

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pädagogik

Das palliative Setting aus pflegerischer  
Perspektive –  
Einflüsse, Erleben und Bewältigung  
Bachelor-Thesis

Kristina Seidler-Rolf

03.06.2019

Das palliative Setting aus pflegerischer  
Perspektive –  
Einflüsse, Erleben und Bewältigung

**BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades  
„Bachelor of Science“**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, Schwerpunkt Pädagogik

vorgelegt von:

Kristina Seidler-Rolf

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. Anke Helmbold

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Andrea Schiff

Abgabedatum: 03.06.2019

# **Das palliative Setting aus pflegerischer Perspektive – Einflüsse, Erleben und Bewältigung**

## **Abstract/ Zusammenfassung**

**Hintergrund:** Im Palliative Care Bereich betreuen Pflegekräfte Menschen mit einer weit fortgeschrittenen, nicht mehr heilbaren Erkrankung. Neben Symptomkontrollen und der Linderung von Beschwerden kommen ihnen vielfältige psycho-soziale Aufgaben zu, die für sie selbst psychisch und physisch belastend sein können.

**Zielsetzung:** Diese Qualifikationsarbeit geht den Fragen nach, welche Einflüsse auf Palliative Care Pflegekräfte einwirken, wie diese erlebt werden und ob es Bewältigungsstrategien gibt, die ein zufriedenes Arbeiten in diesem Setting ermöglichen können.

**Methoden:** Nach orientierender und systematischer Literaturrecherche und Analyse mittels allgemeiner wie spezifischer Instrumente zu den Gütekriterien werden neun quantitative, vier qualitative, vier Mixed-Method-Studien, zwei systematische Reviews, eine Übersichtsarbeit aus den Anfängen dieses Arbeitsfeldes sowie eine S3-Leitlinie aus der Palliativmedizin zu Ergebnisermittlung aufgenommen. Als theoretischer Rahmen wird das transaktionale Stressmodell nach Lazarus genutzt.

**Ergebnisse:** Pflegekräfte sind Belastungsfaktoren ausgesetzt, die einerseits aus dem Arbeitsfeld direkt entstehen, sich andererseits auch in Abhängigkeit von persönlichen Variablen unterschiedlich auswirken. Es gibt Belastungssymptome, aber auch sehr unterschiedliche Bewältigungsstrategien, die situations- und emotionsfokussiert sein können.

**Schlussfolgerung:** Palliative Care Pflegekräfte nutzen unterschiedliche Bewältigungsstrategien, um die belastende Arbeit im täglichen Umgang mit Sterben und Tod leisten zu können. Es zeigt sich, dass sowohl unterstützende Arbeitsstrukturen als auch die persönlichen Einstellungen entscheidend für die Gesunderhaltung der Pflegenden sind und der Fokus darauf auch für andere Settings oder Mitarbeitergruppen von Bedeutung sein kann.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2 METHODIK.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Orientierende Literaturrecherche .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Systematische Literaturrecherche .....</b>	<b>3</b>
2.2.1 Rechercheprozess .....	4
2.2.2 Studienauswahl.....	5
2.2.3 Qualität der ausgewählten Studien .....	7
<b>3 THEORETISCHER RAHMEN.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Das transaktionale Stressmodell von Richard S. Lazarus .....</b>	<b>11</b>
3.1.1 Vorbedingungen.....	12
3.1.2 Bewertungen .....	12
3.1.3 Bewältigung und Neubewertung .....	13
<b>3.2 Das Stressmodell von Lazarus in Bezug auf das palliative Setting .....</b>	<b>13</b>
3.2.1 Spezifika des Settings.....	13
3.2.2 Anforderungen an die Mitarbeitenden .....	14
3.2.3 Bezugnahme auf das Modell .....	14
<b>4 DAS PALLIATIVE SETTING AUS PFLEGERISCHER PERSPEKTIVE</b>	
.....	<b>16</b>
<b>4.1 Belastungsfaktoren.....</b>	<b>16</b>
4.1.1 Situationsfaktoren .....	16
4.1.2 Personenfaktoren.....	18
<b>4.2 Stressreaktionen .....</b>	<b>19</b>
4.2.1 Burnout.....	19
4.2.2 Mitgeföhlerschöpfung.....	20
4.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung .....	21
4.2.4 Überredseligkeit .....	21
4.2.5 Spannungen im Team.....	21
<b>4.3 Bewältigungsstrategien.....</b>	<b>22</b>

4.3.1 Problemfokussierte Strategien .....	22
4.3.1.1 Arbeitsstrukturen .....	22
4.3.1.2 Kommunikation im Team .....	24
4.3.1.3 Rituale im Umgang mit Sterben und Tod.....	24
4.3.2 Emotionsfokussierte Strategien .....	25
4.3.2.1 Lebenseinstellung .....	25
4.3.2.2 Spiritualität .....	26
4.3.2.3 Lebensgestaltung.....	27
<b>5 DISKUSSION.....</b>	<b>29</b>
<b>6 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS UND FORSCHUNG.....</b>	<b>33</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>36</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>42</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>44</b>

## 1 Einleitung

„For instance, a nurse stated, *‘It’s not easy watching people die - it’s never easy - and it tugs at the heart strings and you have to look after yourself . . . otherwise you burn out.’*“ (Breen, O’Connor, Hewitt & Lobb, 2013, S. 64).

Dieses Zitat macht die spezifische Belastung, die Pflegekräfte im Palliative Care Bereich erleben können, bereits deutlich und ergibt sich aus nachfolgender Entwicklung. Seit Start der Palliative Care Bewegung durch Cicely Saunders in England in den 1960er Jahren, wird diesem Feld immer größere Bedeutung zugemessen. Mit 38,5% sind kardio-vaskuläre Krankheiten und Krebsleiden mit 34% weltweit die häufigsten Erkrankungen, weswegen Erwachsene eine palliative Versorgung benötigen (Connor & Sepulveda Bermedo, 2014, S. 14). Auch in Deutschland hat die stetig steigende Lebenserwartung (Statistisches Bundesamt, 2019a) verbunden mit den prognostizierten Zunahmen der Krebsneuerkrankungen (Robert-Koch-Institut, 2019, S. 18) sowie Statistiken zu Sterbefällen durch bösartige Neubildungen bei über 230.000 Bundesbürgern<sup>1</sup> in 2016 (Statistisches Bundesamt, 2019b, Statistisches Bundesamt, 2019c) das Augenmerk auf den Palliative Care Bereich gelenkt. Dieser soll es Menschen mit unheilbaren Erkrankungen möglich machen, ihr Lebensende würdevoll und mit einem größtmöglichen Maß an Symptomlinderung zu erfahren. Einrichtungen der Palliative Care (PC), seien es spezielle Stationen in Krankenhäusern, Hospize oder spezialisierte ambulante Versorgungsstrukturen bieten nach internationalen Standards (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., 2018) hierfür Orte, an denen dem Wort *pallium* entsprechend Schutz und Begleitung von Patienten wie Angehörigen<sup>2</sup> ermöglicht werden. 1983 eröffnete die erste Palliativstation in Köln, 33 Jahre später weist die Übersicht der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bereits 322 Palliativstationen aus (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., 2018). Dem gesellschaftlichen Wandel entsprechend findet Sterben vielerorts in

---

<sup>1</sup> Nachfolgend wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form im Text verwendet und auf den Gender Gap verzichtet, dennoch werden alle Geschlechtsformen gleichwertig mitgedacht.

<sup>2</sup> Neben familiären Angehörigen können auch andere nahestehende Bezugspersonen der Patienten z.B. enge Freunde mit eingeschlossen sein.

Institutionen statt und erkrankte Menschen sollen dort so optimal wie möglich sowohl auf der medizinisch-pflegerischen wie psychosozialen Ebene betreut werden. Der Anspruch an Pflegekräfte im Palliative Care Bereich ist hoch, Belastungen durch die tägliche Konfrontation mit Sterben und Tod scheinen gegeben und wirken sich womöglich negativ auf die Arbeit aus, so dass dem Umgang damit im Sinne von Ressourcenerhalt und Resilienzförderung Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Diese Qualifikationsarbeit geht daher folgenden Fragen nach:

1. Welche Einflüsse wirken auf Pflegekräfte dieses Settings ein?
2. Wie werden diese Einflüsse erlebt?
3. Gibt es Bewältigungsstrategien, die Pflegekräfte für ihre Arbeit nutzen?

Kapitel 2 beschreibt die Methodik der Qualifikationsarbeit. Zunächst wird der Prozess der Literaturrecherche beschrieben, bevor die Auswahl der verwendeten Literatur begründet und deren Qualität ausführlich dargestellt wird.

Der theoretische Rahmen nimmt Bezug auf die Fragestellungen, gibt dem Kontext Struktur und bindet so die Ergebnisse sinnvoll ein (Kapitel 3).

In Kapitel 4 werden die Ergebnisse in Anlehnung an die Fragestellungen nach Einflüssen, Erleben und Bewältigung systematisch dargestellt und aufgeführt. Abschließend setzt sich die Diskussion kritisch mit den Ergebnissen auseinander, bevor Empfehlungen für die Praxis und Forschung aufgeworfen und abgeleitet werden (Kapitel 5 und 6).

## 2 Methodik

Das methodische Vorgehen einer Literaturlarbeit durchläuft verschiedene Rechercheprozesse. Zu Beginn findet zumeist eine orientierende Sichtung ohne taktische Strukturen statt und diese nähert sich erkundigend an das gewählte Thema an. Im Weiteren folgt dann eine systematische Literaturlsuche, um möglichst aussagekräftige Informationen zum gewählten Thema zu erfassen.

### 2.1 Orientierende Literaturrecherche

Die orientierende Literaturrecherche ergab unter der Verschlagwortung *palliative care* und *burnout* in der Datenbank Pubmed zahlreiche Treffer, wobei zunächst nach deutschsprachiger Literatur gesucht wurde. Weitere relevante Schlagworte wie *psychological morbidity*, *coping strategies* und *professional caregivers* wurden eingesetzt und führten zu einigen Treffern. Außerdem wurden Bücher und Fachzeitschriften mittels Handsuche gesichtet. Insgesamt ergab diese Suche 21 Treffer, die in die Auswahl mit aufgenommen wurden, darunter eine Studie aus der Schneeballsuche und die S3-Leitlinie der Palliativmedizin für Menschen mit einer unheilbaren Krebserkrankung (Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe [DKH], 2015).

### 2.2 Systematische Literaturrecherche

Die nachfolgend durchgeführte systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL, der Cochrane Library, in PsycINFO sowie der deutschsprachigen Datenbank PSYINDEX für psychologische Literatur. Diese Auswahl wurde getroffen, um einerseits eine umfassende Suche im internationalen Raum vornehmen zu können und andererseits die Bereiche Einflüsse, Erleben und Bewältigung im palliativen Setting zu inkludieren.

Um eine genaue Trefferquote an nutzbarer Literatur zu erhalten, wurden Ein- und Ausschlusskriterien verwendet, die in die strukturierte Suche einbezogen wurden.

Das grundlegende Element der Recherche war *palliative care*, welches in PubMed als MeSH Major Topic, in CINAHL und PsycINFO als MJ Word in Major Subject Heading sowie als Keyword in Cochrane Library eingesetzt wurde. Diese Vorgehensweise resultierte aus der orientierenden Recherche. Die weitere Verschlagwortung wird im Kapitel Rechercheprozess näher erläutert. Zusätzlich fand ein Ausschluss statt. Mittels des Boole'schen Operators NOT wurde *family* ausgeschlossen, da es nicht um das Erleben von betroffenen Familien gehen sollte. Bereits die orientierende Recherche hatte nahegelegt, die Begrifflichkeit *hospice* nicht als ausschließenden Operator zu nutzen, obwohl der Schwerpunkt dieser Arbeit auf dem stationären palliativen Sektor liegt, denn zahlreiche Studien befassen sich sowohl mit dem stationären palliativen Bereich als auch mit dem Hospizsektor. Ebenfalls fand anfänglich weder eine Altersbegrenzung noch eine Limitierung durch zeitliche Vorgaben der Publikationsdaten als Ausschluss statt.

### 2.2.1 Rechercheprozess

Die Begrifflichkeit *palliative care* wurde in der systematischen Suche mit verschiedenen Schlagworten kombiniert, um die Einflüsse in diesem Bereich, das Erleben sowie Bewältigungsstrategien mit einzubeziehen. Für die Einflüsse wurden zunächst die Schlagwörter *behaviour* und *health care quality* genutzt. Die Trunkierung *nurs\** sollte den Fokus auf die Pflegekräfte legen. Das weitere Stichwort *risk factors* reduzierte die Treffer, führte aber lediglich zu patientenorientierten Ergebnissen. Mit Hilfe des MeSH-Tree wurden die Begrifflichkeiten spezifiziert und *psychological stress*, *occupational stress*, *burnout* und *coping skills* in unterschiedlichen Kombinationen mit aufgenommen. Die Erkundung in den verschiedenen Datenbanken erfolgte mit diesen Begrifflichkeiten. Die Suche in PsycINFO nahm zusätzlich noch *protective factors* als Term und die Klassifizierung durch *professional personnel attitudes & characteristics* mit auf. Eine

weitere Recherche nutzte die Begrifflichkeiten von verschiedenen Messmethoden, die zur Ermittlung von Stress und Bewältigung eingesetzt werden. In PubMed wurden mittels *nurses stress scale*, *maslach burnout inventory* und *nurses coping with stress questionnaire* weitere Treffer erzielt. Eine Auflistung der Suchprozesse befindet sich in tabellarischer Form im Anhang.

### 2.2.2 Studienauswahl

Es ergaben sich durch die gezielte Datenbanksuche 177 Treffer, die mit denen aus der orientierenden Recherche und Schneeballsuche zusammen 198 Ergebnisse einbrachten. Nach Ausschluss aller Dopplungen blieben 181 Treffer übrig, die in die Vorauswahl aufgenommen wurden. Um die Trefferquote nicht im Vorfeld unnötig zu minimieren, wurden während der Datenbankrecherche bewusst wenig Ausschlusskriterien verwendet. Die Vorauswahl wurde deshalb per Sichtung von Titel und Abstract nach Ausschlüssen untersucht. Alle Studien, die patientenorientiert waren, den Fokus auf Kinder, palliative Arbeit in anderen Settings wie Intensivstationen oder ambulante Pflege legten oder die Inhalte ausschließlich auf andere Berufsgruppen, wie z.B. Mediziner, Ehrenamtliche, Seelsorger und Sozialarbeiter bezogen, wurden exkludiert. Ebenso entfielen sowohl kurze Zusammenfassungen ohne Studien als auch Bücher. Folglich wurden 135 Treffer ausgeschlossen. Die verbleibenden 45 Studien und die S3-Leitlinie (n= 46) wurden auf Eignung überprüft. Über PubMed, die ZB Med in Köln und den Informationsdienstleister Wolters Kluwer wurden dafür die Volltexte dieser Studien beschafft. Nach Sichtung der Volltexte folgten weitere Ausschlüsse, weil z.B. das in den Studien untersuchte Setting für die Bearbeitung der Fragstellung nicht relevant war oder es sich lediglich um Zusammenfassungen handelte. Auch die durchgeführten Studienanalysen lieferten weitere Ausschlüsse.

Schließlich wurden 20 Studien in die Qualifikationsarbeit aufgenommen, die sich wie folgt aufteilen: neun quantitative, vier qualitative und vier Mixed-Methods-Studien sowie drei Reviews, wovon zwei systematischer Methodik sind. Sieben Forschungsarbeiten sind aus den nordamerikanischen

Ländern Kanada, Mexiko und den USA. Es liegt eine asiatische Studie vor, zwei sind aus Australien und sieben aus Europa, eine Studie davon wurde in Deutschland durchgeführt. Die Übersichtsarbeiten stammen aus Kanada, Australien und Portugal. Die Literatur umfasst den Publikationszeitraum von 1995 bis 2017. Die Stichprobengröße variiert von neun bis 873 Personen.

Die S3-Leitlinie der Palliativmedizin wurde ebenfalls mit einbezogen, so dass insgesamt 21 Publikationen zu Verfügung standen. Abbildung 1 zeigt den vorgenommenen Recherche- und Auswahlweg mittels Flussdiagramm (Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford).

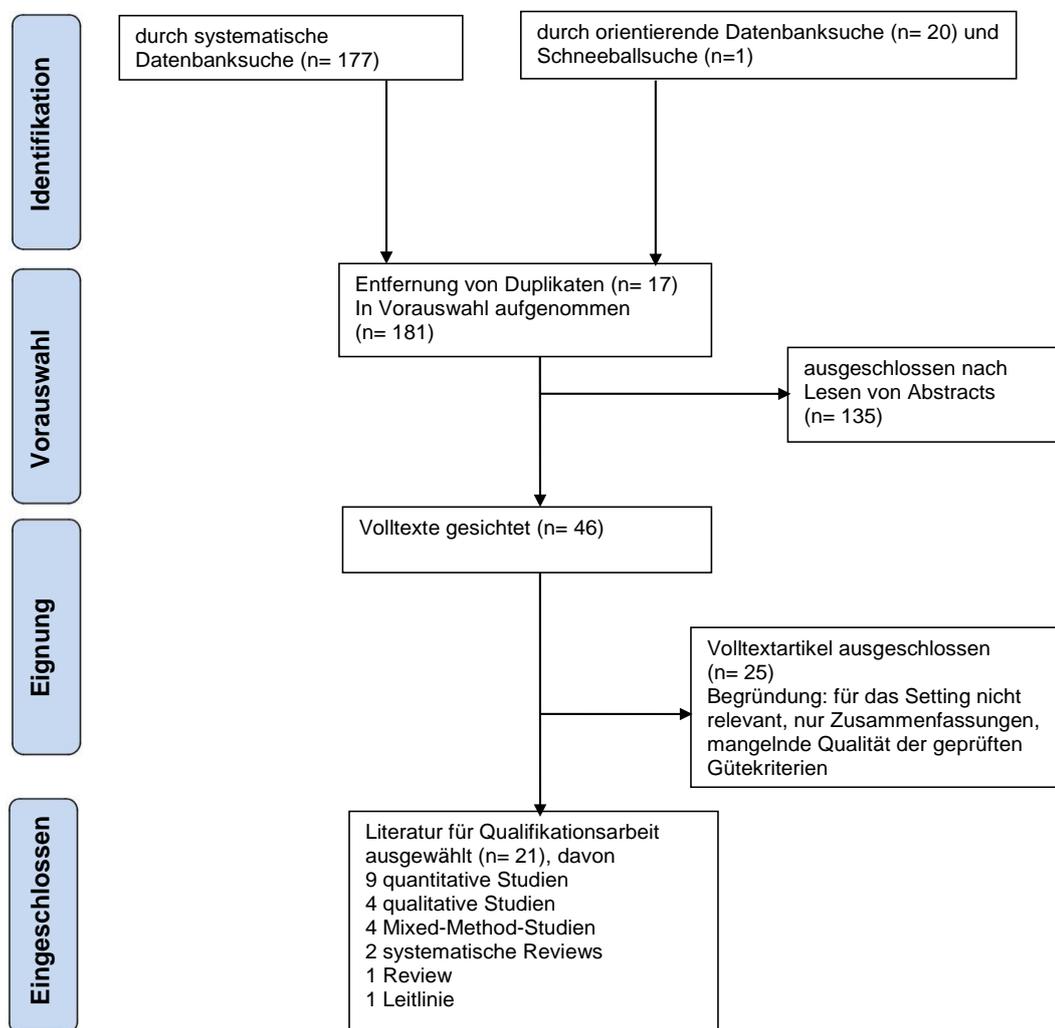


Abb. 1: PRISMA-Flussdiagramm entnommen aus Formatvorlage und modifiziert

### 2.2.3 Qualität der ausgewählten Studien

Es liegen 12 Studien vor, die sich im Schwerpunkt mit den Belastungsfaktoren von Pflegekräften befassen, acht Studien zeigen Ergebnisse zu Stresssymptomen und 18 der inkludierten Studien beschäftigen sich mit Bewältigungsstrategien, so dass die drei Fragestellungen dieser Qualifikationsarbeit mit dem Schwerpunkt auf dem Bewältigungsfaktor angemessen beantwortet werden können. Eine Übersicht der Zuordnung findet sich in tabellarischer Form im Anhang.

Die ausgewählten Volltexte wurden zunächst nach allgemeinen Kriterien bewertet. Als Grundlage hierfür dienten die Beurteilungskriterien nach Brandenburg (vgl. Balzer et al., 2018, S. 265–271). Anschließend wurden über die Homepage des Equator-Netzwerks designspezifische Kriterien mittels *reporting-statements* identifiziert und die quantitativen Studien, die systematischen Reviews sowie anteilig die Mixed-Methods-Studien danach bewertet (Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford; Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford). Für die S3-Leitlinie wurde das Bewertungsschema DELBI in der Fassung von 2005/2006 verwendet (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ], 2008). Die qualitativen Studien und die qualitativen Anteile in den Mixed-Method-Studien wurden spezifisch nach Kriterien von Mayring bewertet (vgl. Mayer, 2015, S. 114–115).

Die neun quantitativen Studien erfüllen die allgemeinen Kriterien weitgehend. Zum Teil wurden Limitationen nicht genannt (Gama, Barbosa & Vieira, 2014) oder Aspekte zur Ethik nicht deutlich (Koh et al., 2015). Fünf Studien (Fillion, 2007; Gama et al., 2014; Müller, Pfister, Markett & Jaspers, 2009; O`Mahony, Gerhart, Grosse, Abrams & M Levy, 2015; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson & Kazanjian, 2013) wurden nach STROBE Statement für Beobachtungsstudien bewertet (Elm et al., 2008). Hier fehlten Hinweise zur Finanzierung (Desbiens & Fillion, 2007; Müller et al., 2009) oder das Studiendesign wurde nicht frühzeitig im Titel oder Abstract

benannt (Gama et al., 2014). Die Teststudie von O`Mahony et al. (2015) wies mehrere Mängel auf, da die Hypothese, der Ort und die Zeit des Settings sowie Analysemethoden ungenau beschrieben waren oder nicht benannt wurden und die Stichprobengröße sehr gering ausfiel. Deutlich wurde in der Analyse auch, dass eine Studie die Kontrolle durch *Confounder* ausführlich hervorhob (Desbiens & Fillion, 2007, S. 297–298).

Drei Studien nutzten das *Maslach Burnout Inventory (MBI)* zur Messung von Burnout (Gama et al., 2014; Koh et al., 2015; Rizo-Baeza et al., 2017). Darüber hinaus wurden weitere spezifische Skalen zur Ermittlung von Depressionen, Bindungsstilen, Lebensqualität und Bewältigungsstrategien verwendet, die die Forscher als valide beurteilten.

Drei Studien (Koh et al., 2015; Rizo-Baeza et al., 2017; Sansó et al., 2015) wurden mit Hilfe der STROBE-Checkliste für Querschnittsstudien bewertet (Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford). Hier fehlten zum Teil Angaben zum Zeitraum der Rekrutierung der Probanden sowie zur Finanzierung (Sansó et al., 2015) oder Anmerkungen zum *Bias* im Studiendesign (Koh et al., 2015).

Die Studie von Fillion et al. (2009) verwendete ein randomisiertes Wartegruppendesign und wurde nach CONSORT bewertet (Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford). Es wurden einige Mängel deutlich, da die Kennzeichnung als randomisierte Studie im Titel fehlte, keine Hypothesen aufgelistet wurden, der Ort der Durchführung nicht benannt wurde, die Schritte zur Geheimhaltung nicht eindeutig waren und keine Begründung für das Studienende geliefert wurde. Angaben zur Registrierungsnummer und zum Studienprotokoll fehlten ebenfalls. Allerdings enthielt die Studie ein aussagekräftiges Flussdiagramm, das von CONSORT dringend empfohlen wird.

Für die vier Studien im Mixed-Method-Design wurden mehrere Analyseinstrumente genutzt. Die Studien wurden in der spezifischen Beurteilung sowohl nach STROBE-Kriterien als auch nach Mayring bewertet. Keine der Studien benannte einen konkreten Designtyp (Balzer et al., 2018, S. 118–123), wobei die Studie von Martins Pereira et al. (2012)

den qualitativen Anteil stärker gewichtete. In zwei Studien wurde das Kriterium der kommunikativen Validierung nicht deutlich (Bruneau & Ellison, 2004; Hernández-Marrero, Martins Pereira, Carvalho & behalf of DELiCaSP, 2015). Zwei Studien ließen die Validierung der Ergebnisse durch die Teilnehmenden durchführen (Martins Pereira et al., 2012; van Staa, Visser & van der Zouwe, 2000). Eine Methodentriangulation lag bei allen Studien vor, da aufgrund der gemischten Methoden sowohl Fragebögen als auch Interviews und/ oder Beobachtungen genutzt wurden. Das *MBI* wurde bei Hernández-Marrero et al. (2015) und Martins Pereira et al. (2012) verwendet.

Die vier qualitativen Studien (Breen et al., 2013; Georges, Grypdonck & Dierckx de Casterle, 2002; Lowe, Gakumo & Patrician, 2016; White, Wilkes, Cooper & Barbato, 2004) wiesen leichte Schwächen auf. Eine kommunikative Validierung fand jeweils durch mehrere Forscher, nicht jedoch durch *member-checking*, statt. Das Kriterium der Triangulation wurde in drei Studien durch Dateninterpretation der Forscher erfüllt (Breen et al., 2013; Lowe et al., 2016; White et al., 2004). Bei Georges et al. (2002) fand Methodentriangulation statt, hier wurde die Validierung nicht benannt. In einer Studie wurde die Nähe zum Gegenstand nicht deutlich, da der Ort der Interviews nicht aufgeführt wurde (White et al., 2004). Die Studie von Lowe et al. (2016, S. 52) hielt die Anonymisierung nicht gänzlich ein, da bei der kleinen Stichprobe (n= 11) das Alter und die Berufserfahrung im Text genannt wurden. Bei allen Studien war jedoch der Forschungsprozess nachvollziehbar und die Interpretationen fanden durch Kategorienbildung statt. Zahlreiche Zitate wurden in den Studien aufgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte typischerweise gezielt. Insgesamt zeigte sich, dass mittels Literaturrecherche nur wenig qualitative Studien gefunden wurden, die das Erleben der Pflegekräfte widerspiegeln. Zumeist lagen Studien im qualitativen Design für Patienten- oder Angehörigenerleben vor. Drei Reviews wurden mit aufgenommen, wobei eine Übersichtsarbeit nicht systematisch war (Vachon, 1995) und deshalb auch nicht nach den Kriterien bewertet wurde. Als frühes Grundlagenwerk mit 25 Studien aus dem

Zeitraum von 1976-1993, also den Anfängen der Palliativarbeit, wurde es dennoch in die Ergebnisse mit einbezogen, um einen Verlauf aufzuzeigen. Zwei Reviews (Gillman et al., 2015; Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017) wurden mit Hilfe des Analyseinstruments nach PRISMA bewertet (Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford). Beide lieferten ausführliches Datenmaterial zu Suchstrategien, Bewertungsinstrumenten sowie Datenextraktion und stellten dies in Flussdiagrammen und Tabellen dar. Die ausgeschlossenen Studien wurden mit Begründung aufgeführt und die jeweils inkludierten in detaillierten Tabellen. Angaben zu den Protokollen wurden gemacht, lediglich die Hinweise zur Registrierungsnummer fehlten. Die Übersichtsarbeit von Gillman et al. (2015) führte für die Ergebnisse aus acht qualitativen Studien eine Metasynthese durch. Dies war aufgrund unterschiedlicher Messinstrumente, die zur Burnout-Prävalenz vorlagen, für die quantitativen Ergebnisse beider Reviews nicht möglich (Gillman et al., 2015; Parola et al., 2017).

Die S3-Leitlinie der Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung wurde mittels des Analyseinstruments DELBI bewertet (DKH, 2015). Auf insgesamt acht Domänen sind die 34 Kriterien für methodische Qualität und Praktikabilität aufgeteilt. Diese wurden überwiegend mit „trifft zu“ oder „trifft uneingeschränkt zu“ beantwortet. Es fanden sich keine Angaben zu einer Pilotstudie in Domäne 2, zu organisatorischen Barrieren und finanziellen Auswirkungen durch die Leitlinie in Domäne 5 oder zu obsoleten Maßnahmen in Domäne 7.

Die eingeschlossenen Studien sowie die Leitlinie sind im Anhang tabellarisch nach Studiendesign und alphabetisch sortiert aufgelistet.

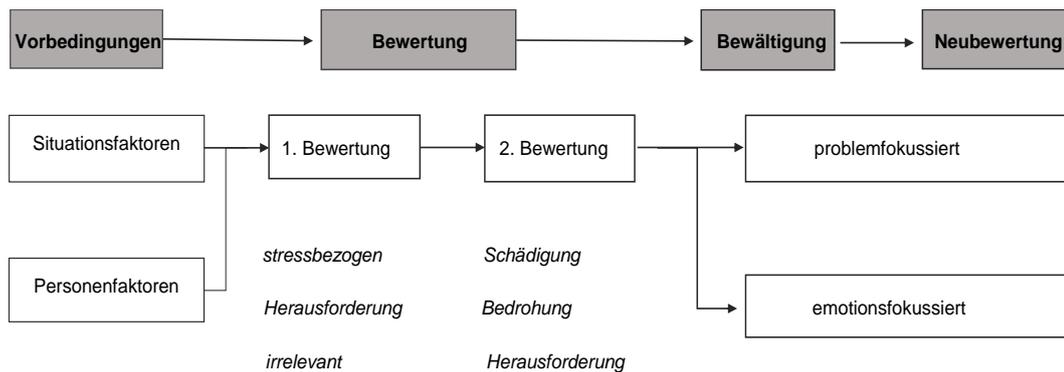
## 3 Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen einer Literaturlarbeit stellt eine Orientierung dar und ermöglicht es, den gedanklichen Strukturen ein Konstrukt zu geben. Wie im Methodik-Kapitel beschrieben, wurde mittels Verschlagwortung insbesondere nach Stressoren, Belastungssymptomen und Bewältigungsfaktoren gesucht. Da es in dieser Arbeit sowohl um die Einflüsse im Palliative Care Bereich als auch um das Erleben der Pflegekräfte und deren möglichen Strategien zur Bewältigung von Stressoren geht, wird nun eine Theorie gesucht, die diese Elemente aufgreift und anhand derer sich die Ergebnisse aus den Studien sinnvoll darstellen lassen. Bei dem gewählten Modell handelt es sich um eine Perspektive, die Stress nicht nur als Reiz oder Reaktion ansieht (Rice, 2005, S. 36), sondern sich auf komplexe Phänomene bezieht und sowohl Umweltfaktoren als auch personenbezogene Faktoren mit einbezieht sowie die Modelle der Pioniere um den Bewältigungsbegriff erweitert. Nachfolgend wird das Modell im Einzelnen erläutert und auf die Qualifikationsarbeit angewendet.

### 3.1 Das transaktionale Stressmodell von Richard S. Lazarus

Der Psychologe Richard S. Lazarus entwickelte in den 1960er Jahren ein Modell zur Erklärung von Stressentwicklung und -bewältigung, welches sich maßgeblich mit der Transaktion zwischen Umwelt und Person beschäftigt und damit den Fokus auf verschiedene Bewertungsmöglichkeiten einerseits und daraus resultierende Strategien andererseits legte (Rice, 2005, S. 33–37). Stress wurde nicht mehr nur als Reiz bzw. Reaktion betrachtet, sondern als ein Baustein für verschiedene Bewertungsmöglichkeiten und damit Handlungsoptionen des belasteten Menschen.

Die nachfolgende Abbildung 2 stellt die Zusammenhänge in einer Übersicht schematisch dar. Im Anschluss werden diese näher erläutert.



**Abb. 2:** eigene Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus

### 3.1.1 Vorbedingungen

Zunächst bedarf es einiger Vorbedingungen, die sich unterschiedlich auf die Bewertung von Stress auswirken. Lazarus teilt diese in Umwelt- bzw. Situationsfaktoren und Persönlichkeitsdispositionen ein. Beide wirken gemeinsam in jeder Transaktion und beeinflussen, ob eine Situation als Herausforderung oder Bedrohung empfunden wird. Zu den Umweltfaktoren gehören z.B. situative Belastungen, aber auch Ressourcen. Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit zählen zu den grundlegenden personengebundenen Faktoren, die je nach Ausprägung als Ressource oder Belastung bei einer Person wirken (Rice, 2005, S. 239).

### 3.1.2 Bewertungen

Lazarus stellt in seinem Stressmodell zwei Formen der Bewertung vor. Primäres Bewerten meint eine Einschätzung der Situation für die eigene Zielverpflichtung. Diese kann dabei irrelevant, stressbezogen oder auch eine Herausforderung sein (Kaluza, 2011, S. 34). Erst anschließend kommt es zu einer sekundären Bewertung, die nunmehr auf Bewältigungsstrategien ausgerichtet ist.

Beide Bewertungsformen sind nach Lazarus gleichwertig zu betrachten und stehen in Wechselwirkung zueinander (Rice, 2005, S. 238–239). Schädigung, Bedrohung und Herausforderung sind drei Typen von Stressreaktionen, die das transaktionale Stressmodell benennt. In der Schädigung wird der bereits entstandene Verlust deutlich. Dieser kann sich

z.B. auf körperliche Fähigkeiten, Kritik durch Vorgesetzte oder Störungen am Arbeitsplatz beziehen (Kaluza, 2011, S. 34). Die Bedrohung zeigt eine zukünftige Schädigung auf, während die Herausforderung am Ehesten durch die Entwicklung positiver Effekte wie Kompetenzen gekennzeichnet ist und sich ebenfalls auf die Zukunft bezieht (Kaluza, 2011, S. 34).

### 3.1.3 Bewältigung und Neubewertung

Lazarus definiert Bewältigung als das Bemühen, mit psychischem Stress umzugehen und postuliert sogleich, dass es keine gänzlich effektive oder ineffektive Taktik gibt (Rice, 2005, S. 240). In seiner Theorie teilt er die Strategien in zwei unterschiedliche Fokusgruppen ein. Problemfokussiert meint den Einsatz verschiedener Handlungsoptionen zur Lösung des Problems, zur Veränderung, zur Umgestaltung der Umwelt einerseits, aber auch die, auf das eigene Selbst gerichteten, Anstrengungen. Dagegen bezieht sich die Emotionsfokussierung auf die Steuerung der eigenen Gefühle, um mit der als stressig empfundenen Situation adäquat umgehen zu können (Rice, 2005, S. 34–35). In der Auseinandersetzung findet eine Neubewertung der Situation statt, die es dem Einzelnen ermöglicht, erlebte Erfahrungen mit einzubeziehen und für neue Situationen zu interpretieren sowie zu modifizieren (Kaluza, 2011, S. 35).

## 3.2 Das Stressmodell von Lazarus in Bezug auf das palliative Setting

Zum Verständnis, wie das Stressmodell von Lazarus auf das palliative Setting angewendet werden kann, werden nachfolgend zum einen die Besonderheiten des Settings verdeutlicht und zum anderen die daraus resultierenden Anforderungen an die Mitarbeitenden dargestellt, damit das spezifische Entstehen von Stress in diesem Bereich offensichtlich wird und sich auf das Modell beziehen lässt.

### 3.2.1 Spezifika des Settings

Zu den Besonderheiten im Fachgebiet Palliative Care gehört die Betreuung schwerstkranker Menschen mit unheilbaren Erkrankungen. Kuration steht hier nicht im Vordergrund, sondern die Symptomkontrolle und Linderung

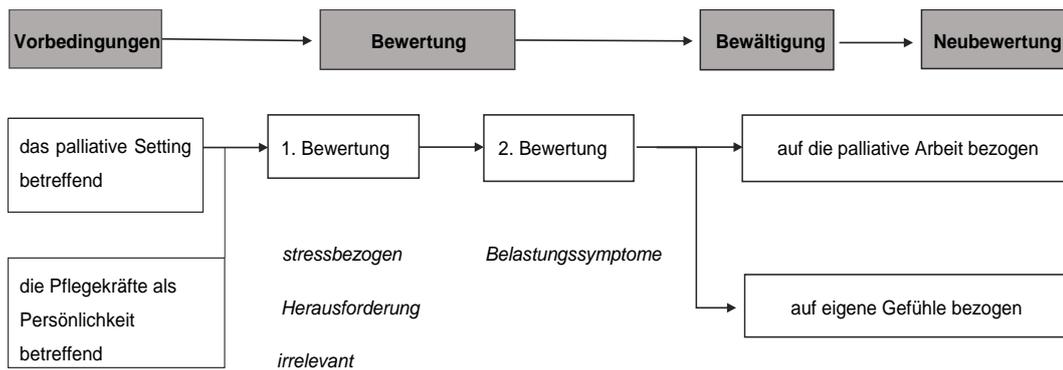
von Beschwerden sowie Begleitung des Erkrankten und seiner Angehörigen bis zum Lebensende (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.) Dies wird insbesondere in der S3-Leitlinie Palliativmedizin deutlich, die sich auf Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung bezieht (DKH, 2015). Diese Patientengruppe macht den größten Anteil im Palliative Care in Deutschland aus, wobei auch Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, wie z.B. COPD oder Herzinsuffizienz palliativ begleitet werden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.). Palliativpatienten soll die Möglichkeit gegeben werden, über das eigene Sterben mit Mitgliedern des Palliativteams zu kommunizieren (DKH, 2015, S. 139). Dies gilt ebenso für die Angehörigen, die laut Expertenkonsens nach Absprache mit dem Patienten in Gespräche mit einbezogen werden sollen (DKH, 2015, S. 141).

### 3.2.2 Anforderungen an die Mitarbeitenden

Palliative Care Mitarbeitende nehmen zentrale Aufgaben wahr, die über die medizinisch-pflegerische Betreuung hinaus gehen und in der S3-Leitlinie beschrieben werden. Dies gilt nicht nur für das ärztliche Personal, sondern bezieht in der Anwendergruppe alle nicht-medizinischen Versorger mit ein (DKH, 2015, S. 25). Zu den Anforderungen an die Mitarbeitenden gehören neben der Bereitschaft zur Kommunikation über das Sterben und den Tod mit den Patienten und Angehörigen, auch die Begleitung der Patienten in der Sterbephase, um ein würdevolles Versterben zu unterstützen (DKH, 2015, S. 151). Die empathische Betreuung der Angehörigen sowie das Ermöglichen kultureller und religiöser Abschiedsprozesse gehören ebenfalls zu den konsensbasierten Empfehlungen (DKH, 2015, S.169).

### 3.2.3 Bezugnahme auf das Modell

Die beschriebenen Besonderheiten werden nun in Abbildung 3 unter Berücksichtigung der formulierten Fragestellungen dieser Arbeit dargestellt und es wird erläutert, wie sich das transaktionale Stressmodell nach Lazarus auf das palliative Setting beziehen lässt.



**Abb. 3:** eigene Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus auf das palliative Setting bezogen

Zu den Vorbedingungen gehören einerseits die situationsspezifischen, die sich hier explizit auf die Arbeit im Palliative Care Bereich beziehen. Diese sind typische Situationsfaktoren, die einerseits die Spezifität des palliativen Settings ausmachen, wie in Kapitel 3.2.1 erläutert, und sich andererseits auch in den individuellen Arbeitsbedingungen auf einer Station zeigen. Exemplarisch sind hierfür die Arbeitszeiten, der Aufbau einer Station, die Mitarbeiterstruktur und das Arbeitsklima genannt. Die Anforderungen an die Mitarbeitenden fließen hier mit ein, wie in Kapitel 3.2.2 aufgeführt wurde. Die personenbedingten Belastungsfaktoren wirken ebenfalls in der Transaktion mit und behandeln hier explizit die Persönlichkeitsdispositionen von Pflegekräften. In Bezug auf die Fragestellung, welche Belastungssymptome Pflegekräfte im palliativen Setting erleben, zeigt die Darstellung der Bewertungsformen nach Lazarus unterschiedliche Ebenen auf, die von der Art der Bewertung abhängig sind. Schließlich geht diese Qualifikationsarbeit der Frage nach, ob es zu Bewältigungsstrategien kommt. Diese sind im adaptierten Modell in den auf die Arbeit im Palliative Care bezogenen Anteil (problemfokussiert) und die Steuerung der eigenen Gefühle (emotionsfokussierter Anteil) unterteilt. Darin zeigen sich entsprechend wieder die Grundstrukturen des Stressmodells von Lazarus.

## 4 Das palliative Setting aus pflegerischer Perspektive

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf das Fachgebiet Palliative Care, das sich in den 1960er Jahren entwickelte und sich im Allgemeinen sowohl auf die stationäre als auch auf die ambulante Arbeit oder die Betreuung im Hospiz beziehen kann. Mit der getroffenen Auswahl der Literatur wird der Fokus dieser Arbeit auf das stationäre Setting in Krankenhäusern gelegt.

### 4.1 Belastungsfaktoren

Aus den beschriebenen Anforderungen an Palliative Care Pflegekräfte wird bereits ersichtlich, dass es spezifische Belastungsfaktoren gibt. Zur Beantwortung der Frage dieser Arbeit, welche Einflüsse auf Pflegekräfte einwirken, werden nun die Ergebnisse aus den inkludierten Studien vorgestellt. Bezugnehmend auf das Stressmodell nach Lazarus lassen sich diese in, für das Setting spezifische, Situationsfaktoren und ebenfalls beeinflussende Personenfaktoren unterteilen.

#### 4.1.1 Situationsfaktoren

Auf Palliativstationen werden unheilbar Erkrankte betreut und sterben auch dort, wenn es zuvor nicht mehr möglich war, sie in die häusliche Versorgung oder in ein Hospiz zu verlegen. Die Sterbefälle können von den Mitarbeitenden als Verluste erlebt werden und stellen dann Stressoren dar, die zur Belastung werden können (Desbiens & Fillion, 2007, S. 299). Je mehr Patienten innerhalb eines bestimmten Zeitraums versterben, desto größer wird die Belastung für die Mitarbeitenden (Müller et al., 2009, S. 605). In der Studie von Müller et al. (2009, S. 605) wird dies erstmals mit 4,4 Sterbefällen pro Woche als eine kritische Anzahl an Todesfällen eruiert.

Symptomlinderung ist ein entscheidender Aufgabenbereich der Pflegekräfte, die, je nach Ausprägung der Erkrankung und Kumulation der Beschwerden, nicht immer adäquat hergestellt werden kann. Patienten leiden unter ihren vielfältigen Symptomen, was die Mitarbeitenden aushalten müssen. Ungemindert Leiden stellt einen weiteren

Belastungsfaktor dar, wie in Interviews einer qualitativen Studie mit neun Pflegekräften deutlich wird (White et al., 2004, S. 440).

Die auf Palliativstationen betreuten Menschen haben in den meisten Fällen eine weit fortgeschrittene Krebserkrankung, die nicht mehr kurativ behandelbar ist. Das *Phänomen Krebs* ist allgegenwärtig und nimmt im Verlauf jeder einzelnen Diagnose sehr unterschiedliche Ausmaße an. Die durch den Krebs entstandene Hilflosigkeit der Patienten erleben auch die Mitarbeitenden als Belastung (Breen et al., 2013, S. 63 und S. 66).

Wie bereits in der S3-Leitlinie deutlich wird, unterliegt die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender einem hohen Anspruch, dem die Pflegekräfte gerecht werden sollen. Kann dieser Anspruch an pflegerischen, medizinischen, aber auch spirituellen oder psychosozialen Aspekten nicht erfüllt werden, wird er ebenfalls als Belastungsfaktor wahrgenommen (Müller et al., 2009, S. 607).

Die Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende ist stets auch mit Beziehungsarbeit verbunden und wird von Pflegekräften als belastend erlebt, wenn diese sich schwierig gestaltet. Dies wird in mehreren Studien erkennbar (Martins Pereira et al., 2012, S. 376; Müller et al., 2009, S. 602). Gleiches Alter der Erkrankten und Pflegekräfte oder ähnliche Lebenssituationen können diesen Effekt verstärken.

Neben der Begleitung der Patienten sind auch die Angehörigen mit in den Behandlungsprozess involviert und werden vom Personal kommunikativ wie psychosozial unterstützt. Der Umgang mit Angehörigen, die sich ebenfalls in einer stark belastenden Situation befinden, kann für Pflegekräfte zum zusätzlichen Belastungsfaktor werden. In Interviews einer Mixed-Method-Studie kommt dies zum Ausdruck (Martins Pereira et al., 2012, S. 376).

Das Arbeitsfeld Palliative Care stellt sich komplex dar. Neben der medizinisch-pflegerischen Betreuung und der psychosozialen Begleitung von Patienten und Angehörigen am Lebensende unterliegen Palliativstationen den gängigen organisatorischen Herausforderungen wie Dienstplangestaltung sowie Aufnahmen und Entlassungen. Schwierigkeiten

in der Organisation einer Station, gepaart mit der Komplexität der Versorgung, können zu Arbeitsbedingungen führen, die von den Mitarbeitenden als belastend erlebt werden (Martins Pereira et al., 2012, S. 376). Diese Faktoren können bei einer sich im Aufbau befindenden Palliativstation besonders ausgeprägt sein, weil das Rollenverständnis sowie der Anspruch an das Fachgebiet noch nicht klar definiert sind und Routinehandlungen erst aufgebaut werden müssen (van Staa et al., 2000, S. 102–103).

Die Arbeit im multiprofessionellen Team, d.h. das Zusammenwirken von Pflegekräften mit Mediziner\*innen, Seelsorgern, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Ehrenamtlichen bietet dem Palliativpatienten eine umfassende vielschichtige Betreuung. Gibt es organisatorische oder kommunikative Schwierigkeiten im Team, werden diese zum Belastungsfaktor für die Mitarbeitenden (Martins Pereira et al., 2012, S. 376).

Auch die Höhe der Arbeitsstunden trägt zur Belastung bei. Arbeitszeiten im Palliative Care Bereich mit mehr als acht Stunden Dienst am Tag bzw. einer 60-Stunden-Arbeitswoche, welche in manchen Ländern nicht unüblich ist, stellen einen umweltbedingten Stressfaktor dar (Koh et al., 2015, S. 635–636; Rizo-Baeza et al., 2017, S. 22–23).

#### 4.1.2 Personenfaktoren

Weiter bezugnehmend auf die Vorbedingungen nach Lazarus aus Kapitel 3.1.1 ergeben sich neben den Situationsfaktoren auch Persönlichkeitsdispositionen sowie Elemente, die den Einzelnen in seiner Person beeinflussen und kennzeichnen.

Ein Defizit in der eigenen Selbstfürsorge stellt einen Faktor dar, der für die Arbeit im Palliative Care Bereich zur Belastung werden kann, wie anhand eines *Self-Care-Survey* ermittelt wurde (Rizo-Baeza et al., 2017, S. 22).

Das Leben als Single und der Lebensumstand, alleinerziehend zu sein, wirken sich auf Personenmerkmale aus und können somit zu den individuellen Personenfaktoren mit hinzugezogen werden. Sie stellen

signifikante Belastungsfaktoren dar, wie in zwei quantitativen Studien aus Singapur und Mexiko herausgestellt wird (Koh et al., 2015, S. 636; Rizo-Baeza et al., 2017, S. 22).

Eine Leitungsfunktion inne zu haben, kann, verbunden mit zahlreichen Anforderungen und Verpflichtungen in einem Team, ebenfalls ein Belastungsfaktor sein (Koh et al., 2015, S. 637).

Das Review von Vachon (1995, S. 97) weist als persönliche Faktoren, die zu Problemen führen können, die Unzulänglichkeit aus, sich auf schwierige Situationen einstellen zu können.

In Interviews wird benannt, dass Gedanken, die um die berufliche Arbeit kreisen, mit nach Hause genommen werden, so dass kein Abstand zur Arbeit möglich wird (Bruneau & Ellison, 2004, S. 302).

Im Arbeitsfeld Palliative Care zeigt sich, dass die eigene Angst vor dem Tod Stressbelastungen verstärkt. In einer quantitativen Studie wird dies mittels *Death Attitude Profile (DAP-R)* herausgefiltert (Gama et al., 2014, S. 531).

## 4.2 Stressreaktionen

Als Folge der unterschiedlichen Belastungsfaktoren ergeben sich verschiedene Reaktionen. Wenn eine Situation nicht als irrelevant eingestuft wird, kann sie für den Einzelnen in der Bewertung als Schaden, Bedrohung oder Herausforderung gesehen werden, wie bereits in Kapitel 3.1.2 beschrieben. Stress als Auswirkung des Zusammenspiels von Situations- und Personenfaktoren zeigt sich dabei in verschiedenen Ausprägungen und greift nachfolgend die möglichen Verluste und Bedrohungen auf.

### 4.2.1 Burnout

Der Begriff Burnout wurde von Maslach und Jackson in den 1980er Jahren weiterentwickelt und umfasst die Phänomene Depersonalisation, emotionale Erschöpfung (EE) und reduzierte Leistungsfähigkeit (Müller, 2014, S. 31). Das daraus entwickelte Instrument zur Messung von Burnout-Gefährdung im beruflichen Kontext ist das *Maslach Burnout Inventory*

(*MBI*), welches in unterschiedlichen Varianten und Sprachen vorliegt und in der empirischen Forschung häufig zur Erfassung beruflicher Belastungssymptome genutzt wird (Parola et al., 2017, S. 1906).

Die Reduktion pflegerische Tätigkeiten auf ein notwendiges Maß, gleichgültiges oder zynisches Verhalten Patienten, Kollegen oder auch Familienmitgliedern gegenüber wird als Depersonalisation verstanden und stellt ein Merkmal der Burnout-Symptomatik dar. Tendenzen der Depersonalisation werden in einer australischen Studie bei jüngeren Berufstätigen unter 27 Jahren, männlichen Personen, Ledigen oder Geschiedenen und Arbeitskräften mit wenig Berufserfahrung deutlich (Gama et al., 2014, S. 530).

Emotionale Erschöpfung zeigt sich in Antriebschwäche und Müdigkeit und gilt als das Kernsymptom des Burnouts (Lexa, 2013, S. 56–57). Längere Arbeitszeiten verstärken die emotionale Erschöpfung zusätzlich (Koh et al., 2015, S. 635), welche bei Pflegekräften stärker als bei Medizinern ausgeprägt ist (Parola et al., 2017, S. 1906).

Die Abnahme der persönlichen Leistungsfähigkeit, also die Verminderung von Konzentration und Flexibilität, aber auch die Reduzierung des eigenen Kompetenzgefühls, ist ein weiteres Symptom des Burnout und wird anteilig in die *MBI*-Auswertungen mit aufgenommen (Gama et al., 2014; Hernández-Marrero et al., 2015; Koh et al., 2015; Martins Pereira et al., 2012; Rizo-Baeza et al., 2017).

#### 4.2.2 Mitgeföhlserschöpfung

Empathie stellt eine menschliche Fähigkeit dar und ermöglicht es einer Person, sich in den Anderen einzuföhlen und damit das Erleben des Anderen zu verstehen (Bauer, 2016). Die Erschöpfung des Mitgeföhls als Stressreaktion ist vom Burnout abzugrenzen. Während Burnout im Ausmaß aller Dimensionen zur Arbeitsunfähigkeit föhrt, ist die Durchführung pflegerischer Handlungen ohne oder mit reduziertem Mitgeföhls möglich (Slocum-Gori et al., 2013, S. 173). *Compassion fatigue* wird häufiger bei Menschen erlebt, die sich um körperliche oder psychische Leiden Anderer

kümmern und ebenso bei solchen, die Patienten und Angehörige psychosozial unterstützen (Slocum-Gori et al., 2013, S. 175). Eine Vollzeitbeschäftigung kann diesen Effekt zusätzlich begünstigen (Slocum-Gori et al., 2013, S. 176).

#### 4.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Ein weiterer Schaden im Sinne des Stressmodells nach Lazarus, der sich aus dem Zusammenspiel von Situations- und Personenfaktoren ergeben kann, ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Diese beschreibt das wiederkehrende Auftreten verstörender Erinnerungen und Bilder. Das Erleben von Tod und die Verantwortung für schwierige Entscheidungen am Lebensende kann auch bei Pflegenden zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen, wie eine Teststudie zeigt, die diese eher unbekannt Symptomatik bei Mitarbeitenden aus dem Palliative Care Bereich untersucht (O'Mahony et al., 2015, S. 191).

#### 4.2.4 Überredseligkeit

Auf das transaktionale Stressmodell bezogen, kann Überredseligkeit als Belastungssymptom im Sinne einer Bedrohung gewertet werden. Palliative Care Pflegekräfte führen in ihrem Arbeitsfeld wichtige Gespräche mit Patienten, Angehörigen und den Mitgliedern anderer Berufsgruppen, wie in der S3-Leitlinie als konsensbasierte Empfehlungen verankert. Ein Zuviel nur um des Redenswillen, kann als Warnsignal auf dem Weg zur Sprachlosigkeit verstanden werden (Müller et al., 2009, S. 602).

#### 4.2.5 Spannungen im Team

Wie in der S3-Leitlinie deutlich wird, ist das Arbeiten im Palliativ Care Bereich ausdrücklich im multiprofessionellen Team erwünscht und stellt eine Besonderheit dieser Versorgungsstrukturen dar (DKH, 2015, S. 7). Unterschiedliche Professionen haben verschiedene Arbeitsansätze sowie unterschiedliche Haltungen, die es zu verbinden gilt. Dies kann zu Spannungen im Team führen und zeigt sich in Reizbarkeit und Streitigkeiten (Müller et al., 2009, S. 602–604). Spannungen können bezogen auf das

Stressmodell nach Lazarus ebenfalls als Bedrohungswertung betrachtet werden.

### 4.3 Bewältigungsstrategien

Ein Schwerpunkt dieser Qualifikationsarbeit liegt auf der Fragestellung, ob es für die verschiedenen Stressoren und damit verbundenen Belastungssymptomen auch Bewältigungsstrategien gibt und wenn ja, wie sich diese gestalten. Die inkludierten Studien zeigen, dass spezifische Stressoren im Palliative Care Bereich vorliegen und dass es zu Belastungssymptomen kommen kann. Im Kontrast dazu wird ebenfalls deutlich, dass vor allem Burnout, als eine manifestierte Stressdimension, im Arbeitsfeld des Palliative Care nicht überdurchschnittlich stark ausgeprägt ist, was bereits in einer frühen Übersichtsarbeit aufgezeigt wird (Vachon, 1995, S. 109) und sich in aktuellen Studien fortsetzt (Gama et al., 2014, S. 532; Parola et al., 2017, S. 1914). Auf Basis dieser Erkenntnis ist folglich davon auszugehen, dass es Strategien gibt, um mit den vorhandenen Stressoren umzugehen. Wie in den Kapiteln 3.1.2 und 3.1.3 erläutert, hat der Mensch die Fähigkeit, Stresssituationen zu bewerten und daraus Handlungsoptionen abzuleiten und/oder die eigenen Gefühle so zu steuern, dass es zu einer Neubewertung der Situation kommt. Im Folgenden werden Strategien, die es für die belastende Arbeit im Palliative Care Bereich gibt, aufgezeigt.

#### 4.3.1 Problemfokussierte Strategien

Nach Lazarus sind die problemfokussierten Strategien solche, die die Störung in der Person-Umwelt-Beziehung beseitigen. Sie können auf die Situation, aber auch auf das Individuum bezogen sein. Diese Strategien sind als konkrete Maßnahmen im Setting gut erkennbar, werden aber nicht höher gewertet als die Emotionsfokussierten und stehen auch nicht im Gegensatz zu diesen (Rice, 2005, S. 242–243).

##### 4.3.1.1 Arbeitsstrukturen

Es zeigen sich verschiedene Strategien, die palliative Arbeitsstrukturen betreffen. So stellt eine effiziente Arbeitsweise, die ausreichend Zeit für

Gespräche mit Patienten zulässt, eine Möglichkeit dar, mit Stress gut umzugehen (Bruneau & Ellison, 2004, S. 301). Die Anwendung von vorhandenen Leitlinien kann Sicherheit im Prozess von ethischen Entscheidungen geben (Hernández-Marrero et al., 2015, S. 729).

Georges et al. (2002, S. 789) stellen in Interviewauswertungen fest, dass manche Pflegekräfte einen wissenschaftlich rationalen Arbeitsansatz verfolgen, der sich um frühzeitiges Entlassen von Patienten kümmert, aufgabenorientiert ist und somit überwältigende Emotionen zu vermeiden versucht, da er zumeist auf Distanzierung ausgelegt ist.

Obwohl das Arbeiten im multiprofessionellen Team zu Spannungen und damit verbunden zu Belastungssymptomen führen kann, wird diesem dennoch auch eine positive Bedeutung zugesprochen. Entscheidungen können gemeinsam getroffen werden, was den Konsens, die bestmögliche Entscheidung gewählt zu haben, stärkt und das Wir-Gefühl fördert (Hernández-Marrero et al., 2015, S. 728).

Wie in der S3-Leitlinie empfohlen, sollen Mitarbeitende im Palliative Care Bereich spezielle Qualifikationen aufweisen (DKH, 2015, S. 185-187), um den Anforderungen und Belastungen des Settings gerecht zu werden. Weiterbildungen, die die Grundlagen in ethischen Fragen und eine Auseinandersetzung mit der eigenen sowie fremden Endlichkeit beinhalten, werden als Schutzfaktor gesehen und sind somit zu befürworten (Hernández-Marrero et al., 2015, S. 729). Im internationalen Pflegebereich wird ein höherer Abschluss der Hochschulbildung in der Berufsqualifikation als Schutzfaktor ausgewiesen (Gama et al., 2014, S. 529).

Der tägliche Umgang mit Schwersterkrankten an ihrem Lebensende stellt eine Arbeitsbelastung da. Reduzierte Arbeitszeiten im Sinne von Teilzeitarbeit verringern das Risiko für Mitgefühlerschöpfung (Slocum-Gori et al., 2013, S. 176), eine Woche mit weniger als 60 Arbeitsstunden senkt das Burnout-Risiko (Koh et al., 2015, S. 637).

Zudem wird Arbeiten in klinischer Vielfalt als Strategie ausgewiesen, die Belastungen reduziert (Koh et al., 2015, S. 639). Obwohl die Autoren dies nicht näher spezifizieren, kann von der Begrifflichkeit her davon

ausgegangen werden, dass hiermit die Variationen in den Krankheitsbildern gemeint sind, also die palliative Betreuung unterschiedlicher Menschen mit verschiedenen unheilbaren Erkrankungen.

#### 4.3.1.2 Kommunikation im Team

Kommunikation ist ein wichtiges Element in Teamstrukturen. Der Austausch mit Kollegen über belastende Situationen stellt eine Strategie dar, um Stressoren entgegenzuwirken (Martins Pereira et al., 2012, S. 378). Gespräche der Teammitglieder untereinander nach dem Tod eines Patienten werden ebenso positiv gewertet, wie Gruppendiskussionen zu Patientenleiden und ethischen Aspekten (Breen et al., 2013, S. 64; Lowe et al., 2016, S. 52). Das Review von Gillmann et al. (2015, S. 166) fasst den Austausch von Geschichten über Patienten als *growing and thriving* auf und meint damit auch ein Wachsen des Teams und die Förderung von Verbindungen innerhalb des Teams.

Besondere Kommunikationsstrukturen wie die bedeutungszentrierte Gruppenintervention nach Frankl als Trainingsprogramm können die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen, wie in einer randomisierten Untersuchung erkennbar wird (Fillion et al., 2009, S. 1308). Supervisionen durch externe Fachpersonen, die im Austausch mit dem Team Anregungen und Perspektivwechsel aufzeigen, bieten zudem eine Möglichkeit, Kommunikationsstrukturen zu verbessern (Müller et al., 2009, S. 607; van Staa et al., 2000, S. 102). Die Wichtigkeit von Supervisionen wird auch im Teamaufbau, wenn es um Rollenfindung geht, dargelegt (van Staa et al., 2000, S. 102). Externe Teamsupervisionen zur Förderung der Prozessqualität sind zudem als evidenzbasierte Empfehlung Grad A in der S3-Leitlinie verankert (DKH, 2015, S. 195).

#### 4.3.1.3 Rituale im Umgang mit Sterben und Tod

Da Palliativstationen Orte zum Sterben sind, wenn Verlegungen in häusliche Strukturen oder in Hospize nicht möglich sind, gibt es dort in der Regel auch Rituale in der Sterbebegleitung z.B. in Form von brennenden Kerzen, Abschiedsgesprächen, Bucheinträgen oder symbolhaften Gegenständen. Diese, durch Qualifikationen sowie Teamabsprachen

gelebten Handlungsabläufe, erweisen sich als weitere Strategie im Umgang mit belastenden Situation (Martins Pereira et al., 2012, S. 379). Aktive Erinnerungsarbeit an Patienten wird ebenfalls als stressreduzierende Maßnahme verstanden (Koh et al., 2015, S. 639). Gillman et al. (2015, S. 154) synthetisieren diese Rituale zu einer von fünf Kategorien der persönlichen Bewältigungsstrategien.

#### 4.3.2 Emotionsfokussierte Strategien

Gemäß dem transaktionalen Stressmodell wird auf emotionsfokussierte Strategien zurückgegriffen, wenn eigene Gefühle und Verhaltensweisen eine Reduzierung der Belastung ermöglichen können. Hierzu zählen auch sozialer Rückhalt, Meditation und körperliche Betätigung (Rice, 2005, S. 35). Dennoch sind diese Strategien nicht im Kontrast zu den Problemfokussierten zu sehen, sondern ergänzen und unterstützen sich gegenseitig. Lazarus misst in seiner Jahrzehnte langen Beschäftigung mit dem Stressmodell den Emotionen mittlerweile eine besondere Bedeutung zu (Lazarus, 2006, S. 37).

##### 4.3.2.1 Lebenseinstellung

Die Fürsorge für das eigene Selbst, also die Achtsamkeit mit sich als Person, wird als wichtiger Faktor in der belastenden Arbeit mit sterbenden Menschen gewertet (Breen et al., 2013, S. 64). Ein modifiziertes Modell zur Selbsthilfe nach Kearney & Weininger wird in einer Studie eingesetzt und zeigt die Wichtigkeit von ganzheitlichem Bewusstsein und emotionalem Gleichgewicht, was zu einer höheren Kompetenz im Umgang mit dem Erleben von Tod führt (Sansó et al., 2015, S. 204).

Ein positives Selbstwertgefühl als psychologische Grundeigenschaft eines Menschen wird bereits in der frühen Übersichtarbeit von Vachon (1995, S. 97) als Schutzfaktor bei emotionaler Belastung ausgewiesen.

Eine Mixed-Method-Studie verdeutlicht, dass die Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen Zufriedenheit auslösen kann und die eigene Arbeit dadurch als emotional bedeutend und sinnvoll angesehen wird (Martins Pereira et al., 2012, S. 379).

Auch eine fürsorgliche Haltung gegenüber den Patienten, verbunden mit einer Sensibilität für die Gefühle der Patienten, wird in Interviews der qualitativen Studie von Georges et al. (2002, S. 789–790) als konstruktive Rolleneinstellung identifiziert und wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden von Patienten sowie die eigene Zufriedenheit aus.

Trotz des alltäglichen Umgangs mit Sterben und Tod sowie ernsten und existenziellen Themen im Leben von Menschen, wird Humor als wichtiger Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit angesehen. Fröhlich und lustig mit Kollegen aber auch passend im Kontakt mit Patienten und deren Angehörigen zu sein, wird als Schutzfaktor beschrieben (Müller et al., 2009, S. 605). Das systematische Review von Gillmann et al. (2015, S. 152) greift Humor als emotionale Verarbeitungsstrategie auf.

Auch die langjährige Erfahrung im Arbeitsfeld, damit verbundenes implizites Wissen, aber auch die stetige Neubewertung und Interpretation von Situationen, führt zu mehr Zufriedenheit und weniger Stressreaktionen (Vachon, 1995, S. 95). Das systematische Review von Gillman et al. (2015) synthetisiert als Strategie das Lernen aus Erfahrungen.

#### 4.3.2.2 Spiritualität

Spiritualität als Geisteshaltung taucht in der Palliative Care Arbeit als grundlegendes Element immer wieder auf. Dabei umfasst diese sowohl Themen des Glaubens als auch Weltanschauungen und Werthaltungen (Müller & Schnegg, 2013, S. 11-14).

In den inkludierten Studien wird die Bedeutung von Spiritualität mehrfach betont. So wird diese positiv in Zusammenhang mit Sinnstrategien der Pflegenden gestellt (Desbiens & Fillion, 2007, S. 298). In Interviews heben Pflegekräfte ihre eigene Spiritualität oder Religiosität hervor (Lowe et al., 2016, S. 52). Umgekehrt weist eine Studie eine höhere Depersonalisation bei geringerer eigener Spiritualität aus (Koh et al., 2015, S. 639). In der Übersichtsarbeit von Vachon (1995) wird bereits auf den Stellenwert von Religiosität hingewiesen, der auch Motivator für die Arbeit im Palliative Care Bereich sein kann (Vachon, 1995, S. 96).

Die empathische Grundhaltung, die in der S3-Leitlinie (2015, S.133 und S.138-139) immer wieder auftaucht, wird im Mitgefühl zum Ausdruck gebracht und in einer Studie als signifikant negative Korrelation zu Burnout herausgearbeitet (Slocum-Gori et al., 2013, S. 172).

Die Pflege von schwerstkranken und sterbenden Patienten führt zu einer täglichen Konfrontation mit Leid. Als eine Kategorie der qualitativen Studie von White et al. (2004, S. 443) wird die bewusste Wahrnehmung von Leiden ausgewiesen, um damit verbundene Gefühle, wie Verlustängste und Hoffnungslosigkeit sowie körperliche Beschwerden, zu identifizieren und mit diesen umgehen zu können. Emotional schwierige Situationen zu akzeptieren und somit nicht in eine Vermeidungsstrategie auszuweichen, stellen Georges et al. (2002, S. 790) als eine Eigenschaft der Pflegerrolle fest, die sich positiv auswirkt.

Sterben wird auf Palliativstationen als Verlust erlebt. Strategien, die sich mit dem Sinn von Leben und Tod beschäftigen, führen zu einer Anpassung und damit verbundenen positiven Neubewertung und -interpretation über die Sinnhaftigkeit menschlichen Lebens und den Tod (Desbiens & Fillion, 2007, S. 299).

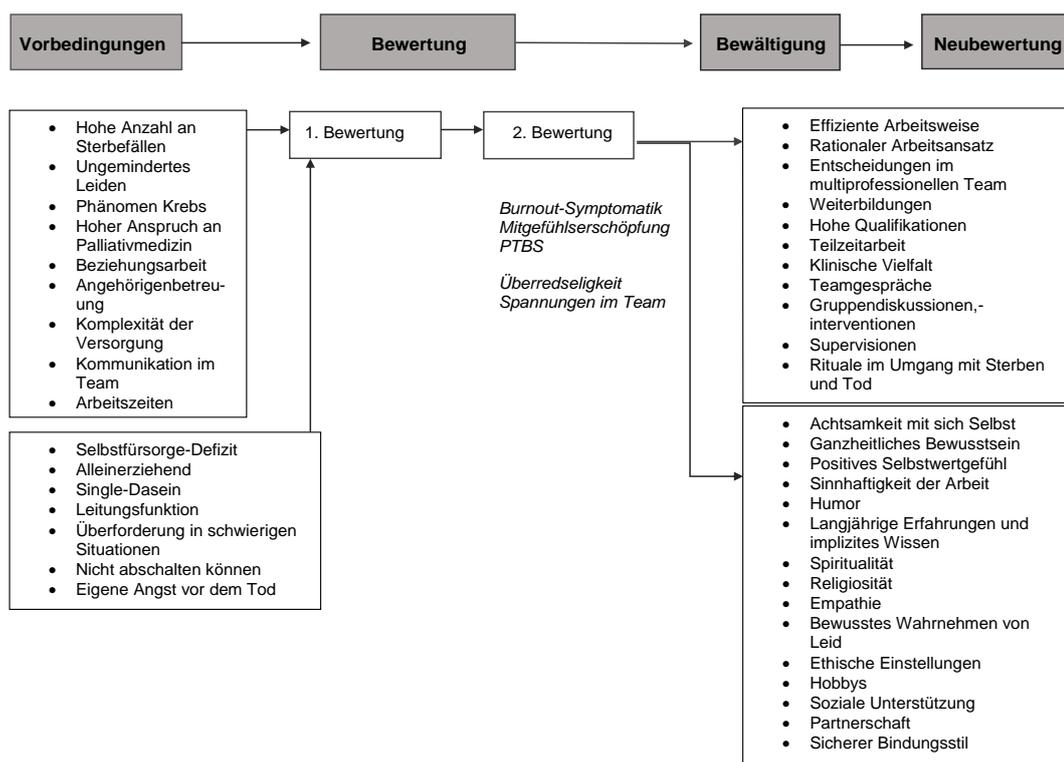
Auch ethische Grundeinstellungen, die sich in der Gestaltung der Patientenbeziehung widerspiegeln, lassen sich als emotionsfokussierte Strategien ausweisen, wie in Interviews dargestellt wird (Martins Pereira et al., 2012, S. 377).

#### 4.3.2.3 Lebensgestaltung

Zu den emotionsfokussierten Strategien gehören neben der Steuerung von Gefühlen im weiter gefassten Sinn auch die Gestaltung von Freizeit, welche Gefühlsarbeit positiv beeinflussen kann. In der Studie von Koh (2015, S. 639) werden physische Zufriedenheit und Hobbys als signifikante Strategien zur Prävention von Burnout hervorgehoben. Entspannung, Yoga, Meditationen, Kreativsein oder Gartenarbeit werden in Interviews als persönliche Strategien genannt (White et al., 2004, S. 442). Die Übersichtsarbeit von Vachon (1995, S. 108) führt diese Maßnahmen und Verhaltensweisen unter *lifestyle management* an.

Soziale Unterstützung durch Freunde und Familie wird mehrfach als positiver Faktor betont. Obwohl der Austausch mit Kollegen wichtig und nützlich ist, wird in Interviews auf die Bedeutung von Personen außerhalb des Arbeitsplatzes verwiesen (Bruneau & Ellison, 2004, S. 301). Das Leben mit einem Partner wird als signifikante Variable angegeben (Rizo-Baeza et al., 2017, S. 21). Auch in der Studie von Müller et al. (2009, S. 605) steht das Privatleben als Schutzfaktor an dritter Stelle. Hierzu passend zeigt sich, dass ein sicherer Bindungsstil, also die Fähigkeit, stabile, enge Beziehungen mit Personen des eigenen Umfeldes eingehen zu können, als wirksamer Schutzfaktor gegen Burnout gesehen wird (Gama et al., 2014, S. 531).

Abb. 4 fasst die beschriebenen Ergebnisse in Anlehnung an das Stressmodell nach Lazarus schematisch zusammen.



**Abb. 4:** eigene Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus auf die Ergebnisse bezogen

Abschließend kann festgehalten werden, dass die aufgeworfenen Fragen dieser Qualifikationsarbeit unter Bezugnahme der Ergebnisse beantwortet werden können und ein Bild der Einflüsse, des Erlebens und der Bewältigung von Pflegenden im Palliative Care Bereich liefern.

## 5 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass es sowohl spezifische Situationsfaktoren als auch individuelle Personenfaktoren gibt, die als Einflüsse auf Pflegekräfte im Palliative Care einwirken. Ebenso kann festgestellt werden, dass diese zu Belastungen führen, die wiederum eine Bewertung und Bewältigung sowie Neuinterpretation von Situationen nach sich ziehen.

Nachfolgend werden zunächst Begrenzungen in der Aussagekraft der inkludierten Studien aufgezeigt. Wie in der Übersichtsarbeit von Vachon (1995) und in der Studie von Gama et al. (2014) hervorgehoben wird, nutzen Pflegende sinnvolle Bewältigungsstrategien und sind, trotz des schwierigen Arbeitsfeldes, nicht gefährdeter ein Burnout zu erleiden als andere Berufsgruppen oder Pflegende in anderen Settings. Dies mag einerseits beruhigen, muss jedoch auch kritisch betrachtet werden. Es kann sein, dass es in den Studien zu Verzerrungen gekommen ist, weil sich eher gesunde, motivierte Teilnehmende beteiligt haben (Fillion et al., 2009, S. 1308; Rizo-Baeza et al., 2017, S. 24; White et al., 2004, S. 443). Ebenso kann es durch sozial erwünschte Antworten in den Interviews der qualitativen Untersuchungen und Mixed-Method-Studien zu Verzerrungen gekommen sein. Koh et al. (2015) sprechen sogar davon, dass sich Teilnehmende aus Angst um den Arbeitsplatz nicht als Burnout gefährdet einschätzen (Koh et al., 2015, S. 640). Möglicherweise wurden stark belastete Pflegekräfte nicht erfasst, weil sie den Palliative Care Bereich als Arbeitsfeld bereits verlassen hatten. Mehrere Studien nennen die Stichprobengröße als Einschränkung für Verallgemeinerungen (Bruneau & Ellison, 2004, S. 303; Desbiens & Fillion, 2007, S. 299; O`Mahony et al., 2015, S. 191). Die geringe Rücklaufquote von nur 33,07% der quantitativen Studie von Sanso et al. (2015) könnte auch ein Indikator dafür sein, dass sich stärker belastete Personen nicht beteiligen und deren Ergebnisse damit außen vor bleiben. Alle Studien weisen mehr weibliche Teilnehmende auf, da diese im Arbeitsfeld Pflege überdurchschnittlich vertreten sind. Es stellt sich daher die Frage, ob männliche Pflegekräfte im Palliative Care geschlechtsspezifisch bedingt andere Personenfaktoren aufweisen, andere

Belastungssymptome zeigen und auch differente Strategien nutzen, die hier nicht abgebildet werden.

Religiosität wird als eine bedeutende Bewältigungsstrategie gewertet und findet in den Studien von Koh et al. (2015) und Vachon (1995) Aufmerksamkeit. Es muss angemerkt werden, dass Religiosität umso stärker Gewichtung findet, je größer die gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Glaubens ist. Dies könnte mit Aussagen des Religionsmonitors 2013 der Bertelsmann-Stiftung korrespondieren, wonach Religion eine größere Bedeutung in Nord- und Südamerika sowie in Indien und der Türkei hat, als in den übrigen europäischen Ländern (Bertelsmann Stiftung, 2018, S. 8).

Die Ergebnisse liefern auch Divergenzen. So stellt eine langjährige Erfahrung im Arbeitsfeld eine effektive Strategie dar, Situationen neu zu bewerten (Gillman et al., 2015; Vachon, 1995). Kombiniert sich diese jedoch mit dem unerfüllten Anspruch an die Palliativmedizin, so sind langjährige Pflegekräfte belasteter (Müller et al., 2009, S. 607). Höhere Qualifikationen werden als stabilisierend für die Arbeitszufriedenheit ausgewiesen (Gama et al., 2014; Hernández-Marrero et al., 2015), können aber auch das Risiko für Burnout erhöhen, wenn es um mehr Verantwortungsübernahme geht (Vachon, 1995, S. 95). Teilzeitarbeit senkt das Risiko für Burnout und Mitgefühlerschöpfung (Slocum-Gori et al., 2013, S. 176). In der Untersuchung von Bruneau et al. (2004, S. 302) wird dagegen deutlich, dass durch Teilzeitarbeit wichtige Unterstützung für und durch Kollegen gemindert wird.

Die Übertragbarkeit der einzelnen Ergebnisse auf das Setting von Palliativstationen in Deutschland ist ebenfalls eingeschränkt. Die inkludierten Studien wurden vorwiegend im internationalen Raum durchgeführt. Nur die Studie von Müller et al. (2009) beschreibt eine Umfrage zu Belastungsfaktoren, -symptomen und Bewältigungsstrategien in Deutschland und wurde über die orientierende Recherche mit aufgenommen. Weitere Studienergebnisse für Deutschland ließen sich mittels systematischer Recherche nicht finden. Die Ergebnisse aus dem internationalen Raum sind bzgl. der Standards und Richtlinien der

Palliativmedizin vergleichbar, da es eine *Europäische Gesellschaft für Palliative Care* (EAPC) (Radbruch & Payne, 2011) gibt. Im weltweiten Sektor wird dies durch die *International Association For Hospice & Palliative Care* geregelt (IAHPC, 2019). Somit sind die Belastungen, denen Pflegende ausgesetzt sind, mit den Anforderungen an das Tätigkeitsfeld international vergleichbar. Unterschiedlich bewertet werden muss allerdings der Faktor der Qualifikationen. Anders als in Deutschland nahmen in den internationalen Studien zumeist Pflegekräfte mit Bachelor- und/ oder Masterqualifikation teil, da das Qualifizierungssystem ein anders ist und Hochschulabschlüsse in der Pflege international bereits Standard sind. Die höherwertige Qualifikation, verbunden mit einer anderen inhaltlichen wie strukturellen Auseinandersetzung mit Palliative Care spezifischen Themen, wirkt sich auf die Ergebnisse aus und wurde in Kapitel 4.3.1.1 dargestellt. Arbeitsplatzbedingte Unterschiede durch verschiedene gesellschaftliche Rahmenbedingungen, erkennbar u.a. an der Höhe der Soll-Arbeitsstunden, dem Personalschlüssel und an dem Qualifikationsniveau der Mitarbeitenden, lassen sich nur bedingt vergleichen.

Die Vielfalt der Methoden in den Studien zeigt, dass sich Belastungsfaktoren und -symptome wie auch Strategien multifaktoriell darstellen lassen. Kombinationen aus verschiedenen Methoden der quantitativen wie qualitativen Forschung, also Mixed-Method-Designs, erweisen sich als adäquate Möglichkeit, Ergebnisse in diesem Feld abzubilden (Balzer et al., 2018, S. 116). Als Instrument der quantitativen Studien wird häufig das *MBI* verwendet, dass jedoch nicht als Standard festgelegt ist und z.T. in den Studien auch abgewandelt wird. Ein internationales Standardinstrument könnte eine Vergleichbarkeit verbessern.

Diese Qualifikationsarbeit weist Limitationen auf. Mittels systematischer Recherche liegen keine deutschsprachigen Studien vor. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der pflegerischen Perspektive, andere Berufsgruppen werden nicht näher betrachtet. Das gilt auch für das Setting im stationären Bereich. Das Erleben in weiteren palliativen Strukturen, wie Hospiz oder

häuslicher Versorgung, wird bewusst vernachlässigt, ebenso der Blickwinkel auf die Betreuung von unheilbar erkrankten Kindern und deren Familien sowie von Bezugspersonen bzw. Angehörigen im Allgemeinen. Nichtsdestotrotz erlaubt diese Qualifikationsarbeit Ableitungen der nachfolgenden Schlussfolgerungen.

## 6 Empfehlungen für die Praxis und Forschung

Es können einige Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschung gegeben werden. Unter Bezugnahme auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus wird deutlich, dass es sich bei den Belastungen, die auf Pflegekräfte einwirken, um ein Wechselspiel von Situations- und Personenfaktoren handelt. Nicht alle Pflegekräfte sind gleichermaßen stark belastet, es gilt also, das Augenmerk auf Rahmenbedingungen einerseits und persönliche Strukturen andererseits zu richten, um sinnvolle Strategien (vgl. Kapitel 4.3), die bereits bestehen, zu fördern und daraus Visionen abzuleiten.

Das Pflegemanagement ist aufgerufen, sich für optimierte Arbeitsstrukturen einzusetzen. Essentiell ist eine ausreichende Menge von qualifizierten Mitarbeitenden, die sich ohne Zeitdruck und Eile um Patienten wie Angehörige kümmern können und Gelegenheit haben, sich im Austausch mit Kollegen und im multiprofessionellen Team zu reflektieren und sich gegenseitig in der Arbeit zu würdigen und zu stärken. Die flächendeckende Einführung eines systematischen, betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die daraus resultierende Empfehlung.

Leitlinienorientiertes Arbeiten muss verbindlich sein, d.h. auch Maßnahmen zur fachlichen Weiterbildung und begleitende Supervisionen sollten vom Management unterstützt und aktiv befürwortet werden, damit der hohe Anspruch der Palliativmedizin auch in der Praxis umgesetzt werden kann und der Belastungsgrad minimiert wird.

Wie durch die Studie von Gama et al. (2014) hervorgehoben wird, gibt es Fachbereiche, die eine höhere Burnout-Prävalenz aufweisen. Eine weitere Studie, in der 267 Mediziner und Pflegekräfte aus dem Intensiv Care Bereich untersucht wurden, liefert dafür Hinweise (Martins Pereira, Teixeira, Carvalho & Hernández-Marrero, 2016). Die Belastungen im Intensivkontext sind möglicherweise Setting spezifisch different, finden aber in der Thematik Sterben eine gemeinsame Komponente, so dass auch Intensivfachkräfte von Weiterbildungen mit Schwerpunkt Palliative Care profitieren könnten. In einer amerikanischen Studie mit 277 Pflegekräften aus dem Intensivbereich

wird der Zusammenhang zwischen moralischer Not und psychologischer Ermächtigung deutlich (Browning, 2013). Hier zeigt sich ein positiver Effekt durch Weiterbildungen und gemeinsame ethische Entscheidungen in Konferenzen. Dies korrespondiert mit den Strategien aus dem Palliative Care Bereich und lässt sich für Interventionen nutzen.

Onkologische Stationen, die noch stärker von dem Phänomen Krebs in all seinen Dimensionen betroffen sind, gehören auch zu den Fachabteilungen mit hoher Stressbelastung. In der Studie von Gama et al. (2014, S. 532) weisen die Mitarbeitenden dieses Bereiches stärkere Burnout-Werte auf. Auch dieser Bereich kann von den Setting-spezifischen Strategien des Palliative Care partizipieren, da es hier eine gemeinsame Schnittmenge in der Begleitung von Krebspatienten gibt.

Die Ergebnisse liefern vielfältige emotionsfokussierte Strategien. Diese sollten von Arbeitgebern genutzt werden, um den Mitarbeitenden ausreichend Gelegenheit zu geben, Gestaltungsspielräume wahrzunehmen. Angebote zur Gesundheitsförderung in Unternehmen, wie z.B. Kurse für Fitness und Entspannung etc., gehören ebenso dazu, wie die Möglichkeit, sich spirituell zu entfalten. Expressives Schreiben als eine Bewältigungsstrategie wird in einer italienischen Studie im Hospizbereich genutzt und könnte auch für den klinisch-stationären Bereich ein Angebot sein (Tonarelli et al., 2018).

Die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Themen zu Sterben und Tod ist in Deutschland in der pflegerischen Grundausbildung verankert (Oelke, Hundenborn & Kühn, 2003). Auszubildenden soll die Möglichkeit gegeben werden, sich einerseits selbst zu reflektieren und sich andererseits mit rechtlichen, ethischen sowie pflegerischen Inhalten auseinanderzusetzen (Oelke et al., 2003, S. 52–53). Dieser Themenbereich bedarf einer sensiblen und verantwortungsvollen Herangehensweise durch geschultes Personal. In einer qualitativen Studie unter Studierenden der Krankenpflege werden Ängste und Befürchtungen bzgl. der Konfrontation mit Sterbenden deutlich und die Notwendigkeit frühzeitiger und umfassender Auseinandersetzung mit Themen des Palliative Care wird aufgegriffen

(Halbmayer-Kubicsek, 2015). Dies wird umso notwendiger, da sich aufgrund komplexer Zusammenhänge, wie bereits in der Einleitung formuliert, palliative Situationen auch zunehmend auf anderen Stationen ergeben werden. Schüler und Pflegekräfte, die ihren Fokus nicht explizit auf den Palliative Care Bereich legen, werden trotzdem damit konfrontiert und müssen einerseits handlungsfähig sein und andererseits auch ein Repertoire an Strategien zur Gesunderhaltung kennen und nutzen können.

Wie bereits in Kapitel 2.2.3 erwähnt, finden sich wenig qualitative Studien, die das Erleben von Palliative Care Pflegekräften darlegen. Dies kann eine Perspektive im Forschungsbereich sein, um vielfältiges Wahrnehmen weiter zu untersuchen und daraus Empfehlungen für die Praxis ableiten zu können. Die inkludierten quantitativen Studien sind überwiegend Querschnittsstudien. Zur Prozessentwicklung könnte der Fokus auf Studien im Längsschnitt gelegt werden, was mit einer Empfehlung von Lazarus korrespondiert (Rice, 2005, S. 242). Mitarbeitende auf Palliativstationen sollten motiviert werden, an Studien teilzunehmen, um einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsplatzsituation einerseits und zur persönlichen Resilienzförderung andererseits zu leisten. Im Hinblick auf die prognostizierte Entwicklung dieser Disziplin sind dafür über die Hochschulen auch die geeigneten Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Forschung in diesem Feld durchgeführt werden kann.

## Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.). (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)*. Fassung 2005/2006 + Domäne 8. Zugriff am 23.04.2019. Verfügbar unter <https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/leitlinienbewertung/delbi>
- Balzer, K., Bartholomeyczik, S., Finger, A., Holle, D., Kean, S. & Köpke, S. (2018). *Pflegewissenschaft. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- Bauer, J. (2016). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone* (Heyne, Bd. 61501, 24. Auflage, Aktualisierte Neuauflage 2016). München: Heyne.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). (2018). *Religionsmonitor 2013*. Zugriff am 30.04.2019. Verfügbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/religionsmonitor-2013/?tx\\_rsmbstpublications\\_pi2%5BfilterPreis%5D=1&tx\\_rsmbstpublications\\_pi2%5Bpage%5D=1&tx\\_rsmbstpublications\\_pi2%5Bsword%5D=Religion&cash=05c8bf9d1e41ad89cddb743b650d1a41](https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/religionsmonitor-2013/?tx_rsmbstpublications_pi2%5BfilterPreis%5D=1&tx_rsmbstpublications_pi2%5Bpage%5D=1&tx_rsmbstpublications_pi2%5Bsword%5D=Religion&cash=05c8bf9d1e41ad89cddb743b650d1a41)
- Breen, L., O'Connor, M., Hewitt, L. & Lobb, E. (2013). The "Specter" of Cancer. Exploring Secondary Trauma for Health Professionals Providing Cancer Support and Counseling. *Psychological services*, 11. <https://doi.org/10.1037/a0034451>
- Browning, A. (2013). Moral Distress and Psychological Empowerment in Critical Care Moral Distress and Psychological Empowerment in Critical Care Nurses Caring for Adults at End of Life. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 22. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>
- Bruneau, M. B. & Ellison, T. G. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital. Evaluation of a stress-reduction programme. *International journal of palliative nursing*, 10. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.6.13272>

- Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford (Hrsg.). (2019) *CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials | The EQUATOR Network*. Zugriff am 23.04.2019. Verfügbar unter <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>
- Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford (Hrsg.). (2019) *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement | The EQUATOR Network*. Zugriff am 23.04.2019. Verfügbar unter <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>
- Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford (Hrsg.). (2019) *PRISMA*. Zugriff am 04.05.2019. Verfügbar unter <http://prisma-statement.org/>
- Centre for Statistics in Medicine (CSM), NDORMS, University of Oxford (Hrsg.). *The EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research*. Zugriff am 23.04.2019. Verfügbar unter <http://www.equator-network.org/>
- Connor, S. R. & Sepulveda Bermedo, M. C. (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Hrsg.). (2014). *WHO Global Atlas on Palliative Care At the End of Life*. Zugriff am 27.04.2019. Verfügbar unter <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Desbiens, J.-F. & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*, 13. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.6.23746>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.). (2018) *Allgemeine Informationen*. Zugriff am 27.04.2019. Verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html>
- Elm, E. von, Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. & Vandembroucke, J. P. (2008). Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. *Notfall + Rettungsmedizin*, 11 (4), 260–265. <https://doi.org/10.1007/s10049-008-1057-1>
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., Bairati, I. et al. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and quality of

- life among palliative care nurses. *Psycho-oncology*, 18.  
<https://doi.org/10.1002/pon.1513>
- Gama, G., Barbosa, F. & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18 (5), 527–533.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>
- Georges, J.-J., Grypdonck, M. & Dierckx de Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital. *Journal of Clinical Nursing* (11), 785–793.
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A. & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy. A comprehensive systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13.
- Halbmayr-Kubicsek, U. (2015). Tod und Sterben- Befürchtungen und Erwartungen Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege in Bezug auf die künftige Konfrontation mit Sterben und Tod. *Pflegewissenschaft*, 17. (11), 596–603.
- Hernández-Marrero, P., Martins Pereira, S., Carvalho, A. & behalf of DELiCaSP, O. (2015). Ethical decisions in palliative care. Interprofessional relations as a burnout protective factor? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33. <https://doi.org/10.1177/1049909115583486>
- IAHPC (Hrsg.). (2019). *Vision and Mission - International Association for Hospice & Palliative Care*. Zugriff am 30.04.2019. Verfügbar unter <https://hospicecare.com/about-iahpc/who-we-are/vision-and-mission/>
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-13720-4>
- Koh, M., Heng Chong, P., Soek Hui Neo, P., Jin Ong, Y., Yong, W., Ying Ong, W. et al. (2015). Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners. A multi-centre cross-sectional study. *Palliative medicine*, 29. <https://doi.org/10.1177/0269216315575850>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (Hrsg.). (2015). *Leitlinienprogramm Onkologie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1*. Zugriff am 16.04.2019. Verfügbar unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/index.php?id=80&type=0>
- Lexa, N. (2013). *Burnout und Burnout-Prävention in der Palliative Care. Praxishandbuch für Gesundheitsfachpersonen* (Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Lowe, M. A., Gakumo, C. A. & Patrician, P. A. (2016). Coping Strategies of Nurses in a Palliative Care Unit. *Journal of National Black Nurses' Association : JNBNA*, 27.
- Martins Pereira, S., M. Fonseca, A. & Carvalho, A. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams. A mixed methods study. *International journal of palliative nursing*, 18. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.8.373>
- Martins Pereira, S., Teixeira, C. M., Carvalho, A. S. & Hernández-Marrero, P. (2016). Compared to Palliative Care, Working in Intensive Care More than Doubles the Chances of Burnout. Results from a Nationwide Comparative Study. *PloS one*, 11 (9), e0162340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162340>
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.
- Müller, M., Pfister, D., Markett, S. & Jaspers, B. (2009). Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. *Der Schmerz*, 23 (6), 600. <https://doi.org/10.1007/s00482-009-0845-y>
- Müller, M. & Schnegg, M. (2013). *Dem Sterben Leben geben. Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg* (5. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Müller, M. (H.). (2014). *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin; mit 3 Tabellen* (3., unveränderte Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- O`Mahony, S., Gerhart, J., Grosse, J., Abrams, I. & M Levy, M. (2015). Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training. Prevalence and vulnerability. *Palliative medicine*, 30. <https://doi.org/10.1177/0269216315596459>
- Oelke, U., Hundenborn, G. & Kühn, C. (2003). Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A. & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care. A systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15 (7), 1905–1933. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>
- Radbruch, L. & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa. Teil 1. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12 (05), 216–227. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276909>
- Rice, V. H. (2005). *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (Programmbereich Pflege, 1. Aufl.). Bern: Huber.
- Rizo-Baeza, M., Virginia Mendiola-Infante, S., Sepehri, A., Palazán-Bru, A., Francisco Gil-Guillón, V. & Cortés, E. (2017). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units. An analysis of associated factors. *Journal of nursing management*, 26. <https://doi.org/10.1111/jonm.12506>
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2019, 11. Mai). *Krebs in Deutschland | 2013/2014 | Krebs gesamt*. Zugriff am 11.05.2019. Verfügbar unter [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs\\_gesamt/krebs\\_gesamt\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html)
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Lopez, A., Sinclair, S. & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals` Inner Life. Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burn Out, and Coping with Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>

- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A. & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout. A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative medicine*, 27 (2), 172–178. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019a). *Statistisches Bundesamt - Sterbefälle und Lebenserwartung*. Zugriff am 30.04.2019. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019b). *Statistisches Bundesamt - Todesursachen*. Zugriff am 27.04.2019. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html)
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2019c, 30. April). *Gestorbene nach ICD-10 - Sterbefälle Sterbeziffern*. Zugriff am 30.04.2019.
- Tonarelli, A., Cosentino, C., Tomasoni, C., Nelli, L., Damiani, I., Goisis, S. et al. (2018). Expressive writing. A tool to help health workers of palliative care. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89 (6-S), 35–42. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7452>
- Vachon, M. (1995). Staff stress in hospice/palliative care. A review. *Palliative medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/026921639500900202>
- Van Staa, A. L., Visser, A. & van der Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers. Experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient education and counseling*, 41 (1), 93–105.
- White, K., Wilkes, L., Cooper, K. & Barbato, M. (2004). The impact of unrelieved patient suffering on palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*, 10. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.9.16049>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm entnommen aus Formatvorlage und modifiziert .....	6
Abbildung 2: eigene Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus .....	12
Abbildung 3: eigene Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus auf das palliative Setting bezogen.....	15
Abbildung 4: eigene Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus auf die Ergebnisse bezogen.....	28

---

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
Cochrane	Datenbank für systematische Reviews
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DAP-R	Death Attitude Profile
DELBI	Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument
DELiCaSP	Decisions in End-of-Life Care in Spain and Portugal
EE	Emotionale Erschöpfung
IAHPC	International Association for Hospice & Palliative Care
MBI	Maslach Burnout Inventory
MeSH	Medical Subject Headings
MJ Word	Major Word
PC	Palliative Care
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PsycINFO	Datenbank der American Psychological Association (APA)
PSYINDEX	Datenbank für deutschsprachige Literatur zum Fachgebiet Psychologie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PubMed	Publisher Medline, Datenbank von Medline
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
STROBE	The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
ZB Med	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin

## Anhang

## Ergebnisse der Literaturrecherche in PubMed vom 07.02.19

Datenbank	Schlagwort	Ergebnisse	Zur Eignung aufgenommen
PubMed	palliative care [MeSH Major Topic]	28473	0
	(palliative care [MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic]	1970	
	((palliative care [MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic]) AND health care quality [MeSH Major Topic]	399	
	((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic]) AND health care quality [MeSH Major Topic]) AND nurs*)	136	
	((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic]) AND health care quality [MeSH Major Topic]) AND nurs*)) AND risk factors)) NOT family[MeSH Major Topic]	3	
	palliative care [MeSH Major Topic]	28478	
	(palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Major Topic]	399	
	((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Major Topic]) OR occupational stress [MeSH Major Topic]	8493	
	((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Major Topic]) OR occupational stress [MeSH Major Topic]) AND burnout [MeSH Terms]	7646	
	(palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms]	779	
	((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms]) AND professional burnout [MeSH Terms]	100	
	(((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms]) AND professional burnout [MeSH Terms]) AND protective factors [MeSH Terms]	1	
	((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms]) AND professional burnout [MeSH Terms]) AND nurs*)	58	
	((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms]) AND professional burnout [MeSH Terms]) AND nurs*)) AND coping [MeSH Terms]	24	
((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms]) AND professional burnout [MeSH Terms]) AND nurs*)) AND coping skills [MeSH Terms]	24		

Datenbank	Schlagwort	Ergebnisse	Zur Eignung aufgenommen
PubMed	(((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms])) AND professional burnout [MeSH Terms])) AND nurs*)) AND coping skills [MeSH Terms]) OR ((((((palliative care[MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic])) AND health care quality [MeSH Major Topic])) AND nurs)	64	24
	(((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms])) AND professional burnout [MeSH Terms])) AND nurs*)) AND coping skills [MeSH Terms]) AND ((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic])) AND health care quality [MeSH Major Topic])) AND nurs)	1	
	(((((((palliative care [MeSH Major Topic]) AND psychological stress [MeSH Terms])) AND professional burnout [MeSH Terms])) AND nurs*)) AND coping skills [MeSH Terms]) OR ((((((palliative care[MeSH Major Topic]) AND behaviour [MeSH Major Topic])) AND health care quality [MeSH Major Topic])) AND nurs) Filters: published in the last 10 years; Humans	28	8

## Ergebnisse der Literaturrecherche in CINAHL vom 07.02.19

Datenbank	Schlagwort	Ergebnisse	Zur Eignung aufgenommen
CINAHL	palliative care MJ Word in Major Subject Heading	21418	
	MJ palliative care AND MJ psychological stress	160	
	MJ palliative care AND MJ psychological stress OR MJ occupational stress	8864	
	MJ palliative care AND MJ psychological stress OR MJ occupational stress AND MW burnout	1216	
	MJ palliative care AND MW psychological stress	341	
	MJ palliative care AND MW psychological stress AND MW professional burnout	12	3
	MJ palliative care AND MW psychological stress AND MW professional burnout AND MW protective factors	0	
	MJ palliative care AND MW psychological stress AND MW professional burnout AND nurs*	3	0

## Ergebnisse der Literaturrecherche in Cochrane vom 07.02.19

Datenbank	Schlagwort	Ergebnisse	Zur Eignung aufgenommen
Cochrane	palliative care all text	571	
	Palliative care keyword	43	
	Palliative care title abstract keyword	92	
	Palliative care title abstract keyword AND psychological stress title abstract keyword	1	
	Palliative care title abstract keyword AND psychological stress all text	17	0
	Palliative care title abstract keyword AND burnout title abstract keyword	0	
	Palliative care title abstract keyword AND burnout keyword	0	
	Palliative care title abstract keyword AND burnout all text	0	
	palliative care team all text	218	
	Palliative care team keyword	0	
	Palliative care team title abstract keyword	9	
	Palliative care team title abstract keyword AND psychological stress title abstract keyword	0	
	Palliative care team title abstract keyword AND psychological stress all text	3	0
	Palliative care team title abstract keyword AND burnout title abstract keyword	0	
	Palliative care team title abstract keyword AND burnout keyword	0	
	Palliative care team title abstract keyword AND burnout all text	0	

## Ergebnisse der Literaturrecherche in PsycInfo vom 07.02.19

Datenbank	Schlagwort	Ergebnisse	Zur Eignung aufgenommen
PsycINFO	palliative care MJ Word in Major Subject Heading	10128	
	MJ palliative care AND MA psychological stress	261	
	MJ palliative care AND MJ psychological stress	274	
	OR MJ occupational stress		
	MJ palliative care AND MA psychological stress	262	
	OR MA occupational stress		
	AND MA burnout		
	MJ palliative care AND MA psychological stress	261	
	OR MA occupational stress		
	AND MA burnout		
	AND MA protective factors		
	MJ palliative care AND MA psychological stress	26	
	OR MA occupational stress		
	AND MA burnout		
	AND MA protective factors		
narrow by Classification: - professional personnel attitudes & characteristics			

Ergebnisse der Literaturrecherche in PSYINDEX vom 07.02.19 und PubMed vom 14.02.19

Datenbank	Schlagwort	Ergebnisse	Zur Eignung aufgenommen
PSYINDEX	palliative care [MeSH Major Topic]	270	
	MJ palliative care AND MJ occupational stress	8	1

PubMed	palliative care [MeSH Major Topic]	28497	
	(palliative care [MeSH Major Topic]) AND nurses stress scale	8	1
	((palliative care [MeSH Major Topic]) AND nurses stress scale)) OR maslach burnout inventory	1684	
	((palliative care [MeSH Major Topic]) AND nurses stress scale)) AND maslach burnout inventory	1	1
	(palliative care [MeSH Major Topic]) AND nurses coping with stress questionnaire	10	1

## Zuordnung der inkludierten Studien

Titel	Autor	Einflüsse	Erleben	Bewältigung
The "Specter" of Cancer	Breen et al.	X		X
Palliative care stress in a UK community hospital	Bruneau et al.	X		X
Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses	Desbiens et al.	X		X
Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and quality of life among palliative care nurses	Fillion et al.			X
Personal determinants of nurses' burnout in end of life care	Gama et al.	X	X	X
Being a palliative care nurse in an academic hospital	Georges et al.			X
Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy	Gillmann et al.			X
Ethical decisions in palliative care	Hernández-Marrero et al.	X		X
Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners	Koh et al.	X	X	X
Coping Strategies of Nurses in a Palliative Care Unit	Lowe et al.			X
Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams	Martins Pereira et al.	X	X	X
Wie viel Tod verträgt das Team?	Müller et al.	X	X	X
Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training	O'Mahony et al.		X	
Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care	Parola et al.		X	
Burnout syndrome in nurses working in palliative care units	Rizzo-Baeza et al.	X	X	X
Palliative Care Professionals' Inner Life	Sansó et al.			X
Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout	Slocum-Gori et al.		X	X
Staff stress in hospice/palliative care	Vachon	X		X
Experiences and evaluation of interventions for a palliative care team	Van Staa et al.	X		X
The impact of unrelieved patient suffering on palliative care nurses	White et al.	X		X

## Tabellen der inkludierten Studien

Übersicht der inkludierten **quantitativen Studien** mit Bewertung der Qualität

Autor, Ort, Zeit	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Desbiens et al., Kanada, 2007	Zusammenhang zwischen individuellen Bewältigungsstrategien und emotionalem Stress sowie Spiritualität in der Palliativarbeit, Korrelationsstudie	n= 120 Pflegekräfte	Cope-Scale, Spiritual-Well-Being-Scale, sozio-demographische Daten	Korrelationsanalyse, multiple Regressionsanalyse	Verluste als Stressoren, Sinnstrategien zur Anpassung, Zusammenleben und positive Neuinterpretationen zur Bewältigung	nach Brandenburg für Korrelationsdesign (S. 268)	nach STROBE Statement of observational studies	allg. Kriterien erfüllt, bei den spezifischen sind Hinweise zur Finanzierung nicht aufgeführt, Kontrolle von Confounding wird ausführlich dargestellt
Fillion et al., Kanada, 2009	Auswirkung einer Intervention auf die Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität, randomisiertes Wartegruppendesign	n= 108 Personen, Experimentalgruppe: n= 56 Pflegekräfte, Kontrollgruppe: n= 53 Pflegekräfte, 99% Frauen	Fragebogenpaket und Schulungsprogramm mit vier Sitzungen	Regressionsanalyse	bedeutungszentrierte Gruppenintervention führt zu mehr Arbeitszufriedenheit im PC; kein Einfluss auf Lebensqualität und Spiritualität nachgewiesen	nach Brandenburg für quantitative Studien	nach CONSORT	allgemeine Kriterien erfüllt, spezifische ungenau: Kennzeichnung als randomisierte Studie im Titel nicht aufgeführt, Hypothesen nicht benannt, Ort der Durchführung nicht benannt, Schritte zur Geheimhaltung nicht beschrieben, Grund für Studienende wird aufgeführt, Registrierungsnummer und Protokoll nicht benannt

Übersicht der inkludierten **quantitativen Studien** mit Bewertung der Qualität

Autor, Ort, Zeit	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Gama et al. Australien, 2014	Identifizierung personenbezogener Faktoren für Burnout, Korrelationsstudie	n= 360 Pflegekräfte, davon 14,2% aus dem PC Bereich, 86,7% Frauen	MBI, Fragebogen soziodemographischen Daten, Adult Attachment Scale, purpuse-and-meaning-life-test, death-attitude-profile	Faktorenanalyse multiple Regressionsanalyse	Palliative Care Pflegekräfte weisen geringere EE und Depersonalisierung auf im Vergleich zu Pflegekräften auf anderen Stationen, Bindungsstil und Angst vor dem Tod sind Korrelationsfaktoren	nach Brandenburg für Korrelationsdesign (S. 268)	nach STROBE Statement of observational studies	allgemeine Kriterien erfüllt, Limitationen werden nicht genannt, bei den spezifischen wird das Studiendesign im Titel oder Abstract nicht eindeutig benannt
Koh et al. Singapur, 2015	Prävalenz von Burnout bzgl. arbeitsbedingter und demographischer Faktoren, Querschnitt, multizentrisch	n= 273 Personen aus dem PC Bereich davon 58,3% PC Pflegekräfte, 82,8% Frauen	MBI, 12-Punkte-Fragebogen bzgl. Gesundheit	Regressionsanalyse	höhere Arbeitszeiten führen zu höherer EE, Singles sind mehr betroffen, Arbeitende in verschiedenen Settings und in häuslicher Pflege belasteter, acht Bewältigungsmechanismen	nach Brandenburg für Querschnittsstudie (S. 268)	nach STROBE Statement-Checklist of cross-sectional studies	allg. und spezifische weitgehend Kriterien erfüllt, Ethikkriterium bleibt uneindeutig
Müller et al., Deutschland, 2009	Erfassung von Belastungsfaktoren und -symptomen sowie Schutzfaktoren im Umgang mit Tod auf Palliativstationen, quantitativ	n= 873 Mitarbeitende aus 95 Palliativstationen, davon 652 Pflegekräfte, 78,6% Frauen	Fragebogen zu Belastungsfaktoren, -symptomen und Schutzfaktoren	Faktoren- und Varianzanalyse	unerfüllter Anspruch, schwierige Beziehungen und Anzahl an Todesfällen als Belastungsfaktoren; Überredseligkeit und Spannungen als Symptome; Teamarbeit, Privatleben und Humor als Schutzfaktoren	nach Brandenburg für Beobachtungsstudien (S. 268)	nach STROBE Statement of observational studies	allgemeine und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt, konkrete Hypothesen werden nicht genannt, jedoch Zielsetzungen, Finanzierung wird nicht erwähnt, Fragebogen nicht angehängt

Übersicht der inkludierten **quantitativen Studien** mit Bewertung der Qualität

Autor, Ort, Zeit	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
O'Mahony et al., USA, 2015	PTSD bei Fachkräften im PC Bereich, quantitative Teststudie	n= 21 Personen aus dem PC Bereich, davon 10 Pflegekräfte, 81% Frauen	The Acceptance and Action Questionnaire-Version II., The Beck Depression Inventory, The Cognitive Fusion Questionnaire, The PTSD Symptom Checklist	beschreibende Analyse	PTSD bei PC Professionellen vorhanden, als Einflussfaktoren werden Tod und Treffen schwieriger Entscheidungen genannt	nach Brandenburg für Beobachtungsstudien (S. 268)	nach STROBE Statement of observational studies	weist in der spezifischen Analyse Mängel auf: Hypothese, Ort und Zeit des Settings, Bias, Analysemethoden werden nicht oder ungenau benannt, bei soziodemographischen Daten Reduktion auf Beruf und Geschlecht, kleine Stichprobengröße
Rizo-Baeza et al. Mexiko, 2017	Analyse von psychologischen, soziodemographischen und Arbeitsplatzfaktoren zu Burnout, Querschnitt	n= 185 Pflegekräfte, 87% Frauen	MBI-Fragebogen und sekundäre Variablen, SiCalidad Professionals Survey, Self-Care-Survey	Regressionsanalyse	als Burnoutfaktoren werden genannt: Alleinerziehende, hohe Arbeitszeiten, Defizit in der Selbstfürsorge	nach Brandenburg für Querschnittsstudie (S. 268)	nach STROBE Statement-Checklist of cross-sectional-studies	allg. und spezifische Kriterien erfüllt
Sanso et al. Spanien, 2015	Zusammenhänge zwischen Burnout, Mitgefühl und -erschöpfung, Selbstfürsorge und Bewusstsein für Tod, Querschnitt	n= 385 Personen aus dem PC Bereich, davon 33,2% Pflegekräfte	Online-Umfrage	Pfadanalyse bildlich dargestellt	als Copingstrategie wird genannt: hohes Maß an Bewusstsein und emotionalem Gleichgewicht Kearney & Weininger Modell zur Selbsthilfe	nach Brandenburg für Querschnittsstudie (S. 268)	nach STROBE Statement-Checklist of cross-sectional-studies	allg. Kriterien erfüllt, bei den spezifischen werden Angaben zu Zeitraum der Rekrutierung und Exposition sowie zur Finanzierung nicht aufgeführt

Übersicht der inkludierten **quantitativen Studien** mit Bewertung der Qualität

Autor, Ort, Zeit	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Slocum-Gori et al., Kanada, 2013	Zusammenhang zwischen Mitgefühl, Mitgefühlser-schöpfung und Burnout, Korrelationsstudie	n= 503 Personen aus dem PC Bereich, davon 203 Pflegekräfte, 82,4% Frauen	Professional Quality of Life Scale, Fragebogen mit sozio-demographischen Daten	Korrelations-analyse	signifikante negative Korrelation zwischen Mitgefühlzufriedenheit und Burnout sowie positive zwischen Burnout und Mitgefühlsmüdigkeit	nach Brandenburg für Korrelations-design (S. 268)	nach STROBE Statement-Checklist of observational studies	allgemeine und spezifische weitgehend Kriterien erfüllt, Angaben zu ethischen Aspekten werden nicht deutlich, Pilotstudie mit Fokusgruppe zur Pre-Testung durchgeführt

Übersicht der inkludierten **Mixed-Method-Studien** mit Bewertung der Qualität

Autor, Ort, Zeit	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Bruneau et al., England, 2004	arbeitsbedingte Belastungen, Umgang mit Stress und Bewertung eines Stress-Abbauprogramms, Vorher-Nachher-Design	n= 18 weibliche Pflegekräfte aus dem PC Bereich	nurses stress scale (NSS), Nurses Coping With Stress Questionnaire (NCWSQ), halbstrukturierte Interviews je 30 Min., Stress-Reduktionsprogramm mit zwei Sitzungen à zwei Stunden und abschließendem Fragebogen	Varianzanalyse, qualitative Analyse nach Silvermann, qualitative Inhaltsanalyse nach Flick	Stressabbauprogramm wird positiv bewertet, aber quantitative Belege finden sich nicht, Familie und Freunde als Hauptbewältigungsstrategien, Teilzeitarbeit mindert Unterstützung für Kollegen	Brandenburg für Beobachtungsstudien (S. 268) und für qualitative Studien (S. 267)	nach STROBE Statement Checklist of observational studies und nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allg. und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt. Validierung wird nicht aufgeführt, Designtypus wird nicht klar formuliert
Hernandez et al., Portugal, 2015	Ethische Entscheidungen und der Zusammenhang mit Burnout im PC Bereich,	n= 88 Personen aus 9 Teams, 82% Frauen	Fragebogen, MBI, Interviews mit 2 Personen je Team, Beobachtungen in allen Teams	Hypothesentests, logistische Regressionsanalyse, induktive Datenanalyse	signifikanter Zusammenhang zwischen ethischen Entscheidungen und Burnout ergibt sich nicht, als Schutzfaktoren werden genannt: Teamarbeit, Ethikkomitees, Leitlinien, Weiterbildung	nach Brandenburg für Beobachtungsstudien (S. 268) und für qualitative Studien (S. 267)	nach STROBE Statement Checklist of observational studies und nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allgemeine und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt, Designtypus wird nicht klar formuliert, Limitationen werden nicht ausführlich beschrieben, Interview- und Beobachtungsleitfaden liegen der Studie nicht bei

Übersicht der inkludierten **Mixed-Method-Studien** mit Bewertung der Qualität

Autor, Ort, Zeit	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Martins Pereira et al., Portugal, 2012	Identifizierung von Burnout, Risiko- und Schutzfaktoren sowie emotionale Auswirkungen im PC Bereich,	n= 9 Teams der Portugese Association for Palliative Care, 88% Frauen	n= 73 abgeschlossene MBI, 11 halbstrukturierte Interviews, 240 h Beobachtungen in jedem Team, Tagebuchaufzeichnungen	Faktorenanalyse, induktive Datenanalyse und Themenbildung	Arbeitsüberlastung, Desorganisation und Beziehungsprobleme im Team/ mit Patienten/ Angehörigen werden als häufigste Risikofaktoren genannt, als Schutzfaktoren werden aufgeführt: positive Auswirkungen von Pflegemaßnahmen, gelebte Fürsorge-Ethik; als Strategien werden genannt: Teambesprechungen, gemeinsame Aktivitäten, Rituale	nach Brandenburg für Beobachtungsstudien (S. 268) und für qualitative Studien (S. 267)	nach STROBE Statement Checklist of observational studies und nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allgemeine und spezifische Gütekriterien weitgehend erfüllt, qualitativer Anteil wird stärker bewertet, Ergebnisse werden durch die Teilnehmenden validiert
van Staa et al., Niederlande, 2000	Prozessbewertung bei Implementierung einer neuen Palliativstation mit Blick auf arbeitsbezogenen Stress und soziale Unterstützung	n= 24 Personen, 87,4% Frauen	Fragebögen zu vier Zeitpunkten, Dokumente, Protokolle, halbstrukturierte Interviews	statistische Datenanalyse, qualitative Analyse nach Kwalitan	Es werden Faktoren für berufsbedingten Stress deutlich, besonders spezifische einer neuen Station: Fehlen von klar def. Rollen, hektischer Start, Unsicherheit über Fortbestand, hohe Arbeitsbelastung durch Komplexität der Versorgung	nach Brandenburg für Beobachtungsstudien (S. 268) und für qualitative Studien (S. 267)	nach STROBE Statement Checklist of observational studies und nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	weist Schwächen in den allg. und spez. Kriterien auf: Fragestellung, ethische Aspekte, Limitationen, Übertragbarkeit werden nicht deutlich, Fragebögen nicht aufgeführt Validierung findet durch Feedback der Teilnehmenden statt

Übersicht der inkludierten **qualitativen Studien** mit der Bewertung der Qualität

Autor	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Breen et al., USA, 2013	Die Rolle der Fachkräfte bei der Unterstützung von Krebspatienten, krebsbedingte Verlusterfahrungen und emotionale Anforderungen, Grounded Theory	n= 38 Gesundheitsexperten, darunter 6 Pflegekräfte	halbstrukturierte Interviews, 23 persönlich, 10 telefonisch, Dauer 19-84 Min.	wechselseitige Datenerhebung und -analyse bis zur Sättigung	vier Hauptthemen werden genannt: Rolle der Beratung bei Trauer, Arbeit mit Patienten, Eigenschaften von krebsbedingten Verlusten, emotionale Anforderungen	nach Brandenburg für qualitative Studien (S. 267)	nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allg. und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt, komm. Validierung im Forscherteam, Triangulation durch Dateninterpretation der Forscher, Interviewleitfaden liegt nicht vor.
Georges et al., Belgien, 2002	Wahrnehmung der Rolle in der Palliativarbeit	n= 14 Pflegekräfte aus dem PC Bereich	halbstrukturierte Interviews, Dauer bis 90 Min., Beobachtungen am Arbeitsplatz über Zeitraum von 35 Tagen	Datenanalyse durch konstante Vergleichsmethode nach Strauss	divergierend Wahrnehmungen in der Arbeitshaltung erkennbar, Schwerpunkte der Rolle im rational-wissenschaftlichen Arbeiten oder in der fürsorglichen Haltung	nach Brandenburg für qualitative Studien (S. 267)	nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allg. und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt, Validierung wird nicht deutlich, Methodentriangulation wird durchgeführt, Interviewleitfaden liegt nicht vor

Übersicht der inkludierten **qualitativen Studien** mit der Bewertung der Qualität

Autor	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Lowe et al., USA, 2016	Beschreibung von Bewältigungsstrategien	n= 11 Pflegekräfte (9 Frauen, 2 Männer)	10 schriftliche Fragen zu Strategien	induktive Datenanalyse mit Kategorienbildung	als drei Hauptkategorien werden genannt: Bewältigungsstrategien durch Spiritualität, Unterstützung von Kollegen und Nutzung von Ressourcen	nach Brandenburg für qualitative Studien (S. 267)	nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allg. und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt, komm. Validierung im Forscherteam, Triangulation durch Dateninterpretation der Forscher Anonymität fraglich durch Beschreibung von Alter und Berufserfahrung im Text, Interviewleitfaden aufgeführt
White et al., Australien, 2004	Auswirkungen von ungemindertem Patientenleiden auf PC Pflegekräfte,	n= 9 Pflegekräfte aus dem PC Bereich (8 Frauen, 1 Mann)	halbstrukturierte Interviews, Dauer 40-60 Min.	Datenanalyse und -extraktion	ungemindertem Leiden kann zu Ängsten, Verlustgefühlen und körperlichen Symptomen führen	nach Brandenburg für qualitative Studien (S. 267)	nach Mayring (vgl. Mayer S. 114-115)	allg. und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt, Schneeballverfahren als Rekrutierungsmethode, Ort der Interviews wird nicht genannt, komm. Validierung im Forscherteam, Triangulation durch Dateninterpretation der Forscher, Interviewleitfaden liegt vor

Übersicht der inkludierten **Reviews** mit Bewertung der Qualität

Autor	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Analyseinstrument allgemein	Analyseinstrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Gillmann et al., Australien, 2015	Identifizierung von persönlichen und organisatorischen Strategien, um den Umgang mit der Belastbarkeit zu fördern	20 Studien: acht quantitative, acht qualitative, vier mixed-methods	Literaturrecherche, Fragestellung, Auswahlprozess von Studien	Datenextraktion, Systematisches Review für quantitative Ergebnisse, Metasynthese für qualitative Ergebnisse	verschiedene Kategorien werden aufgestellt: Verbindungen im Team fördern, Trainingsangebote zur Stressreduktion machen, Verarbeitung von Emotionen, Lernen aus Erfahrungen	nach Brandenburg für systematische Reviews (S.271)	nach PRISMA für systematische Reviews	allg. und spezifische Kriterien erfüllt, ausführliches Datenmaterial zu Suchstrategien, Bewertungsinstrumenten, Datenextraktion, Auflistung aller ausgeschlossenen Studien mit Begründung, detaillierte Tabelle für inkludierte Studien
Parola et al., Portugal, 2017	Prävalenz von Burnout bei Fachkräften im PC Bereich	acht Querschnittstudien	Fragestellung, Literaturrecherche und Auswahlprozess von Studien	Datenextraktion, Metasynthese nicht möglich, Ergebnisse in narrativer Form und Tabellen	Prävalenz von Burnout ist in Gesundheitsberufen vorhanden, Sozialarbeiter stärker als Pflegekräfte und Ärzte betroffen, häuslicher Bereich höher	nach Brandenburg für systematische Reviews (S.271)	nach PRISMA für systematische Reviews	allg. und spezifische Kriterien weitgehend erfüllt. Datenmaterial zu Suchstrategien, Auflistung aller ausgeschlossenen Studien mit Begründung, detaillierte Tabelle für inkludierte Studien
Vachon et al., Kanada, 1995	Übersicht zu Stress im PC Bereich	25 Studien aus dem Zeitraum von 1976-1993	keine Instrumente benannt	keine Methoden benannt	Arbeitsumfeld als ein Hauptstressor, Hilfe für Pflegekräfte wichtig	Keine Analyse nach allg. und spezifischen Kriterien, da kein systematisches Review. Wird als frühes Grundlagenwerk aus dem Palliativ-Care-Bereich mitaufgenommen.		

Übersicht der inkludierten **S3-Leitlinie** mit Bewertung der Qualität

Autor	Fragestellung, Design	Stichprobe	Datenerhebung, Instrumente	Analyse-methoden	Ergebnisse	Analyse-instrument allgemein	Analyse-instrument spezifisch	Kommentar zur Güte
Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH).	Erstellung einer S3-Leitlinie zur Verbesserung der Symptomkontrolle und palliativ-medizinischen Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und deren Angehörigen	180 Volltexte inkludiert	Literaturrecherche, Auswahlprozess, Evidenzklassifikation nach SIGN	Empfehlungen an Evidenzbewertung und -stärke orientiert, Beantwortung von 56 Schlüsselfragen mithilfe von sieben Arbeitsgruppen, formales Konsensusverfahren, Patientenbeteiligung	Verbesserung der Symptomkontrolle bei Palliativpatienten mit Empfehlungen bzgl. Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation, Sterbephase und Versorgungsstrukturen		mit DELBI Fassung 2005/2006 + Domäne 8	In den Domänen überwiegend Beantwortung mit "3" oder "4" . Angaben zu einer Pilotstudie, organisatorischen Barrieren, finanziellen Auswirkungen durch die Leitlinie oder obsoleteren Maßnahmen werden nicht gemacht.

## Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Das palliative Setting aus pflegerischer Perspektive – Einflüsse, Erleben und Bewältigung“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Lüdenscheid, 03.06.2019

Kristina Seidler-Rolf

## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird.

Lüdenscheid, 03.06.2019

Kristina Seidler-Rolf