

**Risiko- & Schutzfaktoren der psychischen
Gesundheit humanitärer Einsatzhelfer: eine
systematische Literaturübersicht**

Bachelor-Thesis

von

Simona Aeschlimann

Bachelor 2011 – 2014

Erstgutachter: Ewald Schorro

Hochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Bachelor of Science in Pflege

30. Juni 2014

Dank

Gerne möchte sich die Autorin an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, welche ihr bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit mit motivierenden Worten zur Seite gestanden sind.

Ein besonderer Dank möchte die Autorin an den Erstgutachter, Herr Ewald Schorro richten, welcher diese Arbeit fachlich kompetent und mit unterstützenden, oft ermutigenden Ratschlägen begleitet hat.

Auch an Christina Kurzen und Marcel Aeschlimann richtet die Autorin ein herzliches Dankeschön für deren Korrekturlesen.

Abstract

Hintergrund: In jedem humanitären Einsatz werden die Teilnehmer mit herausfordernden Situationen konfrontiert. Diese können sich belastend auf deren psychische Gesundheit auswirken. Eine effektive Unterstützung der Einsatzteilnehmer ist deshalb wichtig.

Ziel: Das Ziel der Arbeit bildete das Erfassen möglicher Risiko- und Schutzfaktoren, welche die psychische Gesundheit der Teilnehmer eines humanitären Einsatzes beeinflussen könnten. Weiter sollten Empfehlungen bezüglich möglicher präventiver Massnahmen abgegeben und allfällige Lücken im Bereich der Erfassung der beeinflussenden Faktoren aufgezeigt werden.

Methode: Anhand einer systematischen Literaturrecherche auf den Datenbanken Pubmed, Medline, CINAHL und PsycINFO wurde der Forschungsfrage entsprechende Literatur zusammengestellt. Die zu betrachtende Population sind Teilnehmer humanitärer Einsätze, welche im Bereich der Pflege für die betroffene Bevölkerung tätig sind. Im Vorfeld definierte Ein- und Ausschlusskriterien wurden beachtet. Die Literatur wurde anhand von Beurteilungsinstrumenten kritisch betrachtet und analysiert.

Ergebnisse: Ein Gesamttotal von elf Studien wurde in die Übersicht miteingeschlossen. Folgende Risikofaktoren konnten von mehreren Autoren identifiziert werden: Gefühl der Unfähigkeit/fehlende Selbstverwirklichung, Gefährdung der Sicherheit, Konfrontation mit traumatischen Ereignissen, fehlendes soziales Netzwerk, weibliches Geschlecht, Führungsposition, psychische Erkrankung in der Vorgeschichte und eine zu hohe Arbeitsbelastung. Als Schutzfaktoren äussern jeweils mindestens zwei oder mehr Autoren ein unterstützendes soziales Netzwerk, positive Gefühle betreffend Einsatz, das Alter und effektive Copingstrategien.

Schlussfolgerung und Perspektiven: Es gibt eine grosse Anzahl an Risiko- und Schutzfaktoren, welche einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der humanitären Helfer haben können. Das Fehlen eines Risikofaktors kann in sich selbst einen Schutzfaktor bilden und umgekehrt. Weiterführende Forschungen zur Überprüfung der Effizienz der Unterstützungsangebote für die Einsatzteilnehmer sind notwendig.

Schlüsselbegriffe: Psychische Gesundheit – humanitäre Arbeit – Risikofaktoren – Schutzfaktoren – humanitäre Einsatzhelfer

Résumé

Problématique: En toute mission humanitaire, les participants sont confrontés à des situations difficiles. Cela peut avoir un impact négatif sur leur santé mentale. Un soutien efficace pour les participants est donc important.

Objectif: L'objectif de ce travail est la détection des facteurs de risque et des facteurs protecteurs qui pourraient influencer la santé mentale des participants d'une action humanitaire. Des recommandations de mesures préventives possibles sont émises, et certaines lacunes dans le domaine des facteurs d'influence sont discutées.

Méthode: Une recherche systématique de la littérature sur les bases de données PubMed, Medline, CINAHL et PsycINFO a été effectuée. La population observée pour ce travail se limite aux participants d'opérations humanitaires actifs dans le domaine des soins. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis et respectés lors de la recherche de littérature. Celle-ci a été examinée de façon critique sur la base d'outils d'évaluation.

Résultats: Onze études au total ont été considérées. Plusieurs auteurs ont relevés les facteurs de risque suivants: sentiment d'incapacité / absence de réalisation de soi, menace à la sécurité, confrontation avec des événements traumatisants, manque de réseau social, genre (féminin), leadership, maladie mentale antérieure et trop grande charge de travail. Au moins deux auteurs décrivent comme facteurs protecteurs: réseau social de soutien, sentiments positifs concernant l'action humanitaire, âge des participants et stratégies d'adaptation efficaces.

Conclusion: Il existe un grand nombre de facteurs de risque et de protection qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale des travailleurs humanitaires. L'absence d'un facteur de risque peut en soi constituer un facteur de protection et vice-versa. De futures recherches seraient nécessaires afin de pouvoir vérifier l'efficacité des services de soutien pour les participants d'une action humanitaire.

Mots clés: Santé psychique – travail humanitaire – facteurs de risque - facteurs protecteurs – travailleurs humanitaires

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	7
1.1 Problembeschreibung.....	7
1.2 Fragestellung.....	10
1.3 Ziele der Arbeit.....	11
1.4 Theoretischer Rahmen.....	12
1.4.1 Begriffsdefinitionen.....	12
1.4.2 Konzept Resilienz.....	14
2. METHODOLOGIE.....	17
2.1 Design.....	17
2.2 Suchstrategie.....	17
2.2.1 Datenbanken & Suchbegriffe.....	17
2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
2.2.3 Ethische Überlegungen.....	19
2.3 Prozess der Datensammlung.....	19
2.4 Analyse der Literatur.....	20
2.4.1 Raster zur kritischen Beurteilung der Studien.....	20
2.4.2 Vorgehen zur Synthese der Ergebnisse aus den Studien.....	21
3. ERGEBNISSE.....	22
3.1 Auswahl der Literatur.....	22
3.2 Übersicht der eingeschlossenen Literatur.....	23
3.3 Ergebnisse der Studien.....	24
3.3.1 Risikofaktoren.....	24
3.3.2 Protektive Faktoren.....	29
3.3.3 Einzelresultate.....	31
3.3.4 Unterschiede lokale Helfer - internationale Helfer.....	32
4. DISKUSSION.....	33
4.1 Diskussion der Risikofaktoren.....	33
4.2 Diskussion der Schutzfaktoren.....	35
4.3 Einzelergebnisse.....	37
4.4 Diskussion Unterschied zwischen lokalen und internationalen Helfern.....	38
4.5 Ergebnisse im Bezug zum Konzept Resilienz.....	40
4.6 Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis.....	41
4.7 Qualität der eingeschlossenen Studien.....	44

4.8 Stärken und Schwächen der Bachelorarbeit.....	46
4.8.1 Schwächen der Arbeit:	46
4.8.2 Stärken der Arbeit:	47
5. SCHLUSSFOLGERUNG	48
5.1 Beantwortung der Fragestellung	48
5.2 Implementierung in die Praxis	50
5.3 Empfehlungen für weitere Forschung	50
5.4 Lernprozess	51
5.4.1 Lernprozess zur Thematik.....	51
5.4.2 Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen	52
LITERATURVERZEICHNIS	53
ANHANG A: Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Literatur.....	58
ANHANG B: Diskussion der Einzelergebnisse.....	69
ANHANG C: Suchprotokoll.....	72
ANHANG D: Beurteilungsraster	88
ANHANG E: Studienzusammenfassungen & -Analysen	96
Quantitative Forschungen	96
Qualitative Forschungen	144
Mixed Methods	149
ANHANG F: Selbständigkeitserklärung.....	156

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kritische Beurteilung quantitativer Forschungen	90
Abbildung 2: Kritische Beurteilung qualitativer Studien.....	91
Abbildung 3: Beurteilungsraster Mixed Methods	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe	18
Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Literatur	23
Tabelle 3: Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Literatur.....	68
Tabelle 4: Suchprotokoll.....	87
Tabelle 5: Zusammenfassungen und Beurteilungen der quantitativen Studien	143
Tabelle 6: Zusammenfassung und Beurteilung der qualitativen Studie.....	148
Tabelle 7: Zusammenfassung und Beurteilung der Mixed-Methods Studie	155

1. EINLEITUNG

Humanitärer Einsatz – ein Begriff, welcher auch heute noch mit vielen idealistischen Vorstellungen verbunden wird. Fast heldenhaft werden Einsatzteilnehmer¹ anhand möglichst emotionaler Bilder in Werbekampagnen von Hilfsorganisationen zur Spendensammlung dargestellt (Delhommeau, Groshans, Materne & Chastang, 2007). Die Welt zu verbessern und Sinn in der Arbeit zu finden, sind tatsächlich oft Leitmotive, welche Gesundheitsfachpersonen im Entschluss, an einem Kurz- oder Langzeiteinsatz teilzunehmen, bestärken. Eine sich in einer Krisensituation befindende Bevölkerung zu unterstützen ist jedoch nicht immer einfach. Das gleiche Leid zu sehen, wie die von der Krise unmittelbar betroffenen Menschen und durch Erzählungen Leidensgeschichten der Opfer mitanzuhören, kann sehr belastend sein. In ihrer Arbeit möchte die Autorin ihren Blickwinkel auf die psychische Gesundheit der Helfer richten, welche sich für die Teilnahme eines humanitären Einsatzes entschlossen haben und Unterstützungsmöglichkeiten identifizieren.

Das folgende Kapitel dient der Erläuterung der Herausforderungen sowie dem möglichen psychischen Leiden, welche solch ein Einsatz mit sich bringen kann. Ausgehend von der Beschreibung der Problematik wird die Fragestellung der vorliegenden Arbeit im Anschluss formuliert.

1.1 Problembeschreibung

Kriegsgeschehnisse, Naturkatastrophen und Armut haben in den vergangenen zwanzig Jahren zugenommen (Longerich, 2007). Der Klimawandel sowie das zunehmende Bevölkerungswachstum mit steigender Urbanisation bilden ursächliche Faktoren, welche für das erhöhte Ausmass der Katastrophen verantwortlich sind (Longerich, 2007). Die betroffene Bevölkerung leidet oft stark, unabhängig davon, ob sie sich in einer Kriegssituation oder im Aufbau nach einer Naturkatastrophe befindet. Das Gesundheitspersonal, welches sich im Rahmen eines humanitären Einsatzes in ein von einer Krise gezeichnetes Gebiet begibt, spielt eine wichtige, unterstützende Rolle.

¹ Zur Vereinfachung der Leserlichkeit der Arbeit wird die Autorin jeweils die männliche Form zur Bezeichnung humanitärer Helfer verwenden. Es sind jedoch jeweils beide Geschlechter gemeint, sofern nicht explizit anders erwähnt.

Eine mögliche Motivation, welche eine Pflegefachperson zu Teilnahme an einem humanitären Einsatz bewegen kann, ist gemäss Traxler (2007) das Streben nach Selbstverwirklichung. Oft ist die zu tragende Verantwortung grösser als diejenige im Heimatland. Der Wunsch nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit kann dadurch in einem gewissen Grad verwirklicht werden. Ein Leitmotiv scheint laut Traxler (2007) auch die Suche nach einem Sinn in der Arbeit. Ein humanitärer Einsatz bietet die Möglichkeit, Menschen ganz konkret zur Verbesserung ihrer Lebenssituation zu helfen. Persönliche innere Werte wie zum Beispiel Nächstenliebe, Menschlichkeit oder Gerechtigkeit können umgesetzt, gelebt werden. Nicht zuletzt spielen auch die Neugier und Abenteuerlust eine wichtige Motivation für einen Auslandeinsatz. Sie können entscheidend zur Bereitschaft der Gesundheitsfachpersonen beitragen, sich schwierigen, unbekannteren Situationen zu stellen (Traxler, 2007).

Herausforderungen eines Einsatzes

In jedem humanitären Einsatz werden die Gesundheitsfachpersonen mit herausfordernden Situationen konfrontiert. Schlechte Infrastrukturen, schwierige Lebensbedingungen und extreme klimatische Veränderungen sind Umweltfaktoren, welche sich belastend auf die humanitäre Tätigkeit auswirken können. Diese Bedingungen treten oft gemeinsam mit einem unbekanntem Arbeitsrhythmus, viel Arbeit, wenig Freizeit sowie dem Fehlen des sozialen Netzwerkes auf (Bronner, 1999). Je nach Einsatzort werden die Einsatzteilnehmer mit Gewalt, grossem Leid und Tod konfrontiert. Weiter können gemäss Bronner (1999) schwierige sozioökonomische Bedingungen eine vollständige, effiziente Pflege verunmöglichen. Unterernährung, ungenügende Trinkwasserversorgung, schlechte Wohnverhältnisse und fehlende medizinische Ressourcen bilden hier ursächliche Faktoren.

Traxler (2007) beschreibt weiter die neuen Verantwortungen, die vermehrte Entscheidungsfreiheit und ein verändertes Machtverhältnis, welchen Einsatzteilnehmer gegenüber stehen, als herausfordernd. Ergänzend dazu können gemäss Longerich (2007) kulturelle Differenzen und unterschiedliche ethische Vorstellungen zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung führen.

Die Herausforderungen, welchen eine Pflegefachperson in einem humanitären Einsatz gegenübersteht, sind also zahlreich. Sie können einen entscheidenden Einfluss auf die Psyche der Helfer mit sich bringen.

Mögliche psychische Folgen

Gemäss Gschwend (2004) verändern sich Einsatzteilnehmer zwingend aufgrund ihrer Erfahrungen. Die schwierigen Situationen können zu persönlichen Krisen führen. Bronner (1999) stuft Belastungsreaktionen unter den während eines humanitären Einsatzes gegebenen Bedingungen als normales Verhalten ein und äussert, dass Personen, welche längerfristig in einem humanitären Einsatz keine Belastungsreaktionen zeigen, eher eine Ausnahme bilden. Mögliche physische und psychische Folgen einer Traumatisierung der Helfer nach Gschwend (2004) sind:

- Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magenprobleme, Erschöpfungszustände, Rückenschmerzen
- Demotivation, Unlustgefühle, vermehrte Angst- und Bedrohungsgefühle, erhöhte Reizbarkeit, gefühlsmässige Erstarrung, Gefühl der Entfremdung, zunehmende zynische Weltsicht
- Alkohol- und Medikamentenkonsum (Selbstbehandlungsversuch)

Gemäss einer Studie von Zehn, Huang, Jing, Deng, Zhang, und Wang (2012) die 210 Pflegefachpersonen ein Jahr lang nach einem Einsatz in einem Erdbebengebiet in China regelmässig zu ihrem psychischen Zustand befragte, äusserten insgesamt 82,4% (173) mindestens ein psychisches Problem als Folge ihres Einsatzes. Rund 30% der Pflegepersonen wiesen genügend Kriterien auf, um die Diagnose eines posttraumatischen Stress-Syndroms erhalten zu können. Bei 27,1% könnte man von einer Depression sprechen. Die Zahlen sind offensichtlich sehr hoch. Auch eine Erhebung unter 76 humanitären Helfern im Jahre 2007 in Indien ergab, dass 100% aller Teilnehmer Symptome eines sekundären traumatischen Stresssyndroms aufwiesen. Von diesen 76 Einsatz Helfern erfüllten 8% die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (Ashiv, Garland, & Katz, 2007).

Unterstützung der Helfer

Unterstützungssysteme für Teilnehmer eines humanitären Einsatzes zu schaffen, scheint demnach wichtig. Grundsätzlich lässt sich von einem zunehmenden Bewusstsein der Sendeorganisationen betreffend der Problematik sprechen (Traxler, 2007). Ein allgemein anerkanntes und standardisiertes Hilfsangebot zur Verarbeitung der Belastungen bildet das Debriefing.

Dessen Effektivität ist jedoch umstritten (Phipps & Byrne, 2003; Rose, Bisson, Churchill & Wessley, 2004). Weitere mögliche Unterstützungsangebote während des Einsatzes können gemäss Bronner (1999) festgelegte Ferientage sein, während derer die Teilnehmenden den Einsatzort verlassen, um Distanz vom Geschehen zu erhalten. Auch Seelsorger, welche auf dem Feld als Ansprechperson für die Einsatzteilnehmer da sind, werden teilweise durch Sendeorganisationen als Unterstützung für die Teilnehmenden angeboten (Bronner, 1999).

Die Vorbereitung auf einen humanitären Einsatz wird von den einzelnen Sendeorganisationen zurzeit individuell gehandhabt und liegt auch in der Verantwortung der Teilnehmer selbst. Entsprechende Nachdiplom-Ausbildungen werden in der Schweiz unter anderem an der Hochschule für Gesundheit „La Source“ in Lausanne (Longerich, 2007) und in Basel am Schweizerischen Tropen- und Public Health Institut angeboten (Swiss TPH, 2014). Sich selbst auf einen Einsatz vorzubereiten, kann entscheidend zu dessen Erfolg beitragen.

1.2 Fragestellung

Die im ersten Kapitel geschilderte Problemstellung weist auf die Notwendigkeit präventiver Massnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit humanitärer Helfer hin. Aus diesem Grund formulierte die Autorin in einem ersten Schritt eine Forschungsfrage, welche die Prüfung der Effizienz möglicher präventiver Massnahmen zum Ziel hatte. Jedoch liessen sich im Verlauf der Literaturrecherche nur wenige Interventionsstudien im gewählten Themenbereich finden. Dies lässt sich möglicherweise dadurch begründen, dass zurzeit lediglich eine eingeschränkte Anzahl Studien existieren, welche sich mit den beeinflussenden Faktoren der psychischen Gesundheit beschäftigen und so eine fundierte Grundlage zum Aufbau standardisierter Präventionsprogramme erlauben könnten.

Die Prüfung der Präventionsprogramme in einem zusammenfassenden Überblick zu beschreiben, scheint demnach im Blick auf den aktuellen Forschungsstand im gewählten Themenbereich noch nicht angepasst zu sein.

Eine systematische Literaturreview, welche beeinflussende Risiko- und Schutzfaktoren des psychischen Leidens zusammenfassend beschreibt, könnte eine mögliche Grundlage für die Erstellung von Präventionsprogrammen bilden und so eine Lücke im aktuellen Forschungsstand schliessen. Es ergibt sich nun folgende Forschungsfrage:

„Welche möglichen Risiko- und Schutzfaktoren können die psychische Gesundheit einer Pflegefachperson in humanitärem Einsatz beeinflussen?“

1.3 Ziele der Arbeit

Die Beantwortung der Forschungsfrage hat zum Ziel, anhand neuer Erkenntnisse Risiko- und Schutzfaktoren, welche das mögliche psychische Leiden eines humanitären Einsatzes beeinflussen können, aufzuzeigen. Basierend auf den Ergebnissen können Empfehlungen bezüglich möglicher präventiver Massnahmen abgegeben und allfällige Lücken im Bereich der Erfassung der beeinflussenden Faktoren aufgezeigt werden. Das zugrundeliegende Forschungsdesign dieser Arbeit ist eine systematische Literaturübersicht.

1.4 Theoretischer Rahmen

Das folgende Kapitel soll die theoretische Grundlage, in welche die Forschungsfrage gebettet ist, näher erläutern. Es dient unter anderem der Definition der Begriffe „Humanitärer Einsatz“ und „psychische Gesundheit“. Weiter werden die Begriffe „Risiko- und Schutzfaktoren“ erklärt und das Konzept der Resilienz wird beschrieben.

1.4.1 Begriffsdefinitionen

Humanitäre Arbeit

Die im ersten Kapitel formulierte Forschungsfrage zieht die Klärung des Begriffes „humanitärer Einsatz“ mit sich. Im Duden (2013) wird dieser mit folgenden Worten definiert: „Auf die Linderung menschlicher Not bedacht, ausgerichtet“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2013). Etwas ausführlicher beschreibt Lieser (2006) zum Anlass des achten Humanitären Kongresses in Berlin die humanitäre Hilfe: „Humanitäre Hilfe richtet sich an die Opfer von Krisen und Katastrophen. Sie hat zum Ziel, Leben zu retten und menschliches Leid zu mildern und wird unabhängig von der ethnischen, religiösen und politischen Zugehörigkeit der Opfer geleistet“ (Lieser, 2006, S.3). Mit dieser Definition stützt sich Lieser (2006) auf eine, vom Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungs-Organisationen formulierte Beschreibung humanitärer Arbeit aus dem Jahre 2003.

Die humanitäre Arbeit wird durch das humanitäre Recht international geschützt. Dieses hat zum Ziel, die physische und psychische Integrität des Menschen schützen und seine Würde, insbesondere während Kriegs- und Konfliktsituationen zu erhalten. Der Einhaltung des humanitären Rechtes sind alle Akteure der Konfliktsituation (Regierung, Armee und Opposition) verpflichtet (Comité international de la Croix Rouge, 2005).

Die humanitäre Arbeit wird nicht nur im Kriegs- oder Nachkriegssetting durchgeführt. Die Definition von Lieser (2006) beschreibt das Ziel, Leben zu retten und Leiden zu mindern. Dieses Ziel ist auf jegliches Krisensetting übertragbar. Als humanitäre Arbeit werden demnach auch Einsätze verstanden, welche Unterstützung und Hilfe nach einer Naturkatastrophe oder in einem Entwicklungsland leisten.

Psychische Gesundheit

Weiter von Bedeutung für die geschilderte Forschungsfrage ist der Begriff der psychischen Gesundheit. Jener lässt sich im Allgemeinen seiner Komplexität wegen nur schwer definieren. An der WHO European Ministerial Conference (2005) wurde die psychische Gesundheit als allgemeines öffentliches Gut, wesentlicher Teil der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bürger in Europa und als grundlegendes Menschenrecht beschrieben (WHO, 2005).

Psychische Störungen haben laut Steinmann (2005) weltweit zugenommen. Gemäss Heuft et al. (2008) leiden mehr als 27% der erwachsenen Europäer an mindestens einer psychischen Störung, die meisten davon an Angst oder Depression. Der Erhalt der psychischen Gesundheit scheint somit auch auf gesellschaftlicher Ebene von grosser Bedeutung zu sein. Sie sollte gefördert, unterstützt und geschützt werden. Dies ist nicht immer einfach. Die psychische Gesundheit ist von körperlichen, geistigen und sozialen Lebensbedingungen abhängig. Ein Wechselspiel dieser drei Faktoren wirkt sich entscheidend auf das Wohlbefinden des Menschen aus (Bundesministerium für Gesundheit Österreich, 2012). Das biopsychosoziale Modell versucht im Rahmen der psychiatrischen Pflege dieser Multidimensionalität gerecht zu werden und geht davon aus, dass den psychosomatischen Erkrankungen ein Zusammenspiel von persönlicher Disposition, individuellem Verhalten sowie sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Bedingungen zugrunde liegen (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, 2007).

Risiko- und Schutzfaktoren

Im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften versteht man unter dem Begriff der Risikofaktoren körperliche, psychische oder umweltbedingte Gegebenheiten, deren Vorhandensein das Auftreten einer bestimmten Krankheit wahrscheinlicher machen (Römer, 2012). Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind und in Kombination mit weiteren belastenden Ereignissen auftreten, desto häufiger treten gesundheitliche Probleme bei Betroffenen auf (Steinmann, 2005).

Schutzfaktoren agieren im Gegenzug zu Risikofaktoren als Protektoren und können gemäss McAllister und Lowe (2013) durch positive Erfahrungen erlernt und entwickelt werden.

Gute Bewältigungsstrategien, Unterstützung durch soziale Netzwerke und spirituelle Überzeugungen bilden nachweislich wichtige Schutzfaktoren für den Erhalt der psychischen Gesundheit (McAllister & Lowe, 2013).

Sich der persönlichen Risiko- und Schutzfaktoren bewusst zu sein, stellt laut McAllister und Lowe (2013) ein wichtiger Schritt zur erfolgreichen Bewältigung belastender Situationen dar und hilft, Resilienz zu entwickeln. Die Risiko- und Schutzfaktoren stehen im Zusammenhang mit diesem Konzept, welches im folgenden Kapitel beschrieben wird.

1.4.2 Konzept Resilienz

Einige humanitäre Helfer scheinen die schwierigen Ereignisse und Herausforderungen, mit welchen sie während eines Einsatzes konfrontiert werden, besser verarbeiten zu können, als andere. Mit den Faktoren, welche diese individuelle Widerstandskraft beeinflussen können, beschäftigt sich das Konzept der Resilienz. Dessen nähere Betrachtung ermöglicht deshalb eine relevante theoretische Ergänzung im gewählten Themenbereich.

Resilienz ist ein Konzept, welches sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt und weiterverbreitet hat. Seinen Ursprung findet es in den Jahren 1800, als man erstmals darauf aufmerksam wurde, dass schwierige Situationen nicht von allen Menschen gleich bewältigt werden können (McAllister & Lowe, 2013). Die lateinische Bezeichnung der Resilienz ist „resilire“, ein Verb, welches übersetzt „zurückspringen“ bedeutet (Bibliographisches Institut GmbH, 2013). Gemäss Scharnhorst (2008) wird in der Physik Resilienz als die „Fähigkeit eines Werkstoffes, sich verformen zu lassen und dennoch in die ursprüngliche Form zurückzufinden“ (Scharnhorst, 2008) definiert. In der Psychologie wird das Verb „resilire“ mit Widerstandskraft übersetzt (McAllister & Lowe, 2013).

Definitionen des Begriffes Resilienz sind sehr vielfältig. So versteht Scharnhorst (2008) unter Resilienz eine „Bündelung von protektiven Fähigkeiten, die trainiert werden können“. Auch McAllister und Lowe (2013) heben den erlernbaren Aspekt der Resilienz hervor, indem sie diese als „Prozess der Anpassung an widrige Umstände“ beschreiben, der „entwickelt und erlernt“ werden kann.

Mahler, Jarchov-Jàdi, Montag und Gallinat (2014) definierten die Resilienz als „Fähigkeit, Krisen im Lebenszyklus zu meistern, indem auf persönliche und soziale Ressourcen zurückgegriffen wird“ (S.24). Damit erweitern sie den Blickwinkel auf die externen Ressourcen eines Menschen, welche dieser durch sein Umfeld erhalten kann, und beleuchten deren Rolle im Prozess der Resilienz. Resilienz besteht also in einem Wechselspiel von individuellen Persönlichkeitsmerkmalen, wie zum Beispiel einem positiven Selbstbild, Optimismus, internem Kontrollbewusstsein und der Fähigkeit, unterstützende Beziehungen aufbauen zu können, und schützenden, externen Ressourcen, auf welche bei Schwierigkeiten zurückgegriffen werden kann.

Werner (2010) stellt sich die Frage, ob der Mensch grundsätzlich mit einer natürlichen Disposition zu effektiver Resilienz zur Welt kommt, oder ob ein resilienzförderndes Milieu seine Fähigkeiten zur Widerstandskraft gegenüber kritischen Ereignissen im Verlaufe der Entwicklung gestärkt hat. In ihrer Argumentation kommt Werner (2010) zum Schluss, dass es sich um beiderlei handelt und dass die Schutzfaktoren sowohl beim Menschen selbst zu finden als auch durch sein Umfeld gegeben sind. Beide tragen also gleichermassen zur Resilienz bei.

Wichtig scheint die Tatsache, dass ein Mensch nicht in allen Lebensbereichen gleich resilient ist. Unterschiedliche Situationen erfordern unterschiedliche Bewältigungsstrategien oder andere soziale Unterstützungsmöglichkeiten. Kann man auf viele solche Strategien zurückgreifen, lassen sich leichter angepasste Verhaltensweisen finden (Scharnhorst, 2008).

Im Bereich der Pflege wurde Resilienz erstmals im Jahre 2008 offiziell in die Klassifikation der Pflegediagnosen NANDA-International in die Domäne „Coping / Stresstoleranz“ aufgenommen (Georg, 2013). Es wurden jeweils eine Risiko-, eine Aktuelle- und eine Gesundheitsförderungspflegediagnose zu Resilienz formuliert. Ziel der Diagnosen ist das vermehrte Nutzen und Weiterentwickeln der persönlichen Resilienz, um im Falle einer Krise auf effektive Bewältigungsstrategien zurückgreifen zu können.

Mögliche Interventionen sind unter anderem das Fördern und Vermitteln von Coping-Strategien, das Stärken des Selbstbewusstseins der Betroffenen, das Verbessern der Kommunikation mit den Mitmenschen sowie die Entwicklung einer positiveren Haltung gegenüber belastenden Situationen (Georg, 2013, zitiert nach Knoll et al., 2005).

Oftmals werden Pflegende mit schwierigen, herausfordernden Situationen konfrontiert. McAllister und Lowe (2013) zitieren in ihrem Werk betreffend Resilienzförderung bei Pflegenden eine Metaanalyse von Jackson, Firtko und Edenborough (2007) in welcher die Notwendigkeit der Resilienz in der Pflege unterstrichen wird. Folgende Empfehlungen sollten nach Jackson, Firtko und Edenborough (2007) durch Gesundheitsfachleute zur Förderung und Entwicklung von Resilienz beachtet werden:

- Eigene Risiko- und Schutzfaktoren feststellen
- Weitergabe eigener Erfahrungen im Zusammenhang mit Verletzlichkeit und Resilienz, damit andere aus den Stärken lernen, sie nachahmen und deren Schwachpunkte meiden können
- Die Leistungen von Kollegen wahrnehmen und würdigen
- Selbstgefühl fördern

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Resilienz nicht zu passivem Verhalten in Krisensituationen neigt, sondern sich im Gegenteil aktiv mit deren Bewältigung befasst. Im Rahmen eines Lernprozesses kehrt der Betroffene wieder in seine ursprüngliche Form zurück und entwickelt dabei neue Widerstandskraft.

Resilienz kann zwar die Schwierigkeiten und Belastungen nicht beseitigen, dank ihr wird jedoch ein effektiver Umgang mit der Krise möglich.

2. METHODOLOGIE

2.1 Design

Die Fragestellung nach möglichen Risiko- und Schutzfaktoren psychischen Leidens, die im Zusammenhang mit einem humanitären Einsatz entstehen können, lässt sich einerseits durch einen qualitativen Ansatz beantworten, welcher sich auf die persönlichen Bedürfnisse und Stressoren der Einsatzteilnehmer ausrichtet. Andererseits ist auch ein quantitativer Ansatz der Studien geeignet, der dank einer grösseren Stichprobe die Prüfung der Relevanz und die Stärke des Einflusses der Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit aufzeigen kann.

Das Vergleichen mehrerer Studien, welche Stressoren und Protektoren der humanitären Einsatzteilnehmer beschreiben, ermöglicht ein Gesamtbild über den aktuellen Forschungsstand im gewählten Themenbereich. Die Wahl einer systematischen Literaturübersicht als Forschungsdesign wird durch dieses Vorgehen begründet. Das Zusammenfassen und Beurteilen aktueller Studien erlaubt, einen Überblick über das schon vorhandene Wissen im gewählten Themenbereich zu schaffen, Empfehlungen abzugeben und allfällige Forschungslücken aufzuzeigen (Mayer, 2011). Durch das Diskutieren der Ergebnisse können konkrete Empfehlungen für die Praxis formuliert und mögliche Interventionsfelder aufgezeigt werden.

2.2 Suchstrategie

2.2.1 Datenbanken & Suchbegriffe

Zur Sammlung der Studien, welche die im ersten Kapitel formulierte Forschungsfrage beantworten, wird eine Suche auf folgenden Datenbanken durchgeführt: Pubmed, Medline, CINAHL und PsycINFO.

Aus der Forschungsfrage ergeben sich Schlüsselbegriffe, welche die Suche strukturiert leiten sollen. Sie werden in folgender Tabelle in den Sprachen Deutsch und Englisch angegeben. Die englischen Begriffe werden in der Suche auf den internationalen Datenbanken verwendet.

Risikofaktoren und Schutzfaktoren	<i>Risk factors, stress predictor(s), stressor(s) Coping mechanism(s), resilience</i>
Psychische Folgen	<i>Psychological impact, stress, psychological stress, mental health, PTSD</i>
Humanitäre Hilfe	<i>Humanitarian aid, relief work, medical assistance, humanitarian assistance</i>
Humanitäre Einsatzhelfer	<i>First responder(s), rescue personnel, healthcare worker, volunteer(s), red cross/red crescent, disaster nursing</i>

Tabelle 1: Suchbegriffe

Die Suchbegriffe werden teilweise kombiniert, teilweise einzeln eingesetzt, um ein möglichst breites Spektrum passender Literatur erhalten zu können. Einzelne Begriffe werden bei deren Kombination durch AND miteinander verknüpft. Verfügt eine Datenbank über ein unterstützendes Suchsystem vergleichbar mit „Advanced Search“ in Pubmed, werden die Suchwörter mit Hilfe dieses Programmes miteinander kombiniert. Genauere Angaben bezüglich der Begriffe, welche zur Suche miteinander verknüpft wurden und denjenigen, welche im Einzel verwendet wurden, lassen sich aus dem Suchprotokoll, Anhang C, und dem Kapitel 2.3 *Prozess der Datensammlung* entnehmen.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Das Bestimmen klarer Ein- und Ausschlusskriterien vereinfacht das in Betracht-Ziehen möglichst relevanter und aktueller Studien. Um das Beantworten der Forschungsfrage zu ermöglichen, werden Studien eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllen:

- Die zu betrachtende Population sind Teilnehmer humanitärer Einsätze, welche im Bereich der Pflege für die betroffene Bevölkerung tätig sind.
- Das Setting kann ein Kriegs- / Nachkriegsgebiet sein. Auch Einsätze in Naturkatastrophengebieten oder im Bereich der Entwicklungshilfe werden mit einbezogen.
- Risiko- und Schutzfaktoren psychischen Leidens der Einsatzteilnehmer werden durch die Autoren untersucht.

Ausgeschlossen werden Studien, deren Thema die Beantwortung der Forschungsfrage nicht ermöglichen. Weiter werden Studien, deren Publikation weiter als 15 Jahren zurückliegt, nicht berücksichtigt. Studien, die nicht in Englisch, Deutsch oder Französisch erhältlich sind, werden ebenfalls aus der Literaturübersicht ausgeschlossen.

2.2.3 Ethische Überlegungen

Das Betrachten ethischer Aspekte bildet einen wichtigen Teil der Pflegeforschung. Die Wahrung der Rechte des Menschen ist in einem Forschungsprozess von grosser Bedeutung (Mayer, 2011). Dies lässt sich unter anderem mit der Tatsache begründen, dass die Forschung im Bereich der Pflege den Menschen selbst betrifft. Mayer (2011) beschreibt als Aufgabe der Ethikkommissionen die Prüfung der Einhaltung der drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes:

1. Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmenden
2. Anonymität
3. Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden

Das eigene psychische Wohlbefinden offen darzulegen und sich nach dessen beeinflussenden Faktoren zu fragen, ist nicht einfach. Fragen nach Ereignissen, welche das psychische Leiden eines Einzelnen verstärkt haben, sind sehr persönlich und können schmerzhaft Erinnerungen hervorrufen. Aus diesen Gründen hat die Autorin bei der Auswahl der Literatur auf einen Verweis der Forschenden geachtet, in welchem die Einhaltung der drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes nach Mayer (2011) ersichtlich wird.

2.3 Prozess der Datensammlung

Die Suchen auf den Datenbanken Medline und PsycINFO ergaben vermehrt ähnliche Resultate wie die Suche auf Pubmed. Ein Grossteil der in der Literaturübersicht eingeschlossenen Studien wurden deshalb der Datenbank Pubmed entnommen. Ergänzende Resultate ergaben Suchen auf CINAHL.

Die Verwendung des Suchbegriffes „nurse“ in Kombination mit Begriffen, welche die psychische Gesundheit betreffen, ergab nur wenige Studien.

Dieser Begriff wurde deshalb für nachfolgende Recherchen durch einige dem Setting entsprechende Begriffe wie „first responder“, „disaster work“ und „medical mission“ ersetzt. Die Suche mit dem Begriff „humanitarian aid AND stress“ führte zu einer weiten Bandbreite von Resultaten, welche sich jedoch oftmals vorwiegend auf die Prävalenz der psychischen Konsequenzen der Einsatzteilnehmer konzentrierten. Der Einbezug der Begriffe „risk factor(s)“ und „stressor(s)“ erlaubte eine genauere Spezifizierung im ausgewählten Themenbereich. Um weitere relevante Studien finden zu können, wurde für einige Suchschritte der Begriff der Risikofaktoren durch „resilience“ oder „coping mechanism“ ersetzt.

Die Mehrheit der Studien, welche sich mit dem psychischen Leiden der Teilnehmer eines humanitären Einsatzes beschäftigten, erfassten deren Prävalenz und nicht beeinflussende Faktoren, was den Suchvorgang nach passender Literatur erschwerte. Aufgrund des eingeschränkten Samplings, hat sich die Autorin zum Einschluss von Studien entschieden, welche nebst dem Gesundheitspersonal auch weitere Teammitglieder des humanitären Einsatzes in ihrer Datenerhebung erfassen.

Weiter schliessen einige der betrachteten Studien in ihrer Datensammlung nebst internationalen Einsatzteilnehmern auch lokale Helfer mit ein. Beide Populationen werden mit vergleichbaren Stressoren/Protektoren konfrontiert. Deren Auswirkung kann jedoch unterschiedlich sein. Die Autorin hat beschlossen, auch Studien unter lokalen Teilnehmern eines humanitären Einsatzes einzuschliessen. Auf die möglichen Unterschiede zwischen beiden Populationen wird im Kapitel 3.3.4. eingegangen.

2.4 Analyse der Literatur

2.4.1 Raster zur kritischen Beurteilung der Studien

Studien, welche den im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen, werden anhand eines standardisierten Beurteilungsinstrumentes geprüft und evaluiert. Für qualitative Studien wird der Beurteilungsbogen nach Behrens und Langer (2010) verwendet. Quantitative Studien werden anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood und Haber (2005) evaluiert und Studien mit einem Mixed Methods Design werden mit Hilfe des englischsprachigen Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) von Pluye et al. (2011) analysiert (Anhang D).

Ein persönliches Bewertungssystem soll zur Beurteilung beitragen. Wird in der betrachteten qualitativen oder quantitativen Studie ein Evaluationskriterium vollständig erfüllt, erhält dieses ein Punkt. Lassen sich jedoch einige geringfügige Mängel feststellen, werden 0.25 Punkte bei der Wertung abgezogen. Kann ein Kriterium nur teilweise erfüllt werden, erhält es 0.5 Punkte. Bei beträchtlichen Mängeln werden 0.75 abgezogen und ist ein Kriterium in der Studie überhaupt nicht zu finden, erhält es 0 Punkte. Folgende Bewertung ist demnach pro Kriterium möglich: 0 / 0.25 / 0.5 / 0.75 / 1

Zum Einschluss der Studie ist das Erreichen von mindestens 75% der Gesamtpunktzahl notwendig. Die Verwendung des Beurteilungsbogens nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) für quantitative Studien erlaubt eine mögliche Gesamtbewertung von 14 Punkten. Eingeschlossen werden Studien mit bis zu 10.5 Punkten. Das Beurteilungsinstrument für qualitative Studien (Behrens & Langer, 2010) ermöglicht insgesamt 12 Punkte, wobei Studien bis zu 9 Punkten eingeschlossen werden.

Das in der vorliegenden Literaturübersicht verwendete Analyseinstrument für Mixed Methods Studys, MMAT (Pluye et al., 2011), besteht aus mehreren kritischen Fragen, welche mit Ja / Nein / Ich weiss es nicht beantwortet werden können. Auch hier werden lediglich Studien eingeschlossen, bei welchen ein Minimum von 75% der Fragen mit Ja beantwortet werden können.

