

Bachelorarbeit

Die Wirkungsweise der komplementären Pflegeintervention „Therapeutic Touch“ auf palliativ zu betreuende Personen: Ein Literaturreview

eingereicht von

Müller Joy

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Berger Eveline, BSc MSc

Graz, am 22.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 22.03.2019

Joy Müller, eh.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Jedes Jahr sterben in Österreich ca. 80.000 Menschen. Davon benötigen ungefähr 20 % palliative Pflege bzw. palliativmedizinische Behandlung. In der Palliativpflege stehen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Personen im Vordergrund. Dazu zählt auch die Beschwerdelinderung. Neben medikamentösen Therapien gibt es dafür eine Vielzahl an komplementären Pflegeinterventionen. Therapeutic Touch ist eine dieser Pflegeinterventionen, welche dazu beitragen kann, belastende psychische und physische Symptome zu lindern.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die Wirkungsweise der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch auf palliativ zu betreuende Personen aufzuzeigen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. In den Datenbanken PubMed, CINAHL und Cochrane via OvidSP sowie in der Internetdatenbank Google Scholar und in den Referenzlisten der gefundenen Studien, wurde nach passender Literatur gesucht. Nach einer kritischen Bewertung konnten vier Studien in den Ergebnisteil dieser Arbeit inkludiert werden.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen eine positive Wirkungsweise von Therapeutic Touch in Bezug auf das allgemeine Wohlbefinden, den Schlaf, die innere Ruhe, das Angsterleben sowie auf die Schmerzen, die Muskelsteifigkeit und die körperlichen Funktionseinschränkungen von palliativ zu betreuenden Personen.

Schlussfolgerungen: Therapeutic Touch ist eine nicht-invasive, komplementäre Pflegeintervention, die palliativ zu betreuende Personen darin unterstützt, die Vielzahl an belastenden psychischen und physischen Symptomen zu lindern und das höchstmögliche Maß an Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Da nur wenig Literatur zu diesem Thema vorhanden ist, sind weitere Studien notwendig, um diese Schlussfolgerung zu untermauern.

Schlüsselwörter: Therapeutische Berührung, Heilende Berührung, Palliativpflege und Sterbebegleitung

ABSTRACT

Background: Every year, about 80,000 people die in Austria. 20 % of them require palliative care or palliative medical treatment. Palliative care focuses on the individual needs and wishes of the concerned persons. This also includes the alleviation of complaints. In addition to drug therapies, there exists a large number of complementary care interventions. Therapeutic Touch is one of these care interventions which helps to alleviate psychological and physical symptoms.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to demonstrate the effects of the complementary nursing intervention Therapeutic Touch on people who need to be treated palliatively.

Methods: A literature review was conducted in order to answer the research question. Suitable literature was researched in the databases PubMed, CINAHL and Cochrane via OvidSP as well as in the internet database Google Scholar. Four studies were critically appraised and then included in the literature review.

Results: The results show the positive effects of Therapeutic Touch in terms of general well-being, sleep, inner peace, anxiety, pain, muscle stiffness and physical functional limitations of persons in palliative care.

Conclusion: Therapeutic Touch is a non-invasive, complementary care intervention that helps people who need to be cared for palliatively to alleviate the large variety of distressing psychological and physical symptoms and provide the highest possible level of quality of life. As little literature is available on this topic, further studies are needed to support this conclusion.

Keywords: Therapeutic Touch, Healing Touch, Palliative Care, Terminal Care

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS & TABELLENVERZEICHNIS	VI
1. Einleitung.....	1
1.1 Problemdarstellung und Pflegerelevanz.....	1
1.2 Palliative Care	3
1.2.1 Definition	3
1.2.2 Geschichtliche Entwicklung	5
1.2.3 Palliative Versorgungsangebote	7
1.3 Therapeutic Touch	8
1.3.1 Definition	8
1.3.2 Geschichtlicher Hintergrund	9
1.3.3 Theoretische Grundlagen	9
1.4 Forschungslücke	12
1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage	12
2. Methode	13
2.1 Design.....	13
2.2 Literaturrecherche	13
2.2.1 PubMed	14
2.2.2 CINAHL	15
2.2.3 Cochrane via OvidSP	15
2.2.4 Google Scholar.....	15
2.3 Auswahl der Studien	16
2.4 Qualität der Studien	18
3. Ergebnisse.....	19
3.1 Charakteristika der inkludierten Studien.....	19
3.2 Die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf psychische Beschwerden .	22
3.2.1 Das Wohlbefinden	27
3.3 Die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf physische Beschwerden...	29

4. Diskussion	31
4.1 Diskussion der Ergebnisse.....	31
4.1.1 Erzielte Effekte der Therapeutic Touch Intervention.....	31
4.1.2 Therapeutic Touch Intervention.....	34
4.1.3 Stichprobengröße der inkludierten Studien	35
4.2 Stärken und Schwächen dieses Literaturreviews.....	36
5. Schlussfolgerung	37
5.1 Implikationen für die Pflegepraxis	37
5.2 Implikationen für zukünftige Pflegeforschungen.....	38
5.3 Implikationen für das Pflegemanagement.....	38
5.4 Implikationen für Pflegeaus-, Pflegefort- und Pflegeweiterbildungen	39
5.5 Implikationen für pflegende Angehörige.....	39
6. Literaturverzeichnis	40
7. Anhang	44
7.1 Bewertungsbögen	44
7.2 Tabellen	54

ABBILDUNGSVERZEICHNIS & TABELLENVERZEICHNIS

Abbildungen

Abbildung 1: Flowchart der Datenbankrecherche adaptiert nach (Moher et al., 2009)	17
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht der Schlüsselwörter, Synonyme und Schlagwörter	14
Tabelle 2: Limitationen, Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien	16
Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien	20
Tabelle 4: Verbesserung der angegebenen Symptome in Prozent (%).....	23
Tabelle 5: Stichprobengrößen der inkludierten Studien.....	35
Tabelle 6: Bewertungsinstrument nach Hawker et al. (2002)	44
Tabelle 7: Bewertung der Studie von Berger et al. (2013).....	47
Tabelle 8: Bewertung der Studie von Giasson and Bouchard (1998).....	49
Tabelle 9: Bewertung der Studie von Senderovich et al. (2016).....	51
Tabelle 10: Bewertung der Studie von Ziembroski et al. (2003).....	52
Tabelle 11: Übersicht der Bewertungskriterien des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002)	54

1. Einleitung

In diesem Kapitel werden die Problemdarstellung sowie die Pflegerelevanz dieser Bachelorarbeit näher beschrieben. Des Weiteren werden zentrale Begrifflichkeiten dieser Arbeit (Therapeutic Touch, Palliative Care) definiert und näher erklärt. Am Ende der Einleitung werden Forschungslücke, Forschungsziel sowie Forschungsfrage erläutert.

1.1 Problemdarstellung und Pflegerelevanz

Jedes Jahr sterben in Österreich ca. 80.000 Menschen. Davon benötigen ungefähr 20 % palliative Pflege bzw. palliativmedizinische Betreuung. Das Ziel des Landes Österreich ist es, die Palliativversorgung allen Menschen, die diese benötigen, zugänglich zu machen und leistbar zur Verfügung zu stellen (Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen, 2014).

Palliativpflege bezieht sich nicht nur auf onkologische Erkrankungen, sondern auf jegliche Erkrankungen ohne Heilungschancen. Auch bei Krankheiten mit unklarer Heilungsaussicht ist die palliative Betreuung und Behandlung ein wichtiger Bestandteil. Nicht nur ältere Personen benötigen palliative Pflege und Versorgung, sondern Menschen allen Alters, auch Früh- und Neugeborene. Palliativpflege beginnt jedoch nicht erst unmittelbar am Ende des Lebens, sondern bereits dann, wenn eine Heilung nicht mehr das Behandlungsziel ist (Feichtner, 2014). Eine unheilbare Erkrankung beeinflusst die körperliche Integrität und wirkt sich schwerwiegend auf das Selbstempfinden der betroffenen Personen aus (Steffen-Bürgi et al., 2017). Daher ist es wichtig, auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der palliativ zu betreuenden Personen einzugehen. Diese haben unterschiedliche körperliche, seelische und soziale Bedürfnisse, wie z.B. ein erhöhtes Ruhebedürfnis, eine dem Krankheitszustand angepasste Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, die Möglichkeit Gefühle und Ängste auszudrücken sowie Zuwendung und Liebe (Feichtner, 2014).

Bei der Pflege von palliativ zu betreuenden Personen ist speziell die Symptomkontrolle von großer Bedeutung. Dabei geht es darum, die zahlreichen Symptome zu lindern (Feichtner, 2014). Auch im Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist die Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht verankert (Bundeskantleramt, 2018).

Es ist demnach wichtig, nicht nur körperliche Symptome wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Unruhe oder Atemnot zu lindern, sondern die Betroffenen auf einer ganzheitlichen Ebene zu betreuen und die individuelle Lebensqualität zu fokussieren. Dafür gibt es neben medikamentösen Therapien auch eine Vielzahl an komplementären Interventionen (Feichtner, 2014). Eine dieser komplementären Pflegeinterventionen ist Therapeutic Touch (Deimbacher, 2011). In Studien konnte aufgezeigt werden, dass die Anwendung von Therapeutic Touch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit bzw. belastende Symptome hat (Wardell, 2007).

Auch in der Psychoneuroimmunologie, einer noch sehr jungen Wissenschaft, wird darauf hingewiesen, dass Körper und Psyche eine Einheit bilden. Sie beschäftigt sich mit dem Zusammenspiel von Psyche, Gehirn und Immunsystem, welche eng miteinander verbunden sind. So konnte beispielsweise aufgezeigt werden, dass eine psychische Belastung zu einer verringerten Immunfunktion führen kann. Angesichts dieser neuen Erkenntnisse ist die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen von großer und zunehmender Bedeutung. Auch der Begriff der Selbstheilung spielt aus psychoneuroimmunologischer Sicht eine große Rolle, da selbstheilende Mechanismen, welche z.B. die Stressverarbeitung unterstützen, in weiterer Folge auch die Immunfunktion verbessern (Singer and Schubert, 2016).

Außerdem wurde im Rahmen des Pflegeprozesses die Therapeutic Touch Intervention durch die North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) innerhalb der Pflegediagnose „Energiefeldstörung“ (00050) abgebildet (NANDA International, 2013). Aufgrund geringer Evidenzlage des Titels der Pflegediagnose wurde diese jedoch in der neuesten Auflage des Buches mit dem Verweis auf weitere

Forschung wieder entfernt. Daran ist zu erkennen, dass in der professionellen Pflege eine evidenzbasierte Arbeitsweise von immer größerer Bedeutung wird. Zudem ist anzumerken, dass die Therapeutic Touch Intervention auch in anderen Pflegediagnosen integriert werden kann (Herdman and Kamitsuru, 2015).

Des Weiteren ist im Berufsbild des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes verankert, dass komplementäre Pflegeinterventionen zu den pflegerischen Kernkompetenzen zählen. Zusätzlich ist festgelegt, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, ergänzend zu den gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen Qualifikationen, auch über palliative Kompetenzen verfügt (Bundeskanzleramt, 2018).

1.2 Palliative Care

Unter dem Begriff Palliative Care sind sowohl die Palliativpflege als auch die Palliativmedizin subsumiert. Das Ziel dieser beiden Teildisziplinen ist es, die Lebensqualität des sterbenden Menschen aufrechtzuerhalten (Feichtner, 2014).

1.2.1 Definition

Palliativ

Der Begriff „palliativ“ stammt vom lateinischen Wort „pallium“ ab. „Pallium“ bedeutet „Mantel, Hülle, Bedeckung“ oder auch „mit einem Mantel bedecken“ (Feichtner, 2014). Damit ist gemeint, dass durch pflegendes und therapeutisches Handeln eine Hülle um die betroffene Person gelegt werden soll, welche diese schützt (Steffen-Bürgi et al., 2017).

Care

Das Wort „care“ ist ein englischer Begriff und bedeutet Fürsorge, Betreuung und Pflege (Feichtner, 2014).

Palliative Care

Palliative Care beschreibt einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität der zu betreuenden Personen sowie deren Angehörigen. Letztere leiden an vielen Problemen, die mit der schweren Erkrankung der betroffenen Person zusammenhängen. Durch frühzeitiges Erkennen der Beschwerden können vorbeugende Maßnahmen getroffen und belastende Symptome der erkrankten Personen gelindert werden. Dazu zählen eine sorgfältige Einschätzung und ganzheitliche Behandlung von Schmerzen sowie das Aufgreifen und Lindern von körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen (World Health Organization, 2018). Um somit eine möglichst aktive Teilhabe der erkrankten Personen am Leben zu gewährleisten, sind ein adäquates Schmerzmanagement sowie die Symptomkontrolle von belastenden Beschwerden von großer Wichtigkeit (Feichtner, 2014).

Hospiz

Unter dem Begriff „Hospiz“ versteht sich ein Ort für Menschen am Ende ihres Lebens, mit dem Ziel, die Würde und Selbstbestimmung der erkrankten Personen zu erhalten. Dadurch sollen die betroffenen Personen und deren Angehörige unterstützt werden (Feichtner, 2014). Das Wort „Hospiz“ leitet sich vom lateinischen Wort „hospitium“ ab und bedeutet Gastfreundlichkeit (Steffen-Bürgi et al., 2017). Darunter versteht sich die letzte „Raststätte“ für Menschen am Ende des Lebens (Dachverband HOSPIZ Österreich, 2019).

Da der englische Begriff „Hospice“ in Kanada bereits für Alten- und Pflegeheime verwendet wurde, wählte der kanadische Arzt Balfour Mount den Begriff „Palliative Care“, um den bereits bekannten Hospizgedanken auch in kanadische Krankenhäuser einzuführen. Die Begriffe Hospiz und Palliative Care können somit als Einheit betrachtet werden und umfassen eine ganzheitliche Betreuung und Begleitung von schwererkrankten und sterbenden Personen (Dachverband HOSPIZ Österreich, 2019).

1.2.2 Geschichtliche Entwicklung

Die Anfänge der Hospizgeschichte gehen auf die römische Kultur vor rund 2000 Jahren zurück (Steffen-Bürgi et al., 2017). Damals schon war das Hospiz ein Ort, an dem erkrankte Menschen Hilfe fanden und gepflegt wurden (Feichtner, 2014). Auch Pilger wurden dort versorgt und verpflegt. Diese Tradition trug sich bis ins Mittelalter fort, da Mönchsorden entlang von Pilgerwegen Hospizhäuser bauten. Diese Häuser waren für alle offen, die unterwegs waren und Hilfe benötigten. Das erste wirkliche Hospiz wurde Mitte des 19. Jahrhunderts in Dublin gegründet (Steffen-Bürgi et al., 2017). Die früheren medizinischen Möglichkeiten der Menschen waren jedoch begrenzt. Es ging in erster Linie darum, das Leiden der erkrankten Personen zu lindern. Erst durch die Entdeckung des Antibiotikums und der Einführung von Chemo- und Radiotherapien trat die Genesung der betroffenen Person immer mehr in den Vordergrund. Durch diesen Paradigmenwechsel wurden unheilbar erkrankte Menschen in Krankenhäusern immer unwillkommener. Anfang der 1960er Jahre gab es jedoch wieder einen Umschwung. Dieser wurde von zwei Frauen bewirkt, Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross. Die Arbeit dieser beiden Frauen trug maßgeblich zu einem würdevolleren Umgang mit palliativ zu betreuenden Personen bei und führte auch dazu, dass die Betreuung schwer kranker Menschen durch die Familie in der Gesellschaft einen höheren Stellenwert erlangte (Feichtner, 2014).

Der Beginn der modernen Hospizbewegung war die Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London durch Cicely Saunders im Jahr 1967 (Steffen-Bürgi et al., 2017). Die Hospizidee hat sich mittlerweile weltweit ausgebreitet. Aus den Grundsätzen der Hospizidee entwickelte sich letztlich auch das Konzept der Palliative Care (Feichtner, 2014).

Cicely Saunders

Cicely Saunders war eine ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson und Sozialarbeiterin. Sie beobachtete, dass unheilbar erkrankte Menschen vielfach nicht angemessen betreut und versorgt wurden. Diese bleibenden Eindrücke führten zu ihrer Entscheidung Medizin zu studieren, mit dem Ziel, eine

Veränderung herbeizuführen. Sie gründete 1967 das St. Christopher's Hospice in London. Von dieser Einrichtung ausgehend verbreitete sich die Hospizidee weltweit (Feichtner, 2014). Durch ihren multiprofessionellen Hintergrund als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Sozialarbeiterin und Ärztin zeigte sie, wie wichtig es ist, die Sorgen und Ängste von schwer erkrankten Personen nicht nur aus der Perspektive einer Berufsgruppe zu betrachten. In der Hospizarbeit und der Palliative Care bilden demnach das multiprofessionelle Team und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zentrale Säulen (Steffen-Bürgi et al., 2017).

Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross war eine Psychiaterin aus der Schweiz. Einen großen Teil ihres Lebens beschäftigte sie sich mit der Begleitung von sterbenden Menschen. Sie wurde durch ihr Buch „Interview mit Sterbenden“ 1969 bekannt und trug maßgeblich zur Enttabuisierung des Themas Sterben bei. Zusätzlich war Kübler-Ross daran beteiligt, die Hospizidee in Amerika zu verbreiten und im Gesundheitssystem zu verankern (Feichtner, 2014).

Des Weiteren beschrieb Elisabeth Kübler-Ross, basierend auf ihren Forschungserkenntnissen, fünf Sterbephasen. Diese sollen die psychische Entwicklung schwerkranker Menschen nachvollziehbar aufzeigen.

1. Phase – Nicht-wahrhaben-wollen: Die Person ist zuerst schockiert und kann die Situation nicht wahrhaben. Sie glaubt, dass es sich um eine Verwechslung oder einen Irrtum handelt.
2. Phase – Zorn: Die betroffene Person ist sehr wütend und verzweifelt. Dies lässt die Person ihr Umfeld auch des Öfteren deutlich spüren. In dieser Phase stellt sich die Person Fragen darüber, warum Gott bzw. das Schicksal so ungerecht ist.
3. Phase – Verhandeln: Der unheilbar erkrankte Mensch versucht mit Gott bzw. dem Schicksal zu verhandeln, um mehr Lebenszeit zu erlangen.
4. Phase – Depression: In dieser Phase weint die Person viel und wirkt starr oder traurig (Student, 2006). Die erkrankten Personen verabschieden sich von

persönlichen Zukunftsplänen, Zielen und Träumen. Dieses Verabschieden kann zu einem inneren Rückzug der Person führen (Feichtner, 2014).

5. Phase – Zustimmung: Nicht alle sterbenden Menschen erreichen diese Phase. Die Person hat zugestimmt, dass das Leben nun bald zu Ende geht und befindet sich in einem ruhigen Gemütszustand (Student, 2006).

Die Aufgabe der Pflegepersonen in den einzelnen Phasen ist es, der sterbenden Person Hilfe und Beistand anzubieten. Weiters soll das Wohlbefinden möglichst aufrechterhalten bleiben und die betroffene Person wenig belastet werden. Diese fünf von Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen Phasen verlaufen nicht immer in linearer Reihenfolge. Es können Phasen wegfallen oder auch mehrere Male durchlebt werden, denn jeder Mensch verabschiedet sich auf seine eigene individuelle Art und Weise (Feichtner, 2014).

1.2.3 Palliative Versorgungsangebote

Es werden sechs spezialisierte Leistungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung angeboten:

1. Mobile Palliativteams: Das mobile Palliativteam ist eine multiprofessionelle Einheit, welche professionelle Betreuerinnen und Betreuer (wie z.B. Hausärztinnen/Hausärzte, mobile Dienste, Pflegepersonen) vor Ort sowie die palliativ zu betreuende Person und deren Angehörige im Pflegeheim oder zu Hause unterstützt (Feichtner, 2014).
2. Palliativkonsilliardienste: Es handelt sich dabei um ein multiprofessionelles Team im Krankenhaus (Feichtner, 2014). Krankenhausmitarbeiterinnen und Krankenhausmitarbeiter werden durch diesen Dienst in der Betreuung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten unterstützt (Gesundheit Österreich GmbH, 2014).
3. Tageshospize: Hier werden Personen tagsüber betreut, um die Angehörigen bzw. das Umfeld zu entlasten (Gesundheit Österreich GmbH, 2014) Dadurch soll es den betroffenen Personen ermöglicht werden, solange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben (Feichtner, 2014).

4. Palliativstationen: Dabei handelt es sich um angebundene oder integrierte Stationen in einem Krankenhaus. Die Aufenthaltsdauer der erkrankten Personen ist jedoch begrenzt, da eine Entlassung nach Hause angestrebt wird. Ziel einer Palliativstation ist es, die Symptome zu behandeln und dadurch auch die Lebensqualität der betroffenen Personen weitgehend zu erhalten (Feichtner, 2014).
5. Stationäre Hospize: Hier steht die pflegerische und psychosoziale Betreuung an oberster Stelle. Es handelt sich um eine Betreuung rund um die Uhr (Gesundheit Österreich GmbH, 2014). Die Ziele der stationären Hospize sind die Behandlung der Symptome, eine Entlastung und falls dies möglich ist, auch eine Entlassung nach Hause (Feichtner, 2014).
6. Hospizteams: Hierbei handelt es sich um qualifizierte, ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeiter sowie eine hauptamtlich koordinierte Fachkraft. Das Hospizteam ist in allen Settings tätig, z.B. zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Die Aufgabe dieses Teams ist es, die betroffenen Personen sowie deren Angehörige zu beraten und zu begleiten (Feichtner, 2014).

1.3 Therapeutic Touch

1.3.1 Definition

Therapeutic Touch

Therapeutic Touch ist eine berührungsorientierte komplementäre Pflegeintervention, welche zum Ziel hat, die Selbstheilungskräfte des Menschen zu stärken sowie das Wohlbefinden zu verbessern (Deimbacher, 2011). Durch gezielte Berührung und sanfte Stimulation sollen energetische Prozesse im Körper aktiviert und harmonisiert werden. Dies geschieht, indem die Energien im Körper zielgerichtet gelenkt und dadurch Blockaden aufgelöst werden (Habrdle, 2017).

Healing Touch

Der Begriff Healing Touch wird im angloamerikanischen Bereich als Synonym für Therapeutic Touch verwendet (Jackson et al., 2008). In der nachfolgenden Arbeit wird – für eine leichtere Lesbarkeit und ein einheitliches Begriffsverständnis – ausschließlich der Begriff Therapeutic Touch verwendet.

Komplementäre Pflegeintervention

Durch die komplementären Behandlungsansätze werden ergänzend zur klassischen Schulmedizin naturheilkundliche Methoden eingesetzt, um erkrankte Menschen zu unterstützen. Die komplementären Pflegeinterventionen sind auf Gesundheitsförderung, Unterstützung der Selbstheilungskräfte und Prävention spezialisiert (Dokken, 2017).

1.3.2 Geschichtlicher Hintergrund

Im Jahr 1972 wurde Therapeutic Touch von Prof. Dr. Dolores Krieger, gemeinsam mit ihrer Kollegin Dora Kunz, entwickelt. Krieger und Kunz analysierten anerkannte Heiltechniken und adaptierten diese für die Pflege (Krieger et al., 2012). Wichtige und bekannte komplementäre Heilmethoden sind z.B. die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die traditionelle europäische Medizin oder die traditionelle chinesische Medizin (Bundesministerium, 2018). Laut Krieger et al. (2012) wurde die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch zuletzt an über 80 Schulen und Universitäten in den USA gelehrt und in mehr als 70 Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet. Das oberste Ziel bei Therapeutic Touch ist es, das Wohlbefinden der betroffenen Person wiederherzustellen und deren Selbstheilungskräfte zu fördern (Krieger et al., 2012).

1.3.3 Theoretische Grundlagen

Therapeutic Touch basiert auf der Annahme, dass sich Körper, Geist und Emotionen miteinander verbinden und ein Energiefeld formen. Wenn der Mensch gesund ist, ist das Energiefeld ausbalanciert. Ist der Mensch jedoch krank, kann es zu Dysbalancen

kommen. Psychische und physische Symptome, wie z.B. Angst und Schmerzen, können ein Ungleichgewicht im Energiefeld schaffen. Therapeutic Touch wird dafür verwendet, das Energiefeld wieder auszubalancieren (Jackson et al., 2008). Es wird somit versucht, im Energiefeld des Menschen den Energiefluss zu fördern, Blockaden, Stagnationen und Druckgefühle zu beseitigen, Rhythmusstörungen im Energiefluss zu beheben und das balancierte Energiefeld wiederherzustellen (Krieger et al., 2012). Des Weiteren ist Therapeutic Touch eine der ersten Biofeldtherapien, welche offen im Gesundheitswesen praktiziert wird (Potter, 2003). Durch die Anwendung von Biofeldtherapien wird das autonome Nervensystem physiologisch positiv beeinflusst, indem der Sympathikus reduziert und der Parasympathikus gesteigert wird. Die wichtigsten klinischen Vorteile, die Biofeldtherapien zugeschrieben werden, sind ein Gefühl der Entspannung, die Reduktion von Angst sowie eine Verminderung der Schmerzen (Danhauer et al., 2008).

