

Bachelorarbeit

Die Auswirkungen von "Mindfulness
Interventions" auf pflegende Angehörige von
Personen mit Demenz: Ein Literaturreview

eingereicht von
Julia Rosa Reisinger

zur
Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Sen.-Scientist Dr.in rer.cur. Sandra Schüssler, BSc. MSc

Graz, 27.03.2019

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, 27.03.2019

Julia Rosa Reisinger, eh.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	iv
Tabellenverzeichnis.....	iv
Zusammenfassung.....	v
Abstract.....	vi
1 Einleitung.....	1
1.1 Demenz.....	1
1.1.1 Definition.....	1
1.1.2 Stadieneinteilung der Demenz.....	2
1.2 Pflegende Angehörige.....	3
1.3 Mindfulness.....	5
1.3.1 Ursprung.....	5
1.3.2 Mindfulness Based Stress Reduction.....	6
1.3.3 Mindfulness Based Cognitive Therapy.....	7
1.3.4 Acceptance and Commitment Therapy.....	8
1.3.5 Dialectical Behaviour Therapy.....	9
1.3.6 Technische Weiterentwicklung.....	9
1.4 Forschungslücke.....	10
1.5 Forschungsziel.....	10
1.6 Forschungsfrage.....	10
2 Methode.....	11
2.1 Design.....	11
2.2 Literaturrecherche.....	11
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	13
2.4 Auswahl der Studien.....	13
2.5 Kritische Bewertung.....	15
3 Ergebnisse.....	15
3.1 Charakteristika der Studien.....	15
3.2 Psychische Auswirkungen.....	21
3.2.1 Stress.....	21
3.2.2 Depression.....	27
3.2.3 Angst.....	29

3.3 Physische Auswirkungen	30
3.3.1 Cortisol.....	30
3.3.2 Schlafqualität.....	31
4 Diskussion.....	32
4.1 Stress.....	32
4.2 Depressionen.....	35
4.3 Angst.....	36
5 Schlussfolgerung	37
5.1 Empfehlungen für Praxis und Forschung.....	37
Referenzliste	39
Anhang.....	45

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Flowchart (adaptiert nach Mohar et al. 2010)</i>	14
--	----

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Literaturrecherche</i>	12
<i>Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien</i>	16

Zusammenfassung

Einleitung: Bedingt durch den demographischen Wandel wird die Weltbevölkerung immer älter. Auch die Anzahl der Personen, die an Demenz erkranken, nimmt zu. Diese Personen werden oftmals von ihren Angehörigen gepflegt. Dies ist keine leichte Aufgabe und kann bei den Pflegenden zu negativen Auswirkungen wie Stress, Depressionen und Belastungen führen. Es ist wichtig diese Angehörigen zu entlasten. Dabei könnten „Mindfulness Interventions“ hilfreich sein, um ein inneres Gleichgewicht zu finden.

Methode: Durchführung eines Literaturreviews unter Verwendung von PubMed, Cochrane via Ovid, CINAHL und der Sozialen Plattform Research Gate. Verwendet wurden dabei die Schlüsselbegriffe "mindfulness", "dementia" und "caregiver". Die ausgewählten Schlüsselbegriffe wurden mit den booleschen Operatoren AND und OR verbunden. Inkludiert wurde dabei Literatur, welche zwischen Dezember 2008 und Dezember 2018 veröffentlicht wurde. Die durch die Recherche erhaltenen sieben Artikel wurden im Anschluss kritisch bewertet.

Ergebnisse: In den inkludierten Arbeiten oft gemessene Aspekte sind Stress, Depression und Angst. Bei all diesen Faktoren konnten, aufgrund der Untersuchungen signifikant positive Verbesserungen festgestellt werden. Weitere Faktoren die untersucht wurden, waren die physischen Auswirkungen, welche Aufschluss auf die Stresssituation und Gesundheit von pflegenden Angehörigen geben. Dabei wurde auf die Werte des Stresshormones Cortisol und auf die Schlafqualität eingegangen. Diese Faktoren wurden jedoch in nur wenigen Studien gemessen und es konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Schlussfolgerung: Psychische Auswirkungen waren in allen inkludierten Studien gut untersucht und führten zu positiven Ergebnissen. Negative Auswirkungen von „Mindfulness Interventions“ konnten nicht bestätigt werden. Für die Praxis wird empfohlen, bei Kontakt mit Angehörigen auf „Mindfulness“ Programme hinzuweisen und diese auf ihrem Weg bestmöglich zu begleiten. In der zukünftigen Forschung sollten mehr Daten über physische Auswirkungen gesammelt werden. Es wird empfohlen für ausreichende Datensammlung Langzeitstudien durchzuführen.

Abstract

Introduction: Due to demographic changes, the world population is getting older and older. The number of people suffering from dementia is also increasing. These people are often cared for by their relatives, which is not an easy task and can thus lead to negative effects such as stress, depression and burden. Therefore, it is very important to give those people some sort of relieve, for example in the form of Mindfulness Interventions. These can assist family caregivers in finding their inner balance.

Methods: A literature review has been carried out using the databases PubMed, Cochrane via Ovid, CINAHL and the social media platform Research Gate. The keywords "mindfulness", "dementia" and "caregiver" were used and linked by the boolean operators AND and OR. Only literature published between December 2008 and December 2018 was included. The seven articles that were obtained after the research have been critically evaluated.

Results: In the included articles measured aspects were often stress, depression and anxiety. All these factors were found to improve significantly after the interventions. Other aspects examined were the physical effects, which provide information on the stress and health situation of caregiving relatives. Data of the levels of the stress hormone cortisol and the quality of sleep were investigated. However, these factors were only considered in a few studies and no significant differences were found.

Conclusion: Psychological effects were examined well in all included studies and led to positive results. Negative effects of Mindfulness Interventions could not be confirmed. For future practice it is therefore recommended to refer to Mindfulness Programs when in contact with relatives and to accompany them as best as possible. Future research should collect more data on physical effects as well. It is recommended to carry out long-term studies for sufficient data collection.

1 Einleitung

Die Demenzerkrankungen steigen weltweit an (Patterson 2018). Zurzeit leben ca. 50 Millionen Menschen mit der Diagnose Demenz. Die Zahl der Erkrankten wird sich bis zum Jahr 2050 verdreifachen (Patterson 2018).