2.4.2 Vorgehen zur Synthese der Ergebnisse aus den Studien

Die Ergebnisse der Studien werden kurz zusammengefasst in einer Tabelle dargestellt, um einen Überblick über die Resultate zu ermöglichen (Anhang A). Die in den Studien identifizierten Stressoren und Protektoren werden aufgelistet, unter Kernthemen zusammengefasst und nach der Häufigkeit deren Nennung sortiert. Die am häufigsten erwähnten Stressoren bzw. Protektoren werden zuerst genannt. In einem Unterkapitel wird der Einfluss der Stressoren/Protektoren internationaler Einsatzteilnehmer mit denen der nationalen Helfer verglichen und Unterschiede werden aufgezeigt. Um eine mögliche Beeinflussung der unterschiedlichen Settings (Entwicklungshilfe, Katastrophenhilfe, Kriegs- und Nachkriegssetting) auf die Stressoren/Protektoren erfassen zu können, wird in tabellarischer Form definiert, in welchem Kontext die eingeschlossenen Studien durchgeführt wurden.

3. ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der gefundenen Studien dargestellt und nach Kernthemen sortiert. Einzelresultate sind in einem separaten Kapitel beschrieben.

3.1 Auswahl der Literatur

Ein Total von 34 Studien wurde zur näheren Betrachtung in die Literaturübersicht einbezogen. Diese wurden auf die zu Beginn der Arbeit definierten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Nach einer Analyse anhand standardisierter Beurteilungsinstrumente wurden acht Studien in die Literaturübersicht eingeschlossen. Bei der Referenzkonsultation des ausgeschlossenen Artikels „*Humanitarian Relief Workers and Trauma related Mental Illness*“ von Connorton, Perry, Memenway & Miller (2012) ist die Autorin auf zwei weitere Studien gestossen, welche den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Die Referenzkonsultation der Studie von Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., Cardozo, B.L. (2012) „*Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, Northern Uganda*“ führte zu einer weiteren Studie, welche nach kritischer Betrachtung ebenfalls in die Übersicht einbezogen wurde. Die Literaturübersicht schliesst folglich ein Total von 11 Studien ein. Detaillierte Zusammenfassungen sowie kritische Beurteilungen der Studien sind im Anhang E zu finden.

Auf folgenden Seiten werden die eingeschlossenen Studien anhand einer Übersichtstabelle kurz dargestellt. Eine ausführlichere tabellarische Darstellung mit Kurzbeschreibung der Ergebnisse lässt sich in Anhang A finden.

3.2 Übersicht der eingeschlossenen Literatur

Autor & Jahr	Titel	Setting	Design
Bjerneld et al. (2004)	<i>Perceptions of work in humanitarian assistance: interviews with returning Swedish health professionals.</i>	Humanitäre Hilfe in Flüchtlingslager	Qualitatives Design
Cardozo et al. (2005)	<i>The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers</i>	Humanitärer Einsatz in Kosovo Albanien	Quantitatives Design; Querschnitt
Cardozo et al (2012)	<i>Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study.</i>	Humanitärer Einsatz mit NGO	Quantitativ, Längsschnitt
Curling & Simmons (2010)	<i>Stress and staff support strategies for international aid work</i>	Humanitäre Hilfe in Entwicklungsland	Quantitatives Design
Eriksson et al (2001)	<i>Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel</i>	Humanitäre- & Entwicklungshilfe	Quantitatives Design
Eriksson et al. (2013)	<i>Factors associated with adverse mental health outcomes in locally recruited aid workers assisting Iraqi refugees in Jordan</i>	Notfall- und Entwicklungshilfe für Iraker Flüchtlinge in Jordanien	Quantitatives Design
Lim et al. (2013)	<i>Trauma and mental health of medics in eastern Myanmar's conflict zones: a cross-sectional and mixed methods investigation</i>	Mobile Gesundheitsstation für Bevölkerung in Kriegsregion; Erhebung während Schulungsprogramm	Mixed Methods; Querschnitt
Nishi, et al. (2012)	<i>Peritraumatic distress, watching television, and posttraumatic stress symptoms among rescue workers after the Great East Japan earthquake</i>	Einsatz nach Naturkatastrophe; Erdbeben	Quantitatives Design; Prospektiv, Längsschnitt
Musa & Hamid (2008)	<i>Psychological problems among aid workers operating in Darfur</i>	Opferlager in Kriegsregion	Quantitatives Design
Soffer et al. (2011)	<i>Correlations between psychosocial factors and psychological trauma symptoms among rescue personnel</i>	Nothilfe und Entwicklungshilfe in Haiti	Quantitatives Design; Pilotstudie
Stevens et al. (2008)	<i>Disaster medical assistance teams: what psychosocial support is needed?</i>	Einsatz bei Naturkatastrophe; Erhebung nach Rückkehr	Quantitatives Design

Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Literatur

3.3 Ergebnisse der Studien

Im folgenden Kapitel werden die von den Autoren der Studien identifizierten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischen Leidens unter humanitären Helfern beschrieben. Schutzfaktoren werden ebenfalls erläutert, wobei jeweils auch die Abwesenheit eines Risikofaktors in sich selbst einen protektiven Faktor bilden kann. Unterschiede der Ergebnisse zwischen lokalen und internationalen Einsatzteilnehmern werden in einem separaten Kapitel beschrieben.

Insgesamt wurden fünf Studien, welche in einem Kriegs- oder Nachkriegsgebiet durchgeführt wurden, in die Übersicht mit einbezogen. Bei den Einsätzen nach einer Naturkatastrophe oder in einem Entwicklungsland wurden jeweils drei Studien betrachtet.

3.3.1 Risikofaktoren

Gefühle der Unfähigkeit, Sinnverlust, fehlende Selbstverwirklichung

In insgesamt sieben der eingeschlossenen Studien werden Unfähigkeitsgefühle und fehlende Selbstverwirklichung als Risikofaktor zur Entwicklung psychischen Leidens beschrieben. Ein Gefühl der Unfähigkeit, fehlendes Vertrauen in sich selbst oder auch das Gefühl, nicht mit komplexen medizinischen Situationen umgehen zu können ist laut Lim, Stock, Oo und Jutte. (2013) ein Stressfaktor für lokales Gesundheitspersonal im Einsatz. Auch das Gefühl, die Erwartungen der Patienten nicht erfüllen zu können, wirkt sich gemäss Lim et al. (2013) negativ auf das Wohlbefinden der Helfer aus. Für Curling und Simmons (2010) bildet die fehlende Fähigkeit, eigene Ziele erreichen zu können, ebenfalls ein wichtiger Stressfaktor.

Ein erhöhtes Burnout Risiko konnte bei den Teilnehmern einer Studie von Eriksson et al. (2013) aufgrund einer verminderten Selbstverwirklichung festgestellt werden. Laut Cardozo et al. (2012) kann ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($p=0.007$) zwischen wenig Motivation und einem erhöhten Burnoutisiko aufgezeigt werden.

Soffer, Wolf und Ben-Ezra (2011) konnten statistisch relevante Zusammenhänge zwischen geäusserten negativen Gefühlen betreffend des Einsatzes, und einer erhöhten dissoziativen und posttraumatischen Symptomatik erkennen ($p<0.001$). Auch eine Sinnkrise kann gemäss Soffer et al. (2011) dissoziative und posttraumatische Symptome unter Einsatzteilnehmern verstärken ($p<0.01$).

Folgende Items des Peritraumatic Distress Index hatten laut Nishi et al. (2012) einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung: sich hilflos fühlen ($p < 0.01$), sich traurig und schuldig fühlen ($p < 0.01$), frustriert und wütend sein, nicht mehr tun zu können ($p < 0.01$), den Eindruck haben, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zu verlieren ($p < 0.01$), Schuldgefühle, da nicht mehr getan werden konnte ($p < 0.01$) und sich für die eigene emotionale Reaktion schämen ($p < 0.01$).

Curling und Simmons (2010) definieren das Gefühl, unterschätzt zu werden, als den fünf meist genannten Stressauslöser für Teilnehmer eines humanitären Einsatzes. Auch Bjerneld et al. (2004) beschreiben das Gefühl fehlender Dankbarkeit der Bevölkerung als Stressfaktor.

Indirekte / direkte Konfrontation mit traumatischen Ereignissen

Als wichtiger Risikofaktor zur Entwicklung psychischen Leidens in Folge eines humanitären Einsatzes wird die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen in fünf Studien genannt. Gemäss Cardozo et al. (2005) erfüllten drei von 105 der internationalen und 14 von 128 der lokalen Einsatzteilnehmer, welche mit vier oder mehr traumatischen Ereignissen konfrontiert wurden, die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und wiesen ein signifikant höheres Risiko für Depression auf (International: $p < 0.05$; National: $p < 0.001$). Ähnliche Resultate zeigt eine weitere Studie von Cardozo et al. (2012). Mit der Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse steigen auch das Depressionsrisiko und der Angstlevel der Einsatzteilnehmer. Die Lebensqualität nimmt proportional dazu ab. Der Zusammenhang zwischen der Depression, dem Angstlevel und der Lebensqualität mit der Konfrontation mit traumatischen Ereignissen ist jedoch laut Cardozo et al. (2012) nur kurz nach dem Einsatz feststellbar. In einer zweiten Erhebung in einer Zeitspanne von drei bis sechs Monaten nach der Rückkehr der Einsatzteilnehmer scheint dieser Zusammenhang weniger signifikant. Eriksson, Vande Kemp, Gorsuch, Hoke und Foy (2001) assoziierten eine erhöhte Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse ebenfalls mit vermehrten PTSD Symptomen ($p < 0.05$). In einer späteren Studie identifizieren Eriksson et al. (2013) die Exposition zu fünf oder mehr traumatischen Ereignissen auch als Risikofaktor für Angst (8.3x höheres Risiko) und ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit Depression ($p < 0.0001$) konnte festgestellt werden.

Weiter verstärkt die Exposition auch die Erschöpfung der Einsatzteilnehmer (5.1x höheres Risiko zur Burnoutentwicklung). Die indirekte Exposition mit traumatischen Erlebnissen durch Zuhören scheint für die Einsatzteilnehmer psychisch belastend zu sein (Eriksson et al., 2013). Auch Lim et al. (2013) weisen auf die Tatsache hin, dass das Zuhören bei Erzählungen traumatischer Ereignisse teilweise zum Wiedererleben eigener, in der Kindheit erlebter, traumatischer Ereignisse führt.

Weibliches Geschlecht

Das weibliche Geschlecht stellt laut Musa und Hamid (2008) ebenfalls ein Risikofaktor für die Entwicklung eines psychischen Leidens humanitärer Helfer dar. Frauen weisen laut der Studie ein höheres Risiko für Burnout auf, als Männer ($p < 0.01$). Auch drei weitere Studien identifizieren das weibliche Geschlecht als Risikofaktor. Gemäss Eriksson et al. (2013) leiden Frauen 4.3x öfter an Angstgefühlen als Männer. In einer Studie von Curling und Simmons (2010) fühlen sich 74% ($n=3'668$) der Teilnehmer mittelmässig bis stark gestresst. Davon sind 62% weiblich. Bjerneld et al (2004) weisen auf die Tatsache hin, dass in einigen Einsatzländern die Diskriminierung des weiblichen Geschlechts Teil der Kultur ist. Dies bildet ein Stress- & Frustrationsfaktor für Frauen. Laut Eriksson et al (2001) hat jedoch das Geschlecht keinen Einfluss auf die Ausprägung der PTSD Symptomatik.

Gefährdung der Sicherheit

In einer Studie von Stevens, Byrne, Raphael und Ollerton (2008) haben 15% ($n=17$) der Studienteilnehmer die Gefährdung der Sicherheit als primären Stressfaktor genannt. Auch alle, während eines Interviews befragten Teilnehmer ($n=30$) einer Studie von Lim et al. (2013), welche in einem Kriegsgebiet tätig waren, sprechen von Angst vor Attacken als Stressfaktor. Der Verlust eigener Arbeitskollegen oder das Zurücklassen-Müssen von Patienten aufgrund notwendiger Flucht werden als sehr traumatisch empfunden und haben Frustrations- sowie Hilflosigkeitsgefühle zur Folge.

Nishi et al. (2012) konnten mehrere Faktoren des Peritraumatic Distress Index statistisch signifikant mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung bringen. Sich um die Sicherheit anderer sorgen ($p < 0.01$) bildet ein wichtiger Risikofaktor.

Auch das Empfinden von Schrecken ($p < 0.01$) und körperliche Angstreaktionen wie Schwitzen, Zittern, Herzklopfen ($p < 0.01$) sind statistisch signifikante Risikofaktoren für die Entwicklung eines PTSD. Weiter zeigt die Studie von Nishi et al (2012), dass das Gefühl, sterben zu müssen, ebenfalls ein Risikofaktor für ein posttraumatisches Stresssyndrom sein kann ($p < 0.01$). Die fehlende Sicherheit im Einsatzfeld führt auch gemäss Bjerneld et al (2004) zu Frustration und Stress. Der Risikofaktor der Gefährdung der Sicherheit wird so durch insgesamt vier der eingeschlossenen Studien diskutiert.

Fehlendes soziales Netzwerk

Die Abwesenheit oder das Fehlen der Möglichkeit, mit nahestehenden Personen in Kontakt zu treten hat gemäss vier der elf eingeschlossenen Studien einen Einfluss auf die Entwicklung eines psychischen Leidens. Laut Cardozo et al. (2005) kommt es verstärkt zu Depressionen und psychischem Leiden, wenn der Kontakt zur eigenen Familie nur eingeschränkt möglich ist. Auch Lim et al. (2013) identifiziert den seltenen Kontakt zu Familienmitgliedern als Risikofaktor für Angst. In einer späteren Studie von Cardozo et al. (2012) wird der Einfluss des sozialen Netzwerkes auf die mögliche Entwicklung eines Burnouts geprüft. Die Autoren stellen ein vermindertes Burnoutrisiko bei vorhandenem sozialem Netzwerk fest ($p < 0.006$). Ein eingeschränktes soziales Netzwerk konnte mit einem höheren Burnoutlevel in Verbindung gebracht werden. Innerhalb der betroffenen Bevölkerung ein soziales Netzwerk aufzubauen, ist aufgrund unterschiedlicher Sprache und Kultur schwierig, was gemäss Bjerneld et al. (2004) zu Isolationsgefühlen führen kann.

Führungsposition

Einsatzteilnehmer mit Führungsposition unterliegen einem höheren Risiko für emotionale Erschöpfung (Eriksson et al., 2013). Auch Curling und Simmons (2010) identifizieren den Status der Anstellung als den viertmeist genannten Stressauslöser ihrer Studienteilnehmer ($n = 3'668$). Unvorbereitet Verantwortungen übernehmen zu müssen, mit welchen man nicht gerechnet hat - insbesondere Management- oder Lehrfunktionen - werden gemäss Bjerneld et al. (2004) als Stressor empfunden.

Im Gegenzug trägt laut den Teilnehmenden der Studie von Stevens et al. (2008) ein Teamleiter, welcher technische Fähigkeiten beherrscht und in der Lage ist, schwierige Situationen antizipieren zu können, stark zur Stressreduktion des Teams bei.

Fehlende Unterstützung durch die Sendeorganisation

Cardozo et al. (2005) stellen ein verstärktes Risiko zur Entwicklung einer Depression und vermehrt psychisches Leiden unter Einsatzteilnehmer fest, wenn diese nur wenig Unterstützung von Seiten ihrer Sendeorganisation erhalten hatten. Dem stimmen Bjerneld et al. (2004) zu. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit der Organisation können laut den Autoren zu Frustration und Stress führen. Mit der Verantwortung der Sendeorganisation für die Teamzusammenstellung, der Auswahl und Vorbereitung der Teilnehmer sowie deren Unterstützung während und nach dem Einsatz, kann diese das psychische und körperliche Wohlbefinden der Helfer stark beeinflussen. Bjerneld et al. (2004) weisen auch darauf hin, dass unterschiedliche Meinungen und Vorgehensweisen zwischen den verschiedenen Sendeorganisationen, welche im gleichen Einsatzgebiet tätig sind, von den Teilnehmern als stressig empfunden werden. Gemäss Cardozo et al. (2012) wirken ein stark positives Bild der Organisation oder im Gegenteil schlechte Erfahrungen mit der Sendeorganisation gleichermassen verstärkend auf einen erhöhten Angst- und Burnoutlevel. Eriksson et al. (2001) konnten jedoch keinen Einfluss der Sendeorganisation auf die Ausprägung einer PTSD Symptomatik feststellen.

Hohe Arbeitsbelastung

Eine hohe Arbeitsbelastung wird durch drei eingeschlossene Studien als Risikofaktor diskutiert. Meist geäussertes Stressauslöser der Teilnehmer einer Studie von Curling und Simmons (2010) bildet diese Arbeitsbelastung (56%, n=3'668) und eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden (39%, n=3'668). Dem stimmen Bjerneld et al. (2004) zu, welche überschwemmende, schlecht geplante Arbeit als Risikofaktor für psychisches Leiden beschreiben. Die starke Arbeits- und körperliche Belastung führt zu Frustrationsgefühlen und Stress (Bjerneld et al., 2004). Auch in einer Studie von Eriksson et al. (2013) wird eine übermässige Arbeitsbelastung von 91,9% (n=165) der lokalen Einsatzhelfer als hoher Stressfaktor beschrieben.

Psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte

Als wichtiger Teil des Assessments im Rahmen psychischer Diagnosestellungen gilt die Evaluation einer möglichen psychischen Erkrankung in der Lebensgeschichte des Betroffenen. Auch im Bereich der humanitären Arbeit scheint diese ein Risikofaktor zu sein.

Laut Cardozo et al. (2005) wirkt sich eine psychische Erkrankung in der Vergangenheit fördernd auf die Entwicklung eines weiteren psychischen Leidens aus. Gemäss einer jüngeren Studie von Cardozo et al. (2012) führt sie auch zu einem erhöhten Angstlevel und einem verstärkten Burnoutisiko.

3.3.2 Protektive Faktoren

Unterstützendes soziales Netzwerk

Ein unterstützendes soziales Netzwerk wird als wichtiger protektiver Faktor in fünf der untersuchten Studien beschrieben. Gemäss Eriksson et al. (2001) wiesen Teilnehmer, welche eine gute soziale Unterstützung rapportierten, trotz hoher Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse weniger psychisches Leiden auf als solche, welche ihr soziales Netzwerk als wenig unterstützend empfanden. Den tiefsten PTSD Score erreichten die Teilnehmer der Studie von Eriksson et al. (2001) bei seltener Konfrontation mit lebensbedrohlichen Ereignissen und einer guten sozialen Unterstützung. Auch Cardozo et al. (2012) konnten eine Verbindung zwischen einem unterstützenden sozialen Netzwerk und geringerem Depressionsrisiko sowie generell vermindertem psychischem Leiden erkennen.

Die Teilnehmer der Studie von Stevens et al (2008) äusserten als Strategie zur Stressreduktion vermehrte Kommunikation mit Familie. Auch gemäss Eriksson et al. (2013) äusserten die Mehrheit der Studienteilnehmer (71,8%, n=255), Unterstützung in erster Linie bei der Familie zu suchen.

Der Zusammenhalt innerhalb eines Teams bildet einen protektiven Faktor, welcher emotionale Erschöpfung und Depersonalisation vorbeugen kann. (Eriksson et al., 2013). Lim et al. (2013) beschreiben eine Mentor-Beziehung zwischen erfahrenen und unerfahrenen Einsatzteilnehmer als wichtiges soziales Unterstützungssystem. Eine als ausreichend empfundene, soziale Unterstützung wirkt laut Eriksson et al. (2013) generell als Resilienzfaktor.

Positive Gefühle

Erfolgreich einen Patienten zu pflegen; das Gefühl, gebraucht zu werden und die eigenen medizinischen Fertigkeiten zu verbessern bilden laut Lim et al. (2013) Motivatoren für die humanitäre Arbeit.

Auch Soffer et al. (2011) schreiben, dass die Teilnehmer ihrer Studie generell einen Sinn in ihrer Arbeit sehen konnten, was das Empfinden positiver Gefühle und die Lebenszufriedenheit förderte. Laut Bjerneld et al. (2004) wurde die Arbeit durch die Einsatzteilnehmer als interessant, zufriedenstellend und als gute Lernsituation beschrieben. Dieses Zufriedenheitsgefühl vermindert laut Musa und Hamid (2008) Erschöpfungszustände, Angst und die Entwicklung einer gestörten sozialen Interaktion. Auch Burnout ist negativ korreliert mit Zufriedenheit und Mitgefühl der Einsatzteilnehmer (Musa & Hamid, 2008). Dieser Schutzfaktor wird so von vier der eingeschlossenen Studien diskutiert.

Alter der Teilnehmer

Gemäss Musa und Hamid (2008) ist das Alter der Einsatzteilnehmer negativ korreliert mit Burnout und sekundärem traumatischem Stress. Je älter die Helfer sind, desto weniger scheinen diese an sekundärem traumatischem Stress oder Burnout zu leiden. Auch laut Cardozo et al. (2005) litten jüngere, internationale Einsatzteilnehmer vermehrt an Depressionen und nicht-psychotischen psychiatrischen Störungen als Ältere. Eriksson et al. (2001) konnten jedoch keinen Einfluss des Alters auf die Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung aufzeigen.

Effektive Copingstrategien

Lim et al. (2013) definieren einige positive Copingstrategien, welche psychisches Leiden vorbeugen können: Sich Freunden und Familie anvertrauen, Gruppenaktivitäten (Sport, Singen); Einzelaktivitäten (Meditieren, Schwimmen) und die Religion (Gebet, Gemeinschaft). Auch Curling und Simmons (2010) beschreiben einige positive Copingstrategien. Spirituelle / religiöse Praktiken und soziale und körperliche Aktivitäten werden genannt. Ergänzend zu Lim et al. (2013) bildet für Curling und Simmons (2010) auch das in Anspruch Nehmen professioneller Unterstützung, wie zum Beispiel Seelsorge, eine wichtige positive Copingstrategie.

3.3.3 Einzelresultate

Im Folgenden werden Risikofaktoren beschrieben, welche jeweils lediglich in je einer Studie als solche diskutiert werden.

Eriksson et al. (2013) äussern in ihrer Studie, dass eine kurze Einsatzdauer vermehrt zu Angst und Depression führen kann. Sich während des Einsatzes anhaltend gestresst fühlen, erhöht laut Cardozo et al. (2012) das Risiko zur Entwicklung eines Burnouts.

Handelt es sich um den ersten Einsatzes in humanitärem Setting, so ist das Risiko zur Depression erhöht (Cardozo et al., 2005) und gemäss Stevens et al. (2008) können Unsicherheiten bezüglich des Einsatzes (unbekannte Region/Arbeitskonditionen) als Stressfaktor angesehen werden.

In einer Studie von Eriksson et al. (2013) beschreiben die Teilnehmer finanzielle Probleme als grossen chronischen Stressor. In der gleichen Studie bildet eine tiefe Schulbildung einen Risikofaktor für Depression (Eriksson et al., 2013).

Lim et al. (2013) stellen eine Liste der durch die Teilnehmer der Studie geäusserten Stressoren auf: fehlende medizinische Ressourcen, Transportbarrieren (Wetter, schlechte Strassen), zu wenig Personal, fehlende Compliance und mangelndes Vertrauen der Bevölkerung in die Pflege.

Mehr als vier Stunden pro Tag fernsehen bildet laut Nishi et al. (2012) einen Risikofaktor für eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung und führt zu höheren Werten des Peritraumatic Distress Index. Dieser bildet in sich selbst ebenfalls einen unabhängigen Prädiktor für PTSD.

Die politische/ökonomische/soziale Situation im Arbeitsumfeld bildet gemäss Curling und Simmons (2010) den zweitgrössten Stressor für das Rettungspersonal und zeigt sich stärker bei Frauen und internationalen Helfern, als bei Männern und nationalen Einsatzteilnehmern.

3.3.4 Unterschiede lokale Helfer - internationale Helfer

Dass einige Risikofaktoren durch lokale Einsatzteilnehmer als belastender empfunden werden als durch Internationale, wird durch mehrere Autoren der eingeschlossenen Literatur bestätigt.

Nationale Helfer in Flüchtlingslagern leiden gemäss Musa und Hamid (2008) öfter an Burnout oder sekundärem traumatischem Stress als Internationale. In einer Studie von Eriksson et al. (2013) konnte die Nationalität der Teilnehmer selbst (Jordanien) als Risikofaktor für Depression identifiziert werden, obwohl die empfundene soziale Unterstützung durch die Jordanier höher bewertet wurde als bei internationalen Helfern. Laut Cardozo et al. (2005) äussern lokale Einsatzteilnehmer, sich durch die Organisation weniger unterstützt zu fühlen, als Internationale, was als Risikofaktor für psychisches Leiden identifiziert wurde. Auch ist gemäss Cardozo et al. (2005) der Mittelwert erlebter traumatischer Ereignisse bei lokalen Helfern im Vergleich mit internationalen leicht erhöht (Nationale: 3.2/SD: 2.8; Internationale: 2.8/SD: 2.7).

Einen Schutzfaktor bildet der Kontakt zur eigenen Familie. Diesen Kontakt können nationale Einsatzteilnehmer verstärkter pflegen als internationale. Haben nationale Helfer jedoch ebenfalls ungenügend Kontaktmöglichkeiten zu ihren Familien, bildet dies auch einen Risikofaktor für depressives Leiden (Cardozo et al., 2005).

Das Alter scheint gemäss Cardozo et al. (2005) einen unterschiedlichen Einfluss auf lokale oder internationale Helfer zu haben. Junge, internationale Teilnehmer litten verstärkt an Depression und nicht-psychotischen psychiatrischen Störungen als Ältere. Bei nationalen Helfern hatten jedoch ältere Helfer mehr psychische Beschwerden und Depressionen.

Bei internationalen Helfern steigt mit der Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse der Alkoholkonsum; eine Tendenz, welche sich bei nationalen Teilnehmern nicht feststellen liess (Cardozo et al., 2005).

4. DISKUSSION

Im folgenden Kapitel werden die Resultate diskutiert und ein Bezug zum theoretischen Rahmen wird hergestellt. Weiter werden aus den Ergebnissen Empfehlungen für die Praxis formuliert. Auf die Stärken und Schwächen der Arbeit wird eingegangen.

4.1 Diskussion der Risikofaktoren

Der in den betrachteten Studien am meisten genannte Risikofaktor bildet das Gefühl der Unfähigkeit in Verbindung mit einem Sinnverlust und fehlender Selbstverwirklichung. Dieses Ergebnis ist insofern nicht erstaunlich, als dass gemäss Traxler (2007) eine der entscheidenden Hauptmotivationen für den Entschluss, an einem humanitären Einsatz teilzunehmen, genau diese Suche nach Sinn und Selbstverwirklichung in der Arbeit ist. Verständlich scheint demnach, dass das Nichterfüllen dieser Hoffnungen einen Risikofaktor für vermehrtes psychisches Leiden der Helfer darstellt. Weiter machen externe Faktoren, wie zum Beispiel fehlende medizinische Ressourcen, unter Umständen eine effiziente Pflege nicht möglich. Auch Kommunikationsschwierigkeiten mit der Bevölkerung und unzureichendes Wissen bezüglich der anzutreffenden Krankheitsbilder können bei den Helfern das Gefühl der Unfähigkeit bestärken und Frustration auslösen (Lim et al., 2013). Ihre Grunderwartung von Selbstverwirklichung und die Hoffnung, etwas Gutes für die Menschheit tun zu können, werden enttäuscht.

In Krieg-/Nachkriegsgebieten, aber auch bei Einsätzen nach Naturkatastrophen oder in Entwicklungsländer ist die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen häufig. Mehrere Studien unter Kriegsveteranen haben gezeigt, dass die traumatisierenden Bilder auch nach der Rückkehr aus einem Einsatz im Gedächtnis bleiben und ein Wiedererleben der Geschehnisse in Form von Träumen wird häufig beschrieben. Gemäss McAllister und Lowe (2013) ist die Population der Kriegsveteranen mit derjenigen der Pflegefachpersonen, welche in einer Notfallsituation Hilfe leisten, in Bezug auf psychische Konsequenzen vergleichbar. Dass die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen als Risikofaktor diskutiert wird, ist deshalb nachvollziehbar.

Frauen weisen generell ein zwei bis drei Mal höheres Risiko zur Entwicklung von Depression oder Angststörungen auf, als Männer (Propach, 2014). Der von fünf der eingeschlossenen Studien beschriebene Risikofaktor des weiblichen Geschlechts lässt sich folglich mit den heutigen Forschungskennnissen im Bereich der affektiven Störungen vergleichen. Ein möglicher verstärkender Aspekt könnte ein unterschiedliches Rollenverständnis der Frau in der Kultur des Einsatzlandes und des Heimatlandes der Einsatzteilnehmerin sein. Einschränkungen, wie zum Beispiel ein Verbot, sich ohne Mann in der Öffentlichkeit zu bewegen, können das Wohlbefinden der Helferinnen negativ beeinflussen. Kombiniert mit weiteren Stressoren bildet das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor, welcher nicht zu unterschätzen ist.

Die Gefährdung der Sicherheit kann ein Stressfaktor sein. Auf zweiter Hierarchiestufe der Grundbedürfnisse des Menschen nach der Maslow'schen Pyramide steht das Bedürfnis nach Sicherheit (Maier, 2014). Dessen Fehlen wirkt sich folglich negativ auf das Wohlbefinden eines Menschen aus. Bei starker Gefährdung der eigenen Sicherheit können Rückkehrpläne plötzlich unbestimmt werden. Zukunftsperspektiven sind jedoch ein wichtiger Protektor der psychischen Gesundheit und deren Fehlen ein Indikator für Depression (Hell et al. 2007). Auch die Gefährdung der Teammitglieder kann ein Stressor bilden. Der Kontakt zur Familie ist eingeschränkt und das Team bildet manchmal das einzige soziale Netzwerk der Helfer während des Einsatzes. Die Beziehungen innerhalb des Teams sind deshalb wichtig und haltgebend. Besonders für lokale Einsatzteilnehmer kann auch die Angst um die Sicherheit der eigenen Familie ein Risikofaktor zur Einschränkung des Wohlbefindens sein.

Der Risikofaktor der psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte lässt sich durch die Tatsache begründen, dass dieser generell die Vulnerabilität eines Menschen zur Entwicklung weiterer psychischen Leiden im Verlauf seines Lebens erhöht (Hell et al., 2007). Gemäss Hell et al. (2007) besteht die Annahme, dass der Mensch eine genetische Vorbelastung für psychische Erkrankungen aufweisen kann. So scheint es nachvollziehbar, dass psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte als mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung während eines humanitären Einsatzes betrachtet werden können.

Die Erhaltung und Pflege eines unterstützenden sozialen Netzwerkes ist je nach Einsatzort nicht, oder nur begrenzt möglich. Aufgrund fehlender Infrastrukturen Telefon- oder Internetverbindungen kann der Kontakt zu Angehörigen und Freunden eingeschränkt sein. Die hohe Arbeitsbelastung und nur wenig Freizeit vermindern ebenfalls die Möglichkeit zur Pflege sozialer Kontakte. Ein neues, unterstützendes Netzwerk innerhalb der Sendeorganisation oder der ansässigen Bevölkerung müsste demnach von den Einsatzteilnehmern aufgebaut werden. Dies kann jedoch insbesondere mit der Bevölkerung oder lokalen Mitarbeitern aufgrund sprachlicher und kultureller Unterschiede eine Herausforderung darstellen.

Eine Führungsposition während eines Einsatzes einzunehmen, kann zu einem erhöhten Stresslevel führen. Hohe Erwartungen von Seiten der Teammitglieder, der Sendeorganisation und der betroffenen Bevölkerung sind meist mit dieser Position verbunden. Häufige Konfliktsituationen und unerwartete Ereignisse können belastender für Einsatzleiter sein, als für andere Teilnehmer, da diese grössere Verantwortungen zu tragen haben und für einen effizienten Ablauf des Einsatzes sorgen müssen. Dieser Risikofaktor wird jedoch abgeschwächt, wenn der Leiter über eine Weiterbildung im Bereich von Teamführung und Management verfügt. Eine protektive Wirkung ergibt sich auch, wenn innerhalb des Einsatzteams eine unterstützende Gruppendynamik herrscht.

Die hohe Arbeitsbelastung wird durch Bjerneld et al. (2004), Eriksson et al. (2013) und Curling und Simmons (2010) als Risikofaktor für Erschöpfung, Frustration und Stress genannt. Nachvollziehbar führt diese auf längere Dauer und ohne Ausgleichsmöglichkeit zu Erschöpfungszuständen und Burnout.

4.2 Diskussion der Schutzfaktoren

Das unterstützende soziale Netzwerk stellt einen Schutzfaktor zur Erhaltung der psychischen Gesundheit der Einsatzteilnehmer dar. Sich in schwierigen, herausfordernden Situationen jemandem anvertrauen zu können, ist oft hilfreich. Im Gespräch können Probleme diskutiert und relativiert werden. Dies bildet eine aktive Bewältigungsstrategie und ist, insbesondere nach einer Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, wichtig. Die Suche nach sozialer Unterstützung kann jedoch je nach Art und Ausmass der belastenden Situationen schwierig sein.

Sich auf ein schon vorhandenes soziales Netzwerk stützen zu können, scheint deshalb für den Erhalt der psychischen Gesundheit von entscheidender Bedeutung. Die Teilnahme an einem humanitären Einsatz führt unweigerlich zu einer Veränderung des schon bestehenden Netzwerkes. Durch die Teammitglieder und die Bevölkerung des Einsatzlandes kann das soziale Netzwerk erweitert werden. Im Gegensatz dazu kann der Verlust von Kontakten im Heimatland zu einer Einschränkung desselben führen. Ist diese Einschränkung zu gross und kann im Einsatzland kein adäquates Netzwerk aufgebaut werden, wird dessen Fehlen zum Risikofaktor, welcher im vorhergehenden Kapitel diskutiert wurde.

Positive Gefühle mit der humanitären Arbeit in Verbindung bringen zu können, scheint ein wichtiger Schutzfaktor für Einsatzteilnehmer zu sein. Wer einen Sinn in seiner Arbeit sieht und diese als zufriedenstellend beurteilen kann, weist ein vermindertes Risiko auf, einen Erschöpfungszustand oder ein Burnout zu entwickeln. Das Gefühl, einem Patienten geholfen zu haben, bringt eine Zufriedenheit mit sich und kann so möglicherweise auch das Selbstwertgefühl der Helfer stärken. Angehörige und Patienten, welche den Helfern Dankbarkeit entgegen bringen, können die positiven Gefühle unterstützen.

Ein weiterer Schutzfaktor bildet gemäss Cardozo et al. (2005), Musa und Hamid (2008) und Eriksson et al. (2001) das Alter der Teilnehmer. Ältere Helfer zeigen oft weniger psychische Leiden als jüngere. Dies lässt sich unter anderem durch ein höheres Erfahrungswissen der älteren Helfer begründen. Mehr Wissen kann zu mehr Sicherheit bei medizinisch-technischen Fertigkeiten führen und somit entscheidend zum Erfolgsgefühl der Teilnehmer beitragen. Ältere Helfer haben möglicherweise schon an mehreren Einsätzen teilgenommen. Sie sind sich der Arbeitsbedingungen bewusst und werden in ihrer Motivation nicht durch persönliche, illusorische Vorstellungen geleitet. Ihre Angehörige und Freunde wissen ebenfalls, wie eine Kontakterhaltung möglich bleibt. Es lässt sich vermuten, dass aus diesen Gründen nicht das Alter selbst den entscheidenden Schutzfaktor bildet, sondern die Erfahrung.

Effektive Copingmechanismen sind zur Bewältigung schwieriger Ereignisse notwendig und bilden im Zusammenhang mit humanitärer Arbeit einen Schutzfaktor zur Prävention möglicher psychischer Folgen. Lim et al. (2013) und Curling und Simmons (2010) definieren als positive Copingmechanismen körperliche Aktivitäten, soziale Aktivitäten und Religion / Spiritualität.

Körperliche Aktivitäten ermöglichen die Freisetzung von Endorphinen sind folglich mit einem angenehmen Glücksgefühl verbunden. Insbesondere Ausdauersportarten empfehlen sich gemäss Menche (2007) zum Ausgleich des Alltags und zur Stressreduzierung. Der positive Aspekt der Copingstrategie „Pflegen sozialer Kontakte“ ist vergleichbar mit dem protektiven Faktor des unterstützenden sozialen Netzwerkes. Die Religion / Spiritualität hilft den Menschen, einen Sinn hinter den Geschehnissen zu finden, selbst zur Ruhe zu kommen und im Gebet belastende Situationen zu verarbeiten. Die Religiosität kann auch gemäss Welter-Enderlein (2010) dem Leben eines Menschen Stabilität und Sinn verleihen.

Teilweise wird jedoch in Stresssituationen auch auf gesundheitsschädliche Copingstrategien wie übermässiger Tabak- oder Alkoholkonsum zurückgegriffen. Das Erkennen negativer oder unangepasster Copingstrategien und das Erlernen positiver Bewältigungsmöglichkeiten kann ein entscheidender Schutzfaktor für das Vorbeugen psychischer Leiden sein.

4.3 Einzelergebnisse

Ergebnisse, welche nur in je einer der eingeschlossenen Studien genannt werden, lassen sich teilweise durch deren Setting begründen. Beispielsweise äussern Lim et al. (2013) Transportbarrieren, die aufgrund fehlender Strassen im Dschungel entstehen, als Risikofaktor für Stress. Weiter handelt es sich bei den Einzelresultaten vermehrt um Ergebnisse, die als Risiko- oder Schutzfaktor spezifisch in einer Studie untersucht wurden und sich deshalb nicht in weiteren Studien finden lassen. Ein Beispiel hierfür wäre der Risikofaktor des langen Fernsehens, welcher durch Nishi et al. (2012) beschrieben wird. Eine ausführliche Diskussion der Einzelresultate ist im Anhang B zu finden.

4.4 Diskussion Unterschied zwischen lokalen und internationalen Helfern

Vier der eingeschlossenen Studien vergleichen die Risiko- und Schutzfaktoren der lokalen mit denjenigen der internationalen Helfer.

Musa und Hamid (2008) konnten feststellen, dass lokale humanitäre Helfer eines Flüchtlingslagers häufiger an Burnout und sekundärem traumatischem Stress litten als internationale. Dies lässt sich durch das Nachkriegssetting der Studie begründen. Der eigenen Bevölkerung nach einem Krieg Hilfe zu leisten, kann zwar eine Bewältigungsstrategie zur Verarbeitung des Geschehenen bilden, die Helfer werden jedoch erneut indirekt mit den Ereignissen konfrontiert. Erzählungen der Patienten können Erinnerungen an persönlich Erlebtes hervorrufen und ein sekundäres traumatisches Stresssyndrom kann sich entwickeln.

Lokale humanitäre Helfer äusserten in einer Studie von Cardozo et al. (2005), die in einem Nachkriegsgebiet durchgeführt wurde, dass sie sich durch die Sendeorganisation wenig unterstützt fühlen. Internationale Helfer bestätigten diesen Punkt nicht. Die Gründe hierfür könnten kulturell bedingt sein. Ein grosser Teil der humanitären Hilfsorganisationen finden ihren Ursprung in einem entwickelten Land und unterstützt die Helfer ihren Vorstellungen entsprechend. Internationale Teilnehmer empfinden eventuell nicht die gleichen Bedürfnisse, wie Lokale. Wichtig wäre, zu erkennen, welche Bedürfnisse für welche Population von besonderer Wichtigkeit sind und wie eine effiziente Unterstützung beider Populationen gewährleistet werden könnte.

Die Nationalität der Teilnehmer selbst (Jordanien) wurde in einer Studie von Eriksson et al. (2013), als Risikofaktor für Depression identifiziert, obwohl sich diese stärker durch ihr soziales Netzwerk unterstützt fühlten als internationale Helfer. Der Ursprung der erhöhten Vulnerabilität für Depression könnte in der vorhergehenden Kriegssituation liegen. Verluste von Familienangehörigen und Freunden, die instabile politische Situation des Landes und eventuell finanzielle Schwierigkeiten können im Zusammenhang mit dem Krieg stehen und die lokale Bevölkerung besonders belasten.

