

Care for Carer: Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care

Eine systematische Literaturrecherche

Bachelor-Thesis

Szalai Pascale Laura

Matrikel-Nr. 20-269-171

Zurbriggen Flavia

Matrikel-Nr. 20-269-049

Berner Fachhochschule Departement Gesundheit

Bachelor of Science Pflege, VZ20

Referentin

Fliedner Monica, PhD, Pflegeexpertin
APN Palliative Care

Bern, 27.06.2023

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Fragestellung der Arbeit	6
1.2 Ziel der Bachelor-Thesis	6
2 Theoretische Grundlagen	8
2.1 Palliative Care	8
2.2 Pädiatrische Palliative Care	8
2.3 Heutiger Stand der Palliative Care, inklusive der Pädiatrischen Palliative Care, in der Schweiz	10
2.4 Coping	11
2.4.1 Resilienz	13
2.5 Compassion	14
3 Methode	16
3.1 Literaturrecherche	16
3.2 Auswahl der Studien	17
4 Ergebnisse	20
4.1 Tabellarische Zusammenfassung der eingeschlossenen Literatur	20
4.2 Synthese	38
4.2.1 Interpersonelle Coping-Strategien: beruflich	39
4.2.2 Interpersonelle Coping-Strategien: privat	40
4.2.3 Intrapersonelle Coping-Strategien: Grenzen & Distanzierung	41
4.2.4 Intrapersonelle Coping-Strategien: Emotionen & Gedanken	42
4.2.5 Intrapersonelle Coping-Strategien: Rituale & Glaube	43
5 Diskussion	46
5.1 Kritische Würdigung der Literatur	46
5.2 Diskussion der Ergebnisse	51
5.2.1 Interpersonelle Coping-Strategien	51

5.2.2	Intrapersonelle Coping-Strategien	55
5.2.3	Zusätzliche kontextbezogene Faktoren	60
5.3	Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung	63
5.4	Stärken und Limitationen	64
6	Schlussfolgerung	66
6.1	Theorie-Praxis-Transfer	66
6.2	Empfehlungen für die Forschung	67
7	Literaturverzeichnis	68
8	Abbildungsverzeichnis	74
9	Tabellenverzeichnis	75
10	Anhang	76
10.1	Eingeschlossene Studien	76
10.2	Ausgeschlossene Studien	77
10.3	Übersicht der eingeschlossenen Studien	79
10.4	Selbständigkeitserklärungen	82

ABSTRACT

Einleitung: Die Pädiatrische Palliative Care ist ein junges Fachgebiet und wird in der Gesellschaft oft tabuisiert. Für die Familie aber auch für Gesundheitsfachpersonen, welche ein Kind in der palliativen Phase begleiten, ist es sehr belastend. Kinder im palliativen Setting zu pflegen, ist eine schwierige und emotionale Aufgabe. Wenn eine Situation als belastend und herausfordernd eingeschätzt wird, können Coping-Strategien helfen, damit umzugehen.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelor-Thesis ist es, Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care zu erarbeiten, um mit der Belastung umgehen zu können.

Methode: Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche in Datenbanken wurde nach Literatur gesucht. Zehn Studien wurden eingeschlossen, zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Ergebnisse: Es wurden zwei Oberthemen erarbeitet: inter- und intrapersonelle Coping-Strategien. Bei den interpersonellen Coping-Strategien zeigte sich der Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen, Unterstützungsangebote der Institution sowie Gespräche im privaten Umfeld als hilfreich. Bei den intrapersonellen Coping-Strategien wurden die Themen Grenzen ziehen, Distanzierung, unterstützende Gedanken, emotionaler Umgang, Rituale und Glauben gefunden. Coping-Strategien sind individuell und jede Pflegefachperson muss die passende für sich finden.

Schlussfolgerung: Ausgehend von den Ergebnissen können Empfehlungen für die Praxis und die Forschung aufgeführt werden. In der Ausbildung sollte das Thema der Coping-Strategien integriert werden, um Pflegefachpersonen bestmöglich auf den Umgang mit belastenden Situationen vorzubereiten. In den Institutionen braucht es mehr Unterstützungsangebote für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care. Weiterer Forschungsbedarf besteht deshalb vor allem im Bereich von institutionellen Angeboten sowie Coping-Strategien während dem ganzen Palliative Care Prozess.

Keywords: Coping, Nurse, Palliative Care, Pediatric Palliative Care, End-of-Life Care

1 EINLEITUNG

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit und die Unterstützung der Angehörigen. Mit Palliative Care wird eine individuelle und optimale Lebensqualität für Patientinnen und Patienten bis zum Tod angestrebt. Mit medizinischen Behandlungen, pflegerischen Interventionen sowie psychologischer, sozialer und spiritueller Unterstützung wird darauf abgezielt, Leiden zu lindern und Komplikationen zu vermeiden (Bundesamt für Gesundheit, 2020). Im Jahr 2022 gab es 74'425 Todesfälle in der Schweiz. Davon waren 63% im Alter von über 80 Jahren (Bundesamt für Statistik, 2022). In jungen Jahren, also zwischen 0 und 19 Jahren, zu sterben ist selten. Sie machen weniger als 1% der Todesfälle aus (Streuli et al., 2018). In der Schweiz sterben pro Jahr 400 bis 500 Kinder. Knapp 40% der Kinder versterben in den ersten vier Lebenswochen (Bergsträsser et al., 2016). Die Todesursachen von Neugeborenen sind zu 97% aufgrund von angeborenen Krankheiten und geburtsbedingten Problemen (Bundesamt für Statistik, 2019). Krankheitsbedingte Todesfälle durch neurologische Erkrankungen, Krebs- und Herzerkrankungen, treten nach dem ersten Lebensjahr am häufigsten auf. Rund die Hälfte aller Todesfälle ab dem zweiten Lebensjahr ereignen sich aufgrund von Unfällen (Bergsträsser et al., 2016). Strassenverkehrsunfälle, Stürze und Unfälle durch Ertrinken gehören dabei zu den häufigsten Todesursachen (Bundesamt für Statistik, 2021). In der Schweiz leben ungefähr 5'000 Kinder¹, die einen Bedarf an einer palliativen Versorgung haben (Bergsträsser et al., 2020). Eines von fünf Kindern stirbt zu Hause. Die meisten Kinder jedoch sterben auf der Intensivstation eines Spitals. Um die Kinder und deren Familien im palliativen Setting zu begleiten, benötigt es ein passendes und individuelles Angebot. Man spricht hier von der Pädiatrischen Palliative Care (Bergsträsser et al., 2016). Dieses wird in der Schweiz zwar angeboten, doch ist es nicht flächendeckend respektive nicht alle betroffenen Kinder und Familien haben Zugang dazu (Bundesamt für Gesundheit, 2020). Zudem ist die Pädiatrische Palliative Care in der Gesellschaft zu wenig bekannt und/oder wird oft tabuisiert (Bergsträsser et al., 2020). Für die Familie wie auch für Gesundheitsfachpersonen, welche ein Kind in der palliativen Phase begleiten, ist es eine enorm belastende Situation. Im Setting der Pädiatrischen Palliative Care fehlt es an Wissen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Richtlinien für die Betreuung von unheilbaren und sterbenden Kindern (Bergsträsser et al., 2016).

¹ Mit Kind sind in der ganzen Arbeit Kinder und Jugendliche im Alter von 0 – 19 Jahre gemeint.

Wenn ein Kind stirbt, ist dies unnatürlich und entspricht nicht dem natürlichen Zyklus des Lebens. Eltern, Geschwister, Angehörige und auch Gesundheitsfachpersonen trauern um den Verlust des Kindes (Morgan, 2009). Die Studie von Atout (2020) zeigt auf, dass es eine schwierige und emotionale Aufgabe ist, Kinder im palliativen Setting zu pflegen. Pflegefachpersonen äussern, dass der Übergang von kurativer zur palliativen Pflege schwierig zu bewältigen sei. Weitere Herausforderungen wie Personal- und Zeitmangel seien ein zusätzliches grosses Hindernis in der Pädiatrischen Palliative Care. Schuldgefühle der Pflegefachkräfte werden durch das Wissen, dass invasive Behandlungen das Leben des Kindes nicht mehr verlängern können, weiter intensiviert (Atout, 2020). Ethische Konflikte sind eine weitere Quelle für Stress sowie auch mögliche Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Kind oder dessen Eltern sind eine Belastung für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care (McCloskey & Taggart, 2010). Die palliative Begleitung eines Kindes beeinflusst neben dem beruflichen Leben der Pflegefachpersonen, auch ihr persönliches (Atout, 2020). Die Arbeit mit sterbenden Kindern und deren Eltern können Gefühle des Ungenügens, der Hilf- und Kraftlosigkeit auslösen (Streuli et al., 2018). Die Mehrheit der Pflegefachpersonen reagiert nach dem Tod eines Kindes mit Schuldgefühlen, depressiven Symptomen und dem Bedürfnis zu weinen. Infolgedessen ziehen sie sich zum Teil von alltäglichen Aktivitäten zurück (Atout, 2020). Im Umgang mit belastenden Situationen stehen für Gesundheitsfachpersonen das Erkennen von Belastungssituationen und Stress im Zentrum. Sie sind einem Risiko für emotionale Verarmung oder Burnout ausgesetzt, wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen Stress und Resilienz kommt (Streuli et al., 2018). Wenn eine Situation als belastend eingeschätzt wird, können Coping-Strategien helfen damit umzugehen und den Schaden zu minimieren (Gerrig, 2018). Es ist zu vermuten, dass es vielfältige Coping-Strategien gibt, um Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care zu unterstützen. Dafür wurde eine Fragestellung formuliert und zu deren Beantwortung eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

1.1 Fragestellung der Arbeit

Welche Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care werden in der Literatur beschrieben?

1.2 Ziel der Bachelor-Thesis

Das Ziel dieser Bachelor-Thesis ist es, individuelle Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care auf Grund der Literatur zu erarbeiten. Wie bereits erwähnt ist die Pädiatrische Palliative Care in der Gesellschaft zu wenig bekannt

und wird oft tabuisiert. Es ist Zeit dies zu ändern. Über die Belastung der Pflegefachpersonen wird kaum öffentlich gesprochen. Deshalb sollen die Relevanz und die Wichtigkeit des Themas dargelegt werden.

Diese Bachelor-Thesis soll Pflegefachpersonen im Pädiatrischen Palliative Care Setting unterstützen, besser mit den herausfordernden Situationen im Alltag umgehen zu können. Damit soll auch gezeigt werden, dass viele Pflegefachpersonen von einer beruflichen Belastung betroffen sind. Mit der Beantwortung der Fragestellung können Pflegefachpersonen die für sie passende Coping-Strategie finden. Wenn Pflegefachpersonen mit diesen schwierigen und emotionalen Situationen durch passende Coping-Strategien umgehen können, hat dies vermutlich eine positive Auswirkung auf die Versorgung der Kinder und deren Familien sowie auf das Team.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

In diesem Kapitel werden verschiedene theoretische Grundlagen erläutert. Die Theorien, Modelle und Konzepte sollen einen Überblick verschaffen, um das gewählte Thema zu verstehen und die Forschungsfrage in einen grösseren Kontext zu setzen.

2.1 Palliative Care

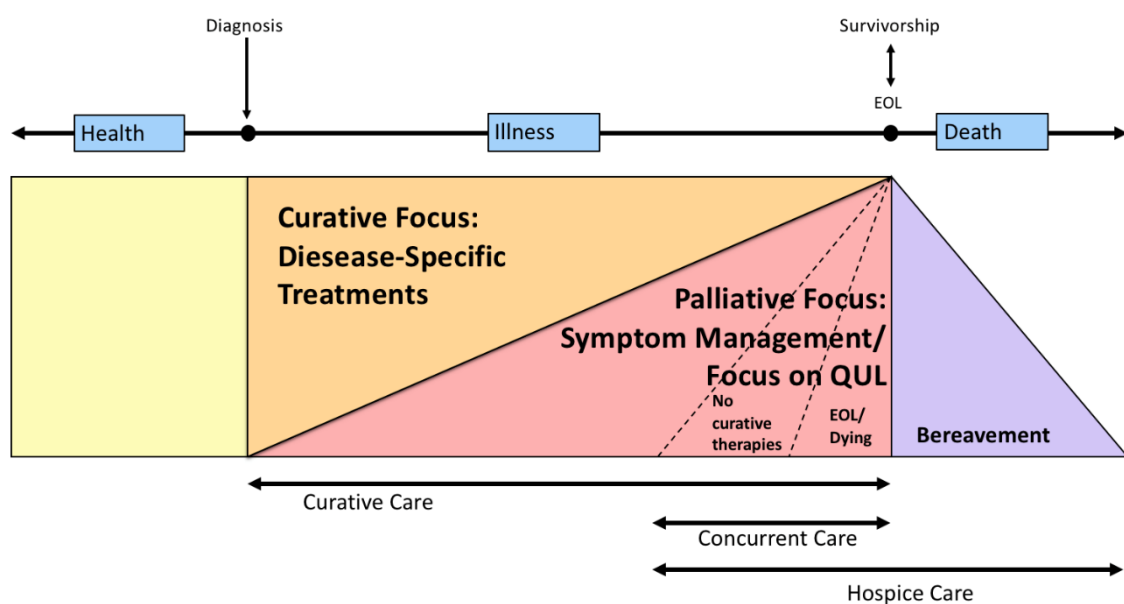
Palliative Care beschäftigt sich mit der Betreuung und Behandlung von Menschen mit einer unheilbaren, lebensbedrohenden und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Palliative Care soll frühzeitig und vorausschauend miteinbezogen werden. Es kann als Ergänzung zu kurativen Massnahmen dienen, was als «concurrent care» bezeichnet wird (Norris et al., 2019; Pyke-Grimm et al., 2021). Das Ziel besteht darin, den holistischen und interdisziplinären Ansatz im Team den Patientinnen und Patienten anzubieten. Dieser Teamansatz kann den Betroffenen und vor allem deren Familien Hoffnung geben (Pyke-Grimm et al., 2021). Der Fokus liegt nicht mehr in der Kuration der Krankheit, sondern darauf, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende des Lebens aufrechtzuerhalten. Dies geschieht durch Lindern und Vorbeugen von Leiden und dem frühzeitigen Erkennen von Komplikationen. Palliative Care geht auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ein und wird an der Situation angepasst. Es besteht aus pflegerischen, medizinischen, psychologischen und spirituellen Interventionen, um die Patientinnen und Patienten auf allen Ebenen zu unterstützen. Dazu gehört auch der Einbezug der Bezugspersonen. Diese werden angemessen in den Betreuungsplan integriert (Bundesamt für Gesundheit, 2020).

2.2 Pädiatrische Palliative Care

Bei der Pädiatrischen Palliative Care steht der aktive und holistische Ansatz im Mittelpunkt, um die Kinder und deren Familien zu begleiten. Ein Kind ist sehr stark in ein Familiensystem eingebunden und Eltern sowie Geschwister haben ein Recht auf Unterstützung. Im Kindesalter treten seltene Erkrankungen häufiger auf als bei Erwachsenen und die Bandbreite an Krankheiten ist vielfältiger und umfassender. Der Sterbeprozess führt zu Unsicherheiten in der Familie aber auch oft im Behandlungsteam. Es fällt den Gesundheitsfachpersonen oft schwer, sich vom kurativen Ansatz zu entfernen und das Therapieziel zu ändern (Streuli et al., 2018). Ob ein Kind palliativ begleitet wird, wird anhand des Krankheitsverlaufes und der Bedürfnisse der Familie und des Bedarfes einer umfassenden, problem- und prozessorientierten Betreuung entschieden. Die Diagnose allein ist also nicht ausschlaggebend für die Notwendigkeit einer palliativen Versorgung. Nach wie vor gibt es grosse Missverständnisse mit dem Thema Palliative Care. Viele verbinden es nur mit Sterbebegleitung, wie zum Beispiel dem Beenden von

Therapien oder Therapieverzicht. Die Pädiatrische Palliative Care steht auch für Freiräume, Wünsche und Selbstbestimmtheit des schwer kranken Kindes und dessen Familie (Bergsträsser et al., 2020). Die Symptomlinderung und Erhaltung der Lebensqualität des Kindes und der Familie steht im Vordergrund (Streuli et al., 2018). Hoffnung ist eine wichtige Stütze und kann bis zum Tod ein Antrieb sein. Pädiatrische Palliative Care kann deswegen auch bereits im kurativen Setting sinnvoll sein, um so die Lebensqualität zu erhalten (Streuli et al., 2018). In der Abbildung 1 wird die Kontinuität der Palliative Care grafisch dargestellt. Im optimalen Fall sollen die Betreuung und Begleitung schon früh beginnen und kann für die Angehörigen auch über den Tod hinaus gehen (Benini et al., 2022).

Abbildung 1: Kontinuität der Palliative Care



Notiz: In Anlehnung an Pyke-Grimm et al., 2021, S.2.

Das Pädiatrische Palliative Care -Team ist multiprofessionell und deshalb ist eine gute Kommunikation unter den Gesundheitsfachpersonen unabdingbar. Das Team soll dem Kind und dessen Familie Unterstützung auf der physischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Ebene anbieten (Bergstraesser, 2013; Streuli et al., 2018).

In der Studie von McCloskey & Taggart (2010) kristallisierten sich vier Stressoren heraus, welche Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care erleben: die Arbeitsanforderungen, die Beziehungen, die Aufrechterhaltung der Kontrolle und die Unterstützung und Rolle als Pflegefachperson. Die Arbeitsanforderung beinhaltet die Arbeitsbelastung, die Arbeitsabläufe und das Arbeitsumfeld, welche einen Einfluss auf die Pflegefachpersonen haben. Die Art und Grad der Beziehung mit der Patientin oder dem Patienten und deren Familie beeinflussen das Erleben der Situation der Pflegefach-

personen. Der nächste Stressor in der Pädiatrischen Palliative Care ist die Unvorhersehbarkeit eines Arbeitsalltages und der damit einhergehende Verlust der Kontrolle. Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care schätzen die Unterstützung durch die Führungsperson und eine klare Rollen- und Kompetenzverteilung.

2.3 Heutiger Stand der Palliative Care, inklusive der Pädiatrischen Palliative Care, in der Schweiz

Die palliative Versorgung in der Pädiatrie ist ein junges Fachgebiet und noch wenig entwickelt. Die Ansprüche an die palliative Begleitung von Kindern unterscheiden sich wesentlich zu denen der Palliative Care bei erwachsenen Patientinnen und Patienten. Der Standard der Palliative Care für Kinder in der Schweiz liegt weit unter dem Niveau der anderen europäischen Länder (Bergsträsser et al., 2020). Es fehlt im Setting der Pädiatrischen Palliative Care an Wissen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Richtlinien für die Betreuung von unheilbaren und sterbenden Kindern (Bergsträsser et al., 2016). Da die Schweiz generell hochstehende medizinische Versorgung anbietet, besteht eine Diskrepanz. Im gesundheitlichen politischen Aspekt wurden Lücken in der palliativen Versorgung gefunden, wie die Finanzierung, die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen und die Forschung. Mit den Massnahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 bis 2012 und 2013 bis 2015 sollten diese Lücken geschlossen werden. Im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern fehlt in der Schweiz eine gesetzliche Verankerung, die Palliative Care als Bestandteil der medizinischen Grundversorgung vorschreibt. Das heisst, in der Schweiz sind Institutionen des Gesundheitswesens nicht verpflichtet Palliative Care anzubieten. Die unterschiedlichen kantonalen Regelungen haben zur Folge, dass Patientinnen und Patienten unterschiedlich betreut werden (Bergsträsser et al., 2020). In der Schweiz sind die spezialisierte Pädiatrische Palliative Care Angebote nicht flächendeckend respektive nicht alle betroffenen Kinder und deren Familien haben Zugang dazu (Bundesamt für Gesundheit, 2020). Durch die erwähnte Nationale Strategie Palliative Care gab es einen deutlichen Anstieg an Angeboten für die erwachsenen Patientinnen und Patienten in der allgemeinen sowie spezialisierten Palliative Care. Der Bereich der Kinder wurde nur marginal betrachtet. Stand 2020 gibt es drei etablierte Zentren für Kinder. In Zürich liegt das grösste Zentrum, zwei weitere liegen in St. Gallen und in Lausanne (Bergsträsser et al., 2020). Von diesen existiert keines länger als zehn Jahre (Bergsträsser et al., 2016). Die Pädiatrische Palliative Care wird nach und nach in den Kinderspitäler von Basel, Bern und Luzern aufgebaut. Die Kinderspitex-Organisationen bieten bereits Pädiatrische Palliative Care an. Zusätzlich wurden Unterstützungsangebote für Familien aufgebaut (Bergsträsser et al., 2020). Lange gab es in der Schweiz keine Kinderhospize, seit einigen Jahren sind nun

an verschiedenen Orten solche Angebote im Aufbau. Im Jahr 2023/2024 soll das Erste eröffnet werden (Allani, 2022). Die Plattform Palliative Care die vom Eidgenössischen Departement des Innern 2017 geschaffen wurde und vom Bundesamt für Gesundheit koordiniert wird, haben ein Projekt namens „Palliative Care für vulnerable Patientengruppe“ gestartet. Darin liegt der Fokus auf Menschen die bisher beschränkt Zugang zu palliativen Angeboten hatten, dies schliesst Kinder mit ein (Bergsträsser et al., 2020).

In der Schweiz wurde im Jahr 2016 zum ersten Mal eine umfassende und systematische Studie über die Pädiatrische Palliative Care durchgeführt. Das Ziel der Studie namens „PELICAN“ war es, den heutigen Stand der Betreuung zu erfassen und daraus Empfehlungen abzuleiten. Die Studie ist in drei Teile gegliedert: Krankheitsverläufe der Kinder; Erfahrung, Bedürfnisse und Zufriedenheit der Eltern; Erfahrungen und Bedürfnisse der Gesundheitsfachpersonen. Dabei wurde festgestellt, dass spezialisierte Palliative Care Teams für Kinder eine gewünschte Unterstützung für die Gesundheitsfachpersonen wären. Es wurde einen markanten Unterschied zwischen Kliniken entdeckt, die eine Palliative Care Team besitzen, und bei denen keine vorhanden waren (Bergsträsser et al., 2016).

2.4 Coping

„Der englische Begriff Coping [...] beschreibt jede Form der Auseinandersetzung bzw. des Umgangs mit psychischen und physischen als belastend empfundenen Situationen oder erwarteten Ereignissen, welche die Ressourcen einer Person berühren oder übersteigen bzw. einschränken“ (Gerrig, 2018, S. 482). Der Begriff Coping beschreibt den Umgang und die Auseinandersetzung mit einer physisch oder psychisch belastenden Situation oder einem erwartenden Ereignis, welches die Ressourcen einer Person überschreiten. Dazu gehören kognitive und verhaltensmässige Bemühungen, um mit dem Stress der Situation umgehen zu können. Das Ziel ist es den Schaden für die betroffene Person zu minimieren (Gerrig, 2018).

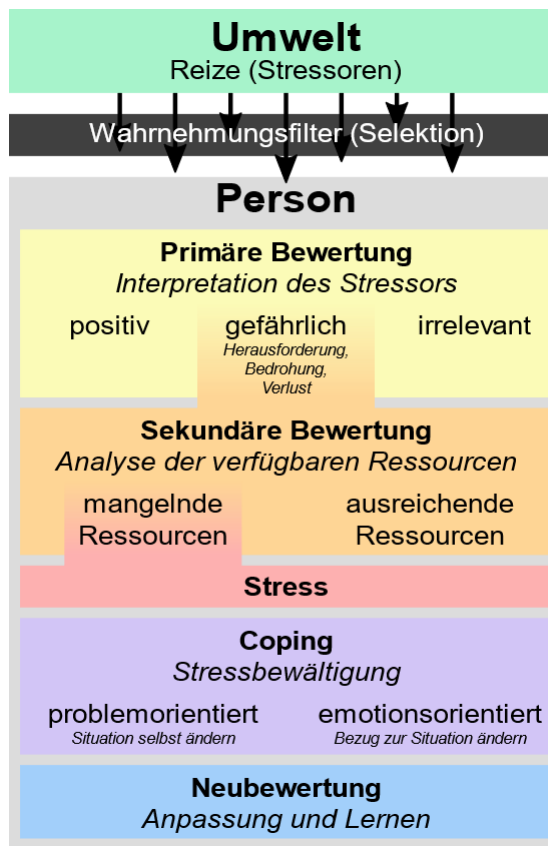
Das Modell Coping wurde vom Psychologen Richard Lazarus (1984) geprägt. Lazarus unterscheidet zwischen dem problem- und emotionsorientierten Coping. Beim problemorientierten Coping wird das Problem oder der Stressor mit direkten Handlungen und/oder problemlösenden Aktivitäten angegangen. Wenn man sich selbst mithilfe von Aktivitäten verändert, nennt man dies emotionsorientiertes Coping (Lazarus & Folkman, 1984). Laut der Studie von Parkes (1986) sind bei der Bewältigung einer belastenden oder stressigen Situation meistens sowohl das problemorientierte als auch das emotionsorientierte Coping beteiligt. Jeder Mensch reagiert anders auf belastende Situationen und Emotionen. Coping-Strategien sind individuell. Eine bestimmte Strategie

kann für eine Person unterstützend sein, während sie bei einer anderen Person nicht hilfreich ist (Lazarus & Folkmann, 1984; Segerstrom & Smith, 2019).

