

Bachelorarbeit

**Palliative Care – Coping in der
Pflege**

eingereicht von

Elena Michaela Rudiferia

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

PD Dr.in Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, am 20.03.2020

Eidesstattliche 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.“

Graz, am 20.03.2020

Elena Michaela Rudiferia, eh“

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IV
Zusammenfassung	V
Abstract	VII
1. Einleitung	1
1.1. Hospiz- und Palliativversorgung	1
1.1.1. Palliativstation	3
1.1.2. Stationäres Hospiz	3
1.1.3. Tageshospiz	3
1.1.4. Palliativkonsilliardienst	4
1.1.5. Mobiles Palliativteam	4
1.1.6. Hospizteam	4
1.2. Palliative Care	5
1.3. Terminalphase und Lebensende	6
1.4. Belastungen im pflegerischen Alltag	7
1.5. Coping Strategien	9
1.6. Relevanz des Themas, Forschungsziel und Forschungsfrage	11
2. Methode	12
3. Ergebnisse	16
3.1. Herausforderungen im pflegerischen Alltag	20
3.1.1. Organisation	20
3.1.2. Kommunikation	21
3.1.3. Persönliche Konflikte	21
3.1.4. Emotionale Herausforderungen	22
3.2. Copingstrategien	24

4. Diskussion	28
4.1 Stärken und Limitationen	33
4.2 Forschungsempfehlungen.....	34
4.3 Praxisempfehlungen	34
5. Schlussfolgerung	36
6. Literaturverzeichnis.....	37
Anhang.....	VI

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Modell abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (Hospiz Österreich, 2004)	2
Abbildung 2: Total Pain Konzept nach Cicely Saunders (Thöns & Sitte, 2013)	6
Abbildung 3: Copingstrategien (Lexa, 2013)	9
Abbildung 4: Trauerprozess des Gesundheitspersonals (Papadatou, 2004)	10
Abbildung 5: Flowchart zur Literaturrecherche.....	13
Abbildung 6: Ein Teilnehmer beschreibt in diesem Bild seine Erfahrungen und wie er darauf reagiert (Potash et al. 2012).....	27
Tabelle 1: Darstellung der Literaturrecherche	14
Tabelle 2: Überblick über die ausgewählten Studien	16 - 19

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Umgang mit sterbenden Patienten und Patientinnen auf Palliativstationen stellt nicht nur für Angehörige eine Herausforderung dar, sondern auch für diplomierte Gesunden- und Krankenpfleger/innen. Um dort den Alltag meistern zu können, sind unterschiedliche Bewältigungsstrategien notwendig.

Ziel: Diese Arbeit hat zum Ziel, die Herausforderungen von diplomiertem Pflegepersonal im Rahmen der Pflege in der Terminalphase von Patienten und Patientinnen zu klären und die dabei angewendeten Coping Strategien aufzuzeigen.

Methode: Um das Forschungsziel zu erreichen, wurden von Oktober bis Dezember 2019 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und Cinahl durchgeführt. Einschlusskriterien waren als Setting die Palliativstation, als Population diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Publikationen aus den letzten 10 Jahren in Deutsch oder Englisch. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien wurde mit dem Assessmentinstrument von Hong et al durchgeführt, wobei schlussendlich acht Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren.

Ergebnisse: Pflegepersonen beschreiben verschiedene Herausforderungen im täglichen Arbeiten mit sterbenden Patienten und Patientinnen auf Palliativstationen. Beispielsweise organisatorische Herausforderungen durch Unterbesetzung und Personalmangel oder kommunikative Herausforderungen beim Übermitteln von Nachrichten im Rahmen des multiprofessionellen Teams dem Patienten/ der Patientin gegenüber. Durch die erfassten Erfahrungen der Pflegepersonen in den bewerteten Studien konnten einige Bewältigungsstrategien identifiziert und aufgelistet werden. Durch den Vergleich der Studien konnte

festgestellt werden, dass Pflegepersonen am häufigsten die Selbstreflexion als Bewältigungsstrategie verwenden. Einerseits mittels kunsttherapeutischer Maßnahmen und andererseits werden Supervisionen und Teammeetings angewendet.

Schlussfolgerung: Um den sterbenden Patienten und Patientinnen eine möglichst qualitative Versorgung bieten zu können, ist es wichtig, dass Pflegepersonen den alltäglichen Herausforderungen standhalten können. Dafür liegt ein vielgefächertes Angebot an Bewältigungsstrategien zur Verfügung.

Schlüsselwörter: Palliativpflege, Terminalphase, Pflege am Lebensende, Bewältigungsstrategien, diplomiertes Pflegepersonal, Herausforderungen

Abstract

Background: Dealing with dying patients in palliative wards is not only a challenge for their relatives, but also for qualified nurses. In order to master everyday life, different coping strategies are needed.

Aim: The Aim of this paper is to clarify the challenges of qualified nursing staff in the context of nursing in the terminal phase of patients and to demonstrate the coping strategies which are used.

Methods: To achieve the research goal, a systematic literature review was carried out in the databases Pubmed and Cinahl from October to December 2019. Inclusion criteria were the palliative ward as a setting, qualified nursing staff as a population, and publications from the past 10 years written in German or English. The evaluation of the included studies was carried out with the assessment instrument by Hong et al, whereby eight studies were relevant for answering the research question.

Results: Caregivers describe various challenges in daily work with dying patients in palliative care units. For example, organizational challenges due to understaffing and staff shortages or communication challenges when sending messages within the framework of the multi-professional team to the patient. Some coping strategies were identified and listed based on the experiences of the caregivers in the evaluated studies. By comparing the studies, it was found that caregivers most often use self-reflection as a coping strategy. On the one hand by means of art therapy measures and on the other hand supervision and team meetings are used.

Conclusion: In order to be able to offer the dying patient the best possible quality of care, it is important that caregivers can withstand the everyday challenges. A wide range of coping strategies makes it easier for caregivers to find the right way for themselves.

Keywords: palliative care, terminal phase, end of life care, coping strategy, nurse, challenge

1. Einleitung

Durch die moderne Medizin eröffnet sich die Möglichkeit Leben zu verlängern, lässt das Sterben häufig wie eine Niederlage erscheinen und nicht als natürlichen Vorgang, der Teil des menschlichen Daseins ist. Sterben findet in unserem Zeitalter wesentlich häufiger in Institutionen statt als in einer vertrauten Umgebung (Feichtner, 2014).

Durch die kontinuierlich steigende Lebenserwartung und eine immer besser werdende gesundheitliche Versorgung, kommt es zu einem demographischen Wandel, betreffend den immer größer werdenden Anteil ältere Menschen. Die längeren Phasen des Alleinlebens in unserer Gesellschaft führen zu Singularisierung im Alter. Das bedeutet, immer mehr alte Menschen leben alleine und können sich ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr selbst versorgen. Auf Grund der demographischen Entwicklung lässt sich schließen, dass die Zahl der alleinlebenden alten Menschen in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Folgend kommt es zu einem höheren Aufwand bei der Versorgung von alten Menschen (Höller, 2017 & Kühn, 2017).

Das Hospiz und die palliative Pflege haben sich auf die betreuende, pflegerische und medizinische Versorgung spezialisiert. Beide haben das Ziel sterbenden Patienten und Patientinnen ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und Selbstbestimmung in Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung zu ermöglichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

1.1. Hospiz- und Palliativversorgung

Die Anfänge der Hospizbewegung liegen in den 1960-er Jahren. Die zwei Frauen, Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross, beschäftigten sich Zeit ihres Lebens mit der Begleitung sterbender Menschen. Saunders gründete im Jahr 1967 das St. Christopher's Hospice in London. Von dort aus wurde über die Jahre durch Mediziner und Medizinerinnen und den Pflegepersonen die Hospizidee in die Welt getragen. Aus den Grundsätzen dieser Idee hat sich das Palliative Care Konzept

entwickelt. 1975 wurde in Kanada die erste Palliativstation am Royal-Victory Hospital in Montreal eröffnet. In Österreich war die Hospizbewegung anfänglich finanziell abhängig von privaten Spenden und Wohlfahrtsorganisationen. Vor allem kirchliche Institutionen, das Diakoniewerk, katholische Bildungshäuser, einzelne Orden und Caritasverbände wirkten zu Beginn unterstützend. Ende 1998 wurde die österreichische Palliativgesellschaft (OPG) gegründet. Diese interdisziplinäre und interprofessionelle Gesellschaft beschäftigt sich bis heute mit der Ausbildung und Forschung im Bereich der Palliative Care. Erst im Jahr 1999 wurde in der bundesweiten Krankenhausplanung die Palliativmedizin im österreichischen Gesundheitssystem verankert (Feichtner, 2014).

Ab dem Jahr 2001 wurde in Österreich an einem flächendeckenden Auf- und Ausbau von Palliativstationen in Akutkrankenhäusern gearbeitet. Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (siehe Abb. 1) in Österreich gibt es seit dem Jahr 2004. Es werden mit Hilfe von sechs Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister unterstützt und entlastet (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Hospiz- und Palliativversorgung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliardienste
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...		Mobile Palliativteams
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Abbildung 1: Modell abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (Hospiz Österreich, 2004)

1.1.1. Palliativstation

Eine Palliativstation ist spezialisiert auf Patienten und Patientinnen mit hohem medizinischem und pflegerischem Betreuungsaufwand mit dem ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist. Ziel ist es den Patienten/ die Patientin so zu versorgen, dass ein bestmögliche Symptomlinderung von statten geht und eine Entlassung nach Hause oder in eine adäquate Einrichtung möglich ist. Es werden keine Therapien der Grunderkrankung durchgeführt und An- und Zugehörige haben die Möglichkeit in die Behandlung miteingebunden zu werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

1.1.2. Stationäres Hospiz

Diese Einrichtungen verfügen über eine eigene Organisationsstruktur, welche auch an eine stationäre Pflegeeinrichtung angehängt sein kann. Das Betreuungsangebot richtet sich an Palliativpatienten und Palliativpatientinnen mit komplexer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand, bei welchen ein Aufenthalt in einem Krankenhaus nicht erforderlich ist und eine Betreuung zu Hause nicht möglich ist (Feichtner, 2014).

