatzbedingungen in einem oberösterreichischen Krankenhaus mit 176 Pflegenden stellte sich heraus, dass die Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Burnout-Gefährdung marginal sind. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (Strasser et al., 2010, S. 159).

Durch die Studie von Kreyer et al. (2004) in der die Arbeitssituation der Pflegenden in mehr als 50 Einrichtungen in Österreich untersucht wurde konnte folgendes Profil erstellt werden.

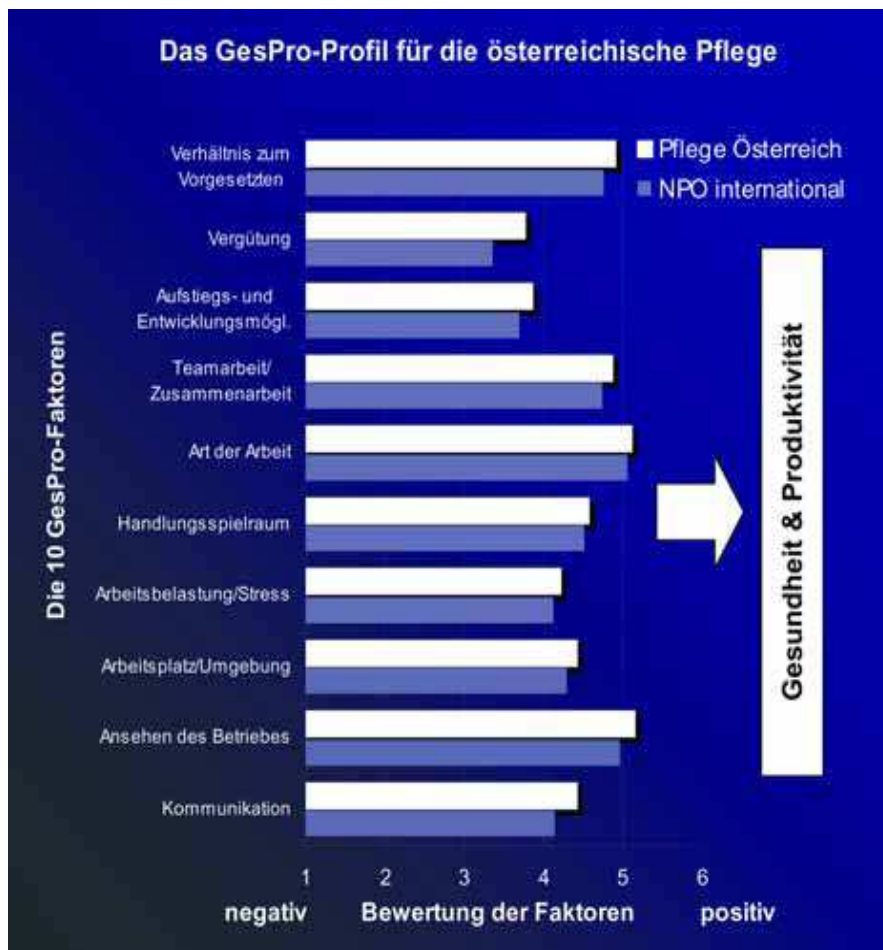


Abbildung 2: Belastungsfaktoren in der Österreichischen Pflegelandschaft (<http://www.proeval.com>)

Wie deutlich aus dieser Grafik hervor geht wurden die Faktoren Vergütung, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsbelastung und Kommunikation am schlechtesten bewertet. Aktuelle Ergebnisse einer quantitativen Studie in der über 1500 Fragebögen von Pflegekräften in deutschen Akutkrankenhäusern ausgewertet wurden zeigten auch, dass neben dem schlechten Arbeitsklima zwischen Ärzten und Pflegenden und mangelnder Anerkennung auch die schlechte Personalsituation eine wichtige Rolle spielt.

Von den stark Burnout-gefährdeten Personen gaben 93 % an, dass eine hohe Pflegequalität mit der bestehenden Personalsituation nicht zu vereinbaren ist (Zander et al., 2011, S. 98). Da sich diese Faktoren negativ auf die Gesundheit und Produktivität der MitarbeiterInnen auswirkt, gilt es diese Belastungsfaktoren in Zukunft zu reduzieren. Die Botschaft an die Führungsebene in der Pflegebranche ist, dass durch professionelle Führung und organisatorische Maßnahmen die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft am Arbeitsplatz, aber besonders die Gesundheit aktiv gefördert werden können (Kreyer et al., 2004, S. 16ff).

2.9. Copingstrategien und Lösungsansätze

Während die Gruppe der Pflegenden ohne Burnout häufig die Strategie der „positiven Selbstinstruktion“ anwendet, werden in der Burnout-Gruppe häufig die Strategien „Vermeidungstendenz“ und „Resignation“ angegeben. Weitere Ergebnisse zeigten, dass in der Burnout-Gruppe vorwiegend emotionsorientierte Bewältigungsstrategien ergriffen wurden während in der Gruppe der Pflegenden ohne Burnout vorwiegend problemorientierte Strategien zum Einsatz kamen. Ebenso gaben die Pflegenden ohne Burnout doppelt so viele Unterstützungspersonen am Arbeitsplatz an als jene der Burnout-Gruppe (Aries et al., 1999, S. 86).

Coffey et al. (2001) identifizierten einen Zusammenhang zwischen hohen Stresslevels und dem Gebrauch von Alkohol und Zigaretten als Kompensation.

Dieser Ansatz sollte weitgehend vermieden und bei der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung von Stress berücksichtigt werden. Für viele Personen ist es sehr hilfreich mit Kollegen über Probleme offen sprechen zu können. Hilfsbereite Kollegen und vor allem verständnisvolle Manager sind wichtige Faktoren bei der Reduzierung von Burnout und Stress am Arbeitsplatz (Coffey et al., 2001, S. 406).

Zur hilfreichen Unterstützung gegen Burnout konnten in einer quantitativen Studie zu Burnout beim Krankenpflegepersonal, unter Verwendung des Maslach Burnout Inventorx (MBI) in einem süddeutschen Krankenhaus, folgende Kategorien identifiziert werden:

- Sport/Ausgleichssport
- Entspannung/Freizeit
- Gespräch mit Kollegen
- Arbeitsklima/gutes Team
- Genügend Personal
- Familie, Freunde (Mosler et al., 2010, S. 95).

Die soziale Unterstützung spielt eine wichtige Rolle bei der Vermeidung von Burnout. Darum weisen Personen, die über mehr soziale Unterstützung verfügen nach einer quantitativen Studie in sechs psychiatrischen Kliniken in Bayern, signifikant niedrigere Burnout-Gesamtwerte auf als ihre Kollegen mit weniger Unterstützung (Meßenzehl et al., 2006, S. 110).

Ewers et al. (2002) untersuchten die Auswirkungen von psychologischem Training in Bezug auf die Burnoutrate von 33 psychiatrischen Pflegekräften über einen Zeitraum von sechs Monaten. Dabei wurde eine Untersuchungsgruppe und eine Kontrollgruppe gebildet um die Effekte „Psychological Intervention Training“ (PSI) darstellen zu können.

Es konnten signifikante Verbesserungen in der Untersuchungsgruppe, welche unter psychologischem Training stand, gegenüber der Kontrollgruppe, welche an keinem Training teilnahm, beobachtet werden. Das Wissen und Verhalten gegenüber psychisch schwerkranken Patienten wurde verbessert und der Burnout-Level wurde deutlich reduziert (Ewers et al., 2002, S. 470ff).

2.9.1. Supervision als Prophylaxe?

Ende des letzten Jahrhunderts, als Praxisberatung für Sozialarbeiter in den USA entstanden, um deren Leistungsfähigkeit zu erhöhen, erreichte das Thema Supervision ab den 70er Jahren die Psychiatrie. Supervision ist die begleitende Reflexion von Erfahrungen, Fragestellungen und Konflikten im Zusammenhang mit den Patientinnen und Patienten innerhalb eines Behandlungsteams. Zum Unterschied zur Fort- und Weiterbildung bezieht sich Supervision immer auf aktuelle und konkrete Probleme der alltäglichen Arbeit. Den Teammitgliedern soll die Möglichkeit gegeben werden ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen. Dadurch gewinnt das Team im Idealfall an Verständnis füreinander und Probleme zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Hierarchie-Ebenen können geklärt und überwunden werden (Tränkle, Steinert, 2001, S. 147).

Der Gestaltungsspielraum innerhalb des Teams erstreckt sich nach Zwack et al. (2010) vorwiegend auf drei Faktoren:

1. Wechselseitige Unterstützung statt multiprofessioneller „Kleinkrieg“
2. Gemeinsame Arbeitsziele statt polarisierter „Arbeitsteilung“
3. Guter Umgang mit schlechten Perspektiven – realistische Erfolgskriterien und deren Anerkennung.

Diese Burnout-relevanten Faktoren können innerhalb des multiprofessionellen Teams im Rahmen der Supervision in Ruhe, Schritt für Schritt geklärt werden. An den allgemeinen Rahmenbedingungen selbst kann Supervision nicht ändern, jedoch kann sie:

- Die auf der Station gewachsenen Kompetenzen bewusst machen (Was machen wir in der Praxis gut?)
- Die verfolgten Ziele in der Stationsarbeit gemeinsam überprüfen (Was sind unsere Erfolgskriterien?)
- Die Unterschiedlichkeit der Mitarbeiter auf den Stationen normalisieren
- Die Polarisierung reduzieren
- Die direkte Kommunikation fördern (Wünsche und Bedürfnisse werden ausgesprochen)
- Die ausgedrückte Wertschätzung erhöhen (in Stressreichen Phasen werden Mitarbeiter gegenseitig zur wichtigsten Burnout Prophylaxe) (Zwack et al., 2010, S. 30ff).

Eine quantitative Studie aus Dänemark die zum Ziel hatte, die Vorteile der klinischen Supervision anhand eines Modells aufzuzeigen, kam zu den Ergebnissen, dass sich Supervision sehr positiv auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auswirkt. Dabei nahmen 136 Pflegekräfte aus verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen anhand eines Fragebogens teil und man kam zu dem Ergebnis, dass Supervision mit erhöhter Arbeitszufriedenheit, Vitalität und verbesserten Coping einhergeht. Weiters wurde beobachtet, dass sich Stress, emotionale Erschöpfung und Entpersönlichung bzw. „depersonalisation“ deutlich reduzierten (Gonge, Buus, 2011, S. 102ff).

2.9.2. Resilienzförderung

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen, die mit dauerhaftem Stress und Belastungen zu kämpfen haben, gesund bleiben und sich den oft vielfältigen Belastungssituationen stellen und dabei teilweise auch noch gestärkt aus ihnen hervorgehen. Ziel ist die Identifikation der Maßnahmen oder Strategien die helfen eine akute Krise zu bewältigen oder sich darauf vorzubereiten. Grundsätzlich ist Resilienz die erlernbare seelische Widerstandsfähigkeit eines Individuums. Nach dem Resilienzmodell von Gruhl

und Körbächer (2011) werden drei Grundhaltungen beschrieben die wesentlich für Resilienz sind.

- Optimismus
- Akzeptanz
- Lösungsorientierung (Gruhl et al., 2011, S. 304ff).

Weiters werden auch vier Fähigkeiten angeführt welche belastbar machen:

- Verantwortung übernehmen
- Beziehungen gestalten
- Sich selbst regulieren
- Die Fähigkeit, die Zukunft zu gestalten (Gruhl et al., 2011, S. 304ff).

Grundsätzlich verhindert Resilienz keine Krise, jedoch kann sie hilfreich sein zu lernen die nächste zu meistern und dadurch stärker zu werden. Das bedeutet, dass Resilienz als ein ständiger Prozess des Lernens bezeichnet werden kann, der für die Arbeit in der Psychiatrie viele wichtige Bewältigungsressourcen bereitstellt (Gruhl et al., 2011, S. 304ff). Resilienztrainings sollten immer im Kontext mit der Umgebung und nach keiner starren Reihenfolge durchgeführt werden. Folgende sieben Prinzipien sollten beachtet werden:

1. Aufbau von Optimismus
2. Akzeptanz der schwierigen Situationen
3. Entwicklung einer Lösungsorientierung
4. Verlassen der Opferrolle
5. Übernahme von Verantwortung
6. Orientierung an sozialen Netzwerken
7. Zukunftsplanung (Thomet, Richter, 2012, S. 24ff).

Diese Prinzipien können die innere Stärke fördern und dabei helfen, Krisen zu meistern und Belastungen standzuhalten. Von einem gestärkten und

zusammengeschweißten Team profitieren alle beteiligten Akteure und der Institution kommt eine geringere Personalfuktuation zugute (Thomet, Richter, 2012, S. 24ff).

2.9.3. Weitere Lösungsansätze

Für Glaser (2012) bleibt die Förderung der Resilienz bei der Burnout-Bekämpfung letztendlich nur eine Symptombehandlung. Hauptaugenmerk sollte auf die Ursachenforschung für Burnout in der Organisationsstruktur und in den Bedingungen der Arbeit selbst gelegt werden. Hierbei kommt den Führungskräften eine entscheidende Rolle in Bezug auf die Arbeitsgestaltung, Lernchancen und Einflussmöglichkeiten, die sie den Mitarbeitern zu Verfügung stellen, zu (Glaser, 2012, S. 582).

„Wir sind der Meinung, dass für wirksame Lösungsansätze bei Burnout vor allem bei der Vorbeugung angesetzt werden muss und nicht alleine bei dessen Behandlung. Eine Intervention ist daher wichtiger als irgendein spezieller Lösungsansatz. Wir zeigen auf, dass Burnout erfolgreicher bewältigt werden kann, wenn man darauf abzielt, die Identifikation mit der Arbeit zu fördern anstatt sich nur darauf zu konzentrieren, die Burnoutsymptome zu reduzieren. Wir vertreten also ein Modell eines gesunden Arbeitsklimas in einem Unternehmen, welches auch die Förderung von menschlichen Werten am Arbeitsplatz und nicht nur die wirtschaftlichen mit einbezieht“ (Maslach, Leitner, 2001, S. 23).

Ein systematisch betriebenes betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein zentrales Instrument zur frühzeitigen Erkennung und Analyse belastender Arbeitsstrukturen und hat ein positives Arbeitsklima sowie Fehlzeitenreduktion zur Folge. Das Gesundheitsmanagement als Instrument in der Organisationsentwicklung sollte in 4 Schritten aufgebaut werden:

1. Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
2. Analyse der Strukturen
3. Geeignete Angebote entwickeln
4. Evaluation der Maßnahmen (Mausch, Koch, 2006, S. 88ff).

Neben dem Arbeitsschutz und der Unfallprophylaxe am Arbeitsplatz haben betriebliche „health promotion“ Programme zum Ziel, die Gesundheit der Mitarbeiter durch Verringerung von Risikoverhalten (Bewegungsmangel, Rauchen...) zu fördern.

Grundsätzlich sollten diese Programme von einer differenzierten Problemidentifikation am jeweiligen Arbeitsplatz ausgehen und die Umsetzung von Lösungsansätzen ist dann am produktivsten, wenn alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Diskussion einbezogen werden (Hillert, Marwitz, 2006, S. 269).

3. Methodik

Wie bereits angeschnitten konzentrieren sich bisherige Forschungsergebnisse vorwiegend auf den quantitativen Zugang zum Thema der Arbeitsbelastung im Bereich der Psychiatrie. Leider wird durch den erklärenden Ansatz nicht auf die subjektive Situation und auf das subjektive Befinden eingegangen. Qualitative Studien sind auf diesem Gebiet, bis auf einige wenige, wie zum Beispiel die Studie von Dondalsky (2003) nur sehr selten.

Aus diesem Grund wurde der qualitative Ansatz zu diesem Thema gewählt, um neues Wissen in diesem Bereich zu generieren und eine andere Sichtweise zu schaffen. Um dieses Vorhaben verwirklichen zu können, wurde das qualitative Instrument des semistrukturierten Interviews gewählt. Typisch bei diesem Vorgehen ist, dass sich ein Gespräch zwischen den beiden Interviewpartnern ergibt, und man dadurch nicht starr an seine Fragen (Leitfaden) gebunden ist.

Die Fragen werden dabei so gestellt, dass sie nicht einfach mit „ja/nein“ beantwortet werden, sondern die subjektive Sicht und das Empfinden während einer Situation oder Handlung beleuchtet werden kann. Der Gesprächsleitfaden kann auch dezidierte Fragen beinhalten, diese sollen aber stets den Gesprächsfluss fördern und hörerorientiert sein. Bei dieser Form des Interviews ist nicht unbedingt eine hohe Fallzahl ausschlaggebend, sondern die gezielte Auswahl typischer Fälle.

Im Anschluss wurde das gesammelte Datenmaterial transkribiert und mit Hilfe der „Grounded Theorie“ bearbeitet. Die Grounded Theory erwies sich als sehr geeignet, da das vorrangige Ziel dieser Methode die Schaffung von erklärenden Theorien für das menschliche Verhalten und sozialen Prozessen ist (Mayer, 2007, S. 93).

3.1. Grounded Theorie

Das erstmals 1967 von den Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss veröffentlichte Buch „The Discovery of Grounded Theorie“ beinhaltet ihre ersten Ideen zu dieser Forschungsmethode welche aus dem Pragmatismus als philosophische Lehre in den USA und der Schule des symbolischen Interaktionismus entstanden ist.

3.1.1. Anwendungsgebiet und Merkmale

Die Grounded Theorie erlaubt es, innerhalb eines bestimmten Gegenstandsbereiches eine Theorie zu entwickeln, die aus miteinander zusammenhängenden Konzepten besteht und Erklärungen sowie Beschreibungen zu untersuchten Phänomenen zu geben (Böhm, 1994, S. 121f). Typisch für diese Methode ist, dass Datensammlung und Datenerhebung einander abwechseln und nicht starr von „oben“ nach „unten“ verlaufen (Mayer, 2007, S. 95). Eine „Grounded Theory“ ist eine „gegenstandsverankerte“ Theorie, welche induktiv aus der Untersuchung eines Phänomens abgeleitet wird. Datensammlung, Analyse und Theorie stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander und durch den Forschungsprozess stellt sich jener Bereich heraus, der für die Forschung relevant ist. Am Anfang steht also nicht eine Theorie die am Ende bewiesen werden soll, sondern der Untersuchungsbereich. Der relevante Bereich wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen (Strauss, Corbin, 1996, S. 7f).

3.1.2. Ziel

Den zentralen Prozess in dem aus den Daten (Interviews) Theorien entwickelt werden nennt man auch Kodieren. Durch diese Analyse werden die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und im Anschluss auf neue Art und Weise wieder zusammengesetzt. Diese analytischen Verfahren sind konzipiert worden um

- Theorien zu entwickeln, weniger zu überprüfen
- dem Forschungsprozess die nötige methodische Strenge zu verleihen, welche in einer guten Wissenschaft vorzuherrschen hat
- dem Forscher zu helfen seine Verzerrungen und Vorannahmen, die er während des Forschungsprozesses entwickelt hat, zu verringern
- für Gegenstandsverankerung zu sorgen (grounding)

(Strauss, Corbin, 1996, S. 39).

„Grounding“ bedeutet Dichte, Sensibilität und Integration zu entwickeln, um erklärungsreiche Theorien generieren zu können die sich der Realität so weit wie möglich annähern (Strauss, Corbin, 1996, S. 39).