Lazarus & Folkmann (1984) unterscheiden drei Stufen der Bewertung einer Situation: die primäre Bewertung, die sekundäre Bewertung und die Neubewertung. In der Abbildung 2 wird das Stressmodell von Lazarus veranschaulicht. Bei der primären Bewertung beurteilt ein Mensch die Situation entweder als harmlos/positiv, stressig/belastend oder irrelevant. In der sekundären Bewertung werden die verfügbaren Ressourcen überprüft. Wenn diese nicht angewendet werden können, entsteht eine Stressreaktion und eine Bewältigungsstrategie wird entwickelt. Die gebrauchte Bewältigungsstrategie wird anhand des Erfolgs oder Misserfolgs bewertet. Bei der Neubewertung wird die Situation eventuell nur noch als Herausforderung wahrgenommen, wenn die entwickelte Coping-Strategie funktioniert. Wenn keine passende Strategie gefunden wird, kann die Situation zur Bedrohung werden oder gar schädlich sein. Hoher Stress insbesondere chronischer Stress beeinflussen die Entwicklung von Angstzuständen und depressiven Symptomen negativ (Markou & Cryan, 2012; Gloria & Steinhart, 2016). Die Wahl der Coping-Strategie wird durch Situations-, Umwelt- und Personenvariablen beeinflusst. Sie hängt unter anderem von individuellen Wertmustern, von Überzeugungen und der Kontrollbarkeit über die Situation ab. Soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Geburtsland und Muttersprache können die Wahrnehmung von belastenden Situationen und den Gebrauch von Coping-Strategien verändern (Asturias et al., 2021).

Es wird zwischen adaptiven und maladaptiven Coping-Strategien unterschieden. Die adaptiven Strategien sind Handlungen, welche die belastende Situation nachhaltig verbessern und das Problem lösen. Bei den maladaptiven Strategien geht die Person der belastenden Situation aus dem Weg und die Konfrontation mit dem Problem wird vermieden, wodurch es zu keiner Lösung kommt (Lazarus & Folkmann, 1984). Reflexartige Reaktionen, die meist dazu dienen einer stressigen oder belastenden Situation zu entkommen, sind eher maladaptiv. Die Ursache, weshalb die Situation belastend ist, wird nicht beachtet und Emotionen werden vermieden. Bei der Wahl der Coping-Strategie spielt die Art der Emotionen sowie deren Intensität eine wichtige Rolle. Dieselbe Reaktion kann in einer Situation adaptiv sein und in einer anderen maladaptiv (Segerstrom & Smith, 2019). Positive Emotionen tragen dazu eine grössere Bandbreite an Coping-Strategien zu entwickeln und die Resilienz gegenüber Stress zu erhöhen (Gloria & Steinhart, 2016).

Abbildung 2: Veranschaulichung des Stressmodells von Richard Lazarus (Guttman, 2016)



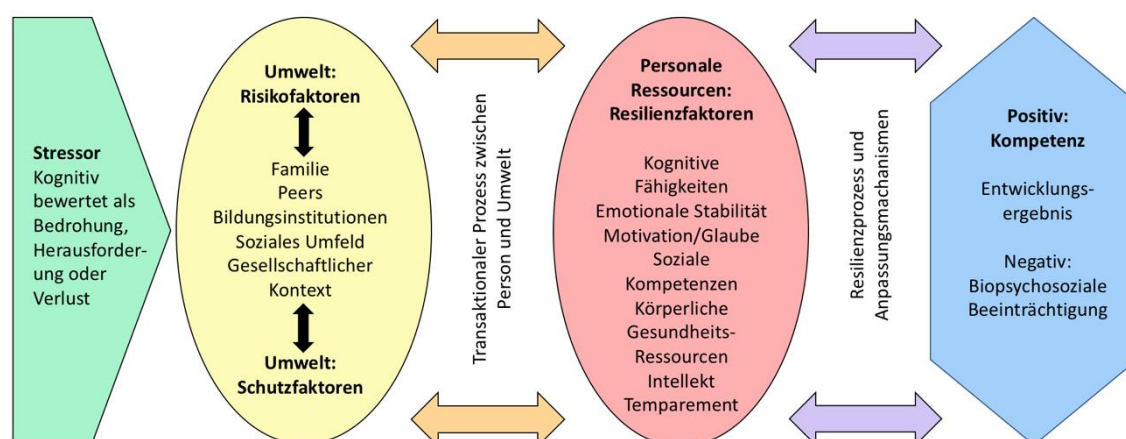
2.4.1 Resilienz

„Resilienz ist die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken durch den Rückgriff auf persönliche und soziale vermittelte Ressourcen“ (Schewior-Popp et al., 2017, S.210). Bei dem Begriff Resilienz geht es um die Fähigkeit, wie ein Individuum mit negativen und belastenden Lebensumständen umgehen kann. Dabei handelt es sich nicht um eine persönliche Eigenschaft, sondern um die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten einer Person in einer Risikosituation (Schewior-Popp et al., 2017).

Kumpfer (1999, zitiert nach Schewior-Popp et al., 2017) hat ein Rahmenmodell der Resilienz erstellt. In der Abbildung 3 wird das Modell graphisch dargestellt. Darin werden vier Einflussfaktoren unterschieden: der akute Stressor, Umweltbedingungen, persönliche Merkmale und das Entwicklungsergebnis. Der Stressor löst den Prozess der Resilienz aus. Dieser wird danach kognitiv als Herausforderung, Bedrohung oder Verlust bewertet. Die folgende Reaktion ist von der Umwelt der Person abhängig. Diese können die Person unterstützen oder ein zusätzliches Risiko darstellen. Die persönlichen Merkmale, wie zum Beispiel die Motivation, der Glaube oder die emotionale Stabilität, beeinflussen

die Bewältigung. Dabei ist der Transaktionsprozess zwischen der Umwelt und der Person von Bedeutung. Dieser wird beeinflusst durch die selektive Wahrnehmung, dem Entwicklungsstand, dem sozialen Netzwerk, der Kultur und dem Einsatz von adaptiven Coping-Strategien. Adaptive Coping-Strategien führen also zum Aufbau von Resilienz (Siegrist, 2009). Bei einem erfolgreichen Ergebnis resultiert die Bewältigungsstrategie in der Resilienz der Person. Beim Fehlschlagen der Bewältigung kann es zu psychischen und physischen Beeinträchtigungen der Gesundheitsfachperson führen (Kumpfer, 1999, zitiert nach Schewior-Popp et al., 2017).

Abbildung 3: Rahmenmodell der Resilienz



Notiz: In Anlehnung an Siegrist, 2009, S.36.

Pflegefachpersonen, welche den Lebens- und Sterbensprozess von Kindern begleiten, erleben belastende Situationen und tragen diese mit sich. Diese Erfahrungen helfen dabei eine Resilienz aufzubauen (Santos & Moreira, 2014). Positive Emotionen begünstigen die Anwendung von adaptiven Coping-Strategien und verringern maladaptive Coping-Strategien (Gloria & Steinhardt, 2016).

2.5 Compassion

Compassion – oder auf Deutsch „aktives Mitgefühl“ – ist die Grundlage des respektvollen Umgangs miteinander. Dies wird folgendermassen definiert: „a strong feeling of sympathy and sadness for the suffering or bad luck of others and a wish to help them“ (Compassion, o. D.). Es unterstützt ein rücksichtsvolles Zusammenleben. Im Gesundheitswesen wird das Konzept vor allem in der Pflege als Grundkompetenz angesehen. Es geht darum, sich in das Leiden des Gegenübers einzufühlen und dieses zu vermindern. Compassion kann im Gesundheitswesen in drei Pfeiler eingeteilt werden, welche eng miteinander verknüpft sind. Der erste Aspekt ist «compassion with me» und beschreibt, dass Gesundheitsfachpersonen mit sich selbst achtsam sein müssen, um Mitgefühl weitergeben zu können. «Compassion with me» wird in der Literatur auch als «Self-

Compassion» beschrieben. «Compassion with you» ist die Fähigkeit, einen anderen Menschen so weit zu verstehen, um so eine gemeinsame Lösung zu finden. Dazu braucht es Interesse und Respekt dem anderen gegenüber. Der letzte Grundpfeiler ist «compassion and do». Nach dem Mitfühlen und Verstehen, sollte die Gesundheitsfachperson handeln. Die Handlung besteht aus dem Herausarbeiten von Ressourcen der Person und die Suche nach positiven Dingen. Die Selbstwirksamkeit kann damit gefördert werden. Compassion braucht bei der Gesundheitsfachperson Zeit, Reflexion und Übung (Eychmüller & Felber, 2023). «Self-Compassion» wird als fürsorgliche und positive Haltung zu sich selbst angesehen. Es wirkt sich stark positiv auf adaptives Coping aus und ist eine persönliche Ressource, um mit belastenden Situationen umzugehen. Selbstmitfühlende Personen wenden weniger maladaptive Strategien an als Menschen mit wenig Selbstmitgefühl. «Self-Compassion» zu haben, hilft dabei nachhaltig mit stressigen Situationen umgehen zu können (Allen & Leary, 2010; Ewert et al., 2021). Es hat vor allem auf das emotionsorientierte Coping einen positiven Einfluss (Allen & Leary, 2010). Für Gesundheitsfachpersonen in der Palliative Care ist «Self-Compassion» ebenso wichtig wie das Mitgefühl für Andere. Wenn sie sich um sich selbst kümmern, hat dies einen positiven Einfluss auf ihr Mitgefühl für Andere und sie können mitfühlende Pflege leisten. Es führt zu gesünderen und glücklicheren Fachkräften in der Palliative Care (Galiana et al., 2021). Die körperliche, emotionale, soziale und spirituelle Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen wird durch belastende und stressige Situation bei der Arbeit beeinträchtigt und hat Auswirkung auf ihr Mitgefühl gegenüber Patientinnen und Patienten. Es besteht eine Gefahr, dass sie ihr Mitgefühl verlieren. Mitgefühlsermüdung wird als «Compassion Fatigue» definiert und beschreibt eine Stressreaktion (Sinclair et al., 2017). Pflegefachpersonen gelten als gefährdet daran zu leiden. Dies beeinträchtigt ihr berufliches, sowie ihr persönliches Leben. Coping-Strategien können präventiv und unterstützend sein, um «Compassion Fatigue» zu vermeiden oder zu lindern (Ondrejková & Halamová, 2022).

3 METHODE

Im folgenden Kapitel wird die Methode aufgezeigt, wie die Studien ausgewählt und bearbeitet wurden. Im Unterkapitel Literaturrecherche werden die Suchbegriffe, Filter sowie die Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Zudem wird die Auswahl der Literatur im Flussdiagramm Prisma nach Moher et al. (2009) dargestellt. Als letztes wird die Auswahl der Quellen konkreter erläutert.

3.1 Literaturrecherche

Die Literatursuche fand in der Woche 12 bis 15 im Jahr 2023 über drei Datenbanken statt: Medline über PubMed, Cinahl und Google Scholar. Mit Setzen von Filtern und definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurde nach passenden Studien gesucht. Eingeschlossen wurden Studien, in welcher die Population Pflegefachpersonen sind oder Bestandteil sind. In dieser Arbeit wurden nur Studien in der Literaturrecherche aufgenommen. Zeitschriften oder Expertenmeinungen wurden nicht in die Arbeit aufgenommen, um ein höheres Evidenzlevel zu erreichen. Nur Studien aus der Pädiatrie wurden eingeschlossen. Dabei wurde kein spezifisches Setting definiert, um mehr Ergebnisse zu erhalten. Studien, in denen die Population Eltern, Geschwister oder andere Angehörige umfassten, wurden ausgeschlossen.

Bei Medline über PubMed und Cinahl wurden folgende Filter gesetzt: Englisch, Deutsch, Abstract und den Publikationsraum der letzten 15 Jahre. Obwohl bei Google Scholar die Filter nicht ausgewählt werden konnten, wurden sie dennoch bei der Suche berücksichtigt. Die Sprachen Deutsch und Englisch wurden als Filter gewählt, da die Autorinnen diese beherrschen. Der Filter Abstract wurde gesetzt, um die gefundenen Studien in einem ersten Schritt nach ihrem Inhalt zu überprüfen. Der Publikationszeitraum wurde auf die letzten 15 Jahren festgelegt, um der Suche einen zeitlichen Rahmen zu geben. Da über die Pädiatrische Palliative Care bis jetzt nur wenig geforscht wurde und somit eine breitere Datenlage ermöglicht wurde. Das Veröffentlichungsjahr der Literatur hat keinen Einfluss auf das Erleben und die Coping-Strategien der Pflegefachpersonen. Bei Google Scholar wurden die ersten vier Seiten angeschaut, dies entspricht 40 Artikeln. Dadurch konnten die Ergebnisse eingeschränkt werden.

Die verwendeten Suchwörter sind in der Tabelle 1 Suchstrategie zu finden. „Nurse“, „Nursing“ und „Hospice and Palliative Care Nursing“ wurden als Mesh-Begriff angewendet, da die Population die Pflegefachpersonen sind und das Fachgebiet die Palliative Care betrifft. Die Begriffe „Hospice Care“, „Terminal Care“, „Palliative Care“, „Pediatric

palliative care“ und „End-of-Life“ Care“ wurden benutzt, um das Fachgebiet einzuschränken. Die Arbeit legt den Fokus auf die Pädiatrie, deswegen wurden die Begriffe „Pediatric patients“ und „Pediatric“ angewendet. Um Coping-Strategien in die Suche zu integrieren, wurden die Begriffe „Adaptation, Psychological“ und „Coping“ benutzt.

Tabelle 1: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlag- und Textworte) & Operatoren	Filter	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Medline über PubMed	((("Hospice Care"[Mesh]) OR ("Terminal Care"[Mesh]) OR ("Palliative Care"[Mesh]) OR (End-of-Life Care)) OR (Pediatric palliative care)) AND ((Pediatric patients) OR (Pediatric)) AND (("Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh]) OR ("Nursing"[Mesh]) OR ("Nurses"[Mesh])) AND (("Adaptation, Psychological"[Mesh]) OR ("Coping"))	Abstract, published in the last 15 years, German, English	22	5
Cinahl	(MH "Coping+") AND (pediatric*) AND ((MH "Palliative Care) OR (end of life care)) AND ((MH "Hospital and Palliative Nursing") OR (nurs*))	Abstract, published in the last 15 years, German, English	21	3
Google Scholar	coping AND Nursing AND pediatric palliative care	-	Die ersten 4 Seiten (40 Artikel) wurden gesichtet.	2

3.2 Auswahl der Studien

Nach der systematischen Literaturrecherche wurden 17 Studien anhand des Abstracts als passend bewertet. Diese wurden auf Volltext gelesen und beurteilt, um festzustellen, ob sie für das Thema der Arbeit relevant sind und eingeschlossen werden können. Schlussendlich wurden zehn Studien ausgewählt und in Tabellen zusammengefasst. Sieben Studien wurden ausgeschlossen. Im Folgenden werden die Gründe für den Ausschluss beschrieben.

Die Quelle von Maunder (2008), Morgan (2009), und Pearson (2010) wurden nicht in der Arbeit hinzugefügt, da es Zeitschriftenartikeln sind. Es wurden Studien bevorzugt, da diese eine höhere Evidenz haben als Zeitschriftenartikel.

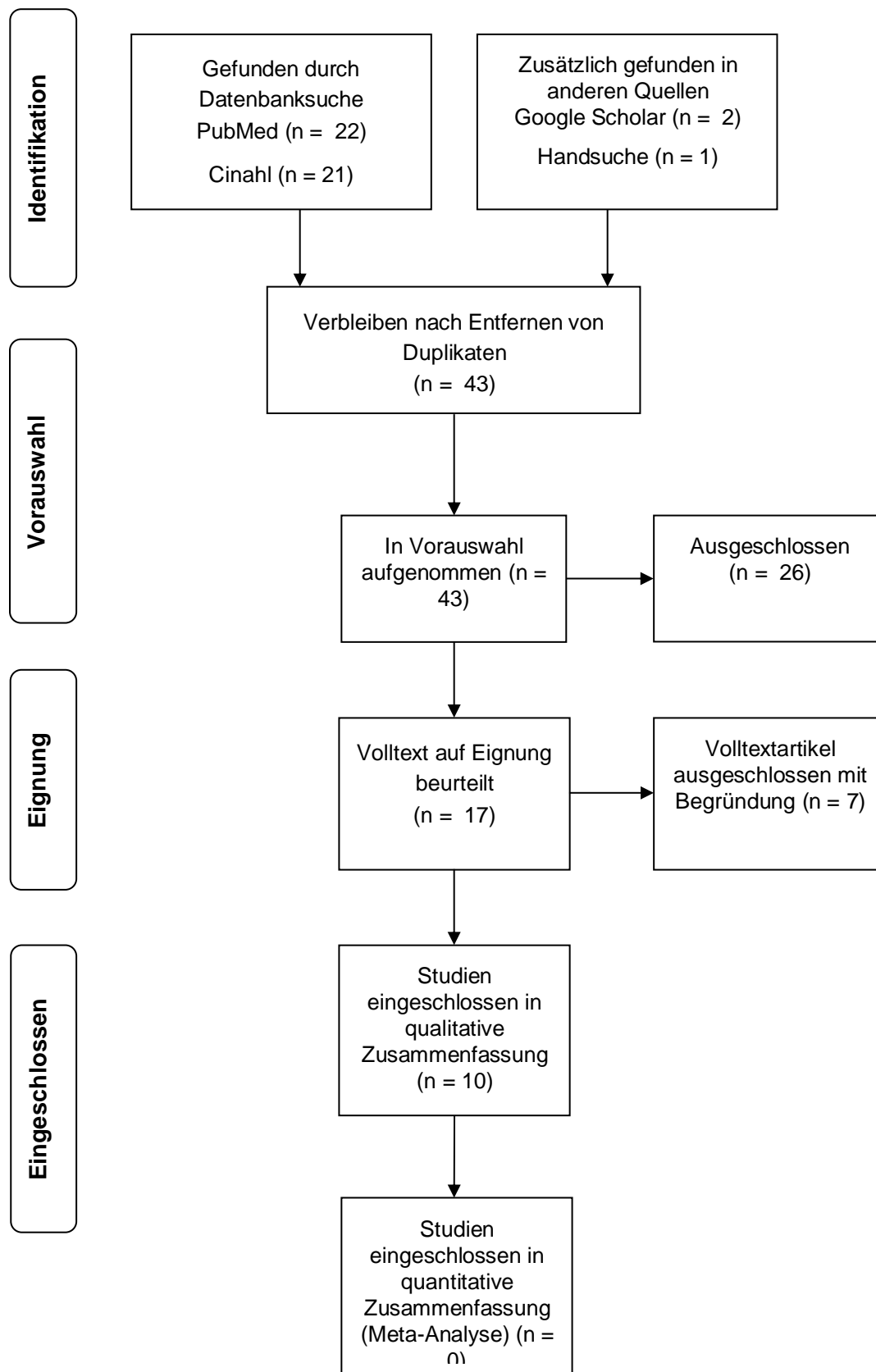
Die Quelle von Archambault-Grenier et al. (2018) wurde ausgeschlossen, da die Studie sich auf Konfliktsituationen im Team in der Pädiatrischen Palliative Care bezog und wie man diese durch Coping-Strategien bewältigen kann. Das Ziel war es die Bedeutung für die Gesundheitsfachpersonen aufzuzeigen und die Konflikthäufigkeit mit Hilfe von Strategien zu verringern. In dieser Arbeit wurden aber Coping-Strategien gesucht, welche für alle Herausforderungen in der Pädiatrischen Palliative Care anwendbar sind.

Die Studie von Rodríguez-Rey et al. (2019) untersuchte die Prävalenz von Burnout und posttraumatischen Belastungsstörung auf einer Intensivstation und wie Resilienz und Coping-Strategien diese beeinflussen können. In dieser Arbeit soll es jedoch um Coping-Strategien gehen, daher wurde diese Studie ausgeschlossen.

Die Studie von Santos & Moreira (2014) behandelt das Thema der Resilienz von Pflegefachpersonen in Bezug auf den Tod von pädiatrischen Patientinnen und Patienten. In dieser Arbeit wurde aber ausschliesslich nach Coping-Strategien gesucht.

Die Studie Whiting et al. (2020) wurde ausgeschlossen, da es sich hierbei um eine einzelne spezifische Untersuchung einer einzelnen Coping-Strategie handelte, wie man mit palliativen Situationen in der Pädiatrie umgeht.

Abbildung 4: Flussdiagramm zur Literatursuche



4 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die eingeschlossenen Studien in Tabellen zusammengefasst. Die Ergebnisse der Studien wurden kategorisch zusammengefasst und erläutert.

4.1 Tabellarische Zusammenfassung der eingeschlossenen Literatur

In den folgenden Tabellen wurden die eingeschlossenen Studien dargestellt und zusammengefasst. Es wurde jeweils das Ziel der Studie, die Methode, die verwendeten Instrumente, die Gütekriterien sowie die wichtigsten Ergebnisse wiedergegeben. Die Ergebnisse wurden jeweils mit Zitaten aus den eingeschlossenen Studien unterstrichen, sofern welche vorhanden waren. Die englischen Zitate wurden von den Autorinnen ins Deutsche übersetzt. Um die Studien zu bewerten, wurden jeweils die Stärken und die Schwächen, sowie das Evidenzlevel angegeben. Es wurden nur Ergebnisse von den Studien in der Tabelle aufgeführt, welche sich auf die Fragestellung der Bachelor-Thesis beziehen.

