

Belastungsfaktoren in der Pflege von demenzkranken Menschen

Systematische Literaturübersicht

Bachelorarbeit

von

Chantal Inniger
Bachelor 2008-2011

Erstgutachter: Ewald Schorro

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor in Pflege

10. Oktober 2011

Abstract

Die Pflege demenzkranker Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen stellt hohe Anforderungen an das Pflegepersonal und wird oft als schwierig und belastend empfunden. Die Pflegepersonen werden mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Störungen konfrontiert. Es besteht die Annahme, dass diese zu Belastungen führen können. Zudem ist die Langzeitpflege geprägt von engen Rahmenbedingungen und Problemen von Seiten der Institution. Auch persönliche Aspekte werden in die Arbeit hineingetragen. Bei bestehenden Belastungen kann es zu negativen Auswirkungen führen. Das Ziel dieser Arbeit liegt daher darin, mittels einer systematischen Literaturübersicht Belastungsfaktoren in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen herauszufinden, um daraus mögliche Interventionen abzuleiten. Es wurden elf Studien identifiziert, mit denen vier Hauptfaktoren von Belastungen herauskristallisiert werden konnten; institutionelle/organisatorische, bewohnerbezogene, individuelle/pflegepersonen-bezogene und weitere Faktoren. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz dieser Thematik und dass gegen Belastungen interveniert werden muss. Für die Zukunft braucht es weitere Forschungsarbeiten, welche konkret Belastungsfaktoren und Interventionen gegen Belastungen untersuchen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1. Problembeschreibung	5
1.2. Fragestellung	10
1.3. Ziele und Absichten.....	10
2. Theoretischer Rahmen	11
2.1. Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept.....	11
2.2. Prävention	14
3. Methodisches Vorgehen.....	17
3.1. Design.....	17
3.2. Ablauf Literaturrecherche	17
3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien	18
3.2.2. Ein- bzw. Ausschlusskriterien.....	18
3.2.3. Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien.....	19
3.3. Analyse	20
3.3.1. Kritische Beurteilung der Studien	20
3.3.2. Datenauswertung	21
3.4. Ethische Überlegungen	21
4. Ergebnisse	22
4.1. Organisatorische/institutionelle Faktoren	22
4.2. Bewohner-bezogenen Faktoren	24
4.3. Individuelle/pflegepersonen-bezogene Faktoren.....	25
4.4. Weitere Faktoren.....	26
5. Diskussion.....	28
5.1. Organisatorische/institutionelle Faktoren	28
5.2. Bewohner-bezogene Faktoren	32
5.3. Individuelle/pflegepersonen-bezogene Faktoren.....	35
5.4. Weitere Faktoren.....	36
5.5. Kritische Würdigung der Arbeit.....	37
6. Schlussfolgerung.....	39
6.1. Beantwortung der Fragestellung	39

6.2. Empfehlungen für die Implementierung in die Pflegepraxis	40
6.3. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten.....	41
7. Lernprozess	43
7.1. Lernprozess zur Thematik.....	43
7.2. Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen	43
8. Danksagung	45
9. Literaturverzeichnis.....	46
Anhang A: Suchprotokoll.....	51
Anhang B: Überblick der ausgewählten Literatur	57
Anhang C: Beurteilungsraster für qualitative Studien (Behrens & Langer, 2004)	59
Anhang D: Beurteilungsraster für quantitative Studien (LoBiondo & Haber, 2005)	60
Anhang E: Beurteilungsraster für Studien mit der „Mixed Methods“ (Long, 2005)	63
Anhang F: Zusammenfassung und kritische Beurteilung der Studien	66
Anhang G: Selbständigkeitserklärung	88

1. Einleitung

Zum Thema Belastung bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen wird eine systematische Literaturübersicht durchgeführt. Dazu wird in diesem Kapitel als Erstes die Problematik dargestellt, woraus folglich die zu untersuchende Fragestellung entsteht. Weiter werden Ziele und Absichten formuliert.

1.1. Problembeschreibung

Seit Jahren steigt die Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung aufgrund der erhöhten Lebenserwartung und niedrigen Geburtenrate stetig an. Auch in den nächsten kommenden Jahren wird eine drastische Erhöhung der über 65-jährigen Menschen erwartet (Bundesamt für Statistik, 2010). Folgen der demografischen Alterung sind die Erhöhung der Pflegebedürftigkeit und der Krankheitsraten (Höpflinger & Hugentobler, 2003), sowie die drastische Zunahme demenzkranker Menschen (Prince & Jackson, 2009). Denn mit zunehmendem Alter (ab 65 Jahren) steigt das Risiko, an einer der Demenzformen zu erkranken (Höpflinger et al., 2003).

Laut der schweizerischen Alzheimervereinigung (2009) lebten im Jahre 2008 rund 100'000 Menschen mit Demenz in der Schweiz. Weltweit beträgt diese Zahl über 20 Millionen. Angesichts der demografischen Alterung wird innert 20 Jahren eine Verdoppelung erwartet. Diese Zahlen deuten auf enorme Auswirkungen in der Gesellschaft und Pflege hin (Prince et al., 2009).

Nach Angaben der schweizerischen Alzheimervereinigung (2009) leben rund 40% der demenzkranken Menschen in Pflegeinstitutionen und etwa $\frac{3}{4}$ aller Heimbewohner leiden an einer Demenz (Prince et al., 2009). Nach Prince et al. (2009) brauchen 30% mit leichter und 69% mit mittelschwerer Demenz professionelle Pflege. 88% mit schwerer Demenz haben einen hohen Pflegebedarf.

Menschen mit Demenz erleiden im Verlaufe der Krankheit verschiedene Beeinträchtigungen und Störungen in den kognitiven Fähigkeiten, im Verhalten, in der Wahrnehmung, in der Affektivität und in der Persönlichkeit, welche von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausfallen (Deufert, Kendlbacher & Fritz,

2009). Zwischen 30 und 90% aller demenzkranken Heimbewohner weisen Verhaltensstörungen auf; Apathie, Agitation, Aggression, Weglauftendenz, Eindringen in fremde Räume, auffälliges sexuelles Verhalten, wiederholendes Fragen, Schreien, ect. (Johansson, Sandman & Karlsson, 2004; Kasten, Utecht & Waselewski, 2004; Kunz, 2010; Wingefeld, Seidl & Ammann, 2011). Auch Wahn, Halluzinationen, Angst, Schlafstörungen, Orientierungsstörungen, gestörtes Essverhalten, Fehleinschätzung gefährlicher Situationen, Hemmungslosigkeit, depressive Symptomatik ect. treten auf und die verbale Kommunikation wird zunehmend schwieriger bis kaum mehr möglich. Zudem werden viele Demenzkranke inkontinent und die Sturzgefahr nimmt aufgrund Orientierungsstörungen, Gangunsicherheit, Fehleinschätzungen ect. zu (Kunz, 2010; Deufert et al., 2009).

Die Pflege (inkl. Versorgung, Betreuung und Beschäftigung) demenzkranker Menschen erfordert viel; Pflegepersonen werden täglich mit den oben beschriebenen Beeinträchtigungen und Störungen dieser Menschen konfrontiert und müssen damit umgehen können. Durch die oftmals intensivere Beaufsichtigung und Betreuung besteht ein grösserer Arbeitsaufwand. Es braucht viel Toleranz, Empathie und zusätzliche Kenntnisse und Fähigkeiten (Hölzer, 2003; Prey, Schmid, Storni & Mühleisen, 2004; Langfeldt-Nagel, 2008).

In der Literatur wird viel über Belastungen und Stresserleben in der Pflege berichtet. Denn der Pflegeberuf, insbesondere auch die Langzeitpflege, stellt hohe Anforderungen mit sich. Viele Pflegepersonen in Langzeitinstitutionen fühlen sich durch die Arbeit psychisch belastet, beansprucht und gestresst (Hölzer, 2003; Prey et al., 2004; Langfeldt-Nagel, 2008).

Die Belastung wird definiert als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (Bamberg, Busch & Ducki, 2003; Kernen, 2005; Van Dick, 1999; Zimmer, Albrecht, Weyerer; Cohen-Mansfield, 1999). Die Beanspruchung ist hingegen „die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand“ (Bamberg et al., 2003; Kernen, 2005; Van Dick, 1999; Zimmer et al., 1999). Stress wird verstanden als „die unspezifische psychische und physische Reaktion des

Körpers auf eine Anforderung/Belastung. Die Reize, die diese Anforderungen/Belastungen ausmachen, werden als Stressoren bezeichnet“ (Bamberg et al., 2003; Litzcke & Schuh, 2007; Zimmer, 1999).

Trotz der klaren Definitionen werden diese Begriffe in der Literatur unterschiedlich angewendet; einige Autoren, wie z.B. Eppel (2007) gebrauchen sie synonym und halten sie nicht auseinander. Andere setzen die Belastung den Stressoren gleich, welche zu Stress führen können (Kaluza, 2004; Kernen, 2005; Van Dick, 1999; Zimmer et al., 1999). Der Begriff Beanspruchung wird oft mit Stress synonym verwendet (Van Dick, 1999; Zimmer et al., 1999). Da die Belastung gleich Stressoren, Beanspruchung gleich Stress und die Folge von Belastung in der Literatur am häufigsten anzutreffen ist, wird die Autorin die Begriffe ebenfalls so handhaben; d.h. sie geht davon aus, dass die Belastung als Stressor zu Stress (Beanspruchung) führen kann. Trotz des unterschiedlichen Gebrauchs der Begriffe in der integrierten Literatur wird der Fokus im Weiteren auf der Belastung liegen, wobei der Begriff Stress eher ausgeklammert wird. So kann ein mögliches Durcheinander vermieden werden.

In der Literatur wird oft über die Verhaltensauffälligkeiten der demenzkranken Menschen in verschiedenen Settings diskutiert; hauptsächlich im Bereich der pflegenden Angehörigen. Zunehmend stellt es auch bei Pflegenden in Langzeitinstitutionen ein wichtiges Thema dar, wobei dies in Verbindung mit Belastung und Stress gebracht wird (Johansson et al., 2004; Deufert et al., 2009). Dieselben Autoren fanden heraus, dass solche Symptome die Pflege und Beziehung zwischen Heimbewohner (HB) und Pflegepersonen beeinträchtigen. Mit dieser wissenschaftlichen Erkenntnis deuten sie darauf hin, dass Verhaltensstörungen einen Einfluss auf das Belastungsempfinden haben können. Das so genannte störende Verhalten führe demzufolge zu Ruhelosigkeit, verminderter Arbeitszufriedenheit und Motivation, Stress, zur emotionalen Erschöpfung oder gar zu Burnout.

Nebst diesem erschwerten Umgang mit demenzkranken Menschen ist die Pflege oftmals zusätzlich geprägt von engen Rahmenbedingungen, wie Zeitdruck, Stellenabbau mit folgendem Personalmangel und Mangel an qualifiziertem Personal. Zudem müssen Pflegepersonen häufig Überstunden leisten und hohes Arbeitspensum erdulden. Darüber hinaus bestehen teilweise

weitere Problemfelder in der Pflege: zu wenige Mitbestimmungsmöglichkeiten, fehlende Unterstützung durch Arbeitgeber, Mitarbeiter oder Gesellschaft, fehlende Weiterbildungs-, Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten, schlechter Führungsstil, Schwierigkeiten und Konflikte im Team und schwieriger Umgang mit den Angehörigen demenzkranker Heimbewohner. Solche Bedingungen senkt die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter, was wiederum zu Stresserleben, emotionale Beanspruchung und Erschöpfung führen kann (Berger, 1999; Hofmann & Michaelis, 1999; Kruse, 1999; Prey et al., 2004; Höpflinger et al., 2005; Langfeldt-Nagel, 2006). Auch das Fehlen von Rahmenbedingungen (Personal, Struktur, Ausbildung...), angepasst an die Demenzpflege, erschwert die Pflege zusätzlich (Hölzer, 2003).

Nebst bewohnerbezogene und institutionelle Bedingungen werden Pflegepersonen in der Pflege durch persönliche Aspekte beeinflusst, wie durch das Alter, Arbeitspensum, die Qualifikation/Ausbildung, Erwartungen, berufliche Erfahrungen und private/familiäre Aspekte (Hofmann et al., 1999; Kruse, 1999; Prey et al., 2004). Die gleichen Autoren setzten diese Aspekte in Verbindung mit Belastung und Stresserleben bei Pflegepersonen in Langzeitinstitutionen.

Durch die oftmals miteinander korrelierenden, schwierigen Faktoren in der pflegerischen Arbeit (Pflege und Umgang demenzkranker HB, enge Rahmenbedingungen, persönliche Aspekte...) liegt es nahe, dass dadurch negative Belastungen auftreten können. Diese sollten nicht einfach so hingenommen werden. Vor allem lang anhaltende und dauernde Belastungen führen nicht selten zu negativen Auswirkungen; auf die HB, Pflegenden selbst und auf die Institution ausgerichtet (Gugler, 2005; Hölzer, 2003; Langfeldt-Nagel, 2006):

Hohe und dauernde Belastungen beeinflussen häufig die psychomentele Gesundheit der Pflegepersonen negativ. Das heisst es kann zu Beanspruchungsreaktionen führen, wie Schlafstörungen, häufige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Mattigkeit, Niedergeschlagenheit, innere Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit, Grübeleien, emotionale Erschöpfung, Stressgefühle bis hin zum chronischen Stress, Gefühl des Nichterbringens der geforderten Leistungen usw. (Hofmann & Michaelis, 1999). Gugler (2005) und Langfeldt-Nagel (2006) nennen als mögliche Folge auch das Burnout, wobei Pflegepersonen diesbezüglich allgemein schon eine Risikogruppe darstellen.

Durch Belastungsfaktoren und Stressreaktionen kann die Arbeitsmotivation und -zufriedenheit sinken (Zimber, 1999; Hölzer, 2003; Langfeldt-Nagel, 2006), wobei oftmals der Wunsch auftritt, die Arbeitsstelle oder gar den Beruf zu wechseln (Langfeldt-Nagel, 2006; Prey et al., 2004). Höpflinger und Hugentobler (2005) begründen ebenfalls häufigen Personalwechsel durch hohe Belastungen, was für die Institution hohe Kosten bedeutet.

Mögliche Auswirkungen durch Bewohnereigenschaften der demenzkranken Menschen, wie beispielsweise die Verhaltensstörungen, und negative institutionelle Aspekte, wie schlechte Arbeitsbedingungen, können zu einer verminderten Pflegequalität und Vermeidung und Abneigung der Bewohner durch das Personal führen, wobei sie nicht adäquat behandelt und gepflegt werden; sie erhalten nicht die notwendige Pflege, Unterstützung und Betreuung, werden eingeschüchtert, stigmatisiert, deren Gefühle werden ignoriert und nicht wertgeschätzt, sie werden beschimpft, lächerlich gemacht und als Objekte behandelt (Hölzer, 2003; Schindler, 2003). Im schlimmsten Fall kann es durch Pflegepersonen zu Misshandlungen und Gewalt an den HB führen. Auch die Anwendung von Sedativa und freiheitseinschränkenden Massnahmen sind häufiger (Gugler, 2005; Deufert, 2009).

Demenzkranken Menschen sind in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt. Doch die Gefühle und Stimmung ihrer Mitmenschen können sie sehr genau wahrnehmen. Wenn sich Pflegende überfordert, belastet oder gestresst fühlen, überträgt sich das negativ auf die demenzkranken HB; durch die eingeschränkte Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeit beziehen sie das Verhalten der Pflegenden auf sich und empfinden es als Bedrohung und Belastung. Sie werden unsicher, ängstlich, geraten aus der Fassung (z.B. weinen), sind überfordert, verwirrt, agitiert etc. Dies und der unangepasste Umgang mit den demenzkranken Menschen kann zu verbalen und tätlichen Aggressionen oder anderem störenden Verhalten führen (Schindler, 2003; Langfeldt-Nagel, 2006), was sich laut Gugler (2005) für Pflegende wiederum als stark belastend auswirkt.

Es wurde ersichtlich, dass die Pflege von demenzkranken Menschen oft durch belastende Aspekte geprägt ist. Mit häufig korrelierenden Bedingungen, welche oben beschrieben sind, wird die Pflege, Betreuung und Beschäftigung dieser

Menschen zusätzlich erschwert. Negative Belastungen in der Pflege von demenzkranken Menschen werden in vielen Institutionen angetroffen. Selbst die Autorin konnte dies in der Praxis beobachten. Um die Auswirkungen und Folgen von Belastungen in der Demenzpflege zu dämpfen, ist es eine Notwendigkeit, sich in der Forschung mit diesem Thema auseinander zu setzen. Ein erster wichtiger Schritt dabei ist, herauszufinden, welche konkreten Faktoren wirklich Belastungen fördern. Nur so können folglich Unterstützungsmaßnahmen entwickelt werden.

1.2. Fragestellung

Aus der geschilderten Problematik ergibt sich folgende Fragestellung, welche mit Hilfe einer systematischen Literaturübersicht beantwortet werden soll:

„Welche Faktoren führen bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen zu Belastungen?“

1.3. Ziele und Absichten

Das primäre Ziel dieser Arbeit liegt in der Aufdeckung von konkreten Faktoren auf verschiedenen Ebenen, welche in der Demenzpflege bei Pflegepersonen in Langzeitinstitutionen zu Belastungen führen. Die Relevanz für die Pflegepraxis liegt darin, mit den aufgedeckten Faktoren gezielte Interventionen gegen die Belastung ableiten zu können, damit diese und deren Auswirkungen in der Pflege von demenzkranken Menschen gesenkt werden können.

2. Theoretischer Rahmen

Für ein besseres Verständnis der Belastung wird in diesem Kapitel das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept beschrieben. Einerseits soll es näher bringen, was Belastungen genau bedeuten und andererseits welche Auswirkungen diese mit sich bringen können. So kann dessen Bedeutung besser mit der oben dargestellten Problembeschreibung, Fragestellung und Zielsetzung in Verbindung gebracht werden. Durch das mögliche Entstehen von Auswirkungen durch Belastungen wird im zweiten Teil des Kapitels auf die Prävention eingegangen. Dies zeigt auf, inwiefern Interventionen gegen Belastungen abgeleitet werden könnten.

2.1. Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept

Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept stammt aus der Arbeitswissenschaft und wurde durch Rohmert in den 70-er Jahren entwickelt. Das Konzept beschreibt die Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge der arbeitenden Person (Bamberg et al., 2006; Mittelstaedt, 2004).

Im Konzept wird zwischen Belastung und Beanspruchung unterschieden, wobei unter psychischer Belastung „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse in der Arbeit, die von aussen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ verstanden wird (Bamberg, Keller, Wohlert & Zeh, 2006; Mense, 2007; Mittelstaedt, 2004). Mögliche Einflüsse aus der Arbeit sind organisatorische/institutionelle Rahmenbedingungen, Arbeitsbedingungen ect. (Mense, 2007).

Die psychische Beanspruchung bedeutet „die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand“ (Bamberg et al., 2006; Mense, 2007; Mittelstaedt, 2004). Somit bewirkt die psychische Belastung psychische Beanspruchung (Mittelstaedt, 2004; Zimmer et al., 1999).

Im Alltag wird die Belastung meist als negativ bewertet. Doch in diesem Konzept wird der Begriff als neutral beschrieben. Erst eine hohe Belastung (Überforderung) oder zu tiefe Belastung (Unterforderung), also wenn eine

Grenze überschritten ist, gilt sie als negativ und führt zu Beanspruchung, also zu negativen Auswirkungen (Bamberg et al., 2006; Mense, 2007; Mittelstaedt, 2004).

Inwiefern Belastungen bei Menschen zu Beanspruchungen führen, hängt zusätzlich von individuellen Eigenschaften und Voraussetzungen ab, wie die Definition nahe legt; beispielsweise Erfahrungen, Fähigkeiten, Einstellung, Alter ect. Somit reagiert jeder Mensch anders auf gleiche Belastungen (Bamberg et al., 2006; Mense, 2007; Mittelstaedt, 2004). Auch die Belastungsdauer und -höhe bestimmt das Ausmass der Belastungen (Bamberg et al., 2003).

Wenn Belastungen zu negativen Beanspruchungen führen, können negative Auswirkungen auftreten; mögliche kurzfristige Beanspruchungsreaktionen sind Stress, emotionale Erschöpfung und Ermüdung. Zu langfristige Reaktionen zählen beispielsweise psychosomatische Beschwerden, Burnout oder häufiges Fehlen am Arbeitsplatz (Mense, 2007; Mittelstaedt, 2004).

Die folgende Grafik stellt das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept bildlich dar:

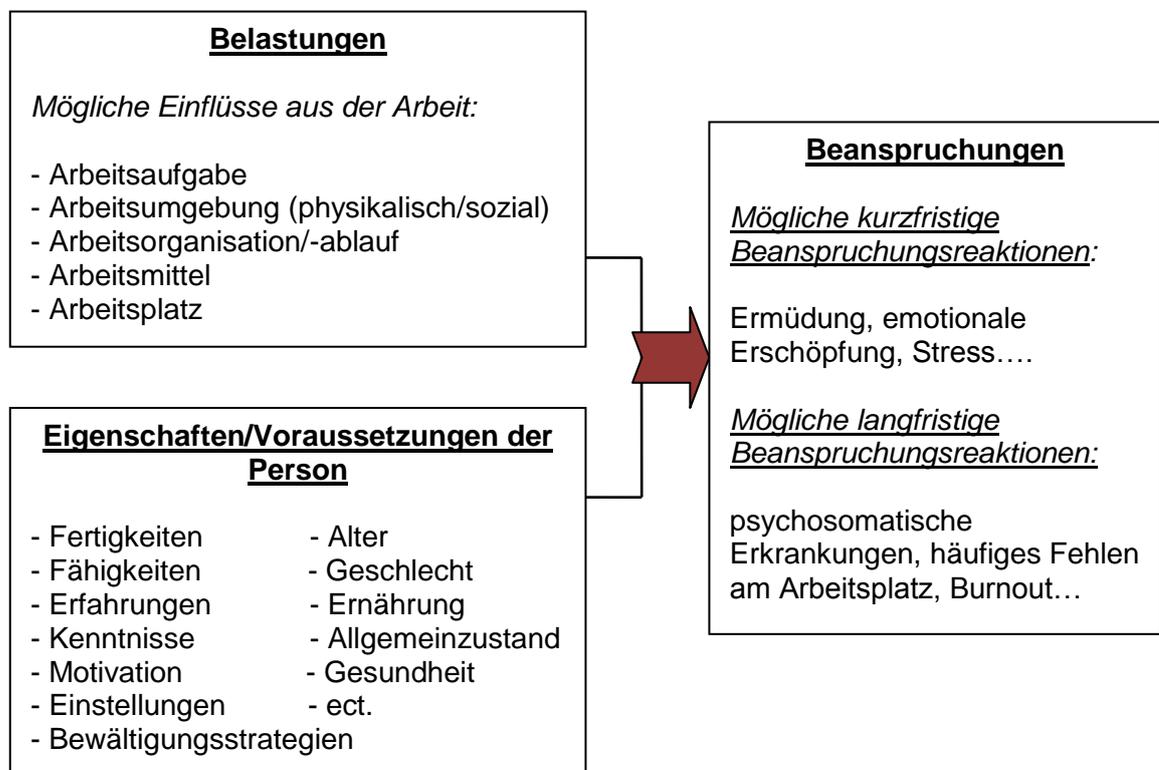


Abb. 1: Belastungs-Beanspruchungs-Konzept

In der Pflege demenzkranker Menschen in Langzeitinstitutionen gibt es viele mögliche Einflüsse, die auf die Pflegepersonen einwirken. Wie die Problembeschreibung aufzeigt, werden die Pflegepersonen mit den Beeinträchtigungen und Störungen, wie z.B. mit den Verhaltenssymptomen, dieser Menschen konfrontiert und die Anforderungen an sie sind hoch. Zudem ist die Pflege oftmals geprägt von schlechten Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck, Personalmangel, hohes Arbeitspensum, Konflikte im Team, mangelnde Bildungsmöglichkeiten, fehlende Ressourcen etc. Eigenschaften der pflegenden Personen fließen ebenfalls in die pflegerische Tätigkeit ein; so z.B. das Alter, Erfahrungen, familiäre Aspekte etc. Daher darf angenommen werden, dass einige dieser Aspekte möglicherweise als belastend wirken und zu Beanspruchungsreaktionen führen. Nur mit klaren wissenschaftlichen Untersuchungen, welche Belastungsfaktoren bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen identifizieren, kann diese Annahme gesichert werden. Dieses Ziel verfolgt die vorliegende Arbeit, das mittels systematischer Literaturübersicht erreicht werden soll.