3.1.3. Kodierverfahren

Nach Strauss und Corbin (1994) sollen Daten nach der Relevanz für die Phänomene, auf die durch eine Kategorie verwiesen wird, kodiert werden. Sie schlagen folgendes Kodierparadigma vor:

- nach den Bedingungen
- der Interaktion zwischen den Akteuren
- den Strategien und Taktiken
- und den Konsequenzen (Strauss, Corbin, 1994, S. 57).

Für Neulinge auf diesem Gebiet stellt sich dieses Paradigma als hilfreich heraus, gehört jedoch nach kurzer Zeit zum Fundament der Denkprozesse eines Forschers (Strauss, Corbin, 1994, S. 57).

Offenes Kodieren: Bei diesem analytischen Prozess werden Konzepte identifiziert und in Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt. Es werden Fragen an die Daten gestellt, es wird zwischen Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen jedem Ereignis und Vorfall verglichen. Ähnliche Ereignisse und Vorfälle werden zusammengefasst und namentlich zu

Kategorien zugeordnet. (Strauss, Corbin, 1996, S.54f). Böhm (1994) spricht auch vom auseinanderbrechen der Daten. Diese dabei entstehenden Textbausteine dienen dann der Entwicklung eines Modells. Als zentral stellen sich die Vergleichsprozesse in diesem Verfahren heraus. Der Forscher verwendet hierbei sowohl „in Vivo“ Codes, das sind direkt übernommene Aussagen der Interviewpartner, als auch „implizite Codes“ welche vom Forscher selbst nach den Aussagen der Interviewpartner benannt werden (Böhm, 1994, S. 127f).

Axiales Kodieren: Beim axialen Kodieren sollen Verbindungen und Beziehungen zwischen den Kategorien hergestellt werden. Das axiale Kodieren stellt einen komplexen Denkprozess dar, welcher aus mehreren Schritten besteht und sowohl induktives als auch deduktives Vorgehen beinhaltet (Strauss, Corbin, 1996, S. 92). Die bereits vorhandenen Konzepte werden nun verfeinert und differenziert, wobei eine Kategorie in den Mittelpunkt gestellt wird und ein dichtes Beziehungsnetz um diese ausgearbeitet wird. Dieses Verfahren kommt meistens in den mittleren oder späteren Stadien der Auswertung zum Einsatz (Böhm, 1994, S. 130). Als zentral stellt sich in diesem Verfahren das In-Beziehung-Setzen von Kategorien nach dem paradigmatischen Modell heraus (Strauss, Corbin, 1996, S. 92f).

Selektives Kodieren: Aufgrund der Tatsache, dass dieses Verfahren den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, wird hierzu nur kurz erwähnt, dass in diesem Schritt die Arbeit der Textinterpretation in der Formulierung einer gegenstandsverankerten Theorie beziehungsweise eines Modells des untersuchten Phänomens endet. Das zentrale Phänomen wird als Kernkategorie bezeichnet und ist unter Umständen bereits in der Fragestellung enthalten. Es kann aber auch sein, dass ein anderes Phänomen als eigentlich angenommen, für den Untersuchungsbereich eine zentrale Rolle einnimmt (Böhm, 1994, S. 134f).

3.1.4. Qualitative Forschung

3.1.4.1. Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Qualität von Forschung bestimmen zu können, wurden Maßstäbe entwickelt welche man als Gütekriterien der empirischen Forschung bezeichnet. Anhand dieser Kriterien lässt sich feststellen, ob die Art und Weise wie die Forschungsergebnisse in einer Studie zu Stande gekommen sind, wissenschaftlich korrekt war. In der Regel beziehen sich Gütekriterien auf die Datenerhebung und Datenauswertung in einer wissenschaftlichen Arbeit (Mayer, 2007, S. 98).

Im Laufe der Entwicklung der qualitativen Sozialforschung entwickelte sich eine Diskussion darüber anhand welcher Gütekriterien qualitative Forschung beurteilt werden kann, wobei sich mehrere Grundpositionen herauskristallisierten. Anders als in der quantitativen Forschung wo die allgemeinen Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität gelten, gibt es in der qualitativen Forschung keine allgemein anerkannten Kriterien. In der Pflegeforschung setzte sich die Entwicklung eigener Gütekriterien durch, wobei allgemein in der qualitativen Forschung je nach philosophischer Ausrichtung der jeweiligen Wissenschaftler, geringfügige Unterschiede bestehen. welche sich aber grundsätzlich nur gering voneinander unterscheiden (Mayer, 2007, S. 100ff).

1) Glaubwürdigkeit

Die Interpretationen des Forschers sollten präzise widerspiegeln, was die TeilnehmerInnen meinten. Ist dies der Fall, spricht man von der Korrektheit der Befunde.

2) Folgerichtigkeit

Die gesamte Arbeit, von der Forschungsfrage bis zur Auswertung der Daten, muss nachvollziehbar sein. Eine genaue Verfahrensdokumentation ist daher notwendig.

3) Angemessenheit

Die Wirklichkeit der Teilnehmer muss so präzise beschrieben werden, dass LeserInnen sich eine Meinung über die Bedeutsamkeit für ihre praktische Arbeit bilden können (Mayer, 2007, S. 101f).

Grundsätzlich ist nach Blumer (1973) qualitative Forschung immer dann zu empfehlen, wenn es um die Erkundung einer bislang wenig erforschten Lebenswelt oder Wirklichkeit (Felderkundung) mit Hilfe von sensibilisierenden Konzepten geht (Blumer, 1973 in Flick et al., 2008, S. 25; S. 20ff).

3.1.4.2. Gütekriterien einer Grounded Theorie Studie

Die Besonderheit einer Grounded Theory Methode ist das sich abwechselnde Erheben und Auswerten der Daten. Die im ersten Schritt gewonnen Informationen können die weitere Auswahl der Teilnehmer und das weitere Vorgehen in Bezug auf die Fragestellungen beeinflussen (Mayer, 2007, S. 92). Bedient sich ein Forscher dieser Technik, so nennt man dies „**Theoretical Sampling**“. Den weiteren prozesshaften Charakter dieser Methode beschreiben die erklärten Kodierv Verfahren.

Theoretische Sensibilität beschreibt zudem die Fähigkeit eines Forschers, das wesentliche in den erhobenen Daten zu erkennen und ein Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung zu finden. Die Sensibilität hängt vom vorausgegangenen Literaturstudium und persönlichen Erfahrungen, die man in Bezug auf das interessierende Phänomen gemacht hat, ab und hilft dem Forscher wichtiges von unwichtigem zu trennen (Strauss, Corbin, 1996, S. 25).

Des Weiteren führen Hall und Callery (2001) **Reflexivität** an, die Genauigkeit bei Grounded Theory Studien maßgeblich erhöht. So können Aufzeichnungen und Notizen von nonverbaler Kommunikation zwar zu einer genaueren Interviewsituation beitragen, aber die Interaktionen zwischen Forscher und InterviewpartnerIn werden nicht ausreichend dargestellt. ForscherInnen können durch das Bewusstsein und das Wissen um die Reflexivität, die Validität ihrer Studie stärken (Hall, Callery, 2001, S. 263).

3.1.4.3. Einhaltung der Gütekriterien

Auch die vorliegende Arbeit wurde unter Einhaltung der Gütekriterien für eine Grounded Theory Studie durchgeführt. So wurde bereits nach dem ersten Interview mit dem Transkribieren und anschließend mit der Datenauswertung begonnen. Es fand ein ständiger Austausch mit der Betreuerin, Frau Dr. Monika Linhart bezüglich der richtigen Anwendung der Forschungsmethode und der Analyse statt. Des Weiteren wurden vom Forscher Memos verfasst, die bei der Analyse teilweise wichtige Hinweise auf situationsspezifische Bedeutungen lieferten. Auch bei der Kategorieentwicklung waren diese Notizen hilfreich, da es möglich war die ersten Gedanken und Annahmen zu gewissen Zusammenhängen und Beziehungen wieder abzurufen und mit neuen Informationen zu vergleichen. Nach Durchführung der ersten drei Interviews wurde der Gesprächsleitfaden das erste Mal überarbeitet, um detaillierter die genaue Problemstellung erfassen zu können. Des Weiteren wurde auch die Stichprobe im Abgleich mit neu gewonnenen Erkenntnissen ausgewählt um der Technik des „Theoretical Sampling“ gerecht zu werden. Während jedes Analyseschritts wurde immer wieder reflektiert, ob die Interpretation der Daten auch tatsächlich die wirkliche Lebenswelt der Befragten darstellt.

3.2. Stichprobe

Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus Frauen und Männern im Alter zwischen 20 und über 50 Jahren zusammen, die zum Großteil in einer Partnerschaft leben und Kinder haben.

Sie hatten unterschiedlich lange Berufserfahrungen und wiesen unterschiedlichen Bildungsgrad auf, der Großteil von Ihnen hatte jedoch bereits lange Erfahrungen oder zumindest Praktika im psychiatrischen Bereich gemacht, bevor sie auf den Untersuchungsstationen zu arbeiten begonnen haben. Manche unter ihnen hatten eine dreißigjährige Berufslaufbahn hinter sich, andere waren das erste oder zweite Jahr auf der psychiatrischen Station.

Die zehn Befragten wiesen unterschiedliche berufliche Hierarchiepositionen auf, die von der Stationsleitung bis zur Diplomierten Schwester/Pfleger und einer PflegehelferIn reichten.

3.2.1. Einschlusskriterien

Abgeleitet aus dem Titel der Arbeit und der Forschungsfragen ergaben sich folgende Einschlusskriterien für die Untersuchung:

- Pflegekräfte die bereit waren ein Interview zu geben
- auf einer Psychiatrischen Station arbeiten
- und das 18. Lebensjahr vollendet haben

Nationalität und Geschlecht bzw. Alter oder hierarchische Position wurden bewusst nicht als Einschluss- bzw. Ausschlusskriterium definiert, um ein möglichst breites Bild der Auswirkungen auf die Lebenswelt der TeilnehmerInnen zu erhalten.

3.2.2. Rekrutierung

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen an dieser Studie wurde durch die zuständige Pflegedienstleitung und durch die Verwaltungsleitung des Hauses ermöglicht. Nach persönlicher oder telefonischer Vereinbarung wurde in einem für die teilnehmenden Personen angenehmen, ruhigen Ort das Interview durchgeführt. Hierbei handelte es sich meistens um leere Büroräume oder unbenutzte Pausenräume. Es wurde bewusst eine „lockere“ Atmosphäre bei Kaffee und Kuchen geschaffen, um die Interviewpartner nicht zu verunsichern. Wichtig war es auch, den Teilnehmern zu erklären, dass es sich um eine rein wissenschaftliche Untersuchung handelt, die absolut vertraulich behandelt wird. Alle Teilnehmer wurden gründlich über den Ablauf und die Verwendung des Interviews informiert und deren Namen unersichtlich für Dritte durch Bezeichnungen ersetzt. Sie wurden ebenfalls über Ihre Rechte informiert und der „Informed Consent“ wurde von jeder Person mit Unterschrift bestätigt.

3.2.3. Ethische Überlegungen

In jeder Forschungsarbeit die in Zusammenarbeit mit Menschen entsteht sollten auch ethische Grundsätze beachtet werden.

„Wie auch sonst in der medizinischen Forschung gilt für die Pflegeforschung, dass der Proband oder die Probandin das Subjekt ist, dessen Gesundheit und dessen Persönlichkeitsrechte zu schützen sind. Unabdingbare Voraussetzung medizinischer Forschung am Menschen wie der Pflegeforschung ist der „informed consent“ (Körtner, 2004, S. 182).

Wie weiter oben schon erwähnt, wurden die Teilnehmer genau über die Vorgehensweise und die Möglichkeit jederzeit abubrechen, beziehungsweise das Tonband auszuschalten, informiert und sie bestätigten diese Informationen durch ihre Unterschrift.

Es kam auch dazu, dass in einem Interview aufgrund der hohen Emotionalität das Tonband auf Wunsch der interviewten Person kurzzeitig unterbrochen wurde. Nach ca. zehn Minuten konnte das Gespräch, natürlich unter der Zustimmung der Person fortgesetzt werden.

Bei einem anderen Interview kam es zu einer starken psychischen Belastung durch einen beobachteten gewalttätigen Übergriff. Dieses Erlebnis war für die betroffene Person ein schwerer Schock auf dessen detailgetreue Schilderung bei der Darstellung der Ergebnisse auch aus Gründen der Anonymität verzichtet wurde. Es wurde hierzu nur auf die Auswirkungen dieses Traumas eingegangen.

3.2.4. Datenerhebung

Im Zuge der Datenerhebung wurden die zehn Pflegekräfte unterschiedlicher Nationalität aus den zwei psychiatrischen Stationen einer Pflegeeinrichtung in Niederösterreich mündlich befragt. Jedes Interview wurde anhand eines Leitfadens durchgeführt, welcher die verschiedenen Themenbereiche des Forschungsprojekts durch offene aber auch gezielte Fragen abdeckte. Bei halbstandardisierten (oder auch semistrukturierten Interviews) ist der Standardisierungsgrad geringer und der Verlauf des Gesprächs wird durch einen Interviewleitfaden vorgegeben, welcher aber lediglich eine Hilfestellung für den Interviewer darstellt, damit keine wichtigen Themenbereiche vernachlässigt werden. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen müssen nicht chronologisch ablaufen, sondern können sich innerhalb des Gespräches ergeben (Mayer, 2007, S. 174f). Der Leitfaden wurde im Prozess der Datenerhebung laufend angepasst und überarbeitet.

Als Einstiegsfrage wurden die Teilnehmer zunächst gebeten einen typischen Tagesablauf auf der psychiatrischen Station zu schildern, um ein flüssiges Gespräch aufbauen zu können. Im weiteren Verlauf wurden dann grob zusammengefasst die Belastungssituationen die sich speziell aus ihrer Tätigkeit

ergeben angesprochen. Dabei wurde besonderer Wert auf die Gefühlslage beim erleben dieser Situationen gelegt. Die angewendeten Copingstrategien bildeten ebenfalls den Fokus der Befragung und wurden immer wieder in den Vordergrund gestellt. Weiters wurden die Befragten auch in Richtung Auswirkungen der Belastung z.B. auf das tägliche Leben angesprochen und zum Erzählen animiert. Alle Interviews wurden per Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert und ausgewertet.

3.2.5. Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte nach der bereits erklärten qualitativen Methode der Grounded Theory nach Strauss/Corbin. Die Interviews wurden offen kodiert und anschließend in Kategorien unterteilt. Im nächsten Schritt wurde versucht Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien zu finden, um den komplexen Sachverhalt verstehen zu können. Aufgrund der Daten- und Zeitlimitierung kam es nicht mehr zum selektiven Kodieren, da dieser Schritt den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Bei der Analyse der transkribierten Interviews stellten sich die während des Gesprächs aufgezeichneten Notizen als sehr hilfreich heraus um die Gesprächssituation so genau wie möglich nachempfinden zu können und Erklärungen für Details zu erhalten. Alle Namen aber auch Ortschaften und sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf die Identität der Befragten ermöglichen würden, wurden durch (Name) bzw. (Ortschaft) ersetzt. Im Anschluss begann das axiale Kodieren Zeile für Zeile um aus den Daten die wichtigsten Inhalte herausfiltern und zuordnen zu können. Im Verlauf der weiteren Interviews stellte sich relativ rasch heraus, wie sich die einzelnen Codes zusammenfassen- und benennen ließen. Zwischen diesen Kategorien wurden anschließend nach Beziehungen oder Verbindungen gesucht, oder sie wurden miteinander in Zusammenhang gebracht. Nach der Entwicklung etwaiger Subkategorien erfolgte die Entwicklung der Erklärungsmodelle.

4. Erkenntnisse

Der Großteil der StudienteilnehmerInnen hat jahrelange Erfahrung im Bereich der psychiatrischen Pflege gesammelt und vielerlei negative, aber auch positive Eindrücke in diesem Bereich erlebt. In der Stichprobe befanden sich Personen, die teilweise 30 Jahre Arbeitserfahrung aufweisen konnten. Gerade diese stellten sich als sehr interessant heraus, da sie anscheinend wussten, wie mit der Belastung umzugehen ist. Im Zuge dessen konnten Bewältigungsstrategien und Belastungsfaktoren gefunden werden, welche sich im weiteren Prozess noch genauer differenzieren ließen.

Im Folgenden werden die wesentlichen Erkenntnisse aus den Daten zusammengefasst und mit pointierten direkten Zitaten der StudienteilnehmerInnen belegt.

Um einfacheres und flüssigeres Lesen zu ermöglichen, wurden die Interviewabschnitte die in diese Arbeit einfließen, vom Autor ins Hochdeutsche übertragen, da der Großteil der Interviewpartner nicht deutschsprachiger Herkunft war. Inhaltlich blieben die Aussagen jedoch vollkommen gleichbedeutend.

4.1. Arbeitsalltag, Arbeitsumfeld und Kompetenzen

Der Arbeitsalltag auf einer psychiatrischen Station ist für Pflegende sehr vielfältig und verlangt nach verschiedenen Kompetenzen, um den Anforderungen gerecht zu werden. Organisation, Kommunikation und Empathie scheinen eine zentrale Rolle im straff organisierten Tagesgeschehen der Untersuchungsgruppe zu spielen. Diese vier Kategorien schienen immer wieder in den Daten auf und waren mit vielfältigen Handlungskompetenzen verbunden, welche ein hohes Maß an Fachwissen erfordern.

4.1.1. Organisation

Die Einhaltung von gewissen Routinen oder Ritualen, die täglich zur selben Zeit am selben Ort ablaufen sollten, wie zum Beispiel die Einhaltung der Essens- oder Ruhezeiten, ist wichtig um den Bewohnern eine Tagesstruktur vorzuleben und vorzugeben.

„Es ist für die Bewohner besser wenn sie genau wissen was kommt, es ist wichtig, dass wir organisiert sind“ (Interview 2).

Der Begriff Organisation kommt im Verlauf des Tages in vielen verschiedenen Formen vor und reicht vom organisieren von Terminen, Therapien, Medikamenten bis hin zu persönlichen Wünschen der Bewohner.

„Man schaut auf den Kalender ob Termine vorgesehen sind,...Ausflüge, fachärztliche Kontrollen außer Haus...wer wann wohin geht, ja, das besprechen wir alles in der Früh miteinander...“ (Interview 1).

Nebenbei müssen unerwartete Änderungen im Krankheitsbild wie Psychosen, Depressionen oder andere psychische Änderungen gemanaged werden, wo das multiprofessionelle Team von Psychologen, Psychiater und Pflegekräften zum Einsatz kommt.

...“also wenn eine Psychose auftritt, oder eine Depression oder irgendwelche psychischen Änderungen, dann bin ich dabei, da bin ich dann Begleitperson...dann hole ich gleich den Psychologen dazu wenn es möglich ist wir reagieren dann auf das mit einem Gespräch, Beruhigungsübungen, Beruhigungstherapien...ah bei psychotischen Bewohnern ist unsere Aufgabe sie so schnell wie möglich runterzuholen, zu beruhigen...“ (Interview 4).

Körperpflege und Mobilisation der Bewohner stellen ebenfalls einen wichtigen Punkt im Tagesgeschehen der Pflegenden dar, werden aber wie im nächsten Kapitel dargestellt ,unterschiedlich stark wahrgenommen. Auch diese Tätigkeit steht in engen Zusammenhang mit Kommunikation.