1.1 Demenz

Der Begriff „Demenz“ wird verwendet, um verschiedene Krankheiten zu beschreiben, die das Gehirn betreffen. Diese Krankheiten haben allesamt den Verlust von Gehirnfunktionen gemeinsam. Die Krankheiten verlaufen üblicherweise progressiv (Alzheimer's Disease International 2014). Personen, die von solch einer Krankheit betroffen sind, verlieren unter anderem durch ihren stark ausgeprägtem Gedächtnisverlust oft die Kontrolle über ihr Leben (Alzheimer's Disease International 2014).

1.1.1 Definition

Im ICD-10 wird die Demenz definiert als *„Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“* (Krollner & Krollner 2019)

Bei der Demenz wird die Struktur des Gehirns fortstreitend beschädigt. Die betroffene Person verliert dabei zusehends die Fähigkeiten sich zu erinnern, zu verstehen, zu kommunizieren und rationale Entscheidungen zu treffen. Die Geschwindigkeit des Krankheitsverlaufes hängt stark von individuellen Faktoren ab, kann aber über mehrere Jahre andauern. Betroffene erleben die Krankheit auf verschieden Weise, diese hängt oft ab von physischen, emotionalen und sozialen

Faktoren. Eine dementielle Erkrankung in Stadien einzuteilen, hilft beim Verstehen der Krankheit. Es sollte aber auch daran gedacht werden, dass dies nur ein theoretischer Anhaltspunkt ist und jede Person unterschiedliche Ausprägungen der Krankheit zeigt (Alzheimer's Disease International 2014).

1.1.2 Stadieneinteilung der Demenz

Ein Instrument mithilfe dessen eine Demenzerkrankung erkannt und in Stadien eingeteilt werden kann, ist die „Mini-Mental State Examination (MMSE)“. Mit diesem Instrument werden Merkfähigkeit, Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit, Sprachverständnis, Visiokonstruktion und das Benennen von verschiedenen Dingen getestet. Dieser Test besteht aus 30 Fragen, bei denen insgesamt bis zu 30 Punkte erzielt werden können. Anhand dieser Punkteanzahl, kann eine Demenz in verschiedene Stadien oder Schweregrade eingeteilt werden. Die Stadien lauten „leicht“, „mittelschwer“ und „schwer“ und werden nachstehend genauer erläutert (Höfler et al. 2015).

Leichte Demenz: Hier ist bei Betroffenen eine Vergesslichkeit zu beobachten, da die Merkfähigkeit bereits beeinträchtigt ist. Menschen mit leichter Demenz haben zeitliche und örtliche Orientierungsprobleme und sie verlegen und suchen oftmals Gegenstände. In diesem Stadium können auch Probleme bei Aufgaben wie Einkaufen oder bei dem Finanzmanagement entstehen. PatientInnen können ihre Probleme leugnen oder realisieren diese gar nicht. In diesem Stadium würde eine MMSE-Punkteanzahl von 21 bis 26 Punkten erreicht werden (Höfler et al. 2015).

Mittelschwere Demenz: In diesem Stadium kommt es vermehrt zu zeitlicher und örtlicher Desorientierung, das Langzeitgedächtnis ist beeinträchtigt und einfachere Aufgaben wie Kleidungs Auswahl, Körperpflege und Ernährung werden nicht mehr adäquat durchgeführt. Es kann auch zu paranoidem Verhalten, Unruhe, Aggression und Angstzuständen der Betroffenen kommen. Dieses Stadium geht mit einer MMSE-Punkteanzahl von 12 bis 20 Punkten einher (Höfler et al. 2015).

Schwere Demenz: Der letzte der drei Schweregrade ist gekennzeichnet durch ein Verkennen von nahestehenden Personen, Harn- und Stuhlinkontinenz, unvollständige Erinnerung an die Vergangenheit und einer erheblichen Persönlichkeitsveränderung. Ohne fremde Hilfe sind für die Betroffenen Aufgaben

wie Ankleiden und Körperpflege nicht mehr möglich. Es kann soweit kommen, dass Sprechen, Gehen und Sitzen nicht mehr machbar sind. Dies kann unter Umständen bis zur Bettlägerigkeit führen. Eine Einteilung in dieses Stadium würde nach einer MMSE-Punkteanzahl von 0 bis 11 Punkten erfolgen (Höfler et al. 2015).

Die Demenz ist eine Krankheit, die oft mit hohen Kosten verbunden ist. Schätzungsweise wurden 2018 weltweit ca. eine Trillion US-Dollar aufgrund von Demenzerkrankungen ausgegeben. Bis zum Jahr 2030 könnte sich diese Zahl verdoppeln (Patterson 2018). Ohne den großartigen Einsatz von pflegenden Angehörigen, welche unbezahlte Stunden leisten, wären die Kosten noch höher (Prince et al. 2015).

1.2 Pflegende Angehörige

In Österreich sind nur um die 15 Prozent der Pflegebedürftigen in einer Betreuungseinrichtung untergebracht, der Großteil dieser Personen wird zu Hause durch nahestehende Personen versorgt. Sowohl viele ältere Menschen als auch deren Angehörigen sprechen sich für eine Versorgung im häuslichen Umfeld aus. Von den Personen, welche zu Hause Angehörige betreuen, ist der überwiegende Teil weiblich (Höfler et al. 2015).

Im Jahr 2015 wurde die Zahl an Stunden geschätzt, welche pflegende Angehörige von Personen mit Demenz leisten. Diese Zahl betrug zirka 82 Billionen Stunden weltweit, 60% davon waren Unterstützungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) und die restlichen 40% entfielen auf die Aufsicht über die Betroffenen (Wlmo et al. 2018).

Pflege kann allgemein definiert werden als ein zur Verfügung stellen von Assistenz und Unterstützung, wenn diese in der Familie oder Gesellschaft gebraucht werden. Diese Pflege kann in einem organisatorischen Setting oder als informelle Pflege im häuslichen Umfeld, durchgeführt von Familie und Freunden, stattfinden. Die Aufgaben und Tätigkeiten dieser Art der Pflege reichen von emotionaler und finanzieller bis zur körperlichen Unterstützung. Pflegende Angehörige helfen den ihnen nahestehenden Personen bei ihrer Mobilität, Körperpflege, Kommunikation und unterstützen diese bei allen anfallenden Situationen. Informelle Pflege ist also

eine Form der Pflege, welche nicht bezahlt oder von der Regierung veranlasst wird (Frazer et al. 2003).