Gemäss Cardozo et al. (2005) liegt der Mittelwert erlebter traumatischer Ereignisse bei lokalen Einsatzteilnehmern im Vergleich höher als bei internationalen. Auch dies könnte im Zusammenhang mit dem Nachkriegssetting der Studie stehen.

Die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen während einer Kriegssituation scheint für die betroffene Bevölkerung des Landes unausweichlich. Internationale Helfer, welche sich erst später in das Krisengebiet begeben, werden möglicherweise mit einer etwas tieferen Anzahl an traumatischen Ereignissen konfrontiert.

Bei internationalen Helfern steigt gemäss Cardozo et al. (2005) mit der Anzahl erlebten traumatischen Ereignissen der Alkoholkonsum. Dies war bei lokalen Helfern nicht der Fall. Eine mögliche Begründung liegt in der Kultur des Einsatzlandes. Die Studie von Cardozo et al. (2005) wurde in Kosovo-Albanien durchgeführt, ein Land, in welchem der Islam als Religion eine wichtige Bedeutung hat. Im Islam gilt der Konsum von Alkohol als unrein (Behloul, 2009).

Gemäss Cardozo et al. (2005) besteht ein Unterschied zwischen internationalen und nationalen Helfern beim Schutzfaktor „Alter“. Für internationale Einsatzteilnehmer scheint dieser wirklich einen Schutzfaktor zu sein. Bei lokalen Helfern stellten die Autoren der Studie jedoch das Gegenteil fest. Ältere Teilnehmer des Einsatzes wiesen vermehrt psychische Beschwerden und Depression auf. Ein Grund hierfür könnten eingeschränkte Aufstiegsmöglichkeiten der lokalen Helfer innerhalb der Organisation sein, was zu einer verminderten Selbstverwirklichung führen kann. Im Gegenzug können internationale Helfer mit entsprechender Erfahrung oft rasch Führungspositionen während des Einsatzes einnehmen. Den unterschiedlichen Einfluss des Alters zwischen lokalen und internationalen Teilnehmer zu erklären, ist jedoch schwierig.

Gemäss Curling und Simmons (2010) werden die hohe Arbeitsbelastung und die Anzahl der Arbeitsstunden von internationalen Einsatzteilnehmern als belastender empfunden als von lokalen Helfern. Je nach Gefährdungspotential des Einsatzgebietes ist das Verlassen der medizinischen Station untersagt (Médécins sans frontières, 2013). Eine Distanzierung zur Arbeit scheint schwierig. Im Gegensatz zu internationalen Helfer können lokale Helfer je nach Einsatzort zu Hause übernachten. Sie können sich aus der Station entfernen und in ihr gewohntes soziales Umfeld zurückkehren. Sie befinden sich in ihrem Heimatland. Sie sind sich der politischen und sozialen Situation des Landes bewusst und leben in ihrer eigenen Kultur. Diese Faktoren könnten gemeinsam dazu beitragen, dass die hohe Anzahl an Arbeitsstunden für lokale Helfer als weniger belastend empfunden wird als für internationale Teilnehmer des Einsatzes.

4.5 Ergebnisse im Bezug zum Konzept Resilienz

Oftmals werden im Rahmen des Konzeptes Resilienz Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben, welche sich fördernd, beziehungsweise hemmend auf die Entwicklung einer Resilienz auswirken. McAllister und Lowe (2013) nennen in ihrem Werk „Resilienzförderung bei Pflegenden“ Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung der Resilienz im Kindesalter und stützen sich dabei auf Bogenschneider (1996). Die Abwesenheit der jeweiligen Risikofaktoren bildet entsprechend ein Schutzfaktor. Diese Faktoren sind mit denjenigen der Teilnehmer eines humanitären Einsatzes vergleichbar. Bogenschneider (1996) beschreibt beispielsweise eine unsichere Unterbringung als Risikofaktor für eine verminderte Entwicklung der Resilienz bei Kindern. Dieser Punkt lässt sich mit dem Risikofaktor der Gefährdung der Sicherheit der Helfer vergleichen. Erfahrung von körperlicher und emotionaler Gewalt als Risikofaktor für verminderte Resilienz kann mit der Konfrontation mit traumatischen Ereignissen in Verbindung gebracht werden. Finanzielle Probleme bilden für beide Populationen einen Risikofaktor zur Entwicklung psychischen Leidens. Die im Konzept der Resilienz schon seit nunmehr ungefähr zwanzig Jahren formulierten Risiko- und Schutzfaktoren scheinen demnach den Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit der humanitären Helfer sehr ähnlich.

Spricht man von Resilienz, meint man damit die Fähigkeit und die Art, wie ein Individuum mit einer belastenden Situation und negativen Umweltbedingungen umgehen kann. Die Risiko- und Schutzfaktoren werden in dieser Arbeit unter dem Aspekt der Vorbeugung möglicher psychischer Konsequenzen betrachtet. Im Endeffekt lässt sich jedoch feststellen, dass in erster Linie die Art und Weise, wie die Herausforderungen eines Einsatzes bewältigt werden können, entscheidend für das Vorbeugen eines psychischen Leidens ist. Es geht demnach vielmehr um die Effektivität der Bewältigung, welche durch die Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst wird, als um die psychische Gesundheit selbst. Dies entspricht der Grundidee des Konzeptes der Resilienz.

Sich trotz widriger Umstände und schwierigen Ereignissen weiterentwickeln zu können, resilient zu sein und innerhalb einer Krise zu wachsen, hängt von persönlichen Charaktereigenschaften, der Möglichkeit, auf Ressourcen zurückgreifen zu können und den erworbenen Copingstrategien ab.

Die vorhandenen Ressourcen sowie die Bewältigungsstrategien können durch die Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst werden. Folglich dienen die Verminderung der Risikofaktoren und die Stärkung der Schutzfaktoren in erster Linie der Entwicklung der Resilienz der Einsatzhelfer. Die Resilienz eines Einzelnen trägt anschliessend zur Vorbeugung einer psychischen Erkrankung bei.

4.6 Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis

Die Ergebnisse der Arbeit beschreiben eine grosse Anzahl an möglichen Risiko- und Schutzfaktoren, welche die psychische Gesundheit der humanitären Helfer beeinflussen können. Es stellt sich nun die Frage, inwiefern eine Stärkung der Protektoren möglich ist und welche Risikofaktoren sich in der Praxis vermeiden bzw. vermindern lassen. Einige Empfehlungen, welche schon in den betrachteten Studien diskutiert wurden, werden in die Empfehlungen der Autorin integriert und ergänzend aufgezeigt.

Der Risikofaktor der direkten und indirekten Konfrontation mit traumatischen Ereignissen ist nicht vollständig vermeidbar. Auch das weibliche Geschlecht und eine psychische Erkrankung in der Vorgeschichte sind Risikofaktoren, welche als solche nicht verändert werden können. Eine regelmässige Erhebung der psychischen Gesundheit anhand standardisierter Erfassungsinstrumente würde sich insbesondere bei Teilnehmern, welche diese Risikofaktoren aufweisen, empfehlen. Es wäre wichtig, bei einem Vorstellungsgespräch konkret nach einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte zu fragen und Einsatzteilnehmer, welche davon betroffen sind, auf das erhöhte Risiko zur Entwicklung eines weiteren psychischen Leidens hinzuweisen (Cardozo et al., 2005; 2012). Frauen sollten schon vor dem Einsatz auf die möglichen kulturellen Unterschiede betreffend der Geschlechterrollen aufmerksam gemacht werden. Falls ein Verlassen der Gesundheitsstation im Einsatzgebiet für Frauen ohne Begleitung nicht möglich ist, sollten diese durch die Sendeorganisation darauf hingewiesen werden.

Im Allgemeinen empfiehlt es sich, die Einsatzteilnehmer dazu aufzufordern, sich im Vorfeld mit der Kultur des Einsatzlandes zu beschäftigen (Curling & Simmons, 2010). Wichtige kulturelle Unterschiede können durch die Sendeorganisation zusammengefasst und abgegeben werden, um Missverständnisse zu vermindern. Auch kann das Wissen um kulturelle Differenzen die Arbeit mit lokalen Einsatz Helfern vereinfachen.

Um der möglichen Entwicklung eines Gefühls der Unfähigkeit entgegenzuwirken, empfiehlt sich eine angepasste Aus- und Weiterbildung der Einsatzteilnehmer (Curling & Simmons, 2010). Eine Situation richtig einschätzen zu können, kann das Selbstbewusstsein der Einsatzteilnehmer stärken und so negative Gefühle vermindern. Auch eine Anerkennung der Helfer von Seiten der Sendeorganisation kann positiv bestärkend wirken (Cardozo et al., 2012). Eine wertschätzende Haltung innerhalb des Teams trägt ebenfalls entscheidend zu einem gesunden Selbstwertgefühl bei. Weiter empfiehlt es sich, die Motivation der Teilnehmer für den Einsatz im Vorfeld abzuklären. Mögliche illusorische Vorstellungen können so erfasst und richtig gestellt werden. Das Risiko einer Enttäuschung dieser Motivationen wird vermindert.

Empfehlen würde sich auch die Einstellung von qualifizierten Personen mit Erfahrung im Bereich der Führung und des Managements. Eine klare Definition ihres Aufgabenbereiches vermindert das Risiko einer Arbeitsüberlastung (Curling & Simmons, 2010). Das Einsatzteam sowie die Sendeorganisation sollten die Arbeit der Führungsperson wertschätzen und unterstützen, um dem erhöhten Erschöpfungsrisiko entgegenzuwirken.

Auch für Teammitglieder wäre es wichtig, eine zu hohe Arbeitsbelastung äussern zu können. Die Sendeorganisation sollte freie Tage für die Einsatzteilnehmer festlegen und deren Inanspruchnahme überprüfen. Weiter sollte die Sendeorganisation in die Ausbildung der lokalen Helfer investieren; einerseits, um mehr Personal erhalten zu können und die einzelnen Teilnehmer in ihrer Arbeit zu entlasten, andererseits auch, um eine Nachhaltigkeit der Arbeit im Land selbst zu ermöglichen.

Das soziale Netzwerk bildet einen wichtigen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der Einsatzteilnehmer. Dessen Erhaltung kann durch vereinfachten Telefon- und Internetzugang gefördert werden (Cardozo et al., 2005). Um ein soziales Netzwerk im Arbeitsumfeld aufbauen zu können, spielt die Dynamik im Einsatzteam eine wichtige Rolle. Diese kann durch Schulungen betreffend Teambuilding verbessert werden.

Unerfahrene Einsatzteilnehmer weisen ein stärkeres Risiko für eine Einschränkung des psychischen Wohlbefindens auf als erfahrenere Teilnehmer. Curling und Simmons (2010) und Lim et al. (2013) schlagen in ihren Studien die Förderung einer Mentor-Beziehung zwischen Erfahrenen und Ersteinsatzteilnehmer vor.

Auch wird das Achten auf einen angemessenen Ausgleich zwischen der Anzahl unerfahrener und der Anzahl erfahrener Helfer empfohlen.

Die Möglichkeit, über die Ängste zu sprechen, könnte durch eine Unterstützungsperson mit Ausbildung im psychiatrischen Bereich vor Ort angeboten werden (Curling & Simmons, 2010; Musa & Hamid, 2008).

Es empfiehlt sich, in Vorbereitungskursen die Teilnehmer des Einsatzes nach deren aktuellen Copingstrategien zu fragen. Ein gemeinsames Prüfen, welche dieser Copingstrategien im Einsatzland anwendbar sein werden und welche weniger, ist wichtig. Weiter können konkrete Beispiele für mögliche effektive Copingstrategien abgegeben werden. Auf die Möglichkeit, bei belastenden Ereignissen um professionelle Unterstützung bitten zu können, sollte hingewiesen werden.

Einige psychische Konsequenzen des Einsatzes, wie zum Beispiel eine posttraumatische Belastungsstörung, können auch erst nach dem Einsatz verstärkt auftreten. Für eine rechtzeitige Erfassung und Behandlung möglicher psychischer Leiden kann es hilfreich sein, zu mehreren Zeitpunkten nach der Rückkehr anhand standardisierter Erhebungsinstrumente deren Vorhandensein zu überprüfen (Cardozo et al., 2012; Curling & Simmons, 2010).

In Form eines Informationsblattes die möglichen Risiko- und Schutzfaktoren festzuhalten und die Teilnehmer betreffend dieser Faktoren zu informieren, kann das Bewusstsein um deren Existenz stärken und die Reflexion zum Thema fördern.

4.7 Qualität der eingeschlossenen Studien

Die in die Literaturübersicht einbezogenen Studien wurden anhand passender Beurteilungsinstrumente kritisch betrachtet. Diese Betrachtung ist im Anhang E zu finden.

Für die vorliegende Literaturübersicht wurden Studien mit einer Population von humanitären Einsatzteilnehmern, welche im Gesundheitsbereich tätig sind, ohne spezifische Einschränkung des Settings, eingeschlossen. Der Einschluss lediglich eines Settings hätte zu einem stark verminderten Sampling geführt. Folglich wurden fünf Studien, welche in einem Kriegs-/Nachkriegsgebiet durchgeführt wurden (Bjernelid et al., 2004; Eriksson et al., 2013; Lim et al., 2013; Musa & Hamid, 2008; Lopes Cardozo et al., 2005) in die Übersicht miteinbezogen und jeweils drei Studien, welche Einflussfaktoren des psychischen Leidens unter humanitären Helfern in Naturkatastrophengebieten (Stevens et al., 2008; Nishi et al., 2012; Soffer et al., 2011) oder in Entwicklungsländern (Curling & Simmons, 2010; Eriksson et al., 2001; Lopes Cardozo et al., 2012) diskutieren.

Cardozo et al. (2012), Eriksson et al. (2001), Musa & Hamid (2008), Stevens et al. (2008) und Nishi et al. (2012) machen in ihrer Erhebung keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, welche auf dem Feld im Einsatz sind. Die Datenerhebung dieser Studien sowie deren Resultate betreffen deshalb nicht nur Pflegepersonal, sondern auch Personen, welche unter anderem in den Bereichen Logistik und Administration tätig sind. Auch Curling & Simmons (2010) haben sich für den Einbezug mehrerer unterschiedlicher Berufsgruppen entschieden, präsentieren die Resultate jedoch getrennt. Stevens et al. (2008) erkennen die fehlende Unterscheidung innerhalb der Berufsgruppen ihrer Population als Schwäche ihrer Arbeit und empfehlen weiterführende Forschungen, welche die Stressoren und Protektoren der einzelnen Gruppen getrennt betrachten.

Cardozo et al. (2005), Musa & Hamid (2008) und Eriksson et al. (2013) haben sich für den Einbezug lokaler und internationaler Helfer in ihre Datenerhebung entschieden. Sie zeigen jedoch die Resultate getrennt auf und diskutieren die Unterschiede, um möglichen Einflussfaktoren Rechnung tragen zu können. Lim et al. (2013) betrachten in ihrer Studie lediglich eine Population lokaler Einsatzteilnehmer.

Beeinflussende Faktoren auf deren psychische Gesundheit werden jedoch klar aufgezeigt und entsprechen im Vergleich den Einflussfaktoren weiterer in die Übersicht miteinbezogenen Studien.

Die Publikation der Studie von Eriksson et al. (2001) ist schon mehr als zehn Jahre her. In ihren Ergebnissen entspricht sie jedoch den aktuelleren Studien und beschreibt gleiche Risiko- und Schutzfaktoren wie Bjerneld et al (2004), Cardozo et al. (2005; 2012), Curling & Simmons (2010), Lim et al. (2013), Musa & Hamid (2008), Stevens et al. (2008).

Zwei der quantitativen Studien, Soffer et al. (2011) und Stevens et al. (2008), ziehen in ihre Erhebung nur eine kleine Stichprobe mit ein. Stevens et al. (2008) führen die Datensammlung unter 20 Personen durch und Soffer et al. (2011) unter 12. Die Ergebnisse sind deshalb mit Vorsicht zu betrachten und nicht ohne Reflexion auf weitere humanitäre Helfer übertragbar. Beide Studien erhielten jedoch bei kritischer Beurteilung durch die Autorin 75% der Gesamtpunktezahl und wurden deshalb trotz kleiner Stichprobe in die Übersicht eingeschlossen. Ihre Resultate sind ebenfalls den Ergebnissen weiterer quantitativer Studien ähnlich und deshalb vergleichbar. Die Studie von Stevens et al. (2008) ist eine Pilotstudie. Die Autoren äussern, in nachfolgenden Studien die Erhebung unter einer grösseren Stichprobe durchzuführen.

Jeweils eine qualitative (Bjerneld et al., 2004) und eine Mixed Methods Studie (Lim et al., 2013) wurde in die Übersicht miteinbezogen. Beide entsprechen den durch die Autorin festgesetzten Ein- und Ausschlusskriterien. Auch erlaubt die Forschungsfrage nach Risiko- und Schutzfaktoren ein Einbezug von Studien dieses Forschungsdesigns. Die Resultate der qualitativen Studie von Autoren entsprechen denjenigen der quantitativen Forschungen und sind relevant für die Übersicht.

4.8 Stärken und Schwächen der Bachelorarbeit

4.8.1 Schwächen der Arbeit:

- Die Autorin verfügt über sprachliche Kenntnisse in Englisch, ihre Muttersprache ist jedoch Deutsch. Es besteht folglich die Möglichkeit, dass bei der Übersetzung und Beurteilung der betrachteten Literatur Fehler geschehen sind.
- Drei Studien wurden nach Referenzkonsultation weiterer Studien in die Übersicht miteingeschlossen und sind nicht in den Datenbanken Pubmed, Medline CINAHL oder PsycINFO registriert. Diese entsprechen zwar den Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Literaturübersicht und sind für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant, die Gewährleistung einer vollständigen Reliabilität der Arbeit ist aber aufgrund dieses Vorgehens nicht mehr möglich.
- Nur eine geringe Anzahl relevanter Studien beschränkt sich lediglich auf Pflegepersonen in humanitärem Einsatz als Population. Aus diesem Grund hat die Autorin beschlossen, ebenfalls Studien miteinzuschliessen, die die Datenerhebung unter unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb eines Einsatzteams durchführen. Dies macht die Erfassung spezifischer Risiko- und Schutzfaktoren für Pflegepersonen nicht möglich.
- Es handelt sich bei der vorliegenden Literaturübersicht um die erste Arbeit der Autorin im Bereich der Forschung. Aufgrund mangelnder Erfahrung kann die Korrektheit der Analyse der Literatur nicht gewährleistet werden.
- Die Auswahl der Studien, deren Betrachtung, sowie die Diskussion der Ergebnisse wurden lediglich durch die Autorin selbst durchgeführt. Die Arbeit widerspiegelt deshalb die Sichtweise einer einzigen Person.

4.8.2 Stärken der Arbeit:

- Trotz des Einschlusskriteriums von Studien, welche von vor bis zu 15 Jahren publiziert wurden, ist lediglich eine der Studien älter als zehn Jahre. Die Aktualität der betrachteten Literatur ist deshalb gewährleistet.
- Einige Risiko- und Schutzfaktoren werden durch mehrere Autoren unabhängig von Region und Kultur des Einsatzlandes genannt. Auch trotz einer signifikanten Zeitspanne zwischen der Durchführung einiger Studien (2001 vs. 2013) werden ähnliche Risiko- und Schutzfaktoren festgestellt. Diese Tatsache unterstreicht deren Existenz und Relevanz.
- Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit im Wissen der Autorin um die erste Literaturübersicht betreffend Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit humanitärer Einsatzteilnehmer. Dies ermöglicht die Schliessung einer Forschungslücke.
- Vermehrt entschliessen sich Pflegefachfrauen, an einem humanitären Einsatz teilzunehmen. Organisationen wie „Ärzte ohne Grenze“ oder „das Rote Kreuz“ sind international bekannt und die Bedeutung deren Tätigkeit ist mittlerweile unumstritten. Pflegefachpersonen repräsentieren eine wichtige Berufsgruppe innerhalb der Einsatzteams. Die vorliegende Arbeit ist somit von pflegerischer Relevanz.

5. SCHLUSSFOLGERUNG

In folgendem Kapitel wird, basierend auf den Ergebnissen, die Forschungsfrage beantwortet. Weiter werden Implementierungsmöglichkeiten der Arbeit aufgezeigt und Empfehlungen für weitere Forschungen aufgeführt. Abschliessend wird der Lernprozess der Autorin beschrieben.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Frage nach möglichen Risiko- und Schutzfaktoren, welche die psychische Gesundheit der Teilnehmer eines humanitären Einsatzes beeinflussen können, führt zu einer breiten Spannweite von Ergebnissen, die von Person zu Person unterschiedliche Auswirkungen zeigen können und einander in gegenseitigem Wechselspiel beeinflussen. Ein vorhandener Risikofaktor kann in Kombination mit einem starken Schutzfaktor seine Wirkung fast vollständig verlieren. So bildet die direkte und indirekte Konfrontation mit traumatischen Ereignissen einen gewichtigen Stressor für die Helfer und erhöht signifikant das Risiko zu psychischem Leiden (Eriksson et al., 2001; 2013; Lim et al., 2013; Cardozo et al., 2005; 2012). Tritt dieser Risikofaktor jedoch in Kombination mit dem Schutzfaktor des guten sozialen Netzwerkes auf, kann dessen Auswirkung stark minimiert werden (Eriksson et al., 2001; 2013). Risiko- und Schutzfaktoren sind demnach nicht nur einzeln, sondern jeweils gemeinsam zu betrachten. Ein weiterer Risikofaktor, welcher von einer Mehrheit der betrachteten Studien als Solcher identifiziert wurde, bildet das Gefühl der Unfähigkeit, sich selbst nicht verwirklichen können und keinen Sinn mehr in der Arbeit zu sehen (Bjernerl et al., 2004; Eriksson et al., 2013; Lim et al., 2013; Nishi et al., 2012; Soffer et al., 2011; Curling & Simmons, 2010; Cardozo et al., 2012). Im Gegenzug zu diesem Risikofaktor stehen als Schutzfaktor die positiven Gefühle durch das Bewerten der Arbeit als etwas Sinnvolles und Zufriedenstellendes (Bjernerl et al., 2004; Lim et al., 2013; Musa & Hamid, 2008; Soffer et al., 2011).

Ist die Sicherheit eines Teilnehmers gefährdet, lässt sich ebenfalls ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung eines psychischen Leidens feststellen (Bjernerl et al., 2004; Lim et al., 2013; Nishi et al., 2008; Stevens et al., 2008). Auch das weibliche Geschlecht stellt einen Risikofaktor dar (Bjernerl et al., 2004; Eriksson et al., 2013; 2001; Musa & Hamid, 2008; Curling & Simmons, 2010).

Gemäss Bjerneld et al. (2004), Cardozo et al. (2012; 2005) und Lim et al. (2013) ist ein fehlendes soziales Netzwerk ein Risikofaktor für die Teilnehmer der humanitären Einsätze. In weiteren Studien wird dieser Faktor in seiner positiven Formulierung (unterstützendes soziales Netzwerk) als wichtiger Schutzfaktor genannt (Eriksson et al., 2013; Lim et al., 2013, Sevens et al., 2008; Cardozo et al., 2005).

Helfer, welche während des Einsatzes eine Führungsposition einnehmen, können gemäss Bjerneld et al. (2004), Eriksson et al. (2013), Curling und Simmons (2010) und Stevens et al. (2008) durch ihren beruflichen Status ein verstärktes Risiko zur Entwicklung eines psychischen Leidens aufweisen.

Fehlt eine angemessene Unterstützung der Helfer durch die Sendeorganisation, kann das Risiko psychischer Störungen ebenfalls erhöht werden (Bjerneld et al., 2004; Cardozo et al., 2005; 2012; Eriksson et al., 2001).

Cardozo et al. erwähnen in einer Studie von 2005, dass eine psychische Erkrankung in der Lebensgeschichte der Teilnehmer ein Risikofaktor für die Entwicklung einer erneuten psychischen Störung sein kann und bestätigen den Einfluss dieses Faktors in einer weiteren Studie aus dem Jahre 2012.

Gemäss Curling und Simmons (2010) und Eriksson et al. (2013) sind eine starke Arbeitsbelastung und eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden Risikofaktoren für psychisches Leiden. Auch laut Bjerneld et al. (2004) kann diese Belastung vermehrt zu Frustration und Stress führen.

Als Schutzfaktor lässt sich gemäss Cardozo et al. (2005), Musa und Hamid (2008) und Eriksson et al. (2001) das Alter der Teilnehmer nennen. Ältere Helfer weisen oft weniger psychische Leiden auf als Jüngere.

Effektive Copingstrategien werden durch Lim et al. (2013) und Curling und Simmons (2010) als Protektoren für die psychische Gesundheit genannt und lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Spirituelle/religiöse Praktiken, soziale Aktivitäten (Singen, sich Freunden und Familie anvertrauen) und körperliche Aktivitäten (Sport).

Eine hohe Anzahl an Risikofaktoren konnte demnach unter den Teilnehmern eines humanitären Einsatzes festgestellt werden. Auch einige Schutzfaktoren lassen sich in dieser Population beobachten. Die identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren können nun als Grundlage zur Entwicklung möglicher präventiver Massnahmen zum Schutze und Erhalt der psychischen Gesundheit der Teilnehmer eines humanitären Einsatzes dienen.

5.2 Implementierung in die Praxis

Um die psychische Gesundheit humanitärer Helfer zu fördern, sind eine Stärkung der protektiven Faktoren und eine Minimierung der Risikofaktoren wichtig. Das Identifizieren der möglichen beeinflussenden Faktoren bildet die Grundvoraussetzung zum Entwickeln passender Interventionsstrategien.

Eine regelmässige Erhebung des psychischen Wohlbefindens der Helfer anhand standardisierter Erfassungsinstrumente ermöglicht ein Erkennen erster Symptome einer psychischen Störung und macht frühzeitige Massnahmen möglich. Die Förderung der Kontakte zwischen den Helfern und ihren Angehörigen wirkt als effizienter Schutzfaktor. Eine unterstützende, wertschätzende Haltung von Seiten der Sendeorganisation gegenüber den Leitungspersonen und dem Einsatzteam kann positive Gefühle der Helfer stärken. Sich auch innerhalb des Teams mit einer anerkennenden Haltung zu begegnen stärkt das Selbstwertgefühl der Einzelnen und hilft, Erschöpfung vorzubeugen.

Für Pflegefachpersonen, welche an einem humanitären Einsatz teilnehmen möchten, empfiehlt sich, sich Kenntnisse betreffend der Kultur des Einsatzlandes anzueignen. An Weiterbildungen teilzunehmen, kann entscheidend zum Erfolg im Einsatz beitragen. Pflegefachpersonen mit wenig Erfahrung sollten Unterstützung und Ratschläge bei erfahrenen Gesundheitsfachpersonen suchen. Sich der eigenen positiven Copingstrategien bewusst zu sein, diese zu fördern und gezielt während des Einsatzes anzuwenden, kann für die erfolgreiche Bewältigung belastender Situationen während des Einsatzes hilfreich sein.

5.3 Empfehlungen für weitere Forschung

Wie auch schon durch Stevens et al. (2008) beschrieben, sollten zukünftige Forschungen sich ganz spezifisch auf die Risiko- und Schutzfaktoren der Population der Pflegefachpersonen ausrichten und nicht nur global alle humanitären Helfer einer Organisation betrachten. Dies kann das Erkennen beeinflussender Faktoren ermöglichen, welcher der betrachteten Population eigen sind. Aus dem gleichen Grund wäre es wichtig, in zukünftigen Forschungen klar zwischen lokalen und internationalen Einsatzteilnehmern zu unterscheiden.

Der mögliche Einfluss der unterschiedlichen Einsatzsettings (Kriegs-Nachkriegssetting/Naturkatastrophe/Entwicklungshilfe) auf die psychische Gesundheit der Teilnehmer sollte anhand weiterer Forschungen erfasst und verglichen werden, um auch hier spezifische Risiko- und Schutzfaktoren erkennen zu können.

Basierend auf klar formulierten Risiko- und Schutzfaktoren der Pflegefachpersonen sollten präventive Massnahmen zum Schutz des psychischen Wohlbefindens und zur Förderung der Resilienz der Teilnehmer entwickelt werden. Anhand zukünftiger Interventionsstudien kann deren Effizienz sowie die Effizienz schon vorhandener präventiver Massnahmen überprüft werden, um eine Standardisierung der Massnahmen zu ermöglichen.

5.4 Lernprozess

5.4.1 Lernprozess zur Thematik

Das Thema der humanitären Hilfe lag schon zum Beginn der Ausbildung im Interessenbereich der Autorin. Der möglichen psychischen Konsequenzen eines solchen Einsatzes war sie sich jedoch noch nicht bewusst. Die Literaturübersicht erlaubte der Autorin, ihr Wissen betreffend humanitäre Hilfe zu erweitern und insbesondere im Bereich der Auswirkungen eines Einsatzes auf das psychische Wohlbefinden der Teilnehmer zu sensibilisieren. Im Laufe der Arbeit wurde sich die Autorin der Komplexität der beeinflussenden Faktoren bewusst. Sie lernte, deren Zusammenhänge und mögliche gegenseitige Einflüsse zu erkennen. Dass die einzelnen Faktoren von jedem Menschen unterschiedlich wahrgenommen und trotz ähnlicher umweltbedingter Voraussetzungen nicht die gleichen Folgen auf die psychische Gesundheit der Einsatzteilnehmer haben können, bildet eine besondere Herausforderung in diesem Forschungsbereich. Am Ende der Arbeit war die Autorin in der Lage, basierend auf den erarbeiteten Kenntnissen Empfehlungen für die Praxis zu formulieren.

5.4.2 Lernprozess zur Forschung und zum methodologischen Vorgehen

Die vorliegende Arbeit bildet die erste systematische Literaturübersicht der Autorin. Einige Grundkenntnisse im Bereich der Forschung wurden im Rahmen der Ausbildung der Hochschule für Gesundheit Freiburg entwickelt.

Basiswissen betreffend der Suche nach passender Forschungsliteratur sowie deren Beurteilung und Analyse wurden während der Unterrichtsmodule vermittelt. Das Suchen nach Literatur für die Übersicht bildete jedoch insbesondere zu Beginn der Arbeit eine Herausforderung für die Autorin. Die in einem ersten Schritt gestellte Forschungsfrage nach möglichen präventiven Massnahmen führte bei der Literaturrecherche auf internationalen Datenbanken nur zu wenig relevanter Literatur. Doch auch nach einer Anpassung der Forschungsfrage erwies sich das Finden passender Studien als schwierig. Der Einschluss mehrerer Settings und einer weniger eingeschränkten Population wurde notwendig. Die Darstellung der Ergebnisse sowie deren Diskussion stellten aufgrund dieser Erweiterung eine neue Herausforderung dar. Das Zusammenfassen und Beurteilen der Studien stellte insbesondere aufgrund der Verfassungssprache der betrachteten Studien (Englisch) eine zeitaufwändige Aufgabe dar. Dass es sich dabei vorwiegend um quantitative Studien handelt, erforderte weiter eine Neuerarbeitung der statistischen Grundkenntnisse der Autorin. Das korrekte Verständnis der möglichen Aussagekraft der Ergebnisse war dennoch schwierig.

Das Verfassen der systematischen Literaturübersicht bildete für die Autorin eine herausfordernde, zeitaufwändige, jedoch auch sehr bereichernde Aufgabe. Neue Kompetenzen im betrachteten Themenbereich und im Forschungsprozess konnten entwickelt werden. Die Autorin fühlt sich durch die Arbeit im Bewusstsein der Wichtigkeit evidenzbasierter Pflege gestärkt und gefördert. Das Interesse am Thema hat sich insbesondere in herausfordernden Momenten als positiver Motivator für das Verfassen der Arbeit erwiesen, und die Autorin hofft, das neue Wissen während ihrer zukünftigen beruflichen Tätigkeit verwenden und weitergeben zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ashiv, S., Garland, E., Katz, C. (2007). Secondary Traumatic Stress Prevalence in Humanitarian Aid Workers in India. *Traumatology*, 13(1), 59-70.
- Behloul, S.M. (2009). Islam. In Bühler, W., Bühlmann, B., Kessler, A. (Hrsg.). *Sachbuch Religionen – Hinduismus, Buddhismus, Judentum, Christentum, Islam*. (S.259). Horw: db-verlag.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie. *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.
- Bibliographisches Institut GmbH. (2013) Wörterbuch: humanitär. – Bedeutung & Beispiele: Bedeutung 1. *Duden: Die deutsche Rechtschreibung*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/node/655679/revisions/1233698/view>. [Zugriff am: 7. Mai 2013].
- Bibliographisches Insitut GmbH. (2013). Wörterbuch: Resilienz, die. *Duden: Die deutsche Rechtschreibung*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz> [Zugriff am: 11. Juni 2014].
- Bjerneld, M., Lindmark, G., Diskett, P., Garrett, M.J. (2004). Perceptions of Work in Humanitarian Assistance: Interviews With Returning Swedish Health Professionals. *Disaster Management & Response*, 2, 101-108.
- Bogenschneider, K. (1996). An ecological risk/protective theory for building prevention programs, policies, and community capacity to support youth. *Family Relations*, 45(2), 127-138.
- Bronner, U. (1999). *Helfer in humanitären Projekten: Strategien und Probleme in der Personalplanung*. [Website]. Verfügbar unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1999/p99-305.pdf> [Zugriff am: 4. April 2013].
- Bundesministerium für Gesundheit Österreich. (2012). *Psychische & seelische Gesundheit*. [Website]. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundleben-psyche-basisinfo-psychische-gesundheit_HK.html [Zugriff am 23. April 2013].
- Cardozo, B.L., Crawford, C.G., Eriksson, C.B., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olf, M. Rijnen, B. & Simon, W. (2012). Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humaitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 7(9), 1-13.

- Cardozo, B.L., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Toomey, E. & Salama, P. (2005). The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers. *Disasters*, 29(2), 152-170.
- Comité international de la Croix Rouge (2005). *Découvrez le CICR*. Genf: CICR.
- Curling, P., Simmons, K.B. (2010). Stress and Staff support strategies for international aid work. *Intervention*, 8(2), 93-105.
- Delhommeau, D., Groshans, M., Materne, F. & Chastang, S. (2007). Pourquoi partir? *Partir pour être solidaire?*. (S.18-19). Paris: Ritimo.
- Eriksson, C.B., Cardozo, B.L., Ghitis, F., Sabin, M., Crawford, C.G., Zhu, J., Rijnen, B., Kaiser, R. (2013). Factors Associated With Adverse Mental Health Outcomes in Locally Recruited Aid Workers Assisting Iraqi Refugees in Jordan. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, 660-680.
- Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., Foy, D.W. (2005). Trauma Exposure and PTSD Symptoms in International Relief and Development Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 205 -212.
- Hell, D., Endrass, J. , Vontobel, J. & Schnyder, U. (2007). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie*. (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Heuft, G., Weiss, U., Schütte, N., Reinecke, St., Bär, O., Runde, B. & Bastians, F. (2008). *Psychische Belastung durch traumatisierende Ereignisse im Beruf – Prävention im Polizeidienst*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/699490/publicationFile/4> [Zugriff am: 23. April 2013].
- Jackson, D., Friko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 60 (1), 1-9.
- Lieser, J. (2006). VENRO: *Was ist humanitäre Hilfe? Definitionen, Prinzipien, Grundsätze*. VIII. Humanitärer Kongress. [Website]. Verfügbar unter: http://humanitarian-congress-berlin.org/files/6013/3975/2454/lieser_presentation.pdf [Zugriff am 19. April 2013].
- Lim, A.G., Stock, L., Oo, E.K.S., Jutte, D.P. (2013). Trauma and mental health of medics in eastern Myanmar's conflict zones: a cross-sectional and mixed methods investigation. *Conflict and Health*, 7(15), 1-13.

- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen. *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Longerich, B. (2007). Bereit, in den Abgrund zu schauen. *Krankenpflege– soins infirmières*. 8;S: 10-11.
- Mahler, L., Jarchov-Jädi I., Montag, C., Gallinat, J. (2014). *Das Weddinger Modell – Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. 1. Auflage. Psychiatrie Verlag GmbH: Köln.
- McAllister, M. & Lowe, J.B. (2013). Stress und die Bedeutung der Resilienz – Vorbereitung auf die Praxis. In McAllister M. & Lowe J.B. (Hrsg.). *Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden*. (S.25-51). Bern: Huber.
- Georg, J. (2013). Pflegeklassifikationen, Pflegeprozess und Pflegediagnosen. In McAllister M. & Lowe J.B. (Hrsg.). *Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden*. (S.217-265). Bern: Huber.
- Maier, G.W. (2014). Bedürfnishierarchie aktuelle Version. *Gabler Wirtschaftslexikon*. [Website]. Verfügbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/beduerfnishierarchie.html> [Zugriff am 11. Juni 2014].
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. (3. Aufl.). Wien: Facultas.
- Médécin sans frontières. (2013). *Was Sie vor Ihrer Bewerbung über das Leben im Feldeinsatz wissen sollten*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.msf.ch/fileadmin/msf/pdf/2010/05/MSFCH-LifeInTheField-DE.pdf> [Zugriff am: 20. März 2013].
- Médécin sans frontières (2010). *MSF Schweiz – Bewerbungskriterien für Feldeinsätze*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.msf.ch/fileadmin/msf/pdf/2010/04/MSfCH-Criteria-DE.pdf> [Zugriff am 11. Juni 2014].
- Menche, N. Guzek, B. Hasel, H. Munk, K, Renz-Polster, H. (Hrsg.). (2007). Das Hormonsystem. *Biologie, Anatomie, Physiologie*. (6. Aufl.). (S.188) München: Urban & Fischer.
- Menche, N. (Hrsg.). (2007) Gesundheitsförderung und Prävention. *Pflege Heute*. (4. Aufl.). (S. 224-227). München: Urban & Fischer.
- Musa, S.A. & Hamdi, A.A.R.M. (2008). Psychological problems among aid workers operating in Darfur. *Social Behaviour and Personality*, 36(3), 407-416.

- Nishi, D., Koido, Y., Nakaya, N., Sone, T., Noguchi, H., Hamazaki, K., Hamazaki, T., Matsuoka, Y. (2012). Peritraumatic Distress, Watching Television, and Posttraumatic Stress Symptoms among Rescue Workers after the Great East Japan Earthquake. *PLoS ONE*, 7(4), 1-6.
- Phipps, A.B. & Byrne, M.K. (2003). Brief interventions for secondary trauma: review and recommendations. *Stress and Health*. 19, 139-147.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*. Canada: McGill University.
- Propach, F. (2014). Häufigkeit von Depressionen. *Volkskrankheit Depressionen: Ursachen, Symptome und Therapie*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/depression/einleitung-und-haeufigkeit/> [Zugriff am: 11. Juni 2014].
- Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessley, S. (2004). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000560.
- Römer, G. (2012). *Risikofaktor, Definition*. [Website]. Verfügbar unter: <http://flexiko.docchek.com/de/Risikofaktor>. [Zugriff am 3. Juni 2014].
- Scharnhorst, J. (2008). Resilienz – Neue Arbeitsbedingungen erfordern neue Fähigkeiten. Psychologie, Gesellschaft, Politik. *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*. (S.51–54). Berlin: Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (2007). *Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten*. Informationsschrift für Hausärztinnen und Hausärzte, Fachpersonen aus Gesundheits- & Sozialwesen.
- Soffer, Y., Wolf, J.J. & Ben-Ezra, M. (2011). Correlations between psychosocial factors and psychological trauma symptoms among rescue personnel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(3), 166-169.
- Steinmann, R. M. (2005). Psychische Gesundheit – Stress. *Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Kurzfassung. [Website]. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/grundlagen_wissen/PsychGesundheit_abstract_de.pdf [Zugriff am: 22. April 2013].