4.1.2. Kommunikation

Kommunikation scheint einen zentralen Punkt darzustellen und kommt in vielerlei verschiedenen Kontexten vor, wie zum Beispiel die Kommunikation mit dem Patienten oder die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten.

Beide Arten sind sehr wichtig, um Informationen und Neuigkeiten bezüglich der Bewohner an den nächsten Dienst weitergeben zu können. Dieser kann dann optimal informiert und vorbereitet seine Arbeit antreten.

„Ja mit den Kollegen reden wir sowieso darüber was passiert ist oder...weil wir müssen sie schon informieren, wenn jetzt jemand Nachtdienst hat oder...und dann sagen wir naja er hat ganzen Tag geschimpft, war aggressiv...oder freundlich“... (Interview 8).

„...In der Früh fängt es natürlich an mit Frühstück austeilen, Medikamente einnehmen, Körperpflege, verschiedene Probleme oder Wünsche von Bewohnern erledigen...dann wieder Mittagessen...Ruhe für Bewohner, dann Nachmittagsvisiten...“ (Interview 2).

„Ah, naja als erster ist einmal die Dienstübergabe...oder nach den Wochenenden sind die Berichte was in den Vortagen vorgefallen ist...dann ist die Besprechung was an diesem Tag vorliegt, die Diensteinteilung...(Interview 1).

„Mit den Ärzten spreche ich am Nachmittag über Bewohner die Veränderungen oder Bedürfnisse haben...“ (Interview 4).

Man könnte auch hier zwischen arbeitsbezogener Kommunikation, wie dies bei der Dienstübergabe oder Visite der Fall ist und zwischen privater Kommunikation unterscheiden, bei der persönliche Probleme zur Aussprache kommen. Beide Arten sind nach Aussagen der Pflegenden wichtig um erfolgreich und professionell arbeiten zu können.

4.1.3. Empathie

Weiters haben Pflegende auf der psychiatrischen Station eine Aufsichtspflicht und sind Begleit- bzw. Bezugsperson für den Bewohner. Sie sollten Änderungen im Krankheitsbild sowie Wünsche und Bedürfnisse erkennen, was ein hohes Maß an Empathie erfordert.

„Wir müssen genau schauen ob die Bewohner die Medikamente auch erhalten, weil oft spielen sie mit den Medikamenten...verstecken sie im Mund...“ (Interview 6).

„Na zum Beispiel Herr (Name), er lebt in einer anderen Welt und...da muss ich mitspielen...nicht auslachen...oder irgendwie korrigieren...voll ernst nehmen...“ (Interview 4).

Die sehr oft durch die Krankheit bedingte Non-Compliance der Patienten erschwert die Therapie und vor allem die Gabe von Medikamenten. Dadurch werden der Genesungsprozess auf der einen Seite und der Arbeitserfolg auf der anderen Seite eingeschränkt, was Nachteile für beide Seiten mit sich bringt.

4.1.4. Das Team

Grundsätzlich kann man sagen, dass die Befragten großteils zufrieden sind mit ihren Kollegen. Die meisten der Befragten waren zufrieden mit der Wertschätzung und Unterstützung die sie durch die Kollegen erhalten, aber auch durch die Tatsache, dass man sich bei Problemen nicht alleine gelassen fühlt, und offen über persönliche Anliegen und Wünsche sprechen kann. Bei den Vorgesetzten gab es durchwegs einen Konsens der Zufriedenheit unter den Befragten. Die Beachtung der persönlichen Anliegen und relativ flexible Dienstgestaltung trägt sehr zu dieser Tatsache bei.

„Ahm, ich muss sagen sie sind alle sehr korrekt und auch die meisten recht freundlich und als umgänglich zu bezeichnen...Ich hab bis jetzt noch kein Problem gesehen“ (Interview 10).

„Allgemein denke ich es ist eine gute Gemeinschaft...bei uns in der Psychiatrie...ich denke das ist kein Problem“ (Interview 9).

„Ich finde bei uns ist es sehr offen, wir reden miteinander wer welche Fälle macht oder was man verbessern kann in der Pflege und so finde ich das untereinander als gutes Kollektiv“ (Interview 2).

Dabei kam es natürlich vereinzelt zu unterschiedlichen Meinungen.

„Na es gibt Kollegen mit denen mag man nicht so gerne arbeiten und welche mit denen arbeitet man wirklich gerne, wie überall glaube ich“ (Interview 7).

„Es gibt Kollegen mit denen kann man in den 12 Stunden Dienst nicht einmal 2 Sätze reden und das wird halt dann schon schwierig..“ (Interview 8).

Diese Unterschiede könnten sich aufgrund der unterschiedlichen Stichprobe ergeben und zeigen deutlich wie individuell das Arbeitsklima und Personalsituation von den Befragten wahrgenommen werden. Es war zwar immer wieder die Rede von guten Arbeitsverhältnissen, jedoch empfanden das manche auch anders.

4.1.5. Personalsituation

Zur Personalsituation generell gab es teils unterschiedliche Meinungen, welche aber darauf hinausliefen, dass grundsätzlich genug Personal vorhanden ist. Kommt es jedoch zu unerwarteten Krankenständen machen sich diese durch Zeitdruck und Stress bemerkbar.

„Ah es gibt Stress wenn wir zu wenig sind...aber normalerweise passt alles...also nur wenn wer krank wird und ausfällt zum Beispiel“ (Interview 6).

„Naja ab und zu wenn jetzt jemand fehlt und wir nur zu zweit sind da wird es dann schon schwierig die Körperpflege und alles andere ordentlich zu machen...da hast du dann keine Zeit um mit den Bewohnern zu reden...(Interview 8).

Auch unerwartete Zwischenfälle durch krankheitsbedingte Veränderungen der Bewohner können Zeitdruck verursachen, sind jedoch nicht die Regel. Oft wurde von den Befragten, die Erfahrungen in Akuteinrichtungen hatten, der gefühlte Zeitdruck und Stress im Vergleich als geringer beschrieben. Dennoch ist der Tagesablauf nicht ganz planbar und erfordert dann Flexibilität und Handlungskompetenz.

„Man weiß halt nie genau wer gerade in seine Psychose fällt und dann die Betreuung 1:1 braucht...also da wird's halt schon knapp mit der Zeit“ (Interview 1).

„Auf der Psychiatrie das ist ein altes Gesetz...ah da sollte immer mehr Personal sein als auf anderen Abteilungen weil wir haben Bewohner mit psychischen Erkrankungen und wenn es zu einem Rezidiv kommt ist das so als würde er psychisch explodieren und man braucht plötzlich mehr Personal...beim Umgang mit aggressiven, oder abhängigen Personen...ist es besser man kommt zu dritt...“ (Interview 2).

Vereinzelte konnte der Wunsch nach besser qualifiziertem Personal identifiziert werden. Missverständnisse können entstehen und manche Pflegende fühlen sich falsch verstanden aufgrund von unterschiedlichen Erfahrungs- und Bildungsniveaus speziell im Bezug auf die psychiatrische Pflege. Diese bilden ein hohes Konfliktpotential wie sich herausstellte.

4.1.6. Differenzen

Es kann vorkommen, dass ein gut gemeinter Rat, als Vorschrift oder Belehrung interpretiert wird und so kann es zu Konflikten innerhalb des Teams kommen, welche in weiterer Folge im Abschnitt der psychischen Belastungsfaktoren näher beschrieben werden. Hier ergaben sich interessante Ergebnisse, welche in dieser Form nicht zu erwarten waren.

„Sie können sich manche Sachen nicht vorstellen durchzuführen weil sie in diesem Bereich noch keine Erfahrung haben...und wissen nicht ob sie was gut machen oder schlecht... und sind dann halt ganze Zeit unsicher...und das macht mich unsicher...nicht bezüglich der Bewohner sondern

bezüglich der Kollegen...und dann kommt's halt zu Missverständnissen“... (Interview 4).

„Es kostet viel Kraft, wenn ich ständig meiner Kollegin erklären muss wann man reagieren soll und wie man was machen soll dann fühle ich mich ein bisschen so wie eine Lehrerin und manche denken sich die hat einen Vogel, oder die macht sich wichtig“...(Interview 2).

„Naja, ahm das was ich mir denke dass...ich mein man kann mit der Zeit alles lernen aber das halt einfach im Haus ahm auch ein paar Leute mehr hergehörten die eine psychiatrische Ausbildung haben, die halt einfach ein bisschen wissen was die Leute brauchen und auch besser mit ihnen umgehen können weil sie es einfach halt gelernt haben“ (Interview 9).

Anhand dieser Aussagen kann man das Konfliktpotential der Qualifikation erahnen. Fachkompetenz scheint also ein wichtiger Beitrag zu einem guten Arbeitsklima zu sein.

Um eine graphische Darstellung des Sachverhalts im ersten Abschnitt zu ermöglichen wurde anhand der Daten folgendes Modell entwickelt, dass den Alltag der Befragten darstellen soll.

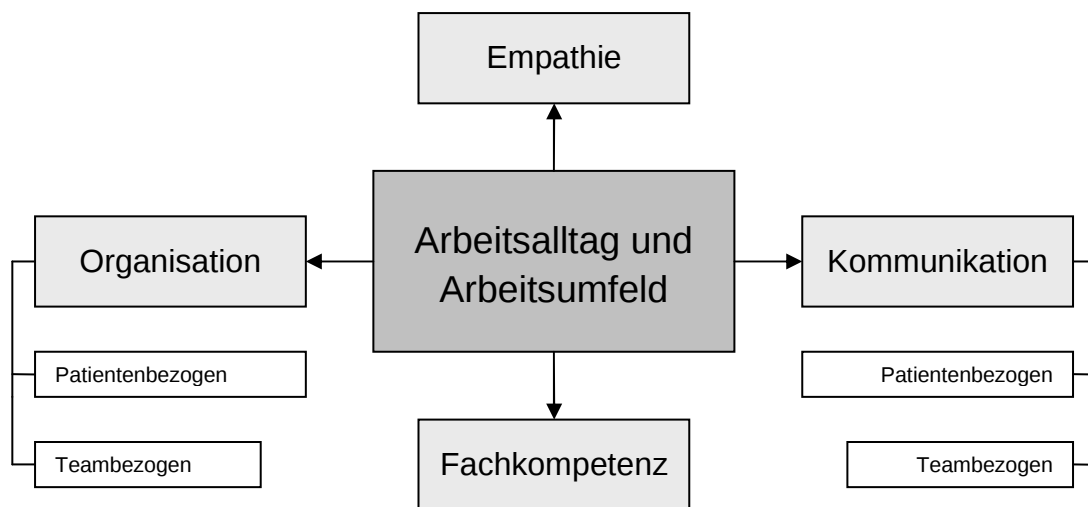


Abbildung 3: Arbeitsalltag und Arbeitsumfeld

4.1.7. Erklärung des Modells

Der Arbeitsalltag und das Arbeitsumfeld auf der psychiatrischen Abteilung ist abwechselnd geprägt von den Kompetenzen Empathie, Organisation, Kommunikation und Fachkompetenz. Organisation und Kommunikation finden in verschiedenen Kontexten statt, nämlich patientenbezogen oder stationsbezogen, also zum Beispiel die Kommunikation die mit Patienten- aber auch mit Kollegen und Vorgesetzten stattfindet. In jedem Fall sollte man Fachkompetenz vorweisen können. Bei der Organisation verhält es sich ebenso.

4.2. Belastungen und Coping

Im folgenden Abschnitt werden die physischen und psychischen Belastungsfaktoren, welche psychiatrische Pflege mit sich bringt, dargelegt. In diesem Teil der Untersuchung lag auch die höchste Datendichte vor, da diese Studie vorwiegend die Identifikation der Belastungssituationen- und Faktoren und besonders deren Bewältigungsstrategien fokussierte.

4.2.1. Physische Belastung

Die körperlichen Anstrengungen richten sich sehr stark nach der Anzahl der mobilen bzw. bettlägerigen Bewohner, deren richtige Lagerung und Körperpflege besonders bei gewichtigen Personen sehr anstrengend ist. Folgende Handlungen konnten in Bezug auf die körperliche Belastung identifiziert werden:

„Körperlich anstrengend ist halt schon wenn...wenn die Person halt sehr stark Pflegebedürftig ist oder von der Mobilität her...“(Interview 1).

„Manchmal heben, heben mhm..“ (Interview 6).

„Jeder Bewohner ist nicht gleich schwer, manche haben 80 oder 100 kg Gewicht und du musst sie herausheben und mobilisieren...“ (Interview 8).

„Ja es ist öfters wenn du jemand Schweren hast den du lagern musst...oder jemand sitzt im Rollstuhl“ (Interview 10).

Angesprochen auf die körperliche Belastung in ihrem Beruf gaben manche der Befragten zunächst an, dass sie diese als nicht so stark empfinden.

„Die körperliche Belastung in diesem Beruf ist normal...überhaupt nicht zu vergleichen...meiner Meinung nach ist es weniger als im Krankenhaus...(Interview 4).

Im weiteren Verlauf des Gesprächs und auf körperliche Symptome angesprochen, sprachen jedoch viele von Ihnen von Problemen mit dem Rücken/Wirbelsäule, den Beinen oder von Kreislaufproblemen, welche jedoch oft im Vorhinein nicht in diesem Zusammenhang gesehen wurden.

„Naja...Aber das gehört zum Beruf...Rückenschmerzen, Rückenprobleme...Venenentzündung, Thrombose...“(Interview 4).

Es schien, als ob teilweise die körperlichen Anstrengungen in Ihrem Beruf als selbstverständlich wahr- und hingenommen werden. Auf den psychiatrischen Stationen sind jedoch nach Angaben der Befragten die Bewohner größtenteils mobil, was eine nicht so stark wahrgenommene körperliche Belastung mancher Teilnehmer erklären könnte.

„Was dieses Thema betrifft findet man direkt auf der Psychiatrie glaube ich fast keine Diplomierten Schwestern die Beschwerden haben...ja...weil unsere Arbeit ist mehr psychisch als körperlich...“(Interview 2).

„...körperlich fühle ich das nicht“(Interview 7).

Generell wurde die psychische Belastung in ihrem Berufsalltag von der Mehrheit als stärker wahrgenommen. Es kam auch zur Aussprache, dass dies nicht so genau voneinander zu trennen sei, weil sie sich gegenseitig beeinflussen.

„...wenn der Ausgleich nicht so da ist da ist dann spürt man es auch körperlich...weil die psychische Belastung überträgt sich auf den Körper...“(Interview 1).

4.2.1.1. Erleben der Belastung

Die Personen, die jedoch eine körperliche Belastung verspüren, erleben diese folgendermaßen:

...Naja du bist so angespannt...der ganze Körper ist angespannt...also du bist...man ist irgendwie ...wie unter Strom ...“ (Interview 1).

„Manchmal tut mein Kopf weh nach der Arbeit wenn zum Beispiel Herr/Frau (Name) alle 10 Minuten läutet und immer...immer nur wegen diesen Kleinigkeiten...die ich ihm aber nicht erfüllen kann...“ (Interview 6).

„Naja ich muss ein bisschen mit dem Rücken machen...vor 4 oder 5 Wochen hab ich schwere Lumbago gehabt weil ich einen Patienten schlecht gehoben habe und dann ist meine Wirbelsäule verrutscht und ich glaub 3 oder 4 Wochen lang konnte ich nicht einmal aufstehen oder so...Ich muss wirklich gut aufpassen wie ich den Bewohner mobilisiere weil ich Kreuzprobleme habe...Kreuzschmerzen...“ (Interview 8).

Die vorgebrachten Symptome reichten von Rückenbeschwerden, Verspannungen des Schulterbereichs über Blutdruck- und Kreislaufprobleme bis hin zu schmerzenden Füßen und Thrombosen. Die Symptome wurden aber häufig, trotz dieser relativ hohen Anzahl, nicht direkt in Bezug auf die Arbeit wahrgenommen, beziehungsweise damit in Verbindung gebracht. Sie wurden akzeptiert und für selbstverständlich bzw. normal befunden.

4.2.1.2. Bewältigung der physischen Belastung

Die Formen der Bewältigung der körperlichen Belastung sind genauso verschieden wie auch deren Vorkommen und Ausprägung. Hier zeigten sich deutliche individuelle Unterschiede bei der Bewältigung von Situationen oder Symptomen. Dabei spielen Entspannungstechniken, sportliche Aktivitäten sowie technische Hilfsmittel eine wichtige Rolle.

„...entspannen, ausschalten...weg von dem Ganzen...ich geh immer schwimmen...“(Interview 4).

„...ich gehe ab und zu laufen...“(Interview 3).

„Naja privat ist eben das du sagst du machst einen Ausgleich...eben ein bisschen in die Luft gehen, Kopf frei machen gehen“(Interview 1).

4.2.1.2.1. Technische Hilfsmittel

In Bezug auf die technischen Hilfsmittel, welche die Arbeit nach Meinung vieler Pfleger stark erleichtern, konnten folgende Aussagen gefunden werden.

„Körperlich fühle ich das nicht weil ich Hilfe habe, zum Beispiel beim Baden wenn jemand schwerer ist hab ich diesen Lift...“(Interview 7).

„Jetzt ist es viel weniger, jetzt muss ich nicht mehr heben, hier gibt's elektrische Betten und Patientenheber...“(Interview 4).

Die technischen Hilfsmittel erleichterten einigen der Befragten die körperlichen Anstrengungen und wurden als sehr hilfreich beschrieben.

4.2.1.2.2. Team

Als grundlegend stellte sich jedoch die Hilfe von Kollegen heraus.

„...das man halt mit dem Kollegen Spricht...das einem die halt eine Zeit was abnehmen...oder sagt, geh bitte, du ich schaff das heute nimmer kannst mir helfen...Also man muss sich Hilfe herbeiholen...weil sonst geht das nicht...“(Interview 1).

„...wenn jemand nur sehr schwer aufstehen oder sich Bewegen kann krieg ich Hilfe von meinen Kollegen...“ (Interview 7).

„...aber wenn mir jemand zu schwer ist dann hol ich mir halt Hilfe...“ (Interview 10).

„Wenn jemand schwerer ist bitte ich meine Kollegin dass sie kommt und wir machen das gemeinsam mit dem Lift“ (Interview 3).

Ein höheres Lebensalter scheint mit größerer physischer Belastung einherzugehen, wie es bei folgender Aussage der Fall war:

„...manchmal tun meine Füße weh...ich bin nicht mehr jung das ist das Problem...nicht zu schnell arbeiten... (Interview 5).

Zusammengefasst kann man sagen, dass es bei manchen Personen zu relativ starken Belastungen im physischen Bereich kam, beim Großteil der Befragten machten sich die physischen Auswirkungen jedoch nur leicht bemerkbar. Die Kollegialität des Teams sowie individuelle Ressourcen und technische Hilfsmittel scheinen jedoch einen wichtigen Beitrag bei der Bewältigung zu spielen.

Folgende Grafik soll die Einflussfaktoren der psychischen Belastung darstellen:

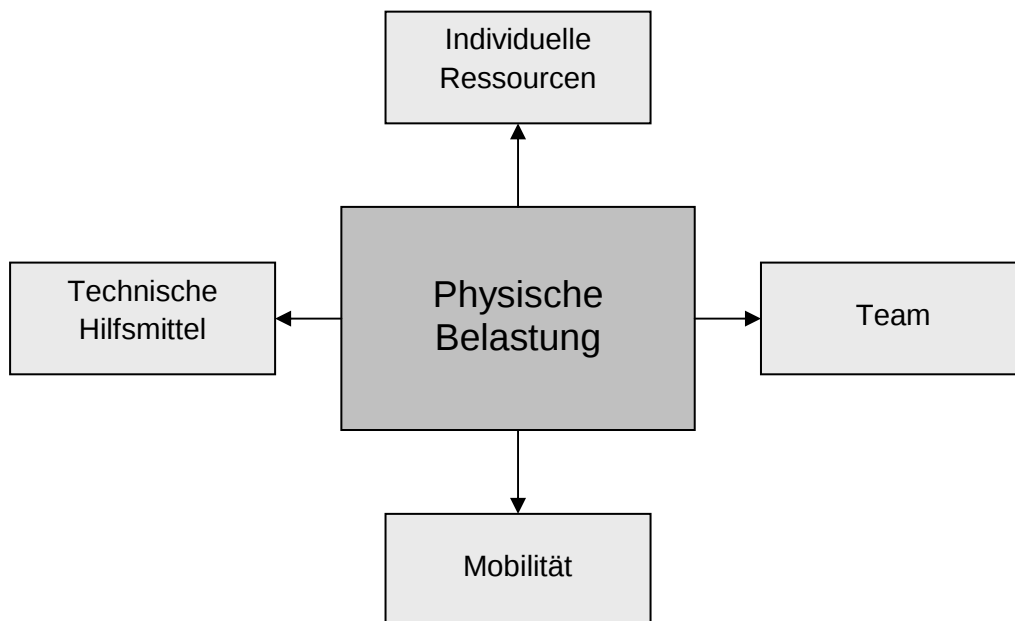


Abbildung 4: Einflussfaktoren der Physischen Belastung

4.2.2. Erklärung des Modells

Die Intensität der körperlichen Belastung und Beanspruchung ist abhängig von den individuellen Ressourcen (Alter, körperliche Verfassung), der Mobilität der Bewohner, den technischen Hilfsmitteln die zur Verfügung stehen und von der Kollegialität im Team. In einem guten Team das zusammenhält wird auf Kollegen Rücksicht genommen und man unterstützt diese bei anstrengenden Tätigkeiten wie dies beim Heben von schweren Patienten zum Beispiel der Fall ist.

4.2.3. Psychische Belastung

Wie schon eingangs erwähnt, kam es im Bereich der Belastungen und Bewältigung bei der Datenanalyse zu einer sehr hohen Datendichte, die sich speziell im Bereich der psychischen Belastung und deren Bewältigungsstrategien manifestierte. Dieser Bereich bildet sozusagen das

zentrale Thema dieser Arbeit, und soll in weiterer Folge in seiner gesamten Komplexität dargelegt werden.

Die vielen verschiedenen psychischen Belastungsfaktoren in der psychiatrischen Pflege kamen in zahlreichen Formen und Ausprägungen vor. Besonders die Anfangszeit, also der Arbeitsbeginn im Bereich der Psychiatrie stellte für manche der Befragten eine große Herausforderung dar und war mit zahlreichen Emotionen und Gefühlslagen verbunden. Erschwerend kam hierbei hinzu, wenn man noch keine Erfahrungen oder zumindest Praktika in diesem Arbeitsfeld vorweisen konnte.

4.2.3.1. Aller Anfang ist schwer

Diese Anfangszeit war bei manchen der Befragten geprägt von Ungewissheit und Unsicherheit besonders in Bezug auf die Patienten. Die fehlende Erfahrung im Umgang mit psychisch kranken Menschen und die vermeintliche Unvorhersehbarkeit ihrer Reaktionen verursachten oft Unsicherheit und Stress.

„Am Anfang als ich noch nicht gewusst habe mit diesen Bewohnern umzugehen...da fühlte ich mich schlecht innerlich im ersten Jahr...hab gedacht es ist schrecklich, aber jetzt...nicht mehr...“(Interview 9).

„Das schlimmste war der Anfang,...ja die Anfangszeit...“(Interview 8).

„Wenn diese Frau plötzlich angefangen hat zu schreien, bin ich immer erschrocken...aber jetzt nicht mehr...nur am Anfang...“(Interview 7).

Insgesamt wurde von fast allen Teilnehmern die psychische Belastung als Hauptbelastung in der psychiatrischen Pflege genannt. Sie kam in vielerlei

verschiedenen Formen vor, und auch erfahrene Pflegende hatten teilweise damit zu kämpfen.

Grundsätzlich kann man neben den allgemeinen anfänglichen Belastungen noch die patientenbezogenen psychischen Belastungen und die Team- oder kollegenbezogenen psychischen Belastungen unterscheiden, die im weiteren Verlauf nun dargestellt werden sollen.

4.2.3.2. Patientenbezogene Belastungsfaktoren

4.2.3.2.1. Verbale Aggressionen

Beschimpfungen, Beleidigungen oder andere grundlose verbale Attacken stehen an der Tagesordnung in Bereich der psychiatrischen Pflege. Oft werden die Pflegenden von den Patienten als Feindbilder wahrgenommen, die zu den „Bösen“ gehören und einem nichts Gutes wollen. Hier zeigte sich besonders bei den erfahrenen Pflegenden, dass sie mit verbalen Aggressionen in Form von Beschimpfungen gut umgehen konnten. Diese wurden zum Großteil nicht wie im theoretischen Teil angeschnitten als belastend wahrgenommen sondern als relativ „normal“ empfunden.

Die Bewältigung der verbalen Aggressionen in Form von Beschimpfungen aller Art erfolgte durchwegs durch ignorieren oder bagatellisieren der Aussagen. Weiters wurde alles auf die Krankheit geschoben, was es leichter machte, die Dinge nicht persönlich zu nehmen.

„...Beschimpfungen überhaupt nicht nein, weil mit Beschimpfungen kann ich sehr gut leben...ich mein gut leben...Weil da denk ich mir ok, das ist ein kranker Mensch der beschimpft jetzt nicht mich...“ (Interview 1).

„...da denk ich mir einfach der ist krank und er schimpft deshalb und darum ist er hier...“ (Interview 9).

„...ich mein wenn mich jetzt wer schimpft, ich mein da denk ich mir nicht viel dabei, weil ich mein wir wissen dass die Bewohner da die meisten krank sind, psychisch krank sind und das ist auch an der Tagesordnung...“ (Interview 10).

Die tägliche Konfrontation damit scheint manche Pflegende dagegen resistent zu machen, und diese nicht als persönlich zu nehmen. Dies scheint eine grundlegende Eigenschaft in Bezug auf die Bewältigung von verbalen Aggressionen sein.

„...vielleicht hab ich mit diesen Jahren Praxis die ich schon hinter mir habe eine Immunität für solche Sachen entwickelt...“ (Interview 2).

In der Anfangszeit kam es jedoch zu belastenden Momenten wie die folgende Aussage bestätigt.

„Verbale Aggressionen zum Beispiel wenn jemand unerwartet anfängt zu schreien das war für mich nicht gewohnt...im ersten Augenblick bin ich erschrocken und mein Herz hat gerast...am Anfang wie sie wirklich das erste Mal mit mir so laut geschrien hat hab ich gedacht jetzt werd ich sicherlich gleich kollabieren...manchmal ist das schwer“ (Interview 6).

Grundsätzlich ist es die Strategie der Pflegenden immer ruhig zu bleiben, denn Unruhe überträgt sich sofort auf den Bewohner. Einen schreienden und tobenden Bewohner kann man also nur mit ganz ruhigem Ton und ganz ruhiger Stimme zur Ruhe bringen.

“Dann spreche ich ganz leise mit ruhiger Stimme und beruhige ihn dann hört er auf mit dem schreien“(Interview 6).

Dennoch sind die Fähigkeiten zur Bewältigung verschieden. Undankbarkeit wurde von manchen der Befragten eigentlich schlimmer empfunden als Schimpfwörter an sich. In gewisser Weise wird die Arbeit bzw. der Arbeitserfolg in der psychiatrischen Pflege nur schwer sichtbar. Man erntet selten den gerechten Dank für seine Mühen.

...ich bin ein ruhiger Mensch...das kann ich akzeptieren aber es ärgert mich wenn du wirklich alles gibst und pflegst und kümmerst und alles Mögliche und dann vielleicht noch die Windelhose putzt...und dann lauter Schimpfwörter...ich will das gar nicht sagen...zurückbekommst....das ist sicher nicht gut für uns...“(Interview 8).

Die Strategie des Ignorierens war in diesem Kontext bei fast allen Teilnehmern gleich. Es scheint als ob psychiatrisch Pflegende eine gewisse Grenze aufbauen müssen, um mit den Belastungen in ihrer Arbeit fertig zu werden.

Im Fall der verbalen Aggressionen handelt es sich um eine klare Trennung zwischen dem Individuum und seiner Erkrankung. Es ist nicht der Mensch, der einem Schimpfwörter an den Kopf wirft, sondern es ist seine Krankheit. Auf diese Art und Weise kommt es zu keinen weiteren erforderlichen Bewältigungsreaktionen, da die negativen Aussagen an diesem fiktiven Schutzschild „abprallen“.

4.2.3.2.2. Gewalt

Bei Gewalterlebnissen ist es wichtig in wie weit man schon Erfahrung mit Gewalt im Beruf gehabt hatte. Die anfängliche Zeit, die ersten „Schläge“ waren mit einem Gefühl der kompletten Überraschung bzw. Schock verbunden.

„...an das allererste Mal erinnere ich mich bis heute noch...wie ich das erste Mal eine unerwartete Watsche gekriegt habe von einer Bewohnerin...ich hab damit überhaupt nicht gerechnet und es hat mich persönlich getroffen...aber wenn du dir dann selbst versuchst das zu erklären und halt auf die Krankheit zu schieben und nicht auf die Person dann, ist es abgegrenzt...dann nehme ich das nicht persönlich.“ (Interview 4).

„Ich war nur schockiert...nicht böse“ (Interview 3).

In weiterer Folge waren unsichere Gefühle festzustellen, welche oft eine erhöhte Aufmerksamkeit bei darauf folgenden Kontakten zur Folge hatten. Es waren Unsicherheiten bezüglich der Reaktionen des Bewohners erkennbar.

„Naja, dann beim nächsten Mal hast du Angst vor ihm...du gehst dann nicht mit sicherem Gefühl zum Bewohner und hältst ein bisschen Abstand“. (Interview 8).

Die Verarbeitung dieser Erlebnisse hängt stark von den individuellen Ressourcen ab, wobei aber am Ende immer ein „akzeptieren müssen“ steht.

„...wenn mich jetzt wirklich wer angreift und mich wirklich schlagen will und das auch nicht nur versucht sondern auch schafft dann ist das halt schon...da muss ich mich dann schon selbst runter holen ein bisschen und ...da brauch ich dann selbst ein bisschen eine Pause und dann versuch ich halt weiter zu machen weil...bleibt eh nichts anderes über...(Interview 10)

„Zum Beispiel hab ich vor drei Wochen eine gekriegt...er wollte nicht duschen das hat ihm nicht gepasst dann hat er mich erwischt...am Oberarm...und vorher hat mir eine Bewohnerin

die ganze Lippe aufgerissen...ich hab geblutet...was kann ich machen? Nichts“...(Interview 9).

Es lassen sich Ähnlichkeiten zu den verbalen Aggressionen feststellen. Generell haben Pflegende nur wenige Möglichkeiten sich dieser Tatsache zu entziehen da eine gewisse Macht- bzw. Hilflosigkeit hier festzustellen war. Neben der Reaktion „Schock“, kann auch Wut beim Opfer der Gewalt entstehen.

Teilweise wurden auch die gewalttätigen Übergriffe auf die Krankheit geschoben, was eine schnellere Verarbeitung ermöglichte. Deziert sprachen nur wenige von Angst durch Gewalt in ihrem Beruf.

...das ist ein 200 kg Mann...ich habe 50 kg...wenn er mich einmal schlägt bleib ich vielleicht dort liegen... (Interview 8).

„...ich hab keine Angst überhaupt nicht ich bin kein ängstlicher Mensch, also wenn jemand auf der Straße aggressiv wird bekomme ich vielleicht Angst...aber unsere Bewohner kenne ich alle...“ (Interview 4).

Es war öfters die Rede von einer innerlichen Grenze, einem Schutzmechanismus, der bei schwierigen Situationen automatisch in Gang kommt. Es hatte den Anschein als ob viele der Bewohner auch ständig ihre Grenzen austesten wollen und dieses ständige Verteidigen der Position schien auf Dauer ebenfalls an der Substanz der Pflegenden zu zehren.

„Natürlich versuchen sie dich dann auszunutzen bis zum geht nicht mehr...wenn er sagt ich werde dieses Wasser jetzt nicht trinken ich will Saft...und hat aber als Nebendiagnose Diabetes kann ich es ihm nicht geben... (Interview 2).

Auch das emotionale Verhältnis zu den Bewohnern darf nicht zu vertraut sein und ein gewisser Abstand (Mauer/Schutzschild) muss stets gegen sein.

„...ich muss für mich aufpassen dass ich sie nicht zu weit an mich heranlasse...weil ich ja...das ist halt dann das was du psychisch nicht verkraftest. Also ja man muss ein bisschen Abstand halten ja...“ (Interview 1).

4.2.3.2.3. Belastende Persönlichkeiten

Aufgrund der verschiedensten Krankheitsbilder haben manche Bewohner Eigenschaften welche für einen „normalen“ Menschen nicht rational erklärbar sind. Den Pflegenden fällt es oft schwer, deren Handeln und Denken nachzuvollziehen und zu verstehen.

„Ahm, sehr belasten tut mich halt wenn man halt versucht und man will halt den Bewohner motivieren und versucht und versucht und man erreicht es aber nicht...wenn man jetzt dann probiert, ja, dass sie vielleicht mehr aus ihrer Lebenssituation machen und das erreicht man aber nicht...und das ist das was mich dann am meisten beschäftigt.“(Interview 1).

„...ich war wirklich nur 8 Minuten ca. war ich in einem anderen Zimmer und ich komme zurück und schaue und das ganze Zimmer ist eingeschmiert, am Boden, ganzer Körper mit Stuhl...da das war am schlimmsten...und ich kann mir nicht vorstellen warum...“(Interview 6).

„Ich habe meine Emotionen und Reaktionen wirklich lernen müssen. Weil Persönlichkeitsstörungen die lügen...die manipulieren, die spekulieren auf unvorstellbare Wege was einem normalen Menschen nie einfallen würde...von woher die

kommen, keine Ahnung das ist unvorstellbar...unmöglich dann bin ich immer baff und überrascht.“ (Interview 4).

Weiters müssen Pflegende die unterschiedlichsten Anschuldigungen, Lügen und Intrigen ertragen.

„...oder wenn ich eine Anzeige bekommen habe wegen einem Bewohner...da fühl ich...das belastet mich sehr weil ich nicht weiß wie das ausgeht...“ (Interview 4).

„Weil weißt du wenn so ein Mann zu dir kommt und sagt, dass du ihm alles gestohlen hast, das Auto das Haus, alles Mögliche und das du Schuld bist und du Strafe zahlen musst, oder er die Polizei rufen wird und dann wirklich die Polizei anruft...und dann willst du ihn ein bisschen beruhigen aber er glaubt dir sowieso nicht, wenn er denkt du bist Schuld, dann musst du wirklich aufpassen und darfst nicht alleine bleiben, weil du nicht weißt, wie er in der nächsten Minute reagiert“. (Interview 8).

Mit diesen Anschuldigungen umzugehen fällt vielen schwer, da man die Gründe dieser Anschuldigungen oder Gerüchte nicht einmal erraten kann. Es ist dann enorm viel Überzeugungsarbeit nötig, um den Bewohner wieder zu beruhigen. Manchmal sind jedoch alle Bemühungen umsonst.

4.2.3.3. Erleben der psychischen Belastung

Zu den Gefühlslagen die teilweise vorherrschen, wenn man sich sehr belastet fühlt sagten zwei der Befragten folgendes:

„Ab und zu kommt es vor, dass ich mich fühle wie eine ausgepresste Zitrone...“(Interview 2).

„Du glaubst du sitzt in einem Bienenstock...und ja...es kommen dann so viele Sachen auf dich zu was du dann nicht...ah das schaffst du dann alles nicht auf einmal.“ (Interview 1).

Der Großteil der patientenbezogenen Belastungsfaktoren kann innerhalb des Arbeitsumfeldes verarbeitet und abgeschlossen werden.

„...du musst das hier lassen deine Arbeit musst du hier lassen und deine Probleme von der Arbeit ich glaube nur so geht es mit diesem psychiatrischen Leuten...und auch für die eigene Gesundheit...du musst das vergessen...“(Interview 7).

„...ich habe vorher mit einer Schwester zusammengewohnt hier in (Ortsname) und wir haben uns versprochen wenn wir nach Hause gehen reden wir nicht über die Arbeit...(Interview 8).

4.2.3.4. Extremfälle

Es gibt jedoch Extremfälle, bei denen die oft erwähnte Strategie des „Gedankenstopps“ beim Verlassen des Arbeitsplatzes nicht möglich war. Manche Sachen beschäftigten die Pflegenden auch in deren Freizeit.

„Eh, gravierend ist...wenn einer Suizidversuch gemacht hat...ich mein das nimmst du dann schon mit, das kannst du nicht einfach weglöschen...oder wenn jemand stark in der Psychose war das nimmst du dann auch mit heim“...(Interview 1).

„...na zum Beispiel wenn jemand krank ist und sterben könnte an das denke ich ab und zu...“(Interview 3).

Weiters sei hier noch erwähnt, dass manche Übergriffe, wenn auch nur beobachtet, zu einem traumatischen Erlebnis für Pflegende führen können und nicht im Bereich des Arbeitsumfeldes einfach bewältigt werden können.

Aus ethischen Gründen und zum Schutz der Befragten, soll hier auf eine detaillierte Ausführung des Vorfalls verzichtet werden. Hier war professionelle Hilfe von Psychologen notwendig um dieses Ereignis zu verarbeiten. Von den Auswirkungen auf die Lebensqualität dieser Extremvorfälle wird im Abschnitt 16 berichtet.