Ziel ist es, den Patienten und Patientinnen ein hohes Maß an Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen und die Angehörigen auch über den Tod hinaus zu begleiten (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

1.1.3. Tageshospiz

Dies ermöglicht Patienten und Patientinnen tagsüber Betreuung und Beratung und dient auch zur Entlastung der Angehörigen. Das Lebensumfeld der Patienten und Patientinnen soll damit erweitert, eine soziale Isolation verhindert und die Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener ermöglicht werden. (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

1.1.4. Palliativkonsilliardienst

Dieser Dienst wird von einem multiprofessionellen Team im Krankenhaus zusammengesetzt und wirkt in erster Linie unterstützend für das betreuende ärztliche und pflegende Personal auf Stationen und in den Ambulanzen. Ziel ist es eine spezielle palliativmedizinische, -pflegerische und -psychosoziale Expertise zu bieten und alle Beteiligten beim Entscheidungsprozess vor Ort zu unterstützen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

1.1.5. Mobiles Palliativteam

Das mobile Palliativteam setzt sich ebenso multiprofessionell zusammen und hat als Aufgabe die Betreuer und Betreuerinnen vor Ort (z.B. Hausärzte, mobile Dienste) und die Patienten und Patientinnen zu Hause bzw. im Pflegeheim zu unterstützen und Angehörigen beratend zu Seite zu stehen. Die Patienten und Patientinnen sollen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und nicht in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen (Feichtner, 2014).

1.1.6. Hospizteam

Das Hospizteam besteht aus qualifizierten, ehrenamtlichen Begleitern und Begleiterinnen. Es bietet den Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen fürsorgliche Unterstützung und Beratung in Zeit der Krankheit, des Abschieds und der Trauer. Es wird wesentlicher Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Angehörigen, ebenso wie von Patienten und Patientinnen geleistet (Feichtner, 2014).

Im Jahr 2011 starben laut WHO (2018) weltweit zirka 54,6 Millionen Menschen. Davon verschieden über 29 Millionen Menschen an Erkrankungen, die eine palliative Versorgung erfordert hätten. Schätzungsweise bräuchten 20,4 Millionen Menschen am Ende ihres Lebens Palliative Care. 94% fallen auf Erwachsene, davon sind 69% älter als 60 und 25% zwischen 15 und 59 Jahre alt. Der Anteil an Kindern, die Palliative Care benötigen, beträgt 6%.

1.2. Palliative Care

Die Palliative Care beschreibt die umfassende Versorgung und Begleitung von Patienten und Patientinnen am Ende ihres Lebens. Das Ziel von Palliative Care ist es, unter Berücksichtigung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise Leiden zu lindern und eine maximale Lebensqualität für die Patienten und Patientinnen und deren Angehörige zu erhalten (Thöns & Sitte, 2013).

Als Erklärung des Begriffes Palliative Care wird die Definition nach WHO herangezogen:

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” (WHO, 2002)

Deutsche Übersetzung der WHO Definition von Palliative Care:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Patientinnen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugung und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art.“ (Übersetzung von Husebö/Klaschik, 2009, zit. in Feichtner, 2014, p.16)

In der Palliative Care steht besonders die Selbstbestimmung der Patienten und Patientinnen im Vordergrund. Unter Einbezug der Angehörigen sollte ein für den Patienten/die Patientin möglichst angenehmes Umfeld gestaltet werden, in dem die Bewältigung der krankheitsbedingten Krisen und schweren Situationen möglich ist und die Zeit des Abschiednehmens und über den Tod hinaus als wertvoll erlebt werden kann (Österreichische Palliativgesellschaft, 2009).

Oberste Priorität hat in der Palliative Care die Schmerzlinderung. Die Begründerin der Palliative Care, Cicely Saunders, beschreibt das Total-Pain Konzept (siehe Abb. 2). Dabei zählen zu der Komponente des körperlichen Schmerzes auch die soziale, spirituelle und physische Dimension, die es zu berücksichtigen gibt. Die Patienten

und Patientinnen werden dabei immer als die Experten und Expertinnen ihrer Lebenswelt gesehen. Somit wird es ermöglicht, dass sie mit ihren mehrdimensionalen Bedürfnissen ganzheitlich gesehen und behandelt werden können. Folglich lässt sich auch aus dem Palliative Care Konzept schließen, dass die Sterbenden nicht als klassisch schulmedizinische Patienten und Patientinnen gesehen werden, sondern mehr als Betroffene, die an einer lebensverkürzenden Erkrankung leiden (Thöns & Sitte, 2013).

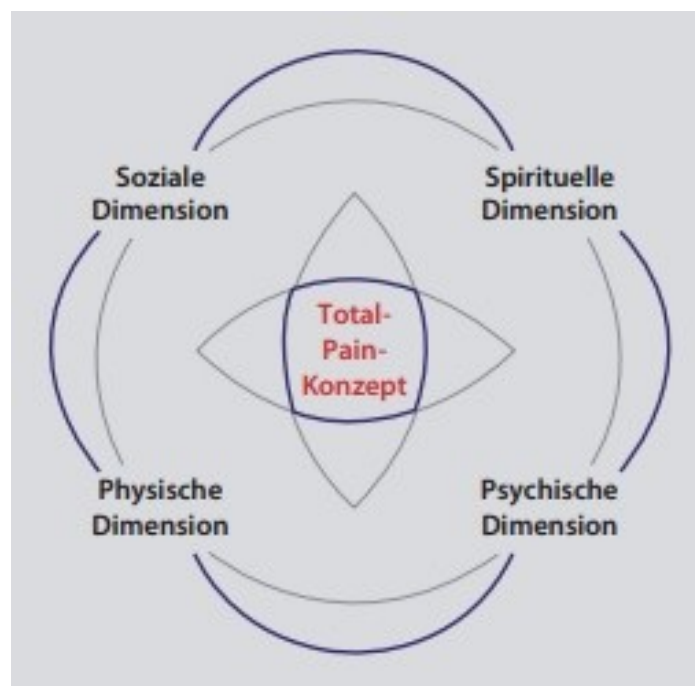


Abbildung 2: Total-Pain-Konzept nach Cicely Saunders (Thöns & Sitte, 2013)

1.3. Terminalphase und Lebensende

Nur ca. 5% der Menschen sterben an einem plötzlichen Tod. Der Rest leidet zu ungefähr gleichen Teilen an chronischen Erkrankungen. Ein Großteil dieser Erkrankungen ist nicht heilbar und führt letztendlich zum Tod. Die letzten Lebensphasen sterbender Patienten und Patientinnen werden genau definiert und orientieren sich an der noch verbleibenden Aktivität der Patienten und Patientinnen und deren geschätzten zeitlichen Prognose (Schnell & Schulz, 2012).

Der Begriff Terminalphase oder umgangssprachlich das Lebensende definiert sich als der letzte Zeitabschnitt eines Menschen, egal welcher Altersstufe, der kurz vor dem Sterben auftritt. In diesem Zeitabschnitt beginnt die „End-of-life Care“, die Pflege am Lebensende von Patienten und Patientinnen. Die „End-of-life Care“ differenziert sich von der „Palliative Care“ dadurch, dass bei ersterer das Ziel ein würdevolles Sterben ermöglicht werden soll und bei zweiterer die Betreuung und Pflege in Bezug auf den Sterbenden im Mittelpunkt steht. Beide allerdings beschäftigen sich intensiv mit dem Sterbeprozess. Dieser charakterisiert sich durch spezifische physische Merkmale, die auf den naheliegenden Tod hinweisen. Bei den meisten Patienten und Patientinnen treten diese Merkmale wenige Tage oder Stunden vor dem Versterben auf. Indikatoren können beispielsweise eine Funktionseinschränkung eines oder mehrerer Organe, ein erhöhter Bedarf an Schlaf, Veränderungen in Bezug auf Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf oder Veränderungen in der Bewusstseinslage sein (Trachsel, 2018).

In der terminalen Lebensphase erhalten die Patienten und Patientinnen nur noch ein Minimum an Therapie und Diagnostik. An erster Stelle steht die Schmerzlinderung. Einige Patienten und Patientinnen sind in dieser Phase klar und orientiert und können sich von Angehörigen verabschieden, andere wiederum sind verwirrt und unruhig. Diese Lebensphase spannt sich über wenige Tage bis zu einer Woche. Folgend ist dann die Finalphase, in der der Patient oder die Patientin im Sterben liegt. In dieser Phase ist der Eintritt des Todes in absehbarer Zeit zu erwarten. Es bestehen deutliche körperliche Symptome des Sterbeprozess, wie zum Beispiel eine rasselnde oder brodelnde Atmung bis hin zur Schnappatmung, Bewusstseinsstörung und extreme körperliche Schwäche. Diese Lebensspanne umfasst die letzten Stunden der Patienten und Patientinnen (Schnell & Schulz, 2012).

1.4. Belastungen im pflegerischen Alltag

Die Betreuung von sterbenden Patienten und Patientinnen steht immer im Hauptfokus, allerdings sollte die Belastung des pflegerischen Personals nicht außer Acht gelassen werden (Feichtner, 2014).

Durch die Pflege und Betreuung von schwer erkrankten Patienten und Patientinnen im palliativen Bereich kommt es zu multimodalen Belastungen. Täglich wird vom Pflegepersonal viel körperlicher Einsatz in der Versorgung abverlangt. Die Betreuung von multimorbiden Patienten und Patientinnen mit kurzer Lebenserwartung führt unweigerlich zu einer seelischen Belastung. Die Psyche muss Akkordarbeit leisten, da häufig mehrere Begleitungen parallel stattfinden oder in kurzer Zeit aufeinander folgen. Eine besonders wichtige Rolle spielt die soziale Ebene. Es kann im Team, wie auch mit Angehörigen zu Konflikten kommen, die das Pflegepersonal belasten. Auch im spirituellen Bereich kann es zu Belastungen kommen. Das Pflegepersonal ist häufig mit anderen Kulturen, Religionen oder Ritualen konfrontiert und muss im Rahmen des Machbaren Unterstützung und Raum bieten können. Es ist von hohem Stellenwert, den Patienten/ die Patientin in jeder Phase des Sterbens als ganzheitlich zu sehen und auch das Patientenumfeld zu beachten (Lexa, 2013).

Es kann vorkommen, dass Patienten/Patientinnen zu bestimmten Zeitpunkten andere Emotionen empfinden als deren Angehörige. Elisabeth Kübler-Ross beschreibt in fünf Phasen die psychischen Vorgänge und mögliche emotionale Reaktionen im Zusammenhang mit dem nahestehenden Tod. Diese Phasen können mehrmals durchlebt werden und individuell lang andauern. Es handelt sich hierbei um unbewusste Bewältigungsstrategien extrem schwieriger Situationen, welche auch Angehörige ähnlich durchleben. Herausforderung für das diplomierte Pflegepersonal ist es dem Patienten/ der Patientin ebenso wie den Angehörigen, Hilfe und Beistand zu bieten (Feichtner, 2014).