Wie das Konzept beschreibt, können negative Belastungen zu Beanspruchungsreaktionen führen. In Bezug zur Thematik können dies laut Problembeschreibung sein: psychosomatische Beschwerden bei Pflegepersonen, unangepasstes Verhalten gegenüber HB, Vernachlässigung einer kompetenten Pflege mit verminderter Pflegequalität, Misshandlungen gegen HB, Stress, Burnout, häufiger Personalwechsel etc.

Mittels dem Belastungs-Beanspruchungs-Konzept vergrößert sich das Verständnis der Belastung mit deren Auswirkungen - den Beanspruchungsreaktionen -, welche die Wichtigkeit verdeutlicht, die Belastungsfaktoren bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen herauszufinden. Denn die Relevanz für die Pflegepraxis liegt in den Auswirkungen. Nur durch eine Identifikation belastungsfördernden Aspekten ist es möglich, gegen Belastungen adäquat zu intervenieren und dessen Folgen zu verhindern oder zu vermindern. Dabei spielt die Prävention eine zentrale Rolle. Wie dies zu verstehen ist, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.2. Prävention

Nach Gutzwiller und Paccaud (2007) geht es in der Prävention um die Interventionen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten und Unfällen mit deren Gesundheitsschäden. Die Prävention erfolgt einerseits auf der individuellen Ebene (bei der Person selbst) und andererseits auf der strukturellen Ebene (auf den gesellschaftlichen Bedingungen). Bei der Person selbst wird das Verhalten und bei der Gesellschaft das Verhältnis – die Umwelt – angestrebt. Beide Bereiche beeinflussen sich meistens gegenseitig. Daher soll die Prävention, wenn möglich, immer auf beiden Ebenen durchgeführt werden. Nur so ist das Erreichen einer effizienten Wirkung möglich.

Je nach Zeitpunkt des Intervenierens wird die Prävention unterschieden, was dessen Ziel besser verdeutlicht;

- Primäre Prävention: In der primären Prävention geht es um die Vorbeugung einer Krankheit. Es werden vor dem Eintreten einer Krankheit Massnahmen ergriffen, die versuchen, die Risikofaktoren zu eliminieren.
- Sekundäre Prävention: In der sekundären Prävention geht es um die Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit durch Früherkennung und –behandlung.
- Tertiäre Prävention: In der tertiären Prävention wird versucht Folgeschäden durch bestehende Krankheiten zu verhindern oder einzudämmen.

(Gutzwiller et al., 2007).

In Bezug zur geschilderten Problematik und der Fragestellung dieser Arbeit sollen, wie mehrfach erwähnt, Belastungsfaktoren herausgefunden werden, um deren Auswirkungen verhindern oder vermindern zu können, was die Relevanz für die Pflegepraxis nochmals darstellt. Wie auch schon beschrieben, wäre es nicht zu rechtfertigen, die Folgen einfach so hinzunehmen.

Mit den drei Ansatzpunkte der Prävention ist ersichtlich, in welchen Bereichen gegen Belastungen vorgegangen und wie damit umgegangen werden könnte. Konkret bedeutet das, dass die Möglichkeit des Intervenierens auf allen Ebenen besteht;

In der primären Prävention geht es darum, dass keine negativen Belastungen auftreten. Das heisst, es sollen Interventionen durchgeführt werden, welche das Entstehen von belastungsfördernden Faktoren verhindert. Wie in der Problematik dargestellt, sind das in der Pflege demenzkranker Menschen beispielsweise Interventionen gegen schlechte Arbeitsbedingungen, wie enge und fehlende Rahmenbedingungen (Zeitdruck, Personalmangel, häufige Überstunden...), gegen Verhaltensprobleme der HB und gegen weitere Problemfelder in der Pflege (fehlende Unterstützung, Konflikte im Team...). Das Ziel besteht hier in der Verhinderung des Auftretens von Belastungen bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen.

In der sekundären Prävention geht es hingegen um das Eingreifen bei bestehenden Belastungen, also wenn Pflegepersonen sich belastet fühlen. Einerseits kann dies erfolgen, indem bestehende Belastungsfaktoren eliminiert werden. Andererseits sollten Massnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, welche Pflegepersonen befähigen adäquat mit Belastungen umzugehen. Das Ziel hierbei liegt in der Verhinderung von Auswirkungen, den so genannten Beanspruchungsreaktionen; wie beispielsweise von psychosomatischen Beschwerden, unangepasstem Verhalten gegenüber HB, Misshandlungen, Burnout oder häufigem Personalwechsel.

In der tertiären Prävention liegt in Bezug zur Thematik das Ziel darin, bei bestehenden negativen Auswirkungen (wenn bereits Folgen von Belastungen bestehen) Interventionen zu ergreifen, welche das Fortschreiten eindämmen.

Wie ersichtlich ist, kann bei Belastungen in der Pflege in allen drei Ansatzpunkten eingegriffen werden. Wichtig ist, dass sowohl auf der individuellen Ebene (bei den Pflegepersonen selbst), also auf dem Verhalten, als auch auf der betrieblichen Ebene (bei der Langzeitinstitution), also auf dem Verhältnis interveniert wird. Nur so können optimale Wirkungen erzielt werden.

Der Hauptzweck dieser Arbeit liegt in der Entdeckung von Belastungsfaktoren, um angepasste Interventionen abzuleiten, welche negative Auswirkungen verhindern sollen. Daher lässt sich die Relevanz für die Pflegepraxis in erster Linie in Bezug zur Prävention auf dem primären und sekundären Ansatz begründen. Dies heisst nicht, dass die tertiäre Prävention keine Wichtigkeit hat.

Im Gegenteil, sie ist genau so wichtig und muss in der Praxis Berücksichtigung finden. Nur in dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der primären und sekundären Prävention, indem Interventionen abgeleitet werden, um negative Auswirkungen zu verhindern.

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der systematischen Literaturübersicht genau beschrieben.

3.1. Design

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, führt die Autorin eine systematische Literaturübersicht durch. Diese Methode gehört zur Sekundärliteratur, wobei bereits Literatur zu dieser Thematik besteht. So kann vorhandenes Wissen zusammengetragen, analysiert und neue Ergebnisse, Erkenntnisse und Vorschläge für die Praxis und für die Forschung daraus gezogen werden. Auch relevante Studien können zum Thema identifiziert, aber auch Forschungslücken entdeckt werden, was zu weiteren Untersuchungen animieren könnte. Wie im Folgenden beschrieben wird, werden die Studien nach klar geregelten Kriterien recherchiert, ausgewählt und beurteilt, was die Qualität und die Nachvollziehbarkeit sichert. Daher und durch den Ausbildungsstand der Autorin eignet sich diese Methode gut für die vorliegende Arbeit zur Beantwortung der Fragestellung.

3.2. Ablauf Literaturrecherche

Zu Beginn wurde im Internet und in Büchern in die Thematik eingeleitet, um einen Überblick zu erhalten. Zur Identifikation des Forschungsstandes wurde auch in den Datenbanken erstmals grob nach Studien gesucht. Daraus wurden eine Problembeschreibung und die zu untersuchende Fragestellung formuliert. Nach der Aufstellung der Fragestellung konnte eine zielgerichtete Literaturrecherche in den Datenbanken durchgeführt werden, welche vom November 2010 bis Ende Juni 2011 erfolgte. Zuerst wurde auf der Datenbank „Cochrane“ recherchiert, um mögliche Reviews zur Thematik zu identifizieren; es bestanden in diesem Zeitraum keine Reviews. Danach wurde mit konkreten Suchbegriffen und Ein- bzw. Ausschlusskriterien in den Datenbanken „PubMed“, „CINAHL“ und „PsycInfo“ gesucht.

3.2.1. Suchbegriffe und Suchkriterien

Die gewählten Suchbegriffe wurden in unterschiedliche Kombinationen gebracht und in jeder der oben genannten Datenbank in gleicher Kombination recherchiert, so dass eine systematische Durchsuchung sichergestellt ist. Zu Beginn der Recherche hat sich gezeigt, dass in der englischen Sprache zum Begriff „Belastung“ verschiedene englische Begriffe bestehen, die synonym verwendet werden. So entschied sich die Autorin für folgende Suchbegriffe in unterschiedlichen Kombinationen:

„factors“, „causal factors“, „load factors“, „work stressor“, „workload“, „burden“, „stress“, „distress“, „strain“, „increased load“, „alzheimer’s disease“, „dementia“, „dementia care“, „nursing staff“, „residential care“, „professional caregivers“ und „long-term care“.

Die konkrete Suchstrategie mit den Begriffen ist im Anhang A im Suchprotokoll anhand einer Tabelle ersichtlich.

Da sich zu Beginn der Suche bereits Einschränkungen von Ergebnissen und zum Teil sehr geringer Trefferzahlen zeigten, erfolgten nur minime Suchkriterien und -limiten; es wurde nur nach deutsch- und englischsprachigen Artikel gesucht mit den Jahrgängen 2000 bis 2011. Die Limiten wurden wegen tiefer Anzahl Treffer auf den Datenbanken nicht eingegeben. So konnte die Autorin sehen, wie viele Artikel mit älteren Jahrgängen zu diesem Thema bestehen. Auf PubMed wurde ohne „MeSH-Terms“ gearbeitet, da bei einigen Begriffen keine „MeSH-Terms“ bestanden. Zugleich konnte so in jeder Datenbank mit der gleichen Suchmethode vorgegangen werden, was das systematische Vorgehen stärkte.

3.2.2. Ein- bzw. Ausschlusskriterien

Während dem Lesen der Abstracts, der vertieften Bearbeitung der Studien und der kritischen Beurteilung wurden folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien berücksichtigt;

- Der Fokus dieser Arbeit liegt in den Langzeitinstitutionen. Daher wurden nur Studien einbezogen, in denen das Setting Langzeitinstitutionen sind; also nicht in der Spitex, im Spital, in der Psychiatrie oder zu Hause.

- Da es sich um professionelle Pflegepersonen handelt, wurden Studien ausgeschlossen, welche bei pflegenden Angehörige Belastungen erforschten.
- Die Belastung der Pflegenden muss auf die Pflege von demenzkranken Bewohnern bezogen sein. Daher kein Einbezug von Studien, die nur allgemein Belastungsfaktoren in Langzeitinstitutionen untersuchten.
- Bei der Qualifikation der Pflegepersonen gab es keine Kriterien. In der Pflege von demenzkranken Menschen sind verschiedene pflegerische Berufsgruppen tätig und es kann alle betreffen bzgl. Belastungen. Daher wurden alle Pflegepersonen berücksichtigt (dipl. Pflegepersonal, Pflegehilfen, -assistenten ect.).
- Im Design der Studien wurden ebenfalls keine Kriterien gesetzt. Denn für die Aufdeckung von Belastungsfaktoren sind sowohl objektive wie auch subjektive Aussagen und Ergebnisse relevant. Daher ging die Autorin davon aus, dass quantitative und qualitative Studien gefunden werden können.

3.2.3. Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien

Insgesamt wurden elf Studien identifiziert, welche für die systematische Literaturübersicht geeignet sind und somit einbezogen werden. Diese Studien entsprechen alle den oben dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien und überstanden die nachfolgende beschriebene kritische Beurteilung. Wenn Studien inhaltlich - dem Thema - und den Kriterien nicht entsprachen, wurden sie nicht weiter angeschaut oder kritisch beurteilt. Im Anhang B sind die einbezogenen Studien in Tabellenform und im Anhang F als Zusammenfassungen mit kritischer Beurteilung ersichtlich.

Studien bei denen auf den Datenbanken nur die Abstracts zugänglich und unsicher waren, ob sie inhaltlich für das vorliegende Thema geeignet sind, wurden nicht bestellt und somit ausgeschlossen.

Es gibt Studien, in denen bestehende Belastungsfaktoren zwischen unterschiedlichen Settings verglichen (z.B. zwischen spezialisierte und nicht-spezialisierte Einrichtungen) oder die Häufigkeit von bestehenden Belastungen erforscht wurden. Diese wurden nicht einbezogen, weil nicht ganz nachvollziehbar und beschrieben ist, welche Faktoren wirklich zu Belastungen führen.

Die Studie von Gruss, McCann, Edelman & Farran (2004) wurde auf keiner der Datenbanken mit den durchgeführten Suchstrategien gefunden. Die Autorin stiess privat zufällig auf diese Studie in Form einer anderen Arbeit.

3.3. Analyse

In diesem Unterkapitel geht es um die kritische Beurteilung der ausgewählten Studien, um die Beschreibung der Datenauswertung und um ethische Überlegungen.

3.3.1. Kritische Beurteilung der Studien

Um die Qualität der einzelnen Studien messen und sichern zu können, wurden sie je nach Design nach folgendem Beurteilungsbogen beurteilt;

- Qualitative Studien wurden nach Behrens & Langer (2004) bewertet. Der Beurteilungsbogen besteht aus 12 Kriterien, welches die Glaubwürdigkeit, die Aussagekraft und die Anwendbarkeit überprüft. Die Autorin arbeitete mit einem Punktesystem, wobei maximal 12 Punkte verteilt werden konnten (pro Kriterium max. 1 Punkt). Bei einem vollständig erfüllten Kriterium gab es 1 Punkt, wenn nur teilweise 0.5 Punkte und bei Nichterfüllen 0 Punkte. Die qualitativen Studien wurden einbezogen, wenn sie 65% der Punkte, also mindestens 8 Punkte erreicht haben.
- Quantitative Studien wurden nach den Richtlinien nach LoBiondo & Haber (2005) bewertet. Hierbei bestehen 14 Richtlinien. Nach dem gleichen Punktesystem wie bei der Beurteilung von qualitativen Studien, konnten max. 14 Punkte verteilt werden. Die Studien wurden einbezogen, wenn sie ebenfalls 65% der Punkte, also mindestens 9.5 Punkte erhalten haben.
- Studien mit der „mixed methods“ (quantitatives und qualitatives Design) wurden nach dem Evaluations Tool nach Long (2005) beurteilt. Dieses Raster beinhaltet 7 Hauptkriterien mit Unterkriterien. Nach dem gleichen Punktesystem wie oben, konnten max. 12 Punkte vergeben werden. Die Kriterien 1, 3, 4, 6 und 7 erhielten max. 1 Punkt. Das 2. Kriterium 4 und das 5. Kriterium 3 Punkte. Studien mit der „mixed methods“ wurden einbezogen, wenn sie 65%, also mindestens 8 Punkte erhalten haben.

Zum besseren Verständnis sind die Beurteilungsbögen in den Anhängen C, D und E anzutreffen.

Die erhaltenen Punktezahlen und die Beschreibung der Kritikpunkte aller einbezogenen Studien sind in den jeweiligen Zusammenfassungen im Anhang F integriert.

3.3.2. Datenauswertung

Nach der Identifikation aller einbezogenen Studien wurden diese anhand einer Tabelle zusammengefasst (siehe Anhang F). Die erfassten Ergebnisse jeder Studie wurden sorgfältig gelesen, codiert und in Kategorien gestellt. Dies ermöglicht eine übersichtliche Darstellung aller erfassbaren Belastungsfaktoren bei Pflegepersonen in der Pflege von Demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen.

Die folgenden identifizierten Hauptkategorien werden das Kapitel „Ergebnisse“ aufbauen: *Organisatorische/institutionelle Faktoren, bewohnerbezogene Faktoren, individuelle/pflegepersonen-bezogene Faktoren, und weitere Faktoren.*

3.4. Ethische Überlegungen

In den Zusammenfassungen aller einbezogenen Studien (siehe Anhang F) sind jeweils ethische Aspekte aufgeführt. In der Thematik geht es einerseits um demenzkranke Menschen, welche in ihrer Autonomie eingeschränkt sind. Dies muss mit Sorgfalt berücksichtigt werden. Andererseits ist es eine Wichtigkeit, dass die Durchführung von wissenschaftlichen Arbeiten nach ethischen Richtlinien erfolgt. Daher wird die Ethik in den kritischen Beurteilungen berücksichtigt.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel geht es um die Ergebnisse der elf ausgewählten und einbezogenen Studien. Dabei wurden vier Hauptkategorien identifiziert, welche bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen zu Belastungen führen;

Viele Studien zeigten auf, dass im Bereich der Organisation und Institution eine Menge belastende Faktoren bestehen. Diese beziehen sich auf die Arbeitsumgebung, Arbeitseigenschaften, Arbeitsklima, Team, Leitung, Art und Grösse der Einrichtung, Personalausstattung, Unterstützung und Bildungsmöglichkeiten.

Weiter liegen einige belastende Faktoren bei den demenzkranken Menschen, welche durch die Folgen der Krankheit heraus resultieren.

Auch individuelle belastungsfördernde Faktoren wurden identifiziert, die bei den Pflegepersonen selbst bestehen. Darunter sind demografische Eigenschaften, Ausbildung/Qualifikation, berufliche Erfahrungen, Arbeitspensum, Arbeitsdauer in der Langzeitpflege, Einstellungen, familiäre Aspekte und körperlicher und psychischer Allgemeinzustand zu verstehen.

Weiter konnten Faktoren durch die Angehörigen der demenzkranken Menschen und durch die Bevölkerung identifiziert werden, welche ebenfalls einen Einfluss auf die Belastung zeigen.

4.1. Organisatorische/institutionelle Faktoren

Aus den Ergebnissen von zehn Studien wurden belastungsfördernde Faktoren ersichtlich, welche aus dem organisatorischen und institutionellen Bereich heraus stammen. Wie oben ersichtlich ist, betrifft es verschiedene Aspekte;

Vor allem negative Arbeitsbedingungen und ständige Veränderungen in Institutionen führen zu Belastungen (Gruss et al., 2004; Kristiansen, Hellzén & Asplund, 2006). Laut Edberg, Bird, Richards, Woods, Keeley und Davis-Quarell (2008), Kristiansen et al. (2006), Morgan, Semchuk, Stewart und D'Arcy (2002) ist der Zeitmangel in der Pflege einer der meist belastungsfördernden Faktoren.

Zwei weitere Studien beschreiben, dass die Pflegenden das Gefühl verspüren, zu wenig Zeit zu haben, um die Arbeit erledigen zu können. Dies führt zu

verminderter Arbeitszufriedenheit, was demzufolge als belastend empfunden wird (Brodaty, Draper & Low, 2003; Edvardsson, Sandman, Nay & Larsson, 2008).

Weitere identifizierte Faktoren, welche zu Belastungen führen, sind: unzureichender Personalstand/Personalmangel (Gruss et al., 2004; Kristiansen et al., 2006; Morgan et al., 2002), keine oder nur wenige Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Pflegepersonen, v.a. für Pflegehilfen (Morgan et al., 2002), zu wenig Anerkennung und Unterstützung durch Führungskräfte oder Team (Edberg et al., 2008; Kristiansen et al., 2006; Testad, Mikkelsen, Ballard & Arslan, 2009), ungenügende Bildungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter, v.a. demenzspezifische Trainings (Edberg et al., 2008; Morgan, Steward, D'Acry, Forbes & Lawson, 2005), schlechtes Arbeitsklima und schwieriger Umgang im Team (Konflikte, mangelnder Austausch untereinander) (Duffy, Oyebode & Allen, 2009; Edvardsson et al., 2008; Gruss et al., 2004; Kristiansen et al., 2006), keine oder zu wenige Möglichkeiten, um im Team über schwierige Situationen und ethische Konflikte zu sprechen (Brodaty et al., 2003; Edvardsson et al., 2008), die Arbeit nicht unter Kontrolle haben können (Edvardsson et al., 2008; Testad et al., 2009), konfliktreiche, widersprüchliche und hohe Anforderungen (Edvardsson et al., 2008; Morgan et al., 2002), sich gehetzt und unter Druck fühlen und sehr schnell arbeiten müssen (Morgan et al., 2002).

In einer Studie gaben Pflegehilfskräfte als belastende Faktoren auch schwierige Aufgaben und eine niedrige Gehaltsentschädigung an (Gruss et al., 2004).

Zu wenig Fachwissen/Fähigkeiten bei den Mitarbeitern und abwertende Meinungen und Verhalten gegenüber Heimbewohner durch diese wird ebenfalls als belastend empfunden (Edberg et al., 2008).

Zudem zeigen die Ergebnisse der Studien auf, dass ein Mangel an Ressourcen, vor allem spezifische Ressourcen für die Pflege von demenzkranken Menschen, als belastend empfunden wird (Edberg et al., 2008; Kristiansen et al., 2006; Morgan et al., 2005).

Studien, in denen Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungsarten untersucht wurden, haben gezeigt, dass in Pflegeheimen mehr Belastungen bei

Pflegepersonen auftreten als bei kleinen spezialisierten Einrichtungen (Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser, Heck & Sloane, 2005). Wenn die demenzkranken Heimbewohner in allgemeinen Langzeitpfleginstitutionen integriert sind, ist es oft schwierig, dessen Bedürfnisse vollständig zu erfüllen, was durch Zeitmangel zusätzlich erschwert wird. Verschiedene Bedürfnisse unterschiedlicher Bewohner können zu Konflikte führen (zwischen den Bewohnern selber, zwischen Bewohner und Pflegeperson), was für die Pflegepersonen eine Belastung darstellt (Edberg et al., 2008; Kristiansen et al., 2006; Morgan et al., 2002).

4.2. Bewohner-bezogen Faktoren

Belastungsfaktoren finden sich auch bei den Eigenschaften demenzkranker HB.

In der Pflege von demenzkranken Menschen sind Pflegepersonen konfrontiert mit krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner. Einige Verhaltensstörungen werden als belastend empfunden (Brodaty et al., 2003; Cubit, Farrell, Robinson & Myhill, 2007; Duffy et al., 2009; Gruss et al., 2004; Kristiansen et al., 2006; Morgan et al., 2002; Morgan et al., 2005); zielloses Herumwandern, Ängstlichkeit, unberechenbares Verhalten, verbale Störungen (z.B. Schreien), kommunikative Barrieren, Aufdringlichkeit, wiederholende Tätigkeiten und Fragen, physische und verbale Aggression, Verweigerung, mangelnde Einsicht über Gefahren, Spielen mit verschmutzten Einlagen und Kot, zwanghaftes Verhalten, stures/widerständiges und unkooperatives Verhalten, Beleidigungen durch HB, Unzufriedenheit, forderndes Verhalten, Agitation, Wahn/Halluzinationen, Depressivität, manipulatives Verhalten und eigenes Verhalten nicht unter Kontrolle haben können (Brodaty et al., 2003; Cubit et al., 2007; Gruss et al., 2004; Kristiansen et al., 2006; Morgan et al., 2002; Morgan et al., 2005).

Die allgemeine Komplexität der Situation bei der Pflege von demenzkranken Menschen wird als belastend empfunden; die Interpretation der Bedürfnisse dieser Menschen ist schwierig und oftmals fehlen Informationen über dessen Lebensgeschichte. Keine Linderung geben können, gegen den Willen der Person agieren zu müssen, helfen die Würde zu behalten (z.B. bei sexuellem Verhalten, auskleiden...), Schutz geben vor anderen HB, Schutz beim

Realitätsverlust und das Vorhandensein und agieren bei unterschiedlich vorhandenen Bedürfnissen (demenzkranke HB, andere HB, Angehörige, Teammitglieder, System...) machen die Arbeit für Pflegepersonen belastend (Edberg et al., 2008).

