

BACHELORARBEIT

Belastungen und Bewältigungsstrategien von Pflegekräften auf Kinderintensivstationen

Vorgelegt am: 10.06.2022

von Laura Dudzik

1. Prüferin: Ronja Schmager
 2. Prüferin: Kathrin Platz
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAM-
BURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Durch die Arbeitsverdichtung, steigt die Arbeitsbelastung zunehmend und wirkt sich darüber hinaus in alle Lebensbereiche aus, sodass der Begriff Stress allgegenwärtig ist. Dies zeigt sich auch in der stationären Intensivpflege, die als psychisch und physisch besonders belastend gilt. Die Literatur fokussiert sich primär auf die Belastungen und Bewältigung von Pflegenden auf Erwachsenenintensivstationen. Das scheinbar fehlende Interesse zeigt sich auch in einer fehlenden Datenlage in Bezug auf die intensivmedizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche. Eine Vielzahl an Zeitungsartikeln lassen jedoch auf einen gravierenden Personalmangel schließen. Da sich die Arbeitsbedingungen in der näheren Zukunft voraussichtlich nicht ändern werden, ist ein effektiver Umgang mit arbeitsplatzbezogenen Belastungen von Bedeutung.

Ziel: Das Ziel dieser Thesis ist die Darstellung von Bewältigungsstrategien und Unterstützungsbedarfen von Pflegenden auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen.

Methodik: Die Durchführung einer systematischen Recherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL, sowie eine ergänzende Handsuche ergeben 14 Treffer, die dieser Thesis zugrunde liegen.

Ergebnisse: Zur Stressbewältigung stehen Pflegende der neonatologischen und pädiatrischen Intensivstation eine Vielzahl an Strategien zur Verfügung. Dazu zählt die soziale Unterstützung, Neubewertung, Distanzierung, Selbstfürsorge, Achtsamkeit und Weiterbildungen. Die Effektivität der Maßnahmen ist dabei immer individuell und situationspezifisch. Die als hilfreich empfundenen Bewältigungsstrategien werden von Pflegenden auch als weitere Unterstützungsbedarfe genannt

Schlussfolgerung: Pflegenden steht eine große Anzahl an Bewältigungsstrategien im Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen zur Verfügung. Die bestehenden Rahmenbedingungen können der Nutzung von der Strategien jedoch entgegenstehen. Zur Stärkung der Bewältigungskompetenzen sollten breit gefächerte Interventionsprogramme in die Unternehmenskultur integriert werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1. <i>Stress und Stressbewältigung</i>	3
2.1.1. Phänomen Stress.....	4
2.1.2. Bewältigung.....	6
2.1.3. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus/Folkman.....	7
2.2. <i>Belastungen für das Pflegepersonal auf Kinderintensivstationen</i>	11
2.2.2. Patientenbezogene Belastungen	11
2.2.3. Teambezogene Belastungen	15
2.2.4. Strukturelle Belastungen	16
2.2.5. Persönliche Faktoren	18
3. Methodik	20
4. Ergebnisse	23
4.1. <i>Methodische Merkmale der inkludierten Studien</i>	23
4.2. <i>Umgang mit Belastungen</i>	27
4.2.2. Umgang als Privatperson.....	28
4.2.3. Arbeitsplatzbezogener Umgang	30
4.2.4. Institutionelle Ressourcen	33
4.3. <i>Untersützungsbedarfe von Pflegenden</i>	37
5. Diskussion.....	37
6. Fazit	42
Quellenverzeichnis.....	IV
Anhang.....	XIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen von Bewältigungsstrategien	7
Abbildung 2: Flowchart Literaturrecherche	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Herkunftsland, Studiendesign und Population der inkludierten Studien	23
Tabelle 2: Übersicht Bewältigungsstrategien	27

Abkürzungsverzeichnis

(a)MBI	(verkürzte Form des) Maslach Burnout Inventory (<i>Eng.: (abbreviated) Maslach Burnout Inventory</i>)
AACN	Association of Critical Care Nurses
ANOVA	Varianzanalyse
BRS	Brief Resilience Scale
CF	Mitgeföhlsmüdigkeit (<i>Eng.: Compassion Fatigue</i>)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CSI	Coping Strategies Inventory
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
EOLC	Sterbebegleitung (<i>Eng.: End-of-Life-Care</i>)
GAD-7	General Anxiety Disorder-7
HAW	Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
ICN	International Council of Nurses
IEC7	Adaptierte & validierte Version des Coping Strategies Inventory für Brasilien
LQ	Lebensqualität
MAAS	Mindfulness Attention Awareness Scale
NICU	Neonatologische Intensivstation (<i>Eng.: Neonatal intensive care unit</i>)
NSS	Nursing Stressor Scale
PC-PTSD	Primary Care PTSD Screen
PHQ-2	Patient Health Questionnaire-2
PICU	Pädiatrische Intensivstation (<i>Eng.: Pediatric intensive care unit</i>)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PubMed	Public MEDLINE
RGEI	Revised Grief Experience Inventory
RS-14	Resilience Scale
SCS	Self-Compassion Scale
SRI	Stress Response Inventory
ST	Sekundäre Traumatisierung (<i>Eng.: secondary traumatic stress</i>)

1. Einleitung

Die „Arbeitsverdichtung und der Zwang zu immer weitere Produktivitätssteigerung“ (Kaluza 2018: 6) steigert die Belastung im Arbeitsbereich zunehmend und wirkt sich darüber hinaus auch auf weitere Lebensbereiche aus (Kaluza 2018: 6). Durch die zunehmenden alltäglichen Anforderungen ist der Begriff ‚Stress‘ allgegenwärtig (Vgl. Lyon 2005: 25)

Dies zeigt sich auch in der Pflege. Intensivstationen gelten dabei im stationären Setting als psychisch und physisch besonders herausfordernd. Zahlreiche Studien stellen ethische Dilemmata im Rahmen von End-of-Life-Care (EOLC) und die anhaltende Geräuschkulisse auf Intensivstationen als besondere Belastungsfaktoren dar. Der Fokus dieser Studien liegt dabei in der Regel auf Pflegekräften, die auf einer Erwachsenenintensivstation arbeiten (Vgl. Fonesca/Mello 2016: 297f; Kessler 2008: 514; Poncet et al. 2008: 698)

Der Fachkräftemangel verschärft die Belastungen weiter. Aktuelle Zahlen belegen, dass 52 % der Krankenhäuser aufgrund des Personalmangels die vollumfängliche Versorgung der vorhandenen Intensivbetten häufig unterbrechen müssen (Vgl. Zandt 2021: o.S.). Nach Angaben des Krankenhausbarometers 2021 lag die Fluktuationsrate des Pflegepersonals auf Intensivstationen im Vergleich zum Vorjahr bei 7,9 %. Die Untersuchung schlussfolgert, dass ca. 7.900 Vollkraftstellen in der Intensivpflege unbesetzt sind – ein Anstieg von 150 % in fünf Jahren (Vgl. DKI 2021: 31, 34)

So haben sich die Arbeitsbelastungen– insbesondere auf den Intensivstation – durch die COVID-19 Pandemie verschärft und sind erneut in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt (Vgl. Kramer et al. 2021: 46-53). Die International Council of Nurses (ICN (2021: 2-4) führte 2020 eine weltweite Umfrage mit Berufsverbänden von Pflegekräften durch. 90 % der Befragten äußerten sich sehr besorgt, dass die hohe Arbeitsbelastung, unzureichende Ressourcen, Burnout und Stress die Faktoren sind, die zu einer Abwanderung aus dem Pflegeberuf führen. Dabei verzeichneten 20 % der Berufsverbände bereits.

Durch den Teufelskreis aus hoher Arbeitsbelastung und Fluktuation des pflegerischen Personals leiden die meisten Pflegenden unter chronischem Stress. Dieser hat nicht nur einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden, sondern beeinflusst auch alle Organe und Organsysteme und begünstigt die Entstehung und Aufrechterhaltung von somatischen und psychischen Erkrankungen (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Heinrichs et al. 2015: 58; Kaluza 2018: 31f; Wieland 2007: 32). Seit den 1980er Jahren wird ein starker Kostenanstieg durch stressbedingte Fehlzeiten, Produktionsausfällen, Umschulungen und Behandlungskosten

beobachtet. Es wird angenommen, dass sich die Verluste mittlerweile auf 150 Mrd. Dollar pro Jahr belaufen (Vgl. Lyon 2005: 26). Psychische Störungen haben dabei einen besonders hohen Einfluss (Vgl. Kaluza 2018: 5f.). In Deutschland gelten diese als die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Dabei sind Frauen fast doppelt so häufig betroffen wie Männer (Marschall et al. 2018: VII, 22). Da 80 % der Pflegenden weiblich sind, ist dieser Umstand besonders alarmierend (Vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2022: 10).

Die hohe Arbeitsbelastung wirkt sich nicht nur negativ auf die Pflegenden aus, sondern führt darüber hinaus zu einer sinkenden Pflegequalität. Studien belegen, dass sich Burnout bei Pflegekräften negativ auf die Zufriedenheit und die Sicherheit bei der Versorgung von Patient:innen auswirkt und zu einer längeren Behandlungsdauer führen kann (Fiske 2018: 278; Flanders et al. 2020: 3)

Die Studienlage zu Belastungen und Bewältigungsstrategien (eng. ‚Coping‘) bezieht sich hauptsächlich auf Pflegende von Erwachsenenintensivstationen. Das scheinbar fehlende Interesse an den intensivmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendliche zeigt sich auch in der fehlenden Datenlage. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie erfasst die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI (2022: o.S.) erstmals explizit die Anzahl an betreibbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für Kinder und Jugendliche. Diese betrug am 09.06.2022 2.853 Betten. Zur Gesamtanzahl der vorhandenen Intensivkrankenhäusern, -abteilungen und -betten für Kinder und Jugendliche kann jedoch Aussage getroffen werden, da die amtliche Statistik des Statistischen Bundesamt eine solche Untergliederung nicht vorsieht. Des Weiteren werden Daten zur Anzahl an fehlenden Fachkräften in der Kinderintensivpflege nicht erhoben (Vgl. Deutscher Bundestag 2020: 13). Eine Vielzahl an Zeitungsartikeln lassen jedoch darauf schließen, dass der Personalmangel auf Kinderintensivstationen¹ gravierend und die Versorgung gefährdet ist (Vgl. Bauermann/Schade 2022; Collini et al. 15.12.2021: o.S; Kuffner 2022: o.S; Petscharnig 2021: o.S.).

Da sich die Arbeitsbedingungen und Belastungen in der Kinderintensivpflege in näherer Zukunft voraussichtlich nicht verbessern werden, ist ein effektiver Umgang mit den arbeitsplatzbezogenen Belastungen von Bedeutung. Das Ziel dieser Arbeit ist daher, die speziellen Belastungen von Pflegenden auf pädiatrischen und neonatologischen Intensivstationen

¹ Der Begriff ‚Kinderintensivstation‘ schließen in dieser Arbeit sowohl pädiatrische als auch neonatologische Intensivstationen mit ein

(PICU und NICU) aufzuzeigen. Darüber hinaus identifiziert sie Bewältigungsstrategien und Bedarfe der Pflegenden. Aufgrund dieser Sachlage ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie bewältigen Pflegende arbeitsbedingte Belastungen auf pädiatrischen und neonatologischen Intensivstation?

Welche Bedarfe äußern Pflegende, um effektiv mit arbeitsbedingten Belastungen umgehen zu können?

Um zu verstehen, wie es zur Bewältigung kommt, werden in Kapitel 2.1. zunächst die Begriffe Stress und Bewältigung definiert und das transaktionale-Stressmodell von Lazarus/Folkman (1984) vorgestellt. Anschließend werden in Kapitel 2.2. die spezifischen Belastungsfaktoren von Pflegenden auf der PICU und NICU erläutert. Zur Beantwortung der Fragestellung führt diese Thesis eine systematische Literaturrecherche durch. Das Vorgehen der systematischen Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellungen wird in Kapitel 3 dargestellt. Anschließend erfolgt die Vorstellung der Ergebnisse und eine Diskussion. Kapitel 6 zieht ein abschließendes Fazit und äußert Implikationen für die Zukunft.

2. Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel nähert sich dem theoretischen Konzept von Stress und Stressbewältigung an. Dazu werden die beiden Begriffe zunächst definiert und erläutert. Zum besseren Verständnis der Entstehung von Stress und seiner Bewältigung wird anschließend das transaktionale Stressmodell von Lazarus vorgestellt. Abschließend werden die in der Literatur beschriebenen Belastungsfaktoren auf Kinderintensivstationen erläutert.

2.1. Stress und Stressbewältigung

Stress ist ein „interdisziplinäres Forschungsfeld, das sich – im weitesten Sinne – mit der Bedeutung sozioemotionaler Belastungserfahrungen für die körperliche und psychische Gesundheit befasst“ (Kaluza 2018: 15). Darüber hinaus gibt es die Ansicht, dass Stress nicht „als Zustand, der um jeden Preis vermieden und in jedem Fall ‚behoben‘ werden muß[!]. Streß [!] ist vielmehr die unabwendbare Folge des Seins in einer Welt, die einem nicht gleichgültig ist.“ (Brenner/Wrubel 1997: 87).

Um diese Aussagen nachvollziehen zu können, beschäftigt sich das Kapitel 2.1.1. mit dem Phänomen Stress. Dazu wird der Begriff zunächst definiert und die Entstehung sowie physiologische Reaktion des Körpers beschrieben. Anschließend wird auf die pathologischen Folgen von chronischem Stress eingegangen. Kapitel 2.1.2. befasst sich mit der

Konzeptualisierung von Bewältigung, welche zunächst definiert wird. Des Weiteren werden verschiedene Bewältigungsformen erläutert und bewertet. Abschließend wird das Transaktionale Stressmodell von Lazarus vorgestellt, um den Prozess der Bewältigung zu veranschaulichen.

2.1.1. Phänomen Stress

Aufgrund der heterogenen Konzeptualisierung des Stressbegriffs lassen sich verschiedene Stresstheorien und -modelle unterscheiden (Vgl. Heinrichs et al. 2015: 8). Stress wird in der Biologie und Medizin meistens als eine physiologische Reaktion eines Organismus auf einen Reiz durch die Umwelt definiert. Dabei gilt die Annahme, dass bestimmte Situationen normativ stressig sind. Dies lässt jedoch keine Unterscheidung in der Ergebnisbewertung zu (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Kaluza 2018: 15; Lazarus/Folkman 1984: 21; Lyon 2005: 36). Die psychologische Stressforschung nimmt an, dass Stress ein kognitiver, emotionaler und individueller Bewertungsprozess ist, der durch die verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten beeinflusst wird (Vgl. Brenner/Wrubel 1997: 85f; Ernst et al. 2022: o.S; Kaluza 2018: 15). Es wird zwischen zwei Formen von Stress unterschieden (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S). Sind die Leistungsanforderungen zu bewältigen, kann dies als Herausforderung empfunden werden. Dieser positive Stress wird als ‚Eustress‘ bezeichnet und wirkt leistungssteigernd und stimmungsaufhellend. Übersteigt die Situation die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und sind die eigenen Energieressourcen erschöpft, spricht man von ‚Distress‘. Dieser wird als ein unangenehmer Zustand beschrieben und als Belastung wahrgenommen (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Domnowski 2010: 59).

Alle Faktoren, die das Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt stören, sind potenziell stressauslösend. Diese Faktoren werden als ‚Stressoren‘ bezeichnet (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Domnowski 2010: 60). Stressoren können Umweltfaktoren, aber auch Gedanken, Empfindungen und Wahrnehmungen sein (Vgl. Domnowski 2010: 61; Kaluza 2018: 16, 38; Kreddig/Karimi 2013: 235). Nach dem Phänomenologischen Verständnis lässt sich Stress nicht vermeiden oder beheben, denn die „Person konstituiert ihre Erfahrung, und sie wird durch ihre Erfahrung konstituiert“ (Brenner/Wrubel 1997: 87f.). Stressoren sind daher immer individuell und situationsspezifisch (Vgl. Kreddig/Karimi 2013: 235). Es gibt jedoch einige Stressoren, die allgemein als solche erlebt werden. Dazu gehören physische Reize, psychosoziale Belastungen, lebensveränderte Ereignisse und gehäufte, dauerhaft auftretende

tägliche Ärgernisse (Vgl. Kaluza 2018: 16; Kreddig/Karimi 2013: 235). Eine exemplarische Darstellung findet sich in Anhang 1.

Physiologische Auswirkung auf den Körper

Stress ist ein lebenswichtiger physiologischer Verteidigungsprozess, der den Organismus in Alarmbereitschaft versetzt und auf eine Leistungsanforderung vorbereitet (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Domnowski 2010: 59). Mit dem Ziel der Energiefreisetzung folgt der Körper dabei einem typischen Reaktionsmuster, das eine Vielzahl neurohumoralen und vegetativ-physiologischen Prozessen umfasst und sich auf den gesamten Körper auswirkt (siehe Anhang 2) (Vgl. Kaluza 2018: 16-18). So führt die vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol zu einer steigenden Herz- und Atemfrequenz sowie Blutdruck. Dadurch wird die Muskulatur optimal mit Nähr- und Sauerstoff versorgt. Darüber hinaus wird die Aktivität nicht lebenswichtiger Funktionen reduziert (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S).

Das Ausmaß der Stressreaktion wird von persönlichen Motiven, Einstellungen und Situationsbewertung beeinflusst (Vgl. Domnowski 2010: 74; Kaluza 2018: 26f.). Es lassen sich kognitiv-emotionale, behaviorale und körperliche Antworten unterscheiden, die in Anhang 3 aufgeführt sind (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Heinrichs et al. 2015: 4f; Kaluza 2018: 16). Die Stressreaktionen beeinflussen sich wechselseitig und führen zu einer Verlängerung der Stressreaktion. Entsteht ein Teufelskreis von Stressreaktionen, wird dieser ‚Symptomstress‘ genannt. Auch wenn Stressreaktionen per se kein gesundheitliches Risiko darstellen, behindern sie eine konstruktive Bewältigung (Vgl. Kaluza 2018: 17, 20).

Auswirkungen von chronischem Stress

Besteht die Belastung über einen langen Zeitraum und fehlt es an Regenerationsmöglichkeiten, kommt es zu einer Behinderung des Anpassungsmechanismus, sodass sich die Stressreaktionen chronifizieren. Dies wirkt sich neben einer Verminderung der Leistungsfähigkeit auch auf nahezu alle Organe und Organfunktionen aus näher erläutert. Darüber hinaus verlernt der Körper, auf ein Ruhenniveau zurückzukehren – auch wenn es keine akute Belastung gibt (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Heinrichs et al. 2015: 58; Kaluza 2018: 31f; Wieland 2007: 32). Bei der Entstehung und/oder dem Fortschreiten vieler Erkrankungen wirkt Stress als unspezifischer Co-Faktor, da psychische Belastungen physiologische Vorgänge nach sich ziehen. Stressassoziierte Erkrankungen reichen dabei von einfachen Erkältungen bis hin zu Krebs (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Wimbush/Nelson 2005: 176-177, 201). Die

Auswirkungen von chronischem Stress auf den Körper werden in Anhang 4 und 5 näher erläutert. Zudem begünstigt er psychische Erkrankungen (Vgl. Heinrichs et al. 2015: 6; Kaluza 2018: 34; Lyon 2005: 26). So spielt Stress eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Burnout², akuten Belastungs-, Anpassungs- und Angststörungen, aber auch bei somatoformen und affektiven Störungen (Heinrichs et al. 2015: 10-19; Kaluza 2018: 34; Kohlmann/Eschenbeck 2018: 170; Nau/Walter 2014: 242). Kaluza(2018: 34) geht davon aus, dass die hohe Anzahl an depressiven Erkrankungen eine Folge von Dauerstress ist. In extremen Fällen kommt es durch Belastungen zu einer primären Traumatisierung, die zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen kann (Vgl. Nau/Walter 2014: 242). Sekundären Traumatisierungen (ST) entsteht ohne direkte sensorische Auslöser oder eine zeitliche Distanz (Vgl. Daniels 2006: 2). Dabei ist zu beachten, dass ST noch nicht als eigenständig Erkrankung klassifiziert wird, da der tatsächliche Krankheitswert noch nicht belegt ist (Vgl. Rixe et al. 2014: 251). Insbesondere in helfenden Berufen ist Compassion Fatigue (CF; dt. Mitgefühlerschöpfung) eine weitere Folge von chronischer Belastung. Die Bezeichnung beschreibt eine „natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ (Figley 2002: 41).

2.1.2. Bewältigung

Überschreiten die Belastungen die vorhandenen Ressourcen werden zur Wiederherstellung des Gleichgewichts und Belastungsreduktion neue Strategien entwickelt (Vgl. Brenner/Wrubel 1997: 459; Kreddig/Karimi 2013: 235f; Nau/Walter 2014: 243). Bewältigungsmodelle versuchen, das subjektive Stresserleben und die Bewältigung in eine objektive Theorie zu übertragen, um ein bessere Verständnis für die Wirkungsweisen zu bekommen. Aufgrund des individuellen Copingprozesses dienen diese lediglich als Orientierung (Vgl. Kreddig/Karimi 2013: 237). Die Bewältigungsoptionen werden von den Erfahrungen, Fertigkeiten und institutionellen sowie kulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst (Vgl. Brenner/Wrubel 1997: 89, 414; Moraes et al. 2016: 6).

In der Literatur lassen sich verschiedene Kategorien von Bewältigungsstrategien identifizieren, welche durch den Ansatzpunkt und die Wirkungsdauer unterscheiden. Diese werden in Abbildung 1 dargestellt. Während emotionsorientierte Strategien nicht zwingend sichtbar

² Burnout ist keine eigenständige medizinische Diagnose (Vgl. Kaluza 2018: 34), sondern ein „psychovegetatives Erschöpfungssyndrom infolge einer chronischen, beruflich bedingten Beanspruchungsreaktion“ (Kaluza 2018: 34, zit. nach Burisch 2005: o.S.). Zwischen anderen psychischen Störungen und Burnout scheint jedoch eine Korrelation zu bestehen (Bursch et al. 2018: 67; Buckley et al. 2020: 19).

Formen von Bewältigungsstrategien

Ansatzpunkt (Ernst et al. 2022: o.S; Kaluza 2018: 63; Kreddig/Karimi 2013: 236)

Instrumentelles/problemfokussiertes Coping: Veränderung der Problemsituation

Palliatives/emotionsbezogenes Coping: Veränderung der eigenen Perons, Gefühle und/ oder Gedanken

Regeneratives Coping: Stressreaktionen regulieren und kontrollieren

Wirkungsdauer (Vgl. Heinrichs et al. 2015: 56)

Kurzfristig: Entlastung bei akutem Stress

Langfristig: Reduktion von chronischem Stress

Abbildung 1: Formen von Bewältigungsstrategien (eigene Darstellung)

sind, ist handlungsorientierte Bewältigung beobachtbar (Vgl. Kreddig/Karimi 2013: 236). Aus pathologischer Sicht werden Bewältigungsstrategien als „effektiv oder ineffektiv, offensiv oder defensiv, adäquat oder inadäquat“ (Brenner/Wrubel 1997: 223) beurteilt. Da die Stresswahrnehmung und Bewältigungsstrategien individuell und situationsspezifisch sind, kann keine allgemeingültige Aussage bezüglich der allgemeinen Effektivität getroffen werden (Vgl. Kaluza 2018: 66; Kreddig/Karimi 2013: 236; Lazarus/Folkman 1984: 140). Dennoch kann der destruktive Einfluss einiger Strategien belegt werden. Dazu gehören eskapistische Strategien – beispielsweise Betäubung, Realitätsflucht oder Wunschfantasien in Kombination mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Kaluza 2018: 64f.). Aber auch das Auslassen von Aggressionen und Selbstbewertung, -beschuldigung und -bemitleidung wirken meist destruktiv (Vgl. Kaluza 2018: 64f.). Abwehrmechanismen gehören zu den defensiven Strategien und beschreiben „unbewusste und nicht zwingend zielgebundene Reaktionen“ (Kreddig/Karimi 2013: 241). Die Wirksamkeitsurteile differenzieren hier jedoch nach Einsatzdauer. So können einige Abwehrmechanismen – wie Dämpfen einer Stressreaktion, Vermeidung – kurzzeitig wirksam sein. Auf lange Sicht ist diese Art des Copings jedoch meist kontraproduktiv (Vgl. Brenner/Wrubel 1997: 86; Kaluza 2018: 17, 65f.). Für eine günstige Bewältigung wird ein breites Spektrum an Strategien benötigt, die situationsangemessen und ausgewogen eingesetzt werden können (Vgl. Ernst et al. 2022: o.S; Kaluza 2018: 66).

2.1.3. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus/Folkman

Durch die wachsenden Erkenntnisse, dass Stress und Emotionen nicht getrennt voneinander existieren und sich gegenseitig beeinflussen, entwickelten Lazarus/Folkman 1984 das auf der phänomenologischen Ansicht basierende transaktionale Stressmodell (Lazarus 2005: 231; Lazarus/Folkman 1984: 53). Dabei unterscheiden sie zwischen primärer-, sekundärer- und Neubewertung (eng. ‚reappraisal‘) (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 52-54), die im Folgenden näher erläutert werden.

Primäre Bewertung

Die primäre Bewertung entscheidet darüber, ob ein Ereignis als stressig empfunden wird und dieser Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Stress entsteht durch eine gestörte Beziehung zwischen der Person und seiner Umwelt (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 21). Dies „schließt [...] eine Beurteilung der Relevanz ein, die das Individuum dem beimisst, was im Hinblick auf sein Wohlbefinden geschieht“ (Lazarus 2005: 234). Der Bewertungsprozess verläuft unbewusst zwischen dem Ereignis und der Reaktion und wird durch individuellen Ansichten und Einschätzungen beeinflusst. So kann die Situation irrelevant, gutartig/positiv oder belastend sein (Vgl. Lazarus 2005: 236, 238; Lazarus/Folkman 1984: 53).

Wird ein Ereignis als belastend eingeschätzt, lassen sich drei Formen von Bewertungen unterscheiden. Als ‚Herausforderung‘ wird ein Ereignis beschrieben, das die Möglichkeit zur Bewältigung bietet und zu einem Gewinn führt. Bei einer ‚Schädigungs- und Verlustbewertung‘ ist der Schaden bereits entstanden. Wird dem Ereignis ein ‚Bedrohungswert‘ zugeschrieben, besteht die Möglichkeit von zukünftigen Schäden (Vgl. Lazarus 2005: 239; Lazarus/Folkman 1984: 53). Die Unterscheidung der Bewertungsformen sollte dabei jedoch nur aus analytischen Gründen vorgenommen werden, da die Konstrukte miteinander verbunden sind und gleichzeitig auftreten können. So ist eine Schädigungsbewertung auf die Vergangenheit ausgerichtet, hat aber auch Implikationen für die Zukunft und enthält eine Bedrohungskomponente. Die Bewertung einer Herausforderung ist zukunftsorientiert, geht aber gleichzeitig mit einer Ungewissheit einher, da es keine klare Zukunftsvorstellung gibt (Vgl. Lazarus 2005: 53, 239).

Es gibt zwei Variablengruppen, die sich auf die Bewertung auswirken (Vgl. Lazarus 2005: 239; Lazarus/Folkman 1984: 80). Zu den situativen Anforderungen gehören zeitliche Anforderungen wie die Nähe des bevorstehenden Ereignisses, der zeitlich Ablauf und die Dauer, aber auch Dimensionen wie Vertrautheit und Eindeutigkeit (Vgl. Lazarus 2005: 239). Je weniger unmittelbar das Ereignis und die Auswirkungen sind, desto komplexer ist der Bewertungsprozess. Dieser kann dabei sowohl verstärkend wirken – durch die Unvorhersehbarkeit und fehlende Möglichkeit zur Vorbereitung – als auch protektiv – durch einen langen Antizipationsprozess. Neuartige Situationen führen nur dann zu einer Einschätzung der Bedrohung, wenn die Aspekte der Situation mit Schaden in Verbindung gebracht werden. Die meisten Lebenssituationen charakterisieren sich durch Mehrdeutigkeit, die eine Bedrohung sowohl verschärfen als auch mindern kann. Je höher die Komplexität, desto mehr wird die Bewertung durch individuelle Faktoren geprägt (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 115f.). Situative Einflussfaktoren beziehen sich darüber hinaus auf die Erwartung an

die Transaktion. (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 80). Individuelle Faktoren sind hingegen existentielle Überzeugungen, Zielverpflichtungen und die eigene Vulnerabilität. So führt das Gefühl der Unzulänglichkeit durch fehlendes Selbstvertrauen und -wirksamkeit zu einer Bedrohungsbewertung. Zielverpflichtung impliziert, dass die Person ein Ziel trotz ungünstiger Umstände erreicht. Sie ist Ausdruck persönlicher Werte und Ziele und beeinflusst die eigene Vulnerabilität. Ein großes Engagement kann daher verstärkend als auch mindernd wirken (Vgl. Lazarus 2005: 236, 238f; Lazarus/Folkman 1984: 53f., 80).

Sekundäre Bewertung

Bei der sekundären Bewertung handelt es sich um einen Prozess, der evaluiert, ob Maßnahmen gegen das Ungleichgewicht eingeleitet werden müssen und wenn ja, welche. Dafür werden die Bewältigungsoptionen bewertet und das Ziel sowie Bewältigungsstrategien festgelegt. Darüber hinaus werden Folgen für das Einsetzen der Strategien evaluiert, da diese durch interne und/oder externe Anforderungen und Zwängen eingeschränkt werden können (Vgl. Lazarus 2005: 238; Lazarus/Folkman 1984: 53).

Zwischen der primären und sekundären Bewertung besteht eine wechselseitige Beziehung. So ist eine sekundäre Bewertung abhängig von der primären Bewertung. Erst das Zusammenspiel führt zu einem vollumfänglichem Verständnis der belastenden Situation (Vgl. Lazarus 2005: 238).

Neubewertung

Durch die Umwelt, Person und/oder auf Grundlage von neuen Informationen verändert sich die Situation, was eine Neubewertung der Situation erforderlich macht. Dabei folgt die Neubewertung immer den früheren Beurteilungen und passt diese an.

„Folglich sind Bedrohungen und Herausforderungen keine unveränderlichen psychische Zustände, und im Zuge des Bewertens und Neubewertens kann eine Bedrohung in eine Herausforderung umgewandelt werden und umgekehrt“ (Lazarus 2005: 239).

Defensive Neubewertung kann jedoch auch das Ergebnis einer kognitiven Bewältigungsbe-mühung sein, sodass eine Abgrenzung zwischen Neubewertung und Bewältigung schwierig ist (Vgl. Lazarus 2005: 244; Lazarus/Folkman 1984: 53). Daher ist eine sprachliche Abgrenzung „zwischen der Verbform *das Bewerten*, die sich auf den Akt des Beurteilens bezieht, und dem Nomen *Bewertung*, das für das Produkt des Beurteilens steht“ (Lazarus 2005: 236, [Herv. im Original]) sinnvoll.

Bewältigung

Lazarus definiert Bewältigung als einen

„Prozess in dessen Verlauf nach der zweckdienlichen Bedeutung gesucht wird, die in der jeweiligen Situation zur Verfügung steht, nach einer Bedeutung als, die realitätsgerechtes Handeln unterstützt und die Situation zugleich in einem möglichst günstigen Licht erscheinen lässt.“ (Vgl. Lazarus 2005: 244)

Dabei unterscheiden Lazarus/Folkman (1984: 140) zwischen Bewältigungsbemühungen, welche eine implizite Anstrengung und einem automatisierten adaptivem Verhalten, bei der keine Anstrengung erforderlich ist. Darüber hinaus definieren sie Bewältigung nicht als Beherrschen der Umwelt oder machen diese abhängig von dem Bewältigungsergebnis (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 140, 178).