Die psychische Gesundheit von Pflegepersonen leidet vor allem dann darunter, wenn das richtige Maß zwischen Nähe und Distanz zu den Patienten und Patientinnen nicht gefunden werden kann und Sorgen „mit nach Hause“ genommen werden. Sollte diese Distanz aber zu groß sein, kann es passieren, dass bei der zu pflegende Person Gefühle wie Gleichgültigkeit, Emotionslosigkeit und ein „Nicht-verstanden-werden“ auftreten (Feichtner, 2014).

1.5. Coping Strategien

Unter Coping Strategien versteht man Bewältigungsstrategien, die in schwierigen Situationen und Lebenskrisen bewusst oder unbewusst eingesetzt werden. Es wird versucht negative Emotionen oder Ereignisse ertragbarer zu machen. Besonders wichtig ist es eine geeignete Bewältigungsstrategie als Einzelperson zu finden oder spezifische Strategien im Team zu verwenden. Die häufigste Folge von ungeeignetem oder falschem Coping ist die Depression (Wolf, 2018).

Als geeignete Coping Strategien, speziell auf Palliativstationen, werden in Abbildung 3 diverse Arten beschrieben. Bei der Kommunikation sind das aktive Zuhören und Reflektieren sehr relevant. Im Rahmen der Selbstreflexion werden die individuellen Einstellungen zum Leben und Sterben beobachtet und analysiert. Supervisionen spielen eine große Rolle bei der Organisation. Verschiedene Abschiedsrituale können dabei helfen die Trauer gemeinsam zu verarbeiten. Humor kann ein wichtiges Instrument zur Bewältigung von schwierigen Situationen sein.



Abbildung 3: Copingstrategien (Lexa, 2013)

Die griechische Pflegewissenschaftlerin Dana Papadatou entwickelte im Rahmen ihrer Forschung ein Modell (siehe Abbildung 4), um den Trauerprozess des Gesundheitspersonals besser verstehen zu können. Ein Teil des Pflegepersonals erfährt Schmerz, in dem sich die betroffenen Personen auf den Verlust konzentrieren, der andere Teil entfernt sich eher von der Verlust-Erfahrung und verhindert oder unterdrückt die Trauer. Dieses „Hin-und-her“ wird als gesundes und normales Wechselspiel angesehen und ermöglicht es adäquat zu trauern, ohne, von Emotionen bezogen auf den Verlust überwältigt zu werden. Hierbei wird auch dem Sterben des Patienten oder der Patientin eine Bedeutung verliehen.

Generell gilt, dass die trauernde Person selbst entscheidet, ob eine Emotion zugelassen oder verdrängt und unterdrückt wird. Jedoch ist es nicht positiv die Trauer als solches komplett zu vermeiden oder zu ignorieren, dadurch könnte das Trauerergebnis verkompliziert werden (Papadatou, 2000).

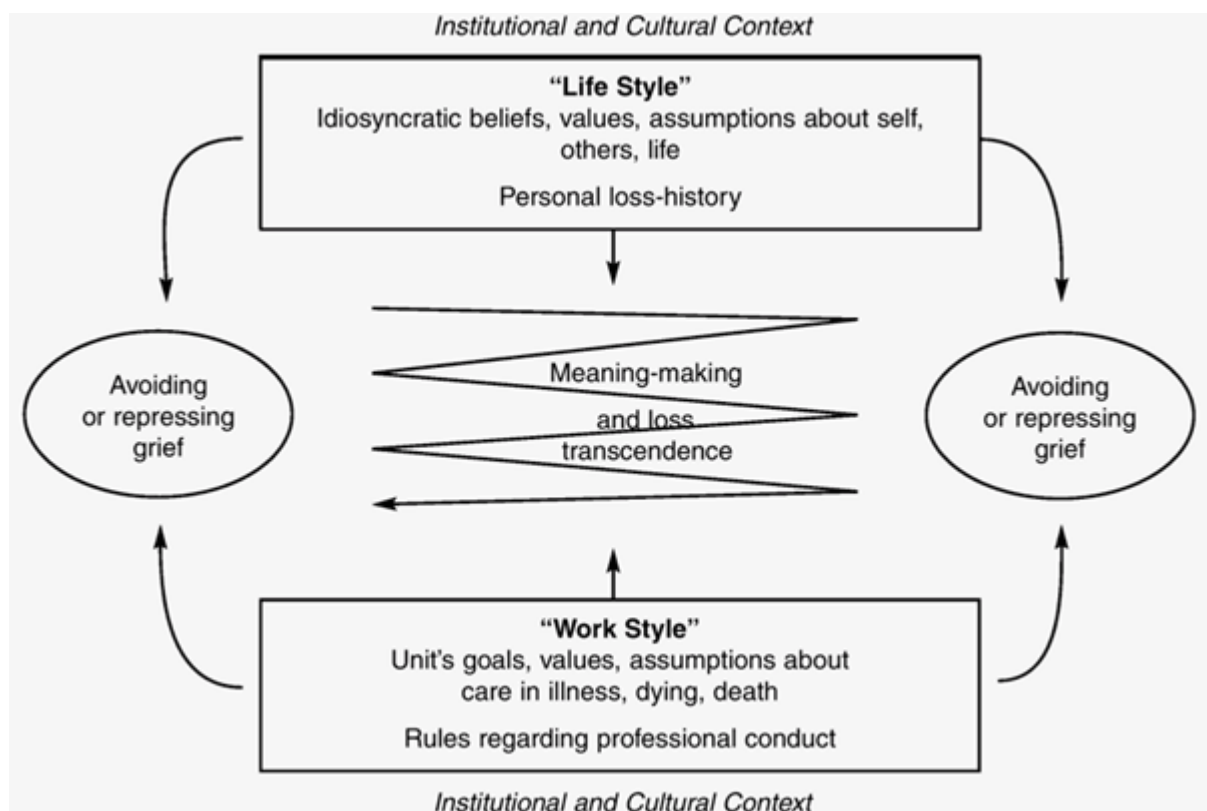


Abbildung 4 Trauerprozess des Gesundheitspersonals (Papadatou, 2000, pp. 70)

1.6. Relevanz des Themas, Forschungsziel und Forschungsfrage

Nach einer ersten Literatursichtung hat sich herausgestellt, dass es ausreichend Literatur über Copingstrategien, bezogen auf die Patienten und Patientinnen auf Palliativstationen, gibt, jedoch bis dato nur wenig das Pflegepersonal auf Palliativstationen betreffend. Zu beachten ist jedoch, dass jede Pflegeperson unterschiedliche Erfahrungen mit dem Tod gemacht hat. Trotz dem beruflichen Status handelt es sich um Menschen, die ihre Emotionen und Gefühle äußern dürfen. Häufig verstärkt sich die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Patienten und Patientinnen im Laufe der intensiven Behandlung, da ein großer Teil des Aufenthaltes gemeinsam verbracht wird. Daher ist es bei einem Todesfall besonders wichtig im Team angepasste und individuelle Formen des Abschiednehmens zu entwickeln und diese auch anzuwenden (Feichtner, 2014).

Laut Gama et al. (2014) spielt die persönliche Einstellung zum Lebenssinn, Sterben und Tod eine wichtige Rolle für das Pflegepersonal, um schwierige Situationen zu bewältigen.

Ziel dieser Arbeit ist es die Herausforderungen von diplomiertem Pflegepersonal im Rahmen der Pflege in der Terminalphase von Patienten und Patientinnen zu klären und die dabei angewendeten Coping Strategien aufzuzeigen.

Daraus folgend entsteht die Forschungsfrage:

Welchen Herausforderungen stellt sich diplomiertes Pflegepersonal im Rahmen der Palliativ Care in der Terminalphase von Patienten und Patientinnen und welche Coping Strategien werden im Team/persönlich angewendet?

2. Methode

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein Literaturreview durchgeführt. Diese Methode wurde ausgewählt, um das bereits vorhandene Wissen zu einem speziellen Thema zu erfassen, kritisch zu beurteilen und zu interpretieren bzw. miteinander zu vergleichen (Polit & Beck 2016). Die Literatursuche wurde in den Datenbanken Pubmed und Cinahl in dem Zeitraum von Oktober bis November 2019 durchgeführt. Pubmed wurde ausgewählt, da es sich um eine umfangreiche Datenbank handelt und Studien von beiden Populationen (diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Ärztinnen und Ärzten) enthalten sind. Zusätzlich wurde in der Datenbank Cinahl gesucht, die sich auf pflegespezifische Publikationen spezialisiert.

Einschlusskriterien:

Um ein passendes Ergebnis in der Datensuche zu erhalten wurden bestimmte Limitationen gesetzt. Damit die erhaltene Literatur auf dem neuesten Stand ist wurden publizierte Studien aus dem Zeitraum der letzten 10 Jahre gewählt. Die Palliativstation wurde als Setting gewählt, da das dort arbeitende Personal tagtäglich den Herausforderungen mit Menschen am Lebensende gegenübersteht. Als Population wurde das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ausgesucht, da dieses den engsten Kontakt zu Menschen am Ende ihres Lebens haben und die damit verbundenen Herausforderungen dauerhaft bewältigen müssen.

Ausschlusskriterien:

Auf Grund der sprachlichen Barriere wurden Studien, die nicht in Englisch oder Deutsch publiziert wurden, nicht miteinbezogen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die ärztliche Berufsgruppe nicht berücksichtigt, da sich die Bewältigungsstrategien rein auf Personen beziehen sollen, die in dauerhafterem und längerem Kontakt mit den Patienten stehen. Auch Auszubildende der Pflege wurden ausgeschlossen, da

diese noch zu wenig Berufserfahrung und unzureichende Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Tod haben.

Für die Recherche in den Datenbanken wurden im Vorfeld Keywords, Synonyme und MeSH-Terms definiert. Als Keywords und Synonyme wurden palliative care, terminal phase, end of life care, coping strategy, nurse und challenge verwendet. Daraus haben sich die MeSH-Terms nurses, palliative care und terminal care ergeben. Diese wurden auf unterschiedliche Art und Weise mit den Booleschen Operatoren AND und OR kombiniert. Um Studien zu erhalten, in denen es sich nicht um die Bewältigungsstrategien der Patienten und Patientinnen handelt, wurde NOT patient an die Suchstrategie hinzugefügt.

Tabelle 1 Darstellung Literaturrecherche

Datum	Datenbank	Suchstrategie	Limitationen	Treffer
19.11.2019	Pubmed	(((((("Nurses"[Mesh]) AND "Palliative Care"[Mesh]) OR "Terminal Care"[Mesh])) AND Coping) NOT Patient	10 Jahre Englisch Deutsch	140
29.11.2019	Cinahl	(((((("Nurses"[Mesh]) AND "Palliative Care"[Mesh])) OR end of life care) AND coping) NOT patient	10 Jahre Englisch Deutsch	157

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden in der Datenbank Pubmed 140 Publikationen und in der Datenbank Cinahl 157 Publikationen gefunden. Nach dem

Duplikatscreening blieben insgesamt 288 Publikationen übrig. Mit Hilfe eines Titelscreenings wurden Publikationen, die nicht relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage waren, ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden auch jene Publikationen, in denen es um Erfahrungswerte in Bezug auf den Tod von Auszubildenden geht, da auszubildendes Pflegepersonal nicht relevant für die Forschungsfrage ist. Folgend wurde ein Abstractscreening durchgeführt. Dabei wurden Publikationen, deren Relevanz nicht aus dem Titel erkennbar war, anhand des Abstracts aussortiert. Die übrig gebliebenen 24 Publikationen wurden einem Volltextscreening unterzogen und 11 davon wurden aus Gründen, wie zum Beispiel unpassendem Setting oder Population, ausgeschlossen. Im angegebenen Flowchart (siehe Abbildung 5) werden die Vorgehensweise und die Ergebnisse im Rahmen der Literaturrecherche bildlich dargestellt.

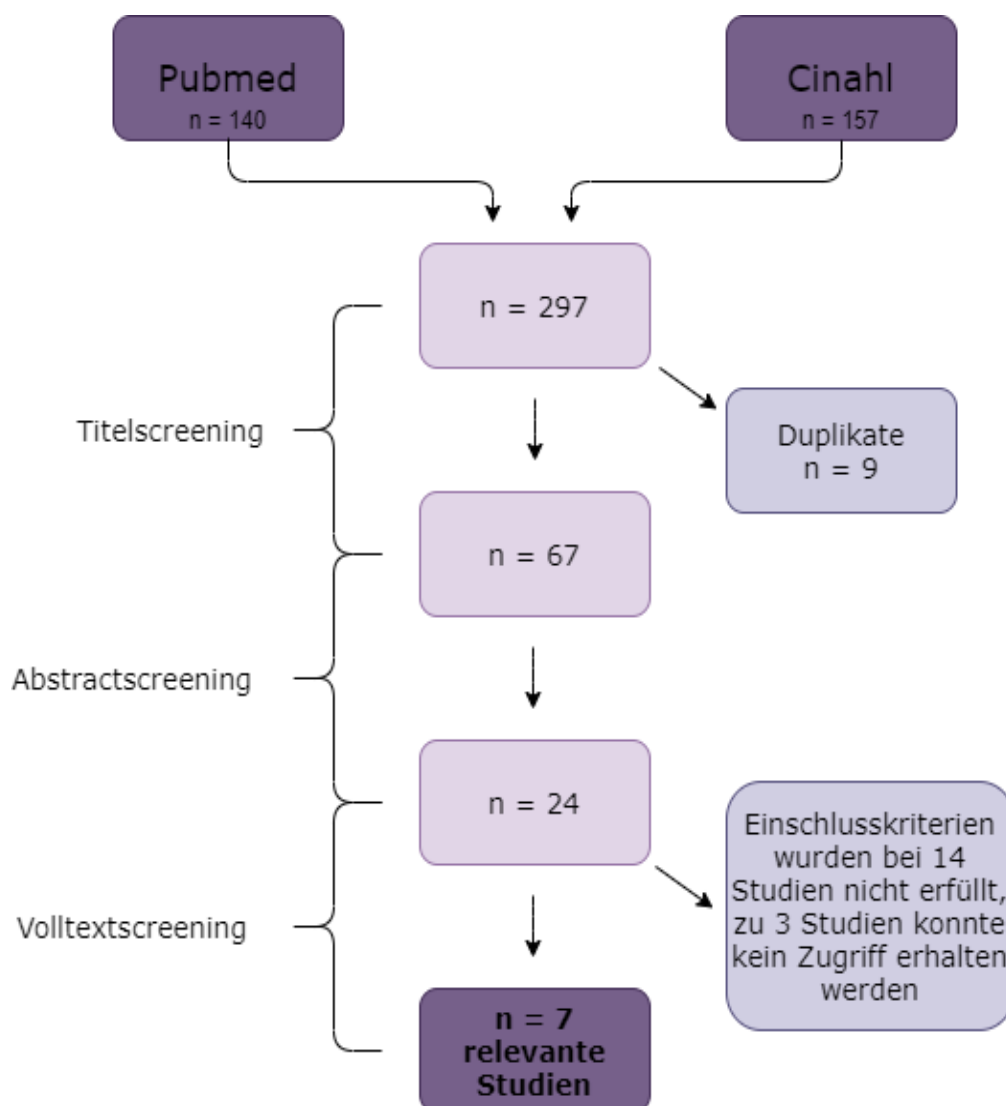


Abbildung 5: Flowchart zu Literaturrecherche

2.1. Bewertung der Studien

Um eine adäquate Bewertung der Qualität der Studien durchzuführen, wurde als Instrument der Bewertungsbogen „Mixed method appraisal tool“ (MMAT) Version 2018 verwendet. Mittels diesem Bewertungsinstrument können sowohl qualitative als auch quantitative Studien bewertet werden. Im ersten Teil wird mit Hilfe einer Checkliste gewählt, um welches Studiendesign es sich handelt. Die Fragen können mit drei Antwortmöglichkeiten und einem Kommentar beantwortet werden („yes“, „no“ und „can't tell“). Im zweiten Teil geht es darum, die im Studiendesign gewählten Methoden nach qualitativen Kriterien zu bewerten. Es wird empfohlen eine detaillierte Darstellung der Bewertung der einzelnen Kriterien zu erstellen (Hong QN, Version 2018)

Im Anhang sind der Bewertungsbogen und die detaillierte kritische Bewertung der einzelnen Studien aufgelistet.

3. Ergebnisse

Bei sieben Studien stimmten die Daten mit der gewünschten Population, Setting und Thema überein. Dabei handelte es sich bei allen Studien um Pflegepersonal aus dem palliativen Bereich. Drei der gewählten Studien sind dem qualitativen Design und vier Studien dem quantitativen Design zuzuordnen. In der folgenden Tabelle sind die einzelnen Studien mit den wichtigsten Ergebnissen aufgelistet.

Tabelle 2: Überblick über die ausgewählten Studien

Autor, Jahr, Land	Ziel	Population	Design und Erhebungsmethode	Ergebnisse
Beng T. S. et al. 2013 Malaysia	Beschreiben der subjektiven Stresserfahrung von medizinischem und pflegerischem Personal auf Palliativstationen	n = 20 10 Ärzte und Ärztinnen 10 diplomierte Pflegepersonen	Qualitativ Semistrukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatorische Schwierigkeiten • Überlastung der Pflege und daraus folgende Überforderung • Kommunikation und Distanz • Schwierigkeiten innerhalb des multiprofessionellen Teams • Copingstrategien auf existentieller und emotionaler Ebene

<p>Chan W. et al. 2016</p> <p>Hong Kong</p>	<p>Die emotionalen Herausforderungen und die Auswirkungen der Sterbearbeit auf das palliative Pflegepersonal</p>	<p>n = 22 diplomierte Pflegepersonal und Sozialarbeiter</p>	<p>Qualitativ Semistrukturierte Interviews</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen auf emotionaler und existenzieller Basis, wie zum Beispiel Überlastung und Überforderung im beruflichen Handeln und auf der Gefühlsebene • Bewältigungsstrategien auf emotionaler und existentieller Basis
<p>Rabalo N. et al. 2014</p> <p>Portugal</p>	<p>Die Zusammenhänge zwischen Trauer und Humor im Rahmen der Sterbearbeit.</p>	<p>n = 66 diplomierte Pflegepersonen</p>	<p>Quantitativ Korrelationsstudie Online Fragebogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtigkeit von Sinn für Humor am Arbeitsplatz • Trauerüberlastung • Auswirkungen von Humor auf die Qualität der Pflege und den beruflichen Alltag innerhalb des Teams • Auswirkungen von Humor auf erfahrene und unerfahrene Teammitglieder

<p>Chan W. et al. 2015</p> <p>Hongkong</p>	<p>Die Wirksamkeit eines erfahrungsbezogenen Workshops im Rahmen der Selbstkompetenz in der Arbeit mit Sterbenden.</p>	<p>n = 112 diplomierte Pflegepersonen in der Palliativpflege</p>	<p>Quantitativ Randomisiert, kontrollierte Studie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop sehr hilfreich für junge und unerfahrene Pflegepersonen • Erfahrungen werde zwischen unerfahrenen und erfahrenen Pflegepersonen im stationären Alltag ausgetauscht
<p>Cheung J. et al. 2016</p> <p>Hong Kong</p>	<p>Die Selbstkompetenz in Bezug auf Arbeiten mit dem Tod mittels einer Skala zu ermitteln</p>	<p>n = 885 diplomiertes Pflegepersonal, Pflegeassistenzen</p>	<p>Quantitativ Querschnittsbefragung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen auf existentieller und emotionaler Ebene • Bewältigungsstrategien • Auswirkungen und Unterschiede von Bewältigungsstrategien zwischen erfahrenen und unerfahrenen Teammitgliedern

<p>Potash et al. 2012</p> <p>Hong Kong</p>	<p>Die Erforschung der Effektivität von Kunsttherapie bei Angst vor dem Tod und Burnout gefährdetem Pflegepersonal.</p>	<p>n = 132 diplomiertes Pflegepersonal</p>	<p>Quantitativ Quasi experimentell</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme des emotionalen Bewusstseins durch Supervisionen und Kunsttherapie • Verringerung von Erschöpfung und Angst vor dem Tod durch die intensivere Beschäftigung mit Verlusten von Patienten und Patientinnen im stationären Alltag
<p>Gama et al. 2014</p> <p>Portugal</p>	<p>Persönliche Faktoren, die für die Burnout-Dimension bei Pflegepersonen, die sich mit Todesfällen beschäftigen, identifizieren.</p>	<p>n = 360 diplomiertes Pflegepersonal</p>	<p>Quantitativ Deskriptive Befragung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor dem Tod und vor Leichen im alltäglichen Arbeiten auf Station • Emotionale und persönliche Erschöpfung • Persönlicher Lebenssinn

3.1. Herausforderungen im pflegerischen Alltag

In den ausgewählten und bewerteten Studien sind unterschiedliche Herausforderungen identifiziert worden. Die Herausforderungen wurden zusammengefasst und in eigene Unterkategorien unterteilt.