Ergebnisse aus der Studie von Gruss et al. (2004) zeigen auf, dass nicht nur verhaltensbezogene oder aus der Krankheit heraus resultierende Faktoren bei Pflegepersonen zu Belastungen führen; Stürze/Unfälle der Heimbewohner, terminale Krankheiten und sterbende HB wirken ebenfalls belastend auf die pflegende Person.

4.3. Individuelle/pflegepersonen-bezogene Faktoren

Durch neun von elf Studien wurde ersichtlich, dass persönliche/individuelle Aspekte ebenfalls einen Einfluss auf das Erleben von Belastungen haben.

Ein häufig angetroffenes Ergebnis ist das Alter, welches als Faktor auch für die Entstehung von Belastungen verantwortlich ist (Duffy et al., 2009; Testad et al., 2009; Zimmerman et al., 2005); drei Studien kamen zu Ergebnis, dass junge Pflegepersonen eher Belastungen erfahren als ältere (Duffy et al., 2009; Edvardsson et al., 2008; Zimmerman et al., 2005). Doch eine Studie kam zu einem gegensätzlichen Resultat, also dass höheres Alter mit grösserer Belastung korreliert (Brodaty et al., 2003).

Auch die Ausbildung/Qualifikation beeinflusst das Entstehen von Belastungen; je tiefer die Qualifikation und die Bildung ist, desto eher erleben Pflegepersonen Belastungen (Edvardsson et al., 2008; Zimmerman et al., 2005). Einige Pflegepersonen glauben zu wenig Wissen und Fähigkeiten über die Krankheit Demenz und Behandlungen zu besitzen und zu wenig vorbereitet zu sein für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Dies führt ebenfalls zu Belastungen (Brodaty et al., 2003; Morgan et al., 2002; Morgan et al., 2005).

Wenn bei den pflegenden Personen eine eher positive Haltung gegenüber HB besteht, sind Belastungen häufiger anzutreffen (Brodaty et al., 2003). Pflegende mit einer grösseren personen-zentrierten Haltung sind in ihrer Arbeit zufriedener und hoffnungsvoller, doch fühlen sich diese eher belastet durch bewohner-bezogene Faktoren (Zimmerman et al., 2005).

Weitere individuelle Faktoren, welche die Belastung fördern, sind: männliche Pflegepersonen (Zimmerman et al., 2005), Arbeitsdauer in Langzeitinstitutionen unter zwei Jahren (Zimmerman et al., 2005), tiefe Selbstwirksamkeit (Duffy et al., 2009), Schichtarbeit (Testad et al., 2009) und Missvertrauen der Pflegenden in sich selbst, auf die Bewohner und auf die Institution mit folgender Unsicherheit (Kristiansen et al., 2006).

Die Müdigkeit, welche zu einem Verlust der Geduld führt, wird in Verbindung mit bewohner-bezogene Faktoren als belastend empfunden (Kristiansen et al., 2006).

Aus drei Studien geht hervor, dass auch das Arbeitspensum, also wie lange jeweils in Langzeitinstitutionen gearbeitet wird, eine Rolle spielt beim Auftreten von Belastungen; zwei davon fanden heraus, dass je länger Pflegepersonen dort arbeiten, desto tiefer fallen die Belastungen aus, als bei denen, die nicht lange im Beruf tätig sind (Morgan et al., 2005; Zimmerman et al., 2005). Doch Brodaty et al. (2003) zeigt mit seinem Ergebnis das Gegenteil auf; längere Erfahrungen und lange arbeiten in Pflegeheimen korreliert mit grösserer Belastung.

Als letzter belastungsfördernder Faktor sind familiäre Aspekte; bedrückende Situationen, Probleme zu Hause, unterschiedliche Rollen übernehmen und wechseln müssen und die Arbeit und Familie trennen, sind für Pflegepersonen oftmals belastend (Edberg et al., 2008).

4.4. Weitere Faktoren

Es wurden weitere Faktoren identifiziert, welche in den Ergebnissen der einbezogenen Studien nicht sehr ergiebig beschrieben sind. Daher werden sie in dieser Kategorie zusammengefasst;

Ergebnisse aus zwei Studien zeigen auf, dass auch Faktoren durch die Angehörigen der demenzkranken Menschen bei Pflegepersonen zu Belastungen führen; durch Wissensmangel verstehen die Angehörigen oftmals die schwierigen Situationen der Bewohner nicht und beschuldigen die Pflegepersonen (z.B. wenn die HB sagen, sie hätten nichts zu essen erhalten oder es wurde gestohlen...) (Edberg et al., 2008). Auch die mangelnde Einsicht

und Akzeptanz für die Probleme, die bei den demenzkranken Menschen auftreten, mit heraus resultierender Aggression ist für die Pflegepersonen belastend (Cubit et al., 2007).

Auch die Bevölkerung wurde als Einflussfaktor für Belastungen beschrieben; bestehendes Unwissen durch Aussenstehende und fehlende Anerkennung durch Freunde oder Pflegepersonen aus anderen Pflegebereichen wird als belastend empfunden. (Edberg et al., 2008).

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und in Verbindung mit der Problembeschreibung und dem theoretischen Rahmen gebracht, wobei mögliche Interventionen abgeleitet werden. Zudem wird am Schluss dieses Kapitels auf die Würdigung der Arbeit eingegangen.

Die Ergebnisse verdeutlichen die Schwierigkeit der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen für die Pflegepersonen, welche geprägt ist von verschiedenen belastungsauslösenden Faktoren, die in deren Arbeit einfließen. Die meisten Faktoren liegen bei der Organisation/Institution, den demenzkranken Heimbewohnern und bei den Pflegepersonen selbst. Nur wenige wurden bei den Angehörigen und der Bevölkerung gefunden.

5.1. Organisatorische/institutionelle Faktoren

Im Bereich der Organisation und Institution wurde eine Menge Belastungsfaktoren identifiziert. Dies verdeutlicht den grossen Einfluss solcher Faktoren auf das Erleben von Belastungen in der Pflege. Die meisten beruhen auf den negativen Arbeitsbedingungen.

Die Ergebnisse bestätigen viele der in der Problembeschreibung dargestellten Aspekte; in der Pflege finden sich oftmals enge Rahmenbedingungen, die die Arbeit erschweren. So führen vor allem Personal- und Zeitmangel zu Belastungen, welche zu Zeitdruck führen und das Gefühl mit sich bringen, nicht alle Aufgaben erledigen zu können. Auch mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten, ungenügende Bildungsmöglichkeiten, Konflikte im Team, schwieriger Umgang im Team, schlechte Führung, zu wenig Unterstützung und Anerkennung, zu wenige Möglichkeiten, um über schwierige Situationen und ethische Konflikte zu sprechen und das Fehlen von Ressourcen, angepasst an die Pflege von demenzkranken Menschen sind identifizierte Ergebnisse der Studien, die sich in der Problembeschreibung widerspiegeln.

Einige Faktoren können miteinander korrelieren; so müssen die Teammitglieder beispielsweise durch bestehenden Personalmangel mehr arbeiten, es führt zu Zeitdruck und die Mitarbeiter müssen Überstunden leisten. Dies führt zu verminderter Arbeitszufriedenheit und Motivation mit folgender Belastung.

Personalmangel kann auch durch geringe Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter mit häufigem Stellenwechsel begründet werden. Ein schlechtes Arbeitsklima, welches in den Studien ebenfalls als Belastungsfaktor identifiziert wurde, kann durch einen schlechten Führungsstil oder allgemein durch bestehende negative Arbeitsbedingungen erfolgen. Das Fehlen von Ressourcen könnte auf die Einrichtungsart zurückgeführt werden. Denn spezialisierte Einrichtungen besitzen meist demenzspezifische Ressourcen, welche in den allgemeinen Pflegeheimen, in denen demenzkranke Menschen integriert sind, oftmals nicht anzutreffen sind. Dasselbe kann auch für das Vorhandensein von Bildungsmöglichkeiten gelten. Durch mangelnde Bildungsmöglichkeiten entstehen möglicherweise die Gefühle, zu wenige Fähigkeiten und Fachwissen zu besitzen und vorbereitet für die Pflege von demenzkranken Menschen zu sein.

Diese Zusammenhänge verdeutlichen, dass nicht unbedingt nur ein Faktor zu Belastung führt. Sie können sich gegenseitig beeinflussen, wobei ein Faktor für das Auftreten eines anderen Faktors verantwortlich sein kann und erst dann als belastend empfunden wird. Zudem darf interpretiert werden, dass je mehr Faktoren miteinander korrelieren, desto höher sind die Belastungen.

Im Hinblick auf das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept verdeutlichen die Ergebnisse im Bereich der Organisation und Institution nochmals den großen Einfluss (v.a. die Arbeitsbedingungen) auf die Pflegepersonen und deren Belastung, welche zu bereits dargestellten Beanspruchungsreaktionen führen können. Dies hängt jedoch noch von individuellen Eigenschaften ab, welche später ebenfalls aufgeführt werden.

Interventionen im Bereich der Organisation und Institution gegen Belastungsfaktoren scheinen nicht ganz einfach zu sein. Denn die Veränderung von negativen Arbeitsbedingungen erfordert viel Verständnis und Akzeptanz durch die Führungspositionen. In Bezug zur Prävention bestehen einige Möglichkeiten, um gegen die identifizierten organisatorischen und institutionellen belastungsfördernden Faktoren zu intervenieren;

Primäre Prävention: Hierbei geht es darum, das Auftreten der identifizierten Belastungsfaktoren zu verhindern; also Interventionen gegen schlechte Arbeitsbedingungen.

Eine optimale Lösung läge einerseits im Bereitstellen von genügend Personal, damit Pflegepersonen eine vollumfängliche Pflege durchführen können. Mit genügend Mitarbeitern würde mehr Zeit bestehen, welche den Zeitdruck vermindert und den Pflegepersonen ermöglicht, nach den Bedürfnissen der demenzkranken Heimbewohner zu agieren. Nebst der Verhinderung von Belastungen würde dies auch die Arbeitszufriedenheit und die Motivation steigern und zu weniger Personalwechsel führen. Doch diese Massnahme scheint nicht sehr realistisch durch den Spardruck, der überall anzutreffen ist, welcher nicht erlaubt mehr Stellen zu besetzen. Daher müssen im Bereich Personal- und Zeitmangel andere Interventionen getroffen werden.

Eine Möglichkeit besteht im Einbezug von freiwilligen Helfern (arbeiten kostenlos), welche für die Beschäftigung der HB eingesetzt werden. Durch dessen Einsatz bestünde mehr Zeit für die pflegende Arbeit und die Pflegepersonen erhalten eine Entlastung. Die Autorin machte diesbezüglich bereits bewährte Erfahrungen. Eine weitere Hilfestellung könnte auch der vermehrte Einbezug der Angehörigen sein, so weit wie möglich, in dem sie beispielsweise in der Pflege mithelfen oder sie nachmittags ihre Angehörige beschäftigen. Eine gegenseitige Unterstützung während der Arbeit innerhalb des Teams und der Institution ist wichtig, damit die Pflege trotz Personal- und Zeitmangel bewältigt werden kann. Eine letzte mögliche Massnahme in diesem Bereich liegt in der Anpassung des Tagesablaufes. Das bedeutet, dass die Zeiten für pflegerische Tätigkeiten weniger streng vorgegeben werden sollten; sondern individuell an die momentane Situation angepasst. Beispiel: in vielen Institutionen ist meist vorgegeben, bis wann die Körperpflege am Morgen durchgeführt werden muss. Somit besteht hier eine Möglichkeit in einer Lockerung dieser Vorgabe.

Weiter sollte ein Betrieb genügend Bildungsmöglichkeiten für alle Pflegepersonen zur Verfügung stellen, insbesondere demenzspezifische Trainings. Dies besagt auch Brodaty et al. (2003), Gruss et al. (2004), Morgan et al. (2002), Morgan et al. (2005) und Zimmerman et al. (2005). So können sich auch tiefer ausgebildete Pflegepersonen Wissen und Fähigkeiten aneignen und sich darin üben. Für diplomiertes Personal stellen Weiterbildungsmöglichkeiten

ebenfalls eine wichtige Intervention dar. Sie können Wissen auffrischen, vertiefen und Neues dazulernen.

Mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten gelten als weiteren Belastungsfaktor. Daher soll ermöglicht werden, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter mitbestimmen dürfen, indem beispielsweise Ideen, Vorstellungen und Wünsche eingebracht werden. Dies betont auch die Studie von Morgan et al. (2002). Einerseits stärkt es das Vertrauen zu den Führungsmitgliedern und die Pflegepersonen erhalten andererseits das Gefühl, sich in der Arbeit und Institution einbringen zu können (Edberg et al., 2008).

Das Bereitstellen von Unterstützungsmöglichkeiten und Raum, um über schwierige Situationen und ethische Konflikte sprechen zu können, helfen Belastungen zu verhindern (Edvardsson et al., 2009; Zimmerman et al., 2005). Brodaty et al. (2003), Edberg et al. (2008) und Edvardsson et al. (2009) zeigen als Möglichkeit die Supervision an, welche durch eine aussenstehende, darin geschulte Person durchgeführt und geleitet wird. Mit dieser Unterstützung kann eine enge Beziehung mit den Heimbewohnern gehalten, die Pflegequalität verbessert und das Wohlbefinden der Pflegepersonen und HB gesteigert werden. Eine strukturierte Diskussion und Reflexion hilft, um erlebte Patientensituationen im Team untereinander austauschen zu können, sowie weitere Informationen über den HB zu erhalten. Für ethische Konflikte wäre die Anwendung des Entscheidungsfindungsmodells für die Demenzpflege unterstützend, welche eine Stütze für die Erfassung der Bedürfnisse der demenzkranken HB darstellt.

Rahmenbedingungen und Ressourcen, angepasst an die Pflege von demenzkranken Menschen, sollten in Langzeitpflegeinstitution Raum finden. Nebst der Verhinderung von Belastungen der Pflegepersonen hilft es auch, die Pflege dieser Menschen mit guter Pflegequalität zu optimieren. Gruss et al. (2004) benennt zudem die Anpassung der Pflege mit personen-zentrierter Haltung, damit die Pflege den Bewohnern ausgerichtet ist.

Sekundäre Prävention: Hierbei ist das Fortschreiten bestehender Belastungen zentral, indem identifizierte belastungsfördernde Faktoren im Bereich der

Organisation und Institution eliminiert und das Auftreten von Beanspruchungsreaktionen verhindert werden.

Ein wichtiger Aspekt ist das Bereitstellen von Unterstützungsmöglichkeiten und Raum für Austausch durch die Institution und Team, auf welche die Pflegepersonen zurückgreifen können, wenn sie sich belastet fühlen oder schwierige Situationen erleben. Dies wird ebenfalls durch bereits oben genannte Autoren empfohlen.

Konflikte im Team können immer wieder auftreten und sind nicht immer vermeidbar. Daher ist es umso wichtiger als Team gemeinsam nach Lösungen zu suchen, um Probleme zu eliminieren. Die Führungsposition (z.B. Stationsleitung) und die Teamatmosphäre können dabei eine wichtige Rolle spielen. Die Leitung sollte daher eine wichtige unterstützende Hilfe bieten. Wenn jedoch eine schlechte Führung besteht, kann diesbezüglich wenig Unterstützung erhofft werden, was das Intervenieren erschwert. Testad et al. (2009) beteuert die Verbesserung der Führung und des Managements als Wichtigkeit.

5.2. Bewohner-bezogene Faktoren

Die Ergebnisse einiger Studien zeigten auf, dass Eigenschaften der demenzkranken Menschen zu Belastungen führen. Ein grosses Thema hierbei sind die krankheitsbedingten Verhaltensstörungen, welche in diesem Bereich als die grössten Einflussfaktoren für Belastungen darstellen.

Wie bereits in der Problematik beschrieben, sind der Umgang und die Konfrontation mit den Beeinträchtigungen und Störungen der demenzkranken Menschen schwierig für die Pflegepersonen, welche die Beziehung zwischen ihnen erschweren. Viele wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass einige Verhaltenssymptome bei pflegenden Angehörigen zu Belastungen führen. Dadurch durfte angenommen werden, dass dies ebenfalls auf professionelle Pflegepersonen übertragbar ist. Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Annahme und zeigen einige belastende Verhaltensauffälligkeiten auf, welche auch als störendes Verhalten benannt wurde.

Zudem ergaben die Ergebnisse die Komplexität der Betreuung demenzkranker Menschen als weiteren Belastungsfaktor an. Dies kann so verstanden werden, dass die Pflege demenzkranker Menschen von den Pflegepersonen mehr erfordert, als nicht-demenzkranke, mit intensiverer Beaufsichtigung und Betreuung, welche mehr Wissen und Fähigkeiten verlangt. Die Pflege ist aufwändiger und nicht vergleichbar mit anderen HB. Durch die eingeschränkte Kommunikation und weiteren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen ist es für diese HB schwierig mitzuteilen, welche Bedürfnisse sie haben und was sie brauchen. Diese Interpretation erweist sich oftmals als schwierig, um demzufolge eine Linderung erzielen zu können. Für die pflegenden Personen wirkt sich das als Belastung aus. Das Fehlen von Informationen über die Bewohner mit deren Lebensgeschichte erschwert das Erkennen der Bedürfnisse zusätzlich.

Bei integrierten demenzkranker HB müssen die Pflegepersonen auf verschiedene Bedürfnisse aller HB eingehen können. Durch verschiedene Aspekte, wie Fehlen von institutionellen Ressourcen und Rahmenbedingungen (z.B. Zeit und Personal), kann dies erschwert sein. Demenzkranke Menschen können so nicht immer geschützt werden vor anderen Heimbewohner, dem Verlust der Würde (z.B. beim Entkleiden oder unangepasstes Verhalten) oder vor Stürze. Für Pflegepersonen führt dieses Problem zu Belastungen.

Auch hier lassen sich die Ergebnisse mit dem Belastungs-Beanspruchungs-Konzept in Verbindung bringen; die identifizierten Belastungsfaktoren, v.a. die Verhaltensstörungen, gelten als grossen Einflussfaktor in der Arbeit von Pflegepersonen, welche zu Beanspruchungsreaktionen führen können. Dies verdeutlicht nochmals die Wichtigkeit des Intervenierens, um Belastungen vorzubeugen und die Beanspruchungsreaktionen zu verhindern.

Primäre Prävention: Um der Pflege von demenzkranken Menschen gerecht zu werden, auch in nicht-spezialisierten Pflegeeinrichtungen, und das Auftreten von Belastungen der Pflegepersonen zu verhindern, braucht es adäquate institutionelle Ressourcen und verbesserte Rahmenbedingungen. So kann die Betreuung der Bewohner sichergestellt werden mit grösserer Aufsichtsmöglichkeit und besseren Schutz, was sich für die pflegenden Personen ebenfalls positiv auswirkt.

Um adäquater mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Störungen, v.a. den Verhaltensstörungen, umgehen zu können, braucht es demenzspezifische Bildungsprogramme und Trainings, in dem Fachwissen und Fähigkeiten im Umgang mit ihnen angeeignet werden können. So kann die Komplexität einer Situation und das Verhalten evtl. besser verstanden und akzeptiert werden und die Pflegenden erlernen, wie sie damit adäquat umzugehen haben und wie sie reagieren können. Diese Massnahmen werden ebenfalls durch einige Autoren der einbezogenen Studien beschrieben.

Es bestehen einige Konzepte, Modelle und geriatrische Assessments, welche in der Pflege von demenzkranken Menschen als Unterstützung einbezogen und angewendet werden können. Mögliche Pflegekonzepte, welche den Umgang mit solchen Menschen verbessert und das Verständnis des Verhaltens steigert, sind: Validation nach Naomi Feil, Biografiearbeit, Gineste-Marescotti, das 3-Welten-Konzept nach Dr. C. Held, Basale Stimulation, integrative versus segregative Wohnform oder der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen nach T. Kittwood. Zum Erfassen und Verständnis der Verhaltensstörungen sind mögliche Assessmentinstrumente hilfreich; Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI → zur Messung des agitierten Verhalten), Hamilton Depression Rating Scale (HAMD → zur Erfassung depressiver und antriebsarmen Verhalten), Behavioural Pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD → zur Erfassung jegliches Verhalten), Algase Wandering Scale (AWS → erfasst das „ziellose Herumwandern“), Nurses' Observation Scale for geriatric Patients (NOSGER → zur Erfassung des Verhalten von demenzkranken Menschen) oder das Resident Assessment instrument (RAI). Eine weitere Möglichkeit liegt im Gebrauch des „Modells der unbefriedigten Bedürfnisse (NDB)“. Dieses Modell ist ein Bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell, mit dem das Verhalten systematisch erfasst und erklärbar gemacht wird. Es unterstützt das Verstehen des herausfordernden Verhaltens.

Innerhalb des Teams können spezifische Fallbesprechungen durchgeführt werden, damit schwieriges Verhalten ausgetauscht und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden kann. Es wirkt zudem für Pflegepersonen als entlastend und das Belastungserleben wird gesenkt.

5.3. Individuelle/pflegepersonen-bezogene Faktoren

Nebst den organisatorischen/institutionellen und bewohnerbezogene Belastungsfaktoren konnten Faktoren identifiziert werden, welche durch die pflegende Person selbst entstehen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Erleben von Belastungen auch immer durch persönliche Aspekte beeinflusst wird, in Zusammenhang mit anderen belastungsfördernden Faktoren. Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept beschrieb ebenfalls, dass das Auftreten von Belastungen auch immer von individuellen Eigenschaften abhängt. Zudem verdeutlicht es, dass Belastungen nicht unbedingt nur durch einen einzelnen Faktor auftreten. Diese Theorie wird durch die Ergebnisse der einbezogenen Studien bestätigt.

In Bezug zu individuellen Eigenschaften scheinen gerade das Alter, der Ausbildungsstand, die Qualifikation und Dauer der Berufserfahrung einen grossen Einfluss zu haben. Im Bezug zum Alter gibt es unterschiedliche Ergebnisse; aus den Studien von Duffy et al. (2009), Edvardsson et al. (2008) und Zimmerman et al. (2005) kam heraus, dass jüngere Pflegepersonen eher Belastungen erfahren als ältere. Brodaty et al. (2003) zeigte in seiner Untersuchung ein gegensätzliches Ergebnis auf, also dass bei älteren pflegenden Mitarbeitern mehr Belastungen anzutreffen ist. Das junge Alter kann mit weniger Berufs- und Lebenserfahrung begründet werden. Denn mit zunehmender Arbeitsdauer und Alter steigen auch die Erfahrungen.

Jeder demenzkranke Mensch und der Umgang mit jedem ist anders und unterschiedlich. Daher kann auch immer Neues gelernt werden. Durch zunehmende Lebenserfahrungen lernt eine Person mit schwierigen Situationen umzugehen und darauf zu reagieren. Diese Begründung kann auch mit dem Ergebnis in Verbindung gesetzt werden, dass Pflegepersonen, welche eher lange im Betrieb arbeiten, weniger Belastungen erfahren. Auch hier kam Brodaty et al. (2003) zu einem gegensätzlichen Resultat, was nicht begründet ist. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass ältere Pflegepersonen über einen längeren Zeitraum mit den Schwierigkeiten von demenzkranken HB konfrontiert sind und mit der Zeit weniger ertragen.

Die Ausbildung und Qualifikationen kann mit Fachwissen, Fähigkeiten, Einstellungen gegenüber Heimbewohnern und Vertrauen auf sich und auf die HB in Verbindung gebracht werden. Pflegehilfen haben weniger Fachwissen als diplomiertes Pflegepersonal. Für sie ist das Verhalten von demenzkranken Menschen evtl. schwierig zu verstehen und haben den Umgang mit ihnen nie speziell gelernt. Wenn zusätzlich das spezifische Bildungsprogramm im Betrieb fehlt, kann dies auch nicht aufgeholt werden. Somit ist es nicht verwunderlich, dass bei tiefer ausgebildeten Pflegepersonen mehr Belastungen auftreten.

Familiäre Aspekte, physisches und psychisches Wohlbefinden, welche als weiteren Faktor identifiziert wurden, können nicht immer von der Arbeit getrennt werden. Bei bestehenden Schwierigkeiten und Unbehagen werden Situationen im Berufsalltag eher als belastend empfunden.

Interventionen bei individuellen Faktoren, sind nicht einfach und immer möglich; Alter, Ausbildungsstand, Qualifikation etc. können nicht verändert werden. Wenn jedoch Interventionen auf den anderen Bereichen von Belastungsfaktoren bestehen, kann teilweise auch eine positive Wirkung auf den individuellen Aspekten erzielt werden. Sobald Belastungsfaktoren auf anderen Ebenen wegfallen, bzw. vermindert wurden, und Massnahmen vorhanden sind für bestehende Belastungen, haben persönliche Eigenschaften einen kleineren Einfluss.

Die konkreten Interventionen auf der primären und sekundären Prävention sind hierbei somit diejenigen, die oben bereits aufgeführt wurden (beispielsweise Bereitstellen von Bildungsmöglichkeiten, Trainings, Ressourcen, bessere Rahmenbedingungen, die Möglichkeit von Austausch, Unterstützung durch Team und Führungskräften, Mitbestimmungsmöglichkeiten stärken ect.). Zudem ist es hilfreich, wenn das Team und die Institution offen ist, Raum gibt und Verständnis zeigt für Mitarbeiter, welche Probleme und Schwierigkeiten im privaten Bereich haben. Dies fördert das Vertrauen und Unterstützung kann geboten und angenommen werden.

5.4. Weitere Faktoren

Die Ergebnisse zeigen als weiteren Belastungsfaktor der Umgang mit den Angehörigen von demenzkranken Menschen auf. Durch die krankheits-

bedingten Beeinträchtigungen verändern sich die Menschen, verhalten sich anders als früher und sind nicht mehr so, wie sie gekannt wurden. Für Angehörige ist diese Veränderung und deren Verhalten oft schwierig zu verstehen und zu akzeptieren. Durch mangelnde Einsicht, Akzeptanz und Wissen reagieren Angehörige auf eine Art, welche der Umgang mit ihnen für Pflegepersonen schwierig macht und als belastend empfunden wird.

Um diesen Belastungsfaktor primär zu verhindern oder sekundär zu eliminieren, ist es wichtig, dass die Angehörigen auf Seiten von Pflegefachpersonen und Arzt informiert, begleitet und unterstützt werden. Abgabe von Broschüren, z.B. der Alzheimervereinigung, Adressen und Literaturreferenzen, können zum Erwerb von Wissen, Verständnis und Akzeptanz beitragen. Der aktive Einbezug der Angehörigen in die Pflege könnte zusätzlich unterstützend wirken.

Als letzter identifizierter Belastungsfaktor liegt bei aussen stehenden Menschen. Das genannte Unwissen und die fehlende Anerkennung führen dazu, dass Pflegepersonen, welche in der Pflege von demenzkranken Menschen tätig sind, nicht so unterstützt und anerkannt werden für ihre geleistete Arbeit, wie sie es erhoffen und bräuchten. Die fehlende gewünschte emotionale Unterstützung fehlt für die Verarbeitung erlebter Situationen in ihrer Arbeit. Sie erleben so auch keine Dankbarkeit und Absicherung, dass sie den richtigen Beruf ausüben.

Massnahmen auf der Ebene der Bevölkerung sind nicht einfach. Eine Möglichkeit besteht darin, dass die Krankheit und die Pflege mehr in der Öffentlichkeit thematisiert werden, z.B. in Form von Medien oder Mundpropaganda. Dies basiert auf der primären Prävention. So kann das Verständnis gestärkt werden, mit der Hoffnung mehr Verständnis und Unterstützung zu erhalten.

5.5. Kritische Würdigung der Arbeit

Die Fragestellung konnte beantwortet und die Ziele erreicht werden. Belastungsfaktoren wurden identifiziert und mögliche Interventionen abgeleitet.

In die systematische Literaturübersicht konnten nur elf Studien einbezogen werden, was eine geringe Anzahl ist. Zudem sind nicht alle konkret auf die Belastungsfaktoren fokussiert, sondern einige untersuchten allgemein

Belastungen in der Pflege von demenzkranken Menschen. Daher bedarf es weitere Forschungen, welche den Fokus darauf legen.

Die Autorin kann nicht mit Sicherheit bestätigen, dass alle möglichen Publikationen erfasst wurden. Da eine Studie, welche konkret Faktoren erforschte, nicht mit der durchgeführten Suchstrategie identifiziert werden konnte (die Autorin stiess zufällig auf diesen Artikel), besteht die Annahme, dass evtl. weitere nicht gefundene bestehen. Um diese Lücke zu decken, hätte eine neue Suche gestartet werden müssen mit anderen Suchbegriffen und Kombinationen. Diese hätte aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Die Muttersprache der Autorin ist Deutsch und es konnten nur englischsprachige Artikel einbezogen werden. Daher ist eine Garantie für fehlerfreie Übersetzungen und bester Qualität nicht möglich.

Die Qualitäten der Studien sind alle ausreichend bis gut eingestuft. In den einzelnen Studien bestehen mehr oder weniger negative Kritikpunkte. Durch die mehrmaligen Entdeckungen gleicher Ergebnisse bestätigen sich diese gegenseitig, was die Aussagekraft verstärkt und der Einbezug dieser Studien erlaubt. Zudem sichert es die Verallgemeinerungen der Ergebnisse. Nur bzgl. des Alters der Pflegepersonen (siehe Ergebnisse und Diskussion) bestand ein gegensätzliches Resultat gegenüber drei anderen Studien. Belastungsfaktoren durch Angehörige und die Bevölkerung wurden nur in wenigen Ergebnissen hervorgebracht. Diese Punkte verdeutlichen die Wichtigkeit von weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen.

Die Studien sind mehrheitlich im quantitativen Design, was eine grössere Qualität bietet. Die qualitativen und gemischten Studien bieten jedoch auch gute Ansätze, welche teilweise durch ähnliche Ergebnisse aus den quantitativen Artikeln gestärkt wurden.

6. Schlussfolgerung

Nachdem die Ergebnisse diskutiert wurden, erfolgt die Schlussfolgerung mit der Beantwortung der Fragestellung, den Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in der Pflegepraxis und dem Forschungsbedarf.

6.1. Beantwortung der Fragestellung

Die zu beantwortende Fragestellung lautete:

„Welche Faktoren führen bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen zu Belastungen?“

Mit Hilfe von elf Studien kann die Frage beantwortet werden. Es konnten vier Hauptfaktoren identifiziert werden, welche unter sich zum Teil viele belastungsfördernde Faktoren beinhalten; Faktoren durch die Organisation/ Institution, die demenzkranken HB, die Pflegeperson selbst und durch weitere Faktoren, wie Angehörige der Bewohner und Bevölkerung, führen bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen zu Belastungen.

In der Institution und Organisation sind es vor allem negative Arbeitsbedingungen, aber auch ungenügende Bildungsmöglichkeiten, zu wenig Unterstützung usw., welche zu Belastungen führen. Pflegeheime, also nicht-spezialisierte Einrichtungen, in denen demenzkranke Menschen integriert sind und vermehrt Konflikte auftreten durch unterschiedlich bestehende Bedürfnisse, gelten ebenfalls als Belastungsfaktor. Wenig Fachwissen, Fähigkeiten und schlechter Umgang mit den Bewohnern bei Teammitgliedern führen als weiteren Faktor zu Belastungen.

Bei den demenzkranken HB führen vor allem Verhaltensstörungen und weitere krankheitsbedingten Beeinträchtigungen bei Pflegepersonen zu Belastungen, wie z.B. Aggressionen, Agitation, zielloses Herumwandern, Wahn/ Halluzinationen etc. Auch komplexe Situationen der HB mit fehlenden Informationen über sie, schwierige Erfassung deren Bedürfnisse, mangelnde Möglichkeiten Leiden zu lindern, genügend Schutz zu bieten und Schwierigkeiten nach dem Willen und der Würde dieser Menschen zu agieren wurden als weitere Belastungsfaktoren identifiziert. Nicht demenzspezifische

Faktoren sind der Umgang und die Konfrontation mit terminalen Krankheiten, sterbende HB und Stürze/Unfälle der Bewohner.

Individuelle Aspekte, welche die Belastung zusätzlich fördern nebst anderen Faktoren, sind: junges Alter, tiefere Ausbildung/Qualifikation, wenig Berufserfahrung, wenig Fachwissen und Fähigkeiten, positive/personenzentrierte Haltung, Schichtarbeit, männliches Geschlecht, Missvertrauen in sich, auf HB und auf die Institution mit folgender Unsicherheit, vermindertes psychisches/ physisches Wohlbefinden (z.B. Müdigkeit), hohes Arbeitspensum, Schwierigkeiten im privaten/familiären Bereich, Rollenwechsel zwischen Arbeit und Familie und diese trennen müssen.

Belastungsauslösende Faktoren durch Angehörige basieren auf Wissensmangel, fehlender Einsicht und Akzeptanz mit daraus resultierendem Verhalten der Angehörigen (Aggression gegen HB oder Pflegepersonen und Beschuldigungen gegen Pflegepersonen).

Fehlende Anerkennung und Unterstützung durch Unwissen bei aussen stehenden Personen, wie Freunde und Pflegepersonen aus anderen Pflegebereichen sind die letzten identifizierten Faktoren, welche in der Pflege zu Belastungen führen.

6.2. Empfehlungen für die Implementierung in die Pflegepraxis

Mit der Arbeit konnten somit viele Faktoren identifiziert werden, welche bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen zu Belastungen führen. Mit dem Hintergrund des theoretischen Rahmens bzgl. Belastungen mit deren möglichen Auswirkungen für Pflegepersonen, HB und der Institution und der Prävention wird die Relevanz für die Praxis sichtbar und bestätigt.

Der Nutzen für die Praxis dieser Ergebnisse liegt einerseits im Bewusst-Werden der möglichen Belastungsfaktoren, welche diese Arbeit ermöglicht. Demzufolge besteht die weitere Aufgabe jeder Institution in der Identifikation dieser Faktoren. Erst mit diesem Wissen ist die Planung und Durchführung konkreter Interventionen möglich. Da bereits diese Arbeit einige Ergebnisse darlegt, kann daran angeknüpft werden und ein frühes Intervenieren auf allen identifizierten

Ebenen kann erfolgen. Wie die Arbeit beschreibt, ist es wichtig, Belastungsfaktoren soweit wie möglich nicht entstehen zu lassen, damit bestehende Belastungen nicht zu negativen Auswirkungen führen. Die grössten Einflussfaktoren liegen auf der Institution und Organisation, welche die anderen Belastungsfaktoren teilweise beeinflussen und verstärken können. Daher sollte zuerst hier interveniert werden, indem Arbeitsbedingungen und Unterstützungsmöglichkeiten optimiert werden. So fällt ein zentraler Aspekt weg oder wird minimiert. Demzufolge können Interventionen, welche oben vorgeschlagen wurden, gezielt in den anderen Bereichen erfolgen.

Wenn bereits Belastungen bestehen, ist es in der Praxis eine Notwendigkeit heraus zu finden, was dazu führte. Demzufolge müssen bestehende Faktoren mit gezielten Interventionen, welche oben beschrieben sind, eliminiert werden. So können die Belastungen gesenkt, das Fortschreiten dieser Faktoren gehemmt und die Auswirkungen verhindert werden. Auch braucht es adäquate Massnahmen für Pflegepersonen mit Belastungen, um damit umgehen und diese senken zu können.

Damit in der Praxis diese Problematik Platz findet, thematisiert und anerkannt wird, müssen Führungskräfte dafür Verständnis, Akzeptanz und die Bereitschaft aufbringen. Nur so ist das Intervenieren gegen Belastungen in der Pflege von demenzkranken Menschen möglich. Mit klaren Untersuchungsergebnisse und –arbeiten können diese von dieser Relevanz überzeugt werden.

6.3. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten

Es konnten nur elf Studien identifiziert werden, welche Belastungsfaktoren untersuchten. Diese Anzahl ist eher gering. Dies bedarf weiterer Untersuchungen, welche konkret nach Belastungsfaktoren bei Pflegepersonen in der Pflege von demenzkranken Menschen in Langzeitinstitutionen suchen. Einige einbezogene Studien erforschten allgemein Belastungen und Stress, in denen der Fokus nicht auf den Faktoren lag. Daher sollten zukünftig weitere Studien durchgeführt werden mit dem zentralen Ziel, Belastungsfaktoren zu identifizieren. Durch die vorliegende Arbeit konnten vier Hauptfaktoren herausgefunden werden. Dadurch könnte gezielt in den einzelnen Bereichen Untersuchungen gestartet werden.

Mit Hilfe dieser Studien wäre wichtig zu erforschen, welche Interventionen gegen Belastungen wirksam sind und wie sie umgesetzt werden können. Denn bisher gab es in wissenschaftlichen Arbeiten mehrheitlich nur mögliche Ansätze, die durch die Ergebnisse abgeleitet wurden. Klare wissenschaftlich basierende Massnahmen würden helfen, gegen Belastungen mit anhaltender Wirkung zu intervenieren und so das Auftreten der Belastungen zu minimieren oder gar zu verhindern. So könnten ebenfalls mögliche Auswirkungen vorgebeugt werden. Damit ein Betrieb Interventionen und Veränderungen durchführen, brauchen Führungskräfte Ergebnisse und Richtlinien.

7. Lernprozess

Das Verfassen dieser systematischen Literaturübersicht als Bachelorarbeit war ein erster Schritt für die Autorin in die Forschungswelt. Dabei verlief ein Lernprozess auf die Thematik und Forschung mit dem methodologischen Vorgehen bezogen.

7.1. Lernprozess zur Thematik

Die Autorin besass zu Beginn der Arbeit ein gewisses Mass an Wissen über die Pflege demenzkranker Menschen. Durch praktische Erfahrungen konnte sie Beobachtungen machen bzgl. Belastungen bei anderen Pflegepersonen und bei sich. Dies führte zum grossen Interesse dieser Thematik. Mittels der Erstellung einer systematischen Literaturübersicht konnte die Autorin sich konkret damit beschäftigen und erhielt die Bedeutung von Belastungen bei Pflegepersonen, Heimbewohnern und Institution. Durch die identifizierten Belastungsfaktoren wurde der Autorin nun einmal mehr bewusst, welche Aspekte für das Auftreten von Belastungen verantwortlich sind. Die möglichen Auswirkungen zeigten der Autorin die grosse Relevanz dieser Thematik.

Zusammengefasst gesagt, erhielt die Autorin die Bestätigung, dass die Pflege demenzkranker Menschen schwierig ist und geprägt wird durch belastungsfördernde Aspekte.

7.2. Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen

Die Autorin arbeitete vor Beginn dieser Arbeit bereits mit wissenschaftlichen Artikeln und erhielt Grundkenntnisse aus der Forschung. Doch das Erstellen einer systematischen Literaturübersicht war Neuland, das sich als sehr anspruchsvoll erwies.

Durch die Erarbeitung machte sich die Autorin mit dem Forschungsprozess vertraut, welche als Führungspfad diente. Nach der Einführung in die Problematik konnte die zu untersuchende Fragestellung mit Zielen und Absichten formuliert werden. Daraus begann die konkrete, aber nicht einfache, Suche nach Studien auf den Datenbanken. Durch die eher mangelnden

Englischkenntnisse der Autorin erwiesen sich die Zusammenstellung der Suchbegriffe und Suchstrategie zu Beginn als schwierig und zeitaufwändig. Mit der Zeit erlangte sie in der Suche durch mehrmaliges Üben immer mehr Sicherheit und das Verständnis in der Fremdsprache steigerte sich.

Die Annahme, die Problematik sei ein gut untersuchtes Thema, wurde widerlegt durch die geringe Anzahl identifizierte Publikationen. Der Autorin wurde bewusst, dass es eine genaue Suchstrategie mit viel Geduld erfordert. Das Lesen, Zusammenfassen und kritische Beurteilen der erfassten Artikel wurde als weitere zeitraubende Schwierigkeit erlebt.

Das geringe Wissen über spezifische Messmethoden und -instrumente verlangte viel Aufmerksamkeit. Auch die kritischen Beurteilungen mussten genau durchgeführt werden, damit die Autorin alle negativen Punkte erfassen konnte. Gerade für die Diskussion und Schlussfolgerung erwiesen sich gute Zusammenfassungen und Beurteilungen als sehr wichtig und hilfreich.

Weiter konnte sich die Autorin im Interpretieren und Argumentieren üben, was ebenfalls nicht einfach erschien.

Mit dieser systematischen Literaturübersicht konnten viele Erfahrungen mit lehrreichen Stolpersteinen in der Forschungswelt gesammelt und das Fachwissen erweitert werden, welche für die zukünftige Tätigkeit ein grosser Nutzen sein wird. Damit ist der Einbezug der Forschung durch die Autorin in die Pflegepraxis vereinfacht, welche einer evidenzbasierten Pflege dient.

8. Danksagung

Die Autorin möchte ein grosser Dank aussprechen an die Begleitperson, dem Erstgutachter Ewald Schorro, für seine Begleitung und seiner tatkräftigen Unterstützung während der gesamten Erstellung der Arbeit! Auch ein herzliches Dankeschön an die Familie und den Freund für die grosse emotionale Unterstützung!

9. Literaturverzeichnis

- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement – Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Huber.
- Bamberg, E., Keller, M., Wohler, C. & Zeh, A. (2006). *BGW-Stresskonzept – das arbeitspsychologische Stressmodell*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Huber.
- Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In A. Zimber & S. Weyerer, *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 138-152). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Brodsky, H., Draper, B. & Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing* 44 (6), 583-590.
- Bundesamt für Statistik BFS (2010). *Newsletter - Informationen aus der Demografie*. Schweiz: Bundesamt für Statistik.
- Cubit, K., Farrell, G., Robinson, A. & Myhill, M. (2007). A survey of the frequency and impact of behaviours of concern in dementia on residential aged care staff. *Australasian Journal on Ageing* 2, 64-70.
- Deufert, D., Dendlbacher, E. & Fritz, E. (2009). Nicht-kognitive Symptome bei Menschen mit Demenz – Eine Literaturübersicht zu Verhaltensweisen von demenzkranken Bewohnern in der stationären Altenpflege. *HeilberufeSCIENCE* 2, 41-46.
- Duffy, B., Oyebode, J.R. & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia – The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia* 8 (4), 515-541.
- Edberg, A.K., Bird, M., Richards, D.A., Woods, R., Keeley, P. & Davis-Quarell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses'

- experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health* 12 (2), 236-243.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Larsson, S. (2008). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management* 17, 59-65.
- Eppel, H. (2007). *Stress als Risiko und Chance – Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gruss, V., McCann, J.J., Edelman, P. & Farran, C.J. (2004). Job stress among nursing home certified nursing assistants. Comparison of empowered and nonempowered work environments. *Alzheimer's Care Quarterly* 5 (3), 207-216.
- Gugler, J. (2005). „Die Pflege wird immer schwieriger, weil...“ – Belastungen in der Altenarbeit- mögliche Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation in geriatrischen Pflegeinstitutionen. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 19-22.
- Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Gutzwiller & F. Paccaud., *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health* (S. 195-230). Bern: Huber.
- Hofmann, F. & Michaelis, M. (1999). Körperliche und psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf: Arbeitsmedizinische Ergebnisse. In A. Zimmer & S. Weyerer, *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 200-214). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Hölzer, R. (2003). *Burnout in der Altenpflege – vorbeugen-erkennen-überwinden*. München: Urban & Fischer.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Schweizerische Gesundheitsobservatorium. Bern: Huber.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Huber.
- Johansson, K., Sandman, P.O. & Karlsson, S. (2004). Picking behaviour in cognitively impaired residents in geriatric settings: prevalence of the

- behaviour and characteristics of the residents. *Scand J Caring Sci* 18, 12-18.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kasten, E., Utecht, C. & Waselewski, M. (2004). *Den Alltag demenzkranker Menschen neu gestalten*. Hannover: Schlütter.
- Kernen, H. (2005). *Arbeit als Ressource – Gesund und leistungsfähig dank persönlichen und betrieblichen Ressourcenmanagements*. Bern: Haupt.
- Kristiansen, L., Hellzén, O. & Asplund, K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 1, 245-256.
- Kruse, A. & Schmitt. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer, *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 155-169). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Kunz, R. (2010). Möglichkeiten, Nutzen und Grenzen medizinischer Behandlungen bei Demenz. In M. Christen, C. Osman & R. Baumann-Hölzle, *Herausforderung Demenz – Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen*. Bern: Lang.
- Langfeldt-Nagel, M. (2006). *Psychologie in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Litzcke, S.M. & Schuh, H. (2007). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. Heidelberg: Springer.
- LoBiondo, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München. Urban & Fischer.
- Long, A. (2005). *Evaluative Tool for Mixed Method Studies*. School of Healthcare, University of Leeds.
- Mense, M. (2007). *Mitarbeiterbefragung zu Belastungen und Arbeitszufriedenheit in einer Sozialeinrichtung*. Veröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheitswissenschaften.

- Mittelstaedt, J. *Psychische Belastung im Unternehmen, was nun?* [Website]. Verfügbar unter: http://www.ergonassist.de/Publikationen/Psych.Belastung_Mittelstaedt.pdf [Zugriff am 7. September 2011].
- Morgan, D.G., Semchuk, K.M., Stewart, N.J. & D'Arcy, C. (2002). Job Strain Among Staff of Rural Nursing Homes – A Comparison of Nurses, Aides, and Activity Workers. *JONA* 32 (3), 152-161.
- Morgan, D.G., Stewart, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D. & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 347-358.
- Prey, H., Schmid, M., Storni, H. & Mühleisen, S. (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*.
- Prince, M. & Jackson, J. (2009). *Weltalzheimerbericht 2009 - Kurzfassung*. USA: Alzheimer's Disease International.
- Schindler, U. (Hrsg.). (2003). *Die Pflege demenziell Erkrankter – neu erleben*. Hannover: Vincentz.
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2009). *102 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz*. Yverdons-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung.
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C. & Aarland, D. (2009). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25, 789-797.
- Van Dick, R. (1999). *Stress und Arbeitszufriedenheit in Lehrberufen – Eine Analyse von Belastung und Beanspruchung im Kontext sozialpsychologischen, klinisch-psychologischen und organisationspsychologischen Konzepte*. Tectum.
- Wingenfeldt, K., Seidl, N. & Ammann, A. (2011). Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44, 27-32.
- Zimber, A. (1999). Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege: Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In A. Zimber & S.

- Weyerer, *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 170-184). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Zimber, A., Albrecht, A., Weyerer, S. & Cohen-Mansfield, J. (1999). Forschungskonzepte zu Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Stress und ihre Folgen. In A. Zimber & S. Weyerer, *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 97-112). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontologist* 45 (1), 96-105.

Anhang A: Suchprotokoll

Datenbank	Kombination Suchbegriffe (Suche ohne Limiten)	Treffer	Näher gelesene und überarbeitete Studien	Anzahl definitiv ausgewählter Studien	Autoren der ausgewählten Studien
<i>Pubmed</i>	- Factors and workload and alzheimer's disease	12	0	0	-
	- factors and stress and alzheimer's disease and nursing staff	5	1	1	Morgan et al. (2002)
	- factors and distress and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
	- factors and burden and alzheimer's disease and nursing staff	4	0	0	-
	- factors and strain and alzheimer's disease and nursing staff	2	2	1	Morgan et al. (2002)
	- factors and increased load and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
	- causal factors and workload and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
	- causal factors and stress and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
	- load factors and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
	- load factors and residential care	8	0	0	-

	- work stressor and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
	- workload and professional caregivers and alzheimer's disease	5	0	0	-
	- burden and professional caregivers and alzheimer's disease	32	2	0	-
	- stress and professional caregivers and alzheimer's disease	25	1	1	Morgan et al. (2002)
	- work stressor and nursing staff and alzheimer's disease	0	0	0	-
	- factors and stress and dementia care	241	3	2	Brodaty et al. (2003) Testad et al. (2009)
	- factors and workload and dementia care	22	2	2	Brodaty et al. (2003) Testad et al. (2009)
	- factors and burden and dementia care	305	2	1	Brodaty et al. (2003)
	- factors and distress and dementia care	94	1	0	-
	- factors and strain and dementia care	54	3	2	Brodaty et al. (2003) Edberg et al. (2008)
	- factors and increased load and dementia care	5	0	0	-
	- stress and long-term care and dementia	103	5	3	Morgan et al. (2005) Zimmermann et al. (2005)
<i>CINAHL</i>	- factors and workload and alzheimer's disease	8	1	1	Morgan et al. (2002)
	-factors and stress and alzheimer's	305	3	1	Morgan et al. (2002)

disease					
- workload and professional caregivers and alzheimer's disease	0	0	0	-	
- burden and professional caregivers and alzheimer's disease	12	2	0	-	
-factors and distress and alzheimer's disease	65	1	0	-	
- factors and burden and alzheimer's disease	491	1	0	-	
- factors and strain and alzheimer's disease	43	1	1	-	Morgan et al. (2002)
- factors and increased load and alzheimer's disease	3	0	0	-	
- causal factors and workload and alzheimer's disease	0	0	0	-	
- causal factors and stress and alzheimer's disease	4	0	0	-	
- load factors and alzheimer's disease and stress and nursing staff	0	0	0	-	
- load factors and residential care	0	0	0	-	
- work stressor and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-	
- stress and professional caregivers and alzheimer's disease	4	0	0	-	
- strain and professional					

	caregivers and alzheimer's disease	1	0	0	-
	- stress factors and nursing staff and alzheimer's disease	0	0	0	-
	- factors and workload and dementia care	4	1	1	Brodaty et al. (2003)
	- factors and distress and dementia care	12	1	1	Morgan et al. (2005)
	- factors and stress and dementia care	59	3	3	Brodaty et al. (2003) Edberg et al. (2008) Morgan et al. (2005)
	- factors and increased load and dementia care	0	0	0	-
	- factors and burden and dementia care	75	1	1	Brodaty et al. (2003)
	- factors and strain and dementia care	19	3	3	Brodaty et al. (2003) Edberg et al. (2008) Morgan et al. (2005)
	- stress and long-term care and dementia	56	3	1	Brodaty et al. (2003)
<i>PsycInfo</i>	- factors and workload and alzheimer's disease	143	0	0	-
	- work stressor and nursing staff and alzheimer's disease	0	0	0	-
	- factors and stress and dementia care	462	9	6	Cubit et al. (2007) Duffy et al. (2009) Edberg et al. (2008) Edvardsson et al. (2008) Morgan et al. (2005) Testad et al. (2009)
	- factors and workload and dementia care	17	0	0	-
	- factors and increased load and dementia care	0	0	0	-
	- factors and distress and dementia care	240	8	6	Cubit et al. (2007) Duffy et al. (2009) Edberg et al. (2008) Edvardsson et al. (2008) Morgan et al. (2005) Testad et al. (2009)

- factors and burden and dementia care	408	7	4	Cubit et al. (2007) Duffy et al. (2009) Edberg et al. (2008) Testad et al. (2009)
- stress factors and alzheimer's disease	51	0	0	-
- factors and stress and alzheimer's disease and nursing staff	64	7	3	Cubit et al. (2007) Kristiansen et al. (2006) Testad et al. (2009)
- factors and distress and alzheimer's disease and nursing staff	36	5	3	Cubit et al. (2007) Kristiansen et al. (2006) Testad et al. (2009)
- factors and burden and alzheimer's disease and nursing staff	35	4	3	Cubit et al. (2007) Kristiansen et al. (2006) Testad et al. (2009)
- factors and strain and alzheimer's disease and nursing staff	31	5	3	Cubit et al. (2007) Kristiansen et al. (2006) Testad et al. (2009)
- factors and increased load and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
- causal factors and workload and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
- causal factors and stress and alzheimer's disease and nursing staff	1	0	0	-
- load factors and alzheimer's disease and nursing staff	0	0	0	-
- load factors and residential care	0	0	0	-
- workload and professional care and alzheimer's disease	1	0	0	-
- stress and				

	professional care and alzheimer's disease	21	0	0	-
	- burden and professional care and alzheimer's disease	29	0	0	-
	- work stress and long-term care and dementia	53	9	4	Cubit et al. (2007) Edvardsson et al. (2008) Morgan et al. (2005) Zimmerman et al. (2005)
	- stress and long-term care and dementia and nursing staff	111	9	4	Cubit et al. (2007) Edvardsson et al. (2008) Morgan et al. (2005) Testad et al. (2009)

Anhang B: Überblick der ausgewählten Literatur

Autor & Jahr	Titel	Design	Setting & Stichprobe
Brodaty, H., Draper, B. & Low, L.F. (2003).	Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work.	Quantitative Studie.	253 Pflegepersonen aus 12 australischen Pflegeheimen und 647 demenzkranke Heimbewohner aus 11 australischen Pflegeheimen.
Cubit, K., Farrell, G., Robinson, A. & Myhill, M. (2007).	A survey of the frequency and impact of behaviours of concern in dementia on residential aged care staff.	Quantitative Studie mit qualitativen Anteil.	259 Pflegepersonen aus 15 australischen Altenpflege-Einrichtungen.
Duffy, B., Oyeboode, J.R. & Allen, J. (2009).	Burnout among care staff for older adults with dementia – the role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors.	Quantitative Studie.	61 Pflegepersonen aus 7 Pflegeheimen aus der UK.
Edberg, A.K, Bird, M., Richards, D.A., Woods, R., Keeley, P. & Davis-Quarell, V. (2008).	Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom.	Qualitative Studie.	35 Pflegehilfen, Krankenschwestern und soziale Pflegekräfte aus Australien, Schweden, Wales und England.
Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Larsson, S. (2008).	Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff.	Quantitative Studie.	344 diplomierte Pflegepersonen Grad 1 & 2 und Pflegehilfen aus 40 schwedischen Pflegeheimen.
Gruss, V., McCann, J.J., Edelman, P. & Farran, C.J. (2004).	Job stress among nursing home certified nursing assistants. Comparison of empowered and nonempowered work environments.	Quantitatives und qualitatives Design.	27 lizenzierte Pflegehilfskräfte aus 2 verschiedenen städtischen Einrichtungen (eine demenzspezifisch, physikalisch angepasst und kulturell veränderte Einrichtung und eine traditionelle Demenzpflegeeinrichtung ohne Anpassung und Veränderung) in Midwestern.
Kristiansen, L., Hellzén, O. & Asplund, K. (2006).	Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances.	Qualitative Studie.	20 Pflegepersonen und 20 Bewohner mit Demenz aus 2 Wohngruppen für demenzkranke Menschen in Schweden.

Morgan, D.G., Semchuk, K.M., Stewart, N.J. & D'Arcy, C. (2002).	Job Strain Among Staff of Rural Nursing Homes – A Comparison of Nurses, Aides, and Activity Workers.	Quantitatives und qualitatives Design.	110 Mitarbeiter (Krankenschwester, Pflegehilfen, Aktivitätstherapeuten) und 107 Bewohner mit Demenz aus 7 kleinen, ländlichen Pflegeheimen aus Kanada.
Morgan, D.G., Steward, N.J., D'Arcy, C., Forbes, D. & Lawson, J. (2005).	Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units.	Quantitative Studie.	355 Pflegehilfen aus 8 ländlichen SCUs und 8 ländlichen non-SCUs.
Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C. & Aarsland, D. (2009).	Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing home.	Quantitative Studie mit qualitativem Anteil.	197 Pflegepersonen und 211 Bewohner von 13 Demenzpflege-Stationen aus 4 Pflegeheimen.
Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S.; Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005).	Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia.	Quantitative Studie.	154 Mitarbeiter (Verwalter, Krankenschwester, Pflegeassistenten) aus 41 Langzeitinstitutionen (Pflegeheime, spezialisierte Einrichtungen) aus Florida, Maryland, New Jersey & Nord Carolina und 421 demenzkranke Bewohner.

Anhang C: Beurteilungsraster für qualitative Studien (Behrens & Langer, 2004)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang D: Beurteilungsraster für quantitative Studien (LoBiondo & Haber, 2005)

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
Literatur-recherche und theoretischer Bezugs-rahmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	
Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	
Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? 2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? 3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist? 4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet? 5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Forschungs-design	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? 	

Interne Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? 	
Externe Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Methoden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? 	
Rechtlich-ethische Probleme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? 	
Instrumente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat? 3. Interviews <ol style="list-style-type: none"> a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? 4. Fragebögen <ol style="list-style-type: none"> a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein? 5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen <ol style="list-style-type: none"> a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet? 	
Reliabilität und Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben? 2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel? 3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben? 4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb? 	
Datenanalyse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt? 2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben? 3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable? 4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend? 	

	<p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien?</p> <p>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</p> <p>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p> <p>c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/ des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	
Anwendung und Verwertung in der Praxis	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	

Anhang E: Beurteilungsraster für Studien mit der „Mixed Methods“ (Long, 2005)

Evaluation Tool for 'Mixed Methods' Study Designs

The 'mixed method' evaluation tool was developed from the evaluation tools for 'quantitative' and 'qualitative' studies, themselves created within the context of a project exploring the feasibility of undertaking systematic reviews of research literature on effectiveness and outcomes in social care. The 'mixed method' tool draws on appropriate questions from the quantitative and qualitative evaluation tools. It provides a template of key questions to assist in the critical appraisal of studies using more than one method.

Review Area	Key Questions
(1) STUDY EVALUATIVE OVERVIEW	
Bibliographic Details	<ul style="list-style-type: none"> • Author, title, source (publisher and place of publication), year
Purpose	<ul style="list-style-type: none"> • What are the aims of this paper? • If the paper is part of a wider study, what are its aims?
Key Findings	<ul style="list-style-type: none"> • What are the key findings?
Evaluative Summary	<ul style="list-style-type: none"> • What are the strengths and weaknesses of the study and theory, policy and practice implications?
(2) STUDY AND CONTEXT (SETTING, SAMPLE AND OUTCOME MEASUREMENT)	
The Study	<ul style="list-style-type: none"> • What type of study is this? • What was the intervention? • What was the comparison intervention? • Is there sufficient detail given of the nature of the intervention and the comparison intervention? • What is the relationship of the study to the area of the topic review?
Context: (1) Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Within what geographical and care setting is the study carried out? • What is the rationale for choosing this setting? • Is the setting appropriate and/or sufficiently specific for examination of the research question? • Is sufficient detail given about the setting? • Over what time period is the study conducted?
Context II: Sample	<ul style="list-style-type: none"> • What was the source population? • What were the inclusion criteria? • What were the exclusion criteria? • How was the sample (events, persons, times and settings) selected? (For example, theoretically informed, purposive,

	<p>convenience, chosen to explore contrasts)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the sample (informants, settings and events) appropriate to the aims of the study? • If there was more than one group of subjects, how many groups were there, and how many people were in each group? • Is the achieved sample size sufficient for the study aims and to warrant the conclusions drawn? • What are the key characteristics of the sample (events, persons, times and settings)?
Context III: Outcome Measurement	<ul style="list-style-type: none"> • What outcome criteria were used in the study? • Whose perspectives are addressed (professional, service, user, carer)? • Is there sufficient breadth (e.g. contrast of two or more perspective) and depth (e.g. insight into a single perspective)?
(3) ETHICS	
Ethics	<ul style="list-style-type: none"> • Was Ethical Committee approval obtained? • Was informed consent obtained from participants of the study? • How have ethical issues been adequately addressed?
(4) GROUP COMPARABILITY	
Comparable Groups	<ul style="list-style-type: none"> • If there was more than one group was analysed, were the groups comparable before the intervention? In what respects were they comparable and in what were they not? • How were important confounding variables controlled (e.g. matching, randomisation, or in the analysis stage)? • Was this control adequate to justify the author's conclusions? • Were there other important confounding variables controlled for in the study design or analyses and what were they? • Did the authors take these into account in their interpretation of the findings?
(5) QUALITATIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS	
Data Collection Methods	<ul style="list-style-type: none"> • What data collection methods were used in the study? (Provide insight into: data collected, appropriateness and availability for independent analysis) • Is the process of fieldwork adequately described? (For example, account of how the data were elicited; type and range of questions; interview guide; length and timing of observation work; note taking)
Data Analysis	<ul style="list-style-type: none"> • How were the data analysed? • How adequate is the description of the data analysis? (For example, to allow reproduction; steps taken to guard against selectivity) • Is adequate evidence provided to support the analysis? (For example, includes original / raw data extracts; evidence of

	<p>iterative analysis; representative evidence presented; efforts to establish validity - searching for negative evidence, use of multiple sources, data triangulation); reliability / consistency (over researchers, time and settings; checking back with informants over interpretation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings interpreted within the context of other studies and theory?
Researcher's Potential Bias	<ul style="list-style-type: none"> • What was the researcher's role? (For example, interviewer, participant observer) • Are the researcher's own position, assumptions and possible biases outlined? (Indicate how these could affect the study, in particular, the analysis and interpretation of the data)
(6) POLICY AND PRACTICE IMPLICATIONS	
Implications	<ul style="list-style-type: none"> • To what setting are the study findings generalisable? (For example, is the setting typical or representative of care settings and in what respects? If the setting is atypical, will this present a stronger or weaker test of the hypothesis?) • To what population are the study's findings generalisable? • Is the conclusion justified given the conduct of the study (For example, sampling procedure; measures of outcome used and results achieved?) • What are the implications for policy? • What are the implications for service practice?
(7) OTHER COMMENTS	
Other comments	<ul style="list-style-type: none"> • What was the total number of references used in the study? • Are there any other noteworthy features of the study? • List other study references
Reviewer	<ul style="list-style-type: none"> • Name of reviewer • Review date

Anhang F: Zusammenfassung und kritische Beurteilung der Studien

Brodaty, H., Draper, B. & Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 44 (6), 583-590.
Ziele: <ul style="list-style-type: none">♣ Untersuchung der Belastungen und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter in Pflegeheimen in der Pflege von demenzkranken Menschen und Beschreibung der Bewohnereigenschaften, die vom Personal als am schwierigsten empfunden werden und Aspekte der Arbeit, die am meisten zufrieden stellend sind.♣ Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Belastung, Arbeitszufriedenheit, den Eigenschaften der Bewohner und der Arbeits- und individuelle Eigenschaften der Pflegenden und den Verhaltenstörungen in Pflegeheimen.
Design: Quantitative Studie; korrelativ-prospektive Querschnittsstudie.
Setting: 12 Pflegeheime in Australien.
Stichprobe: 647 Bewohner aus elf und 253 Pflegepersonen aus zwölf Pflegeheimen.
Methode: Die Datenerfassung erfolgte anhand von Fragebögen, welche das Pflegepersonal ausfüllte. Die Pflegedienstleitung jeder Institution händigte diese aus und gab keine Auskunft über die Anzahl ausgehändigter Bögen. Das Deckblatt der Fragebögen mit einer Einführung zur Studie beinhalteten Fragen zu Alter, Geschlecht, Position, spezifisches Demenztraining, Arbeitsstunden pro Woche und Dauer der Pflegeheim-Erfahrungen. Das Verhalten der Bewohner wurde anhand einer Bewertungsskala durch die Pflegenden während 2 Wochen gemessen in der Früh- und Spätschicht. Die demografischen Daten der HB wurden aus ihren Akten entnommen. Die Teilnahme der Pflegenden beruhte auf der Freiwilligkeit und ohne Aus- und Einschlusskriterien.
Instrumente: „ <u>Behavioural Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale</u> “ (BEHAVE-AD): Zur Auswahl und Beurteilung der Bewohner; beinhaltet 26 Items zu Verhalten und psychologischen Symptome der Demenz; 4-Punkte-Skala. „ <u>Swedish Strain Nursing Care Assessment Scale (SNC)</u> “: Zur Befragung des Pflegepersonals zum Thema „Belastung“ in Bezug zur Demenzpflege; 36 Items über Handlungen und Emotionen; 4-Punkte-Skala. Dieses Instrument wurde vom Schwedischen ins Englische übersetzt. „ <u>Swedish Satisfaction with Nursing care and Work Assessment Scale (SNCW)</u> “: Zur Befragung der „Arbeitszufriedenheit“; 35 Items mit Domänen wie Kooperation, Ausbildung, Pflegequalität, Arbeitspensum und Wissen über die Bewohner; 5-Punkte-Skala. Dies wurde ebenfalls ins Englische übersetzt. „t-test“, „ <u>Pearson’s product moment correlations</u> “ und „ <u>One-way parametric ANOVA-Modell</u> “: Zur statistischen Analyse der Fragebögen; um Zusammenhänge und Unterschiede der Haltungen, Belastungen, Zufriedenheit und demografischen Variablen herauszufinden.
Ergebnisse: Die Hauptergebnisse wurden in drei Bereiche eingeteilt: <u>Haltung gegenüber demenzkranken Menschen</u> : Die häufigsten negative Aussagen: diese Menschen haben wenig Kontrolle über das eigene schwierige Verhalten; sie sind unberechenbar; sind ängstlich; sind vulnerabel; sind alleine; sind aggressiv/feindselig; sind stur/widerständig; scheinen in eine völlig ziellose Weise sich zu verhalten; sind apathisch/scheinen kaum Emotionen zu haben; sind paranoid; beklagen sich über die Pflege oder reagieren negativ; sie streben nach Aufmerksamkeit; sind manipulativ; sind gequält/erleiden emotionale Schmerzen; sind anspruchsvoll; haben ein leeres Leben; haben vorausschauende Verhaltensmuster. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer haben eher eine negative Haltung gegenüber demenzkranken Menschen. <u>Belastung</u> : Die meist genannten Aspekte, die für die Pflegenden am belastenden und am schwierigsten zu bewältigen sind, sind auch die meist genannten negativen Haltungen: aggressives/ feindseliges Verhalten durch die Bewohner; wenn sie das eigene Verhalten nicht unter Kontrolle haben; stur/widerständiges Verhalten; sich ziellos verhalten; wenn sie ängstlich, unberechenbar, selbstsüchtig, paranoid, manipulativ, alleine, anspruchsvoll sind; wenn sie sich über die Pflege beklagen oder sich negativ verhalten; wenn sie nach Aufmerksamkeit streben;

emotionale Schmerzen erleiden. Diese Aspekte nannten ebenfalls mehr als die Hälfte der Pflegenden. Arbeitszufriedenheit: Die fünf meist genannten Aspekte: die Bewohner erhalten immer eine gute Pflege; es ist wichtig zu versuchen den Bewohner zu verstehen in seinem Verhalten; Angehörige geben genügend Informationen zu ihrer Pflege und Behandlung; ich genieße zur Zeit meine Arbeitssituation; unsere Arbeitsorganisation ist gut. In diesem Bereich gab es mehrheitlich nur positive Aussagen; über 80% der Befragten sind mit den positiven Items einverstanden.

Weitere nennenswerte Ergebnisse:

- Viele Pflegende glauben, dass das Verhalten der demenzkranken Menschen vorsätzlich ist und nicht als eine Auswirkung der Krankheit.
- Die Hälfte der Pflegenden gab an, zu wenig Zeit zu haben, um ihre Aufgaben vollständig zu erledigen und wünscht organisatorische Veränderungen.
- 30% sind der Meinung, zu wenige Möglichkeiten zu haben, um über psychologischen Stress zu sprechen und 55% haben das Gefühl zu wenig Wissen über die Krankheit und die Behandlung der Bewohner zu haben.
- Ein höheres Alter korreliert mit grösserer Belastung und tieferer Arbeitszufriedenheit.
- Grosse Erfahrungen/ lange arbeiten in Pflegeheimen korreliert mit höherer Belastung.
- Geschlecht, Qualifikation, Arbeitsstunden pro Woche und Demenztraining hatten keinen Einfluss auf Haltung, Belastung und Zufriedenheit.
- Negative Haltungen gegenüber den HB verringern die Belastung und die Arbeitszufriedenheit.
- ¼ der Teilnehmer berichten über eine Unzufriedenheit im Umgang mit demenzkranken Menschen.

Ethik: Die Erlaubnis zur Teilnahme der Pflegenden erteilten die Pflegedienstleitungen und die Inhaber der Pflegeheime. Die Studie wurde durch das ethische Komitee von Süd-West Sydney Area Health Service und der Universität von New South Wales genehmigt. Für die Teilnahme der Bewohner wurden direkte oder stellvertretende informierte Zustimmungen eingeholt.

Limits: Die Analyse ist durch den Mangel an Daten über die Repräsentativität der Stichprobe, selbstberichtete Verzerrungen und Fehlen von demografischen Daten begrenzt. Die Rücklaufquote der Fragebögen konnte nicht berechnet werden. Die Gründe fürs Nicht-Ausfüllen der Fragebögen sind nicht bekannt. Bei den Instrumenten bestehen Einschränkungen; das Messinstrument hat nur Erfahrungen mit Überlastung in Verbindung mit den Bewohnern gemessen und nicht auch in Verbindung mit dem Arbeitspensum, den Beziehungen am Arbeitsplatz oder Konflikte in der Organisation, welche auf die Arbeitsbelastung einen Einfluss haben könnten. Zudem wurden Bereiche, wie Belohnungen und Motivation nicht gemessen, die einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben könnten. Die Validität und Reliabilität der englischen Version der SNC und SNCW wurden nicht anerkannt.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 10.5 Punkte und wird daher in die systematische Literaturübersicht einbezogen. In den folgenden Bereichen gab es Abzug: In der Literaturüberprüfung sind die verschiedenen Variablen und Konzepte mit den Beziehungen ersichtlich. Doch sie werden nicht näher beschrieben und definiert, sondern nur mit Primärliteratur aufgezeigt. Somit ist der theoretische Bezugsrahmen mit den Bedeutungen und Definitionen der Variablen und Konzepten unzureichend. In der Einleitung werden die verschiedenen Beziehungen und Zusammenhänge mit bereits vorhandenen Studien zu diesem Thema aufgezeigt. Die Ziele der Studie basieren darauf und die Forscher wollen vermutlich die vorhandenen Ergebnisse nochmals überprüfen und festigen. Im Ziel und in der Methodik sind nur implizite Hypothesen ersichtlich. Das Forschungsdesign wurde nicht beschrieben und begründet, wobei die Nachvollziehbarkeit nicht gesichert ist. Die Variablen wurden untereinander untersucht. Über Gefahren und Kontrollen wird nicht konkret berichtet. Doch durch die selbst-berichteten Verzerrungen bestehen diesbezüglich Gefahren. Über Grenzen der externen Validität ist nichts bekannt. Durch die Abstützung auf andere Studienergebnisse und hohe Stichprobe können die Ergebnisse jedoch verallgemeinert werden. Die angewandten Instrumente gelten im Original als recht reliabel und valide. Doch die beiden Instrumente, welche vom Schwedischen ins Englische übersetzt wurden, wurden diesbezüglich nicht anerkannt. Durch das Fehlen der Hypothesen, konnte auch nichts bestätigt werden. Zudem wurde die Relevanz durch die Forscher nicht explizit erwähnt. Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten wurden sehr knapp gehalten, obwohl weitere möglich und wichtig wären.

<p>Cubit, K., Farrell, G., Robinson, A. & Myhill, M. (2007). A survey of the frequency and impact of behaviours of concern in dementia on residential aged care staff. <i>Australasian Journal on Ageing</i> 2, 64-70.</p>
<p>Ziel: Untersuchung der Personalwahrnehmung über die Häufigkeit der bedeutenden Verhaltensweisen (BoC) bei demenzkranken Bewohner, der Rangordnung der BoC, welche im täglichen Betrieb der Einrichtung am meisten Störung verursacht und der BoC, die dem Personal am meisten Distress verursacht.</p>
<p>Design: Quantitative Studie mit qualitativen Daten; deskriptiv-prospektive Querschnittsstudie.</p>
<p>Setting: 15 Altenpflege-Einrichtungen in Tasmania (Australien) in städtischen und ländlichen Standorte; 5 religiöse Organisationen, 2 wohltätige Organisationen, 8 gemeinschafts-basierte oder andere Non-Profit-Organisationen.</p>
<p>Stichprobe: 259 diplomierte Pflegefachpersonen und Pflegehilfen.</p>
<p>Methode: Fragebögen wurden in allen Einrichtungen dem Verwaltungsrat der Pflege ausgehändigt, welche ins Projekt instruiert wurde und dann die Pflegenden informierte und aufklärte. Einige Institutionen boten eine Kopie des Fragebogens mit einem Informationsblatt an mit der Gehaltsklasse, damit sichergestellt wurde, dass alle Mitarbeiter diesen erhielten. Andere händigten das Dokument direkt aus oder bei der Übergabe, wobei sie mündlich dazu motiviert wurden. Der Fragebogen wurde nach einer sorgfältigen Überprüfung der Literatur und dem Gebrauch eines Leitfadens zur Reduktion von Verhaltensproblemen entwickelt. Im ersten Teil wurden Fragen gestellt zu demografischen Daten: Rolle in der Einrichtung, Beschäftigungsstatus, Qualifikationen, Alter und Dauer der Beschäftigung in der derzeitigen Einrichtung. Der zweite Teil bestand aus Fragen zu 10 BoC's: Häufigkeit, Rangfolge der BoC's, welche den Betrieb stören, Rangfolge über die, welche bei den Pflegenden Stress auslöst. Auch Definitionen und Beispiele von Störungen konnten angebracht werden.</p>
<p>Instrumente: <u>Zur Befragung der Pflegenden:</u> Fragebogen anhand des „reducing behaviours of concern guide - ReBOC“. <u>Zur Analyse:</u> Deskriptive Statistik, x2-Test, thematische Analyse.</p>
<p>Ergebnisse: <u>Häufigkeit der Verhaltensweisen:</u> 83% der Pflegenden berichteten, dass „wiederholende Aktionen und Fragen“ mehr als 1x pro Tag auftreten, 69% gaben „wandern und Aufdringlichkeit“ an, 61% „verbale Störung“, 60% Schlafstörung, 56% Probleme beim Essen, 53% „Widerstand gegen Pflegenden“, 49% „sozial unpassendes Verhalten“. <u>Verhaltensweisen, die den Betrieb stören:</u> Die fünf häufigste Verhaltensweisen: „verbale Störung“, „Herumwandern oder Aufdringlichkeit“, „wiederholende Aktionen oder Fragen“, „Widerstand gegen Pflegenden“, „physische Aggression“. <u>Verhaltensweisen, die die Pflegenden stressen/belasten:</u> Die fünf häufigste Verhaltensweisen: „physische Aggression“ „verbale Störung“, „Herumwandern oder Aufdringlichkeit“, „Widerstand gegen Pflegenden“, „wiederholende Aktionen oder Fragen“. <u>Alter und physische Aggression:</u> Pflegenden unter 40 Jahren und/oder welche weniger lang als 5 Jahren im Betrieb arbeiteten, berichteten signifikant häufiger über physische Aggression. <u>Qualitative Aspekte:</u> Es wurden vier Themen identifiziert: Frustration, Empathie, Toleranz und familiäre Aggression. Frustration: tritt auf wenn z.B. die Bewohner mit verschmutzte Einlagen und Kot spielen, Mangel an Einsicht haben über die eigene Fähigkeit in Bezug zur Mobilität und Sturzgefahr, die Medikamenteneinnahme verweigern, zwanghafte Verhaltensweisen aufweisen... Empathie: zeigte sich durch Ausdrücke wie Bewohner seien „untröstlich“, „depressiv“, „frustriert“, „zurückgezogen“. Toleranz: Einige Pflegepersonen tolerieren oder akzeptieren das Verhalten der Bewohner und geben an, dass Stress ein Teil der Arbeit ist. Wenn nicht damit umgegangen werden kann, dann sollte der Job gewechselt werden. Familiäre Aggression und mangelnde Einsicht der Angehörigen: wobei es zu einer mangelnden Akzeptanz der Probleme ihres Angehörigen führt.</p>
<p>Limits: Eine Limitation liegt darin, dass bei der Umfrage die Pflegehilfen überrepräsentiert waren, wobei die Ergebnisse so nicht generalisiert werden können. Die Reliabilität der verwendeten Umfrage wurde nicht etabliert. Die Validität des Instruments kann mit den Ergebnissen der</p>

offenen Fragen belegt werden. Zukünftig braucht es weitere Untersuchungen, welche die Häufigkeit der BoC untersucht.

Ethik: Das Projekt wurde durch die Universität von Tasmania's Social Sciences Human Research Ethics Committee genehmigt. Der Verwaltungsrat der Pflegenden jeder Institution gab das Einverständnis zur Teilnahme. Die Fragebögen wurden in Sammelboxen gesammelt und zurückgegeben. So konnte die Anonymität gesichert werden.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 10 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. Abzüge gab es in folgenden Bereichen: Die Verbindungen zwischen den untersuchten Variablen sind nicht klar dargestellt und beschrieben. Es sind keine expliziten Hypothesen oder Fragestellungen aufgestellt. Doch durch die Zielformulierung können Fragestellungen abgeleitet werden. Die Stichprobengrösse ist angemessen. Aber es besteht eine Überpräsentiertheit der Pflegehilfen, was die Verallgemeinerung der Ergebnisse evtl. einschränken. Doch durch die Ergebnisbestätigung durch andere Studien können diese verallgemeinert werden. Bzgl. Designs ist der Vorgang der Untersuchung beschrieben. Die Begründung fehlt jedoch, was die Nachvollziehbarkeit der qualitativen Datenerhebung erschwert. Die interne Validität ist nicht konkret beschrieben. Doch es scheint der Realität zu entsprechen. Die Instrumente scheinen valide, doch die Reliabilität der Umfrage wurde nicht etabliert. Die Datenanalyse ist nur kurz beschrieben, die Methoden scheinen passend und ausreichend. Doch das Mess- und Signifikanzniveau ist nicht angegeben.

<p>Duffy, B., Oyebode, J.R. & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia – The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. <i>Dementia</i> 8 (4), 515-541.</p>
<p>Ziel: Die Untersuchung der Rollen von Austausch, Selbstwirksamkeit und organisatorische Faktoren gegenüber dem Burnout beim Pflegepersonal von demenzkranken Menschen und die Klärung, welche dieser Variable der grösste statistische Einflussfaktor von Burnout ist.</p>
<p>Design: Quantitative Studie; korrelativ-prospektive Querschnittsstudie.</p>
<p>Setting: 7 Pflegeheime in vier Städten in der UK, welche demenzkranke Menschen pflegen.</p>
<p>Stichprobe: 61 Pflegepersonen.</p>
<p>Methode: Nach der ethischen Genehmigung wurde mit jedem potenziellen Pflegeheim ein Treffen arrangiert, wobei die Ziele der Studie und die Methode erklärt wurden. Die Pflegeheimleitung informierte und erklärte den Pflegenden die Absicht. Diese lehnten ab, dass die Forscher selber direkt mit den Pflegenden sprachen. Die Umfrage erfolgte anhand eines Fragebogens. Zu Beginn wurden bei den Pflegenden demografische Daten erhoben über die Arbeit, Alter, Geschlecht, Familienstand und ob Angehörige mit ihnen wohnen. Weiter wurden Burnout, Austausch, Selbstwirksamkeit und die Zufriedenheit mit der Organisation gemessen. In der Analyse wurde jede Hypothese untersucht; die Beziehung zwischen Burnout und den drei unabhängigen Variablen (Austausch, Selbstwirksamkeit und beruflicher Engagement/Leistung).</p>
<p>Instrumente: <u>Messung des Burnouts:</u> Maslach Burnout Inventory (MBI) (Ist das beste bekannte und genutzte Messinstrument); 22 Items zur Bewertung der Häufigkeit ihrer Gefühle in Bezug zur Arbeit anhand einer 7-Punkte-Likert-Skala. Zudem beinhaltet es drei Unterkategorien zu emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und personeller Erfüllung/Leistung. Der Cronbach's Alpha Koeffizient liegt bei emotionaler Erschöpfung bei 0.90, bei Depersonalisation bei 0.79 und bei der personellen Erfüllung/Leistung bei 0.71. <u>Messung des Austausches:</u> Jeffcott Reciprocity Questionnaire; 23 Items zur Bewertung der Beteiligung und Ergebnis von drei unterschiedlichen Austauschbeziehungen anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala. Es wurden Beziehungen diesbezüglich zwischen den Pflegenden und den gepflegten Personen, zwischen Pflegenden und Organisation und zwischen Pflegenden und Arbeitskollegen gemessen. Die Cronbach's Alpha Koeffizienten sind jeweils angegeben. <u>Messung der Selbstwirksamkeit:</u> Inventory of Geriatric Nursing Self-Efficacy; 9 Items zu Zusammenarbeit-Szenarien, Bewohner-Szenarien und Familien-Szenarien anhand einer 7-Punkte-Likert-Skala. <u>Messung der Zufriedenheit mit der Organisation:</u> The Occupational Commitment Questionnaire (OCQ); 15 Items anhand einer 7-Punkte-Likert-Skala. Der Alpha Koeffizient liegt zwischen 0.82-0.93. <u>Analyse:</u> → <u>Beziehung von Burnout mit den drei Variablen:</u> Die Ergebnisse wurden anhand der deskriptiven Statistik berechnet, wobei der statistische Test für jede Hypothese gebraucht wurde; „Pearson Product Moment correlation coefficient analysis“. Zur weiteren Untersuchung der Zusammenhänge wurde die „multiple Regressionsanalyse“ durchgeführt.</p>
<p>Ergebnisse: 75% der Pflegenden glauben, das die alten Menschen emotionale Schwierigkeiten haben. 54% berichten, dass das Verhalten der Bewohner für sie als „sehr herausfordernd“ ist. <u>Deskriptive Statistik und Regressionsanalyse:</u> 68.6% der Pflegenden sind emotional erschöpft, 42.6% depersonalisiert und 24.5% glauben, sie erbringen weniger Leistung in ihrer Arbeit. Das Pflegepersonal verspürt auch einen Mangel an Austausch mit den Bewohnern, mit den Arbeitskollegen und in der Organisation. Sie selber leisten diesbezüglich mehr, erhalten aber von den anderen weniger. Bei den Pflegenden besteht eine mässig hohe Selbstwirksamkeit zur Bewältigung von Herausforderungen in ihrer Arbeit. Mässige Werte sind beim beruflichen Engagement zu finden. Somit kann gesagt werden, dass Pflegenden einen mässigen Level von Burnout haben. <i>In Bezug zur Hypothese 1</i> (Höheres Level von Burnout bei niedrigem Level von Austausch zwischen Bewohner, Kollegen und Organisation): Es fanden sich nur kleine signifikante Verbindungen von Austausch mit der Organisation und mit der personellen Leistung; Wenig Austausch führt zu einem tiefen Gefühl von personeller Leistung. Austausch mit den Kollegen hat einen kleinen Einfluss auf die emotionale Erschöpfung. Diese Hypothese</p>

konnte nur teilweise bestätigt werden. *Zur Hypothese 2* (Höheres Level von Burnout bei niedrigem Level von Selbstwirksamkeit): es bestehen signifikante negative Verbindungen von Selbstwirksamkeit mit emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und positiv mit personeller Leistung; hohes Level von emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation führen zu tiefer Selbstwirksamkeit und hohe personelle Leistung führt zu hoher Selbstwirksamkeit. Ein hoher Level von Burnout führt zu tiefer Selbstwirksamkeit. → Selbstwirksamkeit spielt eine zentrale Rolle im Level des Burnouts. *Zur Hypothese 3* (Hohes Level von Burnout bei tiefem Level von beruflichem Engagement): Eine signifikante negative Verbindung mit dem beruflichen Engagement gibt es nur bei emotionaler Erschöpfung und eine positive mit der personellen Leistung. Höherer Level von Burnout (v.a. emotionale Erschöpfung) führt zu tieferem Level von beruflichem Engagement. *Zur Hypothese 4* (Selbstwirksamkeit und Eigenschaften des Arbeitsumfeldes sind die grössten Einflussfaktoren auf Burnout): Die Ergebnisse bestätigen diese Hypothese. Demografische Variablen: Signifikante negative Verbindungen wurden gefunden zwischen Alter und emotionaler Erschöpfung, zwischen Alter und Depersonalisation (ältere Pflegenden fühlen sich weniger emotional erschöpft und depersonalisiert) und zwischen beauftragte Stunden und personeller Leistung. Eine positive Verbindung zeigt sich zwischen Alter und personeller Leistung.

Limits: Durch die verwendete Messmethode können keine ursächliche Schlussfolgerungen gezogen werden. Es kann nicht klar bestätigt werden, ob die Selbstwirksamkeit ein Begleitsymptom von Burnout ist oder ein Vorläufer. Dazu bräuchte es eine Längsschnittstudie, auch um die Ursachen für die Verbindungen der Variablen zu ermitteln. Durch die Selbstbericht-Methode ist es fraglich, ob die Pflegenden wahrheitsgetreu geantwortet haben oder ob es auf Erwünschtheit beruht. Die Ergebnisse tendieren aber eher auf Vertraulichkeit. Weiter ist zu sagen, dass trotz 7 teilgenommenen Pflegeheime eine sehr kleine Stichprobe besteht. Dies führt zu einer fragwürdigen Repräsentativität und interne Validität der Ergebnisse. Die Fragebogen wurden nur durch aktuell arbeitende Pflegenden ausgefüllt und nicht auch durch kranke Mitarbeiter, obwohl die Krankheitsrate eher hoch ist.

Ethik: Die Studie wurde durch das lokale forschungsethische Komitee genehmigt. Die Vertraulichkeit und die Anonymität wurden im Treffen mit der Pflegeheimleitung mündlich zugesichert, das zugleich in der Einwilligungserklärung erfolgte. Die Einverständniserklärung und die ausgefüllten Fragebögen wurden in einer verschlossenen Box eingesammelt.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 12 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. In folgenden Bereichen gab es Abzüge: Trotz 7 teilnehmenden Pflegeheimen ist die Stichprobengrösse sehr klein mit 61 Pflegepersonen. Daher besteht eine fragwürdige Repräsentativität, interne und externe Validität. Durch bestehende Studien konnten ähnliche Ergebnisse erzielt werden. Somit ist eine Verwendung der Ergebnisse möglich. Zukünftig bräuchte es weitere Untersuchungen mit grösserer Stichprobe. Ansonsten ist an der Studie nichts zu kritisieren.

<p>Edberg, A.K, Bird, M., Richards, D.A., Woods, R., Keeley, P. & Davis-Quarell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. <i>Aging & Mental Health</i> 12 (2), 236-243.</p>
<p>Ziel: Erforschen von Belastungserfahrungen beim Pflegepersonal bei der Pflege von demenzkranken Menschen.</p>
<p>Design: Qualitative Studie.</p>
<p>Setting: Langzeitpflege in Australien, Schweden Wales und England.</p>
<p>Stichprobe: 35 Pflegehilfen, Krankenschwestern und soziale Pflegekräfte, welche direkt in die Pflege von demenzkranken Menschen involviert sind. Es wurden 2 Fokusgruppen gegründet aus 6 kleine Fokusgruppen (2 aus Schweden, 2 aus Australien, 1 aus Wales und eine aus England mit jeweils 5-7 Teilnehmer). Die Teilnehmer dürfen nicht überwiegend aus der administrativen Position, nicht aus gleicher Arbeitsgruppe oder Team stammen und sie müssen Erfahrungen mitbringen in den Bereichen Tagespflege, Pflegeheim, Pflege zu Hause und im Umgang mit demenzkranken Menschen in allen Stadien.</p>
<p>Methode: Für beide Fokusgruppen gab es zwei Diskussions-Sitzungen, die durch einen Moderator und einem Beobachter geführt wurde. In der ersten Sitzung wurde eine demenzkranke Person durch eine Bandaufnahme gezeigt, welcher klagte und evtl. schreite. Der Fokus lag auf dem emotionalen Aspekt der Arbeit, wobei erfragt wurde, was es bei ihnen auslöste. Anschliessend bezog sich die Diskussion auf Faktoren, welche die Pflege mit demenzkranken Menschen schwierig machte. Nach der Sitzung fassten der Moderator und der Beobachter die diskutierten Themen zusammen, um die zweite Sitzung zu eröffnen. Die zweite Sitzung diente zur Untersuchung der vorgehobenen Themen. Die Diskussion wurde mit Tonband aufgenommen und schwedisch und englisch transkribiert.</p>
<p>Instrumente: Die Ergebnisanalyse erfolgte anhand der Inhalts-Analyse, wobei die Inhalte der Diskussion und die genannten Erfahrungen in der Pflege und im Umgang mit Demenzkranken analysiert wurden. Der Text wurde mehrmals vom Erst- und Zweitautor gelesen, um den Sinn des Textes herauszufinden, den Sinn in Verbindung mit dem Ziel der Studie zu setzen und die Bedeutungen in Kategorien zu stellen. Für eine umfassende Darstellung der Erfahrungen wurden Kategorien und Subkategorien erstellt, welche durch andere Autoren gutgeheissen wurden. Durch beide Autoren wurde auf Englisch und jeweils durch einen Autor auf Schwedisch und Dänisch analysiert und gelesen.</p>
<p>Ergebnisse: Trotz unterschiedlicher Pflegesysteme berichteten die Teilnehmer über die Belastungen in ihrer Arbeit einheitlich. Die Analyse identifizierte ein beherrschendes Thema, das die Hauptursache für die Belastung ist: Der Wunsch das Beste für die Bewohner zu tun, ihr Leiden zu lindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Dies kann aufgrund einiger Faktoren nicht erfüllt werden. Somit wollen Pflegende mehr machen, als aktuell möglich ist. Die Ergebnisse sind in 2 Hauptkategorien eingeteilt;</p> <p>1) Belastungserfahrung in Verbindung mit Umfeld-Faktoren: Hierbei wurden die Themen <u>System</u> (zu wenig Ressourcen und Chancen, Zeitmangel, zu wenig Unterstützung), <u>Einstellung und Verhalten anderer Mitarbeiter</u> (zu wenig Fachwissen und Fähigkeiten über Demenz der Mitarbeiter, nicht unterstützt werden, abwertende Meinungen und Verhalten gegenüber Heimbewohner), <u>Bevölkerung</u> (keine Anerkennung erhalten von Freunden oder anderen Pflegebereiche, bestehendes Unwissen), <u>eigene Familie</u> (Arbeit und Familie trennen, bedrückende Situation zu Hause beeinflusst Arbeit und umgekehrt, schwierig nach hartem Arbeitstag die Rolle zu Hause wieder zu übernehmen), <u>Angehörige des demenzkranken Menschen</u> (Wissensmangel in schwierigen Situationen, Situationen nicht verstehen können, beschuldigt werden) und die <u>Komplexität der Situation</u> als belastende Aspekte diskutiert.</p> <p>2) Belastungserfahrungen bei der Pflege von demenzkranken Menschen: Hierbei entstanden drei Subkategorien der Hauptursache von Belastung in der Begegnung mit Demenzkranken: <u>„unfähig erreichen zu können“</u> (Aufgrund kommunikativen Barrieren schwierig zu verstehen, was die demenzkranke Person braucht und was die Ursache für das Leiden ist,</p>

zu wenig Informationen über die Lebensgeschichte der Person, schwierig Bedürfnisse zu interpretieren, nicht wissen was im Moment das Beste ist, keine Linderung geben können, gezwungen gegen den Willen der Person zu agieren) „zu schützen versuchen“ (in heiklen Situationen helfen die Würde zu behalten – sexuelles Verhalten, auskleiden...-, Schutz vor anderen Mitmenschen, Schutz beim Realitätsverlust, Leiden nicht lindern können bei klaren Momente), „Gleichgewicht halten der konkurrierenden Bedürfnisse“ (Vorhandensein von unterschiedlichen Bedürfnisse bei demenzkranken Menschen, nicht-demenzkranken Heimbewohnern, Angehörige, Mitarbeiter, System, das Abwägen zwischen Sicherheit und Verbesserung der Lebensqualität und Handeln nach dem Wohlbefinden aller Personen – z.B. bei Verhaltenssymptome. Ethische Schwierigkeiten, die zu Dilemmas führen oder auch Konflikte erschwert das Handeln nach den Bedürfnissen und dem Wohlbefinden.) Die Verhaltensauffälligkeiten, wie Schreien, Aggression, wiederholendes Fragen, in Zusammenhang mit Demenz wurden wenig diskutiert. Meist wurde dies in Verbindung gebracht mit nicht verstehen zu können, was die Person damit ausdrücken möchte oder was sie braucht.

Ethik: Die Studie wurde durch das ethische Komitee Lund Universität Schweden genehmigt und mit den Einladungen zur Teilnahme und Unterschrift wurde die Freiwilligkeit erhoben.

Limits: In der Studie liegt das methodische Limit im Fokus-Gruppen-Formt, da sich die Teilnehmer selbst ausdrücken müssen. So können sie durch die Anwerbung vom persönlichen Wissen der Moderatoren und der Mundpropaganda beeinflusst werden. Trotz der ungewöhnlich positiven Ergebnisse gibt es weitere Belastungsindikatoren, die hier nicht erfasst wurden. Transferfähigkeit und Vertrauenswürdigkeit sind durch die unterschiedlichen Settings gestärkt.

Kritische Beurteilung nach Behrens & Langer (2004): Die Studie erhielt 9 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. Abzug und Kritik gab es in den folgenden Bereiche: Ob und in wiefern eine Literaturrecherche durchgeführt wurde, ist nicht beschrieben. Durch die Einleitung und Diskussion kann es jedoch angenommen werden; die Teilnehmer, das Umfeld und die Forscher wurden kaum beschrieben; die Datensammlung erfolgte nicht bis zur Sättigung. Mit anderen Methoden und mit grösserer Stichprobe könnten noch weitere Informationen erfasst werden; die Ergebnisse konnten nur teilweise mit Studien bestätigt werden.

<p>Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Larisson, S. (2008). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. <i>Journal of Nursing Management</i> 17, 59-65.</p>
<p>Ziel: Erforschen der Einflussfaktoren von empfundener Arbeitsbelastung bei Pflegenden in der Pflege von demenzkranken Menschen.</p>
<p>Design: Quantitative Studie; korrelativ-prospektive Querschnittsstudie.</p>
<p>Setting: Pflegeheime von Menschen mit Demenz im Norden von Schweden. Die teilnehmenden Wohn-Demenz-Einheiten hatten zwischen 6-14 Betten.</p>
<p>Stichprobe: 344 Pflegenden (dipl. Pflegepersonen Grad 1 und 2 & Pflegehilfen) aus 40 Pflegeheimen.</p>
<p>Methode: Die Pflegenden erhielten einen Fragenbogen mit 17 Items zur Arbeitsanforderung, Arbeitskontrolle und soziale Unterstützung anhand einer 4-Punkten-Skala. Mittels zwei visuellen Analogskalen wurden das wahrgenommene Pflegeklima und das eigene Wissen in der Pflege von demenzkranken Menschen gemessen. Weiter wurde erfasst, ob sie die Möglichkeiten hätten, schwierige und ethische Konflikte zu diskutieren und ob sie arbeitsplatz-basierende Bildung hatten oder nicht. Demografische Daten wurden auch erfasst. Zur Analyse wurden zwei Gruppen gebildet mit hoher bzw. tiefer Arbeitsbelastung, wobei die Ergebnisse des Fragebogens und die Eigenschaften des Personals zwischen diesen beiden Gruppen verglichen wurden.</p>
<p>Instrumente: <u>Arbeitsbelastungsmodell (Bedarfs-/Kontrollmodell von Arbeitsbelastungen) von Karasek & Theorell:</u> Zur Erforschung der Verbindung zwischen psychologischen Eigenschaften des Arbeitsumfeldes und der menschliche Gesundheit. <u>Zweidimensionale Korrelationsanalyse:</u> Zum Aufzeigen der Zusammenhänge der unabhängigen und abhängigen Variablen. <u>Multiple Regressionsmodell:</u> Zur Bewertung der Variablen und Identifikation der Einflussfaktoren für Arbeitsbelastung. <u>„Pearson’s product-moment correlation“:</u> Zur Beschreibung der Statistik und der Beziehung der Variablen.</p>
<p>Ergebnisse: Die Resultate können in drei Bereiche eingeteilt werden: <u>Arbeitsanforderung:</u> Die meist genannten Aussagen sind: ihre Arbeit verlangt ein sehr schnelles Arbeiten (84.4%); die Arbeit ist hart (75.9%); bringt zu hohe Anstrengungen mit sich (72.4%); es bestehen oft konfliktreiche Anforderungen (67.5%); es ist zu wenig Zeit vorhanden, um alle Aufgaben erledigen zu können (72.7%). <u>Arbeitskontrolle:</u> Die meist genannten Aussagen sind: es sei nötig, Neues zu lernen (75.7%); es braucht Fähigkeiten (96.8%) und Kreativität (99.1%); 86.9% haben die Freiheit zu entscheiden, wie sie die Arbeit und 72.7% was sie in der Arbeit erreichen möchten. In der Gruppe der höheren Arbeitsbelastung ist die Arbeitsanforderung höher und die Kontrolle tiefer. <u>Arbeitsbelastung:</u> Es ergaben sich vier Komponente, die mit höherer Arbeitsbelastung assoziieren: wenig Bildung, schlechtes Arbeitsklima, zu wenige Möglichkeiten zur Diskussion über schwierige und ethische Konflikte in der Arbeit und junges Alter. Wissen über die Pflege von demenzkranken Menschen, Weiterbildungen, Geschlecht und Arbeitserfahrungen zeigte keine Signifikanz zur Arbeitsbelastung.</p>
<p>Ethik: Die Studie wurde durch das ethische Komitee der Umea Universität von Schweden genehmigt.</p>
<p>Limits: Es scheint, als gäbe es noch weitere belastungsfördernde Aspekte, welche mit dem Regressionsmodell nicht erfasst werden konnten. Die Reliabilität der Fragebögen über Anforderung und Kontrolle ist in der schwedischen Sprache im Gegensatz zur französischen und finnischen Version tief, was weitere psychometrische Evaluationen verlangt.</p>
<p>Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 11.5 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. In folgenden Bereichen gab es Abzüge: Die Stichprobe ist repräsentativ und die Grösse ist angemessen. Doch in der Studie gibt es keine weiteren Angaben zu Auswahl und Methode, was nicht ausreichend erscheint.</p>

Auch das Forschungsdesign wird nicht beschrieben und begründet. Es fehlt die Nachvollziehbarkeit, obwohl die Autorin dies herauslesen kann und die Abfolge logisch aufgebaut ist. Über die Gefahren und Kontrollen der internen Validität wurde nicht explizit erwähnt. Die Variablen wurden untersucht. Doch mit anderen Instrumenten könnten evtl. weitere Aspekte herausgefunden werden. Die Einflussfaktoren scheinen aber der Realität. Die externe Validität wurde ebenfalls nicht beschrieben. Durch die grosse Stichprobe und die bereits vorhandenen Studien zu dieser Thematik kann von einer Verallgemeinerung ausgegangen werden. In der Studie sind keine Informationen vorhanden, ob und wie die informierte Zustimmung der Pflegepersonen eingeholt wurde. Daher muss angenommen werden, dass dies nicht erfolgte. Die Reliabilität und Validität der schwedischen Form der Fragebögen sind tiefer als die französische und finnische Version. Für die Studie reicht es aus, doch es braucht weitere psychometrische Evaluationen für die schwedische Form.

<p>Gruss, V., McCann, J.J., Edelman, P. & Farran, C.J. (2004). Job stress among nursing home certified nursing assistants. Comparison of empowered and nonempowered work environments. <i>Alzheimer's Care Quarterly</i> 5 (3), 207-216.</p>
<p>Ziel: Identifikation von vorhandenen oder fehlenden 6 organisatorische stärkende Faktoren in 2 getrennten Einrichtungen in einem Langzeitpflegeeinrichtung um festzustellen, ob eine Einrichtung als stärkend (empowered) oder nicht-stärkend (non-empowered) gilt und Messung des Arbeitsstresses in der Demenzpflege bei zertifizierten Pflegehilfskräften (CNAs) und Ermittlung von Unterschiede bei den Stressoren in den 2 Arten der Einrichtungen (empowered vs. non-empowered).</p>
<p>Design: Quantitatives und qualitatives Design.</p>
<p>Setting: 2 unterschiedliche städtische Demenzpflegeeinrichtungen in Midwestern. <i>Einrichtung 1:</i> demenzspezifische physikalische Anpassung und kulturelle Veränderungen in der Einrichtung; <i>Einrichtung 2:</i> traditionelle Demenzpflegeeinrichtung ohne spezielle Anpassungen und Veränderungen.</p>
<p>Stichprobe: 27 zertifizierte Pflegehilfskräfte (CNAs).</p>
<p>Methode und Instrumente: Die Studie ist Teil einer grösseren Studie. Die Datenerfassung erfolgte anhand Interviews und Fragebögen. Zuerst erfolgen die Interviews anhand strukturierten Fragen zu den 6 organisatorischen stärkenden Faktoren, um herauszufinden, ob die Einrichtungen stärkend oder nicht-stärkend sind. Es wurden zwispältige Daten von 5 stärkenden Faktoren (Arbeitsressourcen, Bildungsmöglichkeiten, Informationen, Teilnahme in der Entscheidungsfindung, Arbeitsautonomie) zusammengefasst als Häufigkeitsverteilung jeder Einrichtung. Die Frage über das Vorhandensein von "Unterstützung durch die Führung" konnte mittels 10-Punkte-Skala beantwortet werden. Die Häufigkeitsverteilung und Durchschnittswert wurden dann zwischen den beiden Einrichtungen verglichen. Der zweite Schritt lag in der Messung des Arbeitsstresses in der Demenzpflege, um herauszufinden, ob sich die Stressoren in den beiden Einrichtungen unterscheiden. Dies erfolgte anhand eines Fragebogens mittels dem CSQ ("Caregiver Stress Questionnaire"), welcher 36 Items beinhaltet zu zwei Aspekte von Stress beim Pflegepersonal (arbeitsbezogener und personeller Stress). Für diese Studie wurden jedoch nur 19 Items gebraucht zu arbeitsbezogenem Stress. Die Pflegenden wurden gebeten, die 5 stressvollsten Faktoren in ihrer Arbeit zu benennen. All genannten Stressoren wurden gesammelt und nach Anzahl in eine Liste aufgeführt, wodurch der Prozentsatz ausgerechnet werden konnte. So konnten die 5 häufigst genannten Stressoren identifiziert und zwischen den beiden Einrichtungen verglichen werden. Angewendet wurde eine qualitativ explorative Analyse.</p>
<p>Ergebnisse: <u>Organisatorische stärkende Faktoren:</u> Beide Einrichtungen berichten über positive gleiche Bildungsmöglichkeiten und Unterstützung durch Führungskräfte. In der Einrichtung 1 bestehen mehr Arbeitsressourcen und Informationen als in der zweiten. Auch sind Pflegenden aus der Einrichtung mehr in die Entscheidungsfindung einbezogen als die andere. Die Arbeitsautonomie wurde in der Einrichtung 2 nicht gemessen. Bei der ersten gaben über 80% das Vorhandensein dieses Aspektes an. (Die Ergebnisse sind limitiert, weil 50% der Pflegenden aus der Einrichtung 1 diese Frage nicht beantworteten). Dies zeigt, dass in der Einrichtung 1 5 von 6 stärkende Faktoren vorhanden sind (=empowered Einrichtung), in der zwei hingegen nur 2 von 6 Faktoren (=non-empowered Einrichtung). <u>Stress:</u> Die 5 meist genannten Stressoren in der Einrichtung 1 sind: Stürze und Unfälle der Heimbewohner, sture und uncooperative HB, terminale Krankheiten und sterbende HB, depressive HB und Tod als emotionaler Stress. In der Einrichtung 2 sind es: niedriger Lohn/Gehaltsentschädigung, beleidigende HB, hohe Arbeitsbelastung und schwierige Aufgaben, Meinungsverschiedenheiten mit den Kollegen und Personalmangel. Einrichtung 1 berichtete somit mehr über bewohnerbezogene Faktoren, welche das physische und mentale Wohlbefinden des HBs betrifft, und Einrichtung 2 mehr über arbeitsbezogene Faktoren, welche negative Arbeitseigenschaften betreffen.</p>
<p>Ethik: Bei den Pflegepersonen wurden schriftliche Zustimmungen eingeholt. Die Teilnahme war</p>

freiwillig und anonym.

Limits: Eine genannte Limitation liegt darin, dass die Interviewfragen nicht spezifisch für die Messung von organisatorische stärkende Faktoren entworfen wurden. Die Interpretation der Fragen und die Darstellung der einzelnen organisatorischen stärkenden Faktoren sind daher möglicherweise unvollständig, da in der Studie die sekundäre Datenanalyse erfolgte. Die Frage über die Arbeitsautonomie wurde in der Einrichtung 2 von 50% der Teilnehmenden nicht beantwortet. Daher ist das Ergebniss diesbezüglich limitiert.

Kritische Beurteilung nach Long (2005): Die Studie erhielt 10.5 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. Abzüge gab es in folgenden Bereichen: Die vorliegende Studie (Pilotstudie) ist Teil einer grösseren Studie, von der die Ziele nicht beschrieben sind, sondern nur die Methode der Datenerhebung. Der Zeitraum der Durchführung dieser Studie ist nicht ersichtlich. Die Ergebniskriterien sind nicht explizit beschrieben. Doch die Datenerhebungen und die Analyse ist klar beschrieben und begründet. Es wurden informierte Zustimmungen eingeholt und die Freiwilligkeit/Anonymität wurde gesichert. Ob eine Genehmigung durch ein ethisches Komitee eingeholt wurde, ist nicht bekannt. Könnte evtl. in der grösseren Studie erfolgt sein.

<p>Kristiansen, L., Hellzén, O. & Asplund, K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> 1, 245-256.</p>
<p>Ziel: Die Beschreibung der Erfahrung von Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal in zwei Wohngruppen von demenzkranken Menschen mit Verhaltensstörungen.</p>
<p>Design: Qualitative phänomenologische Studie.</p>
<p>Setting: Zwei Wohngruppen von demenzkranken Menschen in Schweden.</p>
<p>Stichprobe: 20 Pflegepersonen und 20 Bewohner (16 aus einer und 4 aus der anderen Wohngruppe) mit unterschiedlichen Demenzarten.</p>
<p>Methode & Instrumente: Der erste Autor führte mit jedem der 20 Teilnehmer ein narratives Interview durch, jeweils während der Arbeitszeit auf der jeweiligen Abteilung und dauerte durchschnittlich 35 Minuten. Das Interview beinhaltete vier offene Fragen über die Erfahrung mit der Arbeitszufriedenheit, Reflexion über die eigene Beteiligung im Pflegeheim, was gut und nicht gut ist in der Arbeit, ob sie beabsichtigen in der Arbeitsstelle zu bleiben und warum oder warum nicht. Zusätzlich wurden ergänzende Fragen geklärt. Die Ergebnisse wurden anhand der thematischen Kontextanalyse analysiert, um die Bedeutungen zu identifizieren. Zuerst wurden die wörtlich transkribierten Inhalte mehrmals gelesen, die wichtigen Themen und Aussagen zusammengefasst und dann Kernthemen, Haupt- und Unterkategorien gebildet. Um die Glaubwürdigkeit und die Vertrauenswürdigkeit zu sichern, wurden die Transkripte durch den zweiten Autor gelesen und die Kern- und Unterthemen überprüft und verglichen, damit gewährleistet werden kann, dass wichtige Inhalte nicht übersehen oder unnötige nicht integriert werden. Am Schluss besprachen die beiden Autoren ihre Ergebnisse gemeinsam.</p>
<p>Ergebnisse: Das Kernthema der Ergebnisse ist: Arbeitszufriedenheit ist ein Prozess der Bewegung zwischen Abbau und manchmal Aufbau der arbeitenden Person. Es wurden sechs Hauptthemen herauskristallisiert, die wiederum in Unterkategorien zugeordnet wurden. <u>„Ausgesetzt sein“:</u> Die Teilnehmer berichteten über unterschiedliche psychologische und physische Belastungen, v.a. im Zusammenhang mit der Interaktion mit den Bewohnern; Die Arbeit mit demenzkranken Menschen erfordert viel Geduld, was viel Energie kostet. Die Müdigkeit führt zu einer Senkung der Geduld und die Pflegenden können das belastende Verhalten der Bewohner weniger tolerieren und können weniger Verständnis aufbringen. Die folgenden Verhaltensmerkmale der Bewohner führen zu Belastungen, Überforderung, Missbrauch und Demütigung der Pflegenden; Aggression, Unzufriedenheit, fordernd sein, schreien, brüllen, beschimpfen, schlagen, kratzen, spucken etc. Die Umgebung ist oftmals laut, was das Verhalten der Bewohner noch fördert. <u>„Ungenügend sein“:</u> Nicht nur das Verhalten der Bewohner beeinflussen die Arbeitszufriedenheit und den beruflichen Stress. Auch organisatorische Aspekte, wie reduziertes Personal und wirtschaftliche Ressourcen, Zeitmangel oder verschlechterte oder veränderte Arbeitsbedingungen führen zu zusätzlicher Belastung. Viele Teilnehmer haben das Gefühl, oftmals nur auf die grundlegendsten körperlichen Bedürfnisse der Bewohner einzugehen, auch weil verhaltensauffällige Bewohner mehr aufmerksam und Zeit verlangen. So kommen andere zu kurz. Andere Bewohner können nicht immer vor Angriffe anderer Bewohner geschützt werden. Dies führt oft zu schlechtem Gewissen beim Pflegepersonal, sie sind unzufrieden und fühlen sich verwundbar. <u>„Nicht geschätzt werden“:</u> Einige haben das Gefühl, zu wenig Anerkennung zu erhalten von den Vorgesetzten. Ständig geht es um die Kosten. Die Pflegenden fühlen sich selbst als wirtschaftliche Belastung. Sie haben keinen Einfluss auf die Arbeitssituation und es wird ihnen nicht zugehört. Sie erhalten zu wenig Unterstützung. Dies fördert die Belastung bei den Pflegenden. <u>„Zweifel an sich selbst und andere“:</u> Die Ergebnisse deuten auf eine Art Missvertrauen der Pflegenden auf sich, auf die Bewohner und auf die Institution, was bei ihnen zu Unsicherheiten führen. Durch die Verhaltensstörungen der Bewohner stossen die Pflegenden oft an ihre Grenzen. Sie sind unsicher, wie lange sie diese Attacken aushalten, ohne selbst anzugreifen. Sie haben Angst vor dem Kontrollverlust. Auch die ständigen Veränderungen der Organisation verunsichern, da sie</p>

nie wissen was als nächste geschieht. „Respektiert und geschätzt“: Die meisten Teilnehmer fühlen durch die Mitarbeiter ein starkes Gefühl von Gegenseitigkeit, wodurch sie sich aufeinander verlassen können und sich helfen. Dies sei eine der wichtigsten Ressourcen, welche Zuversicht gibt, um die Arbeit bewältigen zu können und um am Arbeitsplatz zu bleiben. Für die Pflegenden ist es wichtig, von den Bewohnern geschätzt zu werden. Trotz den negativen Ergebnissen gibt es Zeiten, in denen Bewohner Dankbarkeit ausstrahlen und so viel zurückgeben; z.B. mit einem Lächeln fühlen sich die Pflegenden zufrieden. Im Allgemeinen lieben sie ihre Arbeit, Vertrauen in ihre Rolle, sind an ihrer Person gewachsen und wissen, was sie im Moment leisten können und was nicht. Dies führt bei den Pflegenden zu einem Gefühl von Unabhängigkeit. Ein vertrauensvoller Vorgesetzter leistet einen positiven Beitrag zur Arbeitszufriedenheit. Die Grösse der Wohngruppe wird als organisiert beschrieben. „Den Bewohnern gewidmet sein“: Einige Teilnehmer berichteten über eine starke und emotionale Beziehung zum Bewohner, da sie manchmal die Rolle der Verwandten übernehmen. Trotz der häufig schwierigen Arbeit mit demenzkranken Menschen sehen die Pflegenden ihre Pflicht darin, sie in Würde zu pflegen, ihr Recht auf ein möglichst angenehmes Leben zu gewährleisten und sie im Sterbeprozess zu begleiten.

Ethik: Die Befragten wurden zuerst informiert und gaben dann die informierte Zustimmung, wobei die Vertraulichkeit garantiert wurde. Die Genehmigung zur Studie gab das Komitee der medizinischen Fakultät der Umea Universität.

Kritische Beurteilung nach Beherens & Langer (2004): Die Studie erhält 11.5 Punkte und wird somit in die Literaturübersicht einbezogen. Im folgenden Bereich gab es Abzug: In der Einführung ist eine Literaturrecherche ersichtlich, jedoch nicht näher beschrieben. Der Zeitpunkt der Recherche ist unbekannt. Bei allen anderen Kriterien konnte die maximale Punktezahl erlangt werden.

Morgan, D.G., Semchuk, K.M., Stewart, N.J. & D'Arcy, C. (2002). Job Strain Among Staff of Rural Nursing Homes – A Comparison of Nurses, Aides, and Activity Workers. JONA 32 (3), 152-161.

Ziel: Die Einschätzung des Arbeitsbelastungslevel beim direkten Pflegepersonal in kleinen ländlichen Pflegeheimen und die Erforschung der Unterschiede zwischen den Pflegepersonengruppen (dipl. Pflegepersonal, Pflegehilfen und Mitarbeiter der Aktivierungstherapie).

Design: Quantitatives und qualitatives Design.

Setting: 7 Pflegeheime in einem ländlichen Bezirk von Kanada (in Saskatchewan) mit 17-36 Betten.

Stichprobe: 107 Bewohner, die die DSM-4-Kriterien von Demenz erfüllten und 110 Pflegenden (Krankenschwestern, Pflegehilfen und Aktivierungstherapeuten).

Methode: Die Studie ist das Ergebnis gemeinschaftlichen Entwicklungsprozesses, in dem nach Input von Entscheidungsträgern gesucht wurde, welche alle 30 Bezirke präsentierte und andere Ziele verfolgten (z.B. Anzahl demenzkranker Menschen in allen 30 Bezirken). Die Durchführung dieser Studie orientierte sich nur nach den Arbeitsbelastungen, wobei nur Messarten verwendet wurden, die zu diesen eine Verbindung aufweisen: **Chart review (Tabelle);** Zur Ermittlung der Anzahl demenzkranker Menschen wurden demografische und diagnostische Informationen aus ihren Dossiers genommen. Die Pflegedienstleitungen ermittelten anhand einer 7-stufigen Einschätzungsskala, welche Bewohner die Kriterien einer Demenz nach DSM 4 erfüllen. **Fokusgruppen;** Aufgrund limitierten Untersuchungen in der ländlichen Demenzpflege wurden Forschungsfokusgruppen durchgeführt mit sieben Kategorien von formellen und informellen Pflegenden. Der Artikel konzentrierte sich jedoch nur auf die Erkenntnisse der Fokusgruppen der direkten Pflegepersonen aus den sieben Pflegeheimen, in denen die Arbeitsbelastung ein wichtiges Thema ist. Die Zustimmungformulare und Informationen wurden dem Pflegepersonal zugeschickt. Aus den zurückgegebenen Zustimmungen wurden randomisiert Gruppen gebildet, so dass in jeder Fokusgruppe die jeweilige Einrichtung vertreten ist. Bevor andere Daten erhoben wurden, wurde ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt, bezogen - mit der Möglichkeit einer Diskussion - zu arbeitsbezogenen Fragen und der Pflege von demenzkranken Menschen. Die Ergebnisse wurden wörtlich mit dem Tonband transkribiert. In der Analyse wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht, um dann theoretische Kategorien zu bilden. **Schriftliche Befragung;** Erfolgt anhand eines Fragebogens zu demografischen Daten, Arbeitszufriedenheit, psychologische und soziale Strukturen der Arbeitsumgebung, Entscheidungsautorität und ‚skill discretion‘ (Urteilsfähigkeit). Der Fragebogen wurde an alle Pflegepersonen aller Einrichtungen versendet.

Instrumente: Zur Einschätzung des Demenzstadiums: Global Deterioration Scale. Für die Interviews in den Fokusgruppen wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden verwendet. Die Analyse und die Kategorisierung der Interviews erfolgte unter Verwendung der Grounded Theory Methode. Zur schriftlichen Befragung wurden Fragebögen eingesetzt mit Items zu demografischen Eigenschaften und psychologische und soziale Strukturen der Arbeitsumgebung. Beim zweiten wurde „the Job Content Questionnaire (JCQ)“ (ist aus dem „demand-control model of job strain“) eingesetzt für die Arbeitsbelastung mittels einer 4-Punkte-Skala. Dabei wurden die Unterskalen psychologische Arbeitsanforderung, Entscheidungsautorität und skill discretion (Urteilsfähigkeit) des JCQ verwendet. Die Daten der Arbeitsbelastung wurden durch zwei Ansätze berechnet: mithilfe des Quotient-Modells und der Varianzanalyse (ANOVA). Zur weiteren Analyse wurde der Post-hoc Scheffé test und die multivariate Analyse der Varianz (MANOVA) verwendet.

Ergebnisse: Aus den Interviews: Das Thema Stress war ein grosses Thema. Es kristallisierten sich drei Hauptursachen für den Stress: Arbeitsbelastung, unzureichende Fähigkeiten und die Integration der demenzkranken mit anderen Heimbewohnern; **Arbeitsbelastung;** Ist der Hauptfaktor für Arbeitsstress; unzureichender Personalbestand, sich gehetzt fühlen und Angst

haben den Arbeitsanforderungen nicht mehr gerecht zu werden, sehr schnell arbeiten müssen, Zeitmangel, widersprüchliche Anforderungen, sich unter Druck fühlen. **Mangelnde Fähigkeiten:** Vor allem Pflegehilfen haben das Gefühl, zu wenig Fähigkeiten zu haben in der Pflege von demenzkranken Menschen, was zu Belastung beiträgt. Die Teilnehmer wünschten mehr demenzbezogenes Training, doch es bestehen einige Barrieren. **Integration der Heimbewohner:** Bei integrierten demenzkranken Heimbewohnern ist es schwierig, dessen Bedürfnisse zu erfüllen. Die Bedürfnisse der unterschiedlichen Bewohner führen oft zu Konflikte. Aufgrund Zeitmangels können den Bedürfnissen nicht nachgegangen werden, die Unterstützung, Sicherheit und Lebensqualität kommt zu kurz und es kann die Agitation fördern, was wiederum Stress auslöst. Die Integration führe unter den Bewohnern auch zu Gewaltakte. Teilnehmer aus spezialisierten Demenzabteilungen äusserten weniger Stress und bessere Zufriedenheit.

Aus den Fragebögen: Diplomierte Pflegepersonen erleben eine tiefe psychische Arbeitsanforderung und einen hohen Entscheidungsspielraum (inkl. Entscheidungsautorität und Urteilsfähigkeit), was im JCQ eine tiefe Belastung bedeutet. Die Pflegehilfen erleben eine hohe psychische Arbeitsanforderung, einen tiefen Entscheidungsspielraum, was im JCQ mit hoher Belastung beurteilt wird. Die Aktivitätstherapeuten erleben eine hohe Arbeitsanforderung und einen hohen Entscheidungsspielraum, wobei diese im Aktiven Quadrant sind. In Bezug zur psychologischen Arbeitsanforderungen ist ein Unteritem signifikant: „Genug Zeit haben, um die Arbeit erledigen zu können“. In Bezug der Entscheidungsautorität sind zwei Aussagen signifikant: „Meine Arbeit lässt mich viele Entscheidungen selbst treffen“ und „In meiner Arbeit habe ich sehr wenig Freiheit zu entscheiden, wie ich meine Arbeit mache“. In Bezug zur Urteilsfähigkeit (skill discretion) sind ebenfalls nur zwei Items signifikant: „Ich lerne in meinem Beruf verschiedene Dinge“ und „mein Beruf verlangt von mir, kreativ zu sein“. Die Übereinstimmungen mit diesen Items sind in den Berufsgruppen unterschiedlich.

Im Allgemeinen erleben Pflegehilfen mehr Arbeitsbelastung, was sich durch eine verminderte Kontrolle spiegelt. Auch haben sie weniger Möglichkeiten, um eigenständig Entscheidungen zu treffen.

Ethik: Die Studie wurde durch das ethische Komitee von Saskatchewan (Kanada) genehmigt. Das Einsehen und Gebrauch von demografischen und diagnostischen Informationen der Bewohner wurden durch dessen Angehörige genehmigt. Die informierte Zustimmung bei den Pflegepersonen erfolgte anhand eines zugeschickten Formulars mit einem Informationsblatt.

Kritische Beurteilung nach Long (2005): Die Studie erhielt 10.5 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. Abzüge gab es in folgenden Bereichen: Das Setting wurde im Allgemeinen sehr gut aufgezeigt und beschrieben. Doch die Zeitspanne der Durchführung dieser Studie ist nirgends zu entnehmen. Die Stichprobe wurde ebenfalls gut beschrieben. Doch die Fokusgruppen wurden nicht adäquat beschrieben und in der Analyse verglichen. Daher fehlen die Nachvollziehbarkeit und die Beschreibung des Sinnes dieser Methode. Die Stichprobengröße der Pflegepersonen ist etwas gering, doch für die Analyse reicht sie aus.

<p>Morgan, D.G., Steward, N.J., D’Arcy, C., Forbes, D. & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 12, 347-358.</p>
<p>Ziel: Ist nicht als solches formuliert. Die Autoren wollen feststellen, ob es Unterschiede gibt zwischen Pflegehilfen in ländlichen Pflegeheimen von spezialisierten (SCUs) und von nicht-spezialisierten Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf Arbeitsbelastung, Aussetzung von störendem Verhalten, Aussetzung von aggressivem Verhalten und Distress durch die Aussetzungen. Zudem werden Beziehungen zwischen physischen Angriffen durch Bewohner untersucht, die potenziellen Einflussfaktoren für Angriffe in Bezug zur Art der Einrichtung.</p>
<p>Design: Quantitative Studie; korrelativ-prospektive Querschnittsstudie.</p>
<p>Setting: 8 ländliche nicht-spezialisierte Pflegeheimen (non-SCUs, 28-109 Betten) und 8 ländliche spezialisierte Pflegeheimen (SCUs, 31-100 Betten) in Saskatchewan (Kanada).</p>
<p>Stichprobe: 355 Pflegehilfen.</p>
<p>Methode: Die Datenerhebung erfolgte anhand eines Fragebogens, welcher 156 Fragen umfasst mit Items und Unteritems zu demografischen Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Arbeitsstatus, Arbeitszeit) Training (Grundlagen, Demenzpflegetraining, Zufriedenheit mit Zugang zu spezifischer Bildung), Arbeitsumgebung, Aussetzung von und Distress durch störendes und aggressives Verhalten (inkl. physische Angriffe) und Arbeitsbelastung. Bei der statistischen Analyse wurden all die genannten Variablen untersucht, Zusammenhänge geprüft und Kategorien gebildet. Auch die Eigenschaften der Bewohner wurden erfasst.</p>
<p>Instrumente: Fragen zu Training und Auswirkung vom ländlichen Standort; Items zu Grundlagen und Demenzpflegetraining, Zufriedenheit mit dem Bildungsprogramm anhand einer 5-Punkte-Skala. Zusätzlich Fragen zum Arbeitsort, zur Arbeitszeit und Arbeitswahl in den SCUs. <u>The Exposure to Disruptive Behaviours subscale</u>; Messung von 20 störenden Verhaltensweisen anhand einer 6-Punkte-Skala. Beinhaltet aggressive (verbal, physische, sexuelle) und unangenehme Verhaltensweisen (ärgerliche, nicht aber verletzende). Zudem konnte anhand einer 4-Punkte-Skala den Distress gemessen werden, indem die Pflegenden zu den 20 Verhaltensweisen jeweils sagen konnten, wie sie sich fühlen, wenn das Verhalten gegen sie gerichtet ist (<u>the Distress from Disruptive Behaviour subscale</u>). <u>The Exposure to Aggression during Caregiving subscale</u>; Zur Messung der Häufigkeit von aggressivem Verhalten während den Pflegeaktivitäten. Die Alpha Koeffizienten liegen zwischen 0.92 und 0.94. <u>The Job Content Questionnaire (JCQ)</u>; Bewertung von psychologischen und sozialen Strukturen des Arbeitsumfeldes mit Unterkategorien zu Arbeitsbelastung (psychologische Arbeitsanforderung; interne Reliabilität bei 0.71, Entscheidungsautorität; interne Reliabilität bei 0.75 und Skill Discretion; interne Reliabilität bei 0.63) anhand einer 4-Punkte-Likert-Skala. Die Arbeitsbelastung wurde mit dem Quotientenmodell berechnet. <u>Zur statistischen Analyse:</u> Chi-Quadrat-Analyse mit Kreuz-tabellen, t-test, logistische Regression, the Hosmer-Lemeshow test, one-way ANOVA, Scheffé’s procedure. <u>Erfassung der Bewohnereigenschaften:</u> the Global Deterioration Scale, mental status test.</p>
<p>Ergebnisse: <u>Bewohnereigenschaften:</u> In den SCUs zeigen laut Pflegenden die Bewohner mehr widerständiges Verhalten, mehr wanderndes Verhalten, brauchen aber weniger physische Einschränkungen als in nicht-SCUs. <u>Eigenschaften der Pflegehilfen:</u> Pflegenden in den SCUs geben mehr demenzspezifisches Training an als die in nicht-SCUs, jedoch haben Pflegenden in nicht-SCUs allgemein Training zu Aggression und Gewaltprävention. In beiden Einrichtungsarten sind die Pflegenden mehrheitlich unzufrieden mit dem Bildungsprogramm und mit den Ressourcen der Dementenpflege. Pflegehilfen in den nicht-SCUs fühlen sich zu wenig vorbereitet in der Pflege von demenzkranken Menschen. Die Wahrnehmung der Vorbereitung sinkt mit erhöhter Arbeitsbelastung. Je mehr Zeit in den SCUs verbringt, desto höher sind die Skill Discretion, tiefer die psychologischen Arbeitsanforderungen und weniger Arbeitsbelastung. <u>Aussetzung, Distress und Arbeitsbelastung:</u> Pflegenden aus den SCUs berichten über eine geringere Aussetzung von störendem Verhalten (inkl. Physische Aggression) und aggressivem</p>

Verhalten in den Pflegeaktivitäten und weniger Distress, wenn das Verhalten direkt auf sie gerichtet ist als bei denen in den nicht-SCUs, wobei sie auch tiefere psychologische Arbeitsanforderung und Arbeitsbelastung angeben. Physische Angriffe in den letzten 12 Monate: In den SCUs erlebten 64.5% physische Angriffe durch Bewohner und in den non-SCUs 73.4%. Nur wenige, welche angegriffen wurden, berichten über eine Zufriedenheit mit dem Zugang zu Bildungsprogrammen bzgl. Demenzpflege. Eine signifikant grössere Menge, welche angegriffen wurde, erlebt mehr Arbeitsbelastung als die, welche keine Angriffe erlebten. Zudem gaben angegriffene Pflegende häufiger an, zu wenig vorbereitet zu sein für die Pflege demenzkranker Menschen. Pflegende, welche ständig in der Pflege anwesend sind und welche eine höhere Arbeitsbelastung erleben, haben ein grösseres Risiko, angegriffen zu werden. Je höher die Wahrnehmung von Vorbereitung ist, desto tiefer ist dieses Risiko. Jedoch nur, wenn eine Unzufriedenheit mit dem Zugang zu Bildungsprogrammen besteht. Arbeitszeit in SCUs: Pflegende mit mittlerer und hoher Arbeitszeit erleben häufiger Angriffe durch Bewohner. Doch erleben sie weniger Distress durch störendes Verhalten, tiefere psychologische Arbeitsanforderung und weniger Arbeitsbelastung als solche, welche eine minimale Zeit in der Einrichtung arbeiten. Zudem erhöht höhere Arbeitszeit die Skill Discretion und senkt die Arbeitsanforderung.

Die Ergebnisse zeigen zudem auf, dass höhere Arbeitszeit, bestehende Arbeitsbelastung mit tiefer Entscheidungsautorität, Unzufriedenheit mit dem Zugang zu Bildungsprogrammen, Ressourcen der Demenzpflege und das Gefühl durch das Training nicht genügende vorbereitet zu sein für die Demenzpflege das Risiko für Angriffe durch Bewohner erhöht.

Limits: Die Autoren geben keine Limits an.

Ethik: Die Studie wurde vom universitären Verhaltenswissenschaftlichen Ethikvorstand von Saskatchewan genehmigt.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 11.5 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. In folgenden Bereichen gab es Abzüge: Das Problem ist klar beschrieben und der Sinn der Studie ist nachvollziehbar. Doch Ziele sind nicht als solches formuliert. Es bestehen keine expliziten Hypothesen oder Fragestellungen. Sie sind aber implizit erkennbar. Weder Grenzen der externen Validität noch Limits sind beschrieben oder erkennbar. Durch Ergebnisbestätigung durch andere Studien und angemessene Stichprobe darf jedoch von einer Verallgemeinerung der Ergebnisse ausgegangen werden. Die Studie wurde durch den Ethikvorstand genehmigt. Ob und wie informierte Zustimmungen eingeholt wurden, ist nicht ersichtlich. Die Autoren gaben nebst Limits auch keine Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten.

<p>Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C. & Aarland, D. (2009). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing home. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> 25, 789-797.</p>
<p>Ziel: Untersuchung der Verbindung von organisatorischen und psychosozialen Faktoren, Faktoren des Pflegepersonals und der Bewohner in Pflegeheimen mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden beim Pflegepersonal in Pflegeheimen.</p>
<p>Design: Quantitative Studie; korrelativ-prospektive Querschnittsstudie.</p>
<p>Setting: 13 Demenzzpflegestationen in 4 norwegischen Pflegeheimen.</p>
<p>Stichprobe: 211 Bewohner und 197 Pflegepersonen.</p>
<p>Methode: Die Erhebung der Agitation bei Bewohner erfolgte durch eine ausgebildete Pflegenden in Forschung mithilfe einem strukturierten Interview mit Pflegenden, die in der täglichen Pflege der Bewohner involviert sind. Danach ergänzte jede Pflegenden die Erhebung, indem sie anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala den wahrgenommenen Stress bei Agitation bewertete. Auch die Schwere der Demenz der Bewohner wurde erfasst. Die Faktoren der Pflegenden und die organisatorische und psychosoziale Faktoren wurden anhand Fragebögen erhoben. Weiter wurden anhand unterschiedlicher Messarten die Gesundheit und das Wohlbefindenden mit psychologischem Stress, wahrgenommenen Stress und die subjektiven Gesundheitsbeschwerden erfasst.</p>
<p>Instrumente: <u>Zur Messung der Agitation:</u> Cohen-Mansfield Agitation Inventory-Long form - CMAI; anhand einer 7-Punkte-Skala mit 29 Items zu agitiertem Verhalten. <u>Zur Messung der Schwere der Demenz:</u> Functional Assessment Staging – FAST. <u>Zur Erfassung der organisatorischen und psychosozialen Faktoren:</u> General Nordic Questionnaire for Psychosocial and Social Factors at Work – QPSNordic; mittels einer 5-Punkte-Likert-Skala mit 77 Items (statt 129 Items im Original). <u>Zur Messung der Gesundheit und des Wohlbefindens:</u> Perceived Stress Scale „PSS“ (Messung des wahrgenommenen Stressess anhand einer 5-Punkte-skala mit 10 Items), Psychologischer Stress anhand einer gekürzten Form des Hopkins Symptoms Check List „HSCL“ und subjektive Gesundheitsbeschwerden „SHC“ (Messung anhand Ursin Health Inventory, mit 16 Items zu körperlichen und psychosozialen Beschwerden in den letzten 30 Tagen). <u>Zur statistischen Datenanalyse:</u> Student's <i>t</i>-test, one-sample Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney <i>U</i>-test, Spearman rank correlation test, Hierarchical multiple Regressionsanalysen.</p>
<p>Ergebnisse: In Bezug zur <u>Gesundheit und Wohlbefinden</u> des Pflegepersonals: Die drei meist geäußerten Beschwerden beim <i>wahrgenommenen Stress</i>: „verärgert sein, weil die Dinge nicht unter Kontrolle sind“, „Gefühl von Stress und Nervosität“, „das Gefühl haben, mit den Dingen nicht fertig zu werden“. Im Bezug zum <i>psychologischen Distress</i>: „Schwierigkeiten mit Durch- und Einschlafen“, „Anspannung“, „sich selbst beschuldigen für Dinge“. Die drei meist genannten <i>körperlichen Beschwerden</i>: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Nackenschmerzen. Das Alter und die Schichtarbeit hatten eine signifikante Korrelation mit dem wahrgenommenen Stress und den subjektiven Gesundheitsbeschwerden, nicht aber die Agitation (wie in anderen Studien). In Bezug zu organisatorischen und psychosozialen Faktoren hat die Führung den signifikantesten Zusammenhang zum wahrgenommenen Stress, psychologischen Stress und subjektive Gesundheitsbeschwerden. Die Kontrolle in der Arbeit, Beherrschung der Arbeit, soziale Interaktionen (inkl. Unterstützung) und die organisatorische Kultur haben auf zwei der drei Messarten einen signifikanten Zusammenhang. Psychosoziale Faktoren haben den grösseren Einfluss auf den Stress als bewohnerbezogene Faktoren, wie die Schwere der Demenz oder Agitation.</p>
<p>Ethik: Um die Anonymität der Teilnehmer und die Validität der Ergebnisse zu sichern, wurden die Fragebögen zusammen mit einem bereits frankierten Rückumschlages direkt den Forschern zurückgesendet. Die Pflegepersonen gaben die informierte Zustimmung. Die Studie erhielt eine</p>

offizielle Genehmigung durch das Regionale Komitee der medizinischen Forschungsethik für das westliche Norwegen.

Limits: Aufgrund der Querschnittsdarstellung waren kausale Interpretation schwierig. Durch die subjektive Erhebung der Agitation besteht die Möglichkeit einer Verzerrung bei der Beurteilung der Agitation (evtl. ist das der Grund, warum in der Studie keinen Zusammenhang zwischen Agitation und Stress gefunden werden konnte).

Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 12.5 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht einbezogen. Abzüge gab es in folgenden Bereichen: In der Studie bestehen nur implizite Hypothesen in der Problembeschreibung und im Ziel. Weiter wurde das Forschungsdesign nicht näher beschrieben oder begründet. Es ist aber nachvollziehbar und es weist eine logische Abfolge auf. Die Variablen wurden untereinander untersucht. Die Gefahren werden mittels beschriebenen Limits dargestellt; in Bezug zur Agitation und Stress kann nicht beurteilt werden, ob es der Realität entspricht.

Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S.; Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontologist* 45 (1), 96-105.

Ziel: Untersuchung von ...

- ♣ Haltungen der Mitarbeiter in Langzeitpflegeinstitutionen gegenüber Demenz, dem erlebten Arbeitsstress und der Zufriedenheit in der Arbeit mit demenzkranken Menschen.
- ♣ unterschiedlichen Einrichtungstypen und Eigenschaften der Mitarbeiter.
- ♣ Ursachen für Stress, intervenierende Variablen, das resultierende Stresslevel und die Antwort auf Stress. Anregungsschritte, welche die Haltung, den Stress und die Zufriedenheit beeinflusst und Auswirkungen auf die Pflegequalität haben, werden miteinbezogen.

Design: Quantitative Studie; korrelativ-prospektive Querschnittsstudie.

Setting: 45 Langzeiteinrichtungen aus vier Florida, Maryland, New Jersey und Nord Carolina; 14 Einrichtung mit weniger als 16 Betten, 11 traditionelle Heimbetreuungen / betreutes Wohnen (RC/AL), 10 neue RC/AL und 10 Pflegeheime. Für die Analyse wurden die 4 kleinsten Einrichtungen ausgeschlossen. (Total 41 Einrichtungen).

Stichprobe: 421 zufällig ausgewählte Bewohner mit der Diagnose Demenz. 154 Mitarbeiter von 41 Einrichtungen; 11 Verwalter, 1 Krankenschwester, 1 lizenzierte Krankenschwester, 136 zertifizierte Pflegassistenten ohne zusätzlichem Zeugnis und 5 mit unbekanntem Status.

Methode: Die Studie ist Teil einer kollaborativen Studie der Langzeitpflege. Mittels eines mehrstufigen Klumpenstichprobefahrens wurden die einbezogenen Institutionen ausgewählt. Die Datensammlung erfolgte bei den Mitarbeitern durch Fragebögen anhand drei Messungen; „Ansätze zur Demenz (Approaches to Dementia)“: 19 einstellungsbezogene Items mit einer 5-Punkte-Skala. „Bestandaufnahme von Arbeitsstress (Work stress inventory)“: 45 Stressfaktoren mittels einer 5-Punkte-Skala - das Original wurde umgeändert und angepasst - mit Unterkategorien wie Bewohnerpflege, Ereignisse, Beziehung zu Mitarbeiter, Beziehung zu Arbeitsgeber, Arbeitsbelastung, Arbeitsplanung und physische Verfassung. „Mitarbeitererfahrung im Umgang mit demenzkranken Bewohner“: 21 Items mittels einer 4-Punkte-Skala zur Messung der Zufriedenheit mit Unterkategorien wie Feedback, Pflegeorganisation, Patientenkontakt, Bildung, eigene Erwartungen und Erwartungen an andere.

Direkt in der Pflege tätige Mitarbeiter gaben demografische Daten über sich und berichteten, wie gut sie sich trainiert fühlen, um Verhaltenssymptome, Depression, Schmerzen, Aktivitätsbeteiligung, Mobilität, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einzuschätzen und damit umzugehen. Die Administration gab Informationen über Grösse der Einrichtung, Alter & Status der Teilnehmer, ob eine spezielle Pflege für demenzkranke Menschen vorausgesetzt ist und über den Case-mix der Heimbewohner.

Die Analyse erfolgte in mehreren Schritten: Die demografischen Eigenschaften, der Arbeitsstress und die Zufriedenheit wurde anhand einer einfachen deskriptiven Statistik berechnet (Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentsatz). Die drei Messarten (siehe oben) wurden durch Gesamt- und Unterkategorien gemessen. Diese wurden durch „Cronbach's coefficient alpha“ berechnet. Zur Einschätzung der Zusammenhänge zwischen Haltung, Arbeitsstress und Zufriedenheit wurden die Scores mit der „Pearson Korrelationskoeffizienten“ berechnet. Die statistische Signifikanz der Korrelationen wurde durch das „allgemeine Linearmodell“ getestet. Das lineare Modell wurde auch zur Prüfung zweidimensionaler Zusammenhänge der abhängigen und unabhängigen Variablen gebraucht. Für einige Zusammenhänge in der zweidimensionalen Analyse wurden bei einigen abhängigen Variablen mehrere statistische Tests durchgeführt. Einige der unabhängigen Variablen wurden in einem einfachen Regressionsmodell eingeschätzt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse können in die drei Messbereiche eingeteilt werden: Haltung gegenüber demenzkranken Menschen. In älteren Einrichtungen bestanden weniger optimale Haltungen. Pflegenden, die seit unter zwei Jahren arbeiten, eine höhere Bildung oder die, welche sich besser geschult fühlen, haben eine bessere personen-zentrierte Haltung und sind

hoffnungsvoller; Stress: In spezialisierten Einrichtungen wird über mehr Stress berichtet. Auch in Pflegeheimen wird über mehr Stress berichtet als in kleinen spezialisierten Einrichtungen (<16 Betten). Männer, junge Mitarbeiter und bei denen, die weniger als 2 Jahren arbeiten, berichten öfters über Stress, als ältere Pflegenden und solche, die länger in der Langzeitpflege arbeiten. Zufriedenheit: Ältere Pflegenden sind zufriedener als Jüngere. Die sich gut geschult gefühlten Mitarbeiter sind zufriedener.

Die stärksten Zusammenhänge finden sich zwischen der personen-zentrierte Haltung und der Zufriedenheit. Zwischen Stress und Zufriedenheit besteht eine starke Verbindung.

Die Aspekte, welchen einen signifikanten Einfluss auf die drei oben erwähnten Komponenten haben, sind: Alter der Einrichtungen, Spezialisierung der Pflegeeinrichtungen, Eigenschaften der Bewohner, Alter der Pflegenden, Tätigkeitsdauer in der Langzeitpflege, Bildungsniveau, Schulung, Organisation/ Arbeitsplanung.

Ethik: Das Projekt wurde durch genehmigt durch das „Institutional review Boards of the Universities of North Carolina and Maryland.

Limits: Die Studie ist durch die Anzahl der teilnehmenden Pflegenden (154) von 41 Einrichtungen begrenzt. Die Anzahl der demenzkranken Menschen, die für die Studie berechtigt wurden, ist gering; in der Einrichtung mit 16 Betten sind es nur zwei und in grösseren nur 13. Durch die unterschiedlichen Einrichtungen und Grössen (54% sind spezialisierte Einrichtungen) braucht es weitere Untersuchungen, um das Verhältnis der spezialisierten Pflegeeinrichtungen in Bezug zu den Ergebnissen genauer darstellen zu können. Aufgrund der Selbstberichte können die Daten nicht auf die Realität übertragen werden, obwohl dies die beste Methode sei, um die Themen Stress, Zufriedenheit und Haltungen zu untersuchen. Trotz den Limits bietet die Studie das Verständnis von Haltungen und Wohlbefinden der Pflegenden, aber auch die Gelegenheit die Situation bei den Mitarbeitern und bei den Bewohnern zu verbessern.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo & Haber (2005): Die Studie erhielt 10 Punkte und wird somit in die systematische Literaturübersicht integriert. In den folgenden Bereichen gab es Abzüge: Das Problem und die Ziele sind klar formuliert und beschrieben. Doch es konnten nur implizite Hypothesen herausgelesen werden und sie zeigen lediglich bereits vorhandene Ergebnisse aus anderen Studien auf und erwähnen, dass dies die erste Studie sei, die die drei Variablen in Verbindung untersucht. Zudem besteht keine genaue Beschreibung zur Auswahl der einbezogenen Mitarbeiter, jedoch die Auswahl der Heimbewohner und der Institutionen wurden näher erläutert. Vielleicht kann dieses Vorgehen damit begründet werden, weil diese Studie ein Teil aus einer anderen Studie ist. Die Anzahl Mitarbeiter ist eher klein aber repräsentativ. Das Forschungsdesign wurde weder beschrieben noch begründet. Es ist jedoch ersichtlich und logisch aufgebaut. Die Forscher gaben keine genauen Informationen über Gefahren oder Kontrolle der internen Validität. Nur die Variablen wurden untersucht. Durch verschiedene Schritte in der Analyse könnte von geeigneten Kontrollen diesbezüglich gesprochen werden. Durch die oben erwähnten Limits ist eine Verallgemeinerung eher schwierig. Aus der Studie können keine Angaben über die Reliabilität und Validität herausgenommen werden; kann somit nicht beurteilt werden. Die Studie wurde durch das „Institutional review Boards of the Universities of North Carolina and Maryland“ genehmigt. Ob informierte Zustimmungen eingeholt wurden, ist nicht bekannt.

Anhang G: Selbständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Ort, Datum und Unterschrift

Wünnewil, den 5.10.2011