

**Bachelorarbeit**

# **Umgang Pflegender mit Sterben und Tod**

eingereicht von

Marlene Monika Fitzek

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.<sup>in</sup> Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, am 04.04.2016

## Ehrenwörtliche Erklärung

---

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

04.04.2016

Marlene Fitzek, eh“

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	II
Abkürzungsverzeichnis .....	II
Abstract .....	III
Zusammenfassung .....	IV
1. Einleitung.....	1
1.1 Der Sterbeprozess .....	2
1.2 End-of-Life und Palliativ Care .....	4
1.3 Hospiz .....	4
1.5 Sterbehilfe .....	5
1.6 Trauer .....	6
1.7 Relevanz für die Forschung und die Praxis.....	7
1.8 Forschungsziel und Forschungsfrage .....	8
2. Methodik.....	9
3. Ergebnisse .....	11
3.1 Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experience .....	14
3.2 Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences.....	16
3.3 The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model .....	19
3.4 What is so stressful about caring for dying patient? A qualitative study of nurses' experiences .....	21
3.5 Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying .....	22

3.6 Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death .....	24
3.7 Nurses' experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study .....	27
3.8 Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study .....	29
4. Diskussion .....	32
4.1 Stärken und Limitationen .....	35
4.2 Empfehlungen für die Praxis .....	35
4.3 Empfehlungen für weitere Forschung .....	36
5. Schlussfolgerung .....	37
Literaturverzeichnis .....	38
Anhang .....	V

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart zur Literaturrecherche .....	10
<i>Tabelle 1: Sterbephasenmodell nach Kübler-Ross .....</i>	<i>3</i>
<i>Tabelle 2 Vier-Phasen-Modell der Trauer (Quelle: Angelehnt an die Tabelle von Wagner (2013)) .....</i>	<i>6</i>
<i>Tabelle 3: Überblick zu den acht ausgewählten Studien .....</i>	<i>11</i>

## Abkürzungsverzeichnis

EOL	End-of-life care
WHO	World Health Organisation

## Abstract

---

**Background:** The subject of dying and death is of major importance in the field of nursing, since nursing staff are often exposed to these situations. Many of them may find it difficult to cope with these realities which can subsequently give rise to mental health issues and medical conditions. Especially apprentices or young nursing staff may have difficulties in tackling the matter.

**Objective:** This paper aims at illustrating the experiences of apprentices working in higher positions in the field of healthcare and nursing as well as those of qualified nursing staff regarding the issue of dying and death of adult patients.

**Methodology:** A literature research was conducted in the period between October and November 2015 in Pubmed and Researchgate. Only recent studies, realized in the past 10 years, with a qualitative design in English and German were taken into account. The studies were selected according to relevant titles and abstracts and then critically examined based on a corresponding evaluation sheet.

**Results:** The eight studies taken into consideration provide a very good overview of the nursing staff's experiences regarding dying and death. The results demonstrate that the experiences resemble each other regardless of the cultural background. For instance, the top priority for most of the nursing staff is that deceasing patients are free of pain and that they are in a pleasant and peaceful environment. Furthermore in order to handle death more easily, it is important for the professionals to accept decease as a part of life. Nursing staff benefit from these insights under the professional aspect but likewise under the private one.

**Conclusion:** The first formative experience with a dying person has a bearing on the future professional as well as private life of a caregiver. In conclusion it can be established that much more research work needs to be carried out in this field and that there is room for improvement concerning the first contact with a dying person as well as the preparation for this event.

## Zusammenfassung

---

**Hintergrund:** Das Thema Sterben und Tod ist für die Pflege sehr relevant, da Pflegepersonen oft damit konfrontiert werden, der Umgang damit für viele belastend sein kann und in weiterer Folge zu psychischen Problemen und Erkrankungen führen kann. Besonders für Auszubildende bzw. junges Pflegepersonal kann es sehr schwierig sein mit dieser Thematik umzugehen.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, die Erfahrungen Auszubildender des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und des diplomierten Pflegepersonals in Bezug auf Sterben und Tod erwachsener Patientinnen und Patienten zu erläutern.

**Methodik:** Eine Literaturrecherche wurde im Zeitraum von Oktober bis November 2015 in Pubmed und Researchgate durchgeführt. Es wurden ausschließlich Studien mit qualitativem Design die in englischer und deutscher Sprache verfasst wurden, und nicht älter als zehn Jahre waren, herangezogen. Die Studien wurden anhand eines passenden Titels und Abstracts ausgewählt und mit einem entsprechenden Bewertungsbogen kritisch bewertet.

**Ergebnisse:** Die acht eingeschlossenen Studien geben einen sehr guten Überblick über die Erfahrungen von Krankenpflegepersonal in Bezug auf Sterben und Tod. Es wird deutlich, dass sich unabhängig vom kulturellen Hintergrund die Erfahrungen sehr ähneln. So ist es zum Beispiel für die meisten Pflegepersonen oberste Priorität, dass die sterbenden Patientinnen und Patienten schmerzfrei sind und sich in einer angenehmen und friedlichen Umgebung befinden. Weiters ist es, um mit dem Tod leichter umgehen zu können, essentiell diesen als Teil des Lebens zu akzeptieren. Von diesen Erkenntnissen profitieren die Pflegepersonen nicht nur beruflich, sondern auch privat.

**Schlussfolgerung:** Die erste prägende Erfahrung mit einem Sterbenden, hat Einfluss auf das weitere berufliche, aber auch private Leben einer Pflegeperson. Es wird deutlich, dass in diesem Bereich noch viel Forschung betrieben werden, und der Erstkontakt mit einer sterbenden Person und die Vorbereitung darauf verbessert werden muss.

## 1. Einleitung

---

Das Thema des "Sterbens" und des "Todes" ist eines, das jeden einmal treffen wird und doch ist es in den meisten Kulturen ein tabuisiertes Thema. Die meisten Menschen versuchen diese Gedanken solange zu verdrängen bis es unvermeidbar wird, dabei könnte die frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Tod eine bzw. einen in ihrer bzw. seiner Lebensgestaltung "freier" machen (Pleyer 2012).

Täglich werden Pflegende auf vielen Stationen mit dem Tod konfrontiert. Viele fühlen sich hierbei aber verloren, ängstlich und nicht ausreichend darauf vorbereitet. Sie haben Angst etwas "falsch" zu machen oder nicht die richtigen Worte zu finden. Die ganze Situation kann zu einer enormen psychischen, aber auch physischen Belastung für die Pflegepersonen werden. Eines der Hauptprobleme dabei ist, dass sie bei dem Tod einer Patientin bzw. eines Patienten mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert werden und dieser Umstand für viele ein Problem darstellt (Pleyer 2012).

Damit Mitarbeitende in Pflegebetrieben nach plötzlichem oder erwartetem Tod von Patientinnen und Patienten professionell weiterarbeiten können, müssen sie einen Weg für sich finden, sich von dem Verstorbenen zu verabschieden. Weiters ist es für das Pflegepersonal essentiell Psychohygiene durchzuführen, um einen Ausgleich zu ihrem beruflichen Leben zu finden. Eine Maßnahme, die sie hier ergreifen können, ist die Herstellung einer Work-Life-Balance, mit anderen Worten ein Gleichgewicht zwischen Beruf-, Familien- und Privatleben. Diese Balance wirkt präventiv gegen ein Burn-out-Syndrom. Wichtig ist, dass sich die berufliche von der privaten Tätigkeit komplett unterscheidet. Wenn sie sich zum Beispiel in ihrer Freizeit mit den Nöten und Sorgen von anderen Menschen beschäftigen, werden sie nicht genug Kraft tanken können, um im Beruf voll einsatzfähig zu sein (Nagele, Feichtner 2012).

Als ersten Schritt sollten sie ihre eigenen Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse kennen und verstehen lernen. Nur so können sie feststellen, wann sie etwas belastet und sich Hilfe holen. Mit der Familie, dem Freundeskreis oder dem Team

darüber sprechen zu können, ist ein wesentlicher Teil der Psychohygiene und bietet Entlastung. Es stärkt auch das Team und schafft Vertrauen, wenn Erfahrungen erzählt bzw. geteilt werden können. So kann sich das Team gegenseitig stützen und wachsen (Nagele, Feichtner 2012).

Für Pflegepersonen ist es anfangs sehr schwer das richtige Maß an Nähe und Distanz zu einer Patientin bzw. einem Patienten zu finden. Es wird von ihnen erwartet, dass sie sich sehr gut in die Situation anderer einfühlen können ohne selbst Schaden davon zu tragen. Allerdings kann die mangelnde emotionale Trennung von Patientin bzw. Patienten und ihrem bzw. seinem Schicksal zu einer Vermischung mit dem Leben der Helfenden führen. Sie sind nicht mehr fähig, den nötigen inneren Abstand zu erhalten und nehmen die Probleme und Sorgen mit in ihre Lebenswelten. Der Leidensdruck kann dann für die Pflegeperson zu groß werden und ihre psychische Gesundheit leidet darunter. Ist die Distanz zwischen der pflegenden Person und der Patientin bzw. dem Patienten zu groß, kann es auch passieren, dass dies bei der erkrankten Person ein Gefühl von Gleichgültigkeit, emotionaler Kälte oder des „Nicht-verstanden-werdens“ auslöst. Dadurch kann es zu einem Vertrauensverlust kommen und es könnte daher ein Defizit in der Wachsamkeit gegenüber relevanten Informationen, die die Patientin bzw. der Patient äußern würde, entstehen (Nagele, Feichtner 2012).

### 1.1 Der Sterbeprozess

Der „Beginn des Sterbens“ wird von den verschiedenen Disziplinen unterschiedlich definiert. In der medizinischen Wissenschaft beginnt das Sterben beispielweise dann, wenn die elementaren Körperfunktionen unaufhaltsam versagen und medizinische Maßnahmen keinen Erfolg mehr versprechen. Psychologisch sieht man den Menschen dann als sterbend an, wenn er objektiv vom Tod bedroht wird und er sich dessen bewusst ist (Nagele, Feichtner 2012).

In der Praxis spricht man von der „Terminalphase“, wenn eine Patientin oder ein Patient als sterbend erkannt wird. Diese Phase beschreibt die Zeitspanne von einigen Wochen vor dem Sterben und wird als Zeitpunkt des Beginns des Sterbeprozesses beschrieben. Die Erkrankung ist dann meist soweit fortgeschritten, dass sie bzw. er Pflege benötigen wird. Das Pflegepersonal, das die engste Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten hat, erkennt dies oft als

Erstes. Die Behandlung und Pflege muss ab diesem Zeitpunkt individuell an die Person angepasst werden, da zum Beispiel pflegerische Interventionen nicht mehr bloß das Wohlbefinden, sondern auch Stress und Belastung für sie bzw. ihn bedeuten (Nagele, Feichtner 2012).

Dr. Elisabeth Kübler-Ross veröffentlichte Mitte der 80er-Jahre das Sterbephasenmodell, welches fünf Phasen beschreibt, die von der wechselnden seelischen Verfassung der Sterbenden geprägt sind. Jeder durchlebt diese einzelnen Phasen unterschiedlich, sie können linear, zirkulär oder wiederholend erfahren werden. Es ist auch nicht gesagt, dass die Betroffenen in der letzten Phase der "Zustimmung" versterben. In der Tabelle werden die einzelnen Sterbephasen kurz beschrieben (Nagele, Feichtner 2012).

*Tabelle 1: Sterbephasenmodell nach Kübler-Ross*

<b>Nicht wahrhaben wollen/leugnen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Betroffenen leugnen die Diagnose.</li> <li>• "Nein, ich doch nicht!"</li> <li>• Es kommt zur Verdrängungsreaktion.</li> <li>• Es kann sein, dass die Betroffenen an eine Fehldiagnose glauben.</li> </ul>
<b>Zorn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie sind erfüllt von Wut, Neid und Aggressionen gegen andere, aber auch sich selbst.</li> <li>• "Warum passiert das gerade mir?"</li> </ul>
<b>Verhandeln</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Patientinnen und Patienten wollen durch Verhandeln einen Aufschub (Lebenszeit) erlangen.</li> <li>• Durch besonderes Zutun ihrerseits, versuchen sie etwas "bewirken" zu können.</li> </ul>
<b>Depression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die betroffenen Personen verlieren alles, was ihnen ein sinnerfülltes Dasein bzw. Freude bereitet.</li> <li>• Sie nehmen Abschied - eine tiefe Traurigkeit wird ausgelöst.</li> </ul>

---

**Zustimmung**

---

- Der eigene Tod wird akzeptiert.
- 

## 1.2 End-of-Life und Palliativ Care

End-of-Life (EOL) Care und Palliativ Care werden oft als Synonym für einander verwendet, allerdings ist die EOL Care ein Teil der Palliativ Care (Kuebler, Heidrich 2005). Sie ist eine Disziplin, die sich auf das Sterben des Menschen spezialisiert hat. Diese wurde 2002 laut WHO folgendermaßen definiert: *'Palliative Care ist ein Ansatz zu Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung und sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art'* (Husebö & Klaschik, 2009, zit. in Nagele, Feichtner 2012, S. 16). Kurz zusammengefasst bedeutet es, dass den Menschen in ihrer letzten Lebensphase eine bestmögliche Lebensqualität geboten werden soll und sowohl die sterbenden Personen als auch deren Angehörige eine individuelle Zuwendung und Unterstützung erfahren sollen. Schon lange geht es nicht mehr nur um onkologische Patientinnen und Patienten, sondern um alle Menschen, die keine Heilungschancen mehr haben, unabhängig vom Lebensalter: vom Früh- und Neugeborenen bis hin zum älteren Menschen (Nagele, Feichtner 2012).

Mit der Palliative Care beginnt man dann, wenn nicht mehr die Heilung bzw. eine Verbesserung das Behandlungsziel ist (kurativ), sondern wenn die Erhaltung der Lebensqualität und des Wohlbefindens im Zentrum steht (palliativ). Es orientieren sich alle Maßnahmen nach dem aktuellen Stand der Patientin bzw. des Patienten und man geht individuell auf deren Bedürfnisse ein. Charakteristisch für die Palliativpflege ist es, die Angehörigen mit einzubeziehen um den Sterbenden eine Stabilität bieten zu können (Nagele, Feichtner 2012).

## 1.3 Hospiz

In einem Hospiz gibt es für unheilbar kranke Menschen und deren Angehörige eine umfassende Begleitung und Betreuung in der Endphase ihres Lebens. Hier wird auch im speziellen den psychischen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen

der Sterbenden und deren Familien Rechnung getragen. Schon 1967 wurde in London das St. Christopher's Hospice von Cicely Saunders gegründet. Es wurde schon bald weltbekannt, da hier die Prinzipien der Hospizbewegung gelebt und gelehrt wurden. Diese verbreiteten sich weltweit und viele Länder folgten diesem Beispiel. In Österreich wurde im September 1992 die erste Hospizstation (St. Raphael) zuerst als Teilstation und im Juli 1993 als eigenständige Station in Wien eröffnet. Im Vorfeld versuchte man in Österreich ab den 70iger Jahren das Thema der "Palliativpflege" und des "Hospiz" den Menschen näher zu bringen und die Öffentlichkeit darüber aufzuklären (Höfler 2001).

Um den Menschen bis zum Schluss ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen wurden Prinzipien der Hospizbewegung definiert. Es sollte eine ganzheitliche und liebevolle Betreuung der Sterbenden und ihrer Angehörigen stattfinden. Weiters sollte vor allem in Bezug auf die Schmerzlinderung eine optimale medizinische Versorgung gewährleistet sein. Die Sterbenden sollten immer die Möglichkeit haben in ein Hospiz aufgenommen zu werden, unabhängig von deren finanziellen Lage. Die Betreuung soll interdisziplinär und unter Kooperation mit anderen bestehenden Institutionen bestmöglich erfolgen. Ein weiterer wesentlicher Punkt der Hospizbewegung ist, dass die "aktive" Sterbehilfe, aber auch die künstliche Verlängerung des Sterbens abgelehnt wird. Das Ziel der Behandlung ist es, die Lebensqualität der Sterbenden zu verbessern (Simon-Jödicke 2011).

### 1.5 Sterbehilfe

Mit der technischen Entwicklung ist es der Medizin nun möglich das Sterben durch verschiedenste Behandlungen hinauszuzögern. Expertinnen und Experten argumentieren damit, dass nicht ganz klar ist, ob der Patientin bzw. dem Patienten damit nicht mehr Schaden als Nutzen zugefügt wird. Vor allem Pflegepersonen hören oft den Wunsch, dass Sterbende das Leben beenden wollen. Der Sterbewunsch tritt meistens in einer depressiven Phase der Patientin bzw. des Patienten auf, wenn deren Lage als hoffnungslos beurteilt wird. Man unterscheidet in der Sterbehilfe zwischen drei Gruppen „Therapierückzug“, „assistierter Suizid“ und „Euthanasie“ (Nagele, Feichtner 2012).

- Wenn die Krankheit bei aussichtsloser Prognose einen unumkehrbar tödlichen Verlauf genommen hat und der Tod bevorsteht, kann es zu einem

Therapierückzug kommen, das einen Verzicht/Abbruch auf bestimmter ärztliche Behandlungen oder lebensverlängerte Maßnahmen bedeutet. Die Patientin bzw. der Patient muss diesen Wunsch äußern, oder der mutmaßliche Wille muss deutlich erkennbar sein (Nagele, Feichtner 2012).

- Unter dem assistierten Suizid wird ein aktives und bewusstes (ärztliches) Eingreifen zur Beendigung des Lebens verstanden. Ziel ist es, auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin bzw. des Patienten den schnellen Tod herbeizuführen (Nagele, Feichtner 2012).
- Euthanasie bedeutet, dass das Leben von schwerkranken Personen durch Medikamenteninjektionen in tödlicher Dosierung von einer Ärztin bzw. einem Arzt beendet wird. Es unterscheidet sich hier, dass ohne Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten das Leben aktiv beendet wird (Nagele, Feichtner 2012).

In Österreich ist nur der Therapierückzug gesetzlich erlaubt (Nagele, Feichtner 2012).

## 1.6 Trauer

Der Mensch muss im Laufe seines Lebens von vielem Abschied nehmen, sei es von Menschen, einer Wohnung, einer Stadt, einer Beziehung oder von einem Lebensabschnitt. Diese Tatsache gehört einfach zum Leben dazu. Vermutlich ist der eigene Tod einer der schwersten Abschiede im Leben eines Menschen und somit sind Sterbende auch Trauernde. Wenn Menschen von etwas Abschied nehmen müssen, dann kommt ihr eigenes Gleichgewicht oft durcheinander und sie verspüren einen innerlichen Schmerz. Dieses Gefühl des Verlustes und der Trauer ist vielen Menschen bekannt und jede bzw. jeder reagiert und verarbeitet es auf eine andere Art und Weise. Um jemanden in dieser Zeit bestmöglich unterstützen zu können, kann es hilfreich sein den Trauerprozess zu kennen (Pleyer 2012). 1980 entwickelte der Engländer Bowlby das Vier-Phasen-Modell der Trauer, welches kurz in Tabelle 2 beschrieben wird (Wagner 2013).

*Tabelle 2 Vier-Phasen-Modell der Trauer (Quelle: Angelehnt an die Tabelle von Wagner (2013))*

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>1. Phase der Betäubung</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen fühlen sich betäubt</li> <li>• Dauer: wenige Stunden bis Wochen</li> <li>• extreme Wut wird verspürt</li> </ul> |
|-------------------------------|---|

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• es kann zu emotionalen Ausbrüchen kommen</li> </ul>
<b>2. Sehnsucht und Suche nach der verstorbenen Person</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suche nach der verstorbenen Person</li> <li>• Signale und Zeichen werden gesucht</li> </ul>
<b>3. Phase der Desorganisation und Verzweiflung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unerfüllte Hoffnung auf Rückkehr</li> <li>• Verzweiflung</li> <li>• Neuorientierung in der Gegenwart</li> <li>• Verarbeitung des Verlustes</li> </ul>
<b>4. Phase der Reorganisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanz des Todes</li> <li>• Erkenntnis, dass sich das eigene Leben neu orientieren muss</li> </ul>

### 1.7 Relevanz für die Forschung und die Praxis

In vielen Gesundheitssettings begegnen Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sterbenden Patientinnen bzw. Patienten. Es wird ihnen abverlangt mit dieser Situation kompetent umzugehen. Die Forschung zeigt, dass Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler, genauso wie das diplomierte Personal, Probleme haben mit dem Tod umzugehen und sie sich nicht richtig darauf vorbereitet fühlen (Ek, Westin 2014).

Es gibt bereits sehr viele Studien darüber, wie sich sterbende Personen und deren Angehörige in dieser Situation fühlen und welche Maßnahmen als Pflegeperson ergriffen werden können, um ihnen das Sterben so angenehm wie möglich zu gestalten. Wie pflegende Personen mit dieser Thematik umgehen, ist jedoch nicht nur im deutschen Sprachraum, sondern auch in manch anderen Kulturen nicht ausreichend erforscht worden. Die Sterbebegleitung ist eine sensible und verantwortungsvolle Aufgabe und ist für das Pflegepersonal oft mit einer enormen Kraftanstrengung und belastenden Erfahrung verbunden, daher ist es für die Begleiterinnen und Begleiter wichtig für sich zu sorgen, denn nur so können sie diese herausfordernden Arbeiten gut bewältigen. Durch die wissenschaftliche Forschung ist es möglich, in diesem komplexen und äußerst wichtigen Bereich der Pflegewissenschaft einiges verändern und verbessern zu können.

### 1.8 Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, die Erfahrungen Auszubildender des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und des diplomierten Pflegepersonals in Bezug auf Sterben und Tod erwachsener Menschen zu erläutern.

Hieraus ergibt sich die Frage: "Welche Erfahrungen haben Auszubildende des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und diplomiertes Pflegepersonal im Bezug auf Sterben und Tod bei erwachsenen Menschen?"

## 2. Methodik

---

Um diese Thematik gut bearbeiten und das Forschungsziel beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche im Zeitraum von Oktober bis November 2015 durchgeführt. Das Ziel einer Literaturrecherche ist es, Studien und deren Evidenz kritisch zu beurteilen, um den momentanen Stand einer speziellen Themenstellung zu evaluieren (Polit, Beck 2007). Die Literatursuche ist in der Datenbank "Pubmed" begonnen und anschließend auf der Plattform "Researchgate.net" erweitert worden. Es wurde deutsche und englische Literatur einbezogen und als Filter wurde "Studien die nicht älter als zehn Jahre sind" und "full text" eingegeben.

Einschlusskriterium für die Literaturrecherche war, dass es eine qualitative Studie sein sollte, da detaillierte Erfahrungen der einzelnen Pflegenden relevant waren um die Forschungsfrage beantworten zu können. "Sterbende Kinder" ist ein Ausschlusskriterium, da die Erfahrungen mit sterbenden Kindern und Erwachsenen zu unterschiedlich sind.

In der Datenbank "Pubmed" wurde mit den Schlüsselwörtern "death", "end of life care", "nurs\*", "nursing students", "student nurses", "experience" und "narrative" gearbeitet. Die einzelnen Wörter wurden mit den Booleschen Operatoren AND und OR in unterschiedlichen Kombinationen verbunden.

Im sozialen Netzwerk für Wissenschaftler "Researchgate" wurde der Satz "experience of nurses with death and dying" eingegeben. Die Literaturrecherche ist nachstehend in einem Flowchart veranschaulicht.

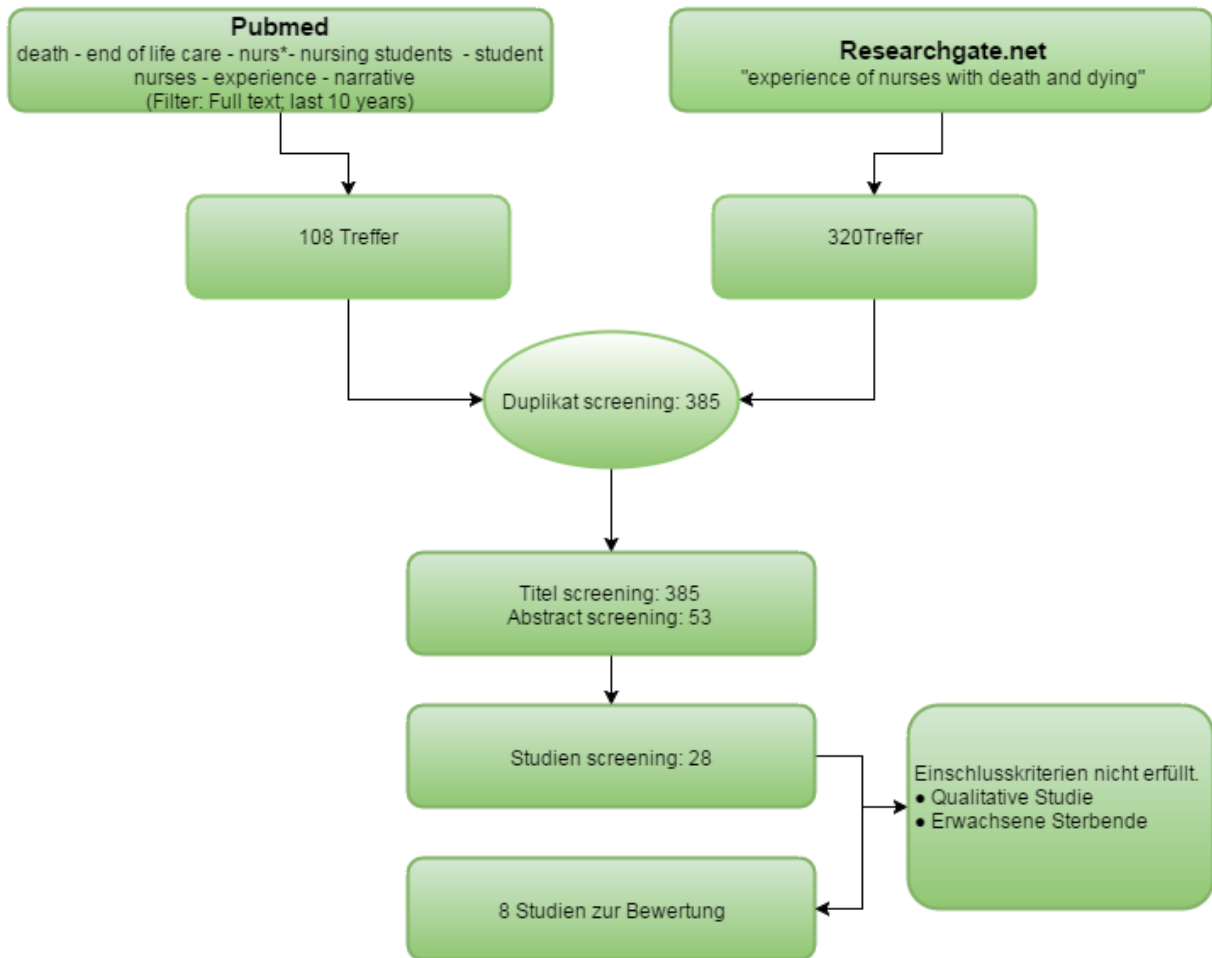


Abbildung 1: Flowchart zur Literaturrecherche

Nachdem ein Duplikat-, Titel- und Abstractscreening durchgeführt wurde, waren noch 28 Studien über, deren Volltexte dann gelesen wurden. Acht dieser Studien wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet.

### 3. Ergebnisse

In der nachfolgenden Tabelle werden die acht Studien, die für diese Bachelorarbeit verwendet wurden, kurz zusammengefasst und werden anschließend einzeln in diesem Kapitel beschrieben.

Tabelle 3: Überblick zu den acht ausgewählten Studien

Autor	Jahr	Titel	Land	Ziel	Design	Hauptergebnis
<b>Ek et al.</b>	2014	Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experience	Schweden	Die Erfahrungen von Krankenschwester-schülerInnen und -schülern im ersten Ausbildungsjahr mit Sterben und End-of-Life Care.	Qualitative - Phänomenologie (n=17)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedanke an den Tod angsteinflößender als die Erfahrung selbst</li> <li>• etwas von sich preisgeben</li> <li>• nicht ausreichend vorbereitet</li> <li>• mit eigenen Gefühlen konfrontiert</li> </ul>
<b>Charalambous-, Kaite</b>	2013	Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences	Zypern	Die Erfahrungen von "Unterstufen"- Krankenschwester-schülerinnen und -schülern, die krebserkrankte Patientinnen bzw. Patienten pflegen.	Qualitative - Interpretative Phänomenologie (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teil des Sterbenden zu sein</li> <li>• mitfühlend sein</li> <li>• mit anderen Gefühlen konfrontiert werden</li> <li>• Selbstreflexion ist wichtig</li> <li>• im System gefangen</li> <li>• um die Angehörigen kümmern</li> <li>• klinische Praxis</li> </ul>

Autor	Jahr	Titel	Land	Ziel	Design	Hauptergebnisse
<b>Edo-Gual et al.</b>	2014	The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model	Spanien	Erfahrungen von Studentinnen bzw. Studenten der Krankenpflegeausbildung, im Bezug auf Sterben und Tod einer Patientin bzw. Patienten, während ihrer Ausbildung.	Qualitativ - Phänomenologie (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswirkung vom Tod</li> <li>• End-of-Life care</li> <li>• Ethik</li> <li>• bewältigen und lernen von gemachten Erfahrungen und daran wachsen</li> </ul>
<b>Johnson et al.</b>	2010a	What is so stressful about caring for dying patient? A qualitative study of nurses' experiences	USA	Die Erfahrungen von Krankenpflegerinnen und -pflegern im Umgang mit sterbenden Patientinnen bzw. Patienten.	Qualitativ - Grounded Theory (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliche Bedenken</li> <li>• Bedenken wegen der Patientin bzw. des Patienten und deren Familie</li> <li>• Kommunikationsprobleme und Ängste</li> </ul>
<b>Johnson et al.</b>	2010b	Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying	USA	Wie schaffen es DGKS mit dem Tod einer Patientin bzw. Patienten umzugehen und wie werden sie dabei unterstützt?	Qualitativ - Grounded Theory (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterben als Teil des Lebens akzeptieren</li> <li>• professionelle Distanz wahren</li> <li>• im Team darüber sprechen</li> <li>• religiöse Hilfe</li> <li>• Hilfe durch die Familie der bzw. des Verstorbenen</li> </ul>

Autor	Jahr	Titel	Land	Ziel	Design	Hauptergebnisse
<b>Anderson et al.</b>	2014	Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death	Neuseeland	Ob prägende Erfahrungen mit Sterbenden das weitere berufliche und private Leben einer Krankenschwester bzw. -pfleger beeinflusst und verändert haben.	Qualitativ - Interpretative Phänomenologie (n=20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr positive als negative Erfahrungen</li> <li>• emotionale Probleme</li> <li>• Erfahrungen teilen</li> <li>• unvorbereitet sein</li> </ul>
<b>Gannon et al.</b>	2010	Nurses' experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study	Irland	Erfahrungen von Krankenpflegerinnen und -pflegern mit dem Gefühl des Verlusts in einem "Pflegeheim".	Qualitativ - Interpretative Phänomenologie (n= 7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterben als Teil des Lebens akzeptieren</li> <li>• Familie</li> <li>• professionelles Verhalten</li> </ul>
<b>Zheng et al.</b>	2014	Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualit. study	China	Erfahrungen von Chinesischen Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern mit der Pflege von sterbenden Krebskranken Patientinnen bzw. Patienten.	Qualitativ - Phänomenologie (n=28)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• End-of-Life- care für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen</li> <li>• kulturelle Sensibilität und Kommunikation</li> <li>• Selbstreflektion</li> <li>• Nutzen daraus ziehen</li> <li>• Selbstlimitation</li> </ul>

### 3.1 Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experience

Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen von Studierenden der Krankenpflegeausbildung in Bezug auf Sterben und Tod einer Patientin bzw. eines Patienten während ihrer Ausbildung zu erforschen (Ek, Westin et al. 2014).

Mittels eines Gelegenheitssamplings rekrutierten die Forscher ihre Partizipantinnen und Partizipanten von drei verschiedenen Universitäten in Schweden. Es wurden alle Schülerinnen und Schüler, die sich am Ende des ersten Ausbildungsjahres befanden, dazu eingeladen an der Studie teilzunehmen (es gab hier noch keine Ausschlusskriterien). Von 245 Studierenden interessierten sich 222 (189 Frauen und 33 Männer) für die Studie und wurden für die erste Studie herangezogen. 30 waren an einem Interview interessiert und am Ende nahmen 17 Studentinnen und Studenten an der Studie teil (im Alter von 20 und 40 Jahren). Mittels eines halbstrukturierten Fragebogens wurden Interviews durchgeführt. Diese wurden aufgezeichnet, auf Schwedisch transkribiert und dann in das Englische übersetzt. Um die Daten analysieren zu können wurde eine thematische Analyse durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in vier verschiedenen Themen unterteilt (Ek, Westin et al. 2014).

#### *1.) Der Gedanke an den Tod ist angsteinflößender als die Erfahrung selbst*

Die Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass ihnen alleine die Vorstellung oft Angst machte den Raum zu betreten, in dem ein Sterbender oder toter Mensch liegt. Sie beschrieben es als eine Begegnung mit dem Ungewissen. Sie wünschten sich solche Erfahrungen so früh wie möglich in ihrer Ausbildung zu machen, um dann später besser darauf vorbereitet zu sein, die eigenen Reaktionen kennen zu lernen und somit Handlungskompetenzen entwickeln zu können. Weiters gaben viele an, dass sie Angst hatten die Kontrolle über sich in dieser Situation zu verlieren und den Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen nicht die Unterstützung bieten können, die sie benötigen. Wenn die meisten dann mit einer toten Person konfrontiert waren, kam es ihnen eher so vor als würde die Patientin bzw. der Patienten nur schlafen und die Situation war nicht annähernd so schlimm wie sie befürchtet hatten (Ek, Westin et al. 2014).

## 2.) *Etwas von sich selbst preisgeben*

Für manche der Partizipantinnen und Partizipanten war die Erfahrung mit einem "sterbenden" Körper in Kontakt zu kommen ein wichtiger Aspekt für ihre weitere Arbeit. Für viele Auszubildende war es essentiell den Patientinnen bzw. Patienten zu zeigen, dass man wirklich "hier und jetzt" für sie da ist. Die Intimität wird als eine positive Erfahrung beschrieben und gab ihnen die Möglichkeit auch etwas von "ihnen selbst" preiszugeben. Hierbei haben ihnen oft simple Sachen wie zum Beispiel das Halten der Hand der Sterbenden bzw. des Sterbenden, genauso viel wie den begleiteten Personen selbst bedeutet (Ek, Westin et al. 2014).

## 3.) *Die Erfahrung mit dem Tod*

Die Auszubildenden gaben an das Gefühl zu haben, dass Freunde und geliebte Menschen während des Sterbeprozesses bei den Sterbenden sein sollten. Wenn dies nicht möglich war, versuchten sie selbst viel Zeit mit den sterbenden Personen zu verbringen. Geling ihnen das nicht, fühlten sie sich selbst schlecht (Ek, Westin et al. 2014).

## 4.) *Mit den eigenen Gefühlen konfrontiert sein*

Die Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, gemischte Gefühle in Bezug auf das Sterben einer Patientin bzw. eines Patienten zu haben. Positive, wenn die Sterbende bzw. der Sterbende keinerlei Schmerzen hatte, sich wohl fühlte und auch ausdrücken konnte, was sie bzw. er wollte und wie sie bzw. er die restliche Lebenszeit verbringen wolle. Schlechte, wenn die Auszubildenden nicht wussten was die Patientin bzw. der Patient wollte, da sie bzw. er es nicht mehr mitteilen konnte und die Studierenden nicht wussten, welche Unterstützungsmaßnahmen hilfreich und sinnvoll waren. Wenn der Mensch dann verstorben war, war es ihnen wichtig den Körper noch einmal zu sehen und zu berühren. Mehrere gaben aber an, dass es ihnen menschenunwürdig vorkam den Körper eines Verstorbenen im Kühlraum liegen zu sehen (Ek, Westin et al. 2014).

### 3.2 Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences

Diese Studie beschäftigte sich mit den ersten Erfahrungen von Krankenschwesternschülerinnen und -schülern, die krebskranke Patientinnen bzw. Patienten in der terminalen Phase pflegten. Die Forschenden wollten ihnen hiermit auch die Möglichkeit geben das Erlebte zu reflektieren und zu verarbeiten (Charalambous, Kait 2013).

Als Bedingung um an der Studie teilnehmen zu können, durften die Auszubildenden noch kein Praktikum auf einer Onkologie, Hämatologie, Pädiatrischen Onkologie oder in einem Hospiz gemacht haben, da die Forschenden mit dieser Studie die ersten Erfahrungen untersuchen wollten. Die Studentinnen und Studenten wurden zwei Stunden lang eingeschult wie sie während ihres Praktikums Tagebücher führen sollten. Zwei Mal innerhalb einer Woche waren offene Einträge zu schreiben, die die Punkte Gefühle, Erkenntnisse, Bedenken, Ängste und erste Erfahrungen mit dem klinischen Setting und der Pflege selbst enthalten sollten. Gewählt wurde diese Methodik um den Einfluss, den die Forschenden bei einem Interview auf die Partizipantinnen und Partizipanten haben, zu minimieren und ihnen die Möglichkeit zu geben auf Punkte näher eingehen zu können, die sie sehr bewegten bzw. beschäftigten. Es gab drei Phasen um die Tagebücher zu analysieren. In der ersten Phase wurden die Bücher von den Forschenden öfters gelesen, untersucht ob alles verstanden worden ist und ob man einen Zusammenhang zu den anderen Eintragungen erkennt. In der zweiten Phase wurde der Text aller Tagebücher kategorisiert. In der letzten Phase wurde der Text als Ganzes wieder zusammengefügt und gelesen. Am Ende hatten sie zwölf Tagebücher, die alle Kriterien erfüllten. Die Ergebnisse wurden in sieben Kategorien mit mehreren Unterkategorien und wörtlichen Zitaten aus den Tagebüchern präsentiert (Charalambous, Kait 2013).

#### 1.) *Teil des Sterbenden zu sein*

Mehrere Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass ihnen die Beziehung zwischen dem Krankenhauspersonal und den Patientinnen bzw. Patienten sehr viel familiärer vorkam als auf anderen Stationen. Sie empfanden das als etwas sehr positives und sahen diese Pflegenden als Vorbilder für andere Stationen an.

Ihnen wurde klar, dass sie durch so ein Verhalten zu einer besseren Pflegekraft werden würden (Charalambous, Kait 2013).

## 2.) *Mitfühlend sein*

Sie gaben gemischte Gefühle in Bezug auf die Patienten bzw. den Patienten an. Einerseits empfanden sie Trauer und Enttäuschung der Situation des sterbenden Menschen gegenüber, andererseits aber auch Bewunderung wie diese mit ihrer Situation umgingen. Ihnen wurde aber klar, dass sie in der Theorie in vielerlei Hinsicht zu wenig darauf vorbereitet wurden (Charalambous, Kait 2013).

## 3.) *Mit anderen konfrontiert werden*

Die Auszubildenden erkannten zwei verschiedene Verhaltensweisen, die sie ihre Vorstellungen und ihre theoretische Ausbildung hinterfragen ließen. Das schloss Krankenpflegepersonal ein, das sich wenig um seine Patientinnen bzw. Patienten gekümmert hat, aber auch andere Personen, die sich besser um die Sterbenden bemüht haben. Die Gruppe der Krankenschwestern bzw. Krankenpflegern, die sich sehr um ihre Patientinnen bzw. Patienten kümmerten, wurden für sie zu Vorbildern bzw. Mentorinnen und Mentoren (Charalambous, Kait 2013).

## 4.) *Selbstreflektierend sein*

Während ihrer Praktika haben die Auszubildenden ihre eigenen Fähigkeiten, ihr Verhalten und ihre Reaktion gegenüber den Patienten evaluieren müssen. Die Mehrheit gab an sich erfüllt zu fühlen, wenn sie eine Aufgabe ausgeführt haben und die Patientin bzw. der Patient ihnen rückmeldete, dass es ihr bzw. ihm gut geht und das sie gut gearbeitet haben. Wenn keine passende Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Schülerinnen bzw. Schülern stattfand, fühlten sich beide Seiten unwohl. Dasselbe Problem trat auf, wenn sie in einer Situation waren in der sie den Tod einer Patientin bzw. Patienten nicht verstanden bzw. akzeptieren konnten (Charalambous, Kait 2013).

## 5.) *"Gefangen" im System zu sein*

Dass die Krankenschwesterschülerinnen bzw. -schüler kein Burnout erleiden und keine zu große emotionale Bindung zu den Patientinnen bzw. Patienten aufbauen sollten, war eine wichtige Lektion, die sie in dem Praktikum lernen mussten. Sie

wussten, dass ihnen eine Befangenheit ihnen selbst schadet (Charalambous, Kait 2013).

#### 6.) *Sich um die Angehörigen kümmern*

Die Reaktionen auf die Diagnose Krebs sind immer unterschiedlich. Die gezeigten Gefühle werden auch von den Angehörigen dann meist wiedergespiegelt. Die Stadien nach Kübler-Ross (1. Nicht wahrhaben wollen, 2. Zorn, 3. Verhandeln, 4. Depression, 5. Zustimmung; Nagele, Feichtner 2012) durchlaufen die Patientinnen bzw. Patienten genauso wie deren Angehörigen. Wie Personen auf die Krankheit eines geliebten Menschen reagieren, unterscheidet sich je nachdem welche Reaktion von der bzw. dem Erkrankten gezeigt wird. Die Angehörigen gaben oft an, dass vom Krankenhauspersonal nicht genügend Aufmerksamkeit dem psychischen Befinden der Patientin bzw. dem Patienten und ihrer bzw. seiner Familie geschenkt wird (Charalambous, Kait 2013).

*"During the day I was upset with the words of a father that he stated that he was tired. At first, I felt disappointed but later on, I figured out that maybe due to the stress and worries for his child's health he had reacted in this manner. Instead of being judgmental, I should have realized that this father and every father in this shoes is in need for my support now more than ever, being there when mostly needed [...]." (B5 2013, Charalambous, Kait 2013, S.8)*

#### 7.) *In der klinischen Praxis*

Die Auszubildenden haben durch die Tagebücher selber herausgefunden welche Probleme sie in der Praxis noch haben und wie sie diese besser verarbeiten können (Charalambous, Kait 2013).

### 3.3 The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model

Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen von Auszubildenden der Krankenpflege in Bezug auf Sterben und Tod im klinischen Alltag aufzuzeigen (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

Mittels eines Gelegenheitssamplings wurden für die Teilnahme an dieser Studie Studentinnen und Studenten von drei verschiedenen Universitäten in Spanien rekrutiert. Es wurden neun halbstrukturierte Interviews, die jeweils 60 - 90 Minuten dauerten, geführt. Diese wurden aufgezeichnet und im Nachhinein transkribiert. Danach erhielten die Partizipantinnen und Partizipanten diese, um sie auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Im Anschluss wurden sie von den Forscherinnen und Forschern nochmals gelesen, zusammengefasst und geclustert, und wieder von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern geprüft. Danach führten die Forscher drei weitere Interviews und da sie keine neuen Informationen erhielten, wussten sie, dass eine Datensättigung erreicht war. Die Ergebnisse wurden in fünf Kategorien mit jeweils mehreren Unterkategorien eingeteilt und präsentiert (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

#### 1.) *Einfluss*

Der Einfluss, den die Erfahrung mit einer sterbenden Patientin bzw. Patienten auf den Auszubildenden hat, ist enorm. Es wurde als ein Erlebnis, welches niemals vergessen wurde und sich ins Gedächtnis geprägt hat, beschrieben. Ebenso gaben viele an, dass sie das Gesicht und den leblosen Körper dieser Verstorbenen bzw. des Verstorbenen immer noch vor Augen hatten. Alle Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer dieser Studie gaben an, dass sie oft den Eindruck hatten nicht darüber reden zu können (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

#### 2.) *Training in End-of-Life*

Alle Studentinnen und Studenten haben angegeben, dass sie nicht wissen was sie zu den Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen sagen sollten. Sie wünschten sich in dieser Hinsicht eine bessere Ausbildung. Ihnen war oft nicht klar, was nun der Unterschied zwischen palliativer Sedierung und Euthanasie war

und auch hier wollten sie ein besseres Hintergrundwissen (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

### 3.) *Ethischer Einfluss*

Viele der Auszubildenden sagten, dass es ihnen wichtig war die Würde des Menschen selbst nach dessen Tod zu wahren. Ihnen war auch wichtig, dass der Glaube und die Religion einer jeden Patientin bzw. Patienten und deren Familien respektiert wurden, und soweit es möglich war religiösen Ritualen Raum zu geben. Sie definierten auch einen "guten" und einen "schlechten" Tod. Unter einem Guten gaben sie an, dass die Patientinnen bzw. die Patienten keinerlei Schmerzen hatten, sich nicht alleine fühlten und in Frieden und im Reinen mit sich und ihren bzw. seinen Liebsten waren. Unter einem Schlechten, dass sie Schmerzen hatten, gestresst waren, sich alleine fühlten und "Dinge" noch ungeklärt waren (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

### 4.) *Bewältigung*

Für alle Partizipantinnen und Partizipanten war es hilfreich und wichtig den Tod als Teil des Lebens zu akzeptieren. Mit dieser Erkenntnis ging es ihnen allen besser und sie genossen ihr eigenes Leben dann viel mehr. Es war wichtig für sie jemanden zu haben mit dem sie über den Tod einer Patientin bzw. eines Patienten sprechen konnten um selbst damit abschließen zu können. Ihnen half es auch, wenn sie zum Zeitpunkt des Ablebens einer Person anwesend waren (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

### 5.) *Lernen und Wachsen*

Mit dem Tod zurecht zu kommen empfanden alle als einen hilfreichen Lernprozess um das eigene Leben besser schätzen können. Es war auch eine Chance durch den Sterbeprozess einer Patientin bzw. Patienten ihre bzw. seine beruflichen Kompetenzen zu erweitern, aber auch um Strategien für sich selbst zu finden, um mit der eigenen Endlichkeit besser umgehen zu können. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass die erste Begegnung mit dem Tod einen enormen Einfluss auf die Auszubildenden hat (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014).

### 3.4 What is so stressful about caring for dying patient? A qualitative study of nurses' experiences

Die Studie teilte sich in drei Interessensgebiete auf, aus der dann letztlich drei gesonderte Studien hervorgingen. In der ersten Studie ging es darum, ob die Teilnehmenden ausreichend auf den Pflegealltag vorbereitet werden, in dem sie mit sterbenden Menschen zu tun haben. Die weiteren zwei Studienteile werden unter 3.4 und 3.5 erläutert. Das Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, welche Ressourcen Angehörige der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege brauchen, um besser mit dem Sterben umgehen zu können, mit dem sie in ihrem beruflichen Alltag ständig konfrontiert sind (Peterson, Johnson et al. 2010).

Mittels eines Schneeballsamplings wurden 15 Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpfleger und Auszubildende für diese Studie rekrutiert. Es wurden halbstrukturierte Interviews mit den Partizipantinnen und Partizipanten geführt, diese wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Niederschriften wurden in Themen geteilt und untereinander auf Ähnlichkeiten, aber auch auf Differenzen verglichen. Mit diesen Grundlagen wurden weitere Interviews geführt, bis man keine neuen Informationen mehr erhielt. Als die Forscherinnen und Forscher alle Erfahrungsberichte hatten, haben sie diese erneut geclustert. Die Ergebnisse wurden in drei größere Themenbereiche zusammengefasst (Peterson, Johnson et al. 2010).

#### 1.) *Persönliche Bedenken*

Den Partizipantinnen und Partizipanten war es wichtig genügend Zeit und adäquate Pflege den Sterbenden und deren Angehörigen bieten zu können. Sie deuteten an, Angst vor der Pflege einer sterbenden Patientin bzw. eines Patienten zu haben. Eine Befürchtung war, dass die Pflegenden glaubten den Sterbenden nicht die beste Pflege zukommen lassen zu können, wenn sie selber noch eher unerfahren auf diesem Gebiet waren. Andere meinten, dass sie oft nicht wüssten was sie zu ihr bzw. ihm und deren Familienangehörigen sagen sollten und nicht die richtigen Worte fanden. Ein weiterer oft erwähnter Punkt war, dass es schwierig für sie sei, genügend emotionalen Abstand zu einer Sterbenden bzw. einem Sterbenden zu halten (Peterson, Johnson et al. 2010).

### *2.) Bedenken wegen der Patientin bzw. des Patienten*

Ein Gedanke, den alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten, war, dass die sterbende Patientin bzw. der Patient sich wohlfühlen sollte. Sie wollten alles getan haben, was im Rahmen ihrer Möglichkeiten war. Unvorbereitet fühlten sich viele, wenn die Patientinnen und Patienten die Informationen der Ärztin bzw. des Arztes nicht verstanden hatten und Fragen an die Pflegekräfte richteten. Es war ihnen aber sehr wichtig, dass alle Fragen, die noch offen waren, geklärt wurden und dass die Sterbenden jemanden hatten mit dem sie offen reden konnten (Peterson, Johnson et al. 2010).

### *3.) Bedenken wegen der Familie*

Für die Pflegenden war es auch immer wichtig sich um die Bedürfnisse der Familien der Sterbenden bzw. des Sterbenden zu kümmern. Meistens, wenn die Forscher sie nach ihren Erinnerungen an Momente mit sterbenden Patientinnen bzw. Patienten fragten, lag der Fokus auf Situationen mit deren Familien. Sie fühlten sehr mit den Familienmitgliedern mit und wollten sie dabei unterstützen den Tod der geliebten Person zu verarbeiten. Die Partizipantinnen und Partizipanten erzählten, dass sie manchmal auch als Mediatorinnen und Mediatoren zwischen den Angehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten fungieren mussten. Aber das wichtigste für sie war, dass der Wille der bzw. des Sterbenden Gehör fand (Peterson, Johnson et al. 2010).

### 3.5 Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying

Diese Studie gehört zu der oben genannten und bildet den dritten Teil. Hier liegt der Fokus auf der Unterstützung, die Personen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes einholen, wenn Patientinnen und Patienten versterben (Peterson, Johnson et al. 2010).

Die Partizipantinnen und Partizipanten, Rekrutierungsverfahren, Methodik inklusive der Analyse ist dieselbe wie in der oben bereits erläuterten Studie. Die

Ergebnisse wurden ebenfalls in drei Kategorien mit Unterkategorien eingeteilt (Peterson, Johnson et al. 2010).

### 1.) *Innere Bedenken*

Manche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, den Tod eines Menschen leichter verarbeiten zu können, wenn man akzeptierte, dass der Tod Teil des Lebens sei. In manchen Fällen tröstete es die Pflegepersonen, wenn sie nach dem Tod der Patientinnen bzw. Patienten nachdachten, ob sie etwas anders machen hätten können. Manchmal half es ihnen auch den Tod dieses Menschen als Erlösung für ihn zu sehen um damit besser abschließen zu können (Peterson, Johnson et al. 2010).

### 2.) *Sich auf die professionelle Distanz verlassen*

Einige der Partizipantinnen und Partizipanten vertrauten darauf, dass ihnen der Umgang bzw. der Tod bei genügender Distanz zur sterbenden Patientin bzw. Patienten leichter fiel. Sie könnten sich dadurch schneller und leichter auf neue Patientinnen bzw. Patienten konzentrieren. Es dauerte lange bis diese erfahrenen Pflegepersonen es geschafft hatten, sich nicht zu sehr auf die Sterbenden einzulassen (Peterson, Johnson et al. 2010).

### 3.) *Externe Ressourcen*

Die beste Strategie, um mit dem Tod klarzukommen war, Unterstützung und Rat bei den Kolleginnen und Kollegen einzuholen. Manche fanden es leichter mit jemanden darüber reden zu können, der dieselben Patientinnen bzw. Patienten betreut hat, für andere war es besser mit der erfahrensten Pflegeperson darüber sprechen zu können. Für manche war es auch hilfreich mit dem religiösen Beistand des Krankenhauses zu kommunizieren. Der Gedanke, dass die Patientinnen bzw. Patienten nun in einem Himmel sind und es ihnen dort gut geht, war hilfreich für sie. Zur besseren Verarbeitung des Erlebten hielten ein Teil der Partizipantinnen und Partizipanten eine Zeit lang noch Kontakt mit der Familie der Verstorbenen bzw. des Verstorbenen (Peterson, Johnson et al. 2010).

### 3.6 Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death

Diese Studie hatte mehrere Ziele. Eines war herauszufinden, ob prägende Erfahrungen mit Sterbenden das weitere Leben, beruflich und privat, einer Krankenpflegerin bzw. Krankenpfleger beeinflussen. Ein anderes Ziel war es, wie Pflegepersonen mit Sterbeerfahrungen umgehen und, sie bewältigen können und ob sie damit auch positive Erinnerungen verbinden. Weiters, ob sie sich für diese Situation ausreichend vorbereitet gefühlt haben (Anderson, Kent et al. 2014).

Diese Studie ist in zwei Phasen aufgeteilt worden. In der ersten wurde online Kontakt mit 174 Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, die zu dieser Zeit in einer größeren Metropole in Neuseeland gearbeitet haben, aufgenommen. Sie mussten online fünf Fragen beantworten und wurden dann zu einem Interview eingeladen, sofern alle Kriterien erfüllt wurden. Es wurden nur Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, die an der Auckland University in Neuseeland studiert haben, miteinbezogen. Die Interviews fanden von Juli bis September 2008 in einem privaten Setting statt. Es wurden halbstrukturierte face-to-face Interviews durchgeführt. Nach zwanzig Interviews kamen die Forschenden zu keinen neuen Erkenntnissen und somit wurde die Datensättigung erreicht. Die Interviews wurden aufgezeichnet und man transkribierte sie dann komplett - mit allen Pausen, Ausdrücken der Gefühle usw. Die Ergebnisse wurden in sieben Kategorien unterteilt (Anderson, Kent et al. 2014).

#### 1.) *Ereignis/ Bedeutung*

Die meisten Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass die erste Erfahrung mit einer bzw. einem Sterbenden ein einschneidendes Ereignis in ihrem beruflichen und privaten Leben war. Sie konnten sich diese Situation lebhaft ins Gedächtnis rufen - ihre Gedanken, Gefühle, aber auch den Namen, das Alter und die Erkrankung der Patientin bzw. des Patienten. Die Erinnerungen kamen ihnen immer wieder, wenn sie neue Patientinnen bzw. Patienten mit derselben Diagnose auf die Station bekamen. Die positiven oder negativen ersten Erfahrungen mit Sterbenden hatten direkten Einfluss auf die berufliche Laufbahn der Pflegekräfte. Manche wurden während dem Interview sehr emotional und erzählten, dass sie nach dieser Erfahrung Schlafstörungen hatten oder sie es in ihren Träumen immer

wieder erlebt haben. Danach mussten manche ihre Arbeitsstelle wechseln, da sie dieses Ereignis nicht verarbeiten konnten (Anderson, Kent et al. 2014).

### *2.) Emotionale Herausforderung*

Mehrere berichteten, dass sie im Nachhinein manches anders gemacht hätten in Bezug auf die Patientinnen und Patienten und dessen Tod. Sie erinnerten sich nicht nur an die Verstorbene bzw. den Verstorbenen, sondern auch wie andere mit deren bzw. dessen Tod umgegangen sind. Eine erfahrenere Krankenpflegerin berichtete, dass das Schwierigste für sie sei, damit klar zu kommen, wie nun die Familie und Angehörigen der Verstorbenen bzw. des Verstorbenen ohne sie bzw. ihm klar kommen sollen (Anderson, Kent et al. 2014).

### *3.) Erfahrungen teilen*

Das war der Punkt, der laut den Forschern am häufigsten angesprochen wurde. Wenn die Pflegepersonen damals jemanden zum Reden hatten, haben sie von dieser Erfahrung profitiert und es hat auch das Team gestärkt. Wenn sie allerdings nicht die Möglichkeit hatten mit jemanden darüber zu sprechen, haben sie emotional gelitten und diese Erfahrung nicht gut verarbeiten können. Mit dem Team dieses Geschehen teilen zu können, wurde von allen als sehr wichtig empfunden (Anderson, Kent et al. 2014).

### *4.) Lernen*

Die Partizipantinnen und Partizipanten fanden diese Erfahrung mit sterbenden Patientinnen bzw. Patienten als etwas, das eine jede Krankenpflegerin bzw. Krankenpfleger einmal erleben und erlernen muss. Sie gaben an, dass es am besten ist, wenn die erste Erfahrung an der Seite einer arrivierten Schwester bzw. einem Pfleger gemacht wird (Anderson, Kent et al. 2014).

### *5.) Sich unvorbereitet fühlen*

Die meisten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sagten, dass sie sich nicht gut genug darauf vorbereitet gefühlt haben und dass dies für Anfängerinnen und Anfänger auf jeden Fall verbessert werden sollte. Partizipantinnen und Partizipanten, die ein Gefühl der Hilflosigkeit verspürten, waren in dieser Situation

schockiert und erlebten diese Situation ähnlich einem traumatischen Ereignis (Anderson, Kent et al. 2014).

*"I didn't know how to put together a Graesby, I'd never done that before, and I felt if I was there then I was going to lose my composure, and I didn't want to do that... I really felt quiet helpless, and unable to do anything, unable to help because of that...I felt unable to give this patient and their family the kind of care and attention that they probably needed at the time. (Tony, new graduate nurse at time of patient death, a few months ago)"* (Anderson, Kent 2014, S. 700).

#### 6.) *Reaktionen auf den Tod*

Viele von ihnen erzählten, dass ihnen durch den Tod einer Patientin bzw. eines Patienten ihre eigene Sterblichkeit bzw. die ihrer Angehörigen bewusst wurde. Ihre Reaktionen darauf waren unterschiedlich, manche machten ein Testament, andere wollten dass ihre Eltern zu einer "Gesundenuntersuchung" gehen (Anderson, Kent et al. 2014).

#### 7.) *Unterstützung finden*

Die meisten haben von ihrer ersten Erfahrung mit einer bzw. einem Sterbenden profitieren können. Die Forschenden hat es gewundert, dass alle so spontan und offen über das Erlebte gesprochen haben und viele der Partizipantinnen und Partizipanten konnten durch dieses Interview das Erlebte besser verarbeiten (Anderson, Kent et al. 2014).

### 3.7 Nurses' experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study

Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrung mit dem Verlust einer Bewohnerin bzw. Bewohners von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern in einem Pflegewohnheim zu beschreiben (Gannon, Dowling 2010).

Mittels eines Gelegenheitssamplings wurden sieben Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, die mindestens seit zwei Jahren in einer öffentlichen Langzeitpflegeeinrichtung in Westirland arbeiteten, rekrutiert. Der Zeitpunkt und Ort für die halbstrukturierten Interviews konnte von den Partizipantinnen und Partizipanten frei gewählt werden. Die Interviews wurden aufgezeichnet und daraufhin wortwörtlich transkribiert. Die Analyse der Daten teilte sich in drei Phasen. In der ersten wurden alle Transkripte Stück für Stück gelesen, danach wurden einzelne Teile in Kategorien unterteilt, bevor die Gruppenanalyse begann. In der letzten Phase versuchten die Forscherinnen eine Zusammenfassung mit den Erfahrungen der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer anzufertigen. Die Ergebnisse wurden in drei Themengebiete eingeteilt (Gannon, Dowling 2010).

#### 1.) *Letzte Lebensphase*

Die Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass es für sie wichtig war, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Würde auch an ihrem Lebensende behielten. Hierfür mussten die Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpfleger die Patientinnen und Patienten sehr gut kennen - manche kannten sie schon seit mehr als 25 Jahren. Nicht nur die Pflegenden, sondern auch die Bewohnerinnen bzw. Bewohner lernten sich besser kennen, bauten eine Beziehung zueinander auf und lernten deren Familie und Freunde kennen. Die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger gaben an, dass sie das Sterben als Teil ihrer Profession akzeptierten, es aber nichtsdestotrotz immer wieder schwierig sei damit umzugehen. In allen Interviews wurde mehrmals betont, dass es ihnen wichtig sei, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in Würde sterben könnten und dass sie wüssten welche Wichtigkeit ihrer Rolle zukomme. Ihnen sei klar, dass der Tod etwas endgültiges sei und dass sie diese Menschen nie mehr wieder sehen würden, aber sie auch niemals vergessen würden. Manche besuchten das Grab

der Verstobenen bzw. des Verstorbenen, andere sprachen im Team über sie bzw. ihn (Gannon, Dowling 2010).

## 2.) *Familie*

In der irischen Kultur sind Familie, Freunde und Nachbarn sehr wichtige Teile im Leben eines Menschen. Die Unterstützung und Präsenz aller dieser, wurde von allen Partizipantinnen und Partizipanten als etwas Essentielles und Positives für die Sterbenden, aber auch als therapeutisch wertvoll für die Angehörigen, gesehen. Für viele bekam das Wort "alleine" eine neue Bedeutung, da einige ihrer Bewohnerinnen und Bewohner keinerlei Angehörigen hatten. Eine Pflegeperson berichtete, dass es sogar vorkam, dass jemand verstarb und es niemanden gab, dem der Tod dieses Menschen mitgeteilt werden konnte. In solchen Momenten bekam sie das Gefühl für die Bewohnerin bzw. Bewohner eine Art Familie zu sein. In einer Pflegeeinrichtung formten alle die dort arbeiteten und lebten eine Gemeinschaft. Die Pflegepersonen hatten stets Schwierigkeiten damit das Ableben einer Person den anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mitzuteilen (Gannon, Dowling 2010).

## 3.) *Professionelle Pflegekraft*

Die Rolle der Pflege wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als eine Sicherstellung der Schmerzfreiheit und des Bewusstseins der Bewohnerinnen und Bewohnern für diese Situation definiert. Weiters war auch eine angemessene Vorbereitung auf den Tod der Sterbenden ein wichtiger Punkt für alle Partizipantinnen und Partizipanten. Dass der Tod zum Teil des Lebens gehört wurde von allen früher oder später akzeptiert. Ein plötzlicher Todesfall konnte jedoch zum schlimmsten Albtraum einer Pflegeperson werden. Solche Fälle brachte Gefühle wie Hilflosigkeit, Nutzlosigkeit und Verzweiflung hervor. Je nachdem wie nahe sie der Bewohnerin bzw. dem Bewohner standen, konnten sie den Verlust besser oder schlechter verarbeiten. Standen die Pflegenden der Person sehr nahe, trauerten sie um diese, als wäre ein Familienmitglied verstorben. Obwohl sie stets um Professionalität bemüht waren, waren sie ihrer menschlichen Unvollkommenheit erlegen und fühlten merkbar mit den Angehörigen mit. Situationen, in denen sie mit dem Tod konfrontiert wurden, wurden von den teilnehmenden Personen als ein allgemein positives Erlebnis

geschildert. Die Partizipantinnen und Partizipanten bemerkten ebenfalls, wie wichtig es war, sich im Team darüber austauschen zu können. Dies wiederum führte zu einer Stärkung des Teamgeists. Weiters gaben sie an, dass es problematisch sei, mit Menschen, die aus einem komplett anderen Setting kommen, zu reden, da sie manche Gefühle und Einstellungen möglicherweise nicht nachvollziehen könnten (Gannon, Dowling 2010).

### 3.8 Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study

Ziel dieser Studie war es, Erfahrungen von chinesischen onkologischen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern im Umgang mit der Pflege von sterbenden Patientinnen und Patienten dazulegen (Zheng, Guo et al. 2014).

Mittels eines Gelegenheitssamplings wurden 28 Pflegende aus einem Krankenhaus in Tianjin (China) eingeladen um an der Studie teilzunehmen. Die Partizipantinnen und Partizipanten nahmen an einem halbstrukturierten Interview teil, welche aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert wurde. Die Ergebnisse wurden in fünf Kategorien eingeteilt (Zheng, Guo et al. 2014).

#### *1.) End-of-Life care für sterbende Krebspatientinnen und -patienten*

Die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger verwendeten in dem Interview selten den Begriff "End-of-Life care", da der Tod in China als Tabuthema gilt. Allerdings pflegten sie ihre Patientinnen und Patienten nach Prinzipien, die ähnlich denen der "End-of-Life care" sind und mit diesen sie ein "angenehmes" Sterben ermöglichen wollten. Es wurde immer wieder erwähnt, dass es ihnen besonders wichtig war, den Sterbenden Schmerzfreiheit zu gewährleisten (Zheng, Guo et al. 2014).

#### *2.) End-of-Life care für Angehörige*

Oft wussten die Angehörigen der Sterbenden nicht wie sie sich auf den Tod des Familienmitgliedes vorbereiten sollten und was sie erwartet. In solchen Situationen gingen die Pflegepersonen sehr auf sie ein und versuchten sie so gut es ging auf

diesen Moment vorzubereiten. Weiters versuchten sie letzte gemeinsame Stunden der Familien und Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die Absichten dahinter waren einerseits Erleichterung der betroffenen Person und andererseits die Möglichkeit der therapeutischen Prävention zur Verarbeitung des Todes der Familienmitglieder (Zheng, Guo et al. 2014).

### *3.) Kultur und Kommunikation*

Das Tabuthema "Tod" erschwerte den Partizipantinnen und Partizipanten oftmals die Kommunikation mit ihren Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Daraus resultiert ebenfalls eine Sensibilität der Pflegeperson gegenüber dem Glauben und der Religion des Sterbenden, was wiederum Einfluss auf den Umgang mit deren bevorstehenden Tod hatte. Wenn sie den Sterbenden mit Respekt, Pflege, Liebe und Güte entgegen kommen konnten wurden sie als Freunde angesehen. Situationen, in denen Ärztinnen bzw. Ärzte und Familien die Patientinnen und Patienten nicht genügend oder gar nicht über die momentane Situation aufklärten, verstörte die Pflegenden sehr. Sie waren der Meinung, dass jede bzw. jeder das Recht dazu haben sollte über die letzten Tage ihres bzw. seines Lebens Bescheid zu wissen um sich Wünsche noch erfüllen und ins Reine kommen zu können (Zheng, Guo et al. 2014).

### *4.) Moralische Bedenken und Selbstlimitation*

Man befragte die Partizipantinnen und Partizipanten welche Gedanken ihnen als erstes in den Sinn kämen, wenn sie erfuhren, dass sie eine sterbende Person in ihrer Schicht hätten. Daraufhin gaben sie eine Abneigung gegenüber Sterbenden in ihrem Dienst, da diese mehr Arbeit für sie bedeutete. Mussten sie eine sterbende Person betreuen, dann versuchten sie ihre Abscheu so gut es ging zu verbergen um ihr eine adäquate Pflege und Betreuung zukommen zu lassen. Es kam immer wieder das Gefühl auf nicht genug getan zu haben, obwohl sie ihr Bestes gaben (Zheng, Guo et al. 2014).

### *5.) Selbstreflektion und Unterstützung finden*

Die Pflegenden gaben auch an, dass sie von den Erfahrungen mit Sterbenden persönlich profitierten, da sie sich dadurch beruflich weiterentwickeln konnten, aber auch ihr eigenes Leben mehr zu schätzen lernten. Wenn man erfahrene

Pflegepersonen mit jüngeren verglichen, kam deutlich zum Vorschein, dass diese mehr Kenntnisse hatten und vertrauter im Umgang mit Sterbenden waren (Zheng, Guo et al. 2014).

## 4. Diskussion

---

Wie wichtig es für diplomiertes Personal ist, sich mit dem Sterben und Tod von Menschen auseinander zu setzen, soll mit dieser Arbeit aufgezeigt werden. Bereits in der Ausbildung sollte ein erhöhter Fokus auf diese Thematik gelegt werden, um die Schülerinnen bzw. Schüler darauf vorzubereiten. Warum es essentiell ist, sich mit dieser Materie auseinander zu setzen, wird in den nächsten Absätzen genauer erläutert.

In sechs der acht Studien, die für diese Arbeit verwendet wurden, ist von den Partizipantinnen und Partizipanten konkret angegeben worden, dass die Schmerzfreiheit der bzw. des Sterbenden das Wichtigste in der Pflege und Betreuung sei (Ek, Westin et al. 2014; Charalambous, Kait 2013; Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014; Peterson, Johnson et al. 2013; Gannon, Dowling 2010; Zheng, Guo et al. 2014). In mehreren Studien gibt es Unterscheidungen zwischen einem "guten" und einem "schlechten" Tod. Die Definitionen fallen dabei ähnlich aus - unter einem Guten, verstehen sie, dass die bzw. der Sterbende keinerlei Schmerzen verspürt, sich wohl fühlt, keine Einsamkeit empfindet und mit sich und seinen Liebsten im Reinen ist. Im besten Fall ist es der Familie möglich zum Zeitpunkt des Todes bei der Patientin bzw. dem Patienten zu sein. Unter einem Schlechten, dass die bzw. der Sterbende Schmerzen hat, sich alleine fühlt, mit seiner Situation noch nicht abgeschlossen hat und noch Dinge geklärt werden müssen. In solchen Momenten haben die Pflegepersonen oft Schwierigkeiten mit dem Tod einer Person abschließen zu können (Ek, Westin et al. 2014; Charalambous, Kait 2013; Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014). Für viele ist es auch unverzichtbar, dass die Würde der Patientinnen und Patienten während der ganzen Zeit bewahrt bleibt (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014; Gannon, Dowling 2010). Selbst wenn die Sterbenden in ihren letzten Augenblicken auf Erden nicht mehr bei Bewusstsein sind, ist es wissenschaftlich erwiesen, dass der Hörsinn bis zum Ende besteht. Deshalb sollen die Angehörigen darauf hingewiesen werden (Pleyer, 2012).

Wie China mit dem Tod als Tabuthema umgeht, ist im Vergleich zu anderen Ländern interessant zu beobachten. Sie handeln und agieren sehr ähnlich wie die Partizipantinnen und Partizipanten in den anderen Studien. Für sie ist es ebenso von Bedeutung, dass die Sterbenden schmerzfrei sind und sie sich wohl fühlen. Die Sterbenden adäquat zu pflegen, wenn diese nicht über ihre eigene Situation aufgeklärt sind, ist sehr schwierig. Die Pflegepersonen geben an, dass in den meisten Fällen die Patientinnen und Patienten trotzdem wussten, dass sie sterben werden. Ihnen fällt es oft schwer den Sterbenden verschweigen zu müssen wie es um sie steht. Deshalb reduzieren sie die Kommunikation oft auf das Minimum (Zheng, Guo et al. 2014). In unserer Gesellschaft ist dieser Umgang mit dem Tod eines Menschen schwer nachvollziehbar, da der Tod und das Sterben in unserem Kulturkreis bereits seit mehreren Jahrzehnten intensiver thematisiert wird.

Bei Edo-Gual und Thomás-Sábado et al. (2014), Anderson, Kent et al. (2014) und Zheng, Guo et al. (2014) wird Bezug auf die erste prägende Erfahrung mit einem Sterbenden genommen, die großen Einfluss auf das weitere berufliche, aber auch private Leben hat. Viele Partizipantinnen und Partizipanten konnten sich auch nach 30 Jahren noch lebhaft an diesen Moment erinnern und wussten noch viele Details über die Verstorbenen und deren Angehörige.

Zur Psychohygiene ist zu sagen, dass aus den Ergebnissen der Studien hervorgeht, dass es für den Großteil der befragten Pflegenden die Unterstützung und Rat des Teams äußerst bedeutungsvoll ist. In den Studien von Anderson, Kent, et al. (2014), Peterson und Johnson et al. (2013), Anderson, Kent et al. (2014) und Gannon, Dowling (2010) wird beschrieben, dass bei einer guten Integration in das Team und durch die Begleitung einer erfahreneren Kollegin oder Kollegen die Partizipantinnen und Partizipanten die erste Erfahrung mit einer bzw. einem Sterbenden leichter fällt und das Erlebnis besser verarbeitet werden kann. Sie konnten mit der Schwester bzw. dem Pfleger im Nachhinein darüber sprechen und profitierten daraus für ihre weitere berufliche Zukunft. Dieser Zusammenhalt stärkt das Team ungemein. Bei Anderson und Kent et. al. (2014) wird beschrieben, dass Menschen, die keine Unterstützung vom Team hatten, emotional sehr darunter litten und lange brauchten um diese Erfahrung zu verarbeiten. Eine weitere effektive Möglichkeit den Tod zu verarbeiten ist es, den Tod als Teil des Lebens zu akzeptieren. Die Pflegenden die dies bereits schafften,

nahmen ihre eigene Sterblichkeit an und genossen dadurch ihr eigenes Leben mehr (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al., 2014; Peterson, Johnson et al. 2013; Anderson, Kent et al. 2014; Gannon, Dowling 2010). Es wurde angegeben, dass es ein langer Lernprozess ist, diese Tatsache zu akzeptieren und es in manchen Fällen trotzdem schwer fällt (Gannon, Dowling 2010). Dies hat oft damit zu tun, wie sehr man sich auf eine Patientin bzw. einem Patienten eingelassen hat. Es ist anzunehmen, dass es dem diplomierten Personal in einer Langzeitpflegeeinrichtung öfters schwieriger fällt sich von einer Bewohnerin bzw. Bewohner zu verabschieden, als denen, die in einer Akuteinrichtung arbeiten. So bauen in einem Pflegewohnheim die Pflegepersonen eine engere Beziehung zu ihren Bewohnerinnen und Bewohnern auf, da sie diese meist über 25 Jahre, wie in der Studie von Gannon, Dowling (2010) beschreibt, betreut. Man sieht diese Menschen täglich, lernt sie richtig kennen und baut ein Vertrauensverhältnis auf. In einer Akuteinrichtung betreut man die Patientinnen und Patienten meistens ein bis zwei Wochen, in dieser Zeit kann keine so emotionale Beziehung entstehen.

Die aufrechterhaltene Distanz zur Patientin bzw. zum Patienten und zu deren bzw. zu dessen Schicksal, dient als Selbstschutz und braucht wiederum Zeit, das richtige Maß an Empathie für die Patientin bzw. den Patienten zu finden (Charalambous, Kait 2013; Peterson, Johnson et al. 2013). Gelingt dies nicht, kann für die bzw. den Sterbenden auch ein Gefühl des "nicht-verstanden-werdens" aufkommen und kann zu Schwächen in der Behandlung führen (Nagele, Feichtner 2012). Vor allem für Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege ist es schwierig die richtige persönliche Distanz zu wahren. Das ist eine Kompetenz, die eine jede bzw. ein jeder erlernen muss (Charalambous, Kait 2013).

In mehreren Studien kam hervor, dass die Auszubildenden sowie das Pflegepersonal sich oft in Situationen des ersten Begegnens mit Patientinnen und Patienten die sich am Lebensende befinden, unvorbereitet und überfordert fühlten. Dieser Thematik betreffend wünschten sie sich zukünftige Veränderungen in der Ausbildung (Charalambous, Kait 2013; Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014; Peterson, Johnson et al. 2013; Anderson, Kent et al. 2014). Bei Gual, Thomás-Sábado et al. (2014) gaben sie an, dass sie gerne eine bessere Vorbereitung in der Kommunikation mit Sterbenden, aber auch mit deren Angehörigen gehabt

hätten und dass sie oft nicht wussten wie sie mit den betroffenen Personen reden sollten.

#### 4.1 Stärken und Limitationen

Diese Arbeit schafft einen guten Überblick über die Erfahrungen Pflegender weltweit und bildet eine Grundlage für weitere Studien zu dieser Thematik. Hier ist allerdings zu bedenken, dass in allen Kulturen mit dem Tod anders umgegangen wird und dass die Ergebnisse dadurch beeinflusst wurden. Die Sprachbarriere stellt eine weitere Limitation dar, da nur Studien die deutsch- oder englischsprachig waren verwendet und alle anderen gleich ausgeschlossen wurden. Es wurden ausschließlich Studien der letzten zehn Jahre miteinbezogen, was eine deutliche Stärke dieser Arbeit bildet.

#### 4.2 Empfehlungen für die Praxis

Dass einiges verändert werden sollte in Bezug auf den ersten Kontakt mit einer sterbenden Patientin bzw. Patienten, geht aus allen Studien hervor. In der Forschung von Ek, Westin et al. (2014) wurde verlangt, dass man den Auszubildenden die Möglichkeit geben sollte einen toten Körper in einem ruhigen und friedlichen Umfeld berühren zu können. Weiters wurde eine Reflexion mit erfahrenen Lehrkörpern und Studienkolleginnen und -kollegen die auch gerade diese Erfahrung gemacht haben, gefordert. Bei Charalambous, Kait (2013) empfehlen sie, dass auf den Stationen Schülermentorinnen und -mentoren sein sollten, die den Auszubildenden während des Ereignisses beistehen, sie genügend darauf vorbereiten und die Situation mit ihnen nachbesprechen sollten. Partizipantinnen und Partizipanten gaben in mehreren Studien an, dass sie oft nicht wussten wie sie mit den Sterbenden und deren Angehörigen kommunizieren sollten und dass sie sich gewünscht hätten in diese Richtung besser ausgebildet worden zu sein. Auch ein besseres Training in der "End-of-Life Care" wird daher empfohlen (Edo-Gual, Thomás-Sábado et al. 2014; Peterson, Johnson et al. 2013; Anderson, Kent et al. 2014; Gannon, Dowling 2010; Zheng, Guo et al. 2014).

### 4.3 Empfehlungen für weitere Forschung

Bei dieser Literaturrecherche ist aufgefallen, dass es keine deutschsprachigen Studien zu dieser konkreten Thematik gibt. Es gibt vor allem sehr viele Studien aus dem asiatischen Raum, die in das Englische übersetzt wurden. Erwähnenswert ist weiters, dass die nordeuropäischen Länder sowie die Länder Spanien und Portugal sich ausführlich mit dieser Themenstellung beschäftigen. Es stellt sich die Frage, warum im deutschsprachigen Raum das Thema Sterben und Tod noch nicht ausreichend bearbeitet worden ist, obwohl die Pflege sehr häufig damit konfrontiert wird?

In Österreich gehört hierzu noch mehr Forschung betrieben. Teils in Langzeiteinrichtungen, da hier die Pflegepersonen Beziehungen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufbauen und ihnen ein Abschied so sehr schwer fallen kann, aber auch in Akuteinrichtungen, da es hier durch den unerwarteten und plötzlichen Tod von Patientinnen und Patienten zu traumatischen Erlebnissen für das Pflegepersonal führen und es in weiterer Folge zu psychischen Problemen oder einem Burnout kommen kann. Durch gezielte Auseinandersetzung mit dieser Themenstellung können präventive und prophylaktische Maßnahmen für die Pflege gesetzt werden.

Aus den meisten hier behandelten Studien geht hervor, dass die Auszubildenden besser auf ihren ersten Kontakt mit einer Sterbenden bzw. einem Sterbenden vorbereitet werden wollten. Zur konkreten Verbesserung der Ausbildung in diesem Bereich ist es wichtig, solche Forschungen auch in Österreich durchzuführen.

Um zu detaillierten Aussagen in Bezug auf die oben erwähnte Fragestellung zu kommen bieten sich qualitative Studien an. Bei diesen Untersuchungen kann ausführlicher auf die Erfahrungen der Partizipantinnen und Partizipanten eingegangen werden. Dies wäre für eine verbesserte Unterstützung des diplomierten Pflegepersonals notwendig. Hiervon würde nicht nur die Pflege profitieren, sondern auch die Sterbenden und deren Angehörigen.

## 5. Schlussfolgerung

---

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Erfahrungen von Auszubildenden des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und des diplomierten Pflegepersonals in Bezug auf Sterben und Tod erwachsener Menschen zu erläutern und vergleichen.

In den unterschiedlichsten Kulturen werden im Pflegebereich ähnliche Erfahrungen mit Sterbenden gemacht. Pflegepersonen können beispielweise besser mit dem Tod einer Patientin bzw. eines Patienten umgehen, wenn sie diesen als Teil des Lebens akzeptieren können. Dahingehend können Pflegenden ihr eigenes Leben besser wertschätzen und genießen. Weiters war das aktive Mitgestalten der letzten Stunden der sterbenden Patientinnen bzw. Patienten durch Herstellung der Schmerzfreiheit und/oder der Gestaltung einer ruhigen und friedlichen Umgebung eine wertvolle Erkenntnis für die Pflegepersonen.

Die Vorbereitung von Auszubildenden und diplomierten Pflegekräften hinsichtlich des Erstkontaktes mit sterbenden Personen und deren weitere Begleitung muss generell verbessert werden, da aus den meisten Studien hervorgeht, dass sich die Auszubildenden, aber auch das diplomierte Pflegepersonal im Rückblick nicht genügend auf diese Situation vorbereitet gefühlt haben.

## Literaturverzeichnis

---

Anderson, N., Kent, B., Glynn Owens, R. 2015, *"Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death"*, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52, pp. 695-704.

Charlalambous, A., Kaite, C. 2013, *"Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences"*, *BMC Health Service Research*, Vol. 13 No.63, pp. 2-13.

Edo-Gual, M., Thomás-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*.

Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., Henoch, I., Hammarlund, K. 2014, *"Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences"*, *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 20 No. 10, pp. 509-515.

Gannon, M., Dowling, M. 2011, *"Nurses experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study"*, *International Journal of Older People Nursing*, Vol. 7, pp. 243-252.

Höfler, A. 2001, *Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit*, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Kursbuch palliative care, Wien.

Kuebler, K., Heidrich, D., Esper P. 2005, *Palliative & End-of-life Care: Clinical Practice Guidelines*, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Saunders Elsevier, USA.

Nagele, S. & Feichtner, A. 2012, *Lehrbuch der Palliativpflege*, 3. vollständig überarbeitete Auflage, Facultas Verlags und Buchhandels AG, Wien.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pincon, D. 2010, "Where do nurse go for help? A qualitative study of coping with death and dyin", *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 16, No. 9, pp. 432-438.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Chang, P., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pinson, D. 2010, "What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences", *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 16, No. 4, pp. 181-187.

Pleyer, C. 2012, *Onkologie*, 1. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München.

Polit, D., Beck, C. 2007, *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, Finding and Critiquing Evidence: Research Literature Review*, 8.vollständig überarbeitete Auflage, Lippincott Williams & Wilki, Philadelphia.

Simon-Jödicke, A. 2011, "Palliativpflege", in Menche, N. (Hrsg.), *Pflege Heute*, 5., vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München.

Wagner, B. 2013, "*Komplizierte Trauer: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*", 1. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Zheng, R., Guo, Q., Dong, F., Owens, R. 2014, "*Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study*", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52, pp. 288-295.



## Anhang

---

### **1.) Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences.**

Ek, K., Westin, L., Pahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., Henoch, I., Hammarlund, K. 2014

#### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Ja er beinhaltet alle relevanten Informationen.
- Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja er reflektiert den Inhalt des Textes sehr gut wieder.

#### **Abstract**

1. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Der Background fehlt im Abstract.
2. Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Ja, kann auch so verstanden werden. Ist vielleicht etwas zu kurz, da die Ergebnisse ja nur kurz angeschnitten werden können ist es ist schon besser den ganzen Text zu lesen.
3. Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein.

#### **Introduction**

4. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle über. Es wird am Anfang im Allgemeinen von der Krankenschwester gesprochen und dann erst auf die Schüler bezug genommen - finde ich gut so. Die Lücke wird nicht direkt erwähnt. Das Forschungsziel ist in einem eigenen Absatz.

5. What is the research problem?

Zu wenig Forschung in diesem Bereich

6. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja es werden mehrere Literaturen indirekt zitiert.

7. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Ja die Mehrheit der Literatur ist nicht älter als 10 Jahre (eine Studie ist aus dem Jahr 2001)

8. Are there definitions mentioned?

Ja die end-of-life care wird am Ende der Einleitung definiert.

9. What are the central concepts?

Das das Thema Tod schwer ist und von einer Krankenschwester erwartet wird, dass sie sich gut um den Patienten kümmert und um die Familie. Bei Schülerinnen und Schüler zeigt sich das sie oft Probleme mit dem Thema Tod haben und sie fühlen sich oft unvorbereitet um sich um einen sterbenden Patienten zu kümmern. Ihnen kommt oft vor, dass ihnen Fähigkeiten fehlen und sie in der Ausbildung nicht gut vorbereitet fühlen. Weiters auch noch, dass sie oft Angst davor haben einen toten Körper zu berühren und nehmen meist Abstand und versuchen nicht in die Nähe zu kommen.

10. What is the research gap?

Das es wichtig ist, um die Ausbildung zu verbessern, die Erfahrungen von KrankenschwesterschülerInnen zu sammeln um sie in Zukunft besser auf sterbende Patienten vorzubereiten und ihnen auch versucht die Angst zu nehmen.

11. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Die Erfahrungen von Krankenschwesterschülerinnen im ersten Ausbildungsjahr mit Tod und der Pflege von Patienten in der end-of-life-care.

## **Methods**

### 12. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Meiner Meinung nach ist alles enthalten was in den Methoden Teil gehört, ist sehr gut gegliedert mit den einzelnen Absätzen. Eventuell hätte man noch näher auf die Datensättigung eingehen können.

### 13. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja kurz wird beschrieben warum die Autoren sich für eine Phänomenologie entschieden haben.

## *Design*

### 14. What is the research approach?

### 15. What is the research design?

Diese Studie ist Teil einer großen Längsstudie - Phänomenologie

### 16. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja das Design ist passend für die Forschungsfrage.

## *Sample*

### 17. What is the sample?

Gelegenheitssampling

### 18. What are the procedures for choosing the sample?

Es wurden alle SchülerInnen Ende des ersten Ausbildungsjahres eingeladen an der Studie teilzunehmen (es gab hier noch keine Ausschlusskriterien). Von 245 Studenten, interessierten sich 222 (189 Frauen und 33 Männer) für die Studie - würden für die erste Studie hergenommen, als man sie dann fragte ob sie an einem Interview noch teilnehmen möchten, waren 30 daran interessiert und am Ende nahmen 17 Studenten an der Studie teil. (waren im Alter von 20-40)

### 19. Where are the participants recruited?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Die Partizipanten wurden von 3 Universitäten aus verschiedenen Universitäten in Schweden rekrutiert.

20. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein.

21. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Meiner Meinung nach ist die Sample Größe ausreichend um die Forschungsfrage zu beantworten.

### *Ethical considerations*

22. Is there an approval of the ethical commission?

Ja das Thema ist sehr heikel und kann starke Gefühle hervorrufen. Die Autoren haben den Partizipanten psychologische Unterstützung angeboten, aber niemand beanspruchte diese. Von der Regional Ethics Committee wurde die Studie untersucht.

23. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja die Zustimmung musste von den Partizipanten mündlich und schriftlich gegeben werden.

### *Setting*

24. What was the setting for data collection?

Drei Universitäten in verschiedenen Städten in Schweden.

25. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja

### *Data collection*

26. What is the data collection method?

Es wurden Interviews geführt während des Jahres, von sechs der Autoren.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

27. Is the data collection method trustworthy?

Ja sie ist Vertrauenswürdig.

28. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja die Datensammlung ist passend für das Forschungsdesign.

29. Does the data collection method bias the results?

Ich gehe nicht davon aus.

30. How are the data recorded?

Die Interviews dauerten circa 25-55 Minuten und wurden ausgezeichnet, dann niedergeschrieben auf Schwedisch und dann ins Englische übersetzt.

### *Data analysis*

31. What methods are used to analyze the data?

Eine "thematische Analyse" - "a search for meaning" (Van Manen, 1997)

Die Interviews wurden mehrere male geprüft.

32. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Ja es wird angegeben welcher Autor welche Aufgabe übernommen hat.

33. Is data saturation reached?

Es wird angegeben das sich die Informationen wiederholt haben.

34. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja.

### **Results**

35. What are the main findings?

Der Gedanke an den Tod ist meist angsteinflößender für die Auszubildenden als die Erfahrung selbst dann wirklich damit ist. Physischen Kontakt mit dem

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Patienten aufzubauen ist meist etwas positives für beide. Sie haben Angst die Kontrolle über sich selbst zu verlieren und dann nicht mehr für den Patienten und deren Angehörige da zu sein. Wie es den Auszubildenden damit gegangen ist die eigenen Gefühle zuzulassen und mit diesen Konfrontiert zu werden.

36. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja sind in 4 Kategorien unterteilt worden. Mir gefällt es sehr gut das direkte Zitate von den Interviews eingebaut sind, so versteht man die einzeln beschriebenen Situationen besser.

37. Are the tables and figures easy to understand?

Nein, sind auch gar nicht notwendig.

38. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja

## **Discussion**

39. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Die Praxistipps fehlen, sonst ist meiner Meinung nach alles enthalten.

40. Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja er vergleicht seine Ergebnisse mit Ergebnisse anderer Studien.

41. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja.

42. Does author give implications for nursing practice?

Nein der Autor führt in diesem Teil keine direkten Empfehlungen für die Praxis an, allerdings im Text werden immer wieder Empfehlungen erwähnt. Am Ende der "Conclusion" werden Empfehlungen ausgesprochen.

43. Does author give implications for further nursing research?

Ja er schreibt, dass in diesem Bereich noch sehr viel Forschung notwendig ist. Vorallem wäre es interessant wie die Erfahrung mit sterbenden Patienten der Auszubildenden im dritten Jahr und nach der Diplomierung ist.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

44. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das wohl Studenten von drei verschiedenen Universitäten aus verschiedenen Städten befragt wurden, allerdings von einer Uni nur ein Student kam und von den anderen beiden viel mehr. Weiters das nur weibliche Auszubildende an der Studie teilgenommen haben und keine männlichen.

45. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das die Autoren eine relativ große Partizipanten gruppe gewählt haben. Das sie psychologische Unterstützung angeboten haben, da dieses Thema einen emotional treffen kann.

### **Reference list**

46. Is there a consistent reference style?

Ja

### **Using research results**

47. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

48. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Ja die Ergebnisse haben auf jeden Fall Vorteile für die Praxis. Sie können herangezogen werden um in der Ausbildung Sachen zu verändern, die Schüler besser darauf vorzubereiten. Eventuell mit ihnen auch ein "Leichenschauhaus" anschauen um einmal einen toten Menschen gesehen zu haben. In vielen der direkten Zitate oder auch der Zusammenfassung der Autoren habe ich eigene Gedanken von mir wiedererkannt die ich auch schon hatte als ich auf einer Station war und es um den Tod eines Patienten ging. Deshalb glaube ich, dass es den meisten ähnlich geht in der Ausbildung und hier etwas verändert gehört.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

## **2.) Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences**

Charlambous, A., Kaite, C. 2013

### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Ja er beinhaltet alle wichtigen Informationen.
- Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja er reflektiert den Inhalt des Textes sehr gut wieder.

### **Abstract**

1. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Alle wichtigen Informationen sind enthalten.
2. Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Ist noch ausbaufähig.
3. Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein, keine Unstimmigkeiten zwischen Abstract und Text.

### **Introduction**

4. What parts can be read out of the introduction? What is missing?  
Am Anfang der Einleitung wird Allgemein über Krebs und den Zusammenhang mit Sterben gesprochen, dann kurz über aktuelles Wissen über das Verhalten von Krankenschwestern im Bezug auf Sterben und Tod.

Allerdings geht der Autor dann sehr detailliert auf 4 andere Studien ein, was meiner Meinung nach so nicht notwendig ist.

Komisch ist auch das mitten in der Einleitung die Forschungslücke erwähnt wird, bzw warum es wichtig ist, dass diese Studie gemacht worden ist und am Ende dann das Forschungsziel erst angeführt wird.

5. What is the research problem?

Zu wenig Forschung in diesem Bereich

6. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Der Beginn ist sehr allgemein gehalten und gibt einen kurzen guten Überblick über den momentanen Stand. Allerdings geht der Autor dann sehr genau auf 4 verschiedene Studien in die ähnlich zu seiner sind, was meiner Meinung nach nicht so genau bzw. dann nicht bei vier verschiedenen notwendig ist.

7. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Ist in der Einleitung teilweise nicht angegeben - wenn es um andere Studien geht. Sonst im Allgemeinen Teil ist die Jahreszahl angegeben und aktuell.

8. Are there definitions mentioned?

Nein es sind keine Definitionen angegeben, aber auch nicht notwendig.

9. What are the central concepts?

-

10. What is the research gap?

Der Autor beschreibt die Forschungslücke hier als eine Erzählung der Erfahrungen in Form von Tagebüchern noch nie vorgekommen ist und die Auszubildenden aber damit die Möglichkeit haben viel mehr ins Detail zu gehen und nicht gestört werden von einem Interviewer bzw. in eine andere Richtung gebracht werden kann.

11. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Das Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen von "unterstufen" KrankenschwesterschülerInnen die face-to-face Kontakt mit Krebskranken Patienten haben, zu erläutern. Sie soll den SchülerInnen beim verstehen und interpretieren ihrer Erfahrungen helfen und auch das die Schüler die Sicht der Patienten verstehen können.

## **Methods**

12. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Wie sie die PartizipatInnen rekrutiert haben fehlt komplett und auch das Setting.

13. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Könnte noch besser beschrieben werden.

## *Design*

14. What is the research approach?

15. What is the research design?

Hermeneutic (interpretativ) Phänomenologie.

16. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja meiner Meinung nach schon, da sie sich sehr genau mit den Erfahrungen der SchülerInnen auseinandersetzen wollen.

## *Sample*

17. What is the sample?

Im 4. Jahr 12 Auszubildende KrankenschwesterschülerInnen die noch kein Praktikum auf der Onkologie, Hämatologie, Pädiatrische Onkologie oder Hospiz gemacht haben.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

18. What are the procedures for choosing the sample?

---

19. Where are the participants recruited?

Ist nicht im Text enthalten

20. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

---

21. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

---

#### *Ethical considerations*

22. Is there an approval of the ethical commission?

Ja von der Cyprus University of Technology wurden die Tagebücher verwahrt und eingesperrt. Und ein Ethik Konsil wurde eingeholt.

23. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja die Partizipanten wurden Aufgeklärt und mussten schriftlich dazu einwilligen.

#### *Setting*

24. What was the setting for data collection?

----

25. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

----

#### *Data collection*

26. What is the data collection method?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Die Studenten wurden 2 Stunden lang eingeschult wie sie die Tagebücher zu führen haben. Die haben zwei mal die Woche Aufzeichnungen machen müssen und das insgesamt sechs Wochen lang - , die die Punkte: Gefühle, Erkenntnis, Bedenken, Ängste und erste Erfahrungen mit dem klinischen Setting und der Pflege selbst, enthalten sollten.

27. Is the data collection method trustworthy?

Ja.

28. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, es ist einmal eine andere Herangehensweise da sonst meistens Interviews mit den Partizipanten geführt werden.

29. Does the data collection method bias the results?

Ja kann die Ergebnisse schon beeinflussen, da man das Geschriebene unterschiedlich und eventuell falsch interpretieren kann.

30. How are the data recorded?

Tagebücher.

### *Data analysis*

31. What methods are used to analyze the data?

Es gab 3 Phasen: in der ersten Phase haben die Forscher die Tagebücher ein paar Mal gelesen und haben schon versucht Verbindungen gedanklich aufzubauen für die zweite Phase. In der zweiten Phase wurden die Texte strukturiert Analysiert - in Kategorien geteilt mit Über- und Unterüberschriften. In der dritten Phase wurden die Texte als ganzes gemeinsam wiederholt.

32. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Da es nur zwei Autoren gibt ist es leicht verständlich das sie beide alles gemacht haben und am Ende darüber gesprochen haben um gemeinsam zu einem Ergebnis zu kommen.

33. Is data saturation reached?

Ja die Datensättigung wurde erreicht - es ist angegeben, dass sie keine neuen Informationen mehr beziehen haben können und somit wurde die Datensättigung erreicht.

34. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja allerdings können die Ergebnisse schon beeinflusst werden, da man das Geschriebene unterschiedlich und eventuell falsch interpretieren kann.

## **Results**

35. What are the main findings?

Die Auszubildende haben auf diesen Stationen nicht das Gefühl als wären es Patienten, sondern eher Familienmitglieder oder Freunde, man baut hier zu den Patienten eine viel engere Beziehung auf und nennt sie beim Namen und nicht bei ihrer "Krankheit". Die Auszubildenden haben gemischte Gefühle gegenüber den Patienten - fühlen sich Schuldig und Enttäuscht gegenüber der Situation der Patienten und das sie eine tödliche Krankheit haben.

Die Auszubildenden akzeptieren oft ihre eigenen Ängste und Vorurteile nicht wenn es um Sterben und den Tod eines Patienten geht.

36. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Naja, sind schon nach Kategorien aufgeteilt, aber die Ergebnisse sind sehr lange und er vergleicht sie immer wieder mit anderen Studien, dass es oft schwer ist ihm zu folgen bzw. zu unterscheiden ob das Ergebnis nun aus einer anderen Studie ist oder aus seiner.

37. Are the tables and figures easy to understand?

Es gibt keine.

38. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja ist damit beantwortet worden. Man wollte die Erfahrungen der Auszubildenden haben und die haben die Autoren sehr gut mit direkten Zitaten dem Leser auch nahe gebracht.

## **Discussion**

39. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Limitationen sind nicht wirklich angeführt. Könnte noch mehr enthalten.

40. Does the author compare his main findings with results from literature?

Er bezieht sich immer wieder auf "Ricoeur" nach dem sie die Methodik gewählt haben. Allerdings vergleicht er im Ergebnisteil sehr viele Ergebnisse anderer Studien mit seinen.

41. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja.

42. Does author give implications for nursing practice?

Ja gibt Praxistipps.

43. Does author give implications for further nursing research?

Ja er sagt, dass es mit "Tagebuchaufzeichnungen" noch weitere Studien geben sollte.

44. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Limitationen ist sogar ein eigener Absatz in dieser Studie, allerdings sind hier nicht wirklich Limitationen angeführt.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ich würde als Limitation bezeichnen, dass das Sampling nie erwähnt wird, auch erst mitten im Methoden Teil wird dann erwähnt wieviele Studenten daran teilgenommen haben. Weiters ist auch nicht angegeben ob es männliche oder weibliche Teilnehmer waren. Alle Informationen zu den Partizipanten fehlen.

45. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das Tagebücher geführt wurden über einen relativ langen Zeitraum, da es sonst meist wirklich immer nur Studien mit Interviews zu diesem Thema gibt.

### **Reference list**

46. Is there a consistent reference style?

Ja.

### **Using research results**

47. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)  
Are those benefits for nursing practice direct or indirect on

Ja haben auf jeden Fall positive Auswirkung auf die Praxis. In der Studie wird noch einmal darauf verwiesen wie wichtig eine "Schülerschwester", "Mentor" auf der Station ist, zu dem die Schüler eine gute Beziehung aufbauen können, um mit ihm auch über die Probleme, schmerzhaft Erfahrungen, Traumen etc. reden zu können. Ich glaube auf vielen Stationen wird die Aufgabe einer Schülerschwester ziemlich unterschätzt und nicht wirklich gut umgesetzt. Weiters ist es auch nicht so schlecht, wenn die Schüler ein Tagebuch führen in ihren Praktika, da sie sich so selbst noch einmal mit eventuell schwierigen Situationen, schmerzhaft Erfahrungen (Tod eines Patienten) auseinander setzten und sie so besser verarbeiten können.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Da auch hier die Schüler wieder angegeben haben, dass es für sie wichtig wäre, wenn sie besser auf den Tod von Patienten bzw. den Umgang damit vorbereitet werden, wäre es sicherlich von Vorteil wenn man hierfür in der Ausbildung andere Wege einschlägt. Viele von ihnen haben Angst etwas falsches zu sagen - gegenüber dem Patient als auch deren Angehörigen. Es sollte versucht werden ihnen die Angst davor zu nehmen.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

### **3.) The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model**

Edo-Gual, M., Thomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., Monforte-Royo, C. 2014,

#### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Könnte noch ausgebaut werden.
- Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja, man weiß gleich um was es geht.

#### **Abstract**

1. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Alle relevanten Informationen sind enthalten
2. Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Ja, ist sehr gut strukturiert und beinhaltet alle relevanten Informationen.
3. Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein.

#### **Introduction**

4. What parts can be read out of the introduction? What is missing?  
Gibt einen guten Überblick. Gibt kurze Passagen von anderen Studien wieder (Ergebnisse) und was mir sehr gut gefallen hat, dass sie Ergebnisse von verschiedenen Kulturen gebracht haben. Es ist sehr interessant, dass es durch die Herkunft und die Kultur Unterschiede gibt wie die Krankenschwesterschüler mit dem Tod umgehen.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Die Forschungslücke, und das -Ziel werden in der Einleitung nicht erwähnt, erst im Methodenteil dann.

- What is the research problem?  
Zu wenig Forschung in diesem Bereich.
- Does the introduction contain a recent review of the literature?  
Ja nimmt sehr viel Bezug auf andere Literatur.
- Is the used literature up-to-date (5-10 years)?  
Nein teilweise ältere, was meiner Meinung nach nicht schlimm ist, da es in dieser Studie um Erfahrungen geht und die nicht unbedingt von der Zeit beeinflusst werden können.
- Are there definitions mentioned?  
Nein direkte Definitionen nicht, aber für Abkürzungen.
- What are the central concepts?  
-
- What is the research gap?  
Viele Studien in den verschiedensten Kulturen und Gesellschaften zu diesem Thema durchzuführen um den Auszubildenden damit zu helfen mit der ganzen Situation besser umgehen zu können und sie in der Ausbildung besser darauf vorbereiten zu können.
- What is the purpose of the study and/or the research questions?  
Das Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen von KrankenschwesterstudentInnen im Bezug auf Sterben und Tod während ihrer Ausbildung widerzuspiegeln.

## **Methods**

- What parts can be read out of the method section? What is missing?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ist gut strukturiert, mit einzelnen Unterüberschriften, so findet man schnell was man sucht.

- Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja wird beschrieben.

### *Design*

- What is the research approach?

- What is the research design?

Eine interpretative Phänomenologie. (reflexiver hermeneutischer Prozess)

- Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, da man die Erfahrungen so sehr gut evaluieren kann.

### *Sample*

- What is the sample?

Convenience Sample (Gelegenheitssample)

- What are the procedures for choosing the sample?

Sie haben die Studenten direkt kontaktiert. Voraussetzung war, dass die Studenten schon Erfahrungen mit sterbenden Patienten und dem Tod hatten, aber noch keinen palliativ Unterricht oder ähnliche Fächer auf der Universität.

- Where are the participants recruited?

Sie haben drei Universitäten ausgewählt, zu denen keiner der Forscher gehört.

- Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein finde ich nicht, da sie extra geschaut haben, dass keiner der Forscher mit den Universitäten etwas zu tun hat.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

- Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja, sie hatten 12 Studierende.

#### *Ethical considerations*

- Is there an approval of the ethical commission?  
Ja ein universitäres Ethikkomitee beurteilte die Studie.
- Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?  
Ja, die Teilnahme an der Studie war freiwillig und sie mussten alle schriftlich einwilligen.

#### *Setting*

- What was the setting for data collection?  
Drei Universitäten.
- Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Die Studenten die eine Krankenpflegeausbildung machen und genau diese sind auch befragt worden.

#### *Data collection*

- What is the data collection method?  
Halbstrukturierte Interviews wurden geführt. In einem Klassenraum an deren Universität, es wurde geschaut das eine ruhige Atmosphäre herrscht und das es zu keinen Unterbrechungen führen konnte. Ein Interview dauerte 60-90 Minuten.
- Is the data collection method trustworthy?  
Ja.
- Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, da man die Erfahrungen der Studierenden haben möchte.

- Does the data collection method bias the results?

Nein.

- How are the data recorded?

Die Interviews wurden aufgezeichnet und die Interviewer führten eine Art Tagebuch bei allen Interviews mit.

### *Data analysis*

- What methods are used to analyze the data?

Colaizzi's Sieben-Schritte Procedure.

Basierend auf einen Hermeneutik Kreis wurden die Ergebnisse analysiert. Sie haben die Ergebnisse als ganzes im Bezug auf einzelne Parte interpretiert und umgekehrt. So konnten Unklarheiten behoben werden und langsam die Erzählungen rekonstruiert werden und somit auch besser verstanden werden.

Die Aufzeichnungen von den Interviews wurden niedergeschrieben, danach haben die Partizipanten die Aufzeichnungen erhalten um sie auf ihre Richtigkeit zu überprüfen, nachdem die Forscher sie bearbeitet, zusammengefasst und geclustert haben, haben die Partizipanten sie wieder erhalten um damit einzustimmen. Zum Schluss hat es noch ein Forscher der nicht Teil dieses Forschungsteams ist die Ergebnisse erhalten um sie zu überprüfen.

Nachdem sie fertig waren mit diesen 9 Interviews, haben die Forscher drei weiter Interviews geführt (gleichen Verlauf) aber sie sind hier zu keinen neuen Themen bzw. neuen Informationen gekommen und somit wussten sie das die Datensättigung erreicht wurde.

- Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Nein wer welche Rolle übernommen hat, wird nicht erklärt.

- Is data saturation reached?  
Ja es wird angegeben, dass sie die Datensättigung erreicht haben.
- Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja ist es.

## Results

- What are the main findings?  
Die Ergebnisse wurden in 5 Themen unterteilt.

Das erste Thema heißt "Einfluss": Die erste Erfahrung mit einem sterbenden Patienten hat einen enormen Einfluss auf Auszubildende, in vielen Hinsichten - zB was bedeutet der Tod eines Menschen, was bedeutet es einen toten Körper zu sehen, welche Ängste löst es aus? usw.

Zweite Thema " Training in End-of-life care": Hier beziehen die Auszubildenden was sie gelernt haben und wie es dann wirklich war. zB das sie gelernt haben wie ein toter Körper sich dann verändern wird (äußerlich) aber nicht das es schon nach so kurzer Zeit auftritt und es doch anders ist als man es erwartet hat.

Dritte Thema war "Ethischer Probleme": Hier beziehen sie sich darauf, dass die Auszubildende die Patienten mit Würde behandeln wollen, dass sie oft nicht nachvollziehen können warum man den Angehörigen nicht alles sagt zB bezüglich der Sedierung.

Vierte Thema "Bewältigen": Man muss akzeptieren, dass der Tod ein Teil des Lebens ist - wenn man das akzeptiert kann man viel leichter mit sterbenden Patienten umgehen.

Fünfte Thema " Lernen, wachsen und Heilungsverbindungen" (learning, growth and healing connections": Mit der Erfahrungen des sterbens von Patienten haben die Auszubildenden oft mals besser verstanden wie schnell es gehen kann, dass man stirbt, dass es nur eine kleine Linie ist die zwischen Leben und Tod ist. Somit können sie auch mehr für ihr eigenes Leben tun.

- Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja ist in 5 Kategorien geteilt, mit unterkapiteln. Mit gefällt es gut, dass sie direkte Zitate eingebaut haben, so erhalt man ein besseres Verständnis für die Thematik.

- Are the tables and figures easy to understand?

Es gab eine Tabelle um die Kapitel zu verstehen und es war übersichtlich und leicht verständlich. Hier ist auch gut in % wieder gegeben wie viele der Interviewten etwas gesagt haben bzw. das selbe erwähnt haben.

- Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja!

## Discussion

- What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Fasst alles noch einmal Schritt für Schritt gut zusammen und vergleicht sie mit anderen Studien.

- Does the author compare his main findings with results from literature?

Ja.

- Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja

- Does author give implications for nursing practice?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ja was man in der Ausbildung verändern sollte bzw. worauf man Schwerpunkte setzen sollte.

- Does author give implications for further nursing research?

Ja gibt öfters Anregungen für weitere Studien wie zB dass man von verschiedenen Kulturen eine Studie in diese Richtung durchführen sollte.

- What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das es ein Gelegenheitssampling war, deshalb kommen alle Teilnehmer aus ähnlichen Orten bzw, haben die selbe Kultur. Und das die Partizipantengröße sehr klein war.

- What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Ich finde wie sie bei der Datenanalyse vorgegangen sind eine sehr gute Methode, da sie es Gegengleich analysiert haben und die Teilnehmer immer wieder miteinbezogen haben ob sie das wohl richtig interpretiert haben.

## Reference list

- Is there a consistent reference style?

Ja

## Using research results

- Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
- Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Ja die Ergebnisse haben einen Nutzen für die Praxis. Es wird hier auch wieder deutlich, dass sie die Ausbildung bzw. die Vorbereitung der Schülerinnen und Schüler auf den Erstkontakt mit Sterbenden verbessern sollten.

#### **4.) What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences**

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Chang, P., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pinson, D. 2010,

##### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)

Ja alle wichtigen Informationen enthalten

- Does the title reflect the content of the whole text?

Ja.

##### **Abstract**

1. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Ist sehr kurz gehalten, nicht so gut strukturiert. Wichtige Informationen fehlen - Es ist eigentlich nur, der Background, Methode und ein Satz für die Ergebnisse angegeben.

2. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Nein, da Informationen fehlen.

3. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Nein, beinhaltet aber auch nicht so viele Informationen.

##### **Introduction**

4. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

Ist verständlich, beinhaltet einen kurzen Überblick über den Momentanen Stand und über andere Studien.

5. What is the research problem?

6. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, erwähnt andere Studien.

7. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Nein, manche ist auch älter als 10 Jahre.

8. Are there definitions mentioned?

Nein, enthält keine Definitionen.

9. What are the central concepts?

---

10. What is the research gap?

Das in diesem Bereich noch sehr wenig Forschung vorhanden ist, und man dieses Wissen aber braucht, damit die Krankenschwestern sich adäquat um ihre Patientinnen und Patienten aber auch um sich selbst kümmern können.

11. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Das Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welche Ressourcen Angehörige der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege brauchen, um besser mit dem Sterben umgehen zu können mit dem sie in ihrem beruflichen Alltag ständig konfrontiert sind.

## **Methods**

12. What parts can be read out of the method section? What is missing?

13. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

## *Design*

14. What is the research approach?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

15. What is the research design?

Qualitativ - Grounded Theory

16. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Ja, da sie die Erfahrungen erforschen wollen.

### *Sample*

17. What is the sample?

15 Krankenschwestern und -Schüler (3 Männer und 12 Frauen)

18. What are the procedures for choosing the sample?

Schneeballsampling

19. Where are the participants recruited?

Midwestern university (8) und sieben online.

20. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

Nein.

21. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja ist passend, da man die Erfahrungen erforschen will.

### *Ethical considerations*

22. Is there an approval of the ethical commission?

23. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Sie mussten schriftlich einwilligen an der Studie teilnehmen zu wollen.

### *Setting*

24. What was the setting for data collection?

Krankenschwestern und -Schüler

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

25. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja.

#### *Data collection*

26. What is the data collection method?

Halbstrukturierte Interviews

27. Is the data collection method trustworthy?

Ja.

28. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, weil man so genau auf die einzelnen Erfahrungen eingehen kann.

29. Does the data collection method bias the results?

Nein.

30. How are the data recorded?

Sie wurden während der Interviews aufgezeichnet.

#### *Data analysis*

31. What methods are used to analyze the data?

Die Niederschriften wurden in Themen geteilt und untereinander auf Ähnlichkeiten, aber auch Differenzen verglichen. Mit diesen Grundlagen wurden weitere Interviews geführt, bis man keine neuen Informationen mehr erhielt.

32. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Nein, werden nicht genau erklärt.

33. Is data saturation reached?

Ja wurde erreicht.

34. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja ist passend.

## **Results**

35. What are the main findings?

Persönliche Bedenken - nicht genug Zeit, nicht die beste Pflege, Kommunikationsprobleme, emotionalen abstand wahren

Bedenken wegen des Patienten und deren Angehörigen - Überfordert, Angst, Schmerzfrei und sich wohl fühlt, wollten an Angehörigen helfen bei der Verarbeitung des Todes, Mediator fungiert.

36. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja sie wurden in drei Kategorien unterteilt. War gut, dass direkte Zitate eingebaut wurden.

37. Are the tables and figures easy to understand?

Enthält keine Tabellen oder Abbildungen.

38. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja, sie haben ihr Forschungsfrage damit beantworten können

## **Discussion**

39. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Es werden die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst.

40. Does the author compare his main findings with results from literature?

Nein vergleicht sie nicht mit anderer Literatur.

41. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja ähneln sich.

42. Does author give implications for nursing practice?

Nein.

43. Does author give implications for further nursing research?

Ja, dass in diesem Bereich noch weiter Forschung betrieben werden sollte.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

44. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das es eine sehr kleine Sample Gruppe war, es gab unterschiedliche Bildungslevel der Partizipantinnen und Partizipanten, sowie unterschiedliche Jahre an Erfahrung mit den Sterbenden. Weiters auch noch das die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Erfahrungen auf Palliativ Stationen oder im Krankenhaus mit Sterbenden haben mussten. Wenn man genauer darauf eingehen wollte, sollte man sich einen Fachbereich aussuchen in dem man forscht.

45. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das sich diese Studie in drei Teile teilt und mit den selben Partizipantinnen und Partizipanten noch zwei weitere Interviews durchgeführt wurden. Somit kann man diese Ergebnisse gut miteinander vergleichen, weil es das selbe Sample hat.

### **Reference list**

46. Is there a consistent reference style?

Ja.

### **Using research results**

47. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

48. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Ja - man hat durch diese Studie erfahren, was Pflegepersonen stresst, bzw. über was sie sich Gedanken machen und wie sie selbst versuchen damit umzugehen. Es gehört in diesem Bereich noch mehr Forschung betrieben, vor allem in dem selben Setting um richtige Schlüsse ziehen zu können. Da man auf einer Palliativ Station ja damit rechnet, dass die Patientin bzw. der Patient verstirbt, aber auf einer normalen Station eigentlich nicht - dies kann zu psychischen Problemen führen.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

## **5.) Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying**

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pincon, D. 2010

### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Ja enthält alle wichtigen Informationen
- Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja, meiner Meinung nach schon.

### **Abstract**

1. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Fehlen genauso sehr viele Informationen - selbe Zeitschrift in der die Studie veröffentlicht wurde wie Studie Nr. 4. Es ist Background, Methode und ein Satz zu den Ergebnissen enthalten.
2. Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Nein, zu wenig Informationen enthalten.
3. Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein.

### **Introduction**

4. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Anfang der Einleitung die selbe wie in ihrer vorherigen Studie. Am Ende, wenn es aber spezifischer wird, gehen sie auf den Fokus dieser Studie näher ein.

5. What is the research problem?

Zu wenig Forschung in diesem Bereich

6. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, zuerst über die Allgemeine Situation und dann Spezifischer.

7. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Nein, es wird auch ältere Literatur verwendet.

8. Are there definitions mentioned?

Nein, es werden keine benötigt.

9. What are the central concepts?

---

10. What is the research gap?

Das in diesem Bereich noch zu wenig Forschung betrieben worden ist.

11. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Hier liegt der Fokus auf der Unterstützung die Personen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienstes einholen, wenn Patientinnen und Patienten versterben

## **Methods**

12. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Alles sehr kurz gehalten.

13. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

*Design*

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

14. What is the research approach?
15. What is the research design?  
Qualitativ - Grounded Theory
16. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?  
Ja, da sie die Erfahrungen erforschen wollen.

### *Sample*

17. What is the sample?  
15 Krankenschwestern und -Schüler (3 Männer und 12 Frauen)
18. What are the procedures for choosing the sample?  
Schneeballsampling
19. Where are the participants recruited?  
Midwestern university (8) und sieben online.
20. Does the procedures for choosing the sample bias the results?  
Nein.
21. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja ist passend, da man die Erfahrungen erforschen will.

### *Ethical considerations*

22. Is there an approval of the ethical commission?  
Ist im Text nicht beschrieben.
23. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?  
Sie mussten schriftlich einwilligen an der Studie teilnehmen zu wollen.

### *Setting*

24. What was the setting for data collection?

Krankenschwestern und -schüler

25. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja.

#### *Data collection*

26. What is the data collection method?

Halbstrukturierte Interviews

27. Is the data collection method trustworthy?

Ja.

28. Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, weil man so genau auf die einzelnen Erfahrungen eingehen kann.

29. Does the data collection method bias the results?

Nein.

30. How are the data recorded?

Sie wurden während der Interviews aufgezeichnet.

#### *Data analysis*

31. What methods are used to analyze the data?

Die Niederschriften wurden in Themen geteilt und untereinander auf Ähnlichkeiten, aber auch Differenzen verglichen. Mit diesen Grundlagen wurden weitere Interviews geführt, bis man keine neuen Informationen mehr erhielt.

32. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Nein, werden nicht genau erklärt.

33. Is data saturation reached?

Ja wurde erreicht.

34. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja ist passend.

## Results

35. What are the main findings?

Wenn man den Tod als Teil des Lebens akzeptiert, der Umgang damit einem beruflich, aber auch privat hilft. Den Tod als Erlösung für die Patientin bzw. den Patienten sehen. Eine Distanz zwischen ihnen wahren - lange gedauert (Erfahrung) bis man den richtigen Grad hat. mit Kolleginnen und Kollegen über den Tod eines Verstorbenen zu reden - mit Erfahreneren meist bevorzugt.

36. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja wurden in drei Kategorien eingeteilt. Dazwischen immer wieder direkte Zitate - so versteht man die "Gefühle" der Partizipantinnen und Partizipanten besser.

37. Are the tables and figures easy to understand?

Beinhaltet keine Tabellen oder Abbildungen.

38. Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja beantworten die Forschungsfrage - hätten aber am Ende noch mehr auf Praxistipps eingehen können.

## Discussion

39. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Wird mit keiner anderen Literatur verglichen.

40. Does the author compare his main findings with results from literature?

Nein.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

41. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Ja, stimmen überein.

42. Does author give implications for nursing practice?

Nein, nicht wirklich.

43. Does author give implications for further nursing research?

Ja, dass in diesem Bereich noch mehr Forschung betrieben werden sollte um den Pflegepersonal besser unterstützen zu können.

44. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das es eine sehr kleine Sample Gruppe war, es gab unterschiedliche Bildungslevel der Partizipantinnen und Partizipanten, sowie unterschiedliche Jahre an Erfahrung mit den Sterbenden. Weiters auch noch das die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Erfahrungen auf Palliativ Stationen oder im Krankenhaus mit Sterbenden haben mussten. Wenn man genauer darauf eingehen wollte, sollte man sich einen Fachbereich aussuchen in dem man forscht.

45. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Das sich diese Studie in drei Teile teilt und mit den selben Partizipantinnen und Partizipanten noch zwei weitere Interviews durchgeführt wurden. Somit kann man diese Ergebnisse gut miteinander vergleichen, weil es das selbe Sample hat.

### **Reference list**

46. Is there a consistent reference style?

Ja.

### **Using research results**

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

47. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

48. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Ja es bietet einen guten Überblick über die Erfahrungen, es wird auch angegeben was diesen Partizipantinnen und Partizipanten hilft um besser mit dem Tod zurecht zu kommen. Sollte auf jeden Fall noch mehr Forschung betrieben werden.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

## **6.) Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death**

Anderson, N., Kent, B., Glynn Owens, R. 2015

### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Ja, es könnte noch die Methode erwähnt werden.
- Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja.

### **Abstract**

- What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Es sind alle Teile im Abstract enthalten. Gibt einen guten Überblick.
- Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Ja, wobei die Methodik etwas kompliziert ist und dafür ist es besser wenn man den ganzen Text liest.
- Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein.

### **Introduction**

- What parts can be read out of the introduction? What is missing?  
Einleitung ist sehr kurz gehalten. Das Allgemeine ist sehr kurz und das speziellere dann schon etwas genauer.
- What is the research problem?

- Does the introduction contain a recent review of the literature?  
Ja, könnte noch mehr ausgeführt werden.
- Is the used literature up-to-date (5-10 years)?  
Ja es wurde aktuelle Literatur verwendet.
- Are there definitions mentioned?  
Nein.
- What are the central concepts?
- What is the research gap?  
Das es bisher nur sehr wenig Wissen über diese Themenstellung gibt.
- What is the purpose of the study and/or the research questions?  
Diese Studie hat mehrere Forschungsfragen ( 5)
- Die erste prägende Erfahrung mit Sterbenden
- Ob diese Erfahrung Einfluss auf ihr weiteres berufliches aber auch privates Leben genommen hat
- Wie geht es ihnen bei der ersten Erfahrung und wie haben sie es verarbeiten/bewältigen können?
- Haben sie auch positive Erinnerungen daran? Welche Faktoren beeinflussen es?
- Haben sich die Schwestern ausreichend auf diese Situation vorbereitet gefühlt?

## **Methods**

- What parts can be read out of the method section? What is missing?
- Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

### *Design*

- What is the research approach?
- What is the research design?  
Interpretative Phänomenologie
- Is the design appropriate for the research questions (purpose)?  
Ja.

### *Sample*

- What is the sample?  
Zwanzig Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger die an der Auckland University studiert hatten.
- What are the procedures for choosing the sample?  
Gelegenheitssampling
- Where are the participants recruited?  
Per E-mail wurden sie kontaktiert - mussten fünf Fragen beantworten und wurden dann zu einem Interview eingeladen (wenn alle Kriterien erfüllt waren)
- Does the procedures for choosing the sample bias the results?  
Nein.
- Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja, sie führten 20 Interviews und kamen hier zu keinen neuen Ergebnissen mehr.

### *Ethical considerations*

- Is there an approval of the ethical commission?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ja, wurde vom Ethik Komitee der Auckland University geprüft. Allen Partizipantinnen bzw. Partizipanten, aber auch den Forscherinnen und Forscher wurde psychologische Unterstützung angeboten.

- Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Ja sie mussten schriftlich zur Teilnahme zustimmen.

### *Setting*

- What was the setting for data collection?

Sie mussten Advanced Nursing Qualifikationen haben - in einen Krankenhaus.

- Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja, man hätte es noch mehr einschränken können.

### *Data collection*

- What is the data collection method?

Halbstrukturierte Interviews wurden geführt.

- Is the data collection method trustworthy?

Ja.

- Is the data collection method appropriate for the research design?

Ja, da man sich mit den einzelnen Erfahrungen auseinander setzen wollte.

- Does the data collection method bias the results?

Nein.

- How are the data recorded?

Die Interviews wurden aufgezeichnet und dann transkribiert - wortwörtlich mit allen Pausen etc.

### *Data analysis*

- What methods are used to analyze the data?  
Interpretative Analyse.
- Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?  
Nein es wird nicht beschrieben, welcher Forscher welche Aufgabe übernommen hat.
- Is data saturation reached?  
Ja, die Datensättigung wurde erreicht.
- Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja.

### **Results**

- What are the main findings?  
Erste Erfahrung war prägend; konnten sich nach langer Zeit immer noch sehr genau daran erinnern - auch an Details (Name, Alter, Erkrankung usw.); die Erfahrung hat direkten Einfluss auf ihr weiteres Leben - wussten wo sie arbeiten wollten bzw. wo sie auf keinen Fall mehr arbeiten wollten; manche hatten Schlafstörungen; viele Denken noch oft daran; die Erfahrung mit jemanden teilen zu können, mit jemanden danach reden zu können; mit dem Team darüber sprechen zu können; an der Seite einer erfahrenen Schwester fühlten sie sich am wohlsten; fühlten sich nicht gut darauf vorbereitet; traumatisches Ereignis; die eigene Sterblichkeit wird einem bewusst;
- Are the results organized in a way that is easy to understand?  
Ja, wurden in sieben Kategorien geteilt. Mit direkten Zitaten der Patrizipantinnen und Partizipanten, so versteht man vieles besser.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

- Are the tables and figures easy to understand?  
Ja, sind leicht verständlich und hilfreich.
- Do the results answer the research questions (purpose)?  
Ja, die Forschungsfragen konnten beantwortet werden.

## Discussion

- What parts can be read out of the discussion? What is missing?  
Die Diskussion ist gut gegliedert. Vergleichen die Ergebnisse mit anderer Literatur. Fasst die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammen.
- Does the author compare his main findings with results from literature?  
Ja.
- Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?  
Ja.
- Does author give implications for nursing practice?  
Ja, im Ergebnissteil werden Praxistipps gegeben.
- Does author give implications for further nursing research?  
Ja, er gibt an, dass dieses Thema noch weiter bearbeitet gehört.
- What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?  
Es war ein Gelegenheitssampling, wurden nur Teilnehmer die an einer Universität in Neuseeland studiert haben einbezogen; die Datenanalyse war interpretativ; Es wurden nur Pflegepersonen interviewt die über ihre Erfahrungen reden konnten/wollten.
- What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?  
Das eine relativ große Partizipantengruppe entstanden ist;

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

### **Reference list**

- Is there a consistent reference style?

Ja.

### **Using research results**

- Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
- Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Ja aus dieser Studie geht wieder einmal hervor, dass die Ausbildung überarbeitet werden sollte - die ersten Erfahrung mit Sterben und Tod sind prägend - privat und beruflich - Kommunikationsunterricht sollte verbessert werden - im Team darüber sprechen - Mentoren

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

## **7.) Nurses experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study**

Gannon, M., Dowling, M. 2011

### **Title**

1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Ja enthält alle wichtigen Informationen.
2. Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja, da alle wichtigen Informationen enthalten sind.

### **Abstract**

- What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Ist gut gegliedert, enthält alle Teile. Ist kurz gehalten, aber passend.
- Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Ja kann auch so verstanden werden.
- Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein, gibt keine Unstimmigkeiten zwischen Abstract und Text.

### **Introduction**

- What parts can be read out of the introduction? What is missing?  
Beginnt Allgemein und wird dann Soezieller, allerdings endet die Einleitung nicht mit der Forschungsfrage bzw. dem Forschungsziel. Könnte noch etwas länger sein, da wirklich nur kurz alles angesprochen wird.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

- What is the research problem?
- Does the introduction contain a recent review of the literature?  
Ja bezieht viel Literatur mit ein.
- Is the used literature up-to-date (5-10 years)?  
Ja verwendet aktuelle Literatur.
- Are there definitions mentioned?  
LTC - Long-term care. Keine weiteren Definitionen
- What are the central concepts?
- What is the research gap?  
Das es bisher in diesem Gebiet nur sehr wenig Forschung betrieben wurde.
- What is the purpose of the study and/or the research questions?  
Das Ziel dieser Studie war es die Erfahrung mit dem Verlust einer Bewohnerin bzw. Bewohners von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern in einem Pflegewohnheim zu beschreiben.

## **Methods**

- What parts can be read out of the method section? What is missing?
- Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

## *Design*

- What is the research approach?
- What is the research design?  
Interpretative Phänomenologische Analyse
- Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ja.

### *Sample*

- What is the sample?  
Fünf Frauen und zwei Männer die mindestens seit zwei Jahren in einer öffentlichen Langzeitpflegeeinrichtung in Westirland arbeiten mussten.
- What are the procedures for choosing the sample?  
Gelegenheitssampling
- Where are the participants recruited?  
Haben sie bei der Arbeit direkt besucht und gefragt ob sie teilnehmen wollen.
- Does the procedures for choosing the sample bias the results?  
Es wurden nur jene eingeschlossen, die in dieser Pflegeeinrichtung arbeiteten.
- Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Sehr klein, hätten noch ein paar mehr sein können.

### *Ethical considerations*

- Is there an approval of the ethical commission?  
Ja wurde von einem Ethikkomitee geprüft.
- Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?  
Ja, die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Sie mussten an dem Tag an dem sie Interview wurden schriftlich dazu einwilligen.

### *Setting*

- What was the setting for data collection?  
Langzeitpflegeeinrichtungen in Westirland
- Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ja ist passend.

### *Data collection*

- What is the data collection method?  
Es wurden halbstrukturierte Interviews geführt.
- Is the data collection method trustworthy?  
Ja.
- Is the data collection method appropriate for the research design?  
Ja ist passend, da man so genau auf jeden einzelnen eingehen konnte.
- Does the data collection method bias the results?  
Nein.
- How are the data recorded?  
Die Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss wortwörtlich transkribiert.

### *Data analysis*

- What methods are used to analyze the data?  
Die Analyse teilte sich in drei Phasen auf. In der ersten wurden alle Transkripte Stück für Stück gelesen und anschließend in einzelne Kategorien unterteilt. In der letzten Phase versuchten die Forscher gemeinsam eine Zusammenfassung aller Transkripte zu machen.
- Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?  
Ja wird teilweise beschrieben wer welche Rolle übernommen hat. Die erste Autorin führte die Interviews.
- Is data saturation reached?  
Ist nicht genau beschrieben.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

- Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja.

## Results

- What are the main findings?

Es war den Partizipantinnen und Partizipanten sehr wichtig, dass die Würde ihrer Patientinnen und Patienten bewahrt bleibt - selbst nach dem Tod noch. Sie bauen engere Beziehungen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern auf und lernen diese und auch deren Familien besser kennen. Aber auch die Bewohnerinnen und Bewohner lernen die Pflegepersonen besser kennen. Weiters wollten sie auch nicht das die Bewohnerinnen und Bewohner alleine sterben - wenn diese keine Angehörigen hatten, dann wollten sie soviel Zeit wie möglich bei ihnen verbringen. Der Tod musste von den Pflegepersonen als Teil des Lebens akzeptiert werden um mit diesem besser umgehen zu können.

- Are the results organized in a way that is easy to understand?

Ja wurden in drei Kategorien unterteilt.

- Are the tables and figures easy to understand?

Ja, sind leicht verständlich - dienen nur als Überblick für die Titel und Untertitel.

- Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja beantwortet die Forschungsfrage

## Discussion

- What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Die Ergebnisse wurde mit andere Literatur verglichen. Es wird Strukturiert besprochen.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

- Does the author compare his main findings with results from literature?  
Teilweise nicht, er gibt einmal an, dass seine Partizipantinnen und Partizipanten nicht mit dem Versterben einer Bewohnerin bzw. Bewohner mit ihm abschließt, sondern sie sich gerne gemeinsam noch an sie/ ihn erinnern und auch um ihn trauern. Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer anderen Studie gaben an, dass sie professionell sein wollen und nach dem Tod einer Patientin bzw. eines Patienten weiter machen wollen und sie auch den nächsten konzentrieren.
- Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?  
Ja kommen zum selben Ergebnis.
- Does author give implications for nursing practice?  
Ja gibt Praxistipps - am Ende in einem eigenen Absatz.
- Does author give implications for further nursing research?  
Zwischendurch, aber nicht direkt bzw. konkrete.
- What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?  
Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren alle Iren - somit wurde nur diese Kultur mit einbezogen und keine andere. Möglicherweise wären die Studienergebnisse anders ausgefallen, wenn andere Kulturen miteinbezogen werden.
- What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?  
Das ein spezielles Setting gewählt wurde und somit wirklich genau die Erfahrungen dort evaluiert werden konnten.

## Reference list

- Is there a consistent reference style?  
Ja.

### **Using research results**

- Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
- Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Ja, in dieser Studie sind sie auf ein spezielles Setting eingegangen. Hier merkt man erst richtig, den Unterschied in der Betreuung in einer Langzeiteinrichtung zur Betreuung in einer Akuteinrichtung. Die Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern ist viel enger als die in einer Akuteinrichtung, man kennt diese Menschen teilweise über Jahre schon. Hier ist es wichtig, genügend Distanz zu den Bewohnerinnen und Bewohnern einzuhalten ohne das die "Pflegerbeziehung" Schaden davon trägt.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

## **8.) Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study**

Zheng, R., Guo, Q., Dong, F., Owens, R. 2014

### **Title**

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)  
Ja beinhaltet alle wichtigen Informationen.
- Does the title reflect the content of the whole text?  
Ja, gibt den Inhalt der Studie gut wieder.

### **Abstract**

- What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?  
Der Abstract beinhaltet alle wichtigen Informationen. Fehlt nichts.
- Can the abstract be understood without reading the whole text?  
Ja, gibt auch kurz die wichtigsten Ergebnisse wieder.
- Are there inconsistencies between abstract and the text?  
Nein, es gibt keine Unstimmigkeiten.

### **Introduction**

- What parts can be read out of the introduction? What is missing?  
Geht vom Allgemeinen ins Spezielle über. Erklären auch kurz wie die chinesische Kultur zum Tod steht - Tabuthema, im vgl. zur westlichen Kultur.
- What is the research problem?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

- Does the introduction contain a recent review of the literature?  
Ja gibt einen guten Überblick.
- Is the used literature up-to-date (5-10 years)?  
Ja es wurde aktuelle Literatur verwendet.
- Are there definitions mentioned?  
Ja Definition nicht direkt - unterschiedliche Ansichten der Kulturen zu Sterben und Tod.
- What are the central concepts?
- What is the research gap?  
Zu wenig Forschung - wollen das Thema in ihrer Kultur mehr bearbeiten.
- What is the purpose of the study and/or the research questions?  
Ziel dieser Studie war es, Erfahrungen von chinesischen onkologischen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern im Umgang mit der Pflege von sterbenden Patientinnen und Patienten dazulegen

## **Methods**

- What parts can be read out of the method section? What is missing?
- Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

### *Design*

- What is the research approach?
- What is the research design?  
Phänomenologie
- Is the design appropriate for the research questions (purpose)?  
Ja, ist passend um die Forschungsfrage beantworten zu können.

### *Sample*

- What is the sample?  
28 Krankenschwestern und -pfleger.
- What are the procedures for choosing the sample?  
Mittels eines Gelegenheitsamplings wurden die Partizipantinnen und Partizipanten rekrutiert.
- Where are the participants recruited?  
In Nordchina in einem 2400 Betten Krebs Krankenhaus. Sie mussten alle min. ein halbes Jahr mit sterbenden Krebspatientinnen und -patienten gearbeitet haben, älter al 18 Jahre sein, mussten chinesisch sprechen,
- Does the procedures for choosing the sample bias the results?  
Nein.
- Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja, ist ein sehr großes Sample für qualitative Studien.

### *Ethical considerations*

- Is there an approval of the ethical commission?  
Ja wurde von the Human Research Ethics Board von Tianjin geprüft.
- Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?  
Teilnahme ist freiwillig - konnten jeder Zeit aussteigen - mussten der Teilnahme zustimmen - alle Unterlagen wurden verschlossen aufbewahrt und nur von den Forschern gesehen.

### *Setting*

- What was the setting for data collection?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger die mit sterbenden krebskranken Patientinnen und Patienten zusammen arbeite.

- Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?  
Ja, ist passend.

#### *Data collection*

- What is the data collection method?  
Mittels einem halbstrukturierten Interview.
- Is the data collection method trustworthy?  
Ja.
- Is the data collection method appropriate for the research design?  
Ja ist passend, da sie die Erfahrungen von den einzelnen Pflegerinnen bzw. Pflegern haben wollen und so haben sie genau darauf eingehen können.
- Does the data collection method bias the results?  
Nein.
- How are the data recorded?  
Sie wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert.

#### *Data analysis*

- What methods are used to analyze the data?  
Mittels einer qualitativen thematischen Analyse.
- Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?  
Ja es wird angegeben welcher Forscher welche Aufgabe übernommen hat.
- Is data saturation reached?

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Ja es ist angegeben worden, dass sie erreicht wurde.

- Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja ist passend.

## Results

- What are the main findings?

Es gibt keine end-of-life care dort - zumindest nicht so wie bei uns. Sie arbeiten aber nach ähnlichen Prinzipien - Schmerzfreiheit, Angenehme Umgebung, soll sich wohl fühlen usw.; Kommunikationsprobleme - teils durch das Tabuthema und auch weil sie in der Ausbildung keinerlei Vorbereitung darauf bekamen; Keine Aufklärungspflicht - Familie konnte entscheiden ob der Patient es erfahren soll oder nicht. Abneigung einen Sterbenden in seinem Dienst zu haben, da man es einen Mehraufwand bedeutete; profitierten von diesen Erfahrungen, konnten sich so weiter entwickeln.

- Are the results organized in a way that is easy to understand?

Wurden in fünf Kategorien geteilt. Dazwischen immer wieder direkte Zitate der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer - versteht man so besser.

- Are the tables and figures easy to understand?

Ja es gab nur eine Tabelle, die die Fragen des Interviews aufzeigte.

- Do the results answer the research questions (purpose)?

Ja die Forschungsfrage wurde damit beantwortet.

## Discussion

- What parts can be read out of the discussion? What is missing?

Fast die Ergebnisse noch einmal zusammen und vergleicht diese mit andere Literatur. Am End geht er noch auf die Stärken und Schwächen ein

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

und in welche Richtung man weiter Forschung betreiben sollte. Auch das die Ausbildung verbessert werden solle.

- Does the author compare his main findings with results from literature?  
Ja vergleichen sie mit andere Literatur.
- Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?  
Ja.
- Does author give implications for nursing practice?  
Das die Ausbildung verbessert werden solle und sich die Kultur näher mit dieser Thematik beschäftigen sollte. Das durch seine Studie die Welt die chinesische Kultur besser versteht - auch dadurch das viele Menschen aus China auswandern und in ganz anderen Ländern arbeiten anfangen.
- Does author give implications for further nursing research?  
Ja allgemein, dass Forschung betrieben werden sollte.
- What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?  
Die Teilnehmer waren alle weiblich und dadurch können ihre Einstellung zum Tod sich von männlichen unterscheiden. Die Partizipantinnen kamen alle aus dem selben Krankenhaus und auch nur dort von drei verschiedenen Abteilungen; Es wurden nur vier Fragen gestellt in den Interviews;
- What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?  
Eine relativ große Partrizipantinnengruppe;

## Reference list

- Is there a consistent reference style?  
Ja.

© Bauer Silvia 2014 basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

### **Using research results**

- Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
- Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Vor allem für die chinesische Kultur hat es Vorteile - gehört das Thema des Sterbens und Tod näher bearbeitet - die Auszubildenden besser darauf vorbereitet und geschult - andere Weltanschauung - in vielen Kulturen sehr ähnlich - ähnliche Gedanken in Bezug auf Sterben und Tod - ähnlicher Umgang in der Pflege - Schmerzfreiheit;