Die Bewältigungsstrategien können zwei Funktionen zugeordnet werden, die sich gegenseitig verstärken oder behindern können. Bei der ‚problemfokussierten Bewältigung‘ wird das Problem verändert. So können auf Grundlage von beschafften Informationen Maßnahmen zur Bewältigung ergriffen werden. Die Maßnahmen können dabei auf die eigene Person oder die Umwelt gerichtet sein. Die ‚emotionsorientierte Bewältigung‘ umfasst Strategien, die auf eine Regulation der emotionalen Reaktion abzielt, ohne dabei die Situation objektiv zu verändern. Durch eine Neubewertung der Situation können die Emotionen und somit auch das Belastungserleben verändert werden (Vgl. Lazarus 2005: 242; Lazarus/Folkman 1984: 179)

Aufgrund des prozessorientierten Bewältigungsansatz, die eine kontextbezogene Analyse der Stresssituation erfordern, ist eine Konzeptualisierung und Bewertung der Auswahl, der Priorisierung, die Nutzungsdauer und die Wirksamkeit schwierig (Vgl. Lazarus 2005: 240f; Lazarus/Folkman 1984: 140, 178f.). Auch hier kommen die bereits genannten Einflussfaktoren zum Tragen. So kann eine existenzielle Überzeugung zum Bewahren von Hoffnung führen, aber auch starke effektive Emotionen auslösen, wenn diese auf entgegengesetzten Verpflichtungen treffen (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 80f.). Die „nachhaltigste und kraftvollste Möglichkeit, destruktive Emotionen zu kontrollieren“ (Lazarus 2005: 242), besteht demnach darin, Strategien zu nutzen, die mit der persönlichen Bedeutung der Situation übereinstimmen. Sind externen Aspekte nicht beeinflussbar, kann erfolgreiches Coping auch das Tolerieren, Minimieren oder Ignorieren dieser Aspekte sein (Vgl. Lazarus/Folkman 1984: 140f.). Daher „sollte man Bewältigung niemals in Begriffen des Entweder-Oder sehen, sondern als ein Komplex von Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen, die gestörte Beziehung zur Umwelt zu verbessern. (Lazarus 2005: 244)

2.2. Belastungen für das Pflegepersonal auf Kinderintensivstationen

Sowohl die PICU als auch die NICU wird als ein hochgradig stressiges und emotional beanspruchendes Arbeitsumfeld gesehen. (Vgl. Gauthier et al. 2015: 408; Prentice et al. 2016: 701; Cricco-Lizza 2014: 617). Die Belastungsfaktoren können sich auf die Patient:innen, das Team oder die strukturellen Herausforderungen beziehen. Darüber hinaus lassen sich persönliche Faktoren identifizieren. Die spezifischen Belastungsfaktoren für Pflegende auf pädiatrischen Intensivstationen werden im Folgenden näher erläutert.

2.2.2. Patientenbezogene Belastungen

Leiden von Patient:innen und Unvorhersehbarkeit

Ein Belastungsfaktor für Pflegende bei der Versorgung von schwerkranken Patient:innen ist das wahrgenommene Leid (Vgl. Fortney et al. 2020: 131). So gilt das Schreien, Abmühen und Kämpfen der Patient:innen als emotional herausfordernd (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619). Mit steigendem Leid der Patient:innen erhöht sich auch die Belastung für die Pflegenden (Vgl. Fortney et al. 2020: 131). Eine weitere Beanspruchung ist die Ungewissheit, ob die geleistete Versorgung einen Einfluss auf die Patient:innen hat und wie diese zu bewerten ist (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619). Des Weiteren empfinden Pflegende die Unvorhersehbarkeit von Ereignissen – beispielsweise ein plötzlicher Todesfall – als hohe Belastung (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619; Einarsdóttir 2012: 5; Fiske 2018: 278). Ein Unfalltod ist ein traumatisches Ereignis und geht mit deutlich mehr Leid einher (Vgl. Lima et al. 2018: 45).

Mögliche Überbehandlung und unklares Behandlungsziel

Der technologische Fortschritt in der medizinischen Versorgung – auch auf Kinderintensivstationen – birgt das Potenzial für eine Überbehandlung und ist die treibende Kraft von Moral Distress³ (Vgl. Prentice et al. 2016: 701-702, 706). Insbesondere bei Frühgeborenen hat das pflegerische Personal die konstante Sorge, dass die Behandlungen nicht im Interesse des Kindes ist und zu starken Beeinträchtigungen führen (Vgl. Einarsdóttir 2012: 5; Prentice et al. 2016: 706). Durch den engen Kontakt zu den Kindern sind es i.d.R. die Pflegenden die frühzeitig den Zeitpunkt erkennen, an dem eine kurative Therapie nicht mehr wirksam ist. Dies führt nicht selten zu einem Gefühl der sozialen Isolation – insbesondere wenn

³ Moral Distress beschreibt dabei ein psychisches Ungleichgewicht, Leid und einen negativen Gefühlszustand, der entsteht, wenn Pflegende eine moralische Entscheidung treffen, diese anschließend jedoch nicht ausführen oder – aufgrund von institutionellen Zwängen – nicht ausführen können (Vgl. Corley 2002: 643, zit nach Jameton 1993: o.S.)

weiterhin ein kuratives Therapieziel durch das ärztliche Personal und den Eltern verfolgt wird (Vgl. Lewis 2017: 100). Ein unklares Therapieziel führt häufig zu Konflikten zwischen Pflegenden und Ärzt:innen (Vgl. Einarsdóttir 2012: 5). Die wahrgenommene Unfähigkeit der pflegerischen Fachkräfte, sich für das Kind einzusetzen und die damit verbundene Machtlosigkeit, erhöht die Belastung weiter (Vgl. Prentice et al. 2016: 702, 706). Prentice et al. (2016: 702) schlussfolgern, dass MD häufiger die Folge von *zu viel tun* ist als die Festlegung auf ein palliatives Therapieziel.

Belastungsfolgen äußern sich häufig in Form von psychischen Störungen. So wird ein Zusammenhang zwischen Burnout und unverhältnismäßigen Maßnahmen festgestellt. Entscheidungen, die ohne ein klares therapeutisches und pflegerisches Ziel sowie unklare Rollenverteilungen getroffen werden, gehen ebenfalls mit größeren Burnout Fallzahlen einher (Vgl. Buckley et al. 2020: 12, 15f; Garten et al. 2021: 4).

Pflegerische Anforderungen

Die Versorgung instabiler Patient:innen wird als besonders belastend beschrieben (Vgl. Fiske 2018: 278). Insbesondere bei Pflegenden steigt die Burnout Prävalenz mit dem Anteil an Hochrisikopatient:innen (Vgl. Tawfik et al. 2017: 5).

Pflegende sind für die Patient:innen die wichtigste Bezugsperson. Sie führen eine Vielzahl an komplexer pflegerischen Maßnahmen durch und unterstützen bei medizinischen Interventionen sowie der Koordination von Behandlungen und Therapien. Dabei werden häufig mehrere Aufgaben gleichzeitig erledigt und priorisiert. Zusätzlich betreuen sie die belasteten Eltern. Pflegende empfinden darüber hinaus jede Art der Punktion der Patient:innen als Belastung (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38, 40; Cricco-Lizza 2014: 619f.). Das pflegerische Personal muss aufgrund der Unvorhersehbarkeit die ganze Schicht wachsam und konzentriert sein (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619). Während einige das Arbeitstempo und die Geräuschkulisse von Kinderintensivstationen nicht als stressig empfinden (Vgl. Fiske 2018: 278), sind andere durch das ständige Klingeln und die Alarmkontrolle in ihrer Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38).

Patient:innenmerkmale

Auch bestimmte Patientenpopulationen können einen Einfluss auf das Belastungserleben haben (Vgl. Buckley et al. 2020: 16; Bursch et al. 2018: 66). So besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patient:innen und dem Angstniveau des Pflegepersonals. Mit steigendem Alter sinkt das Angsterleben (Vgl. Bursch et al.

2018: 65f.). Andere Studien belegen, dass eine besonders hohe Beanspruchung bei dem Tod von Jugendlichen besteht, da diese bereits ein Leben aufgebaut und einen engen Familienzusammenhalt haben (Vgl. Lima et al. 2018: 44). Darüber hinaus ist die Versorgung von Kindern mit ausgeprägten Fehlbildungen emotional herausfordernd (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619). Überdies führt die Versorgung von Neugeborenen mit einem Abstinenz-Syndrom zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, an Burnout zu erkranken (Vgl. Buckley et al. 2020: 16).

Beziehung zu den Behandelten und den Familien

Eine besonders enge Verbindung zu den Kindern und ihren Familien – beispielsweise durch die Betreuung über einen langen Zeitraum und/oder über mehrere Krisen hinweg – führt zu einem höheren Leid von Pflegenden (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619f; Einarsdóttir 2012: 4; Garten et al. 2021: 3; Lima et al. 2018: 46). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Kinder und der Burnout Prävalenz (Vgl. Tawfik et al. 2017: 4). Aber auch Konflikte können vor allem dann ein Belastungsfaktor sein, wenn es in einer unterstützenden Beziehung zu einem Gefühlsausbruch der Eltern kommt, der an den Pflegenden ausgelassen wird. Dabei greifen einige Eltern insbesondere kinderlose Pflegende an. Das Aufrechterhalten der professionellen Distanz ist herausfordernd und eine Abgrenzung gelingt nicht immer (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619f.). Entscheiden Eltern sich für Maßnahmen, die in der Wahrnehmung der Pflegenden zu einer Überbehandlung führen, belastet dies die pflegerisch-therapeutische Beziehung (Vgl. Lewis 2017: 100). Konflikte mit Eltern führen zudem zu einer erhöhten emotionalen Erschöpfung, Depersonalisation und Symptomen von PTBS (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2019a: 49). Wollen Eltern durch Konflikte und/oder Missverständnisse von einer anderen Pflegekraft betreut werden, ist dies für die betroffene Pflegekraft eine emotionale Herausforderung, da sie mit dem Gefühl der Ablehnung und des Verlassenwerdens konfrontiert wird (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 620).

Konfrontation mit dem Tod

Reanimationen führen bei Pflegenden häufig zu einer Depersonalisation. Aufgrund der hohen Komplexität des Prozesses gibt es hierfür keine eindeutige Erklärung. Es wird vermutet, dass es eine Wiederbelebung psychologisch schwieriger macht, sich zu distanzieren. Dabei ist das Ausmaß sowohl von dem Reanimationsergebnis und als auch dem Umfang der Traumatisierung abhängig (Vgl. Bursch et al. 2018: 66f.).

Die Pflege von Kindern an ihrem Lebensende wird von 18,7 % der befragten Pflegenden meistens oder immer als aufwühlend beschrieben (Vgl. Fiske 2018: 278). Insbesondere der wahrgenommene Schmerz und die Atemnot im Sterbeprozess ist eine Belastung (Vgl. Garten et al. 2021: 4). NICU Pflegende zeigen durch EOLC häufig Symptome von emotionaler Erschöpfung, übermäßiger Selbstkritik und Sprachlosigkeit. Belastungsbedingte Reaktionen des pflegerischen PICU Personals sind Symptome von emotionaler Erschöpfung, Schlafstörungen und/oder unruhige Träume und Reizbarkeit (Garten et al. 2021: 5).

Der Tod von Patient:innen – auch wenn er teilweise unabdingbar ist – hat einen hohen emotionalen Einfluss auf das Personal und führt zu einer hohen psychischen Beanspruchung (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619; Einarsdóttir 2012: 5; Hawes et al. 2020: 407; Kitao et al. 2018: E17). Verstärkend wirkt eine enge Bindung, die über das professionelle Verhältnis hinausgeht (Vgl. Lewis 2017: 100). Verstirbt ein:e Patient:in plötzlich, kann das Ausmaß der Belastung auf eine ST hinweisen (Vgl. Lima et al. 2018: 44). Aber auch die Unterstützung trauernder Familien stellt eine hohe psychische Belastung dar (Vgl. Einarsdóttir 2012: 5; Kitao et al. 2018: E13, E17f.). Wenn der Schock und das Leid von Eltern beobachtet wird, hat dies einen besonders großen Einfluss (Vgl. Lima et al. 2018: 45). Eine hohe Anzahl an Todesfällen in kurzer Zeit – Studien untersuchen Zeiträume von einer Woche bis zu einem Jahr – zeigen einen kumulativen Effekt, der zu einer Potenzierung des Belastungs-erleben führt (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 621; Garten et al. 2021: 3f; Kitao et al. 2018: E13, E17). So steigt die Burnout Prävalenz mit zunehmender Sterblichkeit (Vgl. Tawfik et al. 2017: 5). Zudem haben Pflegende höhere Werte von emotionale Erschöpfung und PTBS, wenn mindestens ein:e Patient:in in der vorherigen Woche verstorben ist (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2019a: 49). Es besteht die Hypothese, dass die häufige Konfrontation mit dem Tod von Patient:innen und dem Wunsch nach einem Stationswechsel korreliert (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2019b).

Kontakt zu den Eltern

Pflegende beschreiben die Arbeit mit den Familien als erfüllend, aber auch emotional herausfordernd. Eltern haben ein großes Informationsbedürfnis über den Gesundheitszustand und den weiteren Therapieverlauf ihres Kindes und verlangen eine Zusicherung, dass ihr Kind genesen wird. Durch die Ungewissheit der Pflegenden bezüglich des Therapieverlaufs ist dies eine hohe emotionale Herausforderung (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f; Cricco-Lizza 2014: 620f.). Darüber hinaus beschreiben Pflegende die ständige Anwesenheit der Eltern und das Gefühl, unter Beobachtung zu stehen, als emotional und physisch aufreibend

(Vgl. Cricco-Lizza 2014: 620). So äußert sich eine Pflegekraft: „We are always on stage in the unit. We don't have a lot of off-stage area where nurses can go and decompress except for the bathroom, and you can't even get in the bathroom half the time” (Cricco-Lizza 2014: 620). Ergänzend dazu haben Eltern meist hohe Erwartungen an das pflegerische Personal. Bedingt durch fehlendes Selbstvertrauen und Unsicherheiten stellt diese Tatsache gerade für unerfahrene Pflegenden eine Stressquelle dar (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f.).

Mehrbettzimmer begünstigen die Exposition von ansteckenden Gefühlen, da Krisen bei anderen Patient:innen miterlebt werden. Die hohe Gefühlsdichte kann zu einer Stressübertragung von Pflegenden auf Eltern und umgekehrt führen. Trotz der intensiven Gefühle und den vielfältigen Anforderungen der unterschiedlichen Berufsgruppen und den Eltern versucht das pflegerische Personal, eine ruhige Atmosphäre zu schaffen, was einen weiteren emotionalen Belastungsfaktor darstellt (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619f.). Insbesondere im Umgang mit Familien, die durch ein kompliziertes psychosoziales Umfeld charakterisiert sind, muss das Pflegepersonal die eigenen Emotionen kontrollieren, um eine ruhige und professionelle Versorgung durchzuführen (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39).

2.2.3. Teambezogene Belastungen

Konflikte

Konflikte mit Kolleg:innen treten mit 12,5 % in der pädiatrischen Intensivpflege drei Mal so häufig auf wie in nicht intensivpflichtigen pädiatrischen Bereichen (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2017: 409; Rodríguez-Rey et al. 2019a: 49). Durch Konflikte wird die Kommunikation im Team erschwert und die emotionale Erschöpfung und Depersonalisation steigen ebenso wie die Wahrscheinlichkeit von PTBS (Vgl. Bursch et al. 2018: 66; Rodríguez-Rey et al. 2019a: 49). Rodríguez-Rey et al.(2019b: e167) gehen zudem davon aus, dass der Wunsch für einen Stationswechsel mit der Konflikthäufigkeit zunimmt. Die Wahrnehmung einer Kultur des Stoizismus führt bei Pflegenden zu MD (Vgl. Helmers et al. 2020: 1151). Des Weiteren ist das Miterleben von Kolleg:innen im Stress mit 66,7 % ein häufig berichteter Belastungsfaktor (Vgl. Garten et al. 2021: 3f.).

Fehlende Unterstützung

Erhält eine Pflegekraft die benötigte Unterstützung durch Kolleg:innen nicht, wird der wahrgenommene Empathiemangel als belastend empfunden (Vgl. Helmers et al. 2020: 1151). 55,8 % der Befragten von Fiske(2018: 278) geben an, dass sie nur manchmal oder selten

ausreichend Zeit haben, um ihre Kolleg:innen emotional zu unterstützen. Zu den erschwerenden Faktoren zählt das eigene hohe Arbeitspensum und die räumliche Aufteilung durch Einzelzimmern und geschlossene Türen. Des Weiteren mangelt es an Rückzugsmöglichkeiten wie beispielsweise eigenen Büros. Darüber hinaus haben unerfahrene Pflegekräfte häufig einen größeren Unterstützungsbedarf, der nicht von den Kolleg:innen geleistet werden kann und zu einer zusätzlichen Belastung führt (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f.).

Ein weiterer Belastungsfaktor ist die fehlende Anerkennung des Wissens Pflegenden in Notfallsituationen. So geben $\frac{1}{3}$ der Befragten an, dass ihre professionelle Meinung in Notfällen nur gelegentlich oder selten berücksichtigt wird (Vgl. Fiske 2018: 278). Auch unzureichende Rückmeldungen und fehlendes Vertrauen von Vorgesetzten wird als belastend empfunden. Insbesondere unerfahrene Pflegekräfte äußern Ängste vor Fehlern, da ihre Sorgen und Bedenken häufig nicht ernst genommen werden (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39).

Die eingeschränkte Mitbestimmungsmöglichkeit bei der Dienstplangestaltung wirken sich nicht nur negativ auf den Teamzusammenhalt aus, sondern auch auf das Privatleben (Vgl. Helmers et al. 2020: 1151). Die unregelmäßige Durchführung von Dienstbesprechungen gilt als belastend und erhöht die Gefahr eines Burnouts (Vgl. Buckley et al. 2020: 12).

2.2.4. Strukturelle Belastungen

Personalmangel

Der Personalmangel wird häufig als Ursache für eine hohe Beanspruchung genannt – insbesondere in EOLC Situationen, Nachts und am Wochenende (Vgl. Fiske 2018: 278; Garten et al. 2021: 3f; Helmers et al. 2020: 1151). So geben knapp 65 % an, dass selten oder gelegentlich eine adäquate Personalausstattung besteht. Dadurch kann das Arbeitspensum kaum bewältigt werden, sodass die Hälfte der Pflegenden nur selten genügend Zeit hat, eine hochwertige Pflege durchzuführen. Der Personalmangel wirkt sich darüber hinaus auch direkt auf das Personal aus. So erhalten lediglich 70 % der Pflegenden selten oder manchmal eine Unterstützung für Pausen und Mittagessen. Des Weiteren hindert die unzureichende Personalausstattung $\frac{3}{4}$ der Befragten an der regelmäßigen Teilnahme von Fortbildungen (Vgl. Brenner/Wrubel 1997: 433; Fiske 2018: 279). Vor allem bei einer hohen Anzahl instabiler Patient:innen oder Personalausfall ist es den meisten Pflegenden unmöglich, die Arbeit rechtzeitig zu verlassen. Auch eine mögliche Kontaktaufnahme im Frei behindert Erholungsphasen und verschärft die Stressreaktionen (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38). Haben

Pflegende den Eindruck, dass eine effiziente Versorgung wichtiger ist als ihre eigenen Bedürfnisse, wird dies ebenfalls als Belastung wahrgenommen (Vgl. Helmers et al. 2020: 1151).

Ist die Personalausstattung manchmal, selten oder nie adäquat, senkt dies die wahrgenommene Arbeitsatmosphäre um 7 % (Vgl. Lee et al. 2015: 426). Überdies besteht eine Korrelation zwischen einer unzureichenden Personalausstattung und Burnout sowie MD (Vgl. Buckley et al. 2020: 12; Bursch et al. 2018: 66; Helmers et al. 2020: 1151).

Auslastung und Ausstattung

Die Auslastung der Station spielt als Stressfaktor eine elementare Rolle. So führt die durchschnittliche Belegung ebenso zu einer gesteigerten Belastung wie die hohe Anzahl an späten Verlegungen Anzahl und Aufnahmen. Damit einher geht eine steigende Burnout Prävalenz (Vgl. Buckley et al. 2020: 12; Tawfik et al. 2017: 4f.). Mit jeder zusätzlichen Neuaufnahme steigt die Burnout Prävalenz signifikant um 5,87 % (Vgl. Tawfik et al. 2017: 4).

Eine unzureichende Ausstattung mit notwendigen Pflegemittel wird als Stressfaktor angesehen und führt zu einer höheren emotionalen Erschöpfung (Vgl. Buckley et al. 2020: 12; Bursch et al. 2018: 66). Auch der Umfang der Dokumentation intensiviert die Belastung (Vgl. Buckley et al. 2020). Durch die Nutzung von elektronischen Dokumentationssystemen steigt die Burnout Prävalenz um 3,36 % (Vgl. Tawfik et al. 2017: 4).

Arbeitszeiten

Arbeitszeiten von über acht Stunden gehen mit mehr Burnoutfällen einher (Vgl. Buckley et al. 2020: 12). In Bezug auf die Lage der Arbeitszeit trifft die wissenschaftliche Literatur keine eindeutige Aussage. So kann das durchgängige Arbeiten in der Tagschicht zu einem gesteigerten Gefühl von Depersonalisation führen (Vgl. Bursch et al. 2018: 66). Andererseits reduziert eine hohe Anzahl an Nachtschichten das posttraumatische Wachstum (PTG)⁴ signifikant (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2017: 412).

COVID-19

Die Pandemie hat einen negativen Einfluss auf die Erkrankten, Familien und Pflegenden der pädiatrischen Intensivstationen. So geben 75 % der Pflegenden an, sowohl Angst davor zu haben, Familie und Patient:innen anzustecken, als auch selbst an COVID-19 zu erkranken (Vgl. Balistreri et al. 2021: e231).

⁴ PTG: Wachstum durch eine traumatische Erfahrung (Rodríguez-Rey et al. 2017: 412).

Bedingt durch das dynamische Pandemiegeschehen werden Krankenhausprotokolle vermehrt angepasst. Pflegende erfahren dadurch eine zusätzliche Belastung, da sie ihre Arbeit häufiger neu ausrichten müssen. Die Kontakte zu Patient:innen werden sowohl in der Häufigkeit als auch in der Dauer deutlich verringert. Darüber hinaus kommt es zu Abweichungen früherer Goldstandards. Auch konnte eine Reduktion der sozialen Unterstützung, Zusammenarbeit und Interaktion festgestellt werden (Vgl. Balistreri et al. 2021: e231).

Veränderungen

Verstärkend wirken auch eine hohe Anzahl an pandemieunabhängigen Veränderungen, die meist mit Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden sind. Einige Anpassungen haben darüber hinaus einen negativen Einfluss auf die Patient:innenversorgung, was bei dem Pflegepersonal zu Unzufriedenheit führt (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 621). Insbesondere wenn sich Eltern beschweren und Pflegende nicht in den Entscheidungsprozess der Anpassung miteinbezogen werden, führt dies zu einem Gefühl, dass die professionelle Meinung nicht berücksichtigt wird (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39). Zugleich gibt es organisatorischen Anforderungen, die von Pflegenden als hinderlich empfunden werden. Dazu zählen beispielsweise Nachbesprechungen, bei denen es nicht um die Erfahrungen und Belastungen der Mitarbeitenden geht, sondern um die Leistung (Vgl. Helmers et al. 2020: 1151).

2.2.5. Persönliche Faktoren

Verantwortungsgefühl

Pflegende sind sich der Bedeutung ihrer Arbeit und der Verantwortung gegenüber Patient:innen und ihren Bezugspersonen bewusst. Dieses ausgeprägte Verantwortungsgefühl führt unabhängig von der Schwere der Erkrankung zu einem hohen emotionalen Belastungserleben. In Kombination mit der täglichen Arbeit, der mangelnden Zeit und dem Gefühl, den Patient:innen nicht die Aufmerksamkeit und Unterstützung geben zu können, die ihnen zusteht, berichten einige von einem chronischen Gefühl der Unzulänglichkeit. Dies kann zu einer chronischen Frustrationsquelle und ethischen Stress führen (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38-40). Darüber hinaus führt das Pflichtgefühl zu einer starken Fokussierung auf die behandelte Person. Verstirbt diese:r Patient:in, stellen sich Pflegende häufig die Frage, ob ihnen ein Fehler unterlaufen ist. Das Aufrechterhalten der professionellen Fassade im Kontakt mit Eltern und Kolleg:innen ist ein weiterer Belastungsfaktor (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 622f.).

Das Engagement bei EOLC für eine ganzheitliche bestmögliche Versorgung geht oft über die Standardempfehlungen hinaus und verdeutlicht das Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden. Können sie in diesem Kontext nicht für die Patient:innen sprechen und ihre eigenen Anforderungen nicht erfüllen, führt dies zu MD, was zu einer Reihe affektiver Reaktionen führen kann. Darüber hinaus kommt es zu einem Gefühl der professionellen Unzulänglichkeit und Ungläubigkeit (Vgl. Garten et al. 2021: 3f; Lewis 2017: 98f.).

Lebenserfahrung

Die eigene Geschichte, Erfahrungen und Emotionen außerhalb der Arbeit beeinflussen das Belastungserleben. So müssen persönliche Erfahrungen mit berufsnahen Situationen z.B. Schwangerschaftskomplikationen ausgeblendet werden, um die hohen beruflichen Anforderungen zu erfüllen (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619)

Eigene Kinder verstärken das Belastungserleben, da sich Pflegende mit dem Verlust und der Trauer der Familien identifizieren. Wenn das erkrankte Kind nicht gerettet werden kann, können Pflegende unter Überlebensschuld leiden. Eine Ähnlichkeit der Patient:innen mit dem eigenen Kind führt zu einer erhöhten emotionalen Komponente (Vgl. Lewis 2017: 100f; Lima et al. 2018: 45f.). Waren die eigenen Kinder in intensivpflichtigen Behandlung, lösen einige Situationen und Patient:innen Erinnerungen aus, was für die betroffenen Pflegenden herausfordernd ist (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619). Durch das umfangreiche Wissen äußern Schwangere Angst vor Komplikationen. Um die eigenen Ängste zu unterdrücken werden große Anstrengungen unternommen (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619).

Als zusätzliche Anforderung wird die Unfähigkeit zur Distanzierung beschrieben. Häufig nehmen Pflegende Bilder und Geräusche mit nach Hause und werden von dem Leid der Patient:innen und deren Familien heimgesucht. Nicht selten berichten sie von ständigen Gedanken und nächtlichen Träumen. Zu Hause erhalten sie meist nur eine unzureichende Unterstützung, da sich Außenstehende nicht mit dem Leid befassen wollen oder mit diesem nicht umgehen können (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619).

Berufserfahrung

Ob die Berufserfahrung ebenfalls ein Belastungsfaktor ist, kann in der Literatur nicht abschließend festgestellt werden. So wird argumentiert, dass eine Berufserfahrung von unter zehn Jahren mit einem höheren Angstlevel und einem erhöhtem Risiko für psychische Belastungen und Burnout einhergehen (Vgl. Bursch et al. 2018: 65-67; Gauthier et al. 2015: 405). Andererseits besteht eine schwach negative Korrelation zwischen

Berufserfahrung, Alter und der Wertschätzung des Lebens (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2017: 412). Andere Studien kommen zu dem Schluss, dass zwischen Alter, Einarbeitungszeit und Belastungswahrnehmung kein signifikanten Zusammenhang besteht (Vgl. Fiske 2018: 278).

Fehlendes Wissen

Die hohen beruflichen Anforderungen sind insbesondere für neue Pflegekräfte eine Hauptquellen für Stress. Nach der Einarbeitung erwarten Eltern und Kolleg:innen von ihnen, dass sie eigenständig arbeiten. Dies gilt als besonders stressig, da sie eine große Unsicherheiten in Bezug auf die eigenen klinischen Fähigkeiten empfinden, sodass es Schwierigkeiten bei der Priorisierung und Organisation der eigenen Arbeit gibt (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38). So äußert sich eine Pflegekraft: „Knowing what to do next and trying not to panic as a new nurse, I think that’s the hardest part“ (Cricco-Lizza 2014: 619). Aber auch die Unsicherheit in Bezug auf den Umgang mit belastenden Familien und den eigenen Belastungen wird als Stressfaktor benannt (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39f.).

Durch die Arbeit in Einzelzimmern ist der Zugang zu erfahrenen Kolleg:innen erschwert und das Beobachtungslernen wird behindert. Verstärkend wirkt zudem die Ungewissheit, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Art die eignen Kompetenzen gestärkt und wann sie mit weitergehenden Aufgaben betraut werden (Bry/Wigert 2022: 38f.).

Pflegekräfte, die ihren eigenen Wissensmangel, Fähigkeiten und/oder Selbstvertrauen als belastend empfinden, weisen tendenziell ein niedrigeres Niveau für das Gefühl der persönlichen Leistung auf (Vgl. Bursch et al. 2018: 66).

3. Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung führt diese Bachelorarbeit eine systematische Literaturrecherche in zwei Datenbanken durch. Um einen medizinisch-pflegerischen Fokus der Literatur zu erzielen, wurden die Datenbanken Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) und Public MEDLINE (PubMed) ausgewählt. Für die Recherche werden zunächst Synonyme für die Begriffe „Pflegekraft“, „Kinderintensivstation“, „Bewältigungsstrategien“ identifiziert und ins Englische übersetzt, bevor sie anschließend mit den Boole’schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft werden (siehe Anhang 6). Ergänzend wird eine Handsuche in den genannten Datenbanken sowie bei Google Scholar und dem Bibliothekskatalog der Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg (HAW)

durchgeführt. Des Weiteren analysiert diese Arbeit die Literaturverweise der eingeschlossenen Quellen und identifiziert mithilfe des Schneeballsystems weitere relevante Publikationen.

Zur Abbildung des aktuellen Forschungsstandes werden lediglich deutsch- und englischsprachige Publikationen der letzten zehn Jahre eingeschlossen. Die vorhandenen Sprachkenntnisse der Autorin verhindern die Auswertung anderssprachiger Publikation. Des Weiteren werden nur Studien eingeschlossen, die sich auf Bewältigungsstrategien von examinierten Pflegekräften auf Kinderintensivstationen – neonatologische und pädiatrische Intensivstationen – beziehen. Die vorliegende Bachelor-Thesis schließt entsprechende Studien aus, deren Fokus auf Angehörigen und anderem medizinischen Personal liegt oder deren Ergebnisse keine Untergruppenanalyse für Pflegekräfte durchführt. Anhang 7 liefert eine tabellarische Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien.

Die Literaturergebnisse dieser Arbeit basieren auf einer systematischen Recherche von Anfang April 2022. Zunächst werden in den jeweiligen Datenbanken nach Eingabe der Suchstrategie die Filtern „Deutsch“, „Englisch“ und „2012-2022“ angewendet. Die Suche resultiert in 82 Treffern, von denen acht Duplikate ausgeschlossen werden (siehe Anhang 8). Eine ergänzende Handsuche in den Datenbanken ergibt acht weitere relevante Publikationen (siehe Anhang 9). Eine Handsuche bei Google Scholar und der Universitätsbibliothek der HAW ergibt keine weiteren Treffer. Durch das Screening der Titel und Abstracts schließt diese Arbeit 50 von 82 Publikationen aus, da diese sich ausschließlich mit der Belastung befassen (n=8), der Fokus auf den Eltern liegt (n=26) oder sich die Publikationen nicht mit Bewältigungsstrategien von Pflegekräften beschäftigten (n=16). Sechs der verbliebene 32 Publikationen sind nicht im Volltext verfügbar und müssen nach vergeblicher schriftlicher Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Autor:innen ausgeschlossen werden. Weitere elf Studien erfüllen die Einschlusskriterien nicht, sodass die vorliegende Thesis 14 Publikationen auswertet. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 1 dargestellt.

Die eingeschlossenen Publikationen werden anhand der Datenextraktionsformulare für Beobachtungs- und Interventionsstudien von Dreier et al.(2010: 137f.) (siehe Anhang 10, Tabelle A7-A11; Anhang 11, Tabelle A12-16) und der Checkliste für qualitative Studien von Behrens/Langer(2016: 153-155) beurteilt (siehe Anhang 12, Tabelle A17-A20). Anschließend folgt die inhaltliche Auswertung in Bezugs auf die eingangs formulierte Fragestellung.