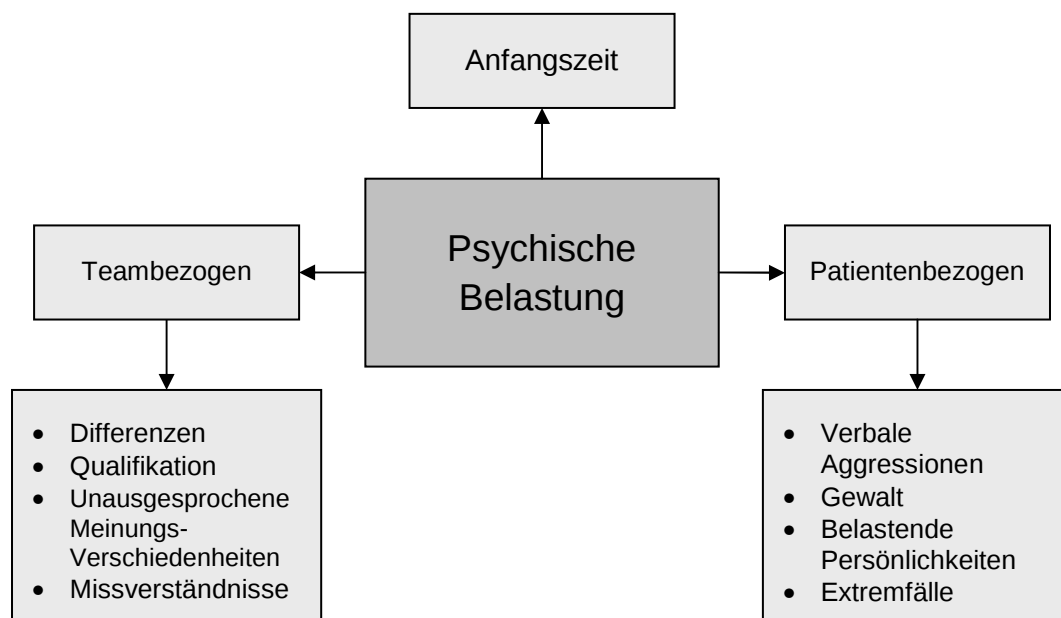


Abbildung 5: Einflussfaktoren der Psychischen Belastung

4.2.4. Erklärung des Modells

Die psychische Belastung im Bereich der psychiatrischen Pflege kann man in drei Hauptkategorien unterteilen. Die Anfangszeit stellte sich für viele der Befragten als schwierig heraus. Patienten und Handlungs- beziehungsweise Rollenfeld sind noch unklar und es herrscht eine gewisse Unsicherheit in

diesem Stadium. Weiters kann man in patientenbezogene und teambezogene Belastungsfaktoren unterteilen.

4.2.4.1. Bewältigung der patientenbezogenen Belastungsfaktoren

Bei den patientenbezogenen Belastungsfaktoren kam es wie bereits erwähnt im Fall der verbalen Aggressionen zur einheitlichen Tendenz des Ignorierens. Die Aussagen wurden größtenteils auf die Krankheit geschoben und waren deshalb leichter zu bewältigen. Durch diesen Selbstschutz können die Pflegenden diese Stressoren abwehren und es kommt zu keinen Emotionen.

Generell beschrieben aber einige der Befragten auch Situationen, die sehr emotional waren. Es kommt bei jedem Menschen einmal der Punkt, an dem vorerst einmal Schluss ist, ein Punkt an dem man mental nicht mehr in der Lage ist klar zu handeln und zu denken.

4.2.4.1.1. Krise

In dieser Überforderungssituation, wie dies bei körperlicher Gewalt und generell bei den belastenden Persönlichkeiten zum Teil der Fall war, in dem kein rationales Handeln mehr garantiert werden konnte, gaben viele der Befragten an, kurzfristigen Abstand zu nehmen. Das bedeutet, den Raum kurzfristig zu verlassen, um sich selbst wieder zu sammeln und zu beruhigen.

„...ich hab dann die Türe zugemacht 5 Minuten und ok, gedacht naja, jetzt kann ich zurück...weil es ist wirklich schwer, manchmal willst du schreien aber du darfst nicht, es hilft nichts...“(Interview 6).

„Ab und zu wenn ich wirklich soweit bin und dann wirklich nicht mehr kann dann geh ich zu, vielleicht zum Fenster und dann mach ich frische Luft...ja...oder ich geh raus, und dann muss

ich vielleicht ein bisschen reden mit anderen Bewohnern...da sind auch die Kollegen wichtig dass du mit denen darüber redest“ (Interview 8).

„Dann geh ich eine Zigarette rauchen und dann geht das wieder“ (Interview 7).

„Ich brauche Abstand“(Interview 2).

Die Strategien waren nach dem Verlassen des Raumes individuell. So sprachen manche Pflegende gleich im Team darüber, manche versuchten sich alleine wieder zu sammeln und zu beruhigen. Anderen half es mit anderen Bewohnern in Kontakt zu treten.

4.2.4.1.2. Ressourcen

Die Bewohner werden keineswegs nur als Belastung gesehen sondern sind in gewisser Weise Belastung und Ressource zugleich. Einerseits wird bei positiven Erlebnissen oder gesundheitlichen Erfolgen und Verbesserungen die mühsame Arbeit der Pflegenden sichtbar, zum anderen führt Freude auf der einen Seite auch zu Freude und positiven Emotionen auf der anderen Seite.

4.2.4.1.2.1. Die Bewohner

Das Wichtigste für den Großteil der Befragten war es, die Bewohner glücklich zu sehen und deren Fortschritt im Krankheitsverlauf zu verfolgen. An diesen Reaktionen fanden sie Bestätigung und Sinn in ihrem Beruf. Das zum Teil sehr vertraute Verhältnis zu den Bewohnern und die Verantwortung und das Einflusspotential auf ihre Entwicklung empfanden viele Pflegende als Ausgleich zu den Strapazen.

„Wenn du etwas machst und alle sagen Dankeschön...oder ich mache einen Eiskaffee und dann sagen alle der schmeckt gut...so kriegen wir das zurück...dass sie dann Gute Laune haben...das ist wirklich angenehm...oder man kriegt ein kleines Geschenk, ein selbstgemachtes Bild“... (Interview 6).

„...wenn ich jetzt komm in der Früh und die Leute sehn mich und freuen sich das ich da bin dann denk ich mir ja passt, das ist super...das ist für mich eigentlich die Bestätigung...“ (Interview 10).

„Wenn ich nur einmal zum Bewohner sagen muss bitte gehen sie duschen und dann kommt er zu mir und sagt ich fühle mich viel besser...wenn sie mir erzählen was sie am Abend oder in der Früh gemacht haben...wenn sie automatisch zu mir kommen“ (Interview 7).

„Mir geht's gut wenn der Patient zufrieden ist...ein bisschen lacht...und mit mir spricht...Gestern,...er geht immer in die Kirche und kommt zurück mit Blumen...da Schwester...drei Rosen, drei Nelken...egal, was auch immer...gestern hab ich auch bekommen...“ (Interview 5).

„Wenn du dein Bestes gibst und dann hast du ein Ergebnis dann ist es ein Gefühl wie ich bin richtig da, verstehst du? Ok, weiter geht's, super cool da braucht mir niemand auf den Rücken klopfen oder so...das ist für mich selbst wichtig...“ (Interview 4).

Das Gefühl etwas bewirkt zu haben verschafft Bestätigung und gibt den Pflegenden einen Sinn in ihrem Tun. Weitere Faktoren die die Bewältigung der

patientenbezogenen Belastungsfaktoren beeinflussen und eine Bewältigung direkt am Arbeitsplatz ermöglichen sind das Team inklusive der Vorgesetzten.

4.2.4.1.2.2. Soziales Umfeld

Die sozialen Kontakte aus demselben Milieu spielen eine wichtige Rolle als Ansprechpartner für Probleme die die Arbeit betreffen. Die Pflegenden fühlten sich in ihrer Situation oft besser von Freunden oder Arbeitskollegen verstanden, als von Familienmitgliedern, da diese nach Ansicht einiger der Befragten nicht über das nötige Hintergrundwissen für das Verstehen von patientenbezogenen Problemen verfügen.

„...ich weiß schon im Vorhinein ich erwarte mir keine Hilfe weil ich sowieso selber damit zurechtkommen muss“... (Interview 2).

„...und dann nach einer Zeit bin ich draufgekommen keiner versteht mich, keiner weiß wovon ich rede...und auch das zuhören war dann eigentlich so wie eine Wand weil mit einer Wand kann ich genauso viel reden wie ich weiß die wissen nichts davon“ (Interview 4).

„Nein, maximal wenn zum Beispiel zwischen Kollegen was passiert ist und das auch nicht so oft...fast nie...wir sprechen auch nicht über ihre Arbeit“ (Interview 9).

„Ich bin die einzige in der Familie mit solchen Sachen und darüber kann ich ganz wenig reden weil da ist kein Interesse glaube ich...“ (Interview 8).

Patienten sind also Belastung und Bewältigung zugleich. Sie werden nicht nur in ihren Defiziten wahrgenommen, sondern können auch das Gefühl der Bestätigung und des Erfolges vermitteln.

Wären diese positiven Erlebnisse nicht vorhanden, könnte eine langfristige Bewältigung dieser Aufgabe wahrscheinlich nicht stattfinden. Ein verständnisvolles Team indem keine Spannungen und Differenzen stattfinden kann einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der patientenbezogenen Belastungen leisten.

Die Familie spielt in Bezug auf den Austausch von Problemen die zumindest die Patienten betreffen eine untergeordnete Rolle, da hier nach Ansicht mancher Befragter klare Wissensdefizite für diesen speziellen Bereich vorherrschen.

4.2.4.2. Teambezogene Belastungsfaktoren

Im Unterschied zu den bewohnerbezogenen Belastungsfaktoren, bei denen die Stressoren größtenteils durch die Krankheit erklärbar waren, ist dies bei den teambezogenen Belastungsfaktoren nicht der Fall. Sie konnten nicht im Arbeitsumfeld abgeschlossen werden und manche der Befragten hatten auch in ihrer Freizeit noch Probleme damit. Das kam bei den patientenbezogenen Belastungsfaktoren nur in Extremfällen vor.

Spannungen, Differenzen oder andere Probleme haben, wenn sie nicht gleich zur Aussprache kommen ein scheinbar höheres Belastungspotential und verursachen Emotionen, da das „Schutzschild“ des Ignorierens und das Erklärungsmodell durch die Krankheit hier nicht funktioniert.

„psychisch beschäftigen mich die Personalprobleme, das nehme ich immer mit...das kann ich nicht...das kann ich nicht abschließen...ich kann das auf nichts begründen...du kannst auf mich böse sein, wenn wir das abgesprochen haben belastet mich das nicht...wenn wir das aber nicht absprechen können ist es aber eine große Belastung für mich...“(Interview 4).

...ich bin so ein Typ wenn ich ein Problem habe dann geh ich hin und sag du hast das nicht gemacht und das nicht gemacht...und dann reden wir gemeinsam darüber und dann ist das kein Problem...ich bin ein ehrlicher Mensch aber ich mag das nicht wenn ich dann zwei Wochen späte über mich was höre was überhaupt nicht wahr ist...(Interview 8).

„Für mich ist wichtig...na ich denke mir wenn es da irgendwelche Probleme gibt dass man einfach das...ich sag mal wenn ich ein Problem hab jetzt dann geh ich zu dem hin und red mit ihm selbst...das was halt teilweise dann davor ist das da irgendwie dann hinter deinem Rücken gesprochen wird also das mag ich halt nicht so gern...“ (Interview 10).

„Ich hab einmal gehört was eine Kollegin über mich gesagt hat und dann habe ich schlechte Laune gehabt.“ (Interview 3).

4.2.4.3. Bewältigung der teambezogenen Belastungsfaktoren

Wie auch bei den Patienten kann das Team einen Belastungsfaktor aber auch eine Ressource in Bezug auf die Bewältigung von Problemen und Belastungen darstellen.

Ein funktionierendes Team spielt eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Stresssituationen.

„Na gegen die psychische Belastung ist für mich...persönlich ist das ich schon manches mit manchen Kollegen bespreche...weil dann sagst ok, dass entlastet mich ein wenig“ (Interview 1).

„....reden, reden, reden, reden...und hier hab ich auch eine Vertrauensperson“...und innerhalb von zwei Tagen kann ich einen Urlaub anmelden“... (Interview 4).

„Wenn ich Probleme habe in der Arbeit dann gibt's Kollegen mit denen ich reden kann“ (Interview 7).

...was ich sehr stark empfinde...dass wir uns untereinander so gut kennen...dass ich eigentlich zum anderen Kollegen oder zur Kollegin sagen kann du nimmst mir das ab oder es geht nicht, oder die Kollegen erkennen das, hoppala...da braucht man gar nichts sagen und die erkennen das...“(Interview 1).

Das Team kam grundsätzlich in allen Bereichen der Belastung, aber auch Bewältigung vor. Insgesamt stellt das Team einen sehr wichtigen Untersuchungsbereich im Kontext der psychiatrischen Pflege dar und sollte als wichtiger Ansatzpunkt gesehen werden.

4.2.4.3.1. Kommunikation

Das multiprofessionelle Team von Psychologen und Psychiatern bildet ebenfalls eine wichtige Anlaufstelle für die Pflegenden. Hier können Informationen eingeholt werden, wenn es um krankheitsspezifische Vorkommnisse oder Veränderungen bei den Patienten geht. Weiters sind sie auch für persönliche Probleme und Anliegen ein wichtiger Ratgeber.

„...gut ist es auch wenn die Psychologin da ist, weil dann wenn wir etwas nicht verstehen können wir runtergehen und fragen...“(Interview 8).

„...aber dann muss man halt eben die Gespräche führen auch mit Kollegen oder mit einem Psychologen und das man da halt

weiß von dem Krankheitsbild her da geht halt dann nicht mehr...da geht nicht was anderes..." (Interview 1).

Wie aus diesen Aussagen deutlich hervorgeht, ist es den Befragten sehr wichtig, sich Bestätigung von Experten zu holen, wenn bei Patienten keine Erfolge im Krankheitsverlauf erzielt werden können. Wenn ihnen der Arzt erklärt, dass die Krankheit der Grund ist, schienen die Selbstzweifel abzunehmen und die Pflegenden können diese Belastung besser verarbeiten, da sie wissen, dass die Schuld nicht bei Ihnen liegt.

4.2.4.3.2. Familie

Im Unterschied zu den patientenbezogenen Belastungsfaktoren, die größtenteils in der Arbeit bewältigt werden konnten, wurden die meisten der Befragten von Problemen die das Team betrafen auch Zuhause und in deren Freizeit von dieser Angelegenheit gequält.

Diese können nicht ignoriert oder auf die Krankheit geschoben werden, was eine größere Belastung zur Folge hatte. Hier konnte die Familie als Ressource gesehen werden, welche oft einen wichtigen Beitrag zur Verarbeitung meist in Form von Ablenkung leistete.

„...wenn ich nach Hause komme will ich an etwas ganz anderes denken...über mein Kind, was ich kochen muss...waschen, bügeln...und alles Mögliche...(Interview 8).

„...das man von der Arbeit her einen Abstand nimmt...und sich daheim dann wieder sammelt und andere Sachen macht...und dann schaffst du das dann wieder leichter..."(Interview 1).

4.2.4.3.3. Aktivitäten

Weiters gaben die Befragten eine Vielzahl an sportlichen Aktivitäten sowie Entspannungstechniken an, die in ihrer Freizeit halfen, die Vorfälle zu verarbeiten. Dabei standen vor allem monotone Beschäftigungen im Vordergrund welche ein gedankliches abschweifen ermöglichen.

„Wenn ich jetzt voll bin geh ich gleich wenn das Wetter es zulässt Schneeschaukeln zum Beispiel...oder ich gehe in den Garten meine Sachen machen und das ist für mich so befreiend und dann kann ich wieder normale Haustätigkeiten machen...“(Interview 1).

„...zum Beispiel relaxen...das so...zum Beispiel kochen...ja das mach ich auch gerne...“(Interview 3).

„...oder Sport, oder Gartenarbeit...ich mag das...in der grünen Natur, dort kannst du super regenerieren und so...dann versuche ich zu musizieren...singen...tanzen je nachdem wie viel Zeit ich habe Zuhause....dann genieße ich das voll...“(Interview 2).

„Wenn ich Zeit habe mache ich Wellness...Wellnesshotel...schwimmen, bisschen Sauna, bisschen massieren...“(Interview 5).

„Was für mich immer sehr wichtig war ahm...dass ich die Freizeit auch natürlich mit der Familie verbringe aber dass ich immer wieder so Tage habe wo ich einfach ahm...etwas Zeit für mich hab dass ich jetzt sag ich geh mal ein bisschen am Berg, geh Schifahren aber allein das ist für mich sehr wichtig gewesen, einfach ein bisschen zum nachdenken und irgendwie

selbst wieder runterzukommen, für mich ist das immer sehr wichtig“. (Interview 10).

Es muss aber nicht immer eine Aktivität sein, die Abhilfe verschafft. Manche der Befragten genossen ihre Freizeit auf andere Art und Weise.

„Ich bin faul...natürlich könnte ich turnen und so gehen aber ich liege faul...ich könnte dir viel erzählen was ich mache aber das ist die Wahrheit...“ (Interview 4).

„...liegen und gar nichts machen...“ (Interview 3).

„...ich möchte Sport machen ja aber es gewinnt immer die Faulheit...“ (Interview 6).

Diese oben angeführten Handlungen und Aktivitäten geben den Pflegenden den Freiraum für Reflexion und Aufarbeitung der Erlebnisse. „Faul sein“ kann hier als eine Bewältigungsstrategie wie Sport oder Kommunikation gesehen werden. Es ermöglicht einen Ausgleich zum straff durchorganisierten Tagesgeschehen im Beruf, und die Zeit der Ruhe - die Freizeit, wird in vollen Zügen auskosten. Nebenbei verschafft das „Nichtstun“ auch Raum um Geschehnisse aller Art Revue passieren zu lassen.

4.2.4.3.4. Glaube und Spiritualität

Der Einfluss des Glaubens und der Spiritualität spielte durchwegs eine eher untergeordnete Rolle bei den Befragten. Zwar gaben manche von ihnen an durchaus an etwas zu glauben, jedoch dies in Wirklichkeit nichts mit einer Religion in eigentlichen Sinne zu tun hatte. Es standen teilweise der Glaube an das Positive oder andere persönliche Glaubensarten im Vordergrund.

Für zwei der Befragten war der Glaube jedoch wichtig und eine Energiequelle.

„Meinen Glauben übe ich jeden Tag aus weil er in meinem Beruf sehr wichtig ist...wenn ich das was ich glaube nicht ausüben würde, würde ich meinen Beruf nicht machen können...weil ich mit Menschen arbeite...“ (Interview 4).

„Wie soll ich sagen ich geh nicht so oft in die Kirche...ich tu auch nicht stundenlang sitzen und beten...diesbezüglich...aber ich hol mir das vom positiven denken...ich denk mir es gibt was positives...und dann wenn man glaubt es geht nicht mehr dann denk ich mir nein, es ist bestimmt was positives...und dass ich mich auf das positive dann beschränke und das hilft mir dann.“ (Interview 1).

Teilweise war es den Interviewpartnern sehr wichtig an etwas zu glauben um damit schwer belastenden Dingen einen Sinn zu geben und sie sich dadurch erklärbar zu machen. In Verzweiflungssituationen schien es doch vereinzelt wichtig zu sein, sich durch den Glauben an etwas Höheres „gestützt“ zu fühlen.

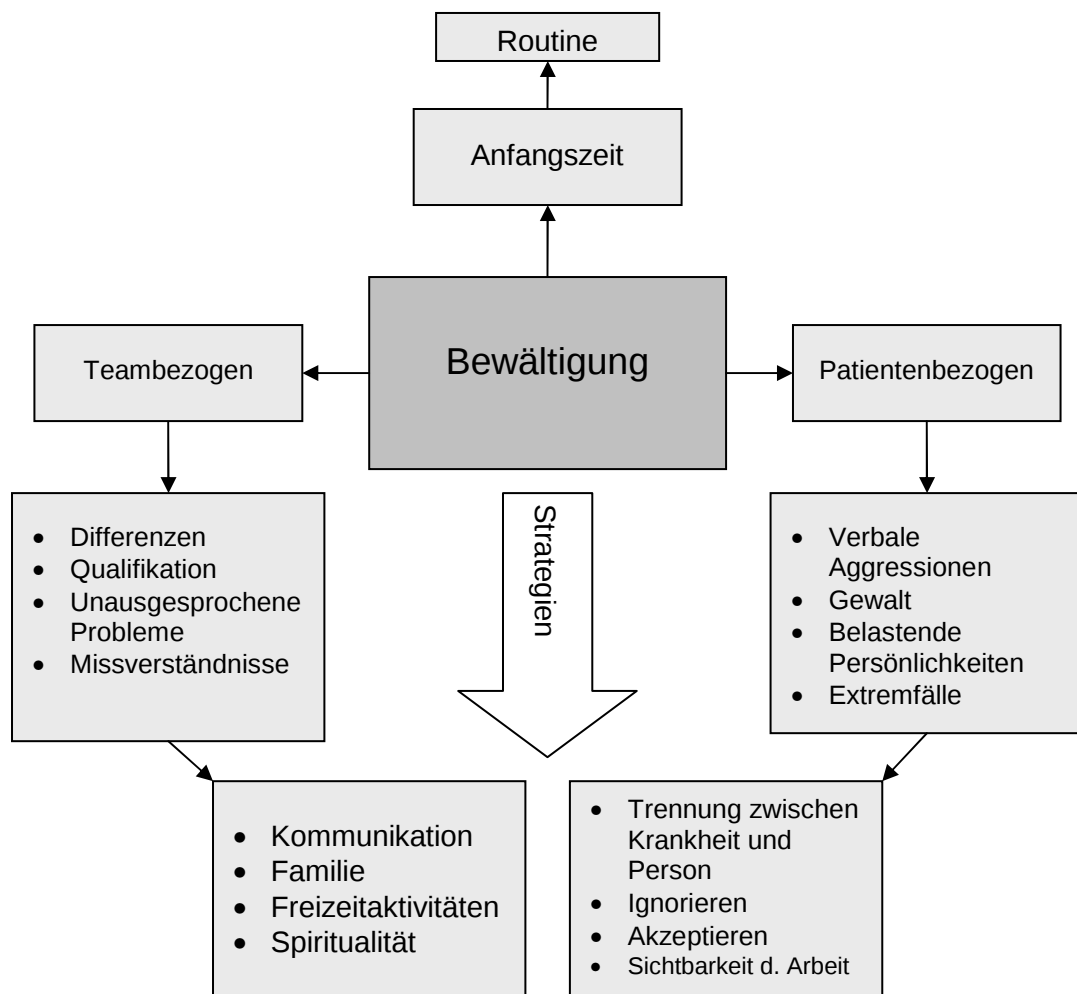


Abbildung 6: Bewältigung der psychischen Belastungsfaktoren

4.3. Erklärung des Modells

Die Bewältigungsstrategien werden auf die bereits differenzierten Belastungsfaktoren aufgeteilt. Die Anfangszeit mit der verbundenen Unsicherheit wird durch Erfahrung bewältigt. Die teambezogenen Belastungsfaktoren, die nicht durch die erklärten Strategien zu bewältigen sind, erfordern andere Wege und Mittel als die patientenbezogenen Belastungsfaktoren.

4.4. Lebensqualität

4.4.1 Definitionen

In diesem Abschnitt soll näher darauf eingegangen werden, inwieweit die Auswirkungen dieser verschiedenen Belastungsfaktoren einen Einfluss auf die Lebensqualität und das soziale Leben der Befragten haben. Der Begriff Lebensqualität wurde von den Befragten folgendermaßen definiert:

„...mir genügt das wenn ich sag ich bin gesund, ich kann arbeiten gehen und ich kann mir gewisse Sachen eben durch die Arbeit leisten...“ (Interview 1).

„...dass ich nicht hungrig bin, gut angezogen...und ich kann mit der Familie in Urlaub fahren...das ist Lebensqualität für mich...“(Interview 9).

„Naja ich denk mal für mich ist das Wichtigste dass das einfach mit der Familie passt, wenn ich heimkomme sind meine Frau und meine Kinder da, das wir uns alle freuen können dass wir...Lebensqualität...ja auf Urlaub fahre und so...Geld ist auch ein wichtiger Faktor dabei...(Interview 10).

*„...wenn du gut verdienst kannst du mehr Sport machen, mehr Reisen, mit den Kindern wandern...dann hat man mehr Zeit...“
(Interview 6).*

„Die erste Priorität ist für der Gesundheitszustand“ (Interview 2).

Wie anhand dieser Aussagen klar zu erkennen ist, orientiert sich der Begriff „Lebensqualität“, nach Auffassung der Befragten, stark an der Familie und dem Gesundheitszustand der eigenen, wie auch der nahe stehenden Personen. Ein guter Verdienst war den Befragten ebenso wichtig wie genügend Freizeit für Aktivitäten. Eine durchwegs „bodenständige“ Vorstellung von Lebensqualität herrschte in allen Interviews vor.

4.4.2 Auswirkungen auf die Lebensqualität

Lebensqualität wurde nach Aussagen der Befragten oft in Zusammenhang mit einer funktionierenden Familie gesehen. Die Gesundheit und das körperliche Wohlbefinden war für die meisten der Befragten Grundvoraussetzung. Um also nun den Einfluss der Arbeit auf die Lebensqualität zu betrachten, ist es notwendig, die Auswirkungen auf die oben angeführten Aussagen zu analysieren.

4.4.2.1. Sozialkontakte und Familie

Die Auswirkungen auf das soziale Leben, mit besonderem Augenmerk auf die Familie und Freunde und Hobbies gerichtet, kam es zu unterschiedlichen Aussagen der Teilnehmer.

Aufgrund der Tatsache, dass acht der zehn Untersuchungspersonen nicht aus Österreich kamen und teilweise täglich pendeln müssen, ergaben sich Probleme besonders in Bezug auf die zu Verfügung stehende Zeit.

Manche von Ihnen machen fünf Tage Dienst, haben dann fünf Tage frei und der wöchentliche Abschied von der Familie fällt manchen, besonders jenen mit Kindern sehr schwer.

Aus diesen Gründen ist es teilweise der Fall, dass manche soziale Kontakte natürlich abnehmen da die Familie im Vordergrund steht und die wenige Zeit mit dieser verbracht wird. Hobbies und Freunde treten in den Hintergrund und was jetzt aber nicht unbedingt mit der Belastung im Beruf selbst zusammenhängt.

„Ahm...auf die Hobbies vielleicht weil man nicht mehr so viel Zeit hat.“ (Interview 10).

„Ah das verliert sich dann natürlich...sozial genau und Privatleben...“ (Interview 2).

Oft sind es jedoch die bereits besprochenen teambezogenen Belastungsfaktoren, die zumeist nicht direkt abgeschlossen werden können und sich dann durch schlechte Laune oder Ungeduld teilweise äußern können. Diese wurden bereits weiter oben behandelt.

„...ich war ein paar Mal ungeduldig Zuhause mit meinen Kindern weil ich im Kopf fertig war wegen den Bewohnern aber sonst Gott sei Dank nicht...“ (Interview 6).

Bei patientenbezogenen „Extremfällen“ wie sie weiter oben erklärt wurden, kann ein Einfluss auf die Lebensqualität durchaus als gegeben gesehen werden. In einem Fall kam es aufgrund eines beobachteten traumatischen Erlebnisses, auf welches nicht näher eingegangen werden soll, zu relativ weit reichenden Beeinträchtigungen.

„...Na diese Zeit war wirklich schlimm und dann nach dem Nachtdienst konnte ich auch nicht so gut schlafen und ich konnte ein halbes Jahr kein Fleisch essen...das konnte ich nicht vergessen, ich glaub solange ich lebe wird ich das nicht vergessen und dann muss du mit der Polizei reden und du bist sowieso todmüde und um 11 Uhr bist du immer noch da...weißst du weil du musst das alles dann dokumentieren und das war wirklich sehr anstrengend und ich hab nicht geglaubt das so was passieren kann...“(Interview 8).

In einem anderen Fall kam es aus familiären Gründen zu einer Doppelbelastung aus Beruf und Privatleben. So ein spezieller Fall stellt eine Ausnahmesituation dar, in der der Betroffene abwägen muss, wie er mit seiner mentalen und auch körperlichen Kraft umgeht und Prioritäten setzen muss. Schlussendlich stehen die Betroffenen vor der Wahl, sich für die Arbeit oder Familie zu entscheiden, da diese Doppelbelastung anscheinend nicht lange zu bewerkstelligen ist.

...das zusammen ist halt schon wo du dir überlegst und halt denkst...eigentlich verbring ich schon viel Zeit in der Arbeit und ich brauche aber die Energie für Zuhause auch...weil wenn jetzt Zuhause private Sachen sind wo du sagst das braucht Energie hast du die Energie nimmer so die du brauchst für die Arbeit...(Interview 1).

In diesem Fall könnte ebenfalls eine relativ hohe Beeinträchtigung der Lebensqualität angenommen werden. Für soziale Kontakte beziehungsweise Urlaub, Freizeit bleibt in diesem Fall nur sehr wenig Zeit.

Dazu kam es bei der Befragten aber auch zu einer eher positiven Aussage.

*„...weil du siehst gewisse Sachen dann...das ist durch meinen Beruf...durch das bist du dann im Privatleben einfach zufriedener...und gewisse Sachen schätzt du mehr...“
(Interview 1).*

Man scheint durch die Erfahrungen und Erlebnisse in der Arbeit den normalen Alltag mehr schätzen zu lernen. Dies spiegelte sich im Kapitel Lebensqualität wieder. Die Befragten hatten durchwegs eine relativ bodenständige Ansicht von Glück und Freude im Leben.

4.4.2.2. Gesundheit

Auf die Auswirkungen auf die Gesundheit wurde bereits eingegangen. Die Symptome können nach Angaben der Teilnehmer körperlicher oder psychischer Art sein und reichen von Rückenschmerzen bis zum Gefühl der totalen Erschöpfung.

Insgesamt kann man sagen dass sich die Arbeitsbelastung der Pflege psychisch kranker Menschen teilweise sehr stark auf die Lebensqualität ausgewirkt hat, wie dies bei Extremfällen oder teambezogenen Belastungsfaktoren zum Teil der Fall war.

Mehrheitlich gesehen konnten jedoch keine besonderen Einschränkungen im Privatleben erkannt werden. Als sehr wichtig konnte die individuelle Fähigkeit des „Abschaltens“ und die Möglichkeit des regelmäßigen Abstands durch Urlaub genannt werden.

4.5. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Der Arbeitsalltag auf der psychiatrischen Station ist für die befragten Pflegepersonen von vielerlei Handlungskompetenzen geprägt. Organisation, Kommunikation, Empathie und Fachwissen stellten sich als grundlegend

heraus. Betreffend der Organisation liegt es in der Verantwortung der Pflegepersonen zum Beispiel Mahlzeiten und Medikamente bereitzustellen, Termine bei Fachärzten zu koordinieren, Therapien zu organisieren oder durchzuführen, die Bewegung der Patienten zu fördern, krankheitsbedingte Veränderungen oder Zwischenfälle zu managen und zusätzlich persönliche Anliegen und Probleme der Bewohner zu berücksichtigen.

Kommunizieren stellte sich ebenfalls als allgegenwärtig heraus und kam in zweierlei verschiedenen Kontexten vor. Zum einen sei hier die Kommunikation die sich aufgrund des Tagesablaufes ergibt, wie dies bei der Dienstübergabe oder bei der Visite der Fall ist. Für Pflegende im Bereich der Psychiatrie ist es aber auch sehr wichtig über private bzw. persönliche Probleme mit Kollegen kommunizieren zu können, um gewisse Erlebnisse besser verarbeiten zu können, wie sich in weiterer Folge herausstellte.

Die Arbeit mit den Bewohnern und selbstverständlich auch die Kommunikation mit diesen ist von einem hohen Maß an Empathie geprägt. Die unterschiedlichen Krankheitsbilder der Patienten erfordern es teilweise, mit diesen in eine „anderen Welt“ einzutauchen um deren Emotionen und Gefühle verstehen zu können. Die Bedürfnisse der Bewohner müssen diese teilweise nahezu von den Augen abgelesen werden, da Kommunikation auf einem anderen Weg oft nicht möglich ist. Treten Veränderungen oder Verschlechterungen bei den Patienten auf muss sofort reagiert werden. Die Fähigkeit solche Veränderungen sofort zu erkennen erfordert viel Einfühlvermögen und auch Fachkompetenz.

Wertschätzung im täglichen Arbeitsleben erfahren die Pflegenden vorwiegend durch Ihre Vorgesetzten in Form von Lob, was als sehr wichtig empfunden wird. Im Allgemeinen wird das Team als gut beschrieben, jedoch waren manche der Befragten teilweise anderer Meinung, was aber grundsätzlich normal ist ab einer gewissen Anzahl von verschiedenen Personen.

Zeitdruck und Stress spielen eine eher untergeordnete Rolle solange das Personal nicht durch Krankenstände „geschwächt“ wird. In diesen Fällen berichteten viele der Befragten von Zeitdruck oder Stress, was jedoch bei Vollbesetzung nicht der Fall war. Ein weiterer Stressfaktor im Tagesablauf

können unerwartete Psychosen oder andere Änderungen im Krankheitsverlauf sein. In solchen Fällen werden mehrere Personen für einen Patienten gebraucht wodurch wiederum Stress und Zeitdruck entstehen kann.

Betrachtet man die Auswirkungen der Arbeit auf der physischen Ebene, stellt sich heraus, dass die körperliche Belastung sehr stark von der Anzahl der mobilen Patienten abhängt. Diese Zahl hält sich in dieser Einrichtung nach Aussagen der Befragten in einer überschaubaren Anzahl, wodurch eine nicht sehr starke körperliche Belastung, die speziell aus dieser Tätigkeit entsteht, beobachtet werden konnte. Zu den Hauptbelastungsfaktoren im physischen Bereich zählen das Heben schwerer Patienten in Verbindung mit der richtigen Lagerung, Mobilisation oder Körperpflege. Die Symptome reichten von schmerzenden Füßen bis hin zu Rückenschmerzen und Thrombosen. Erleichterung der körperlichen Anstrengungen erfahren die Pflegenden einerseits durch technische Hilfsmittel wie elektrische Pflegebetten oder Wannen mit speziellen Patientenhebern, andererseits durch kollegiale Hilfe.

Die psychische Belastung spielt eine weitaus wichtigere Rolle im Bereich der Pflege psychisch kranker Menschen. Die Pflegenden müssen eine Reihe von Regeln und Grenzen einhalten, um eine tragfähige Beziehung mit den Bewohnern eingehen zu können. Grundsätzlich stellte bei der Mehrheit der Befragten die Anfangszeit im Umgang mit diesen speziellen Patienten eine große Herausforderung dar. Diese Zeit war bei manchen, die noch nicht viel Erfahrung in diesem speziellen Setting gesammelt hatten geprägt durch Unsicherheit und aus dieser resultierten Ängste und mangelndes Selbstvertrauen. Da auf einer Langzeitbetreuung jedoch die Patienten in der Regel einen längeren Zeitraum verbringen, stellt sich ein automatisches Kennen lernen mit der Zeit ein.

Neben den anfänglichen Belastungen kann man bei genauerem hinsehen patientenbezogene Belastungsfaktoren und teambezogene Belastungsfaktoren erkennen. Diese unterscheiden sich grundlegend voneinander und haben unterschiedliche Auswirkungen auf die Pflegenden. Ebenso werden sie auf verschiedene Arten verarbeitet und bewältigt. Zu den patientenbezogenen Belastungsfaktoren, die in dieser Studie gefunden werden konnten zählen

verbale Aggressionen, Gewalt und belastende Persönlichkeiten (aufgrund des Krankheitsbildes). Verbale Aggressionen wie Schimpfwörter oder Beleidigungen stehen nach Aussagen der Befragten an der Tagesordnung in Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen. Es hat jedoch den Anschein, als würden die Pflegenden sobald sie ihre Arbeit beginnen, nach Aussage einer Befragten, mit dem einstecken der Steckkarte, eine andere emotionale Ebene betreten, in der zumindest Schimpfwörter zwar wahrgenommen werden aber keinerlei Auswirkungen zeigen. Die Pflegenden scheinen großteils ein gewisses Schutzschild (entwickelt) zu haben, dass sie durch ignorieren und Erklärung durch die Krankheit aufrechterhalten. Es ist also nicht der Patient sondern die Krankheit die gerade spricht, oder schreit. Weiters scheint eine jahrelange Erfahrung ebenfalls in gewisser Weise „taub“ für rüde Sprache zu machen. Es konnte nicht erkannt werden, dass die verbalen Aggressionen in Form von Schimpfwörtern oder anderen Beleidigungen die Pflegenden noch in weiterer Folge oder in deren Freizeit beschäftigte.

Bei Erlebnissen in denen Gewalt eine Rolle spielte war es nicht ganz so der Fall. Die meisten der Befragten die Erfahrung in dieser Form hatten, berichteten zunächst von einem Schock. Bei anderen äußerte sich eine körperliche Gewalteinwirkung in Form von Wut. Beide Formen hatten Bewältigungsstrategien zur Folge die ähnlich waren. Ein Schockzustand hatte zunächst zur Folge, dass man beim nächsten Mal sich vorsichtiger näherte oder ein ungutes Gefühl hatte. In diesem Bereich konnte eine gewisse Hilflosigkeit auf Seiten des Pflegepersonals erkannt werden. Die eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten lassen hier nur die Strategie des Akzeptierens zu. Sie können nur an sich selbst arbeiten und versuchen noch vorsichtiger im Umgang mit dem Patienten zu werden. In der Regel sind die Erlebnisse jedoch nicht allzu gefährlich und die Pflegenden werden in der Freizeit oder einige Zeit später nicht mehr von diesem Erlebnis beschäftigt. Es wird hier ebenfalls in den meisten Fällen alles durch die Krankheit entschuldigt, was die Verarbeitung leichter werden lässt. In einem Fall kam es jedoch zu einem Erlebnis dass sich auch auf Freizeit und Privatleben auswirkte und nicht an Ort und Stelle abgeschlossen werden konnte.

Belastende Persönlichkeiten, also die vielen verschiedenen Bewohner die unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche haben stellen teilweise eine große Belastung für die Pflegenden dar. Die ständige Verfügbarkeit und die Anteilnahme an deren Lebenswelt kostet viel Kraft und Geduld. Obwohl sich Pflegepersonal und Bewohner sehr nahe stehen, müssen die Pflegenden stets aufpassen eine nicht zu enge Bindung einzugehen. Es sollte stets der nötige Abstand gehalten, eine gewisse Grenze also nicht überschritten werden, um auch in emotional berührenden Momenten den nötigen Abstand haben zu können. Anschuldigungen jeglicher Art, Unterstellungen oder grundlose Anzeigen belasten das Pflegepersonal sehr. Weiters sind Personen, bei denen man trotz aller Bemühungen und Anteilnahme keine Erfolge im Krankheitsbild zu erkennen sind ein schwerer Belastungsfaktor. Hier erschien es sehr wichtig, diese Fälle mit Spezialisten wie Psychologen oder Psychiater abzuklären und sich die Bestätigung zu holen, dass aufgrund dieses spezifischen Krankheitsbildes keine erkennbaren Erfolge zustande kommen. Am Ende steht hier ebenfalls wieder das Akzeptieren für die Pflegenden.

Die Bewältigung der patientenbezogenen Belastungsfaktoren ist individuell stark verschieden. Manche empfinden diese als nicht schwerwiegend belastend, bei anderen kam es sogar zu kurzfristigen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Ist der kritische Punkt bei den Pflegenden erreicht und sie merken, dass die Emotionen zu stark werden wenden die Pflegenden nahezu einheitlich eine Strategie an. Sie verlassen kurzzeitig den Raum, nehmen also kurzfristigen Abstand zum Patienten. Anschließend hilft es manchen Personen mit Kollegen oder anderen Bewohnern darüber zu sprechen. Andere öffnen das Fenster und beruhigen sich selbst im Stillen. Wie gesagt kann es bei extremen Situationen in Bezug auf den Patienten, wenn zum Beispiel dessen Leben in Gefahr ist oder auch bei extremen Gewaltsituationen zur psychischen Belastung im Privatleben oder der Freizeit der Pflegenden führen.

Die Familie bietet hier scheinbar keine Plattform für Gespräche, da die befragten sich nicht verstanden fühlten, wenn sie mit Familienmitgliedern über ihre Probleme sprachen. Öfters werden soziale Kontakte aus einer ähnlichen Berufsgruppe oder befreundete Kollegen aufgesucht.

Patienten stellen jedoch nicht nur eine Belastung dar, sie sind auch eine wichtige Ressource für die Befragten. An ihnen wird sozusagen die Arbeit der Pflegenden sichtbar und viele erlangen Bestätigung durch entgegengebrachtes Vertrauen und Sympathie.

Die teambezogenen Belastungsfaktoren wie Spannungen oder Differenzen innerhalb der Kollegenschaft können hingegen nur schwierig bewältigt werden, da hier das Erklärungsmodell durch die Krankheit und das Ignorieren nicht funktioniert. Viele Pflegenden beschäftigen Probleme dieser Art auch noch in deren Freizeit was zu einer hohen Belastung führen kann. Hier kann als einziges Hilfsmittel Kommunikation genannt werden, also eine ehrliche Aussprache unter vier Augen. Im Grunde versteht sich aber das Team sehr gut und man findet meistens jemanden zur Aussprache.

Auswirkungen der Arbeit auf die Lebensqualität scheinen teilweise gegeben zu sein. Diese ließen sich aber nur in den besagten Extremfällen und bei den teambezogenen Belastungsfaktoren feststellen. Vereinzelt wirkten sich aber auch körperliche Symptome wie Rückenschmerzen wahrscheinlich negativ auf die Lebensqualität aus. Schichtarbeit und lange Anfahrtszeiten machen die Freizeit knapp für die Pflegenden, und diese verbringen dadurch sehr viel Zeit mit ihrer Familie was andere Freundschaften und soziale Kontakte sowie sportliche und gesellschaftliche Aktivitäten etwas in den Hintergrund treten lässt, jedoch nicht direkt durch die Arbeitsbelastung erklärbar ist.

Der Glaube an eine bestimmte Religion spielte eine untergeordnete Rolle. Manche der Befragten glaubten aber durchaus an etwas Positives oder an andere Einstellungen und Denkweisen und holten sich dadurch entweder Erklärung für offene Fragen oder die Motivation weiterzumachen.

Um das schlussendliche Erklärungsmodell mit seinen komplexen Zusammenhängen nicht zu unübersichtlich zu gestalten wurden im Vorhinein die wichtigen Punkte bereits graphisch dargestellt und erklärt.

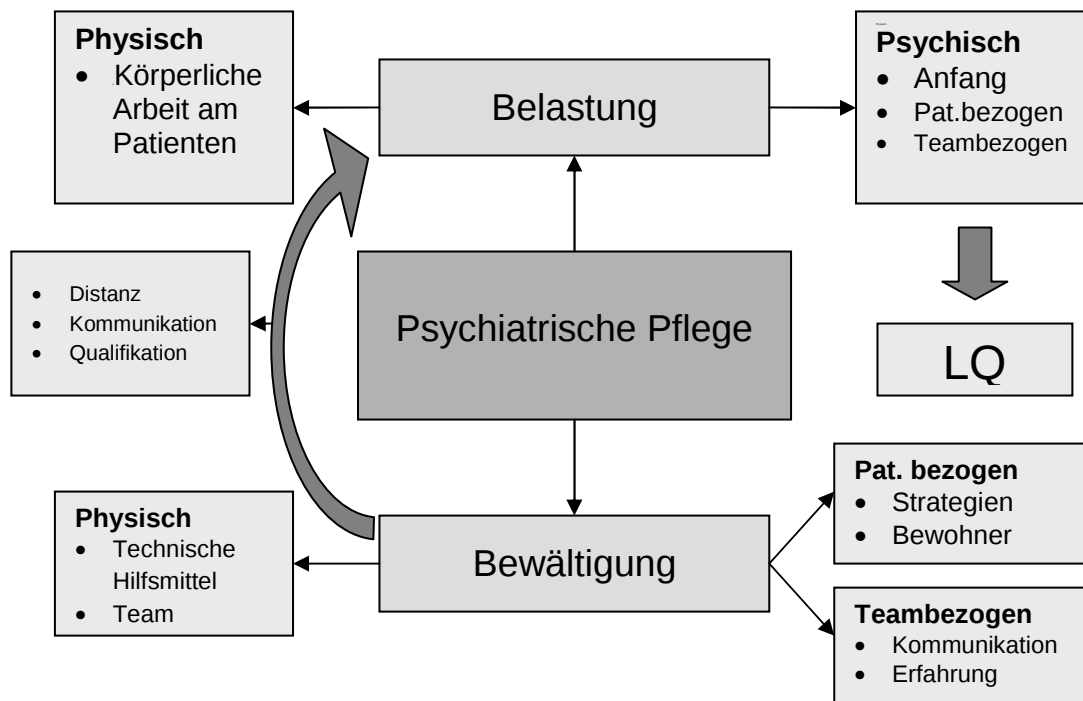


Abbildung 7: Belastung und Bewältigung der psychiatrischen Pflege

4.6. Erklärung des Modells

Die Belastungen in der psychiatrischen Pflege sind physischer und psychischer Natur. Ein Einfluss auf die Lebensqualität konnte in dieser Studie jedoch zum Großteil bei den psychischen Belastungsfaktoren gefunden werden. Nur in Ausnahme- bzw. Extremfällen konnte eine Verarbeitung des Stressors nicht direkt am Arbeitsplatz stattfinden.

In Summe gesehen könnte man sagen, dass Abstand und Kommunikation die beiden Hauptbegriffe bei der Bewältigung von patientenbezogenen und teambezogenen Belastungsfaktoren sind.

Distanz kommt bei der Bewältigung der patientenbezogenen Belastungen immer wieder vor. Diesem Abstand kommt in emotionaler und auch körperlicher Ausprägung wichtige Bedeutung zu, denke man an die „kurzfristige Auszeit“ bei

Überbelastungen oder die regelmäßigen Abstände in Form von Urlaub bei der langfristigen Bewältigung. Emotionaler Abstand zum Patienten stellte sich ebenfalls als sehr wichtig in Bezug auf die Bewältigung heraus.

Kommunikation und Qualifikation sind die Hauptbegriffe bei der Bewältigung der teambezogenen Belastungsfaktoren. Über Probleme muss kurz- und langfristig gesprochen werden um sie aus der Welt zu schaffen. Eine gute Ausbildung ermöglicht Handlungskompetenz und bekämpft die anfänglichen Unsicherheiten wodurch sich auch das Konfliktpotential innerhalb des Teams verringert.

5. Diskussion

In diesem Teil der Arbeit sollen die eben dargestellten Ergebnisse mit den Ergebnissen der Literatur im ersten Teil dieser Arbeit verglichen werden. Der Fokus soll dabei auf die Forschungsfragen gerichtet werden denen in dieser Arbeit nachgegangen wurde.

- Welche Situationen werden als besonders belastend empfunden?
- Welche Ressourcen Nutzen die Betroffenen zur Verarbeitung?
- Wie wirkt sich die Arbeitsbelastung auf die Lebensqualität aus?

Belastungsfaktoren

Die Belastungsfaktoren die in dieser Studie gefunden werden konnten, ließen sich folgendermaßen differenzieren:

Psychische Belastungsfaktoren

Patientenbezogen

- Verbale Aggressionen
- Gewalt
- Belastende Persönlichkeiten (Extremfälle)

Teambezogen

- Differenzen, Konflikte innerhalb des Teams
- Kommunikationsmangel

Physische Belastungsfaktoren

Zusammengefasst jegliche körperliche Arbeit am Patienten wie heben, lagern, mobilisieren und ähnliches. Diese werden stark von der Anzahl der mobilen Patienten beeinflusst.

Dondalski (2003) führt in seiner Studie zur Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege folgende Aspekte an:

- Ansammlung akuter Patienten in den Behandlungseinheiten
- Nicht kooperationsfähige bzw. –willige Patienten
- Starke emotionale Einbindung in die Tätigkeit
- Unklares Handlungs- bzw. Rollenfeld
- Mangelnde Erfolgserlebnisse
- Ständige Störungen in den Arbeitsabläufen
- Wenig Anerkennung und Unterstützung von den Vorgesetzten
- Belastende Dienstzeiten (Dondalski, 2003, S. 192).

Diese Erkenntnisse fanden größtenteils auch in dieser Studie Übereinstimmung, wobei es Unterschiede bei der Anerkennung und Unterstützung von den Vorgesetzten gab. In dieser Studie waren die Befragten durchwegs zufrieden mit deren Vorgesetzten und ein gutes Verhältnis zu diesen wurde auch als sehr wichtig empfunden. Zu Problemen kam es größtenteils innerhalb der Kollegen im selben Bereich. Diese beruhten überwiegend auf unterschiedlichen Qualifikationen des Personals und auf Kommunikationsbarrieren.

Konflikte innerhalb des interdisziplinären Teams konnten nicht beobachtet werden, im Gegenteil stellte sich in dieser Studie das interdisziplinäre Team als wichtige Anlaufstelle für Fragen und Probleme heraus.

Diese unterschiedlichen Erkenntnisse sind vermutlich auf die Verschiedenheit der Einrichtungen zurückzuführen.

Weiters lässt Dondalski (2003) in seiner Studie die extrem wichtige Rolle des Teams als Ressource und auch dessen Belastungspotential, das bei Konfliktsituationen entstehen kann außer Acht. Differenzen und Probleme im Kernteam fallen den Pflegenden teilweise sehr schwer zur Last und mit diesen

abzuschließen stellte sich als sehr schwierig heraus, da die üblichen Bewältigungsstrategien hier nicht eingesetzt werden konnten.

Es wird auch nicht darauf eingegangen, was die Pflegenden gegen diese Belastungssituationen machen. Dem Wunsch von Dondalski (2003) nach weiterer Differenzierung der Stress- und Belastungsfaktoren in der beruflichen Tätigkeit der Pflege psychisch kranker Menschen konnte in dieser Studie nachgegangen werden und Bewältigungsstrategien wurden ebenfalls gefunden.

Die Erkenntnis von Richter (2012), dass verbale Aggressionen schlimmer als körperliche Gewalt empfunden werden konnte in dieser Studie nicht gefunden werden. Verbale Aggressionen prallten in dieser Untersuchung regelrecht von den Pflegenden ab, da sie zwischen Person und Krankheit unterscheiden. Somit ist es in diesen Situationen nicht der Patient der zu Ihnen spricht, sondern die Krankheit.

Bewältigung

Zu den Ressourcen fanden Mosler et al. (2010) folgende Handlungen die einen Ausgleich zur Belastung darstellen:

- Sport/Ausgleichssport
- Entspannung/Freizeit
- Gespräch mit Kollegen
- Arbeitsklima/gutes Team
- Genügend Personal
- Familie, Freunde (Mosler et al., 2010, S. 95).

Diese Ergebnisse konnten weitgehend auch in dieser Studie gefunden werden, jedoch würde hier der Patienten als Ressource nicht angeführt. Die Patienten können einerseits den sonst unsichtbaren Arbeitserfolg sichtbar machen und andererseits durch entgegengebrachtes Vertrauen und liebevolle Gesten positive Emotionen und Kräfte bei den Pflegenden mobilisieren.

Andererseits konnten auch spezifische Copingstrategien gefunden werden, wie etwa die Strategie des „kurzfristigen Abstands“, wenn Pflegekräfte emotional am Ende sind, oder das „akzeptieren“ nach Gewaltsituationen.

Letztendlich kommt es aber auf die individuellen Ressourcen und Reserven an. Die Fähigkeit gewisse Dinge abgrenzen zu können, einen gewissen emotionalen Abstand zu halten und regelmäßige Erholungsphasen in Form von Urlaub einzuhalten, stellte sich als sehr wichtig heraus um dauerhaft mit den Belastungen umgehen zu können.

Weiters lässt diese Studie die Vermutung zu, dass die Familie bei der Bewältigung von patientenbezogenen Belastungsfaktoren eine untergeordnete Rolle spielt, da die Pflegenden einerseits dazu tendieren in der Freizeit nicht über ihre Arbeit zu sprechen und sich andererseits von Familienmitgliedern, die nicht aus dem selben Berufsbereich kommen, nicht verstanden fühlen. Hier spielen eher soziale Kontakte aus demselben Milieu eine Rolle, da man sich von diesen Personen besser verstanden fühlt. In manchen Fällen ist das interdisziplinäre Team von großer Bedeutung, wenn es etwa um die Abklärung von Krankheitsbildern oder auch andere Probleme geht.

Andererseits ist es trotzdem sehr wichtig, dass in der familiären Situation alles in geregelten Bahnen läuft. Kommt es zu einer Doppelbelastung aus Berufs- und Privatleben, wie es in dieser Studie einmal der Fall war, ist diese nur sehr schwer zu bewerkstelligen und auf Dauer eine sehr hohe Belastung. Die Betroffenen müssen in diesem Fall mit ihrer Energie und Kraft sehr bewusst umgehen, da alle Bereiche des Lebens, nämlich Arbeit und Freizeit mit hohen Belastungen verbunden sind und somit die Gefahr einer gefährlichen Dauerbelastung entsteht, welche sich im schlimmsten Fall in einem Burnout äußern kann.

Lebensqualität

Zum Einfluss der Arbeit auf die Lebensqualität der Befragten gibt es wenig Vergleichsmöglichkeiten in der Literatur, da Lebensqualität ein subjektives Konstrukt ist und somit von den Befragten definiert werden musste.

In Bezug darauf konnten sich manche Beeinträchtigungen finden lassen, die größtenteils auf die Anfangszeit generell in diesem Arbeitsbereich, auf Extremfälle im Bereich der Patienten oder auf teambezogene Belastungsfaktoren zurückzuführen waren. Generell wurden hier die Vorfälle betrachtet, die nicht innerhalb des Arbeitsumfeldes verarbeitet werden konnten und von den Pflegenden buchstäblich nach Hause genommen wurden.

Somit kann man sagen, dass manche Erlebnisse bei der Pflege psychisch kranker Menschen durchaus einen Einfluss auf die Lebensqualität der Pflegenden, zumindest kurzfristig, haben können. Es konnte aber nicht erkannt werden, dass eine einheitliche Beeinträchtigung speziell durch die Arbeitsbelastung gegeben ist. Der Großteil der Befragten verbrachte seine Freizeit ohne an die Arbeit denken zu müssen.

6. Stärken und Limitationen der Arbeit

Der Erkenntnisgewinn der vorliegenden Diplomarbeit wird vor allem durch die sehr kleine Stichprobe von zehn psychiatrischen Pflegekräften und durch die begrenzten Zeitressourcen eingeengt. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe wurde die Datenanalyse nach dem axialen Kodieren eingestellt. Das selektive kodieren, welche die Identifikation der Kernvariable zum Ziel hat, konnte nicht mehr durchgeführt werden.

Es ist davon auszugehen, dass weitere Interviews auch weitere Informationen ans Tageslicht gebracht hätten, welche wiederum den Erkenntnisgewinn beeinflusst hätten, und deshalb sind die dargestellten Erklärungsmodelle und Erkenntnisse mehr oder weniger als Momentaufnahme zu sehen. Die Entwicklung einer gegenstandsbezogenen fundierten Theorie war aufgrund der eingeschränkten Rahmenbedingungen und der mangelnden Datendichte vorläufig nicht möglich.

Zu den Stärken dieser Arbeit zählt, dass sie sich hauptsächlich mit der Identifikation der Belastungsfaktoren und mit dem Erleben dieser auseinandersetzt. Weiters war es möglich die angewendeten Bewältigungsstrategien zu beschreiben und den verschiedenen Belastungsfaktoren zuzuordnen. Die Befragten erzählten sehr offen und ehrlich von ihren Erfahrungen und Erlebnisse im Bereich der pflege psychisch kranker Menschen, wodurch trotz der kleinen Stichprobe ein guter Einblick in die Lebenswelt der Befragten möglich war.

Betrachtet man diese Studie im Kontext der gesamten psychiatrischen Landschaft, so ist diese Untersuchung aufgrund der Konzentration auf eine Einrichtung und deren individuelle Merkmale sehr eingeschränkt übertragbar. Betrachtet man allerdings die Studie im Kontext dieser einen Einrichtung, handelt es sich beinahe um eine Vollerhebung, die in Bezug auf dieses spezielle Setting sehr hohe Aussagekraft hat.

7. Implikationen

7.1 Implikation für die Pflegepraxis

Die vorliegende Arbeit soll einen Einblick in die Lebenswelt von Personen die sich mit der Langzeitbetreuung psychisch kranker Menschen beschäftigt geben. Um das verwirklichen zu können war es notwendig mit den Betroffenen über deren Arbeitsumfeld und Aufgaben sowie deren Probleme und Herausforderungen zu sprechen.

Um den Wandel in der psychiatrischen Pflege darzustellen und auch den Wandel der Aufgaben zu berücksichtigen, wurde Eingangs bewusst der geschichtliche Hintergrund nicht außer Acht gelassen. Die enorme Entwicklung in Bezug auf Verantwortung, Aufgaben und Kompetenzen, wie sie auch in dieser Studie zum Vorschein kamen, soll das komplexe Handlungsfeld näher bringen und Hintergrundwissen verleihen. Anschließend wurden Studien und Fachbücher nach geeigneten Themen durchsucht und vorgestellt.

Ziel war es vorerst der Frage nachzugehen, wie es möglich ist, in diesem speziellen Setting Geduld und Kompetenz zu bewahren und mit welchen Belastungen die Pflegepersonen zu kämpfen haben. In weiterer Folge wurden die verschiedenen Strategien zur Bewältigung dargestellt und erklärt. Der letzte Punkt waren die Auswirkungen auf die Lebensqualität, die teilweise durchaus gegeben waren.

Aufgrund der Limitation der Arbeit die sich auf eine Einrichtung beschränkt, können natürlich keine allgemein gültigen Gesetze hier formuliert werden, sondern die Ergebnisse ermöglichen einen Einblick in eine Einrichtung. Aufgrund der teilweise langjährigen Erfahrungen in mehreren Bereichen der psychiatrischen Pflege haben die Informationen jedoch eine hohe Aussagekraft.

