

Bin ich schuld an diesem Tod?

Das Erleben einer erfolglosen Reanimation aus der Sicht von Pflegefachpersonen und die dazugehörigen Strategien

Blosser Annina
S15529597

Meyer Nathalie
S15558166

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: BA.PF. 15
Eingereicht am: Freitag, 04. Mai 2018
Begleitende Lehrperson: Gerda Neumeyer

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1. Einleitung.....	5
1.1 Pflegerische Relevanz.....	6
1.2 Eingrenzung der Thematik	7
1.3 Fragestellung	7
1.4 Ziel.....	7
2. Theoretischer Hintergrund	8
3. Methodisches Vorgehen	13
4. Ergebnisse der Studien.....	17
4.1 Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation.....	21
4.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	21
4.1.2 Würdigung der Güte	22
4.2 Nurse`s experience of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study	24
4.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	24
4.2.2 Würdigung der Güte	25
4.3 Graduate nurses` lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach	26
4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	26
4.3.2 Würdigung der Güte	28
4.4 A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts	28
4.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	28
4.4.2 Würdigung der Güte	29
4.5 Examining critical care nurses`critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR).....	30
4.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	30
4.5.2 Würdigung der Güte	32
4.6 Critical care nurses`lived experience of unsuccessful resuscitation	32
4.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	33

4.6.2 Würdigung der Güte	34
5. Diskussion	36
5.1. Erleben	36
5.2 Psychische und physische Auswirkungen	39
5.3 Strategien	41
5.4 Beantwortung der Fragestellung.....	43
5.5 Weiterführende Fragen	44
6. Theorie-Praxistransfer	46
6.1 Expertise der Pflegenden	47
6.2 Anreize und Umgebungsbedingungen.....	49
6.3 Implikationen für die Praxis	51
7. Zusammenfassung	53
8. Limitationen	54
Literaturverzeichnis.....	55
Tabellenverzeichnis	59
Abbildungsverzeichnis	60
Wortzahl	61
Danksagung	62
Eigenständigkeitserklärung.....	63
Anhang	64
Glossar	64
Suchverlauf	66
AICA der ausgewählten Studien.....	68

Abstract

Einleitung

Alle Pflegefachpersonen im akut-stationären Setting sind täglich in der Situation, potenziell in eine Reanimation involviert zu werden. 80-95 Prozent der Reanimationen fallen erfolglos aus und stellen ein belastendes Ereignis für die Pflegefachpersonen dar. Diese Bachelorarbeit befasst sich damit, wie Pflegefachpersonen eine erfolglose Reanimation im akut-stationären Setting erleben. Zusätzlich werden die dazugehörigen Strategien aufgezeigt.

Methode

Bei der Literaturrecherche von Oktober 2017 bis Januar 2018 wurden vier qualitative, eine quantitative und eine Mixed-Method Studie in fachspezifischen Datenbanken für die Pflege gefunden. Diese wurden anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt.

Ergebnisse

Eine Reanimation löst bei Pflegefachpersonen unter anderem Gefühle von Trauer und Schuld aus und wird oft als stressig und chaotisch empfunden, unabhängig davon, ob es sich um eine erfolgreiche oder erfolglose Reanimation handelt. Die am häufigsten genannten Strategien sind die Nachbesprechung, die Überprüfung des Handelns und das Reanimationstraining.

Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit verdeutlicht die Wichtigkeit, dass Institutionen möglichst alle genannten Strategien umsetzen, um die Belastung der Pflegefachpersonen während und nach einer Reanimation zu vermindern.

Schlagwörter

cardiopulmonary resuscitation, unsuccessful, lived experience, strategy, nurse*, in-hospital

1. Einleitung

Eine der weltweit häufigsten Todesursachen ist der plötzliche Herzstillstand (Neukamm et al., 2011).

In den Vereinigten Staaten Amerikas erlitten im Jahr 2016 circa 559 000 Personen einen plötzlichen Herzstillstand (American Heart Association [AHA], 2018). Davon erlitten 209 000 Personen den plötzlichen Herzstillstand während eines Spitalaufenthalts (AHA, 2018).

In Europa erleiden jährlich etwa 450 000 Personen einen plötzlichen Herzstillstand (Neukamm et al., 2011). In Deutschland sind rund 70 000 Personen (Deutsche Herzstiftung, 2017) und in der Schweiz rund 8000 Personen pro Jahr von einem plötzlichen Herzstillstand betroffen (Schweizerische Herzstiftung, n.d.). In den oben genannten Quellen über Herzstillstände in Europa beziehungsweise in Deutschland und der Schweiz wird nicht differenziert, ob es sich um Ereignisse innerhalb oder ausserhalb eines Spitals handelt.

In Europa werden über 275 000 Personen jährlich reanimiert (Neukamm et al., 2011). Dabei wird nicht erfasst, wie viele Reanimationen während eines Spitalaufenthalts stattfinden. Laut Ullrich und Stolecki (2015) werden circa ein bis fünf Patienten und Patientinnen pro 1000 Spitalaufenthalte in Deutschland reanimiert. Nach Angaben des Bundesamts für Statistik (BFS, 2017) werden pro Jahr in den Schweizer Spitälern 934 Personen reanimiert, wobei die Erfassung nicht lückenlos ist.

Die allgemeine Überlebensrate nach einer Reanimation liegt bei fünf bis zwanzig Prozent (Ullrich & Stolecki, 2015). Wird die Reanimation in einem Spital durchgeführt, ist die Überlebensrate höher (Krones, Loupatatzis, Karzig-Roduner und Otto, 2017), insbesondere wenn sie zum Beispiel im Katheterlabor stattfindet (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2016). Weiter ist für den Erfolg einer Reanimation das zugrundeliegende medizinische Problem ausschlaggebend (SAMW, 2016). Bei kardialen Erkrankungen liegt die Erfolgsrate deutlich höher (SAMW, 2016). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit haben keine Zahlen zur Überlebensrate auf den Allgemeinstationen der Schweizer Spitäler gefunden.

Die Überlebensrate wird gesteigert, wenn unverzüglich nach einem Herzstillstand mit der Reanimation begonnen wird (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012). Jede Minute ohne Reanimation senkt die Überlebensrate um circa zehn Prozent (ein Leben retten, n.d.). Wenn der Reanimationsstart nicht innerhalb der ersten fünf Minuten erfolgt, sinkt die Überlebensrate gegen Null (ein Leben retten, n.d.).

1.1 Pflegerische Relevanz

Im klinischen Umfeld müssen die Pflegefachpersonen jederzeit damit rechnen, dass sie an einer Reanimation beteiligt sein können (Hemming, Hudson, Durham & Richuso, 2003). Sie arbeiten an vorderster Front und sind somit oft die Ersten, die einen Herzstillstand erkennen (Karim, 2016). Darum ist es besonders wichtig, dass die Pflegefachpersonen eine effektive und sofortige Durchführung einer Reanimation gewährleisten können (Karim, 2016).

Eine solche Reanimation beschreibt die SAMW (2016) als belastende Situation „Reanimationssituationen sind für alle, insbesondere auch für das Betreuungsteam, innerhalb und ausserhalb einer Institution eine Belastung. Gelegentlich bleibt das Gefühl zurück, versagt zu haben. Im Rahmen der emotionalen Belastung drohen Schuldzuweisungen" (p. 19). Die Gründe für solche Emotionen werden von der SAMW (2016) nicht beschrieben.

Auch Laws (2001) betrachtet eine Reanimation als kritischen Zwischenfall, bei dem die Pflegefachpersonen intensive Emotionen erleben, durch welche ihre Arbeitsfähigkeit während der Durchführung einer Reanimation oder auch zu einem späteren Zeitpunkt beeinträchtigt werden kann.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit können sich vorstellen, dass eine erfolglose Reanimation mit Schuldgefühlen und Vorwürfen einhergeht, da die Erwartungshaltung der Pflegefachpersonen gegenüber dem Patienten oder der Patientin, sich bestmöglich um sie zu sorgen, nicht gewährleistet ist. Aus diesem Grund ist es den Autorinnen dieser Bachelorarbeit ein grosses Anliegen, die Thematik einer erfolglosen Reanimation aus der Sicht einer Pflegefachperson im Rahmen dieser Bachelorarbeit zu bearbeiten.

1.2 Eingrenzung der Thematik

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit beziehen sich auf erfolglose Reanimationen in einem akut-stationären Setting, da Pflegefachpersonen selten an einer Reanimation ausserhalb eines Spitals beteiligt sind (Ummenhofer, Reinhardt & Pfister, 2006). Zusätzlich haben die Autorinnen dieser Bachelorarbeit Erfahrungen in diesem Setting gemacht und möchten in Zukunft in dieser Berufsumgebung tätig sein. Der Schwerpunkt wurde auf die erfolglose Reanimation gelegt, da viele Reanimationen einen negativen Ausgang haben (Ullrich & Stolecki, 2015) und somit in der Praxis eine zentrale Bedeutung aufweisen. Des Weiteren gehen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit aufgrund eigener Erfahrungen davon aus, dass eine erfolgreiche Reanimation belastender ist als eine erfolgreiche und somit intensivere Emotionen auslöst. Da für die Autorinnen dieser Bachelorarbeit alle Strategien wichtig sind, die mit einer erfolglosen Reanimation in Verbindung gebracht werden, wurde beim Aspekt Strategie jedoch keine Eingrenzung vorgenommen.

1.3 Fragestellung

Wie erleben Pflegefachpersonen eine erfolglose Reanimation in einem akut-stationären Setting und welche Strategien werden in diesem Zusammenhang beschrieben?

1.4 Ziel

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen wie Pflegefachpersonen eine erfolglose Reanimation erleben und welche Strategien sie in diesem Zusammenhang anwenden.

Das Gesundheitsfachpersonal soll für die Thematik des Erlebens bezüglich einer erfolglosen Reanimation sensibilisiert werden. Des Weiteren wird ein Merkblatt mit empfohlenen Strategien für die Pflegepraxis erstellt.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt werden die zentralen Begriffe definiert, welche zum Verständnis dieser Bachelorarbeit beitragen.

Ullrich und Stolecki (2015) beschreiben einen Kreislaufstillstand mit folgenden Worten:

Als akuter Kreislaufstillstand wird das plötzlich auftretende Versagen der Funktionen von Herz und Kreislauf bezeichnet. Durch die Unterbrechung der Blutzirkulation werden Organe nicht mehr mit Sauerstoff versorgt, was in kurzer Zeit zu einem Zelluntergang (biologischer Tod) führt. Nur in der Zeitspanne zwischen dem Eintreten eines Kreislaufstillstandes und dem biologischen Tod kann ein Mensch erfolgreich reanimiert werden. Diese Zeitspanne wird klinischer Tod genannt. (p. 242)

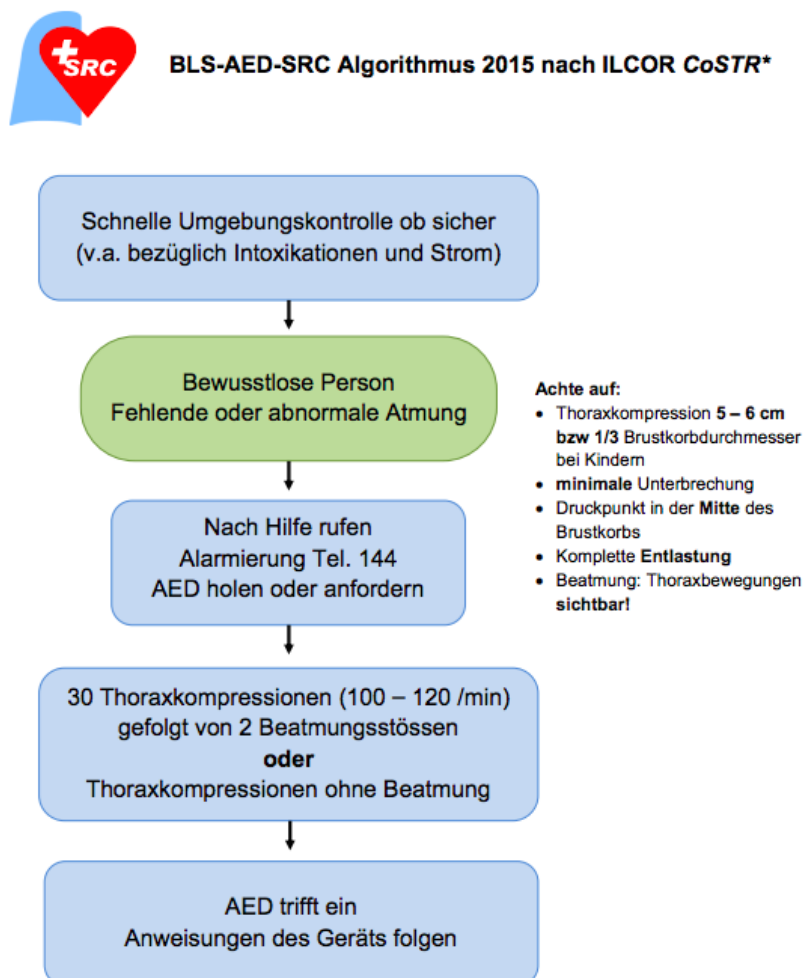
Wenn ein akuter Kreislaufstillstand eintritt, wird mit einer kardiopulmonalen Reanimation gestartet (SAMW, 2016). Die kardiopulmonale Reanimation (CPR = cardiopulmonary resuscitation) wird auch als Synonym für Herz-Lungen-Wiederbelebung (HWL) und Reanimation verwendet (Koppenberg, 2017). Die Reanimation wird bei Koppenberg (2017) folgendermassen definiert „Lebensrettende Sofortmassnahmen bei Herz-Kreislauf-Stillstand oder Atemstillstand (bzw. Schnappatmung). Ziel ist die Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung von Atmung und Kreislauf und damit die Gewährleistung der Durchblutung und Sauerstoffversorgung lebenswichtiger Organe wie Gehirn und Herz“ (p. 1526).

Eine Reanimation beinhaltet die lebensrettenden Sofortmassnahmen (BLS = basic life support) (Nori, Saghafinia, Motamedi & Hosseini, 2012), zu denen Thoraxkompressionen und Beatmung gehören (Swiss Resuscitation Council [SRC], 2015). Zusätzlich wird, falls vorhanden, ein automatisierter externer Defibrillator (AED) eingesetzt (SRC, 2015). Die Reanimation erfolgt stets nach demselben Algorithmus (SRC, 2015).

Die Reanimationsrichtlinien werden von der American Heart Association und dem European Resuscitation Council erarbeitet und alle fünf Jahre auf den aktuellen Stand gebracht (SRC, 2015). Die aktuell gültigen Richtlinien wurden am 15. Oktober 2015 publiziert (SRC, 2015). In der Abbildung 1 wird der aktuelle Algorithmus dargestellt.

Abbildung 1

Aktueller Algorithmus (SRC, 2015)



Die Reanimationsmassnahmen (HWL, Defibrillation) sind in einer Rettungskette eingebettet (Möckel & AHA Guidelines Highlights International Project Team, 2015). Es wird zwischen einer Rettungskette innerhalb und ausserhalb eines Spitals unterschieden (Möckel & AHA Guidelines Highlights International Project Team, 2015). In der Abbildung 2 wird die Rettungskette eines Herzstillstandes innerhalb eines Spitals aufgezeigt.

Abbildung 2

Rettungskette in einem Spital (Möckel & AHA Guidelines Highlights International Project Team, 2015)



Die Rettungskette innerhalb eines Spitals unterscheidet sich in einigen Punkten von der Rettungskette ausserhalb eines Spitals (Möckel & AHA Guidelines Highlights International Project Team, 2015). Wesentliche Unterschiede bestehen darin, dass innerhalb des Spitals die medizinische Erstversorgung direkt durch medizinisches Fachpersonal erfolgt, dass der Rettungsweg ins Spital entfällt und eine frühzeitige Überwachung und Prävention vorhanden sind (Möckel & AHA Guidelines Highlights International Project Team, 2015).

Der Reanimationsausgang kann sowohl ausserhalb als auch innerhalb des Spitals erfolglos sein (SAMW, 2016).

SAMW (2016) definiert eine erfolglose Reanimation wie folgt „Eine Reanimation ist erfolglos, wenn während 20 Minuten trotz ununterbrochenen, *lege artis* [kursiv = Glossar] durchgeführten Reanimationsmassnahmen nie eine Rückkehr der Herzaktion mit spontanem Kreislauf erreicht wird und der Patient klinische Zeichen des Todes (Pulslosigkeit, Koma usw.) aufweist“ (p.18).

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit Pflegefachpersonen, welche an einer erfolglosen Reanimation von Erwachsenen in einem akut-stationären Setting mitbeteiligt sind.

Die Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau oder diplomierten Pflegefachmann erfolgt an der Fachhochschule (Teritärstufe A) oder an der höheren Fachschule (Teritärstufe B) (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], n.d.). Für die Zulassung an die Fachhochschule wird eine Fachmatura, eine Berufsmatura oder eine gymnasiale Matura benötigt (SBK, n.d.). Ein Abschluss auf der Sekundarstufe II wird vorausgesetzt, um eine Ausbildung an der höheren Fachschule absolvieren zu können (SBK, n.d.).

Das Berufsinformationszentrum (BIZ, 2018a, 2018b) beschreibt den Beruf der Pflegefachperson folgendermassen

„Pflegefachleute FH (Bachelor of Science) übernehmen anspruchsvolle praktische Aufgaben sowie Führungsverantwortung in diversen Fachbereichen der Pflege. Sie entwickeln Pflegemassnahmen, neue Konzepte und Methoden, beteiligen sich an der Qualitätssicherung und an Forschungsprojekten" (Abs. 1).

„Pflegefachpersonen HF pflegen, betreuen und unterstützen Patienten und Patientinnen je nach benötigter Pflege und individuellen Bedürfnissen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung" (Abs. 1).

Als erwachsen oder mündig gilt in der Schweiz gemäss Schweizerischem Zivilgesetzbuch und Obligationenrecht (ZGB OR, 2012) (Art. 14), „(...) [eine Person, welche], das 18. Lebensjahr vollendet hat" (S. 61).

Unter einem akut-stationären Setting verstehen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit ein Akutspital.

H+ Die Spitäler der Schweiz (2012) definiert das Akutspital wie folgt:

Ein Akutspital ist ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung zur akutsomatischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patienten. Zu den Akutspitälern gehören sämtliche allgemeinen Spitäler der Grund- und Zentrumsversorgung

[und] die Spezialkliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie sowie für Pädiatrie. (Abs. 1)

Die Spezialkliniken für Neonatologie und Pädiatrie sind wegen der gewählten Einschränkung auf erwachsene Patienten und Patientinnen für diese Bachelorarbeit nicht relevant.

Weitere zentrale Begriffe der Fragestellung dieser Bachelorarbeit sind das Erleben und die Strategien.

Hobmair et al. (2013) definiert Erleben folgendermassen „Mit Erleben werden von aussen nicht beobachtbare Vorgänge im Menschen bezeichnet, die der Mensch nur an sich selbst wahrnehmen kann“ (p.18).

Dudenredaktion (2002) beschreibt Strategie mit folgenden Worten „genauer Plan für ein Verhalten, der dazu dient, ein (militärisches, politisches, psychologisches o. ä.) Ziel zu erreichen, und in dem man alle Faktoren von vornherein einzukalkulieren versucht“ (S.862).

3. Methodisches Vorgehen

Um die Fragestellung dieser Bachelorarbeit zu beantworten, wurde auf den Datenbanken Cinahl Complete, Pubmed, Cochrane Library und PsycINFO nach geeigneter Literatur gesucht. Diese Datenbanken wurden ausgewählt, da sie fachspezifisch für die Pflege und die Bezugswissenschaften im Gesundheitswesen sind. Die Datenbank PsycINFO wurde miteinbezogen, da die Fragestellung psychologische Aspekte des persönlichen Erlebens beinhaltet. Für die optimale Literaturrecherche wurden vordefinierte Schlagwörter benutzt, welche der Tabelle 1 entnommen werden können. Zur Verbindung der Schlagwörter wurden die Booleschen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ verwendet. Die Trunkierung (*) wurde angewendet, damit alle Begriffe der Schlagwörter mit demselben Wortstamm miteinbezogen werden.

Tabelle 1

Schlagwörter

Überbegriff	Deutsche Schlagwörter	Englische Schlagwörter
Phänomen	Reanimation	resuscitation, cpr, cardiopulmonary resuscitation
	erfolglos	unsuccessful, failed
	Erleben	lived experience, phenomenology, life experience, need*
	Strategie	strategy
Population	Pflegefachpersonen	nurse*, critical care nurse*
	Familienmitglieder	family member
Setting	akut-stationär	in-hospital

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit beschränkten sich aufgrund ihrer Sprachkenntnisse auf englisch- und deutschsprachige Artikel.

Zusätzlich wurde die Limitation „all adult“ gewählt, da die Autorinnen dieser Bachelorarbeit keine Erfahrungen mit Reanimationen bei Kindern haben und eine Reanimation bei Kindern andere Besonderheiten aufweist (Schweizerischer Militär-Sanitäts-Verband, 2011). Das Publikationsjahr der Studie wurde bewusst nicht als eine Limitation definiert, da die Autorinnen dieser Bachelorarbeit davon ausgehen, dass der Aspekt des Erlebens einer erfolglosen Reanimation zeitunabhängig ist. Zusätzlich wurden beim Suchvorgang vordefinierte Ein- und Ausschlusskriterien verwendet. Diese Kriterien sowie die dazugehörige Begründung können der Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Industrieländer	Schwellenländer und Drittweatländer	Entspricht am ehesten dem Reanimationsstandard der Schweiz (SRC, 2015) sowie den institutionellen Bedingungen der Pflegefachpersonen.
Reanimationen in einem akut-stationären Setting	Reanimationen ausserhalb eines Spitals	Reanimationen ausserhalb eines Spitals werden in der Regel nicht von Pflegefachpersonen begonnen, sondern durch Laienhelfer oder andere Berufsgruppen (Deutsche Herzstiftung, 2017).

Die Literaturrecherche fand zwischen Oktober 2017 und Januar 2018 statt. Durch die unterschiedliche Zusammensetzung der oben genannten Schlagwörter und Booleschen Operatoren ergaben sich verschieden viele Treffer. Als erstes wurden die Titel der Studien gelesen.

Dabei konnten bereits viele Studien, welche der gewählten Fragestellung nicht entsprachen, ausgeschlossen werden. In diesem Schritt stellten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit fest, dass sich viele Studien mit der Anwesenheit von Familienangehörigen während einer Reanimation beschäftigen. Daher wurde beim Suchvorgang das Schlagwort „family member“ in Zusammenhang mit dem Booleschen Operator „NOT“ angewendet, um solche Studien auszuschliessen. Zusätzlich wurde festgestellt, dass viele Studien mit der Thematik „Reanimation“ die Population „Intensivpflegefachpersonen“ aufweisen. Um auf mehrere Treffer zu kommen, wurde das Schlagwort „critical care nurse*“ hinzugefügt. Es wurden nur Studien mit einem passenden Titel und vorhandenem Abstract beachtet. Das Lesen des Abstracts war ein weiterer Selektionsschritt. Mit diesem Vorgehen wurden in den bereits beschriebenen Datenbanken fünf geeignete Studien gefunden. Zusätzlich konnten durch das *Schneeballprinzip* eine weitere geeignete Studie gefunden werden. Eine Tabelle mit den angewandten Suchschritten befindet sich im Anhang auf Seite 66.

Für die Hintergrundliteratur zogen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit nebst der Literatur aus den verschiedenen Datenbanken auch Grauliteratur hinzu.

Die ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) wurden mit Hilfe des *Arbeitsinstruments „Critical Appraisal“ (AICA)* (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) zusammengefasst. Die Würdigung der qualitativen Studien erfolgte anhand der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985), bei quantitativen Studien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005). Um das Evidenzlevel der Publikationen zu beurteilen, wurde die 6S Pyramide von DiCenso, Bayle und Haynes (2009) verwendet. Das *AICA* wurden ausgesucht, da dies an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften üblich ist.

Das weitere Vorgehen bestand darin, die ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse &

Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) einander gegenüberzustellen und zu diskutieren. Zudem wurden erfahrene Pflegefachpersonen zu ihrem Erleben und ihren Strategien betreffend Reanimationen befragt. Mit den Ergebnissen der Studien und der genannten Interviews wurde der Theorie-Praxis-Transfer erarbeitet. Abschliessend wurde ein Merkblatt mit organisatorischen Strategien für die Pflegepraxis erstellt.

4. Ergebnisse der Studien

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse einer quantitativen, der vier qualitativen Studien und einer *Mixed-Method* Studie zusammengefasst und anschliessend kritisch gewürdigt. Die Studien wurden in einem Zeitraum von 1996 - 2017 in Australien, Europa und Nordamerika durchgeführt. Alle Studien liegen auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da sie Einzelstudien sind. Die Würdigung der quantitativen Studie erfolgt anhand der Gütekriterien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005), welche Objektivität, Reliabilität und Validität sind. Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit sind die Gütekriterien der qualitativen Studien nach Lincoln und Guba (1985). Bei der *Mixed-Method* Studie orientieren sich die Autorinnen dieser Bachelorarbeit an den qualitativen Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985), da die zentralen Studienergebnisse qualitativ erhoben wurden. Die Qualität der Studien ist mehrheitlich homogen. Die gesamte Zusammenfassung und Würdigung der Studien ist dem Anhang (Seite 68-93) zu entnehmen. Die nachfolgende Tabelle 3 mit der Übersicht der ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) wie auch dieser Abschnitt ist chronologisch gegliedert und beginnt mit der aktuellsten Studie.

Tabelle 3

Übersicht der ausgewählten Studien

Referenz	Ort der Durchführung	Design	Evidenzlevel nach Di Censo et al. (2009)	Kernaussagen
McMeekin, Hickman, Douglas und Kelley 2017 Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation	Vereinigte Staaten Amerikas	quantitatives Design deskriptive Korrelationsstudie	unterstes Level	<ul style="list-style-type: none"> • Statistisch signifikante Korrelationen zwischen der effektiven Bewältigungsstrategie, den ineffektiven Bewältigungsstrategien sowie dem Schweregrad des Stresses unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation sind vorhanden • Der Schweregrad der PTBS Symptomatik korreliert mit allen Bewältigungsstrategien • Eine institutionelle Nachbesprechung wirkt sich positiv auf den Stress unmittelbar nach einer Reanimation aus, jedoch wird die Symptomschwere von PTBS erhöht
Sjöberg, Schönning und Salzmänn-Erikson 2015 Nurses` experience of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study	Schweden	qualitatives Design phänomenologischer Frageansatz	unterstes Level	<ul style="list-style-type: none"> • Reanimationen wurden von Pflegefachpersonen oft als chaotisch und stressig erlebt • Die Pflegefachpersonen wünschten sich vermehrt Kontrolle und eine Führungsperson während einer Reanimation • Die Pflegefachpersonen wünschten sich eine Nachbesprechung und ein Reanimationstraining
Ranse und Arbon 2008 Graduate nurses` lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach	Australien	qualitatives Design hermeneutischer - phänomenologischer Frageansatz	unterstes Level	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Unsicherheiten suchten die frisch diplomierten Pflegefachpersonen eine Bestätigung für die Richtigkeit ihres Handelns bei erfahrenen Pflegefachpersonen • Die frisch diplomierten Pflegefachpersonen wünschten sich mehr Unterstützung von den erfahrenen Pflegefachpersonen sowie eine Nachbesprechung • Die frisch diplomierten Pflegefachpersonen empfanden das Reanimationstraining als hilfreich

Referenz	Ort der Durchführung	Design	Evidenzlevel nach Di Censo et al. (2009)	Kernaussagen
Gamble 2001 A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts	England	qualitatives Design phänomenologischer Frageansatz	unterstes Level	<ul style="list-style-type: none"> • Eine erfolglose Reanimation wurde besser akzeptiert und bewältigt, wenn die Pflegefachpersonen keine Beziehung zur reanimierten Person hatten • Trauer wurde bei den Pflegefachpersonen ausgelöst, wenn die Reanimation nicht dem Wunsch der reanimierten Person oder deren Angehörigen entsprach • Ethische Zweifel bezüglich der Richtigkeit der Reanimationsentscheidung führten bei den Pflegefachpersonen zu Schuldgefühlen
Laws 2001 Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR)	Australien	Mixed-Method deskriptive Studie	unterstes Level	<ul style="list-style-type: none"> • Durchgeführte Reanimationen hinterliessen bei den Pflegefachpersonen teilweise psychische und physische Auswirkungen • Reanimationen wurden von den Pflegefachpersonen teilweise als chaotisch und belastend empfunden

Referenz	Ort der Durchführung	Design	Evidenzlevel nach Di Censo et al. (2009)	Kernaussagen
Isaak und Paterson 1996 Critical care nurses` lived experience of unsuccessful resuscitation	Kanada	qualitatives Design phänomenologischer Frageansatz	unterstes Level	<ul style="list-style-type: none"> • Eine erfolglose Reanimation konnte besser akzeptiert werden, wenn die Intensivpflegefachpersonen den negativen Ausgang anhand verschiedener Prädiktoren erahnten • Wenn Intensivpflegefachpersonen eine Beziehung zur reanimierten Person oder deren Angehörigen hatten, wurde eine erfolglose Reanimation als belastender empfunden • Die Intensivpflegefachpersonen berichteten über Gefühle wie Schuld, Wut, Bedauern, Verlust, Trauer und Hilflosigkeit • Den Wechsel von der emotional distanzierten Art während einer Reanimation zur empathischen Betreuung der Angehörigen wurde von den Intensivpflegefachpersonen als schwierig empfunden

4.1 Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation

McMeekin, Hickman, Douglas und Kelley (2017) gingen davon aus, dass Intensivpflegefachpersonen, welche erfolglose Reanimationen erlebten, unter erhöhtem Stress leiden, einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen sowie eine erhöhte Anzahl an Bewältigungsstrategien anwenden würden. Daher verfolgten McMeekin et al. (2017) drei verschiedene Ziele in ihrer Studie. Einerseits wollten die Forschenden den Zusammenhang zwischen dem Stress unmittelbar nach einer Reanimation, dem Bewältigungsverhalten und der Symptomschwere der *posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)* untersuchen. Andererseits wollten sie beurteilen, wie die demographischen Merkmale mit dem Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation und der Symptomschwere der *PTBS* zusammenhängen. Als drittes wurde untersucht, inwiefern sich die Möglichkeit einer Nachbesprechung auf den Schweregrad von Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation und *PTBS*-Symptomen auswirkt. Um diese Fragestellungen zu beantworten wurde, von McMeekin et al. (2017) eine quantitativ deskriptive Korrelationsstudie durchgeführt. An der Studie nahmen 490 Intensivpflegefachpersonen aus den Vereinigten Staaten Amerikas teil. Alle Teilnehmenden mussten seit mindestens zwei Jahren auf einer Erwachsenen- Intensivstation gearbeitet haben sowie an mindestens einer erfolglosen Reanimation beteiligt gewesen sein. 91 Prozent der Teilnehmenden war weiblich. Der Mittelwert des Alters betrug 41.8 Jahre.

4.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Mittelwert des erlebten Stresses unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation bei Intensivpflegefachpersonen betrug 52.4 (SD 9.5) und der Mittelwert der *PTBS*-Symptomschwere 53.7 (SD 19.6). Anhand der Berechnung des Medians wurde festgestellt, dass bei Intensivpflegefachfrauen ein signifikant höherer Wert von Stress nach einer erfolglosen Reanimation (Median, 53.0, $p=0.001$) sowie von *PTBS*-Symptome (Median= 20.0, $p=0.003$) vorhanden ist. Zwischen der *PTBS*-

Symptomschwere und dem Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation ist nur ein leichter Zusammenhang ($r=0.20$, $p=0.01$) erkennbar. Es sind statistisch signifikante Korrelationen zwischen der effektiven Bewältigungsstrategie der Akzeptanz ($r=0.24$, $p=0.01$), den ineffektiven Bewältigungsstrategien der Selbstablenkung ($r=0.14$, $p=0.01$) und der Selbstbeschuldigung ($r=0.16$, $p=0.01$) sowie dem Schweregrad des Stresses unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation vorhanden. Im Gegenzug korreliert der Schweregrad der *PTBS*-Symptomatik mit allen sieben genannten Bewältigungsstrategien der Akzeptanz ($r=0.24$, $p=0.01$), der hilfreichen Unterstützung ($r=0.46$, $p=0.01$), der aktiven Bewältigung ($r=0.45$, $p=0.01$), der Verweigerung ($r=0.69$, $p=0.01$), des Rückzuges ($r=0.69$, $p=0.01$), der Selbstablenkung ($r=0.68$, $p=0.01$) und den Selbstvorwürfen ($r=0.70$, $p=0.01$). Beim Vergleich von Intensivpflegefachpersonen, welche an einer institutionellen Nachbesprechung teilgenommen haben und solchen, welche diese Möglichkeit nicht hatten, wurde mittels t-Test festgestellt, dass eine institutionelle Nachbesprechung sich positiv auf den Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation ($t=2.91$, $p=0.001$, $\text{mean}=53.5$, $\text{SD}=9.5$) auswirkt. Es ist jedoch ersichtlich, dass die Symptomschwere von *PTBS* erhöht ist ($t=6.30$, $p=0.001$, $\text{mean}=32.8$, $\text{SD}=21.4$). Dies ist laut McMeekin et al. (2017) übereinstimmend mit Ergebnissen aus früheren Studien. Anschliessend wurden die Ergebnisse mit einem Regressionsmodell berechnet, um den Vorhersagewert von PTSD festzustellen. Dabei wurde festgestellt, dass der Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation ($\beta = 0.16$, $p < 0.001$) und die vier Bewältigungsstrategien Ablehnung ($\beta = 0.33$, $p < 0.001$), Selbstablenkung ($\beta = 0.24$, $p < 0.001$), Selbstvorwürfe ($\beta = 0.22$, $p < 0.001$) sowie Rückzug ($\beta = 0.18$, $p < 0.001$) einen signifikanten Einfluss auf PTSD haben.

4.1.2 Würdigung der Güte

Die Würdigung der quantitativen Studie von McMeekin et al. (2017) orientiert sich an den Gütekriterien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005).

Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage und die verwendeten Variablen sind passend dazu gewählt. Dadurch ist die externe Validität gegeben. Die erhobenen Daten wurden hauptsächlich mit intervallskalierten Testverfahren berechnet. Dies kann akzeptiert werden, da in der Forschung dieses Vorgehen bei einer *Likert-Skala* gängig ist. Dennoch ist es kontrovers zu betrachten, da die Daten genau genommen ordinalskaliert sind. Der Vollständigkeitshalber hätten die Forschenden die Normalverteilung berechnen sollen, um eine Datenverzerrung auszuschliessen zu können. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass höchstens eine minimale Datenverzerrung vorhanden ist, da 490 Intensivpflegefachpersonen einbezogen wurden, was eine genügend grosse Population bedeutet. Zu beachten ist, dass der durch die Onlinebefragung entstandene *Bias* möglicherweise die Ergebnisse beeinflusst hat. Von den 100 000 möglichen Intensivpflegefachpersonen füllten nur 490 die Fragebögen aus. Hierbei stellt sich die Frage, ob die 490 Teilnehmenden aufgrund bereits erlebten traumatischen Reanimationen diese Studie als wichtig erachteten und deshalb teilnahmen. Weiterhin könnte angenommen werden, dass viele Intensivpflegefachpersonen die Teilnahme an der Studie ablehnten, aufgrund der vielen und umfangreichen Fragebögen. Aufgrund den oben erwähnten Gründen ist die interne Validität leicht eingeschränkt. Die Datenerhebung und Datenanalyse wird nachvollziehbar replizierbar beschrieben. Die Post-Code Stress Scale (PCSS), der Brief COPE inventory (BCOPE) und die Impact of Event Scale- Revised (IES-R) sind gängige und valide Messinstrumente. Der Reliabilitätsnachweis der Messinstrumente wurde über das vorgängige Berechnen des stichprobenabhängigen Crombach Alpha erbracht. Somit erfüllt diese Studie die Güte der Reabilität. Die Objektivität ist durch den Standardisierungsgrad der Studie gegeben, das Vorgehen wird detailliert beschrieben. Insgesamt weist diese Studie eine hohe Güte auf. Sie beinhaltet den Aspekt einer erfolglosen Reanimation, deren Auswirkungen und Bewältigungsstrategien. Damit deckt sie einen grossen Teil der Fragestellung dieser Bachelorarbeit ab.

4.2 Nurse`s experience of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study

Sjöberg, Schönning und Salzman-Erikson (2015) beschreiben in ihrer qualitativen Studie mit einem phänomenologischen Frageansatz die Erfahrung von Pflegefachpersonen, welche eine kardiopulmonale Reanimation auf einer Intensivstation durchführten. An der Studie nahmen drei Pflegefachmänner und fünf Pflegefachfrauen aus derselben Station in einem schwedischen Spital teil. Der Median des Alters der Teilnehmenden war 37.5 Jahre und der Median der Arbeitserfahrung betrug 9 Jahre. Die Teilnehmenden mussten mindestens ein Jahr als Pflegefachperson auf einer Intensiv- oder Herzintensivstation gearbeitet sowie an mindestens einer Reanimation teilgenommen haben.

4.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden in drei Kategorien aufgeteilt: vor, während und nach einer Reanimation.

Vor einer Reanimation

Viele Teilnehmende erlebten das Reanimationstraining als eine wichtige und bestärkende Erfahrung, mit der sie ihren Wissenstand verbessern konnten. Zusätzlich gab das Training den Teilnehmenden das Gefühl, vorbereitet zu sein, was den Stress in realen Situationen verminderte. Die Trainings wurden so real wie möglich nachgestellt. Zum Beispiel wurden die Trainings mit einem Minimum an anwesenden Mitarbeitenden geübt. Während des Trainings tauschten sich die Teilnehmenden zusätzlich über reale Reanimationssituationen aus.

Während einer Reanimation

Die Teilnehmenden erlebten die Reanimation teilweise als chaotisch und wünschten sich mehr Ordnung und Kontrolle, insbesondere während des Nachtdienstes, da die Zeitspanne zwischen Beginn einer Reanimation und der Ankunft des Arztes länger ist als im Tagdienst. Um die Ordnung zu

gewährleisten, war den Teilnehmenden die Kommunikation und das schnelle Bestimmen eines Hauptverantwortlichen während einer Reanimation wichtig. Ein Adrenalinschub ermöglichte den Teilnehmenden sich zu konzentrieren und Prioritäten zu setzen. Zusätzlich empfanden die Teilnehmenden sowohl zu wenige und als auch zu viele Mitarbeitende während einer Reanimation als stressig. Deshalb wurde die wünschenswerte Anzahl Beteiligter während einer Reanimation von den Teilnehmenden mit fünf angegeben.

Nach einer Reanimation

Eine Teilnehmerin berichtete von traumatischen Erlebnissen, die sie während einer Reanimation erlebte. Die Nachwirkungen dieser Erlebnisse verfolgten sie während eines Jahres. Die Teilnehmerin führte dies auf das Fehlen einer Nachbesprechung zurück. Um negative Gefühle nicht mit nach Hause zu nehmen, gaben mehrere Teilnehmende an, dass es für sie wichtig wäre noch vor Dienstschluss, in Form einer Nachbesprechung, über die erlebte Reanimation zu sprechen. Da die Nachbesprechung nicht routinemässig stattfand, trafen sich einige Teilnehmende in den Pausen inoffiziell, um eigene Nachbesprechungen zu führen. Die Teilnehmenden nutzten die Nachbesprechung auch, um Lob auszusprechen und zu empfangen.

4.2.2 Würdigung der Güte

Da es sich bei der Studie von Sjöberg et al. (2015) um eine qualitative Studie handelt, wird sie nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) gewürdigt.

In der Studie von Sjöberg et al. (2015) ist die Glaubwürdigkeit mit der wörtlichen Transkription der Interviews gegeben. Die Forschenden führten jedoch kein *Member-Checking* durch. Die Transkription wurde durch eine interne Triangulation überprüft, wodurch die Korrektheit der Transkription gewährleistet wurde. Die Erhebung und Analyse der Daten ist sehr exakt und nachvollziehbar beschrieben und erfüllt somit vollumfänglich die Güte der Zuverlässigkeit. Für die Erreichung der Übertragbarkeit unterstreichen die Forschenden die Ergebnisse mit Interviewzitat. Durch die hohe Güte dieser

Studie sind die Ergebnisse für die untersuchte Population Intensivpflegefachpersonen repräsentativ.

Diese Studie wird miteinbezogen, da sie dazu beiträgt, das Erleben einer Reanimation von Pflegefachpersonen zu verstehen. Dies deckt einen Teil der Fragestellung dieser Bachelorarbeit ab.

4.3 Graduate nurses` lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach

Ranse und Arbon (2008) haben in ihrer qualitativ hermeneutischen und phänomenologischen Studie die Erfahrungen von frisch diplomierten Pflegefachpersonen in den ersten 12 Monaten nach Studienabschluss untersucht, welche an einer Reanimation in einer nicht kritischen Pflegeumgebung beteiligt waren. Sechs frisch diplomierte Pflegefachfrauen, die auf verschiedenen Stationen eines Spitals in Australien arbeiteten, nahmen an der Studie teil. Vier von den sechs frisch diplomierten Pflegefachfrauen waren jünger als 24 Jahre. Die Teilnehmenden mussten aktiv an einer Reanimation beteiligt gewesen sein und durften nicht mehr als zwölf Monate Praxiserfahrung aufweisen.

4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der Analyse der Interviews wurden vier Themenblöcke definiert: Entscheidungsfindung, Reanimationsablauf, Gefühle und Unterstützung bei und nach einer Reanimation

Entscheidungsfindung

Nach dem Auslösen des Reanimationsalarms suchten die frisch diplomierten Pflegefachpersonen eine Bestätigung für die Richtigkeit ihres Handelns bei erfahrenen Pflegefachpersonen. Negative Kommentare führten zu einer Verunsicherung diesbezüglich. Die erste Phase einer Reanimation erlebten die Teilnehmenden als geordnet. Sie fühlten sich durch eine gute Teamarbeit unterstützt. Sobald das Reanimationsteam eingetroffen war, empfanden sie den weiteren Ablauf als chaotisch. Deshalb übernahmen die frisch diplomierten Pflegefachpersonen das Dokumentieren. Sie wünschten sich,

entsprechend ihrer Fähigkeiten in den Reanimationsablauf miteinbezogen zu werden.

Reanimationsablauf

Einige Teilnehmende fühlten sich sicher in den ersten Reanimationshandlungen. Die frisch diplomierten Pflegefachpersonen erwarteten jedoch von erfahrenen Pflegefachpersonen, dass ihre Unerfahrenheit berücksichtigt würde. Die Reanimationsausbildung im Studium wurde als hilfreich empfunden, umfasste aber nicht alle Tätigkeiten, welche im konkreten Geschehen anfielen.

Gefühle

Die Teilnehmenden erwähnten, dass sie sich gestresst fühlten und teilweise unüberlegt gehandelt hätten. Andererseits empfanden sie eine Reanimation auch als spannend und aufregend. Solche positiven Gefühle verunsicherten die frisch diplomierten Pflegefachpersonen aber auch. Die Teilnehmenden empfanden es als wichtig, die positiven Aspekte einer Reanimation zu sehen. Diese wurden auch als wertvoll im Hinblick auf weitere Reanimationen empfunden.

Unterstützung bei und nach einer Reanimation

Nach dem Eintreffen des Reanimationsteams verliessen die meisten Pflegefachpersonen den Ort der Reanimation, um ihre Stationsarbeit fortzuführen. Die zurückgebliebene frisch diplomierte Pflegefachperson konnte daher das dem Reanimationsteam fehlende Material nicht bringen, da sie mit dem Dokumentieren beschäftigt war. Für die Teilnehmenden war es sehr wichtig, die erfahrenen Pflegefachpersonen an ihrer Seite zu wissen. In der Verarbeitung bekamen sie jedoch oft nur Unterstützung, wenn sie ihre Gefühle offen zeigten, wie zum Beispiel durch Weinen. Dies führte dazu, dass sich die Teilnehmenden oft alleine gelassen fühlten. Alle Teilnehmenden wünschten sich mehr Unterstützung durch die erfahrenen Pflegefachpersonen und das Angebot einer Nachbesprechung.

4.3.2 Würdigung der Güte

Die Würdigung der Studie von Ranse und Arbon (2008) erfolgt anhand den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985). Das Interview der jeweiligen Fokusgruppe wurde aufgenommen und transkribiert. Es fand kein *Member-Checking* statt. Die Transkription wurde überprüft, indem die Forschenden sich während des Durchlesens der Transkription die Tonaufnahmen anhörten. Somit ist die Güte der Bestätigung und der Glaubwürdigkeit gegeben. Beim Vorgehen der Datenerhebung ist bekannt, dass die jeweilige Fokusgruppe durch semi-strukturierte Fragen geleitet wurde. Trotz des Fehlens der Einstiegsfrage ist die Zuverlässigkeit gegeben. Die Analyse der Ergebnisse wird klar und verständlich beschrieben. Die Ergebnisse sind mit Zitaten unterstrichen. Trotz des Fehlens der Einstiegsfrage können die Ergebnisse auf die untersuchte Population frisch diplomierte Pflegefachpersonen übertragen werden, da die restlichen Gütekriterien erfüllt sind. Insgesamt weist diese Studie eine hohe Güte auf. Diese Studie wird miteinbezogen, da sie Erfahrungen von frisch diplomierten Pflegefachpersonen bei einer Reanimation untersucht. Die untersuchte Population ist auch für die Fragestellung dieser Bachelorarbeit relevant, da in der Population Pflegefachpersonen auch frisch diplomierte Pflegefachpersonen inbegriffen sind.

4.4 A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts

Das Ziel der qualitativ phänomenologischen Studie von Gamble (2001) war zu ermitteln, ob eine Nachbesprechung nach einer Reanimation den Stress reduziert, der durch die physischen und psychischen Anforderungen ausgelöst wurde. Die Pflegefachpersonen arbeiteten auf einer Herzstation oder einer Medizinstation in England. Die Anzahl, das Geschlecht und das Alter der Teilnehmenden wurde nicht beschrieben.

4.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Studie ergab, dass viele Pflegefachpersonen einen Adrenalinschub während der Reanimation erlebten, diesen aber nicht als störend erachteten.

Das Ergebnis einer Reanimation wurde besser akzeptiert und bewältigt, wenn die Pflegefachpersonen keine Beziehung zur reanimierten Person hatten. Wenn eine Reanimation stattfand, die nicht dem Wunsch des Patienten oder der Patientin sowie deren Angehörigen entsprach, löste dies Trauer bei den Pflegefachpersonen aus. Das Weinen oder Traurigsein wurde nach dem Tod eines Patienten oder einer Patientin jedoch als abwegig angesehen. Im Gegensatz dazu mussten fast alle Teilnehmenden während des Interviews lachen, als sie tragische Aspekte der Reanimation beschrieben. Alle Pflegefachpersonen äusserten im Gespräch das Erleben von Schuldgefühlen. Diese führten die Teilnehmenden auf verschiedene Aspekte zurück. Zum einen wurden sie durch den Tod eines Patienten oder einer Patientin ausgelöst oder aufgrund ethischer Zweifel bezüglich der Richtigkeit der Reanimationsentscheidung. Zum anderen beschrieben die Teilnehmenden wahrgenommene Defizite der persönlichen Fähigkeiten und in der Gruppenzusammenarbeit sowie den Beziehungsaufbau zum Patienten oder der Patientin als auslösende Faktoren. Zusätzlich ergab die Studie, dass der Moment, in dem eine Person die Führung einer Reanimation übernahm, als stressminimierend empfunden wurde. Durch die Selbstausswertung der Interviews erkannten die Pflegefachpersonen, was sie bei einer nächsten Reanimation anders machen würden und wie es um ihr Wissen bezogen auf eine Reanimation stand. Die erfahrenen Pflegefachpersonen sprachen im Interview nur über ihre Gefühle. Die unerfahrenen Pflegefachpersonen berichteten mehrheitlich über ihre Unerfahrenheit und ihre Wissenslücken.

4.4.2 Würdigung der Güte

Die Studie wird anhand der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Das Interview wurde aufgenommen und anschliessend transkribiert. Zur Überprüfung der Transkription wurde ein *Member-Checking* angewendet. Somit ist die Güte der Bestätigung und der Glaubwürdigkeit gegeben. Über die Datenerhebung und Datenanalyse sind kaum Informationen vorhanden. Weder die Stichprobengrösse noch die Anzahl durchgeführten Nachbesprechungen werden deklariert. Zudem fehlen die

demographischen Angaben von den Teilnehmenden. In der Schlussfolgerung wird genannt, dass Pflegefachpersonen von einer Nachbesprechung nach einer Reanimation profitieren. Dies ist kritisch zu betrachten, da nicht ersichtlich ist, wie Gamble (2001) zu dieser Schlussfolgerung kommt. Die Ergebnisse beantworten die Fragestellung nur bedingt. Dadurch ist die Güte der Zuverlässigkeit fraglich, was ebenfalls die Übertragbarkeit der Studie stark einschränkt, obwohl die Studienergebnisse mit Zitaten aus dem Interview unterlegt sind. Zusammenfassend ist die Güte dieser Studie als niedrig zu bewerten. Da die Studie jedoch den Aspekt der Nachbesprechung nach einer Reanimation untersucht, wird sie trotz der vorhandenen Mängel für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit miteinbezogen.

4.5 Examining critical care nurses`critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR)

Laws (2001) untersuchte in seiner *Mixed-Method* Studie mit einem deskriptiven Ansatz den Stress nach einem kritischen Ereignis (*CIS = critical incident stress*) bei Intensivpflegefachpersonen, die eine kardiopulmonale Reanimation in einem Spital durchführten. Das Ziel war herauszufinden, ob die emotionalen Reaktionen von Intensivpflegefachpersonen nach der Durchführung einer Reanimation auf den *CIS* zurückzuführen sei. An der Studie nahmen 31 Intensivpflegefachpersonen teil. Davon wurden zehn Intensivpflegefachmänner und acht Intensivpflegefachfrauen aus Südaustralien für das Interview ausgewählt. Der Mittelwert des Alters betrug 30 Jahre und der Mittelwert der Arbeitserfahrung auf einer Intensivstation 4.2 Jahre. Die Teilnehmenden arbeiteten auf einer Herzintensivstation oder einer allgemeinen medizinischen Station.

4.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die insgesamt 16 Aussagen des Fragebogens konnten mit „überhaupt nicht“, „selten“, „manchmal“ und „oft“ beantwortet werden. Zwei von 31 Teilnehmenden (6.5 Prozent) gaben bei allen 16 Aussagen „überhaupt nicht“

an. Dies sagt aus, dass sie keine bleibenden emotionalen Auswirkungen nach der Durchführung einer Reanimation davontrugen. 15 Teilnehmende (48 Prozent) erzählten über Störungen aufgrund visueller Bilder oder Gedanken an eine Reanimation. 17 Teilnehmende (55 Prozent) gaben an, dass sie Träume im Zusammenhang mit einer Reanimation hatten. Ein Wort, das während der Interviews oft aufkam, war „Chaos“. Der Forscher stellte dieses Wort mit fehlender oder nicht funktionierender Ausrüstung und unklarer Rollenverteilung während der Reanimation in Verbindung.

Einigen Teilnehmenden war ihre Rolle während der Reanimation nicht klar und alle Teilnehmenden wünschten sich mehr Kontrolle, um den Stress zu verringern. 83 Prozent der Teilnehmenden äusserten, dass der Kontakt mit Körperflüssigkeiten oder das Brechen von Rippen bei ihnen Stress auslöste. Im weiteren Verlauf erzählte die Hälfte der Teilnehmenden, dass sie besorgt waren, wie sie die erlebte Reanimation in Zukunft psychisch und physisch beeinflussen würde. 50 Prozent der Teilnehmenden gaben an, dass sie seit dem Zeitpunkt der durchgeführten Reanimation Erbrochenes oder Geräusche von Sirenen, Alarmglocken und dem Absauggerät mit einem solchen Ereignis assoziierten. Dabei konnten emotionale Reaktionen ausgelöst werden. 16 von den 18 Teilnehmenden (89 Prozent) berichteten, dass ein unklarer *Reanimationsstatus* der Patienten und Patientinnen bei ihnen emotionalen Stress auslöste. Weiterhin berichteten einige Teilnehmende von aussergewöhnlichen Reanimationen. Eine Teilnehmerin berichtete vom Stromstoss des Defibrillators getroffen worden zu sein. Eine andere Teilnehmerin erzählte von einer Reanimation am offenen Herzen. Alle Teilnehmenden gaben an, dass es ihnen wichtig war, die Möglichkeit zu haben, über das Erlebte zu sprechen. Viele Teilnehmende sprachen mit der Familie oder mit Freunden über das belastende Ereignis, insbesondere wenn diese ebenfalls im Gesundheitswesen arbeiteten. Zusätzlich empfanden alle Teilnehmenden die Überprüfung ihres Handelns während einer Reanimation als wichtig. Fast die Hälfte der Teilnehmenden empfand eine Reanimation auf einer Allgeminstation als eine der belastendsten Erfahrungen. Ein genannter Grund war, dass auf einer Allgeminstation viele Pflegefachpersonen mit nur

wenig Arbeitserfahrung arbeiteten. Zusätzlich gaben die Teilnehmenden an, dass auf einer Allgeminstation weniger Pflegefachpersonen für mehr Patienten und Patientinnen zuständig waren. Teilweise fehlte auch die Reanimationsausrüstung oder sie war von ungenügender Qualität. Hinzu kam, dass hausinterne Weiterbildungen zu selten stattfanden.

4.5.2 Würdigung der Güte

Da bei der *Mixed-Method* Studie von Laws (2001) der Fokus auf der qualitativen Datenerhebung liegt, erfolgt die Würdigung der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985). Zusätzlich erleichtert dieser Fokus den Vergleich mit den anderen qualitativen Studien. Die Interviews wurden auf Tonbänder aufgenommen, transkribiert und nach 18 Befragungen beendet. Nach 18 Befragten wurde laut Laws (2001) eine Datensättigung erreicht. Das gewählte Design *Mixed-Method* fördert die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse, da Laws (2001) auf die quantitativ herausgearbeiteten Themenschwerpunkte zusätzlich auch in den qualitativen Interviews eingeht. Die Transkriptionen wurden jedoch nicht auf die Genauigkeit überprüft, was die Glaubwürdigkeit und die Bestätigung wiederum etwas abschwächt. Die Datenerhebung ist im Gegensatz zur Datenanalyse nachvollziehbar beschrieben. Aufgrund der ungenauen Beschreibung der Datenanalyse, ist die Zuverlässigkeit eingeschränkt. Obschon die Ergebnisse mit Interviewzitate unterstrichen wurden, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse fraglich, da die bereits beschriebenen Gütekriterien eingeschränkt sind. Daher weist diese Studie keine hohe Güte auf. Diese Studie wird trotzdem in die Bachelorarbeit miteinbezogen, da sie das Erleben von Pflegefachpersonen untersucht, die eine Reanimation durchführten.

4.6 Critical care nurses` lived experience of unsuccessful resuscitation

In der qualitativen Studie mit einem phänomenologischen Ansatz von Isaak und Paterson (1996) wurden die Erfahrungen von Intensivpflegefachpersonen, welche an einer erfolglosen Reanimation beteiligt waren, untersucht. An der Studie nahmen acht Intensivpflegefachfrauen und ein Intensivpflegefachmann

teil, welche auf einer Herz- oder Intensivstation in Vancouver arbeiteten. Die Teilnehmenden waren zwischen 30 und 40 Jahre alt und hatten zwischen drei und vierzehn Jahre Berufserfahrung auf einer Intensivstation. Zusätzlich mussten die Teilnehmenden an mindestens einer erfolglosen Reanimation auf einer Intensivstation teilgenommen haben.

4.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit Fachwissen, praktischen Kompetenzen, Kenntnissen über die medizinische Situation und das Alter des Patienten oder der Patientin und Vergleichsmöglichkeiten mit ähnlichen Reanimationen äusserten die Intensivpflegefachpersonen, besser mit einem negativen Ausgang einer Reanimation umgehen zu können. Ein erfolgloser Ausgang einer Reanimation war für die Intensivpflegefachpersonen besonders belastend, wenn der Tod im Voraus nicht in Betracht gezogen wurde sowie bei jungen Patienten und Patientinnen. Junges Alter wurde mit einer positiven Erwartungshaltung bezüglich erfolgreicher Reanimation gleichgesetzt und war mit aggressiveren Reanimationsbemühungen verbunden. Dies führte zu einer stärkeren emotionalen Belastung bei den Intensivpflegefachpersonen bei einem negativen Ausgang. Den Intensivpflegefachpersonen war es wichtig, nach einer erfolglosen Reanimation als erstes den Normalbetrieb der Intensivstation wiederherzustellen. Darin waren das Aufräumen und die notwendigen Handlungen am Verstorbenen enthalten. Während einer Reanimation erlebten die Intensivpflegefachpersonen einen Adrenalinschub, welcher ihnen klares Denken und Handeln ermöglichte. Nach dem Beenden einer erfolglosen Reanimation blieb bei den Intensivpflegefachpersonen ein Zustand der Erschöpfung und Schwäche zurück.

Die Intensivpflegefachpersonen beschrieben den Wechsel von der emotional distanzierten Art während einer Reanimation zur empathischen Betreuung der Angehörigen als schwierig. Für die einfühlsame Betreuung der Angehörigen empfanden es die Intensivpflegefachpersonen als Vorteil, wenn sie eine Beziehung zum Verstorbenen hatten. Diese erwünschte Beziehung ermöglichte es, den Patienten oder die Patientin optimal zu betreuen.

Sie führte jedoch auch zu verstärkter emotionaler Betroffenheit, wenn der Patient oder die Patientin während der Reanimation gelitten hatte oder verletzt worden war sowie bei negativem Ausgang einer Reanimation.

Die Intensivpflegefachpersonen berichteten über Gefühle wie Schuld, Wut, Bedauern, Verlust, Trauer und Hilflosigkeit. Diese Gefühle konnten auch zu einem späteren Zeitpunkt durch einen Trigger wiederholt ausgelöst werden. Durch die verschiedenen Aufgaben, welche die Intensivpflegefachpersonen während der Reanimation erfüllen mussten, fühlten sie sich oft nicht in der Lage, den Bedürfnissen des Patienten oder der Patientin sowie deren Angehörigen gerecht zu werden. Dies bedauerten die Intensivpflegefachpersonen umso mehr bei einem negativem Ausgang der Reanimation. Zusätzlich erfolgte nach einer erfolglosen Reanimation oft eine Nachbesprechung, welche teilweise zu Veränderungen in der Pflegepraxis führte. Eine wichtige Strategie für die Intensivpflegefachpersonen mit belastenden Emotionen umzugehen war es, den Patienten oder die Patientin sowie deren Angehörige bewusst loszulassen. Dabei war das Vorbereiten des Verstobenen für die Leichenhalle von zentraler Bedeutung.

4.6.2 Würdigung der Güte

Die Würdigung der Studie von Isaak und Paterson (1996) erfolgt anhand der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985). In der Studie von Isaak und Paterson (1996) wurden die Paradigma-Case-Interviews aufgenommen und transkribiert. Anschliessend erfolgte ein *Member-Checking*. Die daraus resultierten Korrekturen sowie Fragen und Unklarheiten wurden in einem weiteren Interview geklärt. Somit sind die Glaubwürdigkeit und die Bestätigung der Ergebnisse voll und ganz gegeben. Die Datenerhebung und die Datenanalyse sind nachvollziehbar und exakt beschrieben. Folglich ist die Güte der Zuverlässigkeit gut. Dadurch, dass die Ergebnisse mit Zitaten unterstrichen sind und die bereits beschriebenen Punkte eine hohe Güte aufweisen, ist die Übertragbarkeit auf die Population Intensivpflegefachpersonen gegeben. Diese Studie weist eine hohe Güte auf.

Sie wird miteinbezogen, da sie Aspekte des Erlebens und der Strategien beinhaltet, welche von zentraler Bedeutung für diese Bachelorarbeit sind.

5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die bereits vorgestellten Ergebnisse der ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) einander gegenübergestellt und diskutiert. Zusätzlich wird weitere Literatur hinzugezogen, um die Ergebnisse zu unterstützen oder zu widerlegen. Bei der Bearbeitung der Studien ergaben sich drei wichtige Aspekte, welche das Erleben, die Strategien und die psychischen und physischen Auswirkungen beschreiben. Die zwei Aspekte „Erleben“ und „Strategien“ sind die Bestandteile der Fragestellung dieser Bachelorarbeit. Zusätzlich wurde der Aspekt „psychische und physische Auswirkung“ ausgewählt, da dieser ein wesentlicher Bestandteil in den Studien ist. Die folgende Diskussion wird in diese drei Aspekte gegliedert. Anschliessend wird die Fragestellung dieser Bachelorarbeit „Wie erleben Pflegefachpersonen eine erfolglose Reanimation in einem akut-stationären Setting und welche Strategien werden in diesem Zusammenhang beschrieben?“ beantwortet. Es werden auch weiterführende Fragen zu dieser Thematik erörtert.

5.1. Erleben

In den ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) schildern die Teilnehmenden unterschiedliche Erfahrungen bei erlebten Reanimationen. In diesem Abschnitt wird vorwiegend auf die erlebten Erfahrungen, welche in mehreren Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) genannt werden, eingegangen.

Gamble (2001) und Isaak und Paterson (1996) beschreiben verschiedene Gefühle, welche Pflegefachpersonen (Gamble, 2001) und Intensivpflegefachpersonen (Isaak & Paterson, 1996) während und nach einer Reanimation erleben. Die Gefühle von Trauer und Schuld sind in beiden Studien beschrieben (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996). Bei Isaak und Paterson (1996) wird die Traurigkeit verstärkt, wenn die

Intensivpflegefachpersonen eine Beziehung zum Patienten oder zur Patientin aufgebaut haben und wenn sie die reanimierte Person oder deren Angehörigen mit einer nahestehenden Person assoziieren. Auch Gamble (2001) berichtet, dass der Ausgang einer Reanimation besser akzeptiert wird, wenn die Pflegefachpersonen keine Beziehung zur reanimierten Person haben. Zusätzlich empfinden die Intensivpflegefachpersonen Gefühle wie Schuld, Wut und Bedauern, wenn die Reanimation nicht dem Wunsch des Patienten oder der Patientin oder deren Angehörigen entsprochen hat (Isaak & Paterson, 1996).

Solche Situationen lösen auch bei den Pflegefachpersonen aus der Studie von Gamble (2001) Trauer aus. Des Weiteren lösen ethische Zweifel bezüglich der Richtigkeit der Reanimationsentscheidung Schuldgefühle bei den Pflegefachpersonen aus (Gamble, 2001).

Einige Intensivpflegefachpersonen berichten, dass eine erfolglose Reanimation als belastender empfunden wird, wenn die reanimierte Person ein junges Alter aufweist (Isaak & Paterson, 1996). Auch der Wechsel von der emotional distanzierten Art während einer Reanimation zur anschliessenden empathischen Betreuung der Angehörigen wird von den Intensivpflegefachpersonen als schwierig empfunden (Isaak & Paterson, 1996). Nach einer Reanimation erleben die Intensivpflegefachpersonen einen Zustand von Schwäche und Erschöpfung (Isaak & Paterson, 1996).

Die SAMW (2016) schreibt „Reanimationsentscheidungen sind oft für alle Beteiligten mit einer grossen emotionalen Belastung verbunden. Insbesondere kann für Ärzte und weitere Fachpersonen ein Dilemma entstehen zwischen der Pflicht zur Lebensrettung, der Pflicht, nicht zu schaden und der Respektierung des Patientenwillens"(S.5). Ein solches Dilemma gleicht den ethischen Zweifeln, welche Schuldgefühle bei den Pflegefachpersonen auslösen (Gamble, 2001).

Während einer Reanimation erleben viele Pflegefachpersonen (Ranse & Arbon, 2018; Sjöberg et al., 2015) und Intensivpflegefachpersonen (Laws,

2001) Chaos. Das erlebte Chaos wird in den Studien von Laws (2001), Ranse und Arbon (2008), Sjöberg et al. (2015) auf verschiedene Gründe zurückgeführt, zum einen auf fehlende oder nicht funktionierende Ausrüstung, zum anderen auf eine unklarer Rollenverteilung während der Reanimation (Laws, 2001). Des Weiteren empfinden die Pflegefachpersonen das Vorhandensein von zu vielen Beteiligten während einer Reanimation als chaotisch (Ranse & Arbon, 2008) oder stressig (Sjöberg et al., 2015). Allgemein wird von den Teilnehmenden das Erleben von Stress während einer Reanimation häufig geäußert (Laws, 2001; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Einige Teilnehmende wünschen sich während der Reanimation vermehrt Kontrolle, um den Stress zu reduzieren (Gamble, 2001; Laws, 2001). Um die Ordnung zu gewährleisten, wünschen sich die Pflegefachpersonen während einer Reanimation eine klare Kommunikation sowie das Bestimmen einer Führungsperson (Sjöberg et al., 2015). Zusätzlich wird bei Gamble (2001), Isaak und Paterson (1996) sowie Sjöberg et al. (2015) über einen Adrenalinschub berichtet, den die Pflegefachpersonen und die Intensivpflegefachpersonen während einer Reanimation erleben. Dies ermöglicht den Teilnehmenden bei einer Reanimation klar zu denken (Isaak & Paterson, 1996; Sjöberg et al., 2015). Laut Ullrich und Stolecki (2015) und Möckel und AHA Guidelines Highlights International Project Team (2015) sind Führungsqualität, Teamfähigkeit und Kommunikation notwendig für einen effektiven und strukturierten Reanimationsablauf, was den von den Pflegefachpersonen angegebenen Wunsch nach einer Führungsperson und klarer Kommunikation während der Reanimation unterstreicht. (Sjöberg et al., 2015).

Fraglich ist, ob verschiedene Faktoren wie zum Beispiel längere Ausbildungszeit zur Intensivpflegefachperson und anschließendes Arbeiten auf einer kritischeren Pflegeumgebung, Fachwissen, Arbeitserfahrungen, Anzahl erlebter Reanimationen und persönliches Wohlbefinden das Erleben einer Reanimation beeinflussen können.

Trotz der Vielfalt der ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) und den möglich beeinflussenden Faktoren zeigen die Ergebnisse, dass das Erleben einer Reanimation, unabhängig vom Ausgang und von der Population, in vielen Punkten übereinstimmend beschrieben wird und somit verglichen werden kann. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind der Meinung, dass die Ergebnisse auf die Schweiz übertragbar sind, da die ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) aus verschiedenen Industrieländern stammen und die Ergebnisse grösstenteils übereinstimmen. Als einzige Ausnahme wird das Erleben von Chaos aufgrund fehlender oder nicht funktionierender Ausrüstung angezweifelt, da in den Spitälern der Schweiz das Reanimationsmaterial regelmässig auf die Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit überprüft werden muss (mündliche Mitteilung T. Rieder, 11.04.2018).

Obwohl die Studien von Gamble (2001) und Laws (2001) Mängel aufweisen, sind ihre Ergebnisse grösstenteils deckungsgleich mit den Ergebnissen von Isaak und Paterson (2008), Ranse und Arbon (2008) und Sjöberg et al. (2015) sowie welche wenige bis keine Mängel haben. Daher finden die Ergebnisse von Gamble (2001) und Laws (2001) trotzdem eine Berechtigung.

5.2 Psychische und physische Auswirkungen

Es wird ersichtlich, dass Reanimationen auch zu einem späteren Zeitpunkt Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen (Sjöberg et al., 2015) und Intensivpflegefachpersonen (Laws, 2001; McMeekin et al., 2017) haben können.

Knapp die Hälfte der Teilnehmenden aus der Studie von Laws (2001) leiden unter emotionalen Auswirkungen nach der Durchführung einer Reanimation. Diese zeigt sich zum Beispiel in Form von visuellen Bildern oder Gedanken an eine Reanimation (Laws, 2001). Weiter berichten die Teilnehmenden, dass sie den Geruch von Erbrochenem oder Geräusche von Sirenen, Alarmglocken und dem Absauggerät mit einer Reanimation assoziieren und dass dabei

emotionale Reaktionen ausgelöst werden (Laws, 2001). Zusätzlich berichten 55 Prozent der Teilnehmenden über Träume im Zusammenhang mit einer durchgeführten Reanimation (Laws, 2001). Des Weiteren berichtet auch eine Teilnehmende aus der Studie von Sjöberg et al. (2015) über Nachwirkungen einer erlebten Reanimation.

Es wird deutlich, dass eine erfolglose Reanimation Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Intensivpflegefachpersonen hat (McMeekin et al., 2017). Der Mittelwert des erlebten Stresses unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation beträgt bei Intensivpflegefachpersonen 52.4 (SD 9.5) und für die *PTBS*-Symptomschwere 53.7 (SD 19.6) (McMeekin et al., 2017).

Diese Ergebnisse werden auch vom Schweizerischer Militär-Sanitäts-Verband (2011) bestätigt, die aufzeigen, dass eine Reanimation für die Ärzteschaft und den Rettungsdienst eine Belastung darstellt, welche zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Burnout oder zu *PTBS* führen kann. Obschon sich diese Literatur nicht auf Pflegefachpersonen bezieht, verdeutlicht sie die oben genannten Auswirkungen.

Die Teilnehmenden in der Studie von Laws (2001) berichten von unterschiedlichen individuellen Reanimationssituationen. Eine Teilnehmerin berichtet, vom Stromstoss des Defibrillators getroffen worden zu sein, und eine andere von einer Reanimation am offenen Herzen (Laws, 2001). Zu bedenken ist, dass solche Vorkommnisse aussergewöhnlich und selten sind. Somit ist fraglich, ob die Ergebnisse auf häufig vorkommende Reanimationssituationen übertragbar sind und ob die Teilnehmenden aufgrund solcher Erlebnisse verstärkte Auswirkungen nach einer Reanimation davontragen. Zusätzlich ist vorstellbar, dass Reanimationen im Zusammenhang mit Suizid, Kindern und schweren Polytraumata eine stärkere Belastung für Pflegefachpersonen darstellen und dadurch die psychischen Auswirkungen stärker ausgeprägt sind. Diese Vermutung kann jedoch nicht vollumfänglich durch die oben genannten Ergebnisse bekräftigt werden. Denn nur Laws (2001) berichtet detailliert von aussergewöhnlichen

Reanimationssituationen. Bei McMeekin et al. (2017) und Sjöberg et al. (2015) werden die auslösenden Faktoren für die Reanimation nicht genannt.

5.3 Strategien

Bei Gamble (2001), Isaak und Paterson (1996), Laws (2001), McMeekin et al. (2017), Ranse und Arbon (2008) und Sjöberg et al. (2015) werden verschiedene Strategien beschrieben, um mit den durch die Reanimation ausgelösten Gefühlen umzugehen. McMeekin et al. (2017) nennt mögliche effektive und ineffektive Bewältigungsstrategien. Diese Bewältigungsstrategien sind Akzeptanz, hilfreiche Unterstützung, aktive Bewältigung, Verweigerung, Rückzug, Selbstablenkung und Selbstvorwürfe. Die Häufigkeit der Anwendung wird jedoch nicht deklariert (McMeekin et al., 2017).