- Stevens, G., Byrne, S., Raphael, B. & Ollerton, R. (2008). Disaster medical assistance teams: What psychosocial support is needed?. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(2), 202-207.
- Swiss TPH. (2014). *Professional Postgraduate Training Programmes and Courses*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.swisstph.ch/teaching/professional-postgraduate.html> [Zugriff am 3. Juni 2014].
- Traxler, F. (2007). *Fachbereichsarbeit: Pflegepersonen in der Entwicklungszusammenarbeit – eine Herausforderung?*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.rudolfinerhaus.at/fileadmin/media/5_Pflegebildung/Schule/FBA/Traxler_Franziska_2007.pdf [Zugriff am 12. April 2013].
- Welter-Enderlin, R. (2010). Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.). *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*. (3. Aufl.). (S.7-19) Heidelberg: Carl-Auer.
- Weltgesundheitsorganisation Europa. (2005). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit– Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. *Europäische Ministerielle WHO-Konferenz für psychische Gesundheit*. Helsinki, Finnland.
- Werner, E.E. (2010). Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann. In Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. (3.Aufl.). (S.28-42) Heidelberg: Carl-Auer.
- Zehn, Y., Huang, Z., Jing, J., Deng, X., Zhang, L. & Wang, J (2012). Posttraumatic Stress Disorder of Red Cross Nurses in the Aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 63-70.
- Zentrum für Beratung und Bildung. (2002) *Rückkehr nach einem Auslandsaufenthalt*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.cinfo.ch/org/inhalte/private/download/Rueckkehr.pdf> [Zugriff am: 20. März 2013].
- Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. (2007). *Berufliche Wiedereingliederung - Biopsychosoziales Modell*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.project.zhaw.ch/de/management/berufliche-wiedereingliederung/forschungsgegenstand/biopsychosoziales-modell.html> [Zugriff am 23. April 2013].

ANHANG A: Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Literatur

Artikel / Land	Design / Setting	Ziel	Methode	Stichprobe	Resultate
Bjernerud, et al. (2004) Schweden	Qualitatives Design / Humanitäre Einsätze in Flüchtlingslager in Entwicklungsländern	Erfassen der Bedürfnisse des Gesundheitspersonals, welches an einem Notfall- & Entwicklungshilfe-Einsatz teilnimmt, in den Bereichen der Vorbereitung auf den Einsatz und des Trainings.	Halb-strukturierte Interviews Qualitative Inhaltsanalyse. Codierung und Kategorienbildung mit Hauptthemen	15 Pflegefachpersonen und 5 Ärzte	Frustration & Stress durch fehlende Sicherheit, starke Arbeits- & körperliche Belastung; Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit lokalen Helfern; Team lebt und arbeitet zusammen; Kommunikation schwierig, Isolationsgefühle; Arbeit schlecht geplant und unkontrollierbar; fremde Kultur. Unerwartete Aufgaben; Gefühl, Kollegen ungenügend qualifiziert; Gefühl fehlender Dankbarkeit der Bevölkerung; Unterschiede zwischen verschiedenen Organisationen. Sendeorganisation hat wichtige Rolle in Stressreduktion.
Cardozo, et al. (2005), Oxford, USA	Quantitatives Design; Querschnitt / Humanitärer Einsatz in	Identifikation der Konsequenzen traumatischer Erlebnisse auf die psychische Gesundheit	Fragebogen; Erhebung demografischer Daten, Unterstützungsangebote der Organisation, Kommunikation mit	285 internationale und 325 nationale Helfer von 21 Nicht-	Je mehr Konfrontation mit traumatischen Ereignissen, desto höher der PTSD-Score und das Depressionsrisiko. Bei internationalen Helfern steigt mit der Anzahl der

	Kosovo Albanien	internationaler und nationaler Helfer humanitärer Einsätze. Erkennung spezifischer Risikofaktoren, welche die Entwicklung einer psychischen Erkrankung verstärken.	Familienangehörigen, Alkoholkonsum HTQ HSCL-25: 10-Items und 15-Items GHQ: 28-Items Einsammlung Fragebogen am siebten, zehnten und 14. Tag nach der Abgabe Vergleich der Resultate internationaler & nationaler Helfer	Regierungs-Organisationen (NGO's) und eine Inter-Regierungs-Organisation	Ereignisse der Alkoholkonsum. Jüngere internationale Helfer litten mehr an Depression und nicht-psychotischen psychiatrische Störungen als Ältere. Bei nationalen Helfern: Frauen und ältere Helfer mehr psychische Beschwerden und Depressionen. Psychische Erkrankung in der Vergangenheit fördert Entwicklung eines psychischen Leidens. Bei internationalen Helfern verstärkt Depressionen und psychische Leiden festgestellt, wenn diese nur wenig Unterstützung von Seiten der Organisationen sowie wenig Kontakt zu ihren Familien. Nationalen Helfer mit ungenügendem Kontakt zu ihren Familien zeigten Tendenz zu depressivem Leiden. Falls erster Einsatz der Betroffenen, Risiko zur Depression und einem hohen GHQ-Score höher.
Cardozo,	Quantitative	Erbringen	Fragebogen	212 Teilnehmer	Zusammenhang zwischen Angst und

<p>et al (2012), USA</p>	<p>Längsschnittstudie / Humanitärer Einsatz mit NGO</p>	<p>wissenschaftlicher Beweise bezüglich des Zusammenhangs zwischen arbeitsbezogenen Stressoren und psychischem Leiden. Aufzeigen von Risiko- sowie protektiven Faktoren.</p>	<p>geschlossenes Antwortformat; TCI, HHI, CSI und HSCL25 MBI-HSS: 22-items. Messung der Lebensqualität: 7-Punkte Likert-Skala. Messung der Arbeitszufriedenheit: 5-Punkte Likert-Skala. Erhebung an drei verschiedenen Zeitpunkten: vor dem Einsatz, kurz nach dem Einsatz und 3-6 Monate nach dem Einsatz.</p>	<p>eines humanitären Einsatzes mit NGO</p>	<p>Depression ist feststellbar. Effekt von einsatzbezogenen chronischen Stressoren und erhöhter Konfrontation mit traumatischen Stresssituationen veränderte sich während der drei Datenerhebungen. Höheres Depressionsrisiko bei psychischer Belastung kurz nach der Rückkehr. Je grösser die Konfrontation mit chronischen Stressoren, desto höher das Depressionsrisiko. Effekt von traumatischen Erlebnissen auf den Angstlevel und die Lebensqualität ist höher kurz nach dem Einsatz, sinkt jedoch mit der Zeit. Ein Zusammenhang zwischen einem unterstützenden sozialen Netzwerk und einem geringeren Depressionsrisiko/geringerem psychischen Leiden konnte festgestellt werden. Verstärkend auf den Angst- und Burnoutlevel: positives Bild der Organisation und psychische</p>
--------------------------	---	--	---	--	---

					<p>Erkrankung in der Biografie.</p> <p>Risiko zur Entwicklung eines Burnouts: eingeschränktes soziales Netzwerk, wenig Motivation, schlechte Erfahrung in Zusammenarbeit mit der Organisation und chronischem Stress während des Einsatzes.</p> <p>Belastendes Arbeitsumfeld hat keinen Einfluss auf die Entwicklung eines Burnouts oder einer Depression.</p>
Curling & Simmons, (2010)	Quantitatives Design / Humanitäre Hilfe	Identifikation der Stressoren humanitärer Helfer. Besseres Verständnis bezüglich der Ursachen von Stress, sowie der möglichen Copingstrategien in Untergruppen dieser Population (Unterteilung nach Geschlecht, National/International, Arbeitsfeld).	<p>Fragebogen</p> <p>66 Fragen. Mündung in 8 Matrix-Fragen</p> <p>Zusätzlich: Erhebung allg. Stresslevel: 5-Punkte Likert Skala</p> <p>Einbezug Resultate einer von Peer-Helfer Rapporte (2004-2009) in Analyse.</p>	<p>3'688 Teilnehmer eines humanitären Einsatzes, Notfallhelfer = 82%, auf Hauptsitzen der Organisation tätig = 13%</p>	<p>Meist geäußerte Stressauslöser: Arbeitsbelastung; fehlende Fähigkeit, Ziele zu erreichen, Arbeitsstunden; Status der Anstellung; Gefühl, unterschätzt zu werden / nicht mitentscheiden zu können, politische/ökonomische/soziale Situation in Einsatzland.</p> <p>Negative Copingstrategien: Alkohol- & Zigarettenkonsum, Einnahme von verschriebenen/nicht-verschriebenen Medikamenten, Koffeinkonsum</p> <p>Positive Copingstrategien: spirituelle /</p>

		Evaluation des Nutzes der vorhandenen Unterstützungssysteme.			religiöse Praktiken, soziale und körperliche Aktivitäten, professionelle Unterstützung
Eriksson et al. (2001), California	Quantitativ / Humanitäre- & Entwicklungshilfe	Häufigkeit der Konfrontation mit traumatischem Ereignis /Gewalt (Opfer/Zeuge) erfassen. Häufigkeit Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Rückkehr.	Fragebogen Narrative Fragen und Ratingskalen Life Threat Index: 13 Auswahlantworten; Addierung der Summe des Additional traumatic Index LASC: drei Cluster-Erfassung Support Rating Scale: Daraus ergebende Summe: Support Index Score	113 aus Einsatz zurück-gekehrte Helfer aus 5 verschiedenen Sendeorganisationen	Das Alter, Geschlecht, die Hilfsorganisation, die Dauer des Einsatzes sowie die Art der Arbeit (Entwicklung- / Nothilfe) zeigen keinen Einfluss auf PTSD. Dauer des Einsatzes: Je länger der Einsatz, desto mehr indirekte traumatische Erlebnisse. Keinen Einfluss der Dauer mit direkter Konfrontation lebensbedrohlicher Ereignisse. Gute soziale Unterstützung, trotz hoher Anzahl an lebensbedrohlichen Situationen, führt zu weniger psychischem Leiden. Erhöhte Anzahl von erlebten lebensbedrohlichen Situationen führt zu verstärkter PTSD Symptomatik. Tiefster PTSD-Score wenn geringe Auseinandersetzung mit lebensbedrohlichen Situationen und

					eine gute soziale Unterstützung.
Eriksson et al. (2013), USA	Quantitatives Design / Notfall- und Entwicklungshilfe für Iraker Flüchtlinge in Jordanien	Evidenzbasierte Informationen bezüglich psychischer Gesundheit und Stress Management Programme. Prävalenz psychischer Anpassungsstörungen und Identifikation der Faktoren, welche mit einem erhöhten Risiko zu schlechter psychischer Gesundheit und Burnout im Zusammenhang stehen.	Fragebogen soziodemografischer Daten, Tätigkeit in der Organisation, bisherige Einsatzdauer, Unterstützung durch die Organisation, Zufriedenheit mit der Organisation, Erhebung möglicher Stressoren 12-Item Social Provisions Scale: Ratingskala (1-4) Teamzusammenhalt: 6-Punkte Likert Skala L ASC: drei Cluster Erhebung HSCL: 15-Items (Depression) und 10-Items (Angst) mit je 4-Punkte Likert Skala	165 jordanische und 90 irakische Mitglieder von 9 humanitären Organisationen	Grösste chronische Stressoren der Teilnehmer: finanzielle Probleme (93.7%) und übermässige Arbeitsbelastung (91.9%). Risikofaktoren für Angst: weibliches Geschlecht, kurze Zeitdauer des Einsatzes (weniger als 6 Monate), Exposition zu traumatischen Ereignissen. Eine kurze Einsatzdauer, Exposition zu traumatischen Ereignissen, jordanische Nationalität und tiefe Schulbildung sind Risikofaktoren für Depression. Einsatzteilnehmer mit Führungsposition unterliegen einem höheren Risiko für emotionale Erschöpfung. Die Exposition zu traumatischen Ereignissen verstärkt die Erschöpfung. Soziale Unterstützung wirkt als Resilienzfaktor. Teamzusammenhalt bildet ein protektiver Faktor für das Vorbeugen emotionaler Erschöpfung / Depersonalisation. Kein

			MBI-HSS: drei Unterkategorien		Zusammenhang mit verminderter Selbstverwirklichung.
Lim et al. (2013) California	Mixed Methods; Querschnittstudie / Mobile Gesundheitsstationen für Bevölkerung in Kriegsregion; Erhebung während eines Schulungsprogrammes	Lokale Vorstellungen von psychischem Leiden unter Zielpopulation erfassen. Stresserlebnisse identifizieren.	Fragebogen und halbstrukturierte Interviews PCL-C: 5-Punkte Likert Skala GHQ-12: 4-Punkte Antwortskala (0-3 / 0-0-1-1) Qualitative Erhebung: Analyse basiert auf Grounded Theory	74 Medics; Verantwortlich für einfache medizinische Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsberatung	Signifikanter Zusammenhang zwischen PCL-C Werten und GHQ-12. Arbeitsbezogene Stressauslöser: Gefühl der Unfähigkeit, fehlendes Selbstvertrauen; Gefühl, nicht mit komplexen medizinischen Situationen umgehen zu können; Erwartungen des Patienten nicht erfüllen können; fehlende medizinische Ressourcen; Transportbarrieren; zu wenig Personal; Beziehung zu Patienten. Persönlich / familienbezogene Stressauslöser: Kontakt zur Familie nur selten; Angst um Sicherheit der Familie; Angst vor Attacken, Verlust/Tod eigener Arbeitskollegen; Patienten zurücklassen müssen, um zu fliehen; Traumatische Ereignisse in der Kindheit; Wiedererleben der Ereignisse, weil Erinnerung durch Patienten Stressmanagement: starke Mentor-Beziehungen, sich Freunden und

					Familie anvertrauen; Gruppenaktivitäten; Einzelaktivitäten; Religion
Nishi et al. (2012), USA	Quantitatives Design; Prospektive Studie / Einsatz nach Naturkatastrophe; Erdbeben	Prüfung der Voraussagekraft des PDI (peritraumatic distress index) für die Entwicklung eines PTSD unter Einsatzteilnehmer eines DMAT	Fragebogen PDI: 13-Items, 5-Punkte Likert Skala IES-R: 22-Items Regressionsanalyse zur Erfassung der Zusammenhänge mit PTSD Erhebung vier Monate nach Einsatz	173 Mitglieder eines DMAT, welche kurz nach Erdbeben im Einsatz waren; 35 Ärzte, 80 Pflegefachpersonen, 58 Andere	Der PDI bildet ein unabhängiger Prädiktor für PTSD. Mehr als 4h pro Tag fernsehen (Nachrichten betreffend Ereignis) bildet ein Prädiktor für PTSD und führt zu erhöhten PDI Werten. Signifikant sind folgende Items des PDI mit Einfluss auf PTSD: sich hilflos fühlen, sich traurig fühlen, frustriert und wütend, nicht mehr tun zu können, Angst um eigene Sicherheit, Schuldgefühle, sich für eigene emotionale Reaktion schämen, sich um die Sicherheit anderer sorgen, den Eindruck haben, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zu verlieren, Schrecken empfinden, körperliche Angstreaktionen zeigen, Gefühl, ohnmächtig zu werden, Gefühl, sterben zu müssen
Musa & Hamid	Quantitatives Design /	Identifikation psychischer	Fragebogen	53 Teilnehmer, die noch im	Zufriedenheit mit der Arbeit wirkt vermindernd auf generelle Erschöpfung,

(2008), Arabische Emirate	Opferlager in Kriegsregion	Gesundheitsprobleme der Helfer. Aufzeigen eines Zusammenhangs zwischen Burnout und Arbeitszufriedenheit.	ProQOL: 30-Items Relief Worker Burnout Questionnaire: 13-Items GHQ: 28-Items und 4-Punkte Likert Skala	Einsatz sind von 11 Organisationen 60% nationale, 39,6% internationale Helfer	Angst oder der Entwicklung einer gestörten sozialen Interaktion. Alter der Teilnehmer ist negativ korreliert mit Burnout und sekundärem posttraumatischem Stress. Frauen weisen ein höheres Burnoutisiko auf, als Männer. Sudanesische Helfer litten öfter an Burnout /sekundärem posttraumatischem Stress als Internationale. Teilnehmer mit einer höheren Burnoutwertung wiesen stärkere Angstsymptome, somatische Gesundheitsprobleme, Erschöpfungsanzeichen oder eine stärker gestörte soziale Interaktion auf. Teilnehmer mit einem höheren GHQ-Score wiesen tendenziell auch eine höhere Burnoutwertung auf.
Soffer et al. (2011),	Quantitatives Design; Pilotstudie /	Erfassen der Zusammenhänge zwischen mehreren	Fragebogen SF-36 Health Survey:11-	20 israelische, humanitäre Rettungshelfer,	Teilnehmer empfanden generell ein hohes Level an sozialer Unterstützung, Sinn in ihrer Arbeit, positive Gefühle

Israel	Nothilfe und Entwicklungshilfe in Haiti	psychosozialen Variablen und darauffolgender posttraumatischer Reaktionen.	<p>Items, 5-Punkte-Likert Skala</p> <p>Lebenszufriedenheit: 1-Item:4-Punkte-Likert Skala</p> <p>Selbstevaluation, eigene Gesundheit: 1-Item, 4-Punkte-Likert Skala</p> <p>Wahrgenommenes Coping: 1-Item, 5-Punkte-Likert Skala</p> <p>Scale of Positive & Negative Experience (SPANE): 5-Punkte-Frequenz Skala; 12-Items</p> <p>SoMe, zwei Unterskalen: je 5-Items und 6-Punkte-Likert Skala</p> <p>Peritraumatic Dissoziative Experiences Questionnaire (self</p>	welche in Haiti tätig waren	<p>und Lebenszufriedenheit. Sie schätzen ihre Gesundheit als gut ein; äusserten effektives Coping. Negative Gefühle oder Sinnkrisen eher selten.</p> <p>Relevante Zusammenhänge zwischen psychosozialen Variablen und psychotraumatischer Reaktionen: negative Gefühlen und Sinnkrise scheint signifikant förderlich für eine verstärkte dissoziative und posttraumatische Symptomatik.</p>
--------	---	--	--	-----------------------------	---

			report): 6-Items mit 5-Punkte Skala IES-R: 22-Items		
Stevens et al. (2008) Australia	Quantitatives Design / Einsatz in Naturkatastrophengebiet; Erhebung nach Rückkehr	Erfassung der psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse Australischer Disaster Medical Assistance Teams (DMAT).	Fragebogen Entwicklung durch The Science of Mental Health and Adversity Unit der University of Western Sydney Erfassung demografischer Daten, Rolle der Sendeorganisation, Hauptstressoren & Bedürfnisse. Erhebung anhand geschlossener und offener Fragen.	20 Mitglieder eines DMAT, 14 med. Fachpersonen, 3 Logistik, 2 mit Schulungs- & Administrationsaufgaben, 1 Public Health Spezialist.	Gefährdete Sicherheit für 15% (n=17) primärer Stressfaktor. Hauptthema unter den Teammitgliedern: Unsicherheiten bezüglich des Einsatzes (unbekannte Region, Arbeitsbedingungen). Vorgeschlagene Strategien zur Stressreduktion: informiert sein betreffend der Veränderungen im Heimatland, weniger innerhalb der Familie über Einsatz verhandeln, mehr mit der Familie kommunizieren, Teamleiter sollen technische Fähigkeiten beherrschen und schwierige Situationen antizipieren können, gute Zusammenarbeit im Team. Hilfreich zur Vorbeugung psychischer Konsequenzen sind Gesundheitschecks.

Tabelle 3: Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Literatur

ANHANG B: Diskussion der Einzelergebnisse

Gemäss Cardozo et al. (2005) kann ein Ersteinsatz mit einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden sein. Unsicherheiten betreffend der Sendeorganisation und des Einsatzes können im Vergleich mit erfahreneren Teilnehmern verstärkt auftreten. Diese Unsicherheiten bilden auch gemäss Stevens et al. (2008) einen entscheidenden Risikofaktor für Stress. Helfer mit wenig Erfahrung könnten vermehrt Situationen gegenüber stehen, die ihre aktuellen Kompetenzen und Kenntnisse übersteigen. Die Enttäuschung von Hoffnungen, welche eine Motivation für den Entschluss, an einem Einsatz teilzunehmen gebildet hatten, tragen möglicherweise entscheidend zu erhöhtem Depressionsrisiko bei Ersteinsatzteilnehmern bei.

Eriksson et al. (2013) beschreiben finanzielle Probleme als einen der grössten chronischen Stressoren. Geäussert wurde dieser Faktor durch Helfer, welche Teile ihres Lohns, den sie durch die Sendeorganisation erhielten, der eigenen Familie zuschickten. Steht dieser Faktor in Kombination mit einer Einschränkung der Kontaktmöglichkeit zu den Angehörigen, könnte die Angst entstehen, dass das zugeschickte Geld nicht angekommen ist.

Die Verantwortung für die Ernährung der Familie zu tragen, bildet verständlicherweise ein wichtiger Stressor, der im Zusammenhang mit einer schwierigen finanziellen Situation eines Einsatzteilnehmers stehen kann.

Der Risikofaktor der tiefen Schulbildung ist aufgrund der Anforderungen der Sendeorganisationen an internationalen Einsatzteilnehmer wenig wahrscheinlich (Médécins sans frontières, 2010). Um die Partizipation der betroffenen Bevölkerung zu fördern und der hohen Anfrage an gesundheitlicher Versorgung gerecht zu werden, werden jedoch vermehrt lokale Helfer in Projekte mit einbezogen, welche möglicherweise lediglich über eine Grundschulbildung verfügen. Medizinisch-pflegerische Kenntnisse und Fertigkeiten könnten folglich eingeschränkt sein. Dies vermindert die Handlungskompetenz der Helfer und fördert Frustrationsgefühle.

Fehlende medizinische Ressourcen, Transportbarrieren und zu wenig Personal bilden laut Lim et al. (2013) Risikofaktoren zur Entwicklung psychischen Leidens. Alle diese Faktoren lassen sich nur beschränkt oder gar nicht beeinflussen. Der betroffenen Bevölkerung aufgrund fehlender Mittel nicht auf die Art und Weise helfen zu können, wie man eigentlich möchte, kann zu einem Sinnverlust der Arbeit führen. Situationen, in welchen Patienten nicht geholfen werden kann, sind gemäss Lim et al. (2013) sehr belastend für Helfer. Ein Gefühl der Unfähigkeit kann entstehen, wenn Patienten trotz aller Versuche nicht geholfen werden kann. Dieses Gefühl wurde in mehreren der betrachteten Studien als signifikanten Risikofaktor diskutiert.

Lim et al. (2013) äussern die fehlende Dankbarkeit der Bevölkerung gegenüber der Arbeit des Gesundheitspersonals als Risikofaktor für psychisches Leiden. Kulturelle Aspekte können diesen Punkt beeinflussen. Die Art, sich zu bedanken und wofür man sich bedankt kann je nach Kultur unterschiedlich sein. Das Gefühl, immer geben zu müssen und nichts dafür zurück zu erhalten, kann in Kombination mit weiteren Stressoren nachvollziehbar das Wohlbefinden der Teilnehmer beeinträchtigen.

Nishi et al. (2012) schreiben, dass mehr als vier Stunden fernsehen pro Tag (v.a. Berichte betreffend Ereignis) nach der Rückkehr der Helfer eines humanitären Einsatzes in einem Naturkatastrophengebiet ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung ist. Mehrere Aspekte könnten diesen Risikofaktor begründen. Zum einen schränkt das Fernsehen die sozialen Kontakte ein.

Weiter lassen Berichte über Naturkatastrophen oft ein Gefühl des Unverständnisses und Entsetzens zurück. Helfer, welcher im betroffenen Gebiet im Einsatz gewesen sind, können Gesichter mit den Zahlen der Verstorbenen in Verbindung bringen und wissen, was das Ausmass der Katastrophe für die Menschen ganz persönlich bedeutet. Die Bilder könnten Erinnerungen hervorrufen und zu einem Wiedererleben der Ereignisse führen.

Die politische/ökonomische/soziale Situation des Einsatzortes bildet gemäss Curling und Simmons (2010) einen Stressor für Teilnehmer eines humanitären Einsatzes.

Unstabile politische Situationen verstärken die Angst um die persönliche Sicherheit oder die der eigenen Familie. Auch kann diese Situation für die betroffene Bevölkerung selbst einen Stressfaktor sein und deren Gesundheit negativ beeinflussen. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass genau diese Situation ein Grund zur Notwendigkeit des Einsatzes bildet und deshalb mit grösster Wahrscheinlichkeit anzutreffen ist.

Eriksson et al. (2013) nennen eine Einsatzdauer von lediglich sechs Monaten oder weniger als Risikofaktor für Angst und Depression. Möglich wäre, dass unter internationalen Helfern bei kurzer Einsatzdauer eine Angewöhnung an das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen gar nicht erst stattfindet. Auch das Sprechen über belastende Erlebnisse im Einsatzteam kann während eines kurzen Einsatzes nur beschränkt möglich sein, da die Zeit zum Aufbau unterstützender Beziehung nur kurz ist. Weiter können bei einer raschen Rückkehr ein frustrierendes Gefühl über die zurückgelassene Situation und der Eindruck, nicht genügend für die leidende Bevölkerung getan zu haben, entstehen. Eine längere Einsatzdauer kann es den Teilnehmern ermöglichen zu lernen, mit diesem Gefühl umzugehen. Ein Verständnis dafür wird entwickelt, wie die Bevölkerung trotz schwieriger Konditionen lebt und diese überwindet.

ANHANG C: Suchprotokoll

Einige Studien wurden im Suchprozess trotz Verwendung unterschiedlicher Schlüsselbegriffe mehrmals erhalten. Diese werden jedoch nur einmal auf dem Suchprotokoll festgehalten.

Pubmed				
Suchbegriffe	Limiten	Anzahl Treffer / relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
(resilience, psychological) AND nurse	Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch Publikation vor max. 10 Jahren	151/1	Psychological trauma risks among disaster workers: Perspectives on their mental health following the Great East Japan Earthquake. <i>Shigemura J, Tanigawa T, Sano SY, Sato Y, Yoshino A, Fujii C, Tatsuzawa Y, Kuwahara T, Tachibana S, Nomura S.</i> <i>Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2012;114(11):1267-73</i>	Suche vom 15.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da lediglich auf Japanisch vorhanden.
(resilience, psychological) AND rescue work	Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch Publikation vor max. 10 Jahren	6/2	Resilience among first responders <i>Afr Health Sci. 2008 Dec;8Suppl 1:S14-20</i> <i>Pietrantonio L, Prati G.</i>	Suche vom 15.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da kein humanitärer Einsatz, sondern lokales Einsatzpersonal.

Disaster workers AND stress	Sprachen: Deutsch, Englisch Publikation vor max. 10 Jahren	252/3	Peritraumatic distress, watching television, and posttraumatic stress symptoms among rescue workers after the Great East Japan earthquake <i>.Nishi D, Koido Y, Nakaya N, Sone T, Noguchi H, Hamazaki K, Hamazaki T, Matsuoka Y. PLoS One. 2012;7(4):e35248.</i>	Suche vom 15.11.2013 Studie wird im November noch nicht eingeschlossen, da Thematik noch Präventionsmassnahmen. Studie wird zu späterem Zeitpunkt eingeschlossen.
			Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. <i>Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. AmJPsychiatry. 2007 Sep; 164(9):1385-94</i>	Suche vom 15.11.2013 Die Studie wird aufgrund der Population (meist Feuerwehrpersonen) ausgeschlossen. Auch Setting nicht passend.
			Responder safety and health: preparing for future disaster. <i>Reissman Db, Howard J. Mt Sinai J Med. 2008 Mar-Apr;75(2): 135-41.</i>	Suche vom 15.11.2013 Beschreibender Artikel, keine Studie.
Medical mission AND (resilience, psychological)	Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch Publikation vor max. 10 Jahren	5/3	Traumatic events and posttraumatic stress in cross-cultural mission assignments. <i>Schaefer FC, Blazer DG, Carr KF, Connor KM, Bruchett B, Schaefer CA, Davidson JR. J Trauma Stress 2007 Aug;20(4):529-39</i>	Suche vom 18.11.2013 Population ist nicht korrekt. Deshalb wird die Studie ausgeschlossen.

			<p>Description of risk and resilience factors among military medical personnel before deployment to Iraq.</p> <p><i>Maguen S, Turcotte DM, Peterson AL, Dremsa TL, Garb HN, McNally RJ, Litz BT.</i> <i>Mil Med. 2008 Jan;173(1):1-9</i></p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da Population nicht korrekt.</p>
			<p>Mental health aspects of disasters.</p> <p><i>Oldham RL.</i> <i>South Med J. 2013 Jan;106(1):115-9.</i></p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Artikel wird ausgeschlossen, da keine Studie</p>
Health care professionals AND stress disorder AND relief work	Publikation vor max. 10 Jahren	23/7	<p>Occupational trauma and mental illness – combat, peacekeeping, or relief work and the national comorbidity survey replication.</p> <p><i>Connorton E, Perry MJ, Hemenway D, Miller M.</i> <i>J Occup Environ Med. 2011 Dec;53(12):1360-3.</i></p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da Einfluss des Kampfes und Friedensversuche mit PTSD in Verbindung gebracht werden..</p>
			<p>Collateral damage in disaster workers.</p> <p><i>Mitchell JT.</i> <i>Int J Emerg Ment Health. 2011;13(2):121-5.</i></p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie scheint relevant, jedoch Vollartikel nicht auffindbar.</p>
			<p>Disability and posttraumatic stress disorder in disaster relief workers responding to September</p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie wird</p>

			<p>11, 2001 World Trade Center disaster.</p> <p><i>Evans S, Patt I, Glosan C, Spielman L, Difede J.</i> <i>J Clin Psychol.</i> 2009 Jul;65(7):684-94</p>	<p>ausgeschlossen, da nur Prävalenz.</p>
			<p>Disaster response and group self-care.</p> <p><i>Johnstone M.</i> <i>Perspect Psychiatr Care.</i> 2007 Feb;43(1):38-40.</p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da Prüfung von Effektivität des group self-care Programmes</p>
			<p>Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to Groud Zero.</p> <p><i>Zimering R, Gulliver SB, Knight J, Munroe J, Keane TM.</i> <i>J Trauma Stress.</i> 2006 Aug;19(4):553-7.</p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Die Studie wird ausgeschlossen, da Vergleich der Prävalenz von PTSD bei World Trade Center Zusammenbruch.</p>
			<p>Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in Asia: do rescuers become victims?</p> <p><i>Argman E, Engindeniz Z, Devay AO, Erdur B, Ozcakil A.</i> <i>Prehosp Disaster Med.</i> 2006;21(3):168-72.</p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da Erfassung der Prävalenz von PTSD.</p>

			<p>Vicarious traumatization: potential hazards and interventions for disaster and trauma workers.</p> <p><i>Palm KM, Polusny MA, Follette VM.</i> <i>Perhosp Disaster Med. 2004 Jan-Mar;19(1):73-78.</i></p>	<p>Suche vom 18.11.2013 Studie wird ausgeschlossen, da Population v.a. Psychiater/ Psychologen.</p>
<p>risk factors AND risk factor AND relief work AND stress psychological</p>	Keine	20/1	<p>Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, northern Uganda</p> <p><i>Ager A, Pasha E, Yu G, Duke T, Eriksson C, Cardozo BL.</i> <i>J TraumaStress. 2012 Dec;25(6):713-20</i></p>	<p>Suche vom: 22.12.2013 Studie wird ausgeschlossen, da falsche Population</p>
<p>risk factors AND risk factor AND relief work AND stress psychological</p>		20/1	<p>Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study.</p> <p><i>Lopes Cardozo B, Gotway Crawford C, Eriksson C, Zhu J, Sabin M, Ager A, Foy D, Snider L, Scholte W, Kaiser R, Olf M, Rijnen B, Simon W.</i> <i>PLoS One. 2012;7(9):e44948.</i></p>	<p>Suche vom 22.12.13 Studie wird in die Literaturübersicht miteingeschlossen</p>
<p>humanitarian aid AND stress, psychological</p>		17/1	<p>Exposure to violence, support needs, adjustment, and motivators among Guatemalan humanitarian aid workers.</p>	<p>Suche vom: 22.12.2013 Studie wird nicht verwendet, da Population</p>

			<i>Putman KM, Lantz JI, Townsend CL, Gallegos AM, Potts AA, Roberts RC, Cree ER, de Villagrán M, Eriksson CB, Foy DW. Am J Community Psychol. 2009;44(1-2):109-15.</i>	unpassend.
stress AND (humanitarian assistance)		22/1	Stress and health during medical humanitarian assistance missions. <i>Britt TW, Adler AB. Military Medicine, Vol 164(4), Apr 1999, 275-279</i>	Suche vom 13.01.2014 Studientitel und Abstract scheint relevant, jedoch kein Volltext gefunden.
			Posttraumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan. <i>Kolkow TT, Spira JL, Morse JS, Grieger TA. Military Medicine, Vol. 172 (5) May 2007, 451-455</i>	Suche vom 13.01.2014 Die Studie wird ausgeschlossen, da Population Militär – Gesundheitspersonal.
Relief work AND (mental health)	Publication date: 10 years	186/1	The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers <i>Cardozo BL, Holtz TH, Kaiser R, Gotway CA, Ghitis F, Toomey E, Salama PDisasters. 2005 Jun;29(2):152-70.</i>	Suche vom 21.01.2014 Die Studie scheint relevant und wird in die Übersicht miteinbezogen.
(stress,		148/1	Critical incident exposure in South African	Suche vom 21. 01. 2014

psychological) AND rescue work			emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues <i>C L Ward, C J Lombard, and N Gwebushe Emerg Med J. 2006 March; 23(3): 226–231</i>	Population nicht passend.
Rescue work AND (posttraumatic stress disorder)	Published in the last 10 years	115/2	Correlations between psychosocial factors and psychological trauma symptoms among rescue personnel. <i>Soffer Y¹, Wolf JJ, Ben-Ezra M. Prehosp Disaster Med. 2011 Jun;26(3):166-9</i>	Suche vom 12.04.2014 Studie scheint relevant und wird in die Literaturrecherche miteinbezogen.
			Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. <i>Psychiatry Res. 2011 Jan 30;185(1-2):161-6 Ehring T, Razik S, Emmelkamp PM.</i>	Suche vom 12.04.2014 Studie wird ausgeschlossen, da Population nicht Pflege.
Humanitarian aid AND psychological impact		7/0		Datum: 12.04.14
Humanitarian aid work AND coping	keine	1/0		Suche vom: 12.04.14

mechanisms				
((humanitarian aid) AND stress) AND risk factor) AND risk factors	keine	9/2 (schon in vorherigen Suchen zitiert)		Suche vom: 12.04.14
((risk factors) AND stress) AND relief work	keine	54/ 1	Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. <i>Ursano RJ¹, Fullerton CS, Vance K, Kao TC. Am J Psychiatry. 1999;156(3):353-9.</i>	Suche vom: 12.04.14 Studie wird nicht in die Literaturübersicht miteinbezogen. Nur bezüglich Identifikation mit Opfer.
(humanitarian aid) AND resilience	keine	6/2	Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers of Bosnia. <i>Berk JH; Psychoanal Rev. 1998, 85(4):640-58.</i>	Suche vom: 12.04.14 Studie wird nicht miteinbezogen, da Publikationsjahr 1998.
			Mental health considerations for military humanitarian aid personnel. <i>Holloway J¹, Everly GS Jr Int J Emerg Ment Health. 2010 Summer;12(3):193-8.</i>	Suche vom 12.04.14 Keine Studie. Zudem Fokus Militär.

Humanitarian assistance missions		85 / 1	Humanitarian nursing challenges: a grounded theory study. <i>Almonte AL; Mil Med. 2009;174(5):479-85.</i>	Suche vom 17.04.14 Die Studie wird nicht miteinbezogen, da Militärpflegepersonal.
Red cross mission	10 Jahre English	12 / 1	Health risks and risk-taking behaviors among International Committee of the Red Cross (ICRC) expatriates returning from humanitarian missions. <i>Dahlgren AL, Deroo L, Avril J, Bise G, Loutan L. J Travel Med. 2009;16(6):382-90.</i>	Suche vom 17.04.2014 Studie wird nicht einbezogen, da keine Risikofaktoren ersichtlich.
mental health AND médecins sans frontieres[Title/Abstract]	10 Jahre English	14/0		
PTSD AND red crescent	10 Jahre English	33/1	Posttraumatic stress disorder of Red Cross nurses in the aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake. <i>Zhen Y¹, Huang ZQ, Jin J, Deng XY, Zhang LP, Wang JG. Arch Psychiatr Nurs. 2012 Feb;26(1):63-70.</i>	Suche vom 17.04.2014 Lediglich Prävalenz aufgezeigt und Unterschied zu nicht konfrontierten Pflegefachpersonen. Keine Risikofaktoren.

healthcare worker AND humanitarian work	10 Jahre English	64/2	The value of support for aid workers in complex emergencies: a phenomenological study. <i>Hearns A¹, Deeny P.</i> <i>Disaster Manag Response. 2007;5(2):28-35.</i>	Suche vom 17.04.2013 Wird nicht in die Übersicht miteinbezogen, da keine beeinflussenden Faktoren
			ABC of conflict and disaster. Psychological aspects of providing medical humanitarian aid. <i>Palmer IBMJ. 2005; 16;331(7509):152-4.</i>	Suche vom 17.04.2014 Keine Studie.
(Disaster nursing) AND stress		242 /0		Suche vom 25.04.14
(expatriate nurse)		50 /0		Suche vom 25.04.14
medical assistance during disaster AND stress		49/3	Peritraumatic distress, watching television, and posttraumatic stress symptoms among rescue workers after the Great East Japan earthquake. <i>Nishi D, Koido Y, Nakaya N, Sone T, Noguchi H, Hamazaki K, Hamazaki T, Matsuoka Y.</i> <i>PLoS One. 2012;7(4):e35248.</i>	Suche vom 25.04.14 Studie scheint nun in Anbetracht der Anpassung der Forschungsfrage relevant und wird in die Literaturübersicht miteingeschlossen.
			Disaster medical assistance teams: what psychosocial support is needed? <i>Stevens G¹, Byrne S, Raphael B, Ollerton R.</i>	Suche vom 25.04.14 Studie scheint relevant und wird in die Literaturübersicht

			<i>Prehosp Disaster Med. 2008;23(2):202-7.</i>	miteingeschlossen.
			Perceptions of work in humanitarian assistance: interviews with returning Swedish health professionals. <i>Bjerneld M¹, Lindmark G, Diskett P, Garrett MJ.</i> <i>Disaster Manag Response. 2004;2(4):101-8</i>	Suche vom 25.04.14 Studie scheint relevant und wird in die Literaturübersicht miteingeschlossen.
(mental health) AND health workers AND trauma		266/1	Trauma and mental health of medics in eastern Myanmar's conflict zones: a cross-sectional and mixed methods investigation <i>Lim AG, Stock L, Shwe Oo EK, Jutte DP</i> <i>Confl Health. 2013 Jul 30;7(1):15.</i>	Suche vom 28.04.2014 Die Studie scheint relevant und wird in die Literaturübersicht miteinbezogen.
Medline				
Suchbegriff	Limiten	Anzahl Treffer / relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
Risk factor AND stress AND relief work	keine	396 / 0		Suche vom 25.03.14
Humanitarian aid AND mental		149 / 1	[Post-traumatic stress disorder symptoms among professionals during humanitarian aid in Haiti	Suche vom 25.03.14 Artikel lediglich in

health			after the earthquake in 2010]. <i>Guimaro MS, Caiuby AV, dos Santos OF, Lacerda SS, Andreoli SB. Cien Saude Colet. 2013 Nov;18(11):3175-81</i>	Portugisisch vorhanden.
First responders AND mental health		128 / 0		25.03.14
Relief work AND posttraumatic stress disorder		27 / 0		25.03.14
PsycINFO /PsycNET				
Suchbegriff	Limiten	Anzahl Treffer / relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
Humanitarian aid	Keine	4 / 1	Managing stress in humanitarian aid workers: A survey of humanitarian aid agencies' psychosocial training and support of staff. <i>Ehrenreich, John H.; Elliott, Teri L. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, Vol 10(1), 2004, 53-66.</i>	Suche vom 25.03.14 Die Studie scheint nach Anpassung der Forschungsfrage nicht mehr relevant.

Relief work AND stress	Von 1999 bis 2014	2 / 0		Suche vom 25.03.14
Relief work AND mental health	Von 1999 bis 2014	4 / 0		Suche vom 25.03.14
Relief work	Von 1999 bis 2014	13 / 0		Suche vom 25.03.14
First responders	Von 1999 bis 2014	24 / 1	<p>Exploring community resilience in workforce communities of first responders serving Katrina survivors.</p> <p><i>Wyche, Karen Fraser; Pfefferbaum, Rose L.; Pfefferbaum, Betty; Norris, Fran H.; Wisniewski, Deborah; Younger, Hayden</i> <i>American Journal of Orthopsychiatry, Vol 81(1), 2011, 18-30</i></p>	<p>Suche vom 25.03.14</p> <p>Kein Volltext vorhanden.</p>
Humanitarian work	Von 1999 bis 2014	29 / 0		Suche vom 25.03.14
CINHAHL				
Suchbegriff	Limiten	Anzahl Treffer / relevante Treffer	Titel, Autoren & Jahr	Bemerkungen
Disaster relief AND nursing			The imperative for advance training and education for nurses in disaster relief.	Suche vom 10.12.2013 Lediglich Artikel. Keine Studie. Nach

			<i>Davies K; Higginson R</i> <i>WEST AFR J NURS, 2004; 15 (1): 20-7.</i>	Themaänderung nicht mehr relevant.
			Development and Evaluation of an undergraduate Training Course for Developing International council of Nurses Disaster Nursing Competencies in China. <i>Chan SSS; Chan W; Cheng Y; Fung OWM; Lai TKH; Leung AWK; Leung KLK; Li S; Yip ALK; Pang SMC</i> <i>J NURS SCHOLARSH 2010; 42 (4): 405-13.</i>	Suche vom 10.12.2013 Nach Anpassung der Forschungsfrage nicht mehr relevant.
Disaster nursing AND compassion fatigue AND prevention			Caring for carers in the aftermath of trauma. <i>Phelps A; Lloyd D; Creamer M; Forbes D</i> <i>J AGGRESSION MALTREATTRAUMA, 2009, 18 (3): 313-30.</i>	Suche vom 10.12.2013 Nicht humanitärer Einsatz. Setting unpassend. Review.
Humanitarian aid AND stressors		6 / 1	Factors Associated With Adverse Mental Health Outcomes in Locally Recruited Aid Workers Assisting Iraqi Refugees in Jordan <i>Eriksson, C.B.; Cardozo, L.B.; Ghitis, F.; Sabin, M.; Gotway Crawford C.; Zhu, J.; Rijnen, B.; Kaiser, R.</i> <i>J AGGRESSION MALTREAT TRAUMA, 2013; 22 (6): 660-80</i>	Suche vom 14.04.14 Die Studie scheint für die Literaturübersicht relevant.

Humanitarian work AND stressors		5 / 1	Stress and coping among Norwegian nurses working in war zones. <i>Tjoflåt I; Bunch EH Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden 1999; 19 (4): 37-40. (20 ref)</i>	Suche vom 14.04.14 Kein Volltext vorhanden.
Humanitarian assistance AND stress		7/0		
Humanitarian aid AND resilience		12/0		14.04.14
Medical assistance AND humanitarian aid		40/0		28.04.14
Medical assistance AND mental health		167/1	Disaster Medical Assistance Teams: What Psychosocial Support is Needed? <i>Stevens, G., Byrene, S., Raphael, B., Ollerton, R. Perhosp Dist Med 2008;23(2):202-207</i>	Suche vom 28.04.14 Studie scheint relevant und wird in die Übersicht miteinbezogen.
Humanitarian assistance AND risk factors	1999-2014 Source type:	605/1	Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness <i>Ellen Connorton*, Melissa J. Perry, David</i>	Suche vom 28.04.14 Eine Review. Wird nicht in die Literaturübersicht

	academic journals		<i>Hemenway and Matthew Miller Epidemiol Rev (2012) 34 (1): 145-155.</i>	miteinbezogen.
--	-------------------	--	--	----------------

Tabelle 4: Suchprotokoll

Bei der Referenzkonsultation des ausgeschlossenen Artikels „Humanitarian Relief Workers and Trauma related Mental Illness“ von Connorton, Perry, Memenway & Miller (2012) ist die Autorin auf folgende Studien gestossen: Eriksson, Cynthia B; Vande Kemp, Hendrika; Gorsuch, Richard; Hoke, Stephen; Foy, David W. (2001). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal of Traumatic Stress*. 14(1): 205-212.; Musa, S.A. & Hamid, A.A.R.M. (2008). Psychological problems among aid workers operating in Darfur. *Social Behavior and Personality*. 36(3): 407-416. Beide Studien entsprechen den Ein- und Ausschlusskriterien und werden deshalb in die Literaturübersicht einbezogen.

Die Referenzkonsultation der Studie von Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., Cardozo, B.L. (2012) “Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, Northern Uganda” führte zum Einschluss folgender Studie: Curling, P. & Simmons, K.B. (2010). Stress and staff support strategies for international aid work. *Intervention*. 8(2): 93-105.

ANHANG D: Beurteilungsraster

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 Bezugsrahmen	<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 Forschungs-Frage(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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.

Validität	2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?
Externe Validität	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?
Methoden	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungs-teilnehmer gleich?
Rechtlich-ethische Probleme	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?
Instrumente	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden a) Wer 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 a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? Fragebögen 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? 4. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen 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	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	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

	<p>dem Messniveau für jede Variable?</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend? 5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches? 6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? <ol style="list-style-type: none"> a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt? 2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert? 3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe? 4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein? 5. Welche Verallgemeinerungen gibt es? 6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus? 7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?
Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? 3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden? 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? 6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden? 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

Abbildung 1: Kritische Beurteilung quantitativer Forschungen

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? *Forschungsthema in seinem Umfeld dokumentiert? 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? *Aus der 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 bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitat?*

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

<http://www.medizin.uni-halle.de/im/lex.php?id=572>

V.1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caregiving*. Hans Huber, Bern.

Abbildung 2: Kritische Beurteilung qualitativer Studien

PART I. MMAT criteria & one-page template (to be included in appraisal forms)

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria (see tutorial for definitions and examples)	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	• Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)?				
	• Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components).				
	<i>Further appraisal may be not feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?				
	1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?				
	1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?				
	1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?				
2. Quantitative randomized controlled (trials)	2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)?				
	2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)?				
	2.3. Are there complete outcome data (80% or above)?				
	2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias?				
	3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes? -				
	3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?				
	3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)?				
	4.2. Is the sample representative of the population under study?				
	4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)?				
	4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?				
5. Mixed methods	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?				
	5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)?				
	5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?				
<i>Criteria for the qualitative component (1.1 to 1.4), and appropriate criteria for the quantitative component (2.1 to 2.4, or 3.1 to 3.4, or 4.1 to 4.4), must be also applied.</i>					

*These two items are not considered as double-barreled items since in mixed methods research, (1) there may be research questions (quantitative research) or research objectives (qualitative research), and (2) data may be integrated, and/or qualitative findings and quantitative results can be integrated.

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria
<p>5. Mixed methods</p> <p>Common types of design include:</p> <p>A. Sequential explanatory design The quantitative component is followed by the qualitative. The purpose is to explain quantitative results using qualitative findings. E.g., the quantitative results guide the selection of qualitative data sources and data collection, and the qualitative findings contribute to the interpretation of quantitative results.</p> <p>B. Sequential exploratory design The qualitative component is followed by the quantitative. The purpose is to explore, develop and test an instrument (or taxonomy), or a conceptual framework (or theoretical model). E.g., the qualitative findings inform the quantitative data collection, and the quantitative results allow a generalization of the qualitative findings.</p> <p>C. Triangulation design The qualitative and quantitative components are concomitant. The purpose is to examine the same phenomenon by interpreting qualitative and quantitative results (bringing data analysis together at the interpretation stage), or by integrating qualitative and quantitative datasets (e.g., data on same cases), or by transforming data (e.g., quantization of qualitative data).</p> <p>D. Embedded design The qualitative and quantitative components are concomitant. The purpose is to support a qualitative study with a quantitative sub-study (measures), or to better understand a specific issue of a quantitative study using a qualitative sub-study, e.g., the efficacy or the implementation of an intervention based on the views of participants.</p> <p>Key references: Creswell & Plano Clark, 2007; O’Cathain, 2010.</p>	<p>5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?</p> <p>E.g., the rationale for integrating qualitative and quantitative methods to answer the research question is explained.</p> <hr/> <p>5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results) relevant to address the research question (objective)?</p> <p>E.g., there is evidence that data gathered by both research methods was brought together to form a complete picture, and answer the research question; authors explain when integration occurred (during the data collection-analysis or/and during the interpretation of qualitative and quantitative results); they explain how integration occurred and who participated in this integration.</p> <hr/> <p>5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results)?</p>

PART II. MMAT tutorial

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria
<p>I. Qualitative</p> <p>Common types of qualitative research methodology include:</p> <p>A. Ethnography The aim of the study is to describe and interpret the shared cultural behaviour of a group of individuals.</p> <p>B. Phenomenology The study focuses on the subjective experiences and interpretations of a phenomenon encountered by individuals.</p> <p>C. Narrative The study analyzes life experiences of an individual or a group.</p> <p>D. Grounded theory Generation of theory from data in the process of conducting research (data collection occurs first).</p> <p>E. Case study In-depth exploration and/or explanation of issues intrinsic to a particular case. A case can be anything from a decision-making process, to a person, an organization, or a country.</p> <p>F. Qualitative description There is no specific methodology, but a qualitative data collection and analysis, e.g., in-depth interviews or focus groups, and hybrid thematic analysis (inductive and deductive).</p> <p>Key references: Creswell, 1998; Schwandt, 2001; Sandelowski, 2010.</p>	<p>1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the selection of the participants is clear, and appropriate to collect relevant and rich data; and (b) reasons why certain potential participants chose not to participate are explained.</p> <hr/> <p>1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the method of data collection is clear (in depth interviews and/or group interviews, and/or observations and/or documentary sources); (b) the form of the data is clear (tape recording, video material, and/or field notes for instance); (c) changes are explained when methods are altered during the study; and (d) the qualitative data analysis addresses the question.</p> <hr/> <p>1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?</p> <p>E.g., consider whether the study context and how findings relate to the context or characteristics of the context are explained (how findings are influenced by or influence the context). “For example, a researcher wishing to observe care in an acute hospital around the clock may not be able to study more than one hospital. (...) Here, it is essential to take care to describe the context and particulars of the case [the hospital] and to flag up for the reader the similarities and differences between the case and other settings of the same type” (Mays & Pope, 1995).</p> <p>The notion of context may be conceived in different ways depending on the approach (methodology) tradition.</p> <hr/> <p>1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers’ influence, e.g., through their interactions with participants?</p> <p>E.g., consider whether (a) researchers critically explain how findings relate to their perspective, role, and interactions with participants (how the research process is influenced by or influences the researcher); (b) researcher’s role is influential at all stages (formulation of a research question, data collection, data analysis and interpretation of findings); and (c) researchers explain their reaction to critical events that occurred during the study.</p> <p>The notion of reflexivity may be conceived in different ways depending on the approach (methodology) tradition. E.g., “at a minimum, researchers employing a generic approach [qualitative description] must explicitly identify their disciplinary affiliation, what brought them to the question, and the assumptions they make about the topic of interest” (Caelli, Ray & Mill, 2003, p. 5).</p>

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria
<p>3. Quantitative non-randomized</p> <p>Common types of design include (A) non-randomized controlled trials, and (B-C-D) observational analytic study or component where the intervention/exposure is defined/assessed, but not assigned by researchers.</p> <p>A. Non-randomized controlled trials The intervention is assigned by researchers, but there is no randomization, e.g., a pseudo-randomization. A non-random method of allocation is not reliable in producing alone similar groups.</p> <p>B. Cohort study Subsets of a defined population are assessed as exposed, not exposed, or exposed at different degrees to factors of interest. Participants are followed over time to determine if an outcome occurs (prospective longitudinal).</p> <p>C. Case-control study Cases, e.g., patients, associated with a certain outcome are selected, alongside a corresponding group of controls. Data is collected on whether cases and controls were exposed to the factor under study (retrospective).</p> <p>D. Cross-sectional analytic study At one particular time, the relationship between health-related characteristics (outcome) and other factors (intervention/exposure) is examined. E.g., the frequency of outcomes is compared in different population sub-groups according to the presence/absence (or level) of the intervention/exposure.</p> <p>Key references for observational analytic studies: Higgins & Green, 2008; Wells, Shea, O'Connell, Peterson, et al., 2009.</p>	<p>3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias?</p> <p>At recruitment stage:</p> <p>For cohort studies, e.g., consider whether the exposed (or with intervention) and non-exposed (or without intervention) groups are recruited from the same population.</p> <p>For case-control studies, e.g., consider whether same inclusion and exclusion criteria were applied to cases and controls, and whether recruitment was done independently of the intervention or exposure status.</p> <p>For cross-sectional analytic studies, e.g., consider whether the sample is representative of the population.</p> <p>3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?</p> <p>At data collection stage:</p> <p>E.g., consider whether (a) the variables are clearly defined and accurately measured; (b) the measurements are justified and appropriate for answering the research question; and (c) the measurements reflect what they are supposed to measure.</p> <p>For non-randomized controlled trials, the intervention is assigned by researchers, and so consider whether there was absence/presence of a contamination. E.g., the control group may be indirectly exposed to the intervention through family or community relationships.</p> <p>3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?</p> <p>At data analysis stage:</p> <p>For cohort, case-control and cross-sectional, e.g., consider whether (a) the most important factors are taken into account in the analysis; (b) a table lists key demographic information comparing both groups, and there are no obvious dissimilarities between groups that may account for any differences in outcomes, or dissimilarities are taken into account in the analysis.</p> <p>3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?</p>

5

Abbildung 3: Beurteilungsraster Mixed Methods

ANHANG E: Studienzusammenfassungen & -Analysen

Quantitative Forschungen

Curling, P., Simmons, K.B. (2010)	
Stress and staff support strategies for international aid work	
Intervention 2010; 8(2): 93 -105	
Forschungsfrage und Ziele	Ziel der Studie bildet die Identifikation der Stressoren humanitärer Helfer. Ein besseres Verständnis bezüglich der Ursachen von Stress, sowie der möglichen Copingstrategien in Untergruppen dieser Population (Unterteilung nach Geschlecht, National/International, Arbeitsfeld) sollte erreicht werden. Ein weiteres Ziel bildet die Evaluation des Nutzens der vorhandenen Unterstützungssysteme.
Design	Quantitatives Design
Setting	Humanitäre Arbeit internationaler Hilfsorganisationen
Stichprobe	3'688 Teilnehmer eines humanitären Einsatzes; Notfallhelfer (82%) oder auf Hauptsitzen der Organisation tätig (13%)
Ethik	Verteilung des Fragebogens durch eine unabhängige Organisation, welche die Fragebogen zurückerhalten und den Autoren weitergeleitet hat, um die Anonymität der Teilnehmer zu erhalten. Freiwillige Teilnahme.
Methode (Datensammlung und -auswertung)	<p>Datenerhebung anhand eines anonymen Fragebogens; elektronische Verteilung an alle 10'838 Angestellte einer Sendeorganisation per Mail. Erhebung in Französisch, Englisch und Spanisch. Davon 3'668 vollständig ausgefüllte Fragebogen zur Datenauswertung zurückerhalten.</p> <p>Fragebogen mit 66 Fragen, welche alle in insgesamt acht Matrixfragen mit nicht vergleichbaren Skalen münden. Sieben demografische Fragen.</p> <p>Ziel der Fragen bildete die Erfassung spezifischer Stressauslöser: arbeitsbezogene Faktoren, interpersonelle, umweltbedingte und private Faktoren. Zusätzlich Erhebung eines allgemeinen Stresslevels anhand einer 5-Punkte Likert Skala.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des Arbeitsbedingten Stresslevels (11 mögliche Stressauslöser) - Identifikation der Resilienz anhand acht negativer und positiver Copingstrategien - Häufigkeit des Auftretens von emotionalen und/oder psychologischen Symptome (10 Auswahloptionen) im vergangenen Monat

	<p>Erarbeitung einer Liste gemeinsamer Stressoren anhand informeller Interviews, Konsultationen und Gruppendiskussionen von nationalen und internationalen Helfern. Einbezug zusätzlicher Resultate einer Analyse von Peer-Helfer Rapporte (Interventionen & aufgetretene Probleme) von 2004 – 2009 zur Diskussion der Ergebnisse.</p> <p>Statistische Datenanalyse durch SPSS. Vergleichen der Resultate mit ähnlicher Erhebung in gleicher Organisation im Jahre 2003.</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Meist geäußerte Stressauslöser waren: Arbeitsbelastung; Fähigkeit, Ziele zu erreichen, Arbeitsstunden; Status der Anstellung; Gefühl, unterschätzt zu werden / nicht mitentscheiden zu können.</p> <p>Arbeitsbelastung und Anzahl Arbeitsstunden werden von Rettungshelfer höher bewertet als von Angestellten, welche in Hauptsitzen der Organisation tätig sind. Sie zeigen sich ebenfalls belastender für Internationale als für Nationale Helfer. Für Frauen und Männer zeigen sich Arbeitsbelastung und Arbeitsstunden gleich belastend bei Rettungshelfer, bei Angestellten für Frauen jedoch belastender als für Männer. Die politische/ökonomische/soziale Situation im Arbeitsumfeld bildet der zweitgrösste Stressor für das Rettungspersonal und zeigt sich stärker bei Frauen und internationalen Helfern, als Männer und Nationale.</p> <p>Stresslevel: 74% (n=3'668) fühlen sich mittelmässig bis stark gestresst, davon sind 62% weiblich und 38% männlich. Im Vergleich mit der Erhebung von 2003 wurde der Gesamtstresslevel um 4% tiefer eingeschätzt.</p> <p>Geäußerte Symptome der Teilnehmer im vergangenen Monat: Kopfschmerzen, Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Nervosität, Spannung, Nervosität, Verwirrtheit, psychische & physische Müdigkeit/Erschöpfung. Im Vergleich mit der Erhebung von 2003 wurden alle Symptome höher eingeschätzt, ausgenommen der psychischen & physischen Müdigkeit/Erschöpfung.</p> <p>Copingmechanismen & Unterstützungsdienste:</p> <p>Negative Copingstrategien: Alkohol- & Zigarettenkonsum, Einnahme von verschriebenen/nicht-verschriebenen Medikamenten, Koffeinkonsum</p> <p>Positive Copingstrategien: spirituelle / religiöse Praktiken, soziale und körperliche Aktivitäten, professionelle Unterstützung suchen</p> <p>Seit 2003 lässt sich ein höheres Zurückgreifen auf negative Copingstrategien feststellen, jedoch fünffach mehr Verwendung von positiven Copingstrategien als von Negativen. 91% üben soziale Aktivitäten aus, 89% körperliche Aktivitäten, 68% spirituelle/religiöse Praktiken.</p> <p>Im Vergleich mit dem Jahre 2003 lässt sich ein erhöhtes Nutzen von Unterstützungsdiensten feststellen.</p>

	Grundsätzlich messen Rettungshelfer diesen Unterstützungsdiensten mehr Wert bei, als Angestellte der Hauptsitze.
<i>Diskussion</i>	<p>Autoren erklären sich den Unterschied der Arbeitsbelastung zwischen nationalen und internationalen Helfern durch die Tatsache, dass Führungspositionen oft durch internationale Helfer ausgeübt werden, was zu stärker Belastung führen kann. Die politische Situation ist möglicherweise für nationale Helfer kein Stressfaktor, da sie sich diese gewohnt sind. Nationale Helfer könnten teilweise auch noch in ihrer Familie leben. Diese kann ein protektiver Faktor für die psychische Gesundheit sein.</p> <p>Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen begründen die Autoren mit einem Rollenkonflikt der Frau, welche zusätzlich zur Rolle der Angestellten auch noch die Rolle der Mutter übernehmen sollte. Sicherheitsmassnahmen können zu Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und somit zu weniger Möglichkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen, führen. Besonders Frauen dürfen sich oft Draussen nicht alleine bewegen. Frauen können möglicherweise mehr Stress äussern, da sozial besser akzeptiert.</p> <p>Unterschiede 2003 – 2009: Obwohl Gesamtstresslevel tiefer eingeschätzt wurde im 2009, lassen die körperlichen Symptome auf das Gegenteil schliessen. Möglicherweise hat eine Angewöhnung an den Stress stattgefunden. Auch Zugang zu Unterstützungsdienste wurde erleichtert.</p> <p>Limiten der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verständnis von Stress evtl. verschieden in unterschiedlichen Kulturen → veränderte Resultate - Viele stark sensible Fragen können die Richtigkeit der Antworten beeinflusst haben - Kurze Zeitspanne zur Beantwortung des Fragebogens (22 Tage) könnte die Antwortrate eingeschränkt haben - Elektronische Erhebung erfordert Internetzugang <p>Implikationen für die Praxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokale Seelsorger ausbilden (Kostenminimierung); jedoch unter Anbetracht kultureller Unterschiede - Seelsorger mit guten Kenntnissen der Organisation, welcher vertrauenswürdig arbeitet und auch im Einsatz tätig ist (Beziehung zu Teammitglieder) - Klärung der genauen Aufgabe der Peer-Helfer und Differenzierung zu Seelsorger - Flexible Arbeitsmodalitäten - Sicherheits- & Gesundheitsförderung der Helfer - Konfliktmanagementschulungen und Beziehungen fördern - Leadership Skills verbessern und Leitung unterstützen - Systematisch anonyme Befragungen zum Befinden durchführen

<p><i>Stärken und Schwächen der Studie</i></p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird erklärt. Die Ergebnisse werden in Textform beschrieben und mit Tabellen veranschaulicht. Diese sind jedoch nicht aufklärend gestaltet. Aus den Resultaten werden sehr ausführliche Veränderungsvorschläge für die Praxis vorgeschlagen. Im Diskussionskapitel bringen die Autoren weitere theoretische Aspekte ein. Die Limiten der Studie werden erwähnt.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird beschrieben. Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Der Aufbau ist nachvollziehbar, jedoch werden die Resultate im Diskussionskapitel aufgezeigt, gleichzeitig mit deren Interpretation. Verwendete Messinstrumente werden nicht verständlich beschrieben und deren Validität & Reliabilität ist nicht ersichtlich.</p>
--	---

<p>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen</p>	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i> 1/1</p>	<p>Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur beschreiben. Die Ziele werden dargestellt. Die zu untersuchende Population wird definiert. Die beeinflussenden Variablen auf die psychische Gesundheit von Einsatzteilnehmern sollen durch die vorliegende Studie erfasst werden.</p>
<p><i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i> 0.5./1</p>	<p>Eine Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt, wobei sich die Autoren dabei auf primäre und sekundäre Quellen gestützt haben. Das Setting wird nur kurz erklärt. Verwendete Konzepte werden beschrieben und wichtige Begriffe definiert. Eine Forschungslücke wird nicht aufgezeigt. Die Autoren versuchen mit der Arbeit die Stressoren der Einsatzhelfer einer bestimmten Organisation zu ermitteln und daraus Empfehlung für die Organisation abzuleiten.</p>
<p><i>Hypothesen Forschungsfrage</i> 1/1</p>	<p>Die Forschungsfrage wird in Form eines Zieles formuliert.</p> <p>Die psychische Gesundheit / das Wohlbefinden der Einsatzteilnehmer und deren Familien können als abhängige Variable betrachtet werden. Mögliche Stressoren, Copingstrategien und der Nutzen der Unterstützungsdienste der Organisation bilden die unabhängige Variable, welche die abhängige beeinflusst.</p>
<p><i>Stichprobe</i> 0.5/1</p>	<p>Die Auswahl der Stichprobe ist trotz tiefer Antwortrate (3'668 von 10'838) im Vergleich signifikant. Für das Forschungsdesign ist sie geeignet und der Forschungsfrage entsprechend gewählt. Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht klar definiert.</p>
<p><i>Forschungsdesign</i></p>	<p>Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der</p>

<i>1/1</i>	Forschungsfrage.
Interne Validität <i>0.5/1</i>	Die elektronische Erhebung ermöglicht kein Nachfragen bei Unklarheiten. Stark sensible Fragen könnten zu veränderten Antworten geführt haben. Befragung hat in unterschiedlichen Kulturen stattgefunden. Das Verständnis von Stress kann verschieden sein.
Externe Validität <i>1/1</i>	Die Stichprobe erlaubt eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Teilnehmer eines humanitären Einsatzes.
Methode <i>0.5/1</i>	Die Datensammlung erfolgt anhand eines Fragebogens. Dessen Aufbau ist jedoch im Artikel nicht klar ersichtlich. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich. Resultate und deren Diskussion werden in gleichem Kapitel gemeinsam dargestellt.
Rechtliche-ethische Probleme <i>1/1</i>	Zum Schutze der Teilnehmer werden Fragebogen durch eine unabhängige Organisation ausgeteilt. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens wird die Zustimmung der Teilnehmer angenommen.
Instrumente <i>0.25/1</i>	Die Fragen des Fragebogens werden nicht begründet. Standardisierte Messinstrumente werden nicht verwendet. Zur Erhebung des allgemeinen Stresslevels dient eine 5-Punkte Likert Skala. Ansonsten Verwendung von Fragen mit Auswahlantworten.
Reliabilität und Validität <i>0/1</i>	Auf die Reliabilität und Validität der Studie wird durch die Autoren nicht eingegangen. Die Autoren verwenden keine standardisierten Messinstrumente.
Datenanalyse <i>0.75/1</i>	Analyse statistischer Daten des Fragebogens durch SPSS. Vergleiche der Resultate mit Resultaten ähnlicher Erhebung von 2003. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind übersichtlich gestaltet und bilden eine Ergänzung zum Text, sind jedoch unvollständig.
Schlussfolgerung Implikationen und Empfehlungen <i>1/1</i>	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind nachvollziehbar. Die Erklärungen für unerwartete Ergebnisse erscheinen logisch. Die Limiten der Studie werden dargestellt. Empfehlungen für die Praxis werden ausführlich beschrieben.
Anwendung und Verwertung in der Praxis <i>1/1</i>	Die Studie zeigt Stressoren auf, mit welchen humanitäre Helfer konfrontiert werden. Auch der empfundene Nutzen der Unterstützungsdienste der Sendeorganisation wird klar ersichtlich. Der Vergleich zwischen dem Jahr 2009 und 2003 ermöglicht, Veränderung seit den letzten sechs Jahren zu erkennen. Die Resultate bilden gute Grundlage zur Erarbeitung möglicher Interventionsstrategien zur Stressreduzierung und ist somit für die Praxis relevant.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 11 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Eriksson, C.B., Vande Kamp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D.W. (2001), California</p> <p>Trauma Exposure and PTSD Symptoms in International Relief and Development Personnel</p> <p>Journal of Traumatic Stress, Vol. 14, No.1, 2001</p>	
<p>Forschungsfrage und Ziele</p>	<p>Folgende Fragen werden in der Studie erforscht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie oft werden die Teilnehmer eines humanitären Einsatzes mit traumatischen Ereignissen konfrontiert, die jemanden betreffen, den sie kennen? - Wie oft sind die Helfer Opfer oder Zeugen von Gewalt? - Weisen die zurückgekehrten Helfer Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf? <p>Ziel der Studie war die Prüfung der Hypothese, dass die soziale Unterstützung der Helfer trotz direkter und indirekter Konfrontation mit lebensbedrohlichen Ereignissen einen signifikanten Einfluss auf den Schweregrad der sich entwickelnden posttraumatischen Belastungsstörung bei der Rückkehr hat.</p>
<p>Design</p>	<p>Quantitativer Forschungsansatz</p>
<p>Setting</p>	<p>Humanitäre- und Entwicklungshilfe</p>
<p>Stichprobe</p>	<p>113 aus einem humanitären Einsatz zurückgekehrte Helfer (Rückkehr seit 0 bis zu 4 Jahren) von fünf verschiedenen Hilfsorganisationen.</p>
<p>Ethik</p>	<p>Anhand eines Kodierungssystems wird die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet.</p>
<p>Methode (Datensammlung und -auswertung)</p>	<p>Verteilung von Fragebogen an 195 schon zurückgekehrte Helfer; davon Beantwortung durch 113 der Helfer.</p> <p>Fragen bezüglich traumatischer Situationen während Einsatzes in ersten 6 Monaten sowie die emotionale Reaktion der Betroffenen auf diese Ereignisse nach der Rückkehr.</p> <p>Erfassung durch narrative Fragen und Ratingskalen anhand standardisierter Erfassungsinstrumenten. Auswahl von 13 Optionen zur Bildung eines Life Threat Index, zu welchem die Summe zusätzlich rapportierter traumatischer Ereignisse addiert wurde (additional traumatic index). Drei-Kategorienerfassung (erneutes Durchleben der belastenden Situation, Vermeidungshaltung, Erregungshaltung) durch LASC zur Beurteilung der PTSD Symptomatik. Nutzung der Support Rating Scale (SRS) zur retrospektiven Messung der Unterstützung des sozialen Netzwerkes der Betroffenen betreffend der Zeit kurz nach dem Einsatz. Zusammenfassung der sich daraus ergebenden Summe im Support Index Score.</p>

<p><i>Ergebnisse</i></p>	<p>Das Alter, Geschlecht, die Hilfsorganisation, die Dauer des Einsatzes sowie die Art der Arbeit (Entwicklung- oder Nothilfe) zeigte keinen Einfluss auf die Ausprägung PTSD Symptomatik auf.</p> <p>Die Dauer des Einsatzes hatte jedoch einen Zusammenhang mit der Anzahl Konfrontationen mit indirekten traumatischen Ereignissen (je länger, desto mehr). Keinen Einfluss hatte die Dauer des Einsatzes mit direkter Konfrontation lebensbedrohlicher Ereignisse.</p> <p>10% der Befragten erfüllten die Kriterien zur Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung. 19% äusserten schwerwiegende psychische Probleme. Mehr als 50% wiesen ein erhöhtes psychisches Leiden in mindesten einer der drei Kategorien der LASC-Skala auf.</p> <p>Das soziale Netzwerk als Unterstützung scheint nicht entscheiden für die Rückbildung einer schon entstandenen PTSD zu sein. Grundsätzlich lässt sich jedoch feststellen, dass Teilnehmer, welche eine gute soziale Unterstützung rapportierten, trotz hoher Anzahl an lebensbedrohlichen Situationen, an weniger psychischen Leiden litten, als solche mit einem unzureichenden sozialen Netzwerk.</p> <p>Eine erhöhte Anzahl von PTSD Symptomen steht mit einer erhöhten Anzahl von erlebten lebensbedrohlichen Situationen im Zusammenhang.</p> <p>Den tiefsten PTSD-Score wiesen Teilnehmer auf, welche von einer geringe Auseinandersetzung mit lebensbedrohlichen Situationen und eine gute soziale Unterstützung berichteten. Auch eine geringe Exposition zu lebensbedrohlichen Ereignissen ohne soziale Unterstützung führte zu einem geringen PTSD-Score.</p> <p>Der Einbezug des Additional Traumatic Index konnte das Resultat der PTSD-Symptomatik nicht signifikant beeinflussen.</p>
<p><i>Diskussion</i></p>	<p>Die Resultate zeigen, dass die Teilnehmer eines humanitären Einsatzes einem erhöhten Risiko mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert zu werden, ausgesetzt sind. Die Studie konnte einen Zusammenhang zwischen direkten und indirekten traumatischen Erlebnis sowie dem Erleben lebensbedrohlicher Ereignisse und der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Humanitären Einsatz aufzeigen.</p> <p>Die Interaktion zwischen sozialer Unterstützung der Betroffenen und der Konfrontation mit lebensbedrohlichen Situationen ermöglicht die Annahme, dass das soziale Netzwerk besonders für diejenigen, welche oft mit traumatischen Ereignissen konfrontiert werden, als unterstützender Faktor wirken kann.</p> <p>Als Limiten der Studie erwähnen die Autoren, dass Missverständnisse der Antworten nicht ausgeschlossen werden können, da es sich um selbstbeurteilende Fragebögen handelt. Auch wäre eine Veränderung der Antworten möglich, wenn die Fragen</p>

	<p>zu einem anderen Zeitpunkt gestellt worden wären. Weiter könnten einige traumatisierende Ereignisse der Betroffenen bei der Erhebung nicht erwähnt worden sein und die Erhebungsinstrumente ermöglichen keine Messung des subjektiven Erlebens einer lebensbedrohlichen Situation.</p> <p>Zukünftige Forschung im Bereich der Bewältigung lebensbedrohlichen Situationen sollte direkt während des Einsatzes gemacht werden. Umweltbezogene und persönliche Risiko- sowie Resilienzfaktoren sollten weiter erforscht werden. Die Effizienz der Trainings- und Unterstützungsprogramme der Organisationen sollte getestet werden.</p>
<p>Stärken und Schwächen der Studie</p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird ausführlich und anhand von Literatur beschrieben und dessen Relevanz für die Praxis wird aufgezeigt. Die Ergebnisse werden erklärt und im Diskussionskapitel interpretiert. Einige wenige Resultate werden tabellarisch dargestellt. Die Arbeit ist verständlich und in logischer Abfolge aufgebaut. Die Limiten der Studie werden aufgezeigt. Der Nutzen der Resultate wird im Zusammenhang mit möglichen Vorschlägen für die Praxis erläutert.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung und Analyse der Daten verwendet. Die Auswahl der Organisationen und für die Teilnehmer der Studie wird nicht erläutert. Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht explizit erwähnt.</p>

<p>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen</p>	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i></p> <p>1/1</p>	<p>Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur beschreiben. Die Ziele der Studie werden klar formuliert. Der aktuelle Forschungsstand wird im Einführungskapitel erläutert. Die zu untersuchende Population sowie die ausgewählten Organisationen werden jedoch nicht klar definiert. Verschiedene beeinflussende Variablen auf die Ausprägung einer PTSD-Symptomatik von Einsatzteilnehmern werden aufgezeigt.</p>
<p><i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i></p>	<p>Eine Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt, wobei sich die Autoren dabei hauptsächlich auf Studien gestützt haben. Mit der Prüfung der Forschungshypothese</p>

0.25/1	versuchten die Autoren eine Lücke im aktuellen Forschungsstand zu schliessen. Konzepte werden nicht explizit erwähnt oder beschrieben.
Hypothesen Forschungsfragen 1/1	Im Anschluss an die Fragestellungen der Autoren und den Problembeschrieb wird eine Hypothese formuliert. Die Ausprägung der PTSD-Symptomatik kann als abhängige Variabel betrachtet werden und die Einflussfaktoren, wie die indirekte und direkte Konfrontation mit lebensbedrohlichen Ereignissen und die Unterstützung des sozialen Netzwerkes, als unabhängige Variabel.
Stichprobe 0.5/1	Die Auswahl der Stichprobe ist mit 113 Antworten im Vergleich signifikant. Jedoch sind die Ein- und Ausschlusskriterien nicht klar formuliert. Auch ist nicht ersichtlich, unter welchen Kriterien die Senderorganisationen ausgewählt wurden. Die Population ist jedoch der Forschungsfrage entsprechend gewählt und für das Design geeignet.
Forschungsdesign 1/1	Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.
Interne Validität 0.75/1	Die Resultate lassen sich aufgrund der selbst auszufüllenden Fragebogen von den Forschenden nicht beeinflussen. Die Erhebung erfragte jedoch retrospektiv in einem Zeitrahmen von bis zu vier Jahren nach dem Einsatz das Befinden von der Zeit während und kurz nach dem Einsatz. Es besteht deshalb die Möglichkeit, dass die lange Zeitdauer zu veränderten Ergebnissen geführt hat.
Externe Validität 1/1	Die Grösse der Stichprobe erlaubt eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Teilnehmer eines humanitären Einsatzes.
Methode 1/1	Die Datensammlung erfolgt anhand eines Fragebogens mit standardisierten Erfassungsinstrumenten. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich.
Rechtliche-ethische Probleme 0/1	Fragebogen wurden anhand eines Kodierungssystems nummeriert, um die Anonymität der Teilnehmer gewährleisten zu können.
Instrumente 1/1	Erhebungs- und Analyseinstrumente werden beschrieben und auf deren Referenzliteratur wird verwiesen. Zur Erhebung der PTSD diente die Los Angeles Symptom Checklist (LASC) mit einer Ratingskala von 0 bis 4. Zur Bildung des Life Threat Index (LTI) dienten eine Skala von 13 möglichen Auswahlantworten und offene Fragen wurden zur Erhebung weiterer möglicher traumatischer Ereignisse verwendet. Zur Messung der sozialen Unterstützung diente die Support Rating Scale (SRS) im Rahmen einer Likert-Skala.
Reliabilität und Validität	Die Reliabilität und Validität wird bei einem der Instrumente (SRS) explizit durch Erwähnung früherer Studien aufgezeigt. Bei den

<i>1/1</i>	anderen Instrumenten wird auf Literatur verwiesen. Grösstenteils handelt es sich um standardisierte Erfassungsinstrumente.
Datenanalyse <i>1/1</i>	Die Datenanalyse erfolgt anhand der, zur Erhebung verwendeten, Instrumente LASC, LTI sowie Additional Life Threat Index und SRS. Die Antworten werden untereinander verglichen. Weitere Datenanalyseinstrumente werden nicht erwähnt. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate bilden eine Ergänzung zum Text.
Schlussfolgerung, Implikationen und Empfehlungen <i>1/1</i>	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und nachvollziehbar. Limiten werden beschrieben. Die Ergebnisse werden mit früheren Forschungen verglichen. Empfehlungen für weitere Forschungen direkt während des Einsatzes und bezüglich der Resilienzfaktoren der Betroffenen sowie der Vorbereitungs- und Unterstützungsprogramme der Organisationen werden gegeben.
Anwendung und Verwertung in der Praxis <i>0.75/1</i>	Die Studie zeigt Zusammenhänge zwischen dem Erleben lebensbedrohlicher und traumatischer Ereignisse und der Entwicklung einer PTSD-Symptomatik auf. Weiter untersucht sie den Einfluss eines sozialen Netzwerkes auf eben diese Symptome und bietet somit eine Grundlage zur Entwicklung unterstützender Massnahmen für Helfer. Die Empfehlungen für die Praxis sind nachvollziehbar, werden jedoch nur oberflächlich dargestellt.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 10.75 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Eriksson, C.B., Lopes Cardozo, B., Ghitis, F., Sabin, M., Gotway Crawford, C., Zhu, J., Rijnen, B., Kaiser, R. (2013)</p> <p>Factors associated with adverse mental health outcomes in locally recruited aid workers assisting Iraqi refugees in Jordan</p> <p>Journal of Aggression, 2013, Maltreatment & Trauma, 22:660-680</p>	
<i>Forschungsfrage und Ziele</i>	<p>Ziel der Studie bildete das zur Verfügung Stellen evidenzbasierter Informationen bezüglich psychischer Gesundheit und Stress Management Programme für lokale humanitäre Helfer, welche mit irakischen Flüchtlingen arbeiten. Daten bezüglich der Prävalenz psychischer Anpassungsstörungen und die Identifikation der Faktoren, welche mit einem erhöhten Risiko zu schlechter psychischer Gesundheit und Burnout im Zusammenhang stehen, sollten aufgezeigt werden.</p>
<i>Design</i>	Quantitatives Design
<i>Setting</i>	Notfall- und Entwicklungshilfe für Iraker Flüchtlinge in Jordanien
<i>Stichprobe</i>	<p>165 (65%) jordanische und 90 (39%) irakische Teilnehmer von 9 humanitären Organisationen (internationale & nationale NGO's sowie UN-Organisationen und Organisationen des Roten Kreuzes) in Jordanien; Mitarbeit seit mind. drei Monaten bildete ein Einschlusskriterium. 29 Teilnehmer wurden im Verlauf aufgrund unvollständig ausgefüllter Fragebogen für die statistische Analyse ausgeschlossen.</p> <p>Einschlusskriterien der Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hauptaufgabe bildet humanitäre Hilfe - Direkte Hilfe für irakische Flüchtlinge - Mindestens 20 lokale Angestellte, welche mit den Flüchtlingen tätig sind
<i>Ethik</i>	Schriftliche und informierte Zustimmung aller Teilnehmer. Prüfung und Annahme des Fragebogens durch das U.S. Centers for Disease Control and Prevention.
<i>Methode (Datensammlung und -auswertung)</i>	<p>Datensammlung anhand eines strukturierten Fragebogens.</p> <p>Erhebung soziodemografischer Daten der Teilnehmer; Erfassung der konkreten Tätigkeit in der Organisation und die bisherige Einsatzdauer. Weitere Fragen im Bereich der Unterstützung durch die Organisation und die Zufriedenheit der Teilnehmer.</p> <p>Drei Messungen zur Erhebung möglicher Stressoren wurden durchgeführt: a) Anzahl traumatischer Ereignisse im Zusammenhang mit dem Konflikt im Irak und den Lebensbedingungen in Jordanien (Keine Exposition, Exposition zu 1 bis 4 Ereignissen, Exposition zu fünf oder mehr Ereignissen) b) Auseinandersetzung und Prävention mit sekundärem traumatischen</p>

	<p>Stress durch Anhören von Erzählungen über traumatische Ereignisse (kommt nicht vor, teilweise Zuhören, die meiste Zeit) c) Erfassung chronischer Stressoren der humanitären Arbeit mit Bildung der Summe der Anzahl Stressoren.</p> <p>Erfassung der soziale Unterstützung anhand einer 12-Item Social Provisions Scale mit Ratingskala von 1-4. Eine Likert-Skala von 1 bis 5 dient der Messung des Teamzusammenhalts.</p> <p>PTSD- Symptome werden anhand der Los Angeles Symptom Checklist mit drei Cluster (Vermeidung, hyperarousal, Wiedererleben) gemessen.</p> <p>Die Hopkins Symptom Checklist (HSCL) mit 15-Items zur Erfassung depressiver Symptome und 10-Items zur Erfassung der Angstsymptomatik wurde mit je einer 4-Punkte Likert Skala verwendet.</p> <p>Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) mit drei Unterkategorien emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und verminderter Selbstverwirklichung dient der Erhebung von Burnout.</p> <p>Datenanalyse anhand: Chi-square Statistics und Univariate Analysis of Variance zur Erfassung möglicher Gruppenunterschiede zwischen irakischen und jordanischen Einsatzteilnehmer. Passende Regressionsanalyse zur Erkennung möglicher Faktoren, welche im Zusammenhang mit Depression, Angst, PTSD oder einer der drei Untergruppen von Burnout stehen könnten. Schrittweise wurden für die Regressionsanalyse Variablen auf deren Signifikanz geprüft. Einschluss bei p 0.5.</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Die Mehrheit der Teilnehmer war mit der Unterstützung des Organisation zufrieden (56.3% Irakische Helfer; 60.1% Jordanische Helfer). Unterschiede bestanden im Bereich der Vorzüge der Arbeit. Jordanische Helfer konnten deutlich mehr Vorzüge geniessen, als Irakische Helfer. Weniger als die Hälfte der Teilnehmer äusserten Stress Management Training vor dem Einsatz erhalten zu haben (43.8 % Iraker, 35.7% Jordanier). Beide Zielgruppen äusserten einen guten Zusammenhalt im Team. Generelle soziale Unterstützung wurde signifikant höher bewertet bei Jordanier (Mittelwert = 36.98, SD = 4.85) als bei Iraker (M = 34.36, SD=4.61). Die Mehrheit (71.8%) der Teilnehmer äusserte, Unterstützung in erster Linie bei der Familie zu suchen. Iraker waren zu 73% während des Einsatzes für das finanzielle Wohl der Familie verantwortlich. Bei den Jordanier handelte es sich um 23.6%.</p> <p>Als grösster chronischer Stressor äusserten die Teilnehmer finanzielle Probleme (93.7%) und übermässige Arbeitsbelastung (91.9%). Iraker waren vor dem Einsatz öfter mit traumatischen Ereignissen konfrontiert (M=6.65, SD=5.9), als Jordanische Einsatzhelfer (M=1.55, SD= 2.04), für die Dauer des Einsatzes ist</p>

	<p>jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Populationen ersichtlich. 34% aller Teilnehmer formulierten das Zuhören traumatischer Erlebnisse irakischer Flüchtlinge als Teil ihrer Arbeit. 38% davon erhielten Supervision für diese Tätigkeit.</p> <p>19.2% Teilnehmer äusserten PTSD-Symptome in allen drei Cluster des Erfassungsinstrumentes. 19.7% von starker Belastung in zwei der drei Erhebungsbereiche. Kein signifikanter Unterschied zwischen irakischen und jordanischen Helfern.</p> <p>Die Erfassung anhand der HSCL ergab vermehrte Angstsymptome bei 63.6% Iraker und 43.3% Jordanier. Auch die Depressionssymptomatik war in beiden Gruppen erhöht (68.8% Iraker, 48.3 % Jordanier). 25 % der Teilnehmer hatten einen hohen Level an emotionaler Erschöpfung. 17.5% äusserten ein hohes Risiko von Depersonalisation und 32% wiesen aufgrund einer verminderten Selbstverwirklichung ein erhöhtes Burnoutrisiko auf.</p> <p>Die Regressionsanalyse zeigt ein Zusammenhang zwischen vermehrter Angst und weiblichem Geschlecht, sowie einer kurzen Einsatzdauer (weniger als 6 Monate). Auch die Exposition zu traumatischen Ereignissen bildet ein Risikofaktor für Angst. Soziale Unterstützung wirkt dagegen als Resilienzfaktor. Eine kurze Einsatzdauer, Exposition zu traumatischen Ereignissen und tiefe Schulbildung sind ebenfalls Risikofaktoren für Depression. Die jordanische Nationalität bildete in dieser Studie ebenfalls ein Risikofaktor für Depression.</p> <p>Einsatzteilnehmer mit Führungsposition unterliegen einem höheren Risiko für emotionale Erschöpfung. Auch die Exposition zu traumatischen Ereignissen verstärkt diese Erschöpfung. Teamzusammenhalt jedoch bildet ein protektiver Faktor, sowie für das Vorbeugen emotionaler Erschöpfung als auch der Depersonalisation. Kein Zusammenhang mit verminderter Selbstverwirklichung konnte aufgezeigt werden.</p>
<i>Diskussion</i>	<p>Jordanische Einsatzhelfer scheinen einem grösseren Risiko ausgesetzt zu sein, eine Depression zu entwickeln, als Irakische. Die Autoren versuchen dies mit einer Tendenz zu depressiver Haltung in der jordanischen Kultur und der tieferen Antwortrate der Iraker zu erklären.</p> <p>Die Exposition zu traumatischen Ereignissen bildet eine Schlüsselvariable im Zusammenhang mit der Entwicklung von depressiver Symptomatik, Angst und PTSD. Die Anzahl der Expositionen ist aufgrund der geschichtlichen Ereignisse bei Irakischen Helfer grundsätzlich erhöht.</p> <p>Der finanzielle Aspekt bildet ein wichtiger Stressor, da die meisten Irakischen Helfer ihre Familie ernähren müssen.</p> <p>Verminderte Selbstverwirklichung bildet ein wichtiger Risikofaktor für Burnout. Diese kann gemäss den Autoren aus fehlender</p>

	<p>Dankbarkeit für die Arbeit resultieren.</p> <p>Mögliche Implikationen für die Organisationen sind das Bieten eines Stress Management Trainings, das Fördern sozialer Unterstützungssysteme und Teamzusammenhalt sowie das Schaffen von Peer Support in während des Einsatzes. Weiter können medizinische Grundversicherungen und übernommene Impfung für Einsatzhelfer eine Erleichterung bilden.</p> <p>Als Limiten der Studie erwähnen die Autoren das quantitative Design mit vorgegeben Stressoren, welche anzukreuzen waren. Weitere Limiten bildeten die verminderte Antwortrate der Irakischen Helfer und der Zeitpunkt der Erhebung (starke politische Unruhe). Weitere Forschung zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen den Faktoren im Rahmen eine Longitudinal Studie, sowie der Einbezug von Wohlbefinden von Helfer und Familie wäre erwünscht.</p>
<p><i>Stärken und Schwächen der Studie</i></p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird ausführlich beschrieben und auch die Ergebnisse werden verständlich dargestellt. Aus den Resultaten werden logische Schlüsse abgeleitet. Erfasste Daten werden anhand von Tabellen grafisch und übersichtlich dargestellt. Die Limiten der Studie werden beschrieben. Der Nutzen der Resultate wird erklärt und Vorschläge für die Praxis werden diskutiert.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird im Einführungskapitel ausführlich beschrieben. Der Kontext wird erklärt. Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung und Analyse der Daten verwendet. Eine signifikant tiefere Antwortrate der Irakischen Helfer im Vergleich zu den Jordanischen Helfer könnten teilweise die Resultate der Studie beeinflusst haben.</p>

<p>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen</p>	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i> 1/1</p>	<p>Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur dargestellt. Mögliche beeinflussende Umgebungsfaktoren werden beschrieben. Die Ziele werden klar formuliert und in den aktuellen Kontext der Forschung eingegliedert. Die zu untersuchende Population wird definiert. Verschiedene beeinflussende Variablen auf die psychische Gesundheit von Einsatzteilnehmern werden geprüft.</p>
<p><i>Literaturrecherche</i></p>	<p>Eine Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen</p>

<p>& theoretischer Bezugsrahmen 1/1</p>	<p>Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt, wobei sich die Autoren dabei unter anderem auf eigene Forschungen gestützt haben.</p> <p>Die Studie hat zum Ziel, evidenzbasierte Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit und Stress Management Programme der NGO in Jordanien zu liefern. Diese Lücke im aktuellen Forschungsstand möchten die Autoren schliessen. Konzepte werden beschrieben.</p>
<p>Hypothesen, Forschungsfrage 1/1</p>	<p>Die Forschungsfrage wird in Form von Zielen klar definiert. Das psychische Leiden kann als abhängige Variabel betrachtet und die unterschiedlichen Einflussfaktoren als unabhängige Variabel betrachtet werden.</p>
<p>Stichprobe 0.75/1</p>	<p>Die Auswahl der Stichprobe ist für die zu betrachtende Population signifikant und der Forschungsfrage und dem Forschungsdesign entsprechend gewählt. Eine verminderte Antwortrate der Irakischen Helfer könnte jedoch im Vergleich zwischen Jordanischen und Iraktischen Teilnehmer zu unkorrekten Ergebnissen führen. Die Auswahl der Stichprobe erfolgt nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien.</p>
<p>Forschungsdesign 1/1</p>	<p>Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.</p>
<p>Interne Validität 0.5/1</p>	<p>Aufgrund der standardisierten Fragebogen können die Forschenden die Resultate nicht beeinflussen. Zum Zeitpunkt der Erhebung befand sich das Land in einer politisch und ökonomisch unstablen Situation, was auf die Resultate einen Einfluss gehabt haben könnte. Auch könnte die verminderte Antwortrate Irakischer Teilnehmer einen Einfluss auf die Resultate gehabt haben</p>
<p>Externe Validität 1/1</p>	<p>Die Grösse der Stichprobe erlaubt eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Teilnehmer in gleichem Setting.</p>
<p>Methode 1/1</p>	<p>Die Datensammlung erfolgt anhand eines Fragebogens. Die Fragen basieren auf standardisierten Erfassungsinstrumenten. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich. Chi-square Statistics und Varianzanalyse zur Erfassung möglicher Gruppenunterschiede zwischen irakischen und jordanischen Einsatzmitglieder wurden durchgeführt. Eine passende Regressionsanalyse diente der Ermittlung möglicher beeinflussender Faktoren auf die psychische Gesundheit.</p>
<p>Rechtliche-ethische Probleme 1/1</p>	<p>Das Studienprotokoll wurde vom CDC, U.S. ,geprüft und genehmigt. Eine schriftliche und informierte Zustimmung aller Teilnehmenden wurde verlangt.</p>
<p>Instrumente</p>	<p>Erhebungs- und Analyseinstrumente werden beschrieben und auf deren Referenzliteratur wird verwiesen.</p>

1/1	Verwendete Instrumente: 12-Item Social Provisions Scale mit Ratingskala von 1-4, Likert-Skala von 1 bis 5 zur Messung des Teamzusammenhalts, Los Angeles Symptom Checklist mit drei Cluster, HSCL mit 15-Items zur Erfassung depressiver Symptome und 10-Items zur Erfassung der Angstsymptomatik und MBI-HSS. Eine Prüfung des MBI-HSS durch Cronbach's alphas hat stattgefunden. Anpassungen eines Instrumentes zur Erhebung der erlebten traumatischen Ereignisse wurden vorgenommen und dem aktuellen Kontext angepasst.
Reliabilität und Validität 1/1	Die Reliabilität und Validität der Instrumente wird teilweise durch Cronbach's alpha geprüft. Auf Referenzliteratur wird verwiesen. Es handelt sich vorwiegend um standardisierte Erfassungsinstrumente.
Datenanalyse 1/1	Datenanalyse der Fragebogen durch Chi-square Statistics und Varianzanalyse; Regressionsanalysen dienen der Erfassung möglicher beeinflussender Variablen auf die psychische Gesundheit. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind übersichtlich gestaltet und bilden eine Ergänzung zum Text.
Schlussfolgerung, Implikationen und Empfehlungen 1/1	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und nachvollziehbar. Die Erklärungen für unerwartete Ergebnisse erscheinen logisch. Die Limiten der Studie werden in einem separaten Kapitel thematisiert. Konkrete Implikationen für die Praxis werden vorgeschlagen. Empfehlungen für weitere Forschungen zur Ergänzung der Studie werden gemacht.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 0.75/1	Die Studie beschreibt mehrere beeinflussende, protektive und negative, Faktoren auf die psychische Gesundheit der Helfer. Sie bietet deshalb eine Auswahl an Veränderungsvorschlägen zur Vorbeugung der psychischen Konsequenzen eines humanitären Einsatzes für Sendeorganisationen. Jedoch sind diese vor allem auf das Umgebungsfeld der Studie abgestimmt. Die Empfehlungen für die Praxis sind aber realistisch und umsetzbar.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 13 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Cardozo, B.L., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway C.A., Ghitis, F., Toomey, E., Salama, P. (2005), Oxford</p> <p>The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers</p> <p>Disasters, 2005 29(2): 152 -170</p>	
Forschungsfrage und Ziele	Ziel der Studie war die Identifikation der Konsequenzen traumatischer Erlebnisse auf die psychische Gesundheit internationaler und nationaler Helfer humanitärer Einsätze, sowie die Erkennung spezifischer Risikofaktoren, welche die Entwicklung einer psychischen Erkrankung verstärken.
Design	Quantitative Querschnittstudie
Setting	Humanitärer Einsatz in Kosovo Albanien
Stichprobe	<p>434 internationale und 435 nationale Helfer von 21 Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO's) und eine Inter-Regierungs-Organisation wurden zur Teilnahme an der Studie angefragt</p> <p>Davon haben 285 (69,5%) internationale Helfer und 325 (75,8%) nationale Helfer an der Studie teilgenommen</p> <p>Einschlusskriterien der Organisationen: Angebot von Gesundheitsdienstleistungen, Wasser- & Sanitärhilfen, Ernährungsberatung und Essensausgabe</p>
Ethik	Die Namen der Organisationen und Teilnehmer wurden im Fragebogen nicht erfasst. Zur Identifikation möglicher fehlender Antworten wurden diese jedoch nummeriert. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Studie wurde durch The Human Subjects Review Committee und das CDC geprüft und angenommen.
Methode (Datensammlung und -auswertung)	<p>Fragebogen wurden durch im Vorfeld geschulte Kontaktpersonen den Teilnehmern überreicht. Die internationalen Teilnehmer erhielten die Fragebogen in Englisch. Für Kosovo-Albanische Teilnehmer wurden der Fragebogen in ihrer Muttersprache erfasst. Zwei bilinguale Ärzte waren für die Übersetzung in Englisch und deren Überprüfung verantwortlich. Kontaktpersonen der jeweiligen Organisationen sammelten Fragebogen am siebten, zehnten und 14. Tag nach der Abgabe wieder ein.</p> <p>Eine Erhebung demografischer Daten bei den Teilnehmern der Studie, sowie der Helfer, welche nicht an der Studie teilgenommen haben, hat stattgefunden.</p> <p>Weitere Daten bezüglich der unterstützenden Angebote der Organisation für die Helfer, wie Stressmanagementtraining vor dem Einsatz, psychologische Beratung während des Einsatzes und anschließendes Debriefing wurden erfasst und von schwach (kein Angebot vorhanden) bis exzellent (alle Angebote) eingeteilt.</p> <p>Einige Fragen bezüglich Kommunikation mit Familienangehörigen oder Trennung von Familienangehörigen sowie der individuelle</p>

	<p>Alkoholkonsum vor und während des Einsatzes wurden gestellt.</p> <p>Verwendung standardisierter Fragebogen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) zur Messung der PTSD-Symptomatik im Zusammenhang mit dem Erleben traumatischer Situationen. 2. Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) mit einer 10-item Skala zur Messung des Angstlevels und einer 15-item Skala zur Messung der Depression; Die Wertung der Items ermöglichte eine Antwort von 0 bis 4, ein Zwischenwert von über 1.75 lässt auf erhöhte Angst- oder Depressionssymptomatik schliessen. 3. General Health Questionnaire (GHQ-28) zur Erfassung nicht-psychotischer Psychiatrischer Störungen und Alkoholkonsum mit vier Untergruppen: Somatische Störungen, Angst, gestörte soziale Interaktion und Depression; bei jeder Untergruppe ist eine Erreichung von 0 bis 7 Punkte möglich. <p>Die Analyse der Antworten wurden anhand des Programmes Epi Info Version 6.04 (28), SAS Version 8.0 und SUDAAN Version 7.5.4A durchgeführt. Eine erste Regressionsanalyse zur Erfassung des Einflusses der demografischen Variablen auf die psychische Gesundheit hat stattgefunden. Weiter wurde anhand einer zweiten Regressionsanalyse ebenfalls den Effekt der erlebten traumatischen Ereignisse mit der psychischen Gesundheit der Helfer in Zusammenhang gestellt. Für die verschiedenen Variablen wurde eine passende Regressionsanalyse durchgeführt.</p> <p>Die Resultate der Regressionsanalysen wurden mittels F-Test und Chi-square-Test statistisch verglichen. $p < 0.05$ galt als signifikant.</p> <p>Die Resultate der internationalen und nationalen Helfer wurden miteinander verglichen. Die Resultate der Fragebogen unter den Kosovo-Albanischen Helfern wurden ebenfalls mit früheren Studien bei derselben Population verglichen.</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Die Ergebnisse ergaben signifikante Unterschiede zwischen nationalen und internationalen Helfern. Kosovo-Albanische Helfer waren mehr verheiratet (zu drei drittel) und hatten auch mehr Kinder. Internationale Helfer waren lediglich zu 45% verheiratet. Weniger Unterstützung von Seiten der humanitären Organisationen als bei den internationalen wurden bei von nationalen Helfern rapportiert, jedoch mehr Kontakt zu ihren Familien.</p> <p>Der Mittelwert der erlebten traumatischen Ereignisse beträgt für internationale Helfer 2.8 (SD:2.7), und für nationale Teilnehmer 3.2 (SD: 2.8). 20.7% der internationalen und 15.6% der nationalen Helfer erwähnten kein traumatisches Erlebnis. Eins bis drei traumatische Ereignisse wurden von 40,4% internationalen und 47% der nationalen Helfer rapportiert. Vier oder mehr erlebten 36,8% der internationalen und 37,4% der nationalen Helfer. Mehr als 10% der</p>

	<p>internationalen Helfer und über 20% der Helfer aus Kosovo-Albanien rapportierten die Konfrontation mit schweren traumatischen Ereignissen, wie zum Beispiel Schussfeuer.</p> <p>Je mehr Konfrontation mit traumatischen Ereignissen, desto höher war generell der PTSD-Score und signifikant höher war auch das Depressionsrisiko. Bei internationalen Helfern steigt mit der Anzahl der Ereignisse auch der Alkoholkonsum.</p> <p>GHQ-Scores waren teilweise unterschiedlich zwischen nationalen und internationalen Helfern. 23.9% der internationale Helfer wiesen einen Score von über neun auf, 11.5% der nationalen einen Score von über acht. 46% der internationalen Helfer rapportierten vermehrt Alkoholkonsum. Dieser Alkoholkonsum konnte unter Kosovo-Albanischen Helfer nicht festgestellt werden.</p> <p>Jüngere internationale Helfer litten oft mehr an Depression und nicht-psychotischen psychiatrische Störungen als ältere. Bei nationalen Helfern hatten jedoch Frauen und ältere Helfer mehr psychische Beschwerden und Depressionen. In beiden Erhebungsgruppen wirkte sich eine psychische Erkrankung in der Vergangenheit fördern auf die Entwicklung eines weiteren psychischen Leidens und eines hohen GHQ-Scores aus. Auch wurde bei internationalen Helfern verstärkt Depressionen und psychische Leiden festgestellt, wenn diese nur wenig Unterstützung von Seiten der Organisationen sowie wenig Kontakt zu ihren Familien rapportierten. Auch bei nationalen Helfern, welche ungenügend Kontaktmöglichkeiten zu ihren Familien äusserten, konnte eine Tendenz zu depressivem Leiden festgestellt werden.</p> <p>Wenn es sich um den ersten Einsatz der Betroffenen handelte, war auch das Risiko zur Depression und einem hohen GHQ-Score höher.</p> <p>Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die GHQ-Scores jedoch nicht signifikant unterschiedlich zwischen den beiden zu untersuchenden Populationen sind.</p> <p>Männliche Kosovo-Albanische Teilnehmer der Studie, welche über 40 Jahre alt waren und schon in ihrer Vergangenheit an einer psychischen Erkrankung gelitten hatten, wiesen eine höhere Prävalenz zu einem PTSD, Depression und Angst auf, jedoch ein vermindertes Risiko für Alkoholmissbrauch.</p>
<i>Diskussion</i>	<p>Die Studie zeigt, dass humanitäre Helfer oft mit Stressoren konfrontiert, jedoch dabei nicht adäquat unterstützt werden. Die Wichtigkeit einer sozialen Unterstützung wird mit der Studie unterstrichen.</p> <p>Schussfeuer und physisches Bedrohungen werden oft erlebt und bilden, aufgrund der Resultate der Studie, einen wichtigen Risikofaktor zur Entwicklung eines psychischen Leidens.</p>

	<p>Der signifikante Zusammenhang zwischen mangelnder Kommunikation mit der Familie und nicht-psychotischen psychiatrischen Leiden zeigt die Wichtigkeit dieser Kontaktaufrechterhaltung auf.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, dass einige traumatische Ereignisse öfters zu PTSD führen, als andere. Trennung von der Familie, verbale und physische Drohungen und Schussfeuer scheinen das Risiko zur Depression und zu nicht-psychotischen psychiatrischen Leiden zu verstärken.</p> <p>Die Unterstützung der Organisationen scheint nicht generell mit der psychischen Gesundheit der einzelnen Teilnehmer in Verbindung zu stehen. Die Unterstützung der Familie und Freunde ist viel entscheidender, als die der Organisation selbst.</p> <p>Die Autoren erklären sich die Tatsache des tiefen PTSD-Wertes damit, dass an PTSD erkrankte Helfer den Einsatz frühzeitig abbrechen und so nicht in die Stichprobe miteingeschlossen wurden. Weiter erwähnen sie die Möglichkeit, dass diese sich entschlossen, nicht an der Befragung teilzunehmen. Ein Risikofaktor für die Ausbildung eines PTSD bildet die Identifikation mit den Opfern, was womöglich bei internationalen Helfern weniger der Fall ist, als bei lokalen. Auch bleiben PTSD Symptome nicht immer gleich, sondern verändern sich mit der Zeit, was einen Einfluss auf das Resultat gehabt haben könnte.</p> <p>Der erhöhte PTSD-Wert unter der Normalbevölkerung bei einer ehemaligen Vergleichsstudie erklären sich die Autoren mit einem höheren Bildungsstand der Helfer, was ihnen möglicherweise das Zurückgreifen auf mehr Copingstrategien erlaubte.</p> <p>Betroffene, welche an psychischen Erkrankungen leiden erinnern sich oft besser an traumatische Erlebnisse, als solche, welche keine Symptome aufzeigen. Die Ergebnisse der retrospektiver Studien müssen deshalb mit Vorsicht genossen werden.</p> <p>Da die politische Situation zum Zeitpunkt der Studie in Kosovo-Albanien stabil war, sind die Ergebnisse der Studie nicht für instabilere Settings übertragbar.</p> <p>Eine Längsschnitt- prospektive Studie zur Ergänzung der Resultate und weitere Studien im selben Themenbereich zum besseren Verständnis der psychischen Leiden, wären notwendig.</p> <p>Hilfsorganisationen sollten sich der psychischen Konsequenzen aufgrund der Konfrontation mit traumatischen Ereignissen bewusst sein. Bei der Auswahl der Helfer sollte auf die psychiatrische Vorgeschichte der jeweiligen Bewerber geachtet werden. Der Alkoholkonsum der Helfer sollte regelmässig evaluiert werden.</p> <p>Präventiv können Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit Angehörigen sowie Unterstützungsangebote der Organisationen</p>
--	--

	helfen. Eine Aufgabenaufteilung zwischen internationalen und nationalen Helfern in Einbezug der Tatsache, dass nationale Helfer sich oft mehr mit den Opfern identifizieren, kann eine ebenfalls eine präventive Wirkung haben.
<i>Stärken und Schwächen der Studie</i>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird beschrieben und in den aktuellen geschichtlich-politischen Kontext eingegliedert. Die verwendeten Konzepte werden klar definiert. Die Ergebnisse werden verständlich dargestellt und mit Tabellen veranschaulicht. Anschliessend werden diese miteinander in Verbindung gesetzt und logische Schlüsse werden aus den Resultaten werden abgeleitet. Der Nutzen der Resultate wird erklärt und Vorschläge für die Praxis werden diskutiert. Die Limitationen der Studie werden detailliert beschrieben.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird im Einführungskapitel argumentiert und anhand von Literatur belegt. Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung der Daten verwendet. Der Interpretation der Ergebnisse dient eine Regressionsanalyse. Die demografischen Daten derjenigen, welche nicht an der Studie teilgenommen haben, wurden ebenfalls erfasst, um die Validität der Studie im vergleichbaren Setting zu ermöglichen.</p>

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen	
<i>Darstellung des Problems und des Ziels</i> 1/1	Anhand von Forschungsliteratur wird das Problem und dessen Relevanz beschreiben. Das Ziel wird am Ende des Einführungskapitels formuliert und dient der Schliessung einer aktuellen Forschungslücke. Die zu untersuchende Population wird definiert. Verschiedene mögliche beeinflussende Variablen auf die psychische Gesundheit von Einsatzteilnehmern werden aufgezeigt.
<i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i> 1/1	Eine Literaturrecherche, meist basierend auf abgeschlossenen Studien, zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt. Die Autoren haben primäre und sekundäre Quellen verwendet. Da, laut Äusserung der Autoren, die Risikofaktoren der psychischen Morbidität bei internationalen und nationalen humanitären Helfern noch nicht ausreichen erforscht wurde, möchten die Autoren mit der Studie eine Lücke im Bereich der aktuellen Forschung schliessen. Die verwendeten Konzepte werden ausführlich und im Verweis auf Literatur beschrieben. Die Autoren beschreiben im

	Einführungskapitel auch den aktuellen politischen Kontext des Settings.
Hypothesen Forschungsfrage 0.75/1	Hypothesen werden nicht beschreiben. Die Forschungsfrage wird als Ziel formuliert. Das psychische Leiden kann als abhängige Variabel betrachtet und die unterschiedlichen Einflussfaktoren als unabhängige Variabel betrachtet werden.
Stichprobe 1/1	Die Stichprobengrösse ist im Vergleich repräsentativ. Die Population ist der Forschungsfrage entsprechend gewählt und für das Design geeignet. Die Auswahl der Stichprobe erfolgt nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien und wird auf deren Validität im gewählten Setting geprüft. Demografische Angaben werden auch von Nicht-Teilnehmer, die einen Fragebogen erhalten hatten, erfasst.
Forschungsdesign 1/1	Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.
Interne Validität 1/1	Aufgrund der standardisierten Fragebogen können die Forschenden die Resultate nicht beeinflussen. Übersetzungen von Albanisch in Englisch werden doppelt überprüft.
Externe Validität 1/1	Die Grösse der Stichprobe erlaubt eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Teilnehmer eines humanitären Einsatzes in vergleichbarem Setting.
Methode 1/1	Die Datensammlung erfolgt anhand des Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), der Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) und des General Health Questionnaires (GHQ-28). Ein Fragebogen diente der Erhebung demografischer und die Unterstützung der Organisation betreffender Daten, sowie der Erfassung ehemaliger Beschäftigungen der Teilnehmer. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich. Die Erfassungsinstrumente wurden von einer Kontaktperson jeder Organisation verteilt und nach sieben, zehn und vierzehn Tagen wieder eingesammelt. Die erhobenen Daten wurden anhand standardisierter Instrumente analysiert und miteinander verglichen. Die Daten werden mittels Regressionsanalysen passend analysiert. Resultate der lokalen und internationalen Helfer wurden miteinander verglichen.
Rechtliche-ethische Probleme 1/1	Das Studienprotokoll wurde vom CDC, U.S, .geprüft und genehmigt. Die Teilnahme war freiwillig. Fragebogen wurden nummeriert. Keine Namen wurden erfasst.
Instrumente 1/1	Erhebungs- und Analyseinstrumente werden detailliert beschrieben und auf deren Referenzliteratur wird verwiesen. Die Reliabilität des GHQ-28, des HTQ und des HSCL-25 wurde überprüft. Der HSCL-25 enthält eine 10-Punkte Antwortskala betreffend

	Angst und eine 15-Punkte Antwortskala für den Bereich der Depression. Werte von 0 bis 4 konnten jeweils erfasst werden. Der GHQ bildet eine 28-Punkte Likert Skala. Der HTQ enthält 17 Auswahlantwortmöglichkeiten.
Reliabilität und Validität 1/1	Die Reliabilität der Instrumente wurde anhand des Alpha Koeffizienten von Cronbach überprüft. Die Validität der HSCL-25, des GHQ-28 und des HTQ wird durch Literaturverweise belegt.
Datenanalyse 1/1	Datenanalyse der Fragebogen durch Epi Info version 6.04b (28), SAS version 8.0 und SUDAAN version 7.5,4A; Um den Einfluss demografischer und Expositions-Daten auf die psychische Gesundheit der Helfer zu analysieren, wird eine, jeweils passende Regressionsanalyse durchgeführt. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind übersichtlich gestaltet und bilden eine Ergänzung zum Text.
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen 1/1	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und nachvollziehbar. Als Grenzen der Studie erwähnen die Autoren die hohe Anzahl nicht beantworteter, verteilter Fragebogen (30% internationaler, resp. 24% nationaler Helfer), die fehlende Erhebung qualitativer Daten, die Ungewissheit, ob bezüglich psychischer Einschränkungen der Teilnehmer, welche schon vor dem Einsatz bestanden hatten sowie das Vorhandensein möglicher weiterer beeinflussender Faktoren auf die psychische Gesundheit, welche in der Studie nicht erfasst werden konnten. Auch das retrospektive Design wird als mögliche Limite der Interpretation der Ergebnisse erwähnt. Empfehlungen für weitere Forschungen werden gegeben.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 1/1	Die Autoren erläutern mehrere mögliche Implementierungen der Resultate der Studie in der Praxis. Sie machen Vorschläge bezüglich der Auswahl und Unterstützung der Helfer humanitärer Organisationen. Die Empfehlungen für die Praxis sind realistisch und umsetzbar.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 13.75 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Cardozo, B.L., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olf, M., Rijnen, B., Simon, W. (2012), USA</p> <p>Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study.</p> <p>PLoS ONE 7(9)</p>	
Forschungsfrage und Ziele	<p>Prüfung der Annahme, dass Risikofaktoren (Konfrontation mit Trauma und chronischen Stressoren) und protektive Faktoren (soziale Unterstützung, gesunder Lebensstil, gesunde Coping-Strategien) psychisches Leiden, wie Depression, Angstzuständen und Burnout im Rahmen eines humanitären Einsatzes signifikant beeinflussen</p> <p>Ziele der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erbringen wissenschaftlicher Beweise bezüglich des Zusammenhangs zwischen arbeitsbezogenen Stressoren und psychischem Leiden - Aufzeigen von Risiko- sowie protektiven Faktoren <p>Ratschläge bezüglich Auswahl, Training und Aufsicht der Helfer geben, welche die Stressoren reduzieren können</p>
Design	Quantitative Längsschnittstudie
Setting	Humanitärer Einsatz
Stichprobe	<p>212 Teilnehmer, Einsatzlänge von 3 bis 12 Monaten, von 17 verschiedenen Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO) vor humanitärem Einsatz; 169 (80%) nach dem Einsatz und 154 (73%) 3-6 Monate nach dem Einsatz.</p> <p>Einschlusskriterien für Nicht-Regierungs-Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - existiert seit mind. 5 Jahren - internationale Finanzierung der Organisation, Zielbevölkerung: Notfallhilfe und Entwicklungshilfe - Auflistung der Organisation der Länder mit einem hohen Gewaltrisiko - Aussendung von mindestens 20 Helfer pro Jahr <p>NGO's wurden durch Konsultation des Relief Web Archive gewählt. 40 NGO's entsprachen den Einschlusskriterien, 19 davon waren bereit, an der Erhebung teilzunehmen.</p>
Ethik	Genehmigung des U.S. Departement of Health an Human Services sowie Einverständniserklärung der teilnehmenden Organisationen und der Teilnehmer. Ausnahme: Tulane University führte eigenes Ethikkontrollverfahren durch.
Methode	Proportional zur Grösse der Organisation, wurde ihr eine bestimmte

<p><i>(Datensammlung & -auswertung)</i></p>	<p>Anzahl anonymisierter Fragebogen mit einem geschlossenen Antwortformat zugeschickt. Fragebogen wurden in drei Teile aufgeteilt (Beeinflussende demo- und biografische Faktoren vor Einsatz, Einflussfaktoren während dem Einsatz, Messinstrumente bezüglich psychischer Gesundheit). Erstellung der Fragen und Analyse anhand geprüfter Assessmentinstrumente: Team Cohesion Instrument (TCI), Health Habits Index (HHI), Coping Strategy Indicator (CSI), Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL25) und Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) mit 22-items. Zur Messung der Lebensqualität diente eine 7-Punkte Likert-Skala und zur Messung der Arbeitszufriedenheit eine 5-Punkte Likert-Skala.</p> <p>Datenanalyse durch SPSS 17.0 und SAS 9.1; Vergleichsanalysen durch Student's t-tests.</p> <p>Zur Erkennung der Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und psychischen Beschwerden wurden passende Regressionsanalysen durchgeführt. Anhand Screening tests prüften die Autoren, ob sich der Einfluss der Risikofaktoren auf die Resultate mit der Zeit verändert.</p> <p>Ausfüllen der Fragebogen an drei verschiedenen Zeitpunkten: vor dem Einsatz, kurz nach dem Einsatz und 3-6 Monate nach dem Einsatz. Anschliessend wurden die Resultate bezüglich der psychischen Erkrankungen und der Lebensqualität anhand des Generalized Estimating Equations Modells miteinander in Verbindung gesetzt.</p> <p>Selektion und Training von Kontaktpersonen der Organisationen wurden durchgeführt.</p>
<p><i>Ergebnisse</i></p>	<p>Eine erhöhte Prävalenz psychischer Leiden (Depression, Angst, Burnout) nach dem Feldeinsatz verglichen mit vor dem Feldeinsatz, welche mit der Zeit (3 – 6 Monate nach Einsatz) nicht abnimmt, konnte festgestellt werden.</p> <p>Die Einschätzung der Lebensqualität lag tiefer bei 3- 6 Monate nach dem Einsatz als vor und kurz nach dem Einsatz und stand im Zusammenhang mit dem Zivilstand (ledig sein), der Berufsfunktion (tiefe Position) dem Alkoholkonsum (hoher Konsum), sowie vermeidenden Copingstrategien.</p> <p>Ein Zusammenhang zwischen Angst und Depression ist feststellbar.</p> <p>Der Effekt auf die Psyche von einsatzbezogenen chronischen Stressoren und die Auseinandersetzung mit zusätzlich erhöhter Konfrontation mit traumatischen Stresssituationen veränderte sich signifikant während der drei Datenerhebungen (vor dem Einsatz, kurz nach dem Einsatz, 3-6 Monate nach dem Einsatz).</p> <p>Ein höheres Depressionsrisiko bei psychischer Belastung während des Einsatzes bestand nach der Rückkehr der Helfer. Je grösser die</p>

	<p>Konfrontation mit chronischen Stressoren während des Einsatzes, desto mehr steigt das Depressionsrisiko. Auch der Effekt von traumatischen Erlebnissen auf den Angstlevel und die Lebensqualität ist höher kurz nach dem Einsatz, sinkt jedoch mit der Zeit (3-6 Monaten).</p> <p>Ein Zusammenhang zwischen einem unterstützenden sozialen Netzwerk und einem geringeren Depressionsrisiko / geringerem psychischen Leiden konnte festgestellt werden.</p> <p>Verstärkend auf den Angst- und Burnoutlevel der Betroffenen wirkten sich ein positives Bild der Organisation, sowie eine psychische Erkrankung in der Biografie der Helfer aus.</p> <p>Ein höheres Risiko zur Entwicklung eines Burnouts lässt sich mit einem eingeschränkten sozialen Netzwerk, wenig Motivation, einer schlechten Erfahrung in Zusammenarbeit mit der Organisation und chronischem Stress während des Einsatzes in Verbindung bringen.</p> <p>Dass die Arbeit auf dem Feld in einem schwierigen, belastenden Umfeld getan werden muss, hat jedoch keinen Einfluss auf die vermehrte Entwicklung eines Burnouts oder einer Depression.</p>
<i>Diskussion</i>	<p>Für Personen, welche in der Vergangenheit an einer psychischen Erkrankung gelitten haben, empfiehlt sich eine spezielle Beratung und Unterstützung. Gleiches gilt für Personen, welche kurz vor dem Einsatz mit einer Stresssituation konfrontiert wurden oder in ihrer Kindheit an einem traumatischen Erlebnis gelitten haben.</p> <p>Verheiratete Helfer haben oft einen höheren Stresslevel, welcher sich durch die Verantwortung gegenüber ihrer Rolle in der Familie begründen lässt.</p> <p>Vermutet wird, dass positive Erfahrungen mit der Organisation zu einer Haltung führen, bei welcher der Helfer sich für mögliche Schwierigkeiten auf dem Feld oft stärker verantwortlich fühlt, was zu einem erhöhten Burnoutrisiko und Angstlevel führen kann.</p> <p>Als wichtig erscheint, genug Kontakt mit den Angehörigen zu Hause zu ermöglichen, das Arbeitspensum in einem angenehmen Rahmen zu halten, ein verbessertes Teammanagement zu fördern und die Arbeit der Helfer wertzuschätzen.</p> <p>Die Studie versuchte als neuer Aspekt der Forschung, den Zusammenhang zwischen Depression und dem Erleben traumatischer Ereignisse sichtbar zu machen. Dieser zeigt sich jedoch deutlich geringer im Verlauf der Zeit und ist lediglich kurz nach dem Einsatz signifikant.</p> <p>Für die Praxis empfiehlt sich aufgrund der Ergebnisse eine psychologische Unterstützung der Kandidaten mit psychischer Vorbelastung sowie eventuellen familiären Schwierigkeiten in der Kindheit und informieren dieser Teilnehmer über deren erhöhtes Risiko zur Entwicklung psychischer Leiden nach dem Einsatz. Für,</p>