Tabelle 2: Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Bergsträsser et al. (2017)</p> <p>Schweiz</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war es, einen umfassenden Überblick über die pädiatrische End-of-Life Care in der Schweiz zu erhalten und die Erfahrungen und Bedürfnisse von Gesundheitsfachpersonen zu erfassen und Empfehlungen für das Gesundheitsministerium zu entwickeln.</p> <p>Beobachtungsstudie mit qualitativem interpretativem Ansatz</p>	<p>4 Universitäts- und 2 regionale Spitäler</p> <p>Zwischen September 2014 und Januar 2015 wurden die Teilnehmenden rekrutiert.</p> <p>48 Gesundheitspersonal: 17 Ärztinnen und -ärzten, 18 Pflegefachpersonen, 6 «community» Pflegefachpersonen, 1 Psychologin oder Psychologen, 4 Sozialarbeiterinnen oder -arbeiter, 1 Musiktherapeutin oder -therapeuten, 1 Seelsorgerinnen oder -sorger</p> <p>Einschlusskriterium war, dass das Personal mindestens ein sterbendes Kind im vergangenen Jahr betreut hatte.</p>	<p>Induktiver Forschungsansatz</p> <p>6 Fokusgruppeninterviews</p> <p>Ein Leitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Interviews wurde auf Tonband festgehalten und transkribiert.</p> <p>Vor dem Interview mussten die Teilnehmenden einen Fragebogen mit demographischen Informationen ausfüllen.</p> <p>Mit dem Analyseansatz von Braun und Clarke (2006) wurden die Daten analysiert. Der Analyseprozess umfasste 6 Phasen.</p>	<p>34 Frauen, 14 Männer. Mediane Berufserfahrung 20 Jahre, in Bezug auf End-of-Life Care 13 Jahre. 36 Personen hatten keine Ausbildung in Palliative Care.</p> <p>Dauer der Interviews 90 Minuten</p> <p>Der erste Teil enthielt Ergebnisse zu Coping-Strategien.</p> <p>Hilfreiche Strategien zur Bewältigung schwieriger Situationen:</p> <p>Unabhängig von ihrem Beruf half dem Personal das Versenden einer Trauerkarte an die Angehörigen nach dem Tod des Kindes oder die Teilnahme an der Beerdigung. Informelle Gespräche mit Kollegin und Kollegen wurden als hilfreich erachtet.</p> <p>Die Pflegefachpersonen zogen es vor, die Ereignissen auf eine weniger medizinische Weise zu bewältigen, indem sie an einer Supervision oder an Nachbesprechungen teilnahmen. Verschiedene Rituale wie zum Beispiel eine Kerze, einen Engel oder Steine auf einen Tisch in der Nähe der Stelle, wo das Kind vor dem Tod lag zu legen, half im Umgang mit dem Tod. <i>„For two years we have had a goodbye ritual with pastoral supervision twice a year. Every child [who died] over the previous half year receives a place there and we can simply talk about how we dealt with the situation.“</i>²</p> <p>Gespräche im interprofessionellen Team, waren für die Gesundheitsfachpersonen hilfreich.</p>	<p>Stärken:</p> <p>Die Studie wurde von einer Ethikkommission genehmigt.</p> <p>Das Design und die Methode sind passend, um das Ziel der Studie zu erreichen</p> <p>Die Dauer der Interviews ist ausreichend, um das Thema abzudecken.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden genau beschrieben.</p> <p>Die Datenanalyse wurden von Personen aus verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt.</p> <p>Zitate wurden gebraucht, um die Ergebnisse zu unterstützen.</p> <p>Peer-Review wurden gemacht.</p> <p>Empfehlungen sind auf andere Länder übertragbar.</p> <p>Alle Autorinnen und Autoren überprüften und genehmigten das endgültige Manuskript.</p> <p>Limitationen wurden erwähnt.</p>

² Seit zwei Jahren haben wir zweimal im Jahr ein Abschiedsritual mit seelsorgerischer Begleitung. Jedes Kind, das im letzten halben Jahr verstorben ist, bekommt dort einen Platz und wir können einfach darüber reden, wie wir mit den Situationen umgegangen sind. (S.6)

Konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis wurden geliefert.

Schwächen:

Die Erreichung der Datensättigung wurde nicht erwähnt.

Über welchen Zeitrahmen die Datensammlung stattfand wurde nicht erläutert.

Evidenlevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

Tabelle 3: Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
Chew et al. (2021) Singapur	Kinderintensivstation, Onkologie und Stationen für Schwerpflegebedürftige	Die Daten wurden von September bis Dezember 2019 erhoben. Ein Leitfaden wurde erwähnt.	11 Frauen, 1 Mann. 1 Teilnehmende Person zwischen 21 und 24 Jahre alt. 9 Teilnehmende zwischen 25-30 Jahre alt. 2 Teilnehmende über 30 Jahre alt. 1 Teilnehmende Person weniger als 1 Jahr Berufserfahrung. 8 Teilnehmende hatten 1-2 Jahre Berufserfahrung. 3 Teilnehmenden hatten bis zu 3 Jahre Berufserfahrung.	Stärken: Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt. Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen. Die Teilnehmenden wurden genau beschrieben. Die Datensättigung wurde erreicht. Der Co-Investigator wurde geschult. Der Leitfaden wurde in einem Pilotversuch getestet. Ein Reflexionstagebuch wurde geführt. Zitate wurden gebraucht, um die Ergebnisse zu unterstützen. Die Limitationen wurden erwähnt.
Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design Das Ziel der Studie war es, die Erfahrung, die Herausforderungen und Coping-Strategien von frisch diplomierte Pflegefachpersonen im Umgang mit pädiatrischen Todesfällen in einem klinischen Umfeld zu erforschen und zu beschreiben. Qualitativ phänomenologische deskriptive Studie	10 Pflegefachpersonen aus Singapur, 2 aus einem anderen Land Die Einschlusskriterien waren, dass die Pflegefachpersonen 21 Jahre alt oder älter waren, auf den oben genannten Stationen arbeiteten, weniger als 3 Jahre im Bereich Pädiatrie tätig waren, vor dem Tod eines Kindes, sich um das Kind gekümmert haben und die englische Sprache beherrschten. Die potenziellen Teilnehmenden wurden gefragt an der Studie teilzunehmen.	Es wurden halb-strukturierte Einzelinterviews geführt. Es wurde ein Reflexionstagebuch geführt. Die Interviews wurden transkribiert und kodiert. Die Analyse wurde nach der Methode der thematischen Analyse von Braun und Clarke (2006) und dem konzeptionellen Rahmen für Trauer von Cowles und Rodgers (1991) durchgeführt.	Dauer der Interviews zwischen 25 und 50 Minuten In zwei Hauptthemen wurden Coping-Strategien erwähnt: Ein Spektrum von Emotionen: Einige der Teilnehmenden erläuterten, dass sie ihre Emotionen unterdrückten. Sie konzentrierten sich auf die administrative Unterstützung der Familie des Verstorbenen, um nicht zu stark emotional involviert zu sein. <i>„I am the in-charge, so I have to be preparing things for the procedures... I will just focus on my things. I don't really focus on the patient side... Just to not get involved too much with the emotions?“</i> ³ Die Bewältigung des Kammers: Alle Pflegefachpersonen erläuterten, dass sie mindestens eine Person in ihrem Umfeld hatten, als eine	

³ Ich bin der Verantwortliche, also muss ich alles für das Prozedere vorbereiten... Ich konzentriere mich nur auf meine Sachen. Ich fokussiere mich nicht wirklich auf die Patientin oder den Patienten... Ich will nur nicht zu sehr in die Emotionen verwickelt werden? (S.347)

Patientin oder ein Patient verstorben ist, um Unterstützung zu holen. *„I need to address the issue; I need to talk to someone... Then, from there, then I will move on.“*⁴

Die meisten Pflegefachpersonen suchten Arbeitskolleginnen und -kollegen auf der gleichen Station auf. Dadurch konnten sie Rat und Ermutigungen einholen. *„Because I really felt quite shitty... After that, then I started to talk to my friends, like some of my colleagues here. From there, we just talk about it... They become like my mentor also over here.“*⁵

Gute Erinnerungen an die Patientin oder den Patienten mit Kolleginnen und Kollegen zu teilen, half den Pflegefachpersonen. *„So, it becomes like a jovial coping mechanism, in the sense. So, that's how I reminisce about the patients who have passed on la.“*⁶

Einige Pflegefachpersonen holten sich spirituelle Unterstützung. Sie fanden Trost in der Religion, da sie glaubten, dass der Tod Teil des Willens Gottes war. Der Gedanke, dass das Kind nicht mehr leiden muss, half auch beim Umgang mit dem Tod. *„Okay, as a Muslim, for me la, my religion, we are taught to just leave it to god... Maybe because I feel that the child, maybe, is much better there, you know, that kind of thing, more peaceful, you know.“*⁷

Konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis wurden geliefert

Evidenzelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

⁴ Ich muss das Problem ansprechen, ich muss mit jemandem reden... Danach werde ich weitermachen. (S.347)

⁵ Denn ich fühlte mich wirklich ziemlich beschissen... Danach habe ich angefangen, mit meinen Freunden zu reden, mit einigen meiner Kollegen hier. Von da an haben wir einfach darüber geredet... Sie sind auch hier wie meine Mentoren geworden. (S.348)

⁶ So wird es sozusagen zu einem wohlwollenden Bewältigungsmechanismus. So schwelge ich in Erinnerungen an die Patienten, die von uns gegangen sind. (S. 348)

⁷ Okay, als Muslim, für mich, meine Religion, wird uns beigebracht, es einfach Gott zu überlassen... Vielleicht, weil ich das Gefühl habe, dass das Kind dort vielleicht viel besser geht, weißt du, diese Art von Dingen, friedlicher, weisst du. (S.348)

Tabelle 4: Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidencelevel
Chong & Abdullah (2017) Kuala Lumpur, Malaysia	3 Organisationen die Palliative Care anbieten 16 «community» Pflegefachpersonen	Die Studie wurden von August bis Oktober 2014 durchgeführt. Es wurden einzelne semi-strukturierte Tiefeninterviews geführt. Ein Leitfaden wurde erwähnt. Das Interview bestand aus 4 Themen: Auflockerungsfragen, Erfahrungen und Herausforderung, Coping, Verbesserung der Bereitstellung von Pflegeleistungen und Sterbebegleitung.	16 Frauen. Mediane Alter der Teilnehmenden 29.5 Jahre. Median der Erfahrungsjahre 5 Jahre und Median als Palliative Care Pflegefachperson 2.5 Jahre. Keine spezielle Pädiatrische Palliative Care Ausbildung. Dauer der Interviews zwischen 20 und 50 Minuten In 2 Themen ging es um Coping-Strategien. Coping: Intrapersonelle Ressourcen: Indem sich die Pflegefachfrauen geistig und emotional vorbereiteten, ihre beruflichen Grenzen mit Mitgefühl wahrten und sich daran erinnerten, dass sie nicht immer alles in Ordnung bringen können, konnten sie mit schwierigen Situationen umgehen. Gebete und Meditation war eine hilfreiche Coping-Strategie. „[...] it's somehow if God wants them back, you can't do anything about it and you have to accept, whether you like it our not.“ ⁸ Nach dem Tod eines Kindes fanden die Pflegefachfrauen tröstlich zu wissen, dass die Eltern mit der Situation zu recht kamen. „So once I did the bereavement visit, I know how they are coping and you know what is their future like, what is their next plan ... I feel better at least. So I know how they are doing.“ ⁹	Stärken: Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt. Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen. Der Leitfaden wurde durch Expertenmeinungen und Literatur zusammengestellt. Die Dauer der Interviews waren ausreichend, um das Thema abzudecken. Zwei Prüferinnen oder Prüfer kodierten unabhängig voneinander und diskutierten die Ergebnisse zusammen. Zitate wurden gebraucht, um die Ergebnisse zu unterstützen. Die Forschenden hatten Erfahrung im Fachgebiet. Schwächen: Es wurden keine Limitationen aufgeführt. Die Erreichung der Datensättigung wurde nicht erwähnt
Qualitative phänomenologische Studie	Eine Pflegefachperson wurde ausgeschlossen, weil sie kein Kind betreut hatte. 16 Pflegefachpersonen, die Kinder mit lebensbegrenzenden Krankheiten betreuten, wurden eingeschlossen. Die Pflegefachpersonen betreuten auch Erwachsene Personen. Pflegefachpersonen wurden durch ein Informationsblatt rekrutiert.	Die Interviews wurden von der Hauptforschungsperson durchgeführt. Sie wurden aufgezeichnet und Feldnotizen wurden gemacht. Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und mit NVivo Version 10 codiert.	Coping: Zwischenmenschliche und systemische Ressourcen: Kolleginnen und Kollegen mit längerer Berufserfahrung waren eine Quelle der emotionalen Unterstützung. „I can approach my seniors and talk to them about it, to ask their opinion. So they might be able to give me new input and	

⁸ [...] wenn Gott sie zurückhaben will, kann man nichts dagegen tun und man muss es akzeptieren, ob man es will oder nicht. (S.129)

⁹ Ich habe also den Trauerbesuch gemacht, ich weiss, wie es ihnen geht, und sie wissen, wie ihre Zukunft aussieht, was ihr nächster Plan ist ... Ich fühle mich zumindest besser. Ich weiss also, wie es ihnen geht. (S.129)

things I have never heard of before maybe. Err.another thing is to ventilate because we also face grief and ... so having someone beside us ... to ... just to know that someone is there, to listen to us when we want to talk would.”¹⁰
 Der Austausch und die Nachbesprechung in einer sicheren Umgebung mit Kolleginnen und Kollegen oder Ärztinnen und Ärzten, nach einer schwierigen Situation, war eine gute Unterstützung sowie der Austausch mit Familienmitgliedern war sehr nützlich. „*The doctor will come to me and talk to me. [...] From that, I feel that I'm not alone, I feel supported. Then not so scared to see more children.*“¹¹
 Die Gewissheit, dass die Kinder durch den 24-Stunden-Service jederzeit versorgt waren, half.

Evidenlevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

¹⁰ Ich kann mich an Kolleginnen und Kollegen mit längerer Berufserfahrung wenden und mit ihnen darüber reden und sie nach ihrer Meinung fragen. So können sie mir vielleicht neue Anregungen und Dinge zeigen, von denen ich noch nie etwas gehört habe. Eine andere Sache ist, sich Luft zu machen, weil wir auch mit Trauer konfrontiert sind und ... also jemanden an unserer Seite zu haben ... zu ... einfach zu wissen, dass jemand da ist, der uns zuhört, wenn wir reden wollen, würden. (S.129)

¹¹ Die Ärztin oder der Arzt wird zu mir kommen und mit mir reden. [...] Dadurch habe ich das Gefühl, dass ich nicht allein bin, ich fühle mich unterstützt. Dann habe ich nicht mehr so viel Angst, weitere Kinder zu sehen. (S.129)

Tabelle 5: Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Cook et al. (2012) Boston, USA	Stationäre kardiologische Akutstation in einem Tertiärspital 22 Teilnehmende: 17 Pflegefachpersonen und 5 «Nurse Practitioners» Sie mussten mindestens ein Kind, welches in der Sterbephase war oder verstorben ist, betreut haben. Die Teilnehmenden wurden per E-Mail rekrutiert. Die Teilnehmenden wurden als homogene Stichprobe angesehen.	Die Pflegefachpersonen nahmen in einer von drei Fokusgruppen teil. Um das Gespräch anzuregen, stellte der leitende Forscher vier halb-strukturierte Fragen mit den Themen Beziehungen, Coping-Strategien, Auswirkungen des Todes eines Kindes und verfügbare/hilfreiche Ressourcen. Feldnotizen wurden gemacht, um Beobachtung aufzuschreiben. Zwei getrennte Datensätze wurden gebildet, einmal die Daten der Interviews und als zweites die Beobachtungen des Forschers. Die Daten wurden mit der Inhaltsanalyse analysiert. Die Antworten wurden transkribiert und kodiert.	Arbeitserfahrung zwischen 1 und 33 Jahren. Alter der Pflegefachpersonen unterschiedlich. Dauer der Fokusgruppen zwischen 45 und 60 Minuten Die Ergebnisse wurden in 4 Kategorien eingeteilt: Grenzen: Das Setzen von beruflichen und persönlichen Grenzen zwischen den Familienmitgliedern und dem Pflegefachpersonal war eine Coping-Strategie. Der Grad und die Art der Einbindung wurden nicht von allen gleich betrachtet und umgesetzt. „ <i>You don't want to e-mail back but you don't want to be rude, and you're trying to find that fine line of professionalism... but you also care and want to know how they're doing, [...].</i> “ ¹² Erinnerungen: Pflegefachpersonen hielten an Erinnerungen fest. Viele beschreiben, dass Fotos am Patientenbett hilfreich waren, um positive Erinnerung an kranke und sterbende Kinder zu schaffen. Für einige war es hilfreich, die Patientinnen und Patienten auch auf der Intensivstation zu besuchen, um den ganzen Prozess mitzerleben. Distanzieren: Die eigenen Gefühle und sich selbst von der Situation zu distanzieren, war eine Coping-Strategie, um mit pädiatrischen palliativen Situationen umzugehen. Einige Pflegefachpersonen nahmen auch nach dem Tod einer Patientin	Stärken: Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen. Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt. Die Datensättigung wurde erreicht. Die Dauer der Interviews war ausreichend, um das Thema abzudecken. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten unterlegt und in einer Grafik dargestellt. Die Interviewfragen wurden von einem Expertengremium validiert und stützen sich auf aktueller Literatur. Die Ergebnisse wurden mit den Teilnehmenden besprochen. Informationen über den Forscher, die untersuchte Population, die Stichprobe und die Kodierungsentscheidungen wurden bereitgestellt.

Qualitativ deskriptive Studie

¹² Man will nicht zurückmailen, aber man will auch nicht unhöflich sein und Sie versuchen den schmalen Grat zum Professionalismus zu finden ... aber Sie sorgen sich auch und wollen wissen, wie es ihnen geht, [...]. (S.16)

oder eines Patienten weiterhin Kontakt zu den Familienangehörigen auf, um neue Erinnerungen zu schaffen. Andere mussten sich gleich im Moment nach dem Tod damit auseinandersetzen, um weitermachen zu können. Wichtig war für viele Teilnehmende die Trennung zwischen der Arbeit und dem zu Hause. Sie tauschten sich kaum mit Freunden und Familie darüber aus, sondern eher mit Arbeitskolleginnen und -kollegen. *„Yeah, for me, I don't really talk about work. For me, once I go to those elevators, it's totally different. It's work.“*¹³

Der Gedanke, dass die Patientin oder der Patient nun nicht mehr leidet, half beim Umgang mit dem Tod.

Kontextbezogene Faktoren, die die Bewältigung beeinflussen:

Institutionelle Angebote, wie zum Beispiel das Pediatric Advanced Care Team und kollegiale Unterstützung waren entscheidend für den Umgang mit palliativen Situationen in der Pädiatrie. Gespräche über das Sterben und den Tod waren hilfreich. Jüngere oder frisch diplomierte Pflegefachpersonen sprachen eher über tragische Ereignisse, da sie es als therapeutisch empfanden, Geschichten die Patientin oder den Patienten nachzuerzählen.

Die Religion war ein weiterer Faktor, der mitunter die Fähigkeit beeinflusste, die Situation zu bewältigen.

Die Forschenden hatten Erfahrung in qualitativer Forschung und im Fachgebiet.

Limitationen wurden aufgeführt.

Konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis wurden geliefert

Schwächen:

Der Zeitraum der Datensammlung wurde nicht angegeben.

Evidenlevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

¹³ Ja, ich spreche nicht wirklich über die Arbeit. Für mich wechselt es, wenn ich in diese Aufzüge gehe. Es ist Arbeit. (S.17-18)

Tabelle 6: Pediatric death and dying: Exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Forster und Hafiz (2015)</p> <p>Queensland, Australien</p> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war es, die Coping Strategien von Gesundheitsfachpersonen nach dem Verlust eines Kindes und die Wahrnehmung aufzuzeigen.</p> <p>Qualitativ phänomenologische Studie</p>	<p>Grosses pädiatrisches Tertiärspital</p> <p>10 Teilnehmende: 2 Ärztinnen und Ärzte, 6 Pflegefachpersonen, 2 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter</p> <p>Die Gesundheitsfachpersonen wurden aus dem Dokumentationssystem der Klinik rekrutiert. Alle Personen, welche ein Kind betreuten und begleiteten, welches verstarb, wurden eingeschlossen. Die Teilnehmenden arbeiteten auf der Medizin, Onkologie oder auf der pädiatrischen Intensivpflege.</p>	<p>Es wurden halb-strukturierte Interviews geführt.</p> <p>Kein Leitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Mit einem Softwareprogramm wurden die Texte dann kodiert. Die Interviewdaten wurden mit dem Analyseprozess von Charmaz (2006) analysiert.</p>	<p>Alter der Gesundheitsfachpersonen zwischen 24 und 57 Jahren. Arbeitserfahrung zwischen 4 und 20 Jahren.</p> <p>Die Ergebnisse bezüglich der Coping-Strategien wurden in 4 Kategorien eingeteilt:</p> <p>Peer Unterstützung:</p> <p>Das Geschehene und die eigenen Gefühle nach dem Tod eines Kindes mit den Arbeitskolleginnen und -kollegen zu teilen, wurde am häufigsten von den Teilnehmenden genannt. Die Erfahrung und Emotionen mit jemandem zu teilen, der dasselbe erlebt hat, half bei der Bewältigung, konnte aber auch die negativen Gefühle verstärken.</p> <p>Persönliche Coping-Strategien:</p> <p>Kurz nach dem Tod eines Kindes griffen die Gesundheitsfachpersonen zur Methode der Kompartimentalisierung und setzten sich erst Stunden oder Tage später damit auseinander. Dies ermöglichte ihnen im Alltag weiterarbeiten zu können. „[...] <i>like you can't stop how you're feeling, you've just got to put that in to its own little place and go on with what you're doing and then you will work through that over the next hours, days, whatever.</i>“¹⁴</p> <p>Unterstützung durch die Familie:</p> <p>Eine Coping-Strategie war das Gespräch mit jemandem aus dem privaten Umfeld zu suchen. Das Verständnis und die Unterstützung durch das Umfeld halfen beim Umgang mit dem Tod.</p> <p>Spirituelle Überzeugungen:</p> <p>Spiritualität und Religion konnten helfen den Tod eines Kindes auf der Station besser zu verarbeiten. „[...] <i>I guess my spiritual beliefs allow me to deal with that sort of stuff.</i>“¹⁵</p>	<p>Stärken:</p> <p>Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt.</p> <p>Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p>Die Datenanalyse war induktiv, vergleichend, interaktiv und iterativ.</p> <p>Zitate wurden gebraucht, um die Ergebnisse zu unterstützen.</p> <p>Schwächen:</p> <p>Die Dauer der Interviews wurde nicht angegeben.</p> <p>Die Erreichung der Datensättigung wurde nicht erwähnt.</p> <p>Der Zeitraum der Datensammlung wurde nicht angegeben.</p> <p>Die Limitationen wurden nicht erwähnt.</p> <p>Evidenzelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

¹⁴ [...] du kannst nicht aufhören wie du dich fühlst, du musst es einfach verdrängen und mit dem weitermachen, was du tust, und dann wirst du es in den nächsten Stunden, Tagen oder was auch immer verarbeiten. (S.8)

¹⁵ [...] ich denke mein spiritueller Glaube erlaubt es mir, mit solchen Dingen umzugehen. (S.11)