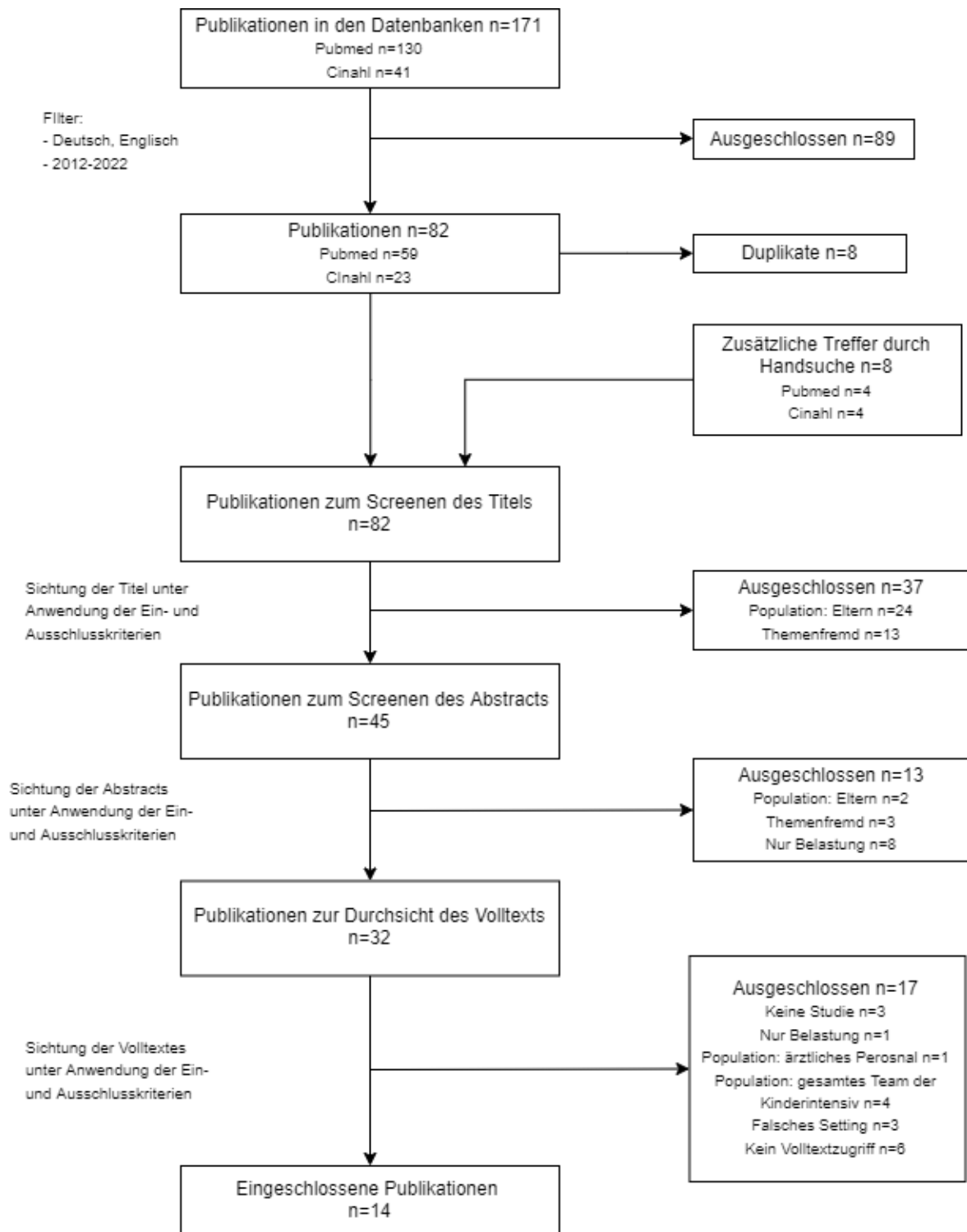


Abbildung 2: Flowchart Literaturrecherche (eigene Darstellung)

4. Ergebnisse

Dieses Kapitel befasst sich zunächst mit dem methodischen Vorgehen der identifizierten Publikationen. In Kapitel 4.2. werden die inhaltlichen Erkenntnisse der Studien in Bezug auf die Fragestellung thematisch zusammengefasst und erläutert. Abschließend beschreibt Kapitel 4.3. weitere Bedarfe bezüglich des Umgangs arbeitsbezogener Belastung von Pflegenden der NICU und PICU. Eine methodische und inhaltliche Zusammenfassung der inkludierten Studien ist in Anhang 13 dargestellt.

4.1. Methodische Merkmale der inkludierten Studien

Bei je fünf der 14 inkludierten Studien handelt es sich um Beobachtungs- oder Interventionsstudien. Die übrigen vier Studien lassen sich dem qualitativen Design zuordnen. Neun der 14 Studien untersuchen die Bewältigungsstrategien der Pflegenden US-amerikanischen Kinderintensivstationen. Je eine Studie kommt aus Deutschland, Schweden, Iran, Brasilien und Kanada. Sieben der inkludierten Studien befassen sich ausschließlich mit NICUs, vier weitere mit PICUs und drei Studien untersuchen Pflegende in beiden Settings (siehe Tabelle 1). Darüber hinaus wurden in allen Studien die demografischen Daten erhoben.

Tabelle 1: Herkunftsland, Studiendesign und Population der inkludierten Studien (eigene Darstellung)

	Bry/Wigert (2022)	Bursch et al. (2018)	Cricco-Liza (2014)	Fiske (2018)	Flanders et al. (2020)	Garten et al. (2021)	Gauthier et al. (2015)	Hawes et al. (2020)	Helmerts et al. (2020)	Lary et al. (2019)	Lee et al. (2015)	Lewis et al. (2017)	Moraes et al. (2016)	Rodriguez et al. (2020)
Herkunftsland	S	U	U	U	U	D	U	U	K	I	U	U	B	U
Beobachtungsstudie				•		•					•		•	•
Interventionsstudie		•			•		•	•		•				
Qualitative Studie	•		•						•			•		
NICU	•		•	•				•*		•		•		
PICU					•		•		•		•*			
NICU & PICU		•				•								•°

Abkürzungen: B = Brasilien, D = Deutschland I = Iran, K = Kanada S = Schweden, U = USA

* = gesamtes Personal d. NICU/PICU, ° = Pflegende und Nurse Technicians

Bry/Wigert(2022: 37f.) untersuchen Stressquellen und die soziale Unterstützung auf der NICU. Dazu führen die Autorinnen 13 semistrukturierte Interviews mit Pflegenden und werten diese induktiv nach Granheim/Lundman (2004) aus.

Bursch et al.(2018: 63-65) betrachten in ihrer Studie die Durchführbarkeit und Akzeptanz eines Instruments zur Selbsteinschätzung Mit einem anschließenden Feedback-

Mechanismus für Pflegekräfte auf der NICU und PICU. Ergänzend schätzen die Autor:innen die Prävalenz von psychiatrischen Symptomen ein und ermitteln Variablen, die Burnout in dieser Stichprobe am stärksten vorhersagen. Das Selbsteinschätzungsinstrument beinhaltet das abbreviated Maslach Burnout Inventory (aMBI), Brief Resilience Scale (BRS), Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD), Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) sowie eine von den Autor:innen erstellte, literaturbasierte Liste mit Stressoren für Pflegekräfte. Abschließend bewerten die Teilnehmenden das Online Tool mit einer 5-Punkte Likert-Skala und anhand offener Fragen. In der 12-tägigen Versuchsphase nehmen 119 Pflegekräfte teil, von denen vier aufgrund von fehlenden Daten ausgeschlossen werden.

In der qualitativen, ethnographischen Studie von *Cricco-Lizza(2014: 616f.)* untersucht die Autorin die Emotionsarbeit und die Bewältigungsstrategien auf einer NICU. Dazu führt sie in einem Zeitraum von 14 Monaten im Schnitt je 3,5 teilnehmende Beobachtungen und informelle Interviews mit 114 von 250 Pflegenden durch. Ergänzend interviewt die Autorin 18 Beschäftigte in einem formellen, semistrukturierten Format. Parallel zur Datenerhebung erfolgt die induktive Ableitung von Codes und die Strukturierung in Kategorien, welche anschließend verglichen, kontrastiert und nach Mustern analysiert werden.

Fiske(2018: 277) führt eine Online-Befragung an drei Magnetkrankenhäusern in den USA zur Identifikation von Stress- und Zufriedenheitsfaktoren sowie Bewältigungsmechanismen des Pflegepersonals in der NICU durch. Die Befragung umfasst das ICU Stressor Survey, die Ways of Coping Scale und drei offene Fragen zu stressigen und befriedigenden Arbeitssituationen sowie Verbesserungswünschen. Die Ergebnisse der 72 Teilnehmenden, die innerhalb des Erhebungszeitraums von einem Monat beteiligen, werden mithilfe deskriptiver Statistik, einer iterativen Kodierung und thematischen Gruppierung ausgewertet.

Der Artikel von *Flanders et al.(2020: 2f.)* befasst sich mit den Auswirkungen eines Resilienz Programms, welches zwei Jahre zuvor in einer PICU in den USA eingeführt wurde. Dabei erheben die Autor:innen die professionelle Lebensqualität (LQ), CF, Compassion Satisfaction⁵, Burnout und die Fluktuation und das Engagement von Pflegenden. Hierzu werden sechs Punkte der Press Ganey Mitarbeiterbeteiligung, das Professional Quality of Life Scale (ProQOL) und interne Daten zur Fluktuation genutzt. An der Befragung nehmen 150 Pflegende der PICU teil, die dort mindestens drei Monate arbeiten. Um eine Korrelation zwischen den erhobenen Variablen und dem Engagement zu ermitteln, umfasst die

⁵ Compassion Satisfaction ist die Freude, wenn die Arbeit gut gemacht werden kann (Vgl. Stamm 2010: 12).

deskriptive Analyse neben Häufigkeiten und Mittelwerten auch Spearmans-Rho. Zur Feststellung der Wirkung des Programmes auf die Fluktuation und das Engagement nutzen die Autor:innen die Pearson Korrelationen und geben t-Teststatistiken an.

Die deutsche Studie von *Garten et al.(2021: 2f.)* erhebt und vergleicht die wahrgenommen Belastung von Pflegenden bei der Betreuung von sterbenden Patient:innen und deren Familien in der NICU und PICU. Von 227 Pflegekräften, die mindestens sechs Monate Intensivverfahren haben, nehmen insgesamt 75 an der Befragung teil. Zwei Teilnehmer:innen werden aufgrund fehlender Daten ausgeschlossen, sodass die Stichprobe aus 32 NICU und 24 PICU Pflegenden besteht. Für die Studie erstellen die Autor:innen einen eigenen, literaturbasierten Fragebogen, welcher durch eigene Fragen ergänzt wird. Der Fragebogen durchläuft einen Pretest mit 26 Teilnehmenden und die Validität wird durch ein internes Gremium bestätigt. Die Datenauswertung erfolgt deskriptiv. Offenen Fragen werden subjektiv analysiert.

Gauthier et al.(2015: 403-405) untersuchen die Durchführbarkeit einer 5-minütigen Achtsamkeitsmeditation vor Dienstbeginn bezüglich der Teilnahme und Adhärenz. Des Weiteren evaluieren die Autor:innen die Veränderung von Stress, Burnout, Selbstmitgefühl, Achtsamkeit und Arbeitszufriedenheit und identifiziert Merkmale, die zu Unterschieden in Bezug auf Stress und Burnout im Laufe der Zeit führen. 45 Pflegende einer US-amerikanischen PICU nehmen an der Studie teil. Von diesen füllen 38 alle drei Befragungen – Pre-, Post-Test und 1-Monats-Follow-up – aus. Die Daten werden an den drei Befragungszeitpunkten mit der Maslach Burnout Skala (MBI), der Nursing Stressor Scale (NSS), der Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) und der Self compassion Scale (SCS) erhoben. Ergänzend enthält der Fragebogen eine Frage zur Jobzufriedenheit, welche die Teilnehmenden anhand der 5-Punkte-Liker-Skala bewerten. Die vorläufige Analyse erfolgt mittels einer Varianzanalyse (ANOVA) und des t-Tests. Die Autor:innen vergleichen die psychologischen Messwerte der Pre- und Posttest und analysieren verschiedene Variablen. Ferner wird ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und wiederholte ANOVA Messungen durchgeführt.

Hawes et al.(2020: 402f.) evaluieren die Einführung eines formellen Debriefings für das interdisziplinäre Team der NICU 72 Stunden nach dem Tod von Patient:innen. Dazu wird vor und zwei Jahre nach der Implementation ein Online-Fragebogen verschickt ($n_{pre}=115$, $n_{post}=35$). Des Weiteren macht ein Mitglied des Forschungsteams während der Nachbesprechungen Feldnotizen ($n=40$). Im Anschluss an jede Nachbesprechung verteilen die Autor:innen einen individuellen Feedbackbogen an die Teilnehmenden ($n=148$). Anhang 11, Tabelle

15 zeigt eine Übersicht zu den Professionen der Teilnehmenden. Zu den Inhalten der Fragebögen wird keine Aussage getroffen. Die Datenanalyse erfolgt mittels deskriptiver Statistik. Die Feldnotizen werden durch induktive Kodierung und Kategorisierung ausgewertet. Diese wird durch verschiedene Autor:innen so lange durchgeführt, bis ein Konsens besteht. Dabei findet die erste Kodierung nach den ersten 12 Sitzungen statt. Die verbleibenden Feldnotizen werden nach dem Projektabschluss analysiert.

Helmerts et al.(2020: 1149f.) untersuchen das Erleben von MD erfahrenen Pflegekräften in der pädiatrischen Intensivpflege und identifizieren Bewältigungsstrategien und -ressourcen. Dafür wird ein Fokusgruppeninterview in hybrider Form mit sieben Pflegekräften mit mindestens zehn Jahren Berufserfahrung durchgeführt. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als Grundlage für die anschließenden semistrukturierten Interviews. Die zehn individuellen Interviews führen die Autor:innen sowohl online als auch in Präsenz durch. Die anschließende Analyse der Transkripte folgt einer offenen und axialen Kodierung und Auswertung.

Lary et al.(2019: 190-192) prüfen die Wirkung eines Stressmanagementprogramms in Anlehnung an McNamara auf die Stressreaktion von Pflegekräften im Iran. Dafür nehmen vier Krankenhäuser an der Untersuchung teil. Je zwei Krankenhäuser werden der Interventions- und Kontrollgruppe zugeordnet und die jeweils 35 NICU Pflegenden umfasst. Die Datenerhebung erfolgt an drei Zeitpunkten – Pre-Test, Post-Test und 6-Wochen-follow-up – mittels dem Stress Response Inventory (SRI). Die deskriptive Datenanalyse umfasst den χ^2 -Test, exakten-Fisher-Test, t-Test und eine ANOVA mit wiederholter Messung.

Lee et al.(2015: 423-425) führen zur Beschreibung Resilienz-fördernder Ressourcen, deren Inanspruchnahme und Auswirkung eine deskriptive Befragung in der NICU durch. In der ersten Phase wird der selbst erstellte Fragebogen von 20 Führungskräfte aus mehreren Krankenhäusern ausgefüllt. In einer zweiten Phase werden die Mitarbeitenden derselben Institutionen befragt. Der Fragebogen wird bezüglich der Häufigkeit und Wirkung der einzelnen Ressourcen erweitert. Darüber hinaus wird die Resilience Scale (RS-14) und das Safety Attitudes Questionnaire ergänzt. Insgesamt nehmen in der zweiten Phase 1066 Mitarbeitende an der Untersuchung teil – davon 893 Pflegekräfte. Die Analyse des Datensatzes erfolgt deskriptiv und es wird eine vergleichenden Untergruppenanalyse durchgeführt

Lewis(2017: 96-98) identifiziert in ihrer Studie affektive, interaktionelle und bedeutungsbezogene Reaktionen bei der Betreuung sterbender Säuglinge und deren Familien sowie Bewältigungsstrategien und persönliche Veränderung in der Praxis. Hierzu erhält sie über eine Online-Umfrage der National Association of Neonatal Nurses (NANN) 36 Narrative zu einer

Situation in der EOLC starke Emotionen ausgelöst hat. Die Analyse erfolgt mit der thematisch-narrativer-Analysetechnik nach Reisemann.

In Brasilien befragen *Moraes et al.(2016: 3)* fünf Pflegekräfte und 18 Nurse Technicians einer PICU und NICU, um Copingstrategien zu identifizieren. Hierzu nutzen die Autor:innen die adaptierte Version des Coping Strategies Inventory (CSI) für Brasilien (IEC7). Die deskriptive Analyse beinhaltet neben dem Mittelwert und der Standardabweichung auch das Minimum und Maximum sowie den Cronbachs-Alpha-Koeffizient.

Rodriguez et al.(2020: 229f.) führen zur Identifikation von dem Grad der Trauer sowie aktuelle und früheren Bewältigungsmechanismen eine Querschnittsstudie durch. Für die Datenakquise wird das Revised Grief Experience Inventory (RGEI) und vier Aspekte des Need Assessment Questionnaires genutzt. Zudem erhalten die 45 Teilnehmenden der NICU eine Liste mit Coping Mechanismen zur Bewertung sowie offene Fragen zu weiteren Unterstützungsbedarfen. Die quantitativen Daten werden deskriptiv ausgewertet. Zur Auswertung der offenen Fragen treffen die Autor:innen keine Aussage.

4.2. Umgang mit Belastungen

Auf Grundlage der inkludierten Literatur lassen sich drei Kategorien im Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen identifizieren (siehe Tabelle X). Diese unterscheiden sich durch die verschiedenen Rollen, die Pflegenden im Privat- und Berufsleben einnehmen. So befasst sich Kapitel 4.2.1. zunächst mit den Strategien, die Pflegekräfte in der Rolle als Privatperson nutzen. Kapitel 4.2.2. thematisiert den arbeitsplatzbezogenen Umgang und anschließend werden in Kapitel 4.2.3. die institutionellen Ressourcen bei der Handhabung beruflicher Belastungen erläutert. Dabei ist zu beachten, dass die Kategorisierung lediglich aus analytischen Gründen vorgenommen.

Tabelle 2: Übersicht Bewältigungsstrategien (eigene Darstellung)

Umgang als Privatperson	Arbeitsplatzbezogener Umgang	Institutionelle Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung: Familie & Freunde - Selbstfürsorge - Spiritualität/ Religiosität - Mentale Vorbereitung/Distanzierung - Online-Selbsteinschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung: Kolleg:innen - Soziale Unterstützung: interdisziplinäres Team - Kommunikation - Professionelles Handeln - Mitgefühl - Abgrenzung - Sinnfindung - Jobwechsel 	<ul style="list-style-type: none"> - Formelle Nachbesprechungen & Reflexion - Informelle Nachbesprechungen - Fort- und Weiterbildung - Mentoring Programm/ Teambuilding - On the Job Mindfulness - Resilienzprogramm - Stressmanagement Programm

4.2.2. Umgang als Privatperson

Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde

Moraes et al.(2016: 6) kategorisieren die soziale Unterstützung durch den Austausch und die Reflexion mit Familien und Freunden als aktive Copingstrategie. Sie nehmen an, dass die Reflexion von Gefühlen zu Handlungen führen, die die Stresssituation mildern und potenziellen Stressoren minimieren. Diese Art der Copingstrategie wird als hilfreichste und meist genutzte Ressource im Umgang mit arbeitsbedingter Belastung von Pflegenden auf der NICU/PICU beschrieben (Vgl. Garten et al. 2021: 5; Helmers et al. 2020: 1153; Lee et al. 2015: 428; Moraes et al. 2016: 3). In der Studie von Rodriguez et al.(2020: 231) geben $\frac{3}{4}$ der Befragten an, ihre Familie als soziale Bewältigungsstrategie in der Vergangenheit genutzt zu haben. 58 % der Befragten wenden sich hierfür an Freunde. Darüber hinaus äußern sie, diese Ressourcen auch zukünftig nutzen zu wollen. Auch soziale Kontakte mit Kolleg:innen außerhalb des Arbeitsplatzes werden von 76 % der Befragten als mäßig bis sehr hilfreich angesehen (Vgl. Lee et al. 2015: 428). 83,7 % der Befragten in der Studie von Fiske (2018: 278, 283) geben an, dass ihre Fähigkeiten und ihr Wissen fast immer oder häufig von ihren Bezugspersonen respektiert werden. Auch bei EOLC wird die Unterstützung und Empathie durch das soziale Umfeld als hilfreiche Copingstrategie identifiziert (Vgl. Garten et al. 2021: 8).

Persönliche Strategien zur Selbstfürsorge (Self-Care)

Um besser mit den eigenen Emotionen und Erfahrungen umgehen zu können und das eigene körperliche sowie psychische Wohlbefinden zu verbessern, empfehlen erfahrene Pflegekräfte jüngeren Kolleg:innen, individuelle Strategien zur Selbstfürsorge zu entwickeln (Vgl. Helmers et al. 2020: 1152). In der Befragung von Cricco-Lizza (2014: 622) nennen Befragte Sport, bewusste Pausen, Ablenkung durch Erholung oder spirituelle Erneuerung. Aber auch die Teilnahme an Freizeitaktivitäten (Vgl. Garten et al. 2021: 5), bewusste Dankbarkeit (Vgl. Lewis 2017: 101) und die Fokussierung auf die Zukunftshoffnung (Vgl. Helmers et al. 2020: 1153) können Strategien zur Selbstfürsorge sein.

Religiosität und Spiritualität

Eine weitere Ressource im Umgang mit arbeitsbedingten Belastungen ist die Spiritualität, der Glaube und Gebete. So geben 61,8 % der Teilnehmenden von Rodriguez et al.(2020: 231) an, die Kirche und Gebete in der Vergangenheit als Copingstrategie genutzt zu haben. Selbige geben an, diese auch zukünftig zur Stressbewältigung nutzen zu

wollen. Zu ähnlichen Erkenntnissen gelangt auch Fiske(2018: 278). In ihrer Studie bezeichnen mehr als die Hälfte der Pflegenden Religiosität und Gebete als mäßig bis sehr hilfreich. Durch den Glauben und Spiritualität kann es zu einer positiven Neubewertung des Erlebten kommen (Vgl. Moraes et al. 2016: 6). Dabei wird dem kurzen und/oder schwierigen Leben der Patient:innen bewusst einen Sinn gegeben (Vgl. Lewis 2017: 100). So äußert sich eine Pflegekraft:

I made 'friends' with death. I see death as part of life and believe that life, no matter how short or long, has purpose...This believe [sic] allows me to give myself to the patient and the family and it protects me from the emotional pain. (Lewis 2017: 100)

Jedoch geben $\frac{1}{3}$ der Befragten in der Studie von Fiske(2018: 278) an, Spiritualität und Glauben nie als Bewältigungsstrategie zu nutzen. Dies wird von Lewis (2017: 100) bestätigt.

Mentale Vorbereitung und Distanzierung

Auch die mentale Vorbereitung auf dem Arbeitsweg ist ein Bewältigungsmittel. Dabei sprechen sich einige Pflegenden selbst Mut zu. Auch das Hören lauter Musik sowohl auf dem Hin- als auch auf dem Rückweg wird genannt. Dies dient darüber hinaus einer bewussten Abgrenzung von Arbeits- vom Privatleben. Durch eine bewusste Distanzierung schaffen Pflegenden Abstand zu ihren Patient:innen, um das Erlebte und die Belastungen nicht mit nach Hause zu nehmen. Dies fällt den meisten jedoch schwer und gelingt nicht immer (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 622; Helmers et al. 2020: 1152f.). Bei Cricco-Lizza(2014: 622) wird der Vorteil von 12-Stunden-Schichten hervorgehoben, da im Anschluss längere freie Blöcke folgen.

Online Mental Health Wellness Self Assessment

Das anonyme Online-Selbsteinschätzungsinstrument von Bursch et al. (2018: 63-65) besteht aus verschiedenen validierten Messinstrumenten, die das Ausmaß von Burnout, Resilienz, Trauma, Depression und Angst ermitteln. Anschließend erfolgt eine sofortige Psychoedukation über den Schweregrad der Symptomatik. Ergänzt wird die Edukation durch Empfehlung für evidenzbasierten Selbsthilfestrategien und lokale Anlaufstellen, die auf das spezifische Risikoprofil des Teilnehmenden angepasst sind. 79 % der Teilnehmenden schätzten das Online-Instrument als mäßig hilfreich, hilfreich oder sehr hilfreich ein. Bei Pflegenden mit klinisch relevanten Symptomen liegen diese Einschätzungen bei 83-100 %. Auch die Rücklaufquote von 45 % innerhalb des Erprobungszeitraums von 12 Tagen lässt auf ein hohes Interesse und eine hohen Nachfrage schließen (Vgl. Bursch et al. 2018: 65f.).

4.2.3. Arbeitsplatzbezogener Umgang

Unterstützung durch Kolleg:innen

Die wichtigste Ressource für den arbeitsplatzbezogenen Umgang ist sowohl in der NICU als auch in der PICU das Arbeitsklima und Unterstützung innerhalb des Teams (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39; Fiske 2018: 283; Lewis 2017: 101; Moraes et al. 2016: 3). So geben Befragte die Unterstützung durch das Team mit 56-87,5 % als eine der hilfreichsten Coping Strategien an (Vgl. Garten et al. 2021: 5; Rodriguez et al. 2020: 231). Darüber hinaus unterstützen sich die Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag und halten bei Krisen und Konflikten im interdisziplinärem Team zusammen. Auch der Austausch wird als hilfreiche Bewältigungsstrategie angesehen, da Außenstehende die erlebten Situationen und Gefühle nicht immer nachvollziehen können (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39; Cricco-Lizza 2014: 622; Helmers et al. 2020: 1152f; Lewis 2017: 101). So nutzen 72 % der Befragten von Lee et al. (2015: 428) gelegentlich oder häufig 1:1 Gespräche mit Kolleg:innen. Die Gespräche empfinden $\frac{3}{4}$ der Befragten als mäßig bis sehr hilfreich. Somit ist dies die zweithilfreichste Strategie.

Unterstützung durch das interdisziplinäre Team

Die Hälfte der Pflegenden in der Befragung von Lee et al. (2015: 428) ziehen Sozialarbeiter:innen in die Versorgung hinzu. Davon halten 59 % dies für mäßig bis sehr hilfreich. Die Teilnehmer:innen von Cricco-Lizza (2014: 624) geben an, dass eine psychosoziale Unterstützung der Familien durch diese, insbesondere bei emotional angespannten Situationen, die eigenen Belastungen minimieren. Bei EOLC wird von 49 % der Pflegenden das Palliativ Team hinzugezogen. Dies wird von 62 % als mäßig oder sehr hilfreich angesehen (Vgl. Lee et al. 2015: 428). Aber auch die Unterstützung und Empathie durch das interdisziplinäre Team ist laut Garten et al. (2021: 8) insbesondere bei EOLC entscheidend. Lediglich 14 % der Befragten nehmen an einem Ethik-Ausschuss teil. Die Teilnahme wird in 39 % der Fälle als mäßig bis sehr hilfreich eingestuft (Vgl. Lee et al. 2015: 428).

Kommunikation

Kommunikation ist für ein feste Teamzusammenhalt unabdingbar und stellt auf der PICU eine der wichtigsten Bewältigungsmethoden dar. Durch eine offene Kommunikation innerhalb des interdisziplinären Teams, der aktiven Beschäftigung mit allen klinisch relevanten Fakten und der Festlegung eines klaren Behandlungsziels können Missverständnisse und Konflikte verringert werden (Vgl. Helmers et al. 2020: 1152f.). Des Weiteren kann das

direkte Ansprechen von Problemen helfen, die Ursachen für MD zu identifizieren und diese zu beseitigen (Vgl. Helmers et al. 2020: 1152f.).

Auch die Kommunikation mit den Eltern und dem Team vor und nach einem Todesfall können die Belastungen reduzieren. So zählt dies laut der Umfrage von Garten et al.(2021: 5) in beiden Settings zu einem der drei wichtigsten Bewältigungsmethoden. In unkritischen Situationen nutzen Pflegende der NICU hingegen häufig Humor und leichte Unterhaltung z.B. über Filme, Restaurants, um den Eltern und Pflegenden eine mentale Pause ermöglichen (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 623).

Mit 73 % ist die Benachrichtigung über einen Todesfall die meistgenutzte Bewältigungsstrategie in der Studie von (Lee et al. 2015: 428). Diese wird von 72 % der Pflegenden als mäßig oder sehr hilfreich eingeschätzt.

Professionelles Handeln

Ein protektiver Faktor für NICU und PICU Pflegekräfte das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und das Wissen (Vgl. Bursch et al. 2018: 67; Fiske 2018: 278; Helmers et al. 2020: 1151). Dabei korreliert die Berufserfahrung sowohl mit dem Vertrauen in das eigene Wissen und die eigenen Fähigkeiten als auch mit dem wahrgenommenem Respekt von Vorgesetzten und dem ärztlichen Personal (Vgl. Fiske 2018: 278). Lewis(2017: 101) weist darauf hin, dass durch traumatische Erfahrungen und PTG die Arbeitsweise beeinflusst wird. Laut Cricco-Lizza(2014: 622) haben Pflegende aufgrund der komplexen pflegerischen Anforderungen, den hohen persönlichen Erwartung und den Fokus auf die Patient:innen eine hocheffiziente, detailgenaue Aufmerksamkeit. Diese gibt ihnen insbesondere während des stressigen Arbeitsalltags und der Unberechenbarkeit der NICU ein Kontrollgefühl. Darüber hinaus fokussieren sich NICU und PICU Pflegenden auf klinischen Aufgaben die zeitnah zu erledigen sind und auf die sie einen Einfluss haben (Vgl. Fiske 2018: 278; Helmers et al. 2020: 1153). Durch die Selbstkontrolle, Situationsanalyse und anschließenden Festlegung relevanter pflegerischen Maßnahmen wird so eine Überversorgung verhindert (Vgl. Moraes et al. 2016: 6).

Mitgefühl

98,8 % der Befragten PICU Pflegenden geben an, dass Mitgefühl die wichtigste Copingstrategie ist (Vgl. Garten et al. 2021: 5). In der NICU wird darüber hinaus das gemeinsame Trauern mit den Eltern als positiv empfunden, um ihnen zu zeigen, wie sehr die Pflegenden sich um die Patient:innen gesorgt haben (Vgl. Lewis 2017: 100). Einige der Befragten von

Cricco-Lizza (2014: 624) geben an, an Gedenkfeiern und Beerdigungen teilzunehmen – insbesondere bei einer Betreuung von mehr als vier Wochen. In der Studie von Lee et al. (2015: 428) nutzen 35 % diese Möglichkeit. Davon bewerten etwa die Hälfte der Pflegenden dies als mäßig oder sehr hilfreich. Das sozial-akzeptierte Trauerritual ermöglicht ihnen, mit dem Verlust abzuschließen und gilt zudem als Zeichen der Familienunterstützung (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 624).

Helmerts et al.(2020: 1154f.) kommen zu dem Schluss, dass eine moralisch sensible Pflege in der PICU ein Abwägen zwischen der Patient:innenzufriedenheit, der Limitation der technologischen Möglichkeiten und dem eigenen Mitgefühl, ist. Dies ermöglicht einen konstruktiven Umgang mit MD und führt zu einer Belastungsreduktion.

Abgrenzung

Eine weitere Methode ist, wie in Kapitel 4.2.1. beschrieben, die Abgrenzung des Berufs- und Privatlebens (Vgl. Gauthier et al. 2015: 408). Helmerts et al.(2020: 1153) schlussfolgern, dass es für einen gesunden Umgang notwendig ist, die bestmögliche Pflege zu leisten und anschließend loszulassen. Ergänzend sind bewusste Pausen eine Möglichkeit, Abstand von den Patient:innen zu gewinnen (Vgl. Helmerts et al. 2020: 1153). So lassen sich die Hälfte der Pflegenden nach einem Todesfall von ihren Pflichten befreien, was in 66 % der Fällen als mäßig oder sehr hilfreich beschrieben wird (Vgl. Lee et al. 2015: 428).

Sinnfindung im Beruf

Die Arbeit in der NICU ist mit der andauernden Suche und dem Finden nach dem Sinn in der täglichen Arbeit verbunden. Daher lenken Pflegende ihren Fokus auf die Patient:innen, die gerettet werden können (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 624; Moraes et al. 2016: 6). So ist der am meisten erfüllende Aspekt die Arbeit mit den Familien und das Verfolgen von Fortschritten der Patient:innen (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f; Fiske 2018: 282). Wenn die behandelten Personen der NICU genesen, empfinden Pflegende Stolz und Erfüllung. Sie freuen sich über Besuche von ehemalige Patient:innen nach Entlassung, da es ihnen ermöglicht, die Entwicklung der Kinder nach ihrem Intensivaufenthalt zu verfolgen. Diese Freude hält lange an, wird mit den Kolleg:innen geteilt und an schlechten Tagen als Motivation genutzt (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 622, 624; Fiske 2018: 282).

In bestimmten Situationen geben Pflegende auch dem Verlust von Patient:innen einen Sinn. Ist das Leid eines Kindes, bei dem die LQ voraussichtlich stark eingeschränkt gewesen wäre, beendet, empfinden Pflegende der NICU gelegentlich Erleichterung und Frieden. Des

Weiteren sind Pflegende der PICU stolz, wenn die Patient:innen und ihren Familien eine hochwertige EOLC durch das interdisziplinäre Team erhalten (Vgl. Lewis 2017: 100).

Jobwechsel

Cricco-Lizza(2014: 624,626) beobachtet in der 14-monatigen Studie, dass $\frac{1}{3}$ der neu eingestellten Pflegekräfte in der NICU die Station wechseln, da die emotionalen Anforderungen ihre Fähigkeiten, mit den Eltern und Patient:innen umzugehen, übersteigen. Die Folgen sind Vermeidung und Rückzug bis hin zu einem Stations- oder Jobwechsel.