	<p>den Umständen entsprechend, möglichst angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen während des Einsatzes zu sorgen, wäre wichtig.</p> <p>Ein vernünftiges Arbeitspensum und Anerkennung für die Arbeit sollte garantiert werden. Das Fördern der Unterstützung durch ein soziales Netzwerk und Peergroups während und nach dem Einsatz ist wichtig.</p>
<p><i>Stärken und Schwächen der Studie</i></p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird ausführlich beschrieben und auch die Ergebnisse werden verständlich dargestellt. Aus den Resultaten werden logische Schlüsse abgeleitet. Erfasste Daten werden anhand von Tabellen grafisch und übersichtlich dargestellt. Die Limiten der Studie werden ausführlich beschrieben. Eine Limite bildet die geringe Antwortrate der angefragten NGO's. Weiter können die Autoren nicht mit Sicherheit davon ausgehen, dass die Teilnehmer den vorgegebenen Einschlusskriterien entsprachen, da die Fragebogen durch Trainer vor Ort ausgeteilt wurden. Die Zeitspanne von bis zu 3 bis 6 Monaten kann zu unterschiedlichen Resultaten der Teilnehmer führen und das Festlegen des von maximal 6 Monate ermöglicht keine Erfassung von Langzeitdaten. Der Nutzen der Resultate wird erklärt und Vorschläge für die Praxis werden diskutiert.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird im Einführungskapitel ausführlich beschrieben. Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung und Analyse der Daten verwendet. Nur ein kleiner Anteil der angefragten Organisationen hat jedoch an der Forschung teilgenommen und die Einhaltung der Einschlusskriterien für die Teilnehmer können nicht klar überprüft werden.</p>

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i></p> <p>1/1</p>	<p>Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur beschreiben. Die Ziele werden klar dargestellt und in den aktuellen Kontext der Forschung eingegliedert. Die zu untersuchende Population wird definiert.</p>
<p><i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i></p>	<p>Eine ausführliche Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt. Laut den Autoren bildet dies die erste Längsschnittstudie unter Teilnehmer eines humanitären Einsatzes. Diese Lücke im aktuellen Forschungsstand möchten die Autoren</p>

0.75/1	schliessen. Konzepte werden nicht ausführlich beschrieben.
Hypothesen, Forschungsfrage 1/1	Hypothesen werden in einem separaten Kapitel formuliert und basieren auf Resultaten vorhergehender Studien. Die Forschungsfrage wird in Form von Zielen klar definiert. Das psychische Leiden kann als abhängige Variabel und die unterschiedlichen Einflussfaktoren als unabhängige Variabel betrachtet werden.
Stichprobe 1/1	Die Auswahl der Stichprobe ist im Vergleich signifikant. Die Population ist der Forschungsfrage entsprechend gewählt und für das Design geeignet. Die Auswahl der Stichprobe erfolgt nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien und wird begründet.
Forschungsdesign 1/1	Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.
Interne Validität 1/1	Aufgrund der standardisierten Fragebogen können die Forschenden die Resultate nicht beeinflussen.
Externe Validität 1/1	Die Grösse der Stichprobe erlaubt eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Teilnehmer eines humanitären Einsatzes. Eine Powerberechnung wurde durchgeführt.
Methode 1/1	Die Datensammlung erfolgt anhand eines Fragebogens. Die Erhebung findet an drei Zeitpunkten statt. Die Fragen basieren auf standardisierten Erfassungsinstrumenten. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich.
Rechtliche-ethische Probleme 1/1	Das Studienprotokoll wurde vom CDC, U.S, geprüft und genehmigt. Schriftliche Zustimmung aller Teilnehmenden.
Instrumente 1/1	Erhebungs- und Analyseinstrumente werden beschrieben und auf deren Referenzliteratur wird verwiesen. Zwei Erhebungsinstrumente wurden von einem der Co-Autoren der Studie selbst entwickelt und Anpassungen dieser Instrumente wurden vorgenommen. Der Fragebogen besteht sowohl aus einem 7-Punkte und einer 5-Punkte Likert-Skala, als auch aus Fragen mit Auswahlantworten.
Reliabilität und Validität 1/1	Die Reliabilität und Validität der Instrumente wird nicht explizit erwähnt, es wird jedoch auf Literatur verwiesen. Grösstenteils handelt es sich um standardisierte Erfassungsinstrumente.
Datenanalyse 1/1	Datenanalyse der Fragebogen durch SPSS 17.0 und SAS 9.1; Vergleichsanalysen der Antworten durch Student's t-tests. Passende Regressionsanalysen wurden zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen beeinflussenden Faktoren und dem psychischen Leiden durchgeführt. Mögliche Veränderungen der Daten aufgrund der unterschiedlichen Erhebungs-Zeitpunkte wurden anhand Screening-tests erfasst. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind

	übersichtlich gestaltet und bilden eine Ergänzung zum Text.
Schlussfolgerung, Implikationen und Empfehlungen 0.75/1	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und nachvollziehbar. Die Erklärungen für unerwartete Ergebnisse erscheinen logisch. Als Limiten der Studie erwähnen die Autoren die geringe Antwortrate der angefragten NGO's. Weiter können die Autoren nicht mit Sicherheit davon ausgehen, dass die Teilnehmer den vorgegebenen Einschlusskriterien entsprachen. Die Zeitspanne von bis zu 3 bis 6 Monaten kann zu unterschiedlichen Resultaten der Teilnehmer führen und das Festlegen des von maximal 6 Monate ermöglicht keine Erfassung von Langzeitdaten. Empfehlungen für weitere Forschungen, welche die Resilienzfaktoren in die Erhebung miteinbeziehen, werden gegeben.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 1/1	Die Studie zeigt mehrere beeinflussende Faktoren für die Entwicklung eines psychischen Leidens nach einem humanitären Einsatz und bietet deshalb eine breite Auswahl an Interventionsfeldern zur Vorbeugung der psychischen Konsequenzen eines humanitären Einsatzes. Die Empfehlungen für die Praxis sind realistisch und umsetzbar.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 13.25 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Nishi, D., Koido, Y., Nakaya, N., Sone, T., Noguchi, H., Hamazaki, K., Hamazaki, T., Matsuoka, Y. (2012), USA</p> <p>Pertraumatic Distress, Watching Television, and Posttraumatic Stress Symptoms among Rescue Workers after the Great East Japan Earthquake</p> <p>PLoS ONE 7(4)</p>	
Forschungsfrage und Ziele	Ziel der Studie war die Prüfung der Voraussagekraft des PDI (Peritraumatic Distress Index) für die Entwicklung eines PTSD unter Einsatzteilnehmer eines DMAT (Disaster Medical Assistance Team). Einsatzgrund des DMAT: Great East Japan Erdbeben
Forschungsdesign	Quantitatives Design; prospektiv
Setting	Einsatz nach Naturkatastrophe; Erdbeben
Population	173 Einsatzteilnehmer eines DMAT, welche kurz nach Erdbeben im Einsatz waren (35 Ärzte (20.2%), 80 Pflegefachpersonen (46.2%), 58 Andere (33.5%)); Einschlusskriterien: 18 Jahre oder älter, beherrschen der japanischen Sprache, physisch und psychisch zu einer informierten Zustimmung in der Lage sein.
Ethik	Geprüft und angenommen durch das Ethikkomitee des National Disaster Medical Centers von Tachikawa, Japan; schriftlich informierte Zustimmung der Teilnehmer
Methode (Datenerhebung und -analyse)	<p>Datenerhebung erfolgt vier Monate nach Einsatz anhand standardisierter Fragebogen. Einbezug von Faktoren, welche in früheren Studien als Risikofaktoren in vergleichbaren Populationen zur Entwicklung eines PTSD identifiziert wurden als unabhängige Variablen (Dauer des Einsatzes, Stress vor Einsatz, Verletzung während Einsatz, Kinder retten während Einsatz, Konfrontation mit Leichen, mögliche Bestrahlung, verbrachte Zeit pro Tag mit fernsehen betreffend Ereignis). Messung des Einflusses der unabhängigen Variablen auf PDI und PTSD. Messinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PDI-Fragebogen mit 13-Items; 5-Punkte Likert Skala (0-4) zur Messung psychischen Leidens während und kurz nach traumatischem Ereignis - IES-R (Impact of Event Scale-Revised) Fragebogen mit 22-Items zur Erfassung der drei Hauptsymptome von PTSD (Wiedererleben, Vermeiden, Erregung) <p>Zur Erfassung des Zusammenhanges zwischen der Gesamtsumme des PDI und der individuellen PDI-Werte mit den posttraumatischen Stress Symptomen wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt.</p> <p>Eine passende Regressionsanalyse diente der Erfassung der</p>

	<p>Aussagekraft des PDI als Prädiktor für PTSD.</p> <p>Der Zusammenhang von PDI und den unabhängigen Variablen wurde anhand des Pearson Korrelationskoeffizient oder t-test oder Varianzanalyse durchgeführt.</p> <p>Der Einfluss der unabhängigen Variablen auf PTSD wurde durch Regressionsanalyse getestet.</p> <p>Alle festgestellten Zusammenhänge zwischen abhängiger Variabel (PTSD/PDI) und unabhängiger Variabel (Risikofaktoren) wurden durch Regressionskoeffizienten ausgedrückt und mit 95% Konfidenzintervall quantifiziert. Statistische Datenanalyse anhand SPSS v.19.0J; p-Grenzwert: $p < 0.05$</p>
<p><i>Ergebnisse</i></p>	<p>Demografische Daten der Teilnehmer werden anhand einer Tabelle dargestellt. Risikofaktoren, welche weniger als 5 Mal erwähnt wurden, wurden von der Regressionsanalyse ausgeschlossen. Ausgeschlossene Variablen waren: während Einsatz ein Kind retten, psychische Erkrankung vor Einsatz, selber verletzt werden. Die Datenauswertung zeigt folgende Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der PDI bildet in sich selbst ein unabhängiger Prädiktor für PTSD - Mehr als 4h pro Tag fernsehen (Nachrichten betreffend Ereignis) bildet ein Prädiktor für PTSD und führt zu erhöhten PDI Werten - Keine weiteren Zusammenhänge zwischen PDI und unabhängigen Variablen, konnten festgestellt werden; jedoch konnte ein Zusammenhang zwischen den meisten unabhängigen Variablen mit PTSD festgestellt werden. <p>Statistisch signifikant sind folgende Items des PDI mit einem Einfluss auf PTSD: sich hilflos fühlen ($p < 0.01$), sich traurig und schuldig fühlen ($p < 0.01$), frustriert und wütend, nicht mehr tun zu können ($p < 0.01$), Angst um die eigene Sicherheit ($p < 0.01$), Schuldgefühle, dass nicht mehr getan werden konnte ($p < 0.01$), sich für die eigene emotionale Reaktion schämen ($p < 0.01$), sich um die Sicherheit anderer sorgen ($p < 0.01$), den Eindruck haben, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zu verlieren ($p < 0.01$), Schrecken empfinden ($p < 0.01$), körperliche Reaktionen, wie Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, zeigen ($p < 0.01$), Gefühl, ohnmächtig zu werden ($p < 0.02$), Gefühl, sterben zu müssen ($p < 0.01$)</p>
<p><i>Diskussion</i></p>	<p>PDI kann bis zu vier Monate nach dem Ereignis ein Prädiktor für PTSD sein und bildet deshalb ein nützliches Screening Instrument für Einsatzhelfer mit PTSD-Risiko.</p> <p>Die Autoren vermuten, dass der Grund für den starken Prädikationswert der Variablen „sich für eigene emotionale Reaktion schämen“ und „Empfinden, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zu verlieren“ durch den Charakter der Helfer</p>

	<p>begründet ist. Einsatzhelfer, anders als die Opfer, gestehen sich selbst oft die emotionale Reaktion auf das traumatische Ereignis nicht zu.</p> <p>Implikationen für zukünftige Forschung & Praxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien zur Erfassung von PDI in sekundärem Trauma - Forschungen unter medizinischem Rettungspersonal zum Empfinden, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zu verlieren und dessen Auswirkung - Zeit vor Fernseher begrenzen, Einsatzteilnehmer auf den verstärkenden Effekt des TV-Konsums auf PTSD aufmerksam machen <p>Limiten der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiefe Antwortrate (1816 angefragte Personen, nur 173 Teilnehmer) → Einschränkung der Validität; mehr Teilnehmer könnten zu anderen Resultaten führen - Personen, welche psychisch wenig Belastung verspüren, haben möglicherweise wegen fehlender Motivation nicht an Studie teilgenommen - Hohe Ausfallrate hat evtl. zu tieferem PTSD Score geführt
<p><i>Stärken und Schwächen der Studie</i></p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird kurz erläutert und mit Verweis auf den aktuellen Forschungsstand begründet. Die Ergebnisse werden verständlich und ausführlich beschrieben. Logische Schlüsse werden daraus abgeleitet und Vorschläge für zukünftige Forschungen werden gemacht. Tabellen bilden eine nützliche Ergänzung zum Text. Limiten werden formuliert. Der Aufbau der Arbeit ist verständlich und klar nachvollziehbar.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden für die Datenerhebung verwendet. Die Validität und Reliabilität der Instrumente wurde überprüft und bestätigt. Die Population wird anhand von Ein-&Ausschlusskriterien definiert. Das Vorgehen wird verständlich beschrieben.</p>

<p>Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen</p>	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i></p>	<p>Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur beschrieben. Das Ziel der Studie wird klar formuliert und in den aktuellen Kontext der Forschung eingegliedert. Die zu untersuchende Population wird definiert.</p>

<i>1/1</i>	Der PDI Score bildet die unabhängige Variabel, das Risiko einer möglichen PTSD Entwicklung kann als abhängige Variabel betrachtet werden.
Literaturrecherche und theoretischer Bezugsrahmen <i>0.75/1</i>	Eine Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt. Die Autoren möchten mit der Studie die Voraussagekraft des PDI nach einem Erdbeben für das Risiko einer Entwicklung eine PTSD überprüfen und damit eine Lücke im aktuellen Forschungsstand schliessen. Konzepte werden nicht beschrieben.
Hypothesen, Forschungsfrage <i>1/1</i>	Die Forschungsfrage wird in Form von einem Ziel klar definiert. Hypothesen werden keine formuliert.
Stichprobe <i>1/1</i>	Die Population ist der Forschungsfrage entsprechend gewählt und für das Design geeignet. Die Auswahl der Stichprobe erfolgt nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Die Stichprobengrösse ist im Vergleich repräsentativ.
Forschungsdesign <i>1/1</i>	Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.
Interne Validität <i>1/1</i>	Datenerhebung erfolgt anhand standardisierter und selbstauszufüllender Fragebogen. Die Forscher können die Resultate deshalb nicht beeinflussen. Der PDI zeigt gemäss Literatur eine gute interne Konsistenz.
Externe Validität <i>0.75/1</i>	Die stark verminderte Antwortrate (173 von 1816) bildet laut den Autoren eine Einschränkung der Validität. Eine grössere Teilnehmeranzahl könnte zu anderen Resultaten geführt haben. Die Grösse der Stichprobe erlaubt jedoch in vergleichbarem Setting eine Übertragung der Ergebnisse auf andere Rettungshelfer.
Methode <i>1/1</i>	Die Datensammlung erfolgt anhand Fragebogen. Die Fragen basieren auf standardisierten Erfassungsinstrumenten und leiten sich von früheren Studien ab. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich.
Rechtliche-ethische Probleme <i>1/1</i>	Das Studienprotokoll wurde durch das Ethik-Komitee des NDMC von Tachikawa, Japan geprüft und angenommen. Eine schriftliche Zustimmung der Teilnehmer wurde verlangt.
Instrumente <i>1/1</i>	Erhebungs- und Analyseinstrumente werden beschrieben und auf deren Referenzliteratur wird verwiesen. Verwendung des PDI-Fragebogens als Messinstrument mit 13-Items und einer 5-Punkte Likert Skala, Erfassung der drei Hauptsymptome des PTSD anhand standardisiertem Fragebogen (IES-R) mit 22-Items. Einbezug von Fragen betreffend Risikofaktoren für PTSD, welche speziell in Katastrophensetting vorhanden sind. Identifikation

	dieser Risikofaktoren in früheren Studien.
Reliabilität und Validität 1/1	Die Reliabilität und Validität der Instrumente wird klar aufgezeigt. Die Verwendung des PDI wird durch dessen gute interne Konsistenz begründet. Prüfung anhand test-retest Reliabilität. Die Validität und Reliabilität des IES-R in japanischer Version wird bestätigt.
Datenanalyse 1/1	Datenanalyse anhand passender Regressionsanalyseinstrumente zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen PDI-Score und PTSD Symptomatik. Der Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Risikofaktoren und PDI wurde durch Pearson Korrelationskoeffizient, t-test und Varianzanalyse überprüft. Jeglicher Zusammenhang zwischen der unabhängigen und der abhängigen Variabel wurde durch den Regressionskoeffizienten ausgedrückt. Statistische Datenanalyse anhand SPSS v.19.0. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind übersichtlich gestaltet und bilden wichtige eine Ergänzung zum Text.
Schlussfolgerung Implikationen und Empfehlungen 1/1	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und nachvollziehbar. Die Erklärungen für Ergebnisse sind logisch. Implikationen für zukünftige Forschungen werden beschrieben. Als Limiten der Studie erwähnen die Autoren auch die geringe Antwortreaktion der angefragten Mitglieder des DMAT's. Weiter nehmen die Autoren an, dass Personen, welche psychisch nicht stark vom Ereignis betroffen sind, aufgrund fehlender Motivation möglicherweise nicht an der Studie teilgenommen haben. Auch könnte die hohe Ausfallrate evtl. zu tieferen PTSD Scores geführt haben.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 1/1	Die Studie zeigt, dass der PDI als Prädikationsinstrument für die Entwicklung eines möglichen PTSD bis zu vier Monate nach einem Erdbeben nützlich und aussagekräftig ist. Als gutes Assessmentinstrument für Rettungshelfer kann dieser deshalb in Zukunft in der Praxis verwendet werden.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 13.50 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

Saif Ali Musa & Abdalla A.R. M. Hamid (2008), Arabische Emirate	
Psychological problems among aid workers operating in Darfur	
Social Behaviour and Personality, 2008, 36 (6), 407-416	
Forschungsfrage und Ziele	<p>Ziel der Studie bildete die Identifikation psychischer Gesundheitsprobleme der Helfer humanitärer Organisationen in Darfur. Ein Zusammenhang zwischen Burnout und Arbeitszufriedenheit sollte aufgezeigt werden.</p> <p>Zu prüfende Hypothese: Aufgrund des schwierigen Arbeitsumfelds, zeigen die Helfer ein hohes Burnoutlevel und psychischen Stress auf.</p>
Design	Quantitatives Design
Setting	Humanitärer Einsatz in Opferlager in einer Kriegsregion
Stichprobe	53 Teilnehmer von 11 verschiedenen Hilfsorganisationen, welche in Darfur in Camps für Kriegsopfer tätig sind. 60% davon sind Sudanesen, 39,6% internationale Helfer.
Ethik	Mit der informierten Zustimmung der Helfer wird deren Einverständnis für die Teilnahme bei der Studie angenommen.
Methode (Datensammlung und -auswertung)	<p>Die Datenerhebung erfolgte anhand drei unterschiedlicher Fragebogen. 1) Professional Quality of Life Questionnaire (ProQOL) mit 30-items. Dieser misst die Faktoren Burnout, sekundärer traumatischer Stress und Arbeitszufriedenheit (compassion satisfaction). Eine Faktorenanalyse des ProQOL diente der Messung der Relevanz dieser Faktoren für die untersuchte Population.</p> <p>2) Relief Worker Burnout Questionnaire von Ehrenreich zum Burnout Screening der Helfer mit 13-items.</p> <p>3) General Health Questionnaire (GHQ) mit 28-items mit vier Unterkategorien: Angst, Depression, somatische Symptome und gestörter sozialer Interaktion welche der Messung nichtpsychotischer psychischer Störungen dienen sollen. Anhand einer 4-Punkte Likert Skala wurden die Daten eingeschätzt.</p>
Ergebnisse	<p>Zwei der drei Faktoren des ProQOL schienen zur Ergebnissinterpretation signifikant: Sekundärer traumatischer Stress und Compassion Satisfaction (Gefühl der Zufriedenheit mit der Arbeit). Der Faktor Burnout scheint es nicht zu sein.</p> <p>Ein niedriger Level des sekundären traumatischen Stresses wiesen 25% der Teilnehmer auf, weiter 25% erreichten eine hohe Wertung des sekundären traumatischen Stresses.</p> <p>Im Bereich der Compassion Satisfaction erfüllte ebenfalls ein Viertel eine tiefe Wertung und ein weiteres Viertel ein Score</p>

	<p>welcher auf hohe Zufriedenheit hinweist.</p> <p>Im Bereich des Burnouts vermerkten 63% einen Score von unter oder gleich 15, was auf eine gute Bewältigung von Stresssituation hinweist. Lediglich 21% hatten eine Wertung von 16-25 und die Restlichen 16% wiesen eine Wertung von über 25 auf, was ein mögliches Burnout bedeuten kann.</p> <p>Die Resultate des GHQ zeigten auf, dass 50% der Helfer unter dem Grenzpunkt 4 der Likertskala (persönliche Gesundheit eher negativ eingeschätzt) und die restlichen 50% darüber liegen.</p> <p>Bei einer Korrelationsanalyse konnte aufgezeigt werden, dass Burnout in einem positiven Zusammenhang mit einer generellen Erschöpfung und sekundärem posttraumatischem Stress steht, jedoch negativ korreliert mit Zufriedenheit zu sein scheint.</p> <p>Zufriedenheit wirkt sich vermindernd auf generelle Erschöpfung, Angst oder der Entwicklung einer gestörten sozialen Interaktion aus.</p> <p>Das Alter der Teilnehmer ist ebenfalls negativ korreliert mit Burnout und sekundärem posttraumatischem Stress. Je älter, desto weniger Burnout oder sekundärer traumatischer Stress wird erlebt.</p> <p>Frauen weisen ein höheres Burnoutisiko auf, als Männer. Ansonsten lassen sich keine geschlechterspezifische Unterschiede feststellen.</p> <p>Ein signifikanter Unterschied konnte zwischen sudanesischen und internationalen Helfern festgestellt werden. Sudanesische Helfer litten öfter an Burnout oder sekundärem posttraumatischem Stress als Internationale.</p> <p>Teilnehmer mit einer höheren Burnoutwertung wiesen stärkere Angstsymptome, somatische Gesundheitsprobleme, Erschöpfungsanzeichen oder eine stärker gestörte soziale Interaktion auf. Teilnehmer mit einem höheren GHQ-Score wiesen tendenziell auch eine höhere Burnoutwertung auf.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Die Autoren nehmen an, dass sich in Wirklichkeit mehr 25% einen hohen Level an sekundärem traumatischem Stress aufweisen. Sie stützen diese Hypothese auf die Tatsache, dass beim GHQ 50% der Helfer die Symptome eines nichtpsychotischen psychischen Leidens aufzeigen. Mögliche Gründe: stressiges Arbeitsumfeld, Konfrontation mit schwerwiegenden Problemen und Tendenz, dass oft ungeeignete Personen Helfer eines humanitären Einsatzes werden möchten.</p> <p>Die Resultate des Burnout-Scores lassen darauf schliessen, dass die Mehrheit der Teilnehmer in der Lage war, mit dem Arbeitsstress umzugehen (63%).</p>

	<p>Ein erhöhtes Burnout-Risiko besonders bei Frauen werden einerseits damit begründet, dass sich Frauen oft in mehreren Domänen beweisen müssen (Frau, Mutter, Angestellte) und andererseits auch meist mehr in Beziehungen zu anderen investieren, als Männer, weil sie gerne gefallen und dienen möchten.</p> <p>Die negative Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout konnte schon in früheren Forschungen aufgezeigt werden und begründet sich durch die Tatsache, dass diese Zufriedenheit mit der Arbeit ein Erschöpfungsrisiko vermindern kann.</p> <p>Der Einfluss des Alters erklären sich die Autoren durch die Vermutung, dass mit fortgeschrittenem Alter möglicherweise reifere und rationalere Entscheidungen während der Arbeit getroffen werden können.</p> <p>Als Erklärung für die erhöhte Vulnerabilität der nationalen sudanesischen Helfer erwähnen die Autoren die Tatsache, dass diese selbst Kriegsopfer seien und es so zu einer Kombination von primärem und sekundärem traumatischem Stress kommen kann.</p> <p>Helfer, welche wenig Zufriedenheit in ihrer Arbeit finden, könnten laut der Autoren eine Frustration bezüglich der Anfrage der Opfer, welche sich lediglich eine Stillung der Grundbedürfnisse (Wasser, Sicherheit, Nahrung) wünschen, empfinden. Eine andere Erklärung könnte die sein, dass die Helfer oft selbst an psychischen Problemen leiden, bevor sie an einem Einsatz teilnehmen, was deren Vulnerabilität erhöht.</p> <p>Wichtig erscheint den Autoren ein positives Arbeitsklima, eine gute Schulung der Teilnehmer, eine Einführung in die Kultur des Einsatzlandes und das Anbieten eines psychologischen Supportes während des Einsatzes. Die Autoren empfehlen die Gründung einer akademischen Ausbildung mit Spezialisierung in humanitärer Hilfe mit dem Fokus auf Edukation, Schulung und Forschung.</p>
<p><i>Stärken und Schwächen der Studie</i></p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird ausführlich und anhand von Referenzliteratur beschrieben. Verwendete Konzepte werden definiert und erklärt. Die Ergebnisse werden beschrieben und diskutiert sowie mit weiteren Studien verglichen. Aus den Resultaten werden logische Schlüsse abgeleitet. Limiten werden nicht genannt und auch Empfehlungen für weitere Forschungen fehlen. Der Nutzen für die Praxis sowie einige Vorschläge werden jedoch erwähnt.</p>

	<p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird im Einführungskapitel ausführlich beschrieben. Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung und Analyse der Daten verwendet. Referenzliteratur wird zum Vergleich der Resultate verwendet. Die zu untersuchende Population wird definiert. Jedoch werden keine Limiten der Studie aufgezeigt.</p>
--	---

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i></p> <p>1/1</p>	<p>Das Problem wird ausführlich und in Bezug auf aktuelle Literatur beschrieben. Auf dessen Relevanz wird hingewiesen. Der aktuelle Forschungsstand wird erklärt und die Ziele werden daraus abgeleitet. Die zu untersuchende Population wird klar definiert. Verschiedene mögliche Variablen und deren Einfluss auf Burnout und Arbeitszufriedenheit der Einsatzteilnehmer sollen in der Forschung untersucht werden.</p>
<p><i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i></p> <p>1/1</p>	<p>Eine ausführliche Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt, wobei sich die Autoren dabei sowie auf primäre, als auch auf sekundäre Quellen gestützt haben. Die Autoren möchten mit der Studie die aktuellen Kenntnisse ergänzen. Verwendete Konzepte werden ausführlich beschrieben und klar definiert.</p>
<p><i>Hypothesen Forschungsfrage</i></p> <p>1/1</p>	<p>Die Forschungsfrage wird im Rahmen einer Hypothese formuliert, basiert auf Resultaten vorhergehender Studien und stützt sich auf aktuelle Kenntnisse ab. Das Ziel der Studie wird definiert.</p>
<p><i>Stichprobe</i></p> <p>1/1</p>	<p>Die Auswahl der Stichprobe ist für den Vergleich in ähnlichem Setting signifikant. Die Population ist der Forschungsfrage entsprechend gewählt und für das Design geeignet. Die Auswahl der Stichprobe erfolgt nach Ein- und Ausschlusskriterien und wird beschrieben.</p>
<p><i>Forschungsdesign</i></p> <p>1/1</p>	<p>Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht eine Prüfung der Hypothese der Autoren. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.</p>
<p><i>Interne Validität</i></p> <p>1/1</p>	<p>Aufgrund der standardisierten Fragebogen können die Forschenden die Resultate nicht beeinflussen.</p>
<p><i>Externe Validität</i></p>	<p>Die Grösse der Stichprobe erlaubt eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Helfer, welche in einem Hilfslager für Opfer in einer</p>

<i>1/1</i>	Kriegsregion tätig sind.
Methoden <i>1/1</i>	Die Datensammlung erfolgt anhand drei unterschiedlicher, standardisierter Fragebogen. Die Teilnehmer wurden im Vorfeld über das Ziel und den Ablauf der Studie informiert. Die Erhebungssowie Analyseinstrumente sind standardisiert. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich.
Rechtliche-ethische Probleme <i>0.5/1</i>	Mit der informierten Zustimmung der Helfer wird deren Einverständnis für die Teilnahme bei der Studie angenommen.
Instrumente <i>1/1</i>	Die Erhebungsinstrumente sind standardisiert. Sie werden mit Verweis auf ihre Referenzliteratur beschrieben. Erstes Erfassungsinstrument bildet der ProQOL mit 30 Items. Eine weitere Erfassung wurde mit dem Relief Worker Burnout Questionnaire anhand 13 Items durchgeführt. Das dritte Erhebungsinstrument bildet der GHQ mit 28 Items mit einer 4-Punkte Likert-Skala.
Reliabilität und Validität <i>1/1</i>	Auf die Reliabilität und Validität wird insbesondere beim GHQ hingewiesen. Weitere Instrumente werden durch Hinweis auf Referenzliteratur in ihrer Wahl begründet.
Datenanalyse <i>1/1</i>	Eine Faktorenanalyse des ProQOL wurde durchgeführt und mit den Resultaten von Referenzliteratur verglichen. Der Relief Worker Burnout Questionnaire enthält eine mögliche Wertung von 0 bis 35, welche der Antwortanalyse dient. Eine Wertung von 0-15 lässt auf ein adäquates Coping mit Stresssituationen schliessen. 16-25 weist auf erhöhten Stress bei der Arbeit hin und 26-35 kann ein mögliches Burnout bedeuten. Die Analyse des GHQ basiert auf einer 4-Punkte Likert Skala (0,1,2,3) mit einem Grenzwert von 4 zur Identifikation einer nichtpsychotischen psychischen Erkrankung.
Schlussfolgerung, Implikationen und Empfehlungen <i>0.5/1</i>	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind klar und nachvollziehbar. Die Erklärungen für unerwartete Ergebnisse erscheinen logisch und werden durch die Abstützung auf weitere Literatur begründet. Die Limiten der Studie werden im Artikel durch die Autoren nicht erwähnt. Empfehlungen für weitere Forschungen werden nicht gemacht. Auf die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung im Bereich der humanitären Arbeit wird jedoch hingewiesen. Implementierungsmöglichkeiten für die Praxis werden formuliert.
Anwendung und Verwertung in der Praxis <i>0.75/1</i>	Die Studie liefert einige Erklärungen für die Entwicklung psychischer Leiden bei einem humanitären Einsatz in einem Kriegsgebiet. Diese werden anhand Referenzliteratur begründet. Mögliche Interventionsgebiete zur Vorbeugung psychischer Leiden können abgeleitet werden. Die Empfehlungen für die Praxis sind realistisch und umsetzbar, bleiben jedoch oberflächlich.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 12.75 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Soffer, Y., Wolf, J.J., Ben-Ezra, M. (2011), Israel</p> <p>Correlations between psychosocial factors and psychological trauma symptoms among rescue personnel</p> <p>Prehosp Disaster Med 2011; 26(3): 166 -169</p>	
<p>Forschungsfrage und Ziele</p>	<p>Ziel der Studie bildete das Erfassen der Zusammenhänge zwischen mehreren psychosozialen Variablen (social support, life satisfaction, self rated health, perciceved coping, positive affect, negaitve affect, meaningfluness, crisis of meaning) und darauffolgender posttraumatischer Reaktionen.</p> <p>Prüfung der Hypothese, dass ein tiefer Level der psychosozialen Variablen zu einem hohen Level von Dissoziation und PTSD führt.</p>
<p>Design</p>	<p>Quantitatives Design; Pilotstudie</p>
<p>Setting</p>	<p>Nothilfe und Entwicklungshilfe in Haiti</p>
<p>Stichprobe</p>	<p>20 israelische, humanitäre Rettungshelfer, welche in Haiti tätig waren und am 28. Januar 2010 vom Einsatz zurückgekehrt sind.</p>
<p>Ethik</p>	<p>Schriftliche, informierte Zustimmung durch die Teilnehmer.</p>
<p>Methode (Datensammlung und -auswertung)</p>	<p>Datenerhebung während einer Woche anhand eines Fragebogens. Erfragung der zu prüfenden psychosozialen Variablen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische Merkmale der Teilnehmer - Soziale Unterstützung: 1-Item von SF-36 Health Survey (Sind Sie zufrieden mit der Unterstützung, die Sie erhalten haben?); 5-Punkte-Likert Skala - Lebenszufriedenheit: 1-Item (Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Leben?); 4-Punkte-Likert Skala - Selbstevaluation der eigenen Gesundheit: 1-Item (Wie würden Sie Ihre Gesundheit einschätzen?); 4-Punkte-Likert Skala - Wahrgenommenes Coping: 1-Item (Wie gut, denken Sie, können sie mit von den Umständen gegeben Situationen umgehen?); 5-Punkte-Likert Skala - 12-Item Fragebogen zur Erfassung positiver und negativer Gefühle während des letzten Monates der Scale of Positive & Negative Experience (SPANE); 5-Punkte-Skala - Bedeutsamkeit oder Sinnkrise: erhoben anhand zweier Unterskalen des Sources of Meaning & Meaning in Life (SoMe); je 5-Items und 6-Punkte-Likert Skala <p>Erhebung der posttraumatischen Reaktionen ebenfalls anhand von Fragebogen.</p> <p>Peritraumatische Dissoziation: 6-Item Peritraumatic Dissoziative Experiences Quationnaire (self report version) mit 5-Punkte</p>

	<p>Skala zur Messung des Schweregrades</p> <p>PTSD-Symptomatik: 22-Item Impact of Event Scale – Revised (IES-R) mit 5-Punkte Skala zur Messung des Schweregrades; Unterteilung der Bereiche Aufdrängung, Vermeidung, Erregung.</p> <p>Verwendung von Person Korrelationskoeffizient zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen den psychosozialen Variablen und der posttraumatischen Reaktionen.</p> <p>Statistische Analyse mit SPSS V.16.0.</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Die Teilnehmer empfanden generell ein hohes Level an sozialer Unterstützung, Sinn in ihrer Arbeit, positive Gefühle und Lebenszufriedenheit. Sie schätzen ihre Gesundheit als gut ein und äusserten auch effektives Coping. Negative Gefühle oder Sinnkrisen wurden als eher selten eingeschätzt.</p> <p>Auch Dissoziative Symptome kamen in der betreffenden Population selten vor. Die PTSD-Symptome zeigten jedoch ein moderates Level.</p> <p>Statistisch relevante Zusammenhäng zwischen psychosozialen Variablen und psychotraumatischer Reaktionen bestanden zwischen geäusserten negativen Gefühlen, welche mit einer erhöhten dissoziativen und posttraumatischen Symptomatik in Verbindung steht, sowie der Sinnkrise, welche sich ebenfalls signifikant förderlich auf eine verstärkte dissoziative und posttraumatische Symptomatik auswirkt.</p>
<i>Diskussion</i>	<p>Die Möglichkeit besteht, dass negative Gefühle und Sinnkrisen bei den Einsatz Helfern durch die Arbeit mit den toten Körpern entstehen. Diese ist an sich schon ein Risikofaktor für dissoziative Symptome und PTSD.</p> <p>Die Studie zeigt, dass trotz einer hohen Resilienz, Lebenszufriedenheit und Sinnfindung in der Arbeit immer ein Risiko zur Entstehung psychotraumatischer Reaktionen besteht.</p> <p>Als Limiten der Studie äussern die Autoren die kleine Population sowie das Fehlen einer Vergleichsgruppe.</p>
<i>Stärken und Schwächen der Studie</i>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird kurz beschrieben und dessen Relevanz wird aufgezeigt. Die Ergebnisse werden nur oberflächlich dargestellt. Aus den Resultaten werden logische Schlüsse abgeleitet. Erfasste Daten werden anhand von Tabellen grafisch dargestellt. Die Limiten der Studie werden kurz erwähnt. Der Nutzen der Resultate wird formuliert.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird im Einführungskapitel</p>

	<p>kurz beschrieben. Der quantitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage zwar geeignet, jedoch erlaubt das verminderte Sample kein statistisch signifikantes Ergebnis. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung und Analyse der Daten verwendet. Einschlusskriterien für die Teilnehmer werden beschrieben. Es handelt sich bei der Forschung um eine Pilotstudie. Weitere Studien in diesem Forschungsbereich sind zur Ergänzung notwendig.</p>
--	---

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen	
<p><i>Darstellung des Problems und des Ziels</i> 1/1</p>	<p>Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur beschreiben. Die Ziele werden klar dargestellt und in den aktuellen Kontext der Forschung eingegliedert. Die zu untersuchende Population wird definiert. Die beeinflussenden Variablen auf die psychische Gesundheit von Einsatzteilnehmern werden klar definiert. Das Setting wird beschrieben.</p>
<p><i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i> 0.25/1</p>	<p>Eine Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt. Das Setting wird mit dem geschichtlich-politischen Hintergrund kurz erklärt. Laut den Autoren wurde zum Zeitpunkt der Studie noch keine Studie bei der beschriebenen Population durchgeführt, welche die Zusammenhänge zwischen mehreren psychosozialen Faktoren und posttraumatischen Reaktionen zu erfassen versucht. Diese Lücke im Forschungsstand möchten die Autoren schliessen. Konzepte werden nicht beschrieben.</p>
<p><i>Hypothesen, Forschungsfrage</i> 1/1</p>	<p>Die Forschungsfrage wird in Form eines Zieles klar formuliert. Prüfung der Hypothese, dass bei Rettungspersonen ein Zusammenhang zwischen einem tiefen Level der psychosozialen Faktoren und einem hohen Level von Dissoziation und PTSD besteht.</p> <p>Dissoziation und PTSD können als abhängige Variablen und die psychosozialen Faktoren als unabhängige Variablen betrachtet werden.</p>
<p><i>Stichprobe</i> 0/1</p>	<p>Die Auswahl der Stichprobe ist sehr klein und im Vergleich nicht signifikant. Auch für das Forschungsdesign ist sie nicht geeignet. Die Population ist jedoch der Forschungsfrage entsprechend gewählt und die Auswahl erfolgt nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien.</p>
<p><i>Forschungsdesign</i> 1/1</p>	<p>Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.</p>

Interne Validität 1/1	Aufgrund der standardisierten Fragebogen können die Forschenden die Resultate nicht beeinflussen.
Externe Validität 0.25/1	Aufgrund der kleinen Stichprobe ist eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Teilnehmer eines humanitären Einsatzes möglicherweise nur begrenzt möglich.
Methode 1/1	Die Datensammlung erfolgt anhand eines Fragebogens, welcher aus einzelner Frage standardisierter Erhebungsinstrumente durch die Autoren zusammengestellt wurde. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich.
Rechtliche-ethische Probleme 1/1	Eine schriftlich informierte Zustimmung aller Teilnehmenden wurde verlangt.
Instrumente 1/1	Die Fragen des Fragebogens wurden standardisierten Erfassungsinstrumenten entnommen. Auf deren Referenzliteratur wird verwiesen. Zur Erhebung der posttraumatischen Reaktionen und dissoziativen Symptomen werden ebenfalls standardisierte Assessmentinstrumente verwendet. Ausschliesslich Verwendung geschlossener Fragen mit 4- oder 5-Punkte Likert-Skala.
Reliabilität und Validität 1/1	Prüfung der Reliabilität und Validität anhand Cronbachs Alpha. Verweis auf Referenzliteratur der verwendeten Instrumente. Die Autoren verwenden standardisierte Erfassungsinstrumente.
Datenanalyse 1/1	Datenanalyse zur Erfassung der Interaktionen zwischen psychosozialen Faktoren und dissoziativen sowie posttraumatischen Symptomen anhand Person Korrelationskoeffizient. Analyse statistischer Daten des Fragebogens durch SPSS 16.0. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind übersichtlich gestaltet und bilden eine Ergänzung zum Text.
Schlussfolgerung, Implikationen und Empfehlungen 1/1	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind nachvollziehbar. Die Erklärungen für unerwartete Ergebnisse erscheinen logisch. Als Limiten der Studie erwähnen die Autoren die kleine Stichprobe und eine fehlende Vergleichsgruppe. Für weitere Forschungen empfehlen sie Längsschnittstudien mit grösseren Stichproben, um die Langzeitfolgen der psychosozialen Faktoren für die Population der Rettungshelfer aufzeigen zu können.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 0.5/1	Die Resultate der Studie zeigen, dass trotz einem erhöhten Risiko zu psychischen Folgen eines Einsatzes Rettungshelfer Zufriedenheit und Sinn in ihrer Arbeit finden können und sind somit für die Praxis relevant. Die Empfehlungen für die Praxis sind realistisch, jedoch lediglich oberflächlich.
Gesamtbewertung	Die Studie erreicht 11 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