Tabelle 7: Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken / Schwächen Evidencelevel
<p>Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz (2021)</p> <p>Barcelona, Spanien</p> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war es, herauszufinden wie die Pflegefachpersonen mit dem Tod von pädiatrischen Patientinnen oder Patienten umgehen im Zusammenhang mit den verschiedenen soziodemographischen Variablen und welche Coping-Strategien genutzt wurden, um den Prozess und die Akzeptanz des Todes der Patientin oder des Patienten zu bewältigen.</p> <p>Deskriptive und observative Querschnittstudie</p>	<p>Tertiäres Kinderspital</p> <p>149 Pflegefachpersonen: 4 aus der Pädiatrischen Palliative Care, 45 von der pädiatrischen Intensivstation, 80 von der Neonatale Intensivstation, 20 von der Onkologie und Hämatologie</p> <p>Eingeschlossen wurden Pflegefachpersonen, die 25 Jahre alt waren oder älter und über 2 Jahre Berufserfahrungen hatten.</p> <p>Sie wurden anhand einer nichtprobabilistischen und absichtlichen Stichprobe ausgewählt.</p>	<p>Die Studie dauerte von Januar bis Juni 2018.</p> <p>Diese Studie bestand aus drei Blöcken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soziodemographische Variablen - Bugen-Skala, zur Bewältigung des Todes - 2 offene Fragen über Coping-Strategien <p>In der Studie wurde eine ad hoc Umfrage mit Adobe Acrobat erstellt. Diese wurde den Teilnehmenden per Email zugeschickt.</p> <p>Die zwei offenen Fragen wurden thematisch analysiert und die Ergebnisse wurden kodiert.</p>	<p>22 Teilnehmende zwischen 25 und 34 Jahre alt. 16 Teilnehmende zwischen 35 und 44 Jahre alt. 7 Teilnehmende zwischen 45 und 56 Jahre alt. 6 Teilnehmende über 55 Jahre alt. 14 Teilnehmende 1-5 Jahre Berufserfahrung. 16 Teilnehmende 6-12 Jahre Berufserfahrung. 21 Teilnehmende über 13 Jahre Berufserfahrung.</p> <p>Folgende Coping-Strategien wurden tabellarisch in der Studie erwähnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Gefühl haben, dass das Kind und die Familie angemessenen Trost gesendet wurde und dass es ein würdiger Tod war. - Gespräch mit ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen, die Gefühle auszudrücken. - Individuelle Strategien, Abschied nehmen, persönliche Überzeugungen. - Akzeptanz, Bewusstsein, dass der Tod kein Alter hat und ein Teil der Arbeit ist. - Das Kind hat keine Lebensqualität mehr, das Leiden des Kindes beenden. - Sich distanzieren, ausweichen, sich auf einer zweiten "Ebene" halten. - Sich die Zeit zu vertreiben, sich zu überwinden, Ablenkung. - Seine Gefühle mit der Familie und Freunde ausdrücken. - Über Ängste sprechen - Dem Kind helfen, um möglichst nicht zu Leiden. - Zu Hause nicht an die Arbeit zu denken. - Versuchen sich nicht schuldig zu fühlen. 	<p>Stärken:</p> <p>Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt.</p> <p>Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p>Limitationen wurden erwähnt.</p> <p>Schwächen:</p> <p>Es wurden keine Zitate genutzt, um die Ergebnisse zu unterstützen.</p> <p>Die Übertragbarkeit der Ergebnisse sind eingeschränkt, da die verschiedenen Coping-Strategien ungenau beschrieben wurden.</p> <p>Die Erreichung der Datensättigung wurde nicht erwähnt</p> <p>Evidencelevel: 2 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Tabelle 8: The experiences of physicians, nurses, and social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Muskat et al. (2020)</p> <p>Toronto, Kanada</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war es, Einblicke in das Erleben von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und Sozialarbeiterinnen und -arbeiter bei der Betreuung von Kindern mit lebenslimitierenden Krankheiten und deren Familien im Akutsetting zu erhalten und Coping-Strategien aufzuzeigen, die sie anwenden.</p> <p>Qualitative Studie mit einer interpretativ deskriptiven Analyse</p>	<p>Städtisches pädiatrisches Akutspital</p> <p>25 Teilnehmende: 8 Ärztinnen oder Ärzte, 8 Pflegefachpersonen, 9 Sozialarbeiterinnen oder -arbeiter</p> <p>Gesundheitsfachpersonen, die regelmässig Kinder mit lebensbegrenzenden Krankheiten betreuten, wurden eingeschlossen.</p> <p>Die Rekrutierung erfolgte durch ein gezieltes Schneeballsystem.</p>	<p>Es wurden halb-strukturierte Einzelinterviews geführt.</p> <p>Ein Leitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert. Die Daten wurden mit der qualitativen Software NVivo-10 verwaltet. Die Datenanalyse war induktiv. Die Daten wurden kodiert und alle Teammitglieder überprüften die Ergebnisse.</p>	<p>20 Frauen, 5 Männer. Alter der Gesundheitsfachpersonen zwischen 40-60 Jahren. 17 Teilnehmenden erläuterten zum Zeitpunkt der Datenerhebung mehr als 20 sterbende Kinder betreut zu haben. Keine der Teilnehmenden hatten eine Ausbildung in der Sterbebegleitung.</p> <p>Dauer der Interviews etwa 60 Minuten</p> <p>Die Ergebnisse zu den Coping-Strategien wurden in berufliche und persönliche Strategien aufgeteilt. Bei den professionellen Strategien gab es 3 Kategorien und bei den persönlichen 4 Kategorien:</p> <p>Berufliches Coping: Kompartimentalisierung:</p> <p>Um Emotionen zu vermeiden und weiter arbeiten zu können, verdrängten die Gesundheitsfachpersonen ihre Gefühle und lenkten sich ab. <i>„But I have to move on, [...], because the next family will not want to be seeing me a broken wreck in front of them who's just dealt with probably, an unpleasant situation.“</i>¹⁶</p> <p>Berufliches Coping: Unterstützung durch Kollegen:</p> <p>Fast alle Teilnehmende waren der Meinung, dass die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen half, da diese ähnlichen Emotionen erlebten und es einen offenen Umgang ermöglicht. Manchmal trafen sie sich, um sportliche Aktivitäten zu machen oder haben zusammen ein Abend organisiert.</p> <p>Berufliches Coping: Formale und organisatorische Unterstützung:</p> <p>Einige Teilnehmende profitierten von Unterstützungsangeboten der Institution, um mit anderen Fachpersonen das Erlebte zu verarbeiten und zu besprechen. Anderen Teilnehmende waren der Meinung, dass die Teilnahme an einer Beerdigung wichtig sei, um</p>	<p>Stärken:</p> <p>Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt.</p> <p>Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p>Die Ergebnisse, wurden mit Zitaten unterlegt und in einer Grafik dargestellt.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden genau beschrieben.</p> <p>Die Forschenden haben Erfahrung in qualitativer Forschung und im Fachgebiet.</p> <p>Die Dauer der Interviews ist ausreichend, um das Thema abzudecken.</p> <p>Durch die Reflexion klinischer Erfahrungen wurden Bias vermindert.</p> <p>Die Transkripte wurden von mehreren Forschenden überarbeitet und analysiert.</p> <p>Bei Meinungsverschiedenheiten wurden ausdiskutiert.</p>

¹⁶ Aber ich muss weitermachen, [...], weil die nächste Familie, möchte mich nicht als Wrack sehen, das gerade mit einer schwierigen Situation fertig geworden ist. (S.110)

die Familien zu unterstützen und sich selbst einen Abschluss zu ermöglichen. Die Limitation wurden aufgeführt.

Persönliches Coping: Unterstützung durch die Familie und Freunde: Konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis wurden geliefert

Familie und Freunde gaben Kraft und waren eine wichtige Ablenkung während schwierigen Arbeitstagen. „*And so they are really a good distraction as well.*“¹⁷ Die Teilnehmenden wiesen darauf hin, dass es wichtig war jemandem zum Reden zu haben.

Persönliches Coping: Verwirklichung persönlicher Eigenschaften und Überzeugungen: **Schwächen:**

Die Teilnehmenden beschrieben verschieden Eigenschaften und Überzeugungen, die ihnen bei der Bewältigung palliativer Situationen halfen. Dazu gehören: Humor, Glaube, Leidenschaft bei der Arbeit und das Erreichen eines Gefühls des Friedens und der Akzeptanz beim End-of-Life Prozess. Der Zeitraum der Datensammlung wurde nicht angegeben. Evidencelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

Persönliches Coping: Persönliche Grenzen:

Viele Teilnehmende sprachen davon, dass eine Grenze zwischen der Arbeit und dem Privatleben zu ziehen, hilfreich ist. Der Arbeitsweg kann eine Grenze sein, aber auch während der Arbeit sich kurz zurückziehen zu können gehört dazu. Einige Teilnehmende waren in der Freizeit nicht erreichbar und anderen wiederum half es bei der Bewältigung auch an freien Tagen zu hören, wie es dem Kind geht.

Persönliches Coping: Sich Zeit nehmen/für sich selbst sorgen:

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass ein Ausgleich zur Arbeit und ein eigenes Privatleben zu haben von grosser Bedeutung ist. Hilfreich war der Fokus auf die eigene Gesundheit zum Beispiel mit Hilfe von Sport, Reflektion, Self-Care, Spaziergänge, Alleinsein oder Entspannung. Andere brauchten auch weniger gesunde Strategien wie Essen und Trinken.

¹⁷ Und so sie sind auch eine gute Ablenkung. (S.111)

Tabelle 9: Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Reid (2013)</p> <p>Inverness, Schottland</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war es, die Ansichten der Pflegefachpersonen im Hinblick auf persönliche, kontextuelle und interprofessionelle Herausforderungen zu ermitteln, die sich bei der Palliative Care und End-of-Life-Care von Kindern am Lebensende in der Gemeinde stellen.</p> <p>Flexibles, qualitative Design unter Verwendung von Grounded Theory</p>	<p>Häusliche Pädiatrische Palliative Care</p> <p>7 Pflegefachpersonen: 4 «Children's community nursing», 3 «Children's respite nurses»</p> <p>Die Einschlusskriterien waren, dass die Pflegefachpersonen mindestens ein Kind und dessen Familie in der Gemeinde palliativ betreute und das Kind vor dem Interview verstorben ist.</p> <p>Die potenziellen Teilnehmenden wurden angesprochen, um an der Studie teilzunehmen.</p>	<p>Es wurde ein halb-strukturiertes Einzelinterview geführt.</p> <p>Kein Leitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Fragen im Interview bezogen sich auf Fähigkeiten, Ressourcen, Beziehungen, Teamarbeit, Coping-Strategien und Verbesserungen für die Praxis.</p> <p>Das Interview wurde aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe eines Kodierungs-, Gewichtung- und Destillationsansatzes analysiert.</p>	<p>In 2 Oberthemen wurden Coping-Strategien erwähnt:</p> <p>Trauer der Pflegefachpersonen:</p> <p>Alle Pflegefachpersonen nannten als Coping-Strategie die Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen und das Reflektieren der Situation.</p> <p>Bestattungsrituale und Trauerbegleitung:</p> <p>Einige Pflegefachpersonen erwähnten, dass die Beerdigung einen Rahmen gab, um das Trauen legitim zum Ausdruck zu bringen. Für einige sei es ein negativer Effekt gewesen.</p>	<p>Stärken:</p> <p>Eine ethische Genehmigung wurde eingeholt.</p> <p>Limitationen wurden genannt.</p> <p>Die Studie wurde einem offenen Peer-Review unterzogen.</p> <p>Konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis wurden geliefert.</p> <p>Schwächen:</p> <p>Für eine Grounded Theory ist die Teilnehmerzahl zu klein.</p> <p>Das ausgewählte Design und die Methode könnten passender sein.</p> <p>Die Zeitangabe der Studie wurde nicht erwähnt.</p> <p>Alter und Erfahrungsjahre der Population wurden nicht aufgeführt.</p> <p>Die Datenerhebung und -analyse wurde zu knapp beschrieben.</p> <p>Die Dauer der Interviews wurde nicht angegeben.</p> <p>Die Zitate sind unpassend.</p> <p>Die Erreichung der Datensättigung wurde nicht erwähnt.</p> <p>Evidenzelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)</p>

Tabelle 10: Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Shimoinaba et al. (2021)</p> <p>Australien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen des Pflegefachpersonals bei der Betreuung von Kindern, die in der Notaufnahme verstorben sind, zu untersuchen, wobei der Schwerpunkt auf der Bewältigung und dem Unterstützungsbedarf lag.</p> <p>Qualitative deskriptive Studie</p>	<p>Alle Notaufnahmen in Australien</p> <p>24 Pflegefachpersonen</p> <hr/> <p>Sie mussten mindestens ein Kind betreut haben, welches in der Notaufnahme verstorben ist, einschliesslich Kinder, die bei der Ankunft im Spital für tot erklärt wurden.</p> <p>Die Rekrutierung erfolgte per EMail über die Organisation für Notfall Pflegefachpersonen, das «College of emergency Nursing Australia» und durch Schneeballverfahren.</p>	<p>Die Daten wurden über einen Zeitraum von sieben Monaten im Jahr 2017 erhoben.</p> <p>Es wurden halb-strukturierte Einzelinterviews geführt.</p> <p>Kein Leitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.</p> <p>Die Daten wurden anhand der thematischen Analyse nach Braun und Clark (2006) analysiert. Die Kodierung war induktiv.</p>	<p>18 Frauen, 6 Männer. Alter der Pflegefachpersonen zwischen 30 und 66 Jahren. Arbeitserfahrung zwischen 15 Monaten und 38 Jahren.</p> <p>Dauer der Interviews zwischen 45 und 60 Minuten</p> <p>Die Ergebnisse bezüglich der Coping-Strategien wurden in externe und interne Strategien eingeteilt:</p> <p>Externe Strategie: Peer Unterstützung:</p> <p>Der Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen war die meistgenannte Coping-Strategie. Sie gaben an, dass Arbeitskolleginnen und -kollegen in derselben Notaufnahme aber auch auf einer Akutstation oder in einem anderen Spital arbeiten können. „<i>I think it's just that debrief. Just get it off your chest. Go through it with somebody.</i>“¹⁸</p> <p>Externe Strategie: Informelle Betreuung:</p> <p>Erfahrenere Pflegefachpersonen waren eine emotionale, aber auch klinische Unterstützung für weniger Erfahrenere. Das Erlebnis nachbesprechen, zu diskutieren und zu reflektieren war hilfreich. Die Pflegefachpersonen schätzten unterstützende Teams, die zusammenarbeiteten und Verständnis für Emotionen hatten. „<i>To have a supportive team...that's the most important thing[...]</i>“¹⁹</p> <p>Interne Strategien: Emotionen zeigen oder verstecken:</p> <p>Eine Hilfe für viele Pflegefachpersonen war es, die Emotionen entweder zu zeigen oder eben nicht. Während einige</p>	<p>Stärken:</p> <p>Eine Ethikgenehmigung wurde eingeholt.</p> <p>Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p>Die Forschenden haben Erfahrung in qualitativer Forschung und im Fachgebiet.</p> <p>Die Datensammlung wurde über einen angemessenen Zeitraum durchgeführt.</p> <p>Die Dauer der Interviews ist ausreichend, um das Thema abzudecken.</p> <p>Die Datensättigung wurde erreicht.</p> <p>Die Transkripte waren für die Teilnehmenden einsehbar.</p> <p>Alle Forschenden analysierten die Daten und bei Unstimmigkeiten wurden diese diskutiert und ein Konsens gesucht.</p>

¹⁸ Ich denke es ist diese Nachbesprechung. Einfach um es dir von der Seele zu bekommen. Mit jemand anderem dadurch gehen. (S.3)

¹⁹ Ein unterstützendes Team zu haben... das ist das Wichtigste [...] (S.3)

ihre Gefühle zeigten, wenn sie mit den Eltern oder Familienmitgliedern des verstorbenen Kindes zusammen waren, zogen es andere vor zu warten, bis sie allein waren. „*If they can see that you're moved and upset then you're human.*”²⁰ „*There's always someone else to see after them...you have to move on [...].*”²¹

Interne Strategien: Akzeptanz und Bedeutung:

Der Gedanke, dass der Tod zum Leben dazu gehört, half den Pflegefachpersonen. Die Akzeptanz der Tatsache, dass alles Mögliche getan wurde, um das Kind zu retten, half ebenfalls bei der Bewältigung. „*It's life and you know everyone dies, [...].*”²²

Interne Strategie: Anwendung von Coping-Strategien:

Das Self-Care, die Reflexion, die Religion und der Glaube unterstützen Pflegefachpersonen bei der Bewältigung des Todes eines Kindes. „*You need to find ways to look after yourself[...].*”²³

Zitate wurden gebraucht, um die Ergebnisse zu unterstützen.

Es wurden Limitationen aufgeführt.

Evidenzelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

²⁰ Wenn sie sehen können, dass man berührt und bestürzt ist, dann ist man ein Mensch. (S.4)

²¹ Es gibt immer jemand anderen, der sich um sie kümmert... man muss weitermachen [...]. (S.4)

²² So ist das Leben, und man weiss, dass jeder stirbt, [...]. (S.4)

²³ Du musst einen Weg finden, um für dich selbst zu sorgen [...]. (S.4)

Tabelle 11: Living with dying in the pediatric intensiv care unit: a nursing perspective

Autor*innen, Jg., Land	Setting und Sample	Methode inkl. verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzelevel
<p>Stayer & Lockhart (2016)</p> <p>Northeastern United States</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Das Ziel der Studie war es, die Erfahrung von Pflegefachpersonen, die Kinder auf der pädiatrischen Intensivstation palliativ versorgten, sowie deren Familien, zu beschreiben und zu interpretieren.</p> <p>Hermeneutische phänomenologische, deskriptive und interpretative Studie</p>	<p>Intensivstation in einem «nonfreestanding» Kinderspital</p> <p>12 Pflegefachpersonen</p> <p>Die Pflegefachpersonen wurden eingeschlossen, wenn sie seit mindestens 18 Monaten auf der Kinderintensivstation tätig waren.</p> <p>Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde nicht beschrieben.</p>	<p>Es wurden Einzelinterviews geführt.</p> <p>Die Datensammlung wurde durch ein demographisches Formular, einem aufgezzeichneten Interview und einer Nachuntersuchung zur genaueren Klärung der Antworten gemacht. Feldnotizen wurden geführt.</p> <p>Kein Leitfaden wurde erwähnt.</p> <p>Die Analyse wurde nach dem hermeneutischen phänomenologischen Prozess und mit der Nvivo 9 Software durchgeführt.</p> <p>Die Interviews wurden transkribiert und kodiert.</p>	<p>9 Frauen, 3 Männer. Durchschnittsalter 35.4 Jahre. 42% der Teilnehmenden hatten 5 oder weniger Jahre Berufserfahrung. 58% der Teilnehmenden hatten keine Palliative Care Ausbildung.</p> <p>In einem der ermittelten Themen wurden Coping-Strategien genannt:</p> <p>Sich selbst aufrechtrechterhalten:</p> <p>Das Validieren der Gefühle bei schlimmen Ereignissen half den Pflegefachpersonen sich selbst zu erhalten.</p> <p>Eine weitere Strategie war der Austausch von Gefühlen mit Kolleginnen oder Kollegen. Ein Abschluss zu machen, half, um sich selbst zu schützen und die Arbeit fortsetzen zu können. <i>„It goes back to my awesome coworkers, because the second you leave that room [child’s room] they’re [the nurses] trying to cheer you up some way.“</i>²⁴</p> <p>Das Wissen, dass andere die gleichen Erfahrungen und das Gleiche erlebt hatten, half den Pflegefachpersonen mit der Arbeit weiterzumachen.</p> <p>Die Arbeit nicht nach Hause zu nehmen, war eine weitere erwähnte Strategie, die aber schwierig umzusetzen war. <i>„I try not to take it home, but I do! There are many times I talk to my husband about a horrible case.“</i>²⁵</p>	<p>Stärken:</p> <p>Es wurde eine ethische Genehmigung eingeholt.</p> <p>Das Design und die Methode scheinen passend, um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden genau beschrieben.</p> <p>Die Datensättigung wurde erreicht.</p> <p>Die Hauptuntersucherin überprüfte die Richtigkeit der Transkription.</p> <p>Eine Nachbesprechung der Ergebnisse mit einer oder einem zweiten Forschenden fand statt.</p> <p>Ein Reflexionstagebuch wurde geführt.</p> <p>Die Forschenden haben Erfahrung in qualitativer Forschung und im Fachgebiet.</p> <p>Zitate wurden gebraucht, um die Ergebnisse zu unterstützen.</p> <p>Limitationen wurden erwähnt.</p> <p>Schwächen:</p>

²⁴ Das liegt an meinen tollen Mitarbeitenden, denn sobald man das Zimmer [Kinderzimmer] verlässt, versuchen sie [die Pflegefachpersonen], einen irgendwie aufzuheitern. (S.354)

²⁵ Ich versuche, es nicht mit nach Hause zu nehmen, aber ich tu es! Es kommt oft vor, dass ich mit meinem Mann über einen schrecklichen Fall spreche. (S.354)

Keine Zeitangaben zur Dauer der Datenanalyse wurde erwähnt.

Die Dauer der Interviews wurde nicht angegeben.

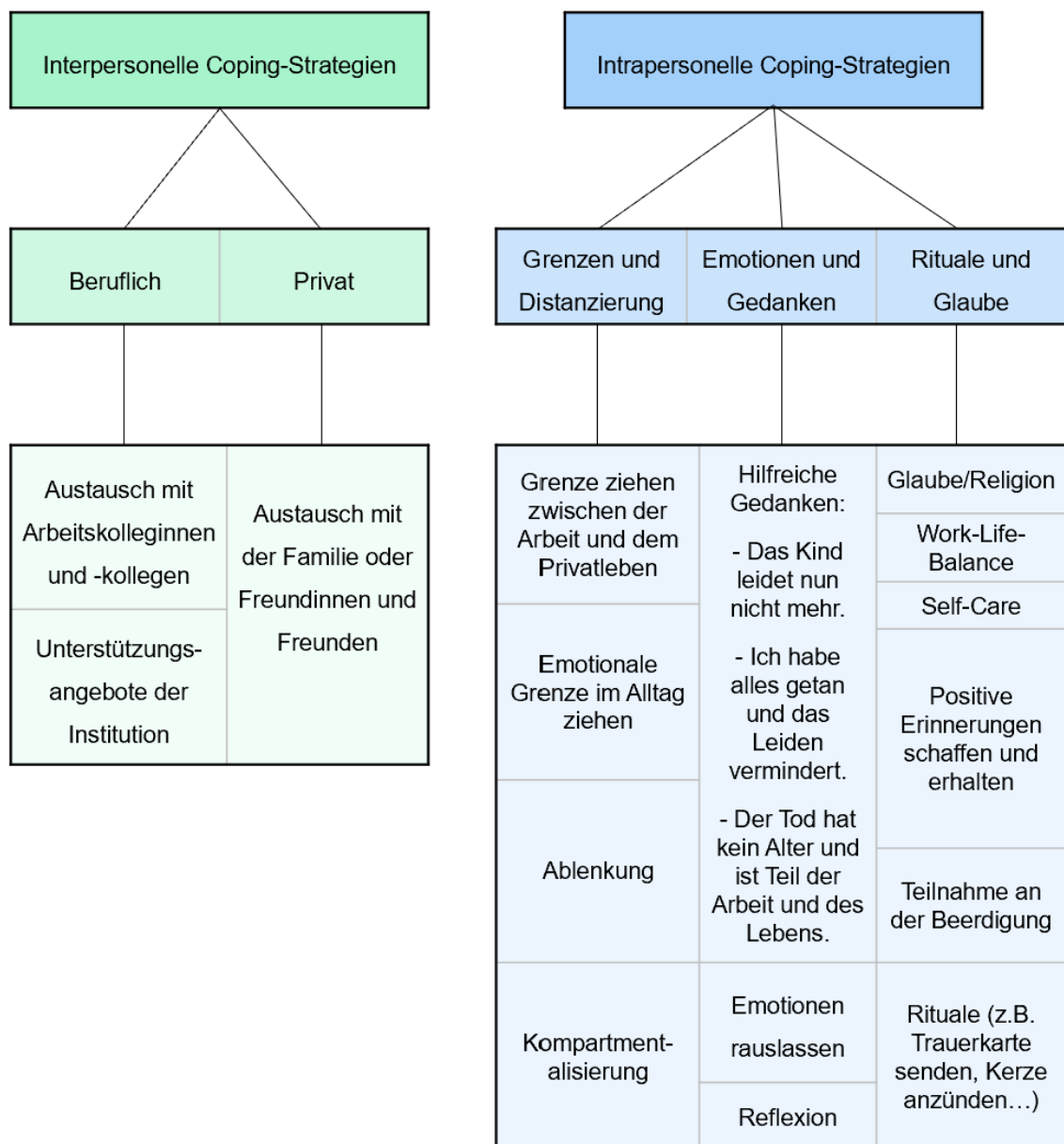
Evidencelevel: 3 (Joanna Briggs Institute, 2013, Levels of Evidence for Meaningfulness)

4.2 Synthese

Die Ergebnisse der zehn Studien wurden in den zwei folgenden Oberthemen interpersonelle und intrapersonelle Coping-Strategien unterteilt. Diese zwei Oberthemen wurden anschliessend in weitere Unterthemen gegliedert.

Die Abbildung 5 gibt einen Überblick über die gewonnenen Ergebnisse. Die verschiedenen Coping-Strategien werden in den entsprechenden Unterkapitel detaillierter erläutert. Alle Studien wurden gleichgewichtig betrachtet und einbezogen.

Abbildung 5: Überblick über die Coping-Strategien



4.2.1 Interpersonelle Coping-Strategien: beruflich

In allen bearbeiteten Studien wurde der Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen als eine Coping-Strategie genannt (Bergsträsser et al., 2017; Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Forster & Hafiz, 2015; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Reid, 2013; Stayer & Lockhart, 2016; Shimoinaba et al., 2021). Cook et al. (2012) betont, sich mit Arbeitskolleginnen und -kollegen auszutauschen, sei entscheidend für einen gesunden Umgang mit palliativen Situationen. Gute Erinnerungen an die Patientin oder den Patienten zu teilen, half den Pflegefachpersonen mit der Situation besser umzugehen (Chew et al. 2021).

„[...] so having someone beside us ... to ... just to know that someone is there, to listen to us when we want to talk would ... is a very good thing”²⁶ (Chong & Abdullah, 2017, S.129).

Zwei Studien zeigen auf, dass sich die Pflegefachpersonen an Personen aus dem beruflichen Umfeld wandten, die auf der gleichen Station arbeiteten, um Rat und Ermutigungen einzuholen (Chew et al., 2021; Shimoinaba et al., 2021). Zusätzlich vertritt die Studie von Shimoinaba et al. (2021) die Ansicht, dass die Arbeitskolleginnen und -kollegen auch auf einer anderen Abteilung oder in anderen Spitälern arbeiten können.

Zwei Studien betonen, dass Arbeitskolleginnen und -kollegen mit längerer Berufserfahrung eine Quelle der emotionalen Unterstützung für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care sein können (Chong & Abdullah, 2017; Shimoinaba et al., 2021). Shimoinaba et al. (2021) führt aus, dass die Gespräche mit Erfahreneren hilfreich waren. Dieser Austausch beinhaltete das Geschehen nachzusprechen, zu diskutieren und zu reflektieren. Dazu wird erläutert, dass erfahrenere Arbeitskolleginnen und -kollegen für Pflegefachpersonen mit weniger Erfahrungen auch eine klinische Unterstützung waren. Wie zum Beispiel pflegerische Interventionen nach zu besprechen und Verbesserungsmöglichkeiten zu diskutieren. In der Studie von Cook et al. (2012) wurde festgestellt, dass frisch diplomierte Pflegefachpersonen eher über tragische Ereignisse sprachen als erfahrenere Arbeitskolleginnen und -kollegen. Das Erzählen über den Tod eines Kindes war für die frisch diplomierten Pflegefachperson therapeutisch.

Vier Studien unterstreichen, dass der Austausch von Gefühlen und Emotionen mit Arbeitskolleginnen und -kollegen bei pädiatrischen palliativen Situationen hilfreich war (Forster & Hafiz, 2015; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Shimoinaba et al., 2021;

²⁶ [...] Jemanden an unserer Seite zu haben ... um ... einfach zu wissen, dass jemand da ist, der uns zuhört, wenn wir reden wollen, ... ist eine sehr gute Sache.

Stayer & Lockhart, 2016). In den Studien von Forster & Hafiz (2015) und Muskat et al. (2020) wurde festgestellt, dass das Erlebte und die Emotionen mit jemandem zu teilen, der dasselbe erlebt hat, unterstützend war. Die Studie von Muskat et al. (2020) führt weiter aus, dass sie sich trafen, um sportliche Aktivitäten zu unternehmen oder zusammen einen Abend zu verbringen. Allgemein wurde ein unterstützendes Team, in welchem alle Mitglieder zusammenarbeiten und Verständnis für die Emotionen zeigen, als ein wichtiger Aspekt genannt (Shimoinaba et al., 2021).

Gemäss drei Studien fanden manche Pflegefachpersonen Unterstützungsangeboten der Institution hilfreich, um das Erlebte zu verarbeiten und über das Sterben und den Tod mit anderen Gesundheitsfachpersonen zu sprechen (Bergstässer et al., 2017; Cook et al., 2012; Muskat et al., 2020). Cook et al. (2012) stellt das Pediatric Advanced Care Team (PACT) Angebot vor. Das PACT-Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten, einer Pflegefachperson, eine Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter und einer Koordinatorin oder einem Koordinator. Das Team hat eine Zusatzausbildung in der Palliative Care und Sterbebegleitung. Dieses Team unterstützt nicht nur die Familien und Angehörige, sondern auch die Pflegefachpersonen. Das PACT unterstützt die Pflegefachpersonen, indem es Gespräche über das Sterben und den Tod ermöglicht, Behandlungsoptionen erörtert, an Entscheidungsfindungen teilnimmt und bei Interventionen wie zum Beispiel dem Symptommanagement Strategien aufzeigt. Bergstässer et al. (2017) fügt hinzu, dass Gespräche im interprofessionellen Team für Gesundheitsfachpersonen als hilfreich empfunden wurden. Die Studie von Muskat et al. (2020) führt aus, dass die Pflegefachpersonen an einer Supervision oder einer Nachbesprechungen teilnahmen. „Voicing Spaces“ wurde die Nachbesprechung genannt, es diente als offenes Forum. Die Nachbesprechung fand jeden zweiten Montag mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger statt.

„the PACT team came in and we talked about the patient's death before he passed away which was really great because there was so much stress around the situation, and putting it all on the table beforehand was more helpful than after he died”²⁷ (Cook et al., 2012, S.18).

4.2.2 Interpersonelle Coping-Strategien: privat

²⁷ Das PACT-Team kam zu uns und wir sprachen über den Tod der Patientin oder des Patienten, bevor er starb, was wirklich grossartig war, denn die Situation war sehr stressig, und es war hilfreicher, alles vorher zu besprechen als nach ihrem oder seinem Tod.

In sechs Studien wurde das Gespräch mit dem Umfeld, das heisst mit der Familie oder Freundinnen und Freunden als eine hilfreiche Coping-Strategie genannt, um mit pädiatrischen Palliative Care Situationen zurecht zu kommen (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Forster & Hafiz, 2015; Muskat et al., 2020; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021). Die Studie von Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz (2021) führt aus, dass es im Austausch darum geht die Gefühle auszudrücken. Forster & Hafiz (2015) fügt hinzu, dass Gespräche mit der Partnerin oder dem Partner als hilfreich empfunden wurden. Das Verständnis und die Unterstützung des Umfelds halfen beim Umgang mit dem Tod eines Kindes. Gemäss Chew et al. (2021) hatten die Pflegefachpersonen mindestens eine Person in ihrem Umfeld zu der sie gehen konnten, als ein Kind verstarb. Nach Muskat et al. (2020) gaben die Familie und Freundinnen und Freunden in solchen schweren Situationen Kraft und sie waren eine wichtige Ablenkung nach schwierigen Arbeitstagen. Die Pflegefachpersonen hatten darauf hingewiesen, dass es wichtig und notwendig war jemand zum Reden zu haben.

„I think it is really valuable to have friends that are not nurses at all ... you cannot say anything about anything that is going on and they are not any wiser. And that is so nice”²⁸ (Muskat et al., 2020, S.111).

Cook et al. (2012) hebt hervor, dass der Austausch eher mit Personen aus dem beruflichen Umfeld stattfand und kaum im privaten Umfeld.

4.2.3 Intrapersonelle Coping-Strategien: Grenzen & Distanzierung

Die Arbeit nicht mit nach Hause zunehmen und eine Grenze zwischen der Arbeit und dem Privatleben zu ziehen, war eine genannte Coping-Strategie (Chew et al., 2021; Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Der Arbeitsweg konnte als mentaler Übergang vom Beruflichen zum Privaten für Pflegefachpersonen dienen (Muskat et al., 2020). Stayer & Lockhart (2016) fügt hinzu, dass es schwierig war, die Arbeit nicht mit nach Hause zu nehmen und eine klare Grenze zu ziehen. Manchen Pflegefachpersonen half es in der Freizeit nicht erreichbar zu sein, um sich abgrenzen zu können. Anderen wiederum half es, sich ebenfalls an freien Tagen über das Wohlbefinden der Patientin oder des Patienten zu erkundigen. So konnten sie sich angemessen auf die Arbeit vorbereiten (Muskat et al., 2020).

²⁸ Ich denke, es ist wirklich wertvoll, Freundinnen und Freunden zu haben, die keine Pflegefachpersonen sind ... man kann nicht über alles sprechen, was vor sich geht, und sie sind nicht weiser. Und das ist so schön.

*„Yeah, for me, I don't really talk about work. For me, once I go to those elevators, it's totally different. It's work. You can't save everybody”*²⁹ (Cook et al., 2012, S. 17,18).

Eine emotionale Grenze im Alltag zu ziehen und sich von den palliativen Situationen zu distanzieren, ist eine genannte Coping-Strategie. Sich im Alltag kurz zurückzuziehen, sich emotional auf die Situation vorzubereiten aber auch die Wahrung der eigenen Gefühle waren Strategien, um mit palliativen Situationen in der Pädiatrie umzugehen (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Chew et al. (2021) hat festgestellt, dass es Pflegefachpersonen half sich auf die administrative Unterstützung der Familie zu konzentrieren. So konnten sie sich besser distanzieren und waren nicht zu stark emotional involviert.

Nach dem Tod einer Patientin oder eines Patienten verspürten Pflegefachpersonen viele Emotionen. Die Gefühle zu verdrängen und zu unterdrücken half dabei im Alltag weiterarbeiten zu können (Chew et al., 2021; Cook et al., 2012; Forster und Hafiz, 2015; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Muskat et al. (2020) nennt diesen Prozess «Kompartimentalisierung». Dieser Begriff kommt aus der Psychologie. In der Studie von Forster und Hafiz (2015) wurde die Verdrängung der Gefühle in einem zeitlichen Faktor angegeben. Die Pflegefachpersonen sagten, dass sie das Erlebte meist erst Stunden oder Tage später verarbeiten konnten. Ablenkung half Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care, um die Gefühle zu verdrängen (Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020).

4.2.4 Intrapersonelle Coping-Strategien: Emotionen & Gedanken

In sieben Studien wurden verschiedene Gedankengänge erläutert, die Pflegefachpersonen im Umgang mit palliativen Situationen in der Pädiatrie halfen (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021; Stayer & Lockhart, 2016). Nach dem Tod einer Patientin oder eines Patienten half der Gedanke, dass das Kind nun nicht mehr leidet und keine Lebensqualität mehr hatte (Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021). Die Pflegefachpersonen wussten sie haben das Kind bestmöglich unterstützt und das Leiden soweit möglich gelindert (Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Shimoinaba et al., 2021). Um zu Hause abschalten zu können, half die Gewissheit, dass das Kind rund um die Uhr betreut wurde und nicht allein war. So war immer jemand da,

²⁹ Ja, ich spreche nicht wirklich über die Arbeit. Für mich wechselt es, wenn ich in diese Aufzüge gehe. Es ist Arbeit. Man kann nicht jeden retten.

um Massnahmen zu ergreifen und das Wohlbefinden des Kindes zu erhöhen (Chong & Abdullah, 2017). Der Tod hat kein Alter und ist Teil der Arbeit, dieser Gedanke war für Pflegefachpersonen im palliativen Setting hilfreich, um mit der Situation zurechtzukommen. Das Gefühl, dass man als Pflegefachperson alles getan hat, um die Patientin oder den Patienten und die Familie bestmöglich zu unterstützen, war förderlich bei der Bewältigung (Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Shimoinaba et al., 2021). Den Pflegefachpersonen half es zu wissen, dass sie nicht immer alles in Ordnung bringen konnten und das Kind nicht retten konnten (Chong & Abdullah, 2017). Den Tod zu Akzeptieren und das Bewusstsein, dass er zum Leben gehört, war ein weiterer unterstützender Gedanke. (Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021). Laut Stayer & Lockhart (2016) half das Wissen, dass andere Pflegefachpersonen dasselbe erlebt haben und die gleichen Erfahrungen gemacht haben, um weiter arbeiten zu können.

*„It's life and you know everyone dies, and I've been a nurse for 30 years, I've seen lots of people die...just a normal process and I'm pretty accepting of that”*³⁰ (Shimoinaba et al., 2021, S.4).

Die Situationen und die damit einhergehenden Gefühle zu validieren und zu reflektieren war für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care von Bedeutung, um die belastenden und herausfordernden Situationen zu verarbeiten und zu bewältigen (Muskat et al., 2020; Reid, 2013; Shimoinaba et al., 2021; Stayer & Lockhart, 2016). Einige zeigten offen ihre Gefühle, sei es im Team oder vor der Familie der Patientin oder des Patienten. Andere Pflegefachpersonen bevorzugten die Emotionen erst rauszulassen, wenn sie allein waren (Cook et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021).

4.2.5 Intrapersonelle Coping-Strategien: Rituale & Glaube

In sechs Studien wurde der Glaube oder die Spiritualität als Coping-Strategie für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care erwähnt. Pflegefachpersonen fanden Trost in ihrem Glauben oder ihrer Spiritualität und konnten so den Tod einer Patientin oder eines Patienten besser verarbeiten (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Forster und Hafiz, 2015; Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021). Chong & Abdullah (2017) zufolge half es den Pflegefachpersonen zu beten oder zu meditieren.

³⁰ So ist das Leben, und man weiss, dass jeder stirbt, und ich bin seit 30 Jahren Pflegefachperson, ich habe viele Menschen sterben sehen... das ist ein ganz normaler Prozess, und ich akzeptiere das ziemlich.

*„Okay, as a Muslim, for me la, my religion, we are taught to just leave it to god... Maybe because I feel that the child, maybe, is much better there, you know, that kind of thing, more peaceful, you know”*³¹ (Chew et al., 2021, S.348).

Einen Ausgleich zur Arbeit zu haben war von grosser Bedeutung. Self-Care und auf die eigene Gesundheit zu achten war von grosser Wichtigkeit für die Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care (Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021). Sport, Alleinsein oder Entspannung dient der Work-Life-Balance. Andere Pflegefachpersonen nutzen auch weniger gesunde Coping-Strategien, wie Essen und Trinken (Muskat et al., 2020).

Beim Umgang mit dem Tod eines Kindes halfen den Pflegefachpersonen verschiedene Rituale (Bergsträsser et al., 2017; Cook et al., 2020). Genannte Rituale waren eine Trauerkarte an die Familie zu verschicken, eine Kerze, einen Engel oder Steine auf einen kleinen Tisch auf der Station aufzustellen (Bergsträsser et al., 2017).

Positive Erinnerungen an die Patientin oder den Patienten halfen Pflegefachpersonen im Umgang mit palliativen Situationen in der Pädiatrie. Das Erzählen von schönen Momenten liessen die Pflegefachpersonen nicht an den Tod vom Kind denken (Chew et al., 2021; Cook et al., 2012). Fotos am Bett des Kindes aufzuhängen waren hilfreich, um schöne Erinnerungen hervorzurufen. Dies konnte aber auch negative Emotionen hervorrufen. Nach dem Tod eines Kindes den Kontakt zu dessen Familie aufrechtzuerhalten, war laut Cook et al. (2020) eine weitere Methode, welche Pflegefachpersonen anwendeten, um neue Erinnerungen zu schaffen und Gespräche über die schönen Zeiten zu führen.

*„Every time I was caring for her...I would look up at that picture and be like this is the little girl who is here, you know, this is her and it really helped to look at the picture and focus on the picture as a focal point of who she really is”*³² (Cook et al., 2012, S.17).

*„So, it becomes like a jovial coping mechanism, in the sense. So, that's how I reminisce about the patients who have passed on la”*³³ (Chew et al., 2021, S. 348).

³¹ Okay, als Muslim, für mich, meine Religion, wird uns beigebracht, es einfach Gott zu überlassen... Vielleicht, weil ich das Gefühl habe, dass es dem Kind dort vielleicht viel besser geht, weisst du, diese Art von Dingen, friedlicher, weisst du.

³² Jedes Mal, wenn ich mich um sie kümmerte, schaute ich auf dieses Bild und dachte, das ist das kleine Mädchen, das hier ist. Das ist sie, und es hat wirklich geholfen, das Bild zu betrachten und sich auf das Bild zu konzentrieren, um zu zeigen, wer sie wirklich ist.

³³ Das ist dann sozusagen ein heiterer Bewältigungsmechanismus. So schwelge ich in Erinnerungen an die Patienten oder den Patienten, die oder der von uns gegangen sind.

Der Besuch der Patientin oder des Patienten auf der Intensivstation, um sich vom Kind zu verabschieden, konnte für Pflegefachpersonen förderlich sein. Cook et al. (2020) betont, dass sich dabei aber nicht alle Pflegefachpersonen wohlfühlten.

Nach dem Tod eines Kindes an der Beerdigung teilzunehmen, half Pflegefachpersonen. Es unterstütze sie beim Abschiednehmen und dabei sich einen Abschluss zu ermöglichen (Bergsträsser et al., 2017; Muskat et al., 2020; Reid, 2013). Die Pflegefachpersonen äusserten, dass sie an den Beerdigungen ihre Trauer legitim zum Ausdruck bringen konnten (Reid, 2013).

5 DISKUSSION

In den zehn eingeschlossenen Studien wurden individuelle Coping-Strategien für Pflegefachpersonen im Pädiatrische Palliative Care aufgezeigt und beschrieben. Im folgenden Kapitel werden zuerst die eingeschlossenen Studien kritisch gewürdigt, danach werden die Ergebnisse diskutiert, die Stärken und Limitationen der Bachelor-Thesis werden genannt und zuletzt wird die Fragestellung bestmöglich beantwortet. Die kritische Würdigung der Studien orientierte sich an den Gütekriterien Glaubwürdigkeit (Credibility), Übertragbarkeit (Transferability), Bestätigbarkeit/Replizierbarkeit (Confirmability) und Zuverlässigkeit/Nachvollziehbarkeit (Dependability) von Lincoln und Guba (1985).

5.1 Kritische Würdigung der Literatur

Alle Studien haben nichtprobabilistische Stichproben verwendet. Für die Bearbeitung der Ziele ist dies passend, da nur Gesundheitsfachpersonen eingeschlossen werden sollten, die ein Kind im palliativen Setting betreut hatten. Die Glaubwürdigkeit wird zusätzlich durch die Ethikgenehmigung von allen Studien erhöht. Durch diese wurden zusätzlich die Sicherheit und das Wohlergehen der betroffenen Personen gewährt. Die Studien zeigten in den Ergebnissen einen Konsens auf. Einige Studien zeigten mehr Stärken auf als andere, jedoch stand dies bei der Gewichtung der Ergebnisse nicht im Vordergrund.

Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study (Bergsträsser et al., 2017)

Die Studie von Bergsträsser et al. (2017) zeigt eine hohe Glaubwürdigkeit auf. Dafür wurden verschiedene Techniken angewandt: die Datenanalyse wurde durch mehrere Forschende mit verschiedenen Berufen durchgeführt, durch Zitate wurden die Ergebnisse unterstützt, Peer-Reviews wurden angewandt und alle Autorinnen und Autoren überprüften das endgültige Manuskript. Eine Triangulation wurde ermöglicht, da mehrere Forschende die Daten analysierten. Die Übertragbarkeit ist gewährleistet, da die Teilnehmenden genau beschrieben wurden. Zusätzlich dazu wurden konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis geliefert. Die Methode ist genau beschrieben, deshalb ist die Studie repetierbar und nachvollziehbar. Da die Daten mehrsprachig waren, wurden die Original-, Vermittlungs- und Zielsprache definiert und die Übersetzungspunkte festgelegt, um Bias zu vermindern. Die Transkription und Analyse wurden mit der Originalsprache des Interviews durchgeführt. Es wurde ein Leitfaden erwähnt, der die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit steigert. Die Erläuterung der Datensättigung hätte die Glaubwürdigkeit unterstützt.

Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study (Chew et al., 2021)

Die Studie von Chew et al. (2021) fokussiert sich auf frisch diplomierte Pflegefachpersonen in der Pädiatrie und deren Coping-Strategien bei palliativen Situationen. Die Übertragbarkeit ist gewährleistet, da das Sample genau beschrieben wurde und zusätzlich konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis benannt wurden. Die Datensättigung wurde erreicht, was die Glaubwürdigkeit steigert. Ein Leitfaden wurde für die halb-strukturierten Einzelinterviews anhand der Grundlagen des konzeptionellen Rahmens für Trauer von Cowles und Rodgers (1991) entwickelt. Die Nachvollziehbarkeit wurde so gesteigert. Die Glaubwürdigkeit wurde mit verschiedenen Techniken erhöht: Pilotversuch des Interviewleitfadens, Reflexionstagebuch, Zitate wurden eingefügt und bei Meinungsverschiedenheiten wurden diese durch eine Diskussion geklärt. Die Aufzeichnungen und Reflexionen wurden laufend mit den Autorinnen und Autoren besprochen, um Verbesserungen bei den folgenden Interviews vorzunehmen. Eine Triangulation fand statt, da die thematische Datenanalyse durch zwei erfahrene Forschende unabhängig durchgeführt wurde. Die Analysen wurden verglichen und überarbeitet, dies steigert die Glaubwürdigkeit.

Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study (Chong & Abdullah, 2017)

Die Studie von Chong & Abdullah (2017) wählte einzelne semistrukturierte Tiefeninterviews als Methode. Dies ist angemessen und passend, um das Thema zu erforschen. Da die Interviews einen tiefen Einblick in die Perspektiven und Erfahrungen der Teilnehmenden ermöglichen. Die Forschenden haben Erfahrung in der Palliative Care, dies unterstützt die Glaubwürdigkeit. Weitere Techniken wurden verwendet, um die Glaubwürdigkeit zu steigern: Der Leitfaden der Interviewfragen wurde auf der Grundlage der Literaturrecherche und Expertenmeinungen entwickelt, die Interviewfragen wurden in der Studie aufgeführt, zwei Forschende führten unabhängig voneinander die Datenanalyse durch und die Ergebnisse wurden von zwei Forschenden diskutiert. Eine Triangulation wurde ermöglicht, da wie bereits erwähnt die Analyse der Daten durch zwei erfahrene Forschende durchgeführt wurde. Durch das Aufführen der Interviewfragen, ist die Studie replizierbar. Die Nachvollziehbarkeit ist gegeben, da während den Interviews Feldnotizen gemacht wurden. Um die Ergebnisse zu unterstreichen, wurden Zitate eingefügt. Die Information, ob die Datensättigung erreicht wurde fehlte, weshalb die Übertragbarkeit in Frage gestellt werden kann. Zudem wurden keine Limitationen erwähnt.

Die Datensättigung und die Limitationen hätten die Glaubwürdigkeit zusätzlich gesteigert.

Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting (Cook et al., 2012)

Die Studie von Cook et al. (2012) zeigt eine hohe Glaubwürdigkeit auf. Relevante und aussagekräftige Zitate wurden verwendet und die Ergebnisse dadurch gestützt. Um die Glaubwürdigkeit der Studie zu erhöhen, wurden verschiedene Techniken eingesetzt, wie zum Beispiel eine Nachbesprechung mit weiteren Forschenden und eine Überprüfung durch einen externen Forschenden. Zudem hatten die Forschenden Erfahrung in der Pädiatrie. Das Setting und das Sample wurden genau beschrieben, was eine Übertragung ermöglicht. Zusätzlich dazu wurden konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis genannt. Die Interviewfragen wurden in der Studie aufgeführt und machten diese damit repetierbar und nachvollziehbar. Die Interviewfragen wurden gestützt auf aktueller Literatur verfasst und von einem Expertengremium von Pflegefachpersonen validiert. Dies ist eine grosse Stärke der Studie. Die Teilnehmenden erhielten die Fragen einen Tag vor den Interviews. Dies kann positiv sowie negativ betrachtet werden, da sie sich schon im Voraus mit dem Thema befassen und sich somit Antworten überlegen konnten. Gegebenenfalls wurden so mehr Ergebnisse generiert, jedoch waren die Antworten eventuell weniger spontan. Die Nachvollziehbarkeit ist zusätzlich durch die gemachten Feldnotizen gegeben. Die Angabe des Zeitraumes der Datensammlung hätte die Nachvollziehbarkeit weiter erhöht.

Pediatric death and dying: Exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision (Forster und Hafiz, 2015)

Die von Forster und Hafiz (2015) zeigt eine hohe Reflexion und einen wechselseitigen Dialog zwischen den Mitwirkenden auf, da die Datenanalyse induktiv, vergleichend, interaktiv und iterativ war. Die Methode war passend, um das Ziel der Studie zu erreichen. Die Interviews ermöglichen einen Einblick in die Perspektiven und Erfahrungen der Teilnehmenden. Die Erwähnung der Limitation würde die stattgefundenene Reflexion verstärken. Bei der Methode wurde die Dauer der Interviews nicht angegeben, dies erschwert die Nachvollziehbarkeit wie lange sich die Teilnehmenden mit dem Thema befasst hatten. Die Erwähnung eines Leitfadens hätte aufgezeigt mit welchen Themen sich die Teilnehmenden auseinandergesetzt hatten und die Studie wäre somit nachvollziehbarer. Die Angabe zur Dauer der Interviews, die Erwähnung eines Leitfadens sowie die Datensättigung würden die Glaubwürdigkeit erhöhen.

Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient” (Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021)

Die Studie Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz (2021) erwähnt in einem Teil Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care. Um die Coping-Strategien zu erfassen, wurden zwei offene Fragen schriftlich den Teilnehmenden geschickt. Durch das Aufführen der Fragen, ist die Studie replizierbar. Um die Ergebnisse der offenen Frage zu unterstützen und die Übertragbarkeit sowie Glaubwürdigkeit zu erhöhen, hätten Zitate eingefügt werden können. Die herausgefunden Coping-Strategien werden sehr knapp beschrieben, weshalb die Anwendung und Übertragbarkeit nur eingeschränkt stattfinden kann. Ob die Datensättigung erreicht wurde, ist unklar, was ebenfalls die Übertragbarkeit und die Glaubwürdigkeit mindert. Das Evidenzlevel der Studie war gemäss Joanna Briggs (2013) Evidencelevel 2, aufgrund der Erfassung soziodemographischer Variablen und der Anwendung der Bugen-Skala, zur Bewältigung des Todes. Die Studie hat somit einen quantitativen und qualitativen Ansatz, was zum höheren Evidenzlevel führt. Bei den Ergebnissen wurde explizit nur der Abschnitt mit den Coping-Strategien bewertet, daher spielt die höhere Evidenzlevel bei der Beurteilung dieser Studie keine Rolle.

The experiences of physicians, nurses, and social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital (Muskat et al., 2020)

Die Studie von Muskat et al. (2020) zeigt eine hohe Glaubwürdigkeit auf. Diese wurde durch verschiedenen Faktoren erhöht: Die Forschenden haben Erfahrung in qualitativer Forschung sowie in der Pädiatrischen Palliative Care, die Interviewfragen basieren auf der Grundlage von früheren Forschungsarbeiten und der klinischen Erfahrung des Teams, die Ergebnisse werden mit Zitaten unterlegt, es fand eine Reflexion klinischer Erfahrungen statt, die Daten wurden von mehreren Forschenden unabhängig voneinander analysiert und bei Meinungsverschiedenheiten diskutiert. Eine Triangulation fand statt, da die Datenanalyse wie bereits erwähnt durch mehrere Forschenden unabhängig durchgeführt wurde. Das Sample wurde genau beschrieben und konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis wurden geliefert, dies steigert die Übertragbarkeit. Die Themen der Interviews waren in der Studie ersichtlich und führen dazu, dass die Studie replizierbar ist. Die Angabe des Zeitraums der Datensammlung fehlte, dies wiederum verringert die Nachvollziehbarkeit.

Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home (Reid, 2013)

Die Studie von Reid (2013) lieferte konkrete Verbesserungsvorschläge für die Praxis, was eine Übertragbarkeit ermöglicht. Jedoch ist diese fraglich, da das Alter und die Erfahrungsjahre der Teilnehmenden nicht ersichtlich waren. Die Studie wurde einem offenen Peer-Review unterzogen, dies erhöht die Glaubwürdigkeit. Das Design war Grounded Theory. Dies ist ein Ansatz, um soziale Prozesse und Strukturen zu erforschen mit Hilfe von Feldforschung. Typischerweise werden 25 bis 50 Teilnehmende interviewt (Polit et al., 2004). In der Studie nahmen sieben Teilnehmende an den Interviews teil. Daher ist das Design der Grounded Theory eher unpassend. Die Datenanalyse sowie die Erhebung der Daten wurden eher knapp beschrieben, die Studie ist deshalb nur bedingt replizierbar. Die Dauer der Interviews wurde nicht erwähnt. Es wäre hilfreich gewesen zu wissen, wie lange sich die Teilnehmenden mit dem Thema befasst haben. Mit einem Interviewleitfaden hätte die Glaubwürdigkeit erhöht werden können und die Studie wäre replizierbar. Zudem wären die Ergebnisse nachvollziehbar, denn es zeigt auf mit welchen Themen sich die Teilnehmenden befasst haben. Es wurden zwar Zitate gebraucht, jedoch scheinen diese unpassend und unterstützen die Ergebnisse nicht.

Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study (Shimoinaba et al., 2021)

Die Studie von Shimoinaba et al. (2021) zeigt eine hohe Glaubwürdigkeit auf. Die Datenanalyse sowie die Erhebung der Daten wurden genau beschrieben, dadurch ist es möglich die Studie zu repetieren. Alle Interviewtranskripte wurden von drei Pflegefachpersonen gelesen, die alle promovierte Qualitätsforschende und Erfahrung in den entsprechenden Fachgebieten hatten. Dies war eine Stärke dieser Studie. Die Studie zeigt eine hohe Reflexion auf, da die Themen fortlaufend diskutiert wurden. Die Teilnehmenden konnten die Transkripte einsehen, dies erhöht die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Die Forschenden haben die Daten unabhängig voneinander analysiert und bei Unstimmigkeiten wurden diese diskutiert und ein Konsens wurde gesucht. Dies zeigt eine Triangulation auf. Das Sample waren Pflegefachpersonen, die in der Notaufnahme arbeiteten. Sie hatten Erfahrungen mit dem Tod von Kindern, jedoch waren die Begegnungen und Beziehungen meist kurz. Es ist fraglich, ob die Ergebnisse auf die stationäre Palliative Care übertragen werden können.

Living with dying in the pediatric intensiv care unit: a nursing perspective (Stayer & Lockhart, 2016)

Die Studie von Stayer & Lockhart (2016) erreicht die Datensättigung, wodurch die Übertragbarkeit der Ergebnisse gestärkt wird. Eine Stärke, die für Übertragbarkeit spricht, ist, dass die Forschenden Erfahrung in der Pflegeforschung haben. Verschiedene Techniken wurden verwendet, um die Glaubwürdigkeit zu steigern: die Interviews wurden immer von derselben Person durchgeführt, die Prüferinnen und Prüfer haben die Transkripte unabhängig voneinander geprüft, die Interpretationen wurden zwischen den Transkripten fortlaufend überprüft und hinterfragt und durch Nachbesprechungen mit einer oder einem zweiten Forschenden. Ein Audit Trail wurde erstellt. Dieser diente der Kontrolle und Aufzeichnung des Prozesses und der Qualitätssicherung und unterstützt die Nachvollziehbarkeit. Das Sample wurde genau beschrieben, dies gewährleistet eine Übertragbarkeit. Die Richtigkeit der Datensammlung wurde durch zwei Methoden überprüft: eine Nachbesprechung zur Klärung von Antworten der Interviews und Feldnotizen. Es wurde kein Leitfaden erwähnt, was die Studie weniger nachvollziehbar macht. Die Angabe der Dauer der Datenanalyse sowie die Dauer der Interviews hätten die Glaubwürdigkeit der Studie gesteigert.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Studien stellen fest, dass die Arbeit im Pädiatrischen Palliative Care Gefühle von Traurigkeit, Frustration, Wut und Hilfslosigkeit veranlasst (Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Es wurde herausgefunden, dass das Miterleben eines Todes von einem Kind, die Pflegefachpersonen beruflich sowie persönlich beeinträchtigt. Die meisten waren sich einig, dass der Umgang mit dem Tod von einem Kind traumatisierender und schwieriger ist als der eines Erwachsenen (Shimoinaba et al., 2021). In den Ergebnissen zeigten sich vielfältige Coping-Strategien, um Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care zu unterstützen.

5.2.1 Interpersonelle Coping-Strategien

Der Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen als Coping-Strategie wurde in der eingeschlossenen Literatur am häufigsten genannt (Bergsträsser et al., 2017; Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Forster & Hafiz, 2015; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Reid, 2013; Stayer & Lockhart, 2016; Shimoinaba et al., 2021). Cook et al. (2012) zufolge sprachen jüngere Pflegefachpersonen eher über belastende Ereignisse als erfahrenere Pflegefachpersonen. Chew et al. (2021) stellt fest, dass erfahrenere Pflegefachpersonen auf Todesfällen anders als

frisch diplomierte Pflegefachpersonen reagierten. Frisch diplomierte Pflegefachpersonen fühlten sich verpflichtet, ihre Emotionen herunterzuspielen und sich distanzieren zu müssen. Shimoinaba et al. (2021) führt aus, dass erfahrenere Arbeitskolleginnen und -kollegen eine emotionale sowie klinische Unterstützung für Pflegefachpersonen mit weniger Erfahrungen sein können. Wie im Theorieteil erwähnt, schätzen Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care die Unterstützung durch die Führungsperson und eine klare Rollen- und Kompetenzverteilung. Pflegefachpersonen, welche sich unterstützt fühlen, sind eher in der Lage, belastende Situationen zu bewältigen. Es entsteht eine gesunde Basis und ein Grundstein für zukünftige Auseinandersetzungen mit palliativen Patientinnen und Patienten (Gerow et al., 2010). Die Autorinnen sind der Meinung, dass die jüngeren Pflegefachpersonen zuerst eigene Erfahrungen sammeln müssen, um zu lernen, wie sie mit pädiatrischen palliativen Ereignissen umgehen können. Es wird davon ausgegangen, dass sie durch ihre mehrjährige praktische Erfahrung zu Expertinnen oder Experten auf ihrem Gebiet werden können. Sie eignen sich Coping-Strategien an und können dieses Wissen anschliessend an unerfahrenere Pflegefachpersonen weitergeben.

Forster & Hafiz (2015) und Muskat et al. (2020) unterstreichen, dass beim Austausch zwischen Arbeitskolleginnen und -kollegen es hilfreich war, wenn das Gegenüber dieselbe Situation erlebt hat. Gemäss Muskat et al. (2020) trafen sich Arbeitskolleginnen und -kollegen zum Beispiel zum Sport oder für einen gemeinsamen Abend. Shimoinaba et al. (2021) zeigt auf, dass der Schichtdienst negativen Einfluss auf den Austausch zwischen Arbeitskolleginnen und -kollegen haben kann. Einige Pflegefachpersonen erwähnten, Schwierigkeiten zu haben, über ihre belastenden Erfahrungen ausserhalb der Arbeit zu sprechen. Die Autorinnen sind der Meinung, dass ein Austausch ausserhalb der Arbeit auch problematische Aspekte beinhalten kann. Die Grenze zwischen Beruflichem und Privatem verschwindet und eine gesunde Distanz zur Arbeit wird erschwert. Dies kann mit der Zeit und je nach Situation die Erholungs- und Ruhezeit beeinträchtigen.

Der bestehende Fachkräftemangel und der Schichtdienst erschweren den Austausch bei der Arbeit zusätzlich. Damit dieser wichtige Austausch funktionieren kann, ist gemäss den Autorinnen ein gut eingespieltes Team, eine offene und vertrauensvollen Kommunikationskultur sowie formelle und informelle Möglichkeiten zum Austausch hilfreich. Wenn ein offener Austausch Raum hat und gelebt werden kann, fühlt sich die Pflegefachperson verstanden und aufgefangen. Sie ist mit den herausfordernden Gedanken und Gefühlen nicht allein gelassen.

In Bezug auf den Austausch zwischen Pflegefachpersonen wurde im Theorieteil «Compassion with you» erwähnt. Das heisst einen anderen Menschen so weit zu verstehen, dass man eine gemeinsame Lösung oder einen gemeinsamen Nenner finden kann. Es braucht gegenseitiges Interesse und Respekt, damit die Pflegefachpersonen sich gegenseitig unterstützen können. Diese Kolleginnen und Kollegen müssen nicht nur Pflegefachpersonen sein, es können auch Ärztinnen oder Ärzte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter usw. sein. Die Entscheidung, wem man sich öffnen möchte oder nicht, hängt von der jeweiligen Person ab.

Das Umfeld war eine weitere genannte Coping-Strategie, um mit Pädiatrischen Palliative Care Situationen zurecht zu kommen (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Forster & Hafiz, 2015; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020). Dabei wird der Austausch und die Unterstützung durch Familienmitglieder, Freundinnen und Freunden verstanden. In der Studie von Cook et al. (2012) wurde festgestellt, dass der Austausch mit Freundinnen, Freunden und Familie kaum stattfand, sondern dass die Ereignisse eher mit den Arbeitskolleginnen und -kollegen besprochen wurden. Für Pflegefachpersonen kann es frustrierend sein, dass das Umfeld die Arbeit und die Belastung als Pflegefachperson in der Pädiatrie nicht verstehen und nachvollziehen kann (Cook et al., 2012; Muskat et al., 2020).

„Sometimes it can be frustrating when you're trying to explain your day to somebody, like a friend or family member and they just don't get it”³⁴ (Cook et al., 2012, S.17).

Die Studie von Muskat et al. (2020) zeigt auf, dass nicht nur Gespräche von Ereignissen eine Coping-Strategie war, sondern die Familie oder der Freundeskreis eine wichtige Ablenkung nach schwierigen Arbeitstagen sein kann. Eine Pflegefachperson hat geäußert, dass der Austausch mit Freundinnen oder Freunden, die nicht den gleichen Beruf ausübten, wichtig ist, da diese eben gerade nicht alles wissen und verstehen können. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass die Entscheidung einer Pflegefachperson, sich mit einer Arbeitskollegin, einem Arbeitskollegen oder jemandem aus dem näheren Umfeld auszutauschen, eine individuelle Präferenz ist. Wichtig ist, dass jede Pflegefachperson für sich persönlich die Frage nach den Erwartungen klärt und benennt. Wenn die Pflegefachperson das Ereignis nachbesprechen und verstanden werden möchten, ist

³⁴ Manchmal kann es frustrierend sein, wenn man versucht einer Freundin oder einem Freund oder einem Familienmitglied zu erklären, was man erlebt hat und sie es einfach nicht verstehen.

ein Austausch im beruflichen Umfeld bestimmt hilfreicher. Steht die Ablenkung im Vordergrund, kann diese wahrscheinlich im nichtberuflichen Kontext besser gelingen. Manchmal ist das Wissen ausreichend, dass jemand für einen da ist.

Institutionelle Unterstützungsangebote wurden in mehreren Studien in Bezug auf Coping-Strategien genannt. Einige Pflegefachpersonen fanden Unterstützungsangebote der Institution hilfreich, um das Erlebte zu besprechen und über das Sterben und den Tod formell und informell mit einer anderen Fachperson zu diskutieren (Bergstässer et al., 2017; Cook et al., 2012; Muskat et al., 2020). Fehlende institutionelle Unterstützung und fehlende Fachexpertise können eine zusätzliche Belastung für Pflegefachpersonen sein. Cook et al. (2012) erwähnte das Pediatric Advanced Care Team (PACT). Da dieses Team einen Teil der Betreuung des Kindes und deren Eltern übernahm, hatte es einen positiven Einfluss auf die Arbeit der Pflegefachperson. Diese wurden dadurch entlastet, und der Stress konnte reduziert werden. Wie im Theorieteil erwähnt, wurde ein markanter Unterschied zwischen Kliniken genannt, in welchen ein Palliative Care Team arbeitet, oder nicht. Pflegefachpersonen fanden es unterstützend, ein solches Team zur Seite zu haben. Die Autorinnen sind der Meinung, dass das Palliative Care Team im pädiatrischen Setting eine enorme Ressource für die Familie und für die Pflegefachpersonen sein kann. In der Studie von Muskat et al. (2020) wurde die Nachbesprechung von palliativen Situationen mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger genannt. Um solche institutionelle Unterstützungsangebote zu nutzen, müssen laut Autorinnen, die Pflegefachpersonen die Bereitschaft haben, ihre Gefühle mit einer externen Person zu teilen.

Shimoinaba et al. (2021) unterstreicht, dass die institutionellen Unterstützungsangebote nicht genügend strukturiert waren, wodurch deren Nutzung und Inanspruchnahme häufig beeinträchtigt wurde. Bergsträsser et al. (2017) führt aus, dass es nicht in allen Einrichtungen ein entsprechendes Angebot gab. Dadurch gehen Ressourcen von anderen Fachpersonen und damit der Perspektivenwechsel auf die Situationen verloren. Die Autorinnen sind ebenfalls der Auffassung, dass das fehlende Angebot nicht das einzige Problem ist, sondern diese zu wenig bekannt sind und deshalb nicht genutzt werden. Die institutionellen Unterstützungsangebote könnten jedoch eine wichtige Ressource für Pflegefachpersonen sein. Die Ressourcen sind ein wichtiger Faktor, und beeinflussen die interpersonellen Coping-Strategien. Es gibt physische, psychische, kulturelle, symbolische und relationale Ressourcen, wie zum Beispiel Empathie, Konfliktfähigkeit und positive emotionale Regulation. Zusätzlich spielen Umweltressourcen, wie zum Beispiel Wohnumfeldqualität und Arbeitsplatzqualität, eine Rolle (Herriger, 2014).

In Bezug zu den interpersonellen Coping-Strategien sind die Ressourcen die Arbeitskolleginnen und -kollegen, die Familie, Freundinnen oder Freunden und, wie

bereits genannt, die institutionellen Unterstützungsangebote. Wie im Theorieteil erwähnt, wird in der sekundären Bewertung der Situation die verfügbaren Ressourcen analysiert. Mangelnde Ressourcen können eine Stressreaktion auslösen. Wenn die Pflegefachpersonen keine Familie oder soziales Netzwerk in der Nähe haben, kann dies zu zusätzlichem Stress führen, und erschwert die Coping-Strategie «Austausch mit Familie und Freundinnen und Freunden» (Asturias et al., 2021).

Die Gefühle zu zeigen, wurde von einigen Pflegefachpersonen als Zeichen von Schwäche empfunden. Diese Annahme, ist ein weiterer Einflussfaktor der interpersonellen Coping-Strategien (Shimoinaba et al., 2021). Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Hemmschwelle, sich Hilfe zu holen, noch ein weiterer Faktor sein könnte, der die interpersonellen Coping-Strategien erschwerend beeinflusst. Die offene Kommunikation und zu wissen, dass Gefühle zu zeigen legitim ist, kann Pflegefachpersonen helfen, Emotionen und Gefühle offen anzusprechen und zu offenbaren. Es ist zu vermuten, dass die Institution und das Team einen wesentlichen Einfluss darauf haben. Alle Varianten sollten von der Institution, dem Team und dem Umfeld zugelassen und akzeptiert werden. Um über die eigenen Gefühle zu sprechen, muss eine Vertrauens- und Beziehungsbasis vorhanden sein. Bei der interpersonellen Coping-Strategien muss die Pflegefachperson bereit sein, ihre Gefühle zu offenbaren.

5.2.2 Intrapersonelle Coping-Strategien

Eine Grenze zwischen der Arbeit und dem Privatleben zu ziehen, war eine Coping-Strategie für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care (Chew et al., 2021; Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Grenzen können erst mit Erfahrung strenger gesetzt werden, und ist zu Beginn des Berufslebens schwierig. Deswegen waren frisch diplomierte Pflegefachpersonen besonders emotional in palliativen Situationen (Cook et al., 2012; Gerow et al., 2010; Shimoinaba et al., 2021).

„[...] you definitely change your professional boundaries from when you first started practicing.”³⁵ (Cook et al., 2012, S. 17).

Laut den Autorinnen haben verschiedene Faktoren einen Einfluss auf diese Coping-Strategien. Die Erreichbarkeit in der Freizeit könnte das Setzen von Grenzen erschweren. Wenn man über verschiedene Medien und Kommunikationsmittel an freien Tagen Informationen und Anfragen für eine Schichtübernahme bekommt, erschwert es

³⁵ [...] man verändert definitiv seine beruflichen Grenzen im Vergleich zu den Anfängen seiner Tätigkeit.

die Abgrenzung. Neben der Grenze zwischen der Arbeit und dem Privatleben wurde in den Ergebnissen aufgezeigt, dass eine emotionale Grenze zu ziehen, im Alltag von Bedeutung war (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016).

Drei Studien zeigen auf, dass Pflegefachpersonen, welche selbst ein Kind hatten, emotionaler reagierten und dies die Bewältigung beeinflusste (Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Shimoinaba et al., 2021). Wenn man ein eigenes Kind hat, könnte dies Erinnerungen an Patientinnen und Patienten hervorrufen und Traurigkeit auslösen. Muskat et al. (2020) vertritt die Ansicht, dass es jedoch auch von Vorteil sein kann, ein eigenes Kind zu haben. Pflegefachpersonen können sich dadurch besser mit der Familie und deren Gefühle identifizieren. Die Autorinnen vertreten die Ansicht, dass eigene Kinder dazu führen können, dass die Grenze verwischt und durchlässig wird. Dies kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Anwendung von Coping-Strategien haben. Cook et al. (2012) hebt zusätzlich hervor, dass das Alter der Patientin oder des Patienten ebenfalls einen Einfluss auf das Erleben und die Emotionen der Pflegefachpersonen hat. Wie stark das Alter des Kindes das Erleben und die Emotionen beeinflusst, kann sich im Laufe der Berufsjahre verändern. Es lässt sich vermuten, dass Pflegefachpersonen, die ein eigenes Kind im selben Alter haben wie das der Patientin oder des Patienten, emotionaler sind.

Die Kompartimentalisierung half den Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care weiterzuarbeiten und neutral auf die nächste Patientin oder Patienten zuzugehen (Chew et al., 2021; Cook et al., 2012; Forster und Hafiz, 2015; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Die Verdrängung der Gefühle half den Pflegefachpersonen, ihr professionelles Verhalten aufrechtzuerhalten und die tägliche Pflege fortzusetzen (Gerow et al., 2010). Die Auseinandersetzung mit den Gefühlen findet bei jeder Person zu einem anderen Zeitpunkt statt. Wie im Theorieteil erwähnt, ist es tendenziell maladaptativ, die Gefühle über einen langen Zeitraum zu verdrängen. Emotionen, die bei der Betreuung von palliativen Kindern verspürt werden, sind Frustration, Wut, Hilflosigkeit, Traurigkeit und Trauer (Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Pflegefachpersonen glaubten oft, dass sie nicht berechtigt sind zu trauern. Die Pflegefachpersonen sollten akzeptieren, dass die Trauer eine natürliche Reaktion und legitim ist (Gerow et al., 2010).

Die Arbeit ist psychisch und physisch belastend (Muskat et al., 2020; Stayer & Lockhart, 2016). Die Emotionen können weitreichenden Einfluss auf die Pflegefachpersonen haben und Symptome wie Müdigkeit, gestörte Ess- und Schlafmuster, Selbstzweifel sowie Auswirkungen auf die Stimmung haben. Die Autorinnen sind der Meinung, dass

die genannten Symptome eine direkte Auswirkung auf die Arbeitsleistung und professionelle Betreuung haben können. Wie im Theorieteil erwähnt, reagiert jede Person anders auf Stress und Belastung. Die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu erkennen, zu verstehen und zu interpretieren, beeinflusst die Coping-Strategie, erst dadurch kann die Bewältigung angegangen werden kann. Bei der primären Bewertung wird entschieden, ob die Situation positiv, irrelevant oder gefährlich ist. Muskat et al. (2020) hebt hervor, dass auch Erfüllung bei der Betreuung von palliativen Patientinnen und Patienten in der Pädiatrie verspürt werden kann.

Die Beziehung zum Kind kann das Ziehen von Grenzen und die Emotionen der Pflegefachpersonen verändern. Die Art und der Grad der Beziehung zum Kind und dessen Familie ist ein wichtiger Aspekt, welcher die intrapersonellen Coping-Strategien beeinflusst (Cook et al., 2012; McCloskey & Taggart, 2010). McCloskey & Taggart (2010) sieht in einer intensiven pflegerischen Beziehung eine Ursache für Stress für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care. Eine intensive und lange Beziehung erschwert es, sich emotional abzugrenzen. Die Beziehung wird durch die Kommunikation mit dem Kind beeinflusst. Wenn Kommunikationsschwierigkeiten bestehen, erschwert dies die Beziehung und die Betreuung (McCloskey & Taggart, 2010). Schwierigkeiten können sich auf unterschiedliche Weisen zeigen, zum Beispiel in der Sprache, dem Alter der Patientin oder des Patienten und kognitive Faktoren. Die pflegerische Beziehung ist von Kind zu Kind und deren Familien unterschiedlich (Cook et al., 2012).

„Professional boundaries are something different, I think, with each patient, depending on the circumstance”³⁶ (Cook et al., 2012, S.15).