Die Pflege einer nahestehenden Person ist eine sehr fordernde Aufgabe. Die Beweggründe für die Übernahme dieser Arbeit, sind nicht immer klar, jedoch spielen oft die Werte der Gesellschaft sowie die Beziehung zu der zu pflegenden Person eine Rolle. Menschen, die diese Aufgabe übernehmen, müssen oft viel dafür geben, und es kann zu Problemen mit der eigenen Gesundheit, mit der Arbeit und mit anderen Beziehungen kommen (Al-Janabi et al. 2018). Die Entscheidung, eine Person mit dementieller Erkrankung zu pflegen, treffen häufig Personen, die eine enge persönliche Beziehung zu diesem Menschen haben (Höfler et al. 2015).

Für Pflegende kann der fortschreitende Verlauf der Krankheit zu Stress, Frustration, Angst, Depressionen und anderen gesundheitlichen Problemen führen. Eine Demenzerkrankung führt zu einer Verkürzung der Lebensdauer, sie hat einen wesentlichen, oft negativen Einfluss auf die Lebensqualität von Erkrankten, deren Familien und den Pflegenden (Prince et al. 2015). Die Hauptlast der Pflege liegt meist bei den pflegenden Angehörigen, die durch diese Aufgabe oft überlastet werden (Sozialministerium 2017). Diese Aufgabe der Pflege kann bei den Angehörigen zu vielen negativen Auswirkungen, wie z.B. Belastung führen (Sozialministerium 2017). Deshalb ist es wichtig Vorkehrungen zu treffen, um mit dem Krankheitsverlauf und der zu pflegenden Person in der Zukunft gut umgehen zu können (Alzheimer's Disease International 2016).

Pflegende Angehörige könnten davon profitieren, Fähigkeiten zu erlernen, die ihnen dabei helfen, mit dem täglichen Stress und den emotionalen Herausforderungen umzugehen (Whitebird et al. 2013). Interventionen wie die „Mindfulness-based Stress Reduction“ wären eine Möglichkeit, Pflegende bei der stressigen Aufgabe für kranke Angehörige zu sorgen, zu unterstützen (Whitebird et al. 2013).

1.3 Mindfulness

„Mindfulness“ bezieht sich auf eine bestimmte Art der Aufmerksamkeit, welche sich ganzheitlich auf die momentane Situation bezieht. Es bedeutet, sich vollkommen auf den gegenwärtigen Moment zu fokussieren und diesem vorurteilsfrei, offen und voller Neugier gegenüber zu stehen (Whitebird et al. 2013).

Rezek (2015) beschreibt in ihrem Buch „Mindfulness for Carers“ eine Einstiegsübung, welche Pflegenden dabei helfen soll, herauszufinden was im gegenwärtigen Moment in ihrem Geist und Gedächtnis vorgeht:

„Mindfulness practice: A moment of stillness“

„Sit in stillness for two minutes, whilst paying attention to what is going through your mind. Were there any sensations? Did anything pop into your mind? Perhaps thoughts relating to your caregiving duties came to mind. If so, were they good or difficult thoughts? Note down as many thoughts and sensations as you can remember.“

(Rezek 2015, p. 16)

Dies ist eine einfache Übung, die dabei helfen kann, die Bedeutung von „Mindfulness“ zu verstehen (Rezek 2015). Es gibt jedoch auch entwickelte Programme, die sich dem Konzept der „Mindfulness“ widmen. Einige von ihnen, die auch in dieser Arbeit vorkommen, sowie deren Ursprung, werden jetzt im Anschluss erläutert.

1.3.1 Ursprung

Die Anfänge des „Mindfulness“-Konzeptes liegen tausende Jahre zurück. Es wird meistens mit alten buddhistischen Methoden in Zusammenhang gebracht. Auch in anderen Religionen und Kulturen konnten ähnliche Praktiken gefunden werden. Ähnliche Übungen lassen sich zum Beispiel in der alten griechischen Philosophie, im Christentum, Judentum, Islam und der humanistischen Psychologie finden. „Mindfulness“ lässt sich anhand dieser alten Traditionen als eine Eigenschaft beschreiben, welche sich langsam entwickelt, zum Beispiel durch bestimmte Übungen wie etwa Meditation. Es ist aber zu bedenken, dass Meditation und „Mindfulness“ nicht gänzlich das Gleiche meinen. Jeder Mensch kann bis zu

einem gewissen Grad „mindful“, also „achtsam“, sein. Dies ist davon abhängig, inwieweit sich Menschen darauf einlassen, ihre gesamte Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment zu setzen. Meditation hingegen ist ein weitläufigerer Begriff, welcher verschiedene Praktiken miteinbezieht. Meditationsübungen können andere oder komplexere Techniken beinhalten. Auf dieser Basis arbeiteten Forscher im psychologischen Bereich daran, Programme zu entwickeln, welche auf „Mindfulness“ Praktiken basieren. Diese Programme wurden mit dem Ziel entwickelt, Menschen mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen zu helfen (Mental Health Foundation 2010).

1.3.2 Mindfulness Based Stress Reduction

Zu einer der wichtigsten zurzeit bekannten „Mindfulness Interventions“ gehört die „Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)“, welche von Jon Kabat-Zinn entwickelt wurde. Dieses wird standardisiert als achtwöchiges Programm angeboten. Das Programm besteht aus wöchentlichen Unterrichtsstunden, welche in einer Gruppe absolviert werden und zwischen 2 und 2 1/2 Stunden dauern. Die Stunden werden von ausgebildeten TrainerInnen abgehalten. Der Fokus des MBSR Programmes liegt dabei darauf, dass TeilnehmerInnen lernen, wie sie auf ihren Körper hören, ihren Körper richtig dehnen und wie sie bestimmte Yoga-Übungen durchführen (Creswell 2017).

Ein Teil des Programmes ist auch der sogenannte „Body Scan“, bei dem sich TeilnehmerInnen hinlegen und durch einen Prozess geführt werden, bei dem die Aufmerksamkeit immer wieder auf verschiedene Stellen des Körpers gelenkt wird. In diesem Programm sind auch Meditationsübungen enthalten. Bei diesen Übungen wird darauf geachtet, die ganze Aufmerksamkeit auf bestimmte Vorgänge wie die Atmung oder den eigenen Körper zu verlegen. Während diesen Übungen werden Gedanken, Emotionen und physische Gefühle wertfrei beachtet. Natürlich kann es auch vorkommen, dass dabei der Geist etwas abschweift. Dies sollte dann auch ganz unvoreingenommen festgestellt werden. Meditation wird oft als eine Übung für die Seele oder den Geist gesehen, bei dem MBSR-Programm wird jedoch auch viel mit dem Körper gearbeitet. Es wird keine Trennung zwischen Körper und Geist vorgenommen (Mental Health Foundation 2010).

Auch werden Gespräche geführt und Übungen vollzogen, welche dabei helfen sollen, „Mindfulness“ in das alltägliche Leben einzubringen. Teilnehmende Personen sollen lernen, richtig mit Stress umzugehen. Die TeilnehmerInnen bekommen bei einem Standard-MBSR-Programm auch einen Audio-Guide mit nach Hause, anhand dieser Anleitungen können sie für zirka 45 Minuten pro Tag Übungen durchführen (Creswell 2017).

Eine aufmerksame Lebensweise sollte genauso auch im täglichen Leben etabliert werden. Aktivitäten, denen mit einem achtsamen Gemütszustand entgegenkommen werden sollte, sind zum Beispiel Gehen und Essen (Mental Health Foundation 2010).

Seit Anwendung dieses Trainings hat es die Entwicklung vieler „Mindfulness Interventions“ beeinflusst (Creswell 2017).

1.3.3 Mindfulness Based Cognitive Therapy

Ein aus der MBSR adaptiertes Programm ist die „Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT)“, welche von Zindel et al. entwickelt wurde. Diese Form wurde hauptsächlich entwickelt, um PatientInnen mit depressiven Erkrankungen zu helfen, mit ihren Gedanken umzugehen und um Rückfälle vorzubeugen (Mental Health Foundation of New Zealand 2011).

Hier werden Techniken von kognitiven Therapien mit dem Konzept der „Mindfulness“ verbunden. Depressionen gehen üblicherweise mit negativen Gedanken einher, welche schlimme Auswirkungen haben können und sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Bei einer herkömmlichen „Cognitive-based Therapy (CBT)“ sollen an Depressionen erkrankte Personen lernen, sich diesen Gedanken zu stellen, sie zu bewerten und zu hinterfragen. Die CBT lehrt den TeilnehmerInnen auch, diese Gedanken mit positiveren Versionen auszutauschen. Bei der MBCT jedoch werden negative Gedanken, genau wie bei der ursprünglichen MBSR, nur wahrgenommen und nicht bewertet und auch nicht behandelt. Entwickler der MBCT schreiben diese Art der Übung dem „Sein“-Zustand zu, dem gegenüber steht der „Tun“-Zustand. Bei dem „Tun“-Zustand versucht eine Person etwaige Probleme zu lösen, indem sie aktiv ist, etwas macht und fortwährend über das Problem nachdenkt. Dies ist für die psychische

Gesundheit jedoch nicht immer förderlich. Der „Sein“-Zustand könnte da ein besserer Ansatzpunkt sein, denn der gegenwärtige Moment wird wahrgenommen und in seiner bestehenden Form akzeptiert. Wird die Gegenwart so anerkannt, wie sie ist, kann die Person sich nicht mehr so stark mit der Vergangenheit und der Zukunft beschäftigen. Personen lernen durch den „Sein“-Zustand auch einen aufmerksameren Umgang mit dem eigenen Körper. Dies ist insofern wichtig, da sich Symptome einer beginnenden Depression oft auch körperlich bemerkbar machen. Der „Sein“-Zustand kann Personen helfen, Warnsignale des Körpers zu erkennen und mit diesen bewusster umzugehen. Dieser Zustand hilft dabei, nicht impulsiv zu reagieren, sondern sich Zeit zu nehmen und anders zu reagieren; wobei nach diesem Prozedere wieder in den „Tun“-Zustand übergegangen werden kann (Mental Health Foundation 2010).

Unterschiede zu dem Standard-MBSR-Programm sind vorhanden: Die MBCT ist speziell für Personen mit Depressionen konzipiert und es gibt auch andere Übungen wie zum Beispiel eine dreiminütige Atemübung. Der Aufbau der Programme ist aber fast ident, ein Kurs dauert acht Wochen, mit wöchentlichen zweistündigen Einheiten. Diese beinhalten ein Training, eine Diskussionsrunde, Präsentationen und Übungen (Mental Health Foundation 2010).

1.3.4 Acceptance and Commitment Therapy

Die „Acceptance and Commitment Therapy (ACT)“ ist eine Art der Psychotherapie, welche auf dem Konzept der „Mindfulness“ basiert. Bei dieser Therapie sollen PatientInnen lernen, ihre momentane Situation zu akzeptieren („acceptance“), sollen aber gleichzeitig lernen, sich neue Verhaltensweisen anzueignen („commitment“). Die ACT arbeitet stark mit dem kognitiven Verhalten. Der Unterschied zu einer Standard-CBT ist, dass die ACT PatientInnen dabei hilft, einen achtsamen Zugang zum Leben zu bekommen und somit sollen persönliche Werte der PatientInnen zum Vorschein kommen, mithilfe dessen dann Veränderungen eingeleitet werden sollen. Es werden auch verschiedene „Mindfulness“-Übungen verwendet. Diese sind aber kürzer und zwangloser als bei anderen „Mindfulness Interventions“. Ein weiterer Unterschied zu anderen Programmen ist der, dass die ACT üblicherweise nicht in Gruppen, sondern in

Einzelgesprächen mit einer Zeitbegrenzung abgehalten wird (Mental Health Foundation 2010).

1.3.5 Dialectical Behaviour Therapy

Bei der „Dialectical Behaviour Therapy (DBT)“ handelt es sich um eine Therapie speziell für Betroffene einer Borderline-Störung und sie basiert auf dem Konzept der „Mindfulness“. Die DBT wurde aber auch adaptiert, um ebenfalls mit anderen Personengruppen arbeiten zu können. In der Therapie mit Personen mit einer diagnostizierten Borderline-Störung geht es um ein Wechselspiel von Akzeptanz und Veränderung. Betroffene sollen lernen, sich mit beiden dieser Faktoren zu arrangieren. Derzeitige Situationen sollen akzeptiert werden, PatientInnen sollen aber genauso daran arbeiten, diese Situationen zu verbessern. Den Erkrankten wird das Konzept der „Mindfulness“ nahegelegt, indem Übungen durchgeführt werden, wie zum Beispiel die eigene Atmung zu beachten, die Atemzüge zu zählen und die Atmung mit den eigenen Bewegungen abzustimmen. Es werden auch imaginäre Übungen abgehalten, bei denen beispielsweise der Geist als eine Art Förderband angesehen wird, auf dem Gedanken und Emotionen befördert werden. Dieses Programm dauert ein ganzes Jahr, wobei sich die Gruppe einmal in der Woche trifft. Die DBT soll PatientInnen mit einer Borderline-Störung dabei helfen, ihre Emotionen besser steuern zu können (Mental Health Foundation 2010).

1.3.6 Technische Weiterentwicklung

In den letzten Jahren fand noch ein anderer Markt Gefallen an dem Konzept der „Mindfulness“. Immer häufiger werden „Mindfulness“-Programme auch über das Internet oder das Smartphone als App angeboten. Als Beispiel hierfür sei die (mindfulness) Headspace Smartphone App erwähnt, welche weltweit bereits mehr als zwei Millionen aktive Nutzer hat (Creswell 2017).

1.4 Forschungslücke

Bei der durchgeführten Recherche fanden sich einige bereits vorhandene Einzelstudien, welche die Auswirkungen von „Mindfulness Interventions“ in der Demenzpflege mit Fokus auf pflegende Angehörige behandeln. Zu dem Thema wurden auch Literaturreviews, vor allem aber Systematic Reviews, verfasst. Eine Großzahl dieser Reviews fokussierte sich auf eine bestimmte Art der „Mindfulness Interventions“, wie beispielsweise die Arbeiten von Zhang et al. (2018) und Lotte Berk et. al. (2018), welche sich auf die „mindfulness-based stress reduction“ beschränkten. Es gibt auch Reviews, welche „Mindfulness Interventions“ im Zusammenhang mit Patientinnen mit Brustkrebs (Qiuxiang Zhang et al. 2018) untersuchen oder die Auswirkungen auf allgemein gesunde Menschen betrachten (Alberto Chiesa und Alessandro Serretti 2009). Viele der gefundenen Reviews, die sich auf „Mindfulness Interventions“ in der Demenzpflege fokussierten (Lotte Berk et al. 2018), inkludieren in ihrer Arbeit auch die an Demenz erkrankten Personen und nicht nur die pflegenden Angehörigen. Unter den Arbeiten konnte aber keine reine Literaturreview gefunden werden, welche alle Arten der „Mindfulness Interventions“ inkludiert und dabei nur die pflegenden Angehörigen von an Demenz erkrankten Personen miteinbezieht.

1.5 Forschungsziel

Ziel ist es, die Auswirkungen von "Mindfulness Interventions" auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz aufzuzeigen.

1.6 Forschungsfrage

Wie wirken sich "Mindfulness Interventions" auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz aus?

2 Methode

Im folgenden Kapitel wird angeführt, wie bei dem Erstellen dieser Arbeit vorgegangen wurde.

2.1 Design

Als Design für diese Arbeit wurde ein Literaturreview gewählt. Eine Definition hierfür nach Rowley & Slack (2004, p. 32) lautet: „*A literature review distills the existing literature in a subject field; the objective of the literature review is to summarize the state of the art in that subject field.*“ Ein Literaturreview ist also eine Zusammenfassung eines Themas, welche dabei helfen soll, eine Forschungsfrage zu beantworten (Rowley & Slack 2004).

2.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zur Bearbeitung dieses Themas wurde von Oktober 2018 bis Dezember 2018 durchgeführt. Diese Recherche wurde unter Verwendung der Datenbanken PubMed, Cochrane via Ovid, CINAHL und der sozialen Plattform Research Gate gemacht. Zusätzlich zur Suche in den Datenbanken wurde eine Handsuche in Referenzlisten ausgeführt. Bei der Suche in den Datenbanken wurden die Schlüsselbegriffe „mindfulness“, „dementia“ und „caregiver“ verwendet. Wenn vorhanden, wurden zusätzlich MESH-Terms in PubMed und in der Datenbank CINAHL die Exact Subject Headings verwendet. Die Schlüsselbegriffe wurden mit den boolschen Operatoren AND und OR verknüpft. Wie die jeweilige Suchstrategie in den einzelnen Datenbanken ausfiel, ist in der anschließenden Tabelle 1 genauer ersichtlich. Als Limitationen wurden festgelegt, dass nur nach Studien aus dem Zeitraum von Dezember 2008 bis Dezember 2018 gesucht wurde und nur Studien in englischer oder deutscher Sprache in Frage kamen.

Tabelle 1: Literaturrecherche

Datenbank	Datum der Suche	Suchstrategie	Treffer	Anzahl relevanter Artikel
PubMed	26.11.2018	((("mindfulness"[MeSH Terms] OR "mindfulness"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields]) AND ("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR "caregiver"[All Fields])))	22	7
CINAHL	25.10.2018	(MH mindfulness OR mindfulness) AND (MH dementia OR dementia) AND (MH caregiver OR caregiver)	22	9
Cochrane via OVID	28.10.2018	(mindfulness AND dementia AND caregiver)	19	8
Research Gate	04.12.2018	mindfulness AND dementia AND caregiver	40	6

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Literatur, die für diese Arbeit herangezogen wurde, besteht aus Artikeln über „Mindfulness Interventions“, dabei wurden alle Arten dieser miteinbezogen. In den verwendeten Artikeln liegt der Fokus auf den Angehörigen, welche die Aufgabe der Pflege von Personen übernehmen, die an Demenz erkrankt sind. Dabei spielt es keine Rolle, welche Art von Demenz oder welches Stadium der Erkrankung vorliegt. Die Art der Studie gilt weder als Einschluss- noch als Ausschlusskriterium.

2.4 Auswahl der Studien

Bei der verwendeten Suchstrategie wurde ein Ergebnis von 106 Treffern erzielt. Von diesen Treffern wurden dann jene ausgeschlossen, die nach dem Titelscreening und mit Betrachtung der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft wurden. Die danach verbliebenen Ergebnisse wurden auf Duplikate überprüft und diese wurden dementsprechend aussortiert. Im weiteren Verlauf wurde der Abstract der verbliebenen Artikel gelesen und durch die Kriterien eingeschlossen oder verworfen. Die Volltexte der eingeschlossenen Studien wurden dann gelesen, und wenn diese die Einschlusskriterien erfüllten, wurde sie im Anschluss kritisch bewertet. Bis zur kritischen Bewertung schafften es in der Summe sieben Artikel, die alle in die Arbeit eingeschlossen wurden. Dieser gesamte Vorgang ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

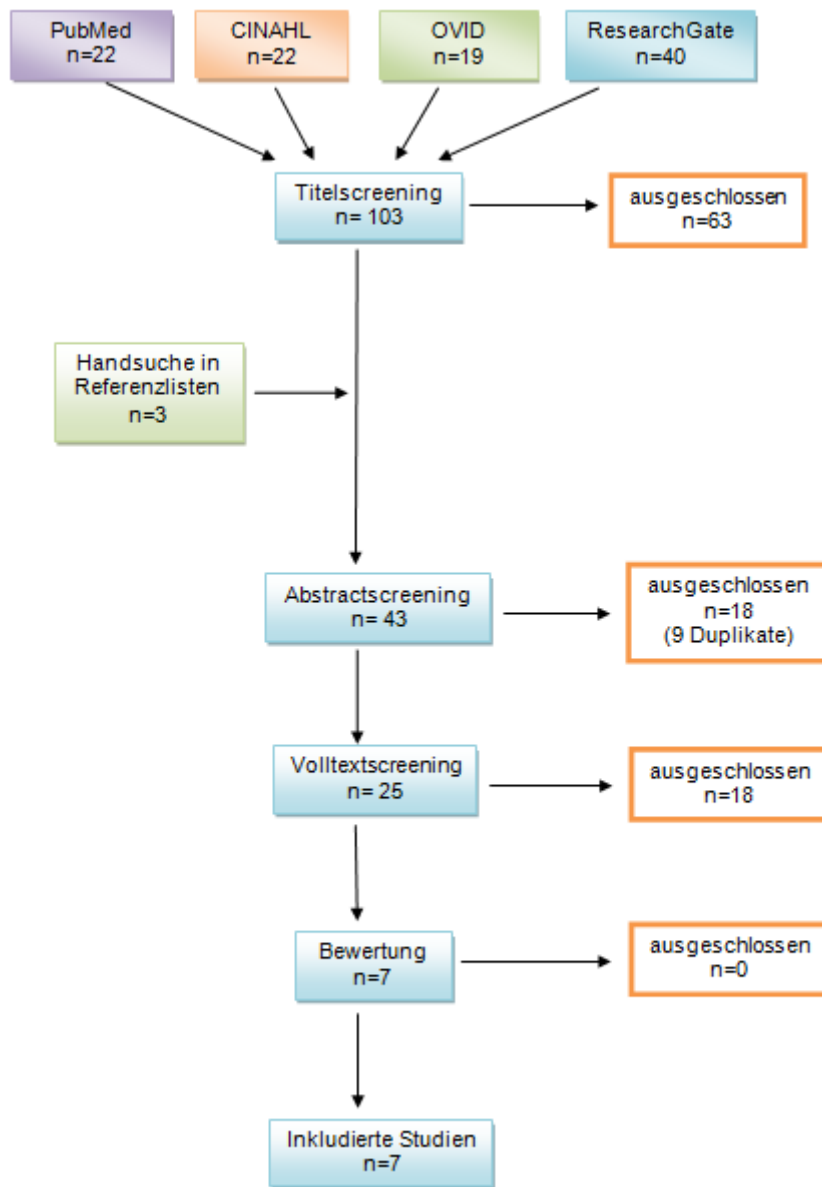


Abbildung 1: Flowchart (adaptiert nach Mohar et al. 2010)

2.5 Kritische Bewertung

Die Studien, die nach Abschluss des Auswahlverfahrens übrig blieben, wurden nach der Checkliste von Hawker et al. (2002) bewertet. Die einzelnen Abschnitte jedes Artikels konnten so nach einem bestimmten Punktesystem bewertet werden. Folgende Punkte konnten verteilt werden: Good=4, Fair=3, Poor=2, Very Poor=1 und Lower Scores=Poor Quality. Somit konnte ein Wert von maximal 36 Punkten pro Arbeit erreicht werden. Die vergebenen Punkte bei den Bewertungen der Studien reichten von 29 Punkten bis zur Höchstzahl von 36 Punkten, es wurden alle bewerteten Artikel miteingeschlossen. Denn auch die Studien, die schlechtere Bewertungsergebnisse hatten, beinhalteten wichtige Informationen und Ergebnisse für das in der Arbeit aufgegriffene Thema.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate der inkludierten Studien zusammengefasst und aufgezeigt. Unterteilt werde sie in psychische und physische Auswirkungen mit dazugehörigen Unterkapiteln. In Tabelle 2 sind die Eigenschaften der Studien aufgezeigt.

3.1 Charakteristika der Studien

Von den insgesamt sieben in diesem Literaturreview verwendeten Studien wurden fünf in den USA durchgeführt. Eine Studie stammt aus England und eine weitere aus China. Unter den Studien waren drei systematische Reviews und Meta-Analysen und vier randomisierte, kontrollierte Studien, von denen wiederum zwei Pilotstudien waren. Die genauen Charakteristika dieser sieben Studien wurden in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien

AutorInnen und Land	Ziel	Design	Stichprobe/ Setting	Interventionen	Datenerhebung	Hauptergebnisse
Brown et al. (2016) USA	Ziel war es, die Effekte von „Mindfulness Based Stress Reduction“ gegenüber einer Konrollgruppe zu testen.	Randomisierte, kontrollierte Pilotstudie	38 pflegende Angehörige Häusliche Pflege	Mindfulness Based Stress Reduction	Die Stresssituation wurde mit der Percieved Stress Scale gemessen, die Depressionssymptome mit der Profile of Mood State und dem Medical Outcomes Study Short-form Health Survey, der Cortisollevel wurde mittels Speichelprobe gemessen.	Signifikante Verbesserung von Stress ($p=.003$) und Depressionssymptomen ($p=.0005$).

Collins & Kishita (2018) England	Ziel war es, die Effektivität von „Mindfulness and Acceptance Based Interventions“ auf pflegende Angehörige zu überprüfen.	Meta- Analyse	12 Studien Häusliche Pflege	Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy	Recherche in den Datenbanken PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE Complete, SCOPUS, Web of Science, ProQuest und Cochraine library.	Die Interventionen hatten signifikant positive Auswirkungen auf Depression ($g = 0.98$; 95% CI = 0.68–1.27, $p < .001$).
Kor et al. (2017) USA	Ziel war es zu überprüfen, ob und in welchem Ausmaß der Stress von pflegenden Angehörigen reduziert werden kann.	Systematisches Review und Meta-Analyse	5 Studien Häusliche Pflege	Mindfulness Based Cognitive Therapy, Mindfulness Based Stress Reduction	Recherche in den Datenbanken MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, EMBASE, und Web of Science.	Signifikante Verbesserung von Stress (95% CI [0.23, 0.92], $Z = 3.25$, $p = 0.001$) und Depression (95% CI [0.97, 0.27], $Z = 3.51$, $p = 0.0005$), mit keinen signifikanten Unterschieden zwischen den Studien.

Liu et al. (2018) China	Ziel war es, die Auswirkungen eines Mindfulness Trainings auf den Stress von pflegenden Angehörigen zu untersuchen.	Systematisches Review und Meta-Analyse	7 Studien Häusliche Pflege	Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness mit Verhaltenstherapie und Mindfulness Meditation	Recherche in den Datenbanken Cochrane Library, MEDLINE, PsycINFO, Embase und CINAHL.	Signifikante Verbesserung von Depressionen (95% CI: -0.79 to -0.37, $p < 0.001$) und Stress (95% CI: -0.57 to -0.10, $p = 0.006$) mit kleinen bis moderaten Differenzen zwischen den Studien. Keine signifikanten Veränderungen der Angstzustände (95% CI: -0.71 to 0.01, $p = 0.060$).
Oken et al. (2010) USA	Ziel war es, die Effektivität einer „Mindfulness Meditation Intervention“ für pflegende	Randomisierte, kontrolliert Pilotstudie	31 pflegende Angehörige von Personen mit Demenz Häusliche Pflege, Studie durchgeführt	Mindfulness Meditation Intervention	Die Stresssituation wurde mit der Revised Memory and Behavior Problems Checklist und mit der Percieved Stress Scale gemessen und	Unterschiedliche Ergebnisse der Gruppen ($p = 0.030$) in Bezug auf Stress; der Stresslevel der Kontrollgruppe war im Gegensatz zu den

	Angehörige zu überprüfen.		an der Oregon Health & Science University in Portland		der Cortisollevel wurde mittels Speichelprobe gemessen.	Interventionsgruppen höher.
Paller et al. (2015) USA	Ziel war es, ein Mindfulness Programm zu entwickeln, das hilfreich für zukünftige Interventionen ist.	Randomisierte, kontrollierte Studie	37 Personen mit Demenz oder pflegende Angehörige Häusliche Pflege, Wöchentliche Sitzungen im Konferenzraum einer Medizinischen Fakultät oder im Klassenraum eines Altenheimes	Mindfulness Programm	Die Stresssituation und die Depressionssymptome wurden mittels der Revised Memory Problem and Behavior Checklist und dem Short Form Health Survey gemessen, die Angstsituation mittels Beck Anxiety Inventory und die Schlafqualität mittels Pittsburg Sleep Quality Inventory.	Signifikant positive Auswirkungen auf Depressionssymptome (p=0.049), Schlafqualität (p=0.041) und Lebensqualität (p<0.001).

Whitebird et al. (2013) USA	Ziel war es, die "Mindfulness Based Stress Reduction" mit einer Kontrollintervention zu vergleichen.	Randomisierte, kontrollierte Studie	78 pflegende Angehörige Häusliche Pflege	Mindfulness Based Stress Reduction	Die Stresssituation wurde mit der Perceived Stress Scale gemessen, Depressionssymptome mittels der Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, die Angstsituation mittels dem State-Trait Anxiety Inventory und die mentale Gesundheit wurde mittels dem Short-Form-12 Health Survey gemessen.	Signifikante Verbesserung der mentalen Gesundheit (p=.007), Stress (p=.007) und Depressionen (p=.005) der „Mindfulness“ Gruppe.
--------------------------------	--	-------------------------------------	---	------------------------------------	---	---

3.2 Psychische Auswirkungen

In den folgenden Unterkapiteln wird auf die psychischen Hauptauswirkungen, die in den Artikeln beschrieben wurden, eingegangen. Unterteilt werden diese in Stress, Depression und Angst.

3.2.1 Stress

Liu et al. (2017) setzten sich als Ziel ihrer Studie, durch ein systematisches Review die Effektivität eines „Mindfulness“ Trainings auf Auswirkungen in Bezug auf Stress zu eruieren. Gesucht wurde in den Datenbanken Cochrane Library, MEDLINE, PsycINFO, Embase und CINAHL. In ihr Review schlossen sie nur Arbeiten mit dem Design einer randomisierten, kontrollierten Studie ein. Bei den von den AutorInnen angeführten Studien, wurde ein „Mindfulness“ Training mit einer Kontrollgruppe gegenüber gestellt. Untersucht wurden die Auswirkungen spezifisch auf Depressionen, Angst, Stress, Belastung und Lebensqualität. Nach einer Meta-Analyse zeigte sich, dass in vier der eingeschlossenen Studien ein signifikant gesenkter Stresslevel erreicht werden konnte (95% CI: -0.57 to -0.10, $p=0.006$).

Bei Whitebird et al. (2013) konnten in Hinblick auf den Stresslevel ähnliche Ergebnisse erzielt werden. Die AutorInnen wählten als Studiendesign eine randomisierte, kontrollierte Studie. Das Ziel war, ein MBSR-Programm mit einer allgemeinen „Community Caregiver Education and Support Intervention (CCES)“ zu vergleichen. Bei dieser Studie wurden 78 pflegende Angehörige zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt. Die TeilnehmerInnen bestanden zum größten Teil aus 32- bis 82-jährigen Frauen, die ein an Demenz erkranktes Elternteil versorgten. 38 PartizipantInnen wurden in die MBSR-Gruppe eingeteilt und 40 PartizipantInnen wurden in die CCES-Gruppe eingeteilt. Beide Interventionen bestanden aus einem acht-wöchigen Programm mit Gruppensitzungen einmal in der Woche für 2 1/2 Stunden. In jeder Gruppe gab es einmal im Laufe der acht Wochen zusätzlich eine fünfständige Entspannungsphase oder einen Wellness-Tag.

Der Leiter der Gruppe war ein ausgebildeter MBSR-Trainer. Die TeilnehmerInnen erhielten eine Einführung in das allgemeine Konzept „Mindfulness“ und machten

gemeinsam wöchentliche Meditations- und Yoga-Übungen. Geübt wurden Meditation im Sitzen und im Gehen, Bodyscan Meditation, Hatha-Yoga und Dehnungsübungen. Die TeilnehmerInnen bekamen auch CDs und Broschüren mit nach Hause, damit sie dort die Übungen weiterführen konnten. Diese Heimübungen mussten die TeilnehmerInnen in einem Kalender aufzeichnen

Der Trainer der CCES-Gruppe war ein lizenzierter Sozialarbeiter einer Non-Profit Organisation. In dieser Gruppe wurden die TeilnehmerInnen über Probleme, die pflegende Angehörige betreffen können, aufgeklärt und es gab Gruppensitzungen für soziale und emotionale Unterstützung. Jede Woche erhielten die TeilnehmerInnen Informationen über verschiedene Themen wie Demenz, rechtliche und finanzielle Probleme, Gemeinschaftsangebote, Kommunikation, Selbstpflege, Trauer und Verlust. Die TeilnehmerInnen beider Gruppen erhielten einen wöchentlichen Anruf des Studienkoordinators, der für Unterstützung und Überprüfung sorgen sollte. Es wurden Umfragen vor den Interventionen, direkt danach und bei einem Follow-up sechs Monate später durchgeführt. 70 TeilnehmerInnen schlossen die Interventionen mitsamt den anschließenden Umfragen ab.

Die Datenerhebung erfolgte mittels der „Perceived Stress Scale (PSS)“. Zum Einsatz kamen auch die „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)“, das „State-Trait Anxiety Inventory (STAI)“, das „Short-Form-12 Health Survey (SF-12)“, die „Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale“ und das „Medical Outcomes Study Social Support Survey“.

Bei der Umfrage vor den Interventionen unterschieden sich die Ergebnisse für den momentanen Stresslevel kaum zwischen den beiden Gruppen ($p=.99$). Nach den Interventionen gaben die TeilnehmerInnen der MBSR-Gruppe an, weniger Stress zu haben ($p=.007$) als die der CCES-Gruppe. Bei der Kontrolle nach 6 Monaten unterschieden sich die zwei Gruppen nicht mehr signifikant voneinander ($p=.07$).

In dem systematischen Review mit Meta-Analyse von Kor et al. (2017) wurden auch die Auswirkungen auf Stress erörtert. Die AutorInnen führten die Recherche in den Datenbanken MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, EMBASE

und Web of Science durch. Es wurden fünf randomisierte, kontrollierte Studien und Quasi-Experimente verglichen. Als Ziel setzten sich die AutorInnen herauszufinden, ob und inwieweit „Mindfulness Interventions“ einen Effekt auf den Stress von pflegenden Angehörigen haben. Die Interventionen, die in den verwendeten Studien durchgeführt wurden, waren entweder die MBSR oder eine MBCT. Die statistische Analyse der Studien konnte nur bei drei davon durchgeführt werden. Bei den restlichen zwei Studien fehlten wichtige Daten. Die „Mindfulness Interventions“ ergaben einen signifikant positiven Effekt auf den wahrgenommenen Stress der pflegenden Angehörigen. Die Standarddifferenz zwischen den Ergebnissen lag bei 0.57 (95% Konfidenzintervall [0.23, 0.92], allgemeiner Effekt war $Z = 3.25$ bei $p = 0.001$).

Auch Paller et al. (2015) konnten positive Auswirkungen auf den Stresslevel von pflegenden Angehörigen vermerken. Die AutorInnen setzten sich in ihrer randomisierten, kontrollierten Studie zum Ziel, ein „Mindfulness“ Programm zu entwickeln, welches hilfreich für zukünftige Interventionen ist. Bei dieser Studie wurden 37 PartizipantInnen inkludiert, die entweder selber an Demenz erkrankt waren oder pflegende Angehörige von Erkrankten waren. Von den TeilnehmerInnen waren 17 Personen selbst erkrankt und 20 Personen pflegende Angehörige.

Das Programm dauerte acht Wochen, wobei jede Woche eine Trainingseinheit mit 90-minütiger Dauer zu absolvieren war. Bei dem Programm wurde sehr darauf eingegangen, wie die kognitiven Fähigkeiten der PartizipantInnen sind, da auch DemenzpatientInnen teilnahmen. Abgestimmt auf das Thema der Woche, bekamen die TeilnehmerInnen auch Übungen mit nach Hause. Das Programm ähnelte einem MBSR-Programm, jedoch wurden auch Attribute einer DBT und einer ACT eingebaut. Im Gegensatz zu einem herkömmlichen MBSR-Programm waren hier die Meditationsübungen kürzer, es wurden weniger Hausübungen mitgegeben und es gab keine längere Entspannungsphase.

Die PartizipantInnen mussten vor dem Programm und direkt danach Tests durchführen. Die inkludierten Tests, welche alle TeilnehmerInnen durchführen mussten, waren ein „Quality of Life“ – Test, die „Geriatric Depression Scale“, das

„Pittsburg Sleep Quality Inventory“, das „Beck Anxiety Inventory“, „Trail Making Tests“ und das „Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status“. Es gab auch Tests, welche konkret nur von pflegenden Angehörigen durchzuführen waren. Diese waren die „Revised Memory Problem and Behavior Checklist (RMPBC)“, das „Short Form Health Survey“ und das „Activities of Daily Living Questionnaire“. Nach dem Programm bekamen die TeilnehmerInnen noch eine Skala, um das Programm zu bewerten. Bei dieser Skala reichten die abzugebenden Punkte von 1 (starker Widerspruch) bis 5 (starke Zustimmung). Nach Auswertung dieser Skala zeigte sich, dass 84% vier oder mehr Punkte angaben, als es darum ging, ob sie das Gefühl haben, von diesem Programm profitiert zu haben. In Bezug auf Stress ergab sich bei den an Demenz erkrankten TeilnehmerInnen kein signifikantes Ergebnis. Bei den pflegenden Angehörigen jedoch konnte eine Verringerung des Stresslevels und ein besseres Verständnis für die Probleme der PatientInnen festgestellt werden.

Eine weitere Studie, welche sich intensiv mit der Stresssituation pflegender Angehöriger befasste, war die randomisierte, kontrollierte Pilotstudie von Oken et al. (2010). In dieser Arbeit wurde als Ziel festgelegt, die Effektivität von „Mindfulness Meditation