<p>Stevens, G., Byrne, S., Raphael, B., Ollerton, R. (2008) Australia</p> <p>Disaster Medical Assistance Teams: What Psychosocial Support is Needed?</p> <p>Prehospital and Disaster Medicine 2008 ; 23(2) : 202-207</p>	
<p>Forschungsfrage und Ziele</p>	<p>Ziel der Studie bildete die Erfassung der psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse Australischer Disaster Medical Assistance Teams (DMAT). Von den geäußerten Bedürfnissen sollte auf konkrete Interventionen geschlossen werden können. Die Autoren wollten mit der Studie mehr Hintergrundinformationen für weitere Studien betreffend psychosozialer Unterstützungsmöglichkeiten und Rollenfunktionen liefern.</p> <p>Prüfung folgender Hypothesen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einsatzteilnehmer empfinden die aktuell gebotenen Unterstützungen der Sendeorganisation als eher bescheiden, die Abgabe schriftlicher Informationen zum Thema wird als nützlicher und unterstützender empfunden, als Stressmanagement-Schulungen oder Familienunterstützungs-programme 2. Teilnehmer fühlen sich durch Führungspersonen des DMAT, welche im Bereich der psychischen Unterstützung geschult sind, besser unterstützt, als durch Interventionen professioneller Fachpersonen der psychischen Gesundheit.
<p>Forschungsdesign</p>	<p>Quantitatives Design mit offenen Fragen zur Ergänzung</p>
<p>Setting</p>	<p>Einsatz in Naturkatastrophengebiet; Erhebung nach Rückkehr</p>
<p>Population</p>	<p>20 (34 angefragt) Mitglieder eines DMAT, welche in Banda Aceh, den Malediven, Java oder Sumatra zwischen Dezember 2004 und Juni 2006 tätig waren. Einschlusskriterien: Teilnahme an mindestens einem internationalen Einsatz eines DMAT, welcher unter der Leitung des Australian Helath Protection Comittee stattgefunden hat. Einsatz zum Zeitpunkt des Tsunami oder anschliessend.</p>
<p>Ethik</p>	<p>Erstellung des Fragebogens und Prüfung durch Australian Health Protection Comittee.</p>
<p>Methode (Datenerhebung & -analyse)</p>	<p>Entwicklung eines Fragebogens durch „The Science of Mental Health and Adversity Unit“ der „University of Western Sydney“ zur Erfassung der notwendigen psychischen Unterstützung von Rettungspersonal während internationalen Einsätzen. Erhebung anhand geschlossener und offener Fragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische Daten und Rolle der Sendeorganisation - Hauptstressoren und Bedürfnisse nach psychosozialer Unterstützung der Teammitglieder, des Teamleiters und der Angehörigen

	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellungen bezüglich professioneller psychischer Unterstützung des Teams und der Leiter - Bedürfnisse nach psychischer Unterstützung von der vom Ereignis betroffenen Bevölkerung <p>Verteilung des Fragebogens per Mail mit elektronischer Beantwortung.</p> <p>Statistische Datenanalyse der Ja/Nein Antworten: Berechnung der Konfidenzintervalle anhand von Chi-square Statistik (S-Plus 7.0).</p> <p>Durchführung einer Themen-Analyse bei offenen Fragen. Unter Beachtung der Prozentzahl wurde aufgrund der kleinen Stichprobe der Konfidenzintervall erhöht. Grenzwerte: 0-39% = wenig Unterstützung, 40-69% = mittelmässige, 70-100% = hohe Unterstützung</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Beantwortung von 20 Fragebogen: 14 Personen von Gesundheitspersonal, 3 Logistik, 2 mit Schulungs- & Administrationsaufgaben, 1 Public Health Spezialist.</p> <p>Erhebung unter den Teammitgliedern (n = 17):</p> <p>Gefährdete Sicherheit wurde von 15% als primärer Stressfaktor genannt. Hauptthema unter den Teammitgliedern bildeten die Unsicherheiten bezüglich des Einsatzes (unbekannte Region, Arbeitskonditionen). Vorgeschlagene Strategien zur Stressreduktion: vor Rückkehr gut informiert sein betreffend der Veränderungen, die im Heimatland stattgefunden haben (wichtige Familienergebnisse filmen), weniger innerhalb der Familie über Einsatz verhandeln, mehr mit der Familie kommunizieren, Teamleiter sollen technische Fähigkeiten beherrschen und schwierige Situationen antizipieren können, gute Zusammenarbeit im Team.</p> <p>Ein starkes Bedürfnis nach spezifischen Ratschlägen auch für die Angehörigen konnte identifiziert werden. Stark hilfreich zur Vorbeugung psychischer Konsequenzen erscheint die Durchführung von Gesundheitschecks sofort nach Rückkehr (86%), 2-4 Wochen nach der Rückkehr (79%), oder ein Monat später (90%).</p> <p>Eine Fachperson für psychische Gesundheit zur Unterstützung der Teammitglieder während des Einsatzes erscheint den Teammitgliedern selbst nur wenig nützlich (39%), jedoch empfinden sie die als unterstützend für die zu behandelnde Bevölkerung (77%).</p> <p>Erhebung unter den Angehörigen:</p> <p>Familien wünschen sich Briefings und schriftliche Informationen zu Einsatz. Vorbeugende Stressmanagement-Schulungen sehen sie als mittelmässig unterstützend (53%).</p>

	<p>Hauptthema für die Angehörigen bildet die Sicherheit ihres Familienmitglieds (höchster Stressor). Die Familien wünschen sich Ratschläge bezüglich möglicher psychischer Reaktionen ihres Angehörigen und wie sie damit umgehen können (90%), wie sie gezielt Problem identifizieren und Hilfe leisten können (75%) sowie Informationen bezüglich dem Erleben anderer Familien in ähnlichen Situationen (95%). Während des Einsatzes mit dem „normalen“ Arbeitsplatz des Abwesenden in Kontakt bleiben, bildet ein mittelmässiges Bedürfnis.</p> <p>Erhebung unter Teamleiter (n = 3):</p> <p>Zeigen Bedürfnis nach spezifischem Training betreffend Stressmanagement und Teamkonflikte (94%), Skills in Problemlöseverhalten /Verhandlung (88%), Gruppenprozesse (88%), Teambriefings leiten (100%), persönliches Stressmanagement (81%). 100% wünschen sich eine Kontaktpersonen, welche immer bei Fragen erreichbar ist. Eine Fachperson für psychische Gesundheit mit auf dem Einsatz scheint ihnen nützlich (79%). Gesundheitscheck für Teamleiter sofort nach dem Einsatz (100%), nach 2-4Wochen (83%) und mittelfristig (75%) können hilfreich sein.</p>
<p><i>Diskussion</i></p>	<p>Die Resultate bestätigen beide Hypothesen der Autoren. Ein stärkeres Bedürfnis nach Unterstützung anhand schriftlicher Informationen mit Checkfunktion konnte identifiziert werden. Ein spezifisches Training der DMAT Leiter in Stressmanagement Skills scheint erwünscht.</p> <p>Limiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobe → die Resultate sind mit Vorsicht zu interpretieren. - Grundhaltung der Population gegenüber Fachpersonen psychischer Gesundheit als mögliche Unterstützung ist allgemein eher negativ, was die Resultate beeinflusst haben könnte <p>Laut den Autoren sind die Resultate trotz der kleinen Stichprobe mit anderen Australischen DMAT's vergleichbar. Eine Nachfolgestudie mit grösserer Stichprobe ist in Planung.</p>
<p><i>Stärken und Schwächen der Studie</i></p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird erklärt. Die Ergebnisse werden in Textform beschrieben und mit Tabellen veranschaulicht. Einige Informationen bezüglich der Anzahl der Studienteilnehmer fehlen (Anzahl Angehörige), was die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Die Resultate werden jedoch ausführlich und klar verständlich beschrieben. Die Limiten der Studie werden erwähnt.</p>

	<p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Das zu untersuchende Problem und dessen Relevanz werden in Bezug auf aktuelle Forschungsliteratur beschrieben. Das verwendete Instrument wurde anhand einer Testpopulation überprüft. Die Studie ist logisch aufgebaut und nachvollziehbar. Der quantitative Ansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet, die Stichprobe ist jedoch für das gewählte Design zu klein.</p>
--	---

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005): Richtlinien für die Bewertung von quantitativen Forschungen	
<i>Darstellung des Problems und des Ziels</i> 1/1	Das Problem und dessen Relevanz werden im Verweis auf aktuelle Forschungsliteratur beschreiben. Das Ziel der Arbeit wird formuliert und zu prüfende Hypothesen werden aufgestellt. Die zu untersuchende Population wird definiert. Das Setting wird beschrieben.
<i>Literaturrecherche & theoretischer Bezugsrahmen</i> 1/1	Eine Literaturrecherche zur Ermittlung des aktuellen Forschungsstandes im gewünschten Themenbereich wurde durchgeführt. Das Setting wird definiert und verwendete Konzepte werden erklärt. Laut den Autoren wurde zum Zeitpunkt der Studie noch keine vergleichbare Studie unter Australischen DMAT's durchgeführt, welche sich mit den psychologischen Risiken eines Einsatzes beschäftigt. Diese Lücke im Forschungsstand möchten die Autoren schliessen.
<i>Hypothesen, Forschungsfrage</i> 1/1	Die Forschungsfrage wird in Form eines Zieles klar formuliert. Zwei Hypothesen sollen mit der Studie geprüft werden. Die notwendigen Unterstützungssysteme können als abhängige Variabel und die psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse als unabhängige Variabel betrachtet werden.
<i>Stichprobe</i> 0/1	Die Auswahl der Stichprobe ist sehr klein, im Vergleich nicht signifikant und für das Forschungsdesign nicht geeignet. Die Population ist jedoch der Forschungsfrage entsprechend gewählt und die Auswahl erfolgt nach klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien.
<i>Forschungsdesign</i> 1/1	Das quantitative Forschungsdesign ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Der Aufbau der Studie ist logisch und nachvollziehbar.
<i>Interne Validität</i> 0.75/1	Aufgrund der standardisierten Fragebogen können die Forschenden die Resultate nicht beeinflussen. Die elektronische Erhebung ermöglicht jedoch kein Nachfragen bei Unklarheiten.
<i>Externe Validität</i>	Aufgrund der kleinen Stichprobe Ist eine Übertragung der

0.5/1	Ergebnisse auf weitere Teilnehmer eines humanitären Einsatzes möglicherweise nur begrenzt möglich. Laut den Autoren sind die Resultate trotz der kleinen Stichprobe mit anderen Australischen DMAT's vergleichbar.
Methode 1/1	Die Datensammlung erfolgt anhand eines Fragebogens, welcher durch „The Science of Mental Health and Adversity Unit“ der University of Western Sydney erarbeitet wurde. Die Methoden der Datensammlung sind für alle Teilnehmenden gleich. Die Erhebung erfolgt elektronisch.
Rechtliche-ethische Probleme 0.25/1	Erstellung des Fragebogens und Prüfung durch Australian Health Protection Committee.
Instrumente 1/1	Die Fragen des Fragebogens wurden für die Studie durch die Universität Sydneys für die betroffene Population aufgestellt. Sie wurde dabei von Australischen Gesundheitsschutz Komitee unterstützt und koordiniert. Das Instrument wurde auf dessen Validität überprüft.
Reliabilität und Validität 0.75/1	Prüfung der Validität während eines Prüfungsprozesses mit erfahrenen Gesundheitspersonen, welche schon lange im Einsatz sind.
Datenanalyse 0.75/1	Statistische Datenanalyse der Ja/Nein Antworten: Berechnung der Konfidenzintervalle anhand von Chi-square Statistik (S-Plus 7.0). Durchführung einer Themen-Analyse bei offenen Fragen. Die tabellarischen Darstellungen der Resultate sind übersichtlich gestaltet, sind jedoch unvollständig (Anzahl der Teilnehmer teilweise unklar).
Schlussfolgerung, Implikationen und Empfehlungen 1/1	Die Schlussfolgerungen der Autoren sind nachvollziehbar. Die Erklärungen für unerwartete Ergebnisse erscheinen logisch. Die Limiten der Studie werden erwähnt. Eine weitere Forschung mit grösserer Stichprobe ist geplant. Implikationen für die Praxis werden beschrieben.
Anwendung und Verwertung in der Praxis 0.75/1	Die Studie zeigt klar, welche Art von Unterstützungssystemen durch die Teammitglieder, Teamleiter und deren Angehörige erwünscht ist. Sie ermöglicht so eine Grundlage für die Entwicklung dieser Systeme und ist für die Praxis relevant. Aufgrund der kleinen Stichprobe sind die Resultate jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.
Gesamtwertung	Die Studie erreicht 10.75 Punkte von 14 und wird somit in die Literaturrecherche einbezogen.

Tabelle 5: Zusammenfassungen und Beurteilungen der quantitativen Studien

Qualitative Forschungen

<p>Bjerneld, M., Lindmark, G., Diskett, P., Garret, M.J.(2004) Sweden</p> <p>Perceptions of Work in Humanitarian Assistance: Interviews With Returning Swedish Health Professionals</p> <p>Disaster management & Response, 2004; 2: 101 - 108</p>	
<p>Forschungsfrage und Ziele</p>	<p>Ziel der zugrundeliegenden Studie bildete das Erfassen der Bedürfnisse des Gesundheitspersonals, welches an einem Notfall- & Entwicklungshilfe-Einsatz teilnimmt, in den Bereichen der Vorbereitung auf den Einsatz und des Trainings.</p> <p>Die Autoren der Studie verwenden Interview-Transkriptionen einer Erhebung des „Swedish National Board of Health“ aus dem Jahre 2001 zur Durchführung einer qualitativen Analyse.</p>
<p>Design</p>	<p>Qualitatives Design</p>
<p>Setting</p>	<p>Humanitäre Einsätze in Kriegs- / Nachkriegssettings; meist Flüchtlingslager in Entwicklungsländer</p>
<p>Stichprobe</p>	<p>Gesundheitspersonal, welches in den vorgegangenen 12 Monaten an mindestens einem humanitären Einsatz teilgenommen hat. Anfrage durch Personalverantwortliche von grösseren NGO's von Schweden; 15 Pflegefachfrauen und 5 Ärzte; Dauer der Einsätze von 6 Wochen bis zu 2 Jahren; Leitung der Einsätze durch 15 verschiedene Organisationen (schwedische und internationale); Mehrheit der Teilnehmer hatte Training durch IMCH (International Maternal and Child Health) vor ihrer ersten Mission, andere erhielten einen Trainingskurs auf dem Feld.</p>
<p>Ethik</p>	<p>Freiwillige Teilnahme. Autoren verweisen auf Originalbericht in Schwedisch: <i>Bjerneld M, Person M. Utbildning av hälsopersonal inför arbete i laginkomstländer. Rapport till Socialstyrelsen, 2001. Uppsala: Sweden: IMCH, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University.</i></p>
<p>Methode (Datensammlung und -auswertung)</p>	<p>Datenerhebung durch telefonisch oder direkt durchgeführte halbstrukturierte Interviews. Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie nahmen die Teilnehmer ihre Rollenausübung wahr? • Wie waren sie auf ihre Arbeit vorbereitet? • Welches Wissen fehlte ihnen? • Welchen Einfluss hatten die Situationen, die sie auf dem Einsatz antrafen, auf ihre Leistung? • Was möchten sie ihren Kollegen bezüglich der Freiwilligenarbeit weitergeben? <p>Datenauswertung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse. Die Interviews wurden transkribiert, zusammengefasst und kodiert.</p>

	<p>Kategorien wurden gebildet und basierend auf der Codierung wurden Hauptthemen formuliert.</p> <p>Die Analyse wurde von zwei Autoren unabhängig voneinander durchgeführt, anschliessend diskutiert und angepasst.</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Identifikation von sechs Hauptthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Positive Gefühle</i>: Die Arbeit wurde als interessant, zufriedenstellend und als gute Lernsituation beschrieben 2. <i>Frustration & Stress</i>: Aufgrund fehlender Sicherheit im Setting; starke Arbeits- & körperliche Belastung; Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit lokalen Helfern (unqualifiziert, fehlen); Team lebt und arbeitet zusammen; Kommunikation sehr schwierig, da unbekannte Sprache; Isolationsgefühle (Abgeschnitten-Sein vom Rest der Welt); Arbeit teilweise schlecht geplant, unangepasst, sinnlos, überschwemmend und unkontrollierbar; fremde Kultur, oft mit Geschlechterdiskriminierung 3. <i>Unerwartete/unvorbereitete Aufgaben</i>: Verantwortungen übernehmen zu müssen, mit welchen man nicht gerechnet hat/ nicht darauf vorbereitet ist (Manager, Lehrfunktion) 4. <i>Gefühle und Wahrnehmungen über „andere“</i>: Kollegen sind zwar auf Papier gut qualifiziert, können jedoch nicht mit Kriegssituation umgehen; lokale Helfer verfolgen andere Ziele als Internationale; Gefühl fehlender Dankbarkeit der Bevölkerung; Unterschiede zwischen verschiedenen Organisationen 5. <i>Faktoren betreffen Erfolg während Einsatz</i>: wichtig scheint professionelles Training und mehrere Jahre Erfahrung im Beruf vor Einsatz, sowie spezifisches Wissen über Krankheiten, mit welchen man auf dem Feld konfrontiert wird; von Management und Führungsaufgaben während dem Einsatz profitieren lernen und eigenes Wissen über Politik, Entwicklung und Kultur erweitern; neue Kompetenzen im Bereich der Sprachen entwickeln; Reisen können; sich über NGO und Arbeit informieren ist wichtig für Erfolg während dem Einsatz; fördern der Fähigkeit, mit unvorbereiteten Situationen umgehen zu können 6. <i>Rolle der Sendeorganisation</i>: Einsatzplanung; Auswahl und Vorbereitung; Unterstützung während Einsatz; Debriefing nach Rückkehr; Zur Verfügung-Stellen von Literatur und Guidelines; Teamzusammenstellung: Unerfahrene mit Erfahrenen zusammenarbeiten lassen; Länge des Einsatzes; Gute Führungspolitik und Sicherheitschecks auf dem Feld
<i>Diskussion</i>	<p>Resultate zeigen mehrere verschiedene Faktoren, welche die Arbeit während des Einsatzes positiv oder negativ beeinflussen können. Wichtig scheint eine Beachtung aller Faktoren, sich nicht nur auf ein Thema/ein Problem fokussieren.</p> <p>Die Sendeorganisationen haben einen grossen Einfluss auf die</p>

	<p>Qualität des Einsatzes und spielen eine wichtige Rolle bei der Auswahl der Teilnehmer, der Planung und Unterstützung auf dem Feld. Das Gesundheitspersonal muss jedoch auch selbständig Verantwortung übernehmen und Erfahrungen sammeln.</p> <p>Implikationen für zukünftige Forschung: Weitere Studien im Bereich der Motivation für den Einsatz, dabei klare Differenzierung von Notfall- & Entwicklungshilfe.</p> <p>Die Autoren stellen fest, dass die Einsatzhelfer heute eine andere Rolle haben als früher. Oft übernehmen diese Managementfunktionen. Die Vorbereitungskurse wurden dem jedoch nicht angepasst.</p>
<p>Stärken und Schwächen der Studie</p>	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird ausführlich beschrieben und dessen Relevanz wird aufgezeigt. Die Ergebnisse werden klar und übersichtlich dargestellt. Aus den Resultaten werden logische Schlüsse abgeleitet. Die Limiten der Studie werden nicht erwähnt. Die Implikationen der Resultate für die Praxis werden formuliert, sind logisch und nachvollziehbar.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird beschrieben und auf Referenzliteratur wird verwiesen. Der qualitative Forschungsansatz ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Die Analyse der Daten erfolgt anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse. Einschlusskriterien für die Teilnehmer werden beschrieben. Die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit der Studie werden im Diskussionskapitel argumentiert. Jedoch verwenden die Autoren Daten einer vorhergehenden Studie. Möglicherweise könnte die Zeitdauer (drei Jahre) zwischen den Studien die Aussagekraft der Ergebnisse verändert haben</p>

<p>Kritische Beurteilung nach Behrens, J., & Langer, G. (2010): Beurteilung einer qualitativen Forschung</p>	
<p>Quelle: Bjerneld, M. et al.(2004). Perceptions of Work in Humanitarian Assistance: Interviews With Returning Swedish Health Professionals. <i>Disaster management & Response 2 (4)</i>, 101 – 108.</p> <p>Forschungsfrage: Erfassen der Bedürfnisse des Gesundheitspersonals, welches an einem Notfall- & Entwicklungshilfe-Einsatz teilnimmt, bezüglich der Vorbereitung auf den Einsatz und des Trainings</p>	
	<p>Glaubwürdigkeit</p>
<p>1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?</p>	<p>Das Forschungsthema wird im Einführungskapitel ausführlich diskutiert und dessen Relevanz für die Praxis wird aufgezeigt. Die</p>

1/1	Forschungsfrage wird in Form eines Zieles klar definiert.
2. <i>Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?</i> 0/1	Das gewählte qualitative Design wird in der Studie nicht explizit erwähnt, da sich diese auf die Originalstudie stützt. Auf diese wird jedoch in der Referenz verwiesen.
3. <i>Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?</i> 1/1	Zur Beschreibung der Problematik wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Studie stützt sich auf eine vorhergehende Studie, welche unter anderem eine Literaturreview zum aktuellen Forschungsstand und Besuche bei mehreren NGO's in England und Schweden beinhaltet.
4. <i>Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?</i> 1/1	Auswahl der Teilnehmer durch Personalchefs grösserer NGO's von Schweden. Anfrage an Gesundheitspersonal, welches an mindestens einem humanitären Einsatz teilgenommen hat und dessen letzten Einsatz höchstens ein Jahr her ist. Die Population ist passend der Forschungsfrage gewählt und unterstützt die Glaubwürdigkeit der Studie.
5. <i>Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?</i> 1/1	Die Teilnehmer und deren Umfeld werden in einem separaten Kapitel beschreiben. Die berufliche Funktion der Forscher wird kurz erwähnt, deren Sichtweise bezüglich des Themas wird stellenweise erläutert.
6. <i>Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?</i> 1/1	Die Datenerhebung wurde mittels halbstrukturierter Interviews durchgeführt. Diese fanden entweder per Telefon statt oder während eines persönlichen Treffens. Die Interviews dauerten je ungefähr eine Stunde. Die Datensammlung wird erklärt.
7. <i>Wie erfolgte die Analyse der Daten?</i> 1/1	Datenanalyse anhand qualitativer Inhaltsanalyse. Transkription, Zusammenfassung und Codierung der Interviews mit Kategorienbildung. Definition von Hauptthemen durch die Autoren. Die Analyse wurde von zwei Autoren unabhängig voneinander durchgeführt, anschliessend diskutiert und angepasst.
8. <i>Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?</i> 0/1	Das Erreichen einer Datensättigung ist anzunehmen, wird jedoch im Text nicht klar ersichtlich.
	Aussagekraft
9. <i>Sind die Ergebnisse</i>	Der Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen wird beschrieben, jedoch nicht detailliert. Die Ergebnisse

<i>ausführlich und nachvollziehbar?</i> 0.5/1	werden jedoch ausführlich erläutert und mit Zitaten der Teilnehmer unterstrichen.
<i>10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?</i> 0.5/1	Die Inhaltsanalyse wurde vom letzten Autor unabhängig von den anderen zusätzlich durchgeführt. Die Ergebnisse wurden verglichen, diskutiert und angepasst. Validierung der Resultate durch die Teilnehmer ist nicht ersichtlich.
	Anwendbarkeit
<i>11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?</i> 1/1	Die Ergebnisse der Studie zeigen mehrere Faktoren auf, welche sich positiv oder negativ auf den humanitären Einsatz auswirken können. Sie helfen, die Bedürfnisse der Teilnehmer besser zu verstehen und erfassen zu können.
<i>12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?</i> 1/1	Konkrete Implikationen für die Praxis werden beschrieben. Diese sind logisch und anwendbar.
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung)</i>	Erreichte Punktezahl: 9 Punkte von 12 Benotung der Glaubwürdigkeit: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Tabelle 6: Zusammenfassung und Beurteilung der qualitativen Studie

Mixed Methods

<p>Lim, A.G., Stock, L., Shwe Oo, E.K., Jutte, D.P. (2013) California</p> <p>Trauma and mental health of medics in eastern Myanmar's conflict zones: a cross-sectional and mixed methods investigation</p> <p>Conflict and Health, 2013, 7:15</p>	
<i>Forschungsfrage und Ziele</i>	Die Studie wollte die lokalen Vorstellungen von psychischem Leiden in einer Bevölkerung von Gesundheitspersonal, welche im östlichen Myanmar von Dorf zu Dorf zieht, erfassen, sowie deren Stresserlebnisse identifizieren. Ziel der Autoren war, umfassender über diese Thema informieren zu können.
<i>Design</i>	Mixed Methods; Querschnittstudie
<i>Setting</i>	Mobile Gesundheitsstationen für Bevölkerung in Kriegsregion; Erhebung während eines Schulungsprogrammes
<i>Stichprobe</i>	74 Medics; Medics = Population von Bürgern, welche durch öffentliche Gesundheitsorganisationen geschult werden und verantwortlich für einfache medizinische Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsberatung sind. Einschlusskriterien: mehr als ein Jahr Einsatzerfahrung; Teilnahme an Schulungsprogramm.
<i>Ethik</i>	Geprüft und angenommen durch die "University of California, Berkeley Committee of the Protection of Human Subjects". Informierte Zustimmung der Teilnehmer. Die Studie wurde durch Verantwortliche für die Schulungen der Medics unterstützt.
<i>Methode (Datensammlung und -auswertung)</i>	<p>Datenerfassung während drei Schulungskursen für Medics zwischen Juli 2010 und Juli 2011. Kombination von quantitativem Messungsinstrument und qualitativen offenen Interviewfragen zur Erhebung der Daten. Eine Kombination folgender Messinstrumente wurde zur quantitativen Erfassung verwendet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic checklist for civilians (PCL-C) mit einer 5-Punkte Likert Skala - 12-Question General Health Questionnaire (GHQ-12) zur Erkennung nicht-spezifischer Symptome psychiatrischer Störungen (Angst & Depression); 4-Punkte Antwortskala (0-3 / 0-0-1-1) <p>Die Fragebogen wurden von allen Teilnehmern von zwei Schulungen ausgefüllt. Instrumente wurden in Skaw Karen (Landessprache) übersetzt; eine Rückübersetzung zur Kontrolle hat stattgefunden. Die Instrumente wurden in Thailand an einer vergleichbaren Population getestet.</p> <p>Qualitative Erhebung anhand von halb-strukturierten Interviews. 30</p>

	<p>Interviews (27 mit Übersetzer) wurden durchgeführt und transkribiert. Ziele der Interviews:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erfassung der lokalen Vorstellungen von psychischem Leiden, dessen Bedeutung in der Burmesischen und Karischen Kultur sowie die Beschreibung der emotionalen & physiologischen Äusserung des psychischen Leidens 2. Einfluss der traumatische Ereignisse auf das Wohlbefinden der Medics und Erfassung von Herausforderungen, mit welchen diese konfrontiert werden 3. Beispiele von Copingmechanismen erhalten und erfassen, welche davon verwendet werden, um mit Stressoren umgehen zu können 4. Diskussion von Motivation, Ziel und weiteren Faktoren, welche zur Resilienz hilfreich sind. <p>Analyse der Quantitativen Daten durch Stata SE v10; Bildung von Durchschnitt, Median und Standardabweichung. Separate Analyse der Daten der Medics mit zwei Jahre oder mehr Einsatzerfahrung. Erfassung der Zusammenhänge zwischen den Daten anhand von Pearson's r-correlations.</p> <p>Analyse der qualitativen Daten basierend auf der Grounded Theory: Bildung von neuen Theorien, welche in Form von Hypothesen in späteren Forschungen geprüft werden können. Eine deskriptive Kodierung durch HyperRESEARCH v2.6. ergab 677 Kode, welche in 54 Kategorien eingeteilt wurden. Anschliessende Bildung von 8 Kategorienfamilien, welche die Basis der analytischen Memos bildeten.</p>
<i>Ergebnisse</i>	<p>Demografische Daten der Teilnehmer werden anhand einer Tabelle dargestellt. Quantitative Resultate: Pearson's r-Correlation zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen PCL-C Werten und GHQ-12 auf. Qualitative Resultate:</p> <p>Lokale Vorstellungen von psychischem Leiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress charakterisiert sich durch Herzklopfen, müdes Herz, Unfähigkeit zu Essen; Appetitlosigkeit, Zittern, Schlaflosigkeit, antisoziales Verhalten, Ängstlichkeit, Schweregefühl im Kopf, sich selbst nicht mehr verstehen und zu viel Nachdenken - Angst äussert sich durch das Gefühl zu fallen, Unfähigkeit zu stehen, Herzklopfen und Kurzatmung - Depression wird als langfristige Erkrankung angesehen, Zittern, Appetitlosigkeit, zu viel Schlaf, soziale Isolation und Gefühle der Sinnlosigkeit - Psychisches Trauma resultiert aus einer physischen oder verbalen Verletzung; teilweise assoziiert mit Geschichten über Attacken im Heimatdorf, kann bei Lärm verstärkt werden, Wiedererleben traumatischer Ereignisse, persistierende Gedanken an den Tod und Albträume sind

	<p>Anzeichen; mögliche Folgen: Kontrolle über Gedanken verlieren oder Unfähigkeit, Realität von Träumen/Vorstellungen zu unterscheiden</p> <p>Arbeitsbezogene Stressauslöser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gefühl der Unfähigkeit, fehlendes Vertrauen in sich selbst; Gefühl, nicht mit komplexen medizinischen Situationen umgehen zu können; die Erwartungen des Patienten nicht erfüllen können - Fehlende medizinische Ressourcen - Transportbarrieren (Wetter, schlechte/keine Strassen) - Zu wenig Personal - Compliance, Vertrauen und Erwartungen der Bevölkerung; Ruf der Medics; Beziehung von Medics zu Patienten - Meinung der Anderen; eigene Position als Gesundheitsperson legitimieren; starke Belastung durch Situationen, in welchen die Medics den Patienten nicht helfen können <p>Persönlich / familienbezogene Stressauslöser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz oft weit weg von Familie, Kontakt nur selten; Angst um Sicherheit der Familie; Geld wird der Familie zugeschickt, jedoch Angst, dass dieses nicht ankommt - Angst vor Attacken, da Arbeit oft in instabilen Gebieten; meist Attacken während Patiententransporte durch Dschungel; Verlust eigener Arbeitskollegen durch Landminen und Angriffe; Frustration, Patienten zurücklassen zu müssen, um zu fliehen; Kliniken sind oft auch Ziele der Angriffe - Traumatische Ereignisse in der Kindheit durch Deportierungen aus Heimatdorf; Familienmitglieder sterben sehen; Wiedererleben der Ereignisse, weil sie durch Patienten an Situation erinnert werden <p>Stressmanagement der Medics:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peergroup: starke Mentor-Beziehungen zwischen unerfahrenen und erfahrenen Medics; vier Personen äusserten jedoch wenig Kommunikation und wenig emotionale Unterstützung innerhalb des Teams mit Gefühl der Isolation, Schwierigkeiten im Umgang mit Stress und schwaches Selbstvertrauen - Copingmechanismen: Sich Freunden und Familie anvertrauen; Gruppenaktivitäten (Sport, Singen); Einzelaktivitäten (Meditieren, Schwimmen); Religion (Gebet, Gemeinschaft); 2 Personen äusserten Alkohol und Substanzmissbrauch als Copingmechanismus - Ziele & Motivationen: erfolgreich einen Patienten pflegen; Gefühl, gebraucht zu werden; Familie ermutigt, die Arbeit weiter zu machen; medizinische Fertigkeiten verbessern und Führungsposition in Organisation übernehmen zu können
--	---

<p><i>Diskussion</i></p>	<p>Die quantitative Erhebung zeigt einen relativ tiefen PTSD Score mit tiefer Angst- und Depressionssymptomatik auf, was im Gegensatz zu den qualitativen Ergebnissen steht. Mögliche Erklärungen der Autoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Resilienz der Teilnehmer - Teilnehmer erhalten Respekt und Anerkennung von Bevölkerung - Bei fehlender familiärer Unterstützung Peer Support vorhanden - Arbeit mit Patienten, welche ähnliche traumatische Situationen erlebt haben → evtl. therapeutisch protektiver Effekt (hilft der Verarbeitung eigener Erfahrungen) <p>Limiten der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Messinstrumente ermöglichen die Erfassung kulturbedingter Merkmale für psychisches Leiden nicht, was zu tieferen Scores geführt haben könnte - Messinstrumente waren schriftlich auszufüllen. Beschreibung psychischer Leiden schriftlich evtl. schwieriger als mündlich - Interviews wurden nach dem Ausfüllen der Fragebogen durchgeführt, was die Antworten beeinflusst haben könnte - Erfassung von PTSD war evtl. zum Erhebungszeitpunkt nicht angebracht, da die Medics noch im Einsatz sind → Kein „post“ - Messinstrumente sind für die Population der Karen nicht validiert - Keine randomisierte Auswahl der Teilnehmer hat stattgefunden; eher kleines Sample (74) mit eingeschränkter Evidenzkraft - Medics nahmen alle an Schulungsprogramm teil, waren deshalb evtl. motiviert, Karriere in diesem Bereich zu machen - Interviews wurden nicht am Einsatzort selbst durchgeführt → möglicherweise schon emotionale Distanz der Teilnehmer - Übersetzungsfehler Karen - Englisch möglich <p>Implikationen für die Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förderung des Wohlbefindens der Medics & Peer Groups - Schulungen zur Entwicklung psychischer Gesundheit und Peer-Unterstützung - Psychiater/Seelsorger sollte sich dem Einfluss der Bevölkerung auf das Befinden der Medics bewusst sein - Gefühle der Unfähigkeit in Gesprächen diskutieren - Identifikation ungesunder Copingstrategien - Interviews könnten Beweise für das Aufzeigen von Gesetzübertretungen (Angriffe auf Kliniken) bilden; als Basis für Argumentationen von Menschenrechtsorganisationen <p>Zukünftige Forschung unter gleicher Population, jedoch mit einer</p>
--------------------------	--

	grösseren Stichprobe wird empfohlen. Auch sollten Forschungen zur Erfassung von Substanzmissbrauch als Copingstrategie durchgeführt werden. Das Erfassen der Rolle von kulturellen und religiösen Faktoren im Bereich des psychischen Leidens wäre zukünftig auch nützlich. Die standardisierten Erfassungsinstrumente sollten in weiteren Forschungen kulturell angepasst werden.
Stärken und Schwächen der Studie	<p><i>Inhaltliche Aspekte</i></p> <p>Das Problem wird definiert und die Methodik wird begründet. Aus den Resultaten werden logische Schlüsse abgeleitet. Erfasste Daten werden anhand von Tabellen grafisch und übersichtlich dargestellt. Die Limiten der Studie werden ausführlich beschrieben. Der Nutzen der Resultate wird erklärt und Vorschläge für die Praxis sowie für zukünftige Forschungen werden diskutiert.</p> <p><i>Methodische Aspekte</i></p> <p>Die Relevanz der Forschungsfrage wird beschrieben und die Autoren versuchen, mit der Studie eine Forschungslücke zu schliessen, da die Studie laut den Autoren die erste Studie mit Fokus auf die das psychische Erleben und die Copingstrategien der Medics in Myanmar bildet. Der Forschungsansatz wird argumentiert und ist für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Standardisierte Messinstrumente werden zur Erfassung und Analyse der Daten verwendet.</p>

<p>Beurteilung einer Mixed Methods Studie - <i>Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)</i> <i>Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). McGill University, Canada</i></p>	
Screening questions (for all trials)	<p><i>Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)? Ja</i></p> <hr/> <p><i>Do the collected data allow address the research question (objective)? Ja</i></p>
Qualitative	<p><i>Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question? Ja</i></p> <hr/> <p><i>Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? Ja</i></p> <hr/> <p><i>Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected? Ja</i></p> <hr/> <p><i>Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers’ influence,</i></p>

	<i>e.g., through their interactions with participants?</i> Nein
Quantitative RCT	Keine Randomisierung der Stichprobe
Quantitative non randomized	<p><i>Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias?</i> Ja, Erhebung lediglich während Schulungen</p> <hr/> <p><i>Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?</i> Ja, Verwendung standardisierter Instrumente</p> <hr/> <p><i>In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?</i> Vergleichsgruppe mit ähnlicher Ausbildung zur Überprüfung der Validität des Instrumentes; Teilnehmer sind vergleichbar (unklar)</p> <hr/> <p><i>Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?</i> Ja, alle angefragten Mitglieder haben an der Studie teilgenommen</p>
Mixed Methods	<p><i>Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?</i> Ja</p> <hr/> <p><i>Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)?</i> Ja</p> <hr/> <p><i>Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?</i> Ja</p>

Grounded theory	<i>Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?</i> Ja, die Auswahl der Teilnehmer ist klar und relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage.
<i>Generation of theory from data in the process of conducting research (data collection occurs)</i>	<i>Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?</i> Ja, die Methode der Datensammlung wird klar und verständlich erklärt.

<p>first)</p>	<p><i>Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?</i> Ja, die Autoren beschreiben das Setting und versuchen anhand der qualitativen Fragen, das kultruelle Verständnis des psychischen Leidens zu erfassen.</p> <hr/> <p><i>Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?</i> Nein, die Perspektive der Autoren sowie deren Rolle und Interaktion mit den Teilnehmern der Studie wird nicht beschreiben. In einem separaten Abschnitt wird ihre Ausbildung und ihr Beruf erwähnt.</p>
<p>Cross-sectional analytic study</p> <p><i>At one particular time, the relationship between health-related characteristics</i></p> <p><i>(outcome) and other factors (intervention/exposure) is examined.</i></p>	<p><i>Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias?</i> Nein, die Studie zeigt eher eine kleine Stichprobe für die Population.</p> <hr/> <p><i>Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?</i> Ja, die Autoren verwendeten standardisierte Messinstrumente; in anderen Kulturen ist die Validität der Instrumente bestätigt. Variablen werden klar beschreiben und die Fragen dienen der Beantwortung der Forschungsfrage</p> <hr/> <p><i>In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?</i> Die Kontrollgruppe weist eine vergleichbare Ausbildung wie die Teilnehmer auf; sie wird jedoch nicht weiter beschrieben. (unklar)</p> <hr/> <p><i>Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?</i> Ja</p>

<p>Gesamtbewertung</p>	<p>Von insgesamt 21 Fragen konnten 16 (76,2%) mit Ja beantwortet werden, 3 (14,3%) mit Nein und bei 2 (9,5%) Fragen war die Antwort unklar. Die Studie wird deshalb in die Literaturübersicht miteinbezogen.</p>
-------------------------------	--

Tabelle 7: Zusammenfassung und Beurteilung der Mixed-Methods Studie

ANHANG F: 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.“

Fribourg, den 26. Juni 2014

Simona Aeschlimann