Die Entwicklung einer wechselseitigen und engen Beziehung mit der Patientin oder dem Patienten und deren Familie ermöglicht eine individuelle Betreuung, führt jedoch beim Tod des Kindes zu unvermeidlicher Trauer (Gerow et al., 2010). Um die Trauer legitim zum Ausdruck zu bringen, nahmen Pflegefachpersonen an der Beerdigung teil. Die Teilnahme an der Beerdigung war eine genannte Coping-Strategie. Dabei können die eigenen Emotionen ausgedrückt und verarbeitet werden (Bergsträsser et al., 2017; Muskat et al., 2020; Reid, 2013). Wiederum erschwert die Teilnahme an Beerdigungen in der Freizeit das Ziehen der Grenze zwischen Arbeit und Privatleben. Muskat et al. (2020) führt aus, dass insbesondere bei hoher Arbeitsbelastung und einem hohen Arbeitspensum die Teilnahme zeitlich oft nicht möglich war. Klare Rahmendbedingungen zum

³⁶ Ich denke, die beruflichen Grenzen sind bei jeder Patientin oder jedem Patienten anders, je nach den Umständen.

Umgang mit an- und teilnehmen von Einladungen und Beerdigung, wären für die Pflegefachpersonen eine Erleichterung.

Unterschiedliche Denkansätze haben Pflegefachpersonen bei der Betreuung von pädiatrischen palliativen Patientinnen und Patienten unterstützt, und dienten als bewährte Coping-Strategie. Dabei ging es in den Ergebnissen vor allem, um die Akzeptanz der Situation, und diese in das eigene Leben einzuordnen (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz, 2021; Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021; Stayer & Lockhart, 2016). Diese Gedanken sind individuell, und können den Umgang mit der Situation erleichtern. Mit zunehmender Berufserfahrung eignen sich Pflegefachpersonen persönliche Gedankengänge an. Sie lernten, welche ihnen helfen können, und wie sie sich selbst schützen können (Gerow et al., 2010). Wie im Theorieteil erwähnt, begünstigen positive Erfahrungen und die damit einhergehenden positiven Emotionen, adaptive Coping-Strategien und fördern die Resilienz (Gloria & Steinhardt, 2016). Die Autorinnen sind der Meinung, dass Pflegefachpersonen belastende Situation eher adaptiv bewältigen können, wenn sie versuchen, positive Emotionen mit Hilfe von Gedankengängen herbeizuführen. Personen, welche ihre Gedankenmuster anpassen können, profitieren davon und können eventuell besser mit der Belastung umgehen. Gerow et al. (2010) führt aus, dass der Prozess der Erarbeitung dieser Gedankengänge und der Nutzung derer, ein mühevoller Weg ist und oft auf spirituellen Ansichten basiert. Eine oft genannte Coping-Strategie von Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care ist der Glaube, beziehungsweise die Religion. Der Glaube an eine höhere Macht kann dazu beitragen, einen Sinn und Zweck im Leben und in Ereignissen zu erkennen. Der Glaube kann Pflegefachpersonen im Umgang mit palliativen pädiatrischen Patientinnen und Patienten helfen. Spiritualität kann eine wichtige Quelle zur Kraftschöpfung und Unterstützung sein. Der Glaube ist individuell und die Praktiken und Glaubensansätze unterschiedlich (Chew et al., 2021; Chong & Abdullah, 2017; Cook et al., 2012; Forster und Hafiz, 2015; Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021).

Die Anwendung von Ritualen wird als weitere Coping-Strategie in den Ergebnissen genannt (Bergsträsser et al., 2017; Cook et al., 2020). Ein genanntes Ritual war das Aufhängen von Bildern. Diese lösen positive Erinnerungen an die Patientin oder den Patienten aus. Bei einigen Pflegefachpersonen hat dies allerdings negative Emotionen hervorgerufen und zu Verzweiflung geführt (Cook et al., 2012). Bei einer Verlegung auf die Intensivstation kann der Besuch der Patientin oder des Patienten ebenfalls hilfreich sein. Der Prozess kann mitverfolgt werden und die Pflegefachperson kann den Kontakt mit dem Kind und der Familie weiterhin pflegen. Bei anderen Pflegefachpersonen hat

der Besuch auf der Intensivstation wiederum viele negative Emotionen hervorgerufen (Cook et al., 2020). Die Familie sowie die Pflegefachperson müssen abwägen, ob ein Besuch sinnvoll und emotional zu ertragen ist. Es lässt vermuten, dass Rituale helfen können, dem Alltag eine Struktur zu verleihen und können vor allem bei Todesfällen hilfreich sein. Für die Coping-Strategie «Rituale» könnte die Institution einen Leitfaden zur Verfügung stellen, um die Stunden nach dem Tod für die Pflegefachpersonen zu strukturieren und zu erleichtern.

Die Work-Life-Balance aufrechtzuerhalten, ist eine weitere Coping-Strategie aus den Ergebnissen, welche den Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care half. Hier geht es darum, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern und darauf achtsam zu sein (Muskat et al., 2020; Shimoinaba et al., 2021). Im Theorieteil wird «compassion with me» erwähnt. Menschen müssen auf sich selbst Acht geben, um ihr Mitgefühl zu bewahren, um dieses an Patientinnen und Patienten weitergeben zu können. Dabei können sportliche Betätigungen, Entspannungsübungen oder Gespräche helfen (Muskat et al., 2020). Gemäss Eychmüller & Felber (2023) ist die Coping-Strategie «Work-Life-Balance» besonders für Pflegefachpersonen sehr wichtig, um «Compassion Fatigue», also Mitgefühlsermüdung, zu vermeiden oder zu lindern. In den Ergebnissen wurde festgestellt, dass auch ungesunde Coping-Strategien, wie Essen und Trinken angewendet wurden (Muskat et al., 2020). Es lässt sich vermuten, dass mit dem Trinken alkoholische Getränke gemeint sind. Es besteht nämlich ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und gesteigertem Alkoholkonsum. Menschen, die hohem Stress ausgesetzt sind, tendieren eher dazu Alkohol zu trinken (Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten, 2021). Stress bei der Arbeit oder im Privatleben kann sich negativ auf die Betreuung der Patientin oder des Patienten auswirken.

Ein weiterer Stressfaktor ist für viele der Übergang von einer kurativen in eine palliative Behandlungsphase, sowie das Beenden einer Therapie. Verunsicherung und Orientierungslosigkeit sind die Folge (Bergsträsser et al., 2016). Im Theorieteil wird die «concurrent care» erwähnt. Diese kann Pflegefachpersonen bei den genannten Übergängen helfen. Wenn neben der Palliative Care weiterhin krankheitsorientierte Therapien angewendet werden, können sie den Pflegefachpersonen in der Pädiatrie Hoffnung oder Erleichterung vermitteln. Der Personal- und der Zeitmangel in der Pflege ist eine zusätzliche Herausforderung (Atout, 2020). Durch die erwähnten Stressoren ist es empfehlenswert, dass die Pflegefachpersonen vermehrt Coping-Strategien nutzen sollten, um mit den belastenden Situationen umgehen zu können.

5.2.3 Zusätzliche kontextbezogene Faktoren

Wie bereits im Theorieteil erwähnt, gibt es einige Faktoren, welche die Coping-Strategien positiv wie negativ beeinflussen können. In drei Studien bestand die Population nicht ausschliesslich aus Pflegefachpersonen, sondern noch aus weiteren Gesundheitsfachpersonen, wie Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter usw. (Bergsträsser et al., 2017; Forster & Hafiz, 2015; Muskat et al., 2020). Muskat et al. (2020) hebt hervor, dass nach dem Tod eines Kindes Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit fortsetzen und sich der nächsten Patientin oder dem nächsten Patienten widmeten, während Pflegefachpersonen zusätzliche Aufgaben zu erledigen hatten.

„Like, this is their (physicians) job: you call it, you move on to the next one. Right? Whereas the nursing staff, you have that, and then you have the follow up behind it. Like, you have the end of life doing ... spending time with the family until they're ready to go home, and then you take the child down. Like, the physicians just move on to the next once they've called it and signed the papers, they're done, so they kind of need that”³⁷ (Muskat et al., 2020, S. 111).

In diesem Zitat wird der Unterschied zwischen den Pflegefachpersonen und den Ärztinnen und Ärzten verdeutlicht. Wie bereits in der Studie von Muskat et al. (2020) erwähnt, ist die Betreuung des Kindes und dessen Familie nach dem Tod für die Pflegefachpersonen nicht abgeschlossen. Die Pflegefachpersonen kümmern sich weiterhin um das verstorbene Kind und dessen Familie. Sie führen zum Beispiel Gespräche mit der Familie und den Angehörigen, richten das Kind her und bringen das Zimmer in Ordnung. Die Studie betont, dass das Erleben und die Auswirkungen auf den Einzelnen in jeder Berufsgruppe ähnliche Muster aufwiesen. Die Autorinnen sind der Meinung, dass alle Professionen Coping-Strategien benötigen und anwenden sollten, diese sind auch hier individuell.

Ein beeinflussender Faktor auf die Coping-Strategien sind Konflikte, welche die Pflegefachpersonen während der Arbeit erleben. Ethische Konflikte gehören in der Pädiatrischen Palliative Care zum Alltag. Dies ist ein Stressor für die Pflegefachpersonen und stellt sie immer wieder vor Herausforderungen (McCloskey & Taggart, 2010). Ondrejková & Halamová (2022) gehen davon aus, dass bei ethischen Fragestellungen und

³⁷ Das ist doch ihr Job (der Ärzte): Sie rufen an und gehen zum nächsten über. Oder? Das Pflegepersonal hingegen hat diese Aufgabe, und dann gibt es noch die Nachbetreuung. Man kümmert sich um das Lebensende ... man verbringt Zeit mit der Familie, bis sie bereit ist, nach Hause zu gehen, und dann bringt man das Kind runter. Die Ärztin oder der Arzt geht einfach zum nächsten Fall über, sobald sie die Papiere unterschrieben haben, sind sie fertig, also brauchen sie das irgendwie.

Konflikten die Pflegefachpersonen eventuell vermehrt Coping-Strategien einsetzen müssen, um mit der Situation umgehen und den Arbeitsalltag fortsetzen zu können. Interprofessionelle Konflikte können zusätzlich ein Stressor sein. Spezifisch werden in der Studie von Kim und Kim (2020) Konflikte mit der Ärztin oder dem Arzt bezüglich der Behandlung und Pflege genannt.

Die Erfahrungsjahre der Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care kann das Coping beeinflussen. Durch die Erfahrungsjahre wussten die Pflegefachpersonen sich besser abzugrenzen (Cook et al., 2012). Das Selbstvertrauen und die Belastbarkeit werden mit den Berufsjahren und durch gemachte Erfahrungen gestärkt (Chong & Abdullah, 2017; Gerow et al., 2010). Es ist anzunehmen, dass erfahrenere Pflegefachpersonen möglicherweise über ein umfassenderes Verständnis verfügen, wie sie persönlich mit schwierigen Situationen umgehen und diese bewältigen können. Wie im Theorieteil erwähnt, begünstigen positive Erfahrungen die Anwendung von adaptiven Coping-Strategien. Bei längerer Berufserfahrung ist es wahrscheinlicher, dass die Pflegefachpersonen bereits positive Erlebnisse gesammelt haben und davon profitieren können.

In Institutionen, in welchen die Akutversorgungen und kurative Therapien im Mittelpunkt stehen, wie zum Beispiel auf der Intensivstation oder der Kardiologie, ist die Akzeptanz von Palliative Care erschwert und schwieriger als auf anderen Stationen. Gesundheitsfachpersonen empfanden aussichtslose Behandlungen in der Akutversorgung, welche bis kurz vor dem Tod fortgesetzt wurden, als sehr belastend (Bergsträsser et al., 2017).

*„Such situations are hard for me, where we reach the end of a life and continue the treatment nearly to the end, the last 5 minutes. We are always in action. Nevertheless, we know that the patient will die. We accompany the parents and simultaneously continue the treatment“*³⁸ (Bergsträsser et al., 2017, S. 5).

In den Institutionen gibt es oft einen Mangel an Richtlinien bezüglich der Pädiatrischen Palliative Care. Das Fehlen von Richtlinien, dem fehlenden Wissen und der unzureichenden Ausbildung zu diesem Thema führten bei den Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zu Verunsicherung (Bergsträsser et al., 2017). Einige Pflegefachpersonen erwähnten, dass das Thema Tod und Palliative Care während der Ausbildung nur vage angeschaut und behandelt wurde (Chew et al., 2021; Shimoinaba et al., 2021). Es gab

³⁸ Solche Situationen sind schwer für mich, wo wir das Ende des Lebens erreichen und die Behandlung fast bis zum Ende, die letzten 5 Minuten, fortsetzen. Trotzdem wissen wir, dass die Patientin oder der Patient sterben wird. Wir begleiten die Eltern und setzen gleichzeitig die Behandlung fort.

eine Diskrepanz zwischen dem, was in der Ausbildung gelernt wurde und den Erwartungen im Praxisalltag an die Pflegefachpersonen (Chew et al., 2021). Die Autorinnen sind der Auffassung, dass es von grossem Nutzen wäre, wenn das Anwenden von Coping-Strategien bereits während der Ausbildung behandelt werden würde, um den Einstieg in das Berufsleben zu erleichtern und die langfristige Bindung an den Beruf zu fördern. Palliative Care und spezifisch auch Pädiatrische Palliative Care sollte in der Ausbildung eine höhere Priorität erhalten. Damit könnte die Diskrepanz zwischen den Erwartungen und der Realität verringert werden. Zusätzlich als belastend wurde die ungenügende professionelle und persönliche Unterstützung des Arbeitgebers während der Sterbebegleitung genannt (Bergsträsser et al., 2017). Wie im Theorieteil geschrieben, sollten in allen Institutionen für das Pflegefachpersonal Weiterbildungen zum Thema Palliative Care angeboten werden, sowie schriftliche Leitfäden zur Verfügung gestellt werden, um die psychische Gesundheit zu fördern und eine optimale Unterstützung bieten zu können. Durch die genannten Massnahmen würden die Pflegefachpersonen im Umgang mit palliativen Situationen und Todesfällen Sicherheit erhalten. Angesichts der Tatsache, dass die Pädiatrische Palliative Care ein vergleichsweises neues Fachgebiet ist und noch nicht in allen Spitälern und in der Gesellschaft vollständig etabliert ist, vermuten die Autorinnen einen mangelnden Umgang mit der Thematik. Dieser Mangel erschwert die Arbeit der Pflegefachpersonen. Die erwähnten Lücken können einen Einfluss auf das Erleben von palliativen Situationen und somit auf das Coping haben.

„We are not really trained in paediatrics. So we are just learning just as we see cases, so I would think that if there is a specific training or some additional . . . specialization or some additional knowledge will be good . . . Just to help us to be able to identify what is going on. Because paediatrics is really a world on its own, it's very different from the adult world”³⁹ (Chong & Abdullah, 2017, S.128).

Im Theorieteil wurde erwähnt, dass die Wahl der Coping-Strategie durch Personen-, Umwelt- und Situationsvariablen beeinflusst wird. Die Persönlichkeit spielt eine Rolle, welche Coping-Strategie die Pflegefachperson bevorzugt und bei einer belastenden und herausfordernden Situation wählt und anwendet. Das Coping kann in problemorientiert und emotionsorientiert aufgeteilt werden. Welche Form gewählt wird hängt von der Per-

³⁹ Wir sind nicht wirklich in Kinderheilkunde ausgebildet. Wir lernen also nur, wenn wir Fälle sehen, ich würde also denken, wenn es eine spezifische Ausbildung oder eine zusätzliche... Spezialisierung oder ein zusätzliches Wissen gäbe, dass es gut wäre.... Nur um uns zu helfen, zu erkennen, was vor sich geht. Denn die Pädiatrie ist wirklich eine Welt für sich, sie unterscheidet sich sehr von der Welt der Erwachsenen.

son und deren Charakter ab. Verschiedene soziodemografische Merkmale wie das Geschlecht, das Geburtsland, die Muttersprache und das Alter der Pflegefachpersonen, können das Coping beeinflussen. In den eingeschlossenen Studien wurden das Geschlecht sowie die Muttersprache nicht im Zusammenhang mit Coping-Strategien betrachtet. Dadurch bleibt offen, ob diese Faktoren einen Einfluss auf das Coping haben. Gerow et al. (2010) geht davon aus, dass die persönliche Sichtweise, die eine Pflegefachperson auf die palliative Situation hat, das Coping prägt und beeinflusst. Die Autorinnen sind der Meinung, dass Pflegefachpersonen Coping-Strategien finden müssen, welche am besten ihren Bedürfnissen, ihrer Persönlichkeit und ihrem Lebensstil entsprechen. So können adaptive Strategien entstehen, welche das Befinden nachhaltig verbessern. Wenn dies nicht gelingt, kann es laut Streuli et al. (2018) zu «Compassion Fatigue» und Burnout führen.

5.3 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung

Das Ziel der Arbeit war es, Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care aufzuzeigen. Die Ergebnisse unterstützen Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care, um mit herausfordernden und belastenden Situationen im Alltag umgehen zu können. Mittels einer Literaturrecherche konnten entsprechende Studien gefunden werden, die das Thema bearbeiten und die Fragestellung bestmöglich beantworten. Die Ergebnisse zeigen diverse Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care auf (Abbildung 5):

- Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen
- Unterstützungsangebote der Institution
- Austausch mit der Familie oder Freundinnen und Freunden
- Grenze ziehen zwischen der Arbeit und dem Privatleben
- Emotionale Grenze im Alltag ziehen
- Ablenkung
- Kompartimentalisierung
- Hilfreiche Gedankengänge
 - Das Kind leidet nun nicht mehr.
 - Ich habe alles getan und das Leiden vermindert.
 - Der Tod hat kein Alter und ist Teil der Arbeit und des Lebens.
- Emotionen leben und nicht unterdrücken

- Positive Erinnerungen schaffen und erhalten
- Glaube/Religion
- Work-Life-Balance
- Reflexion
- Self-Care
- Teilnahme an der Beerdigung
- Verschiedene Rituale zum Beispiel Kerze anzünden, Trauerkarte senden

In der Bearbeitung der Literatur und der Diskussion zeigten sich viele Faktoren, die das Coping von Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care beeinflussen. Die Wahl der Coping-Strategie ist individuell und jede Pflegefachperson muss eine eigene geeignete Strategie zur Bewältigung von belastenden Situationen finden. Die Suche nach Coping-Strategien in der Literatur ist somit nicht abschliessend und jede Person kann individuelle Strategien in seinen Umgang mit Palliativen Situationen erarbeiten und anwenden. Wichtig ist sich der Thematik bewusst zu sein und sich proaktiv damit zu beschäftigen. Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen Coping-Strategien aus der Literatur dar und geben einen Anhaltspunkt für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care. Die Ergebnisse fördern das Verständnis für die bestehende Belastung für Pflegefachpersonen, welche Kinder mit Palliative Care betreuen. Die Relevanz und Wichtigkeit des Themas wurden in dieser Arbeit aufgezeigt.

5.4 Stärken und Limitationen

Zum Thema dieser Bachelor-Thesis wurde bis zum jetzigen Standpunkt nur begrenzt geforscht, daher wurden neue Erkenntnisse gewonnen und zusammengefasst. Es konnte ein Überblick über das Thema Coping-Strategien in der Pädiatrischen Palliative Care geschaffen werden. Eine Stärke dieser Arbeit ist, dass die Literaturrecherche systematisch durchgeführt wurde. Dadurch konnten genügend relevante Studien zum Thema gefunden werden. Die teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen der Studien arbeiteten in verschiedenen Settings. Sie arbeiteten im akuten Setting, auf der Notfallstation tätig oder betreuten Kinder im häuslichen Umfeld. Die ausgewählten Studien wurden in verschiedenen Ländern durchgeführt, wie in Australien, Singapur, Schottland usw. Dadurch wurden verschiedenen gesundheitssystemische Hintergründe abgebildet. Die Arbeit zeigt auf, dass die zehn Studien ähnliche Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care genannt haben und somit gruppiert werden konnten. Die Ergebnisse sind damit übertragbar auf verschiedene Settings. Die Aussagen des

Theorierteils und die Ergebnisse der Studien stimmen überein und es besteht ein Konsens. Die Bachelor-Thesis wurde durch zwei Studierende verfasst. Durch die Zusammenarbeit und den Austausch wurden verschiedene Perspektiven eingebracht, es fand eine kritische wechselseitige Reflexion statt und die Autorinnen konnten sich gegenseitig motivieren und unterstützen.

Der Zeitraum der Literaturrecherche fand von Woche 12 bis 15 im Jahr 2023 statt. Studien, die nach diesem Datum erschienen, konnten nicht eingeschlossen werden. Eine Limitation der Arbeit ist, dass die Literaturrecherche mit Hilfe dreier Datenbanken stattfand. Beim Einbezug von weiteren Datenbanken hätten vielleicht weitere Literatur gefunden werden können, um die Fragestellung dieser Bachelor-Thesis zu untersuchen. Eine weitere Limitation ist, dass in den Studien nichtprobabilistische Stichprobe waren. Die Gefahr dabei bestand, dass sich Pflegefachpersonen melden, die adaptive Coping-Strategien bereits anwenden. Maladaptive Coping-Strategien konnten so eventuell nicht erfasst werden, weil sich die Pflegefachpersonen dazu nicht äussern wollten und das Thema zu aufwühlend gewesen wäre. Ein weiterer Punkt ist, dass die Pädiatrische Palliative Care ein sensibles und oft noch tabuisiertes Thema ist und nicht alle Pflegefachpersonen gleich offen darüber sprechen können oder wollen.

Die Schwierigkeit dieser Arbeit war, dass die Pädiatrische Palliative Care ein noch junges Fachgebiet ist und somit nur beschränkt Studien auffindbar waren zum Thema Coping-Strategien für Pflegefachpersonen. Es soll beachtet werden, dass die erwähnten Coping-Strategien in der eingeschlossenen Literatur oft nur ein Teil der Studie waren. In neun der zehn eingeschlossenen Studien wurde über Coping-Strategien geforscht, die während der End-of-Life Phase oder nach dem Tod eines Kindes gebraucht wurden. Es fehlte an Studien die Coping-Strategien untersuchten, welche Pflegefachpersonen während des gesamten Palliative Care Prozess anwenden und welche Herausforderung dabei aufgetreten sind.

6 SCHLUSSFOLGERUNG

Im folgenden Kapitel werden Implikationen und Empfehlungen für die Praxis beschrieben und der weitere Bedarf an Forschung aufgeführt.

6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Die Arbeit zeigt Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care auf und soll eine Unterstützung für Pflegefachpersonen sein. Einige Coping-Strategien sind abhängig vom Arbeitsklima, dem Team, der Institution oder werden dadurch beeinflusst. In der Ausbildung sollen Coping-Strategien für Pflegefachpersonen vermittelt und thematisch behandelt werden. Dies muss nicht explizit für die Pädiatrische Palliative Care sein, sondern kann allgemein für belastende und herausfordernde Situationen im Pflegealltag gelten. So lernen zukünftige Pflegefachpersonen schon in der Ausbildung, wie sie ihre psychische und physische Gesundheit proaktiv schützen können. Zusätzlich erfahren sie, welche Möglichkeiten es gibt, um in der Praxis herausfordernde und belastende Situationen zu bewältigen. Die Institutionen sollen für Pflegefachpersonen Weiterbildungen im Bereich der Pädiatrischen Palliative Care anbieten. Alle Pflegefachpersonen können von den Weiterbildungen profitieren sei dies, weil das Thema in der Ausbildung nicht behandelt wurde, eine Auffrischung sinnvoll ist, sie interessiert oder neu auf der Station sind. Themen für die Weiterbildungen könnten auch das Symptommanagement sein, der Prozess der Palliative Care, Optionen in der Palliative Care oder der Umgang mit den Eltern und Angehörigen. Dies unterstützt Pflegefachpersonen und sie gewinnen an Sicherheit bei der Betreuung der palliativen Patientinnen und Patienten. Die Weiterbildungen sollen Pflegefachpersonen bei der Betreuung unterstützen und aufzeigen, wie sie in palliativen Situationen vorgehen können und sollen. Ergänzend sollten die Institutionen Richtlinien erarbeiten und zur Verfügung stellen, um Pflegefachpersonen bestmöglich im Alltag bei pädiatrischen palliativen Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Im Arbeitsalltag können ethische Konflikte auftreten. Es sollte dann die Möglichkeit bestehen, dass ethische Fallbesprechungen mit allen beteiligten Berufsgruppen und eventuell dem Kind und den Eltern durchgeführt werden. Dem Team sollte Raum und Zeit gegeben werden, um belastende und herausfordernde Situationen zu besprechen und zu bearbeiten. In den Ergebnissen wurde diese Coping-Strategie häufig erwähnt und als unterstützend empfunden. Die Besprechungen können im besten Fall mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger durchgeführt werden. Aus den Situationen kann gelernt und Verbesserungspotenzial und Unterstützungsbedarf aufgezeigt und geklärt werden. Emotionen im Alltag sollten Platz haben und respektiert werden. Wichtig ist das im Team offen mit den Herausforderungen der Pädiatrischen Palliative

Care umgegangen wird und das Ausdrücken von Trauerreaktionen legitim ist und nicht tabuisiert oder heruntergespielt wird.

6.2 Empfehlungen für die Forschung

Bei der systematischen Literaturrecherche wurde entdeckt, dass es wenige Studien gab, die das Thema Coping-Strategien für Pflegefachpersonen im Pädiatrischen Palliative Care behandeln. Die eingeschlossenen Studien bezogen sich oft auf Coping-Strategien, die in der End-of-Life Phase oder nach dem Tod eines Kindes angewendet wurden. Der Tod gehört zwar zur Palliative Care, betrifft aber nur einen Teil des gesamten Prozesses. Eine Empfehlung der Autorinnen für die Forschung ist, dass Studien zu Coping-Strategien für Pflegefachpersonen während dem ganzen Palliative Care Prozess durchgeführt werden sollten. Interessant wäre zu erfahren, ob andere Coping-Strategien angewendet werden und weitere Herausforderungen bestehen. In der Schweiz wurde im Jahr 2016 die erste umfassende und systematische Studie über die Pädiatrische Palliative Care durchgeführt. Es ist essenziell, dass zu diesem Thema mehr geforscht wird, da die Datenlage nicht ausreichend ist und das Thema an Wichtigkeit zunimmt. Es sollte daher Forschung betrieben werden, welche Unterstützungsangebote die Institutionen anbieten können und wie förderlich diese für eine optimale Unterstützung von Pflegefachpersonen sind. Die Autorinnen empfehlen für die Forschung weiter, dass die einzelnen Coping-Strategien noch fundierter und detaillierter untersucht werden. Durch die bessere Datenlage könnten Auswirkungen besser aufgezeigt und Verbesserungen eingeleitet werden. Da die Pädiatrische Palliative Care wie erwähnt ein junges Fachgebiet ist, sind weitere Forschungen sinnvoll und hilfreich. Durch den Einsatz von Coping-Strategien können Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care im Alltag besser mit den anspruchsvollen und belastenden Situationen umgehen. Langfristig trägt dies dazu bei, dass die Pflegefachpersonen im Beruf verbleiben und ihre Arbeit erfolgreich fortsetzen können.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Allani. (2022). *Allani Kinderhospiz Bern*. <https://allani.ch/de/>
- Allen, A. B. & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), S. 107–118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- Asturias, N., Andrew, S., Boardman, G. & Kerr, D. (2021). The influence of socio-demographic factors on stress and coping strategies among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 99, Artikel 104780. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104780>
- Archambault-Grenier, M., Roy-Gagnon, M., Doucet, H., Humbert, N., Stojanovic, S., Payot, A., Fortin, S., Janvier, A. & Duval, M. (2018). Survey highlights the need for specific interventions to reduce frequent conflicts between healthcare professionals providing paediatric end-of-life care. *Acta Paediatrica*, 107(2), S. 262–269. <https://doi.org/10.1111/apa.14013>
- Atout, M. (2020). Experience of nurses who work with children with palliative care needs: A mixed-method systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 18, S. 473–485. <https://doi.org/10.1017/s1478951519000956>
- Benini, F., Pappadatou, D., Bernad , M., Craig, F., De Zen, L., Downing, J., Drake, R., Freidrichsdorf, S., Garros, D., Giacomelli, L., Lacerda, A. C. R., Lazzarin, P., Marceglia, S., Marston, J., Muckaden, M. A., Papa, S., Parravicini, E., Pellegatta, F. & Wolfe, J. (2022). International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), S. e529–e543. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031>
- Bergstraesser, E. (2013). Pediatric palliative care—when quality of life becomes the main focus of treatment. *European Journal of Pediatrics*, 172(2), S. 139–150. <https://doi.org/10.1007/s00431-012-1710-z>
- Bergsträsser, E., Cignacco, E. & Luck, P. (2017). Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study. *Palliative care*, 10. <https://doi.org/10.1177/1178224217724770>
- Bergsträsser, E., Cignacco, E., Zimmermann, K., Eskola, K., Marfurt-Russenberger, K., Luck, P., Ramelet, A.-S., Fahrni-Nater, P., Dorsaz, A. (2016). Wie Kinder in der Schweiz sterben: Schlüsselergebnisse der PELICAN-Studie. Universitäts-

- Kinderspital Zürich & Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel.
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheits-strategien/strategie-palliative-care/forschungsbericht-te/kinder/pelican_studie_2016.pdf.download.pdf/d_pelican_studie_2016.pdf
- Bergsträsser, E., Wieland, J., Zimmermann, K., Flury, M. & Tschudi, N. (2020). Spezialisierte pädiatrische Palliative Care in der Schweiz. *Pädiatrie*, 20(02), S. 13-16.
<https://www.rosenfluh.ch/44601>
- Bergstraesser, E., Zimmermann, K., Eskola, K., Luck, P., Ramelet, A. & Cignacco, E. (2015). Paediatric end-of-life care needs in Switzerland: current practices, and perspectives from parents and professionals. A study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 71(8), S. 1940–1947. <https://doi.org/10.1111/jan.12650>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende: Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018.* https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/bundesratsberichte/2020/bessere-betreuung-am-lebensende.pdf.download.pdf/200918_Bericht_Po_183384_Lebensende.pdf
- Bundesamt für Statistik. (2019). *Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2016: Todesursachenstatistik.* <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7206479/master>
- Bundesamt für Statistik. (2021). *Spezifische Todesursachen.* <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>
- Bundesamt für Statistik. (2022). *Todesfälle.* <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/todesfaelle.html>
- Chew, Y. V., Ang, S. F. & Shorey, S. (2021). Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), S. 343–354. <https://doi.org/10.1111/jan.14602>
- Chong, L. A. & Abdullah, A. (2017). Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(2), S. 125–131. <https://doi.org/10.1177/1049909115607296>

- Compassion. (o. D.). *Cambridge Dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org/de/worterbuch/englisch/compassion>
- Cook, K. H., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. L., Norton, D. M., Liner, K. P., Cioffi, J., Hickey, P. A., Reidy, S. & Connor, J. A. (2012). Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), S. e11–e21. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.05.010>
- Ewert, C., Vater, A. & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12(5), S. 1063–1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- Eychmüller, S. & Felber, S. (2023). Compassion. *Primary and hospital care*, 23(2), S. 32–34. <https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10509>
- Forster, E. & Hafiz, A. H. B. (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(6), S. 294–301. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>
- Galiana, L., Sansó, N., Muñoz-Martínez, I., Vidal-Blanco, G., Oliver, A. & Larkin, P. (2021). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(1), S. 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004>
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N. L., Rodgers, S. & Domian, E. W. (2010). Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), S. 122–129. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x>
- Gerrig, R. J. (2018). *Psychologie* (21., aktualisierte und erweiterte Auflage). Pearson Studium.
- Gloria, C. T. & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, 32(2), S. 145–156. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>
- Guttman, P. (2016). *Veranschaulichung des Stressmodells von Richard Lazarus*. <https://alleswolke.de/das-transaktionale-stressmodell-von-lazarus/>
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der sozialen Arbeit* (5.Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI Levels of Evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Kim, H. & Kim, K. (2020). Palliative Cancer Care Stress and Coping Among Clinical Nurses Who Experience End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(2), S. 115–122. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000624>
- Lazarus, R. S., PhD & Folkman, S., PhD. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*: SAGE Publication, Inc.
- Lin, X., Li, X., Bai, Y., Liu, Q. & Xiang, W. (2022). Death-coping self-efficacy and its influencing factors among Chinese nurses: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(9), Artikel e0274540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274540>
- Lledó-Morera, À. & Bosch-Alcaraz, A. (2021). Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient. *Enfermería Intensiva*, 32(3), S. 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.004>
- Markou, A. & Cryan, J. F. (2012). Stress, anxiety and depression: Toward new treatment strategies. *Neuropharmacology*, 62(1), S. 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.09.023>
- Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), S. 45–50. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41935>
- McCloskey, S. & Taggart, L. (2010). How much compassion have I left? An exploration of occupational stress among children's palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), S. 233–240. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.5.48144>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6), Artikel e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morgan, D. (2009). Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatric nursing*, 35(2), S. 86–90. <http://pediatric-nursing.net/ce/2011/article35086090.pdf>
- Muskat, B., Greenblatt, A., Anthony, S. J., Beaune, L., Hubley, P., Newman, C., Brownstone, D. & Rapoport, A. (2020). The experiences of physicians, nurses, and

- social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital. *Death Studies*, 44(2), S. 105–116. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1526829>
- Norris, S. L., Minkowitz, S. & Scharbach, K. (2019). Pediatric Palliative Care. *Primary Care*, 46(3), S. 461–473. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.010>
- Ondrejková, N. & Halamová, J. (2022). Qualitative analysis of compassion fatigue and coping strategies among nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(4), S. 467–480. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.007>
- Parkes, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), S. 1277–1292. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1277>
- Pearson, H. (2010). Managing the emotional aspects of end of life care for children and young people. *Nursing Children and Young People*, 22(7), S. 31–35. <https://doi.org/10.7748/paed2010.09.22.7.31.c7951>
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Verlag Hans Huber.
- Pyke-Grimm, K. A., Fisher, B. E., Haskamp, A., Bell, C. S. & Newman, A. H. (2021). Providing Palliative and Hospice Care to Children, Adolescents and Young Adults with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(3), Artikel 151166. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151166>
- Reid, F. (2013). Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home. *Nursing children and young people*, 25(9), S. 31–36. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.11.25.9.31.e366>
- Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E. C., Álvarez, E., Coca, A. M., Mencía, S., Marcos, A. R., Mayordomo-Colunga, J., Fernández, F. M., Gómez, F. J., Cruz, J. H. R., Ordóñez, O. & Pinto-Llorente, A. M. (2019). Burn-out and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care*, 32(1), S. 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>
- Santos, R. O. D. & Moreira, M. E. L. (2014). Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(12), S. 4869–4878. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.18862013>

- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2017). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendende in der Ausbildung* (13. Auflage). Thieme.
- Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten. (2021). *Substanzkonsum und psychische Belastung*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/substanzkonsum-und-psychische-belastung-alter-15-74>
- Seegerstrom, S. C. & Smith, G. T. (2019). Personality and Coping: Individual Differences in Responses to Emotion. *Annual Review of Psychology*, 70(1), S. 651–671. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102917>
- Shimoinaba, K., McKenna, L. & Copnell, B. (2021). Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, 59, Artikel 101102. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101102>
- Siegrist, U. (2009). *Der Resilienzprozess: Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*. Springer-Verlag.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, S. 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Stayer, D. & Lockhart, J. S. (2016). Living with Dying in the Pediatric Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. *American Journal of Critical Care*, 25(4), S. 350–356. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016251>
- Streuli, J., Bergsträsser, E., Flury, M. & Satir, A. (2018). *Kinder-Palliativmedizin Essentials: Das Wichtigste für die Palliative Care bei Kindern und ihren Familien* (1. Auflage 2019). Hogrefe AG.
- Whiting, L., O'Grady, M., Whiting, M. & Petty, J. (2020). Factors influencing nurse retention within children's palliative care. *Journal of Child Health Care*, 25(4), S. 587–602. <https://doi.org/10.1177/1367493520971426>

8 **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Kontinuität der Palliative Care	9
Abbildung 2: Veranschaulichung des Stressmodells von Richard Lazarus (Guttmann, 2016)	13
Abbildung 3: Rahmenmodell der Resilienz	14
Abbildung 4: Flussdiagramm zur Literaturoauswahl	19
Abbildung 5: Überblick über die Coping-Strategien	38

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Suchstrategie	17
Tabelle 2: Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study	21
Tabelle 3: Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study	23
Tabelle 4: Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study	25
Tabelle 5: Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting	27
Tabelle 6: Pediatric death and dying: Exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision	29
Tabelle 7: Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient	30
Tabelle 8: The experiences of physicians, nurses, and social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital	31
Tabelle 9: Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home	33
Tabelle 10: Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study	34
Tabelle 11: Living with dying in the pediatric intensiv care unit: a nursing perspective	36
Tabelle 12: Übersicht der eingeschlossenen Studien	79

10 ANHANG

10.1 Eingeschlossene Studien

- Bergsträsser, E., Cignacco, E. & Luck, P. (2017). Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study. *Palliative care*, 10. <https://doi.org/10.1177/1178224217724770>
- Chew, Y. V., Ang, S. F. & Shorey, S. (2021). Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), S. 343–354. <https://doi.org/10.1111/jan.14602>
- Chong, L. A. & Abdullah, A. (2017). Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(2), S. 125–131. <https://doi.org/10.1177/1049909115607296>
- Cook, K. H., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. L., Norton, D. M., Liner, K. P., Cioffi, J., Hickey, P. A., Reidy, S. & Connor, J. A. (2012). Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), S. e11–e21. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.05.010>
- Forster, E. & Hafiz, A. H. B. (2015). Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(6), S. 294–301. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>
- Lledó-Morera, À. & Bosch-Alcaraz, A. (2021). Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient. *Enfermería Intensiva*, 32(3), S. 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.004>
- Muskat, B., Greenblatt, A., Anthony, S. J., Beaune, L., Hubley, P., Newman, C., Brownstone, D. & Rapoport, A. (2020). The experiences of physicians, nurses, and social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital. *Death Studies*, 44(2), S. 105–116. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1526829>
- Reid, F. (2013). Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home. *Nursing children and young people*, 25(9), S. 31–36. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.11.25.9.31.e366>

Shimoinaba, K., McKenna, L. & Copnell, B. (2021). Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, 59, Artikel 101102. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101102>

Stayer, D. & Lockhart, J. S. (2016). Living with Dying in the Pediatric Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. *American Journal of Critical Care*, 25(4), S. 350–356. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016251>

10.2 Ausgeschlossene Studien

Archambault-Grenier, M., Roy-Gagnon, M., Doucet, H., Humbert, N., Stojanovic, S., Payot, A., Fortin, S., Janvier, A. & Duval, M. (2018). Survey highlights the need for specific interventions to reduce frequent conflicts between healthcare professionals providing paediatric end-of-life care. *Acta Paediatrica*, 107(2), S. 262–269. <https://doi.org/10.1111/apa.14013>

Maunder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), S. 45–50. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41935>

Morgan, D. (2009). Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatric nursing*, 35(2), S. 86–90. <http://pediatric-nursing.net/ce/2011/article35086090.pdf>

Pearson, H. (2010). Managing the emotional aspects of end of life care for children and young people. *Nursing Children and Young People*, 22(7), S. 31–35. <https://doi.org/10.7748/paed2010.09.22.7.31.c7951>

Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E. C., Álvarez, E., Coca, A. M., Mencía, S., Marcos, A. R., Mayordomo-Colunga, J., Fernández, F. M., Gómez, F. J., Cruz, J. H. R., Ordóñez, O. & Pinto-Llorente, A. M. (2019). Burn-out and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care*, 32(1), S. 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>

Santos, R. O. D. & Moreira, M. E. L. (2014). Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(12), S. 4869–4878. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.18862013>

Whiting, L., O'Grady, M., Whiting, M. & Petty, J. (2020). Factors influencing nurse retention within children's palliative care. *Journal of Child Health Care*, 25(4), S. 587–602. <https://doi.org/10.1177/1367493520971426>

10.3 Übersicht der eingeschlossenen Studien

Tabelle 12: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Titel	Ziel	Design und Methode	Ergebnisse
Bergsträsser et al. (2017)	Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study	Das Ziel der Studie war es, einen umfassenden Überblick über die pädiatrische End-of-Life Care in der Schweiz zu erhalten und die Erfahrungen und Bedürfnisse von Gesundheitsfachpersonen zu erfassen und Empfehlungen für das Gesundheitsministerium zu entwickeln.	Beobachtungsstudie mit qualitativem interpretativem Ansatz Fokusgruppeninterviews	Trauerkarte versenden, Teilnahme an der Beerdigung, Austausch mit der Familie oder Freundinnen und Freunden, Nachbesprechung, Supervision, Rituale, Gespräche im interprofessionellen Team
Chew et al. (2021)	Experiences of new nurses dealing with death in a paediatric setting: A descriptive qualitative study	Das Ziel der Studie war es, die Erfahrung, die Herausforderungen und Coping-Strategien von frisch diplomierte Pflegefachpersonen im Umgang mit pädiatrischen Todesfällen in einem klinischen Umfeld zu erforschen und zu beschreiben.	Qualitativ phänomenologische deskriptive Studie Halb-strukturierter Einzelinterviews	Emotionen unterdrücken, Unterstützung durch Gespräch mit einer Person im Umfeld, Gespräch mit Teammitgliedern, gute Erinnerungen im Team teilen, Spiritualität/Religion, Gedanke: Das Kind leidet nicht mehr
Chong & Abdullah (2017)	Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study	Das Ziel der Studie war es, die Erfahrung von Pflegefachpersonen, die Kinder mit lebensbegrenzenden Krankheiten zu Hause betreuen, zu untersuchen.	Qualitative phänomenologische Studie Semistrukturierte Tiefeninterviews mit Feldnotizen	Berufliche Grenze wahren, Gebete, Meditation, emotionale Unterstützung durch erfahrenere Teammitglieder, Austausch und Nachbesprechungen im Team oder im eigenen Umfeld, Gedanke: Man kann nicht alles in Ordnung bringen
Cook et al. (2012)	Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting	Das Ziel der Studie war es, die Coping- und Verhaltensstrategien von Pflegefachpersonen, welche palliative Kinder betreuen, zu erforschen und zu beschreiben sowie die Ressourcen und die Unterstützungen aufzuzeigen, um während der Betreuung ein unterstützendes und kohärentes Arbeitsumfeld aufrechtzuerhalten.	Qualitativ deskriptive Studie Fokusgruppen mit halb-strukturierten Fragen mit Feldnotizen	Berufliche und persönliche Grenze setzen, an Erinnerungen festhalten, Fotos vom Kind aufhängen, Kind auf der Intensivstation besuchen, eigene Gefühle von der Situation zu distanzieren, Trennung zwischen der Arbeit und dem Privatleben, kollegiale Unterstützung im Team, Institutionelle Angebote, Religion, Gedanke: Das Kind leidet nicht mehr

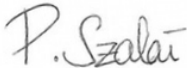
Forster und Hafiz (2015)	Pediatric death and dying: Exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision	Das Ziel der Studie war es, die Coping Strategien von Gesundheitsfachpersonen nach dem Verlust eines Kindes und die Wahrnehmung aufzuzeigen.	Qualitativ phänomenologische Studie Halb-strukturierte Interviews	Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen, Verdrängung der Gefühle, Gespräch mit jemandem aus dem privaten Umfeld, Spiritualität und Religion
Lledó-Morera & Bosch-Alcaraz (2021)	Analysis of how nurses cope facing the death of a paediatric patient	Das Ziel der Studie war es, herauszufinden wie die Pflegefachpersonen mit dem Tod von pädiatrischen Patientinnen oder Patienten umgehen im Zusammenhang mit den verschiedenen soziodemographischen Variablen und welche Coping-Strategien genutzt wurden, um den Prozess und die Akzeptanz des Todes der Patientin oder des Patienten zu bewältigen.	Deskriptive und observative Querschnittstudie Soziodemographische Variablen, Bugen-Skala, zur Bewältigung des Todes, 2 offene Fragen über Coping-Strategien	Gespräche mit Arbeitskolleginnen und -kollegen, Gefühle ausdrücken, Akzeptanz, distanzieren, Ablenkung, Gefühle im privaten Umfeld ausdrücken, Grenze zwischen Arbeit und Privatleben, über Ängste sprechen, Gedanke: Tod gehört zum Leben, Kind hatte keine Lebensqualität mehr
Muskat et al. (2020)	The experiences of physicians, nurses, and social workers providing end-of-life care in a pediatric acute-care hospital	Das Ziel der Studie war es, Einblicke in das Erleben von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und Sozialarbeiterinnen und -arbeiter bei der Betreuung von Kindern mit lebenslimitierenden Krankheiten und deren Familien im Akutsetting zu erhalten und Coping-Strategien aufzuzeigen, die sie anwenden.	Qualitative Studie mit einer interpretativ deskriptiven Analyse Halb-strukturierte Einzelinterviews	Verdrängung der Gefühle, Unterstützung durch Arbeitskolleginnen und -kollegen, Unterstützungsangebote der Institution, Teilnahme an der Beerdigung, Unterstützung durch privates Umfeld, Akzeptanz, Glaube, Grenze zwischen der Arbeit und dem Privatleben, Work-Life-Balance, Fokus auf die eigene Gesundheit, Reflexion, Self-Care, Spaziergang, Alleinsein oder Entspannen
Reid (2013)	Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home	Das Ziel der Studie war es, die Ansichten der Pflegefachpersonen im Hinblick auf persönliche, kontextuelle und interprofessionelle Herausforderungen zu ermitteln, die sich bei der Palliative Care und End-of-Life-Care von Kindern am Lebensende in der Gemeinde stellen.	Flexibles, qualitative Design unter Verwendung von Grounded Theory Halb-strukturiertes Einzelinterview	Unterstützung durch Teammitglieder, Situation reflektieren, Teilnahme an der Beerdigung

Shimoinaba et al. (2021)	Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study	Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen des Pflegefachpersonals bei der Betreuung von Kindern, die in der Notaufnahme verstorben sind, zu untersuchen, wobei der Schwerpunkt auf der Bewältigung und dem Unterstützungsbedarf lag.	Qualitative deskriptive Studie Halb-strukturierte Einzelinterviews	Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen, emotionale und klinische Unterstützung durch erfahrenere Teammitglieder, Erlebnisse nachbesprechen, diskutieren, reflektieren, unterstützende Teams, Verständnis für Emotionen, Emotionen zeigen oder nicht, Self-Care, Reflexion, Religion und Glaube, Gedanke: Tod gehört zum Leben, alles Mögliche wurde getan
Stayer & Lockhart (2016)	Living with dying in the pediatric intensiv care unit: a nursing perspective	Das Ziel der Studie war es, die Erfahrung von Pflegefachpersonen, die Kinder auf der pädiatrischen Intensivstation palliativ versorgten, sowie deren Familien, zu beschreiben und zu interpretieren.	Hermeneutische phänomenologische, deskriptive und interpretative Studie Einzelinterviews mit Feldnotizen	Gefühle validieren, Austausch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen, Abschluss machen, Arbeit nicht nach Hause nehmen, Gedanke: andere hatten die gleiche Erfahrung und das Gleiche erlebt

10.4 Selbständigkeitserklärungen

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Departement Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.
- dass mir bekannt ist, dass bei Gruppenarbeiten die Verfasserinnen und Verfasser gemeinsam für den gesamten Inhalt der schriftlichen Arbeit bürgen.

Titel der Arbeit	Care for Carer: Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care
Name, Vorname	Szalai Pascale Laura
Matrikelnummer	20-269-171
Ort, Datum	Bern, 27.06.2023
Unterschrift	

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Departement Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.
- dass mir bekannt ist, dass bei Gruppenarbeiten die Verfasserinnen und Verfasser gemeinsam für den gesamten Inhalt der schriftlichen Arbeit bürgen.


Titel der Arbeit Care for Carer: Coping-Strategien für Pflegefachpersonen in der Pädiatrischen Palliative Care

Name, Vorname Zurbriggen Flavia

Matrikelnummer 20-269-049

Ort, Datum Bern, 27.06.2023

Unterschrift



F. Zurbriggen