4.2.4. Institutionelle Ressourcen

Formelle Möglichkeiten der Nachbesprechung und Reflexion

Hawes et al.(2020: 402-404) untersucht die Auswirkung eines formellen Debriefings auf einer NICU in den USA. Die Teilnahme an den Debriefings ist freiwillig und findet 72 Stunden nach einem Todesfall statt. Dabei wird ein strukturierter Ablauf befolgt (siehe Anhang 14). Innerhalb des Studienzeitraums von zwei Jahren finden insgesamt 40 Debriefings statt. Die Anzahl der Teilnehmenden und die Häufigkeit der Teilnahme des Einzelnen verdoppelt sich in den letzten 12 Monaten. Des Weiteren geht das Alter der Patient:innen und somit auch die Dauer der Betreuung mit einer erhöhten Anzahl an Teilnehmenden einher. Themen sind (herausfordernde oder nicht herausfordernde) Beziehung zwischen dem Personal und der Familie, Bewertung des Todesfalls, der Teamzusammenhalt (Selbstverständnis im Team), die gegenseitige Fürsorge und die emotionale Auswirkung auf das Personal. Nach der Teilnahme sinkt das angegebene Stressniveau. Die Intervention wird von den Teilnehmenden als sehr hilfreich und nützlich eingestuft. Dabei geben sie an, dass in den Debriefings ein Gefühl der Sicherheit besteht und eigenen Gefühle geäußert werden können. Des Weiteren wird die Möglichkeit, Erfahrungen zu teilen und emotionale Unterstützung beim Zeigen von Trauer und bei der Trauerverarbeitung zu erhalten, als sehr effektiv beschrieben. Auch die Zufriedenheit mit den einzelnen Nachbesprechungen beschreiben die Teilnehmer:innen als herausragend. Lediglich bei der Bewertung des Informationsgehaltes und der Nützlichkeit stellen die Autor:innen einen Unterschied zwischen den Professionen fest, wobei Pflegende besonders profitieren. Die Autor:innen schlussfolgern, dass die emotionalen Auswirkungen bei der Betreuung sterbender Patient:innen und deren Familien durch die Einführung einer formellen Nachbesprechung verringert werden kann. Da sich Pflegende besser auf diese Situationen vorbereiten, profitieren auch Familien, die zukünftig in Behandlung

stehen (Vgl. Hawes et al. 2020: 402-407). Zu dem gleichen Schluss kommen auch Helmers et al.(2020: 1153), die sich auf formelle Debriefings für Pflegenden der PICU beziehen. In der Untersuchung von Cricco-Lizza(2014: 624) wird ein Debriefing für Pflegende der NICU schlecht angenommen. Eine mögliche Ursache ist die Vermeidung von Gesprächen über negative Emotionen. Nach einer Reihe von Todesfällen profitieren einige Teilnehmende jedoch von der Intervention.

Lee et al. (2015: 428) ermitteln darüber hinaus die Inanspruchnahme und Wirkungsgrad von einem institutionellen Gottesdienst und der Erleichterung an der Teilnahme der Beerdigung des verstorbenen Patienten. Ersteres nutzen 18 % der befragten Pflegenden und letzteres 35 %. In beiden Fällen wird diese Strategie von der Hälfte der Befragten als mäßig bis sehr hilfreich eingeschätzt. Darüber hinaus sind auch Seelsorgeangebote oder eine spirituelle Betreuung eine Bewältigungsmöglichkeit. Diese wird von 30 % genutzt und 60 % bewerten diese Art der Intervention als mäßig oder sehr hilfreich.

Informelle Arten der Reflexion

In der Studie von Bry/Wigert(2022: 39) wird vor der Datenerhebung eine informelle Gruppenreflexion am Schichtende durchgeführt. Diese ermöglicht einen Austausch über den Tagesverlauf und das Ansprechen von Problemen. Die Pflegende sehen dies als wertvolles Mittel zur Bewältigung der emotionalen Arbeit in der NICU.

Nachbesprechungen nach belastenden Ereignissen oder Todesfällen wird von 62 % der Befragten, die diese Intervention nutzen, als mäßig bis sehr hilfreich eingestuft (Vgl. Lee et al. 2015: 428). Auch Lewis(2017: 104) schlussfolgert, dass NICU Pflegende durch die Einführung mehrerer informeller Nachbesprechungen in den Tagen oder Wochen nach einem Todesfall profitieren können. Durch ein großes Angebot an Debriefings kann das Pflegepersonal individuell entscheiden, wann sie bereit sind, über die Ereignisse zu sprechen. Darüber hinaus kann die Einführung eines Journalclubs zur Sterbebegleitung eine zeitsparende und hilfreiche Methode sein, um Pflegende in eine reflektierende Praxis einzuführen.

Fort- und Weiterbildung

Eine weitere institutionelle Ressource, die Pflegenden der PICU den Umgang mit arbeitsbedingter Belastung erleichtern, sind Beratungen und Schulungen durch Expert:innen im Bereich Bioethik, Sozialarbeit und/ oder Palliativversorgung (Vgl. Helmers et al. 2020: 1153). Auch in der NICU nehmen Pflegende regelmäßig an Weiterbildungen teil, die sich auf klinischen Fähigkeiten fokussieren (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 624). Aber auch Schulungen in

Bezug auf die psychische Belastung im Zusammenhang mit dem Tod von Kindern und Trauerbegleitung werden, wenn vorhanden, von fast allen Pflegenden als hilfreich erachtet (Vgl. Garten et al. 2021: 8). Laut Bursch et al.(2018: 67) profitieren insbesondere neue NICU und PICU Pflegekräfte von Workshops, die die Resilienz und Selbstwirksamkeit stärken. 44 % der Pflegekräfte in der Studie von Lee et al.(2015: 428) nutzen die Aufklärungen über Selbstfürsorge und Bewältigungsmechanismen. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden bewerten diese Intervention als mäßig bis sehr hilfreich (Vgl. Lee et al. 2015: 428).

Mentoring Programme und Teambuilding

Mentoring Programme stellen eine weitere hilfreiche Unterstützungsmöglichkeit von Pflegenden in der NICU und PICU dar. Dabei erhalten Pflegenden nach der Einarbeitung eine:n Mentor:in zur Unterstützung, welche:r sich regelmäßig nach dem Befinden und Problemen erkundigt und bei Bedarf zu Hilfe herangezogen werden kann (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39; Helmers et al. 2020: 1153). Lewis(2017: 104) schlägt vor, neuen Pflegenden eine erfahrene Pflegekraft an die Seite zu stellen, sodass diese bei EOLC Situationen unterstützend wirken kann und somit die Versorgungsqualität sichergestellt ist. Des Weiteren reduziert sich dadurch die Belastung der neuen Pflegenden.

Zur Förderung des Teamzusammenhalts kommt Fiske(2018: 282f.) zu dem Schluss, dass Teambuilding-Events die gegenseitige Wertschätzung und Kollegialität verbessern.

On-the-Job-Mindfulness-Meditation

Gauthier et al.(2015: 402) untersuchen die Wirksamkeit von 5-minütigen angeleiteten Achtsamkeitsmeditation vor Schichtbeginn. Der Meditationsablauf ist in Anhang 15 dargestellt. Mit 58 % wird auf der Station eine hohe Teilnahmebereitschaft verzeichnet, was auf ein großes Interesse an dem Thema Achtsamkeit und der Integration dieser in die tägliche Praxis schließen lässt. $\frac{3}{4}$ der Interessierten qualifizieren sich durch das Ausfüllen des Pre-Tests für die Teilnahme. 42 % der 45 Teilnehmer:innen besuchen im Schnitt zwei Sitzungen pro Woche. Die 30-tägige Intervention führt zu einer signifikanten Stressreduktion, welche bei dem 1-Monat-Follow-up wieder ansteigt. Die Reduktion des Stresslevels bleibt jedoch signifikant. Des Weiteren steigt der Wert für persönliche Erfüllung nach der Intervention signifikant. Bei dem Vergleich zwischen Meditationserfahrungen und Achtsamkeitswerten beim Pre-Test kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Autor:innen kommen zu dem Schluss, dass sich kurze Interventionen, die die Selbstfürsorge und den Stressabbau am Arbeitsplatz unterstützen, als nützlich erweisen können. Sie weisen darauf hin, dass

weitere Studien im Rahmen von randomisierten Kontrollstudien notwendig sind, um zu bestätigen, dass achtsamkeitsbasierte Intervention negative Stressreaktionen und -auswirkungen signifikant verringern und gleichzeitig zu positiven Effekten – wie beispielsweise einer steigenden Arbeitszufriedenheit – führt (Vgl. Gauthier et al. 2015: 406-408).

Mitarbeiter:innen Resilienz Programm

Die Autor:innen um Flanders et al.(2020: 2) untersuchen den Einfluss eines Mitarbeiter:innen Resilienz Programms. Dieses umfasst Schulungen zum Thema CF, ST, Burnout, Resilienz und ein gesundes Arbeitsumfeld, verschiedene formelle und informelle Möglichkeiten der Reflexion, Musik-, Kunst- und Tiertherapien und weitere Aktivitäten (siehe Anhang 16). Dabei stellen sie zwei Jahre nach der Einführung ein geringes Maß an CF und ein hohes Level von Compassion Satisfaction fest. Aufgrund fehlender Datenerhebung zu CF, ST, Burnout und Compassion Satisfaction vor Einführung der Intervention kann keine Aussage hinsichtlich der Veränderungen über die Studiendauer getroffen werden. Des Weiteren stellen die Autorinnen nach einem Jahr einen Rückgang der Fluktuation um 6 % und ein gestiegenes Engagement der Mitarbeitenden fest – diese Veränderungen sind jedoch nicht signifikant. Die Autor:innen schlussfolgern, dass Organisationen im Gesundheitswesen insbesondere in stressigen Umgebungen wie der PICU Resilienz fördernde Maßnahmen anbieten sollten, um die Mitarbeitendenzufriedenheit zu fördern und CF zu verringern. Sie weisen darauf hin, dass sich zukünftige Forschung auf spezifische Interventionen und Längsschnittstudien zur Nachhaltigkeitsprüfung fokussieren sollte (Vgl. Flanders et al. 2020: 2-4).

Stressmanagement Programm

Das von Lary et al.(2019: 190) untersuchte Stressmanagement Programm in Anlehnung an McNamara umfasst sechs 1-stündige Sitzungen, welche in Anhang 17 näher vorgestellt werden. Die Interventions- und Kontrollgruppe weisen vor der Intervention – bis auf die Berufserfahrung – keine signifikanten Unterschiede auf.

Die Stressreaktionen der Kontrollgruppe steigt nach dem 6-wöchigem Studienzeitraum, während es zu einer signifikanten Reduktion der Stressreaktionen in der Interventionsgruppe kommt. Bei dem 2-Monats-Follow-up lässt sich in der Interventionsgruppe ein leichter Anstieg der Stressreaktionen feststellen. Laut den Autor:innen bleiben die Stressreaktionen insgesamt weiterhin signifikant reduziert. Auch die Kontrollgruppe zeigt bei dem 2-Monats-Follow-up eine signifikante Reduktion der Stressreaktionen. Dies wird auf das quasiexperimentelle Design zurückgeführt und es wird vermutet, dass die Teilnehmer:innen

Informationen aus anderen Quellen erhalten. Sie kommen zu dem Schluss, dass psychoedukative Interventionen als wichtigsten Strategien zu sehen sind. Des Weiteren empfehlen die Autor:innen eine weltweite Implementation, da das Programm einfach umsetzbar, kostengünstig und für alle Kulturen akzeptabel ist (Vgl. Lary et al. 2019: 192-194).

4.3. Unterstützungsbedarf von Pflegenden

Die Erkenntnisse von Fiske(2018: 279) weisen darauf hin, dass für die NICU Pflegende eine adäquate Personalausstattung, Unterstützung durch andere Professionen und Teambuilding Events zur Reduktion der arbeitsbezogenen Belastung beitragen können.

Des Weiteren wird der Wunsch nach Weiterentwicklungsmöglichkeiten genannt. Dabei werden von NICU Pflegende Workshops im Umgang mit Todesfällen und Trauer aufgelistet (Vgl. Rodriguez et al. 2020: 231). Insbesondere für erfahrene Pflegende können Weiterentwicklungsmöglichkeiten als Motivation gesehen werden, sodass die wahrgenommene Belastung reduziert werden kann (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39).

Ergänzend wünschen sich Pflegende der NICU in der Studie von Rodriguez et al.(2020: 231) die Möglichkeit von Nachbesprechungen und individuelle Trauerbegleitung. Auch erfahrene Pflegkräfte äußern den Wunsch, Zugang zu Supervisionen und ähnlichen Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39).

Pflegende der NICU wünschen sich darüber hinaus, dass ihnen nach einem Todesfall Zeit gegeben wird, bevor ihnen eine neue Familie zugewiesen wird. Für die Verarbeitung und das Trauern besteht der Wunsch nach einem ruhigen Ort auf Station. Die Möglichkeit, sich nach einem Todesfall freinehmen zu können, wird ebenfalls benannt. Dies ist ihrer Meinung nach die Ressource, die den größten Nutzen bringt (Vgl. Rodriguez et al. 2020: 231).

5. Diskussion

Grundsätzlich lassen sich die Ergebnisse entweder der Verhaltens- oder der Verhältnisebene zuordnen. Die Verhaltensebene beschreibt die individuellen Möglichkeiten zur Stressbewältigung, während sich verhältnisorientierte Maßnahmen auf die Organisation fokussieren (Vgl. Bresesti et al. 2020: 518). Auch wenn die genannten Studien mehrheitlich verhaltensbezogene Maßnahmen nachweisen, ist eine Kombination beider Ansätze sinnvoll (Vgl. Kaluza 2018: 69; Tanner/Bamberg 2018: 532).

Soziale Unterstützung ist sowohl in der Privat- als auch der Berufsrolle einer der wichtigsten Bewältigungsstrategien (siehe Kapitel 4.2.1.; 4.2.2.). Auch wenn es keine eindeutigen Belege gibt, wie sozialer Rückhalt zum Tragen kommt (Vgl. Underwood 2005: 439), gilt dieser kontextunabhängig als wichtigste Ressource für die Stressbewältigung und ist vielfach beschrieben und belegt (Vgl. Brenner/Wrubel 1997: 426; Buckley et al. 2020: 16; Heinrichs et al. 2015: 73; Kreddig/Karimi 2013: 182; Kaluza 2018: 51; Niemann 2019: 235; Tanner/Bamberg 2018: 527). Es wird angenommen, dass die soziale Unterstützung die Belastungen abfedern und/oder das generelle Wohlbefinden positiv beeinflussen (Vgl. Kreddig/Karimi 2013: 182). Durch ungünstige Rahmenbedingungen wird die Möglichkeit von sozialer Unterstützung in der pädiatrischen Intensivpflege jedoch behindert, sodass nur ein begrenzter Zugriff auf die Unterstützung durch Kolleg:innen besteht (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f; Fiske 2018: 278). Daher empfiehlt es sich, die hinderlichen Aspekte so anzupassen, dass Pflegende eine Unterstützung und Austausch durch Kolleg:innen erleichtert wird. Darüber hinaus identifiziert diese Arbeit die Neubewertung und Sinnfindung als hilfreiche Bewältigungsstrategien (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f; Cricco-Lizza 2014: 622, 624; Fiske 2018: 282; Lewis 2017: 100; Moraes et al. 2016: 6). Durch primäre und sekundäre Bewertungen kommt es dabei zu einer Neubewertung der Stressoren, der Situation und den eigenen Zielen und Werten. Dadurch werden beispielsweise die eigenen Leistungsgrenzen trotz perfektionistischer Ansprüche akzeptiert. Kurzfristig reduzieren sich dadurch die akuten Stressreaktionen. Auf Langfristige Sicht verändern sich die eigenen Werte und Normen, sodass einige Stressoren nicht mehr als Bedrohung, sondern lediglich als Herausforderung wahrgenommen werden. (Vgl. Einarsdóttir 2012: 1; Heinrichs et al. 2015: 58, 72, 83; Kaluza 2018: 63). Dies führt zu einem Gefühl des Optimismus und geht mit einem gesteigertem Engagement einher, auf das häufig weitere problemfokussierten Bewältigungsmaßnahmen folgen (Vgl. Fiske 2018: 283; Heinrichs et al. 2015: 35f; Lazarus/Folkman 1984: 80). Bei der Neubewertung kann Spiritualität und Religiosität unterstützend wirken (Vgl. Fiske 2018: 278; Lewis 2017: 100; Moraes et al. 2016: 6; Rodriguez et al. 2020: 231). Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Strategie nicht allen Pflegenden nutzen (Vgl. Fiske 2018: 278; Lewis 2017: 100). Der Einfluss von Spiritualität ist jedoch auch in der Studie von Figueira et al. (2016: 3519) belegt. Strategien zur Neubewertung können durch kognitiv-therapeutisches Kompetenztrainings erlernt werden (Vgl. Alkhawaldeh et al. 2020: 87), sodass die Methoden in Interventionsprogrammen insbesondere vor dem Hintergrund der langfristigen Veränderungen integriert werden sollten.

Persönliche Strategien zur Selbstfürsorge haben auf den pädiatrischen Intensivstationen nachweislich einen positiven Effekt auf das Stresserleben und die Bewältigung. Diese umfassen beispielsweise Erholungspausen, Abgrenzung und Achtsamkeit (Vgl. Garten et al. 2021: 5; Gauthier et al. 2015: 406-408; Helmers et al. 2020: 1152f; Lee et al. 2015: 428; Lewis 2017: 101). Dabei reduzieren Selbstfürsorgestrategien nicht nur das Belastungserleben, sondern haben auch einen präventiven Effekt (Heinrichs et al. 2015: 76).

Erholungen reduzieren das Anspannungsniveau und ermöglichen eine Regeneration. Die Methoden sollten sich an individuellen Präferenzen und vorangegangenen Belastungen orientieren (Heinrichs et al. 2015: 75f.). So reduziert sich z.B. die Belastungsempfindung durch eine schwedische Massage, die zweimal pro Woche durchgeführt wird (Vgl. Alkhawaldeh et al. 2020: 90). Auch der Effekt von körperlicher Fitness als Copingstrategie ist wissenschaftlich belegt (Vgl. Alkhawaldeh et al. 2020: 89f; Heinrichs et al. 2015: 34).

Achtsamkeit ist eine weitere Strategie der Selbstfürsorge, die zu einer bewussten Wahrnehmungen und Handeln führen. Die Korrelation zwischen Achtsamkeit und Stress ist in der Literatur über die pädiatrischen Intensivstationen hinaus belegt (Vgl. Buckley et al. 2020: 16; Michalak et al. 2018: 434; Alkhawaldeh et al. 2020: 89; Slatyer et al. 2018: 615). Durch die zeitlichen Anforderungen im Zusammenhang mit dem Beruf können kurze achtsamkeitsbasierte Interventionen am Arbeitsplatz – wie von Gauthier et al. (2015) beschrieben – ein effektives Mittel zur Belastungsbewältigung sein. Auch kurze Schulungen – wie eine 1-Tages Schulung zum Thema Selbstmitgefühl – haben einen positiven Einfluss auf das Stresserleben und stellt daher eine Möglichkeit zur Stressreduktion dar (Vgl. Franco/Christie 2021: 113)

Viele Pflegenden der pädiatrischen Intensivstation haben Schwierigkeiten, sich aufgrund ihres hohen Kontrollbedürfnisses zu distanzieren (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 619f., 622; Helmers et al. 2020: 1152f.). Durch achtsamkeitsbasierte Intervention kann dem entgegenwirkt werden (Vgl. Heinrichs et al. 2015: 76; Brenner/Wrubel 1997: 423) Darüber hinaus schafft die Einnahme der professionellen Rolle eine Distanz (Kreddig/Karimi 2013: 182).

Zu beachten ist, dass es sich bei der Distanzierung um ein Vermeidungsverhalten handeln kann. Defensive Strategien wie Vermeidung, Verleugnung, Projektion oder Rationalisierung können kurzfristig eine günstige Bewältigungsstrategie darstellen. Auf Langfristige Sicht verhindert dies jedoch den Anpassungsprozess und wirkt sich negativ auf das Pflegepersonal aus (Lewis 2017: 101; Brenner/Wrubel 1997: 87; Figueira et al. 2016: 3519; Kreddig/Karimi 2013: 242; Kaluza 2018: 65)

Fehlendes Wissen führt zu einem gesteigerten Belastungserleben (Bry/Wigert 2022: 38-40; Fiske 2018: 278; Cricco-Lizza 2014: 619). Daher wird die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen als effektive Bewältigungsstrategien angesehen (Vgl. Bursch et al. 2018: 67; Fiske 2018: 278; Helmers et al. 2020: 1151; Cricco-Lizza 2014: 624; Garten et al. 2021: 8). Darüber hinaus scheint es weiterhin ein Nachfrage zu geben (Bursch et al. 2018: 67; Bry/Wigert 2022: 39; Rodriguez et al. 2020: 231). Eine regelmäßige Evaluation des Fortbildungsbedarfs und einer anschließenden Umsetzung ist daher sinnvoll (Brenner/Wrubel 1997: 435). Pflegende sollten in ihrer klinischen Expertise (Vgl. Buckley et al. 2020: 19), und im Umgang mit EOLC geschult werden (Vgl. Lewis 2017: 103f.). Darüber hinaus bedarf es einer Schulung bezüglich des Umgangs mit den eigenen Gefühlen (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2017: 414) und der Kommunikation im Team und mit Eltern (Vgl. Rodríguez-Rey et al. 2019a: 52). Die Weiterbildungsmaßnahmen führen im hohen Maße zu einer Kompetenzsteigerung, was mit einer gesteigerten Selbstwirksamkeit einhergeht. Somit stellen derartige Interventionen auch einen Schutzfaktor dar (Kaluzka 2018: 51; Einarsdóttir 2012: 5; Tanner/Bamberg 2018: 527; Zadeh et al. 2012: 296; Domnowski 2010: 123; Lima et al. 2018: 45; Kaluzka 2018: 62). Dabei ist zu beachten, dass für eine adäquate Personalausstattung gesorgt sein muss, damit Pflegende die Möglichkeit haben, an den Fortbildungen teilzunehmen.

Die Unterstützung Pflegender auf Kinderintensivstationen auf institutioneller Ebene wird unterschiedlich bewertet. Während in einigen Institutionen Bewältigungsprogramme und Nachbesprechungen angeboten werden (Vgl. Flanders et al. 2020: 2-4; Hawes et al. 2020: 402-407; Helmers et al. 2020: 1153; Lary et al. 2019: 192-194), wird in anderen Studien deutlich, dass weiterer Unterstützungsbedarf besteht (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39; Fiske 2018: 278; Rodriguez et al. 2020: 231). So kommt Cricco-Lizza (2014: 626) zu dem Schluss, dass Pflegende ohne organisatorische Mechanismen für eine professionelle Nachbesprechung, Reflexion und Unterstützung alleine gelassen werden. Um Pflegende in ihren Bewältigungskompetenzen zu stärken, bedarf es der Entwicklung und Implementierung umfangreicher Programme. Diese sollten aufgrund der individuellen Wirksamkeit von Bewältigungsmechanismen ein breites Angebot von Interventionen umfassen (Vgl. Bursch et al. 2018: 63; Lee et al. 2015: 429; Rodríguez-Rey et al. 2019a: 52). Die in dieser Arbeit beschriebenen Maßnahmen geben einen Überblick über potentielle Maßnahmen und Programme. Sie sollten jedoch immer an die Bedarfe der Pflegenden angepasst werden, um zu einer Stärkung der Bewältigungskompetenzen zu führen. Darüber hinaus sollten die

Förderung von Bewältigungsstrategien und die Reduktion von Belastungen in das betrieblichen Gesundheitsmanagement und die Organisationskultur integriert werden, um den wachsenden arbeitsbedingten Belastungen entgegenzuwirken (Vgl. Alkhaldeh et al. 2020: 91; Schneglberger 2010: 150; Kaluza 2018: 41f; Tanner/Bamberg 2018: 532; Rodríguez-Rey et al. 2019a: 52).

Da Bewältigung in der Krankenpflege von der kulturellen Bedeutung der institutionellen Form geprägt wird (Brenner/Wrubel 1997: 414), müssen die Arbeitsbedingungen auf der verhältnisbezogenen Ebene angepasst werden (Vgl. Kitao et al. 2018: E18; Tanner/Bamberg 2018: 528). Dazu zählt neben der Personalsituation auch die angemessene Ausstattung mit Pflegemitteln. Um jedoch langfristig die Belastungen auf Kinderintensivstation zu reduzieren, ist eine adäquate Personalausstattung notwendig (Vgl. Bry/Wigert 2022: 40; Lee et al. 2015: 427; Tanner/Bamberg 2018: 525). Eine Möglichkeit ist hier die Umsetzung von flexiblen und kreativen Arbeitszeiten, um Belastungsspitzen aufzufangen (Cricco-Lizza 2014: 626). Neben der Reduktion der Arbeitsbelastung gewährleistet dies eine familiäre und soziale Teilhabe sowie außerberufliche Aktivitäten. Darüber hinaus sollte die Schichtarbeit gesundheitsförderlich gestaltet werden, um die Belastungssituation nicht zu verschärfen (Vgl. Kaluza 2018: 67).

Limitationen

Es wurden eine Vielzahl an Strategien zur Belastungsbewältigung identifiziert. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass es eine große Heterogenität in Bezug auf die verwendeten Messinstrumente und Datenauswertung besteht. Eine Vielzahl der Studien bezieht sich auf die subjektive Bewertung Pflegender bezüglich der Nutzung und Wirksamkeit von Bewältigungsstrategien. Durch die subjektiven Angaben lassen sich nur bedingt Aussagen über tatsächlichen Auswirkungen auf etwaiger Stressreaktionen treffen. Bei der Mehrzahl der inkludierten Publikationen handelt es sich um Single-Center-Studien, die überwiegend in den USA durchgeführt wurden. Aufgrund der Unterschiede im Gesundheitssystem und der abweichende Aufgabenbereich von Pflegenden, sind die Erkenntnisse nur eingeschränkt übertragbar. Auch die Verwendung von freiwilligen Zufallsstichproben kann ferner dazu geführt haben, dass lediglich motivierte Personen an Untersuchungen teilnehmen und daher ein Selection Bias besteht. Auch der geringe Stichprobenumfang und die geringe Anzahl an Studien mit einer Kontrollgruppe ermöglichen keine uneingeschränkte Vergleichbarkeit. Das Fehlen von Follow-up-Daten beeinflusste die Bewertung der Wirksamkeit der Interventionen im Hinblick auf ihren langfristigen Nutzen. Darüber hinaus können Merkmale der

Neugeborenen-Intensivstationen wie beispielsweise die Anzahl der Betten, Sterblichkeitsrate, durchschnittliche tägliche Neuaufnahmen und Aufenthaltsdauer das Belastungserleben und somit auch das Bewältigungsverhalten beeinflussen.

Neben den Limitationen der inkludierten Studien weist auch diese Arbeit Limitationen in ihrer Methodik auf. So kann die zeitliche Sucheingrenzung zu einer Ergebnisverzerrung geführt haben. Darüber hinaus wird lediglich deutsch- und englischsprachige Literatur inkludiert, was zu einem Selection Bias führt. Für die systematische Recherche werden ausschließlich die Datenbanken CINAHL und PubMed gewählt. Um ein umfassenderen Forschungsstand zu erhalten, hätten weitere Datenbanken mit einem medizinisch-pflegerischen Fokus wie beispielsweise Cochrane oder PsycINFO genutzt werden müssen. Aufgrund des zeitlichen Rahmens und der Ressourcen bezieht sich diese Arbeit ausschließlich auf zwei Datenbanken. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die vorliegende Arbeit sowohl auf Bewältigungsstrategien von NICU als auch PICU Pflegenden eingeht. Durch die unterschiedlichen Patientenpopulationen und pflegerischen Anforderungen kann es jedoch zu einem settingspezifischen Stresserleben und Bewältigungsverhalten kommen.

6. Fazit

Pflegende auf pädiatrischen und neonatologischen Intensivstationen erleben in ihrer täglichen Arbeit eine hohe Anzahl an Belastungsfaktoren, die durch die aktuellen Rahmenbedingungen weiter verschärft werden (siehe Kapitel 2.2.). Daher ist es notwendig, dass sie über geeignete Bewältigungsstrategien verfügen, sodass es nicht zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen kommt (Vgl. Cricco-Lizza 2014: 626; Buckley et al. 2020: 19)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es eine Vielzahl an Bewältigungsstrategien gibt, welche eingesetzt werden können. Auf der individuellen Ebene sind dies vor allem die soziale Unterstützung (Vgl. Garten et al. 2021: 5; Helmers et al. 2020: 1153; Lee et al. 2015: 428), die Neubewertung (Vgl. Bry/Wigert 2022: 38f; Einarsdóttir 2012: 1; Kaluza 2018: 63) und die Achtsamkeit (Vgl. Alkhawaldeh et al. 2020: 89; Buckley et al. 2020: 16; Gauthier et al. 2015: 406-408). Darüber hinaus ist es wichtig, dass Pflegende Berufs- und Privatleben abgrenzen (Vgl. Heinrichs et al. 2015: 76; Kaluza 2018: 65; Lewis 2017: 101). Individuelle Strategien der Selbstfürsorge ermöglichen eine Regeneration (Vgl. Alkhawaldeh et al. 2020: 89f; Heinrichs et al. 2015: 39). Ferner führen Schulungen und Fortbildungen

zu einem hohen Maß an Kompetenzförderung und können das Belastungserleben reduzieren (Vgl. Buckley et al. 2020: 19; Lewis 2017: 103; Rodríguez-Rey et al. 2017: 414)

Die genannten Strategien werden von betroffenen Pflegenden als effektiv eingeschätzt, jedoch werden selbige auch als weitere Unterstützungsbedarfe geäußert (Vgl. Bry/Wigert 2022: 39; Fiske 2018: 278; Rodriguez et al. 2020: 231). Der Fokus sollte zunehmend auch auf den Institutionen liegen (Vgl. Alkhawaldeh et al. 2020: 91), da ungünstige Rahmenbedingungen eine angemessene Bewältigung behindern können (Vgl. Buckley et al. 2020: 19; Fiske 2018: 282; Kaluza 2018: 67). Eine Anpassung der Rahmenbedingung kann Bewältigungsbemühungen vereinfachen. Darüber hinaus sollten Programme, die eine Vielzahl an unterschiedlichen Maßnahmen beinhalten, institutionsspezifisch entwickelt und implementiert werden (Vgl. Bursch et al. 2018: 63; Lee et al. 2015: 429; Rodríguez-Rey et al. 2019a: 52). Kurze Interventionen am Arbeitsplatz helfen dabei, die Teilnahme erleichtern (Vgl. Gauthier et al. 2015: 406-408; Franco/Christie 2021: 113).

Die in dieser Arbeit diskutierten Limitationen sollten jedoch bei einer möglichen Umsetzung berücksichtigt werden. So fehlt es an randomisierten Kontrollstudien mit einer großen Studienpopulation, sodass die tatsächliche Wirksamkeit von verschiedenen Interventionen erforscht werden kann. Auch fehlt es an Studien, die die langfristige Wirkung der Interventionen belegt.

Für eine tatsächliche Belastungsreduktion bedarf es jedoch einer gesamtgesellschaftlichen Veränderung. So fehlt die Anerkennung des Problems und Veränderungen auch über die institutionelle Ebene hinaus. Zwar können Bewältigungsstrategien das Belastungserleben verringern. Sie sind jedoch kein Ersatz für akzeptable Rahmenbedingungen wie einer angemessenen Personalausstattung (Vgl. Bry/Wigert 2022: 40; Brenner/Wrubel 1997: 433; Lee et al. 2015: 427)

Quellenverzeichnis

- Alkhalwaldeh, Ja'far M. A. / Soh, Kim L. / Mukhtar, Firdaus B. M. / Peng, Ooi C. / Anshasi, Huda A. (2020):
Stress management interventions for intensive and critical care nurses: A systematic review. In: *Nursing in critical care*, 25 (2), S. 84–92. DOI: 10.1111/nicc.12489.
- Balistreri, Kathryn A. / Lim, Paulina S. / Tager, Julia B. / Davies, W. H. / Karst, Jeffrey S. / Scanlon, Matthew C. / Rothschild, Charles B. (2021):
"It Has Added Another Layer of Stress": COVID-19's Impact in the PICU. In: *Hospital pediatrics*, 11 (10), e226-e234. DOI: 10.1542/hpeds.2021-005902.
- Bauermann, J. G. / Schade, A.-K. (2022):
Kinderintensivstation. „Die grausamen Entscheidungen müssen wir allein treffen“. In: *Zeit Online*, (.). Online: https://www.wiso-net.de/dosearch/ZEIO?selectedNavigation-Path=%3A3%3APRESSE%7C%3A3%3APRESSEDTL#ZEIO__DE662A021CFFBF73FC43A76F10ED299B [abgerufen am:].
- Behrens, Johann / Langer, Gero (2016):
Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4. überarbeitete und ergänzende. Bern: Hogrefe.
- Brenner, Patricia / Wrubel, Judith (1997):
Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit un Krankheit. Bern u.a.: Hans Huber.
- Bresemi, Ilia / Folgori, Laura / Bartolo, Paola de (2020):
Interventions to reduce occupational stress and burn out within neonatal intensive care units: a systematic review. In: *Occupational and environmental medicine*, 77 (8), S. 515–519. DOI: 10.1136/oemed-2019-106256.
- Bry, Anna / Wigert, Helena (2022):
Stress and social support among registered nurses in a level II NICU. In: *Journal of Neonatal Nursing*, 28 (1), S. 37–41. DOI: 10.1016/j.jnn.2021.03.010.

- Buckley, Laura / Berta, Whitney / Cleverley, Kristin / Medeiros, Christina / Widger, Kimberley (2020):
What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review. In: *Human Resources for Health*, 18 (9), S. 1–23. DOI: 10.1186/s12960-020-0451-8.
- Bursch, Brenda / Emerson, Natacha D. / Arevian, Armen C. / Aralis, Hilary / Galuska, Lee / Bushman, Jessica / Sinclair, Maegan / Grimley, Karen / Lester, Patricia / Bulut, Yonca (2018):
Feasibility of Online Mental Wellness Self-assessment and Feedback for Pediatric and Neonatal Critical Care Nurses. In: *Journal of pediatric nursing*, 43), S. 62–68. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.09.001.
- Collini, Francesco / Hinterberger, Hans / Heiß, Stefanie (2021):
Personalknappheit auf Kinderintensivstationen. In: *BR24*,). Online: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/personalknappheit-auf-kinderintensivstationen,SrW0zIy> [abgerufen am: 10.06.2022].
- Cricco-Lizza, Roberta (2014):
The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care. In: *Qualitative health research*, 24 (5), S. 615–628. DOI: 10.1177/1049732314528810.
- Daniels, Judith (2006):
Sekundäre Traumatisierung. Kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation. 2. Bielefeld, Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0585-y>.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2020):
Drucksache 19/21741. Online: [abgerufen am:].
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (Hrsg.) (2021):
Krankenhaus Barometer. Umfrage 2021. Online: https://www.dki.de/sites/default/files/2021-12/20211221_Final_KH-Barometer-komprimiert.pdf [abgerufen am:].
- DIVI (2022):
Tagesreprot. Online: https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/divi-intensivregister-tagesreports/DIVI-Intensivregister_Tagesreport_2022_06_09.pdf [abgerufen am: 10.06.2022].

Domnowski, Manfred (2010):

Brunout und Stress in Pflegeberufen. Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise. 3., aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Dreier, Maren / Borutta, Birgit / Stahmeyer, Jona / Krauth, Christian / Walter, Ulla (2010):

Vergleich von Bewertungsinstrumenten für die Studienqualität von Primär- und Sekundärstudien zur Verwendung für HTA-Berichte im deutschsprachigen Raum.
Schriftreihe: Health Technology Assessment (HTA), Nr.102. Köln: DIMDI. DOI: 10.3205/hta000085L.

Einarsdóttir, Jónína (2012):

Happiness in the neonatal intensive care unit: Merits of ethnographic fieldwork. In: *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7 (1), S. 1–9.
DOI: 10.3402/qhw.v7i0.19699.

Ernst, Gundula/Franke, Alexa/Franzowiak, Peter (2022):

Stress und Stressbewältigung. Online: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/> [abgerufen am: 25.05.2022].

Figley, Charles (2002):

Mitgefühlerschöpfung — der Preis des Helfen. In: Beth Hudnall Stamm (Hrsg.). *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können.* Paderborn: Junfermann.41–60.

Figueira, Aline B. / Barlem, Edison L. D. / Tomascheswki-Barlem, Jamila G. / Antunes, Marilandi M. / Ramos, Aline M. / Pereira, Liliane A. (2016):

Resistance strategies of nursing professionals before newborn death situations. In: *Journal of Nursing UFPE/ Revista de Enfermagem UFPE*, 10 (4), S. 3517–3523.
DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201602.

Fiske, Elizabeth (2018):

Nurse Stressors and Satisfiers in the NICU. In: *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 18 (4), S. 276–284. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000514.

Flanders, Stacy / Hampton, Debra / Missi, Pam / Ipsan, Charlotte / Gruebbel, Cis (2020):

Effectiveness of a Staff Resilience Program in a Pediatric Intensive Care Unit. In: *Journal of pediatric nursing*, 50), S. 1–4. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.10.007.

- Fonesca, Thiago C. d. P. / Mello, Rosane (2016):
 Burnout Syndrom among nursing professionals of intensive units in a public hospital.
 In: *Journal of Nursing UFPE*, 10 (1), S. 269–303. Online: [abgerufen am:].
- Fortney, Christine A. / Pratt, Mercedes / Dunnells, Zackery D. O. / Rausch, Joseph R. /
 Clark, Olivia E. / Baughcum, Amy E. / Gerhardt, Cynthia A. (2020):
 Perceived Infant Well-Being and Self-Reported Distress in Neonatal Nurses. In:
Nursing research, 69 (2), S. 127–132. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000419.
- Franco, Phoebe L. / Christie, LeeAnn M. (2021):
 Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resi-
 lience. In: *Journal of pediatric nursing*, 61), S. 109–114. DOI:
 10.1016/j.pedn.2021.03.020.
- Garten, Lars / Danke, Andrea / Reindl, Tobias / Prass, Anja / Bühner, Christoph (2021):
 End-of-Life Care Related Distress in the PICU and NICU: A Cross-Sectional Survey
 in a German Tertiary Center. In: *Frontiers in pediatrics*, 9). DOI:
 10.3389/fped.2021.709649.
- Gauthier, Tina / Meyer, Rika M. L. / Grefe, Dagmar / Gold, Jeffrey I. (2015):
 An On-the-Job Mindfulness-based Intervention for Pediatric ICU nurses: a Pilot. In:
Journal of pediatric nursing, 30 (2), S. 402–409. DOI: 10.1016/j.pedn.2014.10.005.
- Hawes, Katheleen / Goldstein, Justin / Vessella, Sharon / Tucker, Richard / Lechner,
 Beatrice E. (2020):
 Providing Support for Neonatal Intensive Care Unit Health Care Professionals: A
 Bereavement Debriefing Program. In: *American journal of perinatology*, 39 (4), S.
 401–408. DOI: 10.1055/s-0040-1716481.
- Heinrichs, Markus / Stächele, Tobias / Domes, Gregor (2015):
Stress und Stressbewältigung. Schriftenreihe: Fortschritte der Psychotherapie, Nr.58.
 Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Helmers, Andrew / Palmer, Karen D. / Greenberg, Rebecca A. (2020):
 Moral distress: Developing strategies from experience. In: *Nursing ethics*, 27 (4), S.
 1147–1156. DOI: 10.1177/0969733020906593.

International Council of Nurses (Hg.) (2021):

Policy brief. The Global Nursing shortage and Nurse Retention. Online:
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf [abgerufen am: 10.06.2022].

Kaluza, Gert (2018):

Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 4., korrigierte Auflage. Berlin: Springer. Mit 88 Abbildungen und 15 Tabellen. DOI: 10.1007/978-3-662-55638-2.

Kessler, H. (2008):

Burn-out bei Ärzten und Pflegekräften auf Intensivstationen. In: *Der Anaesthesist*, 57 (5), S. 513–515. DOI: 10.1007/s00101-008-1330-1.

Kitao, Mari / Setou, Noriko / Yamamoto, Akio / Takada, Satoshi (2018):

Associated Factors of Psychological Distress among Japanese NICU Nurses in Supporting Bereaved Families Who Have Lost Children. In: *The Kobe journal of medical sciences*, 64 (1), E11-E19. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192824/pdf/e11.pdf> [abgerufen am: 03.04.2022].

Kohlmann, Carl-Walter/Eschenbeck, Heike (2018):

Stress und Stressbewältigung. In: Carl-Walter Kohlmann / Christel Salewski / Markus Antonius Wirtz (Hrsg.). *Psychologie in der Gesundheitsförderung.* Bern: Hogrefe. 169–182.

Kramer, Victoria / Thoma, Andreas / Kunz, Miriam (2021):

Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit. In: *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 23 (6), S. 46–53. DOI: 10.1007/s15005-021-1975-8.

Kreddig, Nina / Karimi, Zohra (2013):

Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-531-94322-0.

Kuffner, A. (2022):

Ärzte an Kinderkliniken sehen Versorgung in Gefahr. Online:
<https://www.rbb24.de/politik/beitrag/2022/01/brandbrief-berliner-kinderkliniken-personalmangel-.html> [abgerufen am: 10.06.2022].

- Lary, Atefeh / Borimnejad, Leili / Mardani-Hamooleh, Marjan (2019):
The Impact of a Stress Management Program on the Stress Response of Nurses in Neonatal Intensive Care Units: A Quasi-Experimental Study. In: *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 33 (2), S. 189–195. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000396.
- Lazarus, Richard L. (2005):
Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Virginia Hill Rice (Hrsg.). *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. Bern u.a.: Hogrefe. 231–263.
- Lazarus, Richard S. / Folkman, Susann (1984):
Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer. DOI: 10.4135/9781412952576.n198.
- Lee, K. J. / Forbes, Michael L. / Lukasiewicz, Gloria J. / Williams, Trisha / Sheets, Anna / Fischer, Kay / Niedner, Matthew F. (2015):
Promoting Staff Resilience in the Pediatric Intensive Care Unit. In: *American journal of critical care*, 24 (5), S. 422–430. DOI: 10.4037/ajcc2015720.
- Lewis, Stephanie L. (2017):
Exploring NICU Nurses' Affective Responses to End-of-Life Care. In: *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 17 (2), S. 96–105. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000355.
- Lima, Lígia / Gonçalves, Sandra / Pinto, Cândida (2018):
Sudden death in paediatrics as a traumatic experience for critical care nurses. In: *Nursing in critical care*, 23 (1), S. 42–47. DOI: 10.1111/nicc.12326.
- Lyon, Brenda L. (2005):
Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick. In: Virginia Hill Rice (Hrsg.). *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. Bern u.a.: Hogrefe. 25–47.
- Marschall, Jörg/Hildebrand, Susanne/Zich, Karsten/Tisch, Thorsten/Sörensen, Jelena/Nolting, Hans-Dieter (2018):
DAK-Gesundheitsreport 2018. Online: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-pdf-2073702.pdf> [abgerufen am: 10.06.2022].

- Michalak, Johannes/Graser, Johannes/Heidenreich, Thomas (2018):
Achtsamkeit. In: Carl-Walter Kohlmann / Christel Salewski / Markus Antonius Wirtz (Hrsg.). *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.425–435.
- Moraes, Fernanda de / Benetti, Eliane R. R. / Herr, Gerli E. G. / Stube, Mariléia / Stumm, Eniva M. F. / Guido, Laura d. A. (2016):
 Coping Strategies used by Nursing Professionals in Neonatal Intensive Care. In: *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 20 (e966), S. 1–7. DOI: 10.5935/1415-2762.20160036.
- Nau, Johannes/Walter, Gernot (2014):
Aggression macht Angst – Angst macht Aggression. In: Thomas Hax-Schoppenhorst / Anja Kusserow (Hrsg.). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxis-handbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit*. Bern: Verlag Hans Huber.239–250.
- Niemann, Dana (2019):
Die Rolle des Partners und der Partnerin bei der Bewältigung arbeitsbedingter Belastungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-24906-9.
- Petscharnig, Ruth (2021):
 Personalmangel in Bayern: Kinder-Intensivstationen am Limit. In: *BR24*,). Online: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/personalmangel-in-bayern-kinder-intensivstationen-am-limit,Sp1ePv6> [abgerufen am: 10.06.2022].
- Poncet, Marie C. / Toullic, Phillippe / Papazian, Laurent / Kentish-Barnes, Nancy / Timsit, Jean-Francois / Pochard, Ferderic / Chevret, Sylvie / Schlemmer, Bernoit / Ellie, Azoulay (2008):
 Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. In: *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175 (7), S. 698–704. DOI: 10.1016/S0734-3299(08)70645-2.
- Prentice, Trisha / Janvier, Annie / Gillam, Lynn / Davis, Peter G. (2016):
 Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. In: *Archives of Disease in Childhood*, 101 (8), S. 701–708. DOI: 10.1136/archdischild-2015-309410.

- Rixe, Jaqueline/Ragge, Lena/Schätz, Christiane/Schephörster, Claudia/Sauter, Dorothea/Schulz, Michael (2014):
Sekundäre Traumatisierung (ST) als Berufsrisiko. In: Thomas Hax-Schoppenhorst / Anja Kusserow (Hrsg.). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit*. Bern: Verlag Hans Huber.251–265.
- Rodriguez, Alison / Spilker, Arlene / Goyal, Deepika (2020):
Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. In: *MCN. The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45 (4), S. 228–232. DOI:
10.1097/NMC.0000000000000634.
- Rodríguez-Rey, Rocío / Palacios, Alba / Alonso-Tapia, Jesús / Pérez, Elena / Álvarez, Elena / Coca, Ana / Mencía, Santiago / Marcos, Ana / Mayordomo-Colunga, Juan / Fernández, Francisco / Gómez, Fernando / Cruz, Jaime / Ordóñez, Olga / Llorente, Ana (2019a):
Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. In: *Australian Critical Care*, 32 (1), S. 46–53. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.02.003.
- Rodríguez-Rey, Rocío / Palacios, Alba / Alonso-Tapia, Jesús / Pérez, Elena / Álvarez, Elena / Coca, Ana / Mencía, Santiago / Marcos, Ana / Mayordomo-Colunga, Juan / Fernández, Francisco / Gómez, Fernando / Cruz, Jaime / Ramos, Victoria / Olmedilla, Marta (2019b):
Are Pediatric Critical Personnel Satisfied With Their Lives? Prediction of Satisfaction With Life From Burnout, Posttraumatic Stress, and Posttraumatic Growth, and Comparison With Noncritical Pediatric Staff. In: *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 20 (3), e160-e169. DOI:
10.1097/PCC.0000000000001861.

Rodríguez-Rey, Rocío / Palacios, Alba / Alonso-Tapia, Jesús / Pérez, Elena / Álvarez, Elena / Coca, Ana / Mencía, Santiago / Marcos, Ana M. / Mayordomo-Colunga, Juan / Fernández, Francisco / Gómez, Fernando / Cruz, Jaime / Barón, Luisa / Calderón, Rosa M. / Belda, Sylvia (2017):

Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. In: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9 (4), S. 407–415. DOI: 10.1037/tra0000211.

Schneglberger, Judith (2010):

Burnout-Prävention unter psychodynamischem Aspekt. Eine Untersuchung von Möglichkeiten der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. Zugl.: Linz, Univ. Diss. DOI: 10.1007/978-3-531-92222-5.

Slatyer, Susan / Craigie, Mark / Rees, Clare / Davis, Sue / Dolan, Tony / Hegney, Desley (2018):

Nurse Experience of Participation in a Mindfulness-Based Self-Care and Resiliency Intervention. In: *Mindfulness*, 9 (2), S. 610–617. DOI: 10.1007/s12671-017-0802-2.

Stamm, Beth H. (2010):

The Concise ProQOL Manual. The concise manual for the Professional Quality of Life Scale. 2. Auflage. Pocaello.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2022):

Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Online: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am: 10.06.2022].

Tanner, Grit/Bamberg, Eva (2018):

Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Carl-Walter Kohlmann / Christel Salewski / Markus Antonius Wirtz (Hrsg.). *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.509-534.

Tawfik, Daniel S. / Phibbs, Ciaran S. / Sexton, J. B. / Kan, Peiyi / Sharek, Paul J. / Nisbet, Courtney C. / Rigdon, Joseph / Trockel, Mickey / Profit, Jochen (2017):

Factors Associated With Provider Burnout in the NICU. In: *Pediatrics*, 139 (5), e20164134. DOI: 10.1542/peds.2016-4134.

Underwood, Patricia W. (2005):

Sozialer Rückhalt: Versprechen und Wirklichkeit. In: Virginia Hill Rice (Hrsg.). Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern u.a.: Hogrefe.419–444.

Wieland, Rainer (2007):

Stress erfolgreich managen. Grundlagen, Instrumente und Strategien für die betriebliche Praxis. Schriftreihe: Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Nr.14.

Wimbush, Frances B./Nelson, Margot L. (2005):

Stress und Psychosomatik. In: Virginia Hill Rice (Hrsg.). Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Bern u.a.: Hogrefe.176–205.

Zadeh, Sima / Gamba, Nicole / Hudson, Caroline / Wiener, Lori (2012):

Taking care of care providers: a wellness program for pediatric nurses. In: *Journal of pediatric oncology nursing : official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 29 (5), S. 294–299. DOI: 10.1177/1043454212451793.

Zandt, Florian (2021):

Fachkräftemangel reißt Lücke in Bettenversorgung. Online: <https://de.statista.com/infografik/26300/krankenhaeuser-mit-nicht-vollumfaenglichen-betrieb-der-intensivbetten/> [abgerufen am: 10.06.2022].

Anhang

Anhang 1: Exemplarische Darstellung von Stressoren.....	XVI
<i>Tabelle A1: Exemplarisch Darstellung von Stressoren</i>	<i>XVI</i>
Anhang 2: Übersicht Stressreaktionen	XVII
<i>Tabelle A2: Übersicht Stressreaktionen</i>	<i>XVII</i>
Anhang 3: Auswirkungen von Stress	XVII
Anhang 4: Auswirkung von chronischem Stress auf den Körper	XVIII
Anhang 5: Stressassoziierte somatische Erkrankungen	XIX
<i>Tabelle A3: Exemplarische Darstellung mögliche Krankheitsfolgen chronischer Stressreaktionen.....</i>	<i>XIX</i>
Anhang 6 : Suchstrategie	XX
<i>Tabelle A4: Suchstrategie.....</i>	<i>XX</i>
Anhang 7: Ein- und Ausschlusskriterien	XX
<i>Tabelle A5: Ein- und Ausschlusskriterien</i>	<i>XX</i>
Anhang 8: Ergebnisse der systematischen Recherche	XXI
<i>Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche</i>	<i>XXI</i>
Anhang 9: Ergebnisse der ergänzenden Handsuche	XXVIII
Anhang 10: Studienbewertungen der Beobachtungsstudien	XXX
<i>Tabelle A7: Datenextraktion: Fiske (2018).....</i>	<i>XXX</i>
<i>Tabelle A8: Datenextraktion: Garten et al. (2021)</i>	<i>XXXI</i>
<i>Tabelle A9: Datenextraktion: Moares et al. (2016)</i>	<i>XXXII</i>
<i>Tabelle A10: Datenextraktion: Rodriquez et al. (2020).....</i>	<i>XXXIII</i>
<i>Tabelle A11: Datenextraktion: Lee et al. (2015).....</i>	<i>XXXIV</i>
Anhang 11: Studienbewertung der Interventionsstudien.....	XXXVI
<i>Tabelle A12: Datenextraktion: Burch et al. (2018).....</i>	<i>XXXVI</i>
<i>Tabelle A 13: Datenextraktion: Flanders et al. (2020).....</i>	<i>XXXVIII</i>
<i>Tabelle A14: Datenextraktion: Gauthier et al. (2019).....</i>	<i>XXXIX</i>
Anhang 12: Studienbewertung der Qualitativen Studien.....	XLIII
<i>Tabelle A15: Studienbewertung Bry/Wigert (2022)</i>	<i>XLIII</i>
<i>Tabelle A16: Studienbewertung Cricco-Lizza (2014)</i>	<i>XLIV</i>
<i>Tabelle A17: Studienbewertung Helmers et al. (2020)</i>	<i>XLV</i>
<i>Tabelle A18: Studienbewertung Lewis (2017).....</i>	<i>XLVI</i>

Anhang 13: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien	XLVIII
<i>Tabelle A19: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien</i>	<i>..... XLVIII</i>
Anhang 14: Ablauf des formellen Debriefings	LIV
<i>Tabelle A20: Debriefing auf der neonatalen Intensivstation</i>	<i>..... LIV</i>
Anhang 15: On The Job Mindfulness Meditation	LIV
Anhang 16: Mitarbeiter:innen Resilienz Programm	LV
Anhang 17: Stressmanagement Programm	LVI
<i>Tabelle A 12: Der Inhalt des Stressbewältigungsprogramms</i>	<i>... LVI</i>

Anhang 1: Exemplarische Darstellung von Stressoren

Tabelle A1: Exemplarisch Darstellung von Stressoren (eigene Darstellung, in Anlehnung an Ernst et al. 2022: o.S.)

Physikalische Reize	<ul style="list-style-type: none"> - Lärm - Reizüberflutung - Wärme - Kälte - Nässe
Körperliche Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hunger - Durst - Schlafentzug - Verletzung - Schmerz - starke Funktionseinschränkungen
Leistungs- und sozialer Stress	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitdruck, Über- und Unterforderung - Konkurrenz - zwischenmenschliche Konflikte - Isolation - Trennung
Life Events (lebensverändernde Ereignisse)	<ul style="list-style-type: none"> - Verlust von Bezugspersonen, wichtigen Rollen oder dem Arbeitsplatz - Plötzliche Einschränkung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit - Starke Bedrohung der eigenen Sicherheit durch Naturkatastrophen, Verbrechen, Kriege etc.
Kritische Übergänge im Lebenslauf (Transitionen)	<ul style="list-style-type: none"> - Adoleszenz und junges Erwachsenenalter - Pubertät - Klimakterium - Andropause - Berufseinstiege oder -ausstiege - „Empty nest“-Syndrom
Chronische Spannungen und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte Alltagsprobleme („Daily hassles“) wie - Zeitverlust durch Stau oder Schlange stehen - Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren - Preissteigerungen - Rollenkonflikte in Beruf und Familie - andauernde Krankheiten - Funktionseinschränkungen oder Behinderungen

Anhang 2: Auswirkungen von Stress

Physiologische Auswirkungen von Stress auf den Körper (Kaluza (2018: 19))

- Aktivierung und Durchblutung des Gehirns
- Reduzierter Speichelfluss, trockener Mund
- Erweiterung der Bronchien, Atembeschleunigung
- Schwitzen
- Erhöhte Muskelspannung, verbesserte Reflexe
- Erhöhter Blutdruck, schnellerer Herzschlag
- Energiebereitstellung (Blutzucker, Fette)
- Hemmung der Verdauungstätigkeit und der Energiespeicherung
- Verminderte Durchblutung der Genitalien, Libidohemmung
- Erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes
- Kurzfristig erhöhte Schmerztoleranz
- Kurzfristig erhöhte Immunkompetenz

Anhang 3: Übersicht Stressreaktionen

Tabelle A2: Übersicht Stressreaktionen (eigene Darstellung, in Anlehnung an Domnowski (2010: 75f.), Heinrichs et al. (2015: 5) Kaluza (2018: 17), Kohlmann/Eschenbeck (2018: 169f.), Lyon (2005: 25))

Definition Stressreaktionen	Symptome	
<p>Kognitiv-emotionale Stressreaktionen <i>Definition:</i> nicht sichtbare intrapsychische Vorgänge; unterschiedliche Gefühlszustände mit dem Grundmuster Aggression und Angst; Einengung und Fehlinterpretation der Wahrnehmung und Informationsaufnahme und -verwertung</p>	<p>Innenen Unruhe Gefühl des gehetzt Seins Gefühle der Unzufriedenheit, des Ärgers und Angst, z. B. zu versagen, sich zu blamieren Gefühle und Gedanken der Hilflosigkeit kreisende, »grüblerische« Gedanken Konzentrationsstörungen oder -mängel Gedächtnisstörungen (Blackout) Leistungsstörungen Selbstvorwürfe</p>	<p>Unsicherheit Nervosität Depression Apathie Gefühlsschwankungen Gereiztheit Labilität Realitäts-flucht Denkblockaden Tunnelblick</p>
<p>Körperliche Stressreaktionen <i>Definition:</i> physiologische Veränderungen; Überreizung des vegetativen Nervensystems; hoher Energieverbrauch in Kombination mit fehlenden Abtransport von Schadstoffen und Stoffwechselprodukte</p>	<p>Herz-Kreislauf-Beschwerden Erhöhung des Infarkttrisikos Magen-Darmgeschwüre Anfälligkeit für Infektionen Hormonelle Reaktionen, wie Zyklusstörungen der Frau oder Sexuelle Funktionsstörungen (Impotenz, vorzeitiger Samenerguss) Unfähigkeit zur Entspannung Rücken-, Kopf- und/oder Bauchschmerzen Benommenheit oder Schwindelgefühl Muskuläre Verspannungen</p>	<p>Übermäßiges Schwitzen Kurzatmigkeit Übelkeit Haltungsschäden Migräne Schlafstörung Krampfneigung Ticks Erschöpfung Herzklopfen Muskelzittern</p>
<p>Behaviorale Stressreaktionen <i>Definition:</i> sichtbares Verhalten</p>	<p>Betäubungsverhalten (z.B. Nikotinabusus, übermäßiges Essen, erhöhter Alkoholkonsum) unkoordiniertes Arbeitsverhalten konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen</p>	<p>Sozialer Rückzug Weinen schnelles Sprechen Zittern hastiges und ungeduldiges Verhalten</p>

Anhang 4: Auswirkung von chronischem Stress auf den Körper

Bei zu lange anhaltender Belastung schließlich bricht das Anpassungsvermögen des Organismus zusammen. In diesem sogenannten Stadium der Erschöpfung kann es dann zu vielfältigen funktionellen Symptomen bis hin zu ernsthaften Organerkrankungen kommen. Hinzu kommt, dass der Organismus bei einem über lange Zeit aufrechterhaltenen, erhöhten Widerstandsniveau allmählich seine natürliche Fähigkeit zur Selbstregulation verliert. Dies bedeutet, dass es auch in Phasen, in denen keine akute Belastung vorliegt, nicht mehr möglich ist, auf ein normales Ruhenniveau zurückzukehren. Die Gefäßwände verlieren ihre Elastizität, die Gefäße können sich nicht mehr weiten mit der Folge, dass der Blutdruck chronisch erhöht bleibt. Angespannte, schmerzhafte Muskeln lassen sich nur noch schwer lockern und können reflektorisch sogar weitere muskuläre Anspannungsreaktionen auslösen, wodurch ein Teufelskreis aufgebaut wird, durch den die Anspannung kontinuierlich aufrechterhalten wird. Erholung – auch im Schlaf – erfolgt, wenn überhaupt, immer langsamer. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bleibt dauerhaft aktiviert. Der Mechanismus der negativen Rückkopplung, die sogenannte »Stressbremse« (7 Abschn. 2.2.5), die eine Selbstbegrenzung der Kortisolausschüttung bewirkt, ist außer Kraft gesetzt. Im Blut finden sich chronisch erhöhte Kortisolspiegel. Diese wirken sich in komplexer Weise auf unterschiedliche physiologische Funktionen aus. Dies sei exemplarisch für die Insulinproduktion in der Bauchspeicheldrüse dargestellt: Kortisol verringert die Wirkung von Insulin, welches normalerweise die Aufnahme von Zucker in die Körperzellen befördert. Dadurch wird erreicht, dass mehr Zucker im Blut verbleibt und für die Gehirnzellen bereitgestellt werden kann, die kein Insulin für die Zuckeraufnahme benötigen. In der Bauchspeicheldrüse wird die verringerte Insulinwirkung registriert, als relativer Insulinmangel »interpretiert« und mit vermehrter Insulinproduktion beantwortet. Längerfristig erschöpft sich die Produktionskapazität für Insulin in den Inselzellen der Bauchspeicheldrüse. Es entsteht ein tatsächlicher Insulinmangel, der Blutzucker und damit das Diabetesrisiko steigen (Kaluza 2018: 31 zit. nach Lloyd et al. 2005: o.S; Novak et al. 2013: o.S.)

Vermehrte/verminderte Ausschüttung von Stresshormonen führt zu:

- Gestörtes Gleichgewicht der Hormone
- Vermehrter Abba aktiver Körpersubstanz (Muskulatur)
- Verminderte Organfunktionen auf allen Ebenen
- Schädigung von Organfunktionen auf allen Ebenen
- Veränderung der Schmerzempfindungen
- Schädigung von Nervenzellen
- Störungen der körperlichen und intellektuellen Leistungsfähigkeit
- Beschleunigung des Alterungsprozesses
- Persönlichkeits- und Wahrnehmungsveränderungen
- Molekulare Stressnarben
- Schwächung und Schädigung des Immunsystems

= Verminderung oder Versagen der körpereigenen Abwehr

= Einschränkung oder Versagen der psychischen Abwehr

➔ verschiedenste Krankheitsbilder (Domnowski 2010: 76)

Anhang 5: Stressassoziierte somatische Erkrankungen

Tabelle A3: Exemplarische Darstellung mögliche Krankheitsfolgen chronischer Stressreaktionen (eigene Darstellung, in Anlehnung an Domnowski (2010: 78; Kaluza 2018: 33)

Chronischer Stress und Krankheit	
Gehirn	→ Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Gedächtnisfunktionen Hirnfarkt, Depression, Alzheimer
Sinnesorgane/ Augen/ Ohr	→ Erhöhter Augeninnendruck, Ohrgeräusche, Tinnitus, Hörsturz
Herz-Kreislauf	→ Essenzielle Hypertonie, Arteriosklerose, Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt
Muskulatur	→ Kopf-, Rückenschmerzen, »Weichteilrheumatismus«
Verdauungsor- gane	→ Störungen der Verdauung, Magen-Darm-Geschwüre, Entzündliche Darmerkrankungen
Stoffwechsel	→ Erhöhter Blutzuckerspiegel/Diabetes, Erhöhter Cholesterinspiegel
Immunsystem	→ Verminderte Immunkompetenz gegenüber pathologischen Einflüssen von außen (Infektionskrankungen, Aids) innen (Tumorwachstum) Übersteigerte Immunreaktionen gegenüber Einflüssen von außen (Allergien) und innen (Autoimmunkrankheiten)
Schmerz	→ Verringerte Schmerztoleranz Erhöhtes Schmerzerleben
Sexualität	→ Libidoverlust, Zyklusstörungen, Impotenz, Störungen der Samenreifung, Infertilität

Anhang 6 : Suchstrategie

Tabelle A4: Suchstrategie (eigene Darstellung)

Datenbank	Suchstrategie	Treffer	Filter	Treffer
PubMed	((("Adaptation, Psychological"[Mesh]) OR (coping)) AND (((nurse*) OR ("Nursing Staff"[Mesh])) OR ("nursing staff"))) AND (((("Occupational Stress"[Mesh]) OR ("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ((stress) OR (stressor)))) OR (Workload)) OR (pressure)) OR (("Stress, Physiological"[Mesh]) OR ("Stress, Physiological")) OR (burden)) AND ((((((("Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh]) OR (NICU)) OR (PICU)) OR ("pediatric ICU")) OR ("neonatal ICU")) OR ("Neonatal Intensive Care Unit")) OR ("Newborn Intensive Care Unit"))	130	Deutsch Englisch 2012-2022	59
Cinahl	(((MH "Coping+") OR (MH "Adaptation, Psychological+")) OR coping) AND ((MH "Intensive Care Units, Pediatric+") OR "pediatric intensive care" OR "neonatal intensive care") AND ((MH "Stress, Psychological+")) AND ((MH "Stress, Occupational+") OR "occupation stress" OR workload)	41	Deutsch Englisch 2012-2022	23
Treffer gesamt		171		82

Anhang 7: Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle A5: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Sprache	Deutsch, Englisch	Alle anderen Sprachen
Jahr	2012-2022	Vor 2012
Studiendesign	Alle Studiendesigns	Andere Arten der Veröffentlichung (z.B. Leserbriefe, Lerneinheiten, Fallbeispiele)
Verfügbarkeit	Volltext unter Nutzung aller HAW-Lizenzen verfügbar	Nur Titel und/oder Abstract unter Nutzung aller HAW Lizenzen verfügbar
Inhalt	Bewältigungsstrategien von examinierten Pflegekräfte auf Kinderintensivstationen (sowohl pädiatrische- als auch neonatologische Intensivstationen)	<ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf Pflegende in der Ausbildung, anderes medizinischem Personal oder Angehörige - Bei gemischter Population: Keine Untergruppenanalyse für Pflegende - anderes Setting als Kinderintensivstation und/oder fehlende Untergruppenanalyse für Kinderintensivstationen (PICU und NICU) - Ausschließlich Belastungen von Pflegekräften auf Kinderintensivstationen

Anhang 8: Ergebnisse der systematischen Recherche

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (eigene Darstellung)

	Titel	T/A/V ⁶	Ausgeschlossen	Eingeschlossen
PubMed	Attia, Mona Adel Soliman; Youseff, Meray Rene Labib; Abd El Fatah, Shaimaa A M; Ibrahim, Sally Kamal; Gomaa, Nancy A. S. (2020): The relationship between health care providers' perceived work climate, organizational commitment, and caring efficacy at pediatric intensive care units, Cairo University. In: The International journal of health planning and management 35 (2), S. 469–481. DOI: 10.1002/hpm.2920.	A	Themenfremd	
	Balistreri, Kathryn A.; Lim, Paulina S.; Tager, Julia B.; Davies, W. Hobart; Karst, Jeffrey S.; Scanlon, Matthew C.; Rothschild, Charles B. (2021): "It Has Added Another Layer of Stress": COVID-19's Impact in the PICU. In: Hospital pediatrics 11 (10), e226-e234. DOI: 10.1542/hpeds.2021-005902.	A	Nur Belastung	
	Bateman, R. M.; Sharpe, M. D.; Jagger, J. E.; Ellis, C. G.; Solé-Violán, J.; López-Rodríguez, M. et al. (2016): 36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine: Brussels, Belgium. 15-18 March 2016. In: Critical care (London, England) 20 (Suppl 2), S. 94. DOI: 10.1186/s13054-016-1208-6.	A	Themenfremd	
	Beck, Cheryl Tatano; Casavant, Sharon (2020): Vicarious Posttraumatic Growth in NICU Nurses. In: Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses 20 (4), S. 324–332. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000689.	A	Themenfremd	
	Beck, Cheryl Tatano; Cusson, Regina M.; Gable, Robert K. (2017): Secondary Traumatic Stress in NICU Nurses: A Mixed-Methods Study. In: Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses 17 (6), S. 478–488. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000428.	A	Nur Belastung	
	Burton, Melissa; Caswell, Hollis; Porter, Courtney; Mott, Sandra; DeGrazia, Michele (2020): Moral Distress: Defined and Described by Neonatal and Pediatric Critical Care Nurses in a Quaternary Care Free-Standing Pediatric Hospital. In: Dimensions of critical care nursing : DCCN 39 (2), S. 101–109. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000403.	A	Nur Belastung	
	Gibson, Kim; Hofmeyer, Anne; Warland, Jane (2018): Nurses Providing End-of-Life Care for Infants and Their Families in the NICU: A Review of the Literature. In: Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses 18 (6), S. 471–479. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000533.	A	Population: Eltern	
	Rimmer, Ruth Brubaker; Bay, R. Curt; Alam, Now Bahar; Sadler, Ian J.; Richey, Karen J.; Foster, Kevin N. et al. (2015): Measuring the burden of pediatric burn injury for parents and caregivers: informed burn center staff can help to lighten the load. In: Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association 36 (3), S. 421–427. DOI: 10.1097/BCR.0000000000000095.	A	Population: Eltern	
	Sauerland, Jeanie; Marotta, Kathleen; Peinemann, Mary Anne; Berndt, Andrea; Robichaux, Catherine (2015): Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II: neonatal and pediatric perspectives. In: Dimensions of critical care nursing: DCCN 34 (1), S. 33–46. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000083.	A	Nur Belastung	