Die Therapeutic Touch Anwendung

Die Anwendung von Therapeutic Touch bewirkt nach Krieger et al. (2012) langanhaltende positive Effekte, wie z.B. einen beschleunigten Heilungsprozess von Wunden und Knochen sowie eine Schmerzlinderung. Daher kann Therapeutic Touch in vielen Bereichen angewandt werden. Einige Anwendungsbereiche sind: während der Schwangerschaft, bei HIV-positiven Menschen, während Chemo- und Strahlentherapie und zur Sterbebegleitung (Krieger et al., 2012). Des Weiteren kann Therapeutic Touch bei chronischen Schmerzen (Marta et al., 2010) und bei demenzerkrankten Personen Anwendung finden (Woods et al., 2005).

Therapeutic Touch kann nicht nur von professionellem Pflegepersonal bzw. Gesundheitsberufen erlernt werden, sondern auch Laien können sich diese Intervention prinzipiell aneignen und in Folge anwenden. In der Praxis ist es vielfach so, dass die zu behandelnde Person nicht direkt berührt wird, da es bei einer Therapeutic Touch Intervention in erster Linie eher darum geht, die Energien der betroffenen Person zu lenken bzw. zu harmonisieren als die Haut zu berühren. Die

Anwendung von Therapeutic Touch benötigt im Durchschnitt ca. 20 - 25 Minuten (Krieger et al., 2012).

Nach Krieger et al. (2012) besteht die Anwendung von Therapeutic Touch aus folgenden vier Phasen:

1. Die Phase des Zentrierens: Die Voraussetzung einer Therapeutic Touch Anwendung ist, dass die anwendende Person das eigene Bewusstsein zentriert und einen Zustand der inneren Ruhe herstellt. Es wird angestrebt, diesen Bewusstseinszustand während der gesamten Intervention aufrechtzuerhalten.
2. Die Einschätzungsphase: In dieser Phase wird der Energiefluss der zu behandelnden Person eingeschätzt. Hierbei werden die Dysbalancen im Energiefeld von der Therapeutic Touch-Anwenderin oder dem Therapeutic Touch-Anwender als Kälte, Wärme, Kribbeln, Druck, aber auch als Fülle, Dichte und Leere wahrgenommen. Zusätzlich kann erkannt werden, dass der Energiefluss der zu behandelnden Person langsam bis schnell, ungehindert bis blockiert oder stark bis schwach sein kann.
3. Die Phase des Ausgleichens: Nach dem Einschätzen des Energiefeldes wird das Ziel, die Dysbalancen wieder ins Gleichgewicht zu bringen, angestrebt. Ist der Energiefluss der Person beispielsweise blockiert, wird dieser stimuliert und geöffnet. Bei Spannung wird das Ziel verfolgt, die Spannung abzubauen und dadurch zur Steigerung des Wohlbefindens beizutragen.
4. Die Phase der Neueinschätzung des Energiefeldes: In dieser letzten Phase wird abschließend das Energiefeld neu eingeschätzt und aktuelle Veränderungen werden erfasst.

1.4 Forschungslücke

Es sind sehr wenig qualitative und quantitative Studien über die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf palliativ zu betreuenden Personen vorhanden. Es konnte auch kein Literaturreview zu diesem Thema gefunden werden. Somit wurde ein Literaturreview durchgeführt, um diese Forschungslücke zu beantworten.

1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die Wirkungsweise der komplementären Pflegeintervention „Therapeutic Touch“ auf palliativ zu betreuende Personen aufzuzeigen.

Aus dem Ziel ergibt sich folgende Forschungsfrage: Wie wirkt die komplementäre Pflegeintervention „Therapeutic Touch“ auf palliativ zu betreuende Personen?

2. Methode

Dieses Kapitel fokussiert das Design, die methodische Vorgehensweise sowie die Qualitätserhebung der in dieser Arbeit inkludierten Studien.

2.1 Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung von bereits vorhandenen wissenschaftlichen Studien (Polit and Beck, 2017).

2.2 Literaturrecherche

Für einen ersten Einblick in die Thematik wurde mittels Internet und verfügbaren Büchern eine erste grobe Recherche durchgeführt. Darauffolgend wurde im Zeitraum von Oktober 2018 bis November 2018 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Cochrane via OvidSP durchgeführt. Zusätzlich wurde die Literaturrecherche mithilfe der Internetdatenbank Google Scholar ergänzt. Die Grundlage für die Suchstrategie bildeten folgende Schlüsselbegriffe, sogenannte Keywords: „Therapeutic Touch“, „Healing Touch“, „Palliative Care“ und „Terminal Care“. Diese Keywords wurden durch die Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ miteinander verbunden. Zusätzlich zur Literaturrecherche fand eine Handsuche in den Referenzlisten von relevanten Studien statt.

Mithilfe der MeSH-Terms (Medical Subject Headings) wurde in den einzelnen Datenbanken die Literaturrecherche spezifiziert. Dadurch wurden verschiedene Schlagwörter, welche von den Datenbanken vorgeschlagen wurden, für die verwendeten Keywords ermittelt. MeSH-Terms wurden in die jeweilige Suchstrategie der Datenbanken inkludiert, wenn diese vorhanden und passend waren.

Tabelle 1: Übersicht der Schlüsselwörter, Synonyme und Schlagwörter

Schlüsselwort	Synonym	Schlagwort (MeSH-Term)
Therapeutic Touch	Healing Touch	Therapeutic Touch [MeSH] <ul style="list-style-type: none"> • Laying-on-of-hands • Therapeutic Touch • Reiki
Palliative Care	Terminal Care	Palliative Care [MeSH] <ul style="list-style-type: none"> • Care, Palliative • Palliative Treatment • Palliative Therapy • Palliative Supportive Care • Palliative Surgery Terminal Care [MeSH] <ul style="list-style-type: none"> • Care, Terminal • End of Life Care • Life Care End(s)

Um möglichst viele relevante Treffer zu erzielen, wurde das Synonym Healing Touch in der Suchstrategie hinzugefügt. Weiters wird Healing Touch bei der MeSH-Suche (Medical Subject Headings) in der Datenbank PubMed unter dem Begriff Therapeutic Touch inkludiert.

2.2.1 PubMed

In PubMed (Public Medicine) erfolgte die Suche mittels folgender Kombinationen der Keywords: ("Therapeutic Touch"[Mesh] OR "healing touch") AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh]). Mit dieser Suchstrategie wurden 39 Treffer erzielt.

2.2.2 CINAHL

In der Datenbank CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) wurde mit folgender Kombination der Keywords gesucht:

(therapeutic touch OR healing touch) AND (palliative care OR terminal care).

Insgesamt wurden 56 Treffer erzielt. Es wurde auch mit Medical Subject Headings gesucht, jedoch wurden damit weniger relevante Treffer gefunden und somit wurde die oben genannte Suchstrategie verwendet.

2.2.3 Cochrane via OvidSP

Zu Beginn der Literatursuche wurden folgende Datenbanken aus Cochrane via OvidSP ausgewählt:

- EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials October 2018
- EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to November 21, 2018
- EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers November 2018
- EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012 gewählt.

Es wurden bei der Recherche folgende Keywords miteinander verbunden: (therapeutic touch OR healing touch) AND (palliative care OR terminal care). Mit dieser Suchstrategie wurden 322 relevante Treffer erzielt.

2.2.4 Google Scholar

Bei der Suche in der Internetdatenbank Google Scholar wurden die Keywords folgendermaßen miteinander verbunden: („therapeutic touch“ OR „healing touch“) AND (palliative care OR terminal care) filetype:pdf. Diese Suchstrategie ergab insgesamt 835 Treffer, wovon die ersten zehn Seiten gescreent wurden. Davon ergaben sich jedoch keine neuen relevanten Treffer.

2.3 Auswahl der Studien

Die Literaturrecherche wurde durch speziell definierte Limitationen, Ein- und Ausschlusskriterien weiter eingegrenzt.

Tabelle 2: Limitationen, Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien

Limitationen:
<ul style="list-style-type: none">• Nur Studien in deutscher und englischer Sprache wurden inkludiert• Keine Limitation bezüglich der Veröffentlichungszeit der inkludierten Studien, da zu diesem Thema nur sehr wenig Literatur vorhanden ist und viele Studien durch eine zeitliche Limitation nicht inkludiert werden können
Einschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none">• Palliativ zu betreuende Personen ohne Altersbeschränkung• Therapeutic Touch Interventionen• Alle Arten von Settings (Krankenhaus, Pflegeheim und häusliches Setting sowie alle stationären, teilstationären, ambulanten bzw. mobilen Palliativ- und Hospizeinrichtungen)• Alle Arten von quantitativen und qualitativen Studien sowie alle Arten von quantitativen und qualitativen Reviews
Ausschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none">• Alle anderen Arten von komplementären Interventionen (z.B. Reiki oder Aromapflege)

Insgesamt wurden bei der Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Cochrane via OvidSP 417 Treffer erzielt. Nach Entfernung der Duplikate wurde ein Titelscreening durchgeführt und die Treffer wurden auf 82 reduziert. Bei den übrigen Studien wurde ein Abstractscreening durchgeführt und weitere 59 Studien wurden daraufhin entfernt. Nach dem Volltextscreening verblieben drei Studien aus der Literaturrecherche in den angeführten Datenbanken. Eine weitere Studie wurde durch Handsuche in den Referenzlisten der relevanten Studien hinzugefügt. Die Datenbankrecherche ist in Abbildung 1 mithilfe eines Flowcharts grafisch dargestellt.

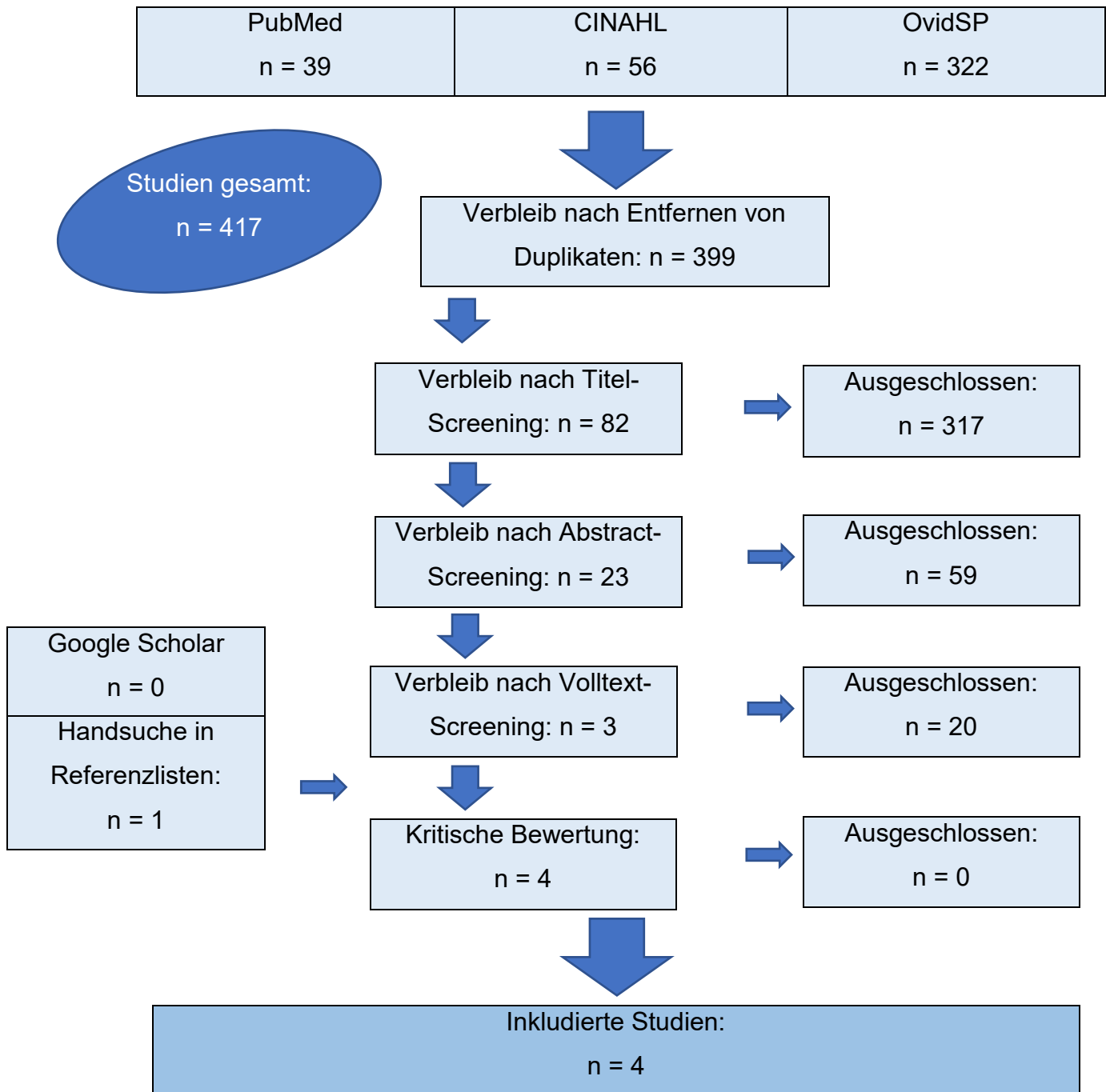


Abbildung 1: Flowchart der Datenbankrecherche adaptiert nach (Moher et al., 2009)

2.4 Qualität der Studien

Zur Ermittlung der Qualität der ausgewählten Literatur wurde der vom Institut für Pflegewissenschaft zur Verfügung gestellte Bewertungsbogen „Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically“ nach Hawker et al. (2002) verwendet. Nach der Bewertung wurden insgesamt vier Studien in den Ergebnisteil zur Beantwortung der Forschungsfrage inkludiert. Studien mit einer Bewertung unter 60 % wurden ausgeschlossen.

Der Bewertungsbogen wird in neun unterschiedliche Kategorien eingeteilt. Beurteilt werden:

- Titel und Abstract
- Einleitung und Ziel
- Methode und Datenerfassung
- Sampling
- Datenanalyse
- Ethik und Limitationen
- Ergebnisse
- Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit
- Implikation und Nützlichkeit für die Praxis

Für die verschiedenen Bereiche des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002) sind folgende Punktevergaben möglich: Good (4 Punkte), Fair (3 Punkte), Poor (2 Punkte) und Very Poor (1 Punkt). Maximal können 36 Punkte erreicht werden.

Die Übersichtstabelle der Bewertungskriterien nach Hawker et al. (2002) befindet sich in Tabelle 11 im Anhang.

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vier inkludierten Studien beschrieben und mithilfe von Unterkategorien gegliedert.

3. Ergebnisse

Zur Beantwortung der eingangs definierten Forschungsfrage „Wie wirkt die komplementäre Pflegeintervention „Therapeutic Touch“ auf palliativ zu betreuende Personen?“ wurden vier Studien in diese Arbeit integriert. Für einen ersten Überblick werden die Charakteristika der inkludierten Studien in Tabelle 3 dargestellt. Anschließend werden die zentralen Ergebnisse näher erläutert und in zwei Kategorien unterteilt:

- Die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf psychische Beschwerden
- Die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf physische Beschwerden

Die Unterteilung in diese zwei Kategorien begründet sich dadurch, dass die erzielten Outcomes der inkludierten Studien jeweils sehr unterschiedliche Bereiche fokussieren.

3.1 Charakteristika der inkludierten Studien

Um eine Übersicht der inkludierten Studien zu schaffen, wurde eine Tabelle mit sechs Untergliederungen erstellt. Die Tabelle beinhaltet folgende Informationen zu den eingeschlossenen Studien:

- Autoren/Autorinnen, Jahr, Land
- Ziel/Frage der Studie
- Studiendesign und Datenerhebung
- Setting und Stichprobe
- Intervention
- Hauptergebnisse

Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien

Autoren/Autorinnen, Jahr, Land	Ziel/Frage der Studie	Studiendesign und Datenerhebung	Setting und Stichprobe	Intervention	Hauptergebnisse
Helen Senderovich, Mary Lou Ip, Anna Berall, Jurgis Karuza, Michael Gordon, Malcolm Binns, Shaira Wignarajah, Daphna Grossman, Lynda Dunal 2016 in Toronto, Kanada	Das Ziel dieser Studie war es, die Effekte der Therapeutic Touch Interventionen auf Personen einer geriatrischen Palliativstation zu beschreiben.	<u>Studiendesign:</u> Retrospective chart review <u>Datenerhebung:</u> Mittels elektronischer Krankengeschichte, Beobachtungen und Dokumentationen	<u>Setting:</u> Palliative Care Unit <u>Stichprobe:</u> Interventionsgruppe: 114 Personen Kontrollgruppe: 123 Personen	Eine Therapeutic Touch Intervention dauerte zwischen fünf bis sieben Minuten und wurde bis zu zweimal pro Woche angeboten. Die Zeitdauer der Durchführung betraf den Zeitraum von Oktober 2010 bis Juni 2013.	Die Ergebnisse zeigten, dass sich 39 Probandinnen und Probanden entspannter fühlten und weitere 33 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besser einschlafen konnten. 21 Personen zeigten keine Reaktion.
Marie Giasson, Louise Bouchard 1998 in Kanada	Das Ziel dieser Studie war es, die Effekte von drei Therapeutic Touch Interventionen bei Personen im terminalen Krebsstadium zu untersuchen.	<u>Design:</u> Time-series Design mit einer Kontrollgruppe (Longitudinal Design) <u>Datenerhebung:</u> Mittels visueller Analogskala	<u>Setting:</u> Palliative Care Unit <u>Sichprobe:</u> 20 Personen im Endstadium Krebs Interventionsgruppe: 10 Personen Kontrollgruppe: 10 Personen	Es wurden drei Therapeutic Touch Interventionen über einen Zeitraum von vier Tagen durchgeführt. Eine Intervention dauerte zwischen 15 bis 20 Minuten.	Die Ergebnisse zeigten, dass sich das Wohlbefinden der Personen nach den Therapeutic Touch Interventionen verbessert hat.

<p>Jessica Ziembroski, Neil Gilbert, Robert Bossarte, Michele Guldberg</p> <p>2003 in Indiana</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war es, die Effekte von Therapeutic Touch Interventionen auf die Symptome, das Wohlbefinden, den Sinn und Zweck des Lebens, die körperliche Funktionsfähigkeit sowie die Beziehungen der betroffenen Personen zu analysieren.</p>	<p><u>Design:</u> Quasiexperimentelles Design</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Mittels Fragebogen, visueller Analogskala und qualitativen Interviews</p>	<p><u>Setting:</u> Zentrum für Hospiz- und Palliativpflege in St. Joseph, Marshall und Elkhart Counties in Indiana</p> <p><u>Stichprobe:</u> Insgesamt: 30 Männer und 25 Frauen Interventionsgruppe: 29 Personen Kontrollgruppe: 26 Personen</p>	<p>Die Personen erhielten drei Therapeutic Touch Anwendungen, welche jeweils ca. 15 Minuten dauerten. Diese Interventionen erhielten sie zwischen dem fünften und einundzwanzigsten Tag nach dem Eintritt in das Hospizprogramm der Studie.</p>	<p>Die Ergebnisse zeigten eine Verbesserung der körperlichen Symptome in der Interventionsgruppe, aber eine Abnahme der körperlichen Funktionsfähigkeit in beiden Gruppen. In den Bereichen Wohlbefinden und Sinn und Zweck des Lebens gab es geringe Verschlechterungen und keine bzw. nur geringe Veränderungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen.</p>
<p>Liora Berger, Marianne Tavares, Brian Berger</p> <p>2013 in Kanada</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war es, dass Pilot Projekt über komplementäre Pflegeinterventionen auf einer Palliativstation vorzustellen und deren Resultate zu erläutern.</p>	<p><u>Design:</u> Pilot Projekt</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Mittels Fragebogen und visueller Analogskala</p>	<p><u>Setting:</u> Palliative Care Unit des Mackenzie Richmond Hill Krankenhauses</p> <p><u>Stichprobe:</u> 31 Patientinnen und Patienten</p>	<p>Die teilnehmenden Personen dieser Studie erhielten Therapeutic Touch Anwendungen.</p>	<p>Die Ergebnisse zeigten, dass es zu Verbesserungen der Schmerzen, des Unbehagens, der Angst, der Muskelsteifigkeit, des Gefühls der Anspannung sowie den Depressionen der teilnehmenden Personen kam.</p>

3.2 Die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf psychische Beschwerden

In der Studie von Senderovich et al. (2016) konnte festgestellt werden, dass durch die Anwendung von Therapeutic Touch ein **Zustand der Entspannung** erzielt wurde. In diesem retrospektiven Review wurden zwei Gruppen gebildet: eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe bestand aus 114 Personen, welche mindestens zweimal wöchentlich Therapeutic Touch Interventionen von zwei registrierten Therapeutic Touch Anwenderinnen und Anwendern erhielten. Die Kontrollgruppe bestand aus 123 Personen, welche keine Therapeutic Touch Intervention erhielten. Es konnten 13 der 114 Personen aus der Interventionsgruppe nicht an der ersten Therapeutic Touch Einheit teilnehmen, da sie entweder Besuch hatten, abwesend waren oder zur geplanten Zeit geschlafen haben und für die Pflegeintervention nicht geweckt wurden. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe gaben an, sich durch die Therapeutic Touch Intervention einen Zustand der Entspannung zu erhoffen. Von den 114 Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe hatten 105, somit insgesamt 92 %, eine primär maligne Diagnose und einen Altersdurchschnitt von 77,4 Jahren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe hatten einen Altersdurchschnitt von 80,8 Jahren und 79 % (97 Personen) dieser Gruppe hatten eine primär maligne Diagnose. Diese setzte sich in beiden Gruppen aus unterschiedlichen Krebserkrankungen zusammen (Senderovich et al., 2016).

Insgesamt hatten Personen in der Interventionsgruppe einen höheren Palliative Performance Score im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der Palliative Performance Score beschreibt den funktionellen Status der betroffenen Personen in der Palliativpflege und unterstützt bei der Entscheidung, welche Personen für eine Aufnahme in der Palliativstation berechtigt sind. Der durchschnittliche Palliative Performance Score in der Interventionsgruppe betrug 42,3 und in der Kontrollgruppe 36,6. Durch die Therapeutic Touch Interventionen konnten in der Interventionsgruppe 88 positive Rückmeldungen erzielt werden. Die restlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten keine Reaktion. Insgesamt gab es jedoch keine negativen Rückmeldungen und

Reaktionen durch die Probandinnen und Probanden. Bei 39 Personen der Interventionsgruppe konnte ein Zustand der Entspannung festgestellt werden. Darunter wurden das Schließen der Augen, ein tiefes und ruhiges Atmen sowie ein Rückgang der körperlichen Bewegungen verstanden. Bei Personen der Interventionsgruppe mit einer primär malignen Diagnose kam es zu einer Verringerung der Angst und infolgedessen zu einem Anstieg der Entspannung (Senderovich et al., 2016).

Auch durch die Studie von Berger et al. (2013) konnte festgestellt werden, dass es durch den Einsatz der komplementären Pflegeinterventionen Therapeutic Touch zu einer **Verbesserung der psychischen Symptome** der Probandinnen und Probanden dieser Studie kam. Insgesamt nahmen 31 Personen an der Studie teil. Es wurden freiwillige Therapeutinnen und Therapeuten rekrutiert, welche die Pflegeinterventionen an den Probandinnen und Probanden durchführten. Die häufigsten psychischen Symptome, welche von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als problematisch angegeben wurden, waren: Unbehagen (70 %), Depressionen (65 %), Angst (65 %) sowie ein Gefühl der Anspannung (75 %). Zur Erhebung der Daten wurde eine visuelle Analogskala verwendet, um die Unterschiede vor und nach der durchgeführten Pflegeintervention darzustellen. Die Skala hatte eine Skalierung von „Null“ bis „Zehn“. „Null“ bedeutet „so gut wie es nur sein kann“ und „Zehn“ bedeutet „so schlecht wie es nur sein kann“. Außerdem wurde ein Fragebogen nach der ersten oder zweiten Sitzung ausgeteilt, anhand dessen die teilnehmenden Personen und deren Angehörige die Verbesserungen angeben sollten, welche durch die Pflegeinterventionen erlangt wurden und darüber hinaus auch zusätzliche Kommentare hinterlassen konnten (Berger et al., 2013).

In Tabelle 4 sind die Verbesserungen der Symptome ersichtlich, welche die teilnehmenden Personen als problematisch angegeben hatten (Berger et al., 2013).

Tabelle 4: Verbesserung der angegebenen Symptome in Prozent (%)

Symptome	Verbesserungen in %
Unbehagen	61 %

Depression	70 %
Angst	66 %
Gefühl der Anspannung	68 %
Gesamte Verbesserung	62 %

Die prozentuelle Verbesserung der Symptome wurde berechnet, indem die Ergebnisse vor und nach den durchgeführten Pflegeinterventionen miteinander verglichen wurden. Die „gesamte Verbesserung“ beschrieb die durchschnittliche Verbesserung jedes Symptoms in Prozent. Für jedes Symptom und die Gesamtverbesserung aller Patientinnen und Patienten wurde ein t-Test durchgeführt. Die p-Werte lagen alle unter 0,01. Dies bedeutet, dass die prozentualen Verbesserungen alle signifikant waren, mit einem 95 prozentigen Konfidenzintervall.

Zusätzlich wurden die teilnehmenden Personen dazu befragt, wie wichtig ihnen innere Ruhe und innerer Frieden waren. Von den befragten Personen gaben 80 % an, dass innere Ruhe und innerer Frieden von großer Bedeutung für sie seien. Weiters kam es durch die Anwendung der komplementären Pflegeinterventionen zu einer **Steigerung der inneren Ruhe und des inneren Friedens** um 66 % (Berger et al., 2013).

In der quasiexperimentellen Studie von Zimbroski et al. (2003) wurden die Effekte von drei Therapeutic Touch Behandlungen auf die **zwischenmenschlichen Beziehungen** und den **Sinn und Zweck des Lebens** der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untersucht. Insgesamt nahmen 30 Männer und 25 Frauen, welche sich aufgrund von unterschiedlichen Erkrankungen in einem Hospiz oder einer Palliativstation in Indiana befanden, an der Studie teil. Diese wurden zufällig in eine Interventionsgruppe (29 Personen) und eine Kontrollgruppe (26 Personen) eingeteilt. Die Personen der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich zur Standardversorgung, bestehend aus Hospiz- und Krankenpflege, drei Therapeutic Touch Anwendungen, während die Kontrollgruppe nur die Standardversorgung erhielt. Die Therapeutic Touch Interventionen dauerten ca. 15 Minuten und wurden jeweils in den eigenen Räumlichkeiten der Probandinnen und Probanden durchgeführt. Die Interventionen erfolgten zwischen dem fünften und einundzwanzigsten Tag nach dem Eintritt in die

Studie. Aufgrund von Todesfällen betrug die Ausfallrate der teilnehmenden Personen ungefähr ein Drittel (Ziembroski et al., 2003).

Zur Erhebung der Daten wurde der Fragebogen „The Missoula-VITAS Quality of Life Index for Hospice Patients“ verwendet. Teilnehmerinnen und Teilnehmer beider Gruppe erhielten je zwei Fragebögen, um die Ergebnisse vor und nach den Interventionen sowie zwischen den beiden Gruppen zu vergleichen. Die teilnehmenden Personen der Interventionsgruppe erhielten einen Fragebogen vor den drei Therapeutic Touch Interventionen und den zweiten Fragebogen danach. Die Kontrollgruppe erhielt beide Fragebögen ungefähr zur gleichen Zeit wie die Interventionsgruppe. Der Fragebogen beinhaltete Fragen über die zwischenmenschlichen Beziehungen sowie den Sinn und Zweck des Lebens. Der zwischenmenschliche Bereich der Beziehungen misst den Grad der Teilhabe an persönlichen Beziehungen und die wahrgenommene Qualität der Interaktionen mit Familie und Freunden. Der letzte Bereich des Fragebogens beschäftigt sich mit der eigenen Einstellung zum Sinn und Zweck des Lebens der teilnehmenden Personen. Für jede Frage des Fragebogens gibt es fünf Antwortmöglichkeiten. Es wurde ein Vergleich der Patientenwerte zwischen der ersten und der zweiten Erhebung des Fragebogens durchgeführt. Die Punktezahl einer teilnehmenden Person zum Zeitpunkt eins wurde von der Punktezahl des Zeitpunkts zwei subtrahiert, um eine empirische Messung zu ermöglichen. Der Änderungswert einer Probandin/eines Probanden wurde so interpretiert, dass er eine Verbesserung des Zustands widerspiegelt, wenn der Wert positiv war, oder eine Verschlechterung des Zustands, im Falle einer negativen Änderung. Die Änderungswerte der Interventionsgruppe wurden mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Im Bereich der „zwischenmenschlichen Beziehungen“ erlebten teilnehmende Personen der Interventionsgruppe keine Veränderung, weder negativ noch positiv. Personen der Kontrollgruppe hingegen berichteten von mehr Schwierigkeiten. Im Bereich „Sinn und Zweck des Lebens“ beschrieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe, die eine Standard-Hospizbehandlung erhielten, eine Verbesserung im Gegensatz zur Interventionsgruppe, welche von einem Rückgang berichtete. Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe wurden sechs zusätzliche Fragen zu deren Erfahrungen und Meinungen zu Therapeutic Touch gestellt. Die subjektive

Einschätzung der teilnehmenden Personen bezüglich Therapeutic Touch wurde folgendermaßen differenziert: 1 = Die Therapeutic Touch Anwendungen haben gar nicht geholfen, 2 = Die Therapeutic Touch Anwendungen haben etwas geholfen, 3 = Die Therapeutic Touch Anwendungen haben sehr geholfen. Folgende Fragen wurden gestellt: „Haben die Therapeutic Touch Anwendungen Ihnen dabei geholfen, sich weniger traurig oder depressiv fühlen?“ (Rückmeldung: 1,91), „Haben die Therapeutic Touch Anwendungen geholfen Ihre Ängste zu reduzieren oder einzuschränken?“ (Rückmeldung: 1,74), „Haben die Therapeutic Touch Anwendungen Ihnen dabei geholfen, sich bei dem Gedanken an Ihren eigenen Tod wohler zu fühlen?“ (Rückmeldung: 1,91), „Haben die Therapeutic Touch Anwendungen Ihnen dabei geholfen, einen Sinn und Zweck in Ihrem Leben zu finden?“ (Rückmeldung: 1,67) und „Haben die Therapeutic Touch Anwendungen Ihnen dabei geholfen, eine Verbindung zu Gott zu spüren?“ (Rückmeldung: 2,15) (Ziembroski et al., 2003).

Am Ende der Studie wurden nochmals offene qualitative Interviews mit 39 teilnehmenden Personen aus beiden Gruppen durchgeführt. An diesem Interview konnten 16 Probandinnen und Probanden nicht teilnehmen, da sie das Interview entweder abgelehnt haben oder aufgrund des Krankheitsfortschritts nicht teilnehmen konnten. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden fünf generelle Fragen zu deren Behandlung gestellt und sie konnten individuell ergänzen, was ihnen dazu noch einfiel. Von 21 abgeschlossenen Interviews der teilnehmenden Personen der Interventionsgruppe berichteten 15 über positive und sechs über negative Erfahrungen oder neutrale Ansichten. Von 18 abgeschlossenen Interviews mit Personen der Kontrollgruppe berichteten 16 über positive und zwei über negative oder neutrale Erfahrungen. Von den 21 befragten Personen der Interventionsgruppe zeigten sich viele verschiedene positive Reaktionen auf die Anwendung von Therapeutic Touch. Die häufigsten Antworten waren: **erhöhte Entspannung** (sieben Personen), **spirituelle Wohltat** (vier Personen) und **mehr innere Ruhe** (drei Personen). Neben den beschriebenen Vorteilen wurden auch der Stressabbau sowie die **Steigerung des Energielevels und Allgemeinzustands** erwähnt (Ziembroski et al., 2003).

3.2.1 Das Wohlbefinden

In der Studie von Giasson and Bouchard (1998) konnte herausgefunden werden, dass sich durch die Durchführung von Therapeutic Touch Interventionen das **Wohlbefinden** der teilnehmenden Personen verbessert hat. Insgesamt nahmen 20 Personen im terminalen Krebsstadium an der Studie teil, wovon zufällig zehn einer Interventionsgruppe und zehn einer Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten drei Therapeutic Touch Anwendungen über einen Zeitraum von 15 - 20 Minuten in einem Zeitrahmen von vier Tagen. Die Kontrollgruppe hingegen legte eine Ruheperiode ein, in der die teilnehmenden Personen dazu angeleitet wurden, sich zu entspannen. Diese Ruheperiode dauerte ebenfalls 15 - 20 Minuten. Nach den Interventionen wurde das Wohlbefinden anhand einer visuellen Analogskala erhoben, welche von Giasson entwickelt wurde.

Das Wohlbefinden wurde in der Studie von Giasson and Bouchard (1998) als subjektives Gefühl beschrieben, welches die Abwesenheit von Schmerz, Übelkeit, Depression, Angst und Kurzatmigkeit sowie eine Steigerung der Aktivität, des Appetits, der Entspannung und der inneren Ruhe umfasst. Die visuelle Analogskala des Wohlbefindens beinhaltet eine Skalierung von null bis zehn und erfasst folgende Punkte: Schmerz, Übelkeit, Depression, Angst, Kurzatmigkeit, Aktivität, Appetit, Entspannung und innere Ruhe sowie einen zusätzlichen Punkt, anhand dessen die Personen ihr allgemeines Wohlbefinden beschreiben konnten. Die Probandinnen und Probanden der Studie konnten ein Kreuz an der Stelle zwischen „null“ und „zehn“ setzen, an denen sie ihr Wohlbefinden anhand der einzelnen Punkte nach der Therapeutic Touch Intervention beschrieben. Eine Skalierung von „null“ bei dem Punkt „Schmerz“ bedeutete, dass die betroffene Person keine Schmerzen hatte, wohingegen eine Markierung der Stelle „zehn“ starke Schmerzen bedeutete (Giasson and Bouchard, 1998).

Die geplanten Interventionen wurden immer in den Zimmern der teilnehmenden Personen durchgeführt. Am ersten Tag fand noch keine Intervention statt, da die soziodemographischen Daten erhoben sowie die Erhebung mittels visueller Analogskala erklärt und erstmals durchgeführt wurde. Am zweiten, dritten und vierten

Tag erfolgte die Durchführung der Interventionen und an Tag zwei und vier wurde die visuelle Analogskala zur Erhebung des Wohlbefindens erneut ausgefüllt. Chi-square Tests und t-Tests wurden erhoben um die Gleichwertigkeit der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe im Hinblick auf demographische und medizinische Daten sicherzustellen. Es wurden keine statistischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden, somit wurden diese als äquivalent angesehen. Weiters fand sich auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden und der täglichen Dosis an Analgetika und Anxiolytika (Giasson and Bouchard, 1998).

Es wurden von Giasson and Bouchard (1998) zwei Hypothesen aufgestellt, welche es zu verifizieren galt. Die erste Hypothese besagte, dass Personen im Endstadium Krebs, welche sich in der Interventionsgruppe befanden, Verbesserungen des Wohlbefindens anhand der Messung durch die visuelle Analogskala aufzeigten, als Personen in der Kontrollgruppe. Es wurde ein signifikanter Unterschied zwischen der durchschnittlichen Verbesserung des Wohlbefindens in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe gefunden ($p = 0,0015$). Die Interventionsgruppe zeigte eine deutliche Verbesserung des Wohlbefindens, während das Wohlbefinden der Kontrollgruppe im Laufe der Erhebungen sank. Somit wurde die erste Hypothese bestätigt.

Die zweite Hypothese besagte, dass sich das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Interventionsgruppe nach jeder Therapeutic Touch Anwendung verbesserte und somit bei den Erhebungen mittels der visuellen Analogskala im Durchschnitt bessere Outcomes erzielt wurden. Auch diese Hypothese wurde bestätigt, da sich das Wohlbefinden in der Interventionsgruppe nach jeder Messung verbessert hat. In der Kontrollgruppe kam es zu einer Reduktion des Wohlbefindens nach jeder Erhebung durch die visuelle Analogskala (Giasson and Bouchard, 1998).

Auch in der Studie von Ziembroski et al. (2003) wurde untersucht, wie sich drei Therapeutic Touch Interventionen auf das **Wohlbefinden** der Probandinnen und Probanden dieser Studie auswirkten. Zur Erhebung der Daten wurde der Fragebogen „The Missoula-VITAS Quality of Life Index for Hosice Patients“ verwendet. Der Fragebogen definiert den Bereich des Wohlbefindens als eine Selbsteinschätzung des

inneren Zustands eines Individuums. Es ist ein subjektives Gefühl von Wohlbefinden oder Unbehagen, Zufriedenheit oder mangelnder Zufriedenheit. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche nur eine Standard-Hospizbehandlung erhielten, berichteten im Vergleich zu den Personen der Interventionsgruppe von Verbesserungen im Bereich des Wohlbefindens, wohingegen die Personen der Interventionsgruppe einen Rückgang erfuhren (Ziembroski et al., 2003).

3.3 Die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf physische Beschwerden

In der Studie von Berger et al. (2013) konnten zusätzlich zu den psychischen Verbesserungen der Beschwerden der teilnehmenden Personen auch **Verbesserungen der Schmerzen und der Muskelsteifigkeit** durch Pflegeinterventionen wie Therapeutic Touch erzielt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass Schmerzen für 45 % und Muskelsteifigkeit für 50 % als sehr problematisch galten. Mithilfe einer visuellen Analogskala konnten Unterschiede vor und nach den durchgeführten Pflegeinterventionen festgestellt werden. Diese Skala hatte eine Skalierung von „Null“ bis „Zehn“. „Null“ bedeutete „so gut, wie es nur sein kann“ und „Zehn“ bedeutete „so schlecht, wie es nur sein kann“. Anhand dieser visuellen Analogskala konnte erkannt werden, dass sich durch die Pflegeinterventionen die Schmerzen der Probandinnen und Probanden um 44 % und die Muskelsteifigkeit um 49 % verbessert hat (Berger et al., 2013).

Auch in der Studie von Ziembroski et al. (2003) wurden die Effekte von drei Therapeutic Touch Interventionen auf die physischen Symptome sowie die körperliche Funktionsfähigkeit der teilnehmenden Personen untersucht. Die 55 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zufällig in eine Interventionsgruppe (29 Personen) und eine Kontrollgruppe (26 Personen) eingeteilt. Zur Erhebung der Daten wurde der Fragebogen „The Missoula-VITAS Quality of Life Index for Hospice Patients“ verwendet. Dieser beinhaltete Fragen zu den Symptomen sowie zur körperlichen Funktionsfähigkeit der teilnehmenden Personen. Die Symptomdomäne misst das

Ausmaß der körperlichen Beschwerden und Ängste, die bei fortschreitender, unheilbarer Krankheit auftreten. Der Bereich der körperlichen Funktionsfähigkeit misst die wahrgenommene Fähigkeit, gewohnte Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen und die emotionalen Reaktionen, die in Bezug auf die Erwartungen der Personen erlebt werden. Der Fragebogen wurde zweimal erhoben (Zeitpunkt eins und Zeitpunkt zwei) um einen Vergleich der Patientenwerte vor und nach den durchgeführten Pflegeinterventionen zu erzielen (Ziembroski et al., 2003). Es wurde festgestellt, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Therapeutic Touch-Intervention erhielten, innerhalb des Bereichs „Symptome“ eine **Verbesserung der körperlichen Symptome** im Vergleich zu Personen aus der Kontrollgruppe erlebten, die sich insgesamt von Zeitpunkt eins zu Zeitpunkt zwei verschlechterten. Im Bereich der körperlichen Funktionsfähigkeiten erlebten beide Gruppen im Laufe der Zeit negative Veränderungen. Allerdings erfuhren Personen der Interventionsgruppe **weniger dramatische Veränderungen in den physischen Funktionen** als Personen in der Kontrollgruppe. Weiters wurden am Ende der Studie mit 39 Probandinnen und Probanden offene qualitative Interviews geführt. Zusätzlich konnten die befragten Personen noch individuelle Informationen zu den gestellten Fragen ergänzen. Von den abgeschlossenen Interviews gaben vier Personen eine **Linderung der Schmerzen** durch die Therapeutic Touch Interventionen an und drei Personen berichteten über eine **verbesserte Atmung** (Ziembroski et al., 2003).

In der Studie von Senderovich et al. (2016) wurden die Effekte von Therapeutic Touch Interventionen auf 114 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interventionsgruppe untersucht. Davon gaben 33 Personen an, durch die Therapeutic Touch Interventionen **besser einschlafen** zu können (Senderovich et al., 2016).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass durch eine Therapeutic Touch Intervention folgende Beschwerden gelindert werden können: Schlafprobleme, Gefühle der Anspannung, Unbehagen, Depressionen, Angst, Schmerzen und Muskelsteifigkeit. Weiters kommt es zu einer Verbesserung der Atmung und einer Steigerung der inneren Ruhe, des Wohlbefindens sowie des Allgemeinzustandes.

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Wirkungsweise der komplementären Pflegeintervention „Therapeutic Touch“ auf palliativ zu betreuende Personen aufzuzeigen. Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse sowie die methodische Vorgehensweise kritisch diskutiert. Es wird genauer auf die unterschiedlichen Stichprobengrößen sowie die Therapeutic Touch Interventionen eingegangen. Des Weiteren werden die erzielten Effekte nochmals aufgegriffen, verglichen und diskutiert.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Anschließend werden die erzielten Effekte der Therapeutic Touch Intervention, die Dauer, der Ort und die Häufigkeit der Anwendung sowie die Stichprobengrößen der inkludierten Studien diskutiert.

4.1.1 Erzielte Effekte der Therapeutic Touch Intervention

Anhand der vier inkludierten Studien (Senderovich et al. (2016); Giasson and Bouchard (1998); Ziembroski et al. (2003) und Berger et al. (2013)) konnte eine Vielzahl von unterschiedlichen Effekten durch eine Therapeutic Touch Intervention aufgezeigt werden.

Erzielte Effekte auf psychische Beschwerden

Zusammenfassend lässt sich nochmals festhalten, dass alle vier inkludierten Studien unterschiedliche Effekte auf psychische Beschwerden der palliativ zu betreuenden Personen aufzeigen konnten.

In der Studie von Senderovich et al. (2016) konnte ein Zustand der Entspannung erzielt werden. Von den 114 Personen der Interventionsgruppe erfolgten 88 positive Rückmeldungen, die restlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten keine Reaktionen auf die Pflegeintervention.

Durch die Studie von Berger et al. (2013) konnte eine Verbesserung der psychischen Symptome erzielt werden. Die häufigsten Symptome, welche als problematisch und belastend angegeben wurden, waren: Unbehagen, Depressionen, Angst und ein Gefühl der Anspannung. Durch die durchgeführte Pflegeintervention konnten Verbesserungen in Prozent der angegebenen Symptome aufgezeigt werden: Unbehagen (61 %), Depressionen (70 %), Angst (66 %) und ein Gefühl der Anspannung (68 %). Weiters kam es zu einer Steigerung der inneren Ruhe und des inneren Friedens um 66 %.

In der Studie von Ziembroski et al. (2003) wurde die Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf die Bereiche „zwischenmenschlichen Beziehungen“, „Sinn und Zweck des Lebens“ sowie „Wohlbefinden“ untersucht. Die Interventionsgruppe erlebte im Bereich „zwischenmenschliche Beziehungen“ keine Veränderungen, im Bereich „Sinn und Zweck des Lebens“ einen Rückgang, somit eine Verschlechterung, und im Bereich „Wohlbefinden“ gaben die teilnehmenden Personen Verbesserungen an.

Die Studie von Giasson and Bouchard (1998) befasste sich mit dem Wohlbefinden der teilnehmenden Personen. Es konnte eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens bei der Interventionsgruppe festgestellt werden, während das Wohlbefinden der Kontrollgruppe über den Erhebungszeitraum sank.

Es fällt sehr schwer, die vier Studien miteinander zu vergleichen, da sehr unterschiedliche Ergebnisse erzielt wurden. Nur in den Studien von Giasson and Bouchard (1998) und Ziembroski et al. (2003) wurden jeweils die Auswirkungen einer Therapeutic Touch Intervention auf das Wohlbefinden untersucht. Therapeutic Touch führte nur in der Studie von Giasson and Bouchard (1998) zu einer Verbesserung des Wohlbefindens. Diese unterschiedlichen Outcomes liegen möglicherweise an den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten, da ein einheitliches Messinstrument für die Erhebung der Wirkungsweise von Therapeutic Touch fehlt. Des Weiteren fokussieren sich Giasson and Bouchard (1998) in ihrer Studie nur auf den einzelnen Effekt Wohlbefinden, wohingegen bei Ziembroski et al. (2003) mehrere unterschiedliche Effekte untersucht wurden und daher der Fokus nicht nur auf das Wohlbefinden gerichtet war.

Weiters konnten keine gleichen erzielten Effekte gefunden werden. Was sich jedoch daraus schließen lässt, ist die allgemein positive Wirkungsweise einer Therapeutic Touch Intervention sowie die breite Wirkungsweise von Therapeutic Touch, welche durch die zahlreichen Effekte widergespiegelt wird.

Erzielte Effekte auf physische Beschwerden

In der Studie von Berger et al. (2013) konnten Verbesserungen der Schmerzsituation und der Muskelsteifigkeit durch Therapeutic Touch erzielt werden. Es wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Verbesserung der Schmerzen um 44 % und eine Verbesserung der Muskelsteifigkeit um 49 % angegeben.

Auch in der Studie von Ziembroski et al. (2003) wurden positive Effekte durch drei Therapeutic Touch Interventionen im Hinblick auf die physischen Symptome sowie die körperliche Funktionsfähigkeit der teilnehmenden Personen erzielt. Innerhalb des Bereiches „physische Symptome“ kam es zu einer Verbesserung der Beschwerden der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe, welche einen Rückgang verzeichnete. Im Bereich „körperliche Funktionsfähigkeit“ erfuhren teilnehmende Personen der Interventionsgruppe nur wenige negative Veränderungen, wohingegen sich die körperliche Funktionsfähigkeit der Kontrollgruppe stärker verschlechtert hat.

In der Studie von Senderovich et al. (2016) gaben die teilnehmenden Personen der Interventionsgruppe an, durch die Therapeutic Touch Intervention besser einschlafen zu können.

Anhand dieser Studien lässt sich schlussfolgern, dass Therapeutic Touch nicht nur positive Effekte auf psychische Beschwerden hat, sondern auch auf physische Beschwerden. Auch hier konnten bei den einzelnen Studien keine einheitlichen Effekte gefunden werden, was einem Mangel an qualitativ hochwertigen Studien zugrunde liegt. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass unter dem Bereich „physische Symptome“ von Ziembroski et al. (2003) auch Schmerz inkludiert ist, da Schmerz eines der häufigsten physischen Symptome bei palliativ zu betreuenden Personen darstellt. Daraus kann geschlossen werden, dass sich Therapeutic Touch in beiden Studien positiv auf das Schmerzempfinden auswirkt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Therapeutic Touch eine effektive, nicht invasive, komplementäre Pflegeintervention ist, welche sich positiv auf psychische sowie physische Beschwerden auswirkt.

4.1.2 Therapeutic Touch Intervention

In den vier inkludierten Studien konnten Unterschiede bezüglich der Dauer, dem Ort und der Häufigkeit der Therapeutic Touch Intervention festgestellt werden. In der Studie von Senderovich et al. (2016) beschrieben die Autorinnen und Autoren, dass eine Therapeutic Touch Anwendung zwischen fünf bis sieben Minuten dauerte und bis zu zweimal wöchentlich angeboten wurde. Angaben zum Ort der Durchführung waren nicht vorhanden. In der Studie von Giasson and Bouchard (1998) wurde erläutert, dass eine Therapeutic Touch Anwendung zwischen 15 - 20 Minuten dauerte und über einen Zeitraum von vier Tagen durchgeführt wurde. Die Pflegeintervention wurde immer in den eigenen Zimmern der teilnehmenden Personen durchgeführt. Ziembroski et al. (2003) gaben an, dass eine Intervention jeweils 15 Minuten dauerte und alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeweils drei Anwendungen erhielten. Auch in dieser Studie fand die Durchführung der Therapeutic Touch Intervention in den eigenen Räumlichkeiten der teilnehmenden Personen statt. In der vierten inkludierten Studie (Berger et al., 2013) waren weder Angaben über die Zeitdauer noch über den Ort der Durchführung vorhanden. Es wurde nur beschrieben, dass mehrere Therapeutic Touch Anwendungen stattgefunden haben, jedoch ohne genauere Informationen anzugeben. Laut Krieger et al. (2012) sollte eine Therapeutic Touch Intervention nicht länger als 20 - 25 Minuten dauern. Eine Anwendung über 20 - 25 Minuten kann zu Dysbalancen im Energiefeld führen. Das Ziel einer Therapeutic Touch Intervention ist jedoch, die Dysbalancen im Energiefeld auszugleichen.

In keiner der inkludierten Studien entsprach die Zeitdauer der Empfehlung von Dolores Krieger. Es ist schwer, aus den angeführten Tatsachen Schlüsse zu ziehen, da alle inkludierten Studien positive Ergebnisse aufzeigen. Möglicherweise ist die Zeitdauer der Therapeutic Touch Intervention nicht ausschlaggebend, um positive Effekte zu erzielen, sondern vielmehr, wie sich die Therapeutic Touch Anwenderinnen und

Anwender sowie die zu behandelnden Personen auf die Intervention einstellen, bzw. diese zulassen.

Nur zwei der vier Studien (Giasson and Bouchard (1998); Ziembroski et al. (2003)) gaben Informationen über den Durchführungsort an. Inwiefern der Ort die Pflegeintervention beeinflusst, lässt sich somit schwer feststellen. Bei beiden Studien wurden als Durchführungsorte das eigene Zimmer, bzw. die eigenen Räumlichkeiten angegeben. Darauf ist zu schließen, dass Ruhe und Privatsphäre eine wichtige Rolle bei der Anwendung von Therapeutic Touch spielen. Möglicherweise wurde bei den Studien von Senderovich et al. (2016) und Berger et al. (2013) kein Wert auf den Durchführungsort gelegt oder die Räumlichkeiten für eine Therapeutic Touch Intervention waren nicht gegeben und wurden daher nicht genauer definiert. Dolores Krieger empfiehlt jedoch, den Ort der Therapeutic Touch Intervention auf einen ruhigen und privaten Raum festzulegen.

Bezüglich der Häufigkeit der Anwendung ist aus den vier inkludierten Studien klar ersichtlich, dass mehrere Anwendungen durchgeführt wurden. Dolores Krieger gab zwar keine genauen Angaben zur Häufigkeit der Durchführung an, jedoch zielt Therapeutic Touch darauf ab, die Dysbalancen im Energiefeld ins Gleichgewicht zu bringen und einen kontinuierlichen Energiefluss zu gewährleisten. Daraus lässt sich schließen, dass die Häufigkeit der Anwendung von großer Bedeutung ist, da es oft mehrere Anwendungen benötigt, um einen kontinuierlichen Energiefluss wiederherzustellen.

4.1.3 Stichprobengröße der inkludierten Studien

Tabelle 5: Stichprobengrößen der inkludierten Studien

Autorinnen/Autoren	Stichprobengrößen
Senderovich et al. (2016)	n = 237
Giasson and Bouchard (1998)	n = 20
Ziembroski et al. (2003)	n = 55
Berger et al. (2013)	n = 31

Wie in Tabelle 5 ersichtlich ist, sind die Stichprobengrößen der inkludierten Studien sehr unterschiedlich. Giasson and Bouchard (1998) sowie Berger et al. (2013) hatten im Vergleich zu Senderovich et al. (2016) sehr kleine Stichproben. Ziembroski et al. (2003) erreichte eine Stichprobengröße von 55 teilnehmenden Personen. Um signifikante Ergebnisse zu erzielen, ist eine passende Stichprobengröße von großer Relevanz. Die Stichprobe sollte weder zu klein noch zu groß sein. Bei einer kleinen Stichprobengröße können die Ergebnisse oft unbrauchbar sein, da es schwerer fällt, signifikante Effekte aufzuzeigen. Eine zu große Stichprobe kann jedoch auch problematisch sein, da die räumlichen und zeitlichen Ressourcen oft nicht im erforderlichen Ausmaß vorhanden sind. Es gilt zu bedenken, dass für die Durchführung einer Therapeutic Touch Intervention ein entsprechender Raum sowie ausreichend zeitliche Ressourcen benötigt werden. Des Weiteren wurde in keiner der inkludierten Studien eine Power-Kalkulation durchgeführt. Darunter versteht sich das Berechnen einer angemessenen Stichprobengröße im Vorfeld, um signifikante Effekte zu erzielen. Dies wäre für zukünftige Studien sehr wichtig.

4.2 Stärken und Schwächen dieses Literaturreviews

In dieser Arbeit gab es keine Limitationen bezüglich der Veröffentlichungszeit der inkludierten Studien, da nur sehr wenig Literatur vorhanden ist. Dies wird jedoch nicht als Schwäche gesehen, da so alle vorhandenen Studien zu diesem Thema mithilfe der ausgewählten Keywords gescreent wurden. Jedoch besteht eine große Lücke an qualitativ hochwertigen Studien, weshalb letztlich nur vier Studien in diese Arbeit inkludiert werden konnten. Als Limitation kann gesehen werden, dass nur Studien in englischer und deutscher Sprache in diesem Literaturreview inkludiert wurden.

Eine weitere Stärke ist, dass inkludierte Studien mithilfe des standardisierten Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) auf ihre Qualität überprüft wurden. Jedoch wurden die Literaturrecherche sowie die Bewertung der inkludierten Studien von der Autorin allein durchgeführt, was als Schwäche gesehen werden kann, da dadurch eventuell einige relevante Studien übersehen wurden. Als Stärke kann wiederum die Unterstützung durch die Betreuerin und die Gruppensitzungen im Kolloquium genannt werden.

Im nachfolgenden Kapitel wird eine Schlussfolgerung gezogen und ein Ausblick mit Empfehlungen für unterschiedliche Bereiche der Pflege gegeben.

5. Schlussfolgerung

Bei der Pflege von palliativ zu betreuenden Personen ist die Symptomkontrolle von großer Bedeutung, um eine höchstmögliche Lebensqualität für diese Personen zu schaffen (Feichtner, 2014). Im Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist ebenfalls die Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht verankert (Bundeskanzleramt, 2018). Dies erfolgt neben den medikamentösen Therapien auch durch eine Vielzahl an komplementären Pflegeinterventionen, wie z.B. Therapeutic Touch. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit konnte aufgezeigt werden, dass im Bereich der Palliativpflege die Durchführung einer Therapeutic Touch Intervention ein breites Spektrum an positiven Effekten erzielt und die psychischen und physischen Beschwerden der betroffenen Personen wirkungsvoll lindern kann.

5.1 Implikationen für die Pflegepraxis

Nach gründlicher Auseinandersetzung mit diesem Thema können einige Empfehlungen für die Pflegepraxis beschrieben werden. Trotz der geringen hochwertigen Studienlage konnte aufgezeigt werden, dass Therapeutic Touch positive Effekte auf die Beschwerden von palliativ zu betreuenden Personen hat. Somit gilt für die Pflegepraxis, Therapeutic Touch in den Pflegealltag zu integrieren. Dafür sind Informationsveranstaltungen für im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Berufsgruppenangehörige der Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz von großer Wichtigkeit, um die positiven Ergebnisse dieser Pflegeintervention aufzuzeigen. Weiters wäre es wichtig, palliativ zu betreuende Personen in allen Settings über die Möglichkeit einer Therapeutic Touch Anwendung zu informieren und die betroffenen

Personen mithilfe von Broschüren und Gesprächen über die Wirkungsweise einer Therapeutic Touch Intervention aufzuklären.

5.2 Implikationen für zukünftige Pflegeforschungen

Für die zukünftige Pflegeforschung ist festzuhalten, dass es zum derzeitigen Standpunkt, sehr wenige qualitativ hochwertige Studien zur Wirkungsweise von Therapeutic Touch auf palliativ zu betreuende Personen gibt. Um die Effektivität von Therapeutic Touch Interventionen zu bestätigen, ist die Durchführung weiterer Studien unabdingbar. Dafür sollten neue und bessere Erhebungsinstrumente erarbeitet werden, um die Daten genauer und effizienter erheben zu können. Weiters sollte in den zukünftigen Forschungsvorhaben intensiver auf den Ausbildungsumfang der Therapeutic Touch praktizierenden Personen geachtet und die durchgeführte Intervention detaillierter beschrieben werden, um bessere Vergleiche zwischen den einzelnen Studien durchführen zu können.

Zusätzlich sollten Langzeitstudien über die Effekte von Therapeutic Touch durchgeführt werden, um zu erfahren, ob sich die erzielten Effekte verändern und wie lange diese Effekte anhalten. Es wäre interessant, wenn Studien in mehreren unterschiedlichen Settings durchgeführt werden, um allgemein generalisierbare Ergebnisse für eine Therapeutic Touch Intervention zu schaffen.

5.3 Implikationen für das Pflegemanagement

Um die Möglichkeit einer Therapeutic Touch Intervention anzubieten, muss das Pflegemanagement in erster Linie geeignete Rahmenbedingungen dafür schaffen. Dies beinhaltet ausreichend räumliche und zeitliche Ressourcen. Ein abgetrennter, ruhiger Raum schafft eine angenehme Umgebung für eine Therapeutic Touch Intervention und ist nicht mit einem vollen Patientinnen- bzw. Patientenzimmer zu vergleichen. Noch wichtiger als die räumlichen Gegebenheiten ist es, Zeit für die Anwendung zu schaffen. Das Pflegemanagement muss die erforderlichen zeitlichen Ressourcen, die für eine Therapeutic Touch Intervention benötigt werden, berücksichtigen und den Personalschlüssel an diese Gegebenheiten anpassen.

5.4 Implikationen für Pflegeaus-, Pflegefort- und Pflegeweiterbildungen

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die strukturierte Implementierung von Therapeutic Touch in die Pflegeaus-, Pflegefort- und Pflegeweiterbildung. Momentan ist die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch im Curriculum des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes enthalten, jedoch handelt es sich dabei um ein offenes Curriculum, was bedeutet, dass Therapeutic Touch nicht verpflichtend in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet werden muss. Ein wichtiger Ansatz wäre somit, Therapeutic Touch verpflichtend im Unterricht aufzugreifen, um diese Pflegeintervention bereits in der Ausbildung den Schülerinnen und Schülern näher zu bringen. Durch zusätzliche Fort- und Weiterbildungen der einzelnen Pflegekräfte kann der Einsatz von Therapeutic Touch auch auf den Stationen oder in Pflegeheimen gefördert werden. Dadurch kann weiteres Interesse geweckt werden. Es sollte jedoch nicht nur diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von den Aus-, Fort- und Weiterbildungen profitieren, sondern speziell auch Angehörige der Berufsgruppe Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz, da diese die größte Zeit am Patientinnen- bzw. Patientenbett verbringen und das einen guten Ansatz bietet, um Therapeutic Touch in den Pflegealltag zu integrieren.

5.5 Implikationen für pflegende Angehörige

In weiterer Folge zu den forcierten Pflegeaus-, Pflegefort- und Pflegeweiterbildungen sollte auch die Möglichkeit für pflegende Angehörige bestehen, Therapeutic Touch zu erlernen und zuhause anzuwenden. Somit könnte die Pflegeintervention durch das Pflegepersonal im Krankenhaus durchgeführt und zuhause von den Angehörigen übernommen und weitergeführt werden. Weiters bietet dies den pflegenden Angehörigen eine Möglichkeit, die Symptomkontrolle zu unterstützen und den belastenden Beschwerden eines palliativ zu betreuenden Familienmitgliedes entgegenzuwirken.

6. Literaturverzeichnis

BERGER, L., TAVARES, M. & BERGER, B. 2013. A Canadian Experience of Integrating Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 16, 1294-1298.

BUNDESKANZLERAMT. 2018. *Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [Accessed 02.12.2018].

BUNDESMINISTERIUM. 2018. *Komplementär/Alternativmedizin - Was ist Komplementärmedizin? Was sind sonstige komplementäre Methoden?* [Online]. Available: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/Komplementaermedizin_komplementaere_Methoden/ [Accessed 07.01.2019].

DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH. 2019. *Hospiz Österreich - Hospiz- und Palliative Care* [Online]. Available: <https://www.hospiz.at/> [Accessed 03.01.2019].

DACHVERBAND VON PALLIATIV- UND HOSPIZEINRICHTUNGEN. 2014. *Hospiz und Palliativ Care in Österreich - Facts & Figures* [Online]. Available: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Hospiz_und_Palliative_Care_in_Oesterreich_Facts_Figures.pdf [Accessed 02.12.2018].

DANHAUER, S. C., TOOZE, J. A., HOLDER, P., MILLER, C. & JESSE, M. T. 2008. Healing touch as a supportive intervention for adult acute leukemia patients: a pilot investigation of effects on distress and symptoms. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 6, 89.

DEIMBACHER, H. 2011. *Pflegekonzept Therapeutic Touch* [Online]. Available: <http://www.pflegeberatungen.at/images/document/647877/HausarbeitPflegekonzeptTherapeuticTouch.pdf?t=1393234699.6618> [Accessed 29. November 2018].

DOKKEN, H. 2017. *Pflegedienst der Universitätsmedizin - Komplementäre Pflege* [Online]. Available: http://www.pflegedienst.med.uni-goettingen.de/de/content/patienten_angehoerige/391.html [Accessed 29. November 2018].

FEICHTNER, A. 2014. *Lehrbuch der Palliativpflege*, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH. 2014. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* [Online]. Available: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf [Accessed 03.12.2018].

GIASSON, M. & BOUCHARD, L. 1998. Effect of Therapeutic Touch on the well-being of persons with terminal cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 383-398.

HABRDLE, S. 2017. *Berührung professionell eingesetzt – Die faszinierende Wirkung der Therapeutischen Berührung* [Online]. Available: <https://pflege-professionell.at/beruehrung-professionell-eingesetzt-die-faszinierende-wirkung-der-therapeutischen-beruehrung> [Accessed 26. November 2018].

HAWKER, S., PAYNE, S., KERR, C., HARDEY, M. & POWELL, J. 2002. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative health research*, 12, 1284-1299.

HERDMAN, T. H. & KAMITSURU, S. 2015. *NANDA International, Inc. Pflegediagnosen : Definition und Klassifikation 2015-2017*, Recom.

JACKSON, E., KELLEY, M., MCNEIL, P., MEYER, E., SCHLEGEL, L. & EATON, M. 2008. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clin J Oncol Nurs*, 12, 113-20.

KRIEGER, D., KRONENBERGER, I. & KRIPPNER, S. 2012. *Therapeutic Touch: Die Heilkraft unserer Hände*, Lüchow Verlag.

MARTA, I. E., BALDAN, S. S., BERTON, A. F., PAVAM, M. & DA SILVA, M. J. 2010. The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Rev Esc Enferm USP*, 44, 1100-6.

MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J. & ALTMAN, D. G. 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6, e1000097.

NANDA INTERNATIONAL 2013. *NANDA International : Pflegediagnosen : Definitionen und Klassifikation 2012-2014*, Recom.

POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

POTTER, P. 2003. *What Are the Distinctions Between Reiki and Therapeutic Touch?* [Online]. Available: http://www.dacuoreacuore.it/e107_files/downloads/89.pdf [Accessed 30.11.2018].

SENDEROVICH, H., IP, M. L., BERALL, A., KARUZA, J., GORDON, M., BINNS, M., WIGNARAJAH, S., GROSSMAN, D. & DUNAL, L. 2016. Therapeutic Touch® in a geriatric Palliative Care Unit – A retrospective review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 134-138.

SINGER, M. M. & SCHUBERT, P. C. 2016. *Psychoneuroimmunologie - Kein Körper ohne Seele* [Online]. Available: <https://www.ugb.de/gesundheitsfoerderung/psychoneuroimmunologie/> [Accessed 07.01.2019].

STEFFEN-BÜRGI, B., SCHÄRER-SANTSCHI, E., STAUDACHER, D. & MONTEVERDE, S. 2017. *Lehrbuch Palliative Care*, Hogrefe.

STUDENT, C. 2006. *Die Sterbephasen - Informationen und Hinweise für Helferinnen und Helfer* [Online]. Available: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/Downloads/Sterbephasen.pdf> [Accessed 01.12.2018].

WARDELL, D. W. 2007. Using healing touch for end of life care. *Beginnings*, 27, 28-29.

WOODS, D. L., CRAVEN, R. F. & WHITNEY, J. 2005. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Altern Ther Health Med*, 11, 66-74.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. *WHO Definition of Palliative Care* [Online]. Available: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Accessed 01.12.2018].

ZIEMBROSKI, J., GILBERT, N., BOSSARTE, R. & GULDBERG, M. 2003. Healing touch and hospice care: Examining outcomes at the end of life. *Alternative & Complementary Therapies*, 9, 146-151.

7. Anhang

7.1 Bewertungsbögen

Im folgenden Kapitel ist das Bewertungsinstrument von Hawker et al. (2002) abgebildet. Des Weiteren sind die Bewertungen der Studien anhand des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002) in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 6: Bewertungsinstrument nach Hawker et al. (2002)

Good = 4 Fair = 3 Poor = 2 Very poor = 1 Lower scores = poor quality	
1. Abstract and title Did they provide a clear description of the study?	
Good	Structured abstract with full information and clear title.
Fair	Abstract with most of the information.
Poor	Inadequate abstract.
Very poor	No abstract.
2. Introduction and aims Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Good	Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair	Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor	Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very poor	No mention of aims/objectives. No background or literature review.
3. Method and data	
Is the method appropriate and clearly explained?	
Good	Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair	Method appropriate, description could be better, Data described.
Poor	Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very poor	No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
4. Sampling	
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Good	Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair	Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor	Sampling mentioned but few descriptive details.
Very poor	No details of sample.
5. Data analysis	
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Good	Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/ statistical significance discussed.
Fair	Qualitative: descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor	Minimal details about analysis.

Very poor	No discussion of analysis.
6. Ethics and bias	
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Good	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair	Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor	Brief mention of issues.
Very poor	No mention of issues.
7. Results	
Is there a clear statement of the findings?	
Good	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very poor	Findings not mentioned or do not relate to aims.
8. Transferability or generalizability	
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Good	Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair	Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others. PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor	Minimal description of context/setting.
Very poor	No description of context/ setting.
9. Implications and usefulness	
How important are these findings to policy and practice?	
Good	Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair	Two of the above (state what is missing in comments).
Poor	Only one of the above.
Very poor	Poor None of the above.

Tabelle 7: Bewertung der Studie von Berger et al. (2013)

Kategorie	Beschreibung	Bewertung
1. Abstract and title	Der Titel enthält das Setting und Hinweise auf das Studiendesign. Die Population wurde nicht erwähnt. Der Abstract enthält den Hintergrund, das Ziel, das Design, die Ergebnisse sowie die Schlussfolgerung. Es fehlen jedoch eine genauere Beschreibung der Methode sowie die Diskussion und Empfehlungen für zukünftige Forschungsvorhaben.	Angemessen: 3
2. Introduction and aims	Die Einleitung beschreibt den Hintergrund dieser Studie nur sehr kurz, enthält jedoch Informationen über Forschungslücke und Forschungsziel.	Schlecht: 2
3. Method and data	Der Methodenteil ist durch Unterüberschriften gegliedert und enthält das Design, das Setting, die	

	Rekrutierung und die Datensammlung. Die Stichprobengröße wird im Methodenteil nicht erwähnt. Der Fragebogen sowie die Datenanalyse sind im Methodenteil nur kurz beschrieben und werden im Ergebnisteil genauer erläutert.	Angemessen: 3
4. Sampling	Das Sampling wurde nur kurz beschrieben. Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien genauer erläutert.	Schlecht: 2
5. Data analysis	Die Datenanalyse sowie die dafür verwendeten Instrumente sind kurz beschrieben worden. Die Signifikanzwerte und das Konfidenzintervall wurden angegeben.	Angemessen: 3
6. Ethics and bias	In dieser Pilotstudie wurde keine Bewilligung der Ethikkommission erwähnt. Des Weiteren wurden auch keine Limitationen angegeben. Es handelt sich hierbei jedoch um eine Pilotstudie.	Sehr schlecht: 1
7. Results	Der Ergebnisteil ist gut gegliedert. Die enthaltenen Tabellen sind gut erklärt und leicht verständlich. Die Forschungsfrage kann mit den erzielten Ergebnissen beantwortet werden.	Gut: 4
8. Transferability or generalizability	Die Ergebnisse sind generalisierbar. Auf das Setting und auf den Kontext wird eingegangen.	Angemessen: 3
9. Implications and usefulness	Empfehlungen für die Praxis sind beschrieben. Es werden jedoch keine	

	Empfehlungen für zukünftige Forschungsvorhaben gegeben.	Angemessen: 3
Total: 24 Punkte (66,67 %)		

Tabelle 8: Bewertung der Studie von Giasson and Bouchard (1998)

Kategorie	Beschreibung	Bewertung
1. Abstract and title	Der Titel beinhaltet die Population sowie Hinweise auf das Studiendesgin. Das Setting wurde im Titel nicht erwähnt. Der Abstract enthält den Zweck, die Methode sowie das Design und die Ergebnisse. Es fehlen jedoch die Diskussion, die Schlussfolgerung und Empfehlungen für weitere Forschungsvorhaben.	Angemessen: 3
2. Introduction and aims	Die Einleitung beschreibt den Hintergrund dieser Studie ausführlich und enthält die Forschungslücke, das Ziel sowie zwei Hypothesen, welche es zu verifizieren galt. Die Forschungsfrage ist nicht ersichtlich, doch aufgrund der ausreichend beschriebenen Informationen in der Einleitung, kann darauf rückgeschlossen werden.	Gut: 4
3. Method and data	Der Methodenteil ist sehr gut strukturiert aufgebaut und enthält ausreichend Informationen über das Design, das Setting, die Stichprobe, das Datensammlungsinstrument und die Vorgehensweise der Datensammlung.	Gut: 4

4. Sampling	Das Sampling enthält ausreichend Informationen über die Auswahlkriterien der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie.	Gut: 4
5. Data analysis	Die Datenanalyse und die dafür verwendeten Instrumente sind gut beschrieben. Des Weiteren sind Signifikanzwerte angegeben.	Gut: 4
6. Ethics and bias	Die Studie hat ein positives Ethikvotum erhalten. Die Limitationen wurden nicht genau beschrieben. Es wurde nur angegeben, zu versuchen mögliche Limitationen gering zu halten.	Schlecht: 2
7. Results	Der Ergebnisteil wurde mithilfe von Unterüberschriften gegliedert. Die Forschungsfrage sowie die zwei aufgestellten Hypothesen wurden ausführlich beantwortet. Die enthaltenen Tabellen sind gut strukturiert aufgebaut.	Angemessen: 3
8. Transferability or generalizability	Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist gegeben. Das Setting wurde kurz beschrieben.	Angemessen: 3
9. Implications and usefulness	Empfehlungen für die Praxis und zukünftige Forschungsvorhaben sowie die Nützlichkeit sind in dieser Studie angegeben.	Gut: 4
Total: 31 Punkte (86,11 %)		

Tabelle 9: Bewertung der Studie von Senderovich et al. (2016)

Kategorie	Beschreibung	Bewertung
1. Abstract and title	Der Titel enthält das Setting und das Design, jedoch fehlt die Population. Der Abstract beinhaltet Informationen über den Hintergrund, das Ziel, die Methode, das Design, die Ergebnisse sowie die Schlussfolgerung und die Schlüsselwörter. Es fehlen weitere Empfehlungen für die Forschung.	Gut: 3
2. Introduction and aims	Die Einleitung bietet eine Übersicht über den Hintergrund, die Forschungslücke und das Forschungsziel. Die Forschungsfrage ist nicht ersichtlich.	Angemessen: 3
3. Method and data	Der Methodenteil ist für den Leser sehr verständlich aufgebaut und enthält alle relevanten Informationen über das Design, die Stichprobe, das Setting, die Datensammlung sowie die Datensammlungsinstrumente und die Datenanalyse.	Gut: 4
4. Sampling	Das Sampling wird ausführlich beschrieben und enthält alle relevanten Informationen über die Rekrutierung und Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.	Gut: 4
5. Data analysis	Die Datenanalyse und die dafür verwendeten Instrumente werden beschrieben. Es sind Signifikanzwerte angegeben.	Gut: 4

6. Ethics and bias	Es gibt eine Bewilligung der Studie durch die Ethikkommission. Des Weiteren sind keine zusätzlichen ethischen Punkte beschrieben. Die Limitationen sind angegeben und beschrieben.	Schlecht: 2
7. Results	Die Ergebnisteil ist gut gegliedert und enthält ausreichend Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die Tabellen sind sehr übersichtlich und selbsterklärend.	Gut: 4
8. Transferability or generalizability	Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist gegeben. Das Setting wurde ausreichend beschrieben.	Angemessen: 3
9. Implications and usefulness	Es sind Empfehlungen für die Praxis und für zukünftige Forschungen enthalten, sowie Informationen über die Nützlichkeit.	Gut: 4
Total: 31 Punkte (86,11 %)		

Tabelle 10: Bewertung der Studie von Ziembroski et al. (2003)

Kategorie	Beschreibung	Bewertung
1. Abstract and title	Der Titel enthält Informationen über das Setting, es fehlen jedoch das Design und die Population. Der Abstract beinhaltet ausreichend Informationen über den Hintergrund und das Ziel der Studie sowie die Forschungslücke. Es fehlen jedoch Informationen über Design, Methode, Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerung, welche erst im Laufe der Studie aufgelistet werden.	Schlecht: 2

2. Introduction and aims	Der Hintergrund dieser Studie wird in der Einleitung ausreichend beschrieben. Die Forschungslücke und das Ziel sind klar definiert, jedoch ist die Forschungsfrage in der Einleitung nicht enthalten.	Angemessen: 3
3. Method and data	Im Methodenteil wird das Design, das Setting, die Stichprobe, die Datensammlungsinstrumente sowie die Datensammlung ausreichend erklärt.	Gut: 4
4. Sampling	Das Sampling enthält alle relevanten Informationen über die Rekrutierung und die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Studie.	Gut: 4
5. Data analysis	Die Datenanalyse ist gut beschrieben. Es wurden jedoch keine Signifikanzwerte angegeben.	Angemessen: 3
6. Ethics and bias	Es gibt keine Bewilligung der Studie durch die Ethikkommission, jedoch gibt es eine informierte Zustimmung. Die Limitationen sind angegeben und beschrieben.	Schlecht: 2
7. Results	Der Ergebnisteil ist gut strukturiert und durch Unterüberschriften gegliedert. Die Tabellen sind gut erklärt und leicht verständlich. Mit den Ergebnissen kann die Forschungsfrage beantwortet werden.	Gut: 4
8. Transferability or generalizability	Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist gegeben. Das Setting der Studie ist beschrieben.	Schlecht: 2

9. Implications and usefulness	Es werden keine Praxisempfehlungen gegeben, dafür jedoch Empfehlungen für zukünftige Forschungsvorhaben.	Schlecht: 2
Total: 26 Punkte (72,22 %)		

7.2 Tabellen

Tabelle 11: Übersicht der Bewertungskriterien des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002)

	Berger et al. (2013)	Giasson and Bouchard (1998)	Senderovich et al. (2016)	Ziembroski et al. (2003)
Zusammenfassung & Titel	3	3	3	2
Einleitung & Ziel	2	4	3	3
Methode & Daten	3	4	4	4
Sampling	2	4	4	4
Datenanalyse	3	4	4	3
Ethik & Limitationen	1	2	2	2
Ergebnisse	4	3	4	4
Übertragbarkeit Generalisierbarkeit	3	3	3	2
Implikation & Nützlichkeit	3	4	4	2
Gesamtpunktezahl (max. 36 Punkte möglich)	24	31	31	26
Qualität in Prozent	66,67 %	86,11 %	86,11 %	72,22 %