



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
<b>2. Setting Intensivstation</b> .....	2
2.1 Definition und Praxisort.....	3
2.2 Das Patienten Klientel .....	4
2.3 Die personelle Zusammensetzung .....	5
2.4 Die Aufgaben der Pflegenden.....	6
<b>3. Belastungen von Pflegenden auf der Intensivstation</b> .....	7
3.1 Definition Belastung .....	7
3.2 Belastungsarten .....	10
3.3 Belastungen für Pflegende durch Patienten und deren Angehörige .....	12
3.3.1 Anforderungsprofil .....	12
3.3.2 Sicht auf den Patienten .....	13
3.3.3 Leid des Patienten.....	14
3.3.4 Hilflosigkeit des Patienten.....	15
3.3.5 Sterbeprozess des Patienten.....	15
3.3.6 Erwartungshaltung von Patienten und deren Angehörige .....	17
3.3.7 Fehlende Anerkennung von Patienten und deren Angehörige .....	17
3.3.8 Kommunikation .....	18
3.3.9 Gewalterlebnisse.....	19
3.3.10 Angehörigenbetreuung .....	20
3.3.11 Physische Belastungen .....	21
3.4 Folgen der Belastungen .....	23
<b>4. Bewältigungsstrategien</b> .....	26
4.1 Definition Bewältigung.....	27
4.2 Strategien zur Bewältigung von Belastungen .....	28

4.2.1	Problemorientiertes und emotionsbezogenes Coping .....	28
4.2.2	Aktivität, Vermeidung, Verleugnung, Verschiebung und Projektion .....	29
4.2.3	Coaching und Supervision.....	30
4.2.4	Sport und körperliche Bewegung .....	31
4.2.5	Soziale Unterstützung.....	33
4.2.6	Problemlösekompetenz.....	34
4.2.7	Entspannungskompetenz .....	35
4.2.8	Achtsamkeit .....	35
4.2.9	Akzeptanz von Unveränderlichem .....	36
4.2.10	Proaktivität .....	36
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>37</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>40</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>45</b>

## 1. Einleitung

In deutschen Krankenhäusern wurden im Jahr 2013 rund 2.109.631 Menschen intensivmedizinisch behandelt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014). Für diese Menschen stellt der Aufenthalt auf einer Intensivstation eine Extremsituation dar, da sie aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungssituation für einen gewissen Zeitraum auf dieser Station verbleiben müssen. So können bei den Intensivpatienten Störungen des Selbstwertgefühls, Zukunftsängste, ein Trennungstrauma und das Gefühl der Isolierung und Vereinsamung entstehen (Larsen 2012:518). An Pflegenden stellen sich diesbezüglich spezielle Arbeitsaufgaben, wie die intensive Pflege, Überwachung sowie Behandlung dieser Patienten, welche lebensbedrohlich bzw. potentiell lebensbedrohlich erkrankt sind. Neben der emotionalen Begleitung der Patienten und deren Angehörigen, stellt das spezielle Setting „Intensivstation“ komplexe Anforderungen an die dort tätigen Pflegenden, zu nennen wären die besondere räumliche und personelle Ausstattung, die komplexen Arbeitsabläufe sowie die Handhabung der Technik und die alltägliche Konfrontation mit schwerstkranken Patienten. Ebenso stellen Themen wie Tod, Leid und Trauer zentrale Aspekte in der Arbeit mit Intensivpatienten dar (Hiemisch et al. 2011: 237). Durch diese genannten Faktoren werden Intensivstationen als sehr stressbedingtes Arbeitsfeld betrachtet. Der Umgang mit Menschen, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, kann zu hohen psychischen und physischen Belastungen bei den Pflegenden führen, welches zahlreiche empirische Daten belegen (Timm 2000:18).

Angesichts meines bevorstehenden Pflegeexamens auf einer Intensivstation, der besonderen Patientensituation und der daraus resultierenden speziellen Pflege dieser Patienten, möchte ich in meiner Bachelor-Arbeit den Fragen nachgehen, welche Belastungen für Pflegekräfte bezüglich der Intensivpatienten und deren Angehörige entstehen und welche Bewältigungsstrategien vorhanden sind, um die zuvor beschriebenen Belastungen zu bewältigen bzw. damit umgehen zu können. Für die Untersuchung dieser Fragen, wurde die Methode der Literaturanalyse gewählt. Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl, PubMed und Cochrane durchgeführt. Die Suchstrategie umfasste die Hauptsuchbegriffe „intensive care“, „critical care“, „intensive treatment“, „requirements“, „demands“, „needs“, „requests“, „exigencies“, „standards“, „specifications“, „requisitions“, „demand notes“, „loads“, „stresses“, „burdens“, „strains“, „charges“, „encumbrances“, „pressures“, „debts“, „mortgages“, „drains“, „liabilities“,

„ties“, „travail“, „coping strategies“, „management strategies“, „nurse“, „sick-nurse“, „carer“, „caregiver“, „care-giver“. Um eine möglichst große Anzahl an Studien und Beiträgen zur Thematik von Belastungen von Pflegenden auf der Intensivstation und Bewältigungsstrategien zu erhalten, wurden nur die Limits „last 10 years“ sowie englisch- und deutschsprachige Literatur gesetzt. Zwecks der Eingrenzung der vorhandenen Trefferzahl, wurden die einzelnen Stichworte mit den Bool'schen Operatoren „OR“/„AND“ verknüpft. Des Weiteren erfolgte eine Handrecherche in den Fachbibliotheken Hamburgs sowie in Fachzeitschriften des Springer und Thieme Verlages zum Thema Belastungen von Pflegenden auf Intensivstationen und Bewältigungsstrategien.

Zum Einstieg in die Thematik wird zunächst das Setting der Intensivstation dargestellt, in der eine Definition der Intensivmedizin sowie Intensivpflege und eine Vorstellung des Praxisortes erfolgt. Ebenso wird das Patientenklientel, die personelle Zusammensetzung und die Aufgaben der Pflegenden auf einer Intensivstation in diesem Zusammenhang dargestellt. Im nächsten Schritt erfolgt die Definition von Belastung sowie die Darstellung der Belastungsarten. Daran anschließend werden die Belastungen für Pflegende durch Intensivpatienten und deren Angehörigen sowie die Folgen der Belastungen beschrieben. Anschließend wird zunächst der Begriff Bewältigung definiert, um im Anschluss mögliche Strategien zur Bewältigung von Belastungen für Intensivpflegekräfte durch Patienten und deren Angehörigen darzulegen. Abschließend werden im Fazit die dargestellten Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen gezogen.

In der folgenden Arbeit konnte zum Teil nicht auf die Primärquellen zugegriffen werden, weshalb Sekundärquellen herangezogen wurden. Die männliche Form inkludiert nachfolgend die weibliche.

## **2. Setting Intensivstation**

Im folgenden Kapitel findet ausschließlich eine Darstellung des Settings der Intensivstation statt. Des Weiteren wird nachfolgend das Patientenklientel, die personelle Zusammensetzung und die Aufgaben der Pflegenden auf einer Intensivstation dargestellt, es erfolgt jedoch diesbezüglich keine kritische Auseinandersetzung, da dies nicht Thema dieser Arbeit ist. Zudem wird keine Spezialisierung der Intensivstation in einen speziellen

Fachbereich vorgenommen, um einen allgemeinen Eindruck in die Thematik zu ermöglichen.

## **2.1 Definition und Praxisort**

Intensivstationen sind Spezialstationen, auf denen schwerst- bis lebensbedrohlich erkrankte Patienten intensivmedizinisch sowie –pflegerisch versorgt, überwacht und behandelt werden. Die beschriebene Intensivversorgung setzt sich vorrangig aus der Intensivpflege und der Intensivmedizin zusammen (Larsen 2012: 503). Demnach folgen sowohl eine Definition für den Begriff „Intensivpflege“ als auch eine für den der „Intensivmedizin“:

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) definiert Intensivpflege in deren offiziellem Pflegeleitbild als:

„[...] die Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens unter Berücksichtigung der existentiellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biographie/Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen. Ziel ist es, den Patienten unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten durch präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen zur weitgehenden Selbständigkeit zurückzuführen oder dem Patienten Linderung zu geben und im Sterben zu begleiten“ (DGF 2002).

Weiter wird der Begriff der Intensivmedizin in Anlehnung an die Definition der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Multidisciplinary Joint Commission for Intensive Care Medicine (MJCICM) folgendermaßen definiert:

„Intensivmedizin ist die kontinuierliche Überwachung und Behandlung von Schwerstverletzten und Schwerkranken sowie Operierten- nach schwierigen Eingriffen, deren vitale Funktionen lebensbedrohlich gefährdet oder gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten und/oder wiederhergestellt werden müssen“ (zit. n. Friesacher 2010: 47).

Des Weiteren wird seitens der MJCICM sinngemäß ergänzt, dass Ärzte, Pflegende und alle im medizinischen Bereich Tätigen ein koordiniertes Behandlungsteam darstellen sollen (Grünwald et al. 2010: 10). In Anlehnung zu der bereits oben beschriebenen Definition der

Intensivmedizin ist, bezüglich der Intensivstationen, zwischen zwei Intensiveinheiten zu unterscheiden. Einerseits findet sich die *intermediate care unit* (IMC), auch „Intensivüberwachungsstation“ genannt, auf der die Überwachung der vitalen Funktionen und eine gesteigerte Pflegebedürftigkeit der Patienten im Mittelpunkt stehen. Andererseits findet sich die *intensive care unit* (ICU), welche auch die Bezeichnung der „Intensivstation“ oder „Intensivbehandlungsstation“ trägt. Die Intensivstation bietet den Patienten die maximale sowohl pflegerische als auch medizinische Versorgung eines Krankenhauses und ist damit der Intensivüberwachungsstation übergeordnet (ebd.). In dieser Einheit, den „Intensivstationen“, können grundsätzlich interdisziplinäre von fachspezifischen Intensivstationen unterschieden werden. Daneben ist eine Einteilung in Organsysteme (wie z.B. kardiologische oder internistische Einheit) möglich. Zudem kann nach der Art der Erkrankung bzw. des Eingriffs (z.B. Transplantationen) oder der Patientenkategorie (wie Neugeborene) eine Einteilung vorgenommen werden. Interdisziplinäre Intensivstationen finden sich überwiegend in kleineren bis mittleren Krankenhäusern, bis etwa 400 Betten Aufnahmekapazität, wohingegen fachspezifische Intensivstationen meist nur in Großkrankenhäusern zu finden sind (Larsen 2012: 503).

Die bauliche Gestaltung von Intensivstationen ist an vielfältige Anforderungen, Bestimmungen und gesetzliche Regelungen gebunden. So sollen alle Wege für das Behandlungsteam möglichst kurz gehalten werden. Darüber hinaus sollte die Intensivstation in räumlicher Nähe zur Notaufnahme und/oder der Operationsabteilung liegen, um „funktionelle und ergonomische Hindernisse“ (Grünewald et al. 2010: 11) in der Behandlung und Pflege der Patienten im Arbeitsalltag zu umgehen. Für das Pflegeteam stellt dies eine notwendige Mindestvoraussetzung dar, um die verantwortungsbewusste Arbeit mit und am anspruchsvollen Patientenklintel gewährleisten zu können (ebd.).

## **2.2 Das Patientenklientel**

Betrachtet man die im vorangegangenen vorgestellten Definitionen der Intensivpflege sowie der Intensivmedizin, so finden sich Aussagen über das Patientenklientel auf Intensivstationen. Es wird beschrieben, dass es sich um kritisch kranke, schwerstverletzte und operierte Menschen handelt. Dabei wird keine Einschränkung bezüglich bestimmter Krankheitsbilder vorgenommen.

Der medizinische sowie pflegerische Aufwand der für einen Intensivpatienten zu leisten ist, wird primär vom Schweregrad seiner Erkrankung bestimmt. Der Schweregrad einer intensivmedizinisch zu behandelnden Erkrankung zeigt sich vor allem am Ausmaß der Funktionsstörungen der Vitalzeichen betreffenden Organe. Die Prognose oder auch die Überlebenschance des Patienten hängt bedeutend vom Schweregrad der Erkrankung und den ihr zugrunde liegenden pathologischen Prozessen ab (Larsen 2012: 506). Im Weiteren zu erwähnen ist, dass sich der Zustand des Intensivpatienten während des Aufenthalts auf der Intensivstation verändert. Ein Teil der Intensivpatienten überwindet den Zustand der Lebensbedrohung, während sich die Bedrohung bei anderen Patienten ausbaut und der Gesundheitszustand sich weiter verschlechtert. Daher stehen Letztere bzw. deren Angehörige nicht selten vor der Entscheidung ob die Therapie abbrechen oder fortzusetzen sei (Salomon 2010: 63). Infolgedessen gehören auch sterbende Patienten zum Patientenkontingent einer Intensivstation, wobei sie jedoch vergleichsweise einen kleinen Anteil des gesamten Intensivkontingents ausmachen (Thompson 2002: 337).

### **2.3 Die personelle Zusammensetzung**

Wie bereits im Kapitel 2.1, mit der Erläuterung der MJCICM aufgeführt, setzt sich das Behandlungsteam einer Intensivstation aus unterschiedlichen Professionen zusammen. Dabei kommt den Intensivmedizinern, neben den Intensivpflegenden, deren Aufgaben im nächsten Kapitel dargestellt werden, eine entscheidende Rolle als Mitarbeiter im Behandlungsteam zu. Angesichts der unterschiedlichen Grunderkrankungen der Intensivpatienten, arbeiten sie eng mit Experten anderer Fachbereiche zusammen (Prien et al. 2007: 15). Wie auch in anderen Fachdisziplinen sind die Ärzte auf der Intensivstation für Diagnostik und Therapie verantwortlich. Aufgrund der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung sowie Beobachtung der Intensivpatienten und der ständig zu gewährleistenden Möglichkeit des raschen Handelns bei auftretenden Komplikationen, ist der Personalschlüssel für die pflegerische sowie ärztliche Profession besonders hoch. So empfiehlt die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) für eine überwiegende Intensivbehandlung 1 Arzt auf 2 Betten sowie 1 Pflegenden für 0,44-0,6 Betten (DIVI 2010: 13ff).



## 2.4 Die Aufgaben der Pflegenden

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel 2.3 dargelegt, nehmen Intensivpflegende eine zentrale Rolle im Behandlungsteam einer Intensiveinheit ein. „Sie gelten den Psychologen als Schlüsselfiguren der Intensivbehandlung...“ (Larsen 2012: 522), da sie durch ihre ständige Präsenz am Patientenbett die zentralen Bezugspersonen des Patienten sind. In Bezug auf die Kommunikation im Team und im Kontakt zu den Angehörigen sind Pflegende unverzichtbar. Obendrein sind es häufig die Pflegenden, die die Versorgung stellvertretend für das Team koordinieren und somit eine kontinuierliche Versorgung ermöglichen (Pearce 2002: 431). Nach Larsen ist aufgrund der vielfachen Wechselbeziehung zwischen Ärzten und Pflegepersonal, sowie des Aufeinanderangewiesen-Seins eine strikte Trennung dieser beiden Berufsgruppen nicht möglich (2012: 506). Andere Autoren untermauern diese These. So komme es nach Striebel nicht selten zu Überschneidungen im Tätigkeits- und Verantwortungsbereich beider Professionen (2008: 4).

Der medizinisch-technische Aspekt stellt einen Schwerpunkt in der intensivpflegerischen Praxis dar. Pflegende führen kontinuierlich die klinische und apparative Überwachung des Intensivpatienten durch und sind für die Dokumentation, insbesondere der kardiovaskulären und respiratorischen Parameter, verantwortlich. Des Weiteren liegt es im Aufgabenbereich der Pflegenden den Intensivpatienten zu beobachten und bei auftretenden körperlichen Veränderungen fachlich adäquat zu reagieren und gegebenenfalls den Arzt zu konsultieren (Larsen 2012: 531). Zusätzlich zu den Patientenüberwachungssystemen, wie dem Monitoring, gehören Beatmungs- und Infusionsgeräte zum pflegerischen Alltag auf der Intensivstation. Das Bedienen dieser Geräte erfordert folglich ein spezielles Wissen sowie fachliche Kompetenzen, um diese zu überwachen und auf ihre Funktion hin zu überprüfen. Zudem sind Pflegende dafür verantwortlich, diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorzubereiten und dem Arzt dabei zu assistieren. Überdies führen sie Verordnungen des Arztes aus. Hier sind das Verabreichen bestimmter Medikamente sowie die Substitution von Flüssigkeit und parenteraler Ernährung zu nennen, einschließlich der Kontrolle der Wirksamkeit, so wie Aufgaben des Legens eines Dauerkatheters oder die Blutentnahmen über arterielle oder venöse Katheter (Striebel 2008: 4). Daneben erfordern intubierte oder tracheotomierte Patienten spezielle pflegerische Fähigkeiten (Baermann et al. 2010: 143ff).

Wie bereits dargelegt, stellen Pflegende die erste Bezugsperson innerhalb des Behandlungsteams dar, welche vorrangig mit dem Patienten und seinen Angehörigen kommuniziert und als Ansprechpartner für Fragen und Informationen wahrgenommen wird. Pflegende sollten deshalb neben den oben dargelegten Aufgaben auch Kompetenzen auf psychosozialer Ebene aufweisen: Den Patienten also, wie auch seine Angehörigen, zu begleiten, emotional zu unterstützen sowie pflegerelevant anzuleiten. Durch die Komplexität und Schwere der auf den Intensivstationen anzutreffenden Krankheitsbilder findet sich im Tätigkeitsbereich der hier Pflegenden auch der Palliativgedanke wieder (Larsen 2012: 531).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der Umgang mit Menschen, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, für die Pflegenden sowohl mit physischen als auch psychischen Belastungen einhergeht (ebd.: 523).

### **3. Belastungen von Pflegenden auf der Intensivstation**

Im folgenden Kapitel wird der Begriff der Belastung definiert. Ebenso findet eine Darstellung der Belastungsarten, Belastungen für Pflegende durch Intensivpatienten und deren Angehörigen sowie die Folgen der Belastungen statt. In diesem Kapitel geht es ausschließlich um die Darstellung der Belastungen die durch den Intensivpatienten und seinen Angehörigen entstehen. Eine kritische Auseinandersetzung findet nicht statt, da dies nicht Thema dieser Arbeit ist. Ebenfalls werden ausschließlich die negativen Auswirkungen von Belastungen dargestellt. Die Europäische Norm DIN EN ISO formuliert zusätzlich zu den negativen Folgen auch positive Aspekte die durch Belastungen hervorgerufen werden können. Diese näher zu beschreiben, ist jedoch nicht zielführend für die Thematik dieser Arbeit.

#### **3.1 Definition Belastung**

Seit geraumer Zeit steigen die Belastungen am Arbeitsplatz, welche zunehmend Ursache für Arbeitsunfähigkeiten und Erkrankungen sind. Darüber hinaus verursachen sie „erhebliche volkswirtschaftliche Kosten und persönliches Leid“ (Eichendorf et al. 2014: 18). Diese Belastungen, besonders jener psychischer Genese, sind verbunden durch Veränderungen am Arbeitsplatz, da beispielsweise die erworbenen fachlichen Qualifikationen und Fertigkeiten aus Beruf und Ausbildung nicht mehr ausreichen, oder

nicht mehr die Bedeutung innehaben, die sie einmal hatten (Wenchel 2011: 14). Reihenweise Experten aus unterschiedlichen Bereichen wie Ingenieur- und Sozialwissenschaft, Medizin, Biologie, Psychologie setzen sich aufgrund der eben benannten Zunahme der Belastungen verstärkt mit diesem Thema auseinander (Joiko et al. 2010: 7). Infolge werden die Begriffe „Belastung“ sowie „Beanspruchung“ zunächst definiert, um ein Verständnis hierfür zu erlangen:

„Unter Belastung versteht man objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren wie z.B. Lärm, Zeitdruck oder widersprüchliche Erwartungen an Mitarbeiter.

Unter Beanspruchung versteht man die subjektiven Folgen dieser Belastungen, die sich in a) physische (z.B. Beanspruchung des Herz-Kreislaufsystems, der Muskulatur etc.) und b) psychische Beanspruchung (z.B. Beanspruchung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses etc.) unterteilen lassen. Die Begriffe psychische Beanspruchung und Belastung sind in der DIN 33405 aufgeführt. Durch eine Diskrepanz zwischen der Beanspruchung einer Person und ihrer jeweiligen Bewältigungsmöglichkeit (z.B. Fähigkeiten) können sich sowohl positive (z.B. höhere Aktivierung) als auch negative Beanspruchungsfolgen (z.B. Stress, Monotonie etc.) ergeben“ (Maier keine Jahreszahl vorhanden).

Bei der in der oben aufgeführten Definition genannten DIN handelt es sich um die Europäische Norm EN ISO 10075. Dies ist ein internationaler Standard, welcher Richtlinien bezüglich der Arbeitsgestaltung hinsichtlich psychischer Arbeitsbelastungen beschreibt. Die Norm DIN EN ISO 10075 „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung“ wurde für die Arbeitswelt durch eine Arbeitsgruppe des Internationalen Normenausschusses Ergonomie (ISO TC 195) erarbeitet (Wenchel 2001: 14). Sie besteht insgesamt aus drei Teilen: Allgemeines und Begriffe, Gestaltungsgrundsätze, Messung und Erfassung der psychischen Arbeitsbelastung (ebd.).

Neben Maier und anderen Autoren, wurde der Begriff „Belastung“ auch von der DIN EN ISO 10075-1 definiert:

„Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (zit. n. Joiko et al. 2010: 9).

Aus dieser Definition ist erkennbar, dass der Begriff „Belastungen“ weder negativ noch positiv behaftet ist und somit neutral von der DIN EN ISO gewertet wird. Nach Joiko et al. benötigt der Mensch Belastungen, da diese dem Antrieb der menschlichen Entwicklung dienen (2010: 7). Die in der Definition angesprochenen Einflüsse, welche von außen auf den Menschen einwirken und psychische Vorgänge auslösen, ergeben sich nach der DIN EN ISO aus den Arbeitsbedingungen die sich systematisieren lassen nach Arbeitsaufgabe, Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und Arbeitsplatz (ebd.). Diese Einflüsse, beziehungsweise auch Belastungsarten genannt, werden im nächsten Kapitel aufgegriffen und dargelegt.

Demzufolge, wie bereits in der Definition nach Maier angesprochen, führen Belastungen zu Beanspruchungen, welche sich positiv wie auch negativ auswirken können (Wenchel 2001: 15). Psychische Beanspruchungen werden wie folgt von der DIN EN ISO 10075-1 definiert:

„Psychische Beanspruchung ist die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (zit. n. Joiko et al. 2010: 10).

Die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Belastung“ und „Beanspruchung“ ermöglicht eine differenzierte Betrachtungsweise der Thematik. So wird verdeutlicht, dass gleiche Belastungen, wie beispielsweise Zeitdruck, “zu individuell unterschiedlichen Beanspruchungen mit positiven wie negativen Folgen führen können“ (Wenchel 2001: 15). Inwieweit diese psychischen Beanspruchungen als Auswirkung der psychischen Belastungen den einzelnen Menschen beeinflusst, ist u.a. davon abhängig, welche Merkmale, Eigenschaften und Verhaltensweisen der Einzelne mitbringt. Da jeder Mensch ein Individuum ist, sind folglich die psychischen, körperlichen, genetischen sowie sozialen Voraussetzungen unterschiedlich. Diese individuellen Voraussetzungen sind ausschlaggebend dafür, dass jeder Mensch unterschiedlich reagiert und empfindet (Joiko et al. 2010: 10). Gleiche Anforderungen werden von der einen Pflegenden beispielsweise als

aktivierend oder leistungsanregend empfunden, wohingegen andere Pflegende darauf mit Überforderung und negativen Empfindungen reagieren können (Wenchel 2001: 15)

### **3.2 Belastungsarten**

Wie oben aufgeführt, spricht die DIN EN ISO 10075 von Einflüssen die von außen auf den Menschen zukommen, psychisch auf ihn einwirken und sich aus den Arbeitsbedingungen ergeben. Diese lassen sich systematisieren nach:

- a. „Arbeitsaufgabe, d.h. Art und Umfang der Tätigkeit. Beispiele: Verantwortung tragen; schwierige Aufgaben erfüllen; immer gleiche Tätigkeiten ausführen.
- b. Arbeitsmittel, d.h. alle technischen Komponenten am Arbeitsplatz wie Werkzeuge, Vorrichtungen, Maschinen, Geräte. Auch die Informationsein- und -ausgabe über Schalter, Hebel und auch Tastaturen bzw. Anzeigen an Steuerständen oder Bildschirmen gehören zur Mensch-Maschine-Schnittstelle und sind damit Teile der Arbeitsmittel. Beispiele: Computersystemabstürze ohne ersichtlichen Grund.
- c. Arbeitsumgebung, d.h. die physikalisch-chemisch-biologische Arbeitsumgebung wie Beleuchtung, Schall, Klima, Farbe, Raumluft, Schadstoffe sowie die soziale Arbeitsumgebung wie Führungsverhalten und Betriebsklima. Beispiele: Konzentrationsschwierigkeiten durch Lärm und Hitze; Informationsverluste durch fehlende Kommunikation.
- d. Arbeitsorganisation, d.h. Regelung der Arbeitszeit, Art und Weise der Reihenfolge von Tätigkeiten, Arbeitsablauf usw. Beispiele: günstige Pausengestaltung; unterschiedlicher Arbeitsanfall (Stoßzeiten und ruhige Zeiten); mangelnde Informationen.
- e. Arbeitsplatz, d.h. die direkte Arbeitsumgebung des Einzelnen mit Arbeitsstuhl und -tisch. Beispiele: günstige Platzverhältnisse und Sichtbedingungen; Barrieren, die die Kommunikation verhindern; Zwangshaltungen“ (Joiko et al. 2010: 9).

Diese von der DIN EN ISO 10075 genannten Einflussfaktoren führen nicht zwangsläufig zu negativen Belastungen. In Abhängigkeit von der Intensität, Dauer, Kombination oder Vorhersehbarkeit können die arbeitsbedingten Einflüsse als belastend empfunden werden. Ob diese Einflüsse als belastend empfunden werden, ist nicht unwesentlich von den

individuellen Leistungsmerkmalen, wie Qualifikation, Gesundheit, Motivation usw., der Pflegenden abhängig (Wenchel 2001: 15).

Nach Van Aken et al. werden drei Kategorien für die Art der Belastungen für Pflegende auf der Intensivstation erstellt: Die organisatorisch-institutionellen Belastungen, sozial bedingte Belastungen und Belastungen die durch den Umgang mit Schwerkranken entstehen. Die organisatorisch-institutionellen Belastungen beinhalten zum einen die Schicht- und Nachtarbeit. Hierbei erfolgt durch die Schichtarbeit eine Umstellung des Schlaf- und Wachrhythmus, welches körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen zur Folge haben kann (2007: 86). Zudem ist bedeutsam zu erwähnen, dass die in der Nachtarbeit zu erbringenden Arbeitsleistungen zu einer Zeit stattfinden, in der die psychische und physische Leistungsfähigkeit gemindert ist. Demnach erfordert diese Arbeitsleistung volle Aufmerksamkeit. Dem in der Pflege vorherrschenden Arbeitsrhythmus, müssen sich soziale Kontakte, wie Familie und Freunde, sowie kulturelle und andere Aktivitäten unterordnen. Es kommt hinzu, dass die Arbeit auf der Intensivstation selbst durch enorme Anforderungen geprägt ist. Pflegende auf der Intensivstation sind permanent damit beschäftigt, Messungen von Puls, Blutdruck, Temperatur und anderen Parametern vorzunehmen und die Überwachung der Monitore und Beatmungsgeräte fachlich korrekt durchzuführen (ebd.). Des Weiteren tragen Pflegende auf der Intensivstation das Bewusstsein mit sich, Verantwortung für das Überleben anderer Menschen tragen zu müssen. Zusätzlich ist auf die mögliche Gesundheitsgefährdung der Pflegenden auf einer Intensivstation hinzuweisen. So stellt neben dem schweren Heben von bewusstlosen Patienten auch die vorhandene Infektionsgefahr auf Station eine Belastung dar. Zwar bietet die Einhaltung der Hygienemaßregeln des Krankenhauses Schutz, jedoch kann bei der Erstversorgung von Patienten bzw. bei eintretenden Notfällen nicht immer vollkommen gewährleistet werden, dass sich an diese Richtlinien gehalten wird (ebd.).

Des Weiteren beschreiben Van Aken et al., dass sozial bedingte Belastungen für Pflegende auf der Intensivstation vorhanden sein können. So wird von ihnen dargelegt, dass Konflikte innerhalb der Station, sich beispielsweise dadurch begründen, dass sich Spannungen aus der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen auf der Intensivstation ergeben. Durch die fortschreitende Professionalisierung der Pflege und der somit progressiven Entwicklung eines eigenständigen Profils „löst sich das traditionelle Zuordnungsverhältnis der Pflege zur Medizin als „Assistenz- und Heilhilfsberuf“

zunehmend auf“ (2007: 86). Angesichts der eigenständigen pflegerischen Perspektive kommt es zunehmend zu Kritik an ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, da die häufig von Ärzten verordnete Maximaltherapie von Pflegenden als „Quälerei“ dem Patienten gegenüber empfunden wird. Aus derlei Gründen wird von Seiten der Pflege der mangelnde Einbezug der pflegerischen Perspektive in Entscheidungsprozesse bezüglich der Therapie des Intensivpatienten kritisiert (ebd.: 86f).

Ein weiterer Belastungsfaktor der von Van Aken et al. angesprochen wird, ist der Umgang mit schwerkranken Patienten auf der Intensivstation. Pflegende sind ständig mit vital bedrohten und leidenden Patienten sowie der dauerhaften Bedürftigkeit am Krankenbett konfrontiert, was zu psychischen Belastungen führen kann. Nicht selten finden sich Patienten auf der Intensivstation mit infauster Prognose, was bei den Pflegenden das Gefühl auslösen kann, unfähig zu sein genügend zu leisten und die Betreuung der Patienten mit Bedenken behaftet ist, alles fachlich korrekt durchgeführt zu haben. Der Tod dieser Patienten kann zusätzlich Gefühle wie Schuld und Versagen hervorrufen. Besonders junge Pflegende identifizieren sich mit dem Schicksal des Patienten, und Trauer- und Enttäuschungsreaktionen bei dem Tod junger Patienten sind keine Seltenheit (2007: 87). Das Pflegverständnis von Pflegenden beinhaltet die Vermittlung von Wärme und Mitgefühl, auf der anderen Seite erfordert die Intensivbehandlung aber unter Umständen beim Patienten schmerzhaft Maßnahmen, was wiederum bei der Pflegenden Schuldgefühle auslösen kann, da es nicht mit ihrem Verständnis von Pflege im Einklang steht (ebd.).

### **3.3 Belastungen für Pflegende durch Patienten und deren Angehörige**

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der Belastungen durch Patienten und deren Angehörige. Eine kritische Auseinandersetzung erfolgt nicht, da dies den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

#### **3.3.1 Anforderungsprofil**

Wie bereits in dem Kapitel 2.4 dargelegt, stehen Pflegende auf der Intensivstation zahlreichen Aufgaben gegenüber, welche von verschiedenen Herausforderungen geprägt sind. Der Umgang mit Menschen die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen,

kann zu vielfältigen Belastungen bei den Pflegenden einer Intensivstation führen. Wenchel ist diesbezüglich der Ansicht, dass psychische Belastungen überall dort auftreten können, wo Menschen miteinander in Beziehung stehen. Da die Tätigkeiten der Pflegenden durch soziale Kontakte mit Patienten, deren Angehörigen, Kollegen und anderen Berufsgruppen bestimmt sind, können diese zu emotionalen Belastungen führen, weil Beziehungen und soziale Kontakte mit Anforderungen und Erwartungen einhergehen (2001: 47ff). Der Krankenpflegebereich ist durch herausfordernde arbeitsbedingte Belastungen gekennzeichnet, wie z.B. das schnelle und sichere Handeln und Reagieren im pflegerischen Alltag und besonders in Notfallsituationen, in denen den Pflegenden eine sehr hohe Verantwortung für das Leben und Wohl anderer Menschen zukommt (Baumgart et al. 2003: 195). So weist Bischoff in seiner qualitativen Studie darauf hin, dass die Intensivpflege durch ein hohes Anforderungsprofil gekennzeichnet ist, welches mit einer hohen Qualität sowie Quantität an Verantwortung gegenüber den vital bedrohten Patienten verbunden ist (2010: 86f). Dies bekräftigt die amerikanische Studie von Dam et al., in der gesagt wird, dass die Arbeitssituation auf der Intensivstation insofern speziell ist, als die Arbeit der Pflegenden von einem hohen technischen Aufwand, einer hohen Mortalitätsrate des Patientenklientels und einer über dem normalen Maß zu tragenden Verantwortung für den schwerkranken Patienten geprägt ist (2012: 32).

Darüber hinaus beschreiben Isfort et al. in deren quantitativen Studie, dass verwirrte Patienten, z.B. infolge eines Durchgangssyndroms oder einer dementiellen Veränderung, zu Belastungen der Pflegenden werden. Dies geschehe aufgrund der erhöhten Überwachung und intensiveren Betreuung, im Vergleich zu der bereits sehr intensiven Betreuung und Überwachung anderer Intensivpatienten (2009: 10).

### **3.3.2 Sicht auf den Patienten**

Guegel ist der Ansicht, „dass nach wie vor ein sehr mechanisch geprägtes Menschenmodell in den Köpfen der meisten Mediziner“ (2005: 108) besteht, welches wiederum Auswirkungen auf die Art und Weise der Versorgung von Patienten hat. Durch dieses von den Medizern geprägte Menschenbild, den medizinischen Fortschritt und der sehr techniklastigen Ausprägung der Intensivstation, kommt es schlussendlich zu einer Veränderung des Pflegebildes bei den Intensivpflegenden. Dies führt nach Guegel zusätzlich zu einer verstärkten Sichtweise in der Körper und Geist getrennt werden,



wodurch der Mensch nicht mehr „ganzheitlich“ betrachtet wird, was dazu führen kann, dass dieser als Objekt und nicht als Individuum wahrgenommen wird (ebd.). Für die Pflegenden stellt sich die Problematik, dass die Arbeit am kranken Menschen immer auch „Gefühlsarbeit“ ist, deren Vernachlässigung oder Verleugnung durch das Pflegepersonal das Vorurteil von der „seelenlosen Apparatemedizin“ verstärkt (Larsen 2012: 518). Dies wirkt sich stark belastend aus, da der Beziehungsaufbau zwischen Patient und Pflegekraft eine Grundvoraussetzung für die Pflege darstellt. Durch die fehlende Beziehungsgestaltung und der Gefahr, die körperlichen Aspekte der Behandlung ganz in den Vordergrund zu stellen und die seelischen Bedürfnisse des Patienten zu vernachlässigen oder gar zu ignorieren, können bei den Pflegenden zu Gefühlskälte sowie Schuldgefühlen führen (ebd.). Die notwendige Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Pflegenden setzt immer eine ganzheitliche Betrachtung des Individuums voraus, um eine Bewältigung der Erkrankung beim Patienten zu ermöglichen. Seitens dieses medizinorientierten Pflegebildes, kommt es zu Veränderungen über die Auffassung, was die primären Aufgaben der Pflege sind. Besonders im Hinblick auf chronisch kranke Patienten, bei denen es nicht primär um die Überwindung von Krankheit und die Wiederherstellung von Organfunktionen geht, finden sich in vielen bereits genannten Quellen kritische Stimmen, welche die Ganzheitlichkeit der Pflege auf den Intensivstationen in Frage stellen (ebd.).

### **3.3.3 Leid des Patienten**

Weiterhin stellt die Konfrontation mit menschlichem Leid, mit Verletzungen, dem Tod und bisher unbekanntem oder als bedrohlich eingeschätzten Krankheitsbildern eine große psychische Belastung für Pflegenden auf der Intensivstation dar, welche mehr oder weniger zur beruflichen Realität gehören und Belastungen als Reaktion auf Ereignisse der Tätigkeitsausübung hervorrufen (Wenchel 2001: 69). Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, ist das Patientenkontingent auf einer Intensivstation schwer erkrankt und birgt dementsprechend in der Rolle des Betreuenden für die Pflegekräfte eine hohe Verantwortung (van Dam et al. 2012: 33). Die Intensivbehandlung stellt für die Patienten oftmals eine schmerzhafteste Prozedur dar, da diese von den Pflegenden gelagert, abgesaugt oder dazu aufgefordert werden, abzuhusten. Für Intensivpflegende entsteht diesbezüglich häufig der Konflikt, dass von Seiten der Patienten Wärme, Mitgefühl und Fürsorge erwartet wird, diese schmerzhaften Tätigkeiten jedoch nicht umgangen werden können und

Pflegende sich schuldig und unwohl mit dieser Aufgabe fühlen (Van Aken et al. 2007: 87).

Zuzüglich besteht fortwährend das Risiko, dass sich plötzlich und völlig unerwartet der Zustand des Patienten verändert, was zu einer unterbewussten Anspannung bei den Intensivpflegenden führen kann (Baumgart et al. 2003: 209).

### **3.3.4 Hilflosigkeit des Patienten**

Eine weitere Belastung für Pflegende stellt die Hilflosigkeit des Patienten dar. So beschreibt Larsen, dass durch die Hilflosigkeit und vollständige Abhängigkeit des Intensivpatienten, bei den Pflegenden die Grundreaktion der „Bemutterung“ mit entsprechenden Gefühlen auslöst wird. Durch die gegebene Geborgenheit ist dies vom Patienten erwünscht, andererseits entsteht dadurch eine zu enge, symbiotische Beziehung zum Patienten (2012: 523). Eine zu enge Beziehung mit den Patienten kann eine Projektion von Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen auslösen. Andererseits führen Gefühle des Personals wie Ängste, Ärger, Schuld und Überwältigung zu einer Störung in der Interaktion mit den Patienten (ebd.).

### **3.3.5 Sterbeprozess des Patienten**

Die hohe Mortalitätsrate auf der Intensivstation stellt eine psychische Belastung für Pflegende dar, da diese fast täglich mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert werden (van Dam et al. 2012: 33). Dies ist insbesondere dann stark belastend, wenn die Heilung des Patienten als einziges Erfolgskriterium gesehen und der Tod als persönliche Niederlage eingeschätzt wird. Pflegende entwickeln dadurch das Gefühl, möglicherweise nicht alles getan zu haben und Schuldgefühle und eigene Unzufriedenheit sind schlussendlich das Ergebnis (Köllner et al. 2011: 24). Burgess et al. beschreiben in ihrer amerikanischen Studie, dass der Umgang mit Tod, der hohen Mortalitätsrate und dem Sterben von jungen Patienten zu Spannungen und Ängsten bei den Pflegenden führen kann, was wiederum Stress und Gesundheitsbeschwerden begünstigt und die Arbeit der Pflegenden erschwert (2010: 129f). Weiter wird von Löbner und Kaluza dargelegt, dass Belastungen durch den Umgang mit dem Tod nahestehenden Patienten entstehen. Es wird von den Pflegenden als problematisch empfunden das Sterben des Patienten zu akzeptieren, da wie bereits im Kapitel 3.3.2 beschrieben, von Seiten der Pflege auf Intensivstationen ein eher

medizinlastiges Pflegebild besteht (2011: 133). Ergänzend hierzu beschreiben Li und Lambert in ihrer amerikanischen quantitativen Studie, dass Intensivpflegende im Vergleich zu Pflegenden anderer Stationen häufiger und auch höheren Belastungen bezüglich des möglichen Todes der Patienten ausgesetzt sind (2008: 13). Darüber hinaus stellt die intensive Behandlung und Betreuung trotz einer als sicher zu geltenden aussichtslosen Situation bei älteren Patienten oder Patienten mit schwerem Trauma eine große psychisch belastende Situation dar (Köllner et al. 2011: 24). Pflegende sehen sich ständig der Diskrepanz zwischen Leben retten und nicht mehr retten können gegenüber (Löbner; Kaluza 2011: 131). Besonders in Akutsituationen, in denen alles medizinisch sowie pflegerisch für den Patienten getan wird, am Ende jedoch keine Hilfe mehr möglich und der Tod unausweichlich ist, stehen Pflegende und andere Berufsgruppen der Intensivstation häufig großen Belastungssituationen gegenüber. Vor allem bei Patienten mit infauster Prognose, entsteht für Pflegende oftmals das Gefühl, unfähig zu sein, genügend zu leisten oder Bedenken bezüglich der Betreuung des Patienten, alles fachlich korrekt durchgeführt zu haben. Die Angst vor Schuld und Versagen ist somit ein zentraler Belastungsfaktor für Pflegende einer Intensivstation (Van Aken et al. 2007: 87). Diesbezüglich ist es wichtig, die bestehenden Grenzen zu akzeptieren, um den Patienten sowie den Angehörigen keine falschen Hoffnungen zu vermitteln und den eigenen Anspruch an die Heilung des Patienten realistisch zu betrachten (Ganster 2011: 118.).

Die Intensivmedizin wandelt ununterbrochen auf einem schmalen Grat, auf dem es wichtig ist, zu begebenen Schicksalen eine „gesunde Distanz“ zu wahren (ebd.: 116f). Dies unterstützt die quantitative Studie von Hiemisch et al., in der dargestellt wird, dass Beschäftigte des Gesundheitswesens besonderen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, da diese ständig mit Tod und Sterben der Patienten konfrontiert werden (2011: 237). Dies lässt sich durch die bereits aufgeführten Fakten belegen. Hinzukommend beschreiben Van Aken et al., dass das Bewusstsein darüber, Verantwortung für das Überleben anderer Menschen tragen zu müssen und dem Umgang mit ständig vital bedrohten und leidenden Patienten sowie der dauerhaften Konfrontation der Bedürftigkeit am Krankenbett, psychologische Belastungen bei Pflegenden hervorrufen kann (2007: 86). Insbesondere der Sterbeprozess des Patienten löst bei Pflegenden oftmals starke Gefühle der Ohnmacht und des Versagens, aufgrund des engen und intensiven Kontakts, aus (Larsen 2012: 527).

### **3.3.6 Erwartungshaltung von Patienten und deren Angehörige**

Weiter stellt die hohe Erwartungshaltung der Patienten und deren Angehörige eine Belastung für Pflegende einer Intensivstation dar. Von den Pflegenden wird erwartet, Unsicherheiten bei den Patienten sowie Angehörigen zu erkennen und fachlich unterstützend darauf einzugehen (Ganster 2011: 118). Diese unausgesprochenen Erwartungen seitens des Patienten und seinen Angehörigen schüren Schuldgefühle bzw. eine gewisse Machtlosigkeit bei den Pflegenden, da diese den Erwartungen nicht immer vollends gerecht werden können. Die eben dargelegten Schuldgefühle, können sich derart entwickeln, dass es zu pathologischen Folgen für die Pflegeperson kommen kann (ebd.). Die hohe Erwartungshaltung der Patienten sowie deren Angehöriger wird deutlich, wenn man sich veranschaulicht, welch hohes Maß an Vertrauen Pflegenden entgegen gebracht wird. So legt die internationale Studie „Vertrauen in Berufe“ des GfK Vereins, in der das Vertrauen der Bevölkerung in Berufsgruppen untersucht wurde, dar, dass Pflegende mit 94,6% den dritten Platz des Vertrauen-Rankings belegen, wodurch der hohe Druck und die daraus resultierende Belastung an die Pflegenden deutlich wird (GfK 2014). Darüber hinaus beschreiben Baumgart et al. in deren quantitativen Studie, dass von Seiten der Patienten und deren Angehörigen hohe Erwartungen bezüglich eines gleich bleibend freundlichen Verhaltens gestellt werden, weshalb der Druck an Intensivpflegende enorm hoch ist, den Erwartungen des Patienten zu entsprechen und somit keine Diskrepanz zuzulassen (2003: 196).

### **3.3.7 Fehlende Anerkennung von Patienten und deren Angehörige**

Weiter stellt die fehlende Anerkennung von Patienten und deren Angehörige eine Belastung für Pflegende einer Intensivstation dar. Köllner et al. beschreiben, dass durch die Verlegung der Patienten auf eine andere Station, zu einem Zeitpunkt ihrer gesundheitlichen Stabilität, für die Pflegenden einer Intensivstation als belastend wahrgenommen wird, denn der Dank und die Anerkennung von Patienten und deren Angehörigen kommt den nachbetreuenden Stationen zugute und nicht den Pflegenden der Intensivstation. Ihre geleistete Arbeit mit und am Patienten wird dementsprechend nicht ausreichend wertgeschätzt, was zu Unzufriedenheit bezüglich der geleisteten Arbeit führen kann (2011: 24). Zusätzlich beschreibt Ganster in der Darstellung der Ergebnisse seiner qualitativen Befragung zum Thema „Psychische Belastungen aus Sicht der Pflege“, dass Anerkennung

und positives Feedback von Patienten und Angehörigen essentielle Faktoren für die Arbeit der Intensivpflegenden darstellen. Die dem Patienten und deren Angehörige entgegengebrachte Zuwendung, erfordert von den Pflegenden „ein großes persönliches, soziales, moralisches und spirituelles Engagement, was sich wiederum in der Gesellschaft positiv auswirkt“ (2011: 118) und Anerkennung daher ein wichtiges Ziel für die Pflegenden darstellt (ebd.). Ganster formuliert, dass die Beziehung zwischen Pflegeperson und dem Patienten so aufgebaut sein muss, dass dies erreicht werden kann. In der Darstellung der Ergebnisse seiner qualitativen Befragung, bezieht sich Ganster auf das von Siegrist entwickelte „Modell beruflicher Gratifikationskrisen, welches auf der Vorstellung basiert, „dass ein Abweichen vom Prinzip der Reziprozität gegenseitigen Handelns zu Stresserfahrungen führt“ (ebd.). Übertragen auf die Intensivpflege, ist Ganster der Ansicht, dass es zu einer Balance kommen muss zwischen dem, was Pflegende geben, also dem Aufwand („Effort“) und dem was sie von den Patienten erhalten (Belohnung: „Reward“), da pathologische Auswirkungen folgen könnten, sollte in diesem sozialen Gefüge ein Ungleichgewicht entstehen (ebd.). Der Beziehungsaufbau und dessen Gestaltung zwischen Pflegenden und Patienten auf einer Intensivstation ist nicht vergleichbar dem einer „normalen“ Station, denn die gegebenen Umstände lassen dies nicht in der Form wie auf einer anderen Station zu. Die Bedürfnisse aber von Pflegenden, nämlich die Anerkennung ihrer Arbeit, ist auf allen Stationen gleich. Das diese Anerkennung den Pflegenden auf einer Intensivstation meistens verwehrt bleibt, stellt eine weitere Belastung für diese dar (ebd.).

### **3.3.8 Kommunikation**

Eine weitere Belastung für Pflegende stellt die fehlende bzw. eingeschränkte Kommunikation mit den Intensivpatienten dar. Von Köllner et al. wird beschrieben, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten auf der Intensivstation zunächst bewusstlos oder bewusstseinsingeschränkt ist (2011: 24). Wie bereits in dem Kapitel 2.4 beschrieben, gehört zusätzlich die Versorgung von intubierten oder tracheotomierten Patienten zu den Aufgaben der Pflegenden. Der Umgang mit solchen kritisch kranken Patienten und deren Angehörigen erfordert ein hohes medizinisch-pflegerisches Können und kommunikative Fähigkeiten, für eine gelungene Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und pflegerischem Personal (Tausch et al. 2011: 86). Tausch et al. stellen in ihrer Konzeption

eines Schulungsprogrammes für Intensivpflegekräfte fest, dass pflegerisches Handeln an sich eine sprachlich vermittelte Interaktion ist, und verweisen auf Studien, die die bestehende Problematik bezüglich der schwierigen Kommunikation mit Intensivpatienten darstellen. So wird von Tausch et al. dargelegt, dass zum Teil keine durchgängige Kommunikation möglich ist, da diese stark vom Zustand des Patienten abhängig ist. Dies wirkt für Pflegende oftmals belastend, da sie keine Möglichkeit mehr zur Kommunikation sehen, um Informationen zu vermitteln und unterstützend tätig werden zu können (ebd.: 87). Das Setting der Intensivstation erfordert von Pflegenden spezielle kommunikative Fähigkeiten. Vielmals sind Pflegende jedoch verunsichert in schwierigen Situationen kommunikativ angemessen zu reagieren. Diese Unsicherheit kann zu einer Störung in dem Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patienten führen, was wiederum eine erschwerte Interaktion und Betreuung verursachen kann (ebd.: 92). Daraus wird ersichtlich, dass hohe Anforderungen hinsichtlich der Kommunikation und Gesprächsführung bei Intensivpflegenden bestehen, die pflegerische Grundausbildung jedoch zu diesen Themen systematische Defizite aufweist (Baumgart et al. 2003: 196). Dabei ist die Kommunikation und somit die Beratung, Informationsvermittlung und der Kontakt zu den Angehörigen des Intensivpatienten von großer Bedeutung. Pflegende informieren die Angehörigen über die Gegebenheiten auf der Station, Besuchszeiten, erlaubte Besucherzahl und Handhabung der Utensilien, welche beim Betreten des Patientenzimmers benötigt werden. Die Intensivpflegenden fungieren somit als Vermittler, Erklärer, sowie als existenzielle Bezugsperson, wie bereits im Kapitel 2.4 dargestellt.

### **3.3.9 Gewalterlebnisse**

Nach Bischoff stellen Gewalterlebnisse im Pflegebereich eine weitere Belastung für Pflegende dar. Im eher asymmetrischen Rollenverhältnis zwischen Pflege und Patienten liegt eine potentielle Gewaltquelle, da es auf Grund der starken Hilfebedürftigkeit der Intensivpatienten wenige Möglichkeiten gibt, das eher asymmetrische Rollenverhältnis zu einem symmetrischen Rollenverhältnis hin zu verändern. Das schwer umkehrbare Rollenverhältnis zwischen Pflegenden und Patienten führt zwangsläufig zu Spannungen, indem sich die Patienten abhängig, hilfebedürftig und unwissend fühlen und Pflegende Hilfe und Informationen geben können. Wiederum geht es Pflegenden oftmals nicht anders, da sie mit der Ausfüllung ihrer Rolle zum Teil ihre eigene Unsicherheit verdecken

(2010: 87). Schwere Übergriffe oder das Erleben von Gewalt können nicht nur zu körperlichen Verletzungen führen, sondern auch psychische Beeinträchtigungen begünstigen und ein hohes Belastungserleben hervorrufen (Gehrke; Weymann 2014: 107). So kann nicht nur von den Patienten eine Bedrohung ausgehen, sondern ebenso von den Angehörigen des Patienten, besonders in Situationen in denen die Begrenzung oder Beendigung der Behandlung sowie der bevorstehende Tod des Patienten droht (van Dam et al. 2012: 33).

Nach Gehrke kann „Gewalt am Arbeitsplatz jeden Beschäftigten betreffen, der im Rahmen seiner Tätigkeit direkten Kontakt zu anderen Menschen hat“ (2014: 207). Dies kann zu Desorientierung, Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit bei den Pflegenden führen, da es sich bei Gewalt um eine außergewöhnliche körperliche und seelische Belastung handelt (Gehrke; Weymann 2014: 107). Nicht zu vergessen ist hierbei, dass Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz immer psychische Auswirkungen auf den Betroffenen haben (ebd.).

### **3.3.10 Angehörigenbetreuung**

Wie bereits zuvor erwähnt, nimmt der Kontakt zu Angehörigen in der Patientenbetreuung einen wichtigen Part ein. Jedoch verursacht dieser Kontakt zu den Angehörigen des Intensivpatienten häufig ein Gefühl der Überforderung, wenn es darum geht, auf Fragen der Angehörigen einzugehen, besonders, wenn es um Fragen geht, die den Sterbeprozess des Patienten betreffen. Aus der quantitativen Studie von Löbner und Kaluza wird deutlich, dass eine Hilf- und Sprachlosigkeit von Seiten der Pflegenden bei der Angehörigenbegleitung besteht und diese die psychische Belastung steigert (2011: 131). Diese Belastung findet sich auch in den Ausführungen von Kornberg, in denen sie beschreibt, dass die reduzierte Kommunikation mit den Familienangehörigen bei den Pflegenden zu Schuldgefühlen und emotionalem Stress und somit zu einer Distanzierung führen kann (2015: 93). Des Weiteren beschreibt sie in ihrer quantitativen Studie, dass die Einbeziehung von Angehörigen in die Versorgung des Patienten nicht selten von den Pflegenden als emotionale Belastung empfunden wird, da das Pflegebild von Intensivpflegekräften teilweise noch sehr von traditionellen und weniger von ganzheitlichen Aspekten geprägt ist (ebd.). Den Pflegenden ist ihre Verantwortung gegenüber den Patienten und deren Angehörigen bewusst, wodurch ein Rollenkonflikt bei

den Pflegenden entsteht. Dieser Konflikt begründet sich dadurch, dass einerseits die Patienten aber auch deren Angehörige Erwartungen an die Pflegende stellen, welche beinhalten, dass diese hochprofessionell und besonders patientenorientiert pflegen sollen. Andererseits stellen Pflegende an die eigene Person hohe Anforderungen, was die Pflege von ihren Patienten sowie die humane Betreuung der Angehörigen des Patienten, betrifft (ebd.: 97). Dieser Anspruch der familienzentrierten Pflege führt bei den Intensivpflegenden häufig zu psychischen und emotionalen Belastungen, wodurch es zu einer Distanzierung kommt. Ebenso kann diese Distanzierung durch übertriebenes Verantwortungsgefühl, Furcht vor fehlerhaften Informationen sowie Ängsten vor der Übermittlung „schlechter“ Nachrichten an die Angehörigen des Patienten, verursacht werden. Dies kann schließlich die Ursache für einen Rückzug in die traditionelle Pflegerolle sein, worunter verstanden wird, dass auf ein Pflegeverhalten zurückgegriffen wird, in der die Einbeziehung der Angehörigen nicht Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit darstellt (ebd.: 98). Nach Kornberg entgeht den Pflegenden dadurch die Möglichkeit einer positiven Rückkopplung durch die Angehörigen und damit einer langfristigen emotionalen Stabilisierung (ebd.).

Zusätzlich besteht die Angst bei den Pflegenden, nicht die richtigen Worte im Gespräch mit den Angehörigen und den Patienten zu finden, was wiederum zu Gefühlen der Unsicherheit und Hilflosigkeit bei den Pflegenden führt. Schlussendlich führt dies zu einer wachsenden Unzufriedenheit diesen Anforderungen bzw. Erwartungen nicht gerecht werden zu können (Löbner; Kaluza 2011: 133).

### **3.3.11 Physische Belastungen**

Eine weitere Belastung für Pflegende stellt die schwere physische Arbeit auf der Intensivstation dar (Isfort et al. 2009: 7). Wie bereits im Kapitel 3.2 dargelegt, beschreiben Van Aken et al., dass für Pflegende auf der Intensivstation eine mögliche Gesundheitsgefährdung durch schweres Heben von bewusstlosen Patienten besteht (2007: 86). In der Studie von van Dam et al. wird ergänzend zu den Aussagen von Isfort et al. und Van Aken et al. dargestellt, dass die körperlichen Anforderungen auf der Intensivstation, durch regelmäßiges Lagern und Positionieren der Patienten, sehr hoch sind (2012: 33). Diese Belastungen finden sich ebenso in den Ausführungen von Kauffeld und Hoppe (2011: 228). Weiter stellt nach der Expertenmeinung von Ehlers extremes Übergewicht ein gravierendes Problem für die pflegerische Versorgung auf Intensivstationen dar (2009:



239). Die Zahl der Patienten mit Adipositas permagna, was einen Body Mass Index über 40 entspricht, wächst stetig auf Intensivstationen, wodurch Pflegende physischen aber auch psychischen Belastungen ausgesetzt sind, da dieses Patientenkontingent ein hohes Maß an Professionalität erfordert. Zusätzlich sind diese Patienten aufgrund ihrer extremen Körpermaße besonderen Risiken ausgesetzt (ebd.). Die Pflege solcher Patienten gestaltet sich äußerst schwierig und sehr aufwändig. Bereits bei der Positionierung und Lagerung der Patienten können sich für Pflegende physische sowie psychische Belastungen entwickeln. Zum einen wird für die Umbettung des Patienten eine hohe Anzahl an Personal (bis zu fünf Pflegekräfte und ein Arzt) benötigt. Zudem findet ein Positionswechsel je nach Krankheitsbild, Personalbesetzung oder Anordnung des Arztes ungefähr alle vier Stunden statt. Zum anderen nimmt die Oxygenierung mit steigendem BMI ab und die funktionelle Residualkapazität ist reduziert, was für die Pflege das Ziel vorgibt, die Patienten durch eine geeignete Lagerung in die Lage zu versetzen, dass dieser möglichst ungehindert atmen kann und eine konsequente Atemtherapie durchführbar ist (ebd.: 239f). Zusätzlich müssen Pflegende auf eine mögliche Plexusschädigung im Schulterbereich durch länger andauernde Seitenlagerung achten, welche durch regelmäßige Positionswechsel vorgebeugt werden kann, jedoch eine hohe körperliche Belastung an die Pflegenden stellt (ebd.: 240). Des Weiteren beschreibt Ehlers, dass adipöse Patienten bereits vor der stationären Behandlung häufig unter Gelenkproblemen und deutlichen Bewegungseinschränkungen leiden und je länger diese Patienten aufgrund deren Beatmung oder anderer medizinischer Gründe immobil sind, desto schwieriger und aufwändiger gestaltet sich der Mobilisationsprozess für die Pflegenden. Hinzukommend bedarf es enormer personeller Anstrengung seitens des Pflegepersonals und der Physiotherapie das Muskeltraining bei adipösen Patienten in liegender Position durchzuführen, da das Heben, Halten und Führen der Extremitäten mit einem erhöhten Kraftaufwand verbunden ist und somit zur Schwerstarbeit wird (ebd.: 241). Darüber hinaus stellt die Thromboseprophylaxe Pflegende vor außerordentliche Herausforderungen, da aufgrund der fehlenden Größen der Anti-Thrombose-Strümpfe nur das Anlegen eines Kompressionsverbandes in Frage kommt. Jedoch gestaltet sich dieses wegen der extremen Körperformen und tiefen Hautfalten im Gelenkbereich als sehr schwierig und birgt durch das mögliche Einschnüren die Gefahr von Hautirritationen. Trotz Spezialbetten, Teamarbeit und kinästhetischen Bewegungsabläufen ist die körperliche Anstrengung des Pflegepersonals sehr hoch und für viele pflegerische Maßnahmen wird Hilfe durch Kollegen benötigt, da diese sonst nicht

durchführbar wären (ebd.: 242). Diese hohen physischen Belastungen werden durch das Ergebnis der Befragung durch die Bundesanstalt für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin bekräftigt, in der dargelegt wird, dass im Pflegebereich muskuloskelettale - wie Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich, sowie psychovegetative Beschwerden über dem Durchschnitt, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, liegen (2014: 2). Ebenso wird in der quantitativen Studie von Baumgart et al., in der die psychischen Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern untersucht wird, dargelegt, dass die Pflege Tätigkeiten aufgrund der eingeschränkten körperlichen Funktionsfähigkeit der Patienten verbunden mit der hohen körperlichen Anstrengung, die durch Heben, Tragen und Arbeit in ungünstigen Arbeitshaltungen entsteht, für die Wirbelsäule und Bandscheiben eine große Belastung darstellt (2003: 196). Zwar beziehen sich diese Beanspruchungen nicht ausschließlich auf Intensivpflegekräfte, sondern ebenfalls auf Pflegenden anderer Stationen, dennoch lassen sich diese Ergebnisse auf Intensivpflegenden übertragen. Die in diesem Kapitel dargestellten Belastungen können zu Störungen eines effizienten und effektiven Arbeitshandeln führen und zu einem zusätzlichen Zusatzaufwand, aber auch zu einem riskanten Handeln von Seiten der Pflege gegenüber dem Patienten (Glaser; Höge 2005: 7).

### **3.4 Folgen der Belastungen**

Wie bereits in dem Kapitel 3.1 beschrieben, wird von der DIN EN ISO 10075-1 dargestellt, dass psychische Beanspruchung die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung darstellt. Diese Europäische Norm formuliert mögliche Folgen der Belastungen und nimmt eine Unterscheidung in kurzfristige und mittel- bis langfristige Folgen vor. Andererseits wird bei den Belastungsfolgen zwischen der physiologischen, psychischen und der Verhaltensebene unterschieden (Kauffeld; Hoppe 2011: 233). Die kurzfristigen Reaktionen auf physiologischer Ebene sind beispielsweise Herzfrequenzerhöhungen, Blutdrucksteigerung oder die Ausschüttung von Stresshormonen, wie z.B. Adrenalin. Auf psychischer Ebene können die kurzfristigen Reaktionen Anspannung, Frustration, Gereiztheit, Ermüdung, Monotonie oder psychische Sättigung sein (ebd.). Nach meiner Ansicht, ist die Bedeutung der letztgenannten Begriffe nicht ersichtlich. Dementsprechend folgen die Definitionen der Begriffe Ermüdung, Monotonie und psychische Sättigung. Unter Ermüdung wird eine „vorübergehende Beeinträchtigung der psychischen und

körperlichen Funktionstüchtigkeit, die je nach Höhe, Dauer und Verlauf von vorangegangener Beanspruchung eintreten kann“ (Wenchel 2001: 16) beschrieben. Monotonie wird von der DIN EN ISO 10075 als “ein langsam entstehender Zustand herabgesetzter Aktivierung, der bei lang andauernden, einförmigen und sich wiederholenden Arbeitsaufgaben oder Tätigkeiten auftreten kann und der hauptsächlich mit Schläfrigkeit, Müdigkeit, Leistungsabnahme und –schwankungen, Verminderung der Umstellungs- und Reaktionsfähigkeit sowie Zunahme der Schwankungen der Herzschlagfrequenz einhergeht“ (zit. n. Joiko et al. 2010: 13) dargelegt. Überdies wird der Begriff psychische Sättigung als „ein Zustand der nervös-unruhevollen, stark affektbetonten Ablehnung einer sich wiederholenden Tätigkeit oder Situation, bei der das Erleben des Auf-der-Stelle-Tretens oder des Nicht-weiter-Kommens besteht“ (zit. n. Joiko et al. 2010: 13). bezeichnet. Zusätzliche Symptome psychischer Sättigung seien Ärger, Leistungsabfall und/oder Müdigkeitsempfinden und die Tendenz, sich von der Aufgabe zurückziehen (ebd.). Die Verhaltensebene lässt sich in individuell und sozial unterteilen. Die kurzfristigen Reaktionen in der individuellen Verhaltensebene stellen Leistungsschwankungen, reduzierte Konzentration, erhöhte Fehlerquote und eine verminderte sensomotorische Koordination dar (Kauffeld; Hoppe 2011: 233). Auf der sozialen Verhaltensebene werden Aspekte wie Konflikte, Mobbing, Aggressionen gegen andere und Rückzug innerhalb und außerhalb der Arbeit als kurzfristige Reaktionen beschrieben.

Auf der physiologischen und psychischen Ebene können psychosomatische Beschwerden, Stress, Erkrankungen, Unzufriedenheit, Resignation, Depression, Ängstlichkeit, Burnout sowie Arbeitsunfähigkeit als mittel- bis langfristige Reaktionen auftreten (ebd.). Vermehrter Konsum von Rauschmitteln wie Nikotin, Alkohol oder Tabletten oder eine verminderte Motivation und erhöhte Fehlzeiten sowie innere Kündigung können mittel- bis langfristige Reaktionen auf der individuellen und sozialen Verhaltensebene sein (ebd.).

Da der Begriff Stress im Alltag häufig synonym mit psychischer Belastung verwendet wird und im oberen Teil als mittel- bis langfristige Reaktion benannt wurde, soll dementsprechend an dieser Stelle eine kurze Begriffserklärung folgen. Stress wird von der DIN EN ISO wie folgt definiert: „Als unangenehmer empfundener Zustand, der von der Person als bedrohlich, kritisch, wichtig und unausweichlich erlebt wird. Er entsteht besonders dann, wenn die Person einschätzt, dass sie ihre Aufgaben nicht bewältigen

kann.“ (zit. n. Joiko et al. 2010: 13) Wichtig darzustellen ist, dass nicht alle psychischen Belastungen zu Stress führen. Psychische Belastungen die Stress auslösen, werden Stressoren genannt (ebd.). Stress wird in der Arbeitswissenschaft als Folge von Überbeanspruchung verstanden und stellt somit keinen Prozess, sondern vielmehr einen Zustand dar (Wenchel 2011: 22). Im Zusammenhang mit Stress, kommt es zu einer Zunahme an Problemen, welche zum einen die Anfälligkeit für stresstypische Erkrankungen fördert als auch die Unfallgefährdung am Arbeitsplatz erhöht (ebd.: 23).

Des Weiteren stellen Burnout und Posttraumatische Belastungsstörungen neben Stress, häufige Folgen von Belastungen dar, welche vielseitige Auswirkungen hervorrufen und unter Umständen irreversibel sein können (ebd.: 28). Ärzte und Pflegekräfte sind aufgrund ihrer berufsbedingten Belastungen besonders oft von chronischer Überlastung betroffen. Insbesondere in den Fachbereichen Psychiatrie, Onkologie, Anästhesie sowie Intensiv- und Notfallmedizin sind Pflegenden und Ärzte überdurchschnittlich häufig von Burnout betroffen (Michalsen; Hillert 2010: 31). Das sogenannte Burnout-Syndrom („Ausbrennen“) bezeichnet schwerwiegende klinische Symptome, welche durch belastende Arbeitsbedingungen hervorgerufen werden können (Larsen 2012: 524). Michalsen und Hillert beschreiben darüber hinaus, dass der Begriff „Burnout“ als Ausdruck für einen chronischen Überlastungszustand zu betrachten ist und eine „pathologische Stressreaktion auf lang anhaltende berufsbezogene Belastungen“ (2010: 24f) darstellt. Das Burnout-Syndrom weist folgende Merkmale auf:

- a. „anfangs übersteigertes Engagement, freiwilliges Leisten unbezahlter Mehrarbeit, Einschränkung sozialer Kontakte und Freizeitaktivitäten; dadurch chronische Müdigkeit und Erschöpfung,
- b. dann vermindertes Engagement, desillusionierter Rückzug aus der Arbeit und verringertes privates Engagement,
- c. Depressionen, Aggressionen und Schuldzuweisungen,
- d. Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit, Abnahme der Motivation und Kreativität,
- e. psychosomatische Beschwerdebilder,
- f. Verzweiflung und Depression“ (ebd.).

Im Weiteren stellen Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) eine häufige Folge von Belastungen dar. Unter Posttraumatischer Belastungsstörung ist eine verzögerte oder verlängerte Reaktion auf eine extreme Belastung zu verstehen. Diese entsteht nicht

ausschließlich als Folge selbst erlittener Traumen, sondern kann auch bei Berufsgruppen auftreten, die häufig Extremsituationen, wie dem Leid anderer Menschen und deren Tod ausgesetzt sind (Larsen 2012: 524). Dabei zeigt sich die Störung als Symptom „einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, die vor der Belastung nicht vorhanden waren:

- a. „Ein- und Durchschlafstörungen mit sich aufdrängenden Erinnerungen oder Alpträume; wiederholtes Erleben des Traumas,
- b. Reizbarkeit und Wutausbrüche, emotionaler und sozialer Rückzug, Verlust der Lebensfreude,
- c. Konzentrationsstörungen,
- d. Überwachheit,
- e. erhöhte Schreckhaftigkeit“ (ebd.).

Diese dargestellten Symptome treten in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis oder einer Belastungsphase auf und halten dann mindestens einen Monat an. Darüber hinaus können sie zu Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch führen oder schließlich zu Suizidalität führen (ebd.). Auch die physischen Belastungsfolgen sind hervorzuheben. Wie bereits in dem Kapitel 3.1 dargestellt, können physische Belastungen, wie das Positionieren und die Mobilisation von Intensivpatienten, zu körperlichen Auswirkungen führen und Wirbelsäulenerkrankungen hervorrufen, die im Extremfall zu einer Berufskrankheit führen können, welche auch als solche anerkannt werden würde (Wenchel 2001: 28). Wie zuvor bereits dargelegt, sind muskuloskelettale und psychovegetative Beschwerden, wie Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich im Pflegebereich keine Seltenheit (Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin 2014: 2).

#### **4. Bewältigungsstrategien**

Dieses Kapitel beruht ausschließlich auf der Begriffsdefinition der Bewältigung sowie der Darstellung von Bewältigungsstrategien hinsichtlich der vorangegangenen dargestellten Belastungen. Im Folgenden erfolgt keine kritische Auseinandersetzung mit den Bewältigungsstrategien, da dies über den Rahmen dieser Arbeit hinausreichen würde. Es soll nur gezeigt werden, welche Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Belastungen für Pflegende durch Intensivpatienten und deren Angehörigen vorhanden sind.

## 4.1 Definition Bewältigung

Nach einer gängigen Definition umfasst Bewältigung alle „Anstrengungen, sowohl verhaltensorientierte wie intrapsychische, mit externen oder internen Anforderungen (sowie Konflikten zwischen beiden), die die Mittel einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertig zu werden, d.h. sie zu meistern, zu tolerieren, zu mildern, zu vermeiden“ (zit. n. Kaluza 2011: 50). Aus dieser Begriffsdefinition wird ersichtlich, dass der Bewältigungsbegriff nicht nur solche Reaktionen umfasst, die auf die aktive Bewältigung der Belastungssituation abzielen, ebenso alle Reaktionen die „ein Aushalten, Tolerieren und auch Vermeiden oder Verleugnen zum Ziel haben“ (ebd.). Nach wissenschaftlichem Verständnis definiert sich der Begriff „Bewältigung“ nicht über den Erfolg mit den gegebenen Anforderungen umgehen zu können, sondern allein über das Bemühen und die Anstrengungen bewältigen zu können (ebd.). Wie bereits in dem Kapitel 3.1 erwähnt, ist jeder Mensch ein Individuum, bei dem die psychischen, körperlichen, genetischen sowie sozialen Voraussetzungen unterschiedlich sind. Dementsprechend reagiert und empfindet jeder Mensch individuell auf Belastungen und Anforderungen (Joiko et al. 2010: 10). Zusätzlich sind die Ressourcen einer Person für den erfolgreichen Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz entscheidend. Ressourcen werden als Faktoren definiert, die den Umgang mit einer Stressreaktion erleichtern können. Wie stark das Stressempfinden einer Person ausgeprägt ist, hängt maßgeblich von der Stärke und Ausprägtheit der vorhandenen Ressourcen ab. In Anlehnung an Richter und Hacker (1998) und Semmer und Udris (2007) können Ressourcen in innere (personal) und äußere (organisational und sozial) unterschieden werden (Kauffeld; Hoppe 2011: 236). Unter organisationale Ressourcen fallen der Tätigkeitsspielraum, Qualifikationspotenzial sowie Partizipationsmöglichkeiten. Unter dem Begriff soziale Ressourcen werden Aspekte wie Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner, Familie und Freunde aufgelistet. Personale Ressourcen beinhalten kognitive Kontrollüberzeugungen wie das Kohärenzerleben, Optimismus und das Selbstkonzept, die Kontaktfähigkeit und das eigene Selbstwertgefühl. Außerdem findet sich hier das Handlungsmuster, wie positive Selbstinstruktionen, Situationskontrollbemühungen, Copingstil, Gesundheit und die berufliche Qualifikation (ebd.). Darüber hinaus wirken Ressourcen auf unterschiedliche Arten. Ressourcen können einen „direkten positiven Effekt auf die Gesundheit und das Wohlbefinden einer Person haben“ (ebd.), was bedeutet, dass es zu einer positiven

gesundheitlichen Wirkung, trotz gleichzeitig vorhandenen Belastungen, führt. Zudem kann eine indirekte Wirkung auf das Wohlbefinden erzielt werden, wenn die vorhandene Ressource dem Entstehen von Belastungen entgegenwirkt. Eine dritte Möglichkeit ist die Pufferfunktion einer Ressource, bei der davon ausgegangen wird, wenn ausreichend Ressourcen vorhanden sind, dass diese bei der Bewältigung bestehender Belastungen zur Verfügung stehen und schädliche Folgen minimieren können (ebd.). Überdies stellt das Copingverhalten einer Person, zugehörig zur personalen Ressource, eine wichtige Ressource dar. Nach Lazarus und Folkmann bezeichnet Coping, „die Bewältigung von internen und externen Anforderungen, welche die eigenen Ressourcen übersteigen“ (ebd.).

## **4.2 Strategien zur Bewältigung von Belastungen**

Im Folgenden soll eine Darstellung der Bewältigungsstrategien erfolgen. Es findet keine kritische Auseinandersetzung statt, da dies nicht Thema dieser Arbeit ist.

### **4.2.1 Problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping**

Zur Bewältigung von Belastungen können verschiedene Copingarten unterschieden werden, wobei nach Lazarus zwei der wichtigsten Bewältigungsarten das problembezogene (instrumentelle) und das emotionsbezogene (palliative) Coping sind. Diese beiden Arten der Bewältigung können auf der Ebene offener sichtbarer Handlungen (handlungsorientiert) als auch verdeckt (intrapsychisch) ablaufen (Schuster et al. 2011: 52). Beim problemorientierten Coping geht es darum, mögliche Bedrohungen durch auftretende Belastungen abzuwenden, indem konkrete Aktionen gewählt werden. Hierbei kommt es zu einer Veränderung der bisherigen Arbeitsstrategie, Informationssuche, direkte Handlungen oder das Unterlassen von Handlungen, bewusste Aneignung neuer Kompetenzen oder dem offenen Ansprechen von Konflikten (Kauffeld; Hoppe 2011: 237). Auf der handlungsorientierten Ebene finden sich hier Strategien, wie die aktive Informationssuche, die aktive Problembewältigung und die aktive Hilfesuche. Intrapsychisch finden sich Strategien wie das Umbewerten der Belastung und das Verdrängen eines Problems. Der Fokus der problemorientierten Bewältigung liegt auf dem Umgang mit dem auslösenden Problem (Schuster et al. 2011: 53). Das emotionsbezogene Coping hat das primäre Ziel, die eigene emotionale Befindlichkeit zu verbessern. Dies geschieht durch die Regulation der durch eine bestimmte Situation ausgelösten Emotionen und nicht durch eine

Veränderung der Situation an sich (ebd.). Emotionsbezogene Strategien umfassen Ablenkungs- oder Konsumverhalten des Individuums, wie z.B. ins Kino gehen, rauchen oder essen. Hervorzuheben ist, dass das emotionsbezogene Coping nicht die Ursache der Belastung verändert, sondern nur eine vorübergehende Entlastung für die Person schafft (Kauffeld; Hoppe 2011: 237). Auf der handlungsorientierten Ebene finden sich hier Strategien, wie die Entspannung durch körperliche Aktivität und Entspannungsübungen. Intrapsychisch werden Strategien wie Meditation, Autogenes Training, Selbstinstruktion oder Ablenkung genannt (Schuster et al. 2011: 53). Zusätzlich formulieren Schuster et al., dass ebenso das Leugnen von aversiven Sachverhalten, die Abwertung der bedrohten Ziele oder die Umdeutung der gesamten Situation zu der emotionsorientierten Bewältigung zählen. Beide Formen, die problemorientierte Bewältigung sowie die emotionsorientierte Bewältigung, können sowohl in direkter Abfolge auftreten oder gleichzeitig vorhanden sein (ebd.).

#### **4.2.2 Aktivität, Vermeidung, Verleugnung, Verschiebung und Projektion**

Nach Larsen treten beim Behandlungsteam unterschiedliche Abwehrreaktionen bzw. –mechanismen bei der Bewältigung der verschiedenen Belastungen auf der Intensivstation auf. Demnach verwendet das Behandlungsteam Mechanismen wie die gesteigerte Aktivität, Vermeidung, Verleugnung und Verschiebung sowie Projektion (2012: 523). Bei der gesteigerten Aktivität handelt es sich nach Larsen um ein häufig zu beobachtendes Phänomen auf der Intensivstation (ebd.). Dies findet sich vermehrt in sehr ruhigen Phasen, z.B. bei geringer Belegung der Station und äußert sich in Unruhe, Unzufriedenheit, Gereiztheit und Spannungen der Pflegenden. Larsen beschreibt, dass der Aktivismus der Pflegenden als Ursachen angegeben wird, wenn Langeweile und Unterforderung beim Personal vorhanden sind (ebd.). Jedoch stellt Larsen weiterhin dar, dass dieses Verhalten psychologisch als Abwehrreaktion gedeutet werden muss, „bei dem deprimierte und traurige Stimmungen unterdrückt werden sollen.“ Diese Gefühle entstehen aus der Wahrnehmung eigener Konflikte sowie aus dem Kontakt mit den Patienten (ebd.). Darüber hinaus formuliert Larsen, dass Vermeidung und Rückzug zur Bewältigung von schwierigen Situationen von Pflegenden auf der Intensivstation genutzt werden. So findet ein gefühlsmäßiger Rückzug vom Patienten statt und Pflegende wenden sich dementsprechend bevorzugt den Apparaten und Überwachungsgeräten, also den



technischen Aufgaben, zu (ebd.). Ein weiterer Aspekt der von Larsen dargestellt wird, ist die Verleugnung der Pflegenden, indem diese häufig einen rauen Ton, ein exaltes und übermäßig albernes Verhalten auf einigen Intensivstationen zeigen. Er beschreibt, dass dieses Verhalten als Abwehr verstanden werden muss, wenn gefühlsmäßig überwältigende Situationen eintreten und Pflegende durch die Verleugnung eigener Gefühle die innere Betroffenheit nicht wahrnehmen wollen und können (ebd.). Als letzte Reaktion bzw. Mechanismus nennt Larsen die Verschiebung und Projektion als Angstabwehr. So schaffen sich Pflegende beispielsweise Sündenböcke im Behandlungsteam oder sie streben nach übermäßiger fachlicher sowie technischer Kompetenz, was wiederum zu Kompetenzstreitigkeiten und Konkurrenzgefühlen führen kann (ebd.: 523f).

### **4.2.3 Coaching und Supervision**

Eine weitere Strategie zur Bewältigung von Belastungen stellt das Coaching sowie eine Supervision dar. Bei Coaching sowie der Supervision handelt es sich um vereinbarte Entwicklungsbeziehungen, „in denen ein Mensch bezüglich seines persönlichen Handelns und Erlebens im Beruf mithilfe professioneller Beratungstechniken unterstützt wird“ (Mohr 2014: 302). Das Coaching einer Person hat zum Ziel, eine Entwicklung über die Beratung, Begleitung, Reflexion und Unterstützung im Handeln, Denken und Fühlen zu erreichen. So beziehen sich die Entwicklungsfelder des Coachings bei Pflegenden auf:

- a. „Einzelfallsituationen im Arbeitsleben (z.B. Projekte managen oder mit schwierigen Situationen umgehen)
- b. Rollen und Beziehungen im beruflichen Kontext (z.B. Veränderungen und neue Rollen annehmen, Beziehungen zu Kunden oder organisatorische Veränderungen gestalten)
- c. Persönliche Auswirkungen der beruflichen Tätigkeit (z.B. eigene persönliche Ressourcen managen, Work-Private Life-Balance leben)“ (ebd.: 303).

Supervision und Coaching haben wesentliche Gemeinsamkeiten, da sie beide in der Beratungswissenschaft verwurzelt sind. Die Supervision ist im Gegensatz zum Coaching jedoch inhaltlich und zeitlich nicht eindeutig auf einen begrenzten Zielvertrag ausgerichtet, sondern vielmehr an einer Begleitbeziehung interessiert (ebd.). Supervisionen können einmalig oder bis hin zu regelmäßigen Fallsupervisionen ausgerichtet sein. Zudem finden

sich Teamsupervisionen in Institutionen, wie Krankenhäusern, die eine regelmäßige Reflexion der praktischen Arbeit ermöglichen (ebd.). Sowohl das Coaching als auch die Supervision eignen sich als Strategie für Pflegende, Belastungen seitens der Patienten und deren Angehörigen bewältigen zu können. Das Coaching ermöglicht den Pflegenden mit einem professionellen Coach in einem Gespräch belastende Situationen zu reflektieren, Beratung bezüglich schwieriger Situationen zu erhalten und Unterstützung im Handeln, Denken und Fühlen entgegengebracht zu bekommen. Ebenso können persönliche Ressourcen herausgearbeitet werden und es kann ermittelt werden, wie diese am effektivsten eingebracht werden können. Des Weiteren stellt die Supervision eine gute Strategie dar, um mit Belastungen auf der Intensivstation umgehen zu können. In Teamsupervisionen können belastende Situationen zur Sprache kommen, wodurch gemeinsam die beschriebene Situation bzw. Belastung reflektiert werden kann. Hier können beispielsweise belastende Situationen, wie Gewalterlebnisse oder der Tod von Patienten, besprochen werden. Zusätzlich bietet hier der soziale Austausch mit Kollegen eine gute Möglichkeit der Bewältigung, worauf später in diesem Kapitel konkret Bezug genommen wird.

#### **4.2.4 Sport und körperliche Bewegung**

Sport und körperliche Bewegung sind eine weitere Strategie, um mit Belastungen auf der Intensivstation zurechtzukommen und diese zu bewältigen. So ist erwiesen, dass sportliche und körperliche Aktivität sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit positiv beeinflussen. Die Wirkmechanismen sind vielfältig, dennoch sind hormonelle sowie psychisch vermittelte Wirkungen bekannt (Brandstetter; Steinacker 2014: 316). Psychische Fehlbelastungen können durch ein Zuwenig als auch ein Zuviel an Anforderungen entstehen und Sport und körperliche Aktivität können diesbezüglich präventiv wirken. Brandstetter und Steinacker nehmen in ihrer Arbeit bezug auf eine repräsentative Studie von Schneider und Becker aus dem Jahre 2005, in der dargestellt wird, dass Personen die einen körperlich anstrengenden Beruf ausüben in ihrer Freizeit besonders wenig sportlich aktiv sind (ebd.: 317). Die Haupteffekte von Sport und körperlicher Bewegung liegen in der körperlichen Leistungssteigerung und der daraus resultierenden Primärprävention für körperliche Erkrankungen. Es entstehen ganzheitliche Effekte wie die Anregung des Stoffwechsels, Entspannung, Körperkomposition, kardiovaskuläre Funktionen,

Wohlbefinden und psychische sowie physische Leitungsfähigkeit (ebd.). Diese positiven psychischen Effekte resultieren aus der Ausschüttung von sogenannten Glückshormonen, wie z. B. Endorphine, Serotonin und Dopamin, welche bei körperlicher Aktivität freigesetzt werden. Jene Neurotransmitter werden mit gehobener Stimmung, Motivation, „Flow-Erleben“ und Glück in Zusammenhang gebracht. Die Einbeziehung von körperlichen Aktivitäten führt zu psychisch positiven Begleiterscheinungen, denn der Einbezug zieht eine Strukturierung des Alltags durch regelmäßige Termine nach sich und ermöglicht eine kurzfristige Ablenkung, wodurch negative Gedanken möglicherweise durchbrochen werden können. Des Weiteren kann die Ausübung von Sport zu dem Erleben von Erfolg führen und das Gefühl hervorbringen, für sich etwas Gutes getan zu haben. Ein weiterer positiver Aspekt stellt der Kontakt mit anderen Menschen dar, wenn sich Gruppen zum gemeinsamen Sport organisieren oder das Training in einem Fitnessstudio stattfindet (ebd.: 318). Die körperliche Aktivität kann darüber hinaus dazu beitragen, passive Verhaltensweisen aus dem Berufsleben zu durchbrechen und eine aktive Lebensgestaltung zu fördern. Durch Sport und körperliche Bewegung kommt es zu einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit. Im Weiteren dient es der Prävention hinsichtlich der Belastungen, welche sich infolge körperlicher Beschwerden ergeben können. Der positive Nebeneffekt dabei besteht in der Förderung und Erhaltung der psychischen Gesundheit (ebd.). Angesichts der im Kapitel 3.3 dargestellten Belastungen die von den Intensivpatienten und deren Angehörigen für Pflegende ausgehen, stellt Sport und körperliche Bewegung eine geeignete Bewältigungsstrategie dar. Wie bereits dargestellt kommt es zur körperlichen Leistungssteigerung, was besonders förderlich ist, da Pflegende auf der Intensivstation körperlich schwer arbeiten müssen. Vor allem beim Positionieren, Lagern und Umbetten von Patienten wird von ihnen körperlich viel abverlangt. Genauso positiv hervorzuheben ist die günstige Auswirkung auf die Psyche, wodurch psychisch belastende Situationen, wie das Leid und die Schwere der Erkrankungen der Intensivpatienten, bewältigt werden können. Regelmäßige sportliche Aktivität ermöglicht das Durchbrechen negativer Gedanken und kann somit das psychische Wohlbefinden fördern.

#### 4.2.5 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung (Social Support) wird von Lim et al. sowie LeSergent und Haney als wichtige Bewältigungsstrategie betrachtet. Unter sozialer Unterstützung wird zum einen „der emotionale und eher „psychologische“ Rückhalt, den Mitmenschen, oft die Mitglieder des persönlichen sozialen Netzwerks, geben“ verstanden. Hierbei geht es um das Bewusstsein, die Vermittlung von Sicherheit und der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Zusätzlich beinhaltet dies, als Person gewürdigt und angenommen sowie anerkannt zu werden (Nestmann 2014: 336). Dabei fördert die soziale Unterstützung die Gesundheit und das Wohlbefinden und Mitmenschen oder Mitglieder des persönlichen Netzwerks können „als emotionaler Rückhalt, praktische und materielle Hilfe, Information und Beratung sowie als versichernde Rückmeldung zur eigenen Person“ (ebd.) wahrgenommen und gesehen werden. Menschen erhalten durch ihr soziales Umfeld emotionalen Halt und implizite sowie explizite Hinweise zur spezifischen Lebenslage und zur Anforderungssituation. Darüber hinaus sind Gespräche, Zuhören in schwierigen Situationen, Eingehen bei Sorgen und Ängsten, Trost, Ermunterung, Nähe, Zuspruch und gemeinsame problembezogene Überlegungen, Bestandteil sozialer Unterstützung. Die positiven Effekte welche durch soziale Unterstützung entstehen sind vielfältig, wie die präventive und stress mildernde Funktion, sowohl im privaten als auch im beruflichen Leben und am Arbeitsplatz. Das persönliche Wohlbefinden wird gesteigert und krankmachende Belastungen und organisationsbezogene Belastungen werden moderiert (ebd.). Nestmann beschreibt diesbezüglich, unter Einbeziehung der Forschung, dass durch soziale Unterstützung zahlreiche fördernde Effekte hinsichtlich verschiedener Krankheiten entstehen. Durch soziale Unterstützung werden Erkrankungen wie Arthritis, Multiple Sklerose, Depressionen, Ängste und zahlreiche Herz-Kreislauf-Erkrankungen positiv beeinflusst (ebd.: 338). Zudem wird das emotionale Wohlbefinden, Selbstwert und Selbstbewusstsein erhöht und eine optimistische Stimmung wird befördert. Ebenso beschreiben LeSergent und Haney in ihrem *Survey*, dass soziale Unterstützung eine häufig angewandte Strategie zur Bewältigung von Belastungen darstellt. Sie gehen davon aus, dass Pflegende besonders beim Anstieg von Belastungen auf emotionsorientierte Bewältigungsstrategien, wie z.B. die soziale Unterstützung zurückgreifen, da sie das Gefühl haben, die Situation nicht ändern zu können (2004: 317ff). Hinsichtlich der im Kapitel 3.3 dargestellten Belastungen, stellt die soziale Unterstützung eine gute

Bewältigungsstrategie für die durch Patienten und deren Angehörige ausgelösten Belastungen dar. Insbesondere durch die Schichtarbeit und Wochenenddienste verbringen Pflegende oft mehr Zeit mit Kolleginnen und Kollegen im Beruf als im Familienkreis und mit Freunden (ebd.). Somit stellen Kolleginnen und Kollegen einen wichtigen Aspekt im sozialen Unterstützungsnetzwerk der Pflegenden dar, da der gemeinsame Arbeitsalltag, Arbeitsaufgaben und Erfahrungen im Team geteilt und besprochen werden können. Nestmann bezieht sich in seiner Darstellung auf Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen, die sich mit den Folgen beruflicher Belastungen und dem Einfluss sozialer Unterstützung beschäftigen. Dabei wird deutlich, dass soziale Unterstützung die Arbeitsbelastungen, Stresserfahrungen im Beruf sowie deren ungünstigen Folgen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit reduziert (2014: 339).

#### **4.2.6 Problemlösekompetenz**

Eine weitere Strategie zur Bewältigung auftretender Belastungen durch Patienten und deren Angehörigen stellt die Problemlösekompetenz dar. Hierbei findet eine Ist-Soll-Analyse des Problems oder der Belastung statt. Zunächst wird eine Beschreibung des Ist-Zustands vorgenommen, um einen umfassenden Überblick über die aktuelle Problemlage zu erhalten. Anschließend wird die Situation erneut analysiert, um festzustellen, ob es tatsächlich ein Problem ist oder eher eine zu bewältigende Aufgabe. Somit entsteht die Möglichkeit des Vergleichens, indem vergangene Situationen herangezogen werden oder die Situation mit Erfahrungen des sozialen Umfelds abgeglichen werden können (Schuster et al. 2011: 58ff). Im nächsten Schritt sollen Ziele formuliert werden, um den angestrebten Soll-Zustand erreichen zu können. Es findet eine grobe Ausgestaltung von Zielen statt, um einen Weg zum Soll-Zustand zu skizzieren. Nachfolgend wird eine genaue Ausgestaltung des Zielzustandes und der Aktivierung von benötigten Ressourcen vorgenommen, damit ein Lösungsraum eröffnet werden kann. Hieran werden Lösungsmöglichkeiten gesammelt, um daraufhin eine Auswahl an Lösungen zu treffen und ein Ergebnis zu erzielen. Die Bewältigungsstrategie der Problemlösekompetenz ist ein individueller, aber auch interaktiver Prozess, bei dem sich das Ziel ständig verändern kann (ebd.). Ashker et al. stellen in ihrer quantitativen Studie dar, dass die geplante Problemlösung die am häufigsten verwendete Bewältigungsstrategie ist, gefolgt von Selbstbeherrschung und der Nutzung sozialer Unterstützung (2012: 232). Die Strategie der Problemlösekompetenz scheint

besonders dann sinnvoll, wenn Pflegende Belastungen bezüglich schwieriger Situationen mit Patienten und Angehörigen ausgesetzt sind. So können Situationen, in denen beispielsweise die Kommunikation schwierig und nicht lösbar erscheint, mithilfe dieser Strategie gelöst beziehungsweise gemindert werden.

#### **4.2.7 Entspannungskompetenz**

Entspannungskompetenz ist eine weitere Bewältigungsstrategie, worunter Entspannungsverfahren fallen, welche zur emotionsorientierten Bewältigung eingesetzt werden und zunächst der Veränderung von Reaktionen dienen. Regelmäßig ausgeführt, wirken diese präventiv und tragen langfristig zu einer Gelassenheit bei, was wiederum oftmals eine Neubewertung der Situation ermöglicht. Zu den allgemeinen Entspannungsverfahren gehören die Progressive Muskelentspannung, Atementspannung, Autogenes Training, Biofeedback, Hypnose, Meditative Verfahren und Imaginative Verfahren. Diese Methoden führen zur Muskelentspannung und einer Normalisierung des Blutdrucks (Schuster et al. 2011: 66). Auch diese Strategie, mit den dazugehörigen verschiedenen Entspannungsverfahren, bietet sich zur Anwendung in belastenden Situationen an. Sowohl bei auftretenden psychischen sowie physischen Belastungen kann die Entspannungskompetenz körperlichen und seelischen Stress reduzieren und eine Neubewertung der Situation sowie eine Erholung bewirken.

#### **4.2.8 Achtsamkeit**

Die Strategie der Achtsamkeit zur Bewältigung von Belastungen wird von Schuster et al. dargestellt. Bei dieser kommt es zu einer verbesserten Wahrnehmung der belastenden Situation, wenn die Fähigkeit zur Achtsamkeit vorhanden ist. Dabei geht es um eine besondere Art der Aufmerksamkeitslenkung, wobei die Aufmerksamkeit „absichtsvoll und nichtwertend auf das bewusste Erleben des gegenwärtigen Augenblicks gerichtet werden soll“ (2011: 67). Hierbei soll die Aufmerksamkeit auf die aktuelle Situation, das innere Erleben, die eigenen Gedanken und Gefühle und weniger auf Erinnerungen oder Grübeleien über die Zukunft, gerichtet werden. Primär soll die bewusste Wahrnehmung des aktuellen Augenblicks trainiert werden, um sich der eigenen Emotionen bewusst zu werden und intrapsychische Prozesse zu deautomatisieren. Schuster et al. sind der

Meinung, „dass eine verbesserte körperliche und emotionale Wahrnehmung die Grundvoraussetzung für eine Einstellungs- sowie Verhaltensänderung darstellt“ (ebd.: 68). Auch diese Strategie erscheint sinnvoll, psychische Belastungen zu reduzieren. Sie ermöglicht den Pflegenden den Fokus auf die aktuell belastende Situation zu richten, sich der Belastung bewusst zu werden und möglicherweise eine Neubewertung oder Akzeptanz gegenüber dieser zu entwickeln.

#### **4.2.9 Akzeptanz von Unveränderlichem**

Eine weitere Möglichkeit zur Bewältigung von Belastungen stellt die Strategie der „Akzeptanz von Unveränderlichem“ dar. Dem Mensch ist von Natur aus daran gelegen Probleme lösen zu wollen, jedoch begegnet er häufig Situationen für die es in diesem Moment keine Lösung zu geben scheint. Hierbei geht es um die Akzeptanz der Belastung und sich von dem Gedanken zu befreien, alles tun und für alles eine Lösung parat haben zu müssen (Schuster et al. 2011: 85f). Pflegende einer Intensivstation haben die Aufgabe eine invasive Behandlung sowie Betreuung der Intensivpatienten, trotz teilweise sicher aussichtsloser Situation durchzuführen. Besonders in solchen Situationen bietet sich die Anwendung dieser Strategie an, auch wenn dies nicht immer einfach ist.

#### **4.2.10 Proaktivität**

Proaktivität stellt eine weitere Bewältigungsstrategie dar, in der es um die Identifikation von positiven Erfahrungen in der Vergangenheit geht. Hier werden Bedingungen identifiziert, „die das Erreichen der Ziele in der Vergangenheit begünstigt haben“ (Schuster et al. 2011: 89), um diese auch in der Zukunft zielführend einsetzen zu können (ebd.). Auch diese Strategie bietet sich an im Umgang mit psychischen Belastungen und deren Bewältigung, indem positive Erfahrungen aus der Vergangenheit genutzt werden, um die aktuelle Situation verarbeiten zu können.

Badger stellt in seiner qualitativen Studie dar, dass Pflegende auf Intensivstationen eine große Auswahl an Strategien nutzen, um mit komplexen Situationen auf der Station umgehen zu können (2005: 66). Dies wird von dem *Review* von Lim et al. gestützt, in dem dargestellt wird, dass Pflegende nicht nur eine Strategie zur Bewältigung nutzen, sondern häufig eine Mischung aus problem- und emotionsorientierter Bewältigung verwenden (2010: 255).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass geeignete Strategien zur Bewältigung von Belastungen, welche von Patienten und deren Angehörigen ausgehen, vorhanden sind. Jedoch ist individuell zu entscheiden, welche Strategien genutzt werden und ob diese aus persönlicher Sicht als effektiv zu betrachten sind.

## **5. Fazit**

Intensivstationen stellen in einem Krankenhaus Spezialstationen dar, auf denen Menschen mit schwerst- bis lebensbedrohlichen Erkrankungen intensivmedizinisch sowie – pflegerisch behandelt, versorgt und überwacht werden. Der Umgang sowie die intensivmedizinische Behandlung dieser Menschen können sowohl psychische als auch physische Belastungen bei den Pflegenden hervorrufen. Pflegende einer Intensivstation sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, wobei der Schwerpunkt dieser Bachelor-Arbeit auf den Belastungen liegt, welche durch die Patienten und deren Angehörige hervorgerufen werden. Diese gestalten sich vielfältig und werden durch die hohe Mortalitätsrate, die über das normale Maß zu tragende Verantwortung für extrem kranke Patienten, Konfrontation mit menschlichem Leid, hohe Erwartungen von Seiten der Patienten und deren Angehörigen, eine erhöhte Überwachung bei Patienten mit dementiellen Veränderungen oder einem Durchgangssyndrom sowie eine erschwerte Kommunikation erzeugt. Ebenso bewirken die Einbeziehung von Angehörigen in die Patientenversorgung, die Diskrepanz zwischen Leben retten und nicht mehr retten können, der Sterbeprozess von Patienten, Gewalterlebnisse sowie die physischen Anforderungen hohe Belastungen für Pflegende einer Intensivstation. Mögliche Bewältigungsstrategien für diese Belastungen stellen gesteigerte Aktivität, Vermeidung, Verleugnung, Verschiebung sowie Projektion, Coaching und Supervision, Sport und körperliche Bewegung sowie soziale Unterstützung dar. Darüber hinaus können Problemlösekompetenzen, Entspannungskompetenzen, die Akzeptanz von Unveränderlichem, Proaktivität sowie der existenzielle Glaube zur Bewältigung genutzt werden. Meiner Auffassung nach sollten Belastungen neutral gewertet werden, denn diese werden individuell empfunden und können von dem Einzelnen als positiv oder negativ bewertet werden. Entscheidend hierfür sind die psychischen, körperlichen, genetischen sowie sozialen Voraussetzungen des Individuums. Dementsprechend lassen sich keine allgemeingültigen Strategien definieren, sondern es muss individuell vom Einzelnen entschieden werden, welche der vorhandenen



Bewältigungsstrategien genutzt werden und ob sie persönlich als effektiv zu betrachten sind.

Die Problematik der zunehmenden Belastungen im Arbeitsalltag der Pflegenden stellt sich immer mehr durch den demographischen Wandel und der Zunahme an multimorbiden Patienten auf Intensivstationen. Folglich ist es im Sinne der Patienten wichtig, dass Pflegende Möglichkeiten der Entlastung sowie der Bewältigung von Belastungen kennen, wissen und diese nutzen, um weiterhin handlungsfähig zu sein und ein riskantes pflegerisches Handeln dem Patienten gegenüber zu vermeiden. Von daher erscheint es geboten, dass Pflegende um Techniken wissen, die eine Bewältigung der Belastungen ermöglicht. Es bedarf diesbezüglich eine Vertiefung dieser Thematik in der pflegerischen Ausbildung, sowie Schulungen und Fortbildungen in der Praxis, um den Fokus auf diese Problematik zu lenken und ein Bewusstsein hierfür zu schaffen. Betrachtet man die Problematik der Belastung auf verschiedenen Ebenen, so müssen auf der Makroebene vom Gesundheitssystem die nötigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden, damit auf der Mesoebene die Krankenhäuser die benötigte Ausstattung bereitstellen können und den Personalschlüssel an der Bedürftigkeit der Patienten und den vorhandenen Arbeitsaufgaben anpassen können. Auf der Mikroebene müsste das Arbeitsfeld Intensivstation so gestaltet werden, dass mögliche Belastungen weitestgehend reduziert werden. Durch die begrenzten Mittel auf der Meso- sowie Mikroebene, stoßen Pflegende und somit auch mögliche Bewältigungsstrategien an ihre Grenzen. Demzufolge bleibt diese Thematik weiterhin wichtig und die pflegerische Ausbildung, Krankenhäuser sowie die Pflegenden selber sind gefordert, den Fokus auf diese Thematik zu richten und Lösungen zu gestalten. Neben in dieser Bachelor-Arbeit dargestellten Belastungen, finden sich weitere, denen Pflegende auf einer Intensivstation alltäglich gegenüber stehen. Im Rahmen dieser Arbeit, konnte ausschließlich auf eine Belastungsart Bezug genommen werden. Dementsprechend besteht der Bedarf, in weiteren Arbeiten die institutionellen-organisatorischen sowie sozialen Belastungen darzustellen und zu untersuchen, ob die bereits von mir dargelegten Bewältigungsstrategien auch für diese Arten der Belastungen greifen oder ob darüber hinaus weitere Strategien vorhanden sind. Ebenso besteht der Bedarf, zu untersuchen und darzustellen, welche Möglichkeiten zur Veränderung auf den verschiedenen Ebenen bestehen und wie diese umgesetzt werden können, um die vorhandenen Belastungen für Pflegende einer Intensivstation zu reduzieren oder gar zu vermeiden.

Für Pflegende ist es wichtig mögliche Techniken zur Bewältigung von Belastungen zu kennen und diese zu verstärken, um möglichen Belastungsfolgen vorzubeugen und im Sinne der Patienten handlungsfähig zu bleiben.

## Literaturverzeichnis

- Ashker, V.E.; Penprase, B.; Salman, A. (2012): Work- Related Emotional Stressors and Coping Strategies that Affect the Well-Being of Nurses Working in Hemodialysis Units. In: *Nephrology Nursing Journal* 2012; 3. Pitman: The Association, 231-236
- Baermann, A.; Grey, K.; Hein, U.; Schwabbauer, N.; Ullrich, L.; Vonier, R.; Wilpsbäumer, S. (2010): Atmung, Atemtherapie, Beatmung. In: Ullrich, L.; Stolecki, D.; Grünewald, M. (Hrsg.): *Intensivpflege und Anästhesie*. 2. Aufl.; Stuttgart: Thieme, 100-174
- Badger, J.M. (2005): A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure- to comfort-oriented care. In: *Heart & Lung* 2005; 1. Rhode Island: Elsevir, 63-68
- Baumgart, U.; Metz, A.-M.; Degener, M. (2003): Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In: Ulich, E. (Hrsg.): *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Hans Huber, 195-212
- Berger, S. (2014): Bewältigung von Belastungen, Aufbau von Ressourcen. In: Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.): *Praxisbuch psychische Belastungen im Beruf*. 2 Aufl.; Stuttgart: Gentner, 294-301
- Bischoff, S. (2010): Gewalt in der Intensivpflege. Bedingungen der Intensivstation und Wahrnehmung der Pflegenden. In: *Intensiv* 2010; 18. Stuttgart: Thieme, 86-90
- Brandstetter, S.; Steinacker, J.M. (2014): Sport und körperliche Bewegung. In: Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.): *Praxisbuch psychische Belastungen im Beruf*. 2 Aufl.; Stuttgart: Gentner, 316-324
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Arbeit in der Pflege- Arbeit am Limit?. Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Online verfügbar unter: [http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/Erwerbstaetigenbefragung-2011-2012.html;jsessionid=27562C6ACBFBB9AD8FDF48DA5589530D.1\\_cid333](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/Erwerbstaetigenbefragung-2011-2012.html;jsessionid=27562C6ACBFBB9AD8FDF48DA5589530D.1_cid333). Zuletzt geprüft am 15.5.2015
- Burgess, L.; Irvine, F.; Wallymahmed, A. (2010): Personality, stress and coping in intensive care nurses. A descriptive exploratory study. In: *Nursing in Critical Care* 2010; 3. North, Central, and South America: John Wiley & Sons Inc, 129-140
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e.V. (DGF) (2002): Pflegeleitbild der Intensivpflege (DGF). *Pflegephilosophie*. In: Millar, B.; Burnard, P. (Hrsg.):

Intensivpflege- Hgh-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Hans Huber, 515-518

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Hintergrundtext. Online verfügbar unter: [http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011\\_StrukturempfehlungLangversion.pdf](http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf). Zuletzt geprüft am 15.5.2015

Ehlers, K. (2009): 250 kg Körpergewicht und mehr. Eine Herausforderung im Pflegealltag. In: Intensiv 2009; 17. Stuttgart: Thieme, 239-242

Eichendorf, W.; Horst, A.; Kunz, T. (2014): Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung. In: Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. 2. Aufl.; Stuttgart: Gentner, 18-27

Friesacher, H. (2010): Pflegeverständnis. In: Ullrich, L.; Stolecki, D.; Grünewald, M. (Hrsg.): Intensivpflege und Anästhesie. 2. Aufl.; Stuttgart: Thieme, 46-54

Ganster, R. (2011): Psychische Belastungen aus Sicht der Pflege. Ergebnisse einer qualitativen Befragung. In: Intensiv 2011; 19. Stuttgart: Thieme, 116-119

Gehrke, A. (2014): Konflikte und Gewalt. In: Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.): Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. 2. Aufl.; Stuttgart: Gentner, 206-211

Gehrke, A.; Weymann, J. (2014): Traumatische Erlebnisse und Notfallpsychologie. In: Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.): Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. 2. Aufl.; Stuttgart: Gentner, 107-114

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Intensivmedizinische Versorgung – Anzahl Krankenhäuser, Betten sowie Aufenthalte (Behandlungsfälle und Berechnungs-/Belegungstage). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart/ Bettenzahl/ Art der Zulassung/ Anzahl der Fachabteilungen/ Träger). Online verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=85593002&nummer=838&p\\_sprache=D&p\\_indsp=99999999&p\\_aid=62294936](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=85593002&nummer=838&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=62294936). Zuletzt geprüft am 18.05.2015

Glaser, J.; Höge, T.; (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Online verfügbar unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/680434/publicationFile/47124/Gd18.pdf>. Zuletzt geprüft am 15.05.2015

- Grünewald, M.; Stolecki, D.; Ullrich, L.; Hermes, C. (2010): Arbeitsfeld Intensivstation und Anästhesie. In: Ullrich, L.; Stolecki, D.; Grünewald, M. (Hrsg.): Intensivpflege und Anästhesie. 2. Aufl.; Stuttgart: Thieme, 9-29
- Guegel, M. (2005): Der chronisch kranke Patient auf Intensivstationen. Anforderungen zur Versorgung von Patienten auf Intensivstationen unter dem Aspekt des Wandels von akuter zu chronischer Erkrankung. In: Intensiv 2005; 13. Stuttgart: Thieme, 108-112
- Hiemisch, A.; Kiess, W.; Brähler, E. (2011): Psychische Arbeitsbelastungen an einer Universitätskinderklinik. Ergebnisse einer Umfrage zum Belastungserleben und der resultierenden Mitarbeitergesundheit. In: Klinische Pädiatrie 2011; 223. Stuttgart: Thieme, 236-241
- Isfort, M.; Weidner, F.; Kraus, S.; Neuhaus, A.; Köster, V.H.; Gehlen, D. (2009): Intensivpflege unter Druck. Pflege- Thermometer 2009. In: PflegenIntensiv 2009; 2. Melsungen: Bibliomed, 36-40
- Joiko, K.; Schmauder, M.; Wolff, G. (2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen- Gestalten. Online verfügbar unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/673898/publicationFile/>. Zuletzt geprüft am 15.5.2015
- Kaluza, G. (2011): Stressbewältigung. Trainingsmodul zur psychologischen Gesundheitsförderung. 2. Aufl., Berlin: Springer
- Kauffeld, S.; Hoppe, D. (2011): Arbeit und Gesundheit. In: Kauffeld, S.: Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Für Bachelor. Berlin: Springer, 223-244
- Kornberg, J. (2015): Belastung oder Hilfe? In: Intensiv 2015; 2. Stuttgart: Thieme, 93-99
- Köllner, V.; Bernardy, K.; Bialas, P.; Loew, T. (2011): Psychosoziale Situation und psychologische Betreuung in der Intensivmedizin. In: Buchardi, H.; Larsen, R.; Marx, G.; Muhl, E.; Schölmerich, J.(Hrsg.): Die Intensivmedizin. 11. Aufl.; Berlin: Springer, 17-26
- Larsen, R. (2012): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 8 Aufl.; Berlin: Springer
- LeSergent, C. M.; Haney, C. J. (2004): Rural hospital nurse's stressors and coping strategies. a survey. In: International Journal of Nursing Studies 2004; 42. Vancouver: Elsevier, 315-324
- Li, J.; Lambert, V.A. (2008): Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. In: Nursing in Critical Care 2008; 1. North, Central, and South America: John Wiley & Sons Inc, 12-24

- Lim, J.; Bogossian, F.; Ahern, K. (2010): Stress and coping in Singaporean nurses. A literature review. In: *Nursing and Health Sciences* 2010; 12. North, Central, and South America: John Wiley & Sons Inc, 251-258
- Löbner, D.; Kaluza, J. (2011): Intensivtherapiestation- Ort der Rettung, aber auch des Sterbens und der Trauer. Befragung zu Belastungen der Pflegekräfte. In: *Intensiv* 2011; 19. Stuttgart: Thieme, 131-135
- Maier, W. (Jahreszahl nicht vorhanden): Beanspruchung und Belastung. Online verfügbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/beanspruchung-und-belastung.html#definition>. Zuletzt geprüft am 19.05.2015
- Michalsen, A.; Hillert, A. (2011): Burn-out in Anästhesie und Intensivmedizin. Teil 1: Klärung und kritische Wertung des Begriffs. In: *Anästhesist* 2011; 60. Berlin: Springer, 23-30
- Michalsen, A.; Hillert, A. (2011): Burn-out in Anästhesie und Intensivmedizin. Teil 2: Epidemiologie und Bedeutung für die Versorgungsqualität. In: *Anästhesist* 2011; 60. Berlin: Springer, 31-38
- Mohr, G. (2014): Coaching und Supervision. In: Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.): *Praxisbuch psychische Belastungen im Beruf*. 2. Aufl.; Stuttgart: Gentner, 302-315
- Nestmann, F. (2014): Soziale Unterstützung. In: Windemuth, D.; Jung, D.; Petermann, O. (Hrsg.): *Praxisbuch psychische Belastungen im Beruf*. 2. Aufl.; Stuttgart: Gentner, 336-345
- Pearce, J. (2002): Kommunikation in der Intensivpflege. In: Millar, B.; Burnard, P. (Hrsg.): *Intensivpflege- High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Bern: Hans Huber, 429-450
- Prien, T.; Henning, K.; Van Aken, H. (2007): Organisatorische Grundlagen. In: Van Aken, H.; Reinhart, K.; Zimpfer, M.; Welte, T. (Hrsg.): *Intensivmedizin*. 2. Aufl.; Stuttgart: Thieme, 14-36
- Salomon, F. (2010): Möglichkeiten und Grenzen der Intensivstation. In: Ullrich, L.; Stolecki, D.; Grünewald, M. (Hrsg.): *Intensivpflege und Anästhesie*. 2. Aufl.; Stuttgart: Thieme, 55-71
- Schuster, N.; Haun, S.; Hiller, W. (2011): *Psychische Belastungen im Arbeitsalltag. Trainingsmanual zur Stärkung persönlicher Ressourcen*. Weinheim: Beltz
- Striebel, H.W. (2008): *Operative Intensivmedizin. Sicherheit in der klinischen Praxis*. Stuttgart: Schattauer

- Tausch, S.; Rocholl, A.; Berg, A.; Becker, R.; Horbach, A.; Neubert, T.R.; Fleischer, S. (2011): Kommunikation mit Intensivpatienten- (k)ein Problem!?. Konzeption eines Schulungsprogramms für Intensivpflegekräfte. In: Intensiv 2011; 19. Stuttgart: Thieme, 86-92
- Thompson, D. (2002): Tod und Sterben in der Intensivpflege. In: Miller, B.; Burnard, P. (Hrsg.): Intensivpflege- High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Bern: Hans Huber, 331-350
- Timm, W. (2000): Sterbebegleitung auf der Intensivstation. Stuttgart: Kohlhammer
- Van Dam, K.; Meewies, M.; van der Heijden, B.I.J.M. (2012): Securing intensive care. Towards a better understanding of intensive care nurses perceived work pressure and turnover intention. In: Journal of Advanced Nursing 2012; 1. North, Central, and South America: John Wiley & Sons Inc, 31-40
- Wenckel, K. (2001): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen-Auswirkungen-Handlungsmöglichkeiten. Berlin: Erich Schmidt

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die 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.

Kaltenkirchen, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Angelique Lessow