Im Grunde stellt sich zuletzt noch die Frage, wie man diese patientenbezogenen und teambezogenen Belastungsfaktoren reduzieren kann. Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Besonders im Bereich der patientenbezogenen Belastungen, wie verbale Aggressionen, Gewalt und andere liegen in der Natur der Sache beziehungsweise der Krankheit, wodurch sich patientenbezogene Belastungsfaktoren nur sehr schwierig bekämpfen lassen werden. Hier könnte man empfehlen, wie dies auch schon in der Literatur im ersten Teil erwähnt wurde, Selbstverteidigungstrainings oder Resilienzförderungsprogramme einzuführen, um die physische aber auch mentale Verteidigungskraft der Pflegenden zu stärken. Gewisse Schulungen bezüglich der richtigen Lagerung bzw. des richtigen Hebens der Patienten um den Rücken beispielsweise zu schonen könnten ebenfalls Sinn machen.

Bei den teambezogenen Belastungsfaktoren sollte man auf Kommunikation und die Einstellung qualifizierter Mitarbeiter setzen. Kommunikation in Form von Supervision ist höchstwahrscheinlich ein Schritt in die richtige Richtung und wird seit kurzem auch in der untersuchten Einrichtung praktiziert, was nach Meinung mancher Befragter einen positiven Einfluss auf das Arbeitsklima hat.

Die Einstellung von qualifiziertem Personal würde Missverständnissen vorbeugen und unsicheren Personen eine Anlaufstelle für Fragen oder Probleme bieten. Des Weiteren gibt es seit neuem auch Lehrveranstaltungen die sich speziell mit den am häufigsten vorkommenden Krankheitsbildern auf den psychiatrischen Stationen befassen. Diese Schulungen scheinen einen wichtigen Beitrag zum Verstehen gewisser Handlungen und Reaktionen zu leisten, was den Pflegenden bei der Bewältigung von Belastungssituationen helfen kann.

7.2 Implikation für die Pflegeforschung

Insgesamt kann man sagen, dass weitere Studien in diesem Gebiet nötig sind um die Copingstrategien noch genauer zu analysieren um Handlungsempfehlungen geben zu können. Keiner der Befragten konnte zum Beispiel erklären wie „Abschalten“ gedanklich gesehen funktioniert. Des Weiteren konnte auch niemand erklären wie man emotionalen Abstand hält, oder zuhause nicht an die Arbeit denkt.

„Naja, das ist eine gute Frage wie man..., ich mein das muss man irgendwie selber für sich lernen oder?“ (Interview 10).

Diese Fähigkeiten sind individuell und bei jedem Menschen verschieden, da jedem Menschen andere Ressourcen zur Verfügung stehen. Und die Belastung wie sie im ersten Teil definiert wurde, wird in der Form zur Beanspruchung, wie das betroffene Individuum aufgrund seiner vorhandenen Ressourcen darauf reagieren kann. In diesem Sinne ist der Ansatz der Resilienzförderung beim Pflegepersonal ein erster Schritt hin zur Stärkung der mentalen Abwehrkraft. Supervision und Kommunikation allgemein stellen ein weiteres wichtiges Untersuchungsfeld dar, das es stärker zu beleuchten gilt. Studien zu diesem Thema sind eher selten, wären jedoch Ansatzpunkte zur Förderung des Coping beim Pflegepersonal. Weiterhin mehr Wissen in diesem Bereich zu schaffen würde bedeuten, dass der Belastung durch mentale Stärke präventiv entgegengewirkt werden könnte, bevor sie überhaupt entsteht.

Im Prozess der Datenanalyse konnten die verschiedenen Belastungsfaktoren und angewendete Bewältigungsstrategien gefunden werden. Im Zuge dieser Erkenntnisse stellte sich heraus, dass die Familie in Bezug auf die Verarbeitung von patientenbezogenen Belastungen entgegen den Erwartungen eine untergeordnete Rolle spielte. Der Austausch mit Freunden oder Bekannten aus demselben Umfeld (Medizin, Pflege) stellte sich als zentral heraus, da die meisten der Befragten sich von der Familie in diesem Punkt nicht verstanden

fühlten. Die Familie spielte eigentlich in Form von Ablenkung und Bestätigung die größte Ressource bei der Bewältigung.

Weiters deutet die vorliegende Arbeit darauf hin, dass es bei traumatischen Gewalterlebnissen oder Doppelbelastungen durch Beruf und Privatleben zu einer hohen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen kommen kann. In diesem Fall sind ein funktionierendes Team und unterstützende Vorgesetzte unerlässlich um die Geschehnisse adäquat verarbeiten zu können. Das multiprofessionelle Team aus Psychologen und Psychiater stellt für die Pflegenden eine wichtige Anlaufstelle dar, wenn Fragen in Bezug auf das Krankheitsbild bzw. subjektiv nicht erklärbare Vorfälle auftreten. Es sollte also Wert auf ein gut funktionierendes multiprofessionelles Team gelegt werden, welches nach Dondalsky (2003) auch Belastungspotential hat, wenn sich Pflegende nicht in Entscheidungen mit einbezogen fühlen. Untersuchungen in diesem Kontext wären somit auch hilfreich, um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden eventuell zu verbessern.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus (http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/thumb/1/13/Stressmodell_von_Richard_Lazarus.png/380px-Stressmodell_von_Richard_Lazarus.png , aufgerufen am 26.11.2012).	26
Abbildung 2: Belastungsfaktoren in der Österreichischen Pflegelandschaft (http://www.proeval.com/downloads/Burnout_Pflege_proEval.pdf , aufgerufen am 27.11.2012)	38
Abbildung 3: Arbeitsalltag und Arbeitsumfeld	65
Abbildung 4: Einflussfaktoren der Physischen Belastung.....	71
Abbildung 5: Einflussfaktoren der Physischen Belastung.....	81
Abbildung 6: Bewältigung der psychischen Belastungsfaktoren.....	93
Abbildung 7: Belastung und Bewältigung der psychiatrischen Pflege	104

9. Literaturverzeichnis

Aries, M., Zuppinger Ritter, I. (1999). Pflegende mit und ohne Burnout: Resultate einer quantitativen Längsschnittstudie und einer qualitativen Vertiefungsstudie. In: Pflege 1999;12:83-88. Bern: Verlag Hans Huber

Benner, P., Wrubel, W. (1997). Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle: Hans Huber Verlag

Bergner, T.M.H. (2010). Burnout-Prävention. Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag

Bertram, M., Ostermann, T. (2009). Evaluation der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie – ein Praxisforschungsprojekt an der Friedrich-Husemann-Klinik bei Freiburg im Breisgau. In: Pflege 2009; 22: 341-350. Bern: Verlag Hans Huber

Burisch, M. (2006). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele. Hilfen zur Selbsthilfe. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Böhm, A., Mengel, A., Muhr, Th. (1994): Texte verstehen – Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: Universitätsverlag

Coffey, M., Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. Experience before and throughout the nursing career. In: Journal of Advanced Nursing, 34(3), 397-407

Daniels, J. (2010). Sekundäre Traumatisierung von Pflegerinnen und Pflegern. Ergebnisse einer Onlinestudie. In: Psych Pflege 2010; 16: 202-205. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Dondalski, J. (2003). Zur Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege. In: Psych Pflege 2003; 9: 192-197: Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Dörres, I., M., Reinheckel, A. (2008). Arbeitszufriedenheit in psychiatrischen Kliniken in Psych Pflege 2008; 14: 248-251:Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., Ewers, B. (2002). Does training in psychological interventions reduce burnout rates in forensic nurses? Issues and Innovations in nursing education. In: Journal of Advanced Nursing, 37(5), 470-467

Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H., Leary, J., Carson, J. (1995). The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in hospital or the community? In: Journal of Advanced Nursing,1995; 22: 347-358

Gabriel, E. (2001). Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich
<http://www.oegpp.at/dokumente/Geschichte.doc> (aufgerufen am 27.11.2012)

Gaßmann, M., Marschall, W., Utschakowski, J. (2006). Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Gianni, C. (2005): Zu Burnout in der psychiatrischen Krankenpflege. Ursachen und Lösungsansätze. In: Psych Pflege 2005; 11: 343-349: Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag

Glaser, J. (2012). Burnout – zur Begriffserklärung und Versachlichung der Debatte. Erschöpfungszustände. In: Die Schwester Der Pfleger 51. Jahrg. 06/12. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: 580-582

Gonge, H., Buus, N. (2011). Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. In: International Journal of Mental Health Nursing 2011; 20: 102-111

Grieser, M., Abderhalden, C. (2010). Berufliche Kompetenzen in der Psychiatrischen Pflege. In: Pflegewissenschaft, 01/10: 12-17

Gruhl, M., Lippert, V., Thormann, A. (2011). Was macht belastbar, stark und hält gesund? Resilienz. In: Psych Pflege 2011; 17: 304-308. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Hall, W., Callery, P. (2001). Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. Qualitative Health Research, Vol11 No. 2, Sage Publications, Inc: 257-272

Happel, B., Martin, T., Pinikahana, J. (2003). Burnout and Job satisfaction: Acomaparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. In: International Journal of Mental Health Nursing, 12, 39-47

Hillert, A., Marwitz, M. (2006). Die Burnout Epidemie oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus? München: C.H. Beck Verlag

Hofmann, A., Keller, K.-J., Neuhaus, R. (2002). Die Sache mit der psychischen Belastung – Eine praxisnahe Handlungshilfe für Unternehmen. Leistung und Lohn – Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 367/368/369/370

ISO 10 075-1: 1991: Ergonomic principles related to mental work-load. Part 1: General terms and definitions. Genf: ISO

Jenkins, R., Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. In: Journal of advanced Nursing, Blackwell Publishing Ltd., 48(6): 622-631

Jenull, B., Brunner, E., Mayr, M. (2008) Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. In: Pflege 2008; 21: 16-24. Bern: Hans Huber Verlag

Katschnig, H., Denk, P., Scherer, M. (2004). Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie. Universitätsklinik Psychiatrie.

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/0/CH1273/CMS1038920009809/oesterreichischer_psychiatriebericht_2004_katschnig_et_al.pdf (aufgerufen am 20.11.2012)

Katschnig, H., Ladinser, E., Scherer, M., Sonneck, G., Wancata, J. (2001). Österreichischer Psychiatriebericht Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/0/CH1273/CMS1038920009809/psychiatriebericht_teil_i1.pdf (aufgerufen am 25.11.2012)

Kausch, C., Koch, H. (2006). Betriebliches Gesundheitsmanagement im psychiatrischen Krankenhaus. In: Psych Pflege 2006; 12: 88-91. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Körtner, U. (2004). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas Verlag.

Kilfedder, C.J., Power, K.G., Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing: Experience before and throughout the nursing career. In: Journal of Advanced Nursing, 34(3), 383-396

Kirchner, K. (2008). Burnout lass nach. Burnout-Prävention in helfenden Berufen. Band 5. Marburg: Tectum Verlag

Kollak, I. (2008). Burnout und Stress. Anerkannte Verfahren zur Selbstpflege in Gesundheitsfachberufen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Kreyer, I., Stieger, A., Winder, A. (2004). Pflegenotstand und Burnout – ist die Zukunft im Pflegeberuf wirklich so düster? In: Österreichische Pflegezeitschrift, 10/04; 16-18

Lazarus, R.S. (2006). Stress and Emotion. New York: Springer Verlag

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Verlag

Litzcke, S., Schuh, H. (2010). Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz: Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck, Belastungen im Beruf meistern, Mit Fragebögen, Checklisten, Übungen, 5. aktualisierte Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH

Maslach, C., Leitner, M.P. (2001). Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was sie dagegen tun können. Wien, New York: Springer Verlag

Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas

Meßenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H.E., Hajak, G., Schreiber, W., Putzhammer, A. (2006). Burnout bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken. Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Arbeitszufriedenheit. In: Krankenhauspsychiatrie 2006; 17: 108-113, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Modestin, J., Amstutz, C.M., Neuenschwander, M. (2001). Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärzten. Resultate einer empirischen Untersuchung. In: Psychiat Prax 2001; 28: 163-167. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Moosler, G., Mesenholl, E., Endler, P.C, Geelhaar C.W. (2010). Burnout bei Krankenpflegepersonal im Kontext der Burnoutforschung. Ergebnisse einer Studie in einem süddeutschen Krankenhaus. In: Pflegewissenschaft, 02/10; 87-99

Muijsers, P. (Hrsg.) 2005. Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Hans Huber Verlag

Needham, I., Abderhalden, C. (2002). Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. In: Psych Pflege 2002; 8: 189-193. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Oddie, S., Ousley, L. (2007). Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service. In: The British Journal of Forensic Practice 2007. VOL 9, ISSUE 2. 32-48

Pillen, A. (2011). Psychotraumatologie in der Bezugspflege. Neue Impulse für die Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung. In: Psych Pflege 2011; 17: 262-266. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Reutlinger, B. (2000). Burnout beim Pflegepersonal. Eine Studie zur Beurteilung der Arbeitssituation aus der Sicht der Pflegenden eines schweizerischen Krankenhauses In: Pflegemanagement 2000: 46-55

Richter, D., (2012). Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen. Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: Psych Pflege 2012;18: 13-17. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Rose, R. (2011) Therapeutic Touch und Energietraining in der Pflege. Berühren und sich berühren lassen. In: Psych Pflege 2011; 17: 36-39. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2004). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Verlag Hans Huber

Schanz, B., Klawe, C., (2005). Gewalt in der Psychiatrie. In: Psych Pflege 2005; 11: 264-267: New York, Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Sozialversicherung

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=648931&action=2&p_menuid=58215&p_tabid=10 (aufgerufen am 20.02.2013)

Schröck, R. (2002). Interaktionen zwischen Pflegenden und Patienten – Eine klassische Studie in der akuten Psychiatrie. In: Pflege 2003; 16: 17-25

Schädle-Deininger, H. (2010). Fachpflege Psychiatrie. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Schützwohl, A.,(k.A.): Die Emotionstheorie von Lazarus

<http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE02/LEHRE/Lazarus.pdf>
(aufgerufen am 26.11.2012)

Statistik Austria

(Suchtext: Psychiatrie)

Bettennutzung in Krankenanstalten 2011 nach Abteilungen und Bundesländern

http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html (aufgerufen am 5.12.2012)

Statistik Austria

Personal in Krankenanstalten 2011 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (aufgerufen am 5.12.2012)

Statistik Austria

Krankenstandsfälle und -tage 2011 nach Wirtschaftsklassen und Geschlecht

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html (aufgerufen am 5.12.2012)

Stolle, F., Gossmann, D., Rottländer, M., Fischer, D. (2001). Burnout in der Krankenpflege. Syndrom, Entstehungsbedingungen und Hilfen. Psychotraumatologie 2001; 2(4): 20 Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Strasser, B., Mesenholl-Strehler, E., Geelhaar, Ch.W., Endler, P., Ch. (2010) Korrelation zwischen Burnout und Arbeitsplatzbedingungen. Ergebnisse einer Studie in einem oberösterreichischen Krankenhaus. In: Pflegewissenschaft, 03/10: 156-164

Strauss, A., Corbin, J. (1994). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink Verlag

Strauss, A., Corbin, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Thomet, C. Richter, D. (2012). Resilienzförderung in der psychiatrischen Pflege. Gesunde Pflegende. In: Psych Pflege 2012; 18: 24-29. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Tränkle, H., Steiner, T. (2001). Supervision in psychiatrischen Teams. Eine kritische Bilanz. In: Psych Pflege 2001; 7: 147-150. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Wildt, B. T., Hauser, U., Kropp, S. (2006). Deeskalation- und Selbstverteidigungstraining für die Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik. In: Krankenhauspsychiatrie 2006; 17: 9-14

Werner, B., Heyne-Kühn, M., Hug, A. (2011). Psychische Belastungen und Beanspruchungen Pflegender in der Schwerstpflege. MitarbeiterInnen in den Versorgungssettings segregative Wohnbereiche für Demenzkranke in der stationären Altenpflege und in Demenz-Pflege-Wohngemeinschaften im Vergleich. In: Pflegewissenschaft 04/11: 233-251

Wolff, S. (2002). Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre Patienten wahr? Kompetenzenorientierte psychiatrische Pflege. In: Psych Pflege 2002; 8: 300-309.

Zander, B., Dobler, L., Busse, R. (2011): Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. In: Pflegezeitschrift 2011, Jg. 64, Heft 2; 98-101

Zwack, J., Haidacher, C., Thomann, P., Schweiter, J. (2010). Systematische Superversion in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Burnout-Prophylaxe. In: Psych Pflege 2010; 16: 30-35. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

10. Anhang



universität
wien

INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE

mit dem Titel:

BELASTUNG PSYCHIATRISCHER PFLEGE

Untersucher:

Franz Kiss

Matrikelnummer: a0647274

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, DGKS, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

Alser Straße 23

A-1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Herr Kiss führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Arbeitsbelastung in der psychiatrischen Pflege durch. Sie sind gefragt worden an dieser Studie teilzunehmen, da Sie in der Pflege auf einer psychiatrischen Station arbeiten.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr eine Stunde an einem für Sie angenehmen Ort mit Herrn Kiss treffen und sich mit ihm zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Herr Kiss wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen, Ihre Lebenssituation und Arbeitszufriedenheit bzw.- Belastung betreffend stellen, welche Sie im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antworten auf bestimmte Fragen unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Herrn Kiss jederzeit darum bitten das Tonband für die Zeit der Beantwortung dieser Fragen auszuschalten. Er wird sich dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben und Datenschutz

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass Ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin und Herr Kiss werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Herr Kiss wird das Interview transkribieren, das heißt er wird alles was Sie ihm erzählt haben in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Schreibens wird er jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht

werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial aufscheinen. Das gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschränk verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, mehr Wissen bezüglich der Arbeitsbelastung im psychiatrischen Bereich zu generieren. Danach könnten in weiterer Folge eventuell Maßnahmen zur Reduktion dieser Belastungsfaktoren gesetzt werden, welche in Zukunft wieder Ihnen zu gute kommen könnte.

Kosten

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Barzahlung zu teil.

Fragen

Die Studie wurde Ihnen von Herrn Kiss erklärt und alle Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Herrn Kiss oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Franz Kiss
a0647274
Franz.Kiss@gmx.net

Dr. Monika Linhart
Institut für Pflegewissenschaft
der Universität Wien
Alser Straße 23
A-1080 Wien

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen. Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift / TeilnehmerIn

Datum

Unterschrift / Untersucher

Curriculum Vitae

Persönliche Angaben

Name:	Franz Kiss
Geburtstag:	16.11.1984
Geburtsort:	Wien
Nationalität:	Österreich
Emailadresse:	franz.kiss@gmx.net

Schulische Ausbildung

1995 – 1999	Gymnasium Neusiedl am See
1999 – 2005	Handelsakademie Frauenkirchen
Sept. 2005-Mai 2006	Bundesheer - Benedek-Kaserne Bruckneudorf
seit Oktober 2006	Studium an der Universität Wien IDS Pflegewissenschaften

Beruflicher Werdegang und Praktika

15.5 – 30.6 2006	Weinberger/Biletti	Immobilienorganisation, Betreuung der Kunden
1.8. – 30.9 2006	Vamed Medizintechnik	Finanzabteilung, Controlling
Juli 2007	Firma Pioneer/Saatgut	
Juli 2008	Firma Pioneer/Saatgut	
Juli 2009	Vamed Pflegeheim	Neudörfl
Juli 2010	Firma Pioneer/Saatgut	
Sept 2010	Vamed Zentrale	Finanzabteilung, Controlling
Seit Jänner 2011	Verwaltungsmitarbeiter	

Besondere Kenntnisse

Englisch und Französisch in Wort und Schrift,
sehr gute Computerkenntnisse - Word, Excel,
Power Point, Access.
ECDL – Computerführerschein
Führerschein der Klasse A und B