Des Weiteren ist das „bewusste Loslassen“ des Patienten oder der Patientin für die Intensivpflegefachpersonen eine wichtige Strategie, um mit einer erfolglosen Reanimation umzugehen (Isaak & Paterson, 1996). Dabei ist das Vorbereiten des Verstobenen für die Leichenhalle von zentraler Bedeutung (Isaak & Paterson, 1996). Zusätzlich legen die Intensivpflegefachpersonen grossen Wert auf die „Normalisierung“ der Intensivstation (Isaak & Paterson, 1996). Bei Ranse und Arbon (2008) holen sich die frisch diplomierten Pflegefachpersonen während einer Reanimation Rückmeldungen von den erfahrenen Pflegefachpersonen zur Überprüfung der Richtigkeit ihres Handelns ein. Auch die Intensivpflegefachpersonen empfinden die Überprüfung ihres Handelns im Anschluss einer Reanimation als wichtig (Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001). Zudem wünschen sich die frisch diplomierten Pflegefachpersonen beim Verarbeiten einer Reanimation mehr Unterstützung von den erfahrenen Pflegefachpersonen (Ranse & Arbon, 2008).

Einigen Teilnehmenden ist es wichtig, über die erlebte Reanimation zu sprechen (Laws, 2001; Sjöberg et al., 2015). Die Intensivpflegefachpersonen führen dieses Gespräch oft mit der eigenen Familie oder mit Freunden, die teilweise ebenfalls im Gesundheitswesen arbeiten (Laws, 2001). Bei Sjöberg

et al. (2015) wünschen sich die Teilnehmenden eine Nachbesprechung spätestens bis zum Zeitpunkt des Dienstschlusses. Auch die frisch diplomierten Pflegefachpersonen erachten eine Nachbesprechung als sinnvoll (Ranse & Arbon, 2008). Solche Nachbesprechungen finden jedoch nicht routinemässig statt (Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Daher treffen sich einige Teilnehmende in den Pausen inoffiziell, um eigene Nachbesprechungen zu führen (Sjöber et al., 2015). Laut Gamble (2001) ist eine Nachbesprechung nach einer Reanimation für Pflegefachpersonen und insbesondere für Studierende ein Profit. Allerdings ist diese Aussage aufgrund von methodischen Mängeln dieser Studie als kritisch zu erachten. Obwohl auch McMeekin et al. (2017) zum Schluss kommt, dass der Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation mittels einer Nachbesprechung minimiert wird, zeigt sich in den Ergebnissen auch, dass die *PTBS*-Symptomatik dadurch verstärkt wird. Daher ist die Schlussfolgerung von McMeekin et al. (2017), dass Nachbesprechungen nicht wirkungsvoll sind oder sogar verschlimmernd wirken können.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gewichten das Ergebnis von Gamble (2001) aufgrund von eigenen Erfahrungen und der hinzugezogenen Literatur stärker. Denn auch Ullrich und Stolecki (2015) erachten die Nachbesprechung nach einer Reanimation als hilfreich im Bezug auf die Analyse und Verbesserung eines Reanimationsablaufs. Die SAMW (2016) sieht eine Nachbesprechung als sinnvoll an, was sie mit folgenden Worten zum Ausdruck bringt:

[Eine Nachbesprechung] sollte nicht nur die Qualität der medizinischen Leistungen thematisieren, sondern auch den Entscheidungsprozess, den Kommunikationsprozess zwischen Ärzten, Pflegenden und den weiteren involvierten Fachpersonen, die Betreuung der Angehörigen, die emotionale Belastung des Nothelferteams und den Umgang mit Sterben und Tod. (S.19)

Auch der Schweizerischer Militär-Sanitäts-Verband (2011) ist der Meinung, dass eine Nachbesprechung für die Bewältigung einer Reanimation unterstützend wirkt.

Bei Ranse und Arbon (2008) und Sjöberg et al. (2015) empfindet die Mehrheit der Teilnehmenden das Reanimationstraining als hilfreich und wichtig. Durch das Training fühlen sich die Pflegefachpersonen auf eine Reanimation vorbereitet, was den Stress in realen Situationen vermindert (Sjöberg et al., 2015). Jedoch äussern die frisch diplomierten Pflegefachpersonen, nicht in allen Aufgabenbereichen vorbereitet worden zu sein (Ranse & Arbon, 2008). Die Reanimationstrainings werden auch genutzt, um sich über reale Reanimationssituationen auszutauschen (Sjöberg et al., 2015). Aufgrund der oben beschriebenen Gründe wird das Reanimationstraining als eine weitere Strategie erachtet, welche im Umgang mit einer Reanimation hilfreich sein kann.

Auch die SAMW (2016) und Ullrich und Stolecki (2015) empfehlen den Institutionen regelmässige Reanimationsschulungen. Dabei sollen die praktischen Kompetenzen und das Fachwissen der Gesundheitsfachpersonen aufgefrischt und erhalten bleiben (Ullrich & Stolecki, 2015).

Ob eine Strategie von einer Pflegefachperson als effektiv empfunden wird, ist abhängig von allgemeinen Faktoren wie zum Beispiel den Charaktereigenschaften oder kulturellen und religiösen Hintergründen (Illés, Armgart, Jendereyschak & Juckel, n.d.).

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Obschon sich nur Isaak und Paterson (1996) sowie McMeekin et al. (2017) mit dem Aspekt der erfolglosen Reanimation beschäftigen, sind ihre Ergebnisse mit denen von Gamble (2001), Laws (2001), Ranse und Arbon (2008) und Sjöberg et al. (2015) teilweise gleich. Es geht daraus hervor, dass Reanimationen von Pflegefachpersonen (Gamble, 2001; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) und Intensivpflegefachpersonen (Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017) oft als belastend erlebt werden, unabhängig davon, ob es sich um eine erfolgreiche oder erfolglose Reanimation handelt. Gefühle von Trauer und Schuld (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996) sowie das Erleben von Stress (Laws, 2001; Ranse & Arbon,

2008; Sjöberg et al. 2015) und Chaos (Laws, 2001; Rasen & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) werden oft geäußert, jedoch mit unterschiedlichen Begründungen. Weiter wird bei Gamble (2001) sowie Isaak und Paterson (1996) berichtet, dass der Umgang mit einem negativen Ausgang einer Reanimation schwieriger ist, wenn eine Beziehung zum Patienten oder zur Patientin oder zu deren Angehörigen vorhanden ist. Auch über den erlebten Adrenalinschub während einer Reanimation wird berichtet, der jedoch nicht als negativ empfunden wird (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Sjöberg et al., 2015).

Es werden nur wenige konkrete Strategien genannt, die beim Umgang mit einem solchen Ereignis unterstützend sein können. Dabei wird zwischen individuellen und organisatorischen Strategien unterschieden. Die am häufigsten beschriebenen Strategien sind organisatorischer Natur und beinhalten Nachbesprechung in unterschiedlicher Art und Weise (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; Rase & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015), Überprüfung des Handelns während einer Reanimation (Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; Rase & Arbon, 2008) sowie vorgängiges Reanimationstraining (Rase & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Als individuelle Strategien werden zum Beispiel das bewusste Loslassen der verstorbenen Person (Isaak & Paterson, 1996) oder der Austausch mit Familie und Freunden genannt (Laws, 2001).

5.5 Weiterführende Fragen

Bei der im Zeitraum von Oktober 2017 bis Januar 2018 durchgeführten Literaturrecherche zur Thematik „Erleben und Strategien von Pflegefachpersonen bei erfolglosen Reanimationen“ wurden insgesamt nur sechs Studien gefunden. Dabei zeigt sich, dass die Forschung oft nicht zwischen erfolgreicher und erfolgloser Reanimation unterscheidet. Es kann daraus geschlossen werden, dass zu dieser Thematik noch eine Forschungslücke besteht. Bei den sechs verwendeten Studien wird ersichtlich, dass vermehrt auf den Aspekt des Erlebens als auf den Aspekt der Strategie eingegangen wird. Die meistgenannte Strategie mit einem solchen Ereignis

umzugehen ist die Nachbesprechung in unterschiedlicher Form. Bezüglich Wirksamkeit der Nachbesprechung gibt es allerdings keine Angaben in den ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) mit Ausnahme von Gamble (2001) und McMeekin et al. (2017), welche unterschiedliche Ergebnisse aufweisen. Daher ist eine weitere Literaturrecherche bezüglich Wirksamkeit der Nachbesprechung mit der Frage, ob und in welcher Form diese Strategie hilfreich ist erforderlich. Insgesamt besteht noch mehr Forschungsbedarf zu den Strategien betreffend der Bewältigung einer Reanimationserfahrung von Pflegefachpersonen.

6. Theorie-Praxistransfer

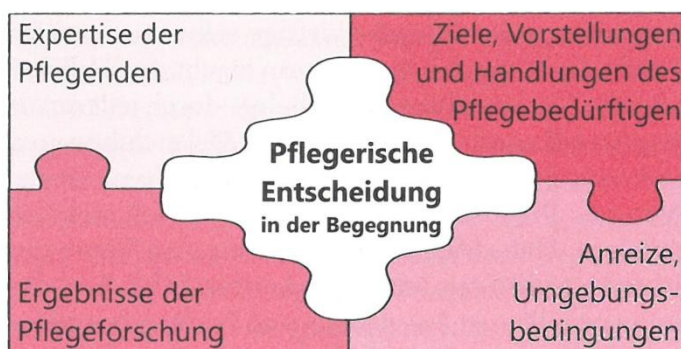
Mit der Anwendung von Evidence-based Nursing (EBN) nach Behrens und Langer (2010) wird der Theorie-Praxistransfer hergeleitet. Darauf basierend wird ein Merkblatt für die Pflegepraxis (für Pflegefachpersonen sowie Institutionen) erarbeitet zum Umgang mit Reanimationen, insbesondere erfolglosen.

Behrens und Langer (2010) definieren EBN folgendermassen „Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigem Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden" (S.25).

Das EBN beinhaltet vier Komponenten, welche zur pflegerischen Entscheidung beitragen (Behrens & Langer, 2010). Dabei müssen nicht alle vier Komponenten gleichermaßen vertreten sein (Behrens & Langer, 2010). Die Komponenten der pflegerischen Entscheidungsfindung sind in der Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3

Die Komponenten der pflegerischen Entscheidungsfindung (Behrens & Langer, 2010)



Die Komponente „Ziele, Vorstellungen und Handlungen des Pflegebedürftigen“ entfällt in dieser Bachelorarbeit, da die Literaturrecherche dieser Bachelorarbeit auf das Erleben von Pflegefachpersonen bei erfolglosen

Reanimationen sowie die diesbezüglich genannten Strategien ausgerichtet ist. Im vierten Kapitel (Seite 17-35) wird die Komponente „Ergebnisse der Pflegeforschung“ anhand der ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) ausführlich beschrieben, weshalb in diesem Abschnitt nicht weiter darauf eingegangen wird. In die Komponenten „Expertise der Pflegenden“ und „Anreize, Umgebungsbedingungen“ fliessen Erfahrungen der Autorinnen dieser Bachelorarbeit sowie mündliche und schriftliche Interviews mit erfahrenen Pflegefachpersonen über die Thematik „Erleben und Umgang mit erfolglosen Reanimationen“ ein. Befragt wurden Herr Thomas Rieder, Leiter Pflege Institut für Anästhesiologie (Gespräch am 11.04.2018), Herr Stefan Engler Abteilungsleiter Institut für Anästhesiologie (Gespräch am 11.04.2018) und Frau Stephanie Hohl Pflegefachfrau BscN, cand. Msc Departement Chirurgie (Gespräch am 06.04.2018) aus dem Kantonsspital Winterthur sowie Frau Elisabeth Hillan-Balke, diplomierte Notfallexpertin (schriftlicher Kontakt am 10.04.2018) und Herr Michael Karras, diplomierter Pflegefachmann Intensiv (schriftlicher Kontakt am 14.04.2018) aus dem Spital Zollikerberg.

6.1 Expertise der Pflegenden

Es zeigt sich, dass die Autorinnen dieser Bachelorarbeit und die erfahrenen Pflegefachpersonen (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Karras, 2018; Rieder, 2018) eine Reanimation ähnlich erleben wie die Teilnehmenden aus den ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015). Pflegefachpersonen erleben eine Reanimation bis zum Eintreffen des Reanimationsteams oft als chaotisch und stressig (Engler, 2018; Hohl, 2018). Sobald das Reanimationsteam eintrifft, übernimmt dieses die Führung, was von den Pflegefachpersonen als grosse Entlastung wahrgenommen wird (Engler, 2018; Hohl, 2018). Auch die Autorinnen dieser Bachelorarbeit machen im Praxisalltag die gleiche Erfahrung. Bei zu vielen an der Reanimation beteiligten Personen werden gewisse Pflegefachpersonen

anderweitig eingesetzt (Engler, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Diese sorgen dafür, dass der Stationsalltag weitergeht (Engler, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018), denn die wünschenswerte Anzahl an einer Reanimation beteiligter Personen beträgt fünf bis sechs (zwei bis drei Pflegefachpersonen und zwei bis drei Personen aus dem Reanimationsteam) (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Weiter kann gesagt werden, dass Pflegefachpersonen einen Adrenalinschub während einer Reanimation wahrnehmen (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018). Dieser wird teilweise als eher störend (Engler und Hohl) und teilweise als hilfreich empfunden (Hillan-Balke, 2018). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit verspüren in Reanimationssituationen einen hohen Adrenalinschub, da sie bis anhin noch an wenigen Reanimationen beteiligt gewesen sind. Des Weiteren berichten Engler (2018), Hillan-Balke (2018) und Hohl (2018), Stress während einer Reanimation zu empfinden. Dadurch können Anwendungsfehler entstehen, wie zum Beispiel das Einklemmen des Schlauchs vom Absauggerät im Bettgestell (Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018). Zusätzlich ist die Wahrnehmung der Umgebung während der Reanimation durch den Röhrenblick beeinträchtigt (Engler, 2018).

In den Spitälern ist es üblich, den *Reanimationsstatus* des Patienten oder der Patientin beim Eintritt zu erfassen (Hillan-Balke, 2018; Rieder, 2018).

Trotzdem kann es vorkommen, dass eine durchgeführte Reanimation nicht dem Wunsch des Patienten oder der Patientin entspricht (Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Eine solche Situation kann auftreten, wenn die Reanimation während des Eintrittes (Hillan-Balke, 2018) durchgeführt werden muss oder wenn das Erfragen des *Reanimationsstatus* vergessen ging (Hohl, 2018). Als Folge davon können Gefühle von Schuld und Frustration ausgelöst werden (Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018). Laut Hillan-Balke (2018) können auch Schuldgefühle auftreten, wenn die Pflegefachpersonen den Eindruck haben, im Vorfeld ein Anzeichen der drohenden Reanimationssituation übersehen zu haben. Engler (2018) und Hohl (2018) empfinden eine Reanimation, insbesondere eine erfolglose, als belastend, wenn sie eine Beziehung zur reanimierten Person oder zu deren Angehörigen haben. Es

wird auch als sehr belastend empfunden, die Angst und die Trauer in den Augen der Angehörigen zusehen (Engler, 2018). Solche Situationen erleben die Autorinnen dieser Bachelorarbeit als prägend. Zusätzlich wird eine erfolglose Reanimation als belastend erlebt, wenn der oder die Verstorbene dasselbe Alter aufweist wie eine nahestehende Person (Engler, 2018). Reanimationen, welche erfolglos oder extrem chaotisch verlaufen, und Reanimationen im Zusammenhang mit Suiziden oder ethisch komplexen Situationen sowie Kindern, beschäftigen die Pflegefachpersonen intensiver (Engler, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Schlafprobleme und Alpträume können nach solchen Reanimationen auftreten (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018).

6.2 Anreize und Umgebungsbedingungen

Die Schweizer Spitäler geben vor, dass die Ärzteschaft beim Eintritt des Patienten oder der Patientin konsequent den *Reanimationsstatus* erfassen muss (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Diese Regelung wird von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit und von den erfahrenen Pflegefachpersonen (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018) als sinnvoll und hilfreich erachtet. Danach liegt es im Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen, diesen im Dokumentationssystem konsequent nachzuschauen und sich aktiv zu merken (Rieder, 2018). Die Kenntnis des *Reanimationsstatus* verhindert Fehlentscheidungen bezüglich Reanimationsstart, was wiederum zur Reduktion von Schuldgefühlen und Stress führt (Engler, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Mit der regelmässigen Kontrolle des Reanimationsmaterials werden weitere Fehlerquellen reduziert (Rieder, 2018). Laut Hohl (2018) ist es nach einer Reanimation sehr wichtig, eine kurze Erholungspause einzuschalten, bevor es an die Stationsaufgaben zurück geht. Dies ist jedoch vom Stellenschlüssel der jeweiligen Dienste abhängig (Hohl, 2018). Eine solche Erholungspause empfinden auch die Autorinnen dieser Bachelorarbeit als wertvoll. Des Weiteren wird eine Nachbesprechung von allen befragten Fachpersonen (Engler, 2018; Hillan-Balke, 2018; Hohl, 2018; Karras, 2018; Rieder, 2018) und den Autorinnen

dieser Bachelorarbeit als sehr wichtig und sinnvoll erachtet. Wünschenswert ist eine zeitnahe Nachbesprechung noch im selben Dienst oder mindestens innerhalb von 48 Stunden, damit möglichst alle an der Reanimation beteiligten Personen auch an der Nachbesprechung teilnehmen können (Engler, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Ob und wann eine Nachbesprechung stattfindet, hängt von verschiedenen Umgebungsfaktoren ab, wie zum Beispiel, ob ein Raum zur Verfügung steht, ob jemand eine Nachbesprechung leiten kann und ob die Zeit dazu vorhanden ist. Es gehört zu den Aufgaben der Stationsleitung, eine Nachbesprechung zu organisieren (Engler, 2018; Hohl, 2018), wobei dies je nach Institution auch anders geregelt sein kann. Hohl (2018) und Engler (2018) erachten es als wichtig, dass auch die Ärzteschaft bei einer Nachbesprechung anwesend ist (Engler, 2018; Hohl, 2018). Mit dem Klären von medizinischen Fragen durch die Ärzteschaft können negative Gefühle, welche Pflegefachpersonen empfinden, deutlich vermindert oder gar verhindert werden. (Engler, 2018). Je nach Möglichkeit und Situation werden zur Nachbesprechung auch ein Seelsorger oder eine Seelsorgerin oder ein externer Supervisor oder eine externe Supervisorin hinzugezogen (Engler, 2018; Hohl, 2018; Karras, 2018; Rieder, 2018). Weiter ist wichtig, dass die Stationsleitung und die Pflegeteammitglieder in den folgenden Wochen nach einer Reanimation auf Veränderungen bei einem Teammitglied achten (Engler, 2018; Karras, 2018; Rieder, 2018). Der Umgang mit einer Reanimation, insbesondere einer erfolglosen, ist stark von der eigenen psychischen Verfassung und den persönlichen Strategien abhängig (Engler, 2018; Hohl, 2018; Karras, 2018; Rieder, 2018).

Das Reanimationstraining wird als sehr hilfreich erachtet, um das Fachwissen zu vertiefen und die praktischen Fähigkeiten im Zusammenhang mit einer Reanimation zu verbessern (Engler, 2018; Hohl, 2018; Rieder, 2018). Dieser Aussage stimmen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit zu. In den meisten Schweizer Spitälern müssen Pflegefachpersonen mindestens alle zwei Jahre an einem solchen Reanimationstraining teilnehmen (Engler, 2018; Rieder, 2018). Ob solche Reanimationstrainings häufiger durchgeführt werden, hängt von den Ressourcen der jeweiligen Institution ab. Häufig werden auch

Reanimationssimulationen im kleineren Rahmen auf den Stationen durchgeführt. Engler (2018) und Rieder (2018) erachten es als wichtig, dass auch weitere Gesundheitsfachpersonen in Reanimationen geschult werden wie zum Beispiel Fachpersonen Gesundheit, Pflegehelfer und Pflegehelferinnen sowie Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen.

6.3 Implikationen für die Praxis

Die Implikationen für die Praxis werden anhand eines Merkblattes aufgezeigt. Das Merkblatt enthält organisatorische Strategien, die in den ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) beschrieben sind. Weiter fließen auch Strategien mit ein, welche aus den Erfahrungen der befragten Pflegefachpersonen sowie der Autorinnen dieser Bachelorarbeit herausgearbeitet worden sind. Die Strategien für die einzelne Pflegefachperson werden nicht ins Merkblatt aufgenommen, da diese vielfältig und individuell sind. Des Weiteren werden die Ziele der Strategien im Merkblatt aufgeführt. Durch die Strategien soll die Belastung während und nach einer Reanimation vermindert werden.

Merkblatt zu organisatorischen Strategien rund um die Reanimation (Blosser und Meyer, 2018)

Vor einer Reanimation

Strategien	Formen	Ziele
Reanimationstraining	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässiges Reanimationstraining • Reanimationssimulationen auf den Stationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auffrischen von Fachwissen und praktischen Fähigkeiten • Minimierung von Stress bei realen Reanimationen
Kenntnis des Reanimationsstatus		<ul style="list-style-type: none"> • Verhinderung von Fehlentscheidungen bezüglich Reanimationsstart • Minimierung von Schuldgefühlen und Trauer
Überprüfung der Materialien auf die Funktionsfähigkeit und das Vorhandensein		<ul style="list-style-type: none"> • Minimierung von Stress und Chaos während einer Reanimation • Reduzierung von Fehlerquellen

Während einer Reanimation

Strategien	Ziele
Klare Kommunikation und Rollenverteilung innerhalb des Teams	<ul style="list-style-type: none"> • Reibungsloser Ablauf während der Reanimation • Verminderung von Chaos und Stress während einer Reanimation
Teilnehmeranzahl auf fünf bis sechs Personen beschränken	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung von Chaos und Stress während einer Reanimation

Nach einer Reanimation

Strategien	Formen	Ziele
Nachbesprechung (optimal noch vor dem Dienstschluss oder in den ersten 48 Stunden nach der Reanimation)	<ul style="list-style-type: none"> • Hinzuziehen des beteiligten Arztes • Hinzuziehen des Care-Teams, der Seelsorge usw. • Hinzuziehen eines externen Supervisors oder einer externen Supervisorin 	<ul style="list-style-type: none"> • Klären von medizinischen Fragen • Überprüfung des Handelns • Optimierung der Pflegepraxis • Verhinderung oder Reduktion von negativen Gefühlen • Stärkung des Teams und der Einzelperson durch positive Rückmeldungen
Achten auf Veränderungen bei Teammitgliedern	<ul style="list-style-type: none"> • Aktives Ansprechen der betroffenen Person • Weiterleiten der Beobachtung an die Stationsleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung von psychischen Auswirkungen • Unterstützung der betroffenen Person

7. Zusammenfassung

Pflegefachpersonen in einem akut-stationären Setting sind oft die ersten, welche eine reanimationsbedürftige Person antreffen. Des Weiteren ist bekannt, dass eine grosse Anzahl von Reanimationen erfolglos bleibt trotz sofortigem Reanimationsstart.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, zu beschreiben, wie Pflegefachpersonen eine erfolglose Reanimation im akut-stationären Setting erleben und welche Strategien in diesem Zusammenhang angewendet werden. Bei der Bearbeitung der Studien wird ersichtlich, dass eine Reanimation unabhängig davon, ob diese erfolgreich oder erfolglos ist, eine grosse Belastung für die Pflegefachpersonen darstellt und negative Gefühle auslösen kann. In den ausgewählten Studien (Gamble, 2001; Isaak & Paterson, 1996; Laws, 2001; McMeekin et al., 2017; Ranse & Arbon, 2008; Sjöberg et al., 2015) werden nur wenige konkrete Strategien genannt. Die am häufigsten genannten Strategien sind die Nachbesprechung in unterschiedlicher Form und das Reanimationstraining.

Für den Theorie-Praxistransfer wurden noch erfahrene Pflegefachpersonen bezüglich dieser Thematik befragt. Die geführten Interviews bestärken die Ergebnisse der Studien und zeigen auf, dass auch die erfahrenen Pflegefachpersonen Reanimationen jeglichen Ausgangs als ein belastendes Ereignis empfinden.

Diese Bachelorarbeit verdeutlicht die Wichtigkeit, dass Institutionen möglichst alle genannten Strategien umsetzen, um die Belastung der Pflegefachpersonen während und nach einer Reanimation zu vermindern. Dazu haben die Autorinnen dieser Bachelorarbeit ein Merkblatt erstellt, welches nicht abschliessend ist und noch weiter ergänzt und ausgebaut werden kann.

8. Limitationen

Diese Bachelorarbeit weist einige Limitationen auf. Aufgrund des beschränkten Zeitraums der Literaturrecherche von Oktober 2017 bis Januar 2018 kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle möglichen Studien herausgefiltert wurden, welche die Fragestellung dieser Bachelorarbeit beantworten könnten.

Zusätzlich wurden für diese Bachelorarbeit aufgrund der geringen Studienlage auch Studien mit einer tiefen Güte berücksichtigt. Bei der Würdigung der Studien kann davon ausgegangen werden, dass diese nicht lückenlos ist, da die Autorinnen dieser Bachelorarbeit in diesem Bereich noch unerfahren sind.

Literaturverzeichnis

- American heart association. (2018). Statistical Update. Heruntergeladen von http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/General/UCM_477263_Cardiac-Arrest-Statistics.jsp
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Hans Huber.
- Berufsberatung.ch (BIZ). (2018a). Pflegefachmann/-frau FH. Heruntergeladen von <https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&idx=30&id=8467>
- Berufsberatung.ch (BIZ). (2018b). Pflegefachmann/-frau HF. Heruntergeladen von <https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&idx=30&id=8467>
- Bundesamt für Statistik (BfS). (2017). Abteilung Gesundheit und Soziales. Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017. Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.2221008.html>
- Deutsche Herzstiftung. (2017). Wiederbelebung bei Herzstillstand: Keep it simple! Nur Drücken, nicht beatmen. Heruntergeladen von <https://www.herzstiftung.de/presse/laien-reanimation-schritte-2017.pdf>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid. Based Nurs.*, 12(4),99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b
- Dudenredaktion (2002) Das Bedeutungswörterbuch. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Ein Leben retten (n.d.). Wiederbelebung in Deutschland Zahlen & Fakten. Heruntergeladen von <https://www.einlebenretten.de/docman/presse/124-einlebenretten-100pro-zahlen-fakten-pdf.html>
- Gamble, M. (2001). A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. *The professional nurse*, 17, 157-160.
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (2012). Akutspital. Heruntergeladen von http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/begriffe/akutspital/

- Hemming, T. R., Hudson, M. F., Durham, C. & Richuso, K. (2003) Effective resuscitation by nurses: perceived barriers and needs. *Journal for nurses in staff development*, 19(5), 254-259.
<https://insights.ovid.com/crossref?an=00124645-200309000-00009&isFromRelatedArticle=Y>
- Hobmair, H. (Hrsg.). (2013). *Psychologie*. Köln: Bildungsverlag EINS.
- Illés, F., Armgart, C., Jendreyeschak, J. & Juckel, G. (n.d.).
Bewältigungsstrategien nach psychisch belastenden Ereignissen.
 Heruntergeladen von <https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Bew%C3%A4ltigungsstrategien-nach-psychisch-belastenden-Ereignissen.pdf>
- Isaak, C. & Paterson, B.L. (1996). Critical Care Nurses`Lived Experience Of Unsuccessful Resuscitation. *Western Journal of Nursing Research*, 18(6), 688-702. Heruntergeladen von
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019394599601800606>
- Karim, H. N. (2016). Cardiac Arrest: A need to understand the derterminants of basic life support- A nursing perspective. *i-manager's Journal on Nursing*, 6(1), 6-11. Heruntergeladen von
https://www.researchgate.net/publication/285221202_Cardiac_Arrest_Need_to_understand_Determinants_of_Basic_Life_Support_Nursing_Perspective
- Kopenberg, J. (2017). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH.
- Krones, T., Loupatatzis, B. & Kratzig-Roduner, I. (2017). *Entscheidungshilfe Herz Lungen-Wiederbelebung*. Heruntergeladen von
https://www.pallnetz.ch/cm_data/_01_CPR_Entscheidungshilfe_Verson_15.2_28.08.2017.pdf
- Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after inhospital cardiopulmonary resuscitation (CPR). *Australian Critical Care*, 14(2), 76-81. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(01\)80010-2](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80010-2)

- Licoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Delhi: Sage.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung*. München: Urban & Fischer.
- McMeekin, D. E., Hickman, R. L., Douglas, S. L. & Kelley, C. G. (2017). Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of critical care*, 26(2), 128-134.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2017916>
- Möckel, M. & AHA Guidelines Highlights International Project Team. (2015). Zusammenfassung der American Heart Association Leitlinien-Aktualisierung 2015 für HLW und kardiovaskuläre Notfallmedizin. Heruntergeladen von <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-German.pdf>
- Neukamm, J., Gräsner, J. T., Schewe, J. C., Breil, M., Bahr, J., Heister, U., ... Fischer, M. (2011). The impact of response time reliability on CPR incidence and resuscitation success: a benchmark study from the German Resuscitation Registry. *CriticalCare*, 15, R282.
<https://doi.org/10.1186/cc10566>
- Nori, J. M., Saghafinia, M., Motamedi, M.H. K. & Hosseini, S.M. K. (2012). CPR Training for Nurses: How often Is It Necessary?. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(2), 104-107. Heruntergeladen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372042/>
- Ranse, J. & Arbon, P. (2008). Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: A hermeneutic phenomenological approach. *Australian Critical Care*, 21, 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.12.001>
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW).
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege*. Stuttgart: Thieme.

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). (n.d.). Pflegeausbildung. Heruntergeladen von <https://www.sbk.ch/bildung/pflegeausbildung.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2013). Reanimationsentscheidungen. Heruntergeladen von <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Schweizerischer Militär-Sanitäts-Verband. (2011). Laienrettung Niveau 2 BLS AED. Heruntergeladen von http://www.smsv.ch/fileadmin/filessharing/600_Erste_Hilfe/610_Verhalten_im_Notfall/04_BLS_AED_N2_11.pdf
- Sjöberg, F., Schönning, E. & Salzmänn-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 24, 2522-2528. <https://doi.org/10.1111/jocn.12844>
- Sutter-Somm, T. (2012) Schweizerisches Zivilgesetzbuch und Obligationenrecht. Zürich: Libralis.
- Swiss Resuscitation Council (SRC). (n.d.). Statement zum Guidelineswechsel 2015. Heruntergeladen von http://www.resuscitation.ch/guidelines-2015/Schweizerische_Herzstiftung. (n.d.). Herz-Kreislauf-Stillstand. Heruntergeladen von <https://www.swissheart.ch/de/praevention/verhalten-im-notfall/herz-kreislauf-stillstand.html>
- Ullrich, L. & Stolecki, D. (2015). Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart: Thieme.
- Ummenhofer, W., Reinhardt, D. & Pfister, C. (2006). Positionspapier der ärztlichen Vertreter SGNOR/SGAR in der OdA Rettungswesen: Berufsbilder dipl. Rettungssanitäter HF und Transportsanitäter. Heruntergeladen von http://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/berufsbild_rs-positionspapier_sgnor-umm.pdf

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Schlagwörter	13
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien	14
Tabelle 3 Übersicht der ausgewählten Studien	18

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Aktueller Algorithmus (SRC, 2015)	9
Abbildung 2 Rettungskette in einem Spital (Möckel & AHA Guidelines Highlights International Project Team, 2015).....	10
Abbildung 3 Die Komponenten der pflegerischen Entscheidungsfindung (Behrens & Langer, 2010).....	46

Wortzahl

Abstract: 172 Wörter

Bachelorarbeit: 10 046 Wörter

Danksagung

Ein grosses Dankeschön möchten wir Frau Gerda Neumeyer aussprechen, die uns kompetent und fachlich beraten hat und sich die Zeit nahm, unsere Fragen und Anliegen zu beantworten.

Weiter möchten wir unseren Familien und Freunden danken, die uns stets motiviert und unterstützt haben. Ein grosses Dankeschön geht an Beatrice Tschirky, Franziska Tschirky und Michael Rügsegger für ihre geduldige und einfühlsame Art, die uns während dieser Zeit sehr viel bedeutet hat.

Des Weiteren danken wir den oben genannten Personen sowie Brigitta Rügsegger und Céline Wohlgensinger für das Gegenlesen und Korrigieren unserer Texte und für die wertvollen und hilfreichen Verbesserungsvorschläge.

Wertvoll waren für uns auch die Methodenberatung von Frau Marion Huber und die Schreibberatung von Frau Elisabeth Hillan-Balke und ihrem Team. Deren versiertes Fachwissen und ihre Ratschläge gaben uns die Möglichkeit unsere Zusammenfassungen und Würdigungen zu optimieren.

Zum Schluss möchten wir uns auch bei Thomas Rieder, Stefan Engler, Stefanie Hohl, Elisabeth Hillan-Balke und Michael Karras für den interessanten und lehrreichen Austausch bedanken, welcher unseren Theorie-Praxistransfer ergänzte.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.



Blosser Annina

Bassersdorf, 28. April 2018



Meyer Nathalie

Rämismühle-Zell, 28. April 2018

Anhang

Der Anhang beinhaltet hilfreiche Dokumente, die dem Verständnis dieser Bachelorarbeit dienen.

Glossar

Arbeitsinstrument für ein critical appraisal (AICA) Ris und Preusse-Bleuler (2015) verstehen unter AICA ein Arbeitsinstrument, das der systematischen kritischen Würdigung dient.

Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW).

Bias LoBiondo-Wood und Haber (2005) definieren Bias folgendermassen „Eine Verzerrung in den Ergebnissen der Datenanalyse“ (S. 778).

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005) *Pflegeforschung*. München: Urban & Fischer.

Critical incident stress (CIS) CIS wird von Laws (2001 zit. nach Mitchell & Bray, 1990) als eine Reihe von psychologischen und physiologischen Reaktionen und Symptomen, welche bei medizinischem Notfallpersonal auftreten, definiert. Diese entwickeln sich als Teil einer Stressreaktion aufgrund eines kritischen Vorfalls. Diese Reaktionen und Symptome werden als normal bezeichnet. Mögliche Symptome wären zum Beispiel Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Angstzustände und Depressionen.

Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after in-hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR). *Australian Critical Care*, 14(2), 76-81. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(01\)80010-2](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80010-2)

Lege artis Prior (2017) definiert lege artis folgendermassen:
Der Begriff "Lege artis" setzt sich aus den lateinischen Wörtern legis = Gesetz und artis = Kunst zusammen. Seine Bedeutung ist daher zu übersetzen mit „nach den Gesetzen der Kunst“ oder besser „nach den Regeln der Kunst“. Im Medizinrecht wird der Begriff "Lege artis" vor allem im Zusammenhang mit der Leistung eines Arztes / Mediziners benutzt. Er beschreibt, dass der Arzt bei jeder medizinischen Behandlung „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ zu handeln hat. (Abs. 1)

Prior, P. (2017). *Lege artis*. Heruntergeladen von <http://erste-hilfe-medizinrecht.de/lege-artis/>

Likert-Skala	<p>LoBiondo-Wood und Haber (2005) definieren Likert-Skala folgendermassen „Eine Liste von Aussagen, bei denen die Befragten den Grad ihrer Zustimmung angeben (z.B. „Stimme völlig zu“, „Stimme zu“, „Lehne ab“ oder „Lehne vollkommen ab“) (S. 788).</p> <p>LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005) <i>Pflegeforschung</i>. München: Urban & Fischer.</p>
Member-Checking	<p>Member-Checking ist eine qualitative Forschungstechnik, welche das Verständnis der Forschenden überprüft, indem die Teilnehmenden die Transkription des Interviews durchlesen.</p> <p>IGI Globa. (2018). What is Member-Checking. Heruntergeladen von https://www.igi-global.com/dictionary/member-checking/18265</p>
Mixed-Method	<p>Mayer (2014) definiert Mixed-Method folgendermassen „die Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden und Daten“(S. 207).</p> <p>Mayer, H. (2014) <i>Pflegeforschung kennenlernen</i>. Wien: Facultas.</p>
PTBS	<p>Freyberger, Schneider & Stieglitz (2012) definieren PTBS folgendermassen „Die länger anhaltende Reaktion auf ein belastendes Ereignis, eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses wird als posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [ICD 10] (F43.1.) bezeichnet.</p> <p>Freyberger, H. J., Schneider, W. & Stieglitz, R-D. (Hrsg.). (2012). <i>Kompendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin</i>. Bern: Hans Huber.</p>
Reanimationsstatus	<p>Lehmann (2018) definiert Reanimationsstatus wie folgt „Ein Reanimationsstatus legt fest, wie im Falle einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gehandelt werden muss“ (Abs.1).</p> <p>Lehmann, A. (2018) <i>Reanimationsmassnahmen als ethische Herausforderung. Eine Fallstudie</i>. Heruntergeladen von https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Patienten_Besucher/Klinische_Ethik/Pr%C3%A4sentationen/10.1.2018._Lehmann._Reanimationsentscheidungen_USB_2018__3_.pdf</p>
Schneeballprinzip/ Schneeballsystem	<p>Brandenburg, Panfil und Mayer (2013) definieren Schneeballsystem folgendermassen „ Begriff aus der Literaturrecherche. Verfahren, bei dem geeignete Literatur aus dem Literaturverzeichnis entnommen wird und dieses Verfahren bei jeder damit gefunden Quelle fortgesetzt wird“ (S. 356).</p> <p>Brandenburg, H., Panfil, E-M. & Mayer, H. (2013) <i>Pflegewissenschaft 2</i>. Bern: Hans Huber.</p>

Suchverlauf

Datum	Datenbank	Suchbegriffe	Anzahl Treffer	Anzahl gelesener Titel	Anzahl relevanter Titel	Anzahl gelesener Abstracts	Relevante Treffer
26.10.2017	CINAHL Complete	resuscitation AND unsuccessful AND nurs* AND life experiences	1	1	1	1	Critical care nurses' lived experience of unsuccessful resuscitation.
01.11.2017	Medline	critical care nurse* AND resuscitation	256	40	1	1	Stress and Coping of Critical Care Nurses After Unsuccessful Cardiopulmonary Resuscitation.
01.11.2017	Medline	critical care nurse* and resuscitation AND in-hospital NOT family member*	15	15	4	4	Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR).
01.11.2017	CINAHL Complete	resuscitation or cpr or cardiopulmonary resuscitation AND lived experience AND critical care nurs*	3	3	3	3	Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: a hermeneutic phenomenological approach

Datum	Datenbank	Suchbegriffe	Anzahl Treffer	Anzahl gelesener Titel	Anzahl relevanter Titel	Anzahl gelesener Abstracts	Relevante Treffer
06.11.2017	Medline	nurse* AND in-hospital and cpr) NOT family member*	48	48	3	3	Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: A qualitative study.
06.11.2017		Die Studie „A debriefing approach to dealing with the stress of CRP attempts" haben die Autorinnen dieser Bachelorarbeit mit Hilfe des Schneeballprinzips in der Studie „Nurses experience of performing Cardiopulmonary resuscitation in intensiv care units: a qualitative study" gefunden.					

AICA der ausgewählten Studien

Referenz: McMeekin, D. E., Hickman, R. L., Douglas, S. L. & Kelley, C. G. (2017). Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of critical care*, 26(2), 128-134. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017916>

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck/Ziel: Es werden drei verschiedene Ziel in dieser Studie verfolgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einerseits wollten die Forschenden den Zusammenhang zwischen dem Stress unmittelbar nach einer Reanimation, dem Bewältigungsverhalten und der Symptomschwere der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) untersuchen. • Andererseits wollten sie beurteilen, wie die demographischen Merkmale mit dem Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation und der Symptomschwere der PTBS zusammenhängen. • Weiter wurde untersucht, inwiefern sich die Möglichkeit einer Nachbesprechung auf den Schweregrad von Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation und PTBS-Symptomen auswirkt. 	<p>Design: quantitative, deskriptive Korrelationsstudie, → Zusammenhänge werden untersucht</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 490 erwachsene Intensivpflegefachleute (convenience = non-probability Sampling), waren Abonnenten oder Anhänger der Facebook- und Twitter-Seiten von AACN. • Mussten mind 2 Jahre Erfahrung Berufserfahrung haben • an einer erfolglosen Rea teilgenommen haben • bei Erwachsenen arbeiten • für die ersten 100 die den Fragebogen ausgefüllt haben, gab es einen 5 Dollar Starbucks Gutschein <p>Datenerhebung: Juli 2014 für 4 Wochen, durch einen Link konnte man zum Fragebogen gelangen</p> <p>Messverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Post-Code-Belastungsskala (PCSS) → Ausmass der psychischen Belastung im Zusammenhang mit der kardio-pulmonaler Rea zu messen, 14 Punkte Fragebogen, jeder Punkt hat eine Antwortenskala 1-5, höhere Punkte → höhere Belastung 	<p>490 haben die Umfrage begonnen, mehr als zwei drittel (68%) haben sie komplett beantwortet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobe der Intensivschwestern war überwiegend weiblich (91%), • weiß (86,2%), • hatte ein Durchschnittsalter von 41,8 (SD, 12,4) Jahren, • hatte einen Mittelwert von 13,8 (SD, 11,5) Jahren Berufserfahrung in einer Vielzahl von kritischen Pflegeeinstellungen • Im Durchschnitt war die letzte erfolglose Reanimation 4 Monate her • aus 47 Staaten, <p>Postcodestress und Score für PTBS- Symptome war bei Frauen Signifikant höher als bei Männer. (Median wurde für die Berechnung verwendet)</p> <p>Es wurde eine schwache ($r = 0,20$, $P = 0,01$) Zusammenhang zwischen dem Postcodestress-Score (Schweregrad des Postcodestress) und dem IES-R-Score (Symptomschwere der PTSD) wurde nachgewiesen.</p> <p>Statistisch signifikante Zusammenhänge wurden zwischen der effektiven Bewältigungsstrategie der Akzeptanz ($r = 0,24$, $P = 0,01$), der ineffektiven Bewältigungsstrategie der Selbstdistraction ($r = 0,14$, $P = 0,01$) und Selbstbeschuldigung ($r = 0,16$, $P = .01$), sowie dem Schweregrad des Postcodestress gefunden.</p>	<p>Der Postcodestress, sowie die PTBS Symptome waren höher als in früheren Studien.</p> <p>effektive als auch unwirksame Bewältigungsstrategien: signifikante direkte Korrelationen mit der Symptomschwere der PTSD; Die größten Effekte waren jedoch in allen ineffektiven Bewältigungsstrategien ($r = 0,68-0,70$) enthalten</p> <p>unwirksame Bewältigungsstrategien ist mit einer höheren PTBS-Symptomschwere verbunden (auch in früheren Studien). Wenn effektive Bewältigungsstrategien verwendet werden, werden diese durch unwirksamen abgeschwächt.</p> <p>Copingstrategien haben keinen Einfluss auf den Postcodestress. Es kann aber vermutet werden, dass Copingstrategien einen wesentlichen Einfluss auf die Manifestation von Stress (entstehen PTSD-Symptome) haben. Daher ist es gerechtfertigt weiteres Verständnis für diesen Einfluss zu erlangen.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck/Ziel: Es werden drei verschiedene Ziel in dieser Studie verfolgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> Einerseits wollten die Forschenden den Zusammenhang zwischen dem Stress unmittelbar nach einer Reanimation, dem Bewältigungsverhalten und der Symptomschwere der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) untersuchen. Andererseits wollten sie beurteilen, wie die demographischen Merkmale mit dem Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation und der Symptomschwere der PTBS zusammenhängen. Weiter wurde untersucht, inwiefern sich die Möglichkeit einer Nachbesprechung auf den Schweregrad von Stress unmittelbar nach einer erfolglosen Reanimation und PTBS-Symptomen auswirkt. <p>Hypothese: Es wird davon ausgegangen, dass Intensivpfleger, welche erfolglose Reanimationen erleben, erhöhte Zustände von Postcodestress, von Bewältigungsstrategien und niedrigeren psychischen Gesundheitszustand aufweisen.</p>	<p>Design: quantitative, deskriptive Korrelationsstudie, → Zusammenhänge werden untersucht</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> 490 erwachsene Intensivpflegefachleute (convenience = non-probability Sampling), waren Abonnenten oder Anhänger der Facebook- und Twitter-Seiten von AACN. Mussten mind 2 Jahre Erfahrung Berufserfahrung haben an einer erfolglosen Rea teilgenommen haben bei Erwachsenen arbeiten für die ersten 100 die den Fragebogen ausgefüllt haben, gab es einen 5 Dollar Starbucks Gutschein <p>Datenerhebung: Juli 2014 für 4 Wochen, durch einen Link konnte man zum Fragebogen gelangen</p> <p>Messverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Post-Code-Belastungsskala (PCSS) → Ausmass der psychischen Belastung im Zusammenhang mit der kardio-pulmonaler Rea zu messen, 14 Punkte Fragebogen, jeder Punkt hat eine Antwortenskala 1-5, höhere Punkte → höhere Belastung des COPE-Inventars: das Bewältigungsverhalten von Intensivschwwestern, die einer erfolglosen kardiopulmonalen Reanimation ausgesetzt waren, zu beurteilen. Von den insgesamt 28 Items und 14 Subskalen, wurden 14 Items konkret ausgewählt (Antwortmöglichkeit jeweils 1-4) 	<p>490 haben die Umfrage begonnen, mehr als zwei drittel (68%) haben sie komplett beantwortet.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobe der Intensivschwwestern war überwiegend weiblich (91%), weiß (86,2%), hatte ein Durchschnittsalter von 41,8 (SD, 12,4) Jahren, hatte einen Mittelwert von 13,8 (SD, 11,5) Jahren Berufserfahrung in einer Vielzahl von kritischen Pflegeeinstellungen Im Durchschnitt war die letzte erfolglose Reanimation 4 Monate her aus 47 Staaten, <p>Postcodestress und Score für PTBS- Symptome war bei Frauen Signifikant höher als bei Männer. (Median wurde für die Berechnung verwendet)</p> <p>Es wurde eine schwache ($r = 0,20$, $P = 0,01$) Zusammenhang zwischen dem Postcodestress-Score (Schweregrad des Postcodestress) und dem IES-R-Score (Symptomschwere der PTSD) wurde nachgewiesen.</p> <p>Statistisch signifikante Zusammenhänge wurden zwischen der effektiven Bewältigungsstrategie der Akzeptanz ($r = 0,24$, $P = 0,01$), der ineffektiven Bewältigungsstrategie der Selbstdistraktion ($r = 0,14$, $P = 0,01$) und Selbstbeschuldigung ($r = 0,16$, $P = .01$), sowie dem Schweregrad des Postcodestress gefunden.</p> <p>Der Schweregrad der PTSD-Symptomatik korrelierte auch mit allen 7 Bewältigungsstrategien: Akzeptanz ($r = 0,24$, $P = 0,01$), instrumentelle Unterstützung ($r = 0,46$, $P = 0,01$), aktive Bewältigung ($r = 0,45$, $P = 0,01$), Verweigerung ($r = 0,69$, $P = 0,01$), Verhaltensentfernung ($r = 0,69$, $P = 0,01$), Selbstdistraktion ($r = 0,68$, $P = .01$) und Selbstvorwürfe ($r = 0,70$, $P = .01$).</p>	<p>Der Postcodestress, sowie die PTBS Symptome waren höher als in früheren Studien.</p> <p>effektive als auch unwirksame Bewältigungsstrategien: signifikante direkte Korrelationen mit der Symptomschwere der PTSD; Die größten Effekte waren jedoch in allen ineffektiven Bewältigungsstrategien ($r = 0,68-0,70$) enthalten</p> <p>unwirksame Bewältigungsstrategien ist mit einer höheren PTBS-Symptomschwere verbunden (auch in früheren Studien). Wenn effektive Bewältigungsstrategien verwendet werden, werden diese durch unwirksamen abgeschwächt.</p> <p>Bewältigungsstrategien haben keinen Einfluss auf den Postcodestress. Es kann aber vermutet werden, dass Bewältigungsstrategien einen wesentlichen Einfluss auf die Manifestation von Stress (entstehen PTSD-Symptome) haben. Daher ist es gerechtfertigt weiteres Verständnis für diesen Einfluss zu erlangen.</p> <p>Bei einer Nachbesprechung war der Postcodestress niedriger, aber die PTBS- Symptomen höher → Nachbesprechung nicht wirksam (senkt nicht PTBS, sondern erhöht). Dies wurde auch in einer früheren Studie belegt.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Epidemiologie: 40%-84% der Reanimationen Enden mit dem Tod des Patienten → daher erleben Intensivpflegefachpersonen eine erhöhte Menge an solchen Traumata. Man weiss, dass solche Ereignisse als Traumata empfunden werden, insbesondere, wenn Patienten dabei physische Zeichen, wie Farbveränderung, Keuchen etc während der Reanimation erleiden → dadurch entsteht der sogenannte Postcode-Stress.</p> <p>Es werden die bekannten negativen Gefühle und die Bewältigungsstrategien von Pflegefachpersonen genannt, es gibt jedoch keine Evidenz basierte Literatur dazu. Es werden die wichtigsten Begriffe wie Coping-Strategien, PTBS-Symptome etc beschrieben. Zusätzlich werden die bekannten Daten, wie viel Pflegefachpersonen an PTBS-Symptomen leiden genannt (22% haben PTBS- Symptome, 18% würden die Kriterien für eine klinische Diagnose erfüllen).</p> <p>Durch die Ergebnisse dieser Studie erhofft man sich, dass Strategien erkannt werden, welche hilfreich sind, um solche Traumata zu bewältigen. Weiter wird erhofft, dass dadurch der Personenmangel in diesen Gebieten weniger werden würde</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ereignisskala (IES-R) Schweregrad der PTBS-Symptome zu beurteilen, hat 22 Punkte-Selbstbericht, eine Frage hat eine Amtswortskala von 1-4, Gesamtpunktezahl gibt Grad der PTBS-Symptomatik an Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, Region, Praxisort und Rahmen, Rasse, Arbeitsjahre erfasst Es wurde gefragt ob die Institution eine Nachbesprechung angeboten haben. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ordinalniveau Daten wurden mithilfe der SPSS-Softwareversion 21 (IBM SPSS Inc.) verwaltet und analysiert. Fehlende Daten wurden durch mittlere Substitution ersetzt. Um die Beziehung zwischen PLZ-Stress, PTBS-Symptomschwere und Bewältigungsverhalten zu untersuchen, wurden die bivariate Pearson-Korrelationen angewendet. Mann-Whitney-Tests, Student-t-Tests, 1-Wege-Varianzanalysen und eine multiple lineare Regression wurden verwendet, um zu untersuchen, ob das Ausmaß von Postcode-Stress und PTBS-Symptomschwere aufgrund spezifischer demographischer Merkmale und institutioneller Debriefing-Unterstützung unterschiedlich war. <ul style="list-style-type: none"> Der statistische Signifikanzgrad von 0,05 oder weniger wurde für jeden statistischen Test a priori festgelegt. <p>Ethik: die Erlaubnis wurde beim „Institutional Review Board“ und der AACN der Universität eingeholt.</p>	<p>Die Werte für den Postcode-Stress waren signifikant niedriger ($t = 2,91$; $P = 0,001$) für Pflegekräfte, die eine institutionelle Nachbesprechung zur Verfügung hatten (Mittelwert 50,5; SD 9,2) als für Pflegekräfte ohne Nachbesprechung (Mittelwert, 53,5; SD, 9,5). Im Einklang mit früheren Befunden war die Feststellung, dass die IES-R-Scores (PTBS-Symptomschwere) für Intensivpflegefachpersonen, die über eine institutionelle Nachbesprechung verfügten, signifikant höher waren ($t = 6,30$, $P = 0,001$) (Mittelwert 32,8; SD 21,4) als für jene Intensivpflegefachpersonen ohne Debriefing-Unterstützung (Mittelwert, 19,0; SD, 16,9).</p> <p>Die Zusammenhäng zwischen Postcode-Stress, Bewältigungsstrategien, demographischen Merkmalen und Erhalt von institutioneller Nachbesprechung und dem Schweregrad von PTBS-Symptomen sind bekannt. Daher wurde ein Vorhersagemodell ausgearbeitet, welches untersuchte, welche von diesen Studienvariablen beeinflusste den Schweregrad der PTBS-Symptome am stärksten. Dieses Modell beinhaltet 10 ausgewählte Prädiktoren. Anhand derer wurde auch der IES-R-Wert beurteilt. 5 statistisch signifikante Prädiktoren der PTBS Symptomschwere wurden erkannt: Postcode Stress ($= .16$, $P < .001$) und 4 Coping-Verhalten (dh Ablehnung [$= .33$, $P < .001$], Selbstdistraction [$= .24$, $P < .001$], Selbstvorwürfe [$= .22$, $P < .001$] und Verhaltenslücken [$= .18$, $P < .001$]). Die nicht signifikanten Prädiktoren sind Geschlecht, Nachbesprechung und die 3 restlichen Coping-Verhaltensweisen.</p>	<p>Diese Studie liefert ein Vorhersagemodell, mit dem die Wirksamkeit von Interventionen zur Abschwächung der Auswirkung wiederholter Expositionen auf traumatisierende Ereignisse (hier Rea) beurteilt werden kann.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie bilden eine gute Grundlage für weiterführende Forschung → Theoriebildende</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> bequeme Stichprobe, recall bias, Verwendung von Nicht-Probability-Sampling → ergab eine relativ geringe Antwort Rate (0,5%), BCOP wurde auf 7 Subskalen reduziert und trotzdem mit anderen Studien verglichen, <p>Zukünftige Forschung sollte eine umfassendere Palette von Bewältigungsverhalten untersuchen → trotzdem erkennt diese Studie vorhandene Probleme und unterstreicht somit die Notwendigkeit weiterer Forschung</p> <p>Ein Verständnis für die psychische Belastung kann dazu beitragen, Ressourcen zu erkennen, die die Gesundheit von Intensivpflegefachpersonen verbessern und somit eine vorzeitige Kündigung vom Beruf reduzieren.</p>

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Aus unserer Sicht ist die Fragestellung dieser Studie eine sehr wichtige und zentrale für die Berufspraxis, sowie für unsere BA. Es wird sehr gut in die Thematik dieser Studie eingeführt, enthält wichtige Eckpunkte und Informationen. Aufbauend auf diese Informationen wird dann die genau Forschungsfrage beschrieben, sowie die dazugehörige Hypothese. Danach wird auf die zentralen Begriffe der Fragestellung eingegangen. Dies könnte jedoch ein klein wenig genauer sein. Beispielsweise bei PTBS. Die bekannte Literatur zu diesem Thema wird aufgezeigt und logisch dargestellt.</p>	<p>Design: Das gewählte Designe eignet sich für die Forschungsfrage. Da die Zusammenhänge von verschiedenen Faktoren untersucht werden.</p> <p>Sample: Um die Stichprobengröße zu bestimmen wurde in dieser Studie keine sample size calculation durchgeführt, die Faustregel von mid 60 Personen wurde jedoch beachtet. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Studie repräsentativ für die Population (Intensivpflegefachpersonen) ist.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und bei allen gleich. Bei nicht ausgefüllte Fragen wurde der Mittelwert der entsprechenden Frage (Beantwortung) verwendet.</p> <p>Messinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Messinstrument für den Postcodestress, sowie für die Coping-Strategien werden ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Das Messverfahren für die PTBS Symptome wird auch ausführlich und nachvollziehbar beschrieben, jedoch wird nicht genannt, welche 22 Symptome bei diesem Verfahren genannt werden. • Sind gängige und bekannte Messinstrumente • Der Reabilitätsnachweis der Messinstrumente wurde über das Berechnen des Stichprobenabhängigen Crombach Alpha erbracht. • Es wurden keine möglichen Einflüsse/Verzerrungen erwähnt, hier sollte man jedoch nicht ausser acht lassen, dass man nicht weiss, warum diese 490 den Fragebogen ausgefüllt haben → evt leiden sie unter der Folge einer Reanimation 	<p>Die Ergebnisse wurden in Untergruppen aufgeführt, was für ein besseres Verständnis sorgt. Die dazugehörige Tabelle ist einfach und verständlich aufgebaut. Sie verschafft einem einen sofortigen Überblick über die verschiedenen Resultate. Bei jeder Untergruppe wurde den signifikanten Unterschied genannt und auch zusätzlich mit den Zahlen veranschaulicht. Die Tabellen sind korrekt beschriftet.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden miteinander und mit Ergebnisse von früheren Studien verglichen und diskutiert. Es werden mögliche Schlussfolgerungen gezogen. Sie beziehen sich jeweils auf die Hypothese/Fragestellung. Ein Resultat, dass Nachbesprechung nicht wirklich hilfreich ist wird genannt, jedoch wird in der ganzen Studie diese Nachbesprechung nicht genauer beschrieben.</p> <p>Durch die Resultate kann keine Empfehlung für die Praxis gemacht werden. Sie sind jedoch eine gute Grundlage für weitere Forschung, um beispielsweise zu untersuchen, wie man Pflegefachpersonen bei effektiven Bewältigungsstrategien unterstützen kann, damit die PTBS-Symptome weniger werden.</p> <p>Durch den Reabilitätsnachweis der Messinstrumente mit dem Crombach Alpha, könnte diese Studie auch in einem anderen klinischen Setting, beispielsweise einer nicht kritischen Pflegestation durchgeführt werden.</p> <p>Die verschiedenen Bias und Schwächen der Studien werden genannt. Am Schluss der Studie wird nochmals die Relevanz für die Pflegepraxis und für weitere Forschung aufgezeigt.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Daten sollten streng genommen auf dem Ordinalniveau erhoben werden. Jedoch mit der Verwendung von der Likert-Skala erlauben sich die Forscher die Daten als Intervallskaliert zu betrachten→dies ist üblich in der Forschung. Eine Berechnung der Normalverteilung hätten die Forscher vollständigshalber durchführen sollen. Durch die 490 teilnehmenden kann man aber davon ausgehen, dass nur eine minimale Datenverzerrung vorhanden ist. →Faustregel von mid 60 Personen wurde eingehalten Das Signifikanzniveau wird erwähnt. <p>Ethik: es wurde bei der Universität und dem gewählten Forum das Einverständnis eingeholt.</p>		

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Die Studie ist korrekt nach dem EMED Format aufgebaut. Die wichtigsten Aspekte der Studien wurden genau beschrieben sowie wurden die verschiedenen Ergebnisse miteinander verglichen und diskutiert. Mit den Ergebnissen konnte die Forschungsfrage beantwortet werden. Es werden die Mängel der Studie genannt und zeigt auf, das weitere Forschung notwendig ist. Die Studie bezieht sich nur auf aktiv arbeitende Intensivpflegefachpersonen.

Gesamteinschätzung entsprechend den quantitativen Güterkriterien

- + Forschungsfrage und die Variablen dazu sind passend gewählt
- + Die Datenerhebung und Datenanalyse wird nachvollziehbar replizierbar beschrieben
- + Es wurden gängige Messinstrumente verwendet
- + Der Reliabilitätsnachweis der Messinstrumente wurde über das vorgängige Berechnen des stichprobenabhängigen Crombach Alpha erbracht
- + Standardisierungsgrad der Studie ist gutà Vorgehen wird klar beschrieben
- + Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Population
- +/- Die Daten wurden mit intervallskalierten Testverfahren erhoben, streng genommen hätten die Forscher ordinalskalierte Testverfahren verwenden sollenàkann aber akzeptiert werden, da die Fragebögen anhand einer Likert-Skala aufgebaut sind
- /+ es wurde keine Normalverteilung berechnetà490 Personen stellen jedoch eine genügend grosse Anzahl daràdaher kann nur von einer minimalen Datenverzerrung ausgegangen werden
- Bias, welcher durch die Onlinebefragung entstand, hat eventuell die Ergebnisse beeinflusst

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein «single Studie» handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck: Beschreibung der Erfahrungen von Pflegefachpersonen, welche eine kardio-pulmonale Reanimation (REA) auf einer Intensivstation durchführen.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass sich im Bereich der REA die Forschung primär auf medizinische und biophysikalische Aspekte konzentriert. Die subjektiven Erfahrungen derjenigen, die eine REA durchführen, und ihre Emotionen werden selten angesprochen.</p>	<p>Design: qualitatives, deskriptives Design mittels qualitativer semi-strukturierter Interviews.</p> <p>Stichprobe: Drei Krankenhäuser wurden aufgrund von Stichproben ausgesucht. Die Pflegefachpersonen wurden aufgefordert bei Interesse die Forscher zu kontaktieren. Nur Pflegefachpersonen aus ein und derselben Abteilung meldeten sich. Insgesamt nahmen 8 Pflegefachpersonen (3=M, 5=F) teil.</p> <p>Einschlusskriterien: Als Pflegefachperson zu arbeiten, mind. 1J. Erfahrung auf einer Intensiv- oder Herzintensivstation und Erfahrung mit REAs bei Erwachsenen im Rahmen einer Herzinsuffizienz im Vorjahr.</p> <p>Datenerhebung: Semi-strukturierte Interviews wurden verwendet um die Daten zu sammeln. Vor der eigentlichen Datenerhebung führten die Autoren ein Piloteninterview durch. Das eigentliche Interview wurde mit einer offenen Frage gestartet. Danach konnten die Interviewer Folgefragen stellen. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und dauerten zwischen 18-34 Minuten.</p> <p>Analyseverfahren: Die Interviewtexte wurden mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Elo und Kyng (2008) analysiert. Zuerst wurden die Interviews transkribiert. Danach wurden sie wiederholt angehört um die Genauigkeit der Transkription zu gewährleisten. Zum Schluss folgte die Codierung mit Über- und Untertiteln.</p>	<p>Die Ergebnisse beschreiben die Erfahrungen der Befragten mit einer REA in 3 Kategorien: Vor, während und nach der REA.</p> <p>Vor der REA: Im Allgemeinen wurden REA-Trainings als eine wesentliche und positive Aktivität erlebt. Die Trainings wurden als eine effektive Methode angesehen um das Wissen auf den neusten Stand zu bringen. Die Trainings wurden so real wie möglich nachgestellt. Zum Beispiel wurden die REAs mit einem Minimum an anwesenden Mitarbeitern praktiziert.</p> <p>Während der REA: Die Durchführung der REA wurde mit Kontrolle sowie auch mit der erlebten Ordnung in der Situation verbunden. Teilweise wurde die REA jedoch auch mit einem Mangel an Kontrolle assoziiert und daher als "Chaos" bezeichnet. Um die Ordnung aufrechtzuerhalten wurde die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern als unerlässlich angesehen. Die wünschenswerte Anzahl der anwesenden Mitarbeiter wurde mit 5 erfahrenen Mitarbeitern angegeben. Im Allgemeinen wurde die Lucas-Maschine mit positiven Erfahrungen in Verbindung gebracht.</p> <p>Nach der REA: Einige sprachen darüber, wie wichtig es ist, über schwierige Ereignisse zu sprechen, bevor sie ihre Schicht beenden. Somit nahmen sie keine negativen Gefühle mit nach Hause. Die Befragten beschrieben auch, wie Debriefing-Sitzungen ihre Fähigkeit sich als Person und als Gruppe zu entwickeln erleichterten. Dies weil das Debriefing einen Raum für das Geben und Empfangen von Lob bot. Debriefing-Sitzungen wurden jedoch nicht routinemässig durchgeführt.</p>	<p>Die Autoren äussern, dass ein Debriefing nach einer REA für das Pflegepersonal von entscheidender Bedeutung ist. Selbst wenn keine Debriefing-Sitzung organisiert wurde, initiierten die Mitarbeiter häufig informelle Sitzungen indem sie miteinander redeten. Sie empfanden diese Erfahrung von unschätzbarem Wert. Es wurde auch in den Ergebnissen festgestellt, dass es als wichtig erachtet wurde, dass niemand nach akuten Ereignissen mit unverarbeiteten Gefühlen die Arbeit verlässt. Die Autoren glauben, dass ein Mangel an Nachbesprechungen nach einer REA, negative Gefühle hervorrufen kann. Diese können die berufliche Rolle und das persönliche Leben des Personals beeinträchtigen.</p> <p>Schlussfolgerung gemäss dem Autor: Die Studie zeigt, dass die REA in realen Situationen stressig ist und dass das Pflegepersonal es für notwendig hält die REA zu üben. Eine reale REA-Situation wird als chaotisch betrachtet. Daher ist es wichtig, dass eine Person die Führung übernimmt und damit beginnt Kernaufgaben zu delegieren. Somit wird Ordnung geschaffen.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Ethik: Die Forscher hielten sich an die ethischen Prinzipien. Ebenfalls wurden die nationalen Schwedischen Gesetze und Richtlinien befolgt.</p>	<p>Stattdessen berichteten einige Befragten, dass sie während den Pausen und in Einzelgesprächen inoffizielle Gruppendiskussionen führten, um ähnliche Vorteile zu erzielen.</p> <p>Eine Befragte berichtete von traumatischen Erlebnissen während einer REA. Die Nachwirkungen dieser Erlebnisse verfolgten sie während eines Jahres. Dies sei teilweise auf das Fehlen eines Debriefings zurück zu führen.</p>	<p>Das Debriefing ist auch wichtig für die Mitarbeiter, um mit unverarbeiteten Gefühlen effektiv umgehen zu können, bevor sie nach Hause gehen. Debriefing wird jedoch nicht immer praktiziert.</p>

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Einleitung ist logisch aufgebaut und das Ziel ist klar und explizit, zu Beginn der Studie, formuliert. Jedoch fehlt eine Hypothese und das Phänomen ist nicht klar formuliert.</p> <p>Die Einleitung zeigt logisch die Forschungslücke auf und damit die pflegerische Relevanz. Der Stand der Forschung ist beschrieben.</p> <p>Kardiopulmonal, Reanimation, im Krankenhaus, Pflegefachperson und qualitatives Designe sind zentrale Begriffe in dieser Studie.</p>	<p>Design: Die Begründung der Designauswahl wird nur knapp beschrieben. Da die Forscher das Erleben der Teilnehmer untersuchen möchten, eignet sich das qualitative Design im Rahmen eines Fragebogens für die Beantwortung der Fragestellung. Diese Methode ist ein gängiges Verfahren in der qualitativen Forschung.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengröße wird nicht begründet. Da es sich nicht um eine Grounded-Theory handelt, können die Forscher die Stichprobengröße selber wählen. Ein- und Ausschlusskriterien sind aufgelistet. Setting und Teilnehmer sind nicht reichhaltig beschrieben, jedoch passend zu der Fragestellung. Alle Teilnehmer erlebten das Phänomen.</p> <p>Datenerhebung: In der Datenerhebung geht es um das menschliche Erleben und Verhalten. Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist ausführlich und klar formuliert. Die Semi-strukturierten Interviews eigneten sich für eine qualitative Studie, da es den Forschern ermöglicht Folgefragen zu stellen. Die Datensättigung wird nicht diskutiert.</p> <p>Datenanalyse: Die Autoren diskutierten während dem Prozess die Ober- und Unterkategorien mehrmals. Zum Schluss entschieden sie sich für die Titel die zur Fragestellung am besten passen. Diese Datenanalyse eignet sich gut für eine qualitative Studie und für die Beantwortung der Fragestellung, da sie systematisch reproduzierbar ist. Das heisst ein umfangreicher Text wird auf so wenig Kategorien wie möglich und so viele wie nötig reduziert, um damit die spezifische Forschungsfrage zu beantworten.</p>	<p>Die Ergebnisse sind plausibel in 3 Kategorien gegliedert und werden mit Zitaten unterstrichen. Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung.</p> <p>Die Beschreibung des Sampels fehlt in diesem Teil und wird nur knapp im Methodenteil aufgelistet.</p> <p>Die beschriebenen Ergebnisse werden nicht mit bestehender Literatur verglichen.</p>	<p>Die Ergebnisse beantworten die Fragestellung. Die Interpretation leistet zu einem verbesserten Verstehen des Phänomens bei.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen wichtige und neue Informationen über das Erleben einer REA, im klinischen Alltag vom Pflegepersonal, auf. Die Studie bezieht sich nur auf das ausgewählte Setting. Die Stichprobengröße wird nicht diskutiert.</p> <p>Schlussfolgerung gemäss den Autoren: Limitationen werden aufgeführt. Die Schlussfolgerung bietet Empfehlungen für den klinischen Alltag und für klinische Führungskräfte. Die Schlussfolgerung spiegelt die Ergebnisse der Studie wieder.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Ethik: Alle ethisch wichtigen Aspekte werden diskutiert. Die Genehmigung der Ethikkommission wurde nicht eingeholt. Dies aus diversen und logisch beschriebenen Gründen.</p>		

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Es ist eine sehr logisch und gut gegliederte Studie, die fast alle wichtigen Aspekte enthält. Die Hypothese fehlt und das Phänomen könnte besser beschrieben sein. Der Methodenteil ist korrekt aufgeführt und zeigt das Vorgehen auf. Die Transkription wurde durchgeführt. Die Ergebnisse helfen die Fragestellung zu beantworten. Die Diskussion ist logisch gegliedert und enthält Limitationen. Die Autoren äussern, dass die Studie sich nur auf das Setting "Intensivstation" bezieht. Die Stichprobengrösse ist nicht diskutiert.

Gesamteinschätzung entsprechend den Güterkriterien nach Licoln/Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit - gekennzeichnet

- + Die Erhebung der Daten wird klar und verständlich beschrieben.
- + Die Interviews wurden digital aufgenommen, transkribiert und auf die Korrektheit geprüft.
- + Die Ergebnisse sind mit Zitaten unterlegt, damit kann die Interpretation der Forschenden überprüft werden. Die Zitate stimmen mit den Interpretationen überein.
- + In der Studie ist klar ersichtlich von wem Zitate, Interpretationen und Vermutungen stammen. Alle Angaben haben eine Quelle.
- + Die Datenanalyse ist genau beschrieben. Die Auswahl der Ober- und Untertitel, durch die Codierung, ist verständlich und nachvollziehbar. Die einzelnen Schritte sind in der Studie genau beschrieben.
- + Das qualitative Design eignet sich für diese Forschungsfrage, mit der Studie das Erleben von Pflegefachpersonen untersuchen werden möchte.
- + Semi-strukturierte Interviews sind Gegenstands angemessen.
- + Durch die semi-strukturierten Interviews wurden die Teilnehmenden nicht zu sehr in ihren Äusserungen eingeschränkt.
- + Die Transkription wurde durch die internen Forscher auf die Genauigkeit überprüft.
- + Durch den theoretischen Hintergrund wird ersichtlich, dass die Fragestellung pflegerisch relevant ist.
- + Die Ergebnisse regen zur Lösung von Problemen an.

- Alle Pflegefachpersonen kamen von der gleichen Abteilung und meldeten sich aus Interesse.
- Die Forscher beschreiben in der Studie keine Hypothese.
- Die Ergebnisse sind nicht verallgemeinerbar, da sich die Studie explizit auf das Setting "Intensivstation" bezieht.
- Es sind keine Informationen über die Forschenden bekannt.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie liegt auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo da es eine Einzelstudie ist. Somit handelt es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel: zu erforschen, beschreiben und interpretieren von den Erfahrungen von frisch diplomierten Pflegefachpersonen, welche an einer Reanimation teilgenommen haben in einer nicht kritischen Pflegeumgebung. Zusätzlich wird der Übergang von graduierter Krankenschwestern von der passiven studentischen Rolle zur aktiven Beteiligung an der Bewertung und Entscheidungsfindung in den ersten Minuten eines Wiederbelebungsversuchs betrachtet.</p> <p>Forschungsfrage: Diese Forschung beschäftigte sich mit der Frage: Wie ist es, wenn diplomierte Pflegekräfte an einer Reanimation im Bereich der nicht-kritischen Pflegeumgebung teilnehmen?</p> <p>Hintergrund: oft sind Pflegefachpersonen die ersten Personen die beginnen zu reanimieren → gibt kaum Studien für frisch diplomierte. Es ist bekannt das eine Reanimation interne und externe Stressoren auslösen kann. Es besteht oft kaum die Möglichkeit an einer offiziellen Nachbesprechung teilzunehmen</p>	<p>Ansatz/Design: hermeneutischer phänomenologischer Ansatz</p> <p>Setting: in einem Australischen Spital mit knapp 500 Betten, das Spital hat ein Programm für frisch Dipl. welche ver. Abteilungen sehen können, besitzen ein Rea-Team</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frisch diplomierte Pflegefachpersonen mit weniger als 12 Monate Praxiserfahrung • Mussten aktiv an einer Reanimation in einer nicht kritischen Pflegeumgebung teilgenommen haben • Aktiv bedeutet: externe Herzdruckmassage, assistierte Beatmung, Defibrillationshilfe, Präparation von Arzneimitteln, Anfertigung oder Initialisierung der MET <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit Verwendung einer Convenience-Sample-Methode • 2 Fokusgruppen, mit je 3 Teilnehmer, trafen sich einmal für 1 Stunde, wurden durch den Forscher geleitet (besitzt Erfahrung in der Durchführung von Fokusgruppen, von einer Reihe von semi-strukturierten Fragen geleitet) • Die Fragen basierten auf frühere Literatur und Erfahrung der Forscher • Es wird in der Literatur diskutiert, ob Fokusgruppen für die Phänomenologie geeignet sind, ist jedoch anerkannt, wenn wenig über das Phänomen bekannt ist, daher haben sich die Forscher für die Gruppen und gegen Tiefeninterviews entschieden 	<p>Sample: 6 frisch dipl. Pflegefachpersonen, alles Frauen, 4 sind jünger als 24 Jahre, vor der Anstellung als frisch Dipl, war ein Teilnehmer als Invalidenbetreuer und eine als Pflegehelferin beschäftigt, alle anderen hatten keine zusätzlichen Erfahrungen (ausser Studium), keine von denen hatten vor der Anstellung an einer Reanimation teilgenommen</p> <p>Durch die thematische Analyse wurden vier Hauptthemen herauskristallisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Needing to decide: sobald sie sich entschieden haben das Rea-Team zu informieren, suchten sie die Absicherung bei erfahrenen Pflegefachpersonen, dabei mussten sie auch negative Kommentare annehmen, stellten daher ihr Wissen in Frage, Stationschwester würden sehr ruhig bei einer Reanimation arbeiten → gute Teamarbeit, aber sobald das Rea-Team da ist, wird die Situation als unruhig und chaotisch empfunden → dadurch übernahmen die frisch dipl Pflegefachpersonen jeweils die Rolle der Schreiberin → dies sei eine sichere Zone, die Teilnehmer wünschen sich eine Umgebung, welche eine Teamarbeit fördert und die Beteiligung am laufenden Management des Patienten innerhalb der sicheren Zone fördert und häufige Entscheidungen in ihrer Rolle treffen. • Having to act: einige gaben an, dass sie bei einem nicht ansprechbaren Patienten wussten was zu tun war (jedoch nicht alle). Auch äusserten sie, dass sie von Stationschwester/MET-Team erwarten, dass sie nicht zu hohe Erwartungen bezüglich ihrem Wissen und Können haben → setzten sich selber wieder zurück in die Studentenrolle. Die Simulierten Reanimationsübungen im Studium halfen den frisch Dipl, haben sie jedoch nicht auf die zusätzlichen Aufgaben während einer Reanimation vorbereitet. 	<p>Ergebnisse sind ähnlich wie bei früheren Forschungen, die zb Reanimationen in einer nicht klinischen Umgebung untersuchten.</p> <p>Auch ist bekannt, dass neue Situationen für Pflegende als stressig wahrgenommen werden. --> unvermeidlich für eine frisch Dipl. Pflegefachperson. Die Teilnehmer haben über schlechte Entscheidungen bei einer Reanimation berichtet (falsche Richtung Rea wagen etc). Dieses könnte laut Forscher auch als nervöse Spannung/Lampenfieber beschrieben werden → verglichen mit früherer Forschung (gleiches Ergebnis). Auch die Erfahrung, dass beim Eintreffen des Met-Teams ein Chaos eintritt, kann durch frühere Forschung bekräftigt werden. --> viele „Top-Personen“ bei der Rea, führt dazu, dass die Pflegenden mehrere Rollen übernehmen müssen, --> kann zusätzlich zu schlechten Erfahrungen führen. Andererseits kann dieser Mangel auch darauf zurückführt werden, dass Pflegende oft an ihre Arbeit zurückgehen, wenn das MET-Team eingetroffen ist. Es werden Entwicklungsphasen bei jeder Reanimation durchlaufen und dadurch die negativen Erfahrungen rückläufig waren → dies wurde in ähnlicher Weise bei einer anderen Studie über die emotionale/sowie körperliche Reaktion von Intensivpflegefachpersonen bei Reanimationen beschrieben.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es ist bekannt, dass Hochschulabsolventen eine Entwicklung in ihrem ersten Berufsjahr durchlaufen → Über-gang von Student zu Dipl., Es wird beschrieben, dass sie sich in Situationen, in denen sie sich nicht sicher fühlen, gestresst sind und einen erhöhten Arbeitsbelastungs-druck empfinden. Es wird beschrieben, dass frisch dipl sich nicht vorbereitet für eine Reanimation fühlen → dies kann die Überlebenschance des Patienten gewaltig verringern. 50% der Absolventen waren in den ersten 3 Monaten nicht in der Lage eine Reanimation durchführen, nach 12 Monaten bleiben etwa 30% der Diplomierten unsicher.</p>	<p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transkription • Erzählungen der Teilnehmer wurden thematisch analysiert • Die Analyse wurde mithilfe eines Hervorhebungskonzeptes durchgeführt (anerkannten Ansatz der menschlichen Wissenschaft zur thematischen Analyse) <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung von der zuständigen Ethikkommission der Juristischen und Institutionellen Humanforschung • Pseudonyme wurden verwendet 	<ul style="list-style-type: none"> • Feeling connected: Es wird von Teilnehmer berichtet, dass sie sich sehr gestresst fühlten oder „unnötige“ Handlungen vollzogen, wie zb die O2-Maske des Patienten beim Bett zu holen, anstatt diese vom Koffer zu nehmen. Nebst dem wurden auch positive Aspekte einer Reanimation beschrieben: interessant, aufregend, gab Zuversicht für ein weiteres solches Ereignis. Doch solche Gefühle seien teilweise sehr verunsichernd „korrekt“ emotional auf ein solches Ereignis reagieren. Die Teilnehmenden fanden es jedoch wichtig den Nutzen von solchen Ereignissen zu sehen. <p>Being supported: die Stationssschwestern kennen sich auf der Station besser aus, verlassen aber der Ort des Geschehen sobald das MET-Team eingetroffen sind. Die Teilnehmer berichten, dass das MET-Team Dinge brauchte, man es aber nicht organisieren konnte, da man am schreiben war. Sie sahen in den Stationssschwestern eine Ressource um Reanimationen zu verarbeiten. Unterstützung bei der Verarbeitung bekamen sie aber oft nur bei offensichtlichen Gefühlsäusserungen (wie Weinen), dies führte zu einem Gefühl von Isolation. Die Bewältigungsmechanismen verbesserten sich mit der Anzahl der Reanimationen. Alle gaben an, dass eine Nachbesprechung sinnvoll gewesen wäre, diese Möglichkeit hatte jedoch nur ein Teilnehmer. (Klärung von Entscheidungen, Lernbereiche aufzeigen). Sie wünschten mehr Unterstützung von Stationssschwestern, denn diese stellen für sie eine „sichere Zone“ dar.</p>	<p>Durch die Entwicklungsphasen bei jeder Reanimation sind die negativen Erfahrungen rückläufig → dies wurde in ähnlicher Weise bei einer anderen Studie beschrieben.</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Forschung bezieht sich nur auf frisch dipl Pflegefachpersonen, andere wurden nicht befragt • Methodische Grenze: Verwendung von Convenience-Sampling- und Fokusgruppen <p>Implikationen für die Praxis:</p> <p>klinische Praxis: Pflegefachpersonen müssen ermutigt werden bei der Rea dabei bleiben (um weniger erfahrene Mitarbeiter unterstützen und am laufenden Management des Pat. teil zu nehmen). Das Chaos, welches mit den MET empfunden wurde, sollte reduziert werden. → dieses Chaos sollte den MET klargemacht werden. Strategien sollen entwickelt werden, dass man das Top-Phänomen in Zukunft vermeiden kann. Gelegenheit für eine formelle Nachbesprechung.</p> <p>Bildung: Herzkompression wird in der Schule geübt, → wird aber selten in der Praxis angewendet, jedoch andere Rollen wie zb des Schreibers wird nicht geübt. → dies sollte man auch in der Schule üben. Simulierte Reanimationsereignisse sind ein effektives Instrument für die Ausbildung von Absolventen und</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
			<p>wurden als besonders effektiv angesehen, wenn die Realität (Chaos) der Wiederbelebung nachgeahmt wurde.</p> <p>Forschung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn die Empfehlungen umgesetzt werden, sollten diese evaluiert werden • zukünftige Forschung über ein ganzheitliches (der Gesundheitsfachpersonen) Bild des Wiederbelebungssphänomens sollte durchgeführt werden, zusätzlich die Beziehung zw. der Ankunft der MET und der Wiederbelebungsumgebung, die sich von Ruhe in Chaos verwandelt • weitere Forschungsarbeiten durchführen: um die Wirksamkeit der von den Teilnehmern beschriebenen Bewältigungsstrategien und anderer Strategien wie Kollegialunterstützung und Tearoom-Diskussion <p>Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei Rea ähnlich wie bei neuen klinischen Fertigkeiten • ähnliche Erfahrungen wie in anderen Bereichen wurden berichtet <p>Strategien sollten entwickelt werden: das Pflegenden bei der Rea dabei bleiben, die Notwendigkeit der Bildung wurde betont</p>

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage ist passend gewählt</p> <p>Mit vorhandener Literatur, welche ausführlich beschrieben wird, weisen die Forscher auf die Wichtigkeit dieses Thema hin.</p>	<p>Ansatz/Design: die Phänomenologie eignet sich für die Pflege, da sie versucht, die Bedeutung der menschlich gelebten Erfahrungen zu enthüllen</p> <p>Die Stichprobengröße ist passend zur Fragestellung und repräsentativ für die gewünschte Population. Die Einschlusskriterien sind klar deklariert.</p> <p>Datenerhebung: Es wird klar beschrieben wie die Datenerhebung erfolgte. Der Forscher stellte semi-strukturierte Fragen. Diese basieren auf vorhandene Literatur und seiner Erfahrung, es wird aber kein Beispiel genannt, wie eine solche Frage lautet. Daher ist dies nicht vollständig klar, mit was für Fragen sie zu den Ergebnissen gelangten. Zusätzlich wird beschrieben, dass es für den Forscher schwer war seine eigenen Gedanken zum Phänomen zu entfernen, da er selbst aktiver Teilnehmer an Reanimationen ist. -->dies ist jedoch in der hermeneutischen Phänomenologie als Expertenwissen anerkannt.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen wurde klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Transkription wurde jedoch nicht von den Teilnehmenden auf ihre Richtigkeit geprüft.</p> <p>Ethik: die Forschenden haben die wichtigen Aspekte der Ethik eingehalten.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden mit Zitaten unterstrichen und verdeutlicht.</p> <p>Die Überbegriffe für die Resultate sind passend zum Inhalt gewählt.</p> <p>Die Resultate werden nicht mit Tabellen oder Grafiken zusätzlich dargestellt.</p>	<p>Die Ergebnisse tragen dazu bei, das Phänomen besser zu verstehen. Die Ergebnisse werden mit früheren Ergebnisse verglichen und diskutiert, sowie interpretiert. Zusätzlich wird auf weitere notwendige Forschung hingewiesen.</p> <p>Die Implikationen für die Praxis sind klar und sinnvoll dargestellt und spiegeln die Ergebnisse wieder.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamtschätzung:

Die Studie ist korrekt nach dem EMED Format aufgebaut und weist kaum Mängel auf. Das Vorgehen der Forscher wird exakt und präzise beschrieben. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Population und relevant für die Pflegepraxis.

Gesamtschätzung entsprechend den qualitativen Güterkriterien

- + Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert
- + Die Transkription wurde überprüft, indem die Forschenden sich während des Durchlesens der Transkription die Tonaufnahmen anhörten
- + Die Datenanalyse wird klar beschrieben
- + Die Ergebnisse werden mit Zitaten unterstrichen und mit früheren Studien verglichen
- + Die Ergebnisse sind repräsentativ für die untersuchte Population frisch dipl Pflegefachpersonen
- + Es werden Implikationen für die Praxis beschrieben sowie weiterführende Fragen und Forschung
- +/- Das Vorgehen der Datenerhebung wird beschrieben, jedoch fehlt die Einstiegsfrage
- Es fand kein Member-Checking statt
- Die Studie wurde in einem Krankenhaus durchgeführt, bei dem es bereits ein spezielles Programm für frisch diplomierte Pflegefachpersonen gibt

Gesamtschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein «single Studie» handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit

Referenz: Gamble, M. (2001). A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. The professional nurse, 17, 157-160.

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck: Die Studie sollte ermitteln, ob eine Nachbesprechung nach einer REA, aufgrund eines Herzstillstand den Stress reduziert, der durch den Umgang mit den physischen und psychischen Anforderungen der Situation entsteht.</p> <p>Alle Pflegefachpersonen sind mit dem emotionalen und physischen Trauma eines Herzstillstandes vertraut. Es ist fast undenkbar, dass irgendjemand von einem solchen Vorfall weggehen kann und nicht in irgendeiner Weise davon betroffen ist. Insbesondere wenn die REA erfolglos war.</p> <p>Mitchell (1984) erwog die Nachbesprechung nach einem kritischen Ereignis. Dabei stellte er fest, dass Personen die an der Nachbesprechung teilnahmen nicht manifestierten Stress erleiden mussten. Es gibt jedoch Behauptungen, dass falsch durchgeführte Nachbesprechungen mehr schaden als nützen.</p>	<p>Design: Qualitatives Design mit semi-strukturierten Interviews / Nachbesprechungen.</p> <p>Stichprobe: Pflegefachpersonen aus einer Herzabteilung oder einer Medizinabteilung nahmen an der Studie teil.</p> <p>Datenerhebung: Pflegefachpersonen wurden gebeten nach einer REA, alleine oder in Gruppen, an einer Nachbesprechung teilzunehmen.</p> <p>Methode: Ein Nachbesprechungsprozess, speziell für kritische Vorfälle, wurde als Leitfaden für die Interviews / Nachbesprechungen verwendet.</p> <p>Datenanalyse: Die Nachbesprechungen wurden aufgezeichnet und transkribiert. Nach der Transkription wurden die Pflegefachpersonen aufgefordert, die Probleme zu identifizieren. Daraufhin sollten sie nachdenken und die Lernbedürfnisse identifizieren.</p> <p>Ethik: Zur Ethik wird keine Stellung genommen.</p>	<p>Stressreaktion: Viele Pflegefachpersonen erkannten den "Adrenalin Rausch", und nur wenige fühlten sich davon gestört.</p> <p>Emotionale Reaktionen: Das Ergebnis des Reanimationsversuchs wurde besser akzeptiert und bewältigt, wenn die Pflegenden keine Beziehung zum Patienten entwickelt hatten. Intensive Trauer entstand als Folge eines Reanimationsversuchs, der nicht dem Wunsch des Patienten oder der Familie entsprach. Nach dem Tod eines Patienten emotional zu reagieren, indem man weint oder traurig ist, wird manchmal als unangemessen betrachtet. In der Studie manifestierten sich die Emotionen als Euphorie, erhöhte Aktivität oder intensive Trauer.</p> <p>Gelächter: Gelächter scheint unter diesen Umständen eine ungewöhnliche Reaktion zu sein, ist aber durchaus üblich. In fast allen Nachbesprechungen wurde gelacht. Das Lachen wurde verwendet um besonders erschütternde Aspekte einer REA zu beschreiben.</p> <p>Schuld: Schuld wurde in irgendeiner Form von allen Pflegefachpersonen in dieser Studie ausgedrückt. Schuld wurde mit verschiedenen Gründen erklärt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch den wahrgenommenen Mangel an persönlicher und klinischer Gruppenfähigkeit. • Durch den Aufbau einer Beziehung mit dem Patient. • Aufgrund von ethischen Zweifeln. • Durch starke Emotionen die durch den Tod entstanden sind. <p>Führung: Es gab Hinweise auf weniger Stress nachdem ein anerkannter Teamleiter ernannt wurde.</p>	<p>Schlussfolgerung gemäss den Autoren: Diese Studie hat gezeigt, dass Pflegefachpersonen (insbesondere die unerfahrenen) von einer Nachbesprechung nach einem Herzstillstand profitieren. Es ist notwendig dies zu erkennen und dem Team die Möglichkeit einer Nachbesprechung zu geben. Ohne die Nachbesprechung wissen die Pflegefachpersonen möglicherweise nicht, dass sie von Auswirkungen betroffen sind. Zusätzlich konnten sie Lernbedürfnisse erkennen. Die Beurteilung der Auswirkung von Stress und der notwendigen Coping Mechanismen lässt kaum Zweifel aufkommen, dass die kardiopulmonale Reanimation eine der stressvollsten Situationen ist, mit der eine Pflegefachperson zu tun hat.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
		<p>Erfahrungsbezogenes Lernen: In dieser Studie konnten die Pflegefachpersonen durch das Nachdenken erkennen, was sie in Zukunft anders machen würden, was sie gelernt haben und was sie noch lernen müssen. In allen Interviews sprachen die erfahrenen Pflegefachpersonen darüber wie sie sich während der Durchführung der REA fühlten. Die Pflegefachpersonen mit wenig Erfahrung zeigten Bedenken über ihren Wissenstand.</p>	

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie begründet die pflegerische Relevanz der Thematik. Vorhandene Literatur wird erwähnt. Es fehlen zum Teil die Quellenangaben.</p> <p>Das Ziel der Studie ist klar und verständlich formuliert. Es fehlt jedoch eine Fragestellung, sowie ein Phänomen und eine Hypothese.</p> <p>Nachbesprechung, Erfahrung, Lernen, Reflexion, Herzstillstand und Stress sind zentrale Begriffe dieser Studie.</p>	<p>Design: Das Design und die dazugehörige Begründung werden nicht erwähnt. Das Design eignet sich jedoch für eine qualitative Studie, da die Forscher die Nachbesprechung nach einer REA untersuchen wollten und dazu Interviews durchführten.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengröße ist in der Studie nicht erwähnt und das Setting nur knapp beschrieben. Es ist nicht klar ersichtlich wie oft die Teilnehmer als Gruppe oder einzeln an die Nachbesprechung gingen. Es ist zu bedenken, dass die Möglichkeit besteht, dass Antworten in Gruppen anders getroffen werden als in Einzelgesprächen.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist sehr knapp beschrieben. Es wird nicht erwähnt, wie oft die Nachbesprechungen stattgefunden haben. Zur Erreichung des Studienziels wurde das Modell der Nachbesprechung verwendet. Dieses Modell wird in der Studie logisch begründet und ist für die Studie geeignet. Das Modell ist in der Abbildung eins dargestellt. In der Studie ist nicht klar ersichtlich ob ein Folgetreffen, nach dem Interview mit den Pflegefachpersonen, stattfand. Die Datensättigung wird in der Studie nicht diskutiert.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird nicht umfangreich beschrieben. Der Studie kann entnommen werden, dass halbstrukturierte Interviews / Nachbesprechungen durchgeführt wurden. Diese wurden aufgezeichnet und transkribiert.</p> <p>Ethik: Die ethischen Aspekte werden in der Studie nicht aufgezeigt.</p>	<p>Da die Ergebnisse und der Diskussionsteil im gleichen Abschnitt geschrieben sind, ist es teilweise nicht ersichtlich, was die Ergebnisse dieser Studie sind.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar wie die Forscher auf die Unterkategorien kommen. Die Unterkategorien unterscheiden sich inhaltlich und sind mit Zitaten unterstrichen.</p> <p>Die Ergebnisse beantworten das Ziel der Studie. Die Ergebnisse der Studie werden mit Literatur unterstrichen.</p>	<p>Die Ergebnisse werden konstant mit Literatur verglichen.</p> <p>In der Schlussfolgerung werden konkrete Ergebnisse aufgelistet und Praxisempfehlungen abgegeben.</p> <p>Die Forschenden erwähnen keine Limits.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Das Ziel der Studie ist klar und verständlich beschrieben. Die Methodik ist sehr knapp beschrieben und viele Informationen fehlen. Das Einverständnis der Ethikkommission wurde nicht eingeholt. Die Ergebnisse sind mit Zitaten unterstrichen, jedoch ist dem Leser nicht klar, wie die Forscher auf die Unterkategorien des Ergebnisteils kommen. Die Ergebnisse und die Diskussion sind im gleichen Abschnitt beschrieben, teilweise mit fehlenden Quellen.

Gesamteinschätzung entsprechend den Güterkriterien nach Licoln/Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit - gekennzeichnet

- + Die Nachbesprechungen wurden digital aufgenommen und transkribiert.
- + Die Ergebnisse sind mit Zitaten unterlegt, damit kann die Interpretation der Forschenden überprüft werden. Die Zitate stimmen mit den Interpretationen überein.
- + Das qualitative Design eignet sich da die Studie das Erleben von Pflegefachpersonen untersuchen möchte.
- + Semi-strukturierte Interviews / Nachbesprechungen sind Gegenstands angemessen.
- + Durch die semi-strukturierten Interviews / Nachbesprechungen wurden die Teilnehmenden nicht zu sehr in ihren Äusserungen eingeschränkt.
- + Member Checking wurde durchgeführt.
- + Durch den theoretischen Hintergrund wird ersichtlich, dass die Thematik der Studie pflegerisch relevant ist.
- + Die Ergebnisse regen zur Lösung von Problemen an.

- Die Stichprobengröße ist in der Studie nicht erwähnt und das Setting nur knapp beschrieben.
- Die Forscher beschreiben in der Studie keine Hypothese.
- Die Erhebung der Daten wird nicht klar und verständlich beschrieben.
- In der Studie ist nicht klar ersichtlich, von wem Zitate, Interpretationen und Vermutungen stammen. Einige Angaben haben keinen Quellennachweis.
- Die Datenanalyse ist ungenau beschrieben. Die Auswahl der Unterkategorien ist nicht nachvollziehbar. Die einzelnen Schritte sind in der Studie nicht genau beschrieben.
- Die Ergebnisse sind nicht passend zur Fragestellung und Diskussion.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie liegt auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo da es eine Einzelstudie ist. Somit handelt es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Referenz: Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after in-hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR). Australian Critical Care, 14(2), 76-81.
[https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(01\)80010-2](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80010-2)

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck: Die Studie untersucht den "critical incident stress" (CIS), bei Intensivpflegern, welche eine kardiopulmonale Reanimation (REA) in einem Krankenhaus durchgeführt haben.</p> <p>Das Phänomen des CIS soll erforscht werden.</p> <p>CIS: Der amerikanische Psychologe, Jeffrey Mitchell, charakterisiert CIS als eine Reihe von psychologischen und physiologischen Reaktionen und Symptomen welche bei medizinischem Notfallpersonal auftreten. Diese entwickeln sich als Teil einer Stressreaktion aufgrund eines kritischen Vorfalls und werden in jeder Hinsicht von Mitchell und Bray als normal bezeichnet. Mögliche Symptome sind Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Angststörungen und Depression.</p> <p>Hypothese: Intensivpfleger erleben während der REA eine Reihe von Emotionen, die Psychologen als eine Indikation für CIS beschreiben.</p>	<p>Design: Quantitative und qualitative Methoden in Form von Fragebögen und individuellen Interviews wurden angewendet. (Mixed-Methode) Es ist eine deskriptive Studie.</p> <p>Stichprobe: Für die Studie wurden 43 Intensivpfleger angefragt, welche entweder auf der kardiologischen Intensivstation, der Allgemeinmedizin oder auf der allgemeinen Herzstation im Krankenhaus Adelaide, in Südastralien, arbeiten. 31 Teilnehmer haben den Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt. Davon wurden 18 Teilnehmer für das Interview eingeladen. Nach 18 durchgeführten Interviews war die Datensättigung erreicht und es wurden keine weiteren Interviews geführt.</p> <p>Datenerhebung: Der Wortlaut und das Design des Fragebogens entsprachen einer "Impact of event Skala" (IES) nach Horowitz. Die Skala ist dazu ausgelegt, subjektives Leiden von individuellen Ereignissen zu identifizieren und zu skalieren. Die von Horowitz verwendeten Aussagen sind analog zu den von Mitchell verwendeten Merkmalen, wenn er die Symptome von CIS beschreibt. Horowitz Aussagen beziehen sich auf einen kritischen Vorfall. Im Rahmen dieser Studie wurden die Aussagen leicht umformuliert und auf eine REA abgestimmt.</p>	<p>Stichprobe: 10 Männer und 8 Frauen. Davon wurden 12 im gleichen Krankenhaus ausgebildet. Durchschnittsalter der Teilnehmer: 30 Jahre. Durchschnittstätigkeit als Pflegefachperson: 8.6 Jahre, davon 4.2 Jahre auf der Intensivstation.</p> <p>Ergebnisse des IES-Fragebogens: Die 16 Aussagen konnten mit «überhaupt nicht», «selten», «manchmal» und «oft» beantwortet werden. Insgesamt gab es 496 Antworten. 2 von 31 Befragten (6.5%) gaben bei allen 16 IES-Aussagen «überhaupt nicht» an. Dies sagt aus, dass sie keine verbleibenden emotionalen Effekte von einer durchgeführten REA erlebten. Weitere 2 Teilnehmer beantworteten eine von den 16 Aussagen mit nicht höher als «selten». Über alle 16 Aussagen verteilt, wurde 16 Mal die Antwort «häufig» angekreuzt (3.1%). 15 Befragte (48%) berichteten über Störungen aufgrund von visuellen Bildern oder Gedanken an die REA. 17 Befragte (55%) gaben an, dass sie Träume im Zusammenhang mit der REA hatten. Obwohl die Mehrheit der Antworten (55.5%) "überhaupt nicht" waren, zeigt die Auswertung der Fragebögen dennoch auf, dass fast die Hälfte aller Befragten unter den emotionalen Auswirkungen, nach der Durchführung einer REA, litten.</p> <p>Ergebnisse des Interviews: Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass sie eine REA, früher auf der Allgemeinstation, als eine der meist belastendsten Erfahrungen empfanden. 16 der Befragten (89%) gaben an, dass der „REA-Status Nein“ bei ihnen einen emotionalen Stress auslöste. Die belastenden Situationen im Zusammenhang mit einer REA waren sehr unterschiedlich und individuell. Alle Teilnehmer gaben an, dass es wichtig ist, dass Intensivpfleger die Möglichkeit haben über das Erlebte zu sprechen.</p>	<p>Der Forscher stellt fest, dass fast die Hälfte aller Intensivpfleger vor, während oder nach einer REA unter CIS leiden. Weiterhin gab ein grosser Teil der Befragten an, dass sich der emotionale Stress vermindert hat, seitdem sie auf der Intensivstation arbeiten. Dies liegt daran, dass die Intensivpfleger vermehrt mit einer REA konfrontiert werden. Dadurch steigt ihre Sicherheit und sie werden in ihrem Tun bestärkt. Weitere Faktoren die das Stresslevel reduzieren, sind zum Beispiel: Niedrigere Mitarbeiter-Patienten Quote, besser geschultes Personal und Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität der Geräte. Obwohl die Mehrheit der Befragten angab, dass ihr Stresslevel mit der Zeit und mit mehr Erfahrung sank, gib es doch noch Mitarbeiter, welche weiterhin vom CIS betroffen sind. Ungewiss ist, wie viele Intensivpfleger aufgrund der Auswirkungen von stressvollen Ereignissen ihre Profession verliessen.</p> <p>Die Studie zeigt auf, was auch Mitchell und Bray schon 1990 publiziert haben. Und zwar, dass das Stresslevel nach einem kritischen Ereignis stark reduziert werden kann, wenn man die Intensivpfleger frühzeitig besser schult.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Bei vielen Intensivpflegern besteht fast täglich die Möglichkeit, dass sie eine REA durchführen müssen. Die Erkenntnis das die Durchführung einer REA psychische Traumata verursachen kann ist bis vor kurzem in der Literatur nicht ersichtlich. Diskussionen an Arbeitsplätzen und zusammengetragene Informationen von professionellen Pflegeforen zeigen auf, dass stress bezogene Probleme nach einer REA existieren und dass dies eine genauere Untersuchung erfordert.</p>	<p>Die 18 Interviews dauerten im Durchschnitt eine Stunde und wurden im Verlauf von 3 Wochen geführt. Die Interviews basierten auf einer Reihe von geführten Fragen, welche den Befragten helfen sollten, ihre emotionalen und körperlichen Erfahrungen während und nach der REA zu erzählen. Zu Beginn wurden demografische Informationen gesammelt und danach folgten Fragen zur erlebten REA. Die ungefilterten, qualitativen Daten wurden mit Tonbändern aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.</p> <p>Analyseverfahren: Der Inhalt der Interviews wurde auf Übereinstimmungen mit den Reaktionen und Symptomen von CIS untersucht.</p> <p>Ethik: Durch ein erstes Informationsschreiben wurden die Teilnehmer über den Zweck der Studie und die ethische Freigabe informiert.</p>	<p>Viele Teilnehmer reden über das störende Ereignis mit der Familie oder mit Freunden. Zusätzlich empfanden alle Teilnehmer die Überprüfung ihres Handelns während der REA als wichtig.</p>	<p>Schlussfolgerung gemäss dem Autor: Die Studie legt nahe, dass Führungskräfte, Pädagogen und Vertreter des Arbeitsschutzes pro-aktiv sein müssen. Intensivpfleger welche REA durchführen sollen besser geschult und unterstützt werden.</p>

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Einleitung ist logisch aufgebaut, CIS wird ausführlich formuliert. Jedoch wird das Ziel der Studie nur im Abstract und nicht zum Schluss der Einleitung erwähnt. Weiterhin fehlt auch die Fragestellung. Das Ziel der Studie ist klar formuliert. Die pflegerische Relevanz ist klar und verständlich erklärt. Der Stand der Forschung wird dagegen nur kurz beschrieben.</p>	<p>Design: Da die Forscher das Erleben der Teilnehmer untersuchen möchten, eignet sich das quantitative und qualitative Design im Rahmen eines Fragebogens und eines Interviews für die Beantwortung der Fragestellung. Die Mixed-Methode ist ein gängiges Verfahren in der qualitativen Forschung.</p> <p>Stichprobe und Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Auswahl der Stichprobengröße für den Fragebogen wurde nicht erwähnt. Ist jedoch in diesem Fall (descriptive Studie) nicht von grosser Bedeutung. Die Wahl der Stichprobengröße für das Interview wird mit der Datensättigung begründet und eignet sich für die Beantwortung der Fragestellung. Die Daten werden anonymisiert. Das Setting und die Teilnehmer sind klar und verständlich beschrieben, passend zu der Fragestellung. Die Teilnehmer erlebten zum Teil das Phänomen. (2 von 31 Befragten (6.5%) gaben bei allen 16 IES-Aussagen «überhaupt nicht» an.) Die Verallgemeinerung der Ergebnisse ist möglich, da auch der Unterschied zu einer normalen Abteilung aufgezeigt wird. <p>Messinstrumente: Das Messinstrument IES ist klar und umfangreich in der Einleitung definiert. Tabelle 1 veranschaulicht die Skala. Die Quelle des Messinstrumentes ist überprüfbar und damit valide.</p> <p>Analyseverfahren: Die Datenanalyse ist sehr knapp beschrieben und die Nachvollziehbarkeit ist nicht gewährleistet. Methoden zum Analyseverfahren werden nicht aufgelistet.</p>	<p>Ergebnisse des IES-Fragebogens: Von 43 angefragten Intensivpflegern, reichten nur 31 Personen den Fragebogen ein. Dies wird in der Studie jedoch nicht begründet. Die Tabellen sind ordnungsgemäss beschriftet und veranschaulichen die Ergebnisse, was dem besseren Verständnis der Ergebnisse dient.</p> <p>Ergebnisse des Interviews: Die Ergebnisse der Interviews decken die Ergebnisse der Fragebögen. Die Zitate unterstreichen die Ergebnisse. Während des Interviews revidierte ein Teilnehmer seine Aussage "überhaupt nicht". Dies weil der Vorfall ihn heute nicht mehr belastet und er das Geschehene vergessen hat. Hier stellt sich die Frage, ob dies bei anderen Teilnehmer eventuell auch der Fall war. Im Allgemeinen sind die Aussagen der Interviews sehr individuell und die erlebten Geschehnisse teilweise selten, so dass sie sich schwer generalisieren lassen.</p> <p>Im Allgemeinen sind die Ergebnisse nur zu einem gewissen Teil aussagekräftig.</p> <p>Der Vergleich der Ergebnisse mit bisherigen Theorien wird nur kurz erwähnt.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse ist nicht umfangreich beschrieben und leistet damit keinen Beitrag zum besseren Verstehen der Ergebnisse.</p> <p>Die Hypothese und das Ziel der Studie konnten bestätigt werden.</p> <p>Für diese Studie wurden nur aktiv arbeitende Intensivpfleger befragt. Berufsabgänger wurden nicht mit einbezogen, obwohl die Studie angibt, dass Intensivpfleger teilweise aufgrund stressiger Erlebnisse den Beruf verliessen.</p> <p>Die Bedeutung für die Pflege wird nicht konkret diskutiert, jedoch werden Verbesserungsvorschläge aufgezeigt.</p> <p>Die Autoren weisen auf keine Mängel hin.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	Ethik: Das Einverständnis der Ethikkommission wurde eingeholt und mittels eines Infoschreibens den Teilnehmern zugesandt.		

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Im Allgemeinen ist die Studie gut aufgebaut und wichtige Aspekte, wie CIS und die IES sind definiert. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar aufgelistet, jedoch nur zu einem gewissen Teil aussagekräftig. Die Studie bezieht sich nur auf aktiv arbeitende Intensivpfleger.

Gesamteinschätzung entsprechend den Güterkriterien nach Licoln/Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit - gekennzeichnet

- + Die Interviewzitate unterstreichen das Ergebnis und erhöhen die Glaubwürdigkeit.
- + Die Tabellen sind selbsterklärend und tragen zum verbesserten Verständnis der Ergebnisse bei.
- + Das Einverständnis der Ethikkommission ist vorhanden.
- + Die Interviews wurden auf Tonbändern aufgenommen und transkribiert.
- + Die Teilnehmeranzahl für die Interviews wird mit der Datensättigung begründet.
- + Triangulation in Form eines Mixed-Methode Design wurde angewendet.
- + Die pflegerische Relevanz wird genannt und die Forschungslücke aufgezeigt.
- Member Checking fehlt.
- Alltäglich natürliche Situationen wurden nur teilweise mit einbezogen.
- Forschungsergebnisse sind nur teilweise generalisierbar.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie liegt auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo da es eine Einzelstudie ist. Somit handelt es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck/Ziel: untersuchen der gelebten Erfahrungen von Intensivpflege-Fachpersonen (CCN), welche an einer erfolglosen Reanimation (Rea) teilgenommen haben.</p> <p>Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> 58% von den Patienten auf einer Intensivstation sterben trotz Rea Es gibt Forschung bezüglich Erfahrung von Gesundheitsfachpersonen bei einer erfolglosen Rea: dabei wurde aber nicht berücksichtigt, dass die Erfahrung von CCN nicht mit allen Gesundheitsfachpersonen verglichen werden kann (da die CCN eine Beziehung zum Patienten haben.) Der Tod eines Patienten gehört zu den drei stressvollsten Ereignisse einer CCN.-->intensive Trauer, Gefühl der Hilflosigkeit eine erfolglose Rea stellt ein traumatisches Ereignis für eine CCN dar. (nicht komplett empirisch bewiesen) 	<p>Design: interpretative phänomenologische Studie→Aussagen von CCN wurden interpretiert und analysiert</p> <p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> 9 CCN, welche in einer Herzintensiv-oder Intensivstation arbeiten (statisch tertiären Krankenhaus) müssen bei einer erfolglosen Rea teilgenommen haben 1 Mann, 8 Frauen, zwischen 8-19 Jahre Berufserfahrung als Pflegefachfrau, zw. 3-14 Jahren Berufserfahrung als CCN Alter zw. 30- 40 Jahre Die Stationsleitung wurde informiert, danach fand eine Information für alle Teammitglieder statt <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paradigmenmuster→ klinische Episode und 1 ½ h Paradigma-Case-Interviews 1 ½ h Paradigma-Case- Interviews wurde aufgenommen und transkribiert Transkription wurde den Teilnehmenden zugesendet 1stündiges Abschlussinterview: Fragen von beiden Seiten konnten gestellt werden Ort konnte von den Teilnehmenden selber gewählt werden <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Phänomenologische Strategie der Analyse, der Kritik, des Verstehens und der Synthese wurde angewendet→ um die Bedeutungen des Textes zu artikulieren und interpretative Kommentare zu generieren 	<p>Wissen, was zu erwarten ist</p> <ul style="list-style-type: none"> sei entscheidend in ihrer Fähigkeit mit Emotionen um zu gehen (auch bei erfolglosen) →dieses Wissen ermöglicht technisch kompetent zu sein→Geschwindigkeit, Sanftheit, Effizienz und Kontrolle→verlieh den CCN ein Gefühl der Befriedigung auch wenn das Leben nicht gerettet werden konnte. Wenn es zu erwarten war, dass der Pat. nicht überlebt, fühlten sich die CCN besser auf den Tod vorbereitet nicht vorausgesehen: fragten sie sich warum und nahmen die Schuld auf sich Haben gelernt, dass die Länge der Rea, die verwendeten Verfahren und die Prädiktoren des Pat. massgeblich fürs Überleben sind waren in der Lage auf Grund Infos wie Diagnose etc das Outcome vorzuzahlen je jünger der Pat, desto betroffener waren die CCN vom Tod→dies wurde durch aggressivere und invasivere Interventionen verstärkt <p>Die Folgen der erfolglosen Rea</p> <ul style="list-style-type: none"> waren gekennzeichnet durch: Normalisierung der Umwelt, das Erleben der physiologischen Veränderungen, die Betreuung der Angehörigen, die Bewältigung der Gefühle viel Zeit verbracht: "physische" Umgebung der Intensivstation zu normalisieren→Vorbereitung des Pat, Aufräumen der Rea, Auffüllen der Vorräte, Schutz für die Pat./ andere Personen →Strategien dazu: Ziehen der Bettvorgänge, leises sprechen→um zu vermeiden, dass andere Pat/Angehörige Angst vor dem Ausgang einer Rea bekommen 	<p>Bewältigungsstrategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> bei den meisten „lösen“ vom Pat. als Person professionelle Distanzierung vom Reanimierten→ macht möglich sich auf die Aufgaben zu konzentrieren→durch diese Fokussierung können sich die CCN von Emotionen schützen (wurde schon in früheren Studien genannt) <p>Wahrnehmung die Aufgaben erfüllt zu haben→minimierte das Schuld empfinden</p> <p>Distanzierung könnte mehr als nur Schutz vor den Emotionen sein→laut Benner und Wrubel (1998) bewirkt emotionale Distanz nichts anderes als die Betäubung der CCN, die sie von der Menschlichkeit des Pat und ihnen trennt.</p> <p>Diese Strategie (Distanzierung) wurde jedoch nicht immer angewendet→ die CCN waren in der Lage, wenn sie den Pat. kannten, ihm und seinen Angehörigen physiologische, psychologische Hilfe zu leisten.</p> <p>Vertrautheit und professionelle Distanz wird von May (1991) gleich beschrieben wie von den CCN. Jedoch sei dies laut CCN nicht problematisch.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<ul style="list-style-type: none"> Paradigmeninterviews wurden mit dem Rahmenwerk von Collaizi (1978) analysiert → beinhaltet nicht nur Suche nach Gemeinsamkeiten sondern auch nach Unterschiede 1. Schritt: Transkripte lesen, Gesamtheit verstehen, 2. Schritt: Signifikante Aussagen wurden extrahiert, 3. Schritt: Bedeutungen wurden verknüpft und in thematische Gruppen eingeteilt <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Damit der Mann anonym blieb, sprachen sie nur von Frauen <p>Informationsschreiben plus Bestätigung an der Studie teilzunehmen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Analysierten ihre Leistung der Rea in Bezug auf Fähigkeiten, Wissen und Effizienz → führte oft zu neuem Lernen und Veränderung in der Pflegepraxis, dies basierte im Allgemeinen auf Fehlern und Unterlassungen → führte zu Entschlossenheit der Anwalt des Pat zu sein Adrenalinschub ermöglicht es den CCN klar zu denken und sich auf die Rea zu konzentrieren Tod: Phase des Gefühls "Schwach/erschöpft zu sein", viele fühlten sich für den Rest der Schicht "Taub" Fanden es wichtig die Bedeutung des Todes für die Mitmenschen zu verstehen, damit sie sich gut um sie kümmern konnten Sie fanden es schwierig jemand zu unterstützen, den sie davor nicht kannten Schwer war der Wechsel von der fokussierten, emotionaler distanzierter Art während der Rea, zu einer persönlichen, mitfühlender Art im Umgang mit den Angehörigen Gefühle: Trauer, Verlust, Schuld, Wut, Bedauern, diese Emotionen konnten noch Wochen danach ausgelöst werden Die emotionale Reaktionen der CCN waren massgeblich durch die Verbindung mit dem Pat/Angehörigen beeinflusst, sie konnten bei der Rea distanzierter bleiben, wenn sie die Person kaum kannten → die Verbindung wurde als notwendig (optimale Betreuung) betrachtet, verursachte aber Gefühle der Hilflosigkeit, Angst, emotionale Belastung, wenn die Person während der Rea gelitten hat/ verletzt wurde Die Kenntnis des Pat. als Person hat dem CCN eine große Verantwortung übertragen, um die Einzigartigkeit des Patienten im Reanimationsverfahren sicherzustellen. CCN, die die Wünsche und Bedürfnisse eines Patienten kannten, die aber nicht in der Lage waren, sich für den Patienten in einer Reanimation einzusetzen, drückten Schuld, Wut und Bedauern nach der erfolglosen Rea aus. 	<p>Die CCN's waren oft nicht in der Lage, ihre berufliche Distanz bei der Begleitung von Familienmitgliedern nach einer erfolglosen Reanimation aufrechtzuerhalten. Sie mussten ihre Emotionen zulassen, um die Nachricht über die erfolglose Reanimation zu übermitteln und sie dabei auf empathische Weise unterstützen. Ausdruck von Gefühlen im Zusammenhang mit erfolgloser Rea ist ein wichtiges Ergebnis dieser Studie.</p> <p>Bewertung der Wirksamkeit von formellen Unterstützungsprogrammen (z. B. Peer Debriefing) ist erforderlich. Neonatale und pädiatrische CCNs haben in den Monaten nach dem Tod Trauerstrategien entwickelt, wie zum Beispiel Follow-up mit trauernden Familien, und Einheiten basierte Gedenkstätten, um Krankenschwestern mit dem Verlust eines Patienten zu unterstützen (Sheard, 1990; Small, Engler, & Rushton, 1991). Diese Strategien könnten in Erwachsenen-Intensivstationen übernommen werden.</p> <p>Zusammenfassung: Die Studie hat die komplexe und dynamische Natur der Erfahrungen bei einer erfolglosen Rea gezeigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> Neue Aspekte wurden aufgezeigt Bedeutung der Beziehung zum Pat/Angehörigen wurde aufgezeigt <p>Es sind weitere Forschungen bezüglich dieser Thematik notwendig.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
		<ul style="list-style-type: none"> • Es wurde intensive Trauer empfunden wenn sie den Tod des Pat. personalisierten→dies ermöglicht den CCN empathisch zu den Familie zu sein, erhöht jedoch ihr Gefühl von Verlust • Durch die vielen Anforderungen fühlten sie sich oft nicht in der Lage, sich optimal um den Pat/die Angehörigen zu kümmern • Strategien um mit den Emotionen umzugehen: Pat/Angehörige bewusst "loslassen"→dies wurde oft beim Vorbereiten des Pat für die Leichenhalle vollendet, verbreitet: Privat zu weinen und dann den Vorfall abschliessen <p>Zusammenfassung der gelebten Erfahrung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Kenntnis der Rea-Verfahren, ähnliche Fälle, Geschichte und Alter des Pat. beeinflusste die Erwartung bezüglich Outcome, und die Fähigkeit emotionale Folgen zu bewältigen→ Ergebnis der erfolglosen Rea unerwartet→ war die Intensität und Dauer der Trauerfälle der CCNs größer, als wenn das Ergebnis schlecht erwartet worden ist • Andere Faktoren, die zu der Trauer der CCN nach erfolgloser Rea beigetragen haben: waren Alter des Pat, Lebensqualität beim Überleben des Pat, Qualität der Versorgung des Pat während der Rea • Die Verbindung der CCNs mit dem Pat erforderte den Wunsch, den Pat/ Angehörige vor "schlechten Ergebnissen" zu schützen. • Die Kenntnis der Person, die erfolglos reanimiert wurde, war für CCN sowohl lohnend als auch schmerzhaft. <p>Der Grad der Verbindung der CCNs mit Pat/Angehörige, sowie das Ausmaß, in dem sie die Situation personalisiert, bestimmt die Intensität/ Dauer der Trauer, welche CCNs nach dem Tod des Patienten erfahren.</p>	

Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Ziel wird nicht als solches genannt, es ist jedoch deutlich abzuleiten. Dies sollte explizit als Ziel formuliert werden.</p> <p>Es wird mit bereits bestehender Literatur in die Studie eingeleitet. Bei der Einleitung ist nicht klar, ob die Forscher eine Hypothese zu ihrer Fragestellung besitzen oder nicht.</p>	<p>Design: Das Design ist passend zum Phänomen gewählt und wird begründet.</p> <p>Stichprobengröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Vorgang der Kontaktierung der Teilnehmenden wird beschrieben • das Auswahlverfahren für die 9CCN ist nicht ganz klar → haben sich nur 9 gemeldet? haben die Forscher 9 ausgewählt, Zufall/spezifisch? Die Größe ist jedoch repräsentativ für ein qualitatives Design und ist passend für die gewünschte Population. <p>Datenerhebung: wurde mittels zweier Interviews gemacht, dies empfiehlt sich bei Daten Erhebung des menschlichen Erlebens. Die Vorgehensweise wird klar und deutlich beschrieben.</p> <p>Ethik: die notwendigen Massnahmen bezüglich Ethik wurden eingehalten.</p>	<p>Die Überbegriffe wurden sinnvoll gewählt. Die Ergebnisse wurden mit passenden Zitaten unterstrichen.</p> <p>Es wird mit den Zitaten das ganze Phänomen beleuchtet.</p> <p>Die Resultate werden schriftlich dargestellt. --> nicht noch zusätzlich in Grafiken/Tabellen.</p>	<p>Die Ergebnisse werden konkret mit früheren Studien verglichen. Die Forscher scheinen jedoch nichts zu interpretieren.</p> <p>Sie fassen zum Schluss nochmals die wichtigsten Resultate zusammen. Es wird deutlich, wie wichtig diese Resultate für die Pflegepraxis sind und inwiefern weitere Forschung betrieben werden müsste.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamtschätzung:

Die Studie ist korrekt nach dem EMED Format aufgebaut und weist kaum Mängel auf. Das Vorgehen der Forscher wird exakt und präzise beschrieben. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Population und relevant für die Pflegepraxis.

Gemessene Gütekriterien entsprechend den qualitativen Gütekriterien

- + Das gewählte Design ist passend für die Forschungsfrage
- + Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage
- + Das Vorgehen der Datenerhebung und Datenanalyse wurde genau und nachvollziehbar beschrieben
- + die Interviews wurden aufgenommen und Transkribiert
- + Es fand ein Member-Checking statt
- + Die Ergebnisse werden mit Zitaten unterstrichen
- + Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Population Intensivpflegefachpersonen

Gemessene Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6s Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein «single Studie» handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit