H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

MORTALITÄTSSALIENZ UND ANGST VOR DEM TOD BEI PFLEGEFACHKRÄFTEN

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Claudia Snow*

Betreuer: *Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze*
Zweitbetreuer: *Prof. Dr. phil. Rolf-Hermann Geller*

URN: *urn:nbn:de:gbv:519-thesis2021-0356-2*
Tag der Einreichung: *15.06.2021*

Ein ewig Rätsel ist das Leben, nur ein Geheimnis bleibt der Tod.

Emanuel Geibel

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Pasewalk, 15.06.2021

Ort, Datum Unterschrift

ABSTRACT

Zielsetzung

Die Beantwortung der Frage: „Wie beeinflusst die Konfrontation mit dem Tod das Bewusstsein der Sterblichkeit und die Angst vor dem Tod bei Pflegefachkräften?“ Und: Welche Implikationen sind es, aus der Ergebnisdarstellung der ersten Frage, die für pflegewissenschaftliche Praxis-, Theorie- und Forschungsebene relevant sind?

Einführung

Pflegefachkräfte sind durch ihr berufliches Tun und die damit verbundenen Anforderungen in besonderer Weise von einer erhöhten Mortalitätssalienz und traumatischen Erfahrungen betroffen. Es ist bekannt, dass es u. a. zu Burn-out führen kann und dadurch Fehltage infolge von Krankheit vermehrt auftreten können.

Einschlusskriterien

(a) Primärstudie mit quantitativer und qualitativer Methodik, oder Mixed Method; (b) Hauptfokus Pflegefachkräfte und Auszubildende/Studierende der Pflege (u. U. auch andere Gruppen der Gesundheitsversorgung, wie z. B. in Vergleichsstudien), (d) in englischer oder deutscher Sprache.

Design und Methode

Diese Arbeit ist vergleichbar mit einem Scoping Review. Die Suche beschränkte sich hier auf PubMed, TRIP Database und Livivo. Die Forschungsfrage wurde nach dem PCO Schema angepasst. Keywords wurden in Verbindung Boolescher Operatoren in die Datenbanksuche eingefügt. Zusätzlich kam eine Handsuche, nach dem Modell von Bates (1989), zur Anwendung. Die Suche fand zwischen den Monaten Februar und April 2021 statt. Ebenso wurden Studien verwendet, die in den Jahren 1990-2020 veröffentlicht worden sind.

Ergebnisse

Es wurden 15 quantitative Studien und fünf qualitative Studien in diese Arbeit eingeschlossen. Die untersuchten Gruppen waren überwiegend Auszubildende der Pflege, Pflegefachkräfte aus der Akut- und Notfallversorgung wie auch Palliativfachkräfte. In einigen Vergleichsstudien wurden der Blick auch auf Sozialarbeiter*innen und Mediziner gelegt. Alle Ergebnisse wurden thematisch kategorisiert.

Schlussfolgerungen

Nicht nur angenommen, sondern es ist so: Die Angst vor dem Tod kann bereits in der Ausbildung von Pflegefachkräften entstehen und manifest werden. Unzureichende Unterrichtung hinsichtlich palliativem Denkens herrscht, leider, welches negative Auswirkungen einer erhöhten Mortalitätssalienz fördert. Dieses ist besonders prävalent in der Akut- und Notfallpflege. Hier ergeben sich verschiedene Implikationen die wichtig erscheinende Prävention und auch Maßnahmen für das angesprochene Berufsfeld. Derzeit noch bestehende Forschungslücken, sind im besonderen Maße in Deutschland zu verzeichnen.

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort 1
2 Problemstellung und Relevanz 2
3 Forschungsfrage und Zielsetzung 3
4 Theoretische Grundlagen 4
4.1 Begriffsbestimmung 4
4.2 Der Tod als natürliches Phänomen 5
4.3 Praemeditatio mortis 6
4.4 Thanatologie – Thanatopsychologie 8
4.5 Sterben und Tod in der Pflege 10
5 Methodik und Design 12
5.1 Design 12
5.2 Einschlusskriterien und Studienauswahl 13
5.3 Qualitätsbewertung 13
5.4 Analyse 15
6 Ergebnisse 15
6.1 Symptomatik der Angst vor dem Tod bei Pflegenden 15
6.2 Auszubildende der Pflege 16
6.3 Pflegefachkräfte der Intensiv- und Notfallversorgung 18
6.4 Pflegefachkräfte in der Hospiz- und Palliativversorgung 20
6.5 Angst vor dem Tod und ihre Folgen 22
6.6 Implikationen für die Pflegewissenschaft 24
7 Diskussion und Limitationen 29
8 Fazit 30
9 Literatur- und Quellenverzeichnis 32
10 Appendix 38
10.1 Appendix I 38
10.2 Appendix II 39
10.3 Appendix III 50

1 Vorwort

Aufgrund eigener, langjähriger beruflichen Erfahrung als Pflegefachkraft und absolvierten Praktikums an der Hochschule Neubrandenburg (im Projekt: *Kommunikation mit Sterbenden*), habe ich mich, meinem Interesse entsprechend sehr, mit der Todesthematik innerhalb der Pflegeprofession ausführlicher beschäftigt.

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit den Zusammenhängen hinsichtlich einer Entwicklung der *Angst v o r dem Tod* bei dem Personal der Pflegefachberufe auseinander. Eine Unterscheidung, der Angst vor der *Versorgung von Sterbenden* und der eigentlichen *Angst v o r dem Tod* bei Pflegefachkräften soll hier deutlich werden. In der Gesamtheit dieser Arbeit ergibt sich ebenso eine Darstellung gesellschaftlicher Entwicklungen hinsichtlich der Einstellungen zur Todesthematik. Philosophische Gedanken, anthropologische Sichtweisen und psychologische Einflussnahmen - sie alle bilden eine wesentliche Grundlage zum Verständnis, wie Pflegefachkräfte bei eben der Konfrontation mit dem Tod innerhalb ihres Berufsumfeldes stehen, stehen gelassen werden? Die gesellschaftliche Entwicklung mit einhergehender Veränderungen der Sepulkralkultur sowie die Medikalisierung in der Gesundheitsversorgung sind hier mit ausschlaggebend. Ebenso spielt die unzureichende Vermittlung thanatologischer Grundkenntnisse in der Ausbildung wie auch die fehlende Unterweisung im weiteren Berufsverlauf der Pflegefachkräfte eine entscheidende Rolle. Die Ergebnisse meiner Recherche, einer möglichen *Angst vor dem Tod* bei Pflegenden, sind im Folgendem kategorisch aufgeteilt in die Teilbereiche der Ausbildung, der Notfall/Intensivversorgung sowie der Palliativ- und Hospizpflege. Auch die Folgen einer Angst vor dem Tod bei Pflegenden, und sich daraus ergebende Implikationen für die pflegewissenschaftliche Praxis, finden entscheidende Betrachtung.

Im theoretischen Teil finden sich die Ergebnisse der qualitativen Übersichtsarbeit, die im Rahmen meines Praktikumssemesters entstanden sind, wieder. Weitere Ergebnisse sind im Textverlauf kenntlich gemacht worden, so mit Quellenangabe innerhalb des Textes wie im Literaturverzeichnis. Im Appendix III ist die Übersichtsarbeit zum Abgleich als Schlussteil der Arbeit zu finden.

2 Problemstellung und Relevanz

Ein jeder meint über den Tod zu wissen, obwohl er *ihn* nicht kennt. Bewusstseinsrelevante Einflüsse, wie vorstellungsgebundene Bilder sind hier beachtenswert und diese ergeben eine individuelle *Verknüpfung*, die gar bis zum morbiden Reiz reicht. Der Tod als finale Grundtatsache des menschlichen Lebens findet sich, das ist nicht überraschend, in allen zeitgeschichtlichen Kontexten und kulturellen Umfeldern wieder. Setzt sich der Mensch mit der *Todesthematik* auseinander-wahrlich gefühlsträchtig-sind auf dieser Basis kognitive und emotionale Geschehnisse anzuführen (Wittkowski, 1990 zitiert nach Wittwer, 2010, p. 11).

Es ist bekannt, dass - besonders in unseren westlichen Gesellschaften - die Todesthematik mit einem Tabu belegt ist. Der Tod negiert, selbst auf den Kirch- und Friedhöfen, wird nicht zur letzten Ruhe gebettet, sondern zunehmend mehr werden die Verstorbenen in die außerhalb der Stadt liegenden Fried- und Waldruhestätten zur Aufnahme übergeben. Fehlende Auseinandersetzungen und Mangel an dem Umgang mit einstmals Gewesenem, spiegeln das negativ konnotierte Verständnis, mit den vor allem Angst erzeugenden Dingen, wider.

Der *Tod* wird zwar als *Unausweichliches* angesehen, doch selbst diejenigen, denen die Begleitung in das Jenseits obliegt, haben zwar spezifische Mittel zur Hand, doch das philosophische Deutungsgerüst ist ihnen wenig bekannt, getreu des lateinischen Satzes *mors certa, hora incerta*[1], erschreckt der Leichnam (Stevens, 2009, p. 1). „Leiden zu lindern" ist nach dem ICN[2] Ethikkodex (2012), ein Grundprinzip der professionellen Pflege. Rückblickend, wonach das Sterbethema-besonders für die westlichen Gesellschaften ein Tabuthema ist, lohnt es sich die kritische Ansicht Müllers (2018) zu reflektieren. Ihrer Untersuchung entsprechend, wird bereits in der Ausbildung von Pflegefachkräften die grundlegenden Ansätze der Thanatologie im quantitativ wie qualitativem Sinne unzureichend vermittelt. So sind Auszubildende dieser Berufsebene nicht nur vielfach unvorbereitet und stehen befremdlich den Angehörigen und Sterbenden gegenüber wo die Endbegleitung im Rest des irdischen Daseins wenig oder gar nicht professionell zu nennen ist. Negativ-abwehrend erfährt die Pflegepersönlichkeit keine Formung, die Haltung zum Sterben und dem Tod und wird in Verdammnis und Finsternis betrachtet (Müller, 2018).

---

[1] Übersetzung: „Der Tod ist gewiss, die Stunde ungewiss"

[2] International Council of Nurses

Kritisch anzumerken ist die fehlende Theorie für die Wissensvermittlung, wozu auch die unterstützende Hilfe innerhalb der Ausbildungspraxis gehört, wo überdies auch die emotionale Verbindung zu den Sterbenden Verhinderung erfährt. So reduzieren Auszubildende ihre Tätigkeiten in strikter Beachtung die Erledigung manueller Pflege und vermeiden - im schlimmsten Fall – den würdevollen Umgang mit den Sterbenden (Mutto et al., 2010, zitiert nach Ek et al., 2014, p. 514). Maßgeblich führt es zu einer Ambivalenz zum Thema *Tod* und kann ebenso eine erhöhte Angst vor dem Sterbeprozess auslösen. Nach Sliter et al. (2014) ist bekannt, dass solcher Art Angst veränderte Verhaltensweisen mit einhergehender Angst und Panikattacken bei Pflegefachkräften forcieren kann, worauf auch ein reduziertes Engagement die Folge ist. Die Forscher*innen um Sliter vertreten die Auffassung, dass angeführte Berufsgruppen eine erhöhte Mortalitätssalienz[3] erleben und empfehlen eine grundsätzliche Edukation in Thanatologie[4], innerbetriebliche Beratungen mit Hinweisgebung für ergänzende Forschungsvorhaben (Sliter et al., 2014, p. 763).

3 Forschungsfrage und Zielsetzung

Diese Arbeit setzt sich zum Ziel, zu erforschen, wann und wie eine Angst vor dem Tod bei Pflegefachkräften entsteht, welche Ursachen und Auswirkungen sie hat und welche Maßnahmen effektive Ansätze sein können, um eine Angst vor dem Tod zu vermindern oder sogar zu verhindern.

Aufgrund dessen, stellt sich die Forschungsfrage: „Wie beeinflusst die Konfrontation mit dem Tod das Bewusstsein der Sterblichkeit und die Angst vor dem Tod bei Pflegefachkräften?“ Aus der Beantwortung dieses Fragekomplexes ergibt sich die weitergehende Frage: Welche Implikationen sind, aus den Ergebnissen der vorangegangenen Frage für die pflegewissenschaftliche Praxis, Theorie und Forschung, relevant?

---

[3] „Die (mitunter unbewusste) Zugänglichkeit der eigenen Sterblichkeit; aktiviert durch kurzes Nachdenken über den eigenen Tod.“ (Schindler, 2019)

[4] „Wissenschaft von den Ursachen und Umständen des Todes. Schwerpunkte der Thanatologie sind u. a. die Einstellung zum Tod, Todesvorstellungen, Vortoderfahrungen, Sterbeprozess (auch Suizid) und Sterbebeistand, Interaktion mit Sterbenden, Trauer sowie Bestattungsformen.“ (Pschyrembel, 2020)

4 Theoretische Grundlagen

4.1 Begriffsbestimmung

Die Definition mit differenzierter Unterschiedlichkeit der Begrifflichkeiten *Todesangst* oder *Angst v o r dem Tod* wird in der Fachwelt noch immer diskutiert. Während die Begriffe in erster Linie synonym verwendet werden, sind aber die Prinzipien der *Todesangst* und *Angst v o r dem Tod* tatsächlich zusätzlich zu unterscheiden. Die Todesangst bezieht sich auf die Angst vor der totalen Zerstörung (z. B. Kriegsgeschehnisse, Geiselnahmen etc.), wohingegen *Angst v o r dem Tod* eine besonders konkrete Vorstellung davon ist, in der der Tod allein beängstigend wirkt (Momeyer, 1988 zitiert nach Lehto & Stein, 2009). Etliche Testverfahren[5], die der Erhebung von *Angst vor dem Tod* dienen, basieren oftmals aus Selbstberichten und erlebten Erfahrungen der Probanden und Probandinnen. Es ist allerdings problematisch, dass gerade Selbstberichte und Fragebögen als Erhebungsmethode für die *Angst v o r dem Tod* herangezogen werden. Es entstehen möglicherweise zu hohe Bewertungen und kreieren dadurch einen Bias, wo auf eine eher hohe *Todesangst* hingedeutet wird. Die *Todesangst* ist jedoch nicht mit der *Angst v o r dem Tod* gleichzusetzen ist, denn sie wird allgemeinhin als unbewusst verstanden (Kastenbaum & Costa, 1977). Das Forscherteam Lehto & Stein (2009) stellt die *Todesangst* oder die *Angst vor dem Tod* als ein vielschichtiges Konzept dar, welches grundlegend von der gesellschaftlichen Kultur – ein „kognitiv-strukturelles Konstrukt"- abhängig ist und verwenden in ihren Studien beide Begriffe synonym. Gleichzeitig hat die Kultur des jeweiligen Menschen Einfluss auf eine potenzielle Reduktion der *Angst v o r dem Tod*, auch deshalb unterscheiden Todesangstforscher Becker (1973), Greenberg (1994), Christian (1981) und Yalom (1980) die beiden Begriffe, *Todesangst* und *Angst v o r dem Tod*, ebenso nicht voneinander und verwenden sie synonym. Wie auch Letho & Stein haben sich Kastenbaum & Costa (1977) geäußert, dass die *Angst v o r dem Tod* meist „unbewusst im menschlichen Dasein verläuft" (Lehto & Stein, 2009, p. 31f).

---

[5] u. a. Death Anxiety Scale (DAS) (Templer, 1970); Colette-Lester Fear of Death Scale (CL-FODS) (Lester, 1990); Death Attitudes Provile- Revised (DAP-R) (Wong, Reker, & Gesser, 1994), u.v.m.

4.2 Der Tod als natürliches Phänomen

Sterben und Tod sind sozusagen „Prototypen“ einer ungewissen Bedrohung, die den existenziellen Sinn individuellen Lebens zu gefährden scheinen. Eine andauernde Befürchtung um den eigenen Tod und den Tod Anderer stellt eine Stresssituation dar, die sich unterschiedlich intensiv auf individueller Lebensebene und Energie auswirkt. Für Wittkowski (2016) wird die Angst vor dem *Tod* bei einem gesunden Menschen – wie immer gesund definiert wird - als eine spezielle Bedrohlichkeit wahrgenommen. So ist nun der *Tod* zwar unumgänglich, schicksalsträchtig allemal und unbeherrschbar. Jedoch ist der *Tod* irgendwann eintretend, sein Eintreten gewiss, jedoch genau wann, das ist ungewiss - wie der Lateiner sagt: *mors certa, hora incerta.* Fast logisch gar, aber eben unklar, sind Art und Weise des dann heranstehenden Sterbeprozesses. Der Tod als einmaliges Ereignis, will gar verhindern des „am Leben Bleibens“, der das Ziel des „am Leben Bleibens“ verhindert. Der Verlust des Lebens stellt eine immer vorhandene, überspitz formulierte, verborgene Bedrohung im Bewusstsein des Menschen, dar. Hat ein Mensch Furcht vor dem Sterben, besser gesagt vor seiner Sterbenssituation oder schon Nahtoderlebnisse erfahren, schließt man daraus, dass diese existenzielle Bedrohungssituation nicht durch ein emotionskonzentriertes Coping beherrschbar ist. Die Akzeptanz des Todes kann aber mit kognitivem Engagement (Vigilanz)[6] und akkommodativem Coping, erhöht werden (Wittkowski, 2016, p. 318 ff). Es gibt mittlerweile neuere Studien die belegen, dass die *Angst vor dem Tod* mit dem Alter abnimmt, obwohl man dem Tode aufgrund des Alters gesehen näher ist. Ebenso können solche Ängste durch enge, tiefe Beziehungen mit anderen Menschen (Freunde, Familie) reduziert werden. Unter der Gewährleistung, zuvor die Kontrolle über mögliche bestehende Erkrankungen und Schicksalsschläge erlangt zu haben (Chopik, 2017).

Eigentlich ist die gelebte Erfahrung vom *Tod der Anderen* von Bedeutung, so schreibt der Soziologe Hoffmann (2011), dass die Mehrheit der Menschen unserer heutigen Zivilisation keine Angst vor dem Eintreten des eigenen Todes hat, sondern Angst vor dem Sterben, also dem eigentlichen Sterbeprozess. Die Ängste, die sich auf das eigene Sterben beziehen,

---

[6] „Unter Vigilanz […] wird die aktive Hinwendung zu bedrohlichen Reizen verstanden (z.B. verstärkte Suche nach Informationen, Antizipieren möglicher negativer Ausgänge der Situation). Vigilanz dient als Strategie zur Reduktion von Unsicherheit und zur eventuellen Kontrolle der Gefahr; sie ist somit „unsicherheitsmotiviert“. (Breznitz, 1984, nach Knodt, 2019, p. 29)

werden induziert durch die Kenntnisse vom Sterben der Anderen. Wichtig erscheint daher die Kommunikation solcher Ängste vor dem Sterben, jedoch werden diese von der Gesellschaft nicht immer thematisiert. Tod und Sterben haben sich zu einzelnen Prozessen separiert, dass Hoffman damit begründet, dass sich der Rahmen für das Sterben gesellschaftsbezogen verändert hat (medizinischer Fortschritt, Diskussion um den Hirntod, lebensverlängernde Maßnahmen u. a.). So wird das Sterben als ein eigenständiger Abschnitt verstanden. Sterben und Tod sind zunehmend mehr in das Krankenhaus verlagert worden, am besten fern von allen gesellschaftlichen Bezügen. Der gewöhnlich und normal Sterbende wird laut Ariès (2002) (nach Hoffmann, 2011, p. 24) mit einem ‚[…] Schwerstkranken' in postoperativer Situation *gleichgesetzt*. Die Gleichsetzung von Sterbenden mit Patienten und Patientinnen, vollzieht sich, nicht ausschließlich auf medizinischer, auch auf der pflegerischen Ebene. Es werden alle technischen Möglichkeiten, die eine Heilung forcieren, versucht auszuschöpfen. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass sich die Kompetenzen der Kommunikation über das Sterben vermindert haben. Vielen Medizinern und Medizinerinnen als auch Pflegefachkräften, fällt es schwer, den Sterbenden mitzuteilen, dass sie Sterbende sind. Sie werden um ihren kommenden Tod und Sterbeprozess in Unwahrheit und Einsamkeit belassen. Das natürliche Phänomen des Todes entfernt sich nunmehr weiter innerhalb der Gesellschaft, gerät in Vergessenheit (Ariès, 2002 in Hoffmann, 2011, p. 22ff).

Festzustellen ist, dass die Mehrheit „[…] unserer Gesellschaft die Wechselseitigkeit von engen, bedeutungsvollen Bindungen mit Sterbenden üblicherweise nicht [erfährt]. Das Zusammensein mit Sterbenden und ihren Angehörigen […]" versteht sich als existentiellste Lebenserfahrung, „[…] wo die bedeutende und eindrucksvolle Beteiligung […]" die größte Kennzeichnung erfährt (zitiert nach Rittman et al., 1997 in Snow, 2021, p. 12).

4.3 Praemeditatio mortis

In Blick auf Heideggers bezeichnende Schrift *Sein und Zeit* von 1927 wird hier im Horizont der Philosophie die Bedeutung der *praemeditatio mortis* als ein grundlegendes Brauchtum, kompiliert aus der antiken Philosophie höchst lebenswert betont.

Der Philosoph Capurro (1996) fußt in seiner Betrachtung über die Todesthematik wesentlich auf Heideggers Ansatz. So erwähnt Capurro wie das antike Brauchtum ein damaliges Allgemeingut war; dieses in Praxis, um sich dem Tod und eintretendem Selben bewusst zu

machen. Demnach sollte sich, um Angstzustände zu vermeiden, eine Verständnisebene herausbilden, so wird die *praemeditatio mortis* vor allem als ein Vor-Denken verstanden, um bei der Todesthematik einen besseren Blick über den physischen Tod gar lenkend zu geben. Ein etwas ausholender Schritt lautet bei Capurro auch das Thema in einer *göttlichen Transzendenz* zu sehen, gar als Widerpart zur nur Schulmedizin und neuen Technologien, die simpel ihren Informationsfluss über die Sterbe- und Todesthematik stülpen.

Folgendes Zitat mag weiter Aufschluss geben:

> *"Understood existentially, birth is never something past in the sense of what is no longer objectively present, and death is just as far from having the kind of being of something outstanding that is not yet objectively present, but will come. Factically Dasein exists as born, and, born, it is already dying in the sense of being-towards-death."* (Heidegger, 1996, p. 343 in Svenaeus, 2018, p. 10)

Shariatinia (2015) ist der Auffassung, nach Heideggers Ansicht entsprechend, dass Einsicht und Verständnis über den Tod zur Welterkenntnis führen. Nicht über den Tod zu denken oder zu sprechen, da doch der Tod in seiner Komplexität zum Menschen und allen Lebewesen auf Erden gehört, stellen für Heidegger Hindernisse dar. Der Philosoph Nietzsche hingegen besteht in seiner Ansicht darauf, die gar existenziellen Gedanken stark auf die Richtung des aktiven Lebens zu lenken. Er begründet seine Ansicht damit, dass Gedanken über den Tod zu einer Absentia von *metaphysischen Reflektionen* führen, welche die Metaphysiker verstanden als das „Dahinterliegende", was hinter dem Leben und dem Tod steht. Hier natürlich ist anzumerken, dass sich die Todesthematik zunehmend mehr im Lauf der Zeit vom Philosophiegebilde – und damit den Geisteswissenschaften – hin zur Medizinal- und Naturwissenschaft entwickelte. Gar als Umkehrschluss wird der Tod als eine Art *Bedrohung* verstanden der – paradox – das Wohlergehen der Menschheit gefährden würde (zitiert nach Shariatinia, 2015 in Snow, 2021, p. 4f).

Der Sozialwissenschaftler Hoffmann (2011) argumentiert hingegen, dass genau dieser philosophische Denkansatz vom Phänomen des Sterbens und des Todes praktisch so nicht greifbar wäre, wird doch der Tod wiederum innerhalb der Endzeiterwartung als *Kommendes* gedeutet. Die soziologische Betrachtungsweise nimmt sich im Gegensatz dazu eher der Gefühlsebene der Menschen an, die in ihrer Todeserfahrung (Sterbeprozess) und auch als Trauernde eine andere Sichtweise erfahren haben. Fasst man zusammen das der Tod als unausweichlicher Fakt besteht und die Durchgangsstation zum eigentlichen, also ewigen Leben zu

sehen ist, verliert vor diesem Hintergrund der Tod einen Gutteil seines Schreckens (Hoffmann, 2011, p. 124).

Die Bestattungsrituale seit den frühen Kulturen gaben und geben die Fassung in der Trauer und bereiten den Menschen auf seinen langen Weg in das Jenseits vor. Das hier beschriebene Thema der Sepulkralkultur berührt im höchsten Maß, die ästhetische Ausstattung des Kultus, also die bildliche Ausgestaltung mit Grabstätte, Symbol und Bild, getreu des lateinischen Satzes *vita brevis ars longa* – das Leben ist begrenzt, die Kunst überlebt. In bildnerischen Zeichen, in der Ikone und im Portrait bleiben gestaltete Exponate, die den Tod überdauern. So bestärkt im Gefühl ist auch die Stärkung im Bewusstsein, wo die ästhetischen Gestaltungen die Gefühlsübertragung leisten, gleichsam weniger Furcht vor dem Tod sinnlich aufscheinen lassen. Somit ist der Mensch geborgen durch sinnliche Wahrnehmung vor Bedrohungen. Der Tod wird abgewehrt aber nicht tabuisiert (Greenberg, Vail, & Pyszczynski, 2014, p. 6 f).

