

Bachelorarbeit

Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust im höheren Alter

**Wie können Spitex-Pflegende den Bewältigungsprozess nach dem
Verlust des Partners bei ambulanten älteren Patienten
unterstützen?**

Name: Manuela Ispasiu
Matrikelnummer: **S13527320**

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Pflege
Studienjahr: PF13 Dipl. Pflege FS
Eingereicht am: 31.03.2015
Betreuende Lehrperson: Sara Häusermann

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1. Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust im höheren Alter	5
1.1 Darstellung des Themas	5
1.2 Problemstellung und Relevanz für die Profession	5
1.3 Fragestellung	6
1.4 Zielsetzung.....	7
1.5 Eingrenzung des Themas	7
2. Methode	7
2.1 Vorgehensweise.....	7
2.2 Literaturrecherche	8
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	9
2.4 Beurteilung der Studien.....	9
3. Theoretische Grundlagen.....	9
3.1 Definition zentraler Begriffe	9
3.2 Trauermodelle	10
3.2.1 Die Phasenmodelle	10
3.2.2 Kritik an den Phasenmodellen.....	12
3.2.3 Das Continuing-Bonds-Modell.....	13
3.2.4 Das kognitive Stressmodell	13
3.3 Die Trauerreaktion	14
3.4 Normale versus komplizierte Trauerreaktion	14
3.4.1 Pflegediagnosen	16
3.1 Gesundheitliche Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Trauer.....	16
3.2 Bewältigungsformen.....	17
3.3 Das Konzept Evidence-based Nursing (EBN).....	17
4. Ergebnisse	19
4.1 Vorstellung der Ergebnisstudien.....	19
4.1.1 Soziale Unterstützung	20
4.1.2 Coping	22
4.1.3 Emotionen.....	25
4.1.4 Gesundheit.....	27

5. Diskussion.....	29
5.1 Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen.....	29
5.2 Herstellung eines Bezugs der Ergebnisse zur Theorie	30
5.2.1 Soziale Unterstützung	31
5.2.2 Coping	32
5.2.3 Emotionen.....	33
5.2.4 Gesundheit.....	33
6. Praxistransfer.....	35
6.1 Soziale Unterstützung	35
6.2 Coping	37
6.3 Emotionen.....	38
6.4 Gesundheit.....	38
6.5 Schlussfolgerung.....	41
Literaturverzeichnis	42
Abbildungsverzeichnis.....	47
Tabellenverzeichnis.....	47
Abkürzungsverzeichnis.....	47
Glossar	47
Danksagung	48
Eigenständigkeitserklärung.....	49
Anhang.....	50

Abstract

Der Anstieg der Lebenserwartung bedeutet, dass der Verlust des Partners vorwiegend im höheren Alter zu erwarten ist. Obwohl die Mehrzahl der Verwitweten ihre Trauer schnell in das neue Leben ohne die verlorene Person integriert, gibt es eine kleine Anzahl von Menschen, deren Leiden viele Jahre dauert. Die Betreuung dieser Patientengruppe ist im ambulanten Setting unzureichend. Daraus resultiert folgende Fragestellung: Wie können Spitex-Pflegende den Bewältigungsprozess nach dem Verlust des Partners bei ambulanten älteren Patienten unterstützen? Das Ziel der Arbeit ist, eine zusammenfassende Auflistung der durch Literaturrecherchen ermittelten Interventionen und Empfehlungen für die Spitex-Praxis zu erstellen. Um das genannte Ziel zu erreichen, wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegerelevanten Datenbanken CINAHL, Cochrane, Medline und PsychInfo durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Aufrechterhalten von ausserfamiliären Sozialbeziehungen zu Freunden sowie in Vereinen und Selbsthilfegruppen, die Förderung von individuellen Coping-Strategien, die Anerkennung für das Empfundene und die Förderung der Gesundheit, Ansätze zur Unterstützung dieser Patientengruppe im ambulanten Setting sind. Das verdeutlicht zugleich, dass die Umsetzung der Ergebnisse in die Spitex-Praxis ein vertieftes Fachwissen zum Verstehen der seelischen, körperlichen, verhaltensbezogenen und sozialen Konsequenzen des Partnerverlusts im hohen Alter erfordert.

Keywords: grief, partner loss, coping, community living, widower, older adults, homecare, interventions

1. Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust im höheren Alter

Im folgenden Kapitel erfolgt eine Einführung ins Thema, daneben werden die Problem- sowie Fragestellung und das Ziel der vorliegenden Arbeit dargestellt.

1.1 Darstellung des Themas

Gemäss dem Bundesamt für Statistik [BfS] (2013) hat sich die Zahl der über 65-jährigen Menschen seit 1950 verdoppelt, jene der über 80-Jährigen hat sich sogar vervierfacht. Mit dem wachsenden Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung stieg zugleich die Anzahl der verwitweten älteren Menschen. Laut der Volkszählung des Jahres 2000 liegt das Durchschnittsalter bei der Verwitwung bei 70 Jahren, und zwar bei 69,4 bei den Frauen und bei 72,6 bei den Männern (BfS, 2014). Ein Partnerverlust ist ein stressvolles, einschneidendes Ereignis im Leben jedes Menschen (Holmes & Rahe, 1967). Studien zeigen, dass verwitwete Männer und Frauen grössere gesundheitliche Probleme aufweisen als verheiratete (Wilcox, Evenson, Aragaki, Wassertheil-Smoller, Mouton & Loevinger, 2003).

1.2 Problemstellung und Relevanz für die Profession

Der demografische Wandel bringt einen bedeutenden Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung mit sich. Das bedeutet, dass der Verlust des Partners¹ vorwiegend im höheren Alter zu erwarten ist. Jeder Mensch ist vom Gefühl der Trauer erfasst, wenn er einen bedeutenden ihm Nahestehenden verloren hat. Bonanno und Kaltmann (2001) sind der Ansicht, dass es deutliche Unterschiede gibt, wie intensiv und wie lange Menschen trauern. Die Mehrzahl integriert ihre Trauer schnell in das neue Leben ohne den verlorenen Partner schnell ein und nimmt neue Herausforderungen an. Daneben gibt es jedoch 10-20 % der Trauernden, deren Leiden viele Jahre dauert (Shear, Zuckoff & Frank, 2001). Die Studie von Bennett (2005) bringt die Verwitwung mit psychischen Beschwerden und reduzierter Sozialisierung in Verbindung. Zu den psychischen Folgen des Verlusts des Partners gehören laut Rosenzweig, Pridgerson, Miller & Reynolds (1997) Depression

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form verwendet, die weibliche Form ist jeweils mit gemeint.

(zusammen mit Selbstmord), Angst, Drogenmissbrauch und Symptome der komplizierten Trauer.

Im Rahmen von Einsätzen bei der Spitex betreute die Verfasserin oft ältere Klienten, die mit dem Verlust ihres Lebenspartners konfrontiert worden waren. Dabei war einerseits zu beobachten, dass viele verwitwete Klienten die Trauer erfolgreich bewältigten, ihr Leben neu organisieren konnten und sich ihr Pflegebedarf während des Trauerprozesses nicht wesentlich veränderte. Andererseits gab es immer auch Verwitwete, welche vom Verlustschmerz überwältigt wurden. Sie brachen daraufhin soziale Kontakte ab, isolierten sich, zeigten zunehmend körperliche Gebrechen und nahmen gleichzeitig kaum fremde Unterstützung, wie zum Beispiel bei der Körperpflege oder im Haushalt an. Zudem äusserten sie im Gespräch mit den Spitex-Pflegenden häufig Hinweise auf die Sinnlosigkeit des Lebens und sogar Suizidgedanken.

Solche Situationen lösen bei Pflegenden die drängende Frage aus, ob eine Pflegeintervention nötig sei. Dies war auch der Anstoss für die Autorin, vertieft auf das Thema „Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust im Alter“ einzugehen.

Die vorliegende Arbeit basiert auf dem Leitgedanken, dass für eine ambulante professionelle Pflege eine kompetente psychosoziale Betreuung von verwitweten älteren Menschen von grösster Wichtigkeit ist. Weil der Trauerprozess hauptsächlich aus einem komplexen psychologischen Ablauf mit sozialen Komponenten besteht, wird das Thema hauptsächlich aus psychosozialer Sicht bearbeitet.

Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen: Wieso bewältigen einige Menschen die Trauer erfolgreich, während andere über längere Zeit emotional leiden? Wie kann die Spitex-Pflege bei älteren Menschen einen erfolgreichen Bewältigungsprozess fördern?

1.3 Fragestellung

Wie können Spitex-Pflegende den Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust bei ambulanten älteren Patienten unterstützen?

1.4 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist, eine zusammenfassende Auflistung der durch die Literaturrecherche ermittelten Interventionen und Empfehlungen für die Spitex-Praxis zu erstellen, welche die Spitex-Pflegenden zur Unterstützung von älteren Menschen bei deren Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust anwenden können.

1.5 Eingrenzung des Themas

Der Fokus wird nachfolgend bewusst auf den Bewältigungsprozess von älteren Menschen gerichtet. Denn gerade im Alter besteht durch Verwitwung und Vereinsamung ein erhöhtes Risiko für einen erschwerten Trauerprozess (Stoppe, Wiesli, Kohn, Schmutz & Suter, 2009). Studien zeigen zudem keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Symptome eines erschwerten Trauerprozesses (Forstmeier, 2008), deswegen wird in der Arbeit nicht geschlechterspezifisch auf das Thema eingegangen. Das Setting „ambulanter Bereich“ ist nicht näher bestimmt, weil es zu wenig Literatur spezifisch zu der städtischen und der ländlichen ambulanten Pflege gibt.

Ausserdem ist festzuhalten, dass in der Literatur viel über Trauerbewältigung und Interventionen im Akutspital und in Langzeit-Pflegeeinrichtungen geschrieben wird, der Trauerprozess von noch zuhause lebenden älteren Menschen wurde bisher hingegen kaum untersucht.

2. Methode

Im nächsten Kapitel werden die methodische Vorgehensweise zur Bearbeitung der Fragestellung, die diesbezüglich durchgeführte Literaturrecherche und die Evaluationsinstrumente zur Beurteilung der Ergebnisstudien beschrieben.

2.1 Vorgehensweise

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde die Literaturarbeit verwendet. Im ersten Teil der Arbeit wird auf den aktuellen Stand der Literatur und auf die theoretischen Grundlagen der Trauer eingegangen, um dem Leser ein besseres Verständnis der Resultate zu ermöglichen. Im zweiten Teil werden die eingeschlossenen wissenschaftlichen Forschungsarbeiten kritisch beurteilt. Des Weiteren werden

Kategorien gebildet, um eine Verdichtung der Resultate der Studien zu erzielen. Im dritten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der Literatur diskutiert. Im letzten Teil werden die Übertragbarkeit und Praxistauglichkeit der Resultate im Hinblick auf die Herausforderungen der Spitex-Pflege reflektiert.

2.2 Literaturrecherche

Zur Bearbeitung der Fragestellung wird eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt, wozu die pflegerelevanten Datenbanken CINAHL, PsychInfo, Cochrane Library und Medline nach relevanter Literatur (Studien, Artikeln, Dissertationen, Fachbücher) durchsucht werden. Es wird keine zeitliche Grenze gesetzt, weil es in der jüngsten Zeit über das Thema Trauer im ambulanten Setting kaum geforscht wurde. Zusätzlich wird die Internet-Suchmaschine „Google Scholar“ zur Recherche von wissenschaftlichen Dokumenten verwendet. Über das Literaturverzeichnis der gefundenen Artikel wird zusätzlich eine Handrecherche nach weiterführender Literatur durchgeführt und danach wird die relevante Literatur erörtert. Im Weiteren wird einen Peer-Austausch im Spitex-Team veranlasst, der in das Kapitel 6, Theorie-Praxis-Transfer, einfließen wird.

Die Suchstrategie in den Datenbanken erfolgte basierend auf den einzelnen Aspekten der Fragestellung (Phänomen, Setting, Population, Intervention) mittels Schlagwörtern, welche mit den booleschen Operatoren AND, OR oder NOT kombiniert wurden. Die Keywords werden in der Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1. Keywords nach einzelnen Aspekten eingeteilt

Aspekt	Keywords Deutsch	Keywords Englisch
Phänomen	Trauer Partnerverlust Bewältigungsverhalten	grief partner loss coping
Setting	Ambulant	Community living
Population	Witwer alte Menschen	Widower older Adults
Intervention	Pflegeintervention Pflege zuhause	Intervention homecare

Die Literaturrecherche wurde auf deutsche und englischsprachige Studien limitiert. Im Weiteren wurden nur diejenigen Forschungsarbeiten ausgewählt, welche ein

Abstract enthalten. Das Alter der Teilnehmer wurde auf über 65 Jahre limitiert. Ein Flowchart zum detaillierten Suchprozess ist im Anhang 2 dargestellt.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Bei der Recherche wird Literatur ausgeschlossen, die auf den stationären Bereich fokussiert. Die Auswahl der Studien beschränkt sich zudem auf diejenigen, welche sich auf den Spitex-Bereich übertragen lassen. Dabei wird die Literatur eingeschlossen, die sich auf die westlichen Industriegesellschaften bezieht, weil die Trauerbewältigung kulturell geprägt ist (Cleiren, 1993).

2.4 Beurteilung der Studien

Das methodische Vorgehen besteht aus zwei Schritten: Zunächst werden die Abstracts der zu erörternden Studien durchgelesen, danach werden die relevanten weiter ausgewertet. Die ausgewählten Studien werden in einem weiteren Schritt gemäss LoBiondo-Wood & Haber (2005), Burns & Grove (2005) sowie Lincoln & Guba (1985) systematisch gewürdigt. Die Würdigung erfolgt mittels des EMED-Rasters (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion). Die Beurteilung der Evidenz erfolgt anhand der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley & Haynes (2009).

3. Theoretische Grundlagen

Obwohl Trauer ein universelles Phänomen darstellt, gibt es in der Literatur keine übergeordnete Trauertheorie. In diesem Kapitel werden Trauermodelle beschrieben, welche dazu dienen, das individuelle Bewältigungsverhalten in Bezug auf Trauer zu verstehen.

Nachfolgend werden die in der Fragestellung genannten Begriffe definiert.

3.1 Definition zentraler Begriffe

Der Begriff **Alter** ist aufgrund individueller Unterschiede schwierig zu definieren. Laut der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2014) versteht man in den westlichen Ländern unter „Alter“ den Lebensabschnitt ab 65 Jahren.

Ambulant - dieser Begriff wird für die ärztlichen oder pflegerischen Leistungen verwendet, bei denen der Klient die Leistungen nur vorübergehend in Anspruch

nimmt, ohne dass ein Krankenhausaufenthalt vonnöten ist (Pschyrembel, 1994, S.49).

Der **Bewältigungsprozess** ist ein langsamer und schmerzvoller Prozess der Verarbeitung eines unwiederbringlichen Verlustes.

Trauer - die North American Nursing Diagnosis (NANDA 2012-2014, S. 382) gibt hierzu folgende Definition an: „ein normaler komplexer Prozess mit emotionalen, physischen, geistigen, sozialen und intellektuellen Reaktionen und Verhaltensweisen, in dem Individuen, Familien und Gemeinschaften ihren aktuellen, vorweggenommenen oder wahrgenommenen Verlust im Alltag zum Ausdruck bringen.“

Spitex ist eine spitalexterne Organisation, die Menschen mit Einschränkungen Unterstützung, Pflege und Beratung ausserhalb des Akutspitals und der Langzeiteinrichtungen zur Verfügung stellt. (Spitex Verband Schweiz, 2014)

Spitex-Pflegende sind Angestellte der Spitex-Organisation, welche die pflegerische und hauswirtschaftliche Betreuung von Klienten bedarfsgerecht zuhause übernehmen.

Verlust - dieser Begriff wird in der vorliegenden Arbeit im Sinne der Verlusterfahrung beim Tod des Lebenspartners verwendet.

3.2 Trauermodelle

Im Folgenden wird auf einige Trauermodelle eingegangen, welche bei der Arbeit mit älteren trauernden Menschen von Bedeutung sind. Sie bieten einen wertvollen Rahmen für die Pflegenden, in dem sie die Betroffenen wirksam unterstützen können.

3.2.1 Die Phasenmodelle

Die Phasenmodelle setzen sich mit den emotionalen Konsequenzen des Verlusts eines Menschen/Partners auseinander und versuchen die Trauerreaktionen zu beschreiben.

Das psychodynamische Modell – Personenverlust als Objektverlust

Der erste Beitrag zur Trauerforschung wurde von Sigmund Freud in seinem Werk „Trauer und Melancholie“ (1917) geleistet. Freud versucht darin, den Unterschied zwischen einer normalen Reaktion und einer pathologischen Depression zu beleuchten. Die normale Reaktion auf Verlust ist laut Freud (1917, S. 288) von Interessenverlust, Niedergeschlagenheit und einem geringen Aktivitätsniveau geprägt. Bei einer Depression kommen Symptome wie Schuld, Selbstvorwürfe und ein vermindertes Selbstwertgefühl hinzu. Freud ist der Meinung, dass eine erfolgreiche Trauerarbeit eine intensive emotionale Auseinandersetzung mit dem „Verlustobjekt“ voraussetzt. Nur auf dieser Weise könne die emotionale Energie, die den Hinterbliebenen mit dem verstorbenen Menschen verbindet, entweichen. Der Verlust gilt folglich erst dann als verarbeitet, wenn der überwiegende Teil der Energie von dem „Verlustobjekt“ auf ein anderes übertragen werden konnte (Lammer, 2013, S. 69). Die Trauerarbeit erfolgt in drei Phasen:

- a) Ablösung der emotionalen Verbindung zum Verstorbenen.
- b) Gewöhnung an das neue Leben ohne die geliebte Person.
- c) Umstellung auf ein neues Leben und Wiederaufnahme von emotionellen Bindungen (ebd., S.75).

Personenverlust als Bindungsverlust: die Bindungstheorie

Bowlby (2006, S. 45) geht in seiner Bindungstheorie davon aus, dass das Bindungsverhalten instinktgesteuert und für das Überleben hochentwickelter Spezies verantwortlich ist. Das Bindungsverhalten ist einerseits von der Fürsorge einer Bindungsfigur und andererseits vom Gefühl, als Mitglied einer Gruppe geschützt zu sein, geprägt. Die Trauer wird mit der Angst vor der Trennung von einer Bezugsperson in der frühen Kindheit in Verbindung gebracht. Die Trauerreaktion ist umso kräftiger, je tiefer die emotionale Bindung zu der geliebten Person war (Bowlby, 2006, S. 46). Der Trauerprozess verläuft demnach in folgenden vier Phasen:

1. Phase der Betäubung, in der extrem intensive Ausbrüche von Emotionen wie Kummer und Wut vorkommen.
2. Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verlorenen Bindungsperson, durch emotionale Schwankungen gekennzeichnet (Weinen, Schluchzen und

Schreien). Das ist die Phase, in der einer Person die Endgültigkeit des Verlusts bewusst wird.

3. Phase der Desorganisation und Verzweiflung, durch Rückzug aus dem sozialen Leben gekennzeichnet.

4. Phase der Reorganisation, in welcher der Verlust zunehmend akzeptiert wird (Bowlby, 2013, S. 86).

Das Phasenmodell nach Verena Kast

Das Modell wurde von Kast (1982) durch die Beobachtung von trauernden Menschen und vor allem Hinweise aus deren Träumen entwickelt. Trauer ist für Kast (1982, S. 80) ein Entwicklungsprozess, welcher aus folgenden vier Phasen besteht:

1. Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens, in welcher der Verlust verleugnet wird. Der Trauernde wird starr und empfindungslos.

2. Phase der aufbrechenden Emotionen, Ärger über das Schicksal, sich selbst, die verstorbene Person. In dieser Phase treten häufig Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Panikattacken, Atemnot und Depressionen auf.

3. Phase des Suchens und Sich-Trennens, in der in den Erinnerungen und Träumen nach dem Verstorbenen gesucht wird. Gefühle von Einsamkeit, Verzweiflung und Hilflosigkeit treten in den Vordergrund, des Weiteren werden in dieser Phase häufig Suizidgedanken geäußert.

4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezuges, in welcher sich der Trauernde mit dem neuen Leben arrangiert und ein neues Selbstwertgefühl entwickelt hat.