3.1.1. Organisation

In der Studie von Beng et al. (2013) beschreiben die Partizipanten und Partizipantinnen Schwierigkeiten in Bezug auf Mangel an Strukturen und der Funktion der Organisation. Ein nicht funktionierendes Team wird von vielen als große Herausforderung angegeben. Einige Teammitglieder setzen ihre Prioritäten anders und empfinden es als wichtiger Berichte zu verfassen, als die Versorgung der Patienten. Die Rede ist auch von Herausforderungen innerhalb der Professionen. Zum Beispiel geben die Pflegepersonen an, dass die Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen, die häufig zu spät kommen oder sich nicht ausreichend um die Patienten und Patientinnen kümmern, als Stressfaktor an. Als einen weiteren Punkt in der Organisation wird die Überlastung der Pflegepersonen beschrieben. Teilnehmer und Teilnehmerinnen beschreiben dadurch das Gefühl zu haben, dass Patienten und Patientinnen auf Grund der Unterbesetzung im Team eine qualitativ geringere Versorgung erhalten.

“It’s not that I feel stressed, but it’s like because of staffing problems, the patients cannot get good quality care.” (Nurse 8)

(Beng, et al., 2013)

Laut Chan et al (2016) beschreiben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine durch die zeitliche Einschränkung ausgelöste Hilflosigkeit gegenüber ihren Patienten und Patientinnen. Es wird die Schwierigkeit beschrieben, Tätigkeiten auf Grund des Zeitmangels auf den nächsten Tag verschieben zu müssen, welchen der Patient oder die Patientin aber möglicherweise nicht mehr erleben wird.

In der Studie von Gama et al. (2014) geht es ebenso um organisatorische Schwierigkeiten. Die Partizipanten und Partizipantinnen beschreiben, durch den Zeitmangel im stationären Alltag, ängstlicher und besorgter in ihrem Handeln zu sein. Diese Schwierigkeit spiegelt sich darin wider, wie die Pflegepersonen mit überfordernden Situationen, umgehen.

3.1.2. Kommunikation

Laut Beng et al. (2013) fällt es den Teilnehmern und Teilnehmerinnen besonders schwer mit den Patienten über ihre Prognosen zu sprechen. Beschrieben wird, dass es herausfordernd ist die richtigen Worte zu finden. Ein weiterer Punkt ist die Sprachbarriere und, dass Patienten und Patientinnen in der Phase des Ablehnens nicht kommunizieren möchten. Das Pflegepersonal sieht es auch als Problem die Kommunikation mit den Angehörigen aufrecht zu erhalten, da häufig der Zeitmangel ein Beantworten der Fragen nicht zulässt.

“If you want to help patients or their relatives you must know them well. For me, it takes time, not just one hour, not just one day. You must have good rapport. It’s not easy. “(Nurse 1)

(Beng, et al., 2013)

3.1.3. Persönliche Konflikte

In den Interviews der Studie von Beng et al. (2013) beschreiben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Konflikte, die durch Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten entstehen. Es wird angegeben, dass häufig eine Unzufriedenheit mit dem Arbeitsverhalten anderer Teammitglieder auftritt. Des Weiteren kommt es durch verschiedene Spezialisten im multiprofessionellen Team zu unterschiedlichen Ansichten, Prognosen und Behandlungsstrategien für die Patienten und Patientinnen. Manchmal erschweren auch unterschiedliche spirituelle Einstellungen das Miteinander.

“It’s a dilemma because two sides go together. For the palliative side we are focusing on symptomatic treatment and we help patients to understand their conditions, but the oncology side they keep on giving treatment.” (Nurse 8)

(Beng, et al., 2013)

In einer der Studien wird als Herausforderung die unterschiedlichen Ausbildungsstände der Partizipanten und Partizipantinnen angegeben. Als Ergebnis zeigt sich auch, dass Pflegepersonen mit geringerer Ausbildung eine höhere Wahrscheinlichkeit an einem Burnout zu erkranken haben als Pflegepersonen mit spezieller Aus- und Weiterbildung im palliativen Bereich (Gama, et al., 2014).

3.1.4. Emotionale Herausforderungen

In der Studie von Beng et al. (2013) geben die Partizipanten und Partizipantinnen emotionale Herausforderungen vor allem im Zusammenhang mit pädiatrischen, mit sehr jungen und mit Patienten und Patientinnen welche noch kleine Kinder haben an. Es wird das Gefühl beschrieben, dass immer guten Menschen etwas Böses widerfährt und man sich hinsichtlich dessen machtlos fühlt. Die Pflegepersonen geben in dieser Studie auch an sich immer wieder zu fragen, womit die Patienten und Patientinnen solches Leid und solchen Schmerz verdient haben.

“I had insomnia for 1 week because of patient’s death. I slept. And then I dreamed about patient. Patient is already dead, but I dreamed about them. I felt so scared.

It made me feel stressed, but I still can control. When I got insomnia, I took lorazepam. I also saw a counsellor because I just wanted to rest. Then I am ok.”

(Nurse 4)

(Beng, et al. 2013)

Ebenso wird in der Studie von Chan et al. (2016) beschrieben, dass besonders junge Menschen die emotionale Verletzlichkeit der Pflegepersonen erhöhen. Eine weitere emotionale Herausforderung ist das Sterben der Patienten und Patientinnen, wenn ein gutes Verhältnis zur Pflegeperson besteht. Sie geben an, dass es schwierig ist auf Distanz zu bleiben, je länger die Patienten und Patientinnen auf der Station sind und oft von Angehörigen besucht werden. Als eine besondere Herausforderung beschreiben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, wenn Patienten und Patientinnen im Rahmen ihrer Behandlung aufgeben und sie helfen möchten, aber nicht können. Bei einigen Pflegepersonen führen diese Stresssituationen zu Schlafstörungen und wirren Träumen.

“I sometimes feel powerless. I just can’t do much. . . . I tried to give my patient [a] high dose of morphine, but my patient’s pain was not relieved. I didn’t know what to do. I felt very helpless. My patient suffered because the morphine was too heavy for my patient. . . .Not only me but also my whole palliative care team was nervous. This was stressful. I suffered as the physician. I felt helpless, just like my other colleagues in the team.” (Participant 22)

(Chan, et al., 2016)

In der Studie von Nunes et al. (2014) wird die professionelle Trauerüberlastung als emotionale Herausforderung beschrieben. Dazu kommt es, wenn es viele Todesfälle hintereinander gibt und die Bewältigung zur Überforderung wird. Wobei Pflegepersonen mit besserer Ausbildung oder einer längeren Berufserfahrung im palliativen Bereich eine niedrigere Belastung angeben als Pflegepersonen ohne Spezialausbildung und mit wenig Berufserfahrung.

Die Partizipanten und Partizipantinnen in der Studie von Cheung et al (2016) geben die ständige Arbeit mit dem Tod als eine große emotionale Belastung an. Für die jungen Pflegepersonen ist es manchmal besonders schwer zu akzeptieren, dass das Leben der Patienten und Patientinnen nicht verlängert werden kann. Zu akzeptieren, dass in manchen Fällen ein würdevolles Sterben nicht stattfinden kann, ist für den Großteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine spezielle persönliche

und emotionale Herausforderung. Angegeben wird ein Gefühl der Hilflosigkeit und Überforderung.

Gama et al. (2014) beschreibt in der quantitativen Studie die Herausforderungen der Partizipanten und Partizipantinnen auf Palliativstationen. Aufgezählt werden persönliche Erschöpfung, emotionale Erschöpfung und eine Depersonalisierung durch den Stress im Arbeitsalltag. Untergliedert sind diese Problemstellungen in die Frage nach dem Sinn des Lebens, der Angst vor dem Tod und dem Sterben und Bindungsängsten durch den ständigen Verlust von Patienten und Patientinnen.

3.2. Copingstrategien

Die Partizipanten und Partizipantinnen in der Studie von Beng et al. (2013) beschreiben unterschiedliche Arten der Bewältigung. Ein Teil der Pflegepersonen gibt an, dass es ihnen hilft Abstand zu halten, um schwierige Situationen zu meistern. Andere versetzen sich in die Person oder in das Familienmitglied, um sie besser verstehen zu können. Beschrieben wird auch, dass es hilft Stress zu kompensieren, wenn die Wünsche der Patienten und Patientinnen erfüllt werden. Eine große Rolle spielen auch Teammeetings und die spirituelle Einstellung der jeweiligen Pflegeperson.

“So far so good, because of my belief in Christianity. There are certain understandings about afterlife and how people deal with their lives, and what do we expect from our lives we are given, when we are alive and afterlife that kind of thing. So, for our belief, there is an eternal life. There is an afterlife which this part of life on earth is not everything. It’s just a short journey that we run and finish with colorful and beautiful results, or with regrets and guilt. It makes me reflect a lot about how I want to live this life for sure, and what do I expect for my afterlife?”

(Nurse 5)

(Beng, et al., 2013)

Chan et al. (2016) beschreibt zwei verschiedene Arten der Bewältigung. Zum einen das existenzielle Coping und zum anderen das emotionale Coping. Bei ersterem beschreiben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen als Strategie die Identifikation der eigenen Lebensprioritäten und Lebensziele. Außerdem ist es wichtig Leben und Tod akzeptieren zu können und offen über den Tod und das Sterben zu sprechen. Eine Partizipantin gibt an, dass es ihr besonders hilft jeden Tag in vollen Zügen zu leben und den Tag sinnvoll zu gestalten.

“You have to live in the present moment. This gives you energy to face tomorrow’s challenges. . . . I keep reflecting on this as you never know what will happen tomorrow. This supports me to survive and work in palliative care for six years. . . . This gives me huge encouragement“. (Participant 12)

(Chan, et al., 2016)

Das emotionale Coping setzt sich mit der Akzeptanz und dem Management der eigenen Emotionen auseinander. Hierbei ist das Ziel die Auswirkung der eigenen Emotionen abzuschwächen, zum Beispiel durch Entspannungsübungen, Rationalisieren und das Teilen der Emotionen mit anderen. Ein weiterer Zweig des emotionalen Copings ist es sich den Sinn der Arbeit vor Augen zu halten. Ziel ist es den Patienten und Patientinnen ein gutes Sterben zu ermöglichen. Auch wichtig ist es das private und berufliche Leben trennen zu können und den Unterschied zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen der Patienten und Patientinnen zu sehen, um einen optimalen Abstand zu wahren. Einige der Pflegepersonen beschreiben, dass es ihnen hilft sich vor Augen zu halten, dass sie das Schicksal der Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen nicht kontrollieren können.

“I have to accept that when I heard about the difficult situations of my patients or their family, I will get emotional like ordinary people do, even though I am a social work professional. Because life is uncertain and unpredictable, we have to enjoy life in the present moment.“ (Participant 20)

(Chan, et al., 2016)

Laut der Studie von Nunes et al. (2014) hilft Humor dabei schwierige Situationen zu meistern und negative Gefühle bewältigen zu können. Therapeutischer Humor wird als Anpassungsmechanismus beschrieben und gilt als Bewältigungsmechanismus unzureichend. Humor kann durchaus dabei helfen den Alltag unter Kollegen und Kolleginnen, sowie Interaktionen mit Patienten und Patientinnen zu erleichtern.

In einer weiteren Studie wird auf eine Bewältigungsstrategie mittels eines erfahrungsbezogenen Workshops aufmerksam gemacht. Durch eine Kontrollgruppe wird überprüft, inwiefern sich der Workshop auf die Partizipanten und Partizipantinnen auswirkt. Die Intervention hat dazu beigetragen, dass die teilnehmenden Pflegepersonen im Nachhinein Verbesserungen in der Selbstkompetenz erhielten und einen positiven Effekt auf die emotionale und existenzielle Bewältigung von Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflege von Patientinnen und Patienten am Lebensende erlangen konnten. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen geben auch an, durch den Workshop die Angst vor dem Tod und vor Leichen ablegen zu können. Allerdings kann es nach dem 3-Monat Follow-up zu einem Rückgang der erhaltenen Verbesserungen kommen (Chan, et al., 2015).

Potash et al. (2012) beschreibt in der quasi-experimentellen Studie zwei verschiedene Arten des Copings. Zum einen wird eine Gruppe untersucht, welche über einen längeren Zeitraum an einer Kunsttherapie teilnimmt und zum anderen eine Gruppe, welche sich mehrmals zu Supervisionssitzungen trifft. In der Supervisionsgruppe beschreiben die Partizipanten und Partizipantinnen eine geförderte Reflexionsfähigkeit. Die dadurch erlangte emotionale Regulierung führt dazu, dass die Burnout Rate sinkt und es den Pflegepersonen leichter fällt über ihre Gefühle nachzudenken und derer bewusst zu werden. Die Ergebnisse der Kunsttherapie sind Stärkungen in den persönlichen Fähigkeiten wie Geduld, Bewusstsein, Fürsorge und Offenheit. Auch durch das regelmäßige Beobachten der anderen Kursteilnehmer und Kursteilnehmerinnen kommt es zu einer Sensibilisierung gegenüber den Kollegen und Kolleginnen in der Pflegearbeit. Durch das Handeln mit mehr Bewusstsein im Rahmen der Kunsttherapie

beschreiben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ein erhöhtes Selbstbewusstsein erlangt zu haben. Die Pflegepersonen in beiden Interventionsgruppen geben an, dass sich durch die Bewältigungsstrategien ihre Einstellung zum Sterben und zum Tod positiv verändert hat und sie eine höhere Bereitschaft haben über die Gefühle im Zusammenhang mit dem Tod und dem Sterben zu sprechen.



Abbildung 6 Ein Teilnehmer beschreibt in diesem Bild seine Erfahrungen und wie er darauf reagiert (Potash et al. 2012)

“Challenges [are] just like big waves. [They] shake me, flow me, frightened me. I could not say I enjoy it. But I know challenges bring me golden rain. Wisdom like gold. Golden rain strengthen[s] my golden boat. Golden boat can bring me [to] get over all the “big waves”.” (Participant)

(Potash, et al., 2012)

In der Studie von Cheung et al. (2016) werden von den Partizipanten und Partizipantinnen die Erfahrungen selbst als Bewältigungsstrategien angegeben. Die Trauerbewältigung mit Sterbenden und deren Hinterbliebenen kann nicht nur belastend für die Pflegepersonen sein, sondern auch hilfreich im Ausbau von persönlichen Ressourcen wie Mitgefühl, Ruhe, Reife und eine positive Orientierung.

4. Diskussion

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse literaturgestützt diskutiert. Ziel dieser Arbeit ist es die Herausforderungen von diplomiertem Pflegepersonal im Rahmen der Pflege in der Terminalphase von Patienten und Patientinnen zu klären und die dabei angewendeten Coping Strategien aufzuzeigen.

Pflegepersonen auf Palliativstationen oder im palliativen Bereich sind bereit die besonderen Belastungen, welche durch die dauerhafte Konfrontation mit den existenziellen Fragen des Lebens, des Todes und der Trauer auftreten unter Einbeziehung der persönlichen Situation zu ertragen. Es besteht die Bereitschaft mit dem Erlebten so umzugehen, dass sie daran wachsen und davon profitieren können – egal ob als Einzelperson oder als Team. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden durch ihre fachliche und persönliche Kompetenz ausgezeichnet und gewährleisten damit in besonderer Art die Qualität ihrer Arbeit im Umgang mit Sterbenden. Pflegepersonen, die ständig mit den Themen Tod, Sterben und Trauer konfrontiert sind, brauchen eine psychische Stabilität, um einen guten Kontrast zum herausfordernden Arbeitsalltag zu erhalten. Die Begegnung mit sterbenden Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen lässt niemanden unberührt. Deshalb ist es von hoher Wichtigkeit vom Arbeitgeber Quellen zur Kraftschöpfung zur Verfügung gestellt zu bekommen, wie zum Beispiel Supervisionen, Teamgespräche, Fortbildungen und Gespräche mit Personen der Seelsorge. Beispiele für private Kraftquellen sind Beziehungen zu geliebten Menschen, Freizeitgestaltung in der Natur, durch Musik, Literatur, Sport, Religion, Spiritualität und Ähnlichem (Kränzle, et al., 2011).

Die Ergebnisse hinsichtlich der Herausforderungen im palliativen Setting lassen sich untergliedern in organisatorische, kommunikative Schwierigkeiten, persönliche und emotionale Problemstellungen.

Die organisatorischen Herausforderungen zeigen sich vor allem durch die Unterbesetzung auf Palliativstationen. Folglich ergibt sich ein Zeitmangel Pflegepersonen und sie fühlen sich durch die Arbeit unter Druck gesetzt und überfordert. Das Resultat aus Zeitmangel und Überbelastung sind vermehrte Komplikationen und eine erhöhte Mortalität. Wenn es aus organisatorischen Gründen zu Schwierigkeiten innerhalb des interdisziplinären Teams kommt, leiden vor allem Patienten und Patientinnen darunter. Durch die unterschiedlichen Ansichten im Team können immer wieder Konflikte auftreten. Wenn es zu verschiedenen Ansichten bei der Behandlungsstrategie kommt, sind unnötige Tests, Untersuchungen oder Verfahren oft naheliegend. Folglich vermindert sich die Gesamtqualität der Versorgung im palliativen Setting (Beng, et al., 2013).

Es wäre besonders wichtig bereits in der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen sich untereinander auszutauschen. Das Team sollte sich im Rahmen seiner Handlungen an den Bedürfnissen und Werten der Patienten und Patientinnen orientieren und nicht an denen der anderen Berufsgruppen. Sterbende benötigen eine Versorgung, die je nach Situation interdisziplinär, multiprofessionell und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller beteiligten Personen erfordert (Schnell & Schulz, 2012).

Im Rahmen der Kommunikation im multiprofessionellen sowie interdisziplinären Team kann es durch Missverständnisse und ähnlichem immer wieder zu unnötigen Konflikten kommen (Beng, et al., 2013).

Besonders für die Patienten und Patientinnen ist es von großer Bedeutung, dass sie durch die unterschiedlichen Teammitglieder inhaltlich gleich lautende Informationen erhalten. Transparente Kommunikationswege in der Gesprächskultur tragen einen großen Teil dazu bei. Durch regelmäßige Besprechungen innerhalb des multidisziplinären Teams kann das Fachwissen der unterschiedlichen Professionen ausgetauscht und zur Krankengeschichte der Patienten und Patientinnen angepasst werden. Solche Besprechungen führen zu einer besseren Gesprächskultur innerhalb des multiprofessionellen Teams als die üblichen Übergaben von Pflegepersonen oder die Visitenbesprechungen innerhalb der ärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Schnell & Schulz, 2012).

Ein weiterer Faktor sind die unterschiedlichen Ausbildungsstände der einzelnen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Jene können auch schon durch nicht idente Ausbildungsstätten entstehen. Folglich kommt es häufig zu Differenzen unter dem Personal. Manche fühlen sich im Stich und allein gelassen auf Grund ihres niedrigen Wissens- oder Ausbildungsstandes. Ein Ansatz zur Verbesserung solcher Probleme wäre eine Einheitliche Spezialausbildung für den palliativen Fachbereich. Auch Teammeetings und Besprechungen mit den Betroffenen kann dazu beitragen Lösungsansätze zu finden (Gama, et al., 2014).

Als Lösungsansatz wäre es sinnvoll das lebenslange Lernen aller zu akzeptieren und zu unterstützen. Wenn neue Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen sich dem Team anschließen, ist es besonders wichtig den Prozess bis zum Erlangen der Routine im stationären Alltag zu berücksichtigen. Sollte es dennoch zu Konflikten kommen, muss von allen Teammitgliedern darauf geachtet werden, dass die Kritikäußerung konstruktiv, konkret und auf einer fachlichen Basis erfolgt (Schnell & Schulz, 2012).

Die wahrscheinlich größte Herausforderung im Bereich der Palliative Care ist die emotionale Belastung der Pflegepersonen im Umgang mit sterbenden Patienten und Patientinnen. In der Studie von Beng et al (2013) beschreiben die Partizipanten und Partizipantinnen eine besondere Problematik in der Arbeit mit pädiatrischen und jungen Patienten und Patientinnen und jenen, die eine Familie gründen wollen. Den Pflegepersonen fehlt oft die richtige Ausdrucksweise ihrem Gegenüber. Auch hier wird eine Verallgemeinerung der Ausbildung und regelmäßige Supervisionen innerhalb des Teams empfohlen. Einige Partizipanten und Partizipantinnen geben an, dass es auch hilft mit außenstehenden Personen, wie zum Beispiel einem guten Freund oder einer guten Freundin, mit dem Partner oder der Partnerin oder mit den eigenen Familienangehörigen unter Einhaltung des Datenschutzes über die emotionalen Herausforderungen zu sprechen. Teilweise gehen die Belastungen der Pflegepersonen aber so weit, dass es ohne professionelle Hilfe keine Lösungsansätze mehr gibt. Hierbei ist es besonders wichtig den Kollegen oder die Kollegin zu unterstützen und ihnen den Rücken zu stärken.

Ein Gefühl der Macht- und Hilfslosigkeit kann sich unter den jungen Mitarbeitern und Mitarbeiterin breit machen. Es bedarf viel an Erfahrung und ein sicheres privates Umfeld, um im stationären Alltag im palliativen Bereich zu bestehen und zu akzeptieren, dass in manchen Fällen nicht mehr medizinisch oder therapeutisch geholfen werden kann. Vielmehr ist das Lindern von Schmerzen und Leiden eine wichtige Komponente mit dem sich junges, unerfahrenes Pflegepersonal beruflich auseinandersetzen muss. Auch wenn Patienten und Patientinnen viel Besuch von Angehörigen und Freunden haben, beschreiben es die Pflegepersonen als schwierig eine berufliche Distanz einzuhalten (Chan, et al., 2016).

Das Leben zu bejahen und die Endlichkeit dessen zu sehen ist eine Grundlage, die durch das Arbeiten im palliativen Bereich entsteht. Das ist besonders wichtig, um die Sterbenden einfühlsam, würdevoll und mit Respekt zu begleiten. Einlassen auf die Fragen der Patienten und Patientinnen und sie bei der Umsetzung ihrer persönlichen Entscheidungen zu unterstützen, kann dabei helfen, die eigenen Schwächen zu akzeptieren und ermöglicht eine Vertiefung der Kommunikation zwischen Pflegeperson und zu Pflegenden (Thöns & Sitte, 2013).

Nunes et al. (2014), Gama et al. (2014) und Cheung et al. (2016) beschreiben in den Studien die emotionalen und persönlichen Veränderungen der Pflegepersonen durch den stetigen Umgang mit schwer erkrankten und sterbenden Menschen. Auch die dauerhafte Belastung durch Verlustereignisse wird zur Sprache gebracht. Der ständige Kontakt zu trauernden Familienangehörigen und Freunden der Patienten und Patientinnen kann zu empfindsamem Problem innerhalb des palliativen Teams werden. Partizipanten und Partizipantinnen beschreiben Gefühle, wie psychische und existenzielle Erschöpfung und eine Art der Depersonalisierung durch den berufsbedingten Stress.

All diese Faktoren können zu einem Burn-out Syndrom führen. Betroffene haben nicht mehr die Kraft den ihnen gestellten Aufgaben Stand zu halten und gehen an dem Druck auf Dauer zu Grunde. Außerdem wirkt sich die Arbeitsüberlastung und die Tatsache, dass die Pflegepersonen ihren Arbeitsalltag nicht selbstbestimmt führen können negativ auf die Gesamtsituation aus. Eine übersteigerte

Erwartungshaltung und zu hohe Ansprüche an sich selbst können weitere auslösende Faktoren für eine emotionale Erschöpfung sein (Thöns & Sitte, 2013).

In den ausgewählten Studien werden unterschiedlichste Copingstrategien angewendet, beobachtet und beschrieben. In den meisten liegt das Hauptaugenmerk auf Supervisionen und Teammeetings. Es werden verschiedene Methoden angewendet. Je nach Thema, Arbeitshintergrund, persönlichen Erfahrungen und nach den räumlichen Gegebenheiten werden diese ausgewählt. Um den Blick der Pflegepersonen zu erweitern oder zu fokussieren werden Methoden, wie zum Beispiel Aufstellungen, Gespräche, Rollenspiele, Körperarbeit wie Meditation, Muskelentspannungsübungen und Atemtechniken, kreative Entspannungsübungen und Biografie- und Analogiearbeit kompetent eingesetzt. Allen Beteiligten hilft es, wenn in der Supervision mit Leichtigkeit und Humor gearbeitet wird (Kränzle, et al., 2011).

Die Supervision mittels Teammeetings und einzelnen Fallbesprechungen hilft den Partizipanten und Partizipantinnen dabei die erlebten Geschehnisse verarbeiten zu können. Es ist wichtig über die Emotionen zu sprechen und nichts in sich hinein zu fressen (Cheung, et al., 2016).

In einer der Untersuchungen wird Humor als wichtiger Faktor zur Bewältigung von schwierigen und unüberwindbaren Situationen beschrieben. Allerdings wird die Anwendung von Humor nicht als Bewältigungsstrategie, sondern als Strategie zur Anpassung an die individuelle Situation gesehen (Nunes, et al., 2014).

Sterbende sind Lebende und um sich lebendig zu fühlen hilft es häufig zu Lachen. Lachen reduziert die Schmerzempfindung, entspannt und entlastet die Patienten und Patientinnen sowie die Pflegepersonen von Angst, Wut und Traurigkeit. Es kann auch helfen, den Emotionen freien Lauf und so auch entlastenden Tränen fließen zu lassen. Wenn Pflegepersonen durch ihre Haltung ihren Patienten und Patientinnen gegenüber zeigen, dass es in Ordnung ist Gefühle zu zeigen, ist es auch für diese und ihre Angehörigen einfacher. Dabei sollte immer auf die richtige Dosis Humor geachtet werden und um den humorigen Zustand des Patienten oder

der Patientin Bescheid zu wissen. Häufig neigen schwer kranke und sterbende Patienten und Patientinnen zu makabrem Galgenhumor und verwenden zum Beispiel Aufkleber wie „Hospiz – der wahre Abgang“. Auch im Umgang mit Kollegen und Kolleginnen sollte der jeweilige Humor in Erfahrung gebracht werden, ansonsten könnte es zu Konflikten innerhalb der Teammitglieder kommen (Kränzle, et al., 2011).

Kreative Copingstrategien sind auch eine adäquate Möglichkeit, das Erlebte verarbeiten zu können. Die Partizipanten und Partizipantinnen in dieser Studie haben sich intensiv mit ihren Gefühlen, die durch den Tod ihrer Patienten und Patientinnen hervorgerufen wurden, beschäftigt und diese dann mittels malerischer Methoden auf Leinwände gebracht. Pflegepersonen in dieser Studie gaben an, dass es ein erleichterndes Gefühl ist, wenn man die erste Farbe mit dem Pinsel auf der Leinwand aufträgt und es sich wie der Fall einer großen Last anfühlt, wenn das Bild endgültig fertig ist (Potash, et al., 2012).

4.1. Stärken und Limitationen

Diese Arbeit hat auf Grund der Methodik der Literaturreview einige Limitationen. Die Literatursuche hat insgesamt in nur zwei Datenbanken stattgefunden. Die Publikationen wurden ausschließlich in Deutsch und Englisch gewählt. Der beschränkte Zeitraum von 10 Jahren hat das Ergebnis der inkludierten Studien ebenso beschränkt. Möglicherweise wurden so weitere Artikel mit hoher Evidenz nicht gefunden und somit auch nicht in die Literaturreview inkludiert werden. Dadurch, dass alle inkludierten Studien mit demselben Assessmentinstrument bewertet wurden, konnte ein einheitliches Qualitätsniveau erreicht werden. Allerdings hätten die Studien von mindestens zwei Personen bewertet werden müssen, um eine kritische und systematische Bewertung mit hoher Evidenz zu erlangen. Nur zwei der sieben inkludierten Studien sind im qualitativen Design. Diese Studien trugen eindeutig besser dazu bei, die Forschungsfrage zu

beantworten, als die quantitativen Studien in denen nur Messwerte ausgerechnet und Tatsachen verallgemeinert wurden.

4.2. Forschungsempfehlungen

Durch die erhaltenen Ergebnisse konnte die Forschungsfrage beantwortet und das Forschungsziel erreicht werden. Im Rahmen dieses Literaturreviews wurden Großteils quantitative Studien gefunden. Durch die kritische Bewertung kann empfohlen werden, dass die Ergebnisse in den qualitativen Studien deutlich praxisbezogener und somit leichter in den beruflichen Alltag einzuführen sind. Außerdem wurden kaum europäische Studien gefunden. Es wäre wichtig auch im österreichischen oder deutschsprachigen Raum Forschung im Bereich der Palliative Care bezogen auf das Pflegepersonal zu betreiben. Einige Studien wurden auf Grund der Ausschlusskriterien nicht in das Literaturreview miteinbezogen werden. In einigen Studien wurde das gesamte palliative Personal betrachtet, d.h. Pflegepersonen, Ärzte und Ärztinnen, Physiotherapeuten etc. wurden „in einen Topf“ geschmissen. Dies weist darauf hin, dass es von Bedeutung wäre die Forschung auf das gesamte Pflegepersonal auszubauen, weil es auf Grund der intensiven Betreuung der palliativen Patienten und Patientinnen häufiger den Herausforderungen im Arbeitsalltag ausgesetzt ist als die Mediziner und Medizinerinnen.

4.3. Praxisempfehlungen

Im asiatischen Raum wird der Bewältigung von Herausforderungen im pflegerischen Team auf Palliativstationen bereits eine große Rolle beigemessen. Es wäre auch für die Palliativstationen im europäischen Raum von hoher Relevanz verschiedene Copingstrategien einzuführen, und so den einzelnen Mitgliedern im Team die Möglichkeit zu geben eine adäquate Methode zu finden. Für eine gute Gesprächspolitik innerhalb des multiprofessionellen und interdisziplinären Teams

ist zu sorgen. Regelmäßige Besprechungen und eine transparente Kommunikation tragen einen großen Anteil dazu bei. Das Pflegepersonal sollte auf die Symptomatik eines Burnout Syndroms hin geschult werden. Das ständige Sich-Beobachten innerhalb eines Teams kann somit zu einer Früherkennung, zum richtigen Handeln und eventuell sogar zu einer Vermeidung der Krankheit führen.

5. Schlussfolgerung

Im palliativen Bereich sind Themen wie Linderung von Leiden, ein respektvoller Umgang mit den Entscheidungen und die Erreichung der maximalen Lebensqualität von schwer kranken und sterbenden Patienten und Patientinnen von hoher Wichtigkeit. Die Patienten werden ganzheitlich gesehen, somit werden ihre mehrdimensionalen Bedürfnisse adäquat behandelt. Diplomiertes Gesunden- und Krankenpflegepersonal im palliativen Setting stellt sich tagtäglich den unterschiedlichsten Herausforderungen. Dazu zählen organisatorische Schwierigkeiten, kommunikative Probleme, persönliche Konflikte und emotionale Herausforderungen. Ein wichtiger Aspekt ist auch die persönliche Erwartung und der aus dem Druck heraus entstehende Stress. Zwischen organisatorischen Überforderungen und Schwierigkeiten im multiprofessionellen und interdisziplinären Team ist die größte Hürde, die emotionale Belastung. Durch den dauerhaften Kontakt mit den schwer erkrankten und sterbenden Patienten und Patientinnen werden die Beziehungen zum Pflegepersonal verstärkt. Je mehr eine Pflegeperson in das private Umfeld involviert ist, desto schwieriger wird es eine „professionelle Distanz“ einhalten zu können. Besonders die ständige Konfrontation mit Sterben, Tod und Trauer der Patienten und Patientinnen sowie deren Angehöriger ist ein belastender Faktor. Jeder einzelne Mitarbeiter und jede einzelne Mitarbeiterin geht individuell mit den Herausforderungen um.

Folgend ist es von hoher Bedeutung die adäquaten Bewältigungsstrategien zu finden und diese auch richtig anwenden zu können. Egal ob im Team oder privat für sich selbst, jede diplomierte Gesunden- und Krankenpflegeperson muss für sich den richtigen Weg finden, um den dauerhaften Belastungen im palliativen Setting stand halten zu können und den sterbenden Patienten und Patientinnen ein hohes Maß an Qualität in ihrer Versorgung bieten zu können. In allen verwendeten Studien wurden durch die Partizipanten und Patizipantinnen gut gewählte existenzielle oder emotionale Copingstrategien verwendet.

6. Literaturverzeichnis

Beng, T. S. et al., 2013. The Experiences of Stress of Palliative Care Providers in Malaysia: A Thematic Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, pp. 15-28.

Bundesministerium für Gesundheit, 2018. Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. [Online] Available at: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich [Zugriff am 11 Dezember 2019].

Chan, W. C. et al., 2016. Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. *Health & Social Work*, pp. 33-41.

Chan, W., Tin Fong, A. & Wong, K. L., 2015. Effectiveness of an experiential workshop for enhancing helping professionals' self-competence in death work in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, pp. 67-77.

Cheung, J. et al., 2016. Self-competence in death work among health and social care workers: a region wide Survey in Hong Kong. *BMC Palliative Care*.

Connor, S. & Bermedo, M., 2014. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, United Kingdom*, London: Worldwide Palliative Care Alliance.

Feichtner, A., 2014. *Lehrbuch der Palliativpflege*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Hrsg. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Gama, G., Barbosa, F. & Vieira, M., 2014. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, pp. 527-533.

Gesundheitsportal, Ö. Ö., 2017. Hospiz- und Palliativversorgung: Was ist das?. [Online] Available at: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/palliativ-hospizversorgung/palliativ-hospizversorgung-basisinfo> [Zugriff am 5 Dezember 2019].

Höller, C., 2017. Die Zahl der Pflegebedürftigkeit steigt an. *Die Presse*, 11 November.

Hong QN, P. P. F. S. B. G. B. F. C. M. D. P. G., Version 2018. Vedel I. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Industry Canada: Canadian Intellectual Property Office.

Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C., 2011. *Palliative Care - Handbuch für Pflege und Begleitung*. 4. Auflage Hrsg. Stuttgart: Springer Verlag.

Kühn, F., 2017. Bundeszentrale für politische Bildung. [Online] Available at: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196911/fertilitaet-mortalitaet-migration> [Zugriff am 12 Dezember 2019].

Lexa, N., 2013. *Burnout und Burnout-Prävention in der Palliative Care: Praxishandbuch für Gesundheitsfachpersonen*. 1. Auflage Hrsg. Bern: Hans Huber Verlag.

Nunes, I., Josè, H. & Capelas, M., 2014. Grieving With Humor: A Correlational Study on Sense of Humor and Professional Grief in Palliative Care Nurses. *Holistic nursing practise*, pp. 98-106.

Österreichische Palliativgesellschaft, O., 2009. Palliativpflege. [Online] Available at: <https://www.palliativ.at/palliative-care/palliativpflege/> [Zugriff am 02 Dezember 2019].

Papadatou, D., 2000. A Proposed Model of Health Professionals' Grieving. *Omega - Journal of Death and Dying*, vol. 41, pp. 59-77.

Potash, J. et al., 2012. Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental Study. *International Journal of Palliative Nursing*.

Schnell, M. & Schulz, C., 2012. *Basiswissen Palliativmedizin*. Heidelberg: Springer Verlag.

Thöns, M. & Sitte, T., 2013. *Repetitorium Palliativmedizin*. 1. Auflage Hrsg. Heidelberg: Springer-Verlag.

Trachsel, M., 2018. *Einführung – Lebensende, Sterben und End-of-Life Care*. 1. Auflage Hrsg. Bern: Hogrefe Verlag.

WHO, W. H. O., 2002. WHO Definition of Palliative Care. [Online] Available at: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Zugriff am 02 Dezember 2019].

WHO, W. H. O., 2018. Palliative Care. [Online]

Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

[Zugriff am 14 Dezember 2019].

Wolf, D., 2018. Bewältigungsstrategien und Coping. [Online]

Available at: <https://www.palverlag.de/lebenshilfe-abc/coping-bewaeltigung.html>

[Zugriff am 03 Dezember 2019].

Anhang

Grieving with Humor: A Correlational Study on Sense of Humor and Professional Grief in Palliative Care Nurses					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Mittels Onlinefragebogen wurden ausreichend Daten gesammelt, um die Forschungsfrage beantworten zu können.
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			Das Design der Korrelation wurde passend gewählt, da hierbei der Einfluss des Humors erfragt wird.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			Onlinefragebogen
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			Eine statistische Analyse mittels SPSS wurde durchgeführt.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			Die Ergebnisse der statistischen Analyse werden mittels einer Tabelle dargestellt.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			Die Daten sind nachvollziehbar interpretiert

The Experiences of Stress of Palliative Care Providers in Malaysia: A Thematic Analysis					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Mittels semistrukturierten Interviews wurden ausreichend Daten gesammelt, um die Forschungsfrage beantworten zu können.
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			In der Phänomenologie werden die Erfahrungen der Pflegepersonen erfragt, somit wird die Forschungsfrage beantwortet.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			Semistrukturierte Interviews
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			Eine thematische Analyse der subjektiven Erfahrungen wurde durchgeführt.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			Die Ergebnisse werden durch direkte Zitate der Befragten unterstützt.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			Die Daten sind nachvollziehbar interpretiert

Effectiveness of an experiential workshop for enhancing helping professionals' self-competence in death work in Hong Kong: a randomised controlled trial					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Die gesammelten Daten der Interventions- und Kontrollgruppe sind ausreichend, um die Frage zu beantworten
2. Quantitative randomized controlled trial	2.1. Is randomization appropriately performed?	x			Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden einfach randomisiert.
	2.2. Are the groups comparable at baseline?	x			Die Gruppen haben ungefähr die Gleichen Ausgangsdaten.
	2.3. Are there complete outcome data?	x			Die Daten werden in Tabellen dargestellt.
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?			x	Es wird nicht beschrieben, ob die Prüfer verblindet sind.
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?			x	In der Interventionsgruppe erfolgten einige Dropouts, weil die TeilnehmerInnen nichts mit der Intervention anfangen konnten.

Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers?					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Die gesammelten Daten der Interventionsgruppen sind ausreichend, um die Frage zu beantworten
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			Nicht-zufällige Gelegenheitsstichprobe
	4.2. Is the sample representative of the target population?			x	Die Samplingstrategie hat keine hohe Repräsentativität.
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			Durch Befragung ist die Messung der Daten angemessen.
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	x			Die TeilnehmerInnen konnten selbst entscheiden, daher ist dieses Risiko gering.
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			Die subjektiven Ergebnisse werden dadurch statistisch dargestellt.

Personal determinants of nurses' burnout in end of life care					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Die gesammelten Daten der Interventionsgruppen sind ausreichend, um die Frage zu beantworten
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?			x	Die Samplingstrategie wird nicht beschrieben.
	4.2. Is the sample representative of the target population?	x			Die Stichprobengröße ist repräsentativ.
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			Die Daten werden mittels Fragbögen und Skalen gemessen.
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?		x		Es werden demographische Daten gesammelt.
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			Die subjektiven Ergebnisse werden dadurch statistisch dargestellt.

Self-competence in death work among health and social care workers: a regionwide survey in Hong Kong					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Die gesammelten Daten der Interventionsgruppen sind ausreichend, um die Frage zu beantworten
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			Querschnittsstichprobe
	4.2. Is the sample representative of the target population?	x			Die Stichprobengröße ist repräsentativ.
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			Die Daten werden mittels Fragebögen und Skalen gemessen.
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	x			Eine hohe Rücklaufquote wird beschrieben.
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			Die subjektiven Ergebnisse werden dadurch statistisch dargestellt.

Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all type)	S1. Are there clear research questions?	x			Die Studie enthält ein klar definiertes Ziel.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	x			Mittels semistrukturierten Interviews wurden ausreichend Daten gesammelt, um die Forschungsfrage beantworten zu können.
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			Durch die Phänomenologie werden die Erfahrungen ermittelt.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			Semistrukturierte Interviews
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			Eine statistische Analyse mittels SPSS wurde durchgeführt.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			Die Ergebnisse der statistischen Analyse werden mittels einer Tabelle dargestellt.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			Die Daten sind nachvollziehbar interpretiert