4.4 Thanatologie – Thanatopsychologie

Als eigenes Fachgebiet verstanden, führte im Jahre 1901 der Biomediziner Mechnikow den Begriff Thanatologie als eigenes Fachgebiet in die Wissenschaft ein. In den Folgejahren wurden umfangreiche Untersuchungen besonders psychologische Schriften der Thanatologie aufgelegt und veröffentlicht. Kritisch anzumerken ist aber, dass zunächst fast nebulös die Todesthematik verschriftlicht wurde. Die Anthropologie hingegen, sicher in ihrer Sehensweise, war mit den ursprünglichen Gedanken der Menschheit näher als alle anderen Wissenschaften konkreter (Kastenbaum & Costa, 1977). Wenn auch die anthropologischen Sichtweisen und deren Theorie nicht weiter Gegenstand der Arbeit sind, soll zumindest hierzu angesprochen werden.

Ein Avantgardist der Thanatopsychologie[7] war im Jahre 1969 Hermann Feifel. Seine Argumentation sah, dass die Psychologie die Einstellung zum Tode als etwas Grundlegendes, Entscheidendes und Wichtiges für die Verhaltensweise der Menschen ansah. Nach und nach verstand sich die Psychologie in Absentia von der Philosophie, dem Feld der Ethik. Jedoch hatte die Psychologie zunächst nur zögernden Zugang zur Todesthematik, galt es doch in

[7] „Teilgebiet der Psychologie, das[s] sich mit der Entwicklungspsychologie des Todes und seinen Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben von Menschen befasst.“ (Pschyrembel, 2018)

der damaligen Zeit dieser noch neuen Wissenschaft Seriosität zu verleihen. Validität, Transparenz und eine Überprüfbarkeit von Untersuchungsergebnissen wurde vielfach in Abrede gestellt, was impliziert bedeutete, dass das Gebiet der Psychologie auf vielfach breite Ablehnung stieß. Konnte man das menschliche Bewusstsein in ein Beurteilungsschema bringen? Das war eine zentrale Frage. Im Negieren christlicher Glaubensgrundsätze und zunehmenden Kirchenaustritten suchte man dennoch wiederum, die zunehmende Kooperation mit therapeutisch Bewanderten und psychologisch gefütterten Gemeinschaften. Damit gewann die Psychologie zunehmend mehr die Vorherrschaft in der Technologie-bestimmten Gesellschaft. Die mit dem Tod verbundenen Glaubensfrage über das göttliche, die transzendentale Sinnhaftigkeit, konnte nur in psychologisch-therapeutischem Sedierungsklang thematisiert werden. Mit dem Rückgang verbindlicher Familienkonstellationen, ebenso mit der sozialen Zersplitterung der Gesellschaft, brach sich zunehmend mehr das psychologisch-therapeutische Gespräch bahn. Nach dem Zweiten Weltkrieg unter angelsächsischem Vorbild entwickelte sich die Psychologie enorm weiter (Feifel, 1969, p. 292).

Das komplexe Gebiet der Sepulkralkultur mit allen ritualisierten Bestattungsformen und Ebenen sind ein enormes Thema was hier nur angerissen werden soll. Trotz zunehmender Permissivität in der Gesellschaft ist dennoch beachtenswert, wie der ethische Stellenwert einen Beurteilungsrahmen erfährt, wenn der selbst hergebrachte Tod thematisiert wird, bei einem Suizid der wiederum geächtet wird. Eine weitere Tabubelegung ist auch zu vermerken, wenn es um die Schonung von Kindern und Jugendlichen geht. Hier heißt es direkt und indirekt vor dem *Schrecken des Todes* zu bewahren, was auch gleichbedeutend ist, den Tod von Angehörigen zu verheimlichen (Davis, 2017 in Anderson, Biro, & Pettitt, 2018, p. 1).

Vorläufig zusammengefasst heißt es: Die Thanatologie erforscht Trauerformen, Verzweiflungshaltungen und bestattungsritualisierte Belange; sowohl in Vergangenheit und im Jetzt.

Ursprünge frühzeitlicher Rituale und historische Begräbnisformen werden auf ihre nicht emotionale Relevanz und kulturelle Interkonnektivität untersucht. Vielmehr ist zu beobachten, dass im schnellen Zeitwechsel signifikante Modifikationen ritualisierter Bestattungsformen stattfinden. Der physische Tod wird verwaltet und entsorgt, Rituale werden privatisiert die sich z. B. deutlich in den Traueranzeigen widerspiegeln, wo eine ästhetische Gestaltungsform nicht mehr das würdevolle grafische Notat, einer Trauerbekundung, erfährt. Die Ausstattung der gegenwärtigen Sepulkralkultur fasst nicht mehr auf einem geschichtlichen Grund, der anästhetische Rahmen zeigt im *besten* Sinne es ist alles nur eine Durchgangsstation, wo der Schrecken noch nicht mal Ähnlichkeit hat mit Dantes *göttlicher Komödie.* Religiöse

Glaubensdarstellungen und Bekundungen des Trostes, wofür die ästhetischen Medien für solche Art der Verkündung, nicht mehr gefragt sind. Abschiednehmen verlangt keinen Kult mehr. Christliche Glaubensdarstellungen, sowie Medien für die Verkündigung, notwendig für die meditative Mystik als innere Versenkung, sind nicht mehr gefragt (Barley N, 1997; Davis D, 2017; Harding D, 2015; Parkes CM et al., 1997; Toynbee JMC, 1996 in Anderson et al., 2018, p. 2).

4.5 Sterben und Tod in der Pflege

Inhalte dieses Abschnitts sind ebenso in Snow (2021, p.5 ff) zu finden, siehe Appendix III.

Die Begleitung Sterbender birgt sowohl Risiken (z.B. Burn-out, Todesangst) als auch Chancen (existenzielle Überlegungen und Erfahrungen) für Pflegepersonal (Barnett, Moore, & Garza, 2019; Peters et al., 2013; Peters et al., 2012). Um die Chancen für eine erfüllende Tätigkeit mit Sterbenden zu fördern, erklärt Tanhan (2013), dass das individuelle Bewusstsein vom Phänomen des Todes in der Pflege gestärkt werden müsse, weil dieser Berufszweig häufig mit Sterbenden und ihren trauernden Angehörigen konfrontiert wird. Negative Einstellungen sollen idealerweise in positive umgewandelt werden, damit die existenzielle Beziehung des Lebens mit dem Tode verstanden wird (zitiert nach Temelli & Cerit, 2019)Tanhan, 2013 zitiert nach Temelli & Cerit, 2019, p. 4). Nach Harper (1994) gibt es sechs Phasen der Assimilation zur Pflege Sterbender bei Pflegefachkräften in der Ausbildung. Die 1. Phase beschreibt die Angst die durch die Pflege Sterbender entsteht. Im Weiteren zeigt sich die 2. Phase in Form des Verlustes der Sterbenden. Die 3. Phase bezieht sich auf die Trauer für die Verstorbenen und Angehörigen, ebenso die individuelle Trauer und die Bewältigung dieser bei der Fachkraft selbst. Die 4. Phase äußert sich durch die Entwicklung von Fertigkeiten im Umgang mit der Sterbebegleitung. Die letzten beiden Phasen führen zu mehr Selbstvertrauen und Empathie gegenüber Sterbenden und ihrer Pflege, in der sich ein tiefes Mitgefühl und ein Bewusstwerden der menschlichen Endlichkeit in der letzten, der 6. Phase offenbart (zitiert nach Harper, 1994 in Caton & Klemm, 2006, p. 607).

Die Studie von Glaser & Strauss aus dem Jahre 1965 (als erste ihrer Art nach der Grounded Theory Methodik) „Awareness of Dying“, versteht sich richtungsweisend hinsichtlich der engen Beziehung zwischen dem Verständnis vom Tod der Pflegenden und die daraus resultierende, direkte Beeinflussung auf die Pflegeform der Sterbenden. Nach Andrews (2015)

wollten Glaser & Strauss mit ihrer Arbeit die Versorgung von Sterbenden in stationären Einrichtungen verbessern. Das Forscherduo sammelte sechs Jahre intensiv Daten durch Interviews und Beobachtungen. So konnte facettenreich der Aspekt des Sterbens erfasst werden, wo demnach die Ergebnisse „Augen-öffnend" waren. So spiegeln der Bewusstseinsgrad und der Umfang über das Sterben und den Tod, bei Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten, eine Rolle auf den positiven oder negativen Einfluss hinsichtlich der Patientenversorgung, wider. Die Ergebnisse zeigten, dass die Personenkreise, welche empathisch, verständnisvoll, sensibel und kommunikativ bewandt sind, Sterbenden so eine wichtige Unterstützung bieten, um den letzten Lebensteil in Würde verbringen zu können. Die resultierende Theorie der vorgenannten Studie ist auch heute noch als praktischer Leitfaden dienlich. (Andrews, 2015, p. 3ff).

Im direkten Bezug zur emotional unterfütterten Pflege steht ebenso die körperliche Pflegeversorgung, simultan durchgeführt von der Pflegefachkraft, gehen sie hier „Hand in Hand" zu Ende. Die physische Pflege ermöglicht die holistischen Komponenten zu erkennen und zu erfühlen. In Form von Berührungen und Pflegeversorgung des Corpus befähigt solche Art des Pflegetuns doch tiefe Verbindung zu den Sterbenden. Solcher Art Tun nimmt einen großen Stellenwert in der Pflege ein, eröffnet sie doch den Zugang und Zuneigung zu einer emotionalen und psychische Pflege hin zu den Bedürfnissen und Wünschen der Sterbenden (Rittman, Paige, Rivera, Sutphin, & Godown, 1997, p. 5).

So wird er Tod von dieser Art Fachkräften als das Hinübergleiten in eine andersgeartete Dimension verstanden, wo auch ihnen nicht das absolute Ende vor Augen steht. Ausschlaggebend ist aber eine authentische Grundhaltung gepaart mit spiritueller und philosophischer Sichtweise, die nunmehr weit über das Verständnis eines nur biologischen Dahinschreitens hinausgeht (Funes, Moraes, Cunha, & Almeida, 2020; Karlsson, Kasén, & Wärnå-Furu, 2017; Seno, 2010; Wu & Volker, 2009). Die Entwicklung von wechselseitigen Beziehungen zwischen Pflegekräften und Sterbenden sowie eine tiefe Empathie sind die Grund- und Bausteine für eine vollendete Pflege Sterbender, die sich hier im reinsten Humanismus offenbart. Ohne diese Steinschichtung werden die Signale der Sterbenden nicht erkannt, ihre Wünsche bleiben gar noch am Lebensende unerfüllt…Dies ist der herausforderndste Aspekt; dies ist der alles überkränzende Aspekt der Palliativpflege und Sterbebegleitung (Evans & Hallett, 2007; Rittman et al., 1997; Tornøe, Danbolt, Kvigne, & Sørlie, 2014; Wu & Volker, 2009).[8]

---

[8] Alle Ergebnisse in abgewandelter Form zitiert in Snow (2021, p. 5ff)

5 Methodik und Design

5.1 Design

Der formale Auftritt dieser Bachelorarbeit orientiert sich an einem Scoping Review. „Scoping Reviews bieten eine Möglichkeit, große und zum Teil auch sehr unterschiedliche Literaturbeiträge zu einem Thema zu bearbeiten“ (Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016).

Zur Forschungsfrage: „Wie beeinflusst die Konfrontation mit dem Tod das Bewusstsein der Sterblichkeit und die Angst vor dem Tod bei Pflegefachkräften?“, wurde mit Hilfe des Patient-Context-Outcome (PCO) Schema und der Vorgabe von Butler, Hall, and Copnell (2016) gearbeitet und entsprechend zugeordnet. Die Gliederung der Forschungsfrage innerhalb des PCO Schemas ermöglichte eine systematische Faktensuche nach Keywords und Synonymen, und in englischer Sprache, die für dieses Review relevant sind (s. Abb.1, S. 13).

Diese Keywords und Synonyme wurden, unter Verwendung der Booleschen Operatoren 'OR' und 'AND', unterschieden oder miteinander kombiniert. Die Suche erfolgte in den Datenbanken Pubmed/Medline, Livivo und TRIP Database. Die gesamte Suchstrategie wurde in diesen Datenbanken in ähnlicher Weise durchgeführt und vollzog sich über den Zeitraum des Monats Februar bis Monat April 2021.

Eine Recherche fand innerhalb dieser Monate statt. Die Studiensuche beschränkte sich auf Studien, die ab 1990 bis 2020 veröffentlicht wurden. Begründet wird dieses, da in dem a. g. Zeitabschnitt die Forschungen zur Todesthematik und ebenso zur Palliativmedizin zugenommen haben. Das PCO Schema könnte unter Umständen zu einer unvollständigen Darlegung relevanter Literatur und Studien führen. Daher wurden parallel eine Handsuche und die sogenannte *Berry Picking Method* nach Bates (1989) durchgeführt.

Abb. 1 PCO Suchbegriffe Englisch

Population	**Context**	**Context**	**Outcome**
nurses registered nurses nursing students	experience encounter confront face	death dead dying die decease	fear of death death anxiety mortality salience salience of mortality

5.2 Einschlusskriterien und Studienauswahl

Studien wurden dann eingeschlossen, wenn die folgenden Einschlusskriterien erfüllten waren: (a) Primärstudie mit quantitativer und qualitativer Methodik, oder Mixed Method; (b) Hauptfokus zu Pflegefachkräfte und Auszubildende/Studierende der Pflege, (u. U. auch andere Gruppen der Gesundheitsversorgung, wie z. B. in Vergleichsstudien) (d) in englischer oder deutscher Sprache. Ausgeschlossenen wurden systematische Übersichtsarbeiten.

Keine Ausschlusskriterien waren die geografische Verortung der Studien, ebenso Religion, Glaubensfragen oder ethnische Hintergründe von Pflegenden.

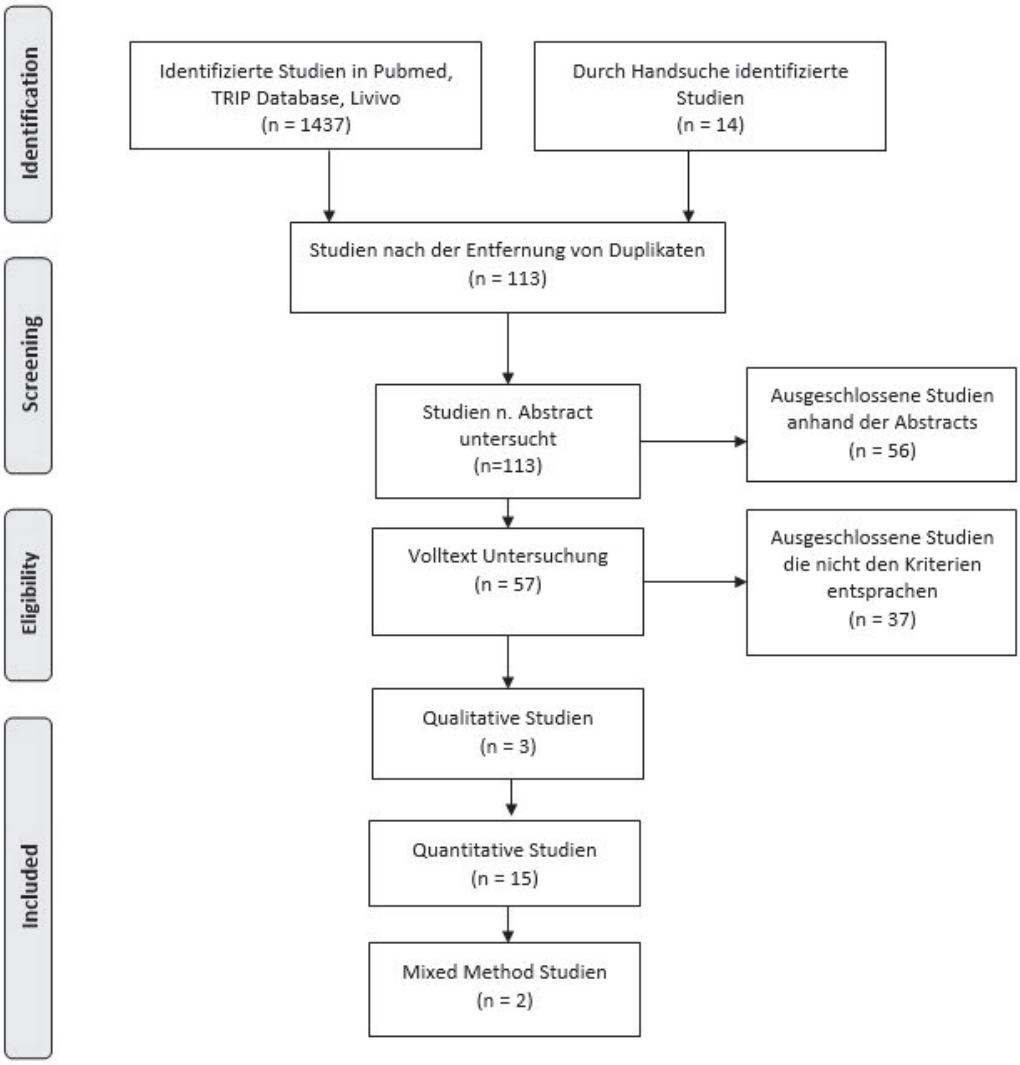
Duplikate identifizierter Studien wurden entfernt, ebenso verblieben 113 Studien die auf Titel und Abstract überprüft wurden. Ausgeschlossene Studien umfassten die Anzahl von insgesamt 56 Studien. Die verbliebenen restlichen 57 Studien wurden hinsichtlich ihrer Einschlusskriterien untersucht. Zusammengefasst: Es wurden 20 Studien als relevant (für dieses Review) empfunden. Alle Suchergebnisse sind im Prisma Diagramm in Abbildung 2 dargestellt.

5.3 Qualitätsbewertung

Bei einem Scoping Review wird nicht versucht, den Level der Evidenz zu bestimmen, was heißt, es wird nicht festgestellt, ob die Ergebnisse präzise sind oder welche Grade an externen und internen Validitäten bestehen. Sie bezieht sich hauptsächlich auf einem narrativen

Bericht, dessen Grundlage eine thematische Konstruktion ist (Arksey & O'Malley, 2005). Es wird angemerkt, dass alle 20 hier verwendeten Studien peer-reviewed sind.

Abb. 2 PRISMA Flussdiagramm[9]



[9] eigene Darstellung adaptiert nach Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, and Group (2009)

5.4 Analyse

Vorliegende Studien wurden thematisch kategorisiert und aus den Themata heraus wurden folgende Fragen im Verlauf des Reviews beantwortet: Was bedeutet *Angst vor dem Tode*? Wie äußert sich diese Angst? Welche Faktoren sind überdies relevant für die Entstehung? Welche Gruppen der Gesundheitsversorgung werden beeinflusst? Wann und wie entsteht sie? Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Angst vor dem Tod bei Betroffenen? Welche Implikationen sind relevant für die Praxis und Theorie?

Skalen und Methoden zur Erfassung der Angst vor dem Tod werden nicht evaluiert, da die kritische Evaluation ein eigenständiges und umfassenderes Thema mit weiteren Forschungsansätzen umfasst.

6 Ergebnisse

6.1 Symptomatik der Angst vor dem Tod bei Pflegenden

Die Angst vor dem Tod wird - allgemeingesprochen - als unangenehme Empfindung definiert, deren Ursprung auf existenziellen Ängsten beruht, die mit der Vorstellung des einmal anstehenden, eigenen Todes oder des Todes anderer provoziert wird (Nyatanga & Vocht, 2006). (Lehto & Stein, 2009) beschreiben die Angst vor dem Tod als ein mögliches universelles menschliches Phänomen, welches eine Vorhersage und Anteilnahme über das Zukünftige ermöglicht. Dieses Phänomen beruht auf einem individuellen, biologischen sowie emotionalen Gedächtnis, welches unter dem Einfluss kognitiver Komponenten, geformt wird, ungeachtet auch eschatologischer Sichtweise.

Allgemein kann der Mensch Symptome, die auf eine Angst vor dem Tod hinweisen, entwickeln. Speziell bei Pflegefachkräften äußert sich dieses aber in veränderter Form. Nach Brady (2015) ist auf *psychologischer/individueller Ebene* der Fachkraft folgende Symptomatik vorzufinden: Die Pflege Schwerstkranker wird, wenn möglich, vermieden und eine erhöhte Emotionalität/Labilität bei den täglichen Aufgaben, Burn-out, emotionale *Taubheit* und Überreiztheit im Umgang mit Patienten und Patientinnen und deren Angehörige ist zu verzeichnen. Auf *sozialer Ebene* sind eine unzureichende Kommunikation mit zu Pflegenden sowie mangelhafte, pflegerische Versorgung zu verorten. Es ist daher unumgänglich, die

Zeichen und Symptome von Angst vor dem Tod auf allen Ebenen innerhalb der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen und abzuwenden. Ganz besonders bei vorherrschendem Personalmangel und der Gefahr einer erhöhten Mortalitätssalienz, innerhalb der unterschiedlichen Fachbereiche (Brady, 2015).

6.2 Auszubildende der Pflege

Nach Mutto et al. (2010) kann konstatiert werden, dass Auszubildende der Pflege unzureichend auf die Versorgungsfähigkeit Sterbender vorbereitet sind. O. a. Untersuchung bezieht sie sich zwar auf Auszubildende in Argentinien, die Ergebnisse weisen aber im internationalen Vergleich ähnliche Merkmale auf. Unter anderem in Deutschland und Österreich (siehe Halbmayr-Kubicsek, 2019; Müller, 2018). Auf Grundlage der Untersuchung von Mutto et al. ist eine unzureichende palliative Wissensvermittlung innerhalb der Ausbildung mit negativen Gefühlen gegenüber Sterbenden einhergehend, die eine Angst vor dem Tod verstärken kann. Folglich meiden Auszubildende der Pflege einen intuitiv-emotional geleiteten, direkten Kontakt zu den Sterbenden. Der Fokus richtet sich ausschließlich hin zur Ausführung von manuellen Tätigkeiten, was unter Umständen zu einer fehlerhaften Pflege führen kann (Mutto, Errázquin, Rabhansl, & Villar, 2010). Die Autoren Ismaile and Alshehri (2017) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Auszubildende der Pflege zwar unterrichtliche Unterweisung in palliativer Pflege erhalten, diese aber möglicherweise nicht ausreichend ist. Ihre Studie bezieht sich auf Saudi-Arabische Auszubildende, spiegelt aber gut die Ergebnisse von Chen, Del Ben, Fortson, and Lewis (2006), Mutto et al. (2010) und (Halbmayr-Kubicsek, 2015) wider.

Befragte Studierende der Pflege geben in der Untersuchung von Ek et al. (2014) an, dass Zeitmangel und Unsicherheiten im Umgang mit Sterbenden als emotional höchst belastend empfunden werden. Die Auszubildenden wünschten sich, dass Sterbende die zu verbleibende Zeit mit der Familie oder Bezugspersonen verbringen. Ideal wäre, bereits erfahrenes Personal gemeinsam mit den Studierenden eine optimale Versorgung von Sterbenden vornehmen würden und somit die Unsicherheit der Studierenden reduziert wäre. Angst vor dem Tod, die innerhalb der Ausbildung nicht „adressiert“ wird, verstärkt abwehrende Einstellungen und Gefühlsträchtiges. Die *erste* Erfahrung mit dem Tod in der Ausbildung gilt als wichtige Determinante für den Einsatz möglicher positiver Bewältigungsstrategien, die Auszubildende oder Studierende der Pflege lernend – erfahren, um im Berufsleben ohne Negativum

mit Sterbenden arbeiten zu können (Ek et al., 2014). Die Emotionen, die bei der Pflege mit Sterbenden entstehen, müssen wiederum verarbeitet werden, um belastende Folgen zu reduzieren (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Bardallo-Porras, & Monforte-Royo, 2014).

Die Gruppe um Chen et al. (2006) fand heraus, dass Studierende mit *zunehmender* Erfahrung vermehrte Angst vor dem Tod hatten als weniger Erfahrene. Ihr Ergebnis deutet darauf hin, dass bereits früh in der Ausbildung ein Grundstein gelegt wird der, nahezu eine Todesfurcht Angst fördert. Eine frühe Konfrontation mit dem Tod in der Ausbildung steht also im Zusammenhang mit einer erhöhten Angst vor dem Tod. Als weitere Ursache ist die Vermittlung in Praxiseinsätzen, sich in einer professionellen Haltung und Kompetenz gegenüber dem Tod darzustellen, zu sehen. Dies führt unweigerlich dazu, dass Auszubildende der Pflege ihre Ängste, Sorgen und Nöte hinsichtlich der Todesthematik gleichsam verstecken, da so was als Zeichen von Schwäche gedeutet werden könnte. Eine besonders einfache, gar effektive Bewältigungsstrategie im Umgang mit dem Tod: über *ihn* zu sprechen! Daher ist es für Studierende der Pflege besonders wichtig, sich im Erfahrungsaustausch zu üben - mit offener Begegnung (Chen et al., 2006).

Halbmayr-Kubicsek (2015) beschreibt in ihren Untersuchungen, dass Studierende der Pflege über ihre Sorgen im Umgang mit Sterbenden, sowie die daraus möglicherweise resultierenden Ängste vor dem eigenen Tod, im Unterricht reflektiert werden sollten. Sie erhofft sich hierdurch eine bessere Vorbereitung für kommende Praxis-gebundene Einsätze. Unsicherheiten auch im Umgang mit Angehörigen wurden geäußert und Wünsche für den Theorieteil innerhalb der Ausbildung wurden formuliert. Dieser sollte Handlungswege aufzeigen, um z. B. die richtige Wortwahl zu finden, wo Angehörige in der schmerzlichen Situation verständnisvolle Resonanz und Zuspruch erfahren. Auch die Vermittlung von Bewältigungsstrategien fehle oftmals im Unterricht und sollte, nach den Wünschen der Studierenden, aufgegriffen werden. Die Studierenden erachten es als besonders wichtig, von erfahrenen Pflegefachpersonen der palliativen Pflege in der Theorie und den Praxiseinsätzen gut begleitet zu werden. Es wird ebenso aber deutlich, dass mit zunehmender Erfahrung der Studierenden ein Umgang mit Sterbenden als weniger beängstigend oder belastend empfunden wird (Halbmayr-Kubicsek, 2015).

Auch die Untersuchungen durch Chen et al. (2006) ergaben, dass die Angst vor dem *eigentlichen Sterbeprozess* und die Angst vor der Pflege Sterbender mit zunehmender Erfahrung abnimmt, jedoch *nicht* die Angst vor dem eigenen Tode. Bei Mondragón-Sánchez, Cordero, Espinoza, und Landeros-Olvera (2015) war die Angst vor dem eigenen Tod im dritten

Ausbildungsjahr und dann aufwärts, höher als im ersten Ausbildungsjahr. Das bestätigen auch Ergebnisse von Taşdemir and Gök (2012); hier gaben Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr an, dass sie sich zwar auf die Versorgung Sterbender einlassen können aber, dennoch wurde anhand der Untersuchungen deutlich, dass sie eine erhöhte Angst vor dem Tod empfunden wird. Mooney (2015) argumentiert, dass Edukation in der Thanatologie für Auszubildende der Pflege nur dann erfolgreich sei, wenn diese über eine längere Zeit erfolge. Nur so können effektive Reflektionen über emotionale Gedankengänge, anthroposophische Sichtweisen und Ansichten über das Leben und den Tod tatsächlich eine Angst vor dem Tod reduzieren. Kurze, intensive Schulungsprogramme und Workshops jedoch, sind seiner Meinung nach nur wenig Erfolg versprechend um dauerhafte Effekte zu erzielen (Mooney, 2005).

6.3 Pflegefachkräfte der Intensiv- und Notfallversorgung

"Within medical ideology, death is the final enemy,
and dying serves as a visible sign of staff failure."
(Levy & Gordon, 1987, p. 32f)

Pflegefachkräfte in der Intensivpflege sind nach mehreren Forschungsberichten gegenüber Hospizpflegefachkräften, infolge ihrer Arbeit die mit vermehrten Stresssituationen verbunden ist, signifikant mehr von Burn-out und Ängstlichkeit vor dem Tod betroffen. In der Untersuchung von Mallet et al. (1991) gaben Intensivpflegefachkräfte an, dass besonders *drei Umstände* als enorme Belastung in ihrer Arbeit wahrgenommen werden wie ungenügendes Personal, unqualifiziertes Personal und unsachgemäße Pflege. Eine bedeutende, wenn auch geringe Korrelation, besteht im Zusammenhang einer erhöhten Rate von Burn-out und Angst. Im Ergebnis gehen die Forscher davon aus, dass mit steigender Burn-out Rate die Angstebene ebenfalls ansteigt. Deren Datenerhebung zeigte überdies, dass das Burn-out Risiko durch eben intensive soziale oder psychologische Unterstützung (Familie, Freunde, etc.) gesenkt wird, wo überdies, speziell bei solchen Fachkräften, es zu einer Reduktion von *Angst vor dem Tod* führen kann (Mallett, Price, Jurs, & Slenker, 1991).

Nach Carr & Merriman (1996) verspüren also solche Pflegefachkräfte, die im Bereich der Notfall oder Intensivpflege tätig sind, einen intuitiv geprägten Sinn, dessen Grundlage daraus

rührt, dass das Überleben und die Heilung der Patienten oder der Patientinnen im Vordergrund stehen müsse und als *erfolgreiche* Pflege verstanden werden. Tritt solch erhoffter Erfolg nicht ein, so empfinden die Pflegefachkräfte dieses als eine Art Scheitern innerhalb ihres Kompetenzerwerbs. Dem Forscherteam Carr & Merriman zufolge, arbeiten die meisten Pflegefachkräfte in Bereichen, wo dieser Aspekt eine tragende Funktion erfüllt. Das spiegelt sich wider anhand der Ergebnisse ihrer Untersuchungen. Hier gaben 61 % der Pflegefachkräfte der Intensivpflege an, dass, wo immer möglich, alle vorhandenen Maßnahmen eingeleitet werden sollten, die einem Sterbenden lebensverlängernde Hilfe zuteilwerden lassen dazu verhelfen länger am Leben zu bleiben. Hingegen gaben 72 % der Hospizpflegefachkräfte an, dass Maßnahmen, welche das Leben einer sterbenden Person verlängern könnten, zu vermeiden sind. Bei dem Vergleich beider Gruppen wurde ebenso deutlich, dass 61 % der Intensivfachkräfte eher, eine ambivalente Haltung bei dem Gedanken, aktiv Sterbende zu begleiten, einnehmen. Gegensätzlich dazu fühlten 78 % der Hospizfachkräfte weniger Unbehagen oder eine Ambivalenz hinsichtlich dieses Aspektes, weil dieser als „Teil ihrer Arbeit" gesehen wird (Carr & Merriman, 1996). Die Gedanken und das Wissen um die eigene Sterblichkeit, auch hervorgerufen durch direkte Erfahrungen beim Versterben anderer Menschen, können, müssen jedoch nicht durch diese ausgelöst werden. Gescheiterte Reanimationsversuche, die Diagnose einer unheilbaren Krankheit oder eine Todesnachricht eines Familienmitgliedes, sind zusätzlich Auslösungsmomente, die beachtenswert sind (Lehto & Stein, 2009).

Die Einstellungen und das Verständnis über das Leben, das Sterben und den Tod können natürlich-je nach Fachrichtung-variieren. Dieses wird anhand der Ergebnisse durch Carr & Merriman (1996) betont hervorgehoben. Die entscheidende Frage ist jedoch, ob ein *gefühltes* Versagen in der Notfall- und Intensivpflege, wo die Erhaltung des menschlichen Lebens von Wichtigkeit geprägt erscheint, zu einer erhöhten Angst vor dem eigenen Tod von Pflegekräften führt? Die Forschergruppe um Payne et al. (1989) untersuchte die *Angst vor dem Tod* also zwischen 60 Hospiz- und Intensivpflegefachkräften, einhergehend und profund. Mit der Durchführung des DAP-R Tests[10], stellten sie fest, dass es zwar nur minimale Unterschiede gab zwischen der Angst vor dem Tod innerhalb den beiden untersuchten Gruppen, jedoch

[10] „Um die verschiedenen Einstellungen zum Tod erfassen zu können, entwickelten Wong et al. 1994 den multidimensionalen Fragebogen (FB) „Death Attitudes Provile- Revised" (DAP-R). Der DAP-R besteht aus 32 Items, die 5 verschiedenen Dimensionen zugeordnet und auf einer 7-stelligen Likert-Skala von starke Ablehnung bis starke Zustimmung beantwortet werden." (Jansen, Fetz, & Schulz-Quach, 2016)

hatten Pflegefachkräfte aus dem Hospizbereich eine eindeutig erhöhte Resilienz gegenüber Stresssymptomen und ebenso eine reduzierte Todesangst, obwohl sie wiederum einer erhöhten Mortalitätssalienz unterliegen. Payne et al. untersuchten weiter, wie verbreitet diese Angst bei den beiden Gruppen von Pflegefachkräften war. Dies erfolgte über die Subskala „Angst vor dem Tod" des DAP-R Test. Notfall- und Intensivfachkräfte waren hierbei signifikant hoch und eher betroffen als Hospizkräfte. Untersuchungen zu der Frage, ob der Tod als *Erleichterung/Befreiung/Linderung* wahrgenommen wird, beantworteten zu einem nur geringeren Prozentsatz die Intensivfachkräfte mit „ja" vs. Hospizkräfte, die prozentual vermehrt den Tod als Erleichterung empfanden. Abschließend wird hier deutlich konstatiert, dass die Arbeit in der Notfall- und Intensivpflege eine erhöhte Angst vor dem Tod herbeirufen kann. Eine Begründung dafür könnte sein, dass der Tod hier als unerwartetes Ereignis wahrgenommen wird, ganz besonders dann, wenn ein Heilungsprozess des Patienten oder der Patientin im Vordergrund stand (Payne, Dean, & Kalus, 1998).

Die im Kapitel 6.1 benannten Symptome angesprochener Angst, sollten grundlegend zu einer Erkennung beitragen, um negative Konsequenzen bei Pflegefachkräften der Intensivpflege und Notfallversorgung (Burn-out, verminderte Pflegequalität, etc.) zu reduzieren. Brady (2015) äußert, dass es noch nicht aussagekräftige Studien gäbe, die ausdrücklich den Fokus auf das Personal der vorgenannten Fachrichtungen richten und den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen Arbeitsprozess untersuchen.

6.4 Pflegefachkräfte in der Hospiz- und Palliativversorgung

In der Studie von Mallet et al. (1991) waren die untersuchten Hospizpflegefachkräfte vs. der Intensivfachkräfte ältere Teilnehmer*innen die regelmäßig auch Gottesdienstbesucher*innen waren und an unterstützenden Teambesprechungen teilnahmen, ungeachtet, dass dieser Kreis über mehr Erfahrung in der Pflege verfügte. Ursprünglich galt diese Untersuchung zur Feststellung und Einordnung der Stressoren, die zu Burn-out und Angst bei Pflegefachkräften führen. Es wurden Hospiz- und Intensivpflegefachkräfte miteinander verglichen. Diese Vergleiche sind ergebnissicher eindeutig, wo solche Faktoren, wie eine Versorgung Sterbender, Unzufriedenheit mit ärztlichem Personal und plötzlicher Tod, bei Intensivfachkräften als Hauptursachen für Burn-out zu sehen sind, gelten diese jedoch für Hospizpflegefachkräfte nicht. Die Untersuchungen von Dunn, Otten, and Stephens (2005) kommen allerdings zu abweichenden Ergebnissen, wonach hier die Pflegefachkräfte besonders

Konfliktsituationen mit dem ärztlichen Personal als belastend empfinden; im Gegensatz zu den Ergebnissen von Mallet et al. (1991). Ebenso die Diskrepanzen mit Angehörigen. Dieses im Zusammenhang mit Ansichten über lebenserhaltende Maßnahmen - oft gegen den Willen der Sterbenden -, emotional-wütendes Verhalten, etc…, werden als Stressoren bewertet die zu einer erhöhten Unzufriedenheit in der Hospizpflege führen. Die eigentliche pflegerische Versorgung Sterbender wird wiederum als nicht belastend angesehen. Eine Erhebung von Burn-out Risiken wurde nicht durchgeführt, aber am Rande bemerkt, dass es Hinweise darauf gäbe, dass solche Stressoren innerhalb der Hospizpflege dazu beitragen können (Dunn et al., 2005). Jedoch stimmen die Ergebnisse mit den Ergebnissen von Mallet et al. (1991) überein. Die Studie von Dunn et al. (2005) ist wiederum aktueller als die von Mallet et al. (1991), was dem Zuge der Weiterentwicklung - der pflegerischen Kompetenzen und Autonomien – als Positives gereichen mag.

Grundlegend korrelieren diese Ergebnisse mit dem Befund von Turnipseed (1987) der aufzeigt, dass Hospizfachkräfte kaum Burn-out Erkrankungen zeigen. Gründe dafür sind, dass Hospizkräfte darum wissen, was sie erwartet und wo sie lernen, mit zunehmender Erfahrung, Techniken zu entwickeln, die zu einer psychischen Bewältigung dieser Tätigkeit beitragen; zudem arbeiten sie teilweise autonomer als Pflegefachkräfte anderer Fachbereiche. Stressoren, die auch als solche wahrgenommen werden, sind oftmals an unzureichender Infrastruktur innerhalb mancher Fachgebiete in Bezug zur palliativen Versorgung oder der zuständigen Hospizorganisationen festzumachen. So kann z. B. eine verspätete Aufnahme von Sterbenden in die Hospizpflege zu einem häufig erschwerten Symptommanagement führen, wo auch eine vermehrte und hinreichende Kommunikation erforderlich wäre (Turnipseed, 1987). Das Team um Payne et al. (1998) argumentiert, dass Personen, die eine positive Einstellung zum Tod haben, weniger Angst vor dem Tod empfinden. Dieser Personenkreis ist auch in der Lage, empathisch mit Sterbenden umzugehen. Die Forscherebene begründet eine geringere Rate von Burn-out bei Hospizfachkräften mit einer reduzierten Akuität[11] ihrer Arbeit als dies

---

[11]Zum Verständnis des Begriffes *Akuität*: „Im Allgemeinen erhalten Patienten*innen, die ein höheres Maß an Beobachtung und Intervention […] erfordern, eine höhere Akuitätseinstufung. Obwohl Patienten*innen mit hoher Akuität in der Regel schwerer erkrankt sind, können andere Faktoren die Akuitätseinstufung eines Patienten ändern […] wenn besondere Umstände vorliegen, wie z. B. schwierige Familienbesuche, erhebliche psychische Erkrankungen oder andere Herausforderungen.“ (Arkansas State University, 2017), eigene Übersetzung

bei Intensivfachkräften der Fall ist. Frey, Robinson, Wong, and Gott (2018) argumentieren, dass die individuelle, interne Widerstandsfähigkeit[12], die wichtigste interne Ressource für Palliativfachkräfte sei, die vor Stressoren und den damit verbundenen Risiken schützt. Für Barnett, Reed, & Adams (2020), ist die *palliative Selbstwirksamkeit* der Pflegefachkräfte von höchster Bedeutung. Der Begriff wurde in Anlehnung von Bandura's Theorie der Selbstwirksamkeit[13] (1991) durch Phillips, Salamonson, and Davidson (2011) für die Pflegewissenschaft, und hier innerhalb der Palliativpflege, erweitert. Erkannt wurde, dass eine *höhere Akzeptanz* den Weg ebnet, für eine fürsorgliche Pflege Sterbender und gleichsam eine reduzierte Angst vor dem Tode. Die Ergebnisse von Barnett et al. (2020) unterstützen vorangegangene Studien, eine positive Haltung zum angesprochenen Thema in Kombination mit einer palliativen Selbstwirksamkeit, einzunehmen. Befähigung wurde erreicht, Symptome die am Lebensende auftreten, kompetent zu deuten und zu behandeln, sich den Ängsten und Sorgen der Sterbenden und Angehörigen anzunehmen und professionell zu handeln (Barnett et al., 2020).

6.5 Angst vor dem Tod und ihre Folgen

Ergebnisse der Studie von Braun, Gordon, and Uziely (2010) zeigen, dass der Umgang mit Sterbenden von Pflegefachkräften bewusst vermieden wird, um Ängste vor dem eigenen Tod

---

[12] Bestehend aus drei autonomen Komponenten: *Engagement*, *Kontrolle* und *Herausforderung*.

Engagement: Chancen sehen in der Beteiligung am Geschehen, diese Beteiligung als lohnend zu empfinden

Kontrolle: ist der Glauben, den Ausgang des Geschehens zu beeinflussen, auch wenn dieser Einfluss nicht von Erfolg geprägt ist

Herausforderung: die Einstellung, dass jede Erfahrung (positiv o. negativ) einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit dient (nach Maddi, 2005)

[13] „Unter Selbstwirksamkeit (self-efficacy beliefs) versteht die kognitive Psychologie die Überzeugung einer Person, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Geprägt wurde der Begriff von dem amerikanischen Psychologen Albert Bandura." (Quelle: Psychomeda/Lexikon der Psychologie https://www.psychomeda.de/lexikon/selbstwirksamkeit.html

kompensieren zu können. Sliter et al. (2014) bestätigen, dass umso höher die Angst, desto geringer das Engagement bei den Pflegenden. Neimeyer (1994) eruiert, dass daraus eine unzureichende, pflegerische Versorgung Sterbender entstehen könnte.

In den Ergebnissen der Untersuchung durch Braun et al. (2010) führt ebenso eine erhöhte Angst bei Pflegenden zu einer oftmals fehlenden Auseinandersetzung mit den Sterbenden, jedoch ist dies gleichzeitig auch der Fall bei Pflegefachkräften, entgegen aller bisher durchgeführten Studien, die den Tod als Übergang in ein „besseres Leben" verstehen wollen. Die Forschergruppe begründet diese Ergebnisse auch mit kulturell-bedingten Unterschieden, der bisher durchgeführten Studien, wonach hauptsächlich Pflegefachkräfte christlich-geprägter Perspektive Basis solcher Untersuchungen waren. In der Studie von Braun et al. waren hingegen in überwiegender Mehrheit die Pflegefachkräfte jüdischen Glaubens. Sicher mögen auch ethnische Hintergründe der Untersuchten Einflüsse auf Ergebnisse solcher Studien haben, auf die hier nicht eingegangen wird (Braun et al., 2010).

Black (2007) untersucht in ihrer Studie, wie Einstellungen zur Todesthematik Fachkräfte des Gesundheitswesens beeinflussen, wenn es um die Beratung von Patientenverfügungen geht. Herauszufinden war, ob das Kommunikationsverhalten der Fachkräfte, bezüglich der Beratung von Patientenverfügungen, beeinflusst wird durch individuelle Einstellungen zum Tod. Die Untersuchung ergab, unabhängig der Forschungsfrage, dass solche Fachkräfte, die Gedanken über den Tod eher verdrängen und sich dieser Thematik abwenden, ebenso abgeneigt sind mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten. Außerdem gab es Unterschiede bezüglich der Todesangst, abhängig vom Alter der Fachkräfte. Ältere Fachkräfte (mit größerer Erfahrung im Umgang mit Sterbenden) hatten ein höheres Angstpotenzial als jüngere Altersgruppen. Folglich können diese Faktoren einer effizienten Beratung und Empfehlung von Patientenverfügungen durch Pflegefachkräfte hinderlich sein (Black, 2007). Die Studie selbst zeigt, dass man diese Ergebnisse nicht generalisieren könne, sie allenfalls als Hinweis zu verstehen ist, dass hier intensiver geforscht werden sollte. Die Ergebnisse von Merrill, Dale, and Thornby (2000) bestätigen jedoch einen Zusammenhang zwischen Thanatophobie und Opiophobie[14] in der Palliativmedizin. Es zeigt, dass Hospizpflegefachkräfte mit geringer

---

[14] *Eigene Übersetzung* „Opiophobie bezieht sich auf ein Phänomen, bei dem übermäßige Besorgnis über die mit Opioiden verbundenen Risiken einen angemessenen medizinischen Einsatz von Opioid-Analgetika verhindert. Jeder, der mit dem Arzneimittelsystem zu tun hat, sowie Patienten, Familienangehörige und Mitglieder der Öffentlichkeit, können diese übermäßigen Bedenken haben. (weiter nächste Seite)

Thanatophobie auch weniger Opiophobie aufweisen und vice versa. In der Untersuchung ergab sich, dass Hospizpflegefachkräfte generell signifikant weniger Thanatophobie aufweisen als alle anderen Gruppen der Gesundheitsversorgung, dass bestätigen auch weitere Untersuchungen (Frey et al., 2018; Mallett et al., 1991; Payne et al., 1998; Turnipseed, 1987). Bei ärztlichem Personal, Studierenden der Medizin und bei Pflegefachkräften allgemein wurde deutlich, dass diese eine erhöhte Angst vor dem Tod hatten und somit auch zurückhaltender waren von der Nutzung schmerzstillender Opioide, was auf eine erhöhte Opiophobie hindeutet. Die Forscher und Forscherinnen merken an, dass bei Studierenden der Medizin möglicherweise eine klinische Unsicherheit ein beeinflussender Faktor hinsichtlich einer erhöhten Thanatophobie sein kann. Die Folgen für Patienten und Patientinnen mit unheilbaren Erkrankungen können folglich enorm sein, wo eine unzureichende medizinische Versorgung sowie geringe Pflegequalität, durch eine Thanatophobie ausgelöste Opiophobie der Fachkräfte, Gefährdung zeigt. Der Einsatz von Erhebungsskalen für Thanatophobie und Opiophobie könnte Wissenslücken und Mängel beim Personal feststellen, Maßnahmen können so implementiert werden, womit eine verbesserte Versorgungsqualität Schwerstkranker und Sterbender, gewährleistet ist (Merrill et al., 2000).

Im folgenden Abschnitt werden bisherige Ergebnisse mit Implikationen für die Pflegewissenschaft dargelegt.

6.6 Implikationen für die Pflegewissenschaft

Bezüglich der unterrichtlichen Heranführung an besagter Thematik, untersuchten Testoni, Ronconi, Palazzo, Galgani, Stizzi & Kirk (2018) bei Gymnasialabsolventen ob Rollen- und Dramenspiel, als eine Methodik, die Todesangst reduziert. Es wurde u. a. mit Filmtechniken gearbeitet, wo langfristig die Todesfurcht verringert wurde. Ein Grund ist darin zu sehen,

---

Einige der Gründe, warum Ärzte zu wenig verschreiben und das Pflegepersonal zu wenig Opioid-Medikamente verabreicht:

- "Morphin sollte nur eingesetzt werden, wenn der Patient im Sterben liegt." - "Morphin beschleunigt den Tod." - "Morphin verursacht Atemwegsdepression."- "Morphin ist wirkungslos." Dies kann zurückzuführen sein auf: falsche Verabreichung, Opioid-unempfindliche Schmerzen oder durch Ignorieren psychosozialer Aspekte der Pflege. - "Morphin verursacht unannehmbare Nebenwirkungen." Dies kann zurückzuführen sein auf: Verstopfung, Übelkeit, Somnolenz, Verwirrung. - Angst vor Toleranz und Abhängigkeit" (Opiophobia, o.D.)

dass eine kognitive und kreative Auseinandersetzung mit der Thematik die Akzeptanz des Todes erhöhte mit gleichzeitiger Reduzierung dieser Furcht (Testino et al., 2018). Mit dem Fokus auf eine thanatologische Bildung an Gymnasien erforschten Testoni, Palazzo, De Vincenzo & Wieser (2020) ferner, welchen Effekt Projekte und Diskussionsgruppen hatten. Die Schüler*innen waren hoch motiviert, an dieserart Projekten teilzunehmen. Die Relevanz der Thematik und das Bedürfnis offenkundig Gedanken zu teilen war, so lässt sich konstatieren, von großer Bedeutung. Nach Abschluss solcher Kurse und Diskussionen empfanden die Schüler*innen eine reduzierte Angst vor dem Tod und fühlten sich gar selbstbewusster. Auch die Kommunikation unter den Teilnehmenden wurde zunehmend empathischer, auch und gerade durch den Austausch verschiedener Lebensperspektiven. Die o. g. Forschergruppe betont, dass bei der Unterrichtung thanatologischer Aspekte eine Interaktion, eben zwischen der Todesthematik und existenziellen Überlegungen, vor und nach dem Todeseintritt, vermehrt in den Vordergrund rücken sollte. In diesem Sinne kommen auch religiöse Themata einer wichtigen Bedeutung zu (Testoni et al., 2020). Die frühzeitige Unterrichtung zur Thanatologie in all ihren Perspektiven kann möglicherweise dazu beitragen, dass in dieser Form die vorbereiteten, angehende Pflegefachkräfte „offener" die Ausbildung angehen und so von vornherein die Ambivalenz zur besagten Thematik relativiert wäre.

Sliter et al. (2014) erklären Verfahrensweisen für den professionellen Bereich der Pflege mit präventiver und kurativer Anwendung, um Ängsten vorzubeugen und zu reduzieren. Möglicherweise können die Erkenntnisse dieser Studie bereits Verwendung innerhalb der Personal- oder Berufswahl (besonders für Bereiche mit erhöhter Mortalitätssalienz), stattfinden. Bereits die höheren Jahrgänge der Sekundarstufen könnten davon profitieren und Schlüsse ziehen für die „richtige" Berufswahl. Durch einen gezielten Einsatz von geschulten Berufsberatern und Berufsberaterinnen, die das Risiko einer potenziellen Todesangst vorab der Berufswahl identifizieren, wird möglicherweise verhindert, dass sich Menschen eben mit einem erhöhten Angstrisiko, nicht für dieserart Berufe entscheiden. Aufgrund dieser Erhebung kann von vornherein gedeutet werden, dass einige besser in diese Fachgebiete „passen" als andere. Sliter et al. begründen ihr Fazit mit der Erhebung der Angst vor dem Tod *vorab* der Berufswahl, mit der Theorie nach Rasmussen et al. (1998), worin die hier gemeinte Angst vor dem Tod bei einem Menschen über lange Zeit des Lebens ein relativ stabiles Konstrukt zu sein scheint. Dennoch ist diese Methodik wiederum kritisch zu betrachten, da die meisten Menschen nunmehr erste Erfahrungen mit der Mortalitätssalienz innerhalb ihres beruflichen Werdegangs erleben. Die Forscher und Forscherinnen schlagen vor, dass ein Arbeitsumfeld geschaffen wird, wo es spezielle Mitarbeiterschulungen gibt. Sie sagen wiederum auch, dass

solche Schulungen ein gutes, abgesichertes Curriculum verlangen. Bisher scheitern viele solcherart Schulungsvorhaben daran (Sliter et al., 2014).

In einer breit angelegten Studie von (Cui et al., 2020) wurde untersucht, ob gar kreative Maßnahmen als „Puffer" dienlich sein könnten, um die Risiken einer Mortalitätssalienz zu verringern und damit auch die Angst. Die Ergebnisse zeigen, dass gewisse kreative Handlungen einen „angstpuffernden" Effekt hatten; gleichzeitig die Suche nach der Sinnhaftigkeit des Lebens gefördert wird (Cui et al., 2020). Die Studie wurde speziell auf Grundlage der Terror-Management Theorie[15] durchgeführt in der jetzigen aktuellen Zeit der Corona-Pandemie. An der Studie waren Probanden und Probandinnen ohne medizinischen oder pflegerischen Hintergrund beteiligt. Das Ergebnis der Studie kann als richtungsweisend auch für die Pflegewissenschaft und eben zu weiteren Forschungen anregen.

Laut Brady (2015) stellt die Beratung im Beruf durch speziell geschultes Personal ein neues Konzept dar, welches Wissenslücken und Defizite von Mitarbeitenden aufgreifen und vermeiden soll, hinderliche Strukturen innerhalb einer Organisation aufzudecken und zu verbessern. Dieses könnte ein Mehr an beruflicher Zufriedenheit erzeugen und gegebenenfalls berufsbedingte Krankheiten verhindern. Weiter empfiehlt Brady (2015), dass im Arbeitsgeschehen regelmäßig Erhebungen und Evaluationen durch ein sogenanntes „Trauma-Risiko-Management-Tool" - besonders bei Personal der Notfall und Intensivpflege - getätigt werden könnten. Dieses ermöglicht einer Symptomatik, die mit der Angst vor dem Tod einhergeht, rechtzeitig zu diagnostizieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (z. B. Rotation auf andere Fachbereiche mit geringerem Risiko von Mortalitätssalienz). Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass moderne Konzepte mit Hilfe von universitären Einrichtungen und hier in Zusammenarbeit mit, z. B. Krankenhäusern, erarbeitet werden, die dann Grundlage bieten, Abwesenheit des Personals - z. B. durch Krankheit wie Burn-out – untersuchen zu können und Ursachenforschung zu betreiben. Sollten Schulungen hinsichtlich einer Todesthematik angeboten werden, müssten diese in zukünftigen Forschungsvorhaben in ihren Effekten und der Wirksamkeit validiert werden. Solche Programme und Interventionen

---

[15] „Terror-Management-Theorie (= TMT.) [engl. *terror management theory; lat. terror* Schrecken, Angst], [EM, SOZ], Kern der TMT. sind die potenziellen Bewältigungsstrategien (Coping) angesichts der Tatsache, dass wir sterben müssen (Greenberg et al., 2009)."

Quelle: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/terror-management-theorie#search=4d4d36f7039bab467a30701f98ff14d3&offset=0

führen langfristig zu einer erhöhten Patientensicherheit und vor allem zur Zufriedenheit und gleichzeitiger Verhinderung der Abkehr von Pflegefachkräften aus dem Beruf (Brady, 2015).

Geht es um die Reduktion von bereits eingetretenem Burn-out bei Pflegefachkräften, ist hier die Meta-Analyse Suleiman-Martos et al. (2020) zu betrachten. Die untersuchte Wirksamkeit von Achtsamkeitstraining ist höchst bemerkenswert. In allen untersuchten Studien gilt als Fazit: Es litten die Pflegefachkräfte mit sehr hohen Raten an Burn-out. Der Einsatz von solchen Achtsamkeitstrainings hatte durchgängig positive Effekte diesbezüglich. Besonders wurde dieses anhand von Studien deutlich, die auf Krankenhausstationen der Intensivpflege oder Onkologie durchgeführt wurden. Also: Achtsamkeitstraining führt langfristig zu kognitiven Veränderungen wie anhand bildgebender Aufnahmeverfahren, hier an Hirnarealen, festgestellt wurde. Eine veränderte Hirnaktivität fördert also die verbesserte Emotionsregulierung mit gleichzeitig positiveren Grundeinstellungen (Suleiman-Martos et al., 2020).

Grundlegend sollte jedoch eine Förderung hin zur Entwicklung intuitiver Handlungsweisen bei Pflegefachkräften angestrebt werden. So vermag diese zu einer erhöhten Pflegequalität führen bei gleichzeitiger Reduktion der Todesfurcht, Dunn et al. (2005) argumentieren vergleichbar, dass ein praktisches Erfahrungswissen erworben werden muss und sie berufen sich dazu auf das Konzept von Benner (1982). Um also eine kompetente Fachkraft zu werden, ist es fast unabdingbar sich auf vergangene, erlebte Erfahrungen zu beziehen und das analytisch-theoretisch erworbene Wissen der Ausbildung zu verlagern, um ein intuitiv geleitetes, pflegerisches Verhalten zu fördern. Die in der Praxis erworbenen Erfahrungen lenken, sehr einleuchtend, die feste Struktur eines theoretischen Denkens hin zu einer ganzheitlichen, humanen Durchführung der Pflege, als verstandene Profession der „Heilkunst“ (Dunn et al., 2005). Dieser Denkansatz beruht, und höchst beachtenswert auf den philosophischen Gedanken Heidegger’s, siehe hierzu die phänomenologische Untersuchung von Rittman et al. (1997).

Von der Annahme ausgehend, dass Fachkräfte der Gesundheitsversorgung eine wohl nicht geringe Empathie innerhalb ihres Berufsalltages zeigen, ist diese Empathie möglicherweise auch einer der Gründe für diese Berufswahl. Baykan, Arslantürk, and Durukan (2020) konstatieren, dass die Empathie des Personals eine gar wichtige Rolle spielt bei der Verarbeitung mit häufig erlebter Sterbesituation in der Pflege. Die Forschergruppe bestätigt, dass die Angst vor dem Tode mit zunehmender Erfahrung eben, infolge der Arbeit mit Sterbenden,

abnimmt, gleichzeitig jedoch gar, tritt ein sogenannter Desensibilisierungseffekt[16] ein, wo innerhalb der Pflegearbeit nunmehr eine negative Form der Verarbeitung von Erlebnissen feststellbar ist. Der Desensibilisierungseffekt trägt, leider, nicht dazu bei existenzielle, philosophische Gedanken über das Leben, Sterben und Tod zu internalisieren und gar greifen effektive Bewältigungsstrategien nicht wie gewünscht. Die Desensibilisierung stellt also keine positive Verarbeitung und Verinnerlichung dar. Hingegen die Empathieebene eine enorme Grundlage bietet, potenzielle Desensibilisierungseffekte abzuschwächen, ja sogar zu verhindern vermag, um sich so mit der wie angesprochenen Thematik und vor allem den psychologisch belastenden Fakten auseinanderzusetzen, eben im Sinne einer gesunden Bewältigungsstrategie. Die Forschergruppe empfiehlt, dass fortan intensiver zum Sterblichkeitsbewusstsein und dessen Verinnerlichung untersuchend gearbeitet werden muss. (Baykan et al., 2020).

Diesbezügliche Fragen könnten richtungsweisend sein: Wie beeinflusst ein Desensibilisierungseffekt der Pflegenden die Versorgung von Patienten und Patientinnen? Welche Interventionen dienen einer Erhöhung der Empathie mit gleichzeitiger Reduktion einer Desensibilisierung? Auch hier geht es um eine Weiterentwicklung präventiver Maßnahmen sowie einem Beitrag zur Arbeitssicherheit innerhalb der Pflege. Es obliegt dem Arbeitgeber, sich an aktuellen Studien und Studienergebnissen hilfreich zu orientieren, dienend zugleich der Sicherung einer professionellen Pflege mit erhöhter Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten. Ein weiterer positiver Effekt könnte ein Rückgang von Burn-out sein, wodurch krankheitsbedingte Personalabwesenheit reduziert würde. Auch die ökonomischen Auswirkungen würden positiv zu betrachten sein, führt doch eine verbesserte Pflegequalität zu einer affirmativen Resonanz innerhalb der Bevölkerung.

Aufgrund der Relevanz einer Angst vor dem Tod in Arbeitswelten sollten zukünftige Forschungen möglichst auch in anderen Berufsgruppen durchgeführt werden. Allein ein geringes Vorhandensein oder gar Fehlen einer Mortalitätssalienz in Berufen die abseits der Pflege

---

[16] „Pflegende brennen also nicht nur aus – sie kühlen aus, de-sensibilisieren sich moralisch. Eine intuitive Taktik, um sich unempfindlich zu machen gegen die Anforderungen und Sachzwänge im Pflegealltag, ein Schutzmechanismus der Seele, um überhaupt weiter funktionieren zu können.“ (Giebel, 2017, zitiert nach König, 2017)

und Medizin (z. B. Büroangestellte) liegen, sollte hier nicht ausschlaggebend sein, um solche Forschungen durchzuführen (Sliter et al., 2014)

An dieser Stelle soll auf das Arbeitsschutzgesetz verwiesen werden, welches in Deutschland gültig ist. Seit 2013 findet man unter dem § 5 Abs. 3. Nr. 6, dass sich eine besondere Gefährdung durch „psychische Belastungen bei der Arbeit" ergeben. Folglich obliegt es auf dieser gesetzlichen Grundlage den Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen Maßnahmen zu ergreifen, die Arbeitnehmer*innen vor psychischen Belastungen schützen und ein sicheres, gesundes Arbeitsumfeld schaffen. Andererseits sind Arbeitnehmer*innen verpflichtet, etwaige Gefährdungen die durch die Arbeit entstehen den Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen zu melden, dies wird durch § 16 geregelt.[17] In diesem Sinne, sind solche Implikationen die besonders Arbeitnehmende betreffen zu beachten. In dieser Arbeit wurden Hinweise gegeben, die hilfreich sein könnten um psychische Belastungen, ausgelöst durch Angst vor dem Tod, zu reduzieren.

7 Diskussion und Limitationen

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Scoping Review, daher bestehen einige Limitationen. So wurde ein thematischer Überblick geschaffen, in Kategorien unterteilt und dargestellt. Aufgrund der Breite der Thematik ergaben sich vielfältige Aspekte bezüglich betroffener Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung. Einige Studien bezogen sich nicht ausschließlich auf Pflegefachkräfte oder Studierende/Auszubildende der Pflege, sondern u. a. auch auf sozialpädagogische Fachkräfte, Ärzte/Ärztinnen und Notfallrettungskräfte. Dadurch ist der Fokus breit gefächert, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Qualität der einzelnen Studien wurde nicht mit gängigen Tools bewertet, wie z. B. üblich bei systematischen Reviews, was bei Scoping Reviews eher als ein Nachteil betrachtet werden könnte. Die genutzten Studien dieser Arbeit sind jedoch peer-reviewed und *graue* Literatur stand nicht zur Anwendung. Von daher kann man ausgehen, dass ein hoher Grad an Evidenz vorliegt, der im Rahmen einer Scoping Review vorteilhaft ist. Somit will diese Arbeit Aufschluss geben, über den Umfang der Thematik und kann ebenso dazu anregen, sich an weiteren Forschungen dieses Gebietes interessiert zu zeigen.

---

[17] Siehe Appendix I

Die meisten Studien dieser Arbeit verfolgen einen quantitativen Forschungsansatz und nutzten dementsprechend häufig Skalen zur *einleuchtenden* Absicherung und als Beweisführung. Das solche Skalen Realität und Empfindung der Pflegefachkräfte *in concreto* darstellen, davon kann nicht ausgegangen werden. Ein ersichtlicher Grund ist, dass diese Skalen auf einer Selbstbewertung der untersuchten Gruppen basieren, was zu Bias führen kann. In Zukunft wären vermehrt qualitative Studien anzustreben, die auf einem hermeneutisch – phänomenologischen Ansatz beruhen. Gedanken und Auseinandersetzungen individueller Natur mit der Todesthematik in Verbindung mit philosophischen, religiösen, kulturellen, anthroposophischen und psychologischen Einflüssen und Erfahrungen, dies in Zusammenhang, vernetzt und durchdrungen, dies wäre im Horizont eines *humanistischen Klanges* das all entscheidende Thema – als wahre Hilfe für alle! Daher eignen sich Skalen zur Erhebung, solcher Art Angst, nur bedingt. Eine ebenso intensivere Methode, der Erhebung von Angst vor dem Tod, können Mixed Methods darstellen, da die Studienergebnisse hier möglicherweise präziser ausfallen und geringerer Bias zu erwarten ist.

8 Fazit

Der Tod. Ja, als Antithese zum Leben, so der Philosoph Hegel. Und der Tod als Übergang in ein neues Leben?

So eine Betrachtungsformel, einst, als man sich über den Stätten des Leichnams der religiösen Betrachtung hingab. Als wiederum Antithese gilt nunmehr - als schmuckvolle Grabkammern für das in *Leben* im Jenseits zur Verfügung standen -, das vorherrschende Tabu der Jetztzeit, wo der Tod als finale Grundtatsache negiert wird. Nunmehr schützen die Eltern ihre Kinder-zunehmend mehr, halten alles, was an Sterben, Tod und Trauer erinnert, von sich und anderen fern. Der Trend hält an, wo selbst beim letzten Spitalsaufenthalt oder der Palliativstation das Endzeitliche übergangen und verheimlicht wird. *Nichts- davon- wissen- wollend*, bloß keine Stellungnahme noch Auseinandersetzung, wo selbst in der unterrichtlichen Unterweisung -hier die Ausbildung von Pflegefachkräften gemeint -, wenig von der bedeutungsvollen Todesthematik vermittelt wird. Im gesellschaftlichen Denken wird solcherart Thematik als störend empfunden, steht sie doch der hedonistischen Lebensauffassung und -haltung diametral entgegen. Die Spaß- und Konsumgesellschaft hat vorrangig Lust und Laune, Fortpflanzung und Geburt und die Ausrichtung *auf ein schönes Leben* im Kopf, gepaart mit der Lebensgier und dem *Rausch der Erlebnisgeschwindigkeit* als Ausweis ihrer

Lebensplanung. Wo die Medien - zu allem Überfluss - das gesunde, sportliche, karriereorientierte, modebewusste und vergnügliche Leben propagieren, stets mit Werbebotschaften der Konsumgüterindustrie durchsetzt, ist die Todesphobie in ihrer solcherart *Institutionalisierung* fast einleuchtend. Pflegefachkräfte, als Konsumenten und gleichfalls *in der Gesellschaft stehend*, sind eben auch von todesphobischen Gedanken Betroffene. Wie von mir aufgezeigt, fehlen – leider – überdies palliativmedizinische Ansätze in der Ausbildung, wo dann in das berufliche Feld hineingetragen, die Problematik, die eigentlich keine ist, doch zu einer wird. Nur hier eben ist es der entscheidende Punkt: Wie steht es dann um die Versorgung von Sterbenden? Wo die Angst vor dem Tode eine Abwehrhaltung aufrecht hält, die den Kontakt mit Sterbenden nicht nur vermeidet, sondern Burn-out, gar mit Fehltagen, insgesamt dann ein Pflegeteam belastet. Denkenswert? Ja!

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

Anderson, J. R., Biro, D., & Pettitt, P. (2018). Evolutionary thanatology. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences, 373*(1754). doi:10.1098/rstb.2017.0262

Andrews, T. (2015). Awareness of Dying Remains Relevant after Fifty Years. *Grounded Theory Review, 14*.

Arkansas State University. (2017). What Is High-Acuity Nursing? Retrieved from https://degree.astate.edu/articles/nursing/high-acuity-nursing.aspx abgerufen am 14.04.21

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616

Barnett, M. D., Reed, C. M., & Adams, C. M. (2020). Death Attitudes, Palliative Care Self-efficacy, and Attitudes Toward Care of the Dying Among Hospice Nurses. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. doi:10.1007/s10880-020-09714-8

Bates, M. J. (1989). *The Design Of Browsing And Berrypicking Techniques For The Online Search Interface*. Retrieved from University of California at Los Angeles: https://pages.gseis.ucla.edu/faculty/bates/berrypicking.html abgerufen am 15.04.21

Baykan, N., Arslantürk, G., & Durukan, P. (2020). Desensitizing Effect of Frequently Witnessing Death in an Occupation: A Study With Turkish Health-Care Professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 0*(0), 0030222820904880. doi:10.1177/0030222820904880

Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing, 82*(3), 402-407. Retrieved from https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf abgerufen am 15.04.21

Black, K. (2007). Health care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Stud, 31*(6), 563-572. doi:10.1080/07481180701356993

Brady, M. (2015). Death anxiety among emergency care workers. *Emerg Nurse, 23*(4), 32-37; quiz 38. doi:10.7748/en.23.4.32.e1448

Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum, 37*(1), E43-49. doi:10.1188/10.Onf.E43-e49

Butler, A., Hall, H., & Copnell, B. (2016). A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews Evid Based Nurs, 13*(3), 241-249. doi:10.1111/wvn.12134

Carr, M., & Merriman, M. P. (1996). Comparison of Death Attitudes among Hospice Workers and Health Care Professionals in other Settings. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 32*(4), 287-301. doi:10.2190/r4t6-d1kv-m37d-1p47

Caton, A. P., & Klemm, P. (2006). Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clin J Oncol Nurs, 10*(5), 604-608. doi:10.1188/06.Cjon.604-608

Chen, Y. C., Del Ben, K. S., Fortson, B. L., & Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Stud, 30*(10), 919-929. doi:10.1080/07481180600925351

Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *DEATH Studies, 41*(2), 69-77. doi:10.1080/07481187.2016.1206997

Cui, Y.-X., Zhou, X., Zu, C., Zhai, H.-K., Bai, B.-R., Xu, Y.-M., & Li, D. (2020). Benevolent Creativity Buffers Anxiety Aroused by Mortality Salience: Terror Management in COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology, 11*(3705). doi:10.3389/fpsyg.2020.601027

Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum, 32*(1), 97-104. doi:10.1188/05.ONF.97-104

Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *J Clin Nurs, 23*(23-24), 3501-3512. doi:10.1111/jocn.12602

Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., & Hammarlund, K. (2014). Death and caring for dying patients: Exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International journal of palliative nursing, 20*, 509-515. doi:10.12968/ijpn.2014.20.10.509

Evans, M. J., & Hallett, C. E. (2007). Living with dying: a hermeneutic phenomenological study of the work of hospice nurses. *J Clin Nurs, 16*(4), 742-751. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01620.x

Feifel, H. (1969). Attitudes toward death: a psychological perspective. *J Consult Clin Psychol, 33*(3), 292-295. doi:10.1037/h0027565

Frey, R., Robinson, J., Wong, C., & Gott, M. (2018). Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied nursing research : ANR, 43*, 1-9. doi:10.1016/j.apnr.2018.06.003

Funes, M. M., Moraes, M. W., Cunha, M., & Almeida, F. A. (2020). Caring for cancer patients facing death: nurse's perception and experience. *Rev Bras Enferm, 73Suppl 5*(Suppl 5), e20190686. doi:10.1590/0034-7167-2019-0686

Greenberg, J., Vail, K., & Pyszczynski, T. (2014). Terror management theory and research: How the desire for death transcendence drives our strivings for meaning and significance. In (Vol. 1, pp. 85-134).

Halbmayr-Kubicsek, U. (2015). Tod und Sterben begegnen – Befürchtungen und Erwartungen Studierender der Gesundheitsund Krankenpflege in Bezug auf die künftige Konfrontation mit Sterben und Tod. *Pflegewissenschaft 17*(11). doi:10.3936/1320

Halbmayr-Kubicsek, U. (2019). *Mit Sterben, Tod und Trauer umgehen lernen. End-of-Life Care im Rahmen der Pflegeausbildung*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/337210216_Mit_Sterben_Tod_und_Trauer_umgehen_lernen_End-of-Life_Care_im_Rahmen_der_Pflegeausbildung abgerufen am 13.04.21

Hoffmann, M. (2011). *„Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet".Die Angst vor dem „sozialen Sterben"* (pp. 224). Retrieved from https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-531-92662-9

ICN. (2012). ICN-Ethikkodex für Pflegende. *International Council of Nurses*. Retrieved from https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf abgerufen am 15.04.21

Ismaile, S., & Alshehri, H. (2017). Knowledge of Palliative Care Among Nursing Students. *Acta Informatica Medica, 238*.

Jansen, J., Fetz, K., & Schulz-Quach, C. (2016). *Deutsche Version des "Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)" Übersetzung und Validierung eines multidimensionalen Fragebogens zum Tod.* abgerufen am 16.05.21

Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliat Support Care, 15*(2), 158-167. doi:10.1017/s1478951516000468

Kastenbaum, R., & Costa, P. T., Jr. (1977). Psychological perspectives on death. *Annu Rev Psychol, 28*(1), 225-249. doi:10.1146/annurev.ps.28.020177.001301

Knodt, J. A. (2019). *Die Bewältigung von Bedrohung, Angst und Stress: Achtsamkeit, Akzeptanz und Erlebensvermeidung als Copingstrategien.* (Doctorate Dissertation). Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg. Retrieved from https://fis.uni-bamberg.de/handle/uniba/46746 abgerufen am 11.04.21

König, R. (2017). Mit Spiritualität gegen die Kälte im Klinikalltag - *Nach dem Burnout, jetzt das Coolout? Experten beklagen den Trend des emotionalen Auskühlens und fordern mehr Zeit für Spiritualität in der Pflege.* Retrieved from https://www.pflegen-online.de/mit-spiritualitaet-gegen-die-kaelte-im-klinikalltag abgerufen am 10.04.21

Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept. *Res Theory Nurs Pract*(1), 23-41. doi:10.1891/1541-6577.23.1.23

Lester, D. (1990). The Collett-Lester Fear of Death scale: The original version and a revision. *Death Studies - DEATH STUD, 14*, 451-468. doi:10.1080/07481189008252385

Levy, J. A., & Gordon, A. K. (1987). Stress and Burnout in the Social World of Hospice. *The Hospice Journal, 3*(2-3), 29-51. doi:10.1080/0742-969X.1987.11882592

Maddi, S. (2005). Creating meaning through making decision. *Psikhologicheskii Zhurnal, 26*, 87-101+103.

Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., & Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep, 68*(3 Pt 2), 1347-1359. doi:10.2466/pr0.1991.68.3c.1347

Merrill, J. M., Dale, A., & Thornby, J. I. (2000). Thanatophobia and opiophobia of hospice nurses compared with that of other caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care, 17*(1), 15-23. doi:10.1177/104990910001700107

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol, 62*(10), 1006-1012. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.005

Mondragón-Sánchez, E. J., Cordero, E. A. T., Espinoza, M. d. L. M., & Landeros-Olvera, E. A. (2015). A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(2), 323-328. doi:10.1590/0104-1169.3550.2558

Mooney, D. C. (2005). Tactical reframing to reduce death anxiety in undergraduate nursing students. *Am J Hosp Palliat Care, 22*(6), 427-432. doi:10.1177/104990910502200607

Müller, J. (2018). Sterben und Tod in der Krankenpflegeausbildung. In *Sterben und Tod als Lerngegenstand in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.: Eine empirische Untersuchung* (pp. 7-13). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Mutto, E. M., Errázquin, A., Rabhansl, M. M., & Villar, M. J. (2010). Nursing Education: The Experience, Attitudes, and Impact of Caring for Dying Patients by Undergraduate Argentinian Nursing Students. *Journal of Palliative Medicine, 13*(12), 1445-1450. doi:10.1089/jpm.2010.0301

Neimeyer, R. A., (Ed.). (1994). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, And ApplicationValidity and Reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale* (Vol. 1, pp. 18). doi:doi.org/10.4324/9781315800813

Nyatanga, B., & Vocht, H. d. (2006). Towards a definition of death anxiety. *International journal of palliative nursing, 12*(9), 410-413. doi:10.12968/ijpn.2006.12.9.21868

Opiophobia. (o.D.). Definition *in Pallipedia*. Retrieved from https://pallipedia.org/opiophobia/ abgerufen am 25.04.21

Payne, S. A., Dean, S. J., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *J Adv Nurs, 28*(4), 700-706. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00632.x

Phillips, J., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011). An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: a validation study. *Int J Nurs Stud, 48*(9), 1096-1100. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.02.015

Pschyrembel. (2018). *Definition Thanatopsychologie*. Retrieved from https://www.pschyrembel.de/Thanatopsychologie/P030N/doc/ abgerufen am 24.04.21

Pschyrembel. (2020). *Thanatologie (Definition)*. Retrieved from https://www.pschyrembel.de/Thanatologie/K0MDW/doc/ abgerufen am 24.04.21

Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben- Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. doi:10.1007/978-3-662-49908-5

Rittman, M., Paige, P., Rivera, J., Sutphin, L., & Godown, I. (1997). Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nurs, 20*(2), 115-119. doi:10.1097/00002820-199704000-00006

Schindler, S. (2019). Definition Mortalitätssalienz. *The Inquisitive Mind* n.a. Retrieved from https://de.in-mind.org/glossary/letter_m#Mortalittssalienz abgerufen am 12.04.21

Seno, V. L. (2010). Being-with dying: authenticity in end-of-life encounters. *Am J Hosp Palliat Care, 27*(6), 377-386. doi:10.1177/1049909109359628

Sliter, M. T., Sinclair, R. R., Yuan, Z., & Mohr, C. D. (2014). Don't fear the reaper: trait death anxiety, mortality salience, and occupational health. *J Appl Psychol, 99*(4), 759-769. doi:10.1037/a0035729

Snow, C. (2021). *Das Ende ist der Anfang. Der Anfang ist das Ende.* Gelebte Erfahrungen von Pflegefachkräften in der Hospiz- und Palliativversorgung. Qualitative Systematic Review. Gesundheit, Pflege, Management. Hochschule Neubrandenburg. n/a.

Stevens, E. (2009). Extending knowledge of terror management theory to improve palliative nursing care. *International journal of palliative nursing, 15*, 368-370. doi:10.12968/ijpn.2009.15.8.43793

Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs, 76*(5), 1124-1140. doi:10.1111/jan.14318

Svenaeus, F. (2018). Why Heideggerian Death Anxiety in not Truly Uncanny: Existential Feelings and Psychiatric Disorders. *Discipline Filosofische, 28*(2), 43-59. Retrieved from https://www.academia.edu/37695180/Why_Heideggerian_Death_Anxiety_in_not_Truly_Uncanny_Existential_Feelings_and_Psychiatric_Disorders?email_work_card=title abgerufen am 21.04.21

Taşdemir, G., & Gök, F. (2012). Determining death anxiety among health school students. *International Journal of Human Sciences, 9*(12), 303-317. Retrieved from https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/1203 abgerufen am 13.04.21

Temelli, G., & Cerit, B. (2019). Perceptions of Palliative Care Nurses Related to Death and Palliative Care Practices. *Omega (Westport)*, 30222819890457. doi:10.1177/0030222819890457

Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol, 82*(2d Half), 165-177. doi:10.1080/00221309.1970.9920634

Testoni, I., Palazzo, L., De Vincenzo, C., & Wieser, M. A. (2020). Enhancing Existential Thinking through Death Education: A Qualitative Study among High School Students. *Behav Sci (Basel), 10*(7). doi:10.3390/bs10070113

Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018). Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy. *Front Psychol, 9*, 441. doi:10.3389/fpsyg.2018.00441

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørlie, V. (2014). The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing, 13*, 25-25. doi:10.1186/1472-6955-13-25

Turnipseed, D. L. (1987). Burnout among hospice nurses: An empirical assessment. *Hospice Journal, 3*(2-3), 105-119. doi:10.1300/J011v03n02_06

Wittkowski, J. (2016). Coping and Attitudes Toward Dying and Death in German Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 72*(4), 316-339. doi:10.1177/0030222815575283

Wittwer, B. (2010). *Mortalitätssalienz und deren Auswirkungen- Eine Alternativerklärung zur Terror Management Theorie nach manipulativer zeitlicher Suggestion der eigenen Endlichkeit.* (Magistra). Karl-Franzens-Universität, Graz.

Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application, 121*.

Wu, H.-L., & Volker, D. L. (2009). Living With Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses. *Oncology Nursing Forum, 36*(5), 578-584. doi:10.1188/09.ONF.578-584

Anmerkungen: Bei der Abfassung meiner Arbeit habe ich mich für den formalen Auftritt, Paginierung, Satzspiegelgestaltung, sowie Hervorhebungen im Schriftduktus und im Zeilendurchschuss, an die im Internet (https://archiv.dante.de/tex/typographie/satzspiegel/) empfohlenen Abfassungsformen für wissenschaftliche Arbeiten gehalten.

10 Appendix

10.1 Appendix I

ArbSchG §5

Beurteilung der Arbeitsbedingungen

(1) Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.

(2) Der Arbeitgeber hat die Beurteilung je nach Art der Tätigkeiten vorzunehmen. Bei gleichartigen Arbeitsbedingungen ist die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend.

(3) Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch:

[…]

5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten,
6. psychische Belastungen bei der Arbeit.

§ 16

Besondere Unterstützungspflichten

(1) Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit sowie jeden an den Schutzsystemen festgestellten Defekt unverzüglich zu melden.

(2) Die Beschäftigten haben gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber darin zu unterstützen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten und seine Pflichten entsprechend den behördlichen Auflagen zu erfüllen. Unbeschadet ihrer Pflicht nach Absatz 1 sollen die Beschäftigten von ihnen festgestellte Gefahren für Sicherheit und Gesundheit und Mängel an den Schutzsystemen auch der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Betriebsarzt oder dem Sicherheitsbeauftragten nach § 22 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch mitte

Quelle: Bundesjustizministerium https://dejure.org/gesetze/ArbSchG/16.html

10.2 Appendix II

Studienauswahl

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment-Tools	Inter-vention	Population	Ergebnis
Barnett et al. (2020)	quantitativ, on-line Umfrage	Untersuchung der Beziehungen zwischen der Einstellung zum Tod, der Sterbebegleitung und Selbstwirksamkeit	Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD) Death Attitude Profile—Revised (DAP-R)	X	Hospizpflegefachkräfte (N=90) In Hospizzentren, Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanter Pflege USA	Geringe Angst vor dem Tod und Abwendung vom Tod; hohe Selbstwirksamkeit; hohe Fähigkeit, Fragen zur Pflege am Lebensende zu beantworten; positive Einstellung zum Tod= geringere Angst vor dem Tod
Baykan et al. (2020)	quantitativ, Umfragen	Untersuchung von Angst vor dem Tod bei erhöhter Mortalitätssalienz und die Bestimmung von den Dimensionen des Sterbebewusstseins, die damit zusammenhängen.	Multidimensional Mortality Awareness; Portrait Value Questionnaire; Toronto Empathy Questionnaire	X	Gesundheitsfachkräfte (N=212) 84 Ärzte, 61 Notfallsanitäter, 54 Krankenschwestern und 13 Personen in anderen Positionen (Krankenwagenfahrer, Psychologe, pädiatrischer Entwicklungsspezialist) Türkei	Erhöhte Mortalitätssalienz mit steigender Berufserfahrung reduziert Angst vor dem Tod; erhöhte Mortalitätssalienz trägt nicht zu effektiven Bewältigungsstrategien bei; Empathie eine wichtige Variable für Bewältigung und Verinnerlichung von Gedanken über den Tod.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment-Tools	Inter-vention	Population	Ergebnis
Black (2007)	Quantitativ, Umfragen	Untersuchung von persönlichen Einstellungen zum Tod und Erfahrungen und deren Einfluss auf das Kommunikationsverhalten beim Thema Patientenverfügungen	Death Attitude Profile—Revised (DAP-R) Advance directive communication practices (ADCP)	X	N= 135 (74 Krankenschwestern, 32 Ärzte und 29 Sozialarbeiter) aus Bereichen der Palliativversorgung, Gerontologie und Intensivpflege USA	optimistische Ansichten über den Tod, führen zu häufigeren Initiierung von Gesprächen über Patientenverfügungen mit Patient*innen; Fachkräfte die sich der Todesthematik sind weniger geneigt mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten; ältere Fachkräfte zeigen erhöhte Angst vor dem Tod als jüngere Fachkräfte
Braun et al. (2010)	quantitativ; Umfrage; Querschnittsuntersuchung; deskriptiv; korrelationsbasiert		Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD) ;Death Attitude Profile–Revised Scale (DAP-R); demographic questionnaire	X	Onkologische Pflegefachkräfte (N=147) Israel, jüdischer Glauben	Negative Einstellungen zum Tod sind verbunden mit Todesvermeidung, Angst vor dem Tod geringere Akzeptanz des Todes. Todesvermeidung wird als Bewältigungsstrategie bei einigen Fachkräften genutzt

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment	Interv.	Population	Ergebnis
Carr and Merriman (1996)	Quantitativ, Umfrage, explorativ, Vergleichsstudie	Untersuchung zur Einstellung zum Tod, zur Todesthematik und Bezug auf die Betreuung von Sterbenden in der Akutversorgung und in Hospizen.	Death Attitude Index (DAI) und die Death Anxiety Scale (DAS)	X	Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, Pflegehelfer*innen N=182 (davon beschäftigt N=76 in Krankenhäuser; N=106 Hospizbereiche) USA	Pflegehelfer*innen hatten erhöhte Angst vor dem Tod in beiden Settings; Pflegefachkräfte in der Akutpflege hatten erhöhte Angst vor dem Tod vs. Fachkräfte in Hospizsettings. Keine veränderten Werte bei Alter, Familienstatus. Höhere Bildung o. Teilnahme an Seminaren =geringere Angst vor dem Tod in beiden Settings
Chen et al. (2006)	Quantitativ, Vergleichsstudie, Umfrage	Untersuchung, ob die Angst vor dem Tod von Pflegefachkräften bereits in der Ausbildung beginnt und ob soziale Erwünschtheit einen Einfluss auf das Verhalten hat bezüglich der Angst vor dem Tod	Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS), Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS)	X	Gruppe von erfahrenen (N=53) und unerfahrenen (N=49) Pflegeschüler*innen und Kontrollgruppe (N=50) von Nicht-Pflegeschüler*innen USA	Beide Gruppen der Pflegeschüler*innen haben höhere Angst vor dem Sterben vs. Kontrollgruppe der Nicht-Pflegeschüler*innen. Die Angst vor dem Tod kann sich bereits in der frühen Ausbildung (nach dem 1. Jahr) entwickeln. Ergebnisse der sozialen Erwünschtheit waren bei erfahrene und unerfahrenen Pflegeschüler*innen gleich

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment-Tools	Interv.	Population	Ergebnis
Dunn et al. (2005)	Quantitativ, Korrelationsstudie, Umfrage	Untersuchung der Beziehungen zwischen demographischen Variablen (Erfahrung, Bildung, Religion u. a.) und der Einstellung von Pflegefachkräften zum Tod und zur Pflege sterbender Patienten*innen.	demographische Umfrage, Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying (FATCOD) Scale und Death Attitude Profile-Revised Scale (DAP-R)	X	Pflegefachkräfte (N=58) der onkologischen und chirurgischen Pflege USA	Umso mehr Kontakt mit Sterbenden verbracht wurde, desto positiver die Einstellung zum Tod. Es wurde kein Zusammenhang zwischen Einstellung der Pflegenden zum Tod und Einstellung der Pflege zu Sterbenden gefunden. Die Ergebnisse unterstützen die These von Benner (1984), Pflegekräfte, die den Tod als Einstieg in ein glückliches Leben nach dem Tod ansahen, verstehen Tod häufiger neutral als Pflegekräfte, die diese Ansicht nicht teilten.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment-Tools	Inter-vention	Population	Ergebnis
Edo-Gual et al. (2014)	Qualitativ-deskriptive und hermeneutische Studie	Untersuchung von Erfahrungen bei Pflegeschüler*innen die mit Tod und Sterben in der Praxis konfrontiert sind	Semi-strukturierte Interviews (N=12) Analyse der Transkripte erfolgte nach dem Verfahren von Colaizzi.	X	Pflegeschüler*innen (N=12) Spanien	erste Erfahrung mit dem Tod von Patienten*innen hat erheblichen Einfluss auf Pflegeschüler*innen, besonders belastend ist die Überbringung schlechter Nachrichten. Es besteht erhöhter Bedarf an Schulung der Kommunikationsfähigkeiten und des Umgangs mit Emotionen bei der Pflege Sterbender
Ek et al. (2014)	Qualitativ, hermeneutische Phänomenologie	Erforschen von Erfahrungen, mit der Sterbebegleitung und der Pflege am Lebensende, b. Krankenpflegeschüler*innen im ersten Studienjahr	Interviews (N=17), Analyse nach Van Manen	X	Pflegeschüler*innen (N=17) erstes Ausbildungsjahr Schweden	Herausforderungen für Auszubildende: (1) Der Gedanke an den Tod ist beängstigender als das tatsächliche Erleben, (2) auf Sterbende zuzugehen und etwas von sich selbst anzubieten, (3) die Erfahrung, im Angesicht des Todes nicht zu genügen und (4) die Konfrontation mit den eigenen Gefühlen.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment-Tools	Inter-vention	Population	Ergebnis
Frey et al. (2018)	quantitativ, deskriptiv, online Umfrage	Erforschung von Auswirkungen von Stress und Burnout, die von Pflegekräften in der Sterbebegleitung erlebt werden, besseres Verständnis des Burnout-Niveaus bei Pflegekräften sowie der Schutzfaktoren, die das Auftreten von Burnout lindern oder verhindern	Psychological Empowerment Scale; dispositional resilience scale (DRS-15), Professional Quality of Life Scale (ProQOL),	X	Pflegefachkräfte (N=256) Neuseeland	Förderung von psychologischem Empowerment innerhalb von Organisationen des Gesundheitswesens kann zur Mitarbeiter*innen Zufriedenheit beitragen. Dadurch erhöht sich die Teilnahme an Weiterbildungen zur Palliativpflege und diese führt zu Reduktion von Burnout und Compassion Fatigue
(Halbmayr-Kubicsek, 2015)	qualitativ, reduktiv, deduktiv, Umfrage	Untersuchung von Erfahrungen der Studierenden mit Tod und Sterben, Befürchtungen und Erwartungen am Beginn des Pflegestudiums in Bezug auf die künftige Konfrontation mit Tod und Sterben, Lösungsvorschläge zur Palliative Care im Curriculum	Offene Fragestellungen, schriftlich zu beantworten Inhaltsanalyse n. Mayring	X	Studierende der Pflege (N=32) davon weibliche (N=25) und männliche (N=7) Österreich	Ängste mit der Todesthematik durch mangelnde Erfahrung. Studierende erwarten vom Unterricht Wissensvermittlung für die Pflege Sterbender und Verstorbener und Handlungsempfehlungen im Umgang mit Angehörigen und Copingstrategien, Erfahrungsaustausch, Psychohygiene zur Bewältigung der Angst vor dem Tod.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment	Interv.	Population	Ergebnis
Ismaile and Alshehri (2017)	quantitativ, deskriptiv, Umfrage	Untersuchung über vorhandenes Wissen der Studierenden über Palliativmedizin	Validierter Fragebogen: Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN)	X	Bachelorstudierende der Pflege (N=204), vom 2. bis zum 4. Studienjahr. 55,9% waren im 2. Jahr, 24,5% im 3. Jahr und 19,6% im 4. Jahr. Saudi -Arabien	Unzureichendes Wissen über die Philosophie und das Prinzip der Palliativversorgung. Hohe Anzahl von Fehlvorstellungen über Palliativmedizin. Studierende glauben, dass Palliativpflege nur für fortgeschrittene Erkrankungen ist. 46,5 % erhielten keine Unterrichtung in Palliativpflege während des Studiums.
Mallett et al. (1991)	Quantitativ, Umfrage	Untersuchung, ob sich bestimmte Faktoren zwischen Hospizpflegekräften und Intensivpflegekräften in Bezug auf das Auftreten von Burnout-Symptomen unterscheiden.	Stressful Situation Scale; Maslach Burnout Inventory; Collett-Lester Fear of Death Scale; Social Support Questionnaire	X	Hospizpflegefachkräfte (N=209) Intensivpflegefachkräfte (N=167) USA	Intensivpflegefachkräfte erlebten erhöhte Angst vor dem Tod, mehr beruflichen Stress und Burnout vs. Hospizpflegfachkräfte. Teilnahme an Teammeetings reduziert möglicherweise Burnout bei Intensivpfl., Intensivstationen konzentrieren sich bei der Ausbildung auf technische Aspekte der Pflege und nicht auf Themen wie Sterben und Tod.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment	Interv.	Population	Ergebnis
Merrill et al. (2000)	Quantitativ, Umfragen	Untersuchung von Einstellungen bei Hospizpflegefachkräften und anderen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung (1) wie sie über die Pflege von unheilbar Kranken dachten und (2) ihre Ansichten über den Einsatz von Opioiden zur Schmerzbehandlung bei diesen Patienten*innen.	thanatophobia scale; opiophobia scale; und demographische Fragen	X	Hospizpflegefachkräfte (N=37), generalisierte Pflegefachkräfte (N= 64) Ärzte (N=93) und Medizinstudenten (N=676) USA	Hospizpflegefachkräfte hatten 35 % weniger Opiophobie, 55% weniger Thanatophobie und weniger depressive Verstimmungen. Psychiater haben die höchste Opiophobie von allen untersuchten Gruppen. Medizinstudenten erhöhte Thanatophobie durch klinische Unsicherheit
Mondragón-Sánchez et al. (2015)	Quantitativ, komparativ-transversal	Vergleich vom Grad der Angst vor dem Tod zwischen Pflegestudierenden und berufstätigen Pflegenden	Collett-Lester Fear of Death Scale (CL-FODS)	X	643 Teilnehmer*innen Pflegestudierende im 1. Jahr (N=88), im 2. Jahr (N=139), im 3. Jahr (N=176), im 4. Jahr (N=139), qualifizierte Pflegefachkräfte N=100) Mexiko	Geringe Angst vor dem Tod bei Stud. mit niedrigerem akademischen Niveau und bei Fachkräften mit größerer klinischer Erfahrung. Studierende im 2. und 3. Studienjahr haben höhere Angst vor dem Tod vs. Studierende im 1. und 4. Studienjahr und qual. Pflegefachkräften Beide Gruppen habe erhöhte Angst vor dem Tod anderer vs. dem eigenen Tod.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment	Intervention	Population	Ergebnis
Mooney (2005)	quantitativ	Untersuchung der Wirksamkeit eines Sterbeaufklärungsprogramms zur Verringerung der Angst vor dem Tod bei australischen Studierenden der Pflege	modifizierte Version der Collett-Lester-Fear of Death	didaktischer/experimenteller Ansatz, bestehend aus 39 Stunden über einen Zeitraum von 13 Wochen, der als Lehrgang für Sterbebegleitung im Studium angeboten wird	Experimentalgruppe(N=97): Pflegestudierende die an der Intervention teilnahmen Vergleichsgruppe(N=102): Pflegestudierende die an einem ähnlichem Sterbebegleitungsprogramm teilnahmen Australien	Experimentalgruppe zeigte Veränderung der Gesamteinstellung zum Tod und Sterben. Während sich die Angst vor dem Tod in der Experimentalgruppe verringerte, stiegen die Werte in der Vergleichsgruppe an. = die Intervention reduzierte die Angst vor dem Tod
Mutto et al. (2010)	mixed	Untersuchung der (1) Erfahrungen von Pflegestudierenden mit der Versorgung Sterbender, (2) die Wünsche bezüglich der Pflege von todkranken Patienten*innen (3) die Meinung über die Menge und den Inhalt der Sterbebegleitung im Lehrplan.	semistrukturierte, anonyme und freiwillige Umfrage mit 24 Fragen	X	Pflegestudierende (N=680) Semester 1-5 Argentinien	Unzureichende Lehre der Palliativpflege in Argentinien. Studierende im 5. Semester fühlten sich eher unwohl im Umgang mit Sterbenden, vermeiden emotionale Beziehungen vs. 1. Semester.

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment	Intervention	Population	Ergebnis
Payne et al. (1998)	mixed	Vergleich des Ausmaßes der Angst vor dem Tod zwischen Pflegefachkräften der Notaufnahme und Hospizfachkräften und die selbstberichteten Bewältigungsreaktionen	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R); demographische Umfrage; semistrukturiertes Interview zu den Bewältigungsstrategien	X	Pflegefachkräfte (N=43) Davon Hospizfachkräfte (N=23) und Pflegefachkräfte der Notaufnahme (N=20)	geringere Angst vor dem Tod bei Hospizfachkräften vs. Notaufnahme. 20% der Pflegekräfte aus der Notaufnahme konnten ihre Probleme mit der Todesthematik nicht mit ihren Kollegen*innen besprechen. Hospizfachkräfte sahen den Tod als etwas positives, empfanden weniger Sorgen über ihren eigenen Tod als Notaufn. Fachkräfte
Sliter et al. (2014)	quantitativ	(a) wie sich Unterschiede der Angst vor dem Tod auf die Gesundheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz auswirken, und (b) wie sich die Angst vor dem Tod, bei der am Arbeitsplatz erlebten Mortalitätssalienz, verschlimmern könnte	**Studie 1:** Death and Dying subscale of the Expanded Nurses Stressors Scale (ENSS). Shirom Melamed Burnout Measure; Utrecht Work Engagement Scale (UWES); Revised DA Scale (RDAS) **Studie 2:** traumatic stressors scale; RDAS; Burnout Measure; UWES; Fehltage erhoben aus Archivar	X	**Studie 1:** Akutpflegefachkräfte (N=620) **Studie 2:** Einsatzkräfte der Feuerwehr (N=128)	**Studie 1:** Angst vor dem Tod erhöht Burnout, sie reduziert das Engagement, und verstärkt negative Effekte der Mortalitätssalienz. **Studie 2:** Angst vor dem Tod erhöht Burnout, reduziert Engagement. Burnout führ zu erhöhten Fehlzeiten, neg. Effekte v. Mortalitätssalienz und Burnout höher bei Angst vor dem Tod

Autor/Jahr	Methodik	Ziel	Assessment	Intervention	Population	Ergebnis
Taşdemir and Gök (2012)	quantitativ, deskriptiv	Erhebung der der Angst vor dem Tod; der Gedanken und Gefühle, in Bezug auf Versorgung Sterbender, bei Studierenden der Pflege	Death Anxiety Scale (DAS)	X	Studierende der Pflege (N=330) Türkei	Pflegestudierende haben negative Gedanken über den Tod, sie fühlen sich unzureichend vorbereitet in der praktischen Sterbebegleitung, es besteht großer Bedarf im theoretischen Teil des Studiums hinsichtlich der palliativen Pflege. Männliche Studierende des 3. Semesters, die bereit waren sich der Pflege Sterbender zu widmen, hatten eine erhöhte Angst vor dem Tod

10.3 Appendix III

Auf den folgenden Seiten mein Praktikumsbericht vom 08.03.2021.

H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

Das Ende ist der Anfang.
Der Anfang ist das Ende.

Gelebte Erfahrungen von
Pflegefachkräften in der Hospiz- und
Palliativversorgung

Qualitative Übersichtsarbeit

Praktikumssemester

Vorgelegt von: *Claudia Snow*

Betreuer: *Prof. Dr. phil. Daniel Schönefeld*

Tag der Einreichung: *08.03.2021*

"Not success. Not growth. Not happiness. The cradle of your love of life … is death."

— Stephen Jenkinson (2015)

Inhaltsverzeichnis

1 Problemstellung und Relevanz ... 1
2 Zielsetzung ... 3
3 Theoretische Grundlagen ... 3
4 Methodik ... 6
4.1 Einschlusskriterien und Studienauswahl ... 7
4.2 Qualitätsbewertung ... 8
4.3 Analyse ... 8
5 Ergebnisse ... 9
5.1 Gefühle und Gedanken über den Tod (existentielle Überlegungen) ... 9
5.1.1 Bedeutung von Tod ... 9
5.1.2 Beziehungen und tiefes Verständnis ... 11
5.2 Hospiz- und Palliativpflege als wichtige Einheit ... 13
5.2.1 Comfort Care ... 14
5.2.2 Erfahrungswissen und berufliche Expertise ... 16
6 Diskussion ... 18
7 Limitationen ... 20
8 Fazit ... 21
9 Quellenverzeichnis ... 22
10 Appendix ... 25

1 Problemstellung und Relevanz

Jedes Kind und jeder Erwachsene hat ein individuelles Konzept über den Tod. Alle bewusstseinsrelevanten Einflüsse (Erfahrungen, Vorstellungen und Bilder usw.) treffen hier aufeinander und stellen eine Verknüpfung zum individuellen Verständnis her. Setzt sich der Mensch mit dem Tod auseinander, entstehen Gefühle, die auf einem kognitiven und emotionalen Geschehen basieren (Wittkowski, 1990 zitiert nach Wittwer, 2010, p. 11).

Nach Stevens (2009) ist in unserer westlichen Gesellschaft der Tod ein Tabuthema. Die fehlende Auseinandersetzung und der Mangel an Erfahrung mit dem Tod und Sterben führen zu einem negativen Verständnis und diversen Ansichten, die ebenso Angst erzeugen können. Die Hospiz- und Palliativpflege (im weiteren Verlauf als HPP abgekürzt) spielt im letzten Abschnitt des Lebens von Sterbenden eine wichtige Rolle. So vermag sie, Ängste und Unsicherheiten zu minimieren und die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen zu verbessern (Stevens, 2009, p. 1). Eine der 4 Grundprinzipien des ICN[1] Ethikkodex (2012) für professionell Pflegende ist „Leiden zu lindern“ (ICN, 2012). Diesen Aspekt greift die HPP umfassend als ganzheitlichen, also holistischen Ansatz auf, jedoch wird der Tod selbst nicht als „Leid“ thematisiert, sondern als natürlichen Prozess des Lebens. Als „Leid“ sind mögliche Symptome und Ängste während des natürlichen Sterbeprozesses zu interpretieren und dementsprechend zu „lindern“.

Nach der Hospice Foundation of America (2018) wird durch die HPP bei unheilbarer Krankheit nicht nur eine medizinische Versorgung gesichert, sondern ebenfalls ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt, der physische, psychische und spirituelle Bedürfnisse der Sterbenden und Angehörigen erkennt und erfüllt. Symptommanagement (z. B. Schmerzbehandlung, palliative Chemotherapie usw.), Kommunikation, Koordination und Entscheidungsfindung stehen im Fokus der Pflegenden im Einvernehmen mit den Wünschen und Zielen der sterbenden Person (Hospice Foundation of America, 2018).

Zurückblickend auf die Aussage von Stevens (2009), wonach Sterben ein Tabuthema in der westlichen Gesellschaft ist, lohnt es sich, die kritische Ansicht von Müller (2018) zu reflektieren. Hiernach werden bereits in der Ausbildung von Pflegefachkräften grundlegende

[1] International Council of Nurses

Ansätze der Thanatologie[2] quantitativ und qualitativ unzureichend gelehrt. Auszubildende sind dadurch zu unvorbereitet, um Sterbende und Angehörige professionell zu begleiten. Es prägen sich erste negative Erfahrungen ein und formen die persönliche Haltung zum Sterben und Tod (Müller, 2018, p. 8 ff).

Es fehlt nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch Unterstützung während der Ausbildungspraxis, so argumentieren Mutto et al. (2010), dies verhindere eine emotionale Verbindung zu Sterbenden. Die Auszubildenden reduzieren ihre Tätigkeit strikt auf die Erledigung manueller Pflege und vermeiden im schlimmsten Fall den Umgang mit Sterbenden ausnahmslos (Mutto et al., 2010, zitiert nach Ek et al., 2014, p. 514). Maßgeblich führt es also zu einer Ambivalenz gegenüber dem Thema Tod und kann eine erhöhte Angst vor dem Sterben auslösen auf professioneller und persönlicher Basis. Nach Sliter, Sinclair, Yuan, & Mohr (2014) ist bekannt, dass die Angst vor dem Sterben u. a. Burn-out bei Pflegenden forcieren kann und damit auch ein reduziertes Engagement zur Folge hat. Sie sind der Meinung, dass Berufsgruppen, die eine erhöhte Mortalitätssalienz[3] erleben, im Umgang mit dieser und den Effekten aufgeklärt sein müssen, um negative Folgen zu reduzieren. Sie empfehlen grundsätzlich Edukation in Thanatologie, innerbetriebliche Beratung und geben Hinweise für zukünftige Forschungsrichtungen (Sliter et al., 2014, p. 763).

Trotz einer immer noch bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung des Todes und oft unvollständigen Lehre der Thanatologie gibt es Pflegefachkräfte, die sich ganz bewusst der HPP zuwenden, einer Fachrichtung also, in der eine erhöhte Mortalitätssalienz besteht. Welche Fähigkeiten und Besonderheiten besitzen diese Personen gegenüber Personen anderer Fachdisziplinen?

In der Studie von Amenta (1984) wird deutlich, dass Hospizpflegefachkräfte eine stärkere Durchsetzungskraft besitzen, unabhängiger, autonomer arbeiten, erfinderischer und liberaler sind als Fachkräfte aus traditionellen Fachgebieten. Die Studie sollte damals als Grundlage dienen, um Personalauswahl für HPP zu erleichtern. Amenta argumentiert weiter,

---

[2] „Wissenschaft von den Ursachen und Umständen des Todes. Schwerpunkte der Thanatologie sind u. a. die Einstellung zum Tod, Todesvorstellungen, Vortoderfahrungen, Sterbeprozess (auch Suizid) und Sterbebeistand, Interaktion mit Sterbenden, Trauer sowie Bestattungsformen.“ (Pschyrembel, 2020)

[3] Die (mitunter unbewusste) Zugänglichkeit der eigenen Sterblichkeit; aktiviert durch kurzes Nachdenken über den eigenen Tod. (Schindler, 2019)

dass die Fähigkeiten und Eigenschaften von pflegerischem Hospiz Personal geeignete Grundlage biete, um z. B. Todesangst, religiöse Aspekte und den Sinn des Lebens tiefer zu erforschen (Amenta, 1984, p. 418ff). Es ist demnach von Bedeutung für die Pflegewissenschaft und die Hospiz- und Palliativversorgung, die individuellen Deutungen und gelebten Erfahrungen der Pflegefachkräfte zu untersuchen, sind diese doch zentrale Faktoren der pflegerischen Arbeit und mögen damit einen direkten Einfluss auf die direkte Pflege sowie die Einstellungen zu existentiellen Überlegungen der Pflegenden haben.

Die Forschungsfrage, die Grundlage dieses Review ist, soll dahingehend sein: Wie erleben Hospiz- und Palliativpflegefachkräfte den Tod, das Sterben in ihrer Welt?

2 Zielsetzung

Basierend auf der Relevanz, soll diese Arbeit herausfinden, welche Erfahrungen, Einstellungen und Erkenntnisse sich bei den Pflegefachkräften durch die tägliche Arbeit mit Sterbenden herausgebildet haben. Sie soll dazu anregen, dass Pflegekräfte offener mit ihren Erfahrungen umgehen, diese reflektieren und als Komponente ihres pflegerischen Auftrages erkennen. Sie soll eine Verständigung über das Sterben und den Tod innerhalb der Pflegecommunity fördern und idealerweise zur festen Einbindung von Thanatologie und Thanatopsychologie in Pflegecurricula führen. Die gesamtgesellschaftliche Einstellungen zum Tod, oftmals basierend auf einer negativen Grundhaltung und Ambivalenz, können durch die offenen Deutungen und Erfahrungen aus dem Berufsfeld der HPP, reduziert oder positiv umgewandelt werden.

3 Theoretische Grundlagen

> *"Understood existentially, birth is never something past in the sense of what is no longer objectively present, and death is just as far from having the kind of being of something outstanding that is not yet objectively present, but will come. Factically Dasein exists as born, and, born, it is already dying in the sense of being-towards-death."* (Heidegger, 1996, p. 343 in Svenaeus, 2018, p. 10)

Nach Capurro (1996) haben wir die Bedeutung zum Vor-Denken des Todes, die „praemeditatio mortis", verlernt. In der antiken Philosophie wurde es praktiziert und in die damalige Gesellschaft getragen. Die Schrift von Heidegger, „Vorlaufen zum Tode" (in ‚Sein und Zeit' 1927), gehört in dieses Brauchtum. Cappuro ist der Meinung, dass durch die

Technologisierung (z. B. Internet) unserer heutigen Gesellschaft die Ansicht zum Vor-Denken des Todes und der Zugang einer „göttlichen Transzendenz“ im Tode verborgen bleibt. Es fehlt eine Auseinandersetzung mit dem Tod und somit wird er nicht mehr ernst genommen. Dies führt heute zu einer Entwicklung von Todesängsten, die es bisher in dieser Form in der Menschheitsgeschichte nicht gab (Capurro, 1996).

Laut Shariatinia (2015) ist für Heidegger das Wissen über den Tod die Grundlage zur Erkenntnis des Universums. Nicht über den Tod nachzudenken stellt für ihn ein Hindernis des ursprünglichen Menschseins dar, denn der Tod gehört zur vollen Charakteristik der menschlichen Existenz. Nietzsche dagegen hielt es für notwendig, sich mehr Gedanken über das Leben zu machen als über den Tod, denn im Tode stünde ein „Nichtvorhandensein“ von Abstraktionsdenken und metaphysischen Reflektionen. In der Moderne wurde der Tod mehr und mehr zu einem Thema der Wissenschaft und entfernte sich von der Philosophie. Seitdem wird der Tod als Bedrohung angesehen, die ein Wohlergehen des Menschen gefährdet (Shariatinia, 2015, p. 92f).

Ginzel (2008) erklärt, dass sich im Moment des Todes eines Anderen die zwei Gesichter des Todes (Anfang und Ende) gleichzeitig offenbaren.

> *„Der Tod bedeutet der Affektivität des Anderen ein Ende, ist Stillstand des Ausdrucks und Zerfall des Antlitzes, Aufbruch ohne Wiederkehr, reines Fragezeichen. Den Tod so zu verstehen, bedeutet aber eben auch, ihn als gesetztes Zeichen zu verstehen, welches uns als Wegweiser zur Idee der Unendlichkeit führt.“* (Ginzel, 2008, p. 87)

Die einseitige Betrachtung des Todes, als Phänomen welches das Ende eines Lebens darstellt, greift daher zu kurz (Ginzel, 2008, p. 51 & 86f).

> *„Der Tod [des Anderen] enthüllt sich zwar als Verlust, aber mehr als solcher, den die Verbleibenden erfahren. […] Wir erfahren nicht im genuinen Sinne das Sterben der Anderen, sondern sind höchstens immer nur »dabei«.“* (Heidegger M., 2006, p. 239 zitiert in Ginzel, 2008, p. 50)

Dieses Zitat wurde bewusst gewählt, um darzustellen, dass es sich bei der Begleitung von Sterbenden stets um ein „Dabei Sein“ handelt. Jedes „Dabei Sein“ ist verschiedenartig geprägt mit unterschiedlichen Auswirkungen auf die einzelne Pflegefachkraft, dem Team, den Sterbenden selbst und deren Angehörige. Die Begleitung Sterbender, die quantitativ den anderen Fachrichtungen überlegen ist, birgt sowohl Risiken (z.B. Burn-out, Todesangst) als

auch Chancen (existenzielle Überlegungen und Erfahrungen) für das Hospizpersonal (vgl. Barnett, Moore, & Garza, 2019; Peters et al., 2013; Peters et al., 2012).

Harper (1994) macht deutlich, dass es 6 Phasen der Anpassung bezüglich der Pflege Sterbender gibt. Die 1. Phase ist die Angst vor der Pflege am Ende des Lebens. Der Verlust von Patientinnen und Patienten stellt die 2. Phase dar. In der 3. Phase trauert die Fachkraft selbst und ebenso um Patienten und Angehörige. Die 4. Phase äußert sich durch die Entwicklung von Fertigkeiten der Sterbebegleitung. Die Entwicklung von Selbstbewusstsein und Empathie befinden sich in der 5. Phase bis hin zur 6. Phase, in der sich ein tiefes Mitgefühl und ein Bewusstwerden der menschlichen Endlichkeit vollzieht, (zitiert nach Harper, 1994 in Caton & Klemm, 2006, p. 607).

Um die Chancen für eine erfüllende Tätigkeit in der HPP zu fördern, erklärt Tanhan (2013), dass das individuelle Bewusstsein vom Phänomen des Todes in der Pflege gestärkt werden müsse, weil dieser Berufszweig häufig mit Sterbenden und trauernden Angehörigen konfrontiert wird. Negative Einstellungen sollen idealerweise in positive umgewandelt werden, damit die existenzielle Beziehung des Lebens mit dem Tode verstanden wird (Tanhan, 2013 zitiert nach Temelli & Cerit, 2019, p. 4).

Dahinführend war die erste, im Jahre 1965, veröffentlichte Grounded Theory ihrer Art, „Awareness of Dying“ von Glaser und Strauss richtungsweisend hinsichtlich der engen Beziehung zwischen dem Verständnis vom Tod bei Pflegenden und dessen direkte Beeinflussung auf die Pflege mit Sterbenden. Nach Andrews (2015) wollten Glaser und Strauss mit ihrer Arbeit die Versorgung von Sterbenden in stationären Einrichtungen verbessern. Sechs Jahre verbrachten sie damit, Interviews und Beobachtungen durchzuführen und konnten dadurch verschiedene Aspekte des Sterbens erfassen. Die Ergebnisse waren „augenöffnend“, denn der Bewusstseinsgrad der Pflegenden, Medizinern und Medizinerinnen über den Sterbeprozess beeinflusst die direkte Patientenversorgung. Die Ergebnisse zeigen, dass Personal, welches empathisch, ehrlich, sensibel und kommunikativ bewandt ist, Sterbenden eine wichtige Unterstützung bietet, um ihre letzten Lebenstage würdevoll zu verbringen. Die resultierende Theorie dieser Studie kann auch heute noch als praktischer Leitfaden dienlich sein (Andrews, 2015, p. 3ff).

4 Methodik

Nach Butler, Hall, & Copnell (2016) gibt es zahlreiche Leitlinien über die Durchführung *quantitativer* SRs[4] für EinsteigerInnen in der Forschung, aber nur wenige über *qualitative SRs* innerhalb der Pflegewissenschaft. In ihrer Leitlinie empfehlen sie, die Frageformulierung aus der *quantitativen* Forschung PICO[5] in PCO[6] umzuwandeln, da dies eher der Grundlage einer *qualitativen* Methodik entspricht (Butler et al., 2016, p. 241f).

Vorab wurde die Forschungsfrage, „Wie erleben Hospiz- und Palliativpflegefachkräfte den Tod, das Sterben in ihrer Welt?", wurde in englischer Sprache anhand PCO zerlegt und strukturiert, in Anlehnung an das Modell von Butler et al. (2016). (P) Hospice and Palliative Care Nurses, (C) death and dying in inpatient hospice care, (O) Experience of Hospice and Palliative Care Nurses. Mit dieser Vorgabe wurden englische Keywords für die Literaturrecherche entwickelt (s. Abb.1). Die Suchbegriffe wurden in den Datenbanken TRIP Database, Pubmed, Livivo durchgeführt. Die Suchstrategie wurde in allen Datenbanken in ähnlicher Weise angewandt.

Abb. 1 SR PCO Suchbegriffe Englisch

Population	Context-death	Context-Hospicecare	Outcome
Hospice and palliative care nurse	Death	Hospice house	Experience
Hospice Nurse	Dead	Hospice facility	View
Palliative care Nurse	Dying	Inpatient hospice care	Perspective
Nurse	'End of Life'	Palliative care unit	Perception
	Loss		Understanding
	Die		

Der Boolesche Operator 'OR' und 'AND' wurde verwendet, um Synonyme zu unterscheiden und Suchbegriffe zu kombinieren. Die Suche wurde auf Studien beschränkt, die zwischen Januar 1990 und Dezember 2020 veröffentlicht wurden. Die Recherche begann 1990, da in

[4] Abk. Systematische Review(s)

[5] Abk. für Population, Intervention, Comparison, Outcome (Riesenberg & Justice, 2014)

[6] Abk. für Population, Context, Outcome

diesem Zeitabschnitt die Forschungen und Publikationen zur Versorgung Sterbender im Zusammenhang mit der Entwicklung der Palliativmedizin deutlich zunahm. Solche Referenzlisten der Publikationen, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden manuell überprüft, um zusätzliche Studien zu identifizieren, die bei der digitalen Suche nicht erfasst wurden.

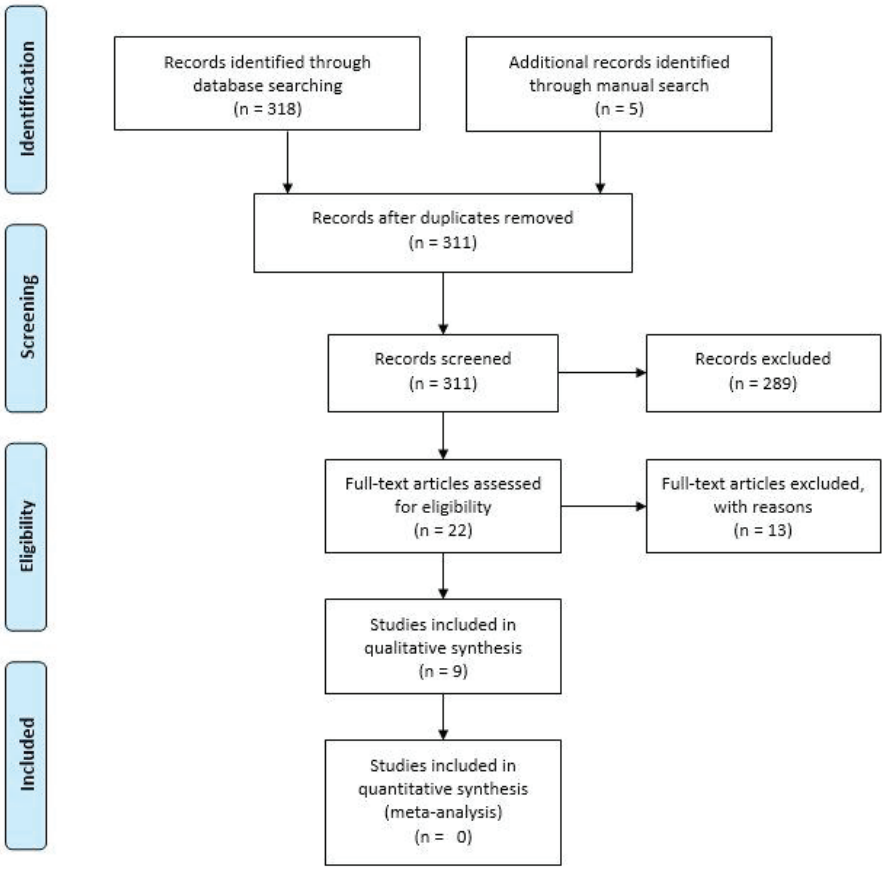
4.1 Einschlusskriterien und Studienauswahl

Das vorliegende Review betrachtet die Erfahrungen von Pflegekräften, die mit Sterbenden und deren Tod konfrontiert sind, als das Phänomen von Bedeutung. Studien wurden eingeschlossen, wenn sie die folgenden Einschlusskriterien erfüllten: (a) Primärstudie mit qualitativer Methodik; (b) Fokus auf Erfahrungen und Erkenntnisse mit Sterbenden und Tod in HPP c) Fokus auf Pflegefachkräfte, die mindestens 1 Jahr Berufserfahrung in dieser Fachrichtung aufweisen; und (d) in englischer Sprache. Es gab keine Einschränkung hinsichtlich der Art, Schwere und Prognose der terminalen Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen, des geographischen Ursprungs der Studien und der Kultur sowie Religion der Pflegefachkräfte.

Die Suche wurde jedoch auf Studien beschränkt, die in Englisch veröffentlicht wurden, da die Forscherin die Sprache fließend beherrscht und die Studienlage in englischer Sprache umfangreicher ist. Studien, die sich explizit auf eine pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung beziehen, wurden ausgeschlossen.

Einschlusskriterien wurden auf Titel und Abstracts der Suchergebnisse angewendet. 318 Studien wurden identifiziert und in die Software Endnote X9 importiert. Aus dieser Stichprobe wurden doppelte Publikationen identifiziert und entfernt. Die verbleibenden 311 Datensätze wurden auf Relevanz von Titel und Abstract geprüft. 22 Volltexte wurden abgerufen und gemäß der Einschlusskriterien überprüft. Insgesamt wurden 9 Arbeiten als geeignet für die Qualitätsbeurteilung eingestuft. Die Suchergebnisse sind als PRISMA Flussdiagramm in Abbildung 2 dargestellt.

Abb. 2 PRISMA Flussdiagramm[7]



4.2 Qualitätsbewertung

Für die kritische Bewertung der einzelnen Studien wurde die Critical Appraisal Skills Programme (CASP)-Checkliste (The Oxford Centre for Triple Value Healthcare, 2018) (s. Appendix II) verwendet. Dieses Instrument wurde gewählt, weil es eine Reihe von Screening-Fragen zur systematischen Bewertung von qualitativen Forschungsstudien enthält (Huang, O'Connor, & Lee, 2014). Der Qualitätsbewertungsprozesses wird durch die Autorin an 9 eingeschlossenen Arbeiten selbständig durchgeführt.

4.3 Analyse

Von den insgesamt 9 Studien, verfolgten 6 den methodischen Ansatz der Phänomenologie (Evans & Hallett, 2007; Karlsson, Kasén, & Wärnå-Furu, 2017; Rittman, Paige, Rivera, Sutphin, & Godown, 1997; Tornøe, Danbolt, Kvigne, & Sørlie, 2014; Wu & Volker, 2009).

[7] eigene Darstellung adaptiert nach Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, and Group (2009)

Zwei Studien basieren auf der Inhaltsanalyse (Andersson, Salickiene, & Rosengren, 2016; Temelli & Cerit, 2019) und eine weitere auf der Diskursanalyse (Funes, Moraes, Cunha, & Almeida, 2020) als Methodik. In *Appendix I* wird ein umfassender Überblick geschaffen über Methodik, Konzept, Sampling und Ergebnisse der Studien. Die Gesamtheit der Daten wurde auf Komponenten und Hauptaspekte untersucht. Fokus war hier die Thematik und die Gliederung dieser in Kategorien (vgl. McCallum, Jackson, Walthall, & Aveyard, 2018).

Aus den 9 Studien wurden 13 kondensierte Bedeutungseinheiten analysiert und in 4 Kategorien gegliedert. Aus diesen ergaben sich 2 synthetisierte Hauptkategorien (s. Appendix I, Tab.1). In der Abhängigkeit vom Urteilsvermögen und Interpretationsfähigkeit der gutachtenden Person ist diese Phase die wohl umstrittenste und am schwierigsten zu beschreibende (Thomas & Harden, 2008, p. 7).

5 Ergebnisse

Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse nach den oben benannten Kategorien die Studien ausführlich beschrieben, verglichen und interpretiert.

5.1 Gefühle und Gedanken über den Tod (existentielle Überlegungen)

Nach Heidegger (in Ireton, 1997, p. 480) integriert die ontologische[8] Sichtweise das Bewusstsein und die Akzeptanz des Todes in das Zentrum des menschlichen Seins, wo er als ein grundlegendes Phänomen der Existenz gilt. Diese Denkweise spiegelt sich im folgenden Abschnitt wider.

5.1.1 Bedeutung von Tod

Funes et al. (2020) analysiert in ihrer Studie die Einstellung zum Tod und wie dieser definiert wird von Pflegefachkräften. Es hat sich gezeigt, dass Pflegefachkräfte in der HPP den Tod als Ereignis der Umwandlung in eine andere Dimension deuten.

> Nurse:*"...For me, dying means only a transition to another dimension. (E1)"*
> Nurse:*"... I see death as a process of disembodiment, where the spirit continues to live. (E2)"*

[8] Definition Ontologie: Lehre vom Sein, vom Seienden (Dudenredaktion, o. J.)

Er wird ebenso auf physiologischer Ebene betrachtet, als ein biologischer und natürlicher Prozess.

> Nurse: *"Hmm... [pause] ... it's the interruption of brain functions, due to the lack of nutrients and oxygen to keep neurons alive. (E3)"*

Sie glauben, dass der Tod nicht den Endpunkt des Lebens darstellt. Der Tod ist bereits vom Schicksal vorbestimmt und jeder sollte sich auf das Ereignis in seinem Leben vorbereiten.

> Nurse: *"Death... we have to know that one day we'll die. One day we'll die, and it will end. Because if we don't have a perspective that our life is going to end, we wouldn't do things willingly... we would have a lot of time to do it. So, it's good that everything has to have a limit... life is one of them. (E5)"*

Das Sterben ist wie die Geburt, ein Grundstein des Lebens, wenn auch schwer zu begreifen. Die Pflegefachkräfte suchen für das Verständnis über den Tod Unterstützung durch religiöse, spirituelle oder philosophische Aspekte und Theorien. Die Reflektion über den eigenen Tod und den Tod der PatientInnen ist für sie ein Motivationsfaktor, um in diesem Leben Ziele zu verfolgen und zu realisieren (Funes et al., 2020).

In der Studie von Seno (2010) haben die Pflegefachkräfte eine wahre, authentische Grundhaltung zum Tod geäußert. Aus ihren Ergebnissen ergaben sich einzelne Muster. Das *erste Muster* ist, dass sie den Tod akzeptieren, als das was er ist, nämlich die Bedingung des authentischen Seins. Das *zweite Muster* zeigt, dass sie persönliche/familiäre Erfahrungen mit Tod und Sterben hatten- dies bewirke eine Verbindung zu den Sterbenden, Angehörigen und zwischen den Fachdisziplinen. Das *dritte Muster* beschreibt einen vorteilhaften (realistischen) Geisteszustand, den des authentischen Seins gegenüber dem Tod. Das *vierte Muster* bezieht sich auf das Abrufen (zuhören, Probleme identifizieren, Optionen erläutern) dessen, was die Sterbenden fühlen und sie somit zum Reden bringt. *Muster fünf* beschreibt, wie sich die Pflegefachkräfte auf den zwischenmenschlichen Raum einstellen und diesen managen, bezüglich der Umstände innerhalb der Organisation oder des Gesundheitssystems, der Sterbenden sowie Angehörigen. Seno argumentiert, dass alle Muster eine ganzheitliche Einheit bilden in der Arbeit mit Sterbenden und der authentischen Grundhaltung zum Tod. Zudem empfiehlt sie, sich ausgiebig mit Heideggers Verständnis von Tod zu beschäftigen. Sie ist der Annahme, dass sich mit Hilfe dieses Verständnisses die Einstellung zum Tod positiv verändern kann (Seno, 2010, p. 377ff).

> *„Laurel believes she receives way more than she gives as she accompanies people along the end-of-life journey. Coming into contact with death on a daily basis, she appreciates how*

> *important life is; she lives more fully because of it and helps others likewise." (Seno, 2010, p. 383)*

Karlsson et al. (2017) beschreiben in ihrer Studie, dass das Equilibrium zwischen Hoffnung und Verzweiflung im Bezug zum eigenen Tod und dem Tod des anderen in der täglichen Arbeit herausgefordert wird. Die Differenzierung, zwischen Angst und Mut im Dasein als Pflegefachkraft und als Mensch, aber auch zwischen Verantwortung und Schuldgefühlen, ist ein ständiger Begleiter. Dies entspricht ihrer Ansicht nach der existentiellen Ebene der Pflegefachkräfte.

> Nurse: *"I [as a nurse] have also been worried about how these doubts reflect when I meet patients that I have been afraid to meet. I am pretty sure that it isn't so, but I don't know how it is in situations with patients if my own fears of death have been reflected in my meetings with patients. I don't believe it but— but I have many thoughts around my own fear of death."*
>
> Nurse: *"I think that everyone who works with this reflects on their own death or that something could happen. It would be terrible if we, as staff, were not that way."* (Karlsson et al., 2017, p. 6ff)

Auch Wu und Volker (2009) analysierten in ihrer Studie, dass Pflegefachkräfte die Arbeit mit Sterbenden als Gelegenheit beschreiben sich der Realität anzunehmen. Sie befähigt, über die eigene Mortalität nachzudenken, ebenso über Verlust und Trauer. Auch in dieser Studie spielen Religiosität und Unterstützung eine wichtige Rolle bei Pflegefachkräften. Die Arbeit in der HPP fördert eine Denkarbeit über den Sinn des Lebens und dessen Reflektion.

> Nurse: *"[…] I have become more aware of myself after working in the hospice.[…]"* (Wu & Volker, 2009, p. 582)

5.1.2 Beziehungen und tiefes Verständnis

Im Verlauf der Studie von Wu und Volker (2009) zeigte sich, dass Beziehungen zwischen den Sterbenden und den Pflegefachkräften eine tragende Rolle spielen. Enge Beziehungen fördern die spirituelle, psychologische und physiologische Pflege zwischen den Sterbenden, den Pflegefachkräften aber auch den Familienangehörigen. Besonders die Kommunikation und Empathie werden bei den Pflegenden aktiviert, um Erfahrungen und Gefühle der PatientenInnen zu verstehen. Das Zuhören gilt hier als wichtiger Faktor, um die Qualität der Pflege insgesamt zu erhöhen und die individuellen Wünsche der PatientenInnen zu erfüllen.

Ein Zusammenspiel von Ganzheitlichkeit spiegelt sich hier wider. Eine Pflegefachkraft bezeichnete es wie ein Gefühl ein „Mitglied der Familie“ des/der Sterbenden zu sein.

> Nurse:*" I didn't know why I had a special connection with some patients' families. After the patients died, their families hugged me and cried just like I was part of their family."* (Wu & Volker, 2009, p. 580)

In der Untersuchung von Tornøe et al. (2014) resultierten ähnliche Ergebnisse. Gefühle, die durch Begegnungen mit Sterbenden geprägt sind, werden hier als enorm bedeutungsvoll und sinnbringend empfunden. Leiden zu lindern, inneren Frieden zu erzeugen, Versöhnung voranzubringen sind die Prinzipien einer tiefen Beziehung die auf Vertrauen zwischen den Sterbenden, Angehörigen und den Pflegefachkräften basiert.

> Nurse: *"You become quite fond of the patients! Sometimes they just leap in to your heart!* (Tornøe et al., 2014, p. 6)

Auch Rittman (1997) bestätigte in ihrer Studie, dass eine tiefe Bindung eine bedeutende Erfahrung für Pflegefachkräfte und Sterbende ist. Die Erfahrungen, die durch die Pflegekräfte beschrieben wurden, spiegeln den holistischen Ansatz „da zu sein“ mit dem Blick auf das Ganze, wider. Hierdurch wird der Weg zum Tod durch eine professionelle sowie emotionale Pflege und ein würdiges Sterben gezeichnet.

> Nurse: *"I saw the inner-child one more time peeking through his eyes. He stood up, hugged me and said, `thank you, you are my Brother` and for the first time, we cried together. After a few minutes he said. `This is the end, but thanks to you and the strength you give me, I'm prepared."* (Rittman et al., 1997, p. 4)

Rittman (1997) stellt fest, dass die meisten Menschen in unserer Gesellschaft jene Wechselseitigkeit von engen, bedeutungsvollen Bindungen mit Sterbenden üblicherweise nicht erfahren. Das Zusammensein mit den Sterbenden und ihren Angehörigen ist eine der wichtigsten Erfahrungen des Lebens, die durch bedeutende und eindrucksvolle Beteiligung gekennzeichnet ist.

Im direkten Bezug zur emotionalen Pflege steht die körperliche Pflege, beide werden von den Pflegekräften simultan durchgeführt, gehen Hand in Hand. Die physische Pflege ermöglicht es, die holistischen Komponenten zu sehen und zu fühlen. In Form von Berührung und Pflege des Körpers befähigt sie, eine noch tiefere Verbindung zu den Sterbenden herzustellen. Sie nimmt einen großen Stellenwert in der Pflege ein, denn sie eröffnet den Zugang zu emotionaler und psychischer Pflege hin zu den Bedürfnissen und Wünschen der Sterbenden (Rittman et al., 1997, p. 5).

Bei Tornøe et al. (2014) ist in der Hospizpflege eine der bedeutendsten und gleichzeitig herausforderndsten Fähigkeiten des Pflegepersonals das Erkennen von Zeichen/Signalen (verbal oder non-verbal) von Sterbenden und deren Interpretation. Es ist eine Begabung der Pflegefachkraft, Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden wahrzunehmen und pflegerisch zu realisieren. Pflegefachkräfte möchten die Bedürfnisse der sterbenden Person sehen und verstehen, ohne ihre eigenen Vorstellungen und Werte aufzudrängen. Zugang zu den spirituellen und existentiellen Nöten wird auch nach dieser Studie durch die körperliche Pflege erreicht, hier achtet die Pflegekraft auf die Art der Berührung und den Tonfall bei der Kommunikation.

> Nurse: *"If you do things properly, and show that you care, existential or spiritual distress eventually surfaces if it's there."*(Tornøe et al., 2014, p. 5)

Hinsichtlich des Erlebens der Atmosphäre beim Betreten der Räume von Sterbenden ist es oft eine emotionale Erfahrung, die sehr unterschiedlich sein kann. In Abhängigkeit der Angehörigen und der Sterbenden fühlen die Pflegekräfte entweder tiefe und erdrückende Trauer oder das komplette Gegenteil gezeichnet von Freude und Licht, einer Feier ähnlich.

> Nurse: "[…] *There's no light and no energy. Nobody is talking. A whole family is just sitting there, waiting for Mom to die. The grief just hits you like a wall! How do you deal with that?* (Tornøe et al., 2014, p. 5)

Das letzte Zitat leitet den Übergang zum nächsten Thema ein. Die Pflegefachkraft stellt sich die Frage, inwiefern man damit umgehen sollte, wenn die Trauer in Form von Dunkelheit und ohne Kommunikation der Angehörigen enorm den Raum der Sterbenden füllt.

5.2 Hospiz- und Palliativpflege als wichtige Einheit

Evans and Hallett (2007) beschreiben, dass die Pflege mit Sterbenden eine Konnexion von Wissen, Erfahrung, Intuition und existentiellem Verständnis darstellt, mit der man in der Lage ist, vulnerablen Menschen gegenüberzutreten und sie würdevoll zu versorgen (Evans & Hallett, 2007, p. 748f).

Bezogen auf die herausfordernde Arbeit mit Sterbenden empfinden Pflegefachkräfte, laut Wu und Volker (2009), die Arbeit als zutiefst lohnend. Sie erhöht den Selbstwert und sorgt für eine positive Einstellung zum Leben. Diese Grundlagen geben den Pflegefachkräften die Möglichkeit, einen Sinn für ihre Arbeit zu entwickeln. Grundlage der Arbeit ist die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Mortalität, Trauer und Verlust. Daraus folgend entwickelt sich eine individuelle Philosophie über den Tod und/oder den Sinn des Lebens, dieses

Bewusstsein zieht sich durch viele, verschiedene Kulturkreise und wird somit nicht nur in der westlichen Welt als Phänomen verstanden (Wu & Volker, 2009, p. 583).

Im nächsten Abschnitt wird konkret auf die Aspekte eingegangen, die im Alltag der Pflegefachkräfte als herausfordernd beschrieben werden.

5.2.1 Comfort Care

Comfort Care, nach der Definition der WHO (2002), „[…] ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten 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, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002)

In der Studie von Evans & Hallett (2007) beschreiben Pflegefachkräfte, dass zuerst der physische Schmerz bei den Sterbenden, soweit vorhanden, unter Kontrolle gebracht werden muss.

> Nurse: *"Often, by just trying to formulate drug therapy, titrate analgesia and obtain basic control of their physical pain you actually start to make them feel more comfortable again, and then you start to give them back quality, because more often than not, if they are in pain, they are not comfortable."* (Evans & Hallett, 2007, p. 746)

Ist der physische Schmerz unter Kontrolle, können sich die Sterbenden mit existentiellen und spirituellen Aspekten auseinandersetzen. Es geht grundlegend immer um die Erhaltung und Verbesserung der individuellen Lebensqualität der Sterbenden, soweit dies möglich ist. In der Comfort Care wird die allgemein bekannte Maslowsche Pyramide, abweichend von der Norm, nicht selten auf den Kopf gestellt, um die Wünsche der Sterbenden zu erfüllen und existentielle Aspekte des Todes in den Vordergrund zu stellen. Comfort care ist daher ein Zusammenspiel von Wissen, Erfahrung, Intuition und einem existenziellen Verständnis davon, wie man in die Welt von Sterbenden „eintritt“.

> *Nurse: "[…] Comfort is a holistic phenomenon. One patient told me: – 'I can't find any peace It's not the pain in my back that's the problem but the pain in my mind."* (Evans & Hallett, 2007, p. 747)

Grundlegend spielt aber die Trajektorie des Todes[9], die sich entweder schrittweise, gleichmäßig oder intervallartig, während einer terminalen Erkrankung entwickelt, eine ausschlaggebende Rolle für die Art und Weise der Ausführung von Comfort Care. So ist das häufige Anpassen der Pflege, innerhalb der Trajektorie des Todes, an die Bedürfnisse/Probleme notwendig, dies wird durch diese Aussage erkenntlich:

> *"[…] They may become less mobile. They can't get up. They may become confused, having trouble with drinking, dropping things, probably becoming incontinent, or they may become breathless or nauseated or start to vomit'. […]."* (Evans & Hallett, 2007, p. 747)

Neben den allgemeinen pflegerischen und medizinischen Behandlungen wird in der Studie von Tornøe et al. (2014) deutlich, dass bei Sterbenden auch unvorhersehbare Notsituationen eintreten können, auf die eine Fachkraft reagieren muss (plötzlich auftretende Schmerzen, Übelkeit oder Angst u. a.) Dadurch sind Pflegefachkräfte gezwungen, spirituelle und existentielle Bedürfnisse der Sterbenden anderweitig in ihre Arbeit zu integrieren, beziehungsweise kommt dieser Teil der Arbeit dem Empfinden nach oft zu kurz, welches im Umkehrschluss zu einem ethischen Dilemma führt.

> Nurse: *"Some times I have to interrupt a conversation to administer a drug to another patient. It can also be difficult to walk past family members who are crying in the hallway. But I always try to indicate when I can come back and talk with them. I just hate the word "soon". It is important to show that I care and that I have seen their distress."* (Tornøe et al., 2014, p. 5)

Das Erkennen und Befriedigen der Bedürfnisse von Sterbenden und der Angehörigen ist nicht immer einfach für Pflegefachkräfte, daraus folgen u. a. Frustration und Stress. Bei Andersson et al. (2016) wird ein mangelnder Wissenstand in der Palliativpflege als ein Verursacher gesehen, der zu Defiziten bei der Priorisierung der Arbeit führt. Weiter wird Zeitdruck, meist bedingt durch eine zu hohe Anzahl von PatientenInnen, die gleichzeitig zu versorgen sind. Die Pflegefachkräfte fühlen, dass sie dadurch eine unzureichende qualitative Versorgung bei Sterbenden durchführen, welche im Umkehrschluss eine Gefahr für die Pflegeethik birgt (Andersson et al., 2016, p. 146f).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Temelli und Cerit (2019), hier gaben die Pflegefachkräfte an, dass die Arbeit mit Sterbenden besonders negativ wahrgenommen wird, wenn z. B. keine

---

[9] (Bedeutung: Sterbeverlauf) Weiterführende Literatur in Cohen-Mansfield, Skornick-Bouchbinder, and Brill (2017)

Schmerzfreiheit bei Sterbenden erreicht wird. Auch das Sterben von jüngeren Menschen und negatives Intervenieren von und durch Angehörige oder Familienmitglieder (z. B. die Wünsche der Sterbenden ignorieren) ist belastend. Ein weiterer Aspekt ist, nicht in der Lage zu sein tiefe Beziehungen mit den Sterbenden aufzubauen, weil sie „zu spät" in die palliative Versorgung überwiesen wurden (nur Stunden oder Minuten vor dem Tod) (Temelli & Cerit, 2019, p. 10ff).

Um zuverlässige und erfüllende Comfort Care durchzuführen, wünschen sich Pflegefachkräfte zum einem mehr Zeit und Unterstützung und zum anderen mehr Wissen und Erfahrung.

5.2.2 Erfahrungswissen und berufliche Expertise

> Nurse: *"Today it's a little easier [taking care of dying patients] than when I got here [admission to the unit] ... Today, I deal much better with this [dying] process... It's not an easy process.[…]"* (E4) (Funes et al., 2020, p. 4)

Demnach kann die Arbeit in der Hospizpflege emotional so stark belastend sein, dass sich besonders unerfahrene Pflegefachkräfte stattdessen eine Arbeitsstelle suchen, in der eine geringere Mortalität wahrscheinlich ist (Funes et al., 2020). Gründe hierfür sind nach Andersson et al. (2016) ein mangelndes Wissen über existentielle Fragen und Unsicherheiten bei pflegerischen Tätigkeiten.

> Nurse: *"It was really hard … very hard to behave, to handle time to spend on it … the pain and how to show support for the families […] I was not prepared for it … I was not prepared for my feelings … to meet the families, to be their safe point … to be calm and safe."* (Informant 4) (Andersson et al., 2016, p. 147)

Tornøe et al. (2014) bestätigen, dass Pflegefachkräfte oft mit ethischen Dilemmata konfrontiert würden, bezüglich einer Akzeptanz der Wünsche und Entscheidungen Sterbender. Dies stellt sich als Herausforderung dar, die eine Balance zwischen dem Fachwissen der Pflegefachkräfte und der Vulnerabilität der Strebenden erfordert. Die Einsicht, dass jeder Sterbende und jede Sterbende individuell und verschieden ist und daher die Pflege nicht alleinig auf der Expertise der Pflegekräfte aufbaut, ist hierbei entscheidend.

> Nurse: *"Who are we to judge what is best for them?"* (Tornøe et al., 2014, p. 3)

Unterschiedliche Fragen beeinflussen eine Entscheidungsfindung seitens der Sterbenden, wie sie leben oder sterben möchten. Wie sind die kognitiven und physischen Fähigkeiten bei den zu pflegenden Menschen? Welche Rechte haben sie, um Therapien und Behandlungen

anzunehmen oder abzulehnen? Aus diesen Fragen ergeben sich ethische Dilemmata für Pflegefachkräfte die, sie trotzdem dazu befähigen müssen, die Sterbenden in ihrer Not zu unterstützen, ohne die Würde und Autonomie zu verletzen (Tornøe et al., 2014, p. 3f).

Gefühle von Hilflosigkeit, Verzweiflung und Verletzlichkeit bei erfahrenem Pflegepersonal sind, trotz der bedeutsamen, individuellen und beruflichen Anteilnahme, nicht gänzlich unbekannt. Bei Funes et al. (2020) haben die Pflegefachkräfte trotz ihrer beruflichen Erfahrung, akademischen Hintergrunds und Weiterbildungen in der Hospizpflege immer noch Schwierigkeiten im Umgang mit dem Tod. Negative Emotionen und Frustrationen, hervorgerufen durch Interaktionen zwischen Sterbenden, ihren Familien und anderen Fachkräften wurden mehrfach geäußert. Pflegefachkräfte müssen angemessen auf die Pflege von Sterbenden vorbereitet werden. Funes et al. fordern eine wissenschaftliche Untersuchung der Grundausbildung in der Pflege und eine Anpassung der Curricula (Funes et al., 2020, p. 5f).

Nach Temelli und Cerit (2019) kann eine Aufwertung bisheriger Pflegecurricula u. a. mit kreativem Rollenspiel und Simulationstechniken erreicht werden. Die Arbeit mit Sterbenden kann, aufgrund der hohen emotionalen Belastungen und dem Auftreten erhöhter Mortalitätssalienz, einen Erschöpfungszustand bei Pflegefachkräften vorantreiben. So sind ihrer Meinung nach vielfältige Unterstützungsprogramme (z. B. Förderung der bewussten Wahrnehmung eigener Gefühle) in der Praxis zu fördern. Das Risiko von Burnout kann reduziert, möglicherweise sogar verhindert werden (Temelli & Cerit, 2019, p. 16).

In der täglichen Praxis haben sich eine erfolgreiche Integration von Teambesprechungen und Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen bewährt, um die emotionale Last dieser Arbeit zu bewältigen. In den Ergebnissen der Studie von Wu und Volker (2009), wird deutlich, dass Frustration und Stress in der Hospizpflege allgegenwärtig sind, unabhängig von Kultur und geographischer Lage. In ihrer Studie suchen die Pflegefachkräfte Unterstützung innerhalb des eigenen Teams, um die Arbeit mit Sterbenden zu erleichtern.

> Nurse: *"When we feel frustrated and stressed, the team members can support, understand, and accept us. When I talk about my thoughts, the team members can forgive me, listen to me, accept my crying, and give me a hug."* (Wu & Volker, 2009, p. 581)

Auch bei Andersson et al. (2016) wird dies aufgegriffen. Die Pflegefachkräfte tauschen sich mit ihren Freunden und im Team aus, nutzen Selbstreflektion zur Evaluation ihrer Gefühle und der Pflege von Sterbenden. Andersson et al. betonen, im Einklang mit der Theorie von

Benner (1982)[10] zu arbeiten. Neue und unerfahrene Pflegefachkräfte müssen durch erfahrene Pflegende angeleitet und unterstützt werden. Ein Hauptbestandteil sollen Gespräche zur Förderung der Selbstreflektion einnehmen (Andersson et al., 2016, p. 148).

Nach Seno (2010) gehört zur Festigung einer beruflichen Expertise demnach auch der Einschluss von Pflegefachkräften bei klinischen Entscheidungen, die die Sterbenden betreffen; so gewährleistet der Einschluss ein Mitspracherecht des Pflegepersonals. Die Kommunikationsebene mit Medizinern und anderen Fachdisziplinen sollte daher angehoben werden, um gleichzeitig hierarchische Strukturen abzubauen. Hierin erhält die Arbeit mit Sterbenden einen höheren Stellenwert bei den Fachkräften und erhöht die Zufriedenheit in der täglichen Praxis. Gleichzeitig führt dies zu einem gelebten Berufsethos, der durch Expertise und berufliche Autonomie positiv hervorgehoben wird (Seno, 2010, p. 385).

6 Diskussion

Die ausschlaggebenden Gründe, dieses Review durchzuführen, waren erstens die in Abhängigkeit der modernen Gesellschaft entstandene Tabuisierung des Todes und zweitens die Annahme, dass angehende Pflegefachkräfte unzureichend in Thanatologie unterrichtet werden. Die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit sind überwiegend durch philosophische und pflegerische Aspekte geprägt. Das Sammeln, Analysieren und Interpretieren von menschlichen Erfahrungen ist Grundlage der qualitativen Forschung. Die Studien, die dieser Arbeit vorliegen, basieren auf Interviews verschiedener Formate (s. Appendix I, Tab.1). Eine Studie nutzt zusätzlich Fokusgruppen und vertieft somit die Thematik noch einmal (vgl. Karlsson et al., 2017).

Der Tod wird von den Fachkräften als das Hinübergehen in eine andere Dimension verstanden und nicht als das absolute Ende. Ausschlaggebend sind eine authentische Grundhaltung sowie spirituelle und philosophische Sichtweisen, die weit über das Verständnis eines biologischen Todes hinausgehen (Funes et al., 2020; Karlsson et al., 2017; Seno, 2010; Wu & Volker, 2009). Eine Entwicklung von wechselseitigen Beziehungen zwischen Pflegekräften und Sterbenden sowie tiefe Empathie sind die Grundsteine für eine vollendete Palliativpflege. Ohne diese Grundsteine werden die Signale von Sterbenden nicht erkannt und ihre

[10] "[…] theory of the novice-expert, i.e., that understanding develops through experience, rather than through knowledge of principles and rules." (Andersson et al., 2016, p. 148)

Wünsche bleiben am Lebensende unerfüllt; dies ist der herausforderndste Aspekt der Palliativpflege (Evans & Hallett, 2007; Rittman et al., 1997; Tornøe et al., 2014; Wu & Volker, 2009). Aus den authentischen Ansichten über den Tod und das Sterben, sowie einer einfühlsamen Arbeit mit Sterbenden, ergibt sich auf Dauer eine Expertise. Diese Expertise ermöglicht den Pflegekräften ein ständiges „sich anpassen", auch in kritischen Situationen, um den Bedürfnissen der Sterbenden und ihrer Angehörigen gerecht zu werden. Eine Expertise in dieser Form erhöht den Selbstwert der Fachkräfte und bestärkt sie in ihrer Arbeit. Sie dient demnach auch als Puffer, um negative Emotionen im Arbeitsalltag abzufangen (Evans & Hallett, 2007; Tornøe et al., 2014; Wu & Volker, 2009). Häufig beklagen die Fachkräfte einen Mangel an Wissensvermittlung während der Ausbildung im Bereich der Palliativpflege. Diese Programme erfordern eine Überarbeitung und Erweiterung der Wissensvermittlung. Dies kann durch Selbstreflektion, existentielle Überlegungen, Rollenspiel u. a. erreicht werden (Andersson et al., 2016; Funes et al., 2020; Temelli & Cerit, 2019; Wu & Volker, 2009).

Problematisch bleibt aber, dass diese Art der Expertise nicht alleinig durch theoretische Ausbildungen erlangt wird, sondern hauptsächlich durch Erfahrungswissen. Ganz am Anfang können Frust, Trauer und fehlendes Wissen bei der Ausübung der Palliativpflege im Vordergrund stehen und daher erfordert es ganz besonders eine professionelle Anleitung durch erfahrene Pflegefachkräfte und nicht alleinig die Vermittlung theoretischen Fachwissens (Andersson et al., 2016; Temelli & Cerit, 2019; Tornøe et al., 2014). Nicht selten erleben aber auch erfahrene Fachkräfte die Hindernisse in ihrer Arbeit und einen daraus entstehenden Frust. Einerseits werden sie konfrontiert mit ethischen Dilemmata z. B. aufgrund von Zeitmangel und einem geringen Personalschlüssel, „herausfordernde" Familienangehörige oder unzureichendes Schmerzmanagement bei den Sterbenden. Andererseits bestehen oft eine fehlende Autonomie der Pflege und ein Ausschluss bei klinischen Entscheidungen (Andersson et al., 2016; Funes et al., 2020; Seno, 2010; Tornøe et al., 2014). Es gibt innerbetrieblich oft zu wenig Angebote wie z. B. Supervision usw. In diesen Fällen suchen sich Fachkräfte Unterstützung innerhalb des Teams oder bei Freunden, um Stress, Trauer und Sorgen zu reduzieren, meist mit Erfolg (Andersson et al., 2016; Funes et al., 2020; Temelli & Cerit, 2019; Wu & Volker, 2009).

Es ist ersichtlich, dass der Beruf als Hospizfachkraft mit enormen Belastungen einhergeht, aber dennoch als sehr lohnend und sinnbringend für die Pflegefachkräfte ist. Am Ende sind

es einzigartige Erfahrungen, die die Fachkräfte im Menschsein fordern und die Angst vor dem Tod reduzieren (Karlsson et al., 2017; Rittman et al., 1997; Tornøe et al., 2014).

7 Limitationen

Dieses Review trägt zum Wissen über die Erfahrungen von Hospiz- und Palliativfachkräften bei, trotzdem hat es mehrere Einschränkungen. Die genutzten Studien sind alle in englischer Sprache, Studien in anderen Sprachen wurden nicht berücksichtigt. Dennoch wurden Studien anderer Kulturkreise wie z. B. aus Taiwan und der Türkei mit einbezogen. Zukünftige Forschungen sollten andere Sprachen mit einbeziehen, um zu sehen, ob und wie kulturelle Diversität Erfahrungen von Pflegefachkräften in der Hospizpflege beeinflussen. Weiterhin waren einige Studien nicht ausschließlich auf die Erforschung von Erfahrungen der Pflegefachkräfte ausgelegt, dadurch liefern sie möglicherweise unzureichende Evidenz. Des Weiteren wurden Studien die alleinig bei pädiatrischen oder neonatologischen Populationen durchgeführt wurden, ausgeschlossen. Deshalb können die Ergebnisse dieses Reviews nicht generalisierbar sein.

In zwei Studien (Andersson et al., 2016; Temelli & Cerit, 2019) wurde die Inhaltsanalyse als Methodologie genutzt. Hier sei angemerkt, dass bei Temelli & Cerit nicht eindeutig dargestellt wird, nach welcher Inhaltsanalyse gearbeitet wurde oder welche Literatur als Vorgabe galt. Allgemein wird die Inhaltsanalyse in der qualitativen Forschung stark diskutiert, da bei ihrer Anwendung tiefergehende Erkenntnisse in der Kommunikation verborgen bleiben können. Andererseits dient die Inhaltsanalyse einem systematischen und transparentem Vorgehen in der qualitativen Forschung (vgl. Jenker, 2007). Daher ist es möglich, dass einige Aspekte nicht aufgegriffen wurden, die in den anderen Studien zu finden sind.

Auffallend in fast allen Studien ist, dass die Interviewpartner überwiegend weiblich sind. Nur 3 (Andersson et al., 2016; Funes et al., 2020; Temelli & Cerit, 2019) von insgesamt 9 Studien interviewten auch männliche Pflegefachkräfte. Gründe könnten sein, dass sich männliche Pflegekräfte nicht für die Thematik interessiert haben, oder dass sie prinzipiell im Pflegeberuf geringer vertreten sind als weibliche Pflegefachkräfte. Möglicherweise können jedoch die Erfahrungen von männlichen oder diversen Pflegefachkräften neue Aspekte in der Wissenschaft aufzeigen und den Blickwinkel bezüglich des Verständnisses von Tod erweitern.

In diesem Review wurden zu jeder Kategorie in den Ergebnissen relevante Zitate von Pflegefachkräften verwendet, um die Erfahrungen und Aussagen der Probanden darzustellen.

Die Zitate wurden nicht in die deutsche Sprache übersetzt, weil dies möglicherweise zu Verzerrungen des eigentlichen Inhaltes der Aussagen hätte führen können. Andererseits können die Originaltexte zu Problemen des Verständnisses bei Lesern und Leserinnen führen. Eine weitere Limitation ist, dass es in diesem Sinne keine gemeinsame Arbeit von Forschern und Forscherinnen ist, mit der das Review erstellt wurde, folglich ergeben sich Verzerrungen und ungenügende Interpretationen.

8 Fazit

Diese Arbeit synthetisiert die gelebten Erfahrungen von Pflegefachkräften in der Hospiz- und Palliativpflege, die in der untersuchten Literatur 1990-2020 berichtet wurden. Ein breites Spektrum von Erfahrungen der Fachkräfte wurde identifiziert; es gab Ähnlichkeiten und Kontraste bezüglich der Einstellungen und Empfindungen, der Arbeitsweisen und des Wissensstands. Eine Wechselseitigkeit, gezeichnet durch existentielle Überlegungen, tiefe Beziehungen, Empathie und spirituelles Verständnis, zwischen den Sterbenden und der Pflegefachkräfte, wurde eruiert. Es geht grundlegend um einen holistischen Ansatz, der sich bei Pflegenden und Sterbenden gleichermaßen vollzieht. Faktoren, die Frustration und Stress beim Pflegepersonal auslösen, wurden aufgezeigt und Lösungen vorgeschlagen. Einige Fachkräfte fühlen sich besonders am Anfang ihrer Karriere unvorbereitet, um mit Sterbenden zu arbeiten. Hinweise zur Implementierung neuer Methoden in der Ausbildung wurden aufgezeigt. Einen wichtigen Beitrag leistet die professionelle Anleitung neuer Fachkräfte durch erfahrene Fachkräfte. Für erfahrene Fachkräfte mögen ein Mitsprachrecht bei klinischen Entscheidungen sowie eine niedrige hierarchische Struktur innerhalb der Organisation für mehr Zufriedenheit sorgen. Die Abbildung und Beschreibung der Erfahrungen von Pflegefachkräften in der HPP können eine zentrale Einheit für ein größeres Verständnis des Themas ‚Tod' innerhalb der Gesellschaft und für die Pflegewissenschaft selbst bilden. Der Tod galt schon immer als etwas Unheimliches und Mysteriöses im menschlichen Sein. In der modernen Zeit machen wenige Menschen Erfahrungen mit dem Tod, oftmals geschieht er hinter verschlossenen Türen oder die Menschen wenden sich der Thematik nicht zu. Mithilfe der Erfahrungen und praktischen Einblicke in die Arbeitswelt der Pflegenden könnte dies in positive Ansichten umgewandelt werden. Die Pflege von Sterbenden und ihren Angehörigen ähnelt einer Kunst und Palliativfachkräfte sind mit allen Sinnen involviert und integriert.

9 Quellenverzeichnis

Amenta, M. M. (1984). Traits of hospice nurses compared with those who work in traditional settings. *Journal of Clinical Psychology, 40*(2), 414-420. doi:10.1002/1097-4679(198403)40:2<414::Aid-jclp2270400205>3.0.Co;2-x

Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today, 38*, 144-149. doi:10.1016/j.nedt.2015.11.026

Andrews, T. (2015). Awareness of Dying Remains Relevant after Fifty Years. *Grounded Theory Review, 14*.

Barnett, M. D., Moore, J. M., & Garza, C. J. (2019). Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. *J Nurs Manag, 27*(4), 775-780. doi:10.1111/jonm.12737

Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing, 82*(3), 402-407. Retrieved from https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf

Butler, A., Hall, H., & Copnell, B. (2016). A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews Evid Based Nurs, 13*(3), 241-249. doi:10.1111/wvn.12134

Capurro, R. (1996). Heideggers Analyse des Menschen als Grenzgänger des Todes. *der blaue reiter. Journal für Philosophie 4*, 38-41.

Caton, A. P., & Klemm, P. (2006). Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clin J Oncol Nurs, 10*(5), 604-608. doi:10.1188/06.Cjon.604-608

Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2017). Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *The Journals of Gerontology: Series B, 73*(4), 564-572. doi:10.1093/geronb/gbx093

Dudenredaktion. (o. J.). Definition Ontologie. Retrieved from https://www.duden.de/node/105904/revision/105940 abgerufen am 02.01.2021

Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., & Hammarlund, K. (2014). Death and caring for dying patients: Exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International journal of palliative nursing, 20*, 509-515. doi:10.12968/ijpn.2014.20.10.509

Evans, M. J., & Hallett, C. E. (2007). Living with dying: a hermeneutic phenomenological study of the work of hospice nurses. *J Clin Nurs, 16*(4), 742-751. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01620.x

Funes, M. M., Moraes, M. W., Cunha, M., & Almeida, F. A. (2020). Caring for cancer patients facing death: nurse's perception and experience. *Rev Bras Enferm, 73Suppl 5*(Suppl 5), e20190686. doi:10.1590/0034-7167-2019-0686

Ginzel, D. (2008). *Der Tod bei Martin Heidegger- Eine Analyse des Todesbegriffs in Sein und Zeit mit Einbeziehung der Philosophie Emmanuel Levinas`*. (Magistra der Philosophie (Mag. phil.)). Universität Wien, Retrieved from https://core.ac.uk/download/pdf/11582785.pdf

Hospice Foundation of America. (2018). What is Hospice. Retrieved from https://hospicefoundation.org/Hospice-Care/Hospice-Services ab

Huang, X., O'Connor, M., & Lee, S. (2014). School-aged and adolescent children's experience when a parent has non-terminal cancer: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Psychooncology, 23*(5), 493-506. doi:10.1002/pon.3457

Ireton, S. (1997). Heidegger's Ontological Analysis of Death and its Prefiguration in Nietzsche. *Nietzsche-Studien, 26*(1), 405-420. doi:doi:10.1515/niet.1997.26.1.405

Jenker, J. (2007). 1. Kurzdefinition und wissenschaftliche Praxis.QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. Retrieved from https://quasus.ph-freiburg.de/1-kurzdefinition-und-wissenschaftliche-praxis/ abgerufen am 12.01.2021

Jenkinson, S. (2015). *DIE WISE- A Manifesto for Sanity and Soul.* Berkeley, California: North Antlantic Books.

Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliat Support Care, 15*(2), 158-167. doi:10.1017/s1478951516000468

McCallum, K. J., Jackson, D., Walthall, H., & Aveyard, H. (2018). Exploring the quality of the dying and death experience in the Emergency Department: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies, 85*, 106-117. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.011

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol, 62*(10), 1006-1012. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.005

Müller, J. (2018). Sterben und Tod in der Krankenpflegeausbildung. In *Sterben und Tod als Lerngegenstand in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.: Eine empirische Untersuchung* (pp. 7-13). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., . . . Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J, 7*, 14-21. doi:10.2174/1874434601307010014

Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S., Burney, S., & Karimi, L. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs, 18*(11), 561-567. doi:10.12968/ijpn.2012.18.11.561

Pschyrembel. (2020). Thanatologie (Definition). Retrieved from https://www.pschyrembel.de/Thanatologie/K0MDW/doc/. Retrieved 18.09.2020 https://www.pschyrembel.de/Thanatologie/K0MDW/doc/

Riesenberg, L. A., & Justice, E. M. (2014). Conducting a successful systematic review of the literature, part 1. *Nursing2021, 44*(4), 13-17. doi:10.1097/01.NURSE.0000444728.68018.ac

Rittman, M., Paige, P., Rivera, J., Sutphin, L., & Godown, I. (1997). Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nurs, 20*(2), 115-119. doi:10.1097/00002820-199704000-00006

Schindler, S. (2019). Definition Mortalitätssalienz. *The Inquisitive Mind* n.a. Retrieved from https://de.in-mind.org/glossary/letter_m#Mortalittssalienz abgerufen am 13.01.2021

Seno, V. L. (2010). Being-with dying: authenticity in end-of-life encounters. *Am J Hosp Palliat Care, 27*(6), 377-386. doi:10.1177/1049909109359628

Shariatinia, Z. (2015). Heidegger's ideas about death. *Pacific Science Review B: Humanities and Social Sciences, 1*(2), 92-97. doi:https://doi.org/10.1016/j.psrb.2016.06.001

Sliter, M. T., Sinclair, R. R., Yuan, Z., & Mohr, C. D. (2014). Don't fear the reaper: trait death anxiety, mortality salience, and occupational health. *J Appl Psychol, 99*(4), 759-769. doi:10.1037/a0035729

Stevens, E. (2009). Extending knowledge of terror management theory to improve palliative nursing care. *International journal of palliative nursing, 15*, 368-370. doi:10.12968/ijpn.2009.15.8.43793

Svenaeus, F. (2018). Why Heideggerian Death Anxiety in not Truly Uncanny: Existential Feelings and Psychiatric Disorders. *Discipline Filosofische, 28*(2), 43-59. Retrieved from https://www.academia.edu/37695180/Why_Heideggerian_Death_Anxiety_in_not_Truly_Uncanny_Existential_Feelings_and_Psychiatric_Disorders?email_work_card=title abgerufen am 21.02.2021

Temelli, G., & Cerit, B. (2019). Perceptions of Palliative Care Nurses Related to Death and Palliative Care Practices. *Omega (Westport)*, 30222819890457. doi:10.1177/0030222819890457

The Oxford Centre for Triple Value Healthcare. (2018). Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Retrieved from https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf abgerufen am 11.11.2020

Thomas, J., & Harden, A. (2008). 'Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews'. *BMC Medical Research Methodology, 8*, 45. doi:10.1186/1471-2288-8-45

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørlie, V. (2014). The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing, 13*, 25-25. doi:10.1186/1472-6955-13-25

WHO. (2002). Definition Comfortcare. Retrieved from https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliative-pflege.html abgerufen am 15.01.2021

Wittwer, B. (2010). *Mortalitätssalienz und deren Auswirkungen- Eine Alternativerklärung zur Terror Management Theorie nach manipulativer zeitlicher Suggestion der eigenen Endlichkeit.* (Magistra). Karl-Franzens-Universität, Graz.

Wu, H.-L., & Volker, D. L. (2009). Living With Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses. *Oncology Nursing Forum, 36*(5), 578-584. doi:10.1188/09.ONF.578-584

10 Appendix

Appendix I-Studienauswahl *(eigene Darstellung)*

Autor/ Datum	**Thema/Focus/ Forschungsfrage**	**Konzept/ Theoretisches Modell**	**Paradigma/ Methode**	**Kontext/ Setting/ Sample**	**Ergebnisse**	**Implikationen**
Rittman, Paige, Rivera, Sutphin, and Godown (1997)	(a) Welche Fähigkeiten setzen Pflegende bei der Betreuung sterbender Patienten ein? (b) Was erleben Pflegende bei der Betreuung sterbender Patienten? (c) Welche Werte unterstützen Pflegende bei der Arbeit mit sterbenden Patienten?	Qualitativ, Hermeneutik n. Heidegger	narrative Interviews	Onkologie, Pflege-fachkräfte n=6	**5 Themen;** -den Patienten zu verstehen -Hoffnung bewahren -den Weg zu erleichtern -Privatsphäre bieten (-Spirituelle Aspekte der Pflegenden und Sterbenden)	Erweitert das Wissen über Verständnis der Erfahrungen von Pflegekräften bei der Betreuung Sterbender
Evans and Hallett (2007)	(a) Bedeutung der Pflege im Hospiz für die Hospizpflegekräfte erforschen. (b) Ein Verständnis dafür entwickeln, wie diese Arbeit in der Hospizumgebung durchgeführt wird. (c) die Mittel untersuchen, mit denen Hospizpflegekräfte Hospizpatienten Unterstützung bieten.	Qualitativ, Hermeneutik/ Phänomenologie, Colaizzi, van Manen	semi-strukturierte, offene Interviews	Hospizhaus, Pflege-fachkräfte n=15	**3 Kategorien;** -Trost und Erleichterung -Ruhe und Geborgenheit -Spiritualität und Sinngebung	Perspektiven über die Art der "Komfortpflege" und die Bedeutungen, die erfahrene Hospizpflegende damit verbinden. Anstoß für eine andere Sichtweise und ein anderes Lernen in der Palliativpflege
Wu and Volker (2009)	Erkundung von Erfahrungen taiwanesischer Pflegefachkräften, die Sterbende begleiten, weil dies eine relativ neue Option der Gesundheitsversorgung in Taiwan ist.	Qualitativ, deskriptive Phänomenologie n. Colaizzi	Interviews mit Leitfaden	Hospiz-häuser n=6, Pflege-fachkräfte n=14	**4 Themen:** -der Einstieg in die Hospizarbeit -die Bewältigung des Arbeitsalltags (Patienten verstehen, begleiten b. Sterbeprozess), -das Leben mit den Herausforderungen -das Erzielen von Erfolgen.	Advocacy-Rolle der Fachkräfte stärken. Förderung von akademischen Kursen u. Weiterbildungsprogramm en. Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit der Fachrichtung.
Seno (2010)	Die unausgesprochene Weisheit zu erforschen, die in der Praxis von Pflegefachkräften eingebettet ist, die erfahren und bekannt für ihre Effektivität im Umgang mit Sterbenden sind.	Qualitativ, interpretative Phänomenologie n. Heidegger	Semi-strukturierte Interviews	Pflege-fachkräfte n=6 mit Hospiz-, Akut und Intensivpflege Background	**5 Muster:** 1 u.2 erreichen der Einsicht von Tod als existenzielle Bedingung. Endlichkeit realisieren = Einsicht als Erkenntnis 3. Angst reduziert führt zur Achtung der Menschen, ohne Vorurteile 4,5,6. Ruhiger Geist, Authentizität = zeitloses Phänomen, identifiziert Bedürfnisse	Weitere Forschung nötig, um Authentizität vs. Inauthentizität bei der Sterbebegleitung und deren Wirkung zu verstehen. Klärung wie kognitive Regulation verschiedener Aspekte der Emotionen verändern. Einbeziehung von

Forts. Appendix I

						Mediziner*innen, Pflegehilfskräfte, Seelsorger usw. und Pflegekräfte anderer Fachrichtungen. Weitere Entwicklung der Palliativcurricula
Tornøe, Danbolt, Kvigne, and Sørlie (2014)	Was man über die Möglichkeiten des Begleitens von Sterbenden lernen kann, die sowohl dem Pflegenden als auch dem Sterbenden praktisch und spirituell dienen können.	Hermeneutik/ Phänomenologie n. Ricoeur	Qualitativ, narrative Interviews	Hospizhaus, Pflege-fachkräfte n=8	**Beistand** Durch Stille, Gespräche und Religion **Wahrnehmen** existenziell und spirituell, sich einstimmen und öffnen, Erfassen der Atmosphäre im Raum, Ergriffen und bewegt sein	Die Kraft der beruhigenden Präsenz durch Pflegefachkräfte hat Potenzial, existenzielles und spirituelles Leiden zu lindern. Eine tiefe Verbindung mit den Pat. einzugehen und Mut geben, ein sinnvolles Leben zu führen und einen würdigen Tod zu sterben.
Andersson, Salickiene, and Rosengren (2016)	Die Erfahrungen von Pflegefachkräfte mit der Betreuung von Sterbenden.	Inhaltsanalyse	Qualitativ, deskriptiv, Interviews	Stationäre Pflege, Pflege-fachkräfte n=6	**1 Kategorie, 3 Unterkategorien** **1.fürsorglich sein** 1.1.unterstützend sein 1.2.frustriert sein 1.3.einfühlsam sein Merkmale: persönliche Betroffenheit, mangelnde Kenntnis in der Palliativversorgung, Erfahrungen durch Versuch und Irrtum	Palliative Care während der Pflegeausbildung und engagierte pflegerische Führung auf Stationsebene erleichtern die Vorbereitung auf Situationen am Lebensende
Karlsson, Kasén, and Wärnå-Furu (2017)	Beschreibung existenzieller Überlegungen von Pflegekräften bei der Betreuung Sterbender, um ein tieferes Verständnis dafür zu gewinnen	Hermeneutik n. Gadamer	Qualitativ, Fokusgruppe n Interviews	Stationäre und ambulante Einrichtungen, Pflegefachkräft e n=14	**3 Ebenen:** **Rationale Ebene:** Pflegekräfte wollen sich um Patienten am Ende des Lebens kümmern und Verantwortung übernehmen **Strukturelle Ebene:** 1. Physische Emotionen, die das Erkennen und Übernehmen von Verantwortung förderten 2. Räumliche Emotionen, die das Wahrnehmen und Miterleben förderten 3. Zeitliche Emotionen, die Einsicht und Verständnis förderten = Mitgefühl, Zeugen zu sein und sich tief in die Pflege der Sterbenden einzubringen. **Existentielle Ebene:** 1. das Balancieren zwischen Verantwortung und Schuldgefühlen in Bezug auf die Patienten; 2. das Balancieren zwischen Angst und Mut in Bezug auf das Dasein als Pflegefachkraft Pfleger und Mitmensch; 3. das Balancieren zwischen Hoffnung und Verzweiflung in Bezug auf den Tod des anderen und des eigenen.	Ein vertieftes Verständnis der existenziellen Fragen der Pflegenden und der Ethik der Pflege kann eine Grundlage für die klinische Supervision sein. Gedanken und Gefühle mit anderen in einer geordneten Umgebung zu teilen und darüber zu sprechen, kann den Pflegenden helfen, weiterhin den Menschen zu dienen und sich in einer fürsorglichen Gemeinschaft zu engagieren, absolut präsent zu sein und eine bessere Lebensqualität für die Sterbenden zu bieten.

Forts. Appendix I

Temelli and Cerit (2019)	Wie ist die Wahrnehmung von Palliativpflegekräften in Bezug auf den Tod? - Was sind die Vorgehensweisen von Pflegekräften in der Palliativpflege?	Inhaltsanalyse	Qualitativ, Semi-strukturierte Interviews	Stationäre Einrichtung, Pflegefachkräfte n=23	**Thema I: Vorstellungen der Pflegekräfte über den Tod** **Unterthema 1:** Definition des Todes **Unterthema 2:** Wahrnehmungen des Sterbeprozesses **Unterthema 3:** Gefühle und Gedanken im Angesicht des Todes **Thema II: Palliative Care-Praktiken der Pflegenden** **Unterthema 1:** Pflegerische Praktiken im Zusammenhang mit der Pflege des Sterbenden **Unterthema 2:** Positive und negative Empfindungen der Pflegenden bei der Betreuung des Sterbenden **Unterthema 3:** Schwierigkeiten bei der Versorgung von Sterbenden	Ausbildungsprogramme für Pflegefachkräfte sollten die Realität des Todes implementieren in Curricula. (z. B. Simulationstechniken und kreatives Rollenspiel). Dient der Vorbereitung auf Palliativpflege und die bewusste Wahrnehmung der eigenen Gefühle (als auch der Sterbenden/Angehörigen). Ständige Schulungen und Weiterbildung im Berufsfeld werden empfohlen.
Funes, Moraes, Cunha, and Almeida (2020)	Welche Bedeutung hat der Tod für Pflegekräfte? Wie war ihre erste Erfahrung mit der Pflege von Sterbenden? Wie ist es, Sterbende zu pflegen?	Diskursanalyse	Qualitativ, deskriptiv, Semi-strukturierte Interviews	Onkologische Station, Pflegefachkräfte n=9	**3 Kategorien:** 1.Der Tod als ein natürlicher Prozess und die letzte Phase des Lebenszyklus 2.(Obwohl schwierig) emotional auf Sterbenden und ihre Familie einlassen 3.Reflektieren über ihre Erfahrungen in der Betreuung von Sterbender und ihrer Familie.	Ergebnisse können dazu beitragen, die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften, die mit Sterbenden zu tun haben zu fördern. Notwendigkeit von Interventionsprogrammen zur Vorbeugung von Burnout, Gesundheitseinrichtungen, sich diesem Thema zu widmen.

***Appendix I**- Tabelle I (eigene Darstellung)*

Ergebnisse	Kategorien	Synthetisierte Ergebnisse
Endlichkeit realisieren Einsicht als Erkenntnis Ruhiger Geist = Authentizität, identifiziert Bedürfnisse, ohne Vorurteile	Bedeutung von Tod	**Gefühle und Gedanken über den Tod, existentielle Überlegungen**
Der Tod als natürlicher Prozess		
Das Balancieren zwischen Hoffnung und Verzweiflung in Bezug zum eigenen Tod und dem des anderen. Balancieren von Mut und Angst als Dasein von Pflege- fachkraft und Mitmensch.		
Sich spirituell einstimmen und öffnen, ergriffen und bewegt sein. Emotionen wahrnehmen. Gefühle im Angesicht des Todes	Beziehungen und tiefes Verstehen	
Sich tief in die Pflege einbringen, Berührung (körperl.) und Präsenz der Pflegefachraft		
Den Patienten verstehen, Kommunikation		
Ruhe und Geborgenheit		
die Bewältigung des Arbeitsalltags	Comfort-Care	**Hospiz- und Palliativpflege als wichtige Einheit innerhalb der Pflegewissenschaft und Medizin**
Erkennen und Übernehmen von Verantwortung		
Symptommanagement, (z. B. Schmerzfreiheit)		
Advocacy, Weiterbildung, pflegerische Praktiken, Interdisziplinarität	Erfahrungswissen und berufliche Expertise	
Wahrnehmung des Sterbeprozesses		
Ethik, Supervision, Reflektion		

Appendix II- CASP TOOL

CASP
Critical Appraisal
Skills Programme

www.casp-uk.net
info@casp-uk.net
Summertown Pavilion, Middle Way Oxford OX2 7LG

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- Are the results of the study valid? (Section A)
- What are the results? (Section B)
- Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ www.casp-uk.net

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Yes Can't Tell No	☐ ☐ ☐	HINT: Consider • what was the goal of the research • why it was thought important • its relevance

Comments:

2. Is a qualitative methodology appropriate?	Yes Can't Tell No	☐ ☐ ☐	HINT: Consider • If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants • Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Yes Can't Tell No	☐ ☐ ☐	HINT: Consider • if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

2

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes ☐
Can't Tell ☐
No ☐

HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes ☐
Can't Tell ☐
No ☐

HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
- If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes ☐
Can't Tell ☐
No ☐

HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes ☐
Can't Tell ☐
No ☐

HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

4

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes ☐
Can't Tell ☐
No ☐

HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes ☐
Can't Tell ☐
No ☐

HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

5

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

Section C: Will the results help locally?	
10. How valuable is the research?	HINT: Consider • If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature • If they identify new areas where research is necessary • If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments:	

6

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Pasewalk, den 08.03.2021

Ort, Datum Unterschrift