



**CAMPUS
RUDOLFINERHAUS**
Die erste Adresse für Bildung in der Pflege

EINE KOOPERATION VON FH WIENER NEUSTADT UND RUDOLFINERHAUS WIEN

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege

Studiengangsleiterin: Mag.^a Elisabeth Sittner

Ein gesunder Umgang mit der eigenen Trauer nach Versterben eines Patienten: Bewältigungsmöglichkeiten für Pflegepersonen

Bachelorarbeit 2

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)

eingereicht von

Bettina Steindl

Matrikelnummer:

1410654110

Betreuerin:

Mag.^a Marion Mayer-Burianek

Wien und Wiener Neustadt, 08.05.2017

Zusammenfassung

Ziele der Arbeit: Die Rolle der Gesundheit der Pflegeperson im Kontext der Trauer nach dem Versterben eines Patienten soll beleuchtet werden. Durch Bearbeitung wissenschaftlicher Literatur sollen Coping Strategien aufgezeigt werden, die es Pflegepersonen erleichtern können, den Trauerprozess positiv zu bewältigen.

Hintergrund: Trauer ist im Pflegealltag allgegenwärtig und unumgänglich. Beinahe die Hälfte aller Todesfälle in Österreich passieren innerhalb einer Krankenanstalt. Dies legt den Schluss nahe, dass die Betreuung eines sterbenden Patienten eine Situation ist, mit der jede Pflegeperson im Laufe ihrer Karriere konfrontiert wird. Trauer stellt einen Stressor dar, der im Falle unzureichender Bewältigung krank machen kann. Die Qualität der pflegerischen Behandlung leidet unumstritten unter einer gestressten Pflegeperson. Aus folgenden beispielhaften Gründen sollten Pflegepersonen dem Stress, der durch Trauer entsteht aufmerksamer begegnen:

- 1) Für die emotionale und somatische Gesundheit der Pflegeperson selbst
- 2) Für die Gesundheit des Stationsteams welches den Stress der Kollegen mitträgt
- 3) Um einen konstanten hohen Standard an qualitativ hochwertiger Pflege sicherstellen zu können.

Methodik: Der Arbeit liegt eine systematische Literaturrecherche, vorrangig in der Fachdatenbank „CINAHL“, sowie der Datenbank „bibnet.org“ zugrunde. Die Bibliothek des „Campus Rudolfinerhaus“ und die „Universitätsbibliothek der medizinischen Bibliothek Wien“ wurden zur Handsuche herangezogen. Insgesamt wurden 9 Studien bearbeitet. Die Studien bedienten sich sowohl dem qualitativen als auch dem quantitativen Forschungsansatz.

Ergebnisse: Bewältigung von Trauer ist ebenso individuell zu sehen wie der Trauerprozess selbst. Trotzdem können einige Strategien genannt werden, die es einer Pflegeperson erleichtern können, ihre Trauer positiv zu bewältigen. Methoden zur Bewältigung werden grob in „interne“ und „externe“ Methoden aufgeteilt. Zu den „internen Methoden“ zählen Strategien, die jede Person im Zuge einer Auseinandersetzung mit sich selbst anwenden kann. Als Beispiel können die Wahrung einer professionellen Distanz oder die Evaluierung der Einstellung gegenüber dem Tod genannt werden. Unter „externen Methoden“ werden jene Strategien verstanden, die mit der Auseinandersetzung und Arbeit mit anderen

Menschen geschehen. Aussprache in Peer-Groups oder Gespräche mit den Familien der Patienten können hier beispielhaft genannt werden.

Schlussfolgerungen für die Praxis: Obwohl Trauer im pflegerischen Alltag allgegenwärtig ist, ist es ein Thema zu dem bisher nur wenig Forschung existiert. In den vorhandenen Studien wird dieses Forschungsdefizit immer wieder angesprochen und kritisiert. Trotzdem konnten einige Methoden gefunden werden, die für Pflegepersonen im Kontext der Bewältigung des Trauerprozesses hilfreich sein können. Es ist wichtig, dass Pflegepersonal auf die eigene Gesundheit Wert legt, einerseits um Patienten weiterhin gut versorgen zu können, andererseits auch um selbst gesund zu bleiben. Vertiefende Forschung in dem Bereich wäre notwendig, um die Komplexität erfassen zu können, die die Trauer der Pflegepersonen im beruflichen Alltag darstellt. Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob Berufswechsel oder Burn-out Folgen von Stress sind, der unter anderem durch einen nicht bewältigten Trauerprozess entsteht. Auch zu diesem Thema wäre weitere Forschung wichtig, um bei einem eventuellem Zusammenhang entsprechend gegenwirken zu können.

Abstract

Aim: The aim of this bachelor thesis is to assess the impact of grief on the well-being and sanity of healthcare professionals following a patient's death. Further coping strategies shall be illustrated that may help carers to overcome the mourning process in a positive manner.

Scientific Background: Grieving is a common and inevitable process in everyday nursing since almost fifty percent of the death cases nowadays occur in hospitals. Thus it is very likely that a healthcare professional will sooner or later be confronted with the caring for a deceasing patient or a patient's death. Grief that may result from this situation is a stressor that can have an impact on the carer's health if not overcome in a positive way. It is undisputed that a healthcare professional suffering from stress decreases quality of care. The following examples shall give an impression why healthcare professionals should encounter stress resulting from grief with great awareness:

- 1.) for the own emotional and somatic well-being.
- 2.) for the working team, which may also be affected by the carer's stress.
- 3.) for ensuring a continuing high quality standard in health care.

Methodology: This bachelor thesis represents a literature search based on „CINAHL“ and „bibnet.org“. The libraries of „Campus Rudolfinerhaus“ and „Medical University of Vienna“ were used for hand-search. The thesis deals with nine studies which used a qualitative as well as a quantitative approach.

Results: Coping strategies for dealing with grief can be as individual as the mourning process itself. These can be categorized into „internal“ and „external“ methods. „Internal“ methods comprise strategies that a carer can apply by a conscious look at one's own actions, e.g. keeping a professional distance to the patient or one's own relation to the dying process or death. „External“ methods refer to strategies that involve the help of others, e.g. peer groups or talking to the family of the deceased.

Conclusion: Though grief is ubiquitous in a carer's everyday life there is only little research activity in this field of studies. Nonetheless some approaches are presented in this thesis that may help healthcare professionals to cope with the mourning process. It is of great importance that healthcare personnel is aware that dealing with

one's grief is not only essential for the quality of care but also for one's own health. The assessed studies also raised the issue whether occupational change or burnout may be a result of stress originating from unresolved grief. Further research is therefore of key importance for understanding the complexity of grief and the mourning process.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Problembeschreibung und Relevanz	7
1.2	Themenstellung und Forschungsfrage	10
1.3	Begriffsklärung	10
1.3.1	Angehörige	10
1.3.2	Burnout	10
1.3.3	CNA	11
1.3.4	Gesunder Umgang mit Trauer	11
1.3.5	Stress	14
1.3.6	Stressor	14
1.4	Ziele der Arbeit	15
2	Methodik	15
2.1	Phase 1, die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes	16
2.1.1	Ein und Ausschlusskriterien	17
2.2	Phase 2, die Recherche	19
2.2.1	Verwendete Suchhilfen	19
2.2.2	Verwendete Suchbegriffe.....	19
2.2.3	Auszug aus dem Suchprotokoll.....	21
2.3	Phase 3, das Einschätzen der Literatur	22
3	Ergebnisse	24
3.1	Zusammenfassung relevanter Daten der Ergebnisse der Literaturrecherche 24	
3.2	Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche ...	26
3.3	Coping Strategien.....	35
3.3.1	Interne Bewältigungsstrategien	35
3.3.2	Externe Methoden zur Bewältigung	36

3.4	Einflussfaktoren auf eine positive Bewältigung des Trauerprozess der Pflegerperson.....	37
4	Diskussion	39
5	Limitationen	41
6	Schlussfolgerungen für die Praxis – Konklusion.....	42
7	Literaturverzeichnis.....	44
8	Abbildungsverzeichnis.....	48
9	Tabellenverzeichnis.....	48
10	Anhang	49
10.1	Suchprotokoll	49
10.2	Flussdiagramm der Studienselektion	51
10.3	Vollständige Einschätzungsinstrumente der Studien	52
10.4	Eidesstattliche Erklärung.....	74
10.5	Einverständniserklärung.....	75
10.6	Entgegennahme der Bachelorarbeit 2.....	76

1 Einleitung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Bachelorarbeit 2, die im Rahmen des Studiums „Gesundheits- und Krankenpflege“ des „Campus Rudolfinerhaus“ in Kooperation mit der „Fachhochschule Wiener Neustadt“, verfasst wurde. Die Arbeit widmet sich dem Thema „Die Pflegeperson und ein gesunder Umgang mit der eigenen Trauer“. erarbeitet. Die vorangegangene Bachelorarbeit 1 mit dem Thema „Trauer und Trauerarbeit in der Pflege nach dem Tod des Patienten“ kann als Exposé für diese Arbeit betrachtet werden. Ein Ziel der Bachelorarbeit 1 war es, die Fragestellung der vorliegenden Arbeit „Wie erreichen Pflegepersonen einen gesunden Umgang mit ihrer eigenen Trauer nach dem Versterben eines Patienten¹?“ zu erarbeiten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass der „Methodik“ Teil der Bachelorarbeit 1 in Zusammenarbeit mit dem Studienkollegen der Autorin, Herrn Constantin Karlic, erstellt wurde. Durch die Verwendung von Literatur die bereits im Zuge der Literaturrecherche der 1. Bachelorarbeit recherchiert wurde könnten sich Überschneidungen in den weiterführenden Arbeiten ergeben. Aufgrund der Relevanz einiger inhaltlichen Schwerpunkte ergibt es sich, dass einzelne Punkte aus der Bachelorarbeit 1 erneut, vertiefend aufgegriffen werden.

Die Arbeit richtet sich primär an Pflegepersonen und Pflegepersonen in Ausbildung.

Im Folgenden werden die Relevanz sowie die Problematik des Themas erläutert und beleuchtet, außerdem werden zentrale Begriffe und Ziele dieser Arbeit definiert.

1.1 Problembeschreibung und Relevanz

Der Tod und das Versterben von Patienten sind im Pflegealltag unumgänglich. Laut einer Statistik der „Statistik Austria“ (2015) ereignen sich 49 Prozent aller Todesfälle innerhalb einer Krankenanstalt. Somit stirbt beinahe die Hälfte der Menschen in Österreich im Zuge eines Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung, wo sie von Pflegepersonen betreut werden. Diese Statistik lässt vermuten, dass im Laufe einer pflegerischen Karriere jede Pflegeperson einmal in eine Situation kommen wird, in der sie mit dem Versterben eines Patienten konfrontiert wird. Trotzdem scheint das

¹ Im vorliegenden Text wird Wert auf eine Schreibweise gelegt, durch die beide Geschlechter angesprochen werden. Dabei werden nach Möglichkeit geschlechtsneutrale Begriffe, wie z.B. Pflegenden, verwendet. Sollte dies nicht möglich sein, wird um eine leichtere Lesbarkeit zu gewährleisten, die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind bei der Verwendung von geschlechtsspezifischen Formulierungen, wie z.B. Patient die entsprechenden gegengeschlechtlichen Termini – wenn nicht anders angegeben – miteingeschlossen.

Thema Trauer einer Pflegekraft ein Tabuthema zu sein, über das nicht gerne gesprochen wird und das aus verschiedenen Gründen übergangen wird. Huppenbauer beschreibt die Problematik 2011 (S. 864-867) im Hinblick auf den Umgang mit dem Thema Trauer im Pflegealltag folgendermaßen:

Meist wird übersehen, dass nicht nur Patienten und Angehörige von Trauer betroffen sind, sondern auch die Pflegenden selbst. Es gilt aber nicht als professionell, „schwierige“ Gefühle zu zeigen. [...] Welche Gefühle wann, wie und bei wem auftreten, hängt von dem betroffenen Menschen, der Art des Verlustes und der Art der Beziehung, in der wir zu dem Verabschiedeten oder Verlorenen standen, ab. (Huppenbauer, 2011, S. 864-867)

Die Erkenntnis darüber, dass Pflegenden auf drei verschiedenen Ebenen, der persönlichen sowie der der Patienten und ihrer Angehörigen, mit Trauer und Verlust konfrontiert werden, verdeutlicht einerseits die Komplexität dieser Thematik, andererseits auch die Wichtigkeit eines gesunden Umganges mit den eigenen Gefühlen im pflegerischen Alltag. Die Pflegeperson muss sich demnach mit ihrer eigenen Trauer auseinandersetzen, den Patienten im Sterbeprozess begleiten und eine Stütze für die Angehörigen darstellen. (Huppenbauer, 2011, S. 867)

Die beiden Autoren Paul und Müller (2007, S. 411) gehen in ihrem Artikel auf die Entwicklung der gesellschaftlichen Einstellung zum Thema Trauer ein. Ihrer Meinung nach, wird das Wissen darum, dass Abschiede und Trauer Teil nahezu jeder Lebenssituation sind und generell zum Leben gehören, in der westlichen Gesellschaft mit viel Energie überspielt und geleugnet. Trauerprozesse werden nicht nur nicht gerne gesehen, sondern auch als Störfaktor wahrgenommen und pathologisiert. (Paul & Müller, 2007, S. 411; zitiert nach Müller & Schnegg, 2004). Auch Spencer (1994, S. 1142) beschreibt die Rolle der Gesellschaft im Hinblick auf die Trauerarbeit der Pflegeperson als problematisch. Sie schreibt über eine Annahme der Gesellschaft, dass Pflegepersonen emotionale Unterstützung im Trauerprozess leisten können, ohne dabei mit den eigenen persönlichen Gefühlen verwickelt zu sein.

Etwas außergewöhnlich scheint in dem Kontext die Auffassung von Canacakis (2001, S. 544), der Trauer als Ressource, als Möglichkeit sieht, um auf Veränderung zu reagieren. Er beschreibt weiters die Wichtigkeit, sich mit dem Stress, den die Belastung im Hinblick auf das Thema Trauer mit sich bringt, auseinanderzusetzen

und sich als Pflegeperson gut um sich selbst zu kümmern. Laut Canacakis ist es einer Pflegekraft, die nicht für sich selbst sorgt, nicht möglich, sich um einen Patienten zu sorgen. Auch diese Aussage wird von Spencer (1994, S. 1142) gestützt. Bevor Pflegepersonen trauernden Patienten oder Angehörigen helfen können, müssen sie erst ihre eigenen Reaktionen auf den Tod erkennen und reflektieren. Außerdem beschreibt sie in ihrer Studie Trauer als Stressor, der im pflegerischen Setting durch eine regelmäßige Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit verstärkt wird. Stress wird im pflegerischen Alltag laut Spencer (1994, S. 1142) dann zum Problem, wenn die Pflegeperson unzureichende Coping-Strategien zur Verfügung hat, beziehungsweise die Trauer in bestimmten Situationen einfach überwältigend ist. Sollte dies der Fall sein, können verschiedene Probleme folgen. Die Moral und das Selbstbewusstsein der Pflegekraft können sinken. Dies hat unweigerliche negative Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung. Ist das Leiden einmal so groß, dass die Pflegeperson aus dem beruflichen Alltag ausfällt, erhöht dies das Stresslevel der übrigen Kollegen, die sich nun zusätzlich zu ihren Patienten auch um die der abwesenden Pflegekraft kümmern müssen.