6 T= Titel gelesen, A= Abstract gelesen; V= Volltext gelesen

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

PubMed	Walters, Aurora; Grosse, Jordan (2020): Is This My Home? A Palliative Care Journey Through Life and Death in the NICU: A Case Report. In: <i>Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses</i> 20 (2), S. 127–135. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000697.	A	Nur Belastung	
	Abuidhail, Jamila; Al-Motlaq, Mohammad; Mrayan, Lina; Salameh, Taghreed (2017): The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. In: <i>The journal of nursing research: JNR</i> 25 (2), S. 156–162. DOI: 10.1097/JNR.000000000000134.	T	Population: Eltern	
	Akkoyun, Sevinc; Tas Arslan, Fatma (2019): Investigation of stress and nursing support in mothers of preterm infants in neonatal intensive care units. In: <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> 33 (2), S. 351–358. DOI: 10.1111/scs.12630.	T	Population: Eltern	
	Alinejad-Naeini, Mona; Peyrovi, Hamid; Shoghi, Mahnaz (2021): Self-reinforcement: Coping strategies of Iranian mothers with preterm neonate during maternal role attainment in NICU; A qualitative study. In: <i>Midwifery</i> 101, S. 103052. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103052.	T	Population: Eltern	
	Beheshtipour, Noushin; Baharlu, Seyedeh Marzieh; Montaseri, Sedigheh; Razavinezhad Ardakani, Seyed Mostajab (2014): The effect of the educational program on Iranian premature infants' parental stress in a neonatal intensive care unit: a double-blind randomized controlled trial. In: <i>International journal of community-based nursing and midwifery</i> 2 (4), S. 240–250.	T	Population: Eltern	
	Benzies, Karen M.; Shah, Vibhuti; Aziz, Khalid; Isaranuwachai, Wanrudee; Palacio-Derflinger, Luz; Scotland, Jeanne et al. (2017): Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. In: <i>Trials</i> 18 (1), S. 467. DOI: 10.1186/s13063-017-2181-3.	T	Themenfremd	
	Bin-Nun, Alona; Palmor-Haspal, Shoshana; Mimouni, Francis B.; Kasirer, Yair; Hammerman, Cathy; Tuval-Moshiach, Rivka (2021): Infant delivery and maternal stress during the COVID-19 pandemic: a comparison of the well-baby versus neonatal intensive care environments. In: <i>Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association</i> 41 (11), S. 2614–2620. DOI: 10.1038/s41372-021-01016-7.	T	Themenfremd	
	Brelsford, Gina M.; Ramirez, Joshua; Veneman, Kristin; Doheny, Kim K. (2016): Sacred Spaces: Religious and Secular Coping and Family Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. In: <i>Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses</i> 16 (4), S. 315–322. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000263.	T	Population: Eltern	
	Coats, Heather; Bourget, Erica; Starks, Helene; Lindhorst, Taryn; Saiki-Craighill, Shigeko; Curtis, J. Randall et al. (2018): Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. In: <i>American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i> 27 (1), S. 52–58. DOI: 10.4037/ajcc2018353.	T	Themenfremd	
	D'Agata, Amy L.; McGrath, Jacqueline M. (2016): A Framework of Complex Adaptive Systems: Parents As Partners in the Neonatal Intensive Care Unit. In: <i>ANS. Advances in nursing science</i> 39 (3), S. 244–256. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000127.	T	Population: Eltern	
Edéll-Gustafsson, Ulla; Angelhoff, Charlotte; Johnsson, Ewa; Karlsson, Jenny; Mörelius, Evalotte (2015): Hindering and buffering factors for parental sleep in neonatal care. A phenomenographic study. In: <i>Journal of clinical nursing</i> 24 (5-6), S. 717–727. DOI: 10.1111/jocn.12654.	T	Population: Eltern		

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

PubMed	Elias, G.; Souquette, A.; Heynderickx, S.; Meester, I. de; Jansens, H.; Beutels, P. et al. (2018): Altered CD4(+) T cell immunity in nurses occupationally exposed to viral pathogens. In: <i>Clinical and experimental immunology</i> 194 (2), S. 192–204. DOI: 10.1111/cei.13193.	T	Themenfremd	
	Fortney, Christine A.; Pratt, Mercedes; Dunnells, Zackery D. O.; Rausch, Joseph R.; Clark, Olivia E.; Baughcum, Amy E.; Gerhardt, Cynthia A. (2020): Perceived Infant Well-Being and Self-Reported Distress in Neonatal Nurses. In: <i>Nursing research</i> 69 (2), S. 127–132. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000419.	T	Nur Belastung	
	Grandjean, Chantal; Ullmann, Pascale; Marston, Mark; Maitre, Marie-Christine; Perez, Marie-Hélène; Ramelet, Anne-Sylvie (2021): Sources of Stress, Family Functioning, and Needs of Families With a Chronic Critically Ill Child: A Qualitative Study. In: <i>Frontiers in pediatrics</i> 9, S. 740598. DOI: 10.3389/fped.2021.740598.	T	Population: Eltern	
	Hagen, I. H.; Iversen, V. C.; Svindseth, M. F. (2016): Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. In: <i>BMC pediatrics</i> 16, S. 92. DOI: 10.1186/s12887-016-0631-9.	T	Population: Eltern	
	Harvey, Meryll E.; Nongena, Phumza; Gonzalez-Cinca, Nuria; Edwards, A. David; Redshaw, Maggie E. (2013): Parents' experiences of information and communication in the neonatal unit about brain imaging and neurological prognosis: a qualitative study. In: <i>Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)</i> 102 (4), S. 360–365. DOI: 10.1111/apa.12154.	T	Themenfremd	
	Hawthorne, Dawn M.; Youngblut, JoAnne M.; Brooten, Dorothy (2017): Use of spiritual coping strategies by gender, race/ethnicity, and religion at 1 and 3 months after infant's/child's intensive care unit death. In: <i>Journal of the American Association of Nurse Practitioners</i> 29 (10), S. 591–599. DOI: 10.1002/2327-6924.12498.	T	Population: Eltern	
	Ji, Eun Sun; Shim, Ka Ka (2020): Effects of a Community-based Follow-up Program for Parents with Premature Infants on Parenting Stress, Parenting Efficacy, and Coping. In: <i>Child health nursing research</i> 26 (3), S. 366–375. DOI: 10.4094/chnr.2020.26.3.366.	T	Themenfremd	
	Jones, Amy H.; Jacobs, Marni B.; October, Tessie W. (2020): Communication Skills and Practices Vary by Clinician Type. In: <i>Hospital pediatrics</i> 10 (4), S. 325–330. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0262.	T	Themenfremd	
	Kesbiç, Şule; Boz, İlkay (2021): Experiences of perinatal nurses regarding compassion fatigue and compassion satisfaction: a phenomenological study. In: <i>Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology</i> , S. 1–9. DOI: 10.1080/0167482X.2021.1967927.	T	Themenfremd	
	Milford, Cheryl A. (2016): Care of the Family of an Infant With a Congenital Heart Defect During the NICU Hospitalization. In: <i>The Journal of perinatal & neonatal nursing</i> 30 (1), S. 64–67. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000155.	T	Themenfremd	
	Nakashima, Hannah; Gallegos, Cara (2020): Journal Writing by Families of Critically Ill Patients: An Integrative Review. In: <i>Critical care nurse</i> 40 (5), S. 26–37. DOI: 10.4037/ccn2020293.	T	Population Eltern	
Nassef, Sari Kokkonen; Blennow, Mats; Jirwe, Maria (2013): Experiences of parents whose newborns undergo hypothermia treatment following perinatal asphyxia. In: <i>Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN</i> 42 (1), S. 38–47. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01429.x.	T	Themenfremd		

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

PubMed	Nieves, Holly; Clements-Hickman, Alyssa; Davies, Claire C. (2021): Effect of a Parent Empowerment Program on Parental Stress, Satisfaction, and Length of Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. In: <i>The Journal of perinatal & neonatal nursing</i> 35 (1), S. 92–99. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000540.	T	Population: Eltern	
	Oxley, Ruth (2015): Parents' experiences of their child's admission to paediatric intensive care. In: <i>Nursing children and young people</i> 27 (4), S. 16–21. DOI: 10.7748/ncyp.27.4.16.e564.	T	Population: Eltern	
	Rossman, Beverly; Greene, Michelle M.; Kratovil, Amanda L.; Meier, Paula P. (2017): Resilience in Mothers of Very-Low-Birth-Weight Infants Hospitalized in the NICU. In: <i>Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN</i> 46 (3), S. 434–445. DOI: 10.1016/j.jogn.2016.11.016.	T	Population: Eltern	
	Rossman, Beverly; Greene, Michelle M.; Meier, Paula P. (2015): The role of peer support in the development of maternal identity for "NICU Moms". In: <i>Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN</i> 44 (1), S. 3–16. DOI: 10.1111/1552-6909.12527.	T	Themenfremd	
	Shandra Bos, Lakshmi; Shorey, Shefaly; Kulantaipian, Tamill Salvee; Sng, Jane S. P.; Tam, Wilson W. S.; Koh, Serena S. L. (2018): Effectiveness of the Neonatal Discharge Program for Very Low-Birth-Weight Infants on Parental Efficacy and Psychological Distress. In: <i>The Journal of perinatal & neonatal nursing</i> 32 (4), E11-E21. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000337.	T	Population Eltern	
	Stremler, Robyn; Haddad, Summer; Pullenayegum, Eleanor; Parshuram, Christopher (2017): Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. In: <i>Journal of pediatric nursing</i> 34, S. 36–43. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.01.012.	T	Population: Eltern	
	Tokem, Yasemin; Ozelcik, Hanife; Cicik, Atiye (2015): Examination of the Relationship Between Hopelessness Levels and Coping Strategies Among the Family Caregivers of Patients With Cancer. In: <i>Cancer nursing</i> 38 (4), E28-34. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000189.	T	Population: Eltern	
	Tomoyasu, Yukiko; Sobue, Ikuko; Rahman, Md Moshur (2022): Parenting Record Handbook: The Needs of Mothers Raising Low Birth Weight Infants. In: <i>International journal of environmental research and public health</i> 19 (5). DOI: 10.3390/ijerph19052520.	T	Population: Eltern	
	Tsironi, Spyridoula; Koulierakis, George (2018): Factors associated with parents' levels of stress in pediatric wards. In: <i>Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community</i> 22 (2), S. 175–185. DOI: 10.1177/1367493517749327.	T	Population: Eltern	
	Turner, Melanie; Winefield, Helen; Chur-Hansen, Anna (2013): The emotional experiences and supports for parents with babies in a neonatal nursery. In: <i>Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses</i> 13 (6), S. 438–446. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000030.	T	Population: Eltern	
	Upadhyay, Vaibhava; Parashar, Yogesh (2022): A Study of Parental Stressors, Financial Issues as Stress Factor, and the Coping Strategies in the PICU. In: <i>Indian journal of pediatrics</i> . DOI: 10.1007/s12098-021-04003-0.	T	Population: Eltern	
	van Dinter, Maureen C.; Graves, Lisa (2012): Managing adverse birth outcomes: helping parents and families cope. In: <i>American family physician</i> 85 (9), S. 900–904.	T	Population: Eltern	
Vitale, Susan Ann; Falco, Carina (2014): Children born prematurely: risk of parental chronic sorrow. In: <i>Journal of pediatric nursing</i> 29 (3), S. 248–251. DOI: 10.1016/j.pedn.2013.10.012.	T	Population: Eltern		

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

PubMed	Zhang, Xin; Kurtz, Melissa; Lee, Shih-Yu; Liu, Huaping (2021): Early Intervention for Preterm Infants and Their Mothers: A Systematic Review. In: The Journal of perinatal & neonatal nursing 35 (4), E69-E82. DOI: 10.1097/JPN.000000000000065.	T	Population: Eltern	
	Cricco-Lizza, Roberta (2014): The need to nurse the nurse: emotional labor in neonatal intensive care. In: Qualitative health research 24 (5), S. 615–628. DOI: 10.1177/1049732314528810.	V		Ja
	Einarsdóttir, Jónína (2012): Happiness in the neonatal intensive care unit: merits of ethnographic fieldwork. In: International journal of qualitative studies on health and well-being 7, S. 1–9. DOI: 10.3402/qhw.v7i0.19699.	V	Population: gesamtes Team der Neonatologischen Intensivstation, Ergebnisse nicht spezifisch für Pflegekräfte dargestellt	
	Fiske, Elizabeth (2018): Nurse Stressors and Satisfiers in the NICU. In: Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses 18 (4), S. 276–284. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000514.	V		Ja
	Garten, Lars; Danke, Andrea; Reindl, Tobias; Prass, Anja; Bühner, Christoph (2021): End-of-Life Care Related Distress in the PICU and NICU: A Cross-Sectional Survey in a German Tertiary Center. In: Frontiers in pediatrics 9, S. 709649. DOI: 10.3389/fped.2021.709649.	V		Ja
	Kitao, Mari; Setou, Noriko; Yamamoto, Akio; Takada, Satoshi (2018): Associated Factors of Psychological Distress among Japanese NICU Nurses in Supporting Bereaved Families Who Have Lost Children. In: The Kobe journal of medical sciences 64 (1), E11-E19.	V		Ja
	Lewis, Stephanie Lacefield (2017): Exploring NICU Nurses' Affective Responses to End-of-Life Care. In: Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses 17 (2), S. 96–105. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000355.	V		Ja
	Rodriguez, Alison; Spilker, Arlene; Goyal, Deepika (2020): Grief among Neonatal Intensive Care Nurses. In: MCN. The American journal of maternal child nursing 45 (4), S. 228–232. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000634.	V		Ja
Rodríguez-Rey, Rocío; Palacios, Alba; Alonso-Tapia, Jesús; Pérez, Elena; Álvarez, Elena; Coca, Ana et al. (2019): Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. In: Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses 32 (1), S. 46–53. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.02.003.	V	Population: gesamtes Team der Kinderintensivstation, Ergebnisse nicht spezifisch für Pflegekräfte dargestellt		

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

PubMed	Rodríguez-Rey, Rocío; Palacios, Alba; Alonso-Tapia, Jesús; Pérez, Elena; Álvarez, Elena; Coca, Ana et al. (2019): Are Pediatric Critical Personnel Satisfied With Their Lives? Prediction of Satisfaction With Life From Burnout, Posttraumatic Stress, and Posttraumatic Growth, and Comparison With Noncritical Pediatric Staff. In: Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies 20 (3), e160-e169. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001861.	V	Keine Studie	
	Rushton, Cynda Hylton; Caldwell, Meredith; Kurtz, Melissa (2016): CE: Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. In: The American journal of nursing 116 (7), S. 40–49. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000484933.40476.5b.	V	Keine Studie	
	Moore, Britan M.; Schellinger, Kriston (2018): An Examination of the Moderating Effect of Proactive Coping in NICU Nurses. In: The Journal of perinatal & neonatal nursing 32 (3), S. 275–285. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000353.	V	Kein Volltextzugriff	
	Nissanholtz Gannot, Rachel; Hamama Raz, Yaira; Stein, Iris; Hochwald, Ori (2021): Secondary Traumatic Stress and Vigor Among Neonatal Intensive Care Unit Personnel: The Moderator Role of Coping Flexibility. In: Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000924.	V	Kein Volltextzugriff	
	Pannell, Lisa M.; Rowe, Lynn; Tully, Salena (2017): Stress Resiliency Practices in Neonatal Nurses. In: Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses 17 (4), S. 274–281. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000366.	V	Kein Volltextzugriff	
Cinahl	Burke, Peggy; Geller, Pamela A.; Sadowick, Leah; Patterson, Chavis A. (2022): Extinguishing Burnout: Practical Recommendations for NICU Providers. In: Neonatology Today 17 (1), S. 85–89. DOI: 10.51362/neonatology.today/20221718589.	V	Population: gesamtes Team der Kinderintensivstation, Ergebnisse nicht spezifisch für Pflegekräfte dargestellt	
	Matsubara, Daisuke; Matsubara, Teppei; Matsubara, Shigeki (2019): Burnout and devastated feeling on patient's death: Universal to clinicians... Burnout and posttraumatic stress in pediatric critical care personnel: prediction from resilience and coping styles, Aust Crit Care, 32, 1 2019, 46-53. In: Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses 32 (4), S. 275–276. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.08.006.	A	Nur Belastung	
	McClelland, L.; Plunkett, E.; McCrossan, R.; Ferguson, K.; Fraser, J.; Gildersleve, C. et al. (2019): A national survey of out-of-hours working and fatigue in consultants in anesthesia and paediatric intensive care in the UK and Ireland. In: ANAESTHESIA 74 (12), S. 1509–1523. DOI: 10.1111/anae.14819.	T	Themenfremd	
	Paula Vega Vega; Rina González Rodríguez; Natalie Santibáñez Galdamez; Camila Ferrada Molina; Javiera Spicto Orellana; Antonia Sateler Villanueva; Jose Bustos Melo (2017): Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. In: REV ESC ENFERMAGEM USP 51, S. 1–6. DOI: 10.1590/S1980-220X2017004303289.	V	Nur Belastung	

Tabelle A6: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

Cinahl	Sunkwa-Mills, Gifty; Rawal, Lal; Enweronu-Laryea, Christabel; Aberese-Ako, Matilda; Senah, Kodjo; Tersbøl, Britt Pinkowski (2020): Perspectives and practices of healthcare providers and caregivers on healthcare-associated infections in the neonatal intensive care units of two hospitals in Ghana. In: HEALTH POLICY PLANN 35, i38-i50. DOI: 10.1093/heapol/czaa102.	T	Themenfremd	
	Thorne, Sally; Konikoff, Laura; Brown, Helen; Albersheim, Susan (2018): Navigating the Dangerous Terrain of Moral Distress: Understanding Response Patterns in the NICU. In: Qualitative health research 28 (5), S. 683–701. DOI: 10.1177/1049732317753585.	V	Population: Ärzte	
	Figueira, Aline Belletti; Devos Barlem, Edison Luiz; Tomaschewski-Barlem, Jamila Geri; Melo Antunes, Marilandi; Marcelino Ramos, Aline; Alves Pereira, Liliane (2016): RESISTANCE STRATEGIES OF NURSING PROFESSIONALS BEFORE NEWBORN DEATH SITUATIONS. In: REV ENFERMAGEM UFPE 10, S. 3517–3523. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201602.	V	Population: gesamtes Team, Ergebnisse nicht spezifisch für ausgebildete Pflegekräfte dargestellt	
	Kobler, Kathie (2014): Leaning In and Holding On: TEAM SUPPORT with Unexpected Death. In: MCN. The American journal of maternal child nursing 39 (3), S. 148–156. DOI: 10.1097/NMC.000000000000028.	V	Keine Studie	
	Lima, Lígia; Gonçalves, Sandra; Pinto, Cândida (2018): Sudden death in paediatrics as a traumatic experience for critical care nurses. In: NURS CRIT CARE 23 (1), S. 42–47. DOI: 10.1111/nicc.12326.	V	Setting: sowohl Kinderintensivstation als auch Notaufnahme, Ergebnisse nicht spezifisch für Kinderintensivstation	
	McKnight, Jacob; Nzinga, Jacinta; Jepkosgei, Joyline; English, Mike (2020): Collective strategies to cope with work related stress among nurses in resource constrained setting: An ethnography of neonatal nursing in Kenya. In: SOC SCI MED 245, N.PAG-N.PAG. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112698.	V	Setting	
	Ruehl, Brooke D.: The psychological and physical health effects of written emotional expression in pediatric hematology/oncology, intensive care, and neonatal intensive care nursing staff. Alliant International University. Online verfügbar unter https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109860219&lang=de&site=ehost-live.z	V	Kein Volltextzugriff	
	Arbios, Danielle; Srivastava, Julia; Gray, Emily; Murray, Paula; Ward, Jessica (2022): Cumulative Stress Debriefings to Combat Compassion Fatigue in a Pediatric Intensive Care Unit. In: American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses 31 (2), S. 111–118. DOI: 10.4037/ajcc2022560.	V	Kein Volltextzugriff	
Bursch, Brenda; Emerson, Natacha D.; Arevian, Armen C.; Aralis, Hilary; Galuska, Lee; Bushman, Jessica et al. (2018): Feasibility of Online Mental Wellness Self-assessment and Feedback for Pediatric and Neonatal Critical Care Nurses. In: Journal of pediatric nursing 43, S. 62–68. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.09.001.	V		Ja	

Tabelle A 3: Ergebnisse der systematischen Recherche (Fortsetzung)

CInahl	Grace, Matthew K.; VanHeuvelen, Jane S. (2019): Occupational variation in burnout among medical staff: Evidence for the stress of higher status. In: SOC SCI MED 232, S. 199–208. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.05.007.	A	Nur Belastung	
	Draper-Lowe, London (2016): Exploring the lived experience and meaning of resilience for nurses: A descriptive phenomenological inquiry. In: Exploring the Lived Experience & Meaning of Resilience for Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry, S. 1. Online verfügbar unter https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=123296199&lang=de&site=ehost-live .	V	Setting: Nicht Kinderintensivstation	

Anhang 9: Ergebnisse der ergänzenden Handsuche

Tabelle A 1: Ergebnisse durch ergänzende Handsuche und Schneeballsystem (eigene Darstellung)

	Titel	T/A/V ⁷	Ausgeschlossen	Eingeschlossen
Pubmed	Hawes, Katheleen; Goldstein, Justin; Vessella, Sharon; Tucker, Richard; Lechner, Beatrice E. (2022): Providing Support for Neonatal Intensive Care Unit Health Care Professionals: A Bereavement Debriefing Program. In: American journal of perinatology 39 (4), S. 401–408. DOI: 10.1055/s-0040-1716481.	V		Ja
	Helmers, Andrew; Palmer, Karen Dryden; Greenberg, Rebecca A. (2020): Moral distress: Developing strategies from experience. In: Nursing ethics 27 (4), S. 1147–1156. DOI: 10.1177/0969733020906593.	V		Ja
	Gauthier, Tina; Meyer, Rika M.L.; Grefe, Dagmar; Gold; Jeffrey I. (2020): An On-the-Job Mindfulness-based Intervention For Pediatric ICU Nurses: A Pilot study. In: Journal of Pediatric Nursing 30 (2), S.402-409. DOI: 10.1016/j.pedn.2014.10.005	V		Ja
	Flanders, Stacy; Hampton, Debra; Missi, Pam; Ipsan, Charlotte; Gruebbel, Cis (2020): Effectiveness of a Staff Resilience Program in a Pediatric Intensive Care Unit. In: Journal of pediatric nursing 50, S. 1-4. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.10.007.	V		Ja

⁷ T= Titel gelesen, A= Abstract gelesen; V= Volltext gelesen

Cinahl	Lary, Atefeh; Borimnejad, Leili; Mardani-Hamooleh, Marjan (2019): The Impact of a Stress Management Program on the Stress Response of Nurses in Neonatal Intensive Care Units: A Quasi-Experimental Study. In: The Journal of perinatal & neonatal nursing 33 (2), S. 189–195. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000396.	V		Ja
	Lee, K. Jane; Forbes, Michael L.; Lukasiewicz, Gloria J.; Williams, Trisha; Sheets, Anna; Fischer, Kay; Niedner, Matthew F. (2015): Promoting Staff Resilience in the Pediatric Intensive Care Unit. In: American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses 24 (5), S. 422–430. DOI: 10.4037/ajcc2015720.	V		Ja
	Bry, Anna; Wigert, Helena (2022): Stress and social support among registered nurses in a level II NICU (28). Online verfügbar unter https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1355184121000338?to-ken=0ECC4B3D4B538974E2B2917B10DA6ECB90BD2BE832E04F177B6CB333CE615A2D2F6BD4035688676297D44F74A16FF79E&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220408135059 .	V		Ja
	Reynolds, Staci S.; Hodges, Elyse; Tang, Jessica; Dahnke, Deborah; Thomesen, Emily M. (2021): Impact of Citrus Essential Oil Diffusion on Health Care Staff's Stress Levels: An Evidence-Based Practice Project. In: Holistic nursing practice 35 (2), S. 65–70. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000433.	V	Kein Volltextzugriff	

Anhang 10: Studienbewertungen der Beobachtungsstudien

Datenextraktionsformular für Beobachtungsstudie (Dreier et al., 2010, S.124)

Tabelle A7: Datenextraktion: Fiske (2018)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 17.05.2022	Fiske (2018): Nurse Stressors and Satisfiers in the NICU
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Klare und präzise Zielsetzung: Untersuchung von Stress- und Zufriedenheitsfaktoren sowie Bewältigungsmechanismen von Pflegekräften in der NICU
Studienpopulation	Online-Umfrage an drei NICUs in Magnetkrankenhäusern in North Carolina. K.A. zu Ein- und Ausschlusskriterien. 72/243 Pflegekräfte nahmen teil (Rücklaufquote: 30 %). Detaillierte Darstellung der Stichprobe
Exposition	Demografische Daten, ICU Stressors Survey, Ways of Coping Scale. Detaillierte Beschreibung der Erhebungsinstrumenten mit. Teilweise Korrelation beschrieben. Keine Angaben weiteren Angaben zu Reliabilität und Validität. Drei offene Fragen: Beschreibung einer stressigen und befriedigenden Situation, Verbesserungswünsche.
Outcome	–
Statistische Analyse	Deskriptive Statistik. Analyse mit deskriptiver Statistik. Analyse der offenen Fragen: Iterative Kodierung und thematische Gruppierung
Ergebnisse	→ Detaillierte Darstellung Stressoren: <ul style="list-style-type: none"> - Versorgung von sterbenden Pat. (18,7 %) - Alle Befragten: Arbeit in der NICU ist min. manchmal stressig. 93 % denken min. manchmal dran, den Job zu wechseln - Unzureichende Personalausstattung (65,2 %); selten/gelegentlich fehlend Zeit, um qualitativ hochwertige Pflege zu leisten (51,2 %) - Akute/ instabile Pat. und unvorhersehbare Ereignisse Zufriedenheitsfaktoren <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauen in das eigene Wissen und Fähigkeiten (95,3 %) - Teamarbeit in der Schicht, nicht jedoch außerhalb Bewältigungsmechanismen <ul style="list-style-type: none"> - Meist genutzt: geplante Problemlösung (Konzentration auf die nächste Aufgabe) - Am wenigsten genutzt: Flucht/ Vermeidung Wunsch nach adäquater Personalausstattung, Unterstützung und Teambuilding Events
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Ausführliche Beschreibung für Auswirkungen auf die Praxis und weiteren Forschungsbedarf. K.A. zu Limitationen.
Externe Validität	Studienpopulation nicht repräsentativ auf Grund der geringen Stichprobengröße, auch wenn Befragung an drei Institutionen durchgeführt wurden
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	K.A.

Datenextraktionsformular für Beobachtungsstudie (Dreier et al., 2010, S.124)

Tabelle A8: Datenextraktion: Garten et al. (2021)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 15.05.2022	Garten et al. (2021): End-of-Life Care Related Distress in the PICU and NICU: A Cross-Sectional Survey in a German Tertiary Center
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Klare und präzise Zielsetzung: Untersuchung und Vergleich von wahrgenommenen Belastungen für Pflegekräfte bei der Betreuung von Patient:innen am Lebensende in einem tertiären Krankenhaus eines deutschen Universitätsklinikums auf der NICU und PICU
Studienpopulation	Umfrage an je zwei NICUs und PICUs der Charité in Berlin. Alle Pflegekräfte mit min. sechs Monaten Intensivfahrung konnten teilnehmen Von 227 Pflegekräften nahmen 75 an der Befragung teil, 2 Teilnehmer:innen auf Grund von fehlenden Daten ausgeschlossen (davon 49 NICU, und 24 PICU), davon 98 % weiblich, 63 % über 40 Jahre alt und 69 % mehr als 10 Jahre Berufserfahrung in der Intensivpflege
Exposition	Eigenen Fragebogen erstellt (18 Fragen: Ja/Nein Fragen, Multiple Choice, 5 Punkte Likert Skala), basierend auf anderen Berichten oder neu für diese Studie geschrieben. Pretest mit 26 Teilnehmer:innen Validität lt. Autor:innen durch internes Gremium evaluiert. Keine Angaben zur Reliabilität.
Outcome	–
Statistische Analyse	Deskriptive Statistik, Chi-Square Test mittels SPSS (Version 19.0) Daten der 3 offenen Fragen: subjektiv analysiert (k.A. zur Art der Analyse)
Ergebnisse	→ Detaillierte Darstellung der Ergebnisse und Vergleiche zwischen PICU/NICU Belastungsfaktoren bei der Versorgung am Lebensende <ul style="list-style-type: none"> - Personalmangel (NICU: 63 %, PICU: 100 %) - NICU: Enge Verbindung zu Patient:in/ Eltern, Betreuung länger als 4 Wochen (59 %) - PICU: nicht erfüllen der eigenen Erwartung, Anzahl der Todesfälle, Kollegen leiden sehen (70-68 %) Stressbezogene Reaktionen <ul style="list-style-type: none"> - NICU: ausgeprägte Selbstkritik und emotionale Erschöpfung (je 33 %) und Sprachlosigkeit (27 %) - PICU: Emotionale Erschöpfung (59 %), Schlafstörung/ Alpträume (50 %), Reizbarkeit (46 %) → Keine Unterscheidung in der Häufigkeit stressbezogener Reaktionen Bewältigungsstrategien <ul style="list-style-type: none"> - NICU: Besprechungen vor dem Todesfall, Unterstützung durch das Team, Besprechungen nach dem Todesfall (90-88 %) - PICU: Mitgefühl, Unterstützung durch das Team und im privaten Umfeld, Besprechungen nach dem Todesfall (99-88 %)
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Limitationen werden aufgeführt (Bias kann nicht ausgeschlossen werden, Übertragbarkeit fraglich, da Befragung in einem Krankenhaus durchgeführt wurde)
Externe Validität	Studienpopulation nur bedingt repräsentativ, da Umfrage an einem Krankenhaus durchgeführt wurde und Population gering ist

Tabelle A8: Datenextraktion. Garten et al. (2021) (Fortsetzung)

Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	Unterstützung durch den Open-Access-Publikationsfonds der Charité – Universitätsmedizin Berlin Lars Garten ist Teilnehmer am BIH-Charité Clinical Fellows Programm, finanziert von der Charité-Universitätsmedizin Berlin und dem Berliner Institut für Gesundheit (BIH).
--	--

Datenextraktionsformular für Beobachtungsstudie (Dreier et al., 2010)

Tabelle A9: Datenextraktion: Moraes et al. (2016)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 15.05.2022	Moraes et al. (2016): Coping strategies used by nursing professionals in neonatal intensive care
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung; präzise Zielsetzung; Identifizierung von Copingstrategien von Pflegekräften auf einer NICU
Studienpopulation	23 Teilnehmer:innen (5 Pflegekräfte, 18 Nurse Technicians). Ein- und Ausschlusskriterien nicht präzise formuliert. K.A. zur Anzahl der Stationen und Gesamtanzahl der Pflegekräfte dieser
Exposition	Sozio-demografische Daten, Adaptiertes Coping Strategies Inventory [CSI] für Brasilien [IEC7]: (genaue Beschreibung des Fragebogens): Validität lt. Autor:innen gegeben, keine weiteren Angaben hierzu
Outcome	–
Statistische Analyse	Datenbank in Excel erstellt mit unabhängiger Doppeltypisierung, deskriptive Analyse mit dem Programm Statistical Package für Social Science (SPSS, Version 21.0) Bewertung der Zuverlässigkeit der IEC: Cronbachs-Alpha-Koeffizient. Qualitative Variablen: durch absolute Werte und Prozentsätze. Quantitative Variablen: Mittelwert, Standardabweichung, Mindest- und Höchstwert.
Ergebnisse	Detailliert Darstellung Studienpopulation. Ergebnisdarstellung in Textform sehr kurzgehalten (Verweis auf Tabellen). Differenzierung der Ergebnisse zwischen Pflegekräften und Nurse Technicians
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt.
Externe Validität	Studienpopulation nicht repräsentativ (lediglich 5 Pflegekräfte; keine eindeutige Definition von Nurse Technicians). Vergleichbarkeit fragwürdig, da die Studie in Brasilien durchgeführt wurde. Limitation kurz gefasst
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	K.A.

Datenextraktionsformular für Beobachtungsstudie (Dreier et al., 2010, S.124)

Tabelle A10: Datenextraktion: Rodriquez et al. (2020)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 15.05.2022	Rodriquez et al. (2020): Grief among neonatal intensive care nurses
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung, Zielsetzung: Grad der Trauer identifizieren, aktuelle und frühere Bewältigungsmechanismen zu identifizieren, die Pflegekräfte auf einer NICU in Nordkalifornien zur Verfügung stehen
Studienpopulation	Alle Pflegekräfte die in einem großen akademischen Krankenhaus in Nordkalifornien auf der 40-Betten Level IV NICU arbeiten 45/140 Pflegekräfte nahmen in den 6 Wochen der Datenerhebung teil. Demografische Daten wurden erfasst. Keine Ein- und Ausschlusskriterien definiert
Exposition	Demografische Daten (Alter, Geschlecht, Rasse/Ethnie, Berufserfahrung), Revised Grief Experience Inventory [RGEI] (genaue Beschreibung des Instruments, Angaben zur Reliabilität) 4 Aspekte des Needs Assessment Questionnaire, Liste mit Coping Mechanismen aus bestehender Literatur → k.A. zur Reliabilität oder Validität 2 offene Fragen zu Unterstützungswünschen durch das Krankenhaus
Outcome	–
Statistische Analyse	Deskriptive Statistiken (Häufigkeiten und Mittelwerte) K.A. zur Auswertung der offenen Fragen
Ergebnisse	→ Detaillierte Darstellung der Ergebnisse Grad der Trauer: 47 (Gesamtpunktzahl: 22 – 110) Zufriedenheit mit aktueller Trauerunterstützung: <ul style="list-style-type: none"> - 35 % stimmten mäßig oder stark nicht zu, dass dem Krankenhauspersonal Ressourcen zur Verfügung stehen - 49 % stimmten stark oder mäßig nicht zu, dass Ressourcen dem Personal geholfen haben - 60 % stimmten mäßig oder stark zu, dass aktuelle Trauerressourcen für das Personal zur Verfügung stehen, - 81 % stimmten mäßig oder stark zu, dass das Krankenhauspersonal von der Verfügbarkeit zusätzlicher Unterstützung profitieren könnte. Aktuelle und frühere Bewältigungsmechanismen <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung durch Familie und Freunde (76 % und 58 %) - Kirche/ Beten (62 %) - Unterstützung durch Kollegen (56 %) → In der Vergangenheit, Planung auch in Zukunft

Tabelle A10: Rodriquez et al.:(2020)

	<p>Offene Fragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Art der Trauerunterstützung sollte das Krankenhaus anbieten? (von 36,4 % beantwortet) <ul style="list-style-type: none"> - eine Nachbesprechung nach dem Tod eines Patienten, eine persönliche Trauerbegleitung, Freistellung nach dem Todesfall und Workshops oder Retreats, die sich auf den Umgang mit dem Tod von Neugeborenen Tod. 2. Von welcher Unterstützung würde das Personal am meisten profitieren (von 43,6 % beantwortet) <ul style="list-style-type: none"> - Auszeit von der Patientenbetreuung (d. h. die Möglichkeit, nach Hause zu gehen), einen freien Tag nach dem Todesfall oder zumindest etwas Zeit zur Verarbeitung des Todesfalles erhalten, - Weitere: Workshops zur besseren Trauerbewältigung, Möglichkeiten für eine Nachbesprechung, eine individuelle Trauerberatung und ein ruhiger Ort für die Trauerbewältigung
Diskussion	Schlussfolgerungen werden durch Ergebnisse gestützt
Externe Validität	Studienpopulation durch Art der Rekrutierung nicht repräsentativ. Geringe Stichprobengröße und Bias durch Studiendesign. RGEI ursprünglich für Familien und nicht Pflegekräfte entwickelt. Wird in Limitationen aufgeführt
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	K.A.

Datenextraktionsformular für Beobachtungsstudie (Dreier et al., 2010, S.124)

Tabelle A11: Datenextraktion: Lee et al. (2015)

<p><u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 15.05.2022</p>	<p>Lee et al. (2015): Promoting Staff Resilience in the pediatric intensive care unit</p>
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Zielsetzung: Beschreibung der Resilienz fördernden Ressourcen und deren Häufigkeit und Nutzen; Hoffnung: Intervention zu identifizieren, die anschließend flächendeckend implementiert und evaluiert werden kann
Studienpopulation	<p>1. Phase: Befragung von Führungskräften, 2. Phase: Befragung des Personals der PICU (medizinisches, pflegerisches und weiteres Personal) → wurde an die 84 Mitgliedseinrichtung der Children's Hospital Association verschickt</p> <p>1. Phase: 25/84 Teilnehmer:innen 2. Phase: 1066 Teilnehmer:innen (51 % Rücklauftrate), davon 893 Pflegekräfte, 136 Ärzt:innen, 37 APNs)</p>
Exposition	Phase 1 (Führungskräfte): Demografische Daten, Personalausstattung, eigener Fragebogen von Resilienz Ressourcen (basierend auf Input von Pflegekräften und Ärzt:innen aus 18 Institutionen sowie der Literatur; k.A. zum genauen Vorgehen, wurde intern auf Klarheit überprüft wurde, Validität durch Forschungskordinator bestätigt; k. A. zum Vorgehen), 2 offene Fragen zur wichtigsten Unterstützung des Krankenhauses und wichtigstes unerfülltes Bedürfnis

Tabelle A11: Datenextraktion Lee. (2015)

	Phase 2 (Personal der PICU): siehe auch Phase 1, sowie ergänzend zum eigenen Fragebogen Häufigkeit und Wirkung der einzelnen Ressourcen; Resilience Scale [RS-14] und Klima der Zusammenarbeit [Safety Attitudes Questionnaire] → laut Autor:innen valide Instrumente, jedoch keine genaue Angabe
Outcome	–
Statistische Analyse	Deskriptive Statistiken und vergleichende Untergruppenanalysen, Korrelationskoeffizient, t-Tests, Mann-Whitney-Tests, Median, Mittelwert, Signifikanz $p < .05$ Qualitative Antworten: thematische Analyse (systematische Durchsicht der Antworten durch die 4 Co-Prüfer zur Konsensbildung und thematischen Zusammenhängen)
Ergebnisse	→ Ergebnisse detailliert dargestellt und auf Unterschiede der Subgruppen (Führungskräfte/ Personal, Pflegekräfte/ Ärzt:innen) eingegangen Verfügbarkeit, Nutzen und Auswirkung von Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> - Am meisten genutzt und wirkungsvollsten: 1:1 Gespräche mit Kolleg:innen, informelle soziale Interaktionen mit Kolleg:innen außerhalb des Krankenhauses Qualitative Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> - Institutionelle Verbesserung bei der Unterstützung: Ständige Verfügbarkeit Unterstützungs- und Sozialdienste (z.B. Seelsorge, Sozialarbeiter:innen), Möglichkeiten der Nachbesprechungen, informelle soziale Aktivitäten - Unerfüllte Bedürfnisse: Wunsch nach Pausen bei stressigen Situationen, Fehlende Anerkennung des Problems, mangelnde Zeit und finanzielle Ressourcen
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt.
Externe Validität	Fragebogen speziell für diese Studie entwickelt, fehlende Validität und Reliabilität. Stichprobe: mit 1066 angemessen über mehrere Institutionen verteilt, Repräsentativität jedoch fragwürdig.
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	Keine gemeldet.

Anhang 11: Studienbewertung der Interventionsstudien

Datenextraktionsformular für Interventionsstudie (Dreier et al., 2010, S. 123)

Tabelle A12: Datenextraktion: Burch et al. (2018)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 15.05.2022	Bursch et al. (2018): Feasibility of Online Mental Wellness Self-assessment and Feedback for Pediatric and Neonatal Critical Care Nurses
Domäne	Elemente
Studienfrage	Nein. Forschungsziel: Durchführbarkeit und Akzeptanz eines pädagogischen Selbsteinschätzungsinstrument für PICU/NICU Pflegekräfte und Schätzung der Prävalenz psychiatrischer Symptome in dieser Stichprobe und Ermittlung von Variablen, die Burnout am stärksten vorhersagen
Studienpopulation	119 examinierte Pflegekräfte auf einer NICU/PICU in einem urbanen Kinderkrankenhaus innerhalb der 12 Tage des Versuchs (Rücklaufquote 45 %), davon 4 auf Grund von fehlenden Daten ausgeschlossen. Keine weiteren Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Demografische Daten detailliert beschrieben. Keine Kontrollgruppe. Rekrutierung über E-Mail. Erinnerung nach einer Woche.
Randomisierung und Verblindung	Keine Kontrollgruppe. Randomisierung und Verblindung nicht möglich. Daten wurden jedoch pseudonymisiert.
Intervention	<p>Detaillierte Beschreibung: optionale und anonyme Online-Selbstbewertungsinstrument und Feedback. Schweregrad der Symptome anhand etablierter Scores definiert und farblich kodiert (grün: gering, gelb: leicht, orange: vermutlich symptomatisch).</p> <p>Feedback: evidenzbasierte kognitive- und verhaltensorientierte Empfehlung zur Selbsthilfe. Variiert nach spezifischen Ergebnissen mit spezifischen Empfehlungen (z.B. Erkennen von Trauma-/Angstauslösern, Suche nach sozialer Unterstützung, Nutzung von Entspannungsstrategien, Verhaltensaktivierung und/oder Ablenkung sowie die Vermeidung des übermäßigen Konsums von Alkohol und anderen Substanzen).</p> <p>Bei wenigen oder gar keinen Symptomen: Nutzer:innen ermutigen, ihre hilfreichen Bewältigungsstrategien weiter zu nutzen.</p>
Outcomes	<p>Abbreviated Maslach Burnout Inventory [aMBI], Brief Resilience Scale [BRS], Primary Care PTSD Screen [PC-PTSD], Patient Health Questionnaire-2 [PHQ-2], General Anxiety Disorder-7 [GAD-7]: Beschreibung der Erhebungsinstrumente, Validität und Reliabilität meistens mit angegeben</p> <p>Common inpatient Nursing Stressors (basierend auf Literatur und Interviews mit Intensivpflegekräften; genaue Beschreibung der Items, Validität durch interne Experten in der Krankenpflege. K.A. zum Umfang und Reliabilität)</p> <p>Demografische Daten: sehr umfassend (u.a. Alter, Rasse/Ethnie, Bildungsstand, Familienstand, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung allg. und in der Intensivpflege, Schichtplan)</p> <p>Evaluation des Online-Instruments: 5-Punkte Likert Skala und offene Frage</p>

Tabelle A12: Datenextraktion: Bursch et al. (2018)

<p>Statistische Analyse</p>	<p>→ Sehr ausführlich beschrieben. Analyse mit SAS-Software (Version 9.4), Signifikanz $\alpha = 0,05$</p> <p>Zusammenhang demografische Merkmale und vier Merkmale (Resilienz, Depression, Angst, PTBS) und Wirkungsgrad des Instruments : je zwei Stichproben t-Tests oder einseitige ANOVAs</p> <p>Signifikante Mittelwertsunterschiede: F-Tests, Bonferroni Anpassung</p> <p>Korrelation Alter und vier Merkmale (s.o.), aMBI Subskala und demografische Merkmale: Person-Korrelation</p> <p>Stressoren, die zu einem erhöhten Burnout führen: Multipler linearer Regressionsansatz (einige Variablen begründet ausgeschlossen), grafische Überprüfung und Varianz-Inflations-Faktoren (VFI) untersucht</p> <p>Lokale Effektgröße: Cohens f^2-Statistiken ($f^2 \geq 0,02$, $f^2 \geq 0,15$ und $f^2 \geq 0,35$ kleine, mittlere bzw. große Effektstärken)</p> <p>Häufigkeit und Prozentsätze für Bewertung der Nützlichkeit, sowie Statistik innerhalb der Teilstichprobe mit klinisch bedeutsamen PTBS, Ängste und Depression</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>→ sehr detaillierte Beschreibung der Ergebnisse und den Zusammenhängen; u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 79 % fanden das Online-Assessment hilfreich - Verbesserungsvorschläge: hilfreicher bei symptomatischen Personen; Wunsch Feedback zu speichern und auszudrucken - Große Anzahl an Pflegekräften mit milden Symptomen von Angststörungen, Depressionen und Traumata: klinisch jedoch wahrscheinlich keinen Einfluss - Befragte, die Krankenpflege als 2. Beruf verfolgen zeigen eine bessere Belastbarkeit - Langjährige Berufserfahrung und höheres Alter: mit geringerem Maß an Ängstlichkeit verbunden
<p>Diskussion</p>	<p>Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Limitationen berücksichtigt</p>
<p>Externe Validität</p>	<p>Ergebnisse ggf. nicht repräsentativ, da Studienpopulation ggf. qualitativ nicht vergleichbar ist (besonders betroffene Pflegekräfte könnten nicht teilgenommen haben, da sie sich überfordert fühlen). Subjektive Angaben von den Teilnehmer:innen zu PTBS, Depression und Angstzustände → keine formelle Diagnose</p> <p>→ Limitationen werden von den Autor:innen aufgeführt und berücksichtigt</p>
<p>Finanzielle Förderung/ Auftraggeber</p>	<p>Laut Autor:innen keine Förderung erhalten.</p>

Datenextraktionsformular für Interventionsstudie (Dreier et al., 2010, S. 123)

Tabelle A 23: Datenextraktion: Flanders et al. (2020)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 17.05.2022	Flanders et al. (2020): Effectiveness of a Staff Resilience Program in a Pediatric Intensive Care Unit
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Klare und präzise Zielsetzung: Auswirkung eines Resilienz Programms auf die professionelle LQ, CF, Burnout und Compassion Satisfaction, sowie das Engagement und Fluktuation der Pflegekräfte zu ermitteln
Studienpopulation	Durchführung in einem Krankenhaus in den USA. 150 Pflegekräften nahmen teil. Ein- und Ausschlusskriterien unzureichend beschrieben (Einschlusskriterien: alle examinierten Pflegekräfte die min. 3 Monate auf der PICU arbeiten). Keine Kontrollgruppe. Kurze Beschreibung der Studienpopulation
Randomisierung und Verblindung	Keine Kontrollgruppe. Keine Randomisierung. Verblindung nicht möglich. Daten pseudonymisiert.
Intervention	Detaillierte Beschreibung: Schulung für alle Pflegekräfte bezüglich CF, ST, Burnout und Resilienz. Schulung zu den sechs Standards der AACN für ein gesundes Arbeitsumfeld. Angebotene Resilienz Strategien: formelle und informelle Nachbesprechungen, Kunst-, Musik- und Tiertherapie (Häufigkeit und Leitung durch unterschiedliche Personen). Private Facebook-Seite für die Station. Feiern im Februar und Mai). Stadions T-Shirts. Angebot weiterer Aktivitäten (Wettbewerbe, Fotokabinen)
Outcomes	K.A. zu Dropouts, Nutzung der Angebote. Pre- und Post-Test zu Mitarbeiterbeteiligung (6 Punkte der Press Ganey-Mitarbeiterbeteiligung). ProQOL (erfassen von CF, ST, Burnout und Compassion Satisfaction) erst nach Implementation der Intervention. Analyse der Daten zur Fluktuation. Keine Angaben zur Validität und Reliabilität
Statistische Analyse	→ Angemessene statistische Analyse Deskriptive Statistik (Häufigkeit, Mittelwert). Spearmans-Rho (Korrelation Ausbildungsniveau, Erfahrung und CF, ST, Burnout, Compassion Satisfaction, Engagement). Pearson Korrelation (Beziehung zwischen CF, ST, Burnout, Compassion Satisfaction). t-Test (Signifikanz Auswirkung des Programms auf Fluktuation und Engagement) Analyse mittels SPSS, Version 22. Alpha: .05
Ergebnisse	→ kurze Ergebnisdarstellung <ul style="list-style-type: none"> - Fluktuation rückgängig und Verbesserung des Engagements (nicht statistisch signifikant) - Geringes Maß an CF und hohes Level von Compassion Satisfaction - Positiver Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Compassion Satisfaction und Arbeitsengagement
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Stärken und Limitationen der Studie besprochen.
Externe Validität	Studienpopulation nicht repräsentativ. Unzureichende Beschreibung der Methodik der Datenerhebung und Analyse. Durchführung an nur einem Krankenhaus.
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	Finanzierung durch University of Kentucky College of Nursing und Norton Healthcare academic partnership.

Datenextraktionsformular für Interventionsstudie (Dreier et al., 2010, S. 123)

Tabelle A14: Datenextraktion: Gauthier et al. (2019)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 17.05.2022	Gauthier et al. (2019): An On-the-Job Mindfulness-based Intervention For Pediatric ICU Nurses: A Pilot
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Klare und präzise Zielsetzung: Durchführbarkeit einer 5-minütigen Achtsamkeitsmeditation für PICU Pflegekräften in Bezug auf Teilnahme und Adhärenz. Veränderung von Stress, Burnout, Selbstmitgefühl, Achtsamkeit und Arbeitszufriedenheit. Identifikation von Merkmalen, die zu Unterschieden in Bezug auf Stress und Burnout im Laufe der Zeit führen..
Studienpopulation	45 von 104 Pflegekräfte der PICU eines US-amerikanischen Krankenhauses nahmen im September 2012 teil. Davon nahmen 38 an allen Befragungen teil. K.A. zu Ein- und Ausschlusskriterien. K.A. zu den Teilnehmer:innen mit inkompletten Daten. Detaillierte Beschreibung der demografischen Variablen.
Randomisierung und Verblindung	Keine Kontrollgruppe. Verblindung nicht möglich .
Intervention	Detaillierte Beschreibung: Umsetzung einer verkürzten Form von Kabats-Zinn's, der traditionellen achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (MBSR) abgeleitet, das von Meckenzie et al. Entwickelt wurde. Tägliche 5-minütige angeleitete Meditation vor Schichtbeginn. Genaue Beschreibung des Ablaufs. Anleitung durch einen Zen-buddhistischen Priester (2x/täglich) nicht aufgenommen oder vorher festgelegt, sondern spontan unter Verwendung von Klängen, Gedanken, Körperempfindungen, Erfahrungen.
Outcomes	<p>Hypothesen: Verlegung der Intervention auf Station führt zu gesteigerter Teilnahme und Adhärenz im Vergleich zu früheren Studien. Reduktion der Häufigkeit von Stress und Burnout und Steigerung der Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Arbeitszufriedenheit.</p> <p>Messinstrumente: Demografische Daten, MBI Maslachs Burnout Skal (MBI) Nursing Stressor Scale (NSS), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) Self Compassion Scale (SCS), eine Frage zur Jobzufriedenheit („Unter Berücksichtigung aller Aspekte bin ich mit meinem Job zufrieden“; 5 Punkte Likert Skala). Teilweise Angaben zur Reliabilität</p> <p>Pre- und zwei Post-Tests (direkt nach der Intervention und nach einem Monat). K.A. zum Umgang mit den fehlenden Daten.</p>
Statistische Analyse	<p>→ Angemessene statistische Analyse</p> <p>Vorläufige Analyse (ANOVAS, t-Test), Vergleich von Pre- und Post-Test (psychologische Messwerte). Analyse verschiedener Variablen. Wilcoxon Signed-Rank-Tests. Wiederholte ANOVA Messung.</p>
Ergebnisse	<p>→ Darstellung der Ergebnisse sehr ausführlich, Korrelationen zwischen den Variablen</p> <p>Signifikant positive Korrelation zwischen Achtsamkeit und Selbstmitgefühl (bei allen 3 Zeitpunkten)</p> <p>Signifikant negative Korrelation zwischen Stress und Achtsamkeit, und Stress und Selbstmitgefühl (bei allen drei Zeitpunkten)</p> <p>Pflegende mit mehr Berufserfahrung: tendenziell niedrigeres Burnout Niveau (negative Korrelation mit Depersonalisierung zu Zeitpunkt 1 & 2 und emotionaler Erschöpfung an Zeitpunkt)</p> <p>Arbeitszufriedenheit: signifikant negative Korrelation mit Achtsamkeit und Selbstmitgefühl (Zeitpunkt 1-3) Signifikant positive Korrelation mit Stress und Burnout (Zeitpunkt 1)</p>

Tabelle A14: Gauthier et al. (2019)

	<p>42 % der Befragten, die die Umfrage vor Intervention teilgenommen haben, besuchten im Schnitt zwei Sitzungen pro Woche</p> <p>Signifikante Reduktion des Stresses (stieg jedoch an Zeitpunkt 3 wieder leicht an)</p> <p>Baseline. Hohe Werte für emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung, aber auch hohes Maß an persönlicher Erfüllung. Persönliche Erfüllung stieg zum Zeitpunkt 2 signifikant an und nahm zu Zeitpunkt 3 ab. Keine signifikanten Trends für emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung</p> <p>Keine signifikanten Veränderungen der Achtsamkeit und Selbstmitgefühl</p> <p>Teilnehmer:innen mit niedrigen (n=0), mittleren (n=21) und hohen Achtsamkeitswerten (n=17 → Mittlere Gruppe: signifikant höheres Stresslevel vor Intervention. Keine signifikanten Unterschiede zu Zeitpunkt 2 und 3</p>
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Limitationen der Studie besprochen.
Externe Validität	Keine Kontrollgruppe. Studienpopulation nur bedingt repräsentativ, da Intervention an einem Krankenhaus durchgeführt wurde und Stichprobe nicht sehr groß ist. Studienteilnehmer:innen hatten außerdem bereits vor Intervention hohe Achtsamkeitswerte. Fehlende Validität und Reliabilität des Fragebogens zu Jobzufriedenheit.
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	K.A.

Datenextraktionsformular für Interventionsstudie (Dreier et al., 2010, S. 123)

Tabelle A15: Datenextraktion: Hawes et al. (2020)

<p><u>Publikation:</u></p> <p><u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik</p> <p><u>Datum:</u> 15.05.2022</p>	<p>Hawes et al. (2020): Providing Support for Neonatal Intensive Care Unit Health Care Professionals: A Bereavement Debriefing Program</p>
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Klare und präzise Zielsetzung: Evaluierung eines formellen Debriefings nach dem Tod einer:s Patient:in auf der NICU
Studienpopulation	<p>Multidisziplinäres Team einer NICU in den USA.</p> <p><u>Allgemeiner Fragebogen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre-Intervent. (n=115; davon 45 Pflegende, 14 APN, 21 Ärzte und Ärztinnen., 35 weitere) - Postintervention.(n= 39 (5 PK, 3 APN, 14 Ä., 18 weitere) <p><u>Individuelle Feedbackbögen</u> nach den Nachbesprechungen (n=148; davon 30 PK, 64 Ärzte und Ärztinnen, 22 Sozialarbeiter:innen, 32 weitere)</p>
Randomisierung und Verblindung	Keine Kontrollgruppe. Randomisierung und Verblindung nicht möglich. Daten wurden jedoch pseudonymisiert.
Intervention	Detaillierte Beschreibung: Debriefing 72h nach Todesfall. Ablauf strukturiert. Information über Zeitpunkt und Ort an das gesamte Personal der NICU. Teilnahme freiwillig. Anschließend individueller Feedbackbogen.
Outcomes	<p>K.A. zu Hypothesen.</p> <p>Online-Fragebogen vor Einführung nach Follow-up nach 2 Jahren nach Implementation und individuelle Feedbackbögen nach dem Debriefing (keine weiteren Angaben zu der Art der Fragebögen). Feldnotizen bei den Nachbesprechungen durch ein Mitglied des Forschungsteams</p>

Tabelle A15: Datenextraktion: Hawes et al. (2020) (Fortsetzung)

Statistische Analyse	Chi-Quadrat (Kategoriale Variablen zwischen Kohorten vor & nach der Befragung), Wilcoxon-Test (kontinuierliche Daten vergleichen), Spearman-Korrelation (Zusammenhang Anzahl Teilnehmer:innen und kontinuierliche Variablen), Lineare Modelle (Zusammenhang Anzahl Teilnehmer:innen und kategoriale Variablen) Feldnotizen bei jeder Sitzung. Induktive Codierung und anschließende Kategorisierung (1. Durchlauf nach 12 Sitzungen; Analyse der restlichen Feldnotizen nach Abschluss des Projekts) durch verschiedene Autor:innen, bis Konsens erreicht wurde.
Ergebnisse	→ Detaillierte Beschreibung der Teilnehmer:innen und deren individueller Rückmeldungen nach den 40 formellen Nachbesprechungen, sowie den Charakteristika der Patient:innen → Detaillierte Beschreibung der Pre- und Post-Intervention Fragebögen (Profession, Zufriedenheit mit dem Debriefing, Veränderungen) → Qualitative Analyse der Inhalte der Debriefings adäquat vorgestellt und mit Zitaten belegt.
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Stärken und Limitationen der Studie besprochen.
Externe Validität	Studienpopulation nur teilweise repräsentativ, da Intervention lediglich in einem Krankenhaus durchgeführt wurde. Teilnahme von Pflegekräften geringer als Autor:innen erwartet haben.
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	Laut Autor:innen keine Förderung erhalten.

Datenextraktionsformular für Interventionsstudie (Dreier et al., 2010, S. 123)

Tabelle A16: Datenextraktion: Lary et al. (2019)

<u>Publikation:</u> <u>Ausfüllende:</u> Laura Dudzik <u>Datum:</u> 17.05.2022	Lary et al. (2019): The Impact of a Stress Management Program on the Stress Response of Nurses in Neonatal Intensive Care Units
Domäne	Elemente
Studienfrage	Keine Fragestellung. Klare und präzise Zielsetzung: Wirkung eines Stressmanagementprogramms auf die Stressreaktion von Pflegekräften einer NICU.
Studienpopulation	70 Pflegekräfte aus vier NICUs (verschiedene Krankenhäuser). Je zwei Krankenhäuser Intervention- bzw. Kontrollgruppe. Zufallsstichprobe. Begründete Festlegung der Stichprobengröße auf n=70 (je 35 pro Gruppe). Alle Teilnehmerinnen weiblich Klar Definierte Ein- und Ausschlusskriterien (Einschlusskriterien: min. ein Jahr Berufserfahrung in der NICU, min. Bachelorabschluss, keine Einnahme von Psychopharmaka, vier bis sechs Arbeitstage/Woche oder 31 bis 41 Wochenarbeitsstunden. Ausschlusskriterien: Depressionen in der Anamnese, selbst berichtete akute/chronische körperliche oder psychische Störung, Einnahme von Psychopharmaka) Detaillierte Beschreibung der demografischen Variablen der beiden Gruppen. Keine signifikante Unterschied zwischen den Gruppen, mit Ausnahme der Berufserfahrung.
Randomisierung und Verblindung	Zuordnungen der Teilnehmerinnen durch den Arbeitsplatz. Verblindung nicht möglich.

Tabelle A16: Datenextraktion Lary et al. (2019) (Fortsetzung)

Intervention	Detaillierte Beschreibung: Umsetzung der McNamara-Lehrmethode für Stressmanagement (Inhalte beschrieben). Je eine 1- stündige Sitzung pro Woche über sechs Woche. Präventiver Ansatz. Material: Präsentation, Frage- und Antwortsitzung. Schulungsprogramm an Dienstplan der Pflegekräfte angepasst, sodass Schulungen morgens und abends in je fünf Gruppen mit sieben Teilnehmer:innen durchgeführt wurden.
Outcomes	Pre- und zwei Post-Tests (direkt nach der Intervention und nach acht Wochen). K.A. zu fehlenden Daten und/oder Drop-outs Erhebungsinstrumente: demografische Daten, SRI (genaue Beschreibung des Instruments, Angaben zur Reliabilität, k.A. zu Validität)
Statistische Analyse	→ Angemessene statistische Analyse Deskriptive Statistik (Häufigkeit, Prozentsatz, Mittelwert und Standardabweichung). Inferenzstatistiken (χ^2 -Test, exakter Test von Fisher, Varianzanalyse mit wiederholter Messung, t-Test für unabhängige Stichproben). Signifikanzniveau: weniger als .05 Analyse mittels SPSS, Version 16
Ergebnisse	→ Ergebnisdarstellung sehr kurz gehalten mit Verweis auf die Tabellen. Ergebnisse werden am Ende der Diskussion etwas detaillierter dargestellt und diskutiert Signifikanter Unterschied Post-Intervention (Reduktion der Stressreaktionen) zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.
Diskussion	Schlussfolgerung werden durch Ergebnisse unterstützt. Stärken und Limitationen der Studie besprochen.
Externe Validität	Kein signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe (Ausnahme: Berufserfahrung). Studienpopulation jedoch nur bedingt repräsentativ, da lediglich Frauen befragt wurden.
Finanzielle Förderung/ Auftraggeber	K.A.

Anhang 12: Studienbewertung der Qualitativen Studien

Tabelle A17: Studienbewertung Bry/Wigert (2022) (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens/Langer 2016: 153-155)

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Bry & Wigert (2022): Stress and social support among registered nurses in a level II NICU

Forschungsfrage: Nein. **Forschungsziel:** Beschreibung der Stressquellen und der sozialen Unterstützung examinierter Krankenschwestern auf einer Level II NICU.

GLAUBWÜRDIGKEIT	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Nein. Klar und präzise Formulierung des Forschungsziels
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> K.A.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Nein
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Teilweise. K.A. zur Gesamtanzahl der potentiellen Teilnehmer. 13 Pflegekräfte nahmen freiwillig teil
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Teilweise. Angaben zu Berufsjahren, Jahren auf der NICU und welche Schichtart gearbeitet wird
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja. Semistrukturierte Interviews die mit Tonband aufgezeichnet wurde. Interviewer war den Interviewten unbekannt. Anschließende Transkription.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Induktive Analyse nach Granheim & Lundman (2004). Codierung der zusammengefassten Aussagen und anschließende Kategorienbildung
8. Erfolgte die Datensammlung bis zu Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Nein. K.A. zu Gründe
AUSSAGEKRAFT	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer</i> K.A.
ANWENDBARKEIT	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten zur Anwendung?	Ja
<i>Benotung zur Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6</i>	

Tabelle A18: Studienbewertung Cricco-Lizza (2014) (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens/Langer 2016: 153-155)

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Cricco-Lizza (2014): The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care

Forschungsfrage: Nein. Forschungsziel: Untersuchung der emotionalen Arbeit der Krankenpfleger:innen und ihre Bewältigungsstrategien

GLAUBWÜRDIGKEIT	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Nein. Aber präzise und klare Definition des Forschungsziels
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Ja. Ethnographischer Ansatz, um induktiv die emotionale Arbeit und die Bewältigungsstrategien der Krankenpflegerinnen zu erfassen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> K.A.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja. Von 250 Pflegekräften waren 114 allgemeine Informanten, davon wurden 18 als Schlüsselinformanten ausgewählt (k.A. zur Auswahl)
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja. Allgemeine Informanten: Geschlecht und Rasse/Ethnie Schlüsselinformanten: Geschlecht, Rasse/Ethnie, familiäre Situation, Berufsabschluss, Berufserfahrung
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja. Semistrukturierte Interviews die mit Tonband aufgezeichnet wurde. Interviewer war den Interviewten unbekannt. Anschließende Transkription
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Induktive Analyse nach Granheim & Lundman (2004). Codierung der zusammengefassten Aussagen und anschließende Kategorienbildung
8. Erfolgte die Datensammlung bis zu Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Nein. K.A. zu Gründe
AUSSAGEKRAFT	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer</i> Ja
ANWENDBARKEIT	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten zur Anwendung?	Ja
<i>Benotung zur Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6</i>	

Tabelle A19: Studienbewertung Helmers et al. (2020) (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens/Langer 2016: 153-155)

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Helmers et al. (2020): Moral distress: Developing strategies from experience.

Forschungsfrage: Nein: Forschungsziel: Erleben von Moral Distress und Identifikation von Strategien und Ressourcen zum Umgang hiermit von Pflegekräften in der pädiatrischen Intensivpflege in der Mitte/ Ende der beruflichen Laufbahn

GLAUBWÜRDIGKEIT	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Nein. Forschungsziel klar und präzise
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> K.A.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> K.A.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Auswahl passend zur Fragestellung. Freiwillige Teilnahme. Mehr als 10 Jahren Berufserfahrung. K.A. zu weiteren Ein- und Ausschlusskriterien
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung im Gesundheitswesen, im Intensivbereich; Bildungsstand, Beschäftigungsumfang
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> 60 min semistrukturiertes Fokusgruppeninterview (hybrid: 5 persönlich, 2 online dazugeschaltet) mit Tonaufnahme. Interviewer:in arbeitet nicht direkt mit Interviewten zusammen. Zwei weitere Autor:innen beobachten und machen Notizen Individuelle semistrukturierte Interviews mit Tonaufnahme (9 persönlich, Eine:r online). Interviewer:in arbeitet nicht direkt mit Interviewten zusammen
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Fokusgruppen: thematische Analyse der Transkripte durch die drei Autor:innen (k.A. zur genauen Methodik) → Grundlage für die individuelle, semistrukturierte Interviews Individuelle Interviews: Analyse der Transkripte in drei Phasen: offene Kodierung, axiale Kodierung und Auswertung. Genau Beschreibung der einzelnen Phasen . Analyse durch zwei Autor:innen getrennt durchgeführt (um Konsistenz und Genauigkeit zu gewährleisten). Bei Unstimmigkeiten: Diskussion und dritte Autor:in konsultiert
8. Erfolgte die Datensammlung bis zu Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Nein. K.A. zu Gründe
AUSSAGEKRAFT	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer</i> K.A.

Tabelle A19: Studienbewertung Helmers et al. (2020) (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens/Langer 2019: 153-155; Fortsetzung)

ANWENDBARKEIT	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten zur Anwendung?	Ja
<i>Benotung zur Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6</i>	

Tabelle A20: Studienbewertung Lewis (2017) (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens/Langer 2016: 153-155)

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Lewis (2017): Exploring NICU Nurses' Affective Responses to End-of-Life Care (EOLC)

Forschungsfrage: Nein. Ziel: anhand von erlebten und erzählten Geschichte die affektiven, interaktionellen und bedeutungsbezogenen Reaktionen der Krankenpfleger:innen in der NICU bei der Betreuung sterbender Säuglinge und Familien zu identifizieren, sowie Bewältigungsstrategien und persönliche Veränderungen in der Praxis zu erforschen

GLAUBWÜRDIGKEIT	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Nein. Klar und präzises Forschungsziel. Thema in seinem Umfeld erläutert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> K.A.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ja. K.A.zum Zeitpunkt.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja. Rekrutierung online über National Association of Neonatal Nurses (NANN). Genaue Angaben zu Einschlusskriterien (registrierte NICU Pflegekraft, Mitglied bei NANN, Englische Sprache lesen und schreiben können Ursprüngliche Planung: zielgerichtete Stichprobe zur angemessenen Repräsentation, konnte auf Grund der Homogenität nicht erreicht werden → alle Narrative miteingeschlossen
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja. Informationen zu Alte, Bildung, Berufserfahrung, EOLC in der Ausbildung und ob diese als hilfreich erachtet wurde, NICU Level, EOLC Richtlinien auf der Station vorhanden
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Onlineumfrage. Angabe der demografischen Daten, Verfassen eines Narratives zu einer Situation in der EOLC starke Emotionen in den Pflegekräften ausgelöst hatte.

Tabelle A20: Studienbewertung Lewis (2017) (eigene Darstellung, in Anlehnung an Behrens/Langer 153-155; Fortsetzung)

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Reisemanns thematisch-narrative Analysetechnik. Wird detailliert beschrieben Zur Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit: Bracketing, Führen von Prüfprotokoll.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zu Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Ja. Durch kollegiale Nachbesprechung.
AUSSAGEKRAFT	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate</i> Ja
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer</i> Ja. Konsens im Forscherteam. Validierung durch Teilnehmer:innen war jedoch aufgrund der elektronischen Datenerfassung nicht möglich
ANWENDBARKEIT	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten zur Anwendung?	Ja
<i>Benotung zur Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6</i>	

Anhang 13: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien

Tabelle A21: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien (eigene Darstellung)

Referenz	Zielsetzung	Datenerhebung & -auswertung	Setting Stichprobe ⁸	Ergebnisse	Studien- design
Bry & Wigert (2022) Schweden	Beschreibung der Stressquellen und der sozialen Unterstützung für Pflegekräften in der NICU	Semistrukturierte Interviews Induktive Analyse nach Granheim & Lundman (2004)	N: 13 PK	Stressquellen sind vor allem begrenzte Kenntnisse des unerfahrenen Pflegepersonals in der Neugeborenen Pflege, die hohen und komplexen Arbeitsbelastungen und die emotionale Intensität der Arbeit Die soziale Unterstützung erfolgt durch die Kolleg:innen. Das Arbeitsklima wird als unterstützende und wertschätzend beschrieben. Jedoch wird die kollegiale Unterstützung durch hohes Arbeitspensum und die Aufteilung der Station (Einzelzimmer) erschwert. Unterstützung durch das Management wird gemischt wahrgenommen. Die Hälfte berichtet von einer adäquaten Unterstützung, während sich die andere Hälfte mehr Unterstützung und Rückmeldungen wünscht. Die eingeführt Gruppenreflexion am Ende der Tagschicht ermöglicht Austausch zum Tagesverlauf und Problemen und wird als wertvolles Mittel zur Bewältigung der emotionalen Arbeit beschrieben	Qualitativ
Bursch et al. (2018) USA	Durchführbarkeit und Akzeptanz eines pädagogischen Instruments zur Selbsteinschätzung für PICU/NICU Pflegekräfte, sowie Schätzung der Prävalenz psychiatrischer Symptome in dieser Stichprobe und Ermittlung von Variablen, die Burnout am stärksten vorhersagen	Instrument zur Selbsteinschätzung mit anschließendem Feedback für PICU/ NICU Pflegekräfte (bestehend aus: aMBI, BRS, PC-PTSD, PHQ-2, GAD-7, Common Inpatient Nurse Stressors) Ausführliche Statistische Analyse (t-Tests, ANOVAs, F-Tests, Bonferri Anpassung, Pearson Korrelation, VFI, Cohens f ² -Statistiken, Multiple lineare Regression) Evaluation des Online-Instruments: 5-Punkte Likert Skala und offene Frage	N&P: 115 PK	79 % der Befragten fanden das Online-Assessment hilfreich. Ein:e Befragte:r gab an, dass es hilfreicher bei symptomatischen Personen sei. Ein:e:r wünschte sich die Möglichkeit das Feedback speichern und drucken zu können. Große Anzahl an Pflegekräften mit milden Symptomen von Angststörungen, Depressionen und Traumata, die klinisch jedoch wahrscheinlich keinen Einfluss haben. Befragte, die Krankenpflege als 2. Beruf verfolgen zeigen eine bessere Belastbarkeit. Langjährige Berufserfahrung und höheres Alter: mit geringerem Maß an Ängstlichkeit verbunden Die Einführung einer Online-Selbsteinschätzung mit sofortigem pädagogischem Feedback ist in der Intensivpflege durchführbar. Des Weiteren zeigt die Variabilität der Prädiktoren in den drei Burnout-Subskalen die Notwendigkeit von maßgeschneiderten Interventionen für die Risikogruppen	Interventionsstudie

⁸ Abkürzungen: N=NICU, P=PICU, PK=Pflegekräfte, APN: Advanced Practice Nurse, Ä: ärztliches Personal
FI=Fokusgruppeninterview, SI= semistrukturiertes Interview

Tabelle A21: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien (Fortsetzung)

Cricco-Lizza (2014) USA	Untersuchung der emotionalen Arbeit der Krankenpfleger:innen und ihre Bewältigungsstrategien	Teilnehmende Beobachtungen und informelle Interviews innerhalb 14 Monate (3,5-mal mit jedem der 114 allg. Informanten) Formelle semistrukturierte Interviews mit 18 PKs (1h, Tonaufnahme, wörtliche Transkription) Analyse mit QSR NUD*IST Programm. Induktive Ableitung von Codes. In Kategorien strukturieren und vergleichen, kontrastieren und nach Muster analysieren	N Allg.: 114 PK S= 18 PK	Emotionsarbeit unterschätze Komponente bei der Betreuung von kranken Neugeborenen/ Säuglingen auf der NICU. Komplexe Anforderungen auf persönlicher, beruflicher und organisatorischer Ebene. Bewältigung der Belastung durch Emotionsarbeit durch Gespräche mit Kolleg:innen, eine „Super-Krankenschwester zu sein“, soziale Gespräche und Humor, Pausen machen, flexible Hilfe anbieten, emotionaler Rückzug, Stationswechsel, Teilnahme an Gedenkgottesdiensten und Umdeutung des Verlusts (um Sinn in der Arbeit zu finden).	Ethnografische Studie
Fiske (2018) USA	Untersuchung der Stress- und Zufriedenheitsfaktoren, sowie Bewältigungsprozessen des Pflegepersonals in der NICU	Onlinebefragung über einen Monat (demografische Daten, ICU Stressors Survey, Ways of Coping Scale, 3 offene Fragen [Beschreibung einer stressigen und befriedigenden Arbeitssituation, Wunsch zum besseren Umgang]) Deskriptive Statistik mit SPSS Iterative Kodierung und thematische Gruppierung	N: 72 PK	Meisten Befragten gaben an, dass die Arbeit in der NICU stressig ist, dass sie aber gut mit dem Arbeitsstress zurechtkommen. Das Wissen in der Versorgung und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten führt zu einer Reduktion des wahrgenommenen Stresses. Als häufigsten Stressfaktor wird unzureichende Personalausstattung genannt. Bewältigungsstrategien richten sich vor allem auf die Erledigung von Aufgaben. Die Befragten gaben an, dass sie sich eine Verbesserung der Teamarbeit auf Station wünschen. Des Weiteren fühlen sie sich von Kolleg:innen und Familien mehr respektiert als von den direkten Vorgesetzten und ärztliches Personal	Mixed-Method-Studie
Flanders et al. (2020) USA	Auswirkung eines Resilienz Programms auf die professionelle LQ, CF, Burnout, Compassion Satisfaction, Fluktuation und Engagement der Pflegekräfte einer PICU	6 Punkte der Press Ganey Mitarbeiterbeteiligung, ProQOL, Analyse der Fluktuationsdaten (2016 und 2018) Deskriptive Statistik (Häufigkeit, Mittelwert), Spearmans-Rho, Person Korrelation, t-Test. Analyse mit SPSS	P: 150 PK	Durch die Einführung des Resilienz Programms reduzierte sich die Fluktuation der Pflegekräfte von der PICU und das Engagement verbesserte sich, jedoch nicht statistisch signifikant. Post-Intervention konnte ein geringes Maß an CF und ein hohes Level an Compassion Satisfaction festgestellt werden. Zusätzlich wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und Compassion Satisfaction sowie Arbeitsengagement festgestellt werden .	Interventionsstudie

Tabelle A21: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien (Fortsetzung)

<p>Garten et al. (2021)</p> <p>Deutschland</p>	<p>Untersuchung und Vergleich von wahrgenommenen Belastungen für Pflegekräfte bei der Betreuung von Patient:innen am Lebensende</p>	<p>Eigenen Fragebogen erstellt (18 Fragen: Ja/Nein Fragen, Multiple Choice, 5 Punkte Likert Skala), basierend auf anderen Berichten oder neu für diese Studie geschrieben</p> <p>Deskriptive Statistik, Chi-Square Test, offene Fragen: subjektive Analyse</p>	<p>N: 32 PK; P: 24 PK</p>	<p>Belastungsfaktoren bei der Versorgung von Patient:in am Lebensende sind sowohl in der NICU als auch in der PICU der Personalmangel (63 %; 100 %). Weitere Belastungsfaktoren in der NICU umfassen die enge Verbindung zu Patient:in/ Eltern und die Betreuung über mehr als 4 Wochen (59 %). IN der PICU gelten das nicht erfüllen der eigenen Erwartung, die Anzahl der Todesfälle und Kolleg:innen leiden sehen (70-68 %) als weitere Belastungsfaktoren</p> <p>Stressbezogene Reaktionen in der NICU äußert sich laut der Befragung in ausgeprägte Selbstkritik und emotionale Erschöpfung (je 33 %) und Sprachlosigkeit (27 %). In der PICU äußert sich dies vor allem in emotionale Erschöpfung (59 %), Schlafstörung/ Alpträume (50 %) und Reizbarkeit (46 %).</p> <p>Bewältigungsstrategien in der NICU sind Besprechungen vor dem Todesfall, Unterstützung durch das Team, Besprechungen nach dem Todesfall (90-88 %). In der PICU geben 99-88 % der Befragten an, Mitgefühl, Unterstützung durch das Team und im privaten Umfeld und Besprechungen nach dem Todesfall als Bewältigungsstrategie angegeben</p> <p>Es konnte keine Unterschiede in der Häufigkeit stressbezogenen Reaktionen und Bewältigungsstrategien festgestellt werden.</p>	<p>Querschnittsstudie</p>
<p>Gauthier et al. (2015)</p> <p>USA</p>	<p>Durchführbarkeit einer 5-minütigen Achtsamkeitsmeditation für PICU Pflegekräften in Bezug auf Teilnahme und Adhärenz. Veränderung von Stress, Burnout, Selbstmitgefühl, Achtsamkeit und Arbeitszufriedenheit. Identifikation von Merkmalen, die zu Unterschieden in Bezug auf Stress und Burnout im Laufe der Zeit führen..</p>	<p>Demografische Daten, MBI, NSS, MAAS, Self-Compassion Scale (SCS), eine Frage zur Jobzufriedenheit (Unter Berücksichtigung aller Aspekte bin ich mit meinem Job zufrieden; 5 Punkte Likert Skala)</p> <p>Vorläufige Analyse (ANOVAS, t-Test), Vergleich von Pre- und Post-Test (psychologische Messwerte). Analyse verschiedener Variablen. Wilcoxon Signed-Rank-Tests. Wiederholte ANOVA Messung.</p>	<p>P:45 PK Davon 38 PK an t₁₋₃</p>	<p>Zwischen Achtsamkeit & Selbstmitgefühl ist eine signifikant positive und zwischen Stress & Achtsamkeit und Stress & Selbstmitgefühl zu allen drei Zeitpunkten (t₁₋₃) eine signifikant negative Korrelation</p> <p>Alle Subskalen: korrelieren mit Jobzufriedenheit (t₁). Negative Korrelation zwischen den Subskalen Emotionale Erschöpfung & Depersonalisierung (t_{1&3}) und Achtsamkeit (t_{1, 2}). positive Korrelation zwischen persönlicher Leistung: & Achtsamkeit (t₁₋₃) Arbeitszufriedenheit: signifikant negative Korrelation mit Achtsamkeit und Selbstmitgefühl (t₁₋₃). Signifikant positive Korrelation mit Stress und Burnout (t₁). PK mit mehr Berufserfahrung haben tendenziell ein niedrigeres Burnout Niveau.</p> <p>42 % der Befragten, die die Umfrage vor Intervention teilgenommen haben, besuchten im Schnitt zwei Sitzungen pro Woche.</p> <p>Signifikante Reduktion des Stresses (leichter Anstieg bei t₃). t₁:hohe Werte für emotionale Erschöpfung & Depersonalisierung, aber auch ein hohes Maß an persönlicher Erfüllung. Signifikanter Anstieg dieser zu t₂). Keine signifikanten Veränderungen für emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl. Nicht signifikanter Anstieg der Arbeitszufriedenheit (t₁₋₃)</p> <p>Zum Vergleich wurden die Teilnehmerinnen in Gruppen mit niedrigen (n=0), mittleren (n=21) und hohen Achtsamkeitswerten (n=17) Zugeordnet → mittlere Gruppe: signifikant höheres Stresslevel an t₁, keine signifikanten Unterschiede an t_{2&3}</p> <p>Die Gruppierung nach Meditationserfahrungen (0-5min Meditation/Tag, Anfänger: n=9. 5-15min Meditation/Tag, Moderate: n=20. 15-90min Meditation/ Tag, Fortgeschrittene: n=9) zeigte bei allen Gruppen eine signifikante Reduktion des Stresses. An t₁ wurde signifikanter Unterschied im Stress, aber nicht an t_{2&3}.</p>	<p>Interventionsstudie</p>

Tabelle A21: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien (Fortsetzung)

<p>Hawes et al. (2020)</p> <p>USA</p>	<p>Evaluation eines formellen Debriefings nach dem Tod einer: Patient:in auf der NICU</p>	<p>1) Online-Fragebogen vor Einführung und zwei Jahre nach Einführung (k.A. zum Befragungsbogen) 2) Individuelles Feedback nach dem Debriefing (k.A. zu Befragungsbogen) 3) Feldnotizen bei dem Debriefing</p> <p>Deskriptive Statistik Chi-Quadrat, Wilcoxon Test, Spearman-Korrelation, Lineare Modelle Analyse der Feldnotizen: induktive Kodierung und Kategorisierung</p>	<p>N (gesamtes Personal)</p> <p>1) <u>Pre-Intervent.</u> (n=115) (davon 45 PK, 14 APN, 21 Ä., 35 weitere)</p> <p><u>Postintervent.</u> N= 39 (5 PK, 3 APN, 14 Ä., 18 weitere)</p> <p>2) 148 Antworten (davon 30 PK, 64 Ä., 22 Sozialarbeiter:innen, 32 weitere)</p> <p>3) k.A.</p>	<p>Höhere Anzahl an Teilnehmer:innen bei den formellen Nachbesprechungen (Pre: 31,4 %, Post: 68,6 %) und gesteigerte Häufigkeit in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Unter den Situationen, die in einem Arbeitsumfeld häufig auftreten, sank das von den Befragten selbst angegebene Stressniveau zwischen der Zeit vor der Intervention und nach der Intervention.</p> <p>Individuelle Rückmeldung: Intervention erhält ein positives Feedback. Bis auf den Informationsgehalt und Nützlichkeit gab es keine Unterscheidung zwischen den Professionen.</p> <p>Themen in den formellen Nachbesprechungen waren die Beziehung zwischen dem Personal und der Familie, Bewertung des Todesfalls, Teamzusammenhalt, gegenseitige Fürsorge und emotionale Auswirkung.</p>	<p>Interventionsstudie (prospektiv Mixed-Method-Studie)</p>
<p>Helmers et al. (2020)</p> <p>Kanada</p>	<p>Erleben von MD und Identifikation von Strategien und Ressourcen zum Umgang hiermit von Pflegekräften in der pädiatrischen Intensivpflege in der Mitte/ Ende der beruflichen Laufbahn</p>	<p>Fokusgruppen- & individuelle semistrukturierte Interviews</p> <p>Analyse der Transkripte (Fokusgruppe, Grundlage für Leitfaden der individuellen Interviews, k.A. zur Methodik)</p> <p>Individuelle Interviews: offene und axiale Kodierung und Auswertung.</p>	<p>P</p> <p>FI: 7 PK</p> <p>SI: 10 PK</p>	<p>Soziale Einflussfaktoren auf MD sind zum einen der wahrgenommene Mangel an Empathie, der Vorrang von effizienter Versorgung vor den Bedürfnissen des Personals und die Kultur des Stoizismus. Äußere Einflussfaktoren sind der Planungszwang bei der Dienstplangestaltung und deren negativen Einfluss auf das Team und Privatleben, geringe Schichtbesetzung und unpassende organisatorische Anforderungen. Die Berufserfahrung kann auch einen positiven Einfluss auf MD haben, da sich eine eigene ethische Sichtweise entwickelt und dies MD verringert bei ethischen Dilemmata.</p> <p>Aktive Copingstrategien umfassen das Auseinandersetzen mit allen relevanten Faktoren die Besprechung dieser, Pausen machen, Probleme direkt ansprechen und individuelle Self-Care Strategien. Befragte nutzen außerdem reflektive Copingstrategien und fokussieren sich auch beeinflussbare Aspekte und Hoffnung auf die Zukunft, mentale Vorbereitung, Abschottung und die Reflexion mit Kolleg:innen und privates soziales Umfeld.</p> <p>Formelle Unterstützungen die als hilfreich erachtet wurden sind formelle ethische Nachbesprechung, Beratung durch Bioethik Experten, Sozialdienst und Palliativversorgern, Peer- Mentor:innen,</p>	<p>Qualitative Studie</p>

Tabelle A21: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien (Fortsetzung)

Lary et al. (2019)	Iran	Wirkung eines Stressmanagementprogramms in Anlehnung an McNamara auf die Stressreaktion von Pflegekräften einer NICU	SRI, Demografische Daten. Pre- und 2 Post-Tests (nach Intervention [6 Wochen], und 8 Wochen Follow-up Deskriptive Statistik mit SPSS. χ^2 -Test, exakter Test von Fisher, Varianzanalyse mit wiederholter Messung, t-Test	N 70 PK (35 Kontroll., 35 Intervent.)	Pre-Intervention: keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, außer die Berufserfahrung Signifikanter Reduktion der Stressreaktion in der Interventionsgruppe 8 Wochen-follow-up: durchschnittliche Stressreduktion auch in der Kontrollgruppe. Autor:innen diskutieren mögliche Ursachen.	Interventionsstudie (quasiexperimentell)
Lee et al. (2015)	USA	Beschreibung der Resilienz fördernden Ressourcen und deren Häufigkeit und Nutzen	Phase 1 (Führungskräfte): Demografische Daten, Personalausstattung, eigener Fragebogen von Resilienz Ressourcen Phase 2 (Personal der PICU): siehe auch Instrumente der Phase 1, Fragebogen Häufigkeit und Wirkung der einzelnen Ressourcen; RS-14, Safety Attitudes Questionnaire Deskriptive Statistiken und vergleichende Untergruppenanalysen (Korrelationskoeffizient, t-Tests, Mann-Whitney-Tests, Median, Mittelwert) Offene Fragen: thematische Analyse	P (gesamtes Personal) 20 Führungskräfte 1066 Mitarbeiter (davon 893 PK, 136 Ä., 37 APNs)	Am meisten genutzt und wirkungsvollsten: 1:1 Gespräche mit Kolleg:innen, informelle soziale Interaktionen mit Kolleg:innen außerhalb des Krankenhauses Verbesserung bei der Unterstützung: Ständige Verfügbarkeit Unterstützungs- und Sozialdienste (z.B. Seelsorge, Sozialarbeiter:innen), Möglichkeiten der Nachbesprechungen, informelle soziale Aktivitäten Unerfüllte Bedürfnisse: Wunsch nach Pausen bei stressigen Situationen, Fehlende Anerkennung des Problems, mangelnde Zeit und finanzielle Ressourcen	Deskriptiv
Lewis (2017)	USA	Identifikation affektiven, interaktionellen und bedeutungsbezogenen Reaktionen bei der Betreuung sterbender Säuglinge und Familien, sowie Bewältigungsstrategien und persönliche Veränderungen in der Praxis	Onlineumfrage. Abgabe schriftlicher Narrative zu einer Situation in der EOLC starke Emotionen ausgelöst hat, sowie Ausfüllen eines soziodemografischen Fragebogens Reisemanns thematisch-narrative-Analysetechnik Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit: Bracketing, Führen von Prüfprotokollen	N 36 PK	Die am häufigsten berichteten affektiven Reaktionen sind Verantwortung, MD und Identifikation Es wurden sowohl adaptive als auch maladaptive Bewältigungsstrategien identifiziert. Hierzu gehört die Unterstützung durch Kolleg:innen, informelle und formelle Nachbesprechungen, ausüben von bewusster Dankbarkeit, Vermeidung und Abschottung Die Pflegekräfte beschreiben, dass es durch Reflexion zu einem professionellen Wachstum in der Praxis kommt.	Qualitative Studie

Tabelle A21: Zusammenfassung und Charakteristika der inkludierten Studien (Fortsetzung)

<p>Moraes et al. (2016) <i>Brasilien</i></p>	<p>Identifizierung von Copingstrategien von Pflegekräften</p>	<p>Soziodemografische Daten, IEC7 Datenbank Excel mit unabhängiger Doppeltypisierung, Deskriptive Statistik, Cronbachs-Alpha-Koeffizient, Mittelwert, Standardabweichungen, Mindest- und Höchstwert</p>		<p>N&P 5 PK, 18 Nurse technicians</p>	<p>Häufigste Copingstrategien von Pflegekräften und Nurse Technicians sind Selbstkontrolle, positive Neubewertung und soziale Unterstützung. Diese Strategien fokussieren sich auf die Emotionen und das Problem und werden daher als aktive Bewältigungsstrategien bezeichnet, da sie zur Entscheidungsfindung zur Bewältigung stressiger Situationen beitragen.</p>	<p>Querschnittsstudie</p>
<p>Rodriguez et al. 2020 <i>USA</i></p>	<p>Identifikation von dem Grad der Trauer und Identifikation von aktuelle und früheren Bewältigungsmechanismen</p>	<p>Demografische Daten, RGEI, 4 Aspekte des Needs Assessment Questionnaire, Liste mit Coping Mechanismen, offene Fragen zur Unterstützungswünschen</p>	<p>Deskriptive Statistik (Häufigkeit und Mittelwert) Offene Fragen: k.A.</p>	<p>N 45 PK</p>	<p>Grad der Trauer: 47 (Gesamtpunktzahl: 22 – 110) 35 % stimmten mäßig/ stark nicht zu, dass dem Personal Ressourcen zur Verfügung stehen. 49 % stimmten stark/mäßig nicht zu, dass Ressourcen dem Personal geholfen haben. 81 % stimmten mäßig/ stark zu, dass das Personal von der Verfügbarkeit zusätzlicher Unterstützung profitieren könnte. Bewältigungsmechanismen, die in der Vergangenheit genutzt wurden, ist die Unterstützung durch Familie und Freunde (76 % und 58 %), Kirche/ Beten (62 %) und Unterstützung durch Kollegen (56 %). Die Befragten planen, die genannten Bewältigungsmechanismen auch in der Zukunft zu nutzen. 36,4 % beantworten die Frage, welche Trauerunterstützung durch die Institution angeboten werden sollen. Befragte wünschen sich, eine Nachbesprechung nach dem Tod eines Patienten, eine persönliche Trauerbegleitung, Freistellung nach dem Todesfall und Workshops/Retreats, die sich mit dem Umgang mit dem Tod von Neugeborenen auseinandersetzen 43,6 % der Befragten beantworteten die Frage, von welcher Unterstützung das Personal am meisten profitiert wurden. Hier wurde eine Auszeit von der Patientenbetreuung (d. h. die Möglichkeit, nach Hause zu gehen), einen freien Tag nach dem Todesfall erhalten (oder zumindest etwas Zeit zur Verarbeitung des Todesfalles) genannt. Des Weiteren könnte das Personal von Workshops zur besseren Trauerbewältigung, Möglichkeiten für eine Nachbesprechung, eine individuelle Trauerberatung und ein ruhiger Ort für die Trauerbewältigung profitieren</p>	<p>Querschnittsstudie</p>

Anhang 14: Ablauf des formellen Debriefings

Tabelle A22: Debriefing auf der neonatalen Intensivstation

Begrüßung und Einführung	Besprechung des Zwecks von der Trauerbesprechung mit den Teilnehmer:innen Aufforderung an die Teilnehmer:innen, sich vorzustellen und ihre Rolle bei der Versorgung der Familie zu beschreiben
Grundlegende Fakten	Berichten der Ereignisse zum Zeitpunkt des Todes
Fallbesprechung	Wie war es, diese:n Patient:in zu pflegen? Was war der erschütterndste Aspekt in diesem Fall? Was war der befriedigendste Aspekt an diesem Fall?
Emotionale Komponenten des Falles	Was wird Ihnen von diesem:dieser Patient:in und seiner Familie besonders in Erinnerung bleiben?
Reaktion auf die Trauer	Beschreiben Sie bitte, was Sie seit dem Tod gefühlt, gedacht und getan haben?
Wellness Strategien zur Trauerbewältigung	Wie kümmern Sie sich um sich selbst, damit Sie sich weiterhin um andere Patient:innen und Familien kümmern können? Überprüfung von gesunden Trauerstrategien Überprüfung von verfügbaren Ressourcen
Reflexion	Welche Lehre haben wir aus der Betreuung des:der Patient:in und seiner Familie gezogen?
Schlussfolgerung	Erkennen Sie die geleistete Pflege für den:die Patient:in und seiner:ihrer Familie und würdigen Sie diese.

Quelle: Hawes et al. (2020: 402), übersetzt von Autorin.

Anhang 15: On The Job Mindfulness Meditation

(Vgl. Gauthier et al. 2015: 403f.)

Ablauf der täglichen 5-minütigen Achtsamkeitsmeditation

1. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf ein Hauptobjekt, z.B. Ihren Atem.
2. Halten Sie die Aufmerksamkeit von einem Moment zum anderen aufrecht, z.B. auf das Gefühl, wie Ihr Atem in den Körper ein- und ausströmt.
3. Wenn Ihr Geist auf natürliche Weise ins Denken abdriftet, bemerken Sie einfach, dass Sie denken, und lenken Sie dann Ihre Aufmerksamkeit wieder auf das Objekt Ihrer Konzentration, z.B. Ihren Atem.
4. Wenn ein starkes Gefühl oder eine Emotion auftaucht, nimm das Gefühl oder die Emotion wieder wahr und kehre zu deinem Atem zurück.
5. Wenn Sie an Selbstvertrauen gewinnen, können Sie sich darin üben, diesen Fokus aufrechtzuerhalten, während Sie die Gedanken, die durch Ihren Geist fließen, oder die Empfindungen in Ihrem Körper beobachten, ohne sich um den Inhalt zu kümmern; Sie können dies jederzeit während des Tages üben.
6. Sie können sogar Ihre Gedanken benennen, z.B. denken, planen, sich Sorgen machen, oder Ihre Gefühle, z.B. Wut, Angst, Liebe, Besorgnis, usw., oder Ihre Körperempfindungen, z.B. heiß, kalt, scharf, eng, prickelnd. Sie können Ihre Aufmerksamkeit jederzeit wieder auf Ihren Atem oder das Objekt Ihrer Aufmerksamkeit richten, während Sie sich weiterhin Ihrer Gedanken und Gefühle bewusst sind.
7. Danken Sie sich für Ihre Bemühungen und dafür, dass Sie sich diese Zeit genommen haben.

Schwerpunkte der Achtsamkeitsübung

→ Schwerpunkt wechselt alle 3 Tage

- Atmung
- Klänge/ Geräusche
- Körper
- Geist

→ Möglichkeit bei dem primären Fokus der Meditation zu bleiben, oder ein eigenes (individuell besser geeignetes) zu nutzen

Durführung: Spontan, unter Verwendung von Klängen, Körperempfindungen, Erfahrungen und Gedanken, die im Moment oder in der Umgebung auftraten 2x/täglich durch einen Priester des Zen-Buddhismus während der 30 Tagen angeleitet.

Anhang 16: Mitarbeiter:innen Resilienz Programm

(Vgl. Flanders et al. 2020: 2)

Schulungen: (für jede Pflegekraft der PICU)

- Zu den Themen: CF, ST, Burnout und Resilienz
- Gesundes Arbeitsumfeld: Grundlage der sechs Standards der American Association of Critical Care Nurses (AACN); Themen: kompetente Kommunikation, bedeutsame Anerkennung, angemessene Personalausstattung, echte Zusammenarbeit, effektive Entscheidungsfindung, authentische Führung

Formelle Nachbesprechungen: 2x/ Jahr: Ethische Nachbesprechung durch einen Mediziner

informelle Nachbesprechungen: jeden zweiten Monat; mit Frühstück; Durchgeführt durch einen Priester/ Pastor

Kunst- und Musiktherapie (abwechselnd)

- Kunsttherapie: verschiedene Optionen wie Peelings und Bade-Bomben machen
- Musiktherapie: Singen und Instrumente spielen auf der Station; von Freiwilligen durchgeführt

Tiertherapie: Durch Child Life (1x/ Woche)

Sonstiges:

- Facebook Gruppe für die Angestellten der Station: zur Kommunikation, Feierlichkeiten, Informationen über bevorstehende Resilienz-Aktivitäten
- Feierlichkeiten: Februar (Heart month) und Mai (Critical Care awareness month)
- Abteilungs-T-Shirts: Design und vom Personal zu erwerben
- Weitere (während der Monate): Vielzahl von Aktivitäten, darunter Wettbewerbe, Fotokabinen und Eisverkäufe

Anhang 17: Stressmanagement Programm

Tabelle A 23: Der Inhalt des Stressbewältigungsprogramms für die Versuchsgruppe wurde von den Forscher:innen auf der Grundlage des McNamara-Leitfadens in "Stress in Young People: What's New and What to Do", "The Design and Evaluation of Stress Management Programmes for Adolescents" und "Stress Management Programme for Secondary School Students: A Practical Resource for Schools" erstellt

Sitzung	Pädagogischer Inhalt
Erste	Verteilung des Instruments zur Stressbewältigung (SRI; Pre-Test) Einführung in die Bedeutung und Notwendigkeit der Vermittlung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung Definitionen von Stress
Zweite	Einführung in die Auswirkung von Stress auf den Körper und physische, psychische sowie Effekte auf das Verhalten
Dritte	Rationale Lösungen zur Stressbewältigung und Einführung von problem- und emotionsorientierten Bewältigungstechniken Untersuchung von Bewältigungsmechanismen in Stresssituationen
Vierte	Einführung von Stressbewältigungskompetenzen Arbeit an der ersten Stufe der Stressbewältigungskompetenzen (bewusste Wahrnehmung der eigenen Emotionen)
Fünfte	Auseinandersetzung mit der zweiten Stufe der Stressbewältigungskompetenz (Körperliche Methoden zur Stressbewältigung) Körperliche Praktiken für einen gesünderen Lebensstil (umfasst eine gesunde Ernährung, ausreichenden Schlaf und Bewegung, um das Immunsystem zu erhalten und zu stärken und das Energieniveau zu steigern)
Sechste	Umfrage über die Ansichten, Meinungen und Feedback der Teilnehmer:innen Erneute Verteilung der Instrumente zur Stressbewältigung (SRI; Post-Test)

Quelle: Lary et al. (2019: 192), übersetzt von Autorin.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

10.06.2022, Hamburg