

Stress und Resilienz in der Notfallpflege

Stressoren und Ressourcen

Verfasserin

Daniela Luthiger-Stocker
Dormenstrasse 27
6048 Horw
daniela.luthiger@gmail.com

Eingereicht bei

Frank Luck
MNS, Dipl. Gesundheits -
und Pflegexperte FH, RN
Dozent Bereich Pflege
WE'G Weiterbildungszentrum
für Gesundheitsberufe
Mühlemattstrasse 42
5001 Aarau

Wir werden nicht durch die Dinge gestört, sondern durch die Art, wie wir sie sehen.

(Epiktet, griechischer Philosoph)

Ob wir „Dinge“, beziehungsweise eine Situation als „störend“ bewerten, steht wie Epiktet mit seinem Zitat schon treffend sagte, mit der Art des subjektiven Sehens in engem Zusammenhang.

An meinem Arbeitsort, dem Medizin Notfall, gibt es vielfältige „störende“ Faktoren, welche dazu führen können, dass wir Pflegende diese als Stress wahrnehmen. Schliesslich werden Notfallstationen als besonders stressreiche Arbeitsorte bezeichnet. Stress ist aber nicht gleich Stress, denn auf welche „Art wir Dinge sehen“ hängt vor allem von der persönlichen Bewertung ab. In meiner Arbeit versuche ich anhand von Stresstheorien diese Erkenntnis zu veranschaulichen.

Auf der Suche nach einer Fähigkeit, „die Art, Dinge etwas anders sehen zu können“, bin ich in der Literatur auf den Begriff der *Resilienz* gestossen. Resilienz ist eine Kompetenz, für deren Erwerb die Exposition gegenüber Stressoren unabdingbar ist, wie auch das Vorhandensein und der Einsatz der Ressourcen. Diese Faktoren nehmen deshalb eine wichtige Stellung in meiner Abschlussarbeit ein.

Die Entdeckung der Resilienz war für mich „das Highlight“. Denn der Aufbau dieser Kompetenz kann uns in Zukunft bei der Notfallpflegearbeit helfen, die „störenden Dingen“ etwas anders zu sehen. Deshalb ist es mir ein Anliegen, die Resilienz in den Kontext meines Arbeitsplatzes zu stellen und ihn für uns Pflegenden begreifbar zu machen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung zum Thema Stress	1
1.1	Stress in der Notfallpflege	1
1.2	Zielsetzung	3
1.3	Fragestellung	3
1.4	Vorgehensweise	3
1.5	Abgrenzung	3
2	Theoretischer Hintergrund zu Stress und Resilienz	4
2.1	Stress - was ist das?	4
2.2	Stress – Theorien der Wissenschaft	4
2.2.1	Stress als Reaktion	5
2.2.2	Stress - eine Frage der Bewertung	6
2.3	Stressoren	7
2.4	Die Stressreaktion	8
2.5	Stressbewertung	9
2.6	Bewältigungsstrategien	10
2.7	Ressourcen	10
2.7.1	Körperliche und psychische Widerstandskräfte	11
2.7.2	Kompetenzerwartung /Selbstwirksamkeit	12
2.7.3	Sozialer Rückhalt	13
2.8	Resilienz- das „Immunsystem der Seele“	15
3	Abschliessende Gedanken zu Stress und Resilienz in der Notfallpflege	18
3.1	Zusammenfassung	18
3.2	Transfer in die Praxis	18
3.3	Schlussfolgerungen	20
4	Quellenverzeichnis	21
5	Anhang	24
	Anhang 1: Beispiel aus meinem Arbeitsalltag	24
	Anhang 2: Stressoren in der Notfallpflege	26
	Anhang 3 :Stressdimensionen	27
	Anhang 4: Lernprozess	28
	Anhang 5: Dank	30
	Konzept der Pflegeberatung	

1 Einleitung zum Thema Stress

„Stress bestimmt unser Leben“. Diese These wurde 1957 von dem österreichisch-kanadischen Mediziner Hans Selye formuliert. (Linneweh, 2002, p. 10). Er gilt als einer der wichtigsten Väter der Stressforschung, welche sich in den 1930er Jahren mit den biologischen Grundlagen des Stresses und dessen krankmachenden Faktoren beschäftigt haben. Inzwischen ist der von Selye geprägte Begriff zu einem populären Schlagwort geworden, ein Sammelbegriff primär für alle negativen Folgen von Hektik und Überforderung. Doch Stress ist mehr als nur ein Modewort, denn Stress kann langfristig Leistungsfähigkeit und Gesundheit ruinieren (Linneweh, 2002, p.10-11). Empirische Studien belegen, dass die Berufsgruppe der pflegenden Profis eine Hochrisikogruppe für arbeitsbedingte Belastungen darstellt, da sie den Stress in der Arbeit nicht erfolgreich bewältigen und sich diesem ausgeliefert fühlen (Schäfer-Walkmann, 2007). Menschen erleben Belastungen aber nicht alle gleich. Einige reagieren auf Stress sehr empfindlich, andere dagegen blühen unter einer gewissen Beanspruchung erst richtig auf (Allenspach, 2005, p.42). Dieser positive Umgang mit Stress hat mich bewogen, nach einer Fähigkeit zu suchen, welche auch uns auf der Notfallstation in der Pflegearbeit helfen kann, dem Stress besser zu trotzen. Dabei bin ich in einem Vortrag von Susanne Schäfer-Walkmann, Professorin für Sozialwissenschaften und Praxisevaluation in Stuttgart, auf den für mich neuen Begriff der *Resilienz* gestossen. Resilienz wird auch als Widerstandsfähigkeit bezeichnet, mit welcher wir den Stress besser meistern können und uns die Chance für Entwicklung ermöglicht (Welter-Enderlin et al., 2008, p.12).

1.1 Stress in der Notfallpflege

Während Pflegende durch ihre Berufsarbeit generell stressgefährdet sind (Keel, 1991, 1999, zitiert in Rettke et al., 2005, p.202), werden Notfallstationen als besonders stressreiche Arbeitsorte bezeichnet (Bevan et al., 1999, zitiert in Rettke et al., 2005, p. 202). Aufgrund der täglichen Konfrontation mit stressvollen und traumatischen Ereignissen, sind Notfallpflegende vermehrt dem Risiko ausgesetzt, psychologische Symptome bis hin zur posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln (Laposa et al. 2003, zitiert in Rettke et al., 2005, p.203). Seit 10 Jahren arbeite ich an solch einem stressexponierten Arbeitsort und erlebe Stress situationsabhängig als belastend, aber auch als anregend bis aufregend. Im folgenden Abschnitt werde ich deshalb meinen Arbeitsort vorstellen sowie den Leistungsauftrag des Medizin Notfalls und die Anforderungen an die Pflegenden beschreiben. Anschliessend schildere ich in der Ausgangssituation, wie ich den Umgang mit Stress im Notfallpflegeteam erlebe und begründe meine Themenwahl.

Der „Medizin Notfall“- mein Arbeitsort

Ich arbeite auf einer medizinischen Notfallpflegestation in einem Zentrumsspital in der Zentralschweiz. Der Leistungsauftrag des Medizin Notfalls umfasst die Aufnahme, Erstversorgung und Verlegung von medizinischen Notfallpatienten ab dem 17. Lebensjahr und untersteht der Aufnahmepflicht. Im Vordergrund stehen Patienten mit kardiovaskulären, pneumologischen und cerebralen Krankheitsbildern, sowie Intoxikationen. Auch Patienten in psychischen Ausnahmesituationen werden bei uns aufgenommen. Das Spektrum der Behandlungen reicht von ambulanten Abklärungen bis hin zur Betreuung Schwerstkranker, die von der Intensivstation übernommen werden. Die Anforderungen einer Notfallstation weisen einen zunehmend hohen Grad an medizinischer und pflegerischer Komplexität auf (MacLean et al., 1999, zitiert in Rettke et al., 2005, p. 197).

Meine Arbeit als dipl. Pflegefachfrau mit Zusatzausbildung in Intensivpflege erlebe ich als sehr interessant und spannend. Sie bedeutet aber auch gleichzeitig eine grosse Herausforderung, da es hohe Flexibilität und gutes Fachwissen voraussetzt. Durch die häufige Konfrontation mit Stresssituationen in der Notfallpflegearbeit erlebe ich aber auch Gefühle der Ohnmacht und des „Ausgepumptseins“.

Ausgangssituation

Stress ist auch in unserem Notfallpflegeteam immer wieder ein Thema. Gerade nach einer als besonders stressig erlebten Arbeitsschicht tauschen wir uns in fachlichen Diskussionen darüber aus. Diese Gespräche sind für mich eine wichtige und hilfreiche Ressource in der Stressbewältigung. Oft bleiben aber auch Gefühle der Ohnmacht oder der Ratlosigkeit gegenüber der belastenden Situation zurück. In solchen Momenten frage ich mich, wie ich in Zukunft mit ähnlichen Ereignissen besser umgehen kann. Auch stelle ich immer wieder fest, dass wir unter dem Begriff Stress nicht immer das Gleiche verstehen. Ausserdem weiss ich zu wenig zum Thema Stress, um verstehen zu können, weswegen gewisse Faktoren in der Notfallpflege zu Stress führen können. Ebenfalls unterscheidet sich meine Einschätzung der Arbeitsbelastung zuweilen von der meiner Pflegekollegen und mir ist unklar, weshalb wir Stressfaktoren so verschieden wahrnehmen und bewerten.

Um eine für mich als besonders stressbelastend empfundene Situation besser veranschaulichen zu können, habe ich dazu ein für mich typisches Beispiel im Anhang 1 beschrieben. Es handelt sich um die Betreuung eines äthylisierten Patienten und einer Patientin in psychischem Ausnahmezustand, von welcher ich mich durch verbale und nonverbale Gewalt bedroht fühlte. Zudem hinterliessen die angewendeten Zwangsmassnahmen ungeklärte ethische Fragen, die mich belasteten. Inzwischen führten solche negativen Erfahrungen soweit, dass ich bei Möglichkeit versuche, die Pflege solcher Patienten zu meiden. Diese

Ausgangssituation motivierte mich neben den oben erwähnten Problemen, meine Abschlussarbeit zum Thema Stress zu verfassen.

1.2 Zielsetzung

Auf Grund der genannten Problemstellung möchte ich mich mit nachfolgender Fragestellung befassen, um in Zukunft den Stressfaktoren in der Notfallpflegearbeit gezielter entgegenwirken zu können.

1.3 Fragestellung

Was kann ich als diplomierte Pflegefachfrau mit HöFa-1-Weiterbildung dazu beitragen, um den Stressfaktoren in der Notfallpflegearbeit gezielter entgegenwirken zu können?

1.4 Vorgehensweise

Um diese Frage beantworten zu können, werde ich mich einerseits im Theorieteil zu den Themen Stress und Resilienz mit der aktuellen deutschen Literatur, Unterlagen zu Vorträgen aus Pflege - und Sozialwissenschaft und Informationen aus dem Internet auseinandersetzen. Stressfaktoren in der Notfallpflege und Ressourcen werden zudem Schwerpunktthemen sein. Andererseits werde ich im abschliessenden Teil meiner Arbeit das neu erworbene Wissen nutzen, um zu analysieren, weshalb ich die Pflege aggressiver Patienten als stressend bewerte. Anschliessend werde ich Lösungsvorschläge aufzeigen.

1.5 Abgrenzung

Zur Erklärung von Stress schränke ich mich auf die physiologische Stresstheorie von Selye und das psychologische Stresskonzept von Lazarus ein. Auf den Bezug von Stress und Gesundheit/Krankheit gehe ich nicht näher ein, da mein Hauptfokus auf die Ausgangsbedingungen gerichtet ist, die das Stresserleben beeinflussen. Stresssymptome, Belastungsreduktion und Bewältigungsstrategien erläutere ich nur soweit, wie es die Auseinandersetzung von Stress und die Beantwortung meiner Fragestellung erfordert. Zur ethischen Problematik der Zwangsmassnahmen im Praxisbeispiel nehme ich nicht Stellung. Zudem sind Aspekte aggressiven Verhaltens nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Anmerkung

Bei Personenbezeichnungen ist meistens die männliche Form stellvertretend für beide Geschlechter gewählt.

2 Theoretischer Hintergrund zu Stress und Resilienz

In diesem Kapitel soll zuerst die Herkunft des Begriffs *Stress* erläutert werden. Was die Wissenschaft unter Stress versteht, wird anhand zweier Stresstheorien erklärt. Kritische Überlegungen schliessen diese Themen ab. Danach werde ich auf die Stressoren mit Fokus Notfallpflege eingehen. Die Stressreaktionen sowie die -bewertung und Formen der Stressbewältigung werde ich zum besseren Verständnis kurz erläutern. Das Aufzeigen von geeigneten Ressourcen gegen Stress nimmt darauf folgend eine wichtige Rolle in meiner Arbeit ein. Betrachtungen zur Resilienz, eine Form von Stressprävention, bilden den Abschluss.

2.1 Stress - was ist das?

Der Begriff *Stress* entstammt der englischen Sprache. Bereits im mittelalterlichen England wurde er als Alltagsbegriff in der Bedeutung von „äusserer Not und auferlegter Mühsal“ verwendet (Schönpflug, 1987, zitiert in Linneweh, 2002, p.22).

Aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur wurde ich nicht schlüssig, ob der Begriff Stress vom amerikanischen Physiologen Walter B. Cannon 1914 eingeführt worden ist (Linneweh, 2002, p. 22 – 23; Kramis, 1995, p. 28) oder von Hans Selye 1936 (Mitchell et al. 1993/1998, p.33), welcher sich das Wort Stress aus der Physik ausgeliehen haben soll. Stress heisst in der Werkstoffkunde „*der Zug oder Druck auf ein Material*“ [w001]. Es war Selye, der das Wort Stress in den 1930er popularisiert hat (Linneweh, 2002, p. 23; Kramis, 1995, p. 28), um das von ihm 1926 entdeckte Etwas zu beschreiben, das seiner Meinung nach ein starres Muster von *Geist-Körper-Reaktion* war. Den Reiz, welcher für das Auslösen dieser Reaktionsmuster verantwortlich ist, bezeichnete er als *Stressor* (Mitchell et al., 1993/1998, p. 33).

Hill Rice (2005, p. 9), Professorin für Pflegewissenschaft und Onkologie, zitiert Bergius (1994) zum Begriff Stress wie folgt: „Stress wird als jede Belastung bezeichnet, die wir als solche erleben.“ Im Volksmund wird Stress zudem kaum von Belastung und Beanspruchung abgegrenzt. Stress ist zum Synonym für negative Belastungen geworden (Allenspach et al., 2005, S. 18).

2.2 Stress – Theorien der Wissenschaft

Stress wurde auch in der wissenschaftlichen Stressforschung in den letzten 100 Jahren auf unterschiedliche Weise definiert und durch eine enorme Fülle einzelner Aspekte und einer damit verwirrenden Vieldeutigkeit gekennzeichnet. Einerseits kreisen die Vorstellungen um objektive und subjektive Konzeptionen wie Beanspruchung, Belastung, Anforderung oder Überforderung. Andererseits ist aber keine klare Abgrenzung des Stressbegriffs zu verwandten psychologischen Konstrukten wie beispielsweise Angst, Frustration oder Konflikt möglich (Jerusalem, 1990, zitiert in Kramis-Aebischer, 1996, p. 28).

Ganz allgemein gesprochen „ist Stress ein Anspannungszustand, der als physische und psychische Reaktion auf eine Beanspruchung hin eintritt“ (Selye 1936, zitiert in St. Pierre et al. 2005, p. 90). Unter Beanspruchung ist dabei ein Ereignis gemeint, das von Menschen eine sofortige Veränderung oder Anpassung des Handelns verlangt. Der Anspannungszustand bereitet den Organismus auf eine schnelle und zielgerichtete Aktion vor. Der Begriff Stress hat im ursprünglichen Sinn keine negative Bedeutung, sondern beschreibt lediglich den Zustand einer körperlichen Aktivierung und geistigen Konzentration. (St. Pierre et al., 90/91). Doch Stress ist keine Ereignis, das von aussen auf Menschen einströmt. Stress ist vielmehr das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung mit einer Situation und deren Bewertung (St. Pierre et al., 2005, p. 99).

Um die Reaktion auf Stress näher zu beschreiben, stütze ich mich auf die reaktionsbasierte Stresstheorie von Selye ab. Die Rolle der Bewertung und Bewältigung von Stress veranschauliche ich anhand des transaktionalen Stresskonzepts des amerikanischen Psychologen Richard S. Lazarus und seinen Mitarbeitern. Reize oder Ereignisse, die Stress auslösen können, werden im nachfolgenden Kapitel *Stressoren* eingehender aufgezeigt.

2.2.1 Stress als Reaktion

Selyes Stresstheorie lagen Beobachtungen an Versuchstieren zugrunde, die über längere Intervalle verschiedene Formen aversiver Stimulation ausgesetzt waren (Klauer, 1997, p.93). Dabei kam er zur Erkenntnis, dass bei allen Formen von Belastungen oder erhöhter Anforderung weitgehend ähnliche Reaktionsmuster abzulaufen schienen (Kretschmann, 2000, p. 21) und definierte Stress folgendermassen:

„Stress ist die unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird.“ (Selye, 1983, zitiert in Kretschmann, 2000, p. 21)

Unspezifisch heisst, dass unabhängig von der Art und Qualität des jeweiligen Stressors als Anpassung eine allgemeine physiologische Aktivierung folgt (Bengel, 2004, p. 31-32). Auf die physiologische Aktivierung wird im Kapitel *Stressreaktion* noch näher eingegangen. Selye unterschied zwischen *Eustress* und *Disstress* und begründete damit den Anfang der wissenschaftlichen Stressforschung (Allenspach et al., 2005, p.26).

Eustress und Disstress

Selye bezeichnete positiven Stress als Eustress und den negativen als Disstress. Eustress sah er als Wechselspiel von Arbeit / Leistung und Erholung / Entspannung, welches für das Überleben der Menschheit und die Selbsterhaltung des einzelnen unentbehrlich sei. Disstress bezeichnete er als krankmachenden Stress, der bei Erschöpfung der Verarbeitungskapazität zur Überforderung des Organismus oder der Psyche und deren Regulationsfähigkeiten führt (Kristel, 1998, p. 9-10).

Kritik

Die Vorstellung von der völligen Unspezifität der Stressreaktion hat sich in späteren Untersuchungen nicht aufrechterhalten lassen (Nitsch, 1981, zitiert in Kretschmann, 2000, p. 21). Es konnte aufgezeigt werden, dass die physiologische Reaktion vielmehr davon abhängt, wie eine Person mit Stress umgeht (Hill Riche, 2005, p. 28).

Aus heutiger Sicht scheint auch die Unterteilung von Eustress und Disstress als wenig sinnvoll, denn ob ein Stressor zu Disstress führt, hängt vor allem von der Dauer des Einflusses und den vorhandenen Bewältigungsfähigkeiten ab. Heute betrachtet man Stress in der Regel als negativen, unangenehm empfundenen Spannungszustand (Greif, 1978, zitiert in Allenspach et al., 2005, p. 26), dessen Folgen allerdings positiver Art sein können (Allenspach et al., 2005, p. 26).

Hill Rice (2005, p. 28-29) beanstandet, dass die zentralen Annahmen Selyes nicht mit den philosophischen Grundpositionen der Pflegedisziplin in Einklang zu bringen sind, in welcher jeder Mensch Einzigartigkeit aufweist und Wahrnehmung oder Bedeutungszuschreibung von zentraler Wichtigkeit für das Erleben sind. Sie sieht die Pauschalität Selyes Definition von Stress als Gesamtheit aller unspezifischen Reaktionen des Körpers, als Verschleierung der eher spezifischen Muster psychophysiologischer Reaktionen.

In der Fachliteratur werden seine Annahmen jedoch nicht als grundsätzlich falsch beschrieben. Vielmehr wird darauf hingewiesen, dass das Modell dem Menschen als komplexes Wesen in einer Stresssituation nicht vollumfänglich gerecht wird und das Erleben von Stress in hohem Mass subjektiv ist (Allenspach et al., 2005 p. 28).

2.2.2 Stress - eine Frage der Bewertung

Nach Lazarus (1966, zitiert in Allenspach et al, 2005, p.30) „ist Stress der Zustand eines Individuums, das sich entweder physisch oder psychisch bedroht fühlt“ und definierte Stress wie folgt:

„Stress ist ein Ereignis, bei dem Umwelt oder innere Anforderungen die adaptiven Ressourcen eines Individuums, eines sozialen Systems oder Gewebesystems in Anspruch nehmen oder übersteigen.“ (Lazarus et al., 1978, zitiert in Allenspach et al. 2005, p.19)

Lazarus postuliert, dass Stress sich sowohl auf die Person als auch auf die Situation bezieht. Stress entsteht durch die Einschätzung der Person von ihrer adaptiven Beziehung zum Kontext. Diese Beziehung wird als *Transaktion* bezeichnet (Benner et al., 1997, p.85).

Das transaktionale Stresskonzept

Das transaktionale Stressmodell beschreibt den Menschen als zielgerichtet handelndes Individuum, das die Handlungsmöglichkeiten und den Erfolg seiner Handlung laufend überprüft und sich auch zu einer Verhaltensänderung entschliessen kann (Bengel et al., 2004, p.

32). Dabei entscheidet die kognitive Bewertung der Situation und der Reaktionsmöglichkeiten über die individuell empfundene Belastung. Bewertende Wahrnehmung, Gedanken und Schlussfolgerungen sind das zentrale Element bei der Interpretation von Stressoren und Belastungen (Bengel, 2004, p. 32).

Diesem Konzept zufolge handelt es sich bei Stress um ein dynamisches Beziehungsgeschehen zwischen Person und Umwelt. Stress wird dabei als prozesshaftes Geschehen betrachtet (Schäfer-Walkmann, 2007), wobei nach Lazarus *die Bewertung* der wesentlichste Mediator bei der Transaktion ist. Es existieren drei Formen von Bewertung: *die Primärbewertung*, *die Sekundärbewertung* und *die Neubewertung* (Hill Rice, 2005, p. 33). Diese kognitive Bewertung der Situation werden im Kapitel *Stressbewertung* noch ausführlicher erklärt.

Das Transaktionsmodell bezieht auch die *Bewältigung* und die *Stresseemotionen* mit ein, wobei Bewältigungsanstrengung als Prozess und nicht als vorliegende Kompetenz der betroffenen Person oder blosses Resultat gesehen wird. Zudem wird davon ausgegangen, dass es sich bei Bemühungen dieser Art nicht um automatisches Anpassungsverhalten handelt, das bereits erlernt worden ist und somit im Repertoire des Betroffenen liegt. Der Bewältigungsbegriff nach Lazarus meint damit, dass die belastende Situation „gehandhabt“ wird, was nicht zwangsläufig heissen muss, dass sie „gemeistert wird“ (Hill Rice, 2005, p.34). Auf die *Stressbewältigung* werde ich ebenfalls später noch genauer eingehen.

Kritik

Die Stresstheorie von Lazarus wird von den Pflegewissenschaftlerinnen Benner et al. (1997, p. 85) und Hill Rice (2005, p. 603) als geeignete Grundlage zur Erklärung von Stress auf der Ebene der Theorie gesehen.

Der Psychologe Bodenmann, G. (1997, p.89-90) moniert, dass das transaktionale Stresskonzept von Lazarus und seinen Mitarbeitern nur einen Teil des Spektrums des Prozessgedankens abbilden. Sie sehen diese jedoch als Basis neuerer Stressforschung, welche das Wissen hinsichtlich Belastungsverläufe durch zusätzliche Erkenntnisse über das Überschreiten der kritischen Stresstoleranzschwelle einer Person weiter erhöhen können.

2.3 Stressoren

„Stressoren sind Objekte, Reize, Ereignisse und Situationen, die bedrohlich sind und zu Schädigungen führen können. Stressoren führen abhängig von ihrer Stärke und der Bewältigungsfähigkeit zu einer Stressreaktion“ (Allenspach et al., 2005, p. 20).

In der freien Enzyklopädie Pflegewiki [w002] werden Stressoren, wie folgt definiert: „*Stressoren sind Bedingungen oder Ereignisse in der Arbeitstätigkeit, die negative gesundheitliche Konsequenzen für einen bedeutungsvollen Anteil von Personen hat.*“

Stressoren können verschiedenen Arbeitsbedingungen zugeteilt werden (Allenspach et al., 2005, p. 40). Mit welchen Bedingungen und Ereignissen die Notfallpflegearbeit konfrontiert

werden kann, veranschaulicht Tabelle 1 im Anhang 2. Ethische Konflikte zählen zum Arbeitsbereich *Soziale Bedingungen* und werden in einer Studie über Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal (Widmer, 1989, zitiert in Wohlfender, 2000, 393) als sehr belastend beschrieben und an erster Stelle der Stressfaktoren genannt.

Um eine Stressreaktion durch Stressoren auslösen zu können, gehören neben der subjektiven Bewertung auch die objektiven Kennwerte dazu. Diese lassen sich durch verschiedene Dimensionen charakterisieren und dadurch klassifizieren (Hill Rice, 2005, p. 130) und werden in Tabelle 2 im Anhang 3 aufgezeigt.

Für die Akutmedizin wird die Dimension *Zeitlichkeit* als wichtig erachtet. Diese bezieht sich darauf, inwieweit ein Stressor dauerhaft oder nur vorübergehend einwirkt (Hill Rice, 2005, p. 132). Stressoren, die nur in kritischen Situationen auftreten werden *akute Stressoren* genannt, während andere Stressoren, die ständige Bedingungen der Arbeitswelt sind, als *chronische Stressoren* bezeichnet werden (St. Pierre et al., 2005, p.92). Für den Umgang mit akuten und chronischen Stressoren ist wichtig zu wissen, dass sich beide Arten in ihrer Wirkung addieren. Die unmittelbare Konsequenz für die Akutmedizin liegt darin, dass wer ständig chronischen Stressoren ausgeliefert ist, weniger akuten Stress benötigt, um überfordert zu sein (St. Pierre et al., 2005, p.92).

2.4 Die Stressreaktion

Ob ein Stressor eine Stressreaktion auszulösen vermag, ist das Resultat eines komplexen Zusammenspiels unterschiedlicher Faktoren. Dazu gehören objektive Kennwerte des Stressors, die so genannten Stressdimensionen, sowie auch subjektive Einschätzungen der Person (Bengel et al., 2004, p.32). Die subjektive Bewertung wird im anschliessenden Kapitel aufgezeigt. Die Stressreaktion ist eine stereotype Antwort des menschlichen Körpers auf ganz unterschiedliche Beanspruchung, welche den Organismus auf eine schnelle und zielgerichtete Aktion vorbereitet (St. Pierre et al., 2005, p.92). Dabei reagieren wir mit unserem ganzem Organismus, unserem Denken und Fühlen und Erleben auf einen Stressor (Allenspach et al., p. 2005, p. 20). Sinn der Stressreaktion ist die körperliche Leistungsbereitschaft für Flucht oder Kampf gegenüber Bedrohung körperlicher Integrität oder persönlicher Ziele (St. Pierre et al., 2005, p.92).

Physiologie der Stressreaktion

Bei der Stressreaktion werden das Hypophysen-Nebennierenrinde-System und das Sympathikus-Nebennierenmark-System aktiviert (Schäfer-Walkmann, 2007), wobei alle Körperfunktionen der Bewältigung einer Bedrohung zur Verfügung gestellt werden. Die Stressreaktion ist optimal auf grobmotorisches körperliches Handeln angepasst und beeinträchtigt die Feinmotorik erheblich (Tremor). In Stresssituationen, die gerade diese Feinmotorik erfordern (iv-Zugang legen), kann diese Körperreaktion selber zu einem Problem

werden und den vorhandenen Stress verstärken. Die akute Stressreaktion klingt nach wenigen Minuten ab und hat keine bleibenden Auswirkungen (St. Pierre et al. 2005, p.93). Permanenter Stress kann jedoch mit einer Schwächung des Immunsystems und mit der Entstehung von Herz- Kreislauferkrankungen verbunden sein (Schäfer-Walkmann, 2007).

Änderung des Denkens und Fühlens

Stress verändert das Denken und Fühlen. Es findet eine starke Fokussierung auf das aktuelle Problem statt und der Auflösungsgrad der Informationsverarbeitung wird reduziert. Fokussierung bedeutet einerseits Konzentration auf das Wesentliche, andererseits aber auch Einengung des Denkens. Damit verliert man den Blick für mögliche andere Probleme. Eigene Handlungen werden zudem stärker durch Gefühle geleitet, so dass eine tiefergehende Situationsanalyse entfällt und Entscheidungen unüberlegter getroffen werden. Die stressbedingten Veränderungen können somit die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöhen (St. Pierre et al., 2005, p. 94).

2.5 Stressbewertung

Besonders stressend ist eine Situation, wenn die Anforderungen hoch und die persönlichen Bewältigungskompetenzen gering sind und zudem Erfolg und Misserfolg von grosser Bedeutung sind. Entscheidend für die Entstehung von Stress ist also der Vergleich zwischen Anforderung und Bewältigungsmöglichkeiten. Ausschlaggebend ist schliesslich das Gefühl, die Situation kontrollieren zu können (Allenspach et al., 2005, p. 29).

Die Bewertung einer Situation erfolgt nach dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus in 3 Schritten (Allenspach et al., 2005, p.30-31):

1. Primäre Bewertung: Bewertung der Situation als bedrohlich, harmlos oder günstig
2. Sekundäre Bewertung: Analyse der Bewältigungsfähigkeiten und – möglichkeiten
3. Neubewertung der Situation: Verarbeitung und Reflexion von Informationen über die eigene Reaktion und die Situation

Die primäre *Bewertung* stützt sich vorwiegend auf Informationen aus der Umwelt (Bengel, 2004, p. 33). Die subjektive Einschätzung der Lage ist wesentlich für die Bewertung der Frage: „Ist diese Situation für meine Ziele bedrohlich, harmlos oder günstig?“ Die Bewertung „bedrohlich“ ist von der Anforderungsstruktur, zeitliche Aspekte und Handlungsbegrenzung abhängig (Kramis-Aebischer, 1996, p. 40).

Die Wahrnehmung einer Bedrohung löst die *sekundäre Bewertung* aus (Hill Rice, 2005, p. 34), welche sich vor allem auf die Merkmale der Person, ihre Kompetenzen, Wertvorstellungen, Ziele, Überzeugungen sowie persönliche Ressourcen wie Wissen und Fertigkeiten stützt (St.Pierre et al., 2005, p. 90). Oft laufen primäre und sekundäre Bewertungsvorgänge gleichzeitig ab und beeinflussen sich gegenseitig, was eine isolierte Erfassung sehr schwierig macht (Lazarus/Folkmann, 1984, zitiert in Hill Rice, 2005, p.34). Die Selbstwirksamkeits-

erwartung einer Person, d.h. ihre Überzeugung, spezifische Anforderungen durch eigenes, kompetentes Handeln bewältigen zu können (Bengel, 1993, zitiert in Bengel, 2004, p. 33), ist bei der Frage, „werde ich mit der Situation zurechtkommen?“, entscheidend (St.Pierre et al., 2005, p. 90).

Eine Veränderung der Situation durch das Handeln der Person, ein Perspektivewechsel, Nachdenken oder Rückmeldung über die Angemessenheit des Verhaltens durch andere Personen, führen zu einer *Neubewertung* der Situation und der Bewältigungsmöglichkeiten oder auch zur Problemlösung selbst (Bengel, 2004, p. 33).

Was während der Bewertungsprozesse geschieht, bestimmt über Emotionen und Bewältigungsverhalten (Lazarus et al., 1984, zitiert in Hill Rice, 2005, p.34). Eine Bedrohungsbewertung, verbunden mit der spezifischen Bedeutung der Situation für den Betroffenen, löst bestimmte Stresseemotionen aus, die sich mit dieser Bedeutung decken. Dazu gehören Angst, Furcht, Wut, Schuldgefühl und Traurigkeit (Lazarus et al., 1984, zitiert in Hill Rice, 2005, p.36).

2.6 Bewältigungsstrategien

„Bewältigungsstrategien sind Versuche der Umwelt, des Verhaltens oder der Psyche, mit aussergewöhnlichem Stress umzugehen“ (Mitchell et al. 1993/98, p. 43). Bewältigung wird in der Literatur oft auch Coping genannt. Lazarus et. al (1981, zitiert in Hermann, 2008, p. 7) definierten „*Coping als den Versuch, ein Gleichgewicht herzustellen zwischen Anforderung und der Fähigkeit mit diesen Anforderungen ohne zu hohe Kosten oder destruktive Folgen fertig zu werden.*“

Lazarus et al. (zitiert in Hill Rice, 2005, p. 35) beschrieben zwei Formen der Bewältigung, problemfokussierte und emotionsfokussierte. *Problemfokussierte Bewältigungsstrategien* sind mit den Taktiken der Problemlösung vergleichbar. Dazu gehören Anstrengungen, das Problem zu definieren, Alternativlösungen zu finden, Aufwand und Nutzen verschiedener Massnahmen gegeneinander abzuwägen, das Veränderbare zu verändern oder sich gegebenenfalls neue Kompetenzen anzueignen. *Emotionsfokussierte Strategien* sind darauf gerichtet, die emotionale Belastung abzumildern. Dazu gehören z.B. Distanzierung, Vermeidung, selektive Aufmerksamkeit, Beschuldigung, Verniedlichung, Wunschdenken, Gefühlen Luft machen, Streben nach sozialem Rückhalt, körperliche Betätigung und Mediation. Unter Faktoren, deren Verfügbarkeit die Bewältigung von Stress erleichtert, werden *Ressourcen* verstanden.

2.7 Ressourcen

„Das Risiko einer Person, nach Konfrontation mit Belastungen gesundheitliche Störungen zu entwickeln, ist neben der Wahrnehmung und Bewertung der Stressoren und den Reaktions- und Handlungsmöglichkeiten, von ihren persönlichen Ressourcen abhängig“ (Bengel et al.,

2004, p.37). Dabei wird unter „*Ressourcen die Fertigkeiten und Fähigkeiten verstanden, die dem einzelnen Menschen zur Verfügung stehen, um seinen Genesungsprozess positiv zu beeinflussen oder seine kritische Lebenssituation bzw. –aufgabe sinnvoll zu bewältigen*“ (Lauber, 2007, p.190).

Ressourcen beeinflussen nach Lazarus den transaktionalen Prozess von Stress und Coping (Lazarus, 1991, 1993, zitiert in Schröder et al. p.174) und können die Reaktionsmöglichkeiten der Person verbessern bzw. fehlende Handlungsmöglichkeiten kompensieren. In diesem Zusammenhang werden Ressourcen als die Mittel und Möglichkeiten verstanden, die der Mensch seinen Belastungen entgegensetzen kann (Bengel et al., 2004, p.37). Die Förderung dieser Ressourcen ist eine Form von Stressprävention (Allenspach et.al. 2005, p.111) und gelten auch als Schutzfaktoren, welche ein Mensch mobilisieren kann, um mit belastenden Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können. Entscheidend dafür ist die *Resilienz* (Schäfer-Walkmann, 2007), welche ich im abschliessenden Kapitel des Theorieteils beschreiben werde.

In umfangreichen Untersuchungen vor allem im Bereich von Berufs- und Arbeitsstress (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1991, zitiert in Linneweh, 2002, p. 49) hat sich eindeutig gezeigt, dass es entscheidend darauf ankommt, auf welches „Repertoire an Hilfsquellen“, ein Mensch im Umgang mit Stress zurückgreifen kann und wie effektiv er diese nutzt (Linneweh, 2002, p. 49). Dieses „Repertoire“ kann in *personale* und *soziale Ressourcen* eingeteilt werden. Personale Ressourcen beinhaltet körperliche und psychische Widerstandskräfte, sowie persönliche intellektuelle und soziale Kompetenz. Ein ebenso wichtiger Schutzfaktor gegen schädliche Auswirkungen von Stress ist das Ausmass an sozialer Unterstützung, auf das wir in entsprechenden Situationen zählen können (Linneweh, 2002, p. 49-51), die so genannten *sozialen Ressourcen*. Die soziale Unterstützung erwächst aus dem sozialen Rückhalt einer Person, die sie aus Beziehungen zu anderen Menschen erhält (Bengel, 2004, p. 39). Im Folgenden werden diese personalen und sozialen Ressourcen genauer beschrieben.

2.7.1 Körperliche und psychische Widerstandskräfte

Körperliche und psychische Widerstandskräfte können durch eine Verbesserung der Kondition gesteigert werden. Unter einer guten körperlichen Kondition wird die Fähigkeit verstanden, Muskelarbeit in befriedigender Weise ausführen zu können. Dazu gehören Ausdauer, Kraft sowie Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit. Ausdauertraining hat günstige psychische Effekte, indem es die Stresstoleranz erhöht und das Selbstwertgefühl steigert. Auch eine ausgewogene Ernährung beeinflusst die körperliche Kondition positiv (Bengel et al. 2004, p.38).

2.7.2 Kompetenzerwartung /Selbstwirksamkeit

Wird eine Person mit Anforderungen und Belastungen konfrontiert, entwickelt sie Erwartungen und Gedanken hinsichtlich der ihr zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen (Bengel et al., 2004, p. 38). Sie befindet sich in einer bestimmten Situation und hat bestimmte Erwartungen bezüglich ihrer Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieser Situation (Kramis-Aebischer, 1996, p. 75). Von der subjektiven Einschätzung hängt ab, ob die Person die Situation als angenehm, herausfordernd, bedrohend oder schädigend bewertet (Bengel et al. p. 38). Diese Kognitionen werden *Kompetenzerwartung* oder *Selbstwirksamkeit* genannt (Kramis-Aebischer, 1996, p. 75). Für den Erwerb von Kompetenzerwartung können vier Quellen unterschieden werden: *Handlungsvollzüge, stellvertretende Erfahrungen, sprachliche Überzeugung* und *Gefühlserregung* (Kramis-Aebischer, 1996, p. 75).

Handlungsvollzüge und stellvertretende Erfahrungen

Menschen lernen sowohl durch eigene Erfahrung als auch durch die Beobachtung einer anderen Person. Durch diese direkten und indirekten Erfahrungen entwickeln sie Erwartungen darüber, wie erfolgreich sie selbst beim Einsatz bestimmter Verhaltensweisen in der Konfrontation mit der Umwelt sind. Je höher die Kompetenzerwartung einer Person ist, desto weniger sensitiv ist sie Belastungen gegenüber. Personen, die sich selbst als nicht kompetent einschätzen, werden in bedrohlichen Situationen eher Furcht entwickeln und solche Situationen in Zukunft meiden. Dagegen werden sich Personen, die über eine ausgeprägte Kompetenzerwartung verfügen, angesichts bedrohlicher Situation eher zuversichtlich und aktiv verhalten (Bengel et al, p. 38-39). Somit ist eine hohe Kompetenzerwartung die Basis, um schwierige Aufgaben in Angriff zu nehmen. Personen die sich selbst grundsätzlich als kompetent einstufen, verharren länger an schwer lösbaren Aufgaben und erholen sich schneller von Rückschlägen (Schwarzer, 1996, zitiert in Bengle et al., 2004) p. 38).

Sprachliche Überzeugung

Die positive Selbstinstruktion ist eine Form von Selbstregulation durch sprachliche Überzeugung. In Belastungssituationen werden in der Regel Selbstgespräche geführt, wie z. B. „Das hat mir gerade noch gefehlt.“ Oder „Das halte ich nicht mehr aus.“ Diese negativen Selbstgespräche können die Situation verschlimmern oder ein zielgerichtetes Handeln blockieren. Selbst- und Fremdinstruktionen wie, „Bleib ganz ruhig, wir schaffen das schon“ oder „Atme tief durch“, können in solchen Situationen beruhigen und Unsicherheiten beseitigen. Mit Hilfe dieser Technik können selbst in akuten Situationen eigene Stressreaktionen kontrolliert und die Handlungsfähigkeit erhalten werden. Wichtig ist dabei, positive Formulierung zu verwenden und diese einzuüben (Bengel et al., 2004, 91).

Gefühlserregung

Während und nach belastenden Situationen staut sich häufig Energie auf. Die unkontrollierte Entladung überschüssiger Energie in Form von Ärger und Wut führt leicht zu aggressivem Verhalten und ist ineffektiv. Durch gezielte Selbstbeobachtung der Körperfunktionen, wie der Registrierung von innerer Unruhe und belastende Gedanken, kann dieser Prozess bewusst gemacht werden. Körperliche Anstrengung, wie Sporttreiben, kann diese Energie abbauen helfen, ohne andere Menschen zu beeinträchtigen oder zu verletzen. Das Ausdrücken von Gefühlen, wie Schreien oder Weinen, können das Erregungsniveau und die subjektiv erlebte Gefühlsintensität ebenfalls reduzieren. Wichtig ist, geeignete Ventile zu suchen, um aufgestaute Gefühle in einer kontrollierten und für die Umwelt sozial verträgliche Art und Weise abzureagieren, um das Befinden positiv zu beeinflussen und eine Eskalation zu verhindern (Bengel et al. 2004, p. 92-93).

2.7.3 Sozialer Rückhalt

„Sozialer Rückhalt ist eine Ressource, die durch andere zur Verfügung gestellt werden“ (Cohen et al. 1989, zitiert in [w002]). Historisch gesehen wird sozialer Rückhalt als etwas betrachtet, das per se eine positive Valenz besitzt. Es handelt sich dabei um einen dynamischen Prozess, der sich mit den Begleitumständen verändern kann (Hill Rice, 2005, p. 423). Welche Form sozialer Rückhalt annimmt und von wem er geleistet wird, kann je nach Situation als mehr oder weniger hilfreich wahrgenommen werden (Norwood, 1996, zitiert in Hill Rice, 2005, p.423). In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass sich sozialer Rückhalt bei Vorliegen von Stress positiv auf die Gesundheit auswirkt und eine Schutzfunktion besitzt. Studien dazu zeigen ebenfalls, dass erhebliche Kosten eingespart werden können, wenn das Krankenhausmanagement ihr Augenmerk bewusst auf soziale Unterstützung richten (Hill Rice, 2005, p.433-434).

Durch das Vorhandensein eines hilfreichen sozialen Netzwerkes, sowie durch die Gewährung von tatsächlicher Unterstützung im Bedarfsfall, sind objektive Ressourcen gegeben (Schröder et al., 1997, p. 175). Die subjektive Wahrnehmung oder Erwartung solcher externer Bedingungen verbessert die Handlungsoptionen im Coping – Prozess und somit die eigene Bereitschaft, sich mit Problemen auseinander zu setzen. Zu dem kann die konkrete Hilfe durch den Rat, die Mitarbeit oder auch nur die bloße Anwesenheit von Freunden helfen, die Belastung zu reduzieren oder auszuhalten (Bengel, 2004, p.39).

Im Notfall zählt das Team zur wichtigsten Ressource (St. Pierre, 2005, p. 99) und bietet eine Pufferfunktion bei starker beruflicher Belastung. Menschen, die sich unterstützt und geborgen fühlen, empfinden in der Regel Belastungssituationen als weniger bedrohlich, schädigend oder verlustreich (Bengel, 2004, p. 39). Gegenseitiger Rückhalt im Pflorgeteam kann durch Nachbesprechungen von Erlebnissen gefördert werden (Johns, 2000, p. 230).

Nachbesprechungen

Möglichkeiten zur Aussprache bieten sich in der Pflegearbeit bei Stationsbesprechungen und Übergabegesprächen (Johns, 2000, p. 230). Die positiven Effekte der Nachbesprechungen stellt Tabelle 3 dar:

- Die Nachbesprechung schafft „Raum“ im hektischen Arbeitsumfeld, der den Pflegenden zeigt, wie wichtig gegenseitiger Rückhalt im Alltag ist, und sie dazu bringt, diesem Aspekt der Praxis höherer Priorität zu geben.
- Sie schafft Gelegenheit, aus Erfahrungen zu lernen, wie man in zukünftigen Situationen besser reagieren kann.
- Das Pflegepersonal kann seine Gefühle miteinander teilen, wütig und traurig sein ist ok!
- Sie bringt unangemessene Einstellungen, Verhaltensweisen oder Schutzmechanismen ans Tageslicht, die Pflegende daran hindern, ganzheitlich zu pflegen.
- Die einzelne Pflegende findet Rückhalt, ihre „Stimme“ geht nicht im üblichen Lärm und Trubel unter, sie wird als Mensch mit menschlichen Bedürfnissen und menschlichen Schwächen akzeptiert und respektiert.

Tabelle 3: Die positiven Effekte der Nachbesprechung

Auch die Supervision wird im Lehrbuch „verstehen & pflegen“ (Lauber, 2007, p.312-314) als eine Möglichkeit der Unterstützung bei verschiedensten Belastungen beschrieben.

Supervision

Supervision begleitet Einzelne, Teams, Gruppen und Organisationen bei der Reflexion und Verbesserung ihres beruflichen Handelns [w004] und wird als Mittel betrachtet, um Belastungen zu verringern und die Persönlichkeit des Helfers als zentrales Arbeitsmittel wach und lebendig zu halten (Bengel, 2004, p. 239). Bei der Supervision kann man Themen wie „Macht und Ohnmacht“ Raum geben (Lauber, 2007, p.312), aber auch Fragen und Probleme aus dem beruflichen Zusammenhang unter Anleitung einer Fachperson zum Gegenstand machen (Bengel, 2004, p.239). Ziel ist die Erweiterung der beruflichen Fähigkeiten derjenigen, die diese Beratung in Anspruch nehmen (Pühl, 1990, zitiert in Bengel, 2004, p.239). Eine besondere Form von Supervision stellt die Teamsupervision dar, da die Mitglieder des Pflgeteams nach der Besprechung weiter miteinander arbeiten (Lauber, 2007, p. 314).

Teamsupervision

Teamsuperversion thematisiert oft auch die Beziehung der Teammitglieder untereinander. Sie bieten einen Rahmen, das eigene berufliche Handeln zu reflektieren, wie auch die Kommunikation und Kooperation innerhalb des Teams zu verbessern (Lauber, 2007, p.314-315).

2.8 Resilienz- das „Immunsystem der Seele“

Das englische Wort *resilience* bedeutet Belastbarkeit, Elastizität, Widerstandsfähigkeit und bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen umzugehen, oder mit anderen Worten, sich dabei „nicht unterzukriegen zu lassen“ (Wustmann, 2005). Das Konzept der psychologischen Widerstandsfähigkeit wurde ursprünglich im Bereich der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters entwickelt (Staudinger, 1997, p. 249) und bezieht sich auf Menschen, die fähig sind, aus widrigen Lebensumständen etwas Gutes zu machen (Welter-Enderlin, 2008, p.10-13). Resilienz weist folgende Charakteristika auf.

- Resilienz bezeichnet kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal und ist erlernbar.
- Resilienz kann mit der Zeit und unter verschiedenen Umständen variieren, d.h. sie ist keine lebenslange Fähigkeit.
- Die Wurzeln für die Entwicklung von Resilienz liegen in besonders schützenden Bedingungen, die einerseits in der Person, andererseits in seiner Lebensumwelt lokalisiert sein können.

Tabelle 4: Charakteristika der Resilienz

Das Wissen um Faktoren der Resilienz kann für die Prävention von Stress genutzt werden (Hermann, 2008). Am internationalen Kongress „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“ (Zürich, 2005) wurde Resilienz folgendermassen definiert.

„Resilienz ist die Fähigkeit von Menschen, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Welter-Enderlin, 2008, p.12)

Einfacher lässt sich Resilienz in Metaphern erklären. So z. B. durch die Bezeichnung der Resilienz als „*Immunsystem der Seele*“ (Levold, 2008, p. 240). So gesehen besitzt „das Immunsystem der Seele“ die Fähigkeit, sich gegen das Antigen *Stress*, unter Rückgriff auf die Antikörper *Ressourcen* zu wehren und dabei immuner zu werden.

Resilienzfaktoren

Sucht man nach *Persönlichkeitsmerkmalen*, die Resilienz begründen, wird man in der frühesten Entwicklung fündig. Diese relativ stabilen Merkmale werden durch Lerngeschichte und soziale Beziehungen geprägt. (Borst, 2008, p. 196). Ebenfalls zur Basis der Resilienz-begründung zählen das soziale Umfeld, die biologische Vitalität und ganz wesentlich, die so genannte Selbstwirksamkeit (Schäfer-Walkmann, 2007). Es sind also dieselben Faktoren, welche schon als geeignete Ressourcen gegen Stress genannt worden sind. Neben diesen Resilienz-faktoren gibt es noch weitere Komponenten zu finden, die an normative Entwicklungsprozesse gebunden sind (Borst, 2008, p. 196) und in Tabelle 5, welche die resilienz-begünstigenden Faktoren zeigt, genauer beschrieben werden.

Persönlichkeitsmerkmale	Personale Ressourcen	Normative Entwicklungsprozesse
<ul style="list-style-type: none"> - Temperament - Intelligenz - soziale Fähigkeiten - Autonomie - Selbstwertgefühl - Kontrollüberzeugung 	<ul style="list-style-type: none"> - körperliche und psychische Widerstandskräfte - Selbstwirksamkeit - Sozialer Rückhalt 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion und Bedeutungsgebung - Erfolg und Sicherheit in Bildung und Beschäftigung - Fähigkeit, Symptome, Risiken und Probleme zu nutzen: zur Eigenmotivation, zur Reflexion, zur Erprobung neuer Gedanken und Verhaltensweisen und zur Entwicklung von Einsicht aus Traumata - Fähigkeit, sich in förderlicher Beziehung zu engagieren und von Personen und Institutionen unterstützt zu werden, die aufmerksam sind und zur Entwicklung und zum Wohlbefinden beitragen.

Tabelle 5: Resilienzfaktoren

Ressourcen sind die eine, Stressoren die andere wesentliche Komponente, welche in einer wechselseitigen Dynamik, Resilienz entwickeln können. Stressoren und Ressourcen sind zudem nicht immer klar von einander abzugrenzen, ihre Funktion kann sich innerhalb eines Entwicklungsverlaufes auch ändern. Ein heutiger protektiver Faktor kann schon Morgen ein Risikofaktor sein (Hermann, 2008).

Entwicklung der Resilienz

Resilienzentwicklung ist ein Prozess, welcher von der Person selber und von ihrem sozialen Umfeld beeinflusst wird und welcher sich durch die Bewältigung von Krisen entwickelt (Rutter, 1985, zitiert in Hermann, 2008). Allgemein gilt, dass der Entwicklung von Resilienz eine Art „Interaktionsschema“ zugrunde liegt (Abb. 1).

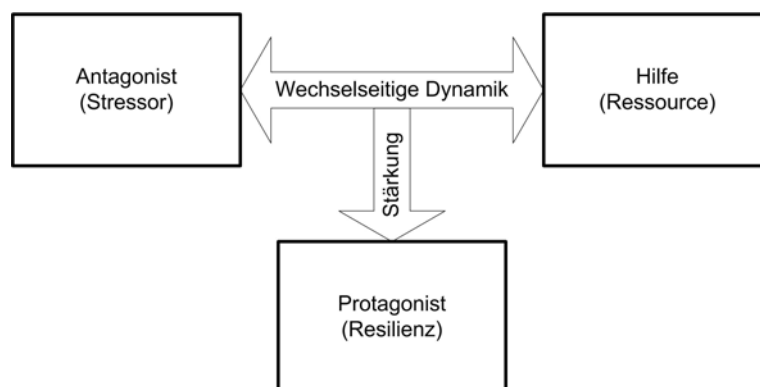


Abbildung 1: Interaktionsschema für die Entwicklung der Resilienz

Wir sind resilient immer nur in Bezug auf etwas Anderes, das mit uns etwas macht und daher auf irgendeine Weise ein Problem für uns darstellt, auf das wir reagieren. Dieses Interaktionsschema beinhaltet jeweils ein *Protagonist* (Resilienz), der durch *Antagonisten* (Stressor) bedroht, beeinträchtigt oder beschädigt wird. Als Resilienz erscheint in diesem Schema nicht nur das Vermögen des Protagonisten, diesen Beeinträchtigungen standzuhalten, er kann auch bestimmte Aktivitäten in Gang setzen, um die eigene Resilienz zu stärken oder den An-

tagonisten zu schwächen. Hilfe (Ressource), welcher der Protagonist für diesen Zweck in Anspruch oder angeboten bekommt, kann entweder die Stärkung der Resilienz des Protagonisten zum Ziel haben oder die Schwächung des Antagonisten (Levold, 2008, p. 234-235).

Perspektivenwechsel

Das Konzept der Resilienz legt den Fokus erstmals auf die Bewältigung von Risikosituationen. Es interessieren nicht mehr nur Anpassungs- und Bewältigungsprobleme. Die Perspektive ist nicht defizitorientiert, sondern richtet sich auf die Fähigkeiten, Ressourcen und Stärken des Menschen, ohne dabei Probleme zu ignorieren oder zu unterschätzen. Von Interesse ist, wie individuell mit Stressbewältigung umgegangen wird und wie Bewältigungskapazitäten aufgebaut bzw. gefördert werden können (Wustmann, 2005). Dies wird in der therapeutischen Literatur als Perspektivenwechsel bezeichnet, da früher Individuen vor allem unter Defizienzgesichtspunkten wahrgenommen worden sind (Welter-Enderlin et al., 2008, p.20).

Grenzen der Resilienz

Resilient sein heisst nicht, auf Lösungen zu fokussieren, denn manchmal gibt es keine Lösung, stattdessen muss man lernen, mit unbeantworteten Fragen zu leben (Hildenbrand, 2008, p. 26). Grenzen dieser psychologischen Widerstandsfähigkeit zeigen sich je nach gewähltem Adaptivitätskriterium zum einen etwa im psychischen Zusammenbruch oder von Verhaltensauffälligkeiten. Das Resilienzmodell nimmt in solchen Fällen an, dass die Ressourcen einer Person erschöpft oder nicht zur Anwendung zu bringen sind (Staudinger, 1997, p.249-250).

Kritik

Hill Rice (2005, p. 485-486) weist darauf hin, dass die Definition von Widerstandsfähigkeit, noch einige Fragen offen lässt. Ihrer Meinung nach muss die Forschung und Praxis im Zuge des wachsenden Interesses der Pflegedisziplin an Fragen der Lebensqualität und Stressbewältigung dem Widerstandsfähigkeitskonstrukt erhebliche Bedeutung zukommen lassen. Sie sieht in den Resilienzen einen ungeahnten Reichtum an Implikationen für die Pflegepraxis, falls es der Pflegewissenschaft gelingt zu verstehen, auf welche Weise sie Gesundheit und Adaption sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken fördert.

3 Abschliessende Gedanken zu Stress und Resilienz in der Notfallpflege

Meine abschliessenden Gedanken enthalten wesentliche Aspekte und Erkenntnisse aus dem Theorieteil, wie auch den Transfer in die Praxis. Schlussfolgerungen zur Beantwortung meiner Fragestellung bilden den Abschluss meiner Arbeit.

Erkenntnisse zum Lernprozess und meine Danksagung befinden sich im Anhang 4.

3.1 Zusammenfassung

Stress wird in der Wissenschaft als einen dynamischen Prozess zwischen Mensch und Umwelt beschrieben, wobei das Individuum eine Diskrepanz zwischen Anforderung und Bewältigungskompetenz erlebt. Ausgelöst wird Stress durch Stressoren, welche vom Menschen als bedrohliches Ereignis oder Situation gewertet wird. In der Pflegearbeit werden ethische Konflikte als grösste Belastung erlebt und an erster Stelle der Stressoren genannt. Auf Stressoren reagieren wir mit körperlicher Aktivierung und geistiger Konzentration, um zielgerichtet gegen diese vorgehen zu können. Ob ein Stressor eine solche Reaktion auszulösen vermag, hängt von dessen subjektiven Wahrnehmung und Interpretation ab. Entscheidend dabei ist die persönliche Beantwortung der Fragen: „Ist diese Situation für meine Ziele bedrohlich, harmlos oder günstig?“ und „Werde ich mit der Situation zurechtkommen?“. Die Antworten auf diese Fragen sind neben den Stressoren massgeblich von den vorhandenen Ressourcen beeinflusst. Ressourcen erleichtern die Bewältigung von Stress und zählen zu den Haupt- hilfsquellen, um mit Stress besser umgehen zu können. Auf der Notfallstation wird das Team als wichtigste Ressource genannt. In Form von Nachbesprechungen von Erlebnissen und Teamsupervision kann der gegenseitige Rückhalt im Team gefördert werden und bietet somit eine Pufferfunktion bei beruflicher Belastung. Stress wirkt aber nicht nur negativ, sondern vermag bis zu einem gewissen Grad die Leistungsfähigkeit zu unterstützen. Dies geschieht durch eine wechselseitige Dynamik zwischen Stressoren und Ressourcen. Die bei diesem Prozess erworbene Kompetenz wird Resilienz genannt.

3.2 Transfer in die Praxis

Analyse

Nach der Auseinandersetzung mit der Theorie zum Thema Stress ist mir bewusst geworden, dass das Erleben von Stress vor allem eine Frage der eigenen Bewertung der Situation ist. Deshalb werde ich mit Hilfe der drei Bewertungsschritte nach dem transaktionalen Stress- model von Lazarus, die Pflege von Patienten mit aggressivem Verhalten analysieren, die ich als stressend empfinde.

1. Primäre Bewertung: Bewertung der Situation als bedrohlich, harmlos oder günstig

Beim ersten Bewertungsschritt stelle ich mir folgende Frage: „Ist die Pflege des aggressiven Patienten für meine Ziele bedrohlich, harmlos oder günstig?“ Meine Antwort lautet „bedrohlich“, da mein Ziel, Patienten kompetent zu betreuen, durch das aggressive Verhalten von Patienten gefährdet ist. Ich kann mich in solchen Situationen nur auf meine bereits gemachten Erfahrungen im Umgang mit aggressiven Patienten abstützen, da die Betreuung solcher Patienten während meiner Ausbildung nicht gelehrt wurde. Oft werden zum Schutze des Patienten und seines Umfelds auch Zwangsmassnahmen, wie Fixation oder Sedierung, angewendet. Diese Einschränkung der Autonomie des Patienten entspricht aber nicht meinem Pflegeverständnis und belastet mich. Zudem erfordert solches Verhalten viel Aufmerksamkeit und Zeit von mir als Pflegenden, welche der Pflege anderer Patienten abgeht. Mein Handlungsspielraum in solchen Situationen ist gering, denn ich bin verpflichtet, mich um Patienten mit aggressivem Verhalten zu kümmern. Einzige Handlungsoption bietet sich mir, indem ich die Betreuung einem Notfallpflegekollegen überlasse.

2. Sekundäre Bewertung: Analyse der Bewältigungsfähigkeiten und – möglichkeiten

Die von mir als bedrohlich wahrgenommene Situation führt zur Frage: „Werde ich mit der Situation zurechtkommen?“ Die Antwort wird einerseits durch mein Repertoire an Ressourcen bestimmt, auf welches ich zurückgreifen kann und andererseits, wie effektiv ich dieses Repertoire nutze. Als wichtige Ressource zählt meine Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. meine Überzeugung, der Pflege des aggressiven Patienten durch eigenes kompetentes Handeln gerecht zu werden. Da aber meine Selbstwirksamkeitserwartung durch negative Erfahrungen im Umgang mit solchen Patienten niedrig ist, schätze ich solche Situationen als bedrohlich ein und meide wenn möglich die Betreuung solcher Patienten. Meinem Defizit bin ich mir bewusst und versuche deshalb von anderen Notfallpflegekollegen zu lernen. Als etwas weniger bedrohlich bewerte ich eine solche Situation, wenn ich mit Kollegen zusammenarbeiten kann, welche ich im Umgang mit Aggressiven als kompetent einschätze.

3. Neubewertung der Situation:

Eine Veränderung der Situation, wie ein Polizeieinsatz oder die Unterstützung durch Angehörige des aggressiven Patienten, führen zu einer Neubewertung der Lage. Kooperiert der Patient dadurch besser, kann dies zu einer günstigen Bewertung meinerseits führen.

Lösungsvorschläge

Nach Lazarus beeinflussen Ressourcen den transaktionalen Prozess von Stress und Coping und können die Reaktionsmöglichkeit der Person verbessern und fehlende Handlungsoptionen kompensieren. Somit sind Ressourcen geeignete Mittel, um in Zukunft den stressigen Situationen in der Notfallpflegearbeit, wie der Umgang mit aggressiven Patienten, besser entgegenzuwirken.

Die Förderung der eigenen Kondition und deren positiven Effekt auf die Psyche sehe ich als eine Form von Stressprävention, die sich für Begeisterungsfähige für Ausdauertrainings lohnen kann. Als sehr wichtig erachte ich das Anstreben einer Erhöhung der Selbstwirksamkeit, denn wer sich kompetent fühlt, ist weniger sensitiv gegenüber Belastungen. Dies bedingt aber ein Abweichen von der Vermeidungstaktik, wie die stressende Pflege aggressiver Patienten Anderen zu überlassen, da eigene Erfahrungen sehr wichtig sind. Auch aus indirekter Erfahrung kann profitiert werden, z. B. durch Beobachtung eines Kollegen bei der Betreuung von aggressiven Patienten. Ein gesteigertes Kompetenzgefühl lässt sich auch durch entsprechende Fortbildung erlangen. Diesbezüglich empfiehlt sich das Angebot meines Arbeitsortes zu prüfen und zu nutzen. Die Selbstwirksamkeit kann zudem durch positive Selbst- oder Fremdinstruktion gesteigert werden. Dabei müssen positive Formulierungen verwendet werden, wie „Das kriegst du in den Griff“ oder „Ganz locker bleiben“. Wer dazu neigt aufgestaute Energie unkontrolliert zu entladen, sollte sich geeignete Ventile suchen, um diese zu entladen. Wie wär's mit einem Boxsack im Stationszimmer? Eine nachhaltigere Ressource ist die soziale Unterstützung des Teams. Um diese zu fördern eignen sich Nachbesprechungen während des Arbeitsdienstes, bei Übergaberapporten oder bei Teamsitzungen. Als besonders effektiv erweisen sich Teamsupervisionen, um das eigene berufliche Handeln zu reflektieren. An meinem Arbeitsort wird Teamsupervision über den Bereich Bildung – Beratung - Entwicklung angeboten. Eine weitere Möglichkeit zur Reflexion der Pflegepraxis im Pflege-team bietet die Beratung durch einen Pflegeexperten. Als Leitfaden der Pflegeberatung dient das „Konzept der Pflegeberatung“, welches nach Anhang 4 zu finden ist. Weder Teamsupervision noch Pflegeberatung kamen auf meiner Station je zur Anwendung. Ich bin aber der Meinung, dass Teamsupervision und Pflegeberatung unserem Notfallteam Optionen geben, um unsere Ressourcen als Pufferfunktion gegen Stress noch besser ausschöpfen zu können.

3.3 Schlussfolgerungen

Ziel meiner Abschlussarbeit war es die Frage, „Was kann ich als diplomierte Pflegefachfrau mit HöFa-1-Weiterbildung dazu beitragen, um den Stressfaktoren in der Notfallpflegearbeit gezielter entgegenwirken zu können?“ und diese mittels Literaturrecherche zu beantworten. Als ich dabei auf den Begriff der Resilienz gestossen bin, motivierte mich der positive Aspekt der Kompetenzsteigerung durch die wechselseitige Dynamik der Stressoren und Ressourcen, auch auf diesen näher einzugehen. Denn ich finde es wichtig zu wissen, dass die Exposition gegenüber Stressoren während der Notfallpflegearbeit nicht nur Risiko birgt, sondern auch eine Chance ist. Was Stress ist und wieso wir diesen so verschieden wahrnehmen und bewerten, konnte ich durch das Erklären der Stresstheorien von Selye und Lazarus aufzeigen. Durch das Aufzeigen geeigneter Ressourcen, um den Stressoren in der Notfallpflegearbeit besser entgegenzuwirken, fand ich eine Antwort auf meine Ausgangsfrage.

4 Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Allenspach, M. & Brechbühler, A. (2005). Stress am Arbeitsplatz: Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention (1. Auflage). Bern: Huber.

Bengel, J. Heinrichs, M., Riedl, T. (2004). Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Benner, P. & Wrubel, J. (1997). Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

Bodenmann, G. (1997). Bewältigungsressourcen. In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.) (1997). Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Borst, U. (2008). Von psychischen Krisen und Krankheiten, Resilienz und „Sollbruchstellen“. In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand (Hrsg.) (2008). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer.

Duden: Die deutsche Rechtschreibung (24. Aufl.) (2007). Mannheim: Dudenverlag.

Hermann, C. (2008). Resilienz in der systemischen Therapie: Ein hilfreiches Konzept für die Praxis. Workshop, Hochschule für soziale Arbeit, Olten.

Hildenbrand, B. (2008). Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand (Hrsg.) (2008). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer.

Hill Rice, V. (2005). Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und – wissenschaft (1. Auflage). Bern: Huber.

Johns, C. (2000). Selbstreflexion in der Pflegepraxis: Gemeinsam aus Erfahrungen lernen (S. Hinrichs, Übers.). Bern: Huber. (Originalwerk publiziert 2000)

Klauer, T. (1997). Vom Allgemeinen Adaptionssyndrom zu dyadischem Coping. In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.) (1997). Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Kramis-Aebischer, K. (1996). Stress, Belastungen und Belastungsverarbeitung im Lehrerberuf (2. Auflage). Bern; Stuttgart; Wien: Haupt.

Kretschmann, R. (Hrsg.). (2000). Stressmanagement für Lehrerinnen und Lehrer: Ein Trainingsbuch mit Kopiervorlagen. Weinheim und Basel: Beltz.

- Kirstel, K. H. (1998). *Gesund Pflegen: Stressbewältigung und Selbstpflege*. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Lauber, A. (2007). *Grundlagen beruflicher Pflege: verstehen & pflegen 1* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Levold, T. (2008). *Metaphern der Resilienz*: In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand (Hrsg.)(2008). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Linneweh, K. (2002). *Stresskompetenz: Der erfolgreiche Umgang mit Belastungssituationen im Beruf und Alltag*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mitchell, J.T. et al. (1998). *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen: Zur Prävention psychischer Traumatisierung* (S. Fassmann, A. Igl, J. Müller-Lange, Übers.). Wien: Stumpf & Kossendey mbH. (Originalwerk publiziert 1993).
- Rettke, H., Martin, J. S., & Langewitz, W. (2005). *Evaluation der Weiterbildung in Notfallpflege anhand kritischer klinischer Ereignisse: in der Berufspraxis Pflegender auf Notfallstationen*. *PrInterNet*, 4, 197 – 203.
http://www.psychosomatik-basel.ch/deutsch/publikationen/pdf/wl_rettke04-05.pdf
(26. 02. 2008)
- Schäfer-Walkmann, S. (2007). *Stress in der Pflegearbeit: anregend oder aufregend?: Vom Umgang mit der eigenen Gesundheit in einem belastenden Beruf*. Vortrag gehalten an der Fachtagung in Augsburg- Demenz weiter denken. Staatliche Studienakademie, Stuttgart.
<http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftdw-schaefer.pdf>(16. 04.08)
- Schröder, K. E. E. & Schwarzer, R. (1997). *Bewältigungsressourcen*. In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.) (1997). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Staudinger, U. M., (1997). *Grenzen der Bewältigung*. In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.) (1997). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- St. Pierre, M., Hofinger, G. & Buerschaper, C. (2005). *Notfallmanagement: Human Factors in der Akutmedizin*. Heidelberg: Springer.
- Welter-Enderlin, R. (2008). *Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie*. In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand (Hrsg.)(2008). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Wohlfender, D. (2000). *Langfristige Berufszufriedenheit in der direkten Pflege*. *Pflege*, 2000, 13, 389-395. Bern: Huber.

Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung: Wie es manche Kinder schaffen, schwierigen Lebensumständen zu trotzen. Bildung und Innovation. <http://www.bildungsserver.de/innovationsportal/bildungplus.html?artid=459> (08.07.08)

[w001] <http://de.wikipedia.org/wiki/Stress> (06.05.08)

[w002] <http://www.pflegewiki.de/wiki/Stress> (06.05.08)

[w003] <http://de.wikipedia.org/wiki/Resilienz> (09.06.08)

[w004] <http://de.wikipedia.org/wiki/Supervision> (17. 07.08)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stressoren in der Notfallpflege

Abgeleitet aus Tabelle und Informationen aus der Literatur von Allenspach et al. (2005, p. 40), St. Pierre et. al. (2005, S. 93), Kristel (1998, p. 17-32) und dem Artikel von Rettke et al. (2005 p. 202-203).

Tabelle 2: Klassifikation der Stressordimensionen

In Anlehnung an die Übersichtsarbeit zur pflegewissenschaftlichen Stressforschung von Werner (1995, zitiert in Hill Rice, 2005, p. 130) und anderer Literatur (St. Pierre et al. 2005, p.92 und Allenspach et. al., 2005, p.37).

Tabelle 3: Die positiven Effekte der Nachbesprechung

In Anlehnung an die Liste von Johns, 2000/2004, p.230

Tabelle 4: Charakteristika der Resilienz

Abgeleitet von Hermann, 2008

Tabelle 5: Resilienzfaktoren

Abgeleitet von Borst, 2008, p. 196

5 Anhang

Anhang 1: Beispiel aus meinem Arbeitsalltag

„Es ist 22 Uhr und nur Herr X liegt auf der Notfallstation. Dieser ist stark äthylisiert und möchte andauernd nach Hause. Herr X wurde vor einer Stunde vom 144 auf den Medizin Notfall eingeliefert, nachdem Passanten den 50 jährigen Mann am Boden liegend aufgefunden hatten. Bei der Anamnese durch unsere Dienstärztin stellt sich heraus, dass Herr X antikoaguliert ist. Die Ärztin verordnet eine Schädelcomputertomographie zum Ausschluss einer Hirnblutung. Meine Aufgabe ist es, Herrn X viertelstündlich zu überwachen und ihn vom Nachhausegehen abzuhalten.

Zu diesem Zeitpunkt wird eine 35 jährigen Frau im Rollstuhl von ihren Angehörigen gebracht. Diese berichten, dass Frau Y heute schon ihren dritten epileptischen Anfall hätte. Nach schwierigem Transfer ins Bett droht Frau Y auf den Boden zu stürzen, da sie sich unkontrolliert aufbäumt. Meine Arbeitskollegin, welche Frau Y von der vergangenen Nacht her schon kannte, befestigt einen Bauchgurt und montiert Bettgitter als Sturzprophylaxe. Bei den Untersuchungen der Vornacht hatte sich herausgestellt, dass Frau Y die epileptischen Krämpfe jeweils vortäuschte und ihre Probleme psychischer Ursache sind. In Aussicht einer ambulanten psychiatrischen Behandlung wurde sie entlassen.

Nach der Fixation des Bauchgurtes gerät Frau Y ausser sich vor Wut, schlägt um sich, beisst meine Arbeitskollegin, sowie die Ärztin und beschimpft alle Beteiligten massiv. Ich eile als Unterstützung zu Hilfe und wir versuchen gemeinsam die Patientin zu beruhigen. Die Situation lässt eine ausreichende Überwachung von Herrn X meinerseits nicht zu, so dass ich in Absprache der Ärztin den Unterassistenten dazu bitte. Auch der Einbezug der Verwandten bringt die junge Frau nicht zur Ruhe. Ein Beruhigungsmittel lässt sie sich oral nicht verabreichen und ein venöser Zugang ist bei ihrer Gegenwehr unmöglich zu stecken, um ein Sedativa zu spritzen. Die Ärztin bespricht die Situation mit dem Notfallpsychiater, dieser stellt aber keine Indikation für ein Konsilium seinerseits. Inzwischen hat Frau Y das Kabel der Patientenglocke herausgerissen und benutzt dieses als Peitsche. Nach mehrmaligen Drängen uns Pflegender, ruft die Ärztin die Polizei zu Hilfe.

In der Zwischenzeit hat sich Herr X mehrmals über den Krach beschwert und lässt sich von mir und dem Unterassistenten nur mit Mühe beruhigen. Bei der Röntgenuntersuchung des Schädels kooperiert er erfreulich gut. Da eine Epiduralhämatom festgestellt wird, organisieren die Ärztin und ich die Verlegung auf die Chirurgie IPS.

Während der Wartezeit auf die Polizei ist meine Arbeitskollegin mit der Betreuung der tobenden Patientin voll beschäftigt. Ich übernehme in dieser Zeit eine Patientin mit Herz-

rhythmusstörungen vom 144, welche sich durch die lauten verbalen Entgleisungen von Frau Y in der Nebenkoje nicht stressen lässt. Einer 18 Jährigen mit leicht erhöhtem Blutzucker empfehle ich in Absprache der Ärztin auf dem Gang zu warten, bis sich die Situation im Notfall beruhigt hat.

24 Uhr, endlich trifft die Polizei ein. Frau Y wird unter Zwangmassnahme eine Venenkanüle gesteckt und ein Sedativum verabreicht. Die hohe Dosis des Beruhigungsmittels verlangt eine kontinuierliche Überwachung der Atmung und des Herzkreislaufes. Dafür wird sie auf die medizinische Intensivstation verlegt.

Es ist 1 Uhr, ich verlege Herrn X auf die Chirurgie IPS. Endlich können die anderen Patienten befriedigend betreut werden.

Da der andauernde hohe Arbeitsanfall eine Nachbesprechung während der Nachtschicht nicht zulässt, können meine Arbeitskollegin und ich diese Situation erst nach dem Frühreport beurteilen. Wir äussern dabei Gefühle der Überforderung im Umgang mit dieser stressigen Konstellation und sehen die Grenzen unserer Fähigkeiten und Erwartungen als deutlich überschritten. Frustriert und ratlos gehe ich nach Hause.“

Anhang 2: Stressoren in der Notfallpflege

Arbeitsbereich	Stressoren in der Notfallpflege
Arbeitsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • qualitative Überforderung durch zu komplexe Pflegeaufgaben • quantitative Unterforderung durch zu geringes Pflegeaufkommen • den Fähigkeiten nicht angemessene Arbeiten wie Betreuung Psychischkranker • gefährliche Arbeit wie Exposition von gesundheitsschädigenden Krankheiten • schwerwiegende emotionale und soziale Anforderungen wie Sterbebegleitung • hohe Arbeitsintensität mit wenig Handlungsspielraum wie Aufnahme-pflicht • Mehrfachbelastung, multiple Aufgaben, z.B. gleichzeitige Patienten-betreuung/Schülerbegleitung/ Angehörigenberatung
Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Intensität: hoher Zeitdruck, Daueraufmerksamkeit, z.B. gleichzeitige Betreuung mehrerer komplexen Patientensituationen • Häufige Unterbrechungen, Ablenkungen z.B. Telefonanrufe, Patientenklingel, Untersuchungen, herumirrende Patienten • Grosse Verantwortung für Menschen • Nichtvorsehbarkeit von Ereignissen wie Ausfall von Mitarbeitern, die nicht ersetzt werden können/ ungeplante Vertretungseinsätze • Nichtbeeinflussung von Arbeitsbedingungen wie unregelmässige Arbeitsschicht • Platzprobleme bei engen Raumverhältnissen
Physische Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Umgebungsbedingungen: Lärm wie Monitoralarmede, schreiende Pat. • Fehlende Hilfsmittel zur Unterstützung rückschonenden Arbeiten • Hilfsmittel werden unter Zeitdruck nicht eingesetzt • Schwer fahrbare Betten, weite Entfernung zum Untersuchungsort • Unangenehme Gerüche • Unregelmässige Arbeitsschicht, Nachtschicht • Giftige Stoffe, Betreuung kontaminierter Patienten nach Giftexposition • Verbale und nonverbale Gewalt von Patienten
Soziale Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenkonflikte, unterschiedlicher Erwartungen einzelner Interaktionspartner (Pflege und Patient oder Pflege und Arzt, Pflorgeteam) • Ethische Konflikte wie z.B. Zwangsmassnahmen • „Kooperationszwänge“ und „Hierarchiestress“, da weitgehend dem ärztlichen Dienst unterstellt
Organisationale Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Relativ niedriger Sozialstatus gegenüber anderen Spitalmitarbeitern • Geringe Anerkennung • Wenig Entscheidungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten • Ungenügende Informationspolitik • Unfaire Lohnpolitik • Ständige organisationale Veränderungen

Tabelle 1: Stressoren in der Notfallpflege

Anhang 3 :Stressdimensionen

Dimension	Beschreibung der Stressdimension
Ort	Bei der Stressdimension „Ort“ geht es um die Frage, ob es sich um einen Stressor innerhalb oder ausserhalb des Individuums handelt (Hill Rice, 2005, p. 130), wobei eine Trennung zuweilen schwierig ist (Allenspach et. al., 2005, p.37). Auch externe Reize können zu innerer Not führen. Als externe Faktoren sind nebst Reizüberflutung auch Umweltfaktoren wie Zeitdruck, Lärm zu nennen. Stressoren, die von innen aus unserem eigenen Erleben und Denken kommen, sind sehr individuell und vielseitig. Gefühle wie Ärger, Wut, oder Sorgen können Stress auslösen (Allenspach et. al., 2005, p.37).
Vor-sehbarkeit	Die Dimension Vorsehbarkeit bezieht sich darauf, inwieweit ein Stressor zu erwarten ist und kann in „vorsehbar“ und „nicht vorsehbar“ eingeteilt werden (Hill Rice, 2005, p. 130-131). Hill Rice (2005, p. 132) zitiert die Studie von Paterson/Neufeld (1989) welche besagt, dass „wenn der Beginn der Stressoreinwirkung vorhergesehen werden kann, weniger verhaltensbezogene oder physiologische Anzeichen für Stress zu erkennen sind.“
Tönung	Eine weitere Dimension von Stressoren ist die positive oder negative Tönung bzw. der jeweils „vorherrschende oder dominante Stil(...)“ (Neufeld/Guralnik 1996, p.1408, zitiert in Hill Rice, 2005, p. 132). Dabei wirken sich die negativ getönten Ereignisse und Bedingungen eher abträglich auf die Gesundheit aus (Cohen et al., 1982; Rose 1980; Thoits, 1983; Zautra/Reich, 1983, zitiert in Hill Rice, 2005, p. 132).
Zeitlichkeit	Die Dimension der Zeitlichkeit bezieht sich darauf, inwieweit ein Stressor dauerhaft oder nur vorübergehend einwirkt und steht zudem mit der Intensität in Verbindung (Hill Rice, 2005, p. 132). Manche Stressoren treten nur in kritischen Situationen selbst auf (akute Stressoren), während andere Stressoren ständige Bedingungen der Arbeitswelt sind (chronische Stressoren) (St. Pierre et al. 2005, p.92).
Dauer und Häufigkeit	Die Dimension Dauer und Häufigkeit hängen mit der Dimension Zeitlichkeit zusammen. Unter Dauer ist die Zeitspanne zu verstehen, während der etwas bestehen bleibt, und Häufigkeit bezieht sich darauf(Hill Rice, 2005, p. 132-133), „wie oft sich eine Handlung oder ein Vorkommnis in einem bestimmten Zeitraum wiederholt“ (Neufeld/Guralnik 1996, p. 539, zitiert in Hill Rice, 2005, p. 132).
Intensität	Diese Dimension kann unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden: Erstens kann sie sich darauf beziehen, mit welcher Belastung oder Macht, Stärke oder Kraft das Ereignis auf die Betroffenen einwirkt, und zweitens auf die Einwirkungsdauer des Stressors (Lazarus/Folkman 1984, zitiert in Hill Rice, 2005, p. 135).

Tabelle 2: Klassifikation der Stressordimensionen

Anhang 4: Lernprozess

Lernprozess

Die Themenauswahl beanspruchte weit mehr Zeit, als ich mir vorstellte. Ich verirrte mich dabei mehrmals in Fragestellungen, deren Beantwortungsmöglichkeiten sich nicht in meinem Kompetenzbereich als dipl. Pflegefachfrau Höfa 1 befanden. Rückmeldungen meines beratenden Dozenten Frank Luck halfen mir in dieser Phase, doch noch ein spannendes Thema zu finden, welches den Vorgaben meiner Ausbildungsstätte gerecht werden konnte. Nach einem halben Jahr konnte ich mich auf das Thema „Stress und deren Stressfaktoren“ in der Notfallpflegearbeit festlegen. Ich fand im Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G zum Thema Stress eine Fülle deutscher Literatur, die ich durch Bücher und Skripte aus meinem persönlichen Umfeld ergänzen konnte. Als schwierig erwies sich die Recherche im Bereich „Stress und Stressfaktoren in der Notfallpflege“. Über Schlagwortsuche im Internet stiess ich auf Bücher, die sich mit dem Umgang mit Stress des Notfallarztes und des Rettungssanitäters befassten. Da diese Berufe teilweise ähnliche Anforderungen aufweisen, fand ich darin geeignete Informationen, die auch die Notfallpflegenden in der Auseinandersetzung mit Stress betreffen. Des Weiteren fand ich in Inhaltsverzeichnissen von Büchern Hinweise auf interessante Beiträge, die aber oft in Englisch verfasst waren. Bessere Englischkenntnisse hätten mir sicherlich zu mehr Wissen zum Thema Stress aus der Pflegewissenschaft verholfen.

Mittels Mindmapping erstellte ich die Disposition und Dank der Unterstützung von Frank Luck und meiner begleitenden Pflegeexpertin meines Arbeitsortes, Beate Ilg, fand ich zum Themenschwerpunkt „Stressfaktoren in der Notfallpflege“. Durch weitere Internetrecherchen entdeckte ich den Begriff der Resilienz, der mich so faszinierte, dass ich meine Arbeit zum Thema „Stress und Resilienz in der Notfallpflege“ ausweitete. Die Disposition, das schon zu Beginn der Arbeit erstellte Inhaltsverzeichnis und die Ermahnungen von Beate Ilg, beim Thema zu bleiben, halfen mir den roten Faden beim Schreiben nicht zu verlieren. Als grosse Herausforderung erlebte ich die Wiedergabe des komplexen Themas Stress in eigene einfach verständliche Worte. Meinen Zeitplan musste ich um zwei Monaten ausdehnen, da ich den Abschluss meiner Arbeit nicht vor den Schulferien schaffte und dieser Priorität schenkte. Von Nutzen war dieser Plan, um von meinen Schwerpunktthemen nicht zu weit abzuschweifen. Als echte Stressprävention erachtete ich den Tipp von Frank Luck, das Literaturverzeichnis von Anfang an zu führen, denn dadurch musste ich nachträglich fast keine Literatúrauszüge aus den Texten suchen. Etwas Überwindung brauchte Frank Lucks Anleitung, das Manuskript sogleich auf dem PC zu verfassen, war ich mich bisher doch gewohnt, Notizen und Zusammenfassungen zuerst auf Papier zu bringen. Ich fand mich jedoch schnell

mit dieser Arbeitsweise zurecht und kann aus diesen Erfahrungen einen wertvollen Gewinn für allfällige weitere Arbeiten schöpfen.

Durch das Verfassen meiner Arbeit lernte ich auch die Anwendung der Textverarbeitung besser kennen. Durch die Unterstützung meines Ehemannes fanden sich zum Glück immer wieder Wege das Programm Word zu überlisten, falls es mir wieder einmal einen Streich spielen wollte.

Durch die Vertiefung der Themen bin ich aber noch auf weitere interessante Fragen gestossen:

- Wie können wir Notfallpflegenden den Patienten auf der Notfallstation unterstützen, damit dieser seinen Stressoren besser entgegenwirken kann?
- Wie ist der aktuelle Stand der pflegewissenschaftlichen Forschung in Bezug der Rolle der Resilienz in der Pflege?

Zusammenfassend kann ich sagen, dass mich das Thema „Stress und Resilienz in der Notfallpflege“ sehr fasziniert und mich dazu motiviert hat, eine hoffentlich spannend zu lesende Abschlussarbeit zu verfassen. Auch die Irrwege bei der Themenwahl waren für mich im Rückblick sehr aufschlussreich in der Hinsicht auf meine Interessen in der Pflegearbeit und meine künftigen Rolle als „Höfa 1“. Da während des Verfassens meiner Arbeit das Anliegen nach Reflexion der Pflegepraxis auch von Seiten meiner Notfallpflegekollegen immer häufiger geäußert wurde, legte unsere Stationsleitung eine erste Beratung auf Ende Jahr fest. Somit geht für mich ein seit Jahren angestrebter Wunsch in Erfüllung.

Anhang 5: Dank

Ich danke herzlich

Frank Luck, Dozent am WE'G, für die wertvollen Tipps und auch persönlichen Anregungen auf meinen weitem beruflichen Weg,

Beate Ilg, Pflegeexpertin an meinem Arbeitsort, für die Begleitung während meiner Ausbildungszeit, das grosse Interesse an meiner Abschlussarbeit, deren Korrektur und konstruktiven Kritik,

Jürg Luthiger, meinem Ehemann, für die aufschlussreichen Diskussionen, das Gegenlesen der Arbeit und sein Know how, welches mich im Umgang mit dem Textverarbeitungssystem unterstützte und meiner Arbeit den letzten „Schliff“ ermöglichte,

Lisbeth Stocker, meiner Mutter, die mich durch ihr Wirken in unseren Gartenbeeten tatkräftig entlastete,

David und Jonas Luthiger, meinen Söhnen, die sich manchmal in Geduld üben mussten, bis ihre Mutter aus der Arbeit geistig wieder auftauchte und für ihre Anliegen ein offenes Ohr fand.

Konzept zur Pflegeberatung

Interessierte, welche an dieser Stelle das „Konzept zur Pflegeberatung“ vermissen, wenden sich bitte persönlich an mich (daniela.luthiger@gmail.com).