

Aus dem Institut Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Effektivität eines Schulungs- und Trainingsprogramms in der  
Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung für den Umgang  
mit Patientenaggression

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Johannes Nau

aus Gomadingen

Gutachter: 1. Prof. Dr. T. Dassen  
2. Prof. Dr. M. Ewers  
3. Prof. Dr. med. T. Steinert

Datum der Promotion: 16. Mai 2010

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	4
Anteilsklärung	18
Druckexemplare der ausgewählten Publikationen	20

Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression. *Nurse Education Today*, 27(8), 933-946.

Nau, J., Dassen, T., Needham, I., & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre- and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196-207.

Nau, J., Needham, I., Dassen, T., & Halfens, R. (2009). Development and Psychometric Testing of the De-escalating Aggressive Behaviour Scale *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1956-1964.

Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2009). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.1011.1011.

## Anlagen

Lebenslauf  
Komplette Publikationsliste  
Selbständigkeitserklärung  
Danksagung

## **Zusammenfassung**

### **Effektivität eines Schulungs- und Trainingsprogramms in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung für den Umgang mit Patientenaggression**

**Hintergrund:** Gegen Gesundheitspersonal gerichtete und von Patienten ausgehende Aggression ist ein weltweites Problem [1-4]. Pflegepersonal, das sich noch in der Ausbildung befindet, scheint besonders von dem Problem betroffen zu sein [1, 5-7]. Der Umgang mit aggressivem Verhalten von Patienten bzw. dessen Vorbeugung ist bisher in vielen Ländern nicht regelmäßiger Gegenstand der Pflegeausbildung – auch in Deutschland nicht. Für Fachpersonal werden vereinzelt Schulungsmaßnahmen angeboten, doch ist eine ungeprüfte Anwendung dieser Schulungen bei Auszubildenden unangemessen, da die Wirksamkeit einer Schulungsmaßnahme von ihrer Eignung für die jeweilige Zielgruppe abhängt [8-11]. Ziel dieser Promotion ist, speziell für die Bedürfnisse der pflegerischen Erstausbildung ein Schulungs- und Trainingsprogramm zur Steigerung der Kompetenz im Umgang mit Patientenaggression zu entwickeln und zu evaluieren.

**Methode, Stichprobe:** Im Jahr 2006 wurden an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (GuKP) in Deutschland semistrukturierte Interviews mit 10 Schülerinnen und 2 Schülern der GuKP hinsichtlich ihres Erlebens von aggressiven Patienten durchgeführt. Bis 2008 wurden mit Schwerpunkt auf quantitativer Forschung ein adaptiertes Schulungs- und Trainingprogramm geprüft. In vier Schulklassen wurde die Wirkung des Programms auf das Vertrauen, künftig mit aggressiven Patienten umgehen zu können, untersucht (Confidence in Coping with Patient Aggression Scale). In weiteren sechs Schulklassen wurden Veränderungen in der Deeskalationsperformanz untersucht. Zur Evaluation der Performanz wurde ein Messinstrument entwickelt (De-escalating Aggressive Behaviour Scale).

**Ergebnisse:** In der qualitativen Untersuchung konnten Anforderungen für eine Schulung herausgearbeitet werden, die in der Pflegeausbildung bisher unberücksichtigt geblieben waren. Nach der Teilnahme an einer entsprechend gestalteten Schulung konnten signifikante Verbesserungen des selbst eingeschätzten Vertrauens, künftig mit aggressiven Patienten umgehen zu können, und Verbesserungen des Deeskalationsverhaltens festgestellt werden. Die De-escalating Aggressive Behaviour Scale (DABS) erwies sich als ein geeignetes Instrument zur Messung der Deeskalationsperformanz bei Pflegeschüler/-innen.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse verweisen auf positive Effekte des Schulungsprogramms hinsichtlich des Vertrauens der GuKP-Schüler künftig mit aggressiven Patienten umgehen zu können sowie hinsichtlich ihres Deeskalationsverhaltens und sprechen für eine Integration solcher Schulungen in die Ausbildungscurricula.

## **Einleitung**

Patienten können aggressives Verhalten zeigen. Zur Entstehung können zum Beispiel existentiell bedrohlich erlebte Stresssituationen, postoperatives organisches Psychosyndrom, demenzielle Veränderungen, psychische Erkrankungen, Medikamenten- oder Alkoholeinfluss, organisatorisch, diagnostisch und therapeutisch bedingte Zwänge und viele weitere Ursachen und Rahmenbedingungen beitragen. Das Problem ist nicht auf einzelne Fachabteilungen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens beschränkt und betrifft weltweit sämtliche in diesem Bereich tätigen Berufe [2, 4]. Gleichwohl scheinen Pflegekräfte und vor allem Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege (GuKP) besonders stark von der Problematik betroffen zu sein [1, 5-7]. Sie sind meist jung und unerfahren.

Gleichzeitig haben sie viel Patientenkontakt und es obliegt ihnen die Durchführung vieler Handlungen, die von Patienten als Bedrohung z.B. ihrer Unversehrtheit, ihres Gerechtigkeitsgefühls oder ihres Selbstbestimmungsrechts erlebt werden können [12].

Insgesamt ist der Kenntnisstand zur Vorbeugung, Deeskalation, Nachwirkungen aggressiver Ereignisse und zur Unterstützung von Schülerinnen und Schülern der GuKP aber noch dürftig. Nur wenige Studien konnten gefunden werden, die die Situation von Pflegepersonal in der Ausbildung hinsichtlich der Exposition gegenüber Patientenaggression berücksichtigen [7, 13]. Ergebnisse einzelner Studien mit anderen Mitarbeitern weisen aber darauf hin, dass neben unmittelbaren körperlichen oder psychischen Verletzungen langwierige und ggf. schwerwiegende psychische Nachwirkungen auftreten können [3, 14]; besonders bei verbaler Aggression [15].

Mit Aggression ist in der vorliegenden Untersuchung das Verhalten einer Person gemeint, die eine durchdachte oder unbedachte Absicht hat, eine andere Person zu schädigen in der Vorstellung, dass diese Person dieses Ereignis vermeiden will [16]. Schaden meint einen direkten physischen Schaden wie zum Beispiel Folgen eines Schlags in das Gesicht und/oder eine direkte psychische Schädigung, beispielsweise in Form von Ehrenkränkung oder Drohungen und/oder indirekten Schaden, wie zum Beispiel durch Zerstörung des Eigentums eines anderen.

Bei der Suche nach einem angemessenen Umgang mit diesem Verhalten ist zu berücksichtigen, dass die betreffenden Patienten ggf. sich selbst als „Opfer“ empfinden [17, 18]. Das Erleben von langen Wartezeiten, Nicht-Einhaltung von Zusagen, ein aus ihrer Sicht irrationales Pochen auf Regeln, Nichterfüllung wichtiger individueller Bedürfnisse und sonstige Erlebnisse von Gefahr bilden den Boden für Aggressionsereignisse [19, 20]. Nach Breakwell [21] lassen sich Aggressionsereignisse in fünf ineinander übergehende Phasen

gliedern: Auslösephase, Eskalationsphase, Krise, Besserungsplateau mit der Gefahr überraschender neuer Ausbrüche und Depressionsphase. Die Art und Weise, wie Personal jeweils auf eine Aggressionsphase reagiert, beeinflusst die Wahrscheinlichkeit einer eskalierenden oder deeskalierenden Entwicklung und die Sicherheit aller am Versorgungsprozess beteiligten Personen aber auch die des Patienten. Wer in Aggressionsereignisse involviert wird, ist bei fehlender Ausbildung auf individuell angeeignete und eventuell fragwürdige Reaktionsmuster zurückgeworfen [7]. Deshalb benötigen betreffende Personen Unterstützung bei Aufbau- und Ausbau wünschenswerter, orientierender und handlungsleitender kognitiver Strukturen [22]. Wünschenswert wäre es, dass Pflegekräfte in der Lage sind, angespannte Situationen a priori nicht entstehen zu lassen, keine Sicherheitsrisiken einzugehen, sich deeskalierend einzubringen sowie das Erlebte zu bewältigen bzw. Kollegen in der Bewältigung von Gewalterlebnissen zu unterstützen [20, 21, 23-25]. Die Deutung eines Aggressionsereignisses sollte sich nicht auf eine kurze Situation beziehen, sondern darauf ausgerichtet sein, das Ereignis im Kontext der gesamten sozialen Episode und der jeweiligen Institution zu verstehen [21, 26-28]. Auf einer solchen Grundlage können Strategien entwickelt werden, mit denen Fehlinterpretationen und Aggression auf beiden Seiten vermieden werden können. Gelingt es hingegen nicht, die eigentlichen Beweggründe für Aggressionsverhalten zu verdeutlichen, kann sich die Situation bis zur Krise verschärfen mit unerwünschten Gesundheit gefährdenden und kostenträchtigen Folgen für Patienten, Personal und Gesundheitseinrichtung.

Die Schulung von Kompetenzen zur Vermeidung solcher Zwischenfälle und zum adäquaten Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen von Patienten erfolgt derzeit je nach Einzelinitiative von Einrichtungen und ist in Deutschland wie auch in anderen Ländern nicht regulärer Teil der Ausbildung von Krankenpflegepersonal [7, 29, 30]. Auch in den gängigen deutschen Lehrbüchern für GuKP wird das Thema nur am Rande und nicht hinreichend [31-33] behandelt.

Für die Ausgestaltung eines Schulungs- und Trainingsprogramms im Rahmen der Grundausbildung sollte beachtet werden, dass Anfänger im Beruf andere Probleme, Fragen und Bedürfnisse haben, als Pflegekräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung oder Tätigkeit in speziellen Verantwortungs- und Funktionsbereichen [11, 34-36]. Bisher ist allerdings unklar, trotz einer im Expertenurteil grundsätzlich positiven Gesamtbewertung zur Notwendigkeit von Schulungs- und Trainingskursen [8, 34], welche Trainingsinhalte und -methoden effektiv sind für die Kompetenzentwicklung von Auszubildenden in der GuKP hinsichtlich des Umgangs mit aggressiven Äußerungen und Verhaltensweisen von Patienten.

## **Zielstellung**

Mit dieser Arbeit wurde das Ziel verfolgt, ein auf die subjektiv wahrgenommenen Bedürfnisse und Problemlagen von GuKP-Schülerinnen und -Schülern im Umgang mit Patientenaggression abgestimmtes Trainingsprogramm zu entwickeln und zu evaluieren. Dieses Ziel unterteilte sich in vier Teilziele:

- **Teilziel 1:** Untersuchung der Bedürfnisse, Wünsche, Problemlagen und Ressourcen von GuKP-Schülerinnen und -Schülern im Umgang mit Patientenaggression
- **Teilziel 2:** Entwicklung eines Schulungs- und Trainingsprogramms
- **Teilziel 3:** Identifikation bzw. Entwicklung eines geeigneten Instrumentes zur Erfassung deeskalierender Verhaltensweisen
- **Teilziel 4:** Überprüfung der Effekte des Schulungs- und Trainingsprogramms auf das selbst wahrgenommene Vertrauen in die Fähigkeiten zum künftigen Umgang mit Patientenaggression und die aktuelle Performanz im Umgang mit Patientenaggression

Mit dieser Zielstellung waren, in vier Studien untergliedert, folgende Fragestellungen verbunden:

Studie 1:

- Was empfinden GuKP-Schülerinnen und -Schüler als Probleme, Ressourcen, Notwendigkeiten, Bedarf und Wünsche bezüglich des Umgangs mit Patientenaggression?

Studie 2:

- Welchen Einfluss hat ein Trainingskurs, der auf der Basis der Ergebnisse von Studie 1 entwickelt worden ist, auf das selbst wahrgenommene Vertrauen, künftig mit aggressiven Patienten umgehen zu können?
- Wie beschreiben die Teilnehmer Veränderungen ihres Erlebens der täglichen Praxis bezüglich des Umgangs mit Patientenaggression?

Studie 3:

- Welches Messinstrument ist geeignet, die Deeskalationsperformanz zu messen?

Studie 4:

- Zeigen Ausbildungsgruppen nach einem Deeskalationstraining einen signifikanten Unterschied in der Deeskalationsperformanz im Vergleich zur Performanz vor dem Training?

## **Methodik**

### Studie 1:

In der ersten Studie wurde mittels leitfadengestützter Interviews mit zwölf Schülerinnen und Schülern das Erleben der Zielgruppe im Umgang mit Aggression erhoben. Das transkribierte Datenmaterial wurde nach anerkannten Kodierregeln qualitativ ausgewertet [37]. Die Güte dieser qualitativen Studie wurde durch Maßnahmen zur Absicherung von „Credibility“ (Member-Checks), „Transferability“ (klare Beschreibung des sendenden Kontexts), „Dependability“ (Überprüfung des Prozesses in einem Audit) und Confirmability“ (Überprüfung der Ergebnisse durch Audit) gestützt [38].

### Studie 2:

In der zweiten Studie erhielten vier Kurse des 3. Ausbildungsjahres einen 24stündigen Unterricht mit Training. Diese Intervention wurde auf der Basis der Ergebnisse von Studie 1 zusammengestellt. An drei Zeitpunkten wurde gemessen, ob sich das Vertrauen der Probanden in ihre Fähigkeit verändert, mit aggressiven Patienten adäquat umzugehen. Die Messzeitpunkte lagen vor der Teilnahme an einem Training, unmittelbar nach der Teilnahme sowie zwei Wochen nach der Arbeit im Praxisfeld. Die Daten wurden anhand der deutschen Version der Confidence in Coping with Patient Aggression Scale [39] erhoben. Es handelt sich dabei um eine aus 10 Items gemittelte Selbsteinschätzung, die jeweils anhand einer 5-Punkt-Likert Skala von „sehr unwohl/sehr unfähig“ (Punktwert 1) bis „sehr wohl/sehr fähig“ (Punktwert 5) erhoben wird. Am dritten Messzeitpunkt erhielten die Teilnehmer ergänzend einen Fragebogen mit offenen Fragen zu Veränderungen in der Wahrnehmung der Praxis. Diese Antworten wurden anhand qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

### Studie 3:

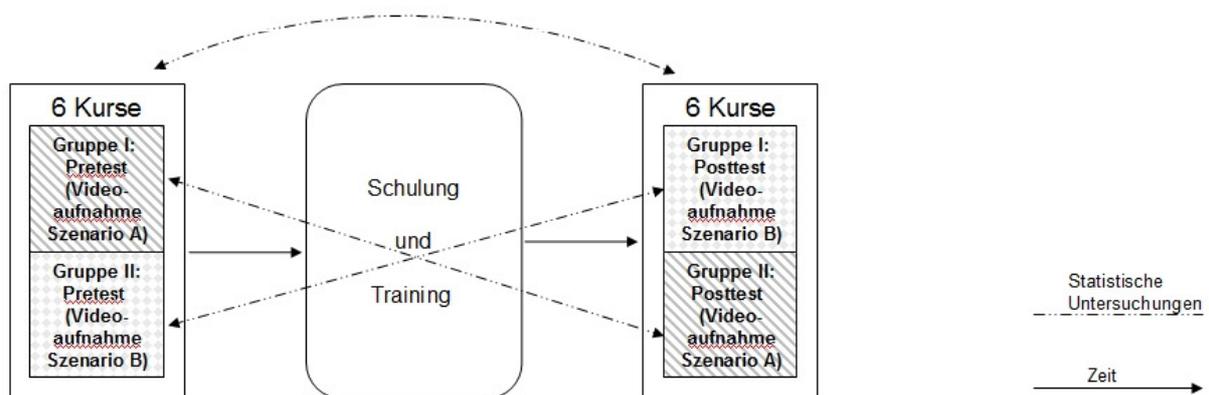
Eine Literaturrecherche hinsichtlich eines Instruments zur Erfassung der Deeskalationsperformanz blieb ohne befriedigendes Ergebnis. Deshalb lag der Schwerpunkt der dritten Studie auf der Entwicklung eines geeigneten Instruments. Als Grundlage für die Erstellung eines Kriterienkatalogs wurden die auf der Basis von Studie 1 entwickelten neunundvierzig Unterrichtsfeinziele genutzt. Diese wurden nach Sinnzusammenhängen in sieben Themencluster geordnet. Für jedes Cluster wurden drei Kriterien formuliert. Ein kognitives Pre-Testing nach Prüfer und Rexrodt [40, 41] führte zu Verbesserungen in der Verbalisierung. Datenmaterial für den Test der Items konnte im Rahmen von Trainings beim Deeskalieren aggressiver Simulationspatienten gesammelt werden. Dieses Material (1748 ausgefüllte

Bögen) ermöglichte durch Untersuchungen von Faktorenladungen und Verteilung (Mittelwert/SD) die Identifikation der geeignetsten Kriterien. Die resultierende Skala (De-escalating Aggressive Behaviour Scale – DABS) wurde mit Datenmaterial aus Studie 4 (456 ausgefüllte Bögen) hinsichtlich interner Konsistenz (Cronbachs Alpha), Interraterreliabilität (ICC3/P<sub>0</sub>) und Test-Retest-Reliabilität (ICC 3/Pearsons r) geprüft.

#### Studie 4:

In der vierten Studie wurden mittels „pretest-posttest within and between groups design“ die Einflüsse von 24 Unterrichtsstunden „Schulung und Training“ auf die Deeskalationsperformanz untersucht. Die Mitglieder (n=104) von sechs weiteren Ausbildungskursen (10. bis 28. Ausbildungsmonat) wurden einer von zwei Untersuchungsgruppen (I bzw. II) zugeordnet. Jeder Teilnehmer wurde mit einem von Simulationspatienten [42] gespielten Szenario (A oder B) aggressiven Verhaltens konfrontiert, wobei sich das Szenario zwischen den Gruppen I und II unterschied. Nach dem Training eines jeweiligen Ausbildungskurses wurde jeder Teilnehmer mit dem jeweils anderen unbekanntem Szenario konfrontiert, da praxisrelevanter Lernerfolg erst durch Anwendung des Erlernten in neuen Aufgaben sichtbar werden kann [43, 44]. Die jeweiligen Begegnungen mit den Simulationspatienten wurden auf Video aufgezeichnet.

Abb. 1: Untersuchungsdesign Studie 4



Videos der Pretest- und der Posttest-Erhebung wurden von Deeskalationstrainern mit einer 450 Stunden-Ausbildung zum „Berater und interner Trainer für Aggressions- und Sicherheitsmanagement“ [45] unter Anwendung der in Studie 3 entwickelten und getesteten DABS [46] ausgewertet. Die Videos verfügten über einen zufallsgenerierten Code. Den Ratern war unbekannt, von welchem Messzeitpunkt die Szenen stammten und in welchem Ausbildungsjahr sich der jeweilige Teilnehmer befand. Evaluiert wurden die Veränderungen

der Deeskalationsperformanz innerhalb jeder Untersuchungsgruppe (Intragruppenvergleich Pretest-Situation A versus Posttest-Situation B bzw. Pretest-Situation B versus Posttest-Situation A) sowie die Veränderungen der Deeskalationsperformanz bezogen auf die gleiche Situation A bzw. B (z.B. Gruppe I vor dem Training in Situation A versus Gruppe II nach dem Training in Situation A). Anhand Mittelwert- und Signifikanzberechnungen (Wilcoxon-test, Mann-Whitney-U-test) wurden die Performanzergebnisse verglichen. In einer Querschnittuntersuchung wurden Pretestergebnisse und Lernerfolg hinsichtlich Korrelationen zu vorheriger allgemeiner Pflegeausbildungszeit und Alter untersucht.

## **Ergebnisse**

### Studie 1:

Studie 1 zeigte spezielle Problemstellungen hinsichtlich der Wahrnehmung von Aggression, Kenntnisstand, dem Verhalten in solchen Situationen und allgemeinen Rahmenbedingungen für GuKP-Schülerinnen und -Schülern. Diese bezogen sich auch auf unscheinbar aussehende Aggressionsereignisse. Die Teilnehmer äußerten Bedarf an mehr Wissen, an besserer Handlungskompetenz und an Schaffung besserer Rahmenbedingungen.

Zusammenfassend konnten vier Lernbereiche identifiziert werden:

- Vorboten eines Aggressionsereignisses erkennen und steuern
- aggressive Ereignisse zutreffend interpretieren
- Verhalten gegenüber dem aggressiven Patienten angemessen gestalten
- den erlebten Stress bewältigen.

Des Weiteren wurde Handlungsbedarf für Entscheidungsträger sichtbar. Organisatorische Rahmenbedingungen, welche die Struktur- und Prozessqualität betreffen und außerhalb des Einflussbereichs des Nachwuchses liegen, können den GuKP-Schülerinnen und -Schülern das adäquate Verhalten bei der Konfrontation mit Patientenaggression erschweren. Hierzu gehören zum Beispiel die ungenügende Ausbildung von Vorgesetzten im Umgang mit aggressiven Patienten oder fehlende Leitlinien für das Handeln bei einem akuten Aggressionsereignis und dessen Aufarbeitung.

### Studie 2:

In Studie 2 zeigten die Schülerinnen und Schüler unmittelbar nach einer auf der Basis der Ergebnisse von Studie 1 entwickelten Schulung eine signifikante Verbesserung in der Selbsteinschätzung, künftig mit aggressiven Patienten umgehen zu können. Die Schulung bestand aus Theoriephasen, Reflexionseinheiten und Training mit Simulationspatienten.

Zu beobachten war eine Steigerung des Mittelwertes der Confidence in Coping with Patient Aggression Scale von 2,5 vor der Schulung versus 3,6 danach (Wilcoxon-test  $p < .001$ ). Nach zwei Wochen Einsatz im Praxisfeld blieb das Vertrauen der Teilnehmer auf dem verbesserten Niveau (MW 3,7). Bei einer qualitativen Inhaltsanalyse der Antworten auf die offenen Fragen hinsichtlich erlebter Veränderungen in den letzten zwei Wochen des Praxiseinsatzes zeigten die Teilnehmer in 32 von 61 versandten Bögen ein bewusstes Erleben von veränderter Wahrnehmung der Praxissituation. Die Antworten erbrachten die Kategorien „Besser verstehen“, „Wissen, was zu tun ist“ und „Mehr Selbstvertrauen“. Bei Teilnehmern ohne solche Angaben waren dennoch signifikant erhöhte Skalenwerte erkennbar.

#### Studie 3:

Nachdem eine Literaturrecherche keine suffizienten Hinweise auf ein Instrument zur Erfassung des Deeskalationsverhalten erbracht hatte, das nicht auf körperliche Gewalt oder auf spezielle Fachgebiete beschränkt ist, wurde in Studie 3 ein entsprechendes Instrument entwickelt. Im Ergebnis war eine eindimensionale Skala mit sieben Items entstanden (Faktorladungen .55 bis .81; Cronbachs Alpha .87) und weiterer Prüfung zugeführt worden. Die Verwendung der 456 ausgefüllten Skalen aus Studie 4 ermöglichte weitere Tests der Reliabilität, deren Ergebnisse im Artikel zu Studie 3 beschrieben sind. Faktorenanalyse und Cronbachs Alpha auf der Basis dieser Daten waren konsistent zur ersten Untersuchung (Faktorenladung .48 bis .88 und Cronbachs Alpha .88). Es konnte außerdem für die Gesamtskala eine akzeptable Test-Retest-Reliabilität (ICC 3 89/Pearson's  $r$  .80) und Interrater-Reliabilität (ICC 3 .77 –.93) ermittelt werden.

#### Studie 4:

Für die Untersuchung der Performanz standen Pre- und Posttest-Daten zu Verfügung von 68 GuKP-Schülerinnen und 8 Schülern aus sechs Schulklassen zwischen 10. und 28. Ausbildungsmonat. Die Auswertung der individuellen Lernfortschritte anhand der DABS (5-Punkt-Likert Skala) zeigte Ergebnisse von ausbleibendem Lernerfolg (-0,9) bis großer Verbesserung (+2,3). Der größte Fortschritt ließ sich den Personen zuordnen, die im Pretest einen niedrigen Ausgangswert erzielt hatten. Das Alter oder die bisherige Ausbildungsdauer hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse. Im Gruppendurchschnitt zeigte sich eine signifikante Steigerung der Performanz in Pretest zu Posttest von 2,74 auf 3,65. Ein Wert von 3,0 steht dabei für eine indifferente Beurteilung („weder gut noch schlecht“). Ein Wert oberhalb 3 geht in die Richtung von wünschenswerten Deeskalationsverhalten. Bezogen auf

die gleiche Situation schnitten die trainierten GuKP-Schülerinnen und -Schüler signifikant besser ab, als die Gruppe der untrainierten Teilnehmer (Situation A: untrainiert: 2,50; trainiert: 3,70 Mann-Whitney-U-test  $p < .001$ ; Situation B: untrainiert: 3,01, trainiert: 3,61; Mann-Whitney-U-test  $p < .001$ ).

### **Schlussfolgerung**

Die Untersuchung weist darauf hin, dass ein Schulungs- und Trainingsprogramm für Umgang mit Patientenaggression, das sich an der Situation von Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege orientiert, einen positiven Effekt auf das selbsteingeschätzte Vertrauen von GuKP-Schülerinnen und -Schülern, mit aggressiven Patienten umgehen zu können, und ihr Deeskalationsverhalten haben kann. Es kann empfohlen werden Ausbildungscurricula für die Gesundheits- und Krankenpflege um solche Lerneinheiten zu erweitern.

### **Diskussion**

Eine Berufsausbildung dient zur Vorbereitung auf die Anforderungen des jeweiligen Berufsfeldes [10, 22]. Die Untersuchung zeigte, dass die Deeskalationsfähigkeit nicht nur emotional hinsichtlich einer Steigerung des Selbstvertrauens, sondern auch in der sichtbaren Performanz in einer trainierten Gruppe höher ist, als bei Untrainierten. Höheres Selbstvertrauen scheint Distressreaktionen unwahrscheinlicher zu machen [47, 48]. Demnach könnten Langzeiteffekte wie Beeinträchtigung von psychischem Wohlbefinden, Gesundheit und sozialen Funktionen eher verhindert werden. Somit könnte als Resultat erwartet werden, dass auch berufliche Belastungen [49] reduziert werden und dass ein vorzeitiger Berufsausstieg, bei dem auch Aggressionserlebnisse eine Rolle spielen könnten [50], vermieden werden könnte. Dies sollten ausreichende Argumente sein, um diese Thematik künftig in die Ausbildung zu integrieren. Aber auch aus Patientensicht verbessert sich die Situation, da das geschulte Personal über verbesserte Performanz verfügt, aggressives Verhalten zu entschlüsseln und gangbare Lösungen und Vereinbarungen zu ermöglichen. Der Fokus dieser Untersuchung lag auf dem Training von GuKP-Schülerinnen und -Schüler, doch wurde in der ersten Teilstudie offensichtlich, dass auch die Rahmenbedingungen der Praxiseinsatzgebiete für den Umgang der Schülerinnen und Schüler mit (drohender) Patientenaggression relevant sind. Dieses Ergebnis wird durch die Resultate anderer Untersuchungen unterstützt, die darauf hinweisen, dass die Effizienz der Schulung einzelner Personen bei gleichzeitigen Anpassungen auf Organisationsebene [28, 51, 52] steigt. So

benötigt zum Beispiel auch das ausgebildete Personal, an dem sich die Auszubildenden orientieren, Gewissheit über verlässliche und unterstützende Strukturen in ihrer Institution [53] und sollte deshalb Schulungen erhalten.

### **Einschränkungen**

Wegen der begrenzten Anzahl von Schulklassen fehlt dem Design eine Kontrollgruppe. Andererseits weisen andere Studien, wie auch Untersuchungen der vorliegenden Daten darauf hin, dass ohne Trainingintervention kaum eine selbständige Reifung erwartet werden kann [13, 39, 54, 55]. Alternativ wurde ein Design gewählt, in dem zwei Gruppen mit unterschiedlichen Pre- und Posttest-Stimuli Veränderungen aufzeigen konnten. Eine besondere Stärke kann im möglichen Vergleich trainierten und untrainierten Verhaltens in identischen Situationen gesehen werden.

Die beschriebene Entwicklung in den Trainingsgruppen mag aber auch von Inhalts-, Methodenauswahl sowie von Lehrerqualifikation und -persönlichkeit abhängig sein. Es ist unklar, zu welchem Anteil das ermittelte Ergebnis von diesen Faktoren beeinflusst worden ist. Andererseits wird deutlich, dass zumindest mit dem hier entwickelten und evaluierten 24-stündigen Trainingsprogramm für die Teilnehmergruppen, Fortschritte im Umgang mit Patientenaggression möglich geworden sind, die ohne diese Intervention nicht zu erwarten gewesen wären.

### **Empfehlung**

Die positiven Auswirkungen für die GuKP Schülerinnen und Schüler legen nahe, flächendeckend einen solchen Unterricht mit einer Mischung aus Kenntnis-, Wertevermittlung und vertiefenden Training für den Umgang mit aggressiven Patienten in die Ausbildungscurricula der Gesundheits- und Krankenpflege aufzunehmen. Wegen der Ähnlichkeit der Problemlage sollte diese Empfehlung auch für andere Berufe im Gesundheitswesen erwogen werden. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um zu prüfen, in welcher Form solche Maßnahmen nachhaltige Wirkung entwickeln.

Literatur:

1. von Hirschberg, K.-R., Zeh, A., and Kähler, B., *Gewalt und Aggression in der Pflege - Ein Kurzüberblick* -. 2009, Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW.
2. Hahn, S., et al., *Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature*. *Aggression and Violent Behavior*, 2008. **13**: p. 431-441.
3. Needham, I., et al., *Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. **49**: p. 283-296.
4. Cooper, C.L. and Swanson, N. *Workplace violence in the health sector : State of the Art*. 2002 [cited 2008 3 January]; Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVstateart.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf).
5. Wells, J. and Bowers, L., *How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?* *Journal of advanced Nursing*, 2002. **39**(3): p. 230-240.
6. Winstanley, S. and Whittington, R., *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments*. *Journal of Clinical Nursing*, 2004. **13**: (1): p. 3-10
7. Nau, J., et al., *Nursing students' experiences in managing patient aggression*. *Nurse Education Today*, 2007. **27**(8): p. 933-946.
8. National Institute for Clinical Evidence (NICE). *The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments (clinical practice guidelines)*. 2005 [cited 2005 22 November]; Available from: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg025>.
9. Klafki, W., *Neue Studien zu Bildungstheorie und Didaktik (New studies on educational theories)*. 6. ed. 2007, Weinheim Basel: Beltz.
10. Arnold, R. and Münk, D., *Berufspädagogische Kategorien didaktischen Handelns*, in *Handbuch der Berufsbildung*, R. Arnold and A. Lipsmeier, Editors. 2006, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. p. 13-32.
11. Beech, B. and Leather, P., *Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models*. *Aggression and Violent Behavior*, 2006. **11**(1): p. 27-43.
12. Ertl-Schmuck, R., *Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive*. 2000, Frankfurt am Main: Mabuse.
13. Nau, J., et al., *The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre- and post-test study*. *Nurse Education Today*, 2009. **29**(2): p. 196-207.
14. Richter, D., *Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention*. 2007, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
15. Gerberich, S.G., et al., *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study*. *Occup Environ Med*, 2004. **61**(6): p. 495-503.
16. APA, *Encyclopedia of Psychology*, ed. A. Kazdin, D. 2000, Oxford New York: American Psychological Association & Oxford University Press.
17. Duxbury, J., *An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002. **9**: p. 325-337.
18. Nolan, K.A., et al., *Staff and Patient Views of the Reasons for Aggressive Incidents: A Prospective, Incident-Based Study*. *Psychiatr Q*, 2009.
19. Felson, R.B. and Tedeschi, J.T., *Aggression and violence : social interactionist perspectives*. 2 ed. 1995, Washington: American Psychological Association.

20. Duxbury, J. and Whittington, R., *Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives*. Journal of Advanced Nursing, 2005. **50**(5): p. 469-478.
21. Breakwell, G., *Coping aggressive behaviour: personal and professional development*. 1997, Leicester: British Psychological Society.
22. Pätzold, G., *Vermittlung von Fachkompetenz in der Berufsbildung*, in *Handbuch der Berufsbildung*, R. Arnold and A. Lipsmeier, Editors. 2006, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. p. 174-190.
23. Needham, I., et al., *The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2004 (11): p. 595-601.
24. Needham, I., et al., *The effect of a training course in aggression management on Nursing students' confidence and perception of aggression in A Nursing Intervention to Handle Patient Aggression: The effectiveness of a training course in the management of aggression*, *Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Maastricht*. 2004 Universiteit Maastricht: Maastricht. p. 649-655.
25. McKenna, K., *Study of Work-related Violence*. 2004, North Eastern Health Board Committee on Workplace Violence: Kells.
26. Tedeschi, J.T. and Felson, R.B., *Violence, Aggression and Coercive Actions*. 1 ed. 1994, Washington: American Psychological Association.
27. Whittington, R. and Richter, D., *From the Individual to the Interpersonal: Environment and Interaction in the Escalation of Violence in Mental Health Settings*, in *Violence in Mental Health Settings : Causes, Consequences, Management*, R. Whittington and D. Richter, Editors. 2006, Springer: New York. p. 47-68.
28. Colton, D. *Checklist for Assessing Your Organization's Readiness for Reducing Seclusion and Restraint*. 2004 [cited 09.10.2009]; Available from: <http://www.ccca.dmhmrsas.virginia.gov/content/SR%20Checklist.pdf>
29. Woodtli, M.A. and Breslin, E., *Violence-related content in the nursing curriculum: a follow-up national survey*. Journal of Nursing Education, 2002. **41**(8): p. 340-348.
30. Beech, B., *Sign of the times or the shape of things to come? A 3-day unit of instruction on 'aggression and violence in health settings for all students during pre-registration nurse training'*. Accident and Emergency Nursing, 2001(9): p. 204-211.
31. Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., and Ullrich, L., *Thiemes Pflege : Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung*. 11 ed. 2009, Stuttgart: Thieme.
32. Menche, N., *Pflege heute*. 4 ed. 2007, München Jena: Urban & Fischer.
33. Oelke, U., *In guten Händen Teil 3: Klientel und Rahmenbedingungen von Pflege / Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden*. 2008, Berlin: Cornelsen.
34. Richter, D., *Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht*. 2005, Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
35. Farrell, G. and Cubit, K., *Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs*. International Journal of Mental Health Nursing, 2005. **14**: p. 44-53.
36. Zarola, A. and Leather, P. *Violence and aggression management training for trainers and managers : A national evaluation of the training provision in healthcare settings*. 2006 [cited 2008 06 November]; Available from: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr440.pdf>.
37. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (Qualitative Content Analysis. Foundations and techniques)*. 5. Auflage ed. 1995, Weinheim: Deutscher Studienverlag.

38. Lincoln, Y.S. and Guba, E.B., *Naturalistic Inquiry*. 1985, Newbury Park London New Dehli: Sage.
39. Thackrey, M., *Clinician Confidence in Coping With Patient Aggression: Assessment and Enhancement*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1987(1): p. 57-60.
40. Prüfer, P. and Rexroth, M. *Zwei-Phasen-Pretesting*. ZUMA-Arbeitsbericht 2000 [cited 2007 29 January]; Available from: [http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA\\_Arbeitsberichte/00/00\\_08abs.htm](http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA_Arbeitsberichte/00/00_08abs.htm).
41. Prüfer, P. and Rexroth, M. *Kognitive Interviews*. How-to-Reihe 2005 13.03.2007 [cited 2007 13 March]; Available from: [http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA\\_How\\_to/Dokumente/pdf/How\\_to15PP\\_MR.pdf](http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA_How_to/Dokumente/pdf/How_to15PP_MR.pdf).
42. Ortwein, H. and Fröhmel, A., *Handbuch für Simulationspatientinnen und Simulationspatienten (Manual for Simulationpatients)*. 2 ed. 2003, Berlin: Charité Universitätsmedizin Berlin Selbstverlag.
43. Erpenbeck, J. and von Rosenstiel, L., *Handbuch Kompetenzmessung (Handbook of competence measurements)*. 2003, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
44. Kraiger, K., Ford, K.J., and Salas, E., *Application of Cognitive, Skill-Based, and Affective Theories of Learning Outcomes to New Methods of Training Evaluation*. *Journal of Applied Psychology*, 1993. **78**(2): p. 311-328.
45. Oud, N. and Walter, G. *Ein Vorschlag für einen Weiterbildungslehrgang: „Berater/Beraterin und interner Trainer/Trainerin für Aggressions- und Sicherheitsmanagement“ (Proposal for a educational training "Consultant and Trainer for Aggression and Safety Management")*. 2005 [cited 2007 27 July]; Available from: <http://www.connecting-online.nl/PDF%20bestanden/duits/Weiterbildungskonzept%20Mit%20Sicherheit%20in%20Kontakt%20bleiben%20allgemein%2024.11.05.pdf>.
46. Nau, J., et al., *Development and Psychometric Testing of the De-escalating Aggressive Behaviour Scale* *Journal of Advanced Nursing* 2009. **65**(9): p. 1956-1964.
47. Lazarus, R.S. and Folkman, S., *Transactional theory and research on emotions and coping*. *European Journal of Personality*, 1987. **1**: p. 141-169.
48. Dunn, K., Elsom, S., and Cross, W., *Self-Efficacy and Locus of Control Affect Management of Aggression by Mental Health Nurses*. *Issues in Mental Health Nursing*, 2007. **28**(2): p. 201-217.
49. Lawoko, S., Soares, J., and Nolan, P., *Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden* *Work and Stress*, 2004. **18**(1): p. 39-55.
50. Camerino, D., et al., *Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study*. *Int J Nurs Stud*, 2008. **45**(1): p. 35-50.
51. Oud, N., *Aggression management training programmes: Contents, implementation, and organization*, in *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*, D. Richter and R. Whittington, Editors. 2006, Springer Science and Business Media: New York. p. 193-210.
52. National Institute for Clinical Evidence - NICE. *Clinical Practice Guidelines Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. 2005 [cited 2005 22. November]; Available from: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg025>.
53. Boldt, A. and Zeh, A. *Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen*. 2007 [cited 2008 17 July]; Available from: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw\\_20themen/TP-](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/TP-)

[PUGA Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen,property=pdfDownload.pdf](#).

54. Needham, I., et al., *The effect of a training course on nursing students' attitudes toward, perceptions of, and confidence in managing patient aggression*. Journal of Nursing Education, 2005. **44**(9): p. 415-420.
55. Nau, J., et al., *Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest intervention study* International Journal of Nursing Studies, 2009.  
Doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.011.

## Erklärung über den Anteil an den Publikationen

Johannes Nau hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

### Publikation 1:

Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression. *Nurse Education Today*, 27(8), 933-946.

Anteil: 80 Prozent

### Publikation 2:

Nau, J., Dassen, T., Needham, I., & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre- and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196-207.

Anteil: 80 Prozent

### Publikation 3:

Nau, J., Needham, I., Dassen, T., & Halfens, R. (2009). Development and Psychometric Testing of the De-escalating Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1956-1964.

Anteil: 80 Prozent

### Publikation 4:

Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2009). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*

Anteil: 80 Prozent

Hiermit wird erklärt, dass diese Artikel von Johannes Nau selbständig verfasst wurden. Dabei erhielt Johannes Nau (JN) Supervision von Professor Dr. Theo Dassen (TD), Prof. Dr. Ruud Halfens (RH) und Dr. Ian Needham (IN) sowie weitere sprachliche Unterstützung von Corien Gijssbers (University Maastricht Translation and Editing Service) (CG) und weitere statistische Unterstützung von Prof. Dr. Horst Skarabis (HS).

	Publikation 1:	Publikation 2:	Publikation 3:	Publikation 4:
Literaturrecherche	JN	JN	JN	JN
Theoretischer Rahmen	JN	JN	JN	JN
Fragestellung und Studiendesign	JN (Supervision RH, TD, IN)			
Datenerhebung	JN	JN	JN	JN
Datenauswertung	JN (Supervision RH, TD, IN)	JN (Supervision RH, TD, IN)	JN, RH (Supervision TD, IN)	JN, HS (Supervision RH, TD, IN)
Wissenschaftliches Schreiben	JN (Supervision RH, TD, IN)			

Korrespondenz mit den wissenschaftlichen Zeitschriften	JN	JN	JN	JN
Überarbeitung der Kommentare der Reviewer	JN (Supervision RH, TD, IN)			
Kontrolle und Überarbeitung der englischen Sprache	IN	IN	CG	CG

Johannes Nau  
Antragsteller

Prof. Dr. Theo Dassen  
Betreuer

## **Publikation 1**

Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression. *Nurse Education Today*, 27(8), 933-946.

## **Publikation 2**

Nau, J., Dassen, T., Needham, I., & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre- and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196-207.

### **Publikation 3**

Nau, J., Needham, I., Dassen, T., & Halfens, R. (2009). Development and Psychometric Testing of the De-escalating Aggressive Behaviour Scale *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1956-1964.

## **Publikation 4**

Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2009). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.1011.1011.

## **Anlagen**

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## Komplette Publikationsliste

### Wissenschaftliche Zeitschriften

- Nau, J., Halfens, R., Needham, I., & Dassen, T. (2009). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest intervention study *International Journal of Nursing Studies*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.011.
- Nau, J., Needham, I., Dassen, T., & Halfens, R. (2009). Development and Psychometric Testing of the De-escalating Aggressive Behaviour Scale *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1956-1964.
- Nau, J., Dassen, T., Needham, I., & Halfens, R. (2009). The development and testing of a training course in aggression for nursing students: A pre- and post-test study. *Nurse Education Today*, 29(2), 196-207.
- Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression. *Nurse Education Today*, 27(8), 933-946.

### Fachzeitschriften

- Nau, J., & Dassen, T. (2008). Aggressivität professionell begegnen. *Heilberufe*(11), 44-47.
- Nau, J. (2005). Empowerment als Konzept für die Pflege. *Pflegepädagogik /PrInterNet*, 7(3), 152–158.
- Heinrichs, P., Nau, J., Wolter, H., & Dassen, T. (2002). Die Evidenz von Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe. *Angewandte Pflegeforschung, Pr-InterNet*, 4(4), 24-32.
- Nau, J., Göckelmann, G., Heil, C., Mensdorf, B., Retter, U., Schmitt, J., et al. (1999). Leitbild für das Lehren und Lernen in der Krankenpflegeschule und seine Umsetzung als Initiative zur Steigerung der Ausbildungsqualität. *Pflegepädagogik, Pr-InterNet*, 1(12), 301-317.
- Nau, J. (1997). „... und trotz allem ging der Unterricht schief!“ – zu den Möglichkeiten der Themenzentrierten Interaktion im Pflegeunterricht. *Pflegepädagogik* 7(6), 17-25.

### Buchbeiträge

- Nau, J., Halfens, R., Dassen, T., & Needham, I. (2009). Comparing instruments to evaluate the effectiveness of training in the management of aggression: Self-assessment (Thackrey-Scale) versus expert-appraisal (DABS). In I. Needham, P. Callaghan, T. Palmstierna, H. Nijman & N. Oud (Eds.), *Proceedings of the 6th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry* (pp. 367-368). Dwingeloo: Kavanah.
- Nau, J., Halfens, R., Dassen, T., & Needham, I. (2008). Nursing students' experiences in managing patient aggression. In N. Ian, M. Kingma, L. O'Brien-Pallas, K. McKenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector : Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector - Together, Creating a Safe Work Environment* (pp. 342-346). Dwingeloo: Kavanah.

- Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2008). Student nurses' self-confidence and performance of managing patient aggression after attending training courses. In I. Needham, M. Kingma, L. O'Brian-Pallas, K. J. McKenna, R. Tucker & N. Oud (Eds.), *Workplace Violence in the Health Sector : Together Creating a Safe Work Environment* (pp. 355-360). Dwingeloo: Kavanah.
- Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2007). Evaluation of a 3-day training course in aggression management on nursing students. In P. Callaghan, T. Palmstierna, H. Nijman & N. Oud (Eds.), *Violence in Clinical Psychiatry . Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Amsterdam* (pp. 102-106). Dwingeloo: Kavanah.
- Nau, J. (2005b). Geisteswissenschaften und Pflege. In Willig, W. & Kommerell, T. (Eds.), *Geistes- und Sozialwissenschaften pflegerelevant : Lehrbuch für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege* (pp. 33-76). Balingen: Willig.
- Nau, J., & Kommerell, T. (2004). *Dritte Handreichung : Landeslehrplan Baden-Württemberg : Häufig gestellte Fragen zur curricularen Umsetzung und Anwendung des Landeslehrplanes Baden- Württemberg für die Berufe, die nach Maßgabe des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 ausgebildet werden*. Stuttgart: Arbeitsgruppe Landeslehrplan beim Sozialministerium.
- Kommerell, T., & Nau, J. (2003). *Zweite Handreichung "Lernort Praxis" für die Umsetzung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)*. Stuttgart: Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“ beim Sozialministerium.
- Nau, J., & Kommerell, T. (2003). *Erste Handreichung "Lernort Schule" für die Umsetzung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)*. Stuttgart: Arbeitsgruppe „Rahmenlehrplan“ beim Sozialministerium.
- Nau, J. (2001). Sick, von Paul. In H.-P. Wolff (Ed.), *Biografisches Lexikon zur Pflegegeschichte „Who was who in nursing history“* (pp. 200-201). München Jena: Urban und Fischer.
- Nau, J., & Wolff, H.-P. (2000). Die Krankenpflegeausbildungen der Evang. Diakonissenanstalt Stuttgart von Gründungsjahr 1854 bis zur Einführung der staatlichen Prüfung von Krankenpflegepersonen in Württemberg 1908. In *Beiträge zur Pflegegeschichte in Deutschland (Teil VII) - Schriften aus dem Institut für Pflegegeschichte* (pp. 1-13). Qualzow: Institut für Pflegegeschichte.

## Vorträge auf wissenschaftlichen Kongressen

- Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I.: *Nursing students' experiences in managing patient aggression*. International Conference on Workplace Violence in the Health Sector Together, Creating a Safe Work Environment; 22.-24. Oktober 2008, Amsterdam, Niederlande.

Nau, J.: *Student nurses' self-confidence and performance of managing patient aggression after attending training courses*. International Conference on Workplace Violence in the Health Sector Together, Creating a Safe Work Environment; 22.-24. Oktober 2008, Amsterdam, Niederlande.

Nau, J.: Student nurses' performance of managing patient aggression: a pretest-posttest intervention study, European Doctoral Conference in Nursing Science (9<sup>th</sup> EDCNS), 12.-13. September 2008, Maastricht, Niederlande.

Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. . *Evaluation of a 3-day training course in aggression management on nursing students*; 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, 25.-27. Oktober 2007, Amsterdam, Niederlande.

Nau, J.: A training course in aggression management on nursing students. European Doctoral Conference in Nursing Science (8<sup>th</sup> EDCNS), 7.-8. September 2007, Wien, Österreich.

Nau, J.: *Nursing Students Experiences in Handling Situations Involving Aggressive Patients*. European Doctoral Conference in Nursing Science (7<sup>th</sup> EDCNS), 29.-30. September 2006, Berlin.

## Sonstige Vorträge

Nau, J.: Entspannende Wege gehen: *Deeskalation bei aggressivem Verhalten von Patienten, Bewohnern und Angehörigen*. Deutscher Evang. Krankenhausverband: Zukunft: pflegen – DiakonieKongress Berlin 15.-17. Juni 2009, Berlin.

## Posterpräsentationen

Nau, J., Halfens, R., Dassen, T., & Needham, I: Comparing instruments to evaluate the effectiveness of training in the management of aggression: Self-assessment (Thackrey-Scale) versus expert-appraisal (DABS). 6th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, 22.-24. Oktober 2009, Stockholm, Schweden.

Nau, J., Halfens, R., Dassen, T., & Needham, I: Comparing instruments to evaluate the effectiveness of training in the management of aggression: Self-assessment (Thackrey-Scale) versus expert-appraisal (DABS). European Doctoral Conference in Nursing Science (10<sup>th</sup> EDCNS), 18.-19. September 2009, Graz, Österreich.

## Sonstige Kongressbeiträge

Podium: Training in the management of aggression and violence - Kevin McKenna (Ireland) will lead an international open panel / forum discussion: From issues and perspectives to the future.

Panel members: Lovestad, E. (Norway), Nau, J. (Germany), Tam, J. (Hong Kong), Laiseau, E. (Norway), Nadler-Moodie, M. (USA), Engelen van, Y.M. (Netherlands), Noone, J.A. & Moreau, M. (Canada), Kemp, S.(USA), David Leadbetter (UK), Dirk Richter (Germany). 5th

European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, 25.-27 Oktober 2007, Amsterdam, Niederlande.

## Preise

Honour Award for the Best Scientific Abstract: The Scientific Committee of the International Conference on Workplace Violence in the Health Sector, 24<sup>th</sup> October 2008, Amsterdam, Niederlande.

Participants' Award for the "Best Scientific Poster": European Doctoral Conference in Nursing Science (10<sup>th</sup> EDCNS), 19. September 2009, Graz, Österreich.

Stuttgart, den 23.12.2009

## **Erklärung**

„Ich, Johannes Nau, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:  
„Effektivität eines Schulungs- und Trainingsprogramms in der Gesundheits- und  
Krankenpflegeausbildung für den Umgang mit Patientenaggression“ selbst verfasst und keine  
anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe  
Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Stuttgart, den 23.12.2009

Johannes Nau

## **Danksagung**

Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung durch viele Personen nicht möglich gewesen. Dafür möchte ich mich herzlich bei allen bedanken.

Zunächst einmal gilt mein Dank den Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege, die bereit waren an der Untersuchung teilzunehmen, sowie den Deeskalationstrainern, die ihre Kompetenz und Zeit eingebracht haben, um die Evaluation des Trainingsprogramms zu ermöglichen. Weiterhin möchte ich mich bei allen interessierten und kritisch nachfragenden und unterstützenden Kollegen und Entscheidungsträgern in meinem Arbeitsfeld in Stuttgart bedanken. Ein weiterer Dank geht an die Mitarbeiter des Instituts für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Kollegen des Berlin-Maastricht-Graz Doktorandenprogramms für Pflegewissenschaft, die mich in den Jahren bei der Erstellung der Arbeit mit ihrer Fachexpertise und ihren kritischen Fragen und hilfreichen Netzwerken unterstützt haben. Besonderer Dank gilt dem Direktor des Instituts, Professor Dr. Theo Dassen, sowie Prof. Dr. Ruud J.G. Halfens an der Universiteit Maastricht in den Niederlanden und Dr. Ian Needham, Pflegewissenschaftler am Psychiatriezentrum Rheinau des Kanton Zürich in der Schweiz, für die intensive und geduldige wissenschaftliche Betreuung. Schließlich möchte ich mich bei meinen Freunden und vor allem bei meiner Frau und unseren Kindern bedanken, die mich in all den Jahren jeweils in einzigartiger wertvoller Weise unterstützt haben.