3.2.2 Kritik an den Phasenmodellen

Laut Znoj (2012, S. 18) stellt deren stufenartiger Aufbau eine Einschränkung der Phasenmodelle dar. Alle Phasen verlaufen zwar nicht unbedingt sukzessive, seien aber letztlich für eine erfolgreiche Trauerbewältigung notwendig. So gesehen zeigen sie normative Eigenschaften, die sowohl die Hinterbliebenen als auch die eventuellen Begleiter zu unzutreffenden Vorstellungen über den „normalen“ Trauerverlauf verleiten können. Die Urheber der dargestellten drei Phasenmodelle der Trauer gehen davon aus, dass nur die emotionale Ablösung von dem Verstorbenen zu einer erfolgreichen Trauerverarbeitung führt.

3.2.3 Das Continuing-Bonds-Modell

Im Gegensatz zu den Phasenmodellen basiert das Modell von Klass, Silverman & Nickman (1996) darauf, dass eine weitergehende emotionale Bindung an den Verstorbenen den Überlebenden dazu befähigt, auf neue emotionale Bindungen einzugehen. Es sei ein normaler und nützlicher Prozess, der die Integration des Verstorbenen in das neue Leben als Teil des eigenen Selbst anstrebt. Dazu gehöre, die Beziehung zur verstorbenen Person zu klären und neu zu definieren. Die Form, in welcher der imaginäre Kontakt fortgesetzt wird, hängt von individuellen Eigenschaften und von dem kulturellen Kontext ab. Einige führen Gespräche mit dem und über den Verstorbenen, andere fühlen seine Anwesenheit und einige idealisieren die betreffende Person (Klass et al., 1996, S. 151).

3.2.4 Das kognitive Stressmodell

Da Trauer mit Stress einhergeht, kann man auch generelle Erkenntnisse des kognitiven Stressmodells anwenden.

Lazarus & Folkman (1984) gehen davon aus, dass ein kognitiver Prozess die Stressreaktion beeinflusst und Stress durch ein Ungleichgewicht zwischen der Anforderungssituation und den individuellen Bewältigungsressourcen entsteht. Menschen reagieren unterschiedlich auf gleiche Situationen. Dieselbe Stresssituation kann von verschiedenen Personen als unterschiedlich stressvoll bewertet werden. Gemäss dem Modell von Lazarus & Folkman (1984, S. 142) besteht der Bewältigungsprozess (der Coping Prozess) aus problem- und emotionsorientierten Bewältigungsstrategien. Individuen versuchen, die mit dem Stress verbundenen negativen Emotionen selbst zu mindern, indem sie Bewältigungsstrategien wie sich zu beschäftigen, sich abzulenken und Gebete anwenden. Problemorientiertes Coping umfasst die Bemühungen des Individuums, die Stresssituation selbst zu kontrollieren, z. B. durch die Suche nach Informationen und direktes Handeln. Das problemorientierte Coping kann dann wirksam sein, wenn sich die Stresssituation auch aktiv verändern lässt. Wenn sich die Situation nicht verändern lässt, scheint diese Strategie weniger sinnvoll. Im Falle des Verlusts des Partners ist es dann sinnvoll, zu versuchen, anstelle der endgültigen Situation den Emotionsgehalt beziehungsweise die persönliche Einstellung zu verändern. Die Autoren (ebd., 1984,

S. 143) sind der Meinung, dass problem- und emotionsorientierte Bewältigungsstrategien meist gemeinsam auftreten.

Bei den Bewältigungsressourcen lassen sich in äussere und innere Ressourcen unterscheiden. Zu Letzteren zählen physische Ressourcen (z. B. gute körperliche Verfassung) und psychische (z. B. ein hohes Selbstwertgefühl). Äussere Ressourcen umfassen beispielsweise die soziale Unterstützung durch Freunde und Verwandte sowie materielle Mittel (ebd., S. 157).

Die Stressbewältigung hängt laut Lammer (2013) davon ab, „wie die verfügbaren Ressourcen aktiviert werden. Die Aktivierung von verfügbaren Ressourcen ist die entscheidende behaviorale Bewältigungsleistung in Stresssituationen“. (S. 135)

3.3 Die Trauerreaktion

Bonanno & Kaltmann (2001, S. 710) erwähnen, dass die Mehrzahl der Verwitweten (85 %) eine geringer ausgeprägte, das heisst [d. h.] eine „normale“ Trauerreaktion zeigt. Dahingegen geht die normale Trauer bei etwa 15 % im Laufe der Zeit in eine chronische, pathologische Trauer über. Laut Znoj (2012, S. 67) erfolgt die Verkomplizierung der Trauer durch ein einen „Aufschaukelungsprozess“ im Zuge einer ursprünglich normalen Trauerreaktion, die aber „dysfunktionelle Kognitionen, problematische Wahrnehmungsprozesse und emotionale Fehlfunktionen beinhaltet“.

Ob es sich bei der komplizierten Trauer um eine durch den Trauerprozess ausgelöste psychische Krankheit handelt, ist noch Gegenstand der Diskussion (Znoj, 2012).

3.3.1 Normale Trauerreaktion

Die Reaktionen und Manifestationen der normalen Trauer wurden erstmals von Lindemann (1944, zitiert nach Lammer, 2013, S. 152) beschrieben. In der untenstehenden Tabelle 2 wird die Lindemanns Aufzählung von normalen Trauerreaktionen dargestellt.

Tabelle 2. Normale Trauerreaktionen nach Lindemann (1944)

Gefühle	Verhaltensweisen
Traurigkeit	Überaktivität
Schuldgefühle	Rastlosigkeit
Aggressivität, Reizbarkeit, Feindseligkeit	Aktivitätshemmung oder Verlangsamung
Gedanken	Körperliche Empfindungen
Gedankenkreisen um den Verstorbenen	Atembeschwerden, Gefühl von
Ständige Beschäftigung mit	Kurzatmigkeit, seufzendes Atmen
Erinnerungen an den Verstorbenen	Kraftlosigkeit, Erschöpfung
Reale Dinge und Personen scheinen	Appetitlosigkeit, Mundtrockenheit
entfernt zu sein.	Verdauungsstörungen

Quelle: Lammer (2013, S. 152)

3.3.2 Komplizierte Trauerreaktion

Znoj (2004, S. 12) beschreibt die Unterschiede zwischen der einfachen und der komplizierten Trauerreaktion in folgenden vier Dimensionen: Verlauf, Symptomatik, physische Gesundheit und soziale Folgen. Der schematische Vergleich kann der unterstehenden Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3. Schematischer Vergleich zwischen einfacher und komplizierter Trauerreaktion nach Znoj (2004)

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
<i>Verlauf</i>	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	Starke, impulsive emotionale Reaktion wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Anpassung an die neue Wirklichkeit gelingt nicht.
<i>Symptome</i>	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panik-Attacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit.
<i>Gesundheit</i>	Langfristig keine gesundheitlichen Folgen.	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen.
<i>Soziale Folgen</i>	Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen.	Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbussen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung.

Quelle: Znoj (2004, S.12)

3.3.3 Pflegediagnosen

Die Pflegediagnose „*Erschwertes Trauern*“ wird von Doenges et al. (2013) wie folgt definiert: „eine Störung, die nach dem Tod einer Bezugsperson auftritt, bei der das Gefühl von Leid, das den Verlust begleitet, nicht die normativen Erwartungen erfüllt und sich in einer funktionellen Beeinträchtigung niederschlägt“ (ebd., S. 1155). Die Symptome und Ätiologie des erschwertes Trauerns können in der untenstehenden Tabelle 4 entnommen werden.

Tabelle 4. Ätiologie und Symptome erschwerter Trauer nach Doenges et al. (2013)

Ätiologie/Ursachen	Subjektive Symptome	Objektive Symptome
Tod einer Bezugsperson	Angst, Wutgefühle	Reduziertes Ausführen von Lebensrollen
Plötzlicher Tod einer Bezugsperson	Fehlende Akzeptanz des Todes	Andauerndes emotionales Leid
Emotionale Instabilität	Andauernde schmerzvolle Erinnerungen	Trennungsschmerz
Fehlende soziale Unterstützung	Schmerzvolle Gefühle über die verstorbene Person	Traumatisches Leid
Verlust eines bedeutsamen Objekts (z. B. Besitztümer, Arbeitsplatz, Status, das Zuhause, Teile und Prozesse des Körpers).	Gefühle des Unglaubens	Beschäftigung mit Gedanken an die verstorbene Person
	Selbstbeschuldigung	Sehnsucht nach der verstorbenen Person
	Fassungslosigkeit, sich benommen zu fühlen.	Selbstbeschuldigung
	Distanziertheit gegenüber anderen	Erlebte somatische Symptome der verstorbenen Person
	Sich leer zu fühlen	Person
	Sich schockiert zu fühlen	Grübeln
	Gefühle des Misstrauens	Trauervermeidung
	Fatigue	
	Geringes Mass an Intimität	
	Depression, Sehnsucht	

Eigene Darstellung

Für Doenges et al. (2013, S.1161) stellen die Ursachen einer erschwertes Trauer allgemeine Risikofaktoren für ein erschwertes Trauern dar.

3.1 Gesundheitliche Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Trauer

Laut Znoj (2004, S. 19) gehören zu den häufigsten psychischen Störungen einer Trauer Angststörungen, insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen (PTB), und Depression. Die Komorbiditätsrate für PTB liegt bei unerwarteten Verlusten zwischen 10 und 30 %, während die höchste Komorbidität zur Depression besteht.

Nach dem Verlust des Partners stellt der Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch ein weiteres Risiko für längerfristige gesundheitliche Folgeerkrankungen dar.

3.2 Bewältigungsformen

Bewältigung (Coping) umfasst laut Cohen & Wills (1995, S. 315) die Gesamtheit der Strategien und Verhaltensweisen, die der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen dient. Bei den Berner Bewältigungsformen nach Heim et al. (1998) wird zwischen kognitions-, emotions-, und handlungsorientierten Formen unterschieden. Tabelle 5 gibt einen Überblick über das Spektrum an Bewältigungsformen.

Tabelle 5. Berner Bewältigungsformen nach Heim et al. (1998)

Kognitionsbezogen	Emotionsbezogen	Handlungsbezogen
Ablenken	Emotionale Entlastung	Ablenkendes Anpacken
Akzeptieren	Isolieren	Aktives Vermeiden
Verdrängen	Resignieren	Kompensation
Verharmlosen	Schuld zuweisen	Konzentrierte
Humor	Wut ausleben	Entspannung
Relativieren	Optimismus	Sozialer Rückzug
Religiosität		Solidarisieren
Sinngebung		
Rumifizieren		

3.3 Das Konzept Evidence-based Nursing (EBN)

Für Rycroft-Malone et al. (2004, S 83) ist die EBN eine Denk- und Arbeitsrichtung, mittels deren problem- und handlungsorientiert von einer konkreten Praxissituation ausgegangen wird. Pflegerische Entscheidungen über die geeigneten Interventionen stützen sich auf vier Wissensquellen: Forschung, klinische Expertise der Pflegenden sowie Präferenzen von Patienten und Umgebungsfaktoren (Abbildung 1).

Obwohl die Forschung eine wichtige Wissensquelle darstellt, kann die pflegerische Entscheidung nicht ohne die anderen Wissensquellen getroffen werden, um eine qualitativ hochwertige sowie effektive und effiziente Pflege zu gewährleisten.

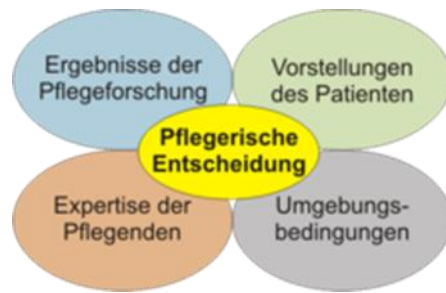


Abbildung 1: EBN-Modell nach Rycroft-Malone (2004)

Die **Forschung** ermöglicht, die aus Studien übertragbaren Ergebnisse in die pflegerische Praxis umzusetzen.

Die **klinische Expertise** umfasst das berufliche Wissen und die Erfahrung der Pflegenden, ist stark intuitiv geprägt und nicht auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt (Benner, Tanner & Chelse, 2009, S. 306).

Die Wissensquelle **Präferenzen von Patienten** umfasst patientenbezogene Informationen, die durch Befragung sowie Beobachtung von Patienten und ihren Angehörigen in Erfahrung gebracht werden.

Der **Kontext der Institution**, z. B. Pflegephilosophie, pflegerische Organisationsform, Form der Führung und die zur Verfügung stehenden Ressourcen stellen eine weitere Wissensquelle dar.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate der Literaturrecherche vorgestellt, die in einem weiteren Schritt in einen Bezug zur Literatur gestellt werden, und anschliessend anhand des EBN- Modells auf ihre Praxistauglichkeit hin, überprüft.

4.1 Vorstellung der Ergebnisstudien

Die systematisierte Literaturrecherche hat acht Forschungsarbeiten ergeben. Vier wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika und je eine in Kanada, Grossbritannien, Australien und der Schweiz durchgeführt. Es handelt sich dabei um drei quantitative Studien, vier qualitative Studien und eine Mixed-Method-Studie. Lediglich zwei Forschungsarbeiten sind auf Interventionen im Trauerprozess fokussiert. Nach einer umfassenden inhaltlichen Analyse der Studien werden die Ergebnisse in vier Kategorien unterteilt: soziale Unterstützung, Coping, Emotionen und Gesundheit. Tabelle 6 zeigt eine Übersicht über die einzelnen Studien, die im nachfolgenden Unterkapitel näher beschrieben werden. Eine detaillierte Würdigung dieser Forschungsarbeiten findet sich im Anhang 3.

Tabelle 6. Übersicht über die verwendeten Studien

Nr.	Referenz	Titel	Design	Evidenzlevel
1.	Jakobi, N. (2014) Schweiz	Psychosoziale Belastungen nach dem Tod von Nahestehenden	quantitativ Längsschnitt	1
2.	Heuberger & Wong (2014) USA	The association between depression, widowhood, and nutritional status in older adults.	quantitativ Querschnitt	1
3	O'Connor et al. (2003) Australien	Writing Therapy for the Bereaved: Evaluation of an Intervention	quantitativ RCT	1
4.	Stewart et al. (2001) Kanada	Promoting positive Affect and diminishing Loneliness of Widowed Seniors through a Support Intervention	Mixed – Method- Studie	1
5.	Anderson & Diamond (1995) USA	Experience of the bereavement in older adults	qualitativ Längsschnitt	1
6.	Costello & Kendrick (2000) Gross-Britannien	Grief and older people: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life	qualitativ ethnografische Studie	1
7.	Quandt et al. (2000) USA	Nutritional Self-Management of elderly widows in rural communities	qualitativ ethnografische Studie	1
8.	Jacob (1996) USA	The grief experience of older women whose husbands had hospice care	qualitativ	1

Anmerkung: Evidenzlevel nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009)

4.1.1 Soziale Unterstützung

Im Folgenden werden die Ergebnisse von Forschungsarbeiten beschrieben, die sich mit dem Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Trauerbewältigung befassen.

Dabei werden drei Formen von sozialen Unterstützungsleistungen beschrieben: emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung. Die emotionale Unterstützung umfasst affektive Zuwendung, Liebe, Respekt und Anerkennung, welche das Selbstvertrauen erhöhen. Die instrumentelle Unterstützung schliesst Dienstleistungen und praktische Problemlösungen ein, während die informationelle

Unterstützung guten Rat und Informationen bietet, welche die Handlungen der Trauernden begünstigen (Jakobi, 2014, S. 274).

Selbsthilfegruppe

Laut Stewart, Craig, MacPherson & Alexander (2001) erfolgt die Anpassung an das neue Leben nach dem Verlust des Partners im sozialen Kontext durch zwischenmenschliche Interaktionen, z. B. Austausch, Vergleich und Modelllernen. Die soziale Unterstützung nach dem Partnerverlust kann laut den genannten Autoren nicht nur durch das soziale Netz erfolgen, sondern auch durch andere Verwitwete und Fachpersonal. Die Autoren untersuchten in ihrer Längsschnittstudie unter anderem den Effekt einer Selbsthilfegruppe auf den sozialen Unterstützungsbedarf von verwitweten Frauen. Die Intervention hat eine positive Wirkung auf die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und auf den allgemeinen Unterstützungsbedarf. Die Beschreibung der Intervention kann der Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7. Intervention Selbsthilfegruppe nach Stewart et al. (2001)

Beschreibung	
Was	Selbsthilfegruppe
Wo	Ambulant
Wer	Die Gruppen wurden von einer Witwe und einer Fachperson geleitet. Die Witwe war seit mindestens zwei Jahren verwitwet und zeigte eine erfolgreiche Trauerbewältigung auf. Die Fachpersonen waren eine Public-Health-Fachperson, ein Sozialarbeiter und ein Seelsorger.
Wann	Wöchentliches Gruppentreffen für 1 bis 1.5 Stunden
Wie	Gesprächsthemen (vorrangige Bedürfnisse und relevante Themen) wurden per Gruppenentscheid gewählt.
Wie lang	Fünf Wochen

Eigene Darstellung

Soziale Netzwerke

Jakobi (2014) untersuchte in ihrer Längsschnittstudie die psychosozialen Belastungen nach dem Tod von Nahestehenden. Laut der Autorin stellt die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. Vereine oder Freundeskreis, insbesondere nach dem Tod eines Nahestehenden, eine Ressource von sozialen Beziehungen dar. Die emotionale und instrumentelle Unterstützung hat eine positive Auswirkung auf die Fähigkeit des Menschen, mit Belastungen umzugehen (ebd., S. 21). Die Studie zeigt,

dass die emotionale Unterstützung von Freunden eine Pufferfunktion im Prozess der Bewältigung von Verlusterfahrungen hat. Dieser Effekt wird auf eine Stärkung des Selbstbewusstseins und der sozialen Identität zurückgeführt. Laut Befunden der Studie reduziert daneben die externe soziale Integration in Form einer Mitgliedschaft in Vereinen die empfundenen psychosozialen Belastungen. Die Resultate geben auch einen Hinweis darauf, dass je höher das Unterstützungspotenzial von Verwandten und Nachbarn ist, desto stärker die von den Trauernden empfundenen psychosozialen Belastungen sind.

4.1.2 Coping

Im nachfolgenden Teil werden die Forschungsergebnisse von zwei Studien vorgestellt, deren Urheber sich mit dem Thema Coping befasst haben. Coping wird laut Lazarus & Folkman (1984, S. 141) in diesem Zusammenhang, als der Versuch Belastungssituationen zu meistern und damit fertig zu werden definiert.

Schreibtherapie

In ihrer Studie gehen O'Connor, Nikoletti, Kristjanson, Loh & Willcock (2003) von der Prämisse aus, dass die Schreibtherapie die Trauerbewältigung nach dem Verlust eines Nahestehenden unterstützen kann. Die Forscher untersuchten den Effekt eines Schreibworkshops auf die Intensität der Trauer, Gesundheit/Wohlbefinden und Selbstpflege nach dem Verlust eines Nahestehenden. Die schreibtherapeutische Intervention wird in der untenstehenden Tabelle 8 beschrieben.

Tabelle 8. Intervention Schreibworkshop nach O'Connor et al. (2003)

Beschreibung	
Was	Schreibworkshop
Wo	Ambulant
Wer	Der Workshop wurde von einem erfahrenen Schreibtrainer geleitet.
Wann	Nicht näher beschrieben
Wie	Die Untersuchungsteilnehmer wurden dabei unterstützt, ihre verlustbezogenen positiven und negativen Gedanken und Gefühle in schriftlicher Form mitzuteilen. Die Auswahl der Art der schriftlichen Ausdrucksform (Gedicht, Tagebuch, freie Erzählung) wurde den Teilnehmern überlassen. Das Geschriebene blieb privat. Es wurden kleine Pausen und ein Mittagessen angeboten.
Wie lang	Ein ganzer Tag

Eigene Darstellung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Intensität der Trauer unabhängig von der Intervention mit der Zeit abnimmt. Im Weiteren hat die Intervention keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und die Selbstpflege. Die Intervention wird von den Autoren trotzdem empfohlen, weil für die palliative Pflege jede Intervention, die zu einer Verbesserung der Selbstpflege beiträgt, als wertvoll zu betrachten ist.

Stressbewältigung

Anderson & Diamond (1995) interviewten 72 zuhause lebende Verwitwete mit dem Zweck, das Erleben des Verlusts des jeweiligen Partners in Erfahrung zu bringen. Unter der Kategorie „Coping“ wurden folgende Strategien beschrieben:

- 1) Sich beschäftigen, um sich von den Gedanken an den Verlust abzulenken.
Darunter wurden Aktivitäten wie Kirchenarbeit, körperliche Betätigung, die eigene Biografie zu schreiben, ein Familienstammbaum zu erstellen und Ausgehen mit der Familie oder Freunden beschrieben.
- 1) Sich zurückziehen, um über den Verlust zu reflektieren.
- 2) Mit anderen Verwitweten über ihre Trauer reden.
- 3) Religion und Gebet, vorwiegend bei den Menschen, die den Partner vor länger als einem Jahr verloren hatten.
- 4) Neue Fähigkeiten entwickeln. Männer, die z. B. nach dem Tod ihrer Partnerin die Haushaltsführung erlernt hatten, sprachen von einer erhöhten Selbstkompetenz.
- 5) Eine Bindung zum verlorenen Partner aufrechtzuerhalten. Die Wahrnehmung der Präsenz des Verstorbenen wird von den Trauernden damit, Trost zu finden, in Verbindung gebracht. Eine Teilnehmerin besuchte die Grabstätte ihres Ehemannes, um mit ihm zu sprechen (ebd., S. 312).

Aufgrund der zentralen Ergebnisse der Studie formulieren die Autoren folgende Empfehlungen für die pflegerische Praxis:

- In der Zeit der Krise sollten die Pflegenden den Trauernden das anbieten, was den Pflegeberuf ausmacht: für den Trauernden „da zu sein“. Die Bestätigung, dass das in Bezug auf den Verlust Empfundene normal ist, kann zu einer schnelleren Akzeptanz des Verlustes führen.

- Die Pflegenden sollten die älteren Verwitweten dazu motivieren, über ihre Gefühle zu sprechen und selbst für Gespräche offen zu sein.
- Trauernde ältere Menschen sollten über Sturzprävention informiert werden, weil sie während der Krise eine Risikogruppe für Stürze darstellen.
- Die Pflegenden sollten Empfehlungen bezüglich der Coping-Strategie „sich beschäftigen“ formulieren.
- Die Pflegenden sollten die Verwitweten beim Gebet oder beim Gespräch mit dem Verstorbenen unterstützen.
- Die Pflegenden sollten mögliche Probleme erkennen, wie Schwierigkeiten beim Kochen und dabei den Haushalt zu führen.

Jacob (1996) untersucht in einer qualitativen Studie den Umgang von sechs älteren Frauen mit dem Tod des Lebenspartners. Der Zweck der Studie ist, ein theoretisches Modell des Trauerprozesses bei älteren Frauen, deren Partner im Hospiz verstarb zu generieren. Aus der Datenanalyse leitet die Autorin folgende Copingstrategien ab:

- 1) Sich beschäftigen, um sich von der Realität des Verlusts des Partners abzulenken. Witwen berichteten über Freiwilligenarbeit, Gärtnern, Einkaufstouren und Kirchgang.
- 2) Sich mit Erinnerungen auseinandersetzen. Dazu haben einigen Witwen Spenden im Namen des Verstorbenen getätigt oder Porträts des Verstorbenen anfertigen lassen.

Fortbestehende Bindung

In ihrer Forschungsarbeit gehen Costello & Kendrick (2000) davon aus, dass eine erfolgreiche Trauerbewältigung nicht zwingend von dem emotionalen „Loslassen“ vom Verstorbenen abhängt. Die Studie gibt vielmehr Hinweise darauf, dass Verwitwete eine emotionale Beziehung zum verlorenen Partner durch die sogenannte innere Repräsentation des Verstorbenen aufrechterhalten.

Aus der Datenanalyse erarbeiten die Autoren drei Unterthemen:

- 1) Wahrgenommene emotionale Bindung. Alle Teilnehmer waren sich der Realität des Verlusts bewusst, äusserten aber, immer noch starke Gefühle für den Verstorbenen zu haben.

- 2) Einen Dialog mit dem Verstorbenen aufrechterhalten. Die Teilnehmerinnen beschrieben, dass sie Gespräche mit der inneren Repräsentation oder mit den Fotos des Verstorbenen führten.
- 3) Anwesenheit des Verstorbenen. Einige Witwen verspürten die Anwesenheit des Verstorbenen im Hause und gaben an, sich dabei wohlfühlen.

Die Autoren heben hervor, es sei für die Pflegenden in verschiedenen Settings notwendig, dass sie die Komplexität der Trauerreaktion bei älteren Menschen verstehen. In diesem Zusammenhang weisen sie auf die Gefahr hin, die Verbindung zum Verstorbenen fehlzuinterpretieren, wenn sie diese als pathologisch einstufen.

4.1.3 Emotionen

Im Folgenden werden die Forschungsergebnisse von drei Studien, die sich auf die emotionale Dimension der Trauer bei älteren Menschen nach dem Partnerverlust fokussieren, dargestellt.

Selbsthilfegruppe

Die Forschungsergebnisse von Stewart et al. (2001) zeigen, dass die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe Eigenschaften wie die Selbstkompetenz und das Selbstwertgefühl positiv beeinflusst (Interventionsbeschreibung siehe Tabelle 7). Die Teilnehmer beschreiben, dass ihnen die Selbsthilfegruppe zu einer positiveren Lebensanschauung verholfen hat. Die Intervention zeigt jedoch keine signifikante Wirkung auf die soziale und emotionale Einsamkeit sowie die Isolation, obwohl die Messungen diesbezüglich eine sinkende Tendenz aufzeigen. Wenngleich die Intervention keine signifikante Wirkung auf die Einsamkeit zeigt, äussern die Autoren folgende Empfehlungen für die pflegerische Praxis:

- Die Gemeindepflegenden sollten während der Interventionen die Zeit seit dem Verlust des Partners berücksichtigen. Die Teilnehmer in der in Bezug auf die Einsamkeit und Isolation erfolgreichsten Gruppe waren im Durchschnitt seit zwei Jahren verwitwet.
- Die Dauer der Intervention sollte sorgfältig überdacht werden, weil positive Auswirkungen erst nach mehreren Wochen sichtbar sind.

- Die Gemeindepflegenden können für sozial isolierten Menschen nach dem Verlust des Partners eine wichtige Rolle spielen, indem sie ihnen die Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen aufzeigen.

Einsamkeit und Isolation

Die ersten Reaktionen nach dem Verlust des Partners sind Schock und das „Nicht-wahrhaben-Wollen“, unabhängig von der Dauer der Krankheit oder davon, ob der Tod erwartet worden war oder nicht (Anderson & Diamond, 1995). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass in der Zeit der Krise wenige Trauernde Trost finden. Ein Jahr nach dem Verlust äussern einige Untersuchungsteilnehmer Einsamkeit und eine depressive Verstimmung. Einige Verwitwete berichten zwei Jahren nach dem Verlust über eine andauernde depressive Symptomatik und Einsamkeit. Während einer langjährigen Ehe sind die Rollen und Abhängigkeiten genau definiert. Viele wichtige Rollen wie Ehemann, Lebenspartner, „andere Hälfte“ oder Gefährte gehen mit dem Tod des Partners verloren.

Laut Jacob (1996) gehören Einsamkeit und die soziale Isolation zu den häufigsten Problemen der älteren Verwitweten. Ferner berichteten die Teilnehmer über das fehlende Verständnis der Familie für ihre Trauer. Aus diesem Grund fühlten sie sich besser von Freunden als von der Familie unterstützt. Aus dem Datenmaterial leitet die Autorin folgende Konsequenzen für die Praxis ab:

- Weil Einsamkeit und Isolation zu den Haupterfahrungen der Teilnehmer zählten, ist ein Angebot an sozialen Aktivitäten und Transportmöglichkeiten vonnöten.
- Die Interventionen zur Steigerung der Sozialisierung sollen nicht nur im ersten Jahr nach dem Verlust angeboten werden, sondern auch später, weil Menschen über eine längere Zeit trauern.

Für Costello & Kendrik (2000) ist die emotionale Isolation von den Verwitweten ein bedeutendes Thema. Aus der Datenanalyse geht hervor, dass verwitwete ältere Menschen in den ersten sechs Monaten nach dem Verlust eine Reihe von Emotionen wie Wut, Traurigkeit, Frustration, Schuld, Verzweiflung und Depression durchleben.

4.1.4 Gesundheit

Im Folgenden werden drei Studien vorgestellt, die sich mit den gesundheitsbezogenen Folgen der Trauerarbeit von älteren Menschen nach dem Verlust des Partners befasst haben.

Körperliche Symptome

Anderson & Diamond (1995) untersuchten in einer longitudinalen Studie die Erfahrungen von älteren Menschen nach dem Verlust des Partners über eine Zeitspanne von zwei Jahren. Aufgrund des Alters zeigten die Verwitweten zahlreiche körperliche Symptome, die allerdings überwiegend auf vorbestehende chronische Krankheiten zurückzuführen waren. In den ersten zwei Monaten nach dem Verlust wurde über Symptome wie Appetitlosigkeit, Nausea, Schlafstörungen, Energielosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzrasen und Fatigue berichtet. Die Autoren gehen davon aus, dass Angst und die depressiven Symptome im direkten Zusammenhang mit der Trauer stehen, zumal sie vorwiegend in den ersten sechs Monaten der Trauer beschrieben wurden. Sechs Monaten nach dem Verlust wurde von einigen Untersuchungsteilnehmern über eine andauernde Anspannung berichtet, welche mit Beruhigungsmitteln behandelt wurde. Andere Hinterbliebene berichteten von Sturzereignissen. Zwei Jahren nach dem Verlust beschrieben die Verwitweten Symptome von chronischen Leiden, erhöhte Gebrechlichkeit, Appetitlosigkeit und Fatigue. Alle anderen Symptome waren zum Zeitpunkt von zwei Jahren seit dem Verlust des Partners verschwunden.

Ernährung

Heuberger & Wong (2014) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Depression, dem Verlust des Partners und dem Ernährungszustand bei älteren Menschen. Die Autoren gingen davon aus, dass der Verlust des Partners mit einem hohen Risiko für Depression einhergeht. Die Depression im Alter kann wiederum die Ernährungssituation negativ beeinflussen. Die gesunkene Motivation Lebensmittel zu beschaffen, zu kochen und zu essen kann mit der Zeit zu Mangelernährung und Gewichtsreduktion führen. Darüber hinaus ist eine Gewichtsabnahme bei älteren Menschen mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden. Zentrale Ergebnisse der Studie zeigen einen signifikanten Unterschied bei der Kalorieneinnahme zwischen

Verwitweten und Verheirateten. Ferner zeigen die Ergebnisse auf, dass die Lieferung von Mahlzeiten oder Essen in der Gemeinschaft keinen positiven Einfluss auf die Nährstoffaufnahme hat.

Quandt et al. (2000) untersuchten in ihrer Studie die Gründe, warum Verwitwung einen Risikofaktor für Mangelernährung darstellt. Die Autoren gehen davon aus, dass biologische und soziale Veränderungen im Alter das Risiko einer unzureichenden Ernährung verstärken. Zahnprobleme, die reduzierte Aufnahmefähigkeit von Nährstoffen und Polymedikation erachten die Autoren als biologische Dimensionen des Risikos einer Mangelernährung. Allein zu leben, ein reduziertes Einkommen, reduzierte Mobilität, Einsamkeit, Isolation und Depression werden als bedeutsame soziale Dimensionen der Mangelernährung dargestellt. Laut Quandt et al. (2000) besteht das Selbstmanagement bezüglich der Ernährung aus drei Hauptaufgaben: Nahrungsmittel zu beschaffen, Mahlzeiten zuzubereiten und zu konsumieren sowie Nahrungsmittel zu lagern. Aus der Datenanalyse geht hervor, dass nach dem Verlust des Partners einige Veränderungen im Selbstmanagement bezüglich der Ernährung stattfinden:

- 1) Bezüglich der Lebensmittelbeschaffung berichteten einige Witwen, die eingeschränkt mobil waren oder keinen Wagen fahren konnten, dass sie auf Fremdhilfe angewiesen waren. Auf die Unterstützung von den Kindern zurückzugreifen war nur dann möglich, wenn sie in der Nähe wohnten.
- 2) Bezüglich der Zubereitung der Mahlzeiten wurde von reduzierter Frequenz und Menge sowie einer anderen Art der Mahlzeiten berichtet. Es wurden mehr vorgefertigte Mahlzeiten und Snacks konsumiert und Mahlzeiten übersprungen. Einige Untersuchungsteilnehmer kochten hingegen grosse Mengen an Esswaren und verzerrten dann zu jeder Mahlzeit dasselbe.
- 3) Bezüglich der Lagerung von Nahrungsmitteln berichteten vor allem Verwitwete mit gesundheitlichen Problemen, das Einmachen und Tiefkühlen von Esswaren eingestellt zu haben.

5. Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen, welche in einem weiteren Schritt in Bezug zur Theorie und zur Literatur gestellt werden.

5.1 Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen

Die Literaturrecherche hat sich als grosse Herausforderung herausgestellt - aus dem Grund, dass sich die Literatur vorrangig mit dem Trauerprozess von Menschen *unter* 65 Jahren befasst. Die Studie von Jakobi (2014) wurde ausgewählt, obwohl sie sich allgemein auf den Verlust eines Nahestehenden ab 18 Jahren bezieht, weil das Alter gemäss den Befunden der Studie keinen Effekt auf die von Hinterbliebenen empfundenen sozialen Belastungen hat. Obwohl sie sich auf den Verlust eines Nahestehenden bezieht, wurde die Studie von O'Connor et al. (2003) ausgewählt, weil die Mehrheit (75,4 %) der Teilnehmer den Verlust des Partners erlitten hat.

Die kritische Beurteilung der Forschungsarbeiten hat ergeben, dass einige Schwachstellen vorhanden sind, welche bei der Verwendung der Resultate zu berücksichtigen sind.

Von den acht vorliegend berücksichtigten Studien haben lediglich drei explizit Forschungsfragen formuliert (Jakobi, 2014; O'Connor et al., 2003 und Jacob, 1996). Auch konnte der jeweilige Forschungszweck nur bei vier Studien explizit dem Text entnommen werden (Anderson & Diamond, 1995; Costello & Kendrick, 2000; Quandt et al., 2000 und Jacob, 1996).

Die Stichproben bei O'Connor et al. (2003) sowie Anderson & Diamond (1995) sind eher klein gewählt.

Lediglich zwei Studien haben explizit eine Zustimmung der Untersuchungsteilnehmer und eine Genehmigung des ethischen Komitees erwähnt (Heuberger & Wong, 2014; Costello & Kendrick, 2000).

In den Studien mit einem quantitativen Forschungsansatz werden unvollständige Angaben zu den Messinstrumenten vorgenommen. Heuberger & Wong (2014) deklarieren lediglich die Validität und Reliabilität von zwei von drei Messinstrumenten. Jakobi (2014) machte dazu keine Angaben.

Aufgrund der sekundären Analyse der Daten konnten in der Studie von Jakobi (2014) die Dichte und Reziprozität der Beziehungen nicht berücksichtigt werden. Die wichtige Variable „Verlustkategorie“ fehlt somit in der Statistik.

Bei O'Connor et al. (2003) wurden die Studienteilnehmer bezüglich der Gruppenzugehörigkeit nicht anonymisiert zugeordnet. Ferner konnten sich die Kontrollgruppe und die Interventionsgruppe durch die fehlende Raumtrennung während der Datenerhebung austauschen, was zu einer zusätzlichen Intervention in der Kontrollgruppe geführt hat. Die Teilnehmer der Studie von Stewart et al. (2001) wurden hingegen unterschiedlich grossen Gruppen zugeteilt.

Bei der Studie von Costello & Kendrick (2000) war der Befragende ein Trauerberater, der seine beratende Kompetenz während des Interviews eingesetzt hat. Dies kann in methodologischer Hinsicht zu einer Datenverfälschung geführt haben.

Eine Schwäche der Studie von Heuberger & Wong (2014) ist die fehlende Interpretation der Resultate in Bezug auf die Forschungshypothesen. Die Autoren nehmen hinsichtlich der Ergebnisse allein Bezug auf die aktuelle Literatur.

Güte der berücksichtigten Studien

Alle acht verwendeten Studien weisen einen geringen Evidenzgrad nach der 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) auf. Es wurden vier qualitative Studien gewählt, weil in der Pflegewissenschaft der qualitative Forschungsansatz für Fragen nach dem Erleben oder Erfahrungen von Patienten besonders geeignet ist (Behrens & Langer, 2010).

5.2 Herstellung eines Bezugs der Ergebnisse zur Theorie

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet wie folgt: Wie können Spitex-Pflegende den Bewältigungsprozess nach dem Partnerverlust bei ambulanten älteren Patienten unterstützen?

An dieser Stelle sei angemerkt, dass diese Arbeit auf der Grundlage der Komplexität des Phänomens Trauer und mit dem begrenzten Rahmen einer Bachelorarbeit, keinen Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich der Beantwortung der Fragestellung erhebt. Dennoch wurden aus der systematisierten Literaturrecherche Ansätze wie

soziale Unterstützung, Coping, Emotionen und Gesundheit abgeleitet, die eine Antwort auf die Fragestellung ermöglichen.

5.2.1 Soziale Unterstützung

Die Literatur gibt Hinweise darauf, dass soziale Unterstützung einen positiven Einfluss auf die Trauerbewältigung nach dem Partnerverlust hat.

Die Studie von Jakobi (2014) zeigt, dass die emotionale Unterstützung durch Freunde eine Schutzfunktion im Prozess der Bewältigung von Verlusterfahrungen aufweist. Das Ergebnis steht im Einklang mit der Theorie von Cohen & Wills (1985), die verdeutlicht, dass die Wahrnehmung der potenziellen Unterstützung von Freunden eine moderierende Rolle bezüglich der Stressbewältigung bei älteren Menschen spielt. Besonders in den ersten sechs Monaten nach dem Verlust, ist die Zufriedenheit mit der Unterstützung der Freunde umso grösser, je schneller sie für den Hinterbliebenen erreichbar sind (de Fries, Utz, Caserta & Lund, 2014). Auch gibt die Studie von Jakobi (2014) Hinweise darauf, dass das Unterstützungspotenzial von Verwandten und Nachbarn negativ mit den psychosozialen Belastungen korreliert. Laut einem Review von Martin-Matthews (2011) zu diesem Thema gab eine grosse Zahl von Verwitweten (20 %) keine Angehörigen als vertraute Personen an. Eine mögliche Erklärung liegt in der Form der Unterstützung: Die Angehörigen leisten nach dem Verlust des Partners instrumentelle Unterstützung, wobei sie im Hinblick auf ihre Interaktion mit dem Hinterbliebenen auf praktische Bedürfnisse und dessen zunehmende Abhängigkeit fokussieren. Freunden hingegen befriedigen durch ihre gemeinsamen Interessen und Erfahrungen sowie freiwilligen Treffen hauptsächlich die emotionalen Bedürfnisse der Hinterbliebenen (Martin-Matthews, 2011). In Übereinstimmung mit Bookwala, Marshall & Manning (2014) lenkt der Befund von Jakobi (2014) die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung von engen Freundschaften. Der positive Effekt solcher Freundschaften kann anhand von der Bindungstheorie von Bowlby (2006) erklärt werden. Die wechselseitige Bindung von Familie, Freunden und Gruppen in der Kindheit und im Erwachsenenalter sorgt demnach für Sicherheit. Eine mögliche Form, um Verluste zu bewältigen, ist folglich eine Bindung an andere Menschen zu suchen.

Die soziale Unterstützung nach dem Partnerverlust kann laut Stewart et al. (2001) auch in Form einer Teilnahme an Selbsthilfegruppen erfolgen. Die Befunde der Studie zeigen, dass die Partizipation an einer Selbsthilfegruppe einen positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl und die Selbstkompetenz hat. Die Stresstheorie von Lazarus & Folkman (1984) beschreibt, dass ein hohes Selbstwertgefühl und eine ausgeprägte Selbstkompetenz in Stress auslösenden Situationen wichtige innere Bewältigungsressourcen darstellen. Diese Ergebnisse werden von der Studie von Caserta & Lund (1993) bestätigt, wo das Selbstwertgefühl, die Selbstkompetenz und die Zufriedenheit mit dem Leben eine wichtige Rolle spielen. In einer über 200 Selbsthilfegruppen in der Schweiz geführten Studie stellten StremLOW, Gysel, Mey & Voll (2004) fest, dass die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe die soziale Isolation verringert und zu einer Erweiterung des sozialen Netzwerks beiträgt.

Zusammenfassend verweisen die Ergebnisse darauf, dass ein gut funktionierendes ausserfamiliäres soziales Netzwerk und die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Menschen eine präventive Funktion für eine erschwerte Trauer haben.

5.2.2 Coping

Die von O'Connor et al. (2003) angewendete schreibtherapeutische Intervention zeigt trotz des positiven Trends bei der Selbstpflege keine signifikante Wirkung auf. Im Gegensatz dazu weist die Studie von Furnes & Dysvik (2010) darauf hin, dass die Schreibtherapie die Traurigkeit durch emotionale Öffnung sowie die sprachliche Verknüpfung von Fakten und Emotionen mildert. Die Schreibtherapie kann an die emotionsbezogene Bewältigungsform „emotionale Entlastung“ im Sinne der von Heim (1998) gedachten Bedeutung angeknüpft werden.

Sich zurückziehen, um über den Verlust zu reflektieren sowie Religion und Gebet werden in den Studien von Anderson & Diamond (1995) und Jacob (1996) beschrieben. Diese Ergebnisse decken sich mit den kognitionsbezogenen Bewältigungsformen von Heim (1998), die unter anderem Sinngebung, Religion und Ablenken umfassen. Die Review von Wortmann & Park (2008, S. 724) bestätigt die Wirksamkeit des Glaubens für den bereits Gläubigen nach dem Verlust des Partners im Sinne der Sinngebung.

Neue Fertigkeiten (z. B. kochen) zu erlernen und sich zu beschäftigen sind viel beschriebene Coping-Strategien in den Studien von Anderson & Diamond (1995) und Jacob (1996). Die Ergebnisse decken sich mit den handlungsbezogenen Bewältigungsformen von Heim (1998).

Eine erfolgreiche Trauerbewältigung hängt nicht zwingend vom emotionalen „Loslassen“ ab. Die Studienresultate von Costello & Kendrick (2000) sowie Anderson & Diamond (1995) weisen darauf hin, dass durch die innere Repräsentation des Verstorbenen über den Tod hinaus eine Bindung zum geliebten Menschen besteht. Viele Hinterbliebenen finden Trost, indem sie das Gefühl der Anwesenheit des Verstorbenen spüren und einen Dialog mit seiner inneren Repräsentation aufrechterhalten. Dies bestätigt die Studie von Epstein, Kalus & Berger (2006), die folgende drei Hauptaspekte einer fortbestehenden Bindung identifiziert hat: a) die Präsenz der Verstorbenen wahrzunehmen, b) mit dem Verstorbenen zu kommunizieren und c) sich nach dem Verstorbenen zu sehnen. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit dem Continuing-Bonds-Modell von Klas et al. (1996) das besagt, dass andauernde emotionale Bindung zum Verstorbenen den Überlebenden dazu befähigt, auf neue emotionale Bindungen einzugehen.

5.2.3 Emotionen

Zu den Hauptergebnissen der Studien von Anderson & Diamond (1995), Jacob (1996) sowie Costello & Kendrick (2000) gehören die emotionale Einsamkeit, Isolation und Depression. Die Befunde werden von der Studie von Höpflinger, Spahni & Perrig-Chiello (2013) bestätigt, wonach Schweizer Verwitwete die emotionale Einsamkeit 30 Jahre nach dem Verlust weiterhin als negative Folge der Verwitwung beschreiben.

5.2.4 Gesundheit

Anderson & Diamond (1995) beschreiben, dass viele Verwitwete in den ersten sechs Monaten nach dem Verlust über Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Energielosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzrasen oder Fatigue berichten. Diese Befunde decken sich mit den im Sinne von Lindemann (1944) beschriebenen normalen Trauerreaktionen und den Studienresultaten von Stahl & Schulz (2014). Trauer und

depressive Reaktionen können laut den Autoren aufgrund mangelnder Motivation, somatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopf- und Brustschmerzen verursachen sowie die Aktivitäten des täglichen Lebens und das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen. An die Ergebnisse, dass einige Verwitwete zwei Jahren nach dem Verlust weiterhin über Symptome von erhöhter Gebrechlichkeit, Appetitlosigkeit und Fatigue berichten, kann die Möglichkeit, eine Pflegediagnose zu stellen, so wie im Theorieteil angesprochen angeknüpft werden.

Die Studienresultate von Heuberger & Wong (2014) sowie Quandt et al. (2000) zeigten dass ältere verwitwete Menschen, die noch zuhause wohnen, für Mangelernährung besonders gefährdet sind. Laut Stahl & Schulz (2014, S. 743), ist der Partnerverlust mit einer beeinträchtigten Nahrungsqualität (zu wenig Obst und Gemüse, zu viel Fett) und einem veränderten Essverhalten (allein essen, Auslassen von Mahlzeiten, abwechslungsarme Ernährung) verbunden. Nach dem Verlust des Partners verlieren auch das Zubereiten und der Verzehr der Mahlzeiten an Wichtigkeit. Ein ungewollter Gewichtsverlust und ein geringer Body-Mass-Index sind besonders im ersten Jahr nach dem Verlust die Folge (Stahl & Schulz, 2014, S. 746). Bezüglich nachhause gelieferter Mahlzeiten und Essen in Gesellschaft zeigten die Ergebnisse der Studie von Heuberger & Wong (2014) keinen Effekt auf die Nährstoffaufnahme. Die Resultate widersprechen der Studie von Gollub (2004), wonach Mahlzeitendienste einen positiven Effekt auf die gesunde und abwechslungsreiche Ernährung zeigen.

6. Praxistransfer

Die Übertragung der Studienergebnisse der in dieser Arbeit besprochenen Studien in die Pflegepraxis sollte mit Sorgfalt erfolgen, weil die Mehrheit der Studien nicht im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurde. Obwohl die strukturellen Unterschiede eine Umsetzung in der Praxis erschweren, ergeben sich die nachfolgend dargestellten Interventionsansätze für die Unterstützung von älteren Menschen in ihrem Bewältigungsprozess nach dem Verlust des Partners. Auf der Grundlage des Modells der EBN von Rycroft-Malone (2004) werden die Interventionsansätze auf ihre Umsetzbarkeit hin geprüft.

6.1 Soziale Unterstützung

Die Studienergebnisse von Stewart et al. (2001) zeigen einen signifikanten Effekt von Selbsthilfegruppen bei der Trauerbewältigung. Die klinische Expertise unseres Pflgeteams zeigt auch, dass die Beteiligung an einer Selbsthilfegruppe eine Erweiterung des sozialen Netzes mit sich bringt. Die Patientensicht wird von der Autorin nicht explizit erhoben, aber aus eigener Erfahrung im Austausch mit Klienten kann festgehalten werden, dass einige Klienten mit der Partizipation an einer Selbsthilfegruppe einverstanden wären. Schwierig könnte sich wiederum die regelmässige Beteiligung der Verwitweten an entsprechenden Treffen gestalten, deswegen sollten die Treffen auf freiwilliger Basis und für eine unbegrenzte Zeit erfolgen. Um diese Intervention wie in der Studie beschrieben anzuwenden, müsste die Spitex selbst ihr Leistungsangebot erweitern. Dies erfordert ein Projekt im Rahmen der Gemeinde. Während organisatorische Aspekte, wie die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten und Personal, keine bedeutenden Schwierigkeiten bereiten sollten, sind vor allem die finanziellen Aspekte, z. B. Raummiete und Personallohn zu bewältigen. Die Intervention kann wie in der Tabelle 9 gezeigt gestaltet werden.

Tabelle 9. Intervention Selbsthilfegruppe

Beschreibung	
Was	Selbsthilfegruppe
Wer	Die Gruppen werden von einer verwitweten älteren Person und einer erfahrenen Pflegefachperson geleitet. Die verwitwete Person sollte seit mindestens zwei Jahren verwitwet sein und eine erfolgreiche Trauerbewältigung aufzeigen.
Wo	Spitex-Räumlichkeiten
Wann	Wöchentliches Gruppentreffen für 1 bis 1.5 Stunden
Wie	Gesprächsthemen (vorrangige Bedürfnisse und relevanten Themen) werden per Gruppenentscheid gewählt.
Wie lang	Unbegrenzt

Eigene Darstellung

Eine Alternative bietet der im Kanton Aargau seit einigen Jahren vorhandene Trauertreff, ein Angebot des Aargauer Hospizvereins. Dieser Treff wird von betroffenen Frauen, die ein Trauerseminar besucht haben, geleitet, findet zweimal im Monat statt und dauert pro Treffen etwa zwei Stunden.

Weil Freundschaften und Mitgliedschaft in Vereinen einen signifikant positiven Effekt auf die psychosozialen Belastungen haben, ergibt sich aus der Studie von Jakobi (2014) folgende Empfehlung für die Prävention in der Praxis: die Motivation der Verwitweten ihre soziale Netze beizubehalten, zu fördern. Die Mitgliedschaft in Vereinen trägt dazu bei, den physischen Zustand aufrechtzuerhalten und gleichzeitig weiter soziale Kontakte zu pflegen. Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Spitex-Pflegenden und Klienten bildet eine gute Ausgangslage für ein Motivationsgespräch.

Weil Einsamkeit und Isolation zu den Haupterfahrungen nach dem Verlust des Partners zählen, ist ein Angebot sozialer Aktivitäten und von Transportmöglichkeiten im Rahmen der Gemeinden ist von grosser Bedeutung. Um weiterhin soziale Kontakte pflegen zu können, ist Mobilität gefragt. Es ist hilfreich, neben einer adäquaten Verkehrsinfrastruktur eine gute Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel zu haben. Für die Spitex-Pflegenden ist es wichtig, die Mobilität von verwitweten Menschen im höheren Alter in Erfahrung zu bringen, um sie bezüglich der Möglichkeit von Fahrdiensten kompetent zu beraten.

6.2 Coping

Die von O'Connor et al. (2003) empfohlene schreibtherapeutische Intervention (siehe Tabelle 8) kann nicht eins zu eins in die Spitex-Praxis übernommen werden. Dazu müsste die Spitex ihr Leistungsangebot erweitern, was ein grösseres Projekt im Rahmen der Gemeinde erfordert. Dabei spielen vor allem finanzielle und personelle Aspekte eine Rolle, z. B. Verfügbarkeit von Räumlichkeiten, Lokalmiete sowie Verfügbarkeit eines Schreibtherapeuten und seine Entlohnung. Im Kanton Aargau bieten kirchliche Institutionen regelmässig Schreibworkshops für Trauernde an, welche zwar alle von Schreibtherapeuten geleitet werden, aber unterschiedlich aufgebaut sind.

Es gibt keine beste Evidenz, welche die Schreibtherapie im hohen Alter als effektive Intervention bei der Trauerbewältigung beschreibt. Allerdings sind Experten, die sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt haben, der Meinung, dass die Schreibtherapie ein unterstützendes Mittel darstellt, um den seelischen Zustand eines Menschen zum Ausdruck zu bringen und zu verbessern (Pennebaker, 1996). Eine Alternative zum Schreibworkshop wäre das Führen eines Tagebuchs. Aus meiner reflektierten Praxis als Pflegefachfrau geht hervor, dass Tagebuchschreiben für die Trauernden eine Möglichkeit darstellt, um sich im Privaten mit dem eigenen Rhythmus und der subjektiv gewünschten Intensität mit den eigenen Sorgen und Ängste auseinanderzusetzen. Bezüglich der Klientenpräferenzen gibt es sicherlich Patienten, die einer Tagebuchführung zustimmen würden, zumal einige bereits vor dem Verlust ein Tagebuch geführt haben. Darüber hinaus ist die Intervention kostengünstig, kann jederzeit zuhause durchgeführt werden und erfordert keine besonderen Schreibfähigkeiten. Aus diesen Gründen ist die Tagebuchführung für die Spitex-Praxis empfehlenswert. Für die Pflegenden ist es wichtig, anhand der Frequenz und der Zahl der niedergeschriebenen negativen Gedanken und Gefühle zu erkennen, ob weitere Interventionen oder sogar eine ärztliche Behandlung zu empfehlen sind.

In den Ergebnisstudien werden weitere Empfehlungen bezüglich der sozialen Unterstützung der älteren Verwitweten gemacht:

- Die Pflegenden sollen die Trauernden bei der Religionsausübung und beim Gebet unterstützen.
- Die Pflegenden sollen Empfehlungen bezüglich der Coping-Strategie „sich beschäftigen“ formulieren wie Freiwilligenarbeit, Gärtnern, Einkaufstouren und Kirchgang.
- Gespräche mit dem Verstorbenen und die Bindung an Objekte, die dem Verstorbenen gehört haben, sollen die Pflegenden nicht als pathologisch einstufen, sondern als normal anerkennen. Es ist wichtig für die Spitex-Pflegenden verschiedene Trauermodelle zu kennen, weil im Zusammenhang mit der fortbestehenden Bindung zum Verstorbenen die Gefahr einer Fehlinterpretation besteht.

6.3 Emotionen

Die Pflegenden können Trauernden das anbieten, was den Pflegeberuf ausmacht: einfach für sie „da zu sein“. Die Bestätigung, dass das Empfundene normal ist, soll die Trauernden dabei unterstützen, ihre Reaktionen einzuordnen, was mit einer erhöhten Akzeptanz des Verlustes in Verbindung steht.

Die Pflegenden sollten die älteren Verwitweten längerfristig dazu motivieren, Emotionen zuzulassen, über ihre Gefühle zu sprechen und selbst für Gespräche offen zu sein.

In den verwendeten Studien heben die Autoren in ihrer Rolle als Experten hervor, es sei für die Pflegenden in unterschiedlichen Settings notwendig, dass sie die Komplexität der Trauerreaktion bei älteren Menschen verstehen. In diesem Zusammenhang weisen sie auf die Notwendigkeit hin, die behandlungsbedürftigen Reaktionen zu erkennen und die Trauernden in dem Fall zur weiteren Abklärung an ihren Hausarzt zu verweisen.

6.4 Gesundheit

Die Ergebnisstudien weisen auf die Notwendigkeit der Unterstützung von älteren, zuhause wohnenden älteren Verwitweten beim Nahrungsmanagement hin. Um eine Entlastung im Bereich der Nahrungsbeschaffung, -zubereitung und -sicherung zu erreichen, sollten die Spitex-Pflegenden Ersteren die Möglichkeit von

Mahlzeitendiensten unterbreiten. Dabei sollten die Schwierigkeiten bei der Essensbestellung und finanzielle Aspekte berücksichtigt werden. Im Kanton Aargau liefern Pro Senectute sowie manche Altersheime und Restaurants Mittagsmahlzeiten. Die Menüs sind vielseitig, ausgewogen und werden von einer Ernährungsfachperson zusammengestellt. Im Spitex-Setting ist diese Intervention durchaus empfehlenswert.

Weil viele ältere allein lebende verwitwete Menschen aufgrund ihrer physischen und psychischen Einschränkungen regelmässige Spitex-Leistungen benötigen, ist es eine Aufgabe der Pflegenden präventive Massnahmen gegen Unterernährung zu ergreifen, z. B. auf die Regelmässigkeit der Mahlzeiteneinnahme zu achten. Das zusätzliche Zubereiten oder Richten des Frühstücks und des Abendessens stellt lediglich eine Erweiterung der Pflegeleistungen dar. Die Intervention ist gut durchführbar unter Berücksichtigung der Präferenzen der Klienten und der vor Ort vorhandenen Nahrungsmittel.

Im Hinblick auf die Zielsetzung dieser Arbeit lassen sich zusammenfassend Empfehlungen für die Praxis ableiten, die der unten stehenden Tabelle 10 zu entnehmen sind.

Tabelle 10. Empfehlungen für die Spitex-Praxis

Kategorie	Empfehlungen
Soziale Unterstützung	<p>Verwitwete auf ausserfamiliäre Sozialbeziehungen zu Freunden, in Vereinen und Selbsthilfegruppen ansprechen.</p> <p>Beraten bezüglich der vorhandenen Mobilitätserhaltungsangebote.</p>
Bewältigung	<p>Zum Schreiben eines Tagebuchs motivieren.</p> <p>Die Möglichkeit der Beteiligung an Schreibworkshops unterbreiten.</p> <p>Die Pflegenden sollen die Trauernden bei der Religionsausübung und dem Gebet unterstützen.</p> <p>Empfehlungen bezüglich der Coping-Strategie „sich beschäftigen“ formulieren wie z. B. Freiwilligenarbeit, Gärtnern, Einkaufstouren und Kirchgang.</p> <p>Gespräche mit dem Verstorbenen und die Bindung an Objekte als normal anerkennen.</p>
Emotionen	<p>Da sein für den Trauernden, bestätigen, dass das in Bezug auf den Verlust Empfundene normal ist.</p> <p>Die Pflegenden sollten die Verwitweten dazu motivieren, Emotionen zuzulassen, über ihre Gefühle zu sprechen und selbst für Gespräche offen zu sein.</p> <p>Die Pflegenden sollten früh erkennen, wenn eine behandlungsbedürftige Trauerreaktion vorliegt.</p>
Gesundheit	<p>Die Verwitweten vor allem in den ersten sechs Monaten nach dem Verlust auf die erhöhte Sturzgefahr hinweisen.</p> <p>Schwierigkeiten beim Kochen und der Haushaltführung erkennen.</p> <p>Auf die Möglichkeit von Mahlzeitendiensten hinweisen.</p> <p>Auf die Regelmässigkeit der Mahlzeiten achten.</p> <p>Frühstück und Abendessen richten oder zubereiten.</p>

Eigene Darstellung

6.5 Schlussfolgerung

Insgesamt hat sich die Suche nach geeigneter Literatur zur Beantwortung der im Kapitel 3.1 erwähnten Fragestellung der vorliegenden Arbeit als schwierig gestaltet, zumal hierzu kaum Forschungsergebnisse vorliegen. Das Lesen der englischsprachigen Studien war trotz guter Englischkenntnisse eine schwierige Aufgabe. Besonders zeitaufwendig war die kritische Analyse der Studien, denn vielfach enthielten sie zu wenig Angaben zu den Studien.

Die Bearbeitung der Literaturergebnisse hat einerseits die Multidimensionalität des Phänomens Trauer und andererseits seine Individualität aufgezeigt, weil jeder anders trauert. Das Aufrechterhalten von Beziehungen zum bestehenden Freundeskreis sowie Beteiligung an Vereinen und Selbsthilfegruppen hat eine präventive Wirkung bezüglich erschwerter Trauer. Das Anerkennen des Erlebten und eine gesunde Ernährung sind Ansätze zur Unterstützung von älteren Verwitweten im ambulanten Setting. Um ältere Menschen hilfreich zu unterstützen, ist ein tiefes Verständnis der seelischen, körperlichen, verhaltensbezogenen und sozialen Konsequenzen des Partnerverlusts im höheren Alter unerlässlich. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist es eine regelmässige Personalschulung von grösster Wichtigkeit.

Der Trauerprozess wird von Faktoren wie Kultur, Persönlichkeit und Geschlecht beeinflusst. Für die weitere Forschung stellt sich einerseits die Frage, wie die einzelnen genannten Faktoren und andererseits wie die Interaktion dieser Faktoren die Trauerbewältigung beeinflusst.

Aus der Sicht der Pflegenden wäre es interessant, in einer zukünftigen Arbeit in Erfahrung zu bringen, was Spitex-Pflegende für Eigenschaften, Fähigkeiten und Ressourcen brauchen, um ältere Menschen nach dem Verlust des Partners kompetent zu betreuen.

Literaturverzeichnis

- Anderson, K. L. & Diamond, M. F. (1995). The experience of bereavement in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (2), 308-315. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22020308.x
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement, and Ethics* (second edition). New York: Springer.
- Bennett, K. M. (2005). Psychological wellbeing in later life: The longitudinal effects of marriage, widowhood and marital status change. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 280-284.
- Bonanno, G. A. & Kaltmann, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00062-3
- Bookwala, J., Marshall, K. I. & Manning, S. W. (2014). Who needs a friend? Marital status transitions and physical health outcomes in later life. *Health Psychol.* 33(6), 505-515. doi:10.1037/hea0000049
- Bowlby, J. (2006). *Verlust. Trauer und Depression*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2013). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter am Jahresende 2013. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch> am 24.09.2014
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2014). Atlas über das Leben nach 50. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch> am 10.10.2014
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer.
- Carr, D. & Jeffreys, J. S. (2011). Spousal Bereavement in Later Life. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer & G. F. Thornton (Hrsg.), *Grief and Bereavement in Contemporary Society. Bridging Research and Practice*, (81-92). New York: Routledge
- Caserta, M. S. & Lund, D. A. (1993). Intrapersonal resources and the effectiveness of self-help groups for bereaved older adults. *The Gerontologist*, 13, 619-629
- Cleiren, M. P. (1991). *Bereavement and Adaptation: A Comparative Study on the Aftermath of Death*. Washington: DSWO Press.

- Coelen, T. & Otto, H. (2008). *Grundbegriffe Ganztagsbildung*. Wiesbaden: Fachverlage GmbH.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Connant, R. D. (1996). Memories of the Death and Life of a Spouse: The Role of Images and Sense of Presence in Grief. In D. Klass, P. R. Silverman & S. L. Nickman (Hrsg.), *Continuing Bonds. New understandings of Grief* (S. 179-216). New York: Routledge.
- Costello, J. & Kendrick, K. (2000). Grief and older people: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1374-1382. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01625.x
- De Fries, B., Utz, R., Caserta, M. & Lund, D. (2014). Friend and Family Contact and Support in Early Widowhood. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 69(1), 75-84. doi:10.1093/geront/gbt078
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nurs*, 12(4), 99-101.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2013). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (4. Aufl). Bern: Huber.
- Epstein, R., Kalus, C. & Berger, M. (2006). The Continuing Bond of the Bereaved towards the Deceased and Adjustment to Loss. *Mortality*, 11(3), 253-269.
- Forstmeier, S. (2008). Schwierige Lebensereignisse, Trauer und ihre Bewältigung im Alter. Heruntergeladen von www.zfg.uzh.ch am 24.09.2014
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, 4(6), 288-301. Heruntergeladen von www.textlog.de am 25.09.2014
- Furnes, B. & Dysvik, E. (2010). A systematic writing program as a tool in the grief process: part I. *Patient Preference and Adherence*, 4, 425-431. doi:10.2147/PPA.SI486-4
- Gollub, E.A. & Weddle, D.O. (2004). Improvements in Nutritional Intake and Quality of Life among Frail Homebound Older Adults Receiving Home-Delivered

- Breakfast and Lunch. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 1227-1235. doi: 10.1016/j.jada.2004.05.204
- Heim, E. (1998). Krankheitsbewältigung. In U. Ackermann-Liebrich, B. Buddeberg et al. (Hrsg), *Psychosoziale Medizin* (S.483-504). Berlin: Springer.
- Heuberger, R. & Wong, H. (2014). The association between depression and widowhood and nutritional status in older adults. *Geriatric Nursing* 20, 1-6. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.06.011
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Jacob, S. (1996). The grief experience of older women whose husbands had hospice care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 280-286
- Jakobi, N. (2014). Psychosoziale Belastungen nach dem Tod von Nahestehenden. *Zeitschrift für Soziologie* 43(4), 272-285. Heruntergeladen von www.zfs-online.org am 24.09.2014
- Kast, V. (1982). Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuzverlag.
- Klass, D., Silverman, P. R. & Nickman, S. R. (1996). *Continuing Bonds. New Understandings of Grief*. New York: Taylor & Francis.
- Lammer, K. (2013). *Trauer verstehen – Formen, Erklärungen, Hilfen* (6. Auflage). Neunkirchen: Neunkirchener Verlagshaus.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Martin-Matthews, A. (2011). Revisiting Widowhood in Later Life: Changes in Patterns and Profiles, Advances in Research and Understanding. *Canada Journal of Aging* 30(3), 339-354.

- O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L. J., Loh, R. & Willcock, B. (2003). Writing Therapy for the Bereaved: Evaluation of an Intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 195-204. doi:10.1089/109662103764978443
- Pennebaker, J. (1996). *Opening up*. New York: Guilford.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (1994), 257 Auflage. Berlin; New York: de Gruyter.
- Quandt, S. A., McDonald, J., Arcury, T. A., Bell, R. A. & Vitolins, M. Z. (2000). Nutritional Self-Management of Elderly Widows in Rural Communities. *The Gerontologist*, 40(1), 86-96. doi:10.1093/geront/40.1.86
- Rozenzweig, A., Pridgerson, H., Miller, M. D. & Reynolds, C. F. (1997). Bereavement and late-life depression: grief and its complications in the elderly. *Annu Rev Med*, 48(4), 421–428. doi:10.1146/annurev.med.48.1.421
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 81-90.
- Shear, M. K., Zuckoff, A., & Frank, E. (2001). The syndrome of traumatic grief. *CNS Spectrums*, 6, 339–346.
- Spitex Verband Schweiz (2014). Das ist Spitex. Heruntergeladen von <http://www.spitex.ch/> am 28.11.2014
- Stahl, S. T. & Schulz, R. (2014). Changes in Routine Health Behaviors Following Late Life Bereavement: A systematic Review. *J Behav Med.*, 37(4), 736-755.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K. & Alexander, S. (2001). Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors through a Support Intervention. *Public Health Nursing*, 18(1), 54-63. Heruntergeladen von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db> am 4.11.2014
- Stoppe, G., Wiesli, U., Kohn, J., Schmutz, B. & Suter, E. (2009). Positionspapier Suizidprävention im Alter. Heruntergeladen von www.psychiatrie.ch/download.php?id=1488 am 24.09.2014
- Stremlow, J., Gysel, S., Mey, E. & Voll, P. (2004). „Es gibt Leute, die das Gleiche haben“. Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. Heruntergeladen von www.infostelle.ch/filedownload.html?cdid=1163&file=0 am 12.01.2015

- Wilcox, S., Evenson, K. R., Aragaki, A., Wassertheil-Smoller, S., Mouton, C. P. & Loevinger, B. L. (2003). The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The Women's Health Initiative. *Health Psychology, 22*(5), 513.
- World Health Organisation (2014), Definition of an older or elderly person.
Heruntergeladen von
www.who.int/entity/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/ am 24.09.2014
- Wortmann, J. H. & Park, C. L (2008). Religion and Spirituality in Adjustment Following Bereavement: An Integrative Review. *Death Studies, 32*(4), 703-736. doi:10.1080/07481180802289507
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer: Leitfaden für Therapeuten*. Göttingen: Hogrefe
- Znoj, H. (2012). *Trauer und Trauerbewältigung. Psychologische Konzepte im Wandel*. Stuttgart: Kohlhammer.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: EBN-Modell nach Rycroft-Malone (2004) 18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Keywords nach einzelnen Aspekten eingeteilt 8
Tabelle 2. Normale Trauerreaktionen nach Lindemann (1944) 15
Tabelle 3. Schematischer Vergleich zwischen einfacher und komplizierter
Trauerreaktion nach Znoj (2004) 15
Tabelle 4. Ätiologie und Symptome erschwerter Trauer nach Doenges et al. (2013) 16
Tabelle 5. Berner Bewältigungsformen nach Heim et al. (1998)..... 17
Tabelle 6. Übersicht über die verwendeten Studien 20
Tabelle 7. Intervention Selbsthilfegruppe nach Stewart et al. (2001)..... 21
Tabelle 8. Intervention Schreibworkshop nach O'Connor et al. (2003)..... 22
Tabelle 9. Intervention Selbsthilfegruppe 36
Tabelle 10. Empfehlungen für die Spitex-Praxis..... 40

Abkürzungsverzeichnis

Ebd.	→ebenda
vgl.	→vergleiche
z. B.	→zum Beispiel

Glossar

Behavioral	verhaltensbezogen
Ebd., ebenda	Wird in wissenschaftlichen Arbeiten in der Quellenangabe verwendet, wenn auf dieselbe direkt zuvor bereits angegebene Seite einer Veröffentlichung mehrmals verwiesen wird.
Flowchart	Flussdiagramm
Komorbidität	das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung.
Rumifizieren	grübeln

Manuela Ispasiu

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt haben.

Zuerst gebührt mein Dank meiner Begleitperson Frau Sara Häusermann, für ihre Unterstützung und Motivation.

Mein besonderer Dank gilt Frau Erika Schärer-Santschi für die Beantwortung meiner Fragen bezüglich des theoretischen Rahmens dieser Arbeit.

Vielen Dank!

Manuela Ispasiu

Eigenständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Winterthur, 31.03.2015

Manuela Ispasiu

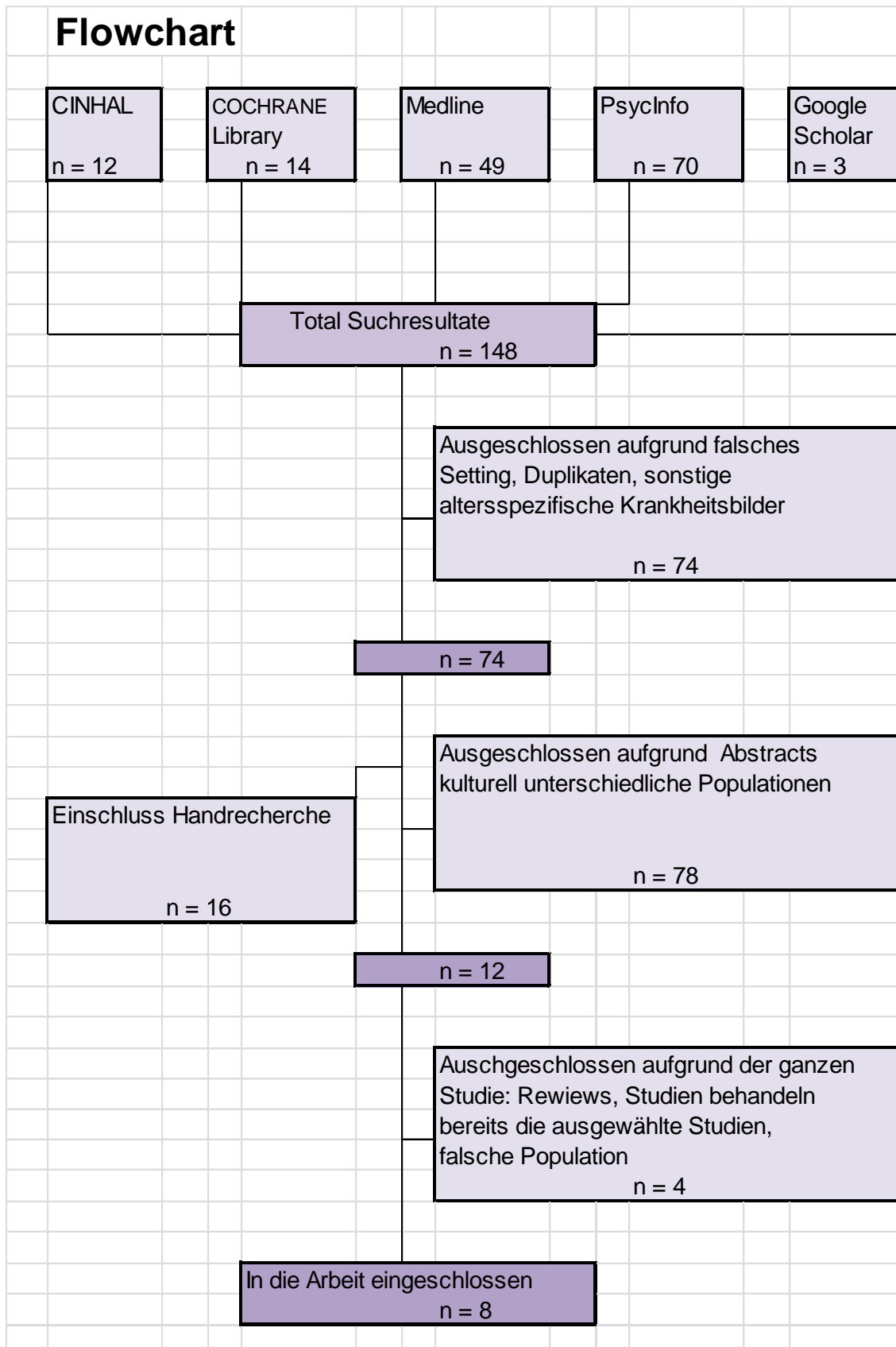
Anhang

Anhang 1: Wortzahl

Abstract: 196 Wörter

Arbeit: 7 991 Wörter

Anhang 2: Flowchart



Anhang 3: Beurteilung der Studien

Studie 1. Jakobi, N. (2014). Psychosoziale Belastungen nach dem Tod von Nahestehenden. *Zeitschrift für Soziologie* 43(4), 272-285. **Land:** Schweiz

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Die psychosozialen Belastungen, die nach dem Tod von Nahestehenden entstehen.</p> <p>Ziel der Studie: Herstellen einer Verbindung zwischen der soziologischen Netzwerk-Forschung und der sozialpsychologischen Trauer-und Stressforschung bezüglich des Themas: der Tod von Nahestehenden und seine psychosozialen Folgen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe stellt eine Ressource von sozialen Beziehungen dar. Es wird zwischen <i>starken Beziehungen</i> (Kontakte zu Familienmitglieder und engen Freunden), <i>schwachen Beziehungen</i> (zu Bekannten) und „<i>in between</i>“ <i>Beziehungen</i> (unregelmässige Interaktion) unterschieden. Die Bewältigung vom Tod eines Nahestehenden ist abhängig von sozialen Ressourcen. Es werden zwei Formen von sozialer Unterstützung unterschieden: <i>die emotionale Unterstützung</i> (durch Zuneigung, Liebe, Respekt, Verständnis) und <i>die instrumentelle Unterstützung</i> (Praktische Lösungen für Probleme). Die soziale Unterstützung hat eine positive Auswirkung auf die Stärkung des Selbstbewusstseins und die Fähigkeit, mit der Belastung umzugehen.</p> <p>Fragestellungen: -Welche Rolle spielen soziale Netzwerke für das Niveau der empfundenen psychosozialen Belastungen nach dem Tod von Nahestehenden? -Welchen Einfluss haben strukturelle Merkmale von Beziehungen auf das emotionale Unterstützungspotenzial?</p> <p>Hypothesen: <u>H1:</u> je geringer die Anzahl der engen Verwandten und Freunden, desto stärker sind die psychosozialen Belastungen nach dem Tod eines Nahestehenden. <u>H2:</u> je geringer die Anzahl der engen Beziehungen zu Kollegen, desto stärker sind die psychosozialen Belastungen. <u>H3:</u> je geringer das emotionale Unterstützungspotenzial von Freunden und Verwandten (<i>H:4</i>) vor Eintritt des kritischen Lebensereignisses, desto stärker sind die psychosozialen Belastungen. <u>H5:</u> die Beteiligung in Vereinen reduziert die psychosozialen Belastungen.</p> <p>Argumentation für den Forschungsbedarf: Die soziologische Netzwerkforschung nimmt bis jetzt keinen Bezug auf die psychologische Forschung zum Thema Belastung nach dem Tod von Nahestehenden. Die psychologische Forschung nimmt ihrerseits keinen Bezug auf die soziale Netzwerkforschung. Deswegen wird der Einfluss der Struktur von persönlichen Netzwerkbeziehungen der Trauernden oft ignoriert.</p>	<p>Design: Quantitative Längsschnittstudie basierend auf die gepoolten Daten des Schweizer Haushaltpanels (SHP) der Jahre 2000 bis 2008.</p> <p>Sample: Haushalte in den im letzten Jahr ein Haushaltsmitglied verstorben ist. N=25 242. Alter >18 Jahre. Die Stichprobe wurde per Zufall im Rahmen der SHP-Studie gezogen. <u>Einschluss-/Ausschlusskriterien:</u> „Ja“- Antwort auf die Frage: Ist seit letztem Interview eine Person gestorben, wo Ihnen nahe gestanden ist?</p> <p>Datenerhebung: Demografische Daten: Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregion durch ein jährlich durchgeführtes Interview in einer Zeitspanne von 8 Jahren.</p> <p>Messinstrumente: Skala von 0 bis 10, um die Stärke der psychosozialen Belastungen zu erfassen.</p> <p>Datenanalyse: Deskriptive Statistik: Regressionsanalyse mit Standardfehlern, Mittelwertvergleich (t-Test und ANOVA) Korrelationsanalysen (Pearson ' r) verwendet.</p> <p>Datenniveau: Nominal skalierte Daten für das Geschlecht und für die Sprachregionen. Intervall skalierte Daten für das Alter, den Bildungsstatus, die psychosozialen Belastungen und für die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung angewendet.</p> <p>Signifikanzniveau: p<0.05</p>	<p>Ergebnisse: Aus der Analyse der demografischen Daten ergaben folgenden Resultaten: - Die Zeitdauer nach dem Todesfall korreliert negativ mit den psychosozialen Belastungen. - Das Alter hat kein Effekt auf die psychosozialen Belastungen. <u>H1 + H2</u> wurden verworfen weil: Die Grösse der Netze von Verwandten, Freunden und Kollegen hat keinen Einfluss auf den Grad der psychosozialen Belastungen. Je enger die Beziehungen zu Nachbarn und Nachbarinnen, desto stärker sind die psychosozialen Belastungen. <u>H3</u> wurde angenommen weil: Je geringer das emotionale Unterstützungspotenzial von Freunden und Freundinnen vor dem Todesfall desto stärker sind die psychosozialen Belastungen. <u>H4</u> wurde verworfen weil Je höher das wahrgenommene emotionale Unterstützungspotenzial von Verwandten vor dem Ereigniseintritt, desto höher sind die psychosozialen Belastungen. <u>H5</u> wurde angenommen weil: Die Personen, die in Vereinen oder in anderen Gruppen vor dem Ereigniseintritt teilnahmen, sind weniger belastet.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: - Die emotionale Unterstützung von Freunden und Freundinnen hat eine Schutzfunktion, indem sie als Puffer psychosozialer Belastungen nach dem Tod eines Nahestehenden wirken. - Die externe soziale Integration in Form von Beteiligung an Vereinen ist ein bedeutender Einflussfaktor für die Stärke der Belastungen.</p>	<p>Fragestellungen und Hypothesen: Die Studie bestätigt die Schutzfunktion des emotionalen Unterstützungspotenzials von Freunden für die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen. Sie widerlegt die Annahme, dass jedwede Netzwerkbeziehung zu einer besseren Bewältigung von Todesfällen führt. Ein bisher wenig untersuchter Einflussfaktor in den psychologischen Trauerstudien ist die Bedeutung der externen sozialen Integration in Form von Beteiligung an Vereinen oder anderen Gruppen. Der Zusammenhang zwischen der nachbarlichen Unterstützung und das psychische Wohlbefinden von Verwitweten bedarf weiterer Forschung.</p> <p>Bedeutung für die Praxis und die weitere Forschung: Die Ergebnisse lenken die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit präventiver Interventionen.</p> <p>Empfehlungen: Es wird auf die Notwendigkeit einer Aufklärungskampagne, die die Hinterbliebenen (Angehörigen, Freunden) über die Wichtigkeit der zwischenmenschlichen Beziehungen informieren.</p> <p>Limitationen: Die Dichte und die Reziprozität der Beziehungen konnten nicht berücksichtigt werden. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten fehlt in der Statistik eine wichtige Variable „Verlustkategorie“, deswegen musste die Studie auf die Variable „Tod eines Haushaltsmitgliedes“ zurückgreifen.</p>

Würdigung der Studie 1.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfragen: Die Forschungsfragen und die Hypothesen sind klar formuliert.</p> <p>Bezug zur Literatur Argumentationsaufbau zur Herleitung der Fragestellung ist nachvollziehbar. Das Ziel der Studie ist klar formuliert. Der Themenkomplex wird detailliert und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Ethik: Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt.</p>	<p>Design: Passt, um Beziehungen zwischen mehreren Variablen innerhalb einer Gruppe zu untersuchen.</p> <p>Stichprobe: Passt zum ausgewählten Studiendesign.</p> <p>Datenerhebung: Ist für die Fragestellung nachvollziehbar. Die Daten wurden mehrmals erhoben.</p> <p>Datenvollständigkeit: Die Daten sind nicht vollständig. Es kann nicht eruiert werden, um welche Art Verlust sich handelt, weil die Kategorie Verlust, welche den Beziehungstyp darstellen soll, fehlt.</p> <p>Messinstrumente: Validität und Reliabilität der Messinstrumente ist nicht deklariert.</p> <p>Datenanalyse: Die Operationalisierung der Daten ist ausführlich beschrieben. Das statistische Verfahren wurde sinnvoll angewendet. Die verwendeten Tests entsprechen dem Datenniveau.</p> <p>Signifikanzniveau: Ist deklariert.</p>	<p>Die Bezugsnahme zu den Hypothesen ist gewährleistet und nachvollziehbar. Die Resultate sind sowohl in Tabellenform als auch in Textform detailliert und verständlich präsentiert. Die Tabellen sind übersichtlich, mit Fussnoten beschriftet und stellen eine gute Ergänzung zum Text dar.</p>	<p>Ergebnisse: Die Interpretation der Resultate ist umfassend und nachvollziehbar. Die Resultate werden in Bezug zur Forschungsfrage und zur Literatur gestellt.</p> <p>Umsetzung in die Praxis Ein Befund dieser Studie war, dass die psychosozialen Belastungen unabhängig vom Alter sind. Daher können die Ergebnisse auf die Population über 65 Jahren übertragen werden.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus

- + Die **externe Validität** ist hoch, weil die Studie im unkontrollierten Kontext durchgeführt worden ist. Die Forschungsergebnisse können, aufgrund der externen Validität, generalisiert werden.
- + Die Datenerhebung ist standardisiert und replizierbar, was die **Objektivität** der Studie begünstigt.
- Die **Validität und Reliabilität** der Messinstrumente ist unklar.
- **Die Objektivität** der Studie ist jedoch zu hinterfragen, wird das Fehlen der Verlustkategorie berücksichtigt. So bleibt es unklar, um welche Art von Verlustes sich handelt.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Niveau der S6 Pyramide, da es sich um eine Einzelstudie handelt.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Die verwitweten älteren Menschen stellen eine Risikogruppe für Unterernährung dar.</p> <p>Ziel der Studie: Das Ziel ist, den Zusammenhang zwischen Depression, Verwitwung und Ernährungszustand bei älteren Menschen zu untersuchen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Depression im Alter kann den Ernährungszustand negativ beeinflussen. Der Verlust eines Partners stellt ein hohes Risiko für Depression dar. Der Verlust von Motivation Esswaren einzukaufen, zu kochen und zu essen kann einen negativen Einfluss auf das Gewicht haben. Die Gewichtsabnahme ist bei älteren Menschen mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden.</p> <p>Fragestellung: Nicht formuliert.</p> <p>Hypothesen: <u>H1:</u> Ältere verwitwete- und ältere depressive Menschen weisen tieferen Kalorienennahmen auf als ihre peers, aber ältere Menschen, die verwitwet und depressiv sind, haben die tiefsten Kalorienennahmen. <u>H2:</u> Ältere verwitwete oder depressive Menschen weisen tieferen Nährstoffennahmen als ihre peers, aber ältere Menschen, die verwitwet und depressiv sind, haben die tiefsten Nährstoffennahmen. <u>H3:</u> Gemeinschaftsessen - und/oder heimgelieferte Mahlzeiten beeinflussen die Nährstoffennahme bei älteren Menschen, die verwitwet, depressiv oder beides sind.</p>	<p>Design: Querschnittstudie mit einer Studiengruppe.</p> <p>Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe <u>Setting:</u> zu Hause lebende Menschen, ländliche Region. <u>Beschreibung der Sample:</u> N=1065, Alter M= 75,5 Jahren, 34.5 % Männer, 65.4 % Frauen. Die Stichprobe wurde über Mund zu Mund Propaganda, Flyers, Inserate, Gemeindevereine rekrutiert. <u>Einschlusskriterien:</u> >60 Jahre; Fähigkeit ein Informed Consent zu liefern; Fähigkeit persönliche Angaben zuverlässig anzugeben; Bereitschaft mindestens 25 % der Fragen zu beantworten.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden demografische Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Ethnie, Zivilstatus, Bildung. Die inter-rater Reliabilität von Teilnehmern wurde zu Beginn der Studie untersucht. N=21 Teilnehmer wurden von unterschiedlichen Interviewern an verschiedenen Tagen befragt. Hinzu kamen die erhaltenen Informationen von Familienmitgliedern, Personal oder Pflegenden. Die Daten wurden über Interview erhoben.</p> <p>Messinstrumente: - FFQ (Food Frequency Questionnaire). Reliabilität = 0.77 - 24 HR (Food Intakte Recall). Reliabilität = 0.80 - MNA Mini Nutritional Assessment.</p> <p>Datenniveau: Die demografischen Daten sind nominal und ordinal skaliert. FFQ und MNA sind Intervall skaliert. Die 24HR Daten sind ordinal skaliert.</p> <p>Datenanalyse: Das SPSS-Programm wurde für die deskriptive Statistik verwendet. - Der t-Test für die Daten mit normaler Verteilung. - Die Spearmansche Rangkorrelation um Verbindungen zwischen den Variablen zu bestimmen. - Regressionsanalyse um Zusammenhänge zwischen Variablen festzustellen.</p> <p>Signifikanzniveau: p<0.05.</p> <p>Ethik: Ein Informed Consent wurde eingeholt. Die Studie wurde vom human Subjects Board und genehmigt.</p>	<p>Ergebnisse: Aus 1065 Teilnehmern 141 waren depressiv, 384 verwitwet und 67 depressiv und verwitwet. - Die depressiven älteren Menschen weisen eine tiefere Kalorienennahme auf als die nicht Depressiven. - signifikanter Unterschied in der Energieennahme zwischen den Verwitweten und ihre peers (p<0.02). - Gemeinschaftsessen und/oder Mahlzeitenlieferung haben keinen Einfluss auf die Nährstoffennahme.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: - Verwitwete weisen eine tiefere Energieennahme als ihre peers. Demzufolge ist diese Gruppe besonders gefährdet für Mangelernährung. - Die zu Hause gelieferten Mahlzeiten reduzieren nicht das Mangelernährungsrisiko.</p>	<p>Die Autoren interpretieren die Resultate wie folgt:</p> <p>Die Ergebnisse erhellen die Störungen in dem Ernährungsstatus im Zusammenhang mit der Depression und der Verwitwung bei älteren Menschen, die zu Hause wohnen.</p> <p>Die Studie bestätigt die Befunde der aktuellen Literatur bezüglich des negativen Einflusses von Verwitwung auf das Essverhalten. Folgender Befund widerspricht dem aktuellen Stand der Forschung: Die zu Hause gelieferten Mahlzeiten reduzieren nicht das Mangelernährungsrisiko.</p> <p>Bedeutung für die Praxis und die weitere Forschung: Pflegerische und Ernährungsberater können zur Ernährungsedukation von Verwitweten beitragen. Der Nährstoffinhalt der gelieferten Mahlzeiten und des Gemeinschaftsessens bedarf weiterer Forschung.</p> <p>Empfehlungen: Zusätzlich zum Assessment der Nahrungsaufnahme, ist es wichtig, das Gewicht von älteren Menschen zu überwachen, um frühzeitig Interventionen einzuleiten.</p> <p>Limitationen: Die Stichprobenziehung war nicht randomisiert. Die Ethnie, die Religion und die geografische Lage kann eine Quelle für Bias bezüglich Antworten sein. Die Schwierigkeiten, sich an die eingenommene Nahrung zu erinnern, kann ebenfalls ein Bias darstellen.</p>

Würdigung der Studie 2.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Die Forschungsfrage ist im Text nicht ersichtlich. Die drei Hypothesen sind klar formuliert.</p> <p>Das Ziel der Studie: Ist nur im Abstract beschrieben.</p> <p>Bezug zur Literatur: Es wird der jetzige Stand der Literatur vorgestellt. Argumentationsaufbau zur Herleitung der Arbeitshypothesen ist nachvollziehbar.</p>	<p>Design: Passt, um Zusammenhänge zwischen Merkmalen eines Individuums zu einem Zeitpunkt zu untersuchen.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengrösse passt zum ausgewählten Studiendesign. Die Verallgemeinerung der Resultate ist aufgrund der Gelegenheitsstichprobe eingeschränkt. Die inter-rater Reliabilität der Befragenden wurde vor dem Studienbeginn zwei Mal erhoben.</p> <p>Datenerhebung: Die erhobenen Daten sind nachvollziehbar für das Forschungsvorhaben. Die Messinstrumente sind valide und reliabel. Die Daten sind vollständig.</p> <p>Messinstrumente: FFQ, 24 HR sind reliable Instrumente. Die Zahlen sind im Text ersichtlich. MNA weist eine Sensitivität von 96 %, eine Spezifität von 98 % auf, was auf eine gute Validität hinweist. Die Zahlen wurden nicht im Text dargestellt. Die Instrumentenwahl wurde nachvollziehbar begründet.</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalyse wurde klar beschrieben. Die verwendeten Tests entsprechen dem Datenniveau.</p>	<p>Erklärung Ergebnisse: Die Resultate sind sowohl in Tabellenform als auch in Textform detailliert und verständlich präsentiert. Die Tabellen sind übersichtlich, mit Fussnoten beschriftet und stellen eine gute Ergänzung zum Text dar.</p> <p>Die Nährstoffaufnahme wurde tabellarisch präsentiert. Es ist unklar, wie die Autoren diese Werte berechnet haben.</p>	<p>Die Interpretation der Resultate ist zwar nachvollziehbar, aber es wurde kein Bezug auf die Hypothesen genommen. Die Resultate werden lediglich mit Bezug auf die Literatur diskutiert. Es wird auf die Resultate hingewiesen, welche vorgängige Studienbefunde bestätigen und aber auch widersprechen. Auf Limitationen der Studie wird nachvollziehbar hingewiesen.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus

- + Die vorgenommene kommunikative Validierung (die inter-rater Reliabilität der Befragenden) vor Beginn der Forschung, verhindert die Verletzung der **internen Validität**.
- + Die Messinstrumente sind **valide** und **reliabel**.
- + Die Datenerhebung ist standardisiert und replizierbar, was die **Objektivität** der Studie begünstigt.
- Die **externe Validität** ist dagegen niedrig. Die Befunde können aus diesem Grund nicht generalisiert werden.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Niveau der 6S Pyramide, da es um eine Einzelstudie handelt.

Land: Australien

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Die Schreibtherapie kann die Anpassung an traumatischen Erlebnissen unterstützen.</p> <p>Zweck der Studie: Nicht im Text ersichtlich.</p> <p>Fragestellungen: 1. Reduziert die Schreibtherapie die Trauer? 2. Verbessert die Intervention die Gesundheit und das Wohlbefinden der Hinterbliebenen? 3. Führt die Schreibtherapie zur besseren Selbstpflege bei den Trauernden?</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Es wird Bezug auf die aktuelle Literatur über den multidimensionalen Unterstützungsbedarf der Trauernden genommen.</p> <p>Argumentation für den Forschungsbedarf: In der Literatur wurden die Auswirkungen der Schreibtherapie auf Stress, aber ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden wurden noch nicht untersucht.</p> <p>Ethik: Es wurde telefonisch über konfidentiellen Aspekten der Studie besprochen.</p>	<p>Design: Randomised Control Trial (RCT) mit einer Kontrollgruppe (KG) und einer Interventionsgruppe (IG).</p> <p>Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe <u>Setting:</u> zu Hause wohnende trauernde Familienmitglieder. <u>IG: 34, KG: 35.</u> Die Gruppen sind ähnlich. <u>Beschreibung des Samples:</u> Alter: Mittelwert [M] 57.23±12.62 - 71 % Frauen, verwitwet seit M=9.26 Monaten. - 75.4 % Verlust des Partners. - 33.3 % hatten bereits eine Trauerberatung. Die Rekrutierung erfolgte über den Silver Chain Grief Support Service in Perth und Inserate. <u>Einschlusskriterien:</u> Trauernde im ersten Jahr nach dem Verlust eines Nahestehenden.</p> <p>Datenerhebung: Demografischen Daten wurden erhoben. Es wurden drei Messungen durchgeführt: Pretest, Posttest (nach 2 Wochen) und verzögerter Posttest (nach 8 Wochen).</p> <p>Intervention: Die Intervention besteht aus einem schreibtherapeutischen Workshop. Der Workshop ist eintägig. Die Teilnehmer werden dazu unterstützt, über den Tod des geliebten Menschen und ihre positiven oder negativen Empfindungen in schriftlicher Form zu erzählen.</p> <p>Messinstrumente: - General Health Questionnaire-30 [GHQ-30] (Cronbach $\alpha=0.78$) - Core Bereavement Items [CBI] (Cronbach $\alpha=0.93$) - Self-Care Index [SCI] (Cronbach $\alpha=0.9$)</p> <p>Datenniveau: Die demografischen Daten sind nominal und ordinal skaliert. Sonstige Daten sind Intervall skaliert.</p> <p>Datenanalyse: deskriptive Statistik. - t-Test, um die Ähnlichkeit der IG und der KG festzuhalten. - ANOVA um die Befunde vor und nach der Intervention zu vergleichen. - Post hoc Test Bonferoni für mehrfache Vergleichen. Abhängige Variablen: körperlicher Zustand, funktionaler Zustand, psychologischer Zustand, Selbstpflege, Trauer. Signifikanzniveau: Ist deklariert.</p>	<p>Ergebnisse: <u>Die Trauer</u> Nimmt unabhängig von der Intervention mit der Zeit ab.</p> <p><u>Gesundheit und Wohlbefinden:</u> Die Intervention hat keinen Einfluss auf die mit der Zeit verbessernde allgemeine Gesundheit.</p> <p><u>Selbstpflege:</u> kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG in der Selbstpflege nach der Intervention ($p=0.80$).</p> <p>Zentrale Ergebnisse: Obwohl der Gruppenunterschied in der Selbstpflege nicht statistisch Signifikant war, wurde in der IG ein höheres Selbstpflegenniveau festgestellt.</p>	<p>Forschungsfrage: Alle Forschungsfragen wurden mit Nein beantwortet.</p> <p>Die Forscher setzen sich kritisch mit den Resultaten auseinander. Sie versuchen, die Befunde wie folgt zu erklären: - Die Tatsache, dass die Datenerhebung bei beiden Gruppen zur gleichen Zeit und am selben Ort stattgefunden hat, kann eine Intervention für die KG ungewollt kreiert haben. Die Teilnehmer sollten sich zwar nicht darüber unterhalten, aber durch Mangel an Kontrolle, kann ein Selbsthilfeeffect entstanden haben. Confounder: Das Beantworten der Fragen kann die Trauer bewusster gemacht haben.</p> <p>Verhältnis zum Forschungsstand: Die Resultate weichen von den Befunden vorgängigen Studien ab. Einige Studien hatten positive Outcomes bezüglich dieser Intervention in verschiedenen Settings.</p> <p>Bedeutung für die Praxis und die weitere Forschung: Für die palliative Care gilt, dass jede Intervention, die zu einer Verbesserung der Selbstpflege beiträgt, ist als wertvoll zu betrachten. Die Schreibtherapie ist eine kostengünstige Intervention für Trauernden, die weitere Evaluation bedarf.</p> <p>Limitationen: Die kleine Stichprobe limitiert die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und reduziert deren statistische Aussagekraft. Die Stichprobenauswahl stellt auch eine Limitation dar: Es wurden Teilnehmer ausgewählt, welche bereits eine Intervention erhalten haben.</p>

Würdigung der Studie 3.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfragen: Die Forschungsfragen sind klar formuliert.</p> <p>Ziel: Die Zielformulierung fehlt. Es kann lediglich dem Titel entnommen werden, dass eine Evaluation der Schreibtherapie angestrebt wird.</p> <p>Bezug zur Literatur Argumentation logisch auf Vorstudien aufgebaut. Die Herleitung der Fragestellungen ist nachvollziehbar.</p> <p>Ethik: Ob eine Genehmigung der Ethikkommission beantragt wurde, ist unklar. Ethische Aspekte wurden lediglich mündlich besprochen.</p>	<p>Design: Der quasi-experimentelle Design passt, um den Effekt einer Intervention zwischen IG und KG zu vergleichen.</p> <p>Stichprobe: Der Stichprobenumfang ist klein gewählt. Die Begründung ist nachvollziehbar. Die Randomisierung wurde nicht erläutert. Eine Verblindung hat nicht stattgefunden. Die Verallgemeinerung des Resultats ist aufgrund der kleinen Stichprobe eingeschränkt. Eine Power Analyse wird nicht erwähnt.</p> <p>Datenerhebung: Ist für die Fragestellungen nachvollziehbar. Daten wurden mehrmals erhoben, bei allen Teilnehmern mit den gleichen Messinstrumenten. Weil die Daten der IG und KG am gleichen Tag und am gleichen Ort erhoben wurden, können die Ergebnisse beeinflusst worden sein. Die Teilnehmer konnten sich zu diesem Anlass austauschen und somit eine eigenständige Intervention generieren.</p> <p>Intervention: Ist zwar nachvollziehbar beschrieben, unklar bleibt aber, wer sie durchführt. Die Wahl der Intervention wurde auf der Basis bereits vorhandenem Wissen begründet.</p> <p>Messverfahren: Alle Messinstrumente verfügen über eine gute Reliabilität. Die Zahlen sind im Text ersichtlich. Die Wahl der Instrumente wurde nicht begründet.</p> <p>Datenanalyse: Wurde klar beschrieben und begründet. Die verwendeten Tests entsprechen dem Datenniveau.</p>	<p>Die Resultate sind sowohl in Tabellenform als auch in Textform differenziert und verständlich präsentiert.</p> <p>Die Tabellen sind übersichtlich, mit Titel und Fussnoten beschriftet und stellen eine gute Ergänzung zum Text dar. Die demografischen Daten werden im Text erwähnt, aber eine Tabelle fehlt.</p> <p>Die Bezugnahme zu den Forschungsfragen ist gewährleistet.</p>	<p>Die Interpretation der Resultate ist umfassend und nachvollziehbar. Die Ergebnisse werden in Bezug zu den Forschungsfragen zu kurz gestellt.</p> <p>Die kritische Auseinandersetzung mit den Resultaten ist umfassend.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis zu kurz gehalten.</p> <p>Schwächen und Limitationen sind aufgezeigt.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus

- + Die Stärke der Studie liegt in der Wahl des Designs. Die Gefahr die **interne Validität** zu verletzen, wird aufgrund der quasi-experimentellen Designs und des Gruppenvergleichs vermindert.
- + Die Messinstrumente sind **reliabel**.
- + Die Erhebung der Daten vor der Durchführung der Intervention verhindert eine Beeinflussung der Resultate und begünstigt dadurch die **Objektivität**. Die verwendete Tests sind standardisiert.
- Die **Objektivität** der Studie ist zu hinterfragen, wird die mangelnde Kontrolle berücksichtigt (Interventionseffekt des Austausches zwischen der IG und der KG).
- Die Forschungsergebnisse können aufgrund der schwachen **externen Validität** (Wahl und Grösse der Stichprobe) nicht verallgemeinert werden.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide, da es um eine Einzelstudie handelt.

Manuela Ispasiu

Studie 4. Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K. & Alexander, S. (2001). Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors through a Support Intervention.

Public Health Nursing, 18(1), 54-63. Heruntergeladen von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db> am 4. 11. 2014

Land: Kanada

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Der Verlust eines Partners kann bei älteren Menschen zu Depression und Einsamkeit führen.</p> <p>Konzept: Der Verlust eines Partners ist mit Stress verbunden. Der Stress kann zu negativen Gefühlen und Einsamkeit führen. Die Anpassung an das neue Leben erfolgt in einem sozialen Kontext durch soziales Lernen, Austausch und Vergleich. Die Emotionale-, instrumentale- und die informationelle Unterstützung kann nicht nur durch das soziale Netz, sondern auch durch peers und Fachpersonal erfolgen.</p> <p>Zweck der Studie: Die Evaluation einer Selbsthilfegruppe als Intervention für die Steigerung von positiven Emotionen und die Reduktion der Einsamkeit bei älteren verwitweten Menschen.</p> <p>Forschungsfrage: Nicht erwähnt.</p> <p>Hypothesen: Die Intervention wird: <i>H1</i>: die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung erhöhen. <i>H2</i>: den Unterstützungsbedarf reduzieren. <i>H3</i>: die positiven Emotionen steigern. <i>H4</i>: die negativen Emotionen reduzieren. <i>H5</i>: die soziale – und emotionale Einsamkeit und Isolation reduzieren.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Es wird Bezug auf die aktuelle Literatur über Einsamkeit, soziale Unterstützung und Gesundheit genommen.</p>	<p>Design: Mixed - Method Study mit Pretest, Posttest und verzögertem Posttest. Keine Begründung ersichtlich.</p> <p>Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe <i>Setting:</i> zu Hause lebende ältere verwitwete Menschen. <i>Beschreibung der Stichprobe:</i> n=28 Frauen Altersdurchschnitt: 66 Jahre Verwitwet im Durchschnitt seit 35 Monaten. Ehejahre im Durchschnitt 40.2 85.7 % alleine lebend. <i>Ein-/Ausschlusskriterien:</i> Alter: >55 Beherrschen der englischen Sprache. Keine neurologischen Defizite. Zurzeit keine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Die Gruppenleiter sollen seit über 2 Jahren verwitwet sein und eine erfolgreiche Trauerbewältigung aufweisen.</p> <p>Datenerhebung qualitativ: Die Intervention besteht aus wöchentlichen einstündigen Treffen während maximal 20 Wochen. Es wurden 4 Gruppen a 5-9 Teilnehmern gebildet. Jede Gruppe wurde von einer anderen verwitweten Person und einer Fachperson (Public Health Fachpersonen, Seelsorger und Sozialarbeiter) geleitet.</p> <p>Messinstrumente qualitativ: Halb-strukturierte Interviews; feldnotiert. Die Teilnehmer haben Tagebücher geführt.</p> <p>Datenerhebung quantitativ: Die demografischen Daten wurden erhoben. Es wurden drei Messungen durchgeführt: Pretest, Posttest und verzögerter Posttest (nach 3 Monaten).</p> <p>Messinstrumente quantitativ: 1. <i>Arizona Social Support Interview Schedule (ASIS)</i> zur Erfassung von empfundener und tatsächlicher Netzwerkunterstützung sowie vom Unterstützungsbedarf. Der Test weist eine Testretest Reliabilität von 0.88 und 0.77 nach einem Monat. 2. <i>Positive und Negative Affect Schedule (PANAS)</i> zur Erfassung des Gemütszustands. Der Test weist eine Test-Retest-Reliabilität von 0.81. 3. <i>Emotional/Social Loneliness Inventory (ESLI)</i> zur Erfassung von sozialer Isolation und Einsamkeit. Die Test Reliabilität ist 0.82.</p> <p>Datenniveau: Die demografischen Daten sind nominal und ordinal skaliert.</p>	<p>Ergebnisse: <i>H1</i>: signifikante Erhöhung von Zufriedenheit mit der Unterstützung. Es wurden vertrauliche Interaktionen zwischen den Teilnehmern festgestellt. <i>H2</i>: signifikante Reduktion des Unterstützungs- und Beratungsbedarfs. <i>H3</i>: signifikanter Unterschied zwischen der ersten und der letzten Messung bezüglich positiven Gefühlen. Die Witwen berichteten über mehr Selbstkompetenz und Selbstwertgefühl. - <i>die H4 und H5</i> wurden abgewiesen. Obwohl es keinen signifikanten Unterschied festgestellt wurde, waren die Scores für die emotionale und soziale Einsamkeit und Isolation niedriger bei der letzten Messwiederholung.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: Die Intervention hatte eine signifikante Wirkung auf die Zufriedenheit mit der Unterstützung, auf den Unterstützungsbedarf und auf den positiven Gefühlen. Hat aber kein Effekt auf die soziale Einsamkeit und Isolation.</p>	<p>Ergebnisse: Die Interpretation der Resultate ist nachvollziehbar. Die Ergebnisse werden in Bezug zur Literatur gestellt.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: -Die Gemeindepflegerinnen sollen während der Interventionen, die Zeit seit dem Verlust des Partners, berücksichtigen. Die Teilnehmer in der erfolgreichsten Gruppe waren im Durchschnitt seit 2 Jahren verwitwet. -Die Dauer der Intervention soll sorgfältig überlegt werden, weil positive Auswirkungen erst nach einer gewissen Zeit sichtbar sind. -Die Pflegefachleute sollen erwägen, an die Situation angepassten Massnahmen zu ergreifen. Zum Beispiel Berichte über reduzierte Isolation und über Zufriedenheit mit der Unterstützung sollen die Pflegeziele für die einsamen Menschen darstellen. -Die Gemeindepflegerinnen können eine wichtige Rolle für sozial isolierten Menschen nach Verlust des Partners spielen, indem sie ihnen die Möglichkeit von Selbsthilfegruppen aufzeigen.</p> <p>Empfehlungen für die weitere Forschung: Es wird auf die Notwendigkeit von weiterer Forschung bezüglich der Auswirkung von Selbsthilfegruppen auf das Coping hingewiesen.</p> <p>Limitationen: -Es gaben Unterschiede in der Dosierung der Intervention. Eine Gruppe hat sich aufgelöst, wurde aber in der Analyse miteinbezogen. -Eine Kontrollgruppe fehlt.</p> <p>Umsetzung in die Praxis: Frühes Erkennen von sozialer Isolation bei den Verwitweten, erlaubt den Pflegenden</p>

Manuela Ispasiu

<p>Argumentation für den Forschungsbedarf: Die Auswirkungen von Selbsthilfegruppen auf die Einsamkeit oder auf den positiven und negativen Emotionen nach Verlust des Partners wurden bis jetzt noch nicht untersucht.</p> <p>Ethik: Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt.</p>	<p>Sonstige Daten sind Intervall skaliert.</p> <p>Datenanalyse qualitativ: Inhaltsanalyse von Tagebüchern, Feldnotizen und Interviews</p> <p>Datenanalyse quantitativ: Deskriptive Statistik: - ANOVA um die Unterschiede zwischen den 3 Messwiederholungen im Zeitverlauf festzustellen. - t-Test um Unterschiede zwischen 2 Messungen festzustellen.</p> <p>Signifikanzniveau: Ist deklariert.</p>		<p>Situation angepassten Massnahmen zu ergreifen.</p>
---	---	--	---

Würdigung der Studie 4.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Forschungsfrage: Ist im Text nicht ersichtlich. Die Hypothesen sind klar formuliert.</p> <p>Ziel: Lediglich im Abstract erwähnt. Im Text nicht ersichtlich.</p> <p>Bezug zur Literatur: Argumentation auf Vorstudien aufgebaut.</p> <p>Ethik: Ethische Überlegungen fehlen.</p>	<p>Design: Passt zum Forschungsvorhaben. Die Auswahl wurde nicht begründet.</p> <p>Stichprobe: Der Stichprobenumfang ist klein. Eine Begründung fehlt. Es wurden keine Angaben zur Rekrutierung gemacht. Eine Kontrollgruppe fehlt.</p> <p>Datenerhebung: Die erhobenen Daten sind nachvollziehbar. Sie wurden mehrmals mit standardisierten Messinstrumenten ergänzt von Interviews erhoben.</p> <p>Datenvollständigkeit: Die erhobenen Daten sind nicht vollständig. Im Verlauf der Studie hat sich eine Gruppe vorzeitig aufgelöst. Die Begründung ist im Text ersichtlich.</p> <p>Messverfahren: Alle Messinstrumente verfügen über eine gute Reliabilität. Die Zahlen sind im Text ersichtlich und teilweise mit Literatur hinterlegt. Die Wahl der Instrumente wurde hiermit begründet.</p> <p>Datenanalyse: Wurde klar beschrieben. Die verwendeten Tests entsprechen dem Datenniveau. Die qualitative Inhaltsanalyse unübersichtlich durch grosse Anzahl von Kategorien. Übergeordnete Kategorien fehlen.</p>	<p>Die Resultate sind sowohl in Tabellenform als auch in Textform präsentiert. Die Tabellen, die Resultate aus der quantitativen Analyse darstellen, sind übersichtlich, mit Titel und Fussnoten beschriftet und stellen eine gute Ergänzung zum Text dar.</p> <p>Die Tabelle 4., die die Verbindung zwischen den qualitativen und quantitativen Ergebnissen darstellt, ist jedoch nicht übersichtlich, weil hier zu viel Kategorien aufgelistet sind. Die demografischen Daten werden im Text erwähnt, eine Tabelle zur besseren Übersicht fehlt.</p>	<p>Die Interpretation der Resultate ist nachvollziehbar, aber zu kurz gehalten. Die Ergebnisse werden in Bezug zur aktuellen Literatur gestellt.</p> <p>Eine kritische Auseinandersetzung mit den Resultaten fehlt. Empfehlungen für die Praxis sind umfangreich behandelt. Schwächen und Limitationen sind aufgezeigt.</p>

Gesamtschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus

- + Die Erhebung der Variablen der Teilnehmern vor der Umsetzung der Intervention verhindert eine Beeinflussung der Resultate und begünstigt dadurch die **Objektivität**.
- + Die im quantitativen Teil verwendeten Tests sind **reliabel**. Die Intervention ist genau beschrieben, deswegen ist die Studie reproduzierbar.
- + Die Untersuchungsergebnisse sprechen eindeutig für/gegen die Arbeitshypothesen, daher verfügt die Studie über eine gute **interne Validität**.
- Die **externe Validität** ist niedrig aufgrund von der kleinen Stichprobe.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Niveau der S6 Pyramide, weil es sich um eine Einzelstudie handelt.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Trauerbewältigung nach Verlust des Partners.</p> <p>Bezugsrahmen: Es wurde kurz Bezug auf die aktuelle Literatur genommen.</p> <p>Forschungsfrage: Ist nicht explizit erwähnt.</p> <p>Ziel der Studie: Beschreiben wie erleben ältere Menschen den Verlust des Partners in den ersten 2 Jahren nach dem Verlust.</p> <p>Ethik: Ethische Aspekte sind nicht beschrieben.</p>	<p>Design: Longitudinale Studie mit qualitativem Forschungsdesign. Teil einer grösseren Studie.</p> <p>Setting: Zu Hause lebende ältere Verwitwete. Das Setting wurde nicht explizit erwähnt, ist aber im Text ersichtlich.</p> <p>Sampleziehung: N=72, randomisiertes Sampling. Die Rekrutierung erfolgte über Todesanzeigen in lokalen Zeitungen. <u>Einschlusskriterien:</u> Teilnehmer, die die Interviews nach jeweils 3 Wochen, 6,12 und 24 Monaten nach dem Verlust vollständig beendet haben. Die Datensaturation wurde nach der Analyse von 12 Interviews erreicht. N=12, 7 Frauen, 5 Männer. Alter: M= 67.6 Jahre.</p> <p>Datenerhebung: Open-end Fragen, die auf spezifische Aspekte der Trauererfahrung focussiert waren. Die Interviews wurden 4 Mal durchgeführt mit Transkription ad verbatim.</p> <p>Datenanalyse: Die Interviews wurden zunächst handcodiert, dann mit dem Programm The Ethnograf 4.0. angeordnet.</p>	<p>Aus den Daten ergeben sich 5 Kategorien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Emotionen 2. Körperliche Beschwerden 3. Besondere Schwierigkeiten 4. Coping 5. Unterstützung <p>Emotionen: Die erste Reaktion nach dem Verlust war Schock und „nicht wahrhaben wollen“, unabhängig von der Dauer der Krankheit oder ob der Tod erwartet war oder nicht. Die Verwitweten berichteten über Traurigkeit und Einsamkeit. Einige äusserten Wut dem Partner gegenüber, weil er sie verlassen hat, gegenüber Gott/Schicksal oder den Pflegenden gegenüber, weil sie etwas unterlassen haben. <u>3 Wochen</u> nach dem Verlust fanden einigen Trost. <u>6 Monate</u> nach dem Verlust wurden depressive Gefühle und Einsamkeit geäussert. Ein Teilnehmer wurde wegen Depression behandelt. Einige berichteten über Freude an gewissen Bereichen ihren Leben. <u>2 Jahren</u> nach dem Verlust teilten die Teilnehmer ihre Gefühle kaum mit. Einige berichteten über andauernden depressiven Zustand und Einsamkeit.</p> <p>Körperliche Beschwerden: Aufgrund des Alters zeigten die Verwitwete zahlreiche körperliche Symptome. Die meisten waren auf vorbestehenden chronischen Krankheiten zurückzuführen. <u>3 Wochen</u> nach dem Verlust wurde über vegetativen Reaktionen aufgrund von depressiven Gefühlen und der Angst, wie Appetitlosigkeit, Nausea, Schlafstörungen, Energielosigkeit, Schwindel, Herzrasen, Kopfschmerzen und Müdigkeit. <u>6 Monate</u> nach dem Verlust berichteten nur 3 Verwitwete über Anspannung. Ein Teilnehmer nahm Beruhigungsmittel ein, ein anderer hatte eine Prostata-OP. Einige sind gestürzt. <u>2 Jahren</u> nach dem Verlust wurde über körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit ihren chronischen Krankheiten. 2 sehr alte Teilnehmer äusserten zunehmende Schwäche und Müdigkeit. 2 weitere Verwitwete berichteten weiterhin über Appetitlosigkeit und Depression.</p> <p>Besondere Schwierigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsamkeit - die grösste Herausforderung war der Tatsache gegenüberstehen „allein gelassen zu sein“. - Verlust eines Freundes, mit dem sie den Tag und die sozialen Aktivitäten geteilt haben. - Erinnerungen, Geburtstage, Todestag des Partners. - Neues lernen – insbesondere für Männer war das Kochen und Mahlzeitenplanung am schwierigsten. - Finanzielle Probleme wurden von Witwen berichtet. <p>Coping: Folgende Coping Strategien wurden beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich beschäftigen, war die meist beschriebene Coping Strategie. 	<p>Die Resultate werden im Diskussionsteil aufgegriffen und sehr detailliert mit der aktuellen Literatur der hinterlegt.</p> <p>Limitationen: Kleine Teilnehmerzahl. Der fokussierte Fragenkatalog des Interviews. Die Ergebnisse wurden nicht von den Teilnehmenden validiert mit der Begründung: die Teilnehmer sich nach einer gewissen Zeit an ihre Erfahrungen nicht mehr erinnern können.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: Ältere verwitwete Menschen in ihrer Trauerbewältigung unterstützen stellt eine pflegerische Herausforderung dar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Zeit der Krise können die Pflegenden ihnen das anbieten, was den Pflegeberuf ausmacht: einfach „da sein“ für den Trauernden. Die Bestätigung, dass das Empfundene normal ist, kann zu erhöhter Akzeptanz führen. • Die Pflegenden sollen die älteren Verwitweten motivieren, über ihre Gefühle zu sprechen und selbst für Gespräche offen zu sein. • Die Pflegenden sollen erkennen, dass angegebenen körperlichen Symptomen auch real und nicht nur auf die Trauer zurückzuführen sind. • Trauernde ältere Menschen sollen über Sturzprävention informiert werden, weil sie während der Krise eine Risikogruppe für Sturz darstellen. • Depressive Symptomatik soll nicht als Trauerantwort betrachtet werden. • Die Pflegenden sollen Empfehlungen bezüglich Coping Strategie „Sich beschäftigen“ formulieren. Die Verwitwete dazu unterstützen, sich mit Erinnerungen auseinanderzusetzen, weil sie Trost darin finden können. • Die Verwitwete zum Gebet und zum Gespräch mit dem Verstorbenen unterstützen. • Die Pflegenden sollen mögliche Schwierigkeiten erkennen, wie zum Beispiel Schwierigkeiten beim Kochen und Haushalt führen.

<p>Es wurde eine induktive Inhaltsanalyse nach Spradley (1979) durchgeführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mit anderen Verwitweten über ihre Trauer reden. - Religion und Gebet – wurde als Trostquelle für die Verwitweten. - Neue Fähigkeiten entwickeln wie z.B. Haushalten, mit dem Wagen umgehen und mit Finanzielles managen. - Fortbestehende Bindung zum verlorenen Partner durch Gespräche mit der inneren Repräsentation des Verstorbenen oder zu seinem Bild sprechen. - Sich auf vertrauten Lebensphilosophien stützen wie z. B. „Die Zeit heilt alle Wunden“. <p>Unterstützung: Die Resultate wurden einem anderen Kontext bereits präsentiert.</p>	
--	--	--

Würdigung der Studie 5.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Argumentation ist zu kurz gehalten. Eine explizite Einführung in den Themenkomplex der Trauerbewältigung fehlt.</p> <p>Die Fragestellung ist nicht erwähnt.</p> <p>Das Ziel ist klar und verständlich formuliert.</p> <p>Ethik: Es wurden keine Angaben zur Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmern gemacht. Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt.</p>	<p>Design: Das qualitative Forschungsdesign eignet sich, um das Erleben vom Verlust des Partners zu erfahren.</p> <p>Stichprobe: Wurde randomisiert gezogen. Die Stichprobengröße ist klein gewählt, die Begründung ist nachvollziehbar. Sie ist für die Population repräsentativ. Das Setting ist unzureichend beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Das Interview passt als Datenerhebungsmethode, um menschliche Erfahrungen zu verstehen. Das Verfahren wurde zu kurz beschrieben. Begründung ist nachvollziehbar. Die Datensättigung ist erwähnt. Eine Selbstbestimmung der Teilnehmer wurde nicht diskutiert.</p> <p>Datenanalyse: Der Analyseprozess wurde zu kurz beschrieben. Die Begründung ist nachvollziehbar.</p>	<p>Die analytischen Schritte wurden nur kurz beschrieben, weil sie anderweitig beschrieben wurden.</p> <p>Die Resultate sind ausführlich und nachvollziehbar dargestellt und mit Zitaten ergänzt.</p>	<p>Der Vergleich der Erlebnisse bezüglich Trauerbewältigung zwischen älteren und jüngeren Verwitweten wurde erst im Diskussionsteil vorgenommen. Im weiteren wurden die Ergebnisse im Bezug auf Literatur gestellt.</p> <p>Limitationen: Sind angegeben und begründet.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: Wurden explizit und umfangreich gemacht. Es wurden keine Empfehlungen für die weitere Forschung formuliert.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus:

- + Unterschiedlichen Auswerter kamen bei der Auswertung zu gleichen Resultaten. Für die **Zuverlässigkeit** der Studie spricht die hergestellte Verbindung von mehreren als richtig anerkannten Ergebnissen anderer Studien.
- + Die Stärke der Studie liegt in der Präsentation der Resultate. Im Ergebnisteil wurden plausiblen Zitaten verwendet. Die nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisse erlaubt, diese zu reflektieren und zu interpretieren. Dadurch erreicht die Studie eine gute **Übertragbarkeit**.
- Die **Bestätigung** der Studie ist fraglich. Es wurde nicht explizit erwähnt, ob die Studie durch eine externe Person begleitet wurde.
- Es wurden verschiedene Theorien und Erklärungsansätze verwendet, um die Forschungsergebnisse auszulegen, Es wurden lediglich Interviews ohne Beobachtungen geführt, deswegen weist die Studie eine geringe **Glaubwürdigkeit** auf.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Niveau der S6 Pyramide, weil es um eine einzelne Studie handelt.

Manuela Ispasiu

Studie 6: Costello, J., Kendrick, K. (2000). Grief and older People: the making or breaking of emotional bonds following partner loss in later life. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1374-1382. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01625.x

Land: England

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Der Verlust des Partners bei älteren Menschen.</p> <p>Ziel der Studie: Das Erleben älteren Menschen, deren Partner im Spital im Spital verstorben ist zu untersuchen.</p> <p>Bezugsrahmen: Emotionelle Verbindungen zum verlorenen Partner bestehen über dessen Tode hinaus. Der Versuch emotional mit ihm Kontakt aufzunehmen kann beim Hinterbliebenen zu einem Zustand von Depression, Zerrüttung und Teilnahmslosigkeit führen. Diese Symptome wurden mit der Bindungstheorie in Verbindung gestellt. Der aktuelle Stand der Literatur wurde im Teil Literaturreview beschrieben.</p> <p>Forschungsfrage: Ist nicht explizit formuliert.</p>	<p>Design: Retrospektive ethnografische Studie.</p> <p>Stichprobe: Gelegenheitsstichprobe N=12, 8 Frauen, 4 Männer, Alter: M=74 Jahren Rekrutiert über Briefwechsel. Verwitwet durchschnittlich seit 4 Monaten. Der Partner ist im Spital verstorben.</p> <p>Setting: zu Hause lebende ältere Verwitwete</p> <p>Datenerhebung: Narratives halb strukturiertes Interview. Die Auswahl der Methode ist nachvollziehbar begründet. Hauptthemen: -die Beziehung zum Partner vor dem Krankwerden, -die erhaltene End-of-life Pflege - Coping Strategien vor und nach dem Tod des Partners. Der Ablauf des Interviews wurde detailliert beschrieben. 5 Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschliessend ad verbatim transkribiert. Für 3 wurden Notizen gemacht, weil die Teilnehmer eine Tonbandaufnahme abgelehnt hatten.</p> <p>Methodologische Reflexion: Einen grossen Wert wurde auf den Aufbau einer Beziehung zwischen den Interviewer und den Interviewten, weil Trauer ein delikates Thema ist, welches die Teilnehmern belasten kann.</p> <p>Datenanalyse: Induktive Inhaltsanalyse der Interviews und der Notizen nach Beauchamp (1993). Der induktive Ansatz beinhaltet das lesen und wiederlesen der Daten an unterschiedlichen Zeitpunkten.</p>	<p>Ergebnisse: Aus den Daten ergaben sich 3 Kategorien: 1. Isolation 2. Einsamkeit und Depression 3. Innere Repräsentation und Entwicklung eines Dialogs mit dem Verstorbenen mit 3 weiteren Unterkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrgenommene emotionale Verbindung. • Gespräch mit dem Verstorbenen • Gefühl der Anwesenheit des Verstorbenen <p>Ethik: Ein Informed Consent und die Genehmigung der Ethikkommission wurden eingeholt. Jegliche Daten wurden nach der Transkription vernichtet. Das Transkribierte wurde von den Interviewten verifiziert.</p>	<p>Das Zentralergebnis der Studie widerspricht der Befunde anderen Untersuchungen, die die emotionale Verbindung zum Verstorbenen mit dem emotionalen Leid in Verbindung setzen. Das Aufrechterhalten der emotionalen Verbindung führt laut Forscher zu der Sinnfindung für den Verlust. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse aus der aktuellen Literatur. Die Frustration, vor allem bezüglich der Unfähigkeit weiterhin gemeinsame Entscheidungen zu treffen, ist eine normale Reaktion auf Verlust. Der Befund wurde in der Literatur bereits beschrieben.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: Es ist für die Pflegenden aus verschiedenen Settings notwendig, dass sie die Komplexität der Trauerreaktionen bei älteren Menschen verstehen. Es besteht die Gefahr einer Fehlinterpretation der Verbindung zum Verstorbenen, indem sie diese als pathologisch einstufen. Die Pflegenden sollen sich dessen bewusst sein, dass die Trauerreaktionen von sozialen und kulturellen Faktoren geprägt sind. Sie hängen von der Art des Verlustes und der Beziehung mit dem Verlorenen ab.</p> <p>Limitationen: Die kleine Teilnehmerzahl. Der Interviewer war gleichzeitig ein Trauerberater, was in methodologischer Sicht eine Limitation der Studie darstellen kann.</p> <p>Schlussfolgerung gemäss Autor: Für einige ältere Verwitwete ist das Aufrechterhalten der emotionalen Verbindung zum verlorenen Partner ein wichtiger Aspekt in der Trauerbewältigung. Eine erfolgreiche Anpassung an den Verlust bedeutet die Fähigkeit zu erlangen, alleine und mit reduzierter sozialer Unterstützung zu leben.</p>

Würdigung der Studie 6.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Fragestellung ist nicht explizit formuliert.</p> <p>Das Ziel ist klar formuliert.</p> <p>Bezug zur Literatur: Die Argumentation logisch auf Vorstudien aufgebaut</p> <p>Das zentrale Pflegeethema ist die Komplexität der Trauerreaktionen nach Verlust des Partners.</p>	<p>Design: Das ethnografische Studiendesign eignet sich, um das Empfinden und die Reaktionen auf den Verlust des Partners zu untersuchen.</p> <p>Stichprobe: Die Übertragbarkeit der Resultate ist eingeschränkt, weil die convenience Sample zu klein gewählt ist. Die Stichprobe ist für die Population repräsentativ. Eine Beschreibung des Settings fehlt. Die Eigenschaften der Stichprobe sind nachvollziehbar dargestellt.</p> <p>Datenerhebung: Das Interview passt zur Erhebung des menschlichen Erlebens. Die Vorgehensweise ist logisch und nachvollziehbar beschrieben. Eine Datensättigung wurde nicht beschrieben. Die Selbstbestimmung der Befragten wurde nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Daten wurden nach Beauchamp (1993) und Parse (1987) analysiert. Die entsprechende Referenzierung wurde vorgenommen.</p>	<p>Die Themen wurden differenziert beschrieben und mit passenden Zitaten aus dem Datenmaterial hinterlegt.</p> <p>Ethik: Genehmigung der Ethikkommission und ein Informed Consent wurden eingeholt.</p>	<p>Die Interpretationen der Ergebnisse sind nachvollziehbar. Die Bedeutung für die Pflegepraxis wurde umfangreich und nachvollziehbar erklärt.</p> <p>Empfehlungen für die weitere Forschung werden gemacht.</p> <p>Die Limitationen der Studie wurden angegeben und begründet.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus:

- + Die Stärke der Studie liegt in der Präsentation der Resultate. Im Ergebnisteil wurden plausiblen Zitaten verwendet. Die nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisse erlaubt es, diese zu reflektieren und zu interpretieren. Dadurch erreicht die Studie eine gute **Übertragbarkeit**.
- + Für die **Zuverlässigkeit** der Studie spricht die Validierung durch den Teilnehmern und das wiederholte lesen und transkribieren der Daten.
- Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse verfügt die Studie über eine schwache **Validität**.
- Die **Bestätigung** der Studie ist fraglich. Es wurde nicht explizit erwähnt, ob die Studie durch eine externe Person begleitet wurde.

Die Studie befindet sich auf dem **untersten Niveau der S6 Pyramide**, weil es um eine einzelne Studie handelt.

Studie 7. Quandt, S., A., McDonald, J., Arcury, T., A., Bell, R., A. & Vitolins, M., Z. (2000). Nutritional Self-Management of Elderly Widows in Rural Communities. *The Gerontologist* 40(1), 86-96. doi: 10.1093/geront/40.1.86

Land: USA

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Ältere verwitwete Frauen stellen eine Risikogruppe für Ernährungsstörungen dar.</p> <p>Konzept: Das Ernährungsselbstmanagement weist 3 Aspekten auf: - Nahrungsmittel besorgen. - Sie zubereiten und konsumieren. - Ernährung sichern. Menschen erledigen diese Aufgaben, in dem sie auf Ressourcen (Selbstsorge, soziale Unterstützung und medizinische Pflege) zurückgreifen.</p> <p>Zweck: Den Effekt von Verwitwung auf das Ernährungsselbstmanagement bei älteren Menschen im ländlichen Setting.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Aufgrund biologischer und sozialer Veränderungen stellen ältere Menschen eine Risikogruppe für gestörte Ernährung dar. Zahnprobleme, reduzierte Aufnahme von Nährstoffen und Polymedikation sind biologische Dimensionen. Alleine leben, reduziertes Einkommen, reduzierte Mobilität, Isolation und Depression sind soziale Dimensionen des Risikos einer Mangelernährung.</p> <p>Forschungsfrage: Ist nicht formuliert.</p> <p>Ethik: Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt.</p>	<p>Design: Ethnografische Studie mit qualitativem Design.</p> <p>Setting: Verwitwete ältere Menschen, zu Hause lebend in zwei ländlichen Gemeinden in North Carolina.</p> <p>Stichprobe: n=64 Frauen , Alter: 70-93 Jahre Die Rekrutierung erfolgte nach einem vorbestimmten Plan, um eine für die Population repräsentative Stichprobe zu erhalten.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden bis zu fünf Interviews während eines Jahres durchgeführt. Die Themen waren: - Besorgung von Esswaren - Zubereitung, Art und Frequenz der Mahlzeiten - Nahrungsmittel sichern gewährleisten. Die Transkription erfolgte ad verbatim. Beobachtungen wurden durch einen weiteren Forscher gemacht.</p> <p>Datenanalyse: Die demografischen Daten wurden per deskriptive Statistik analysiert. Die Interviews wurden zunächst von einem Forscher handcodiert und von einem zweiten Forscher kontrolliert und, falls notwendig, korrigiert. Die Codes wurden mit dem Programm The Ethnograf 4.0 angeordnet. Es wurde eine Inhaltsanalyse durchgeführt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Um den Einfluss von Verwitwung auf die Ernährung aus der Sicht der Betroffenen zu erfassen, wurde der Fokus auf n=12 Frauen gestellt, die seit maximal drei Jahren verwitwet waren. Der Entscheid wird mit möglichen Erinnerungsschwierigkeiten bei Frauen seit längerer Zeit verwitwet, begründet. Die Ergebnisse wurden dann verglichen.</p>	<p>Aus den Daten ergaben sich zwei Hauptkategorien: <u>Änderungen</u> Die Transition zur Verwitwung erfolgt in mehreren Schritten. Für einige Frauen startet sie bereits mit der terminalen Erkrankung des Partners, die meistens länger als ein Jahr dauerte. Die Koch- und Essgewohnheiten wurden an die Bedürfnisse des Kranken angepasst. Einige gingen vermehrt ins Restaurant, um den Partner zu sozialisieren, andere essen alleine, weil der Partner hospitalisiert war. Coping Strategien in der Transitionsphase waren Kirchenbesuch, Familienbesuch und die Fähigkeit ein Auto zu fahren. <u>Befreiung von ernährungsbezogenen Verpflichtungen als Ehefrau</u> Die Witwen berichteten, dass die Diät und die Art der Mahlzeiten, die Vorlieben des Verstorbenen reflektierten.</p> <p>Veränderungen im Ernährungsverhalten: Die Veränderungen werden in Bezug zu den drei Hauptaufgaben des Selbst - Managements gestellt: <u>Nahrungsmittel besorgen:</u> Diejenige, die keinen Wagen fuhren, mussten andere Fahrmöglichkeiten finden, wie z. B. die Kinder oder Bekanntschaften erfragen. Dies war nur möglich, weil die Kinder in der Nähe wohnten. <u>Essen zubereiten</u> Es wurde über reduzierte Frequenz, Menge und Art der Mahlzeiten berichtet. Es werden mehr vorgefertigte Esswaren und Snacks konsumiert. Mahlzeiten werden übersprungen. Einige Witwen kochen grosse Mengen Esswaren und dann verzerrten sie dasselbe zu jeder Mahlzeit. <u>Lebensmittelkonservierung</u> Witwen berichteten, dass sie das Einmachen und Frierung von Esswaren eingestellt haben.</p>	<p>Die Forscher interpretieren die Ergebnisse wie folgt: Die Reaktionen auf die Verwitwung sind sehr unterschiedlich. Einige Reaktionen haben einen positiven Einfluss auf den Ernährungsstatus und andere einen negativen. Kleinere Mahlzeiten, überspringen von Mahlzeiten und die Einseitigkeit der Nahrung kann zur Unterernährung führen. Eine nährstoffarme Diät kann die Immunfunktion schwächen, zu Muskelschwund führen und zu Energielosigkeit führen. Aus der sozialen Sicht kann die Reduktion der Mahlzeiten zur sozialen Isolation führen, was zu Depression führen kann. Die Depression wird oft mit der reduzierten Nahrungseinnahme und ungewollten Gewichtsverlust in Verbindung gebracht. Der Kirchengang und die Anwesenheit von Verwandtschaft können Situationen verschaffen, in der die Witwen mehr zu sich nehmen, als wenn sie alleine wären. Fahren oder eine Mitfahrgelegenheit ist ein Problem in den ländlichen Gemeinden, weil die Öffentliche Verkehrsmittel limitiert sind. Die Ergebnisse und Interpretationen werden mit anderen Forschungsarbeiten verglichen.</p>

Würdigung der Studie 7.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Argumentation wird logisch aufgebaut.</p> <p>Das Rahmenkonzept Ernährungsselbstmanagement wird nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Fragestellung: Es wird keine formuliert.</p> <p>Zweck der Forschung ist klar beschrieben.</p> <p>Ethik: Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt.</p>	<p>Design: Das qualitative Forschungsdesign eignet sich, um das Erleben von Verwitwetsein zu erfahren.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist zu kurz beschrieben und daher nicht nachvollziehbar.</p> <p>Datenerhebung: Das Interview passt als Datenerhebungsmethode, um menschliche Erfahrungen zu verstehen. Das Verfahren wird nachvollziehbar beschrieben. Eine Datensättigung wurde nicht explizit erwähnt, was auf eine geringe Validität der Studie hinweist. Eine Selbstbestimmung der Teilnehmer wurde nicht diskutiert.</p> <p>Datenanalyse: Der Analyseprozess wurde nachvollziehbar beschrieben.</p>	<p>Wurden differenziert beschrieben und mit passenden Zitaten aus dem Datenmaterial hinterlegt.</p> <p>Die Resultate wurden zusätzlich in Tabellenform dargestellt. Die Tabellen sind korrekt beschriftet und verschaffen einen Überblick über die Ergebnisse.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse ist umfassend und nachvollziehbar. Die Resultate werden in Bezug zur Literatur gestellt.</p> <p>Es werden keine Limitationen der Studie erwähnt.</p> <p>Es wurden Empfehlungen für die weitere Forschung formuliert, aber nicht für die Praxis.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus:

- + Die Studie wurde von einem Beobachter **bestätigt**.
- + Für die **Zuverlässigkeit** der Studie spricht die wiederholte Kontrolle der Codes und Kategorien.
- + Die nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisse erlaubt, diese zu reflektieren und zu interpretieren. Dadurch erreicht die Forschung eine gute **Übertragbarkeit**.
- Aufgrund der fraglichen Datensättigung verfügt die Studie über eine geringe **Glaubwürdigkeit**.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Niveau der S6 Pyramide, da es sich um eine einzelne Studie handelt.

Zusammenfassung

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Trauerbewältigung nach Verlust des Partners.</p> <p>Zweck: Das Erleben älteren Frauen, deren Partner im Hospiz verstorben ist, in den ersten 16 Monaten nach dem Verlust, zu entdecken, um ein theoretisches Modell zu generieren.</p> <p>Forschungsfrage: Wie erleben ältere Frauen, den Verlust des Partners, die ersten 16 Monate nach dessen Tod im Hospiz.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Neue Trauerkonzepte betrachten Trauer als ein tief greifender, normaler, dynamischer und individueller Prozess. Trauer wurde bis jetzt hauptsächlich als ein Phasenprozess untersucht. Phasenmodelle, die die Loslösung vom Verstorbenen voraussetzen, wurden von neueren Studien nicht bestätigt. Dies deutet darauf hin, dass die Trauer weder zeitlich begrenzt ist, noch ist das Endergebnis immer positiv.</p> <p>Ethik: Die Genehmigung Ethikkommission und ein Informed Consent für die Durchführung der Studie wurden eingeholt.</p>	<p>Design: Longitudinale Studie mit qualitativem Design</p> <p>Setting: Verwitwete ältere Frauen, zu Hause lebend im urbanen Setting.</p> <p>Stichprobe: N=6 Witwen, Alter M=74,3 Jahre, Ehejahre M=48,3 Jahre. Die Rekrutierung erfolgte in einem Hospiz in einer Stadt in USA.</p> <p>Datenerhebung: Drei teilstrukturierte Interviews in einer Zeitspanne von 16 Monaten durchgeführt. Allen Witwen wurde die anfängliche Frage gestellt: „Wie war es für Sie gewesen nach dem Verlust Ihres Ehemannes?“ Die Interviews dauerten 1.5 Stunden und fanden bei den Frauen zu Hause statt.</p> <p>Datenanalyse: Grounded Theory Die Interviews wurden zunächst ad verbatim transkribiert, dann mehrmals gelesen. Hauptaussagen wurden identifiziert und zu Kategorien zusammengetragen. Die Verhaltensmuster wurden notiert und mit den erhobenen Daten und der Literatur verglichen.</p> <p>Methodologische Reflexion: Für die Forschung wurde die Grounded Theory verwendet, um den komplexen Prozess der Trauer zu entdecken und zu konzeptualisieren.</p>	<p>Aus den Daten ergaben sich fünf Kernkategorien: <u>Sich bewusst sein</u> Sich der Prognose der Krankheit, des bevorstehenden Todes und der Trauer nach dem Tod des Partners bewusst sein. <u>Kummer erfahren</u> Kummer wird als empfundenen physischen, emotionalen, sozialen und finanziellen Turbulenzen während der Krankheit und nach dem Tod des Partners definiert. Einsamkeit war eine der Hauptbeschwerden, welche von den Witwen geäußert wurden. <u>Unterstützung</u> Wird als Worte, Aktionen, Beziehungen oder Ressourcen, die das Coping unterstützen definiert. Weil die Witwen ihre physische und psychische Energie in die Pflege des Partners investierten, haben sie die Selbstpflege vernachlässigt. <u>Coping</u> Sich beschäftigen, war die meist geäußerte Copingstrategie. Tätigkeiten wie Gärtnern, Dekorieren, Einkaufstouren, Volontariat und Kirchengang haben dazu beigetragen, die Gedanken vom erlittenen Verlust abzulenken. <u>Sich mit einer neuen Realität konfrontieren</u> Wird als sich bewusst des bevorstehenden Todes, sich mit dem Tod konfrontieren und die Anpassung an die neue Situation anpassen.</p>	<p>Die Forscher interpretieren die Ergebnisse wie folgt: Um ihre Kummer zu mildern, verwenden die ältere Witwen kognitive, psychosoziale und verhaltensbezogene Coping Strategien. Die Wirksamkeit dieser steht im direkten Zusammenhang mit ihrer Fähigkeit, sich mit neuen Realitäten zu konfrontieren.</p> <p>Konsequenzen für die Praxis - Interventionen sollen bereits während der Krankheit des Partners, weil die Frauen ihre eigene Bedürfnisse vernachlässigen. Sie sollen dazu unterstützt werden sich zu bewegen, ausgewogen zu essen und sich regelmässig von einem Arzt untersuchen zu lassen. - Weil Einsamkeit und Isolation eine der Haupterfahrungen der Witwen war, ein Angebot an sozialen Aktivitäten und Transportmöglichkeiten ist vonnöten. -Die Interventionen zur Steigerung der Sozialisierung sollen nicht nur im ersten Jahr nach dem Verlust angeboten werden, sondern auch später, weil sie über längerer Zeit trauern. - die Gemeinden sollen soziale und spirituelle Unterstützung anbieten.</p>

Würdigung der Studie 8.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Ziel und die Fragestellung der Studie sind klar beschrieben.</p> <p>Die Argumentation wird logisch aufgebaut. Der Bezug zur Literatur wird im Kapitel Literatur Review nachvollziehbar hergestellt. Die Begriffe sind klar definiert.</p> <p>Ethik: Ethische Aspekte wurden diskutiert.</p>	<p>Design: Das qualitative Forschungsdesign eignet sich, um das Erleben von Verwitwetsein zu erfahren.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Das Interview und die Beobachtung im Feld sind Datenerhebungsmethoden, um menschliche Erfahrungen zu verstehen. Das Verfahren wird nachvollziehbar beschrieben. Die Datensättigung wurde nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Der Analyseprozess wurde nachvollziehbar beschrieben. Die Grounded Theory eignet sich zur systematischen Auswertung vom Datenmaterial mit dem Ziel einer Modelgenerierung. Literaturergebnisse wurden in die Datenanalyse miteinbezogen.</p>	<p>Wurden differenziert beschrieben und mit passenden Zitaten aus dem Datenmaterial hinterlegt.</p> <p>Die Resultate wurden zusätzlich in Tabellenform dargestellt. Die Tabellen sind korrekt beschriftet und verschaffen einen Überblick über die Ergebnisse.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse ist umfassend und nachvollziehbar.</p> <p>Limitationen der Studie: wurden keine erwähnt.</p> <p>Die Bedeutung für die Praxis wurde und Empfehlungen wurden diskutiert..</p> <p>Die Notwendigkeit der weiteren Forschung wird aufgezeigt.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzniveaus:

- + Die erhobenen Daten wurden von den Teilnehmern validiert, deswegen verfügt die Studie über eine hohe **Glaubwürdigkeit**. Die Glaubwürdigkeit ist jedoch zu hinterfragen, weil eine Datensättigung nicht beschrieben wurde.
- + Für die **Zuverlässigkeit** der Studie spricht die Kontrolle und die Bestätigung der Kohärenz der Daten, Resultaten und Interpretationen durch zwei Fachexperten in Grounded Theory.
- + Die nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisse erlaubt, diese zu reflektieren und zu interpretieren. Dadurch erreicht die Forschung eine gute **Übertragbarkeit**.
- + Die Studie wurde mittels Prüfpfaden wie von Lincoln und Guba (1985) **bestätigt**.

Die Studie befindet sich auf dem untersten Niveau der S6 Pyramide, da es sich um eine einzelne Studie handelt.