„You care for the person as another human being, but also it’s a job and you have to dissociate your feelings just a little bit for that person otherwise you’re going to go home every night crying.“ (Peterson et al., 2010 S. 436)

All diese angeführten Aspekte machen deutlich, dass das Thema Trauer im pflegerischen Setting eine große Rolle spielt. Die Autorin konnte im Zuge ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin bereits einige eigene Erfahrungen in Bezug auf den Umgang mit dem Versterben eines Patienten im Stationsalltag machen. Auffällig war für sie, dass auf Stationen, auf denen aufgrund ihres medizinischen Schwerpunktes der Tod eines Patienten wahrscheinlicher war, die Pflegepersonen subjektiv einen wesentlich offeneren und ehrlicheren Umgang mit ihren Gefühlen gelebt haben. Auf Stationen bei denen ein sterbender Patient eher eine Ausnahme darstellt, hatte die Autorin den Eindruck, dass sich das pflegerische Team eher zurückhaltend verhielt. Der Fokus lag dann eher auf der Betreuung der übrigen Patienten. Diese Erfahrungen zeigten der Autorin, dass hier ein potenzielles Problem liegen könnte und bestärkte sie darin, sich im Zuge der Bachelorarbeit 1 intensiv mit der Problematik rund um das Thema Trauer und Trauerarbeit im Pflegebereich auseinanderzusetzen.

1.2 Themenstellung und Forschungsfrage

In dem vorangegangenen Punkt der Problembeschreibung und Relevanz wurde bereits auf die Relevanz des Themas Trauer und Trauerarbeit eingegangen. Die persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen der Autorin haben sie in der Auswahl des Themas für die Bachelorarbeit bestärkt. Für die Autorin hat ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit einen hohen Stellenwert. Gerade im Umgang mit seinen eigenen Gefühlen kann eine Person viel dazu beitragen, selbst gesund zu bleiben. Im Kontext der Trauerarbeit im Pflegebereich bedeutet dies, sich wissenschaftlich fundiertes Wissen anzueignen, um Bewältigungsmethoden zu erlernen, die eine positive Bearbeitung des Trauerprozesses ermöglichen.

Aus diesen Überlegungen erarbeitete die Autorin folgende Forschungsfrage für die zweite Bachelorarbeit:

„Wie erreichen Pflegepersonen einen gesunden Umgang mit ihrer eigenen Trauer nach dem Versterben eines Patienten?“

1.3 Begriffsklärung

Um ein einheitliches Verständnis über zentrale Begriffe dieser Arbeit zu gewährleisten, werden nun Definitionen angeführt, die die Autorin für die Erstellung dieser Arbeit verwendet hat.

1.3.1 Angehörige

„Als Angehörige im Sinne von „zum Patient gehörend“ gelten all jene, die in irgendeiner Form eine bedeutende oder entscheidende Rolle oder Funktion im Leben des Patienten ausüben, sei dies in verwandtschaftlicher, kollegialer, helfender, begleitender oder verursachender Form.“ (Fässler-Weibl, 2001, S. 45)

1.3.2 Burnout

Unter Burnout versteht man ein mit Stress in Verbindung gebrachtes Syndrom, bei welchem das betroffene Individuum unter emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation (emotionale Abhärtung die sich in unpersönlicher Reaktion gegenüber Patienten äußern kann) und einer Reduzierung der subjektiven Zufriedenheit gegenüber der eigenen Fähigkeiten leidet. (Maslach, 1976; zitiert nach Anderson, 2008, S. 43)

1.3.3 CNA

Der Ausdruck CNA wird in der Studie von Anderson (2009, S. 42-48) verwendet. Der Begriff steht im Englischen für „certified nursing assistants“ also für zertifizierte Pflegeassistenten.

1.3.4 Gesunder Umgang mit Trauer

Ein „gesunder“ Umgang kann nur schwer definiert werden. Die Autorin führt nun Definitionen von Begriffen an, die in diesen Prozess mit einfließen. Daraus soll hervorgehen, dass mit gewissen Strategien und einem Verständnis über die „normale“ Trauer durchaus eine positive Bewältigung des Trauerprozess erreicht werden kann. Außerdem soll durch die Definition von „erschwerter“ oder „komplizierter“ Trauer aufgezeigt werden, wie das Trauern zum Problem werden kann.

1.3.4.1 Coping

In der Psychologie unterscheidet man grundsätzlich zwei Arten von Coping. Die erste Art ist das „problemorientierte Coping“. Diese Form beschäftigt sich ausschließlich mit der Problemsituation und versucht zukünftig Lösungen zu finden, um solche Situationen zu vermeiden. Die zweite Art von Coping ist das „emotionsorientierte Coping“. Hier geht es vor allem um die Emotionen, die zu Stresssituationen führen. Durch die emotionsorientierte Bewältigungsstrategie wird verhindert, dass die Menschen von negativen Emotionen überfallen werden. (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, & Loftus, 2007)

Coping oder Bewältigung sind alle kognitiven, emotionalen und behaviouralen Anstrengungen, die dazu dienen, Belastung und Stress zu bewältigen. (Städtler, 1998; zitiert nach Stangl, 2017)

Coping stellt eine Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen dar, die der Auseinandersetzung und Bewältigung mit Stressoren und belastenden Ereignissen und Erlebnissen dienen. Die Copingstrategien spielen eine wichtige Rolle, ganz besonders wenn es um das Bewältigen von Krankheiten oder Verluste geht. (Häcker, & Stapf, 1998)

1.3.4.2 Erschwertes, kompliziertes und pathologisches Trauern

Da in der Literatur immer wieder der Begriff der erschwerten, komplizierten oder pathologischen Trauer aufkommt, soll dieser ebenfalls definiert werden. Aufgrund des Umfangs kann in dieser Arbeit jedoch nicht genauer auf das Thema der erschwerten Trauer eingegangen werden.

Die drei Begriffe „erschwerter Trauer“, „komplizierter Trauer“ und „pathologische Trauer“ sind in der Literatur immer wieder als Synonyme zu finden. Der Begriff „pathologische Trauer“ wird sehr kritisch betrachtet. Lammer (2014, S. 23-25) ruft in ihrem Werk auf, den Ausdruck „pathologische Trauer“ nicht mehr zu verwenden und spricht stattdessen von „erschwerter Trauer“. Lammer (2014, S. 25) geht davon aus, dass der Übergang von „normaler“ zu „erschwerter“ Trauer fließend und individuell ist.

Erschwertes Trauern beschreibt eine Störung, die nach dem Tod einer Bezugsperson auftritt, bei der das Gefühl von Leid, das den Verlust begleitet, nicht die normativen Erwartungen erfüllt und sich in einer funktionellen Beeinträchtigung niederschlägt. (Gordon, 2013, S. 450-451)

1.3.4.3 Trauer

Trauer ist ein schmerzhaftes Verlustgefühl und Kummer als Reaktion auf einen angekündigten oder aktuellen Verlust oder Tod. (Wied & Warmbrunn, 2012, S. 823)

„Trauer ist die natürliche Reaktion des Menschen auf Abschied und Verlust. Verschiedene Gefühle können Trauer begleiten: Schmerz, Verzweiflung, Einsamkeit, Hilflosigkeit, Beklemmung – aber auch Wut und Zorn, manchmal auch Erleichterung. Jeder Mensch trauert anders.“ (Huppenbauer, 2011, S. 864)

1.3.4.4 Der Trauerprozess

Der Trauerprozess ist ein Modell zur Darstellung und Erklärung des Verlaufs von Trauer. Der Prozess des Trauerns - die sogenannte Trauerarbeit, verläuft individuell unterschiedlich ausgeprägt, in Phasen die nicht unbedingt linear stattfinden, sondern sich abwechseln können. (Wied & Warmbrunn, 2012, S. 824)

1.3.4.5 Die Trauerphasen

In dieser Arbeit werden die Trauerphasen nach Kast angenommen. Kast beschreibt in ihrem Werk 1982 (S. 61-78) vier Phasen, die im Zuge des Trauerprozess auftreten.

Die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens

In der ersten Phase befindet der Trauernde in einer Art Gefühlsschock. Es wird eine Empfindungslosigkeit beschrieben, die mit dem Nicht-wahrhaben-Wollen einhergeht, die ein Mensch durchlebt, wenn er gerade einen Verlust erlitten hat. (Kast,1982, S. 61-62)

Die Phase der aufbrechenden Emotionen

Der Empfindungslosigkeit folgen starke Emotionen. Es kann sich zum Beispiel um Wut, Zorn, Angst, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle oder Ohnmacht handeln. Kast (1982, S. 64) beschreibt die Problematik, dass Hinterbliebene sich ihre Ohnmacht gegenüber dem Tod ihres Angehörigen oft nicht eingestehen wollen und sich in Emotionen flüchten. Ärgert man sich, oder gibt man jemandem die Schuld an dem Versterben eines geliebten Menschen, fühlt man sich nicht mehr so hilflos. Sie schreibt von einer Verlagerung der subjektiven Grausamkeit des Todes auf einen Menschen, zum Beispiel einem Arzt oder einer Pflegeperson. Kast sagt jedoch auch, dass dieser Prozess wichtig für den Trauerprozess ist, er gibt im richtigen Moment Kraft um weiter zu machen. Später kann diese Schuldzuweisung wieder aufgearbeitet und die Situation realistischer betrachtet werden. Eine große Rolle in dieser Phase spielen etwaige Konflikte die zwischen den Hinterbliebenen und dem Toten bestanden haben. Je mehr Probleme die Beziehung belastet haben, desto mehr Schuldgefühle wird der Hinterbliebene nach dem Tod haben. (Kast,1982, S. 63-67)

Die Phase des Suchens und Sich-Trennens

In der Phase des Sich-Trennens wird ein Prozess beschrieben, in dem der Trauernde den Verstorbenen „sucht“. Oft drückt sich diese Suche in einem inneren Zwiegespräch, zum Beispiel im Zuge eines Traumes, aus. Der Hinterbliebene kann in diesem Zwiegespräch noch einmal mit dem Verstorbenen sprechen und sich mit ihm auseinandersetzen. Im positiven Fall führt die Entwicklung eines solchen Gesprächs zur Trennung von dem Verstorbenen. Es kann aber auch passieren, dass der

Trauernde sich an diese Gespräche klammert, sie immer wieder wiederholt und sich somit innerlich an den Verstorbenen bindet. Während der Phase des Sich-Trennens können immer wieder negative Emotionen, Depressionen oder Verzweiflung auftreten. Es ist wichtig, dass der Trauernde diese Emotionen äußern kann. Mit der Zeit nimmt die Intensität des Suchens jedoch ab und der Trauernde kann sich innerlich von seinem Angehörigen trennen. (Kast,1982, S. 67-71)

Die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Der neue Selbst- und Weltbezug zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass der Trauernde den Verlust nun akzeptiert hat. Rückfälle sind allerdings auch in dieser Phase normal, oft kommt es zu Selbstzweifel. Es gehört zum Trauerprozess, dass der Trauernde sich verändert. Das Ziel ist es, den Verstorbenen als inneren Begleiter oder als eine innere Figur zu sehen und sich in eine neue Rolle einzufinden. Je besser dies gelingt, desto schneller kann der Trauernde sein Selbstvertrauen und seine Selbstachtung zurückerlangen. (Kast,1982, S. 71-78)

1.3.5 Stress

„Stress ist ein biochemischer Vorgang der nur im Kopf stattfindet, wird hervorgerufen durch die Angst etwas nicht schaffen zu können. Stress wird nicht von jemand anderen hervorgerufen sondern immer nur von der gestressten Person selbst.“ (Becker, 1990; zitiert nach Stangl, 2006)

„Stress ist ein biologischer Prozess der beim Körper Veränderungen hervorruft um, durch verschiedene Einflüsse erhöhte, Ansprüche zu bewältigen.“ (Süss-Lindert, 1995; zitiert nach Stangl, 2006)

„Stress ist definiert als ein Spannungszustand, der durch die Befürchtung entsteht, dass eine stark aversive, zeitlich nahe oder bereits eingetretene subjektiv lang andauernde Situation als nicht vollständig kontrollierbar erlebt wird, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint“. (Aichinger, 2003; zitiert nach Stangl, 2006)

1.3.6 Stressor

Stressor ist ein Mittel das Stress bewirkt, ein Faktor der Stress auslöst. (Duden, 2017)

1.4 Ziele der Arbeit

Die Bachelorarbeit 2 soll Pflegepersonen helfen mit ihrer eigenen Trauer umgehen zu können. Die Darstellung von mehreren Coping Strategien soll einerseits helfen eine Methode für sich selbst zu finden, die bei der Bewältigung des Trauerprozesses hilft, andererseits soll auch verdeutlicht werden, dass viele Pflegepersonen mit demselben Problem umgehen müssen. Der Leser soll einen guten Überblick über den derzeitigen Stand der Literatur zu dem Thema „Ein gesunder Umgang mit der eigenen Trauer der Pflegeperson“ bekommen. Die wichtigsten Inhalte, die wesentlichsten Erkenntnisse und das relevanteste Wissen für den Pflegeberuf sollen aus den bestehenden Studien extrahiert und dargestellt werden. In der Diskussion werden die Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Literatur durch persönliche Erfahrungen ergänzt und mit oft beschriebenen Inhalten aus nicht-wissenschaftlicher Literatur verglichen. Außerdem werden Punkte aufgegriffen, die im Zuge der Arbeit aufgekomen und durch die verwendete Literatur nicht beantwortet wurden.

Erneutes Bewusstsein und Sensibilisierung über die Problematik einer Tabuisierung des Themas Trauer einer Pflegeperson zu schaffen, ist der Autorin ein großes Anliegen.

Weiters soll diese Arbeit einen weiteren Schritt für die Erlangung des akademischen Grades „Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)“ der Autorin darstellen.

Die Autorin möchte betonen, dass kein neues Wissen entsteht, sondern ein Vergleich und ein Aufzeigen von Schwerpunkten in der vorhandenen Literatur stattfinden.

2 Methodik

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche beschrieben, mit deren Hilfe die Autorin relevante Literatur zusammenträgt und anschließend selektiert. Es wird beschrieben welche Suchhilfen², Suchbegriffe, Ein- und Ausschlusskriterien verwendet wurden. In weiterer Folge wird die ausgewählte Literatur bewertet und zusammengefasst. Die Erkenntnisse, welche die Autorin aus

² Unter einer Suchhilfe versteht man „Instrumente“, mit denen Literaturangaben zu einem bestimmten Thema gefunden werden können. Darunter fallen Freihandaufstellungen im Internet, die Handsuche in Fachzeitschriften, Bibliothekskataloge, Fachdatenbanken, Suchmaschinen im Internet, Informationsvermittlungstellen und die Suche via Literaturangaben in Fachpublikationen (Kleibel & Mayer, 2011, S. 33ff).

der Bearbeitung der Literatur zieht, werden im Punkt „Ergebnisse“ ausführlich dargestellt.

Eine Literaturrecherche ist ein Prozess, der grob in drei Phasen unterteilt wird: Zu Beginn wird der Untersuchungsgegenstand definiert, wobei in dieser Phase bereits eine Grobrecherche durchgeführt wird und das erste Einlesen in das Themengebiet stattfindet (Kleibel & Mayer, 2011, S. 25). Während des Einlesens ist es ratsam, sich wiederholende Begriffe und Wörter zu sammeln und zu strukturieren, um für die spätere systematische Literatursuche eine Auswahl an Suchbegriffen präsent zu haben. Diese Phase dient dazu, sich auf das Thema festzulegen, geeignete Suchbegriffe zu finden und Fragen zu formulieren, denen in der Arbeit nachgegangen werden kann (Kleibel & Mayer, 2011, S. 27). In der zweiten Phase findet die eigentliche Literaturrecherche statt, wobei es das Ziel ist, durch geeignete Suchhilfen und Suchbegriffe passende Literaturzitate zu finden. Am Ende dieser Phase werden die Literaturzitate geordnet und die Literatur beschafft (Kleibel & Mayer, 2011, S. 31). Zum Abschluss, in Phase Drei, wird der Rechercheprozess mit der Bewertung der Literatur, dem kritischen Lesen und dem Überblick des gefundenen Wissens, beendet (Kleibel & Mayer, 2011, S. 32). Um das Recherchevorgehen im Zuge dieser Arbeit transparent zu gestalten, ist im weiteren Verlauf dieses Kapitels ein Auszug aus dem Suchprotokoll zu finden. Das vollständige Protokoll kann im Anhang eingesehen werden.

2.1 Phase 1, die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes

Der eigentliche Zweck der ersten Phase der Literaturrecherche ist es, durch Einlesen einen Überblick über ein Thema zu erhalten. Als nächsten Schritt soll dieses Einlesen zu einer bestimmten Forschungsfrage führen. Dies geschah im Falle des Prozesses dieser Arbeit jedoch bereits im Zuge der Bachelorarbeit 1, welche wie bereits in der Einleitung erwähnt, die Erarbeitung einer konkreten Forschungsfrage für die Bachelorarbeit 2 zum Ziel hatte. Da sich das Themengebiet für diese Arbeit geändert hat, wurden in der Phase 1 die Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt und eine Grobrecherche zum Thema „Umgang mit der eigenen Trauer einer Pflegeperson“ durchgeführt, um einen Überblick über die Literaturlage zu bekommen.

2.1.1 Ein und Ausschlusskriterien

Die Literaturrecherche wird von der Autorin anfangs noch sehr allgemein und wenig restriktiv gehalten. Es gibt allerdings bereits zu Beginn bestimmte Begriffe, wie z.B. „vorgeburtliche Trauer“ oder „Euthanasie“, die als Ausschlusskriterien eingesetzt wurden. Während den ersten Suchvorgängen ergaben sich jedoch noch wesentlich mehr Begriffe, die bei den folgenden Suchvorgängen ausgeschlossen wurden, um das Ergebnis inhaltlich geeignet zu gestalten. Um eine möglichst umfangreiche, aber auch wissenschaftlich aktuelle Literatur zu erhalten, wurde der Suchzeitraum in der Datenbank „CINAHL“ auf die letzten elf Jahre beschränkt. In der Onlinedatenbank „bibnet.org“ wurde jedoch auf eine Einschränkung des Zeitraumes verzichtet, da einerseits durch die Suchen weniger wissenschaftliche Literatur gefunden wurde, andererseits wollte die Autorin den Forschungsverlauf über einen längeren Zeitraum überprüfen. Es wurden wissenschaftliche Studien aus den westlichen Industriestaaten, verfasst in deutscher oder englischer Sprache, gesucht. Die Studien sollten das Erleben und die Bewältigung von Trauer, sowie Strategien für den Umgang mit Trauer oder Interventionen, die nach dem Versterben eines Patienten im akuten oder palliativen Setting gesetzt werden können, erforschen. Die unterhalb angeestellte Tabelle gibt Aufschluss darüber, welche Ein- und Ausschlusskriterien die Autorin berücksichtigt hat.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<i>Inhaltliche Variablen und Phänomen</i>	Erleben und Bewältigung von Trauer nach dem Versterben eines Patienten Strategien zum Umgang mit Trauer Interventionen nach dem Versterben eines Patienten	vorgeburtliche Trauer, Kinder, Demenz, Personen mit geistigen Einschränkungen, Flüchtlinge, Terroranschläge, Überlebende, Defibrillator
<i>Bevölkerungsgruppe</i>	Pflegepersonen sowie Pflegepersonen in Ausbildung	
<i>Setting (Umgebung)</i>	akutes und palliatives Setting	
<i>Publikationsarten</i>	Systematische Reviews, Einzelstudien (qualitativ, quantitativ), Studien die das Peer-Review Verfahren durchlaufen haben	Studien ohne EMED ³ -Format
<i>Zeitraum</i>	CINAHL: 2006-2017 bibent.org: 2006-2017	
<i>Sprache</i>	Deutsch, Englisch	
<i>Kulturraum</i>	Westl. Industriestaaten	

³ Unter EMED-Format versteht die Autorin Literatur die einen Einleitungs-, Methodik-, Ergebniss- und Diskussionsteil beinhaltet.

2.2 Phase 2, die Recherche

Wie bereits in der Einleitung des Kapitels „Methodik“ erwähnt, ist es das Ziel der zweiten Phase der Literaturrecherche, durch geeignete Suchhilfen und passende Suchbegriffe zu Literaturzitataten zu kommen (Kleibel & Mayer, 2011, S. 31).

2.2.1 Verwendete Suchhilfen

Die Autorin verwendete für die Literaturrecherche vorwiegend die Onlinedatenbank „CINAHL“ (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) über den EBSCO-Host und „bibnet.org“. Die Onlinedatenbanken „Google Scholar“ wurde zur gezielten Suche nach Volltexten eingesetzt. Die Bibliothek des „Campus Rudolfinerhaus“, sowie die „Universitätsbibliothek der medizinischen Bibliothek Wien“ wurden zur Handsuche herangezogen. In der Onlinedatenbank „Medline“, in die ebenfalls über den EBSCO-Host zugegriffen wurde, konnten trotz mehreren Suchen keine relevanten Ergebnisse gefunden werden.

2.2.2 Verwendete Suchbegriffe

Für eine effiziente Suche in den Datenbanken wurden Suchbegriffe definiert. Unterschieden wird zwischen Schlagworten - auch MeSH-Terms oder CINAHL Headings genannt – und Textworten (Kleibel & Mayer, 2005, S. 56-57). Um den Suchvorgang transparenter zu gestalten, werden im Folgenden die verwendeten Suchbegriffe in der jeweiligen Datenbank angeführt.

„CINAHL“

In der Onlinedatenbank „CINAHL“ konnte die Autorin aus einer Liste von Schlagworten (CINAHL Headings) auswählen.

Schlagworte (CINAHL Headings): Grief, Complicated Grief, Grief Omaha, Death, Death Sudden, Death Accidental, Death Councelling, Death Cardiac, Behavior and Behavior Mechanisms, Bereavement, Personal Loss, Bereavement Support, Coping

„bibnet.org“

Die Onlinedatenbank „bibnet.org“ beinhaltet wesentlich mehr deutschsprachige Literatur. Aus diesem Grund fanden eine Suche mit englischen und eine mit deutschen Suchbegriffen statt. Es wurde mit dem Operator AND gearbeitet. Zusätzlich verwendete die Autorin Trunkierungen. Im Folgenden werden die Begriffe

angeführt, die zu dem ausgiebigsten Ergebnis geführt haben. Da die Suche nur wenig relevante wissenschaftliche Literatur ergab, wurde der Zeitraum der Veröffentlichung in dieser Datenbank offen gelassen.

Suchbegriffe: Coping, Death, Pfleg*, gesund*, Tod

„Medline“

Obwohl, wie bereits erwähnt, keine für diese Arbeit relevante Literatur gefunden werden konnte, möchte die Autorin die verwendeten Suchbegriffe anführen. Es wurden mehrere Suchen mit Operatoren AND, NOT und OR durchgeführt.

Schlagworte: Bereavement, Hospice Care, Adaption Psychological, Grief,

Textworte: Children, Patient Death, Mental, Nurse

Die unten angestellte Tabelle 2 „Auszug aus dem Suchprotokoll“ zeigt die Suchbegriffe und Ein- und Ausschlusskriterien der Suchen, die zu den meisten Ergebnissen geführt haben. Das vollständige Suchprotokoll, in welchem ebenfalls die Suchen in der Onlinedatenbank „Medline“ dokumentiert sind, ist im Anhang zu finden.

2.2.3 Auszug aus dem Suchprotokoll

Das Suchprotokoll soll Aufschluss über die Anzahl der gefundenen Studien in den einzelnen Datenbanken geben. Protokolliert werden hier nur wissenschaftliche Artikel. Weiters wird die Zahl der für diese Arbeit relevanten Studien angeführt. Außerdem ist ersichtlich, mit welchen Suchbegriffen, Ein- und Ausschlusskriterien und Operatoren in den einzelnen Datenbanken gesucht wurde. Bei dieser Tabelle handelt es sich lediglich um einen Auszug aus dem tatsächlichen Suchprotokoll, welches im Anhang vollständig zu finden ist.

Tabelle 2: Auszug aus dem Suchprotokoll

Suchinstrument	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer- anzahl	Anzahl der relevanten Treffer
	Trauer und Trauerarbeit in der Pflege		
CINAHL via EBSCOhost	nurse AND coping AND grief Limiters - Full Text; Published Date: 20060101-20171231; Peer Reviewed; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	16	2?
	((MH "Behavior and Behavior Mechanisms+")) Abstract Available AND nurse AND death NOT pediatric NOT perinatal NOT euthanasia NOT children Limiters - Published Date: 20060101-20171231; Peer Reviewed; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	497	14?
	((MM "Bereavement+") OR (MH "Personal Loss") OR (MH "Bereavement Support (Saba CCC)/NU")) AND nurse AND death Limiters - Published Date: 20060101-20171231; Peer Reviewed; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	58	15?
bibnet.org	Nurse AND coping AND death; Limiters: Language: German, English, Availability: Rudolfinerhaus	4	2?
	Pflegend* AND gesund* AND Tod; Limiters: Language: German, English, Availability: Rudolfinerhaus	32	5?

2.3 Phase 3, das Einschätzen der Literatur

Die dritte Phase, das Bewerten, kritische Lesen und Zusammenfassen der Literatur, soll den Prozess der Literaturrecherche nun abschließen (Kleibel & Mayer, 2011, S. 32-33). Im Folgenden wird die Literatur mithilfe zweier Beurteilungshilfen eingeschätzt. Sieben qualitative Studien wurden mit dem Einschätzungsinstrument nach Behrens und Langer (Behrens, J. & Langer, G., 2010) eingeschätzt. Die Autorin zog außerdem die Bewertungshilfe nach Saxer (Küchler & Wood-Dauphine, 2004) für die Einschätzung einer quantitativen Studie heran. Beide Bewertungshilfen beinhalteten unter anderem Kriterien zum Ziel der Publikation, zur Beschreibung der Stichprobe, zur Datensammlung und Datenanalyse, sowie zur Aufbereitung, Aussagekraft und Anwendbarkeit der Ergebnisse. Vollständige Einschätzungsformulare der Studien können im Anhang gefunden werden. Zusätzlich wurden alle Studien, auf Basis der Ergebnisse der Einschätzungsformulare, mithilfe eines „Ampelschemas“, welches an Panfil (2011) angelehnt ist, eingeschätzt. Die untenstehende Tabelle „Einschätzung der Studien anhand eines Ampelschemas“ gibt Aufschluss darüber, welche Kriterien der Studien von der Autorin als „adäquat“, „unklar“ oder „problematisch“ eingeschätzt wurden. Anschließend werden die Ergebnisse der Literaturrecherche überblicksmäßig beschrieben.

Tabelle 3: Einschätzung der Studien anhand eines Ampelschemas

Autor der Studie, Jahr	Forschungsfrage/ Ziel relevant	Design	Literaturrecherche	angemessene Stichprobe	Beschreibung der Forschenden	Datenerhebung	Datenanalyse	Datenerhebung bis Sättigung	Darstellung der Ergebnisse	Diskussion mit anderer Literatur	Limitationen	Für Praxis relevant oder Übertragbar
Gerow, L, Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Williams Domain, E., 2009	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Anderson, K. A., 2008	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Jeppsson, M.& Thomé, B., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Forster, E., & Hafiz, A., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Holman, C. Meyer, J., & Davenhill R., 2006	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Wilson, J., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Peterson, J., et a., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Shorter, M., & Stayt, L. C., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Elis Both, J. et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Legende zu Tabelle 3:



adäquat



unklar



problematisch

3 Ergebnisse

Das folgende Kapitel widmet sich den Ergebnissen der Literaturrecherche. Anfangs werden relevante Eckdaten zu den Studien zusammengefasst. Anschließend stellt die Tabelle 4 „Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche“ nähere Informationen über einige Inhalte der Methodik, sowie der Ergebnisse der in die Beantwortung der Fragestellung einbezogenen neun Studien dar. Zum Abschluss des Kapitels werden die relevanten Ergebnisse der durchgeführten systematischen Literaturrecherche zum Thema „Umgang mit der eigenen Trauer der Pflegeperson“ dargestellt. Der Fokus wird auf die Bewältigungsmöglichkeiten oder Coping Strategien, die eine Pflegeperson im Berufsalltag anwenden kann, gelegt. Die Begriffe Bewältigung und Coping sind in dieser Arbeit als Synonym zu verstehen. Gleich verhält es sich mit den Ausdrücken Methoden und Strategien. Außerdem sollen Einflussfaktoren auf den Trauerprozess der Pflegepersonen erklärt werden.

Die Forschungsfrage „Wie erreichen Pflegepersonen einen gesunden Umgang mit ihrer eigenen Trauer nach dem Versterben eines Patienten?“ konnte in dieser Arbeit mithilfe der Ergebnisse der Literaturrecherche beantwortet werden. Durch die Darstellung der Einflussfaktoren sowie die Nennung verschiedener Coping Strategien, erlangt die Pflegeperson Wissen, welches ihr im Umgang mit ihrer Trauer helfen kann.

3.1 Zusammenfassung relevanter Daten der Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Autorin fasst in diesem Kapitel die Ergebnisse der durchgeführten Literaturrecherche überblicksmäßig zusammen. Beschrieben werden nur jene Studien, die für die Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit 2 herangezogen wurden. Die Literaturlage wird in Bezug auf den Zeitraum, die Sprache, den Kulturraum und die Publikationsart beschrieben. Genauere relevante Inhalte, vor allem der Methodik der Studien, können der untenstehenden Tabelle 4 „Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche“ entnommen werden.

Die Autorin konnte feststellen, dass es einige aktuelle Studien zum Thema Umgang mit Trauer von Pflegepersonen im palliativen Setting gibt. Auch jene Arbeiten die das

akute, oder vor allem das Intensivsetting beforschen, sind aktuell. Aufgrund dessen wurde der Zeitraum für die Suche von 2006 bis 2017 eingegrenzt.

Allgemein lässt sich auf Basis der gefundenen Literatur in den letzten elf Jahren eine Zunahme der Forschungstätigkeiten annehmen.

Es konnte wissenschaftliche Literatur fast ausschließlich in englischer Sprache gefunden werden. Es sollte erwähnt werden, dass im deutschsprachigen Raum sehr viel über das Thema Trauer publiziert wird, allerdings kaum wissenschaftliche Literatur existiert. Außerdem behandeln die Artikel meist Unterstützungsmöglichkeiten mit dem Fokus auf Angehörige und weniger auf Pflegepersonen.

Die Autorin zog neun Studien, die die Trauer von Pflegepersonen in den westlichen Industriestaaten untersuchten, zur Beantwortung der Fragestellung heran. Davon wurden drei in den USA und eine weitere in Australien publiziert. Im europäischen Raum konnten drei Studien aus Großbritannien, sowie eine aus Schweden und eine portugiesische Arbeit miteinbezogen werden.

Die Forscher der Studien wählten hauptsächlich den qualitativen Forschungsansatz mit Verwendung verschiedener Designs. Eine Studie ist eine rein quantitative, in der die Forschungsdaten mittels Fragebogen erhoben wurden. Im Zuge der Suche konnten keine Systematischen Reviews zu dem Thema gefunden werden.

3.2 Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche

In der folgenden Tabelle 4 wird ein Überblick über einige Inhalte der Methodik, sowie der Ergebnisse der in die Beantwortung der Fragestellung einbezogenen neun Studien gegeben.

Tabelle 4: Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
<p>Jeppson, M. & Thomé, B., Schweden, 2015</p> <p>How do nurses in palliative care perceive the concept of selfimage?</p> <p>Die Durchführung der Studie wurde vom Ethik-Komitee genehmigt</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Design: phänomenologisch</p> <p>Setting: keine Angabe</p> <p>SP: Erfahrene Palliativpflegepersonen (n=17)</p>	<p>Die Wahrnehmung des Konzeptes eines Selbstbildes in der Palliativpflege erforschen</p>	<p>Die Daten wurden in Interviews erhoben</p> <p>EZ: wird leider nicht beschrieben</p> <p>Datenanalyse: Transkription, Suche Gemeinsamkeiten/Überschneidungen in den Antworten, Erstellung von Kategorien, Ziehen von Schlüssen</p>	<p>Das Selbstbild wurde entweder als zentraler oder peripherer Inhalt im Alltag einer Pflegeperson beschrieben. Es konnten vier Kategorien in Bezug auf das Konzept gebildet werden: Identity, Self-assessment, Social funktion and Self-knowledge</p>

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

<p>Wilson, J., UK, 2014</p> <p>Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Design: phänomenologisch</p> <p>Setting: Akut klinisch</p> <p>SP: Erfahrene (2 bis über 10 Jahre) Pflegepersonen (n=13), die in einem Akutkrankenhaus mit Schwerpunkt auf respiratorischen Erkrankungen arbeiten</p> <p>w=12, m=1, Alter: 22-55</p>	<p>Die Erfahrungen von Pflegepersonen erforschen, die ein Versterben eines Patienten im akuten Setting miterlebt haben. Probleme und Bedürfnisse die in dem Kontext entstehen darlegen</p>	<p>Es wurden jeweils zwei Interviews mit den TN geführt</p> <p>EZ: Mai 2010-September 2011</p> <p>DD=30-60 Minuten</p> <p>Datenanalyse: nach dem 1. Interview: Transkription und herauslesen von Phrasen, im 2. Interview: TN sortieren die Phrasen nach Relevanz in Gruppen und suchen einen passenden Titel welche von den Forschern überprüft wurden</p>	<p>Das Versterben eines Patienten stellt für die Pflegepersonen eine große Belastung dar. Der Druck im akuten Setting, sofort in der Routine weitermachen zu müssen ist ein besonders belastender Faktor. Die Führungsebene sollte sich dieser Problematik bewusst werden, und geeignete Unterstützungsmöglichkeiten für das Personal zur Verfügung stellen.</p>
<p>Peterson, J. et al., USA, 2010</p> <p>Where do nurses go for help? A qualitative study of</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Design: Grounded Theorie</p> <p>Setting: keine Angabe</p>	<p>Die Ressourcen die Pflegepersonen im Bewältigungsprozess nutzen, nachdem ein Patient verstorben ist. Copingstrategien aufzeigen die Pflegepersonen helfen</p>	<p>Initial ein Interview, danach weiter Kontakt mit TN über E-Mail, außerdem wurden online-Umfragen ausgefüllt</p> <p>EZ: wird nicht beschrieben</p>	<p>Es wurden mehrere Möglichkeiten zur Bewältigung aufgezeigt. Diese wurden in interne und externe Methoden unterteilt.</p>

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

coping with death and dying	SP: Pflegepersonen und Pflegepersonen in Ausbildung (n=15), w=12, m=3, Alter: 20-54, Berufserfahrung 7 Monate bis 18 Jahre	können	Datenanalyse: Transkription, vergleichen von Transkripten mit online-Umfragen um wichtige Themen herauszufinden, danach wurden diese zu Kategorien zusammengefasst und auf Überlappung geprüft, Kategorien bekamen Codes, zum Schluss wurden Transkripte überarbeitet um Themen und Kategorien sinnvoll zusammen zu bringen	
Anderson, K. A., USA, 2008 Grief Experiences of CNAs Relationships with Burnout and Turnover	Quantitative Studie Design: Kohortenstudie Setting: Langzeitpflegeeinrichtungen SP: Pflegepersonen (n=136) die in 12 verschiedenen	Es wurde untersucht, ob die Arbeit mit sterbenden Patienten und die damit verbundene Trauer in Verbindung mit Burnout oder Berufswechsel steht	Ein Fragebogen wurde von 136 Pflegepersonen ausgefüllt EZ: keine Angabe Datenanalyse: Auswertung des Fragebogens mit Bildung von Hypothesen	Es konnten einige Hinweise darauf gefunden werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Burnout und persönlicher Trauer bei Pflegepersonen gibt. Ein Zusammenhang mit Berufswechsel konnte nicht bestätigt werden. Weiters konnten einige Interventionen genannt werden, die helfen sollen bei Trauer zu unterstützen und in Wohlbefinden und Zufriedenheit

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

	Langzeitpflegeeinrichtungen arbeiten, w=126, m=10			mit der Arbeit enden sollen.
<p>Holamn, C., Meyer, J., & Davenhill, R., UK, 2006</p> <p>Psychoanalytically informed research in an NHS continuing care unit for older people: exploring and developing staff's work with complex loss and grief</p>	<p>Psychonalaytische Studie mit Beteiligung von Arbeitsgruppen</p> <p>Setting: Langzeitpflegeeinrichtung</p> <p>SP: bei jedem Treffen der Arbeitsgruppe unterschiedlich, aber durchschnittlich ca. 13 Pflegepersonen die in einer Langzeitpflegeeinrichtung arbeiten und zufällig keine palliative Ausbildung besitzen</p>	<p>Es wurde versucht, psychologische und soziale Bedürfnisse zu erforschen, die als Voraussetzung für die Leistung von Pflege am Ende des Lebens, gelten</p>	<p>TN wurden von den Forschern beobachtet, außerdem fanden regelmäßige Treffen für reflektierende Arbeitsgruppen statt. Eine weitere Datenquelle stellen die Diskussionen in Themenbezogenen Gruppen von Fachleuten sowie die Ergebnisse der Supervisionsstunden der Forscher dar.</p> <p>EZ: Die Datensammlung erfolgte über drei Jahre</p> <p>Datenanalyse: Die Analyse fand durch Reflexionsarbeit und Diskussionen mit Fachleuten aus den Bereichen Psychotherapie, Hauskrankenpflegemanagement, Psychiatrische Medizin und Experten der Pflege, statt.</p>	<p>Die Arbeit mit sterbenden Patienten löst bei Pflegepersonal sehr komplexe Emotionen aus. Sie wird auch als große Belastung und Stressor erlebt. Im Gegensatz zu Pflegepersonen die eine palliative Ausbildung besitzen, ist es für die Pflegepersonen in einer Langzeitpflegeeinrichtung schwierig ihre Aufgabe in der Betreuung am Lebensende zu finden. Der Tod wird meist als eigenes Versagen angesehen. Ziel ist es, die Patienten möglichst lange am Leben zu erhalten und nicht, wie in der Hospizpflege, ein „gutes Sterben“ zu ermöglichen.</p>

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

<p>Shorter, M., & Stayt, L. C., UK, 2010, Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Design: Phänomenologisch</p> <p>Setting: Intensivstationen</p> <p>SP: 8 weibliche Pflegepersonen die einen 12 monatigen Intensivlehrgang belegt haben. Die Berufserfahrung variiert zwischen 8 Monaten und 6 Jahren. Personen die in den letzten 6 Monaten einen nahestehenden Menschen verloren haben, wurden von der Studie ausgeschlossen</p> <p>Die Durchführung der Studie wurde vom Ethik-Komitee genehmigt</p>	<p>Es sollten Erfahrungen und Coping Mechanismen von Pflegepersonen die auf einer Intensivstation arbeiten, im Kontext des Versterbens eines Patienten, erforscht werden</p>	<p>TN wurden von der ersten Autorin in semistrukturierten Interviews befragt.</p> <p>EZ: wird nicht beschrieben</p> <p>Datenanalyse: fand mithilfe von „Colaizzi's seven step framework“ (transkribieren und lesen, wichtige Aussagen und Meinungen in Gruppen/Themen clustern, gemeinsame Themen identifizieren, Rücksprache mit den Teilnehmer halten um Missverständnisse auszuschließen) statt. Außerdem wurden reflektierende Tagebücher geführt und laufend relevante Literatur gelesen um Daten zu analysieren.</p>	<p>Ergebnisse werden in zwei Kapitel geteilt: 1) Die Erfahrung rund um den Tod, 2) Coping Mechanismen</p> <p>Ad 2): es wird in formelle und informelle Unterstützung unterteilt. Die formellen Unterstützungsangebote, wie Supervision, wurden aus verschiedenen Gründen weniger genützt als das informellen, wie das Plaudern unter Kollegen. Es wird weiters beschrieben, dass der Tod irgendwann einmal als „normal“ empfunden wird und dadurch leichter bewältigt werden kann. Außerdem wird erwähnt, dass TN eine emotionale Distanz zu der Situation wahren um sich zu schützen</p>
--	--	--	--	---

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

<p>Forster, E., & Hafiz, A., Australien, 2015, Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Design: Semi-strukturierte Interviews</p> <p>Setting: Eine pädiatrische Intensivstation mit onkologischem Schwerpunkt</p> <p>SP: 10 Menschen die im Gesundheitsbereich tätig sind und 7 verschiedene Patienten der Station mitbetreut haben, 2 Ärzte, 6 Pflegepersonen, 2 Sozialarbeiter, im Alter von 24 bis 57 Jahren. Die Berufserfahrung variiert zwischen 4 bis über 20 Jahre.</p>	<p>Die Erfahrungen in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten erforschen, die Personal aus dem Gesundheitsbereich erhalten hat, nachdem ein pädiatrischer Patient verstorben ist</p>	<p>Die TN wurden durch die Durchsicht von Krankenakten der verstorbenen Kinder ausgewählt und kontaktiert. Bevor eine Befragung stattfand wurden die Eltern um ihr Einverständnis gebeten. Zwischen den Eltern und den Gesundheitsprofessionisten durfte kein Kontakt aufgenommen werden. Die Kontaktierung mit der Bitte um Teilnahme fand ca. 12 Wochen nach dem Tod des Patienten statt.</p> <p>Es fanden 10 semi-strukturierte Interviews mit den TN statt.</p> <p>EZ: Keine Angabe</p> <p>Datenanalyse: Die Interviews wurden transkribiert und mit einer „NVio Version 7 Software“ codiert, die weitere Auswertung fand mithilfe des „Charmaz’s“ Zuganges statt. Das Besondere daran ist, dass der</p>	<p>Es konnten verschiedene Coping Strategien benannt werden. Alle TN aus allen drei Gruppen der teilnehmenden Gesundheitsberufe gab an, gewisse Coping Strategien anzuwenden.</p> <p>Die Strategien werden in folgende Kapitel unterteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peer support • Persönliche coping Strategien • Körperliche Einflüsse (wie z.B. Massagen) • Spirituelle Ressourcen • Sicherheit durch Erfahrung <p>Die Ergebnisse sind sehr ausführlich beschrieben und lassen darauf schließen, dass die Coping Strategien im pädiatrischen Setting stark jenen ähneln, die in der Erwachsenenpflege zur Anwendung kommen</p>
---	--	--	--	--

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

	Die Durchführung der Studie wurde vom Ethik-Komitee genehmigt		Prozess induktiv, komparativ, interaktiv und iterativ (sich wiederholend) ist.	
Gerow, L, Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Williams Domain, E., USA, 2009, Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death	<p>Qualitative Studie</p> <p>Design: Phänomenologisches Design welches die „Heideggersche hermeneutische Methoden“ berücksichtigt.</p> <p>Heideggersche Phänomenologie: sucht, entdeckt und interpretiert die Sichtweise und das Verständnis der TN von einer gewissen Situation.</p> <p>Setting: es wird kein spezifisches Setting angegeben</p>	Die erlebten Erfahrungen von Pflegepersonen beschrieben, die diese im Kontext des Versterbens ihrer Patienten gemacht haben.	<p>Die Datenerhebung fand in Form von semi-strukturierten Interviews statt. Fünf Forscher führten diese Interviews. Der Fokus wurde hierbei auf die Wahrnehmung, Erfahrung, Gefühle und Aktionen in Bezug auf den Tod eines Patienten, gelegt.</p> <p>EZ: keine Angabe</p> <p>Datenanalyse: Die Analyse erfolgte erst durch Verfolgen der „van Manen´s“ Reihenfolge für deskriptive und interpretative phänomenologische Studien. Nach dem Prozess wurden die Daten mit hermeneutischen Methoden analysiert (durch lesen, interpretieren und reflektieren der Daten). Danach fanden monatliche Treffen der</p>	<p>Die erlebten Erfahrungen rund um das Versterben eines Patienten wurde durch das kreieren eines „Schutzvorhanges“ charakterisiert. Im Zuge der hermeneutischen Analysen der Interviews konnten vier Themen für den Aufbau dieses „Schutzvorhanges“ identifiziert werden: 1) reziproke Beziehungen überschreiten die Grenzen der „professionellen“ Beziehung. 2) die ersten erlebten Todesfälle sind prägend 3) Weltanschauungen und spirituelle Ansichten beeinflussen die Art des Coping der Pflegepersonen, 4) um professionell bleiben zu können ist es notwendig, Erfahrungen durch emotionale Distanz zu isolieren.</p> <p>Ad 4) die Pflegepersonen waren der Ansicht, es wäre</p>

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

	<p>SP: Pflegepersonen (n=11) die bereits einmal die Situation erlebt haben, dass ein Patient während ihrer Betreuung verstorben ist. W=11, die TN hatten zwischen 3 und 43 Jahren Berufserfahrung und waren zwischen 29 und 61 Jahre alt. Sie kamen alle aus folgenden Bereichen der Pflege: Akademischen Fakultäten, Notfallambulanzen, Intensivstationen, Palliativpflege, Public health, „nursing administration“, „nursing staff development“</p>		<p>Forscher statt, in denen die Daten reflektiert und überprüft wurden, sodass am Ende des Prozesses Themen und spezifische wichtige Passagen aus den Interviews benannt werden konnten.</p>	<p>unprofessionell selbst um einen Patienten zu trauern. Diese Annahme haben sie durch ihre Ausbildung oder durch Gespräche mit Kollegen gelernt. Sie waren der Meinung, dass sie sich nur durch emotionale Distanz schützen können und dadurch professionell bleiben.</p>
<p>Elis Both, J., Tambara Leite, M., Hildebrandt, L. M., Spies, J., Anacleto da Silva,</p>	<p>Qualitative Studie Design: deskriptiver Charakter mit Verwendung der CAR-Methode</p>	<p>Die Erfahrungen und Wahrnehmungen von Pflegepersonen analysieren, die gegenüber dem Versterben von älteren,</p>	<p>Die Erhebung der Daten erfolgte mittels eines Interviews, eines darauf folgenden Workshops und eines zweiten Interviews welches nach Absolvierung des Workshops</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in folgende Kapitel gegliedert: 1) der Tod erlöst vom Leid, 2) der Tod fordert Ausbildung und Wissen der Pflegepersonen heraus</p>

Autor, Land, Jahr, Titel	Forschungsansatz, Studiendesign, Setting, Stichprobe	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
--------------------------	--	------	--	------------

Legende: TN=Studienteilnehmer, n=Anzahl der Studienteilnehmer, w=weiblich, m=männlich, EZ=Erhebungszeitraum, DD=durchschnittliche Dauer des Interviews, SP: Stichprobe

L. A., & Beuter, M, Portugal, 2013, The dying and death of elderly hospitalized in perspective of nursing professionals	(convergent-assistance research) Setting: Akutspital: Interne Station SP: 20 überwiegend weibliche Pflegepersonen die zwischen 24 und 46 Jahren alt sind	hospitalisierten Patienten bestehen	stattfand. EZ: Jänner bis Mai 2012 DD: 60 Minuten Datenanalyse: Die Analyse erfolgte durch thematisches analysieren des Inhaltes. Die geschah vor allem durch lesen der Transkripte.	3) Die Erfahrung durch tägliche Routine hilft den Pflegepersonen den Prozess des Sterbens zu verstehen 4) der Tod ist ein natürlicher Prozess
---	--	-------------------------------------	---	--

3.3 Coping Strategien

Eine essentielle Bedeutung in der Beantwortung der Fragestellung „Wie erreicht die Pflegeperson einen gesunden Umgang mit ihrer eigenen Trauer nach dem Versterben eines Patienten?“ hat die Darstellung diverser wissenschaftlich fundierter Coping Strategien. Die folgende Aufzählung solcher Methoden zur Bewältigung soll als beispielhaft verstanden werden. Wie eingangs bereits beschrieben, ist der Trauerprozess vor allem als individuell zu verstehen. Daraus ergibt sich, dass die Strategien zur Bewältigung dieses Prozesses ebenfalls von Person zu Person differieren können.

3.3.1 Interne Bewältigungsstrategien

Mit internen Bewältigungsstrategien beschreibt die Autorin jene Methoden, die jede Person in der Auseinandersetzung mit sich selbst anwenden kann. Ein Austausch mit anderen Menschen ist hier nicht zwingend erforderlich.

Den Tod Evaluieren

Nach dem Versterben eines Patienten in Ruhe über die Situation nachzudenken und dabei den Tod als Teil des Lebens zu sehen hilft vielen Pflegepersonen. (Peterson et al., 2010, S. 435). Außerdem wird es als einfacher empfunden, den Tod eines Patienten zu akzeptieren, wenn Leid oder Schmerz vorangegangen sind und alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. In einem solchen Fall kann das Versterben eines Patienten für die Pflegeperson sogar als Erleichterung empfunden werden (Elis Both et. al. 2013, S. 560; Peterson et al. 2010, S. 435).

Professionelle Distanz

In der Studie von Peterson et al. (2010, S. 435-436) wird die Wahrung einer professionellen Distanz als förderlich beschrieben. Pflegepersonen die ihre Gefühle von der pflegerischen Behandlung trennten, konnten demnach besser mit der Situation umgehen. Durch eine gewisse Distanz war es einigen Teilnehmern der Studie möglich, sich auf die pflegerische Versorgung zu konzentrieren ohne von emotionalen Aspekten abgelenkt zu werden. Außerdem half es den Pflegepersonen schneller über den Tod eines einzelnen Patienten hinwegzukommen und sich neuen Fällen widmen zu können. Dieses Phänomen wird auch von Shorter und Stayt (2010, S. 164) aufgegriffen und beschrieben. Die Forscher heben hier hervor, dass es für

Pflegepersonen oft notwendig ist, zwischen einem privaten und beruflichen Leben unterscheiden zu können.

Normalisation des Sterbens

Shorter und Stayt konnten durch ihre Studie (2010, S. 164) herausfinden, dass Pflegepersonen, die häufig mit dem Tod eines Patienten konfrontiert werden, eine Art „Normalisation“ des Sterbens erfahren. Der Tod verliert seinen Schrecken indem er zum Teil des täglichen Lebens wird. Teilnehmer der Studie sagen aus, dass die Arbeit mit sterbenden Patienten ihnen langfristig selbst die Angst vor dem Tod nimmt.

Time-out

Ein kurzes Time-out nach einer belastenden Situation wird als sehr hilfreich angesehen. Es kann bereits erleichternd sein, sich für die Dauer eines Verzehrs von einer Tasse Tee, von der Station zurückzuziehen. (Wilson, 2014, S. 40)

Reflexionsarbeit

Reflexionsarbeit kann im Zusammenhang mit dem Trauerprozess in mehreren Sichten durchgeführt werden. Einerseits können die eigenen Reaktionen und Emotionen reflektiert werden, andererseits kann die persönliche Leistung kritisch betrachtet werden. Beides ist wichtig, um einen Benefit aus der Erfahrung zu ziehen und zu lernen. Regelmäßige Reflexion kann Überforderung vorbeugen, da eine Pflegeperson, die ihre Emotionen kennt und weiß in welchen Situationen sie wie reagiert, besser einschätzen kann wo ihre Grenzen liegen (Wilson, 2014, S. 43).

3.3.2 Externe Methoden zur Bewältigung

Unter externen Methoden zur Bewältigung versteht die Autorin Angebote beziehungsweise Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Menschen, die möglicherweise selbst Betroffene sind.

Peers

Die Unterstützung von Peers wird von Pflegepersonen gerne angenommen. Es ist wichtig, die gemachten Erfahrungen rund um das Versterben eines Patienten zu besprechen. Arbeitskollegen stellen den liebsten Gesprächspartner dar, da diese über Erfahrung mit derselben Situation verfügen. (Forster & Hafiz, 2015, S. 295, Peterson et al. 2010, S. 436)

Religiöse oder spirituelle Ressourcen

Einige Pflegepersonen empfinden eine Art Beruhigung durch Religion oder Spiritualität. Der Glaube an „ein Leben danach“ oder einen „Himmel“ ermöglicht vielen Pflegekräften einen angstfreien Blick auf den Tod. Außerdem werden Gespräche mit geistlichen Ansprechpartnern als wohltuend angesehen. Einige Befragte gaben an, dass ihnen Stoßgebete in schwierigen oder stressigen Situationen halfen (Peterson et al., 2010, S. 436).

Patienten und deren Angehörige

Auch Patienten und deren Angehörige können eine Ressource für die Pflegeperson sein. Vor allem nach dem Versterben eines Patienten kann es zum Rollenwechsel kommen und die Angehörigen können der Pflegeperson helfen, den Tod zu verarbeiten, indem sie Geschichten über den Verstorbenen erzählen oder Dankbarkeit für die Betreuung ausdrücken. Für die Pflegekraft kann es erleichternd sein, mitzuerleben dass sich ein Patient gegenüber seinen Angehörigen klar ausdrückt, indem er zum Beispiel eine weitere Therapie deutlich ablehnt (Peterson et al. 2010, S. 436-467. Das folgende Zitat, welches diese Aussage untermauern soll, stammt von einer Teilnehmerin einer qualitativen Studie von Peterson et al. (2010, S. 435).

„Watching his wife understand his need to end medical care was incredible. It taught me that it isn't about the family or other people, it is only about the patient and what they are dealing with.“

3.4 Einflussfaktoren auf eine positive Bewältigung des Trauerprozess der Pflegeperson

Um den Trauerprozess positiv bewältigen zu können ist es wichtig, einwirkende Einflussfaktoren zu kennen und zu verstehen.

Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Leistung

Shorter und Stayt (2010, S. 159-167) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass die Qualität der pflegerischen Behandlung eine erhebliche Bedeutung für die Trauerarbeit der Pflegeperson hat. Neben der subjektiven Zufriedenheit mit der eigenen pflegerischen Leistung spielt auch der Umstand des Todes eine zentrale Rolle für den Trauerprozess der betreuenden Pflegekraft. Die Autoren der Studie verstehen unter Todesumstand, ob das Ableben absehbar war oder unerwartet

eingetreten ist. Ein zu erwartender Tod war demnach für die Pflegeperson allgemein einfacher zu verarbeiten. Jeppson (2014, S. 457) beschreibt in ihrer Studie ebenfalls die Auswirkung einer Zufriedenheit mit der eigenen Leistung auf die Bewältigung einer Situation. Die Ergebnisse dieser Studie decken sich in der Hinsicht mit der von Shorter und Stayt (2010, S. 159-167).

Erfahrung

Viele Pflegepersonen, die mit sterbenden Patienten arbeiten, geben Erfahrung als wertvolle Ressource an. Der Trauerprozess muss oft durchgemacht werden, jedes Mal werden dabei andere Erkenntnisse über sich selbst und die eigenen Bewältigungsstrategien gewonnen. Eine Pflegeperson drückte dies folgendermaßen aus: „Wenn du dich daran gewöhnst und weißt, dass Sterben normal ist [...] wird dein Herz beständiger.“ (Peterson et al., 2010, S. 436)

Ausbildung

Elis Both et. al. (2013, S. 560-562) zeigen in ihrer Studie außerdem die Wichtigkeit einer fundierten Ausbildung auf, um den Trauerprozess positiv abzuschließen. Umfangreiches Wissen hilft bei der Bewältigung von negativen Gefühlen wie Frustration, Schuld oder Traurigkeit, die durch das Versterben eines Patienten hervorgerufen werden können. Dieser Bewältigungsprozess stellt laut Elis Both et al. (2013, S. 558-565) einen wesentlichen Anteil der Trauerarbeit einer Pflegeperson dar. Holman und Davenhill (2006, S. 327) zeigen auf, dass Pflegepersonen mehr Wissen und Ausbildung benötigen, um die Emotionen zu kennen die zum Sterbe- und Trauerprozess gehören und mit diesen umgehen zu können.

Räumliche und zeitliche Ressourcen im Krankenhaus

Die fehlende Zeit, Mangel an Personal und unangepasste räumliche Gegebenheiten in Krankenanstalten werden oft als Gründe für diverse daraus resultierende Probleme in der Versorgung von Patienten genannt. Auch im Zusammenhang mit dem Thema Trauer der Pflegepersonen und deren Bewältigung spielen diese Umstände eine wesentliche Rolle. Pflegepersonen fühlen sich oft hin und her gerissen, wollen nach dem Tod eines Patienten Zeit und Raum für die Verabschiedung der Angehörigen ermöglichen, gleichzeitig haben sie den Druck das Zimmer und das Bett möglichst rasch für den nächsten Patienten bereit zu machen. Weiter oben im Text wurden Bewältigungsmöglichkeiten, wie Time-out oder

Reflexion, angeführt. Diese Strategien benötigen Zeit, doch leider erlauben Pflegepersonen, vor allem im akuten Setting, sich oftmals nicht diese auch zu nehmen. (Wilson, 2014, S. 42-43).

4 Diskussion

Diese Arbeit soll Möglichkeiten für Pflegepersonen in den westlichen Industriestaaten nennen, die einen gesunden Umgang mit Trauer ermöglichen. Im vorangegangenen Kapitel wurden dazu einige Strategien und Einflussfaktoren aufgezeigt. Die Autorin möchte nun auf Pflegepersonen in Ausbildung eingehen, da sich im Zuge der Bearbeitung der Studien gezeigt hat, dass Wissen und Ausbildung, in Bezug auf den Trauerprozess, wesentlich sind. Außerdem stieß die Autorin während der Suche nach Literatur ebenfalls auf Studien die sich mit Pflegepersonen im asiatischen Kulturraum befassen. Einerseits aus persönlichem Interesse, andererseits als weiteres Argument für die Relevanz des Themas, da im asiatischen Raum ebenfalls Forschungsarbeit zu dem Thema existiert, werden im Anschluss die wichtigsten Erkenntnisse über den Vergleich der beiden Kulturräume diskutiert.

Pflegepersonen in Ausbildung

Die Suche ergab außerdem, dass bereits in der Ausbildung zur Pflegekraft der Umgang mit dem Versterben eines Patienten thematisiert werden sollte. Edo-Gual et al. (2014, S. 3501-3512) beschreiben als Ergebnis ihrer Studie die Wichtigkeit einer Ausbildung, die das Thema Tod eines Patienten nicht tabuisiert, sondern mit Wissensvermittlung auf eine mögliche Konfrontation mit einem Todesfall im Praktikumsalltag vorbereitet. Eine weitere wichtige Komponente stellt die Reflexionsarbeit dar, bei der die Erfahrungen der Auszubildenden aufgearbeitet werden sollen. Diese Erkenntnis wird von der Forscherin Parry (2011, S. 448-453) unterstützt. Auch sie widmet sich in ihrer Studie dem Erleben des ersten Todesfalls den eine Pflegeperson in Ausbildung erfährt. Sie hebt außerdem die Wichtigkeit der Rolle des Praxisanleiters in der Zeit nach dem Tod des Patienten hervor. Demnach kann durch eine unterstützende Einwirkung des „Mentors“ die Erfahrung positiv beeinflusst werden und Gefühle wie Angst, Ärger und Frustration gelindert werden.

Asiatischer Kulturraum

Obwohl sich diese Arbeit der Forschung aus westlichen Industriestaaten widmet, fand die Autorin im Laufe der Literaturrecherche einige Studien des asiatischen

Raums. Aus persönlichem Interesse möchte die Autorin kurz auf Erkenntnisse eingehen, die sie im Zuge der Bearbeitung dieser Studien gewonnen hat. Aufgrund des Umfangs der Arbeit kann nicht konkret auf den asiatischen Raum eingegangen werden, es sollen bloß die offensichtlichsten Ergebnisse und vor allem Überschneidungen der beiden Kulturräume genannt werden. Interessant ist, dass die Ergebnisse der oben genannten Arbeiten im Zuge der taiwanesischen Studie von Huang et al. (2010, S. 2280-2290) bestätigt wurden. Somit lässt sich eine kulturübergreifende Aussage über die Bedürfnisse von Auszubildenden im Pflegebereich in China und den westlichen Industriestaaten machen. Studien, welche die Erfahrungen von praktizierenden Pflegepersonen beforschen, lassen eine Ähnlichkeit der Forschungsergebnisse in diesen beiden Kulturräumen erkennen. So beschreiben beispielsweise Wu und Volker (2009, S. 578-584) die Problematik der Tabuisierung der Themen Tod und Trauer im chinesischen Kulturraum. Dieses Problem wird ebenfalls in der westlichen Literatur benannt. Als Beispiel kann die Studie von Chandler (2010, S. 12-13) genannt werden, in der diese Tatsache erläutert wird. Es konnten im Laufe der Recherche weitere Überschneidungen zum Thema Trauer einer Pflegeperson im asiatischen Raum und den westlichen Industriestaaten benannt werden. Die Wichtigkeit von Forschungstätigkeit in Bezug auf die Einstellungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen von Pflegepersonen, die sterbende Patienten und deren Angehörige betreuen, wird auch in Japan und China erkannt. Die Studien von Matsui und Braun (2010, S. 593-598) und Yim Wah, Vico Chung Lim und Wai To (2013, S. 423-431) beschäftigen sich mit diesen Problemen von Pflegepersonen in China und Japan. Die Resultate der beiden Publikationen stimmen mit denen aus dem westlichen Kulturraum überein, es kann also auch hier von übergreifenden Erkenntnissen gesprochen werden.

Der „Lotus-Room“

Ergänzend zu den Einflussfaktoren auf den Trauerprozess einer Pflegeperson nach dem Versterben eines Patienten, soll hier noch ein Ergebnis der Studie von Slayter, Pienarr, Williams, Proctor und Hewitt (2015, S. 2164-2174) Erwähnung finden. Diese Arbeit befasst sich allgemein mit wichtigen Aspekten in Bezug auf den Umgang mit Trauer, sowie der Gestaltung der letzten Lebensstage und deren Auswirkungen auf den Trauerprozess. Aufgrund der Relevanz für den Arbeitsalltag im Akutspital möchte die Autorin eine Studie hervorheben, die sich mit dem Problem der mangelnden Privatsphäre für sterbende Patienten im akuten Setting beschäftigt.

Slatyer et al. (2015, S. 2168-2169) beschreiben mit dem „Lotus Room“ einen Ort, der Ruhe, Privatsphäre, individuelle kulturelle Traditionen und Rituale im Akutkrankenhaus ermöglichen soll. Dieser Raum ermöglicht den Patienten und deren Angehörigen, sich in diesem großen und ruhigen Einzelzimmer sicher und geborgen zu fühlen. Dieser Ort ist absichtlich mit wenig Technologie ausgestattet, da keine kurative Behandlung stattfinden soll, sondern der palliative Ansatz im Vordergrund steht. Aus der Studie geht hervor, dass der „Lotus Room“ sowohl von Patienten, als auch deren Angehörigen und dem Spitalspersonal sehr gut angenommen wird und einen positiven Beitrag auf das Empfinden dieser Personengruppen leistet. Obwohl sich diese Arbeit mit der Trauerarbeit nach dem Versterben des Patienten beschäftigt, ist dieses Angebot für die Autorin auch in diesem Kontext wesentlich, da es einen stark positiven Einfluss auf den Verlauf des Trauerprozesses hat und diesen erleichtern kann.

5 Limitationen

Die Autorin möchte auf einige Limitationen, die die vorliegende Arbeit betreffen, hinweisen. Obwohl die Suche nach Literatur gewissenhaft und umfangreich gehalten wurde, stellt die Autorin keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswahl der verwendeten Suchbegriffe, Datenbanken und Ein- und Ausschlusskriterien wurden von einer Person getroffen. Daraus ergibt sich theoretisch die Möglichkeit, dass Publikationen zum Thema dieser Arbeit unentdeckt blieben. Aufgrund der Bearbeitung überwiegend englischer Literatur können mögliche Übersetzungsfehler nicht ausgeschlossen werden.

In den Studien selbst werden von den Forschern ebenfalls einige Limitationen angeführt. Generell kann gesagt werden, dass entweder das eingeschränkte Setting der Studie oder die Anzahl der Teilnehmer von den Autoren als Limitation beschrieben werden. Als Argument für die oft geringe Anzahl der Befragten wird oft der Aspekt der Interviews genannt, aufgrund derer ein hoher Arbeits- und Zeitaufwand auf Seiten der Forscher gegeben ist (Wilson, 2014, S. 44, Peterson et al., 2010, S. 437 und Shorter & Stayt, 2009, S. 165). In Bezug auf die Teilnehmergruppe wird außerdem erwähnt, dass es eventuell weitere Betroffene gäbe, die aus persönlichen Gründen nicht befragt werden wollen, dadurch ist nicht bekannt, ob es weitere Ansätze für Bewältigung von Trauer gibt (Anderson, 2008, S. 47). In der Studie von Gerow et al. (2009, S. 128) wird erwähnt, dass Pflegepersonen

oft von Erfahrungen berichten, die weit in der Vergangenheit liegen. Die Autoren dieser Studie wollen eventuelle Verzerrungen der Erinnerungen nicht ausschließen.

6 Schlussfolgerungen für die Praxis – Konklusion

Trauer ist in der Pflegepraxis unumgänglich. Die Relevanz des Themas kann auch an der zunehmenden Forschungstätigkeit erkannt werden. Außerdem empfehlen einige Autoren der Studien weitere Forschung im Bereich der „Selbstpflege“ der Pflegenden in diesem Kontext. Die eigene körperliche und emotionale Gesundheit zu bewahren sollte auch im Pflegeberuf an erster Stelle stehen. Eine Pflegeperson die sich nicht um sich selbst kümmert, ist nicht im Stande, sich um jemand anderen zu kümmern (Canacakis, 2001, S. 544). Dadurch könnte die Auseinandersetzung mit dem Trauerprozess - also die Trauerarbeit - als Pflicht betrachtet werden, da die Pflegenden nur durch den Erhalt der emotionalen Gesundheit imstande sind, ihre Patienten auch weiterhin sorgfältig zu betreuen.

Im Zuge dieser Arbeit konnten einige Methoden zur Bewältigung der eigenen Trauer gefunden werden. Außerdem konnten wichtige Einflussfaktoren auf den Trauerprozess benannt werden. Dieses Wissen kann Pflegenden dabei helfen, Strategien zu erkennen, um mit diesen belastenden Situationen umzugehen. Einige der beschriebenen Möglichkeiten sind sehr einfach umzusetzen, der Austausch unter Kollegen kann dafür als Beispiel genannt werden. Andere Methoden benötigen Zeit und Raum, was oft gerade im akuten Bereich nicht vorhanden ist.

Anderson (2008) widmet sich in seiner Studie der Frage, ob Burnout oder ein Berufswechsel mögliche Folgen von unzureichender Trauerarbeit einer Pflegeperson sein können. Durch die Ergebnisse seiner Forschung wird nochmals deutlich, wie wichtig es ist, sich mit den eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, da Burnout tatsächlich als mögliche Konsequenz von fehlendem Coping erkannt wurde.

Abschließend möchte die Autorin auf die Erkenntnis mehrerer Forscher (Shorter & Stayt, 2010, und Wilson, 2014) eingehen, dass offizielle Unterstützungsangebote der Einrichtungen selten in Anspruch genommen werden. Hier stellt sich die Frage weshalb dies der Fall ist und was geändert werden müsste, um die Hilfsangebote der Krankenanstalten attraktiver zu machen. Die Autorin ist nach der Bearbeitung der Literatur der Meinung, dass die Schaffung geeigneter Räume als Rückzugsort für Trauernde wichtig wäre. Die Anerkennung der Problematik und des Bedarfs an

Unterstützung, der daraus resultiert, wären weitere wichtige Aspekte. Sobald es „normal“ und einfach ist, am Arbeitsort geeignete Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung gesetzt.

7 Literaturverzeichnis

- Anderson, K. (2008). Grief Experiences of CNAs: Relationships with Burnout and Turnover. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (1), 42-49.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). Beurteilungshilfen. Zugriff am 28.02.2017 unter <http://www.medizin.uni-halle.de//index.php?id=572>.
- Bibliografisches Institut GmbH. [duden.de](http://www.duden.de) (2017). Zugriff am 25.03.2017 unter <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/stressor>
- Canacakis, J. (2001). Der unbekannte Trauerbelastungsstress. *Pflege Aktuell*, 10, S. 544-545.
- Chandler, A. (2010). Accommodating Loss. *Phi Kappa Phi Forum*, 90(2), 12-13.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(23/24), 3501-3512. DOI:10.1111/jocn.12602.
- Elis Both, J., Tambara Leite, M., Hildebrandt, L. M., Spies, J., Anacleto da Silva, L. A., & Beuter, M. (2013). The Dying and Death of Elderly hospitalized in perspective of nursing professionals. *Ciencia, Cuidado E Saude*, 12(3), 558-565. DOI:10.4025/cienccuidsaude.v12i3.18302.
- Fässler-Weibl, P. (2001). *Nahe sein in schwerer Zeit*. Freiburg-Schweiz: Topos plus.
- Forster, E., & Haiz, A. (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal Of Palliative Nursing*, 21(6), 294-301.
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal Of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129. DOI:10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x
- Gordon, M. (2013). *Handbuch Pflegediagnosen* (5. Aufl). Bern: Hans Huber.
- Häcker, H., & Stampf, K. H., (Hrsg.). (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. (12. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber

- Holman, C., Meyer, J., & Davenhill, R. (2006). Psychoanalytically informed research in an NHS continuing care unit for older people: exploring and developing staff's work with complex loss and grief. *Journal Of Social Work Practice*, 20(3), 315-328.
- Huang, X., Chang, J., Sun, F., & Ma, W. (2010). Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(15/16), 2280-2290. DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03090.x.
- Huppenbauer, M. (2011). Verlust in der Pflege: Trauern erlaubt. *Die Schwester der Pfleger*, 50(9), 864-867.
- Kast, V. (1982). *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. (2. überarbeitete Auflage). Wien:, Facultas.
- Küchler, T. & Wood-Dauphine S. (2004): *Kritische Würdigung wissenschaftlicher Publikationen basierend auf Saxer, 2003*. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Wien,
- Lammer, K. (2014). *Trauer verstehen: Formen, Erklärungen, Hilfen*. Freiburg: Springer.
- Matsui, M., & Braun, K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(12), 593-598.
- Panfil E-M. (2011), *Methodenpapier - FIT-Nursing Care*. Zugriff am 25.03.2017 unter https://www.fit-care.ch/documents/8165518/0/110615_Methodenpapier_FIT%2BNC_Juni.pdf/a6d68f1c55c9-4d09-982f-b40a374c0b2c
- Parry, M. (2011). Student nurses' experience of their first death in clinical practice. *International Journal Of Palliative Nursing*, 17(9), 448-453.
- Paul, C und Müller, M (2007). *Trauerprozesse verstehen und begleiten. Lehrbuch Palliative Care*, Bern: Huber, 410-424.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., & Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(9), 432-438.

Shorter, M., & Stayt, L. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167. DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x.

Slayter, S., Pienaar, C., Williams, A. M., Proctor, K., & Hewitt, L. (2015). Finding privacy from a public death: a qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(15/16), 2164-2174. DOI:10.1111/jocn.12845.

Smith, E. E. Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B.L., & Loftus, G.R. (2007). In Grabowski, J. (Hrsg.). (2007). Atkinsons und Hilgards Einführung in die Psychologie. (14. Auflage) Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Spencer, L. (1994). How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively?. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1141-1150.

Stangl, W. (2006). *Psychologische Begriffsbestimmungen 2006/7* Zugriff am 21.03.2017 unter <http://psychologie.stangl.eu/definition/Stress.shtml>

Stang, W. (2017). *Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Zugriff am 21.03.2017 unter <http://lexikon.stangl.eu/36/coping/>

Statistik Austria. (2015). *Obduktionen und Sterbeort 2015 nach Todesursachen*. Zugriff am 2.12.2016 unter http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=024245 .

Statistik Austria. (2016). *Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2015-2100 laut Hauptszenario*. Zugriff am 22.12.2016 unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html.

Wied, S. und Warmbrunn, A. (Hrsg.). (2012). *Pschyrembel: Pflege* (3. Aufl.). Berlin: De Gruyter.

Wilson, J. (2014). Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting. *Nursing Standard*, 28(37), 37-45. DOI:10.7748/ns.28.37.37.e7949

Wu, H., & Volker, D. (2009). Living with death and dying: the experience of Taiwanese hospice nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 578-584. DOI:10.1188/09.ONF.578-584.

Yim Wah, M., Vico Chung Lim, C., & Wai To, C. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal Of Palliative Nursing*, 19(9), 423-431.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm	51
----------------------------------	----

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
Tabelle 2: Auszug aus dem Suchprotokoll.....	21
Tabelle 3: Einschätzung der Studien anhand eines Ampelschemas.....	23
Tabelle 4: Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche	26
Tabelle 5: Suchprotokoll.....	49

10 Anhang

10.1 Suchprotokoll

Das Suchprotokoll soll Aufschluss über die Anzahl der gefundenen Studien in den einzelnen Datenbanken geben. Protokolliert werden hier nur wissenschaftliche Artikel. Weiters wird die Zahl der für diese Arbeit relevanten Studien angeführt. Außerdem ist ersichtlich, mit welchen Suchbegriffen, Ein- und Ausschlusskriterien und Operatoren in den einzelnen Datenbanken gesucht wurde.

Tabelle 5: Suchprotokoll

Suchinstrument	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer- anzahl	Anzahl der relevanten Treffer
	Trauer und Trauerarbeit in der Pflege		
CINAHL via EBSCOhost	((MM "Grief+") OR (MH "Complicated Grief") OR (MH "Grief (Omaha)") OR (MM "Death+") OR (MH "Death, Sudden") OR (MH "Death Counseling") OR (MH "Death, Accidental") OR (MH "Death, Sudden, Cardiac")) NOT spirituality NOT perinatal NOT child NOT dementia NOT intellectual disability NOT refugee NOT terrorist attack NOT defibrillator NOT survivor (Limiters - Abstract Available; Published Date: 20060101-20161231; Peer Reviewed; Research Article; Clinical Queries: Therapy - Best Balance, Review - Best Balance, Qualitative - Best Balance; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German)	247	1
	nurse AND coping AND grief Limiters - Full Text; Published Date: 20060101-20171231; Peer Reviewed; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	16	2
	((MH "Behavior and Behavior Mechanisms+")) Abstract Available AND nurse AND death NOT pediatric NOT perinatal NOT euthanasia NOT children Limiters - Published Date: 20060101-20171231; Peer Reviewed; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German	497	4

	((MM "Bereavement+") OR (MH "Personal Loss") OR (MH "Bereavement Support (Saba CCC)/NU")) AND nurse AND death Limiters - Published Date: 20060101-20171231; Peer Reviewed; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA; Age Groups: All Adult; Language: English, German Search modes - Boolean/Phrase	58	2
Bibnet	Nurse AND coping AND death; Limiters: Language: German, English, Availability: Rudolfinerhaus	4	0
	Pflegend* AND gesund* AND Tod; Limiters: Language: German, English, Availability: Rudolfinerhaus	32	0
Medline via EBSCOhost	((MM "Bereavement+") AND (MH "Adaptation, Psychological+")) NOT children Limiters - Date of Publication: 20060101-20171231; Abstract Available; Review Articles; Age Related: All Adult: 19+ years; Language: English, German	13	0
	((MM "Bereavement+") AND (MH "Adaptation, Psychological+")) NOT children AND nurse Limiters - Date of Publication: 20060101-20171231; Abstract Available; Review Articles; Age Related: All Adult: 19+ years; Language: English, German	1	0
	((MM "Bereavement+") AND (MH "Adaptation, Psychological+")) AND nurse NOT mental Limiters - Date of Publication: 20060101-20171231; Abstract Available; Review Articles; Age Related: All Adult: 19+ years; Language: Englisch, German	1	0
	((MM "Bereavement+") AND (MH "Hospice Care")) AND patient death	8	0
	((MM "Grief") OR (MM "Bereavement+")) NOT children Limiters - Date of Publication: 20060101-20171231; Abstract Available; Review Articles; Age Related: All Adult: 19+ years; Language: English, German	37	0

English, German

10.2 Flussdiagramm der Studienselektion

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Prozesses der Studienselektion hat die Autorin ein Flussdiagramm erstellt.

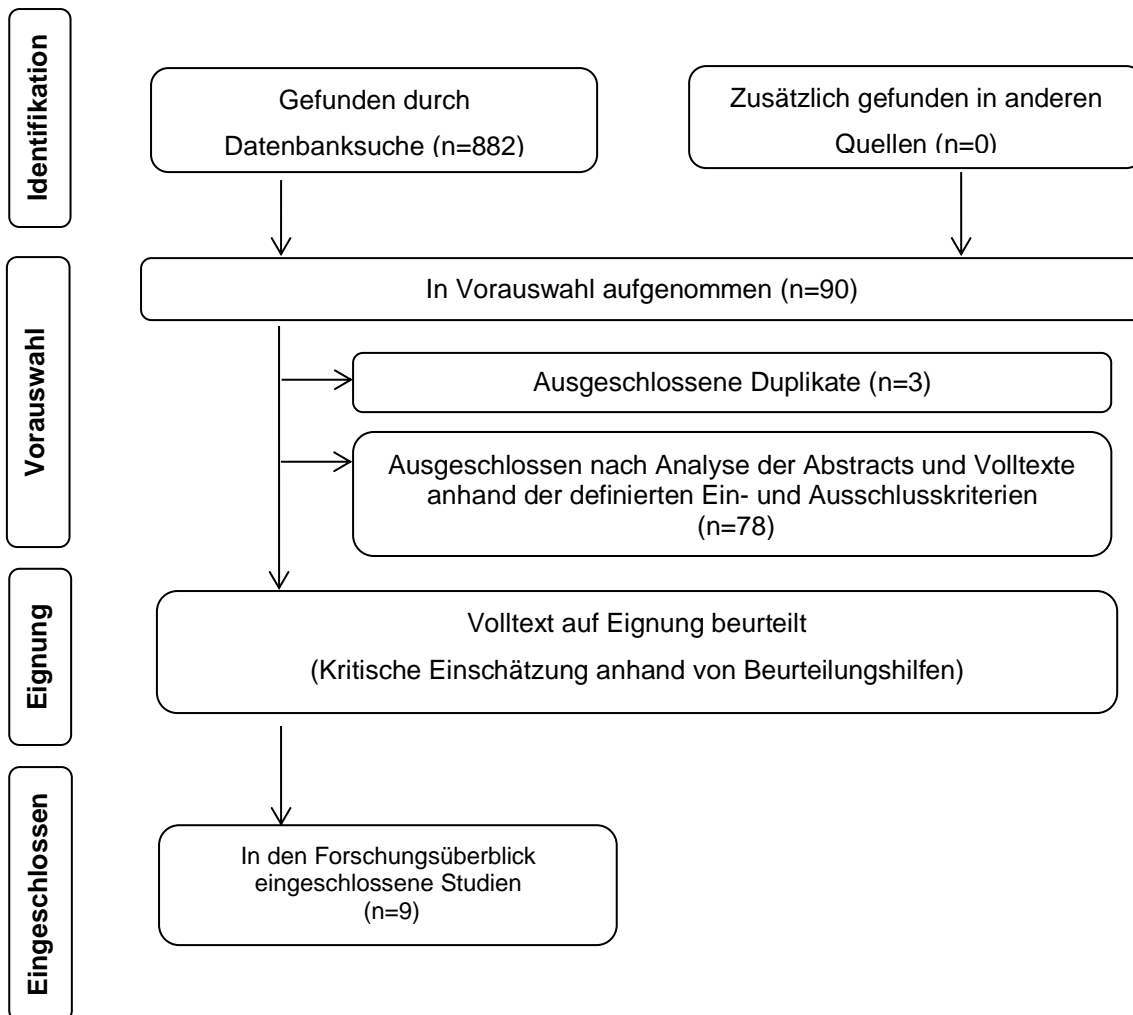


Abbildung 1: Flussdiagramm

10.3 Vollständige Einschätzungsinstrumente der Studien

Im Folgenden können die vollständig ausgefüllten Instrumente zur Einschätzung der Studien eingesehen werden.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death (Gerow, L, Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Williams Domain, E., 2009) Forschungsfrage: .Die erlebten Erfahrung beschreiben die Pflegepersonen im Kontext des Versterbens ihrer Patienten gemacht haben

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Der Zweck der Studie wird deutlich beschrieben
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Qualitative Studie bediente sich semi-strukturierten Interviews und dem phänomenologischen Konzept der „Heidegerschen hermeneutischen Methode“, eine Begründung wird angegeben
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Wird nicht extra angeführt, jedoch finden sich in der Einleitung zahlreiche Literaturzitate
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja, die Auswahl wurde relativ offen gelassen, die Anforderung war, dass es sich um eine Pflegeperson die bereits einmal einen Patienten betreut hat, der verstorben ist
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja, 11 Pflegepersonen haben teilgenommen. Sie kamen aus sehr verschiedenen Bereichen der Pflege. Sie hatten zwischen 3 und 43 Jahren Berufserfahrung und waren zwischen 29 und 61 Jahren alt.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? *Methode der Datensammlung?*
Ja, alle fünf Forscher haben semi-strukturierte Interviews geführt. Der Fokus wurde auf die Wahrnehmung, Erfahrung, Gefühle und Aktionen rund um den Tod eines Patienten gelegt

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? *Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*
Die Analyse erfolgte erst durch Verfolgen der „van Manen´s“ Reihenfolge für deskriptive und interpretative phänomenologische Studien. Nach dem Prozess wurden die Daten mit hermeneutischen Methoden analysiert (durch lesen, interpretieren und reflektieren der Daten). Danach fanden monatliche Treffen der Forscher statt, in denen die Daten reflektiert und überprüft wurden sodass am Ende des Prozesses Themen und spezifische wichtige Passagen aus den Interviews benannt werden konnten.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? *Wenn nein: warum nicht?*
ja

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? *Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*
Ja, sehr ausführlich und gut beschrieben

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? *Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*
Keine Angabe

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? *Ja, die Probleme und die Relevanz die das Thema mit sich bringt werden sehr eingängig dargestellt. Die Empfindungen der Pflegepersonen sind nachvollziehbar aufgearbeitet*

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der *Ja, durch reflektieren der Ergebnisse und umlegen der*

Anwendung?

beschriebenen Situationen auf die eigene Arbeit im Pflegealltag können gewisse Coping Strategien übernommen werden

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

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: . . Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit . (Shorter, M., & Stayt, L. C., 2010) .

Forschungsfrage: Studie über die Erfahrungen und Coping Mechanismen von Pflegepersonen, wenn ein Patient verstirbt

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<small><i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i></small> Forschungsfrage wird keine angegeben, das Ziel ist jedoch klar
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<small><i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i></small> Qualitative Studie mit phänomenologischem Design
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<small><i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i></small> Es wird zwar nicht explizit erwähnt, in der Beschreibung des Hintergrunds der Studie werden jedoch viele Literaturzitate angeführt
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<small><i>Wie erfolgte die Auswahl?</i></small> Ja, es wurden nur Pflegepersonen die auf Intensivstationen arbeiten in die Studie miteinbezogen
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<small><i>Auch die Perspektive des Forschers?</i></small> Das Arbeitsfeld, die Erfahrung und die Ausbildung der Teilnehmer wurden beschrieben. Außerdem wurde erwähnt, dass alle 8 weiblich waren. Weiters werden Ausschlusskriterien angeführt
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<small><i>Methode der Datensammlung?</i></small> ja, die semistrukturierten Interviews wurden von der ersten Autorin geführt.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<small><i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i></small> Mit Colaizzi´s seven step framework
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<small><i>Wenn nein: warum nicht?</i></small> Ja, nach 8 Interviews konnten keine neuen Themen mehr benannt werden

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?
ausführlich und ja
nachvollziehbar?

10. Wurden die Ergebnisse Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?
bestätigt? Wird nicht beschrieben

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? Ja, es gibt eine Empfehlung für die Implementierung in den Pflegealltag

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

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

Kritische Würdigung wissenschaftlicher Publikationen

(basierend auf S. Saxer 03, nach S. Wood-Dauphinee und Th. Kuchler 2004)

Titel: Grief Experiences of CNAs Relationships with Burnout and Turnover
(Anderson, K. A., 2008)

A Art der Studie

Klinische Studie	x
Kohortenstudie	
Fall-Kontroll-Studie	
Querschnittstudie	
Längsschnittstudie	
andere:	

B Einleitung/ Fragestellung

	ja, sehr	eher ja	nein	?
1 Klare Problembeschreibung	x			
2 Angemessene Literaturübersicht	x			
3 Klar definierte Ziele oder Fragestellung	x			
4 Klare Beschreibung der Zielgruppe	x			
Kommentar:				
Die Zielgruppe sind „CNAs“ was Certified Nursing Assistend bedeutet. Die Zielgruppe				

kann trotzdem zu Pflegepersonen gezählt werden.

C Methoden

	ja, sehr	eher ja	nein	?
5 Stichproben repräsentativ für Gesamtkollektiv	x			
6 Einschluss-/ Ausschlusskriterien genau definiert	x			
7 Stichprobengrösse angemessen	x			
8 Geeignete Kontrollgruppe				x
9 Korrekte Gruppenzuweisung				x
10 Ethische Implikationen ausreichend diskutiert	x			
11 Klare Beschreibung der Interventionen	x			
12 Vergleichbare Stärke der Interventionen in Experimental - und Kontrollgruppe				x
13 Compliance beschrieben	x			
14 Hypothesen mit definierten Ergebnisprioritäten	x			
15 Mögliche andere Einflüsse bedacht		x		
16 Ergebnisse bekannt und/oder klar beschrieben	x			
17 Datenerhebung genau	x			

beschrieben				
18 Unbeeinflusste Datenerhebung	x			
19 Datenerhebung in beiden Gruppen gleich				x
20 Zu testende Hypothesen klar definiert	x			
21 Angemessene statistische Analyse	x			
22 Ausgestiegene Studienteilnehmer analysiert				x
<p>Kommentar:</p> <p>In der Studie gab es keine Kontrollgruppe, es wurden Meinungen und Einstellungen mittels Fragebogen erhoben. Der Autor geht sehr genau auf die Datenerhebung und deren Analyse ein</p>				

D Ergebnisse

	ja, sehr	eher ja	nein	?
23 Ergebnisse ausreichend detailliert und korrekt beschrieben	x			
24 Vergleichbarkeit der Baseline dokumentiert				x
25 Intern konsistente Ergebnisse	x			
26 Ergebnisse klinisch bedeutsam	x			
<p>Kommentar:</p>				

Die Ergebnisse werden schlüssig und in Bezug auf die Hypothesen dargelegt

E Diskussion

	ja, sehr	eher ja	nein	?
27 Erwartungen bestätigt		x		
28 Ergebnisse mit anderen Studien verglichen			x	
29 Probleme der Studie beschrieben		x		
30 Ergebnisse klinisch anwendbar	x			
31 Ergebnisse lassen sich generalisieren	x			
32 Vorschläge für zukünftige Studien	x			
Kommentar:				

F Schlussfolgerungen

	ja, sehr	eher ja	nein	?
33 Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse gerechtfertigt	x			
34 Schlussfolgerungen relevant in Bezug auf ursprüngliche Fragestellungen	x			
Kommentar:				

Vorschläge für weitere Studien werden gegeben

G Stärken des Papiers

Die Relevanz des Themas ist sehr deutlich angeführt.

Die Methoden der Datengewinnung und –analyse wird sehr umfangreich und verständlich beschrieben.

Die Hypothesen helfen dabei, die Ideen des Autors nachvollziehen zu können.

Die Ergebnisse sind prägnant und hilfreich dargestellt.

H Schwächen des Papiers

In der Diskussion wird viel wiederholt, was bereits in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben wurde, jedoch wird wenig verglichen und gegenüber gestellt.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:How do nurses in palliative care perceive the concept of self image? (Jeppsson, M.& Thomé, B., 2015) Forschungsfrage: . . .Die Wahrnehmung des Konzeptes eines Selbstbildes in der Palliativpflege erforschen

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<small><i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i></small> Das Ziel wurde prägnant beschrieben, eine Forschungsfrage wurde nicht explizit erwähnt
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<small><i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i></small> Es wurde ein qualitativer Ansatz mit phänomenologischem Design verwendet, da dies die Methode der Wahl ist um Erlebnisse zu erforschen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<small><i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i></small> Eine Literaturrecherche wird nicht erwähnt, jedoch gehen die Forscher in ihrer Einleitung darauf ein, dass es bisher zu dem Thema noch kaum Forschung gibt
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<small><i>Wie erfolgte die Auswahl?</i></small> Ja, es wurden Einschlusskriterien für die Teilnehmer beschrieben
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<small><i>Auch die Perspektive des Forschers?</i></small> Ja, Es wurden 17 erfahrene Palliativpflegepersonen für die Studie interviewet
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<small><i>Methode der Datensammlung?</i></small> Ja, es wurden fünf Palliativeinrichtungen kontaktiert um Teilnehmer zu finden, der Prozess wird genau beschrieben
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<small><i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i></small> Transkription, Suche Gemeinsamkeiten/Überschneidungen in den Antworten, Erstellung von Kategorien, Ziehen von Schlüssen

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?
Wird nicht beschrieben

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?
Ja, Ergebnisse sind gut beschrieben

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?
Ja, in der Diskussion werden Studien erwähnt, die Erkenntnisse bestätigen

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
Ja, die Ergebnisse tragen zu einem besseren Verständnis bei

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?
Es wird empfohlen sich dem Konzept des Selbstbildes bewusster zu sein

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

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: . Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision (Forster, E., & Hafiz, A., 2015)

Forschungsfrage: . Erfahrungen von Unterstützungsmöglichkeiten von Gesundheitsexperten erforschen die sie erhalten, nachdem ein Patient (Kind) verstorben ist

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Das Ziel ist klar beschrieben
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Qualitative Studie mit semistrukturierten Interviews
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Wird nicht extra erwähnt, in der Einleitung sind jedoch viele Literaturzitate zu finden
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja, es wurden Pflegepersonen, Ärzte und Sozialarbeiter einbezogen, die direkt in die Betreuung eines Kindes involviert waren
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja, 2 Ärzte, 6 Pflegepersonen und 2 Sozialarbeiter die auf einer pädiatrischen Intensivstation mit onkologischem Schwerpunkt 7 Patienten mitbetreut haben
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Nicht sehr detailliert, es wird eher auf die TN eingegangen
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Die Interviews wurden transkribiert und mit einer „NVio Version 7 Software“ codiert, die weitere Auswertung fand mithilfe des „Charmaz’s“ Zuganges statt. Das Besondere daran ist, dass der Prozess induktiv, komparativ, interaktiv und iterativ (sich wiederholend)

ist.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?
Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?
Ja

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?
Sie werden teilweise mit Literatur gestützt (z.B. Peer Support)

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
Ja, sie sind sehr nachvollziehbar formuliert

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?
Ja, die persönlichen Coping Strategien könnte man sofort selbst auch anwenden

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

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Psychoanalytically informed research in an NHS continuing care unit for older people: exploring and developing staff's work with complex loss and grief (Holman, C. Meyer, J., & Davenhill R., 2006)

Forschungsfrage: . Psychologogische und soziale Bedürfnisse von Pflegenden benennen, die erfüllt werden müssen um Pflege am Lebensende bieten zu können

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Es wurde keine Forschungsfrage angegeben, das Ziel ist grob in einem Satz beschrieben, es wird aber im Laufe der Arbeit immer wieder ein neues Ziel hinzugefügt
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Es wird keine Design angegeben
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Keine Angabe, es gibt jedoch viele Literaturzitate
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Auswahl der Teilnehmer wurde sehr offen gehalten. Es konnte praktisch jeder an den Gruppen teilnehmen, der an dem Tag als sie stattfanden in der Einrichtung (Arbeitsplatz) war.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Soweit es geht ja, die Teilnehmer die am Häufigsten anwesend waren, sind 13 Pflegepersonen die in der Langzeitpflege tätig sind.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja, es wurden über einen Zeitraum von drei Jahren Teilnehmer observiert (165 Stunden) und reflektierende Arbeitsgruppen gebildet (49). Die Forscher besuchten zum Thema passende Diskussionsgruppen und Supervisionsstunden um den psychoanalytischen Fokus umzusetzen. Diese Sitzungen bildeten eine eigene Datenquelle

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Die Analyse fand in Reflexionsarbeit und Diskussionen mit Fachleuten aus den Bereichen Psychotherapie, Hauskrankenpflegemanagement, Psychiatrische Medizin und Pflegeexperten statt

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Dazu gibt es keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Ja

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Dazu gibt es keine Angabe

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja, man erhält ein Verständnis für Pflegepersonen in der Langzeitpfleg, aber auch für Bewohner und deren Angehörige

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Ja, es wird versucht möglich praxisnahe zu beschreiben

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

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Psychoanalytically informed research in an NHS continuing care unit for older people: exploring and developing staff's work with complex loss and grief (Holman, C. Meyer, J., & Davenhill R., 2006)

Forschungsfrage: . Psychologogische und soziale Bedürfnisse von Pflegenden benennen, die erfüllt werden müssen um Pflege am Lebensende bieten zu können

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Es wurde keine Forschungsfrage angegeben, das Ziel ist grob in einem Satz beschrieben, es wird aber im Laufe der Arbeit immer wieder ein neues Ziel hinzugefügt
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Es wird keine Design angegeben
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Keine Angabe, es gibt jedoch viele Literaturzitate
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Die Auswahl der Teilnehmer wurde sehr offen gehalten. Es konnte praktisch jeder an den Gruppen teilnehmen, der an dem Tag als sie stattfanden in der Einrichtung (Arbeitsplatz) war.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Soweit es geht ja, die Teilnehmer die am Häufigsten anwesend waren, sind 13 Pflegepersonen die in der Langzeitpflege tätig sind.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ja, es wurden über einen Zeitraum von drei Jahren Teilnehmer observiert (165 Stunden) und reflektierende Arbeitsgruppen gebildet (49). Die Forscher besuchten zum Thema passende Diskussionsgruppen und Supervisionsstunden um den psychoanalytischen Fokus umzusetzen. Diese Sitzungen bildeten eine eigene Datenquelle

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Die Analyse fand in Reflexionsarbeit und Diskussionen mit Fachleuten aus den Bereichen Psychotherapie, Hauskrankenpflegemanagement, Psychiatrische Medizin und Pflegeexperten statt

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Dazu gibt es keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Ja

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Dazu gibt es keine Angabe

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja, man erhält ein Verständnis für Pflegepersonen in der Langzeitpfleg, aber auch für Bewohner und deren Angehörige

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Ja, es wird versucht möglich praxisnahe zu beschreiben

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

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: . Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting (Wilson, J. ,2014).
 Forschungsfrage: . . Die Erfahrungen von Pflegepersonen erforschen, die ein Versterben eines
 Patienten im akuten Setting miterlebt haben

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Ziel der Studie ist deutlich beschrieben, eine Forschungsfrage wird nicht erwähnt
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Es ist eine qualitative Studie mit phänomenologischem Design, da die Erfahrungen und Erlebnisse der TeilnehmerInnen im Vordergrund stehen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ja, in CINAHL, Medline und PsychInfo
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja, die Kriterien für die Teilnahme war dass: die TN erfahrene Pflegepersonen sind die im akuten Setting arbeiten und mindestens einmal einen Patienten betreut haben der während dem Aufenthalt verstorben ist
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja, 13 TN, einer männlichen 12 weiblich, 8 diplomierte Pflegepersonen, 5 PflegehelferInnen im Alter von 22-55 Jahren mit 2 bis über 10 Jahren Berufserfahrung in Akutkrankenanstalten mit Schwerpunkt auf respiratorische Erkrankungen
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Die Studie fand von Mai 2010 bis September 2011 statt, die Interviews begannen mit offenen Fragen. TN wurden von Pflegepersonen interviewd, es wird vermutet, dass sie dadurch offener über ihre Erlebnisse sprechen konnten. Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten und fanden in privatem Umfeld statt

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Zwei Stadien: die ersten Interviews wurden transkribiert und wiederkehrende Phrasen herausgefunden. In einem zweiten Interview wurden die TN aufgefordert, die Phrasen nach Relevanz in Gruppen zu sortieren und einen Titel zu finden. Danach fand eine phänomenologische Reflexion statt. Die gefundenen Gruppen wurden von den Forschern im Anschluss überprüft.

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Ja

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Keine Angabe

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja, sie bieten einen sehr guten Einblick in die Problematik und zeigen die Wichtigkeit für Unterstützung der Pflegepersonen auf

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Teilweise, für seine Kollegen „da sein“ ist eine konkrete Anwendungsmöglichkeit

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

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: . Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. (Peterson, J., Johson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pincon, D., 2010). Forschungsfrage: . .Ressourcen die Pflegepersonen im Bewältigungsprozess verwenden, nachdem ein Patient verstorben ist

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Es gibt keine gezielte Forschungsfrage, jedoch wird in einem Satz beschrieben was das Ziel der Studie ist
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Studie mit qualitativem Ansatz, Grounded Theory als Studiendesign, Begründung: es geht vor allem um einen emotionalen Zugang
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Ja
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Ja, TN wurden relativ offen akquiriert, es gab Fragebögen um die TN zu charakterisieren. Auswahl wurde nicht begründet
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Ja, Pflegepersonen und Pflegepersonen in Ausbildung wurden als TN ausgewählt. Insgesamt haben 15 teilgenommen, davon waren 12 Frauen und 3 Männer, das Alter befand sich zwischen 20 und 54 Jahren, Schulbildung und genaue Herkunft werden ebenfalls beschrieben. Berufserfahrung zwischen 7 Monaten und 18 Jahren, alle TN haben Erfahrung mit sterbenden Patienten
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Ungefähr, es fand ein Interview statt, danach wurde über das Internet Kontakt gehalten. TN mussten verschiedene Instrumente ausfüllen um ihre Angst vor dem Tod zu messen.

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Transkription, vergleichen von Transkripten mit online-Umfragen um wichtige Themen herauszufinden, danach wurden sie zu Kategorien zusammengefasst und auf Überlappung geprüft, Kategorien bekamen Codes, zum Schluss wurden Transkripte überarbeitet um Themen und Kategorien sinnvoll zusammen zu bringen

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Wird nicht erwähnt

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

ja

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Darauf wird nicht eingegangen

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

Ja, sie sind sehr anschaulich und hilfreich

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Ja, einige Ergebnisse sind sehr praktisch beschrieben sodass man sie gleich umsetzen könnte

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

10.4 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Bettina Steindl, dass die vorliegende Bachelorarbeit 2 mit dem Titel

**„Ein gesunder Umgang mit der eigenen Trauer nach Versterben eines Patienten:
Bewältigungsmöglichkeiten für Pflegepersonen“**

ausschließlich von mir selbst verfasst wurde und ich diese Arbeit zuvor an keiner anderen Bildungseinrichtung zum Zwecke der Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt habe.

Insbesondere wurden Beiträge anderer Personen entsprechend kenntlich gemacht sowie die in dieser Arbeit verwendeten Daten entsprechend der dargestellten Verfahren gewonnen und richtig wiedergegeben.

Name der/des Studentin/Studenten

Unterschrift der/des Studentin/Studenten

Ort, Datum

Einverständniserklärung Veröffentlichung Bachelorarbeit 2

10.5 Einverständniserklärung

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fachhochschule Wiener Neustadt und der Campus Rudolfinerhaus die elektronische Version meiner Bachelorarbeit archivieren.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit 2, die ich im Rahmen des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Krankenpflege verfasst habe, dem Campus Rudolfinerhaus unentgeltlich zur Veröffentlichung auf der Homepage zur Verfügung zu stellen.
3. Die elektronische Form der Bachelorarbeiten, die einer Sperre unterliegen, ist ausschließlich nur von der Studiengangsleiterin sowie von der Betreuerin/ dem Betreuer der Arbeit innerhalb der Sperrfrist einsehbar. Die angeführten Personen unterliegen einer strikten Geheimhaltungsverpflichtung.
4. Ich bestätige hiermit, dass die Bachelorarbeit von der Begutachterin/vom Begutachter approbiert ist. Die abgelieferte elektronische Fassung stimmt in Form und Inhalt vollständig mit der benoteten und approbierten Fassung überein.
5. Ich versichere, dass sämtliche urheber- und lizenzrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der elektronischen Form der Bachelorarbeit vorab von mir geklärt worden sind. Mit der elektronischen Form meiner Bachelorarbeit werden keine Rechte Dritter verletzt. Die Fachhochschule Wiener Neustadt wird den Zugang zur elektronischen Version der Bachelorarbeit auf ihre Angehörigen bzw. Referentinnen/Referenten, die die Arbeit betreut bzw. begutachtet haben, sowie die jeweiligen Studiengangsleiterinnen beschränken.
6. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden, dass die Fachhochschule Wiener Neustadt und der Campus Rudolfinerhaus keine Haftung für aus technischen Gründen auftretende Fehler irgendwelcher Art übernehmen. Des Weiteren werden von der Fachhochschule Wiener Neustadt und dem Campus Rudolfinerhaus keinerlei Haftung dafür übernommen, wenn die Bachelorarbeit oder Teile davon von dritter Seite unrechtmäßig herunter geladen und verbreitet, verändert oder an anderer Stelle ohne Einwilligung aufgelegt werden.

Unterschrift

Ort, Datum

NACHNAME, Vorname



Bestätigung Entgegennahme Bachelorarbeit 2

10.6 Entgegennahme der Bachelorarbeit 2

(FH-Studiengang 2014-2017)

Es wird bestätigt, dass die Bachelorarbeit 2 abgegeben bzw. entgegen genommen wurde:

Name/StudentIn:

Name/Entgegennehmende/r:

.....
Unterschrift der/des Studierenden

.....
Unterschrift/Entgegennehmende/r:

.....
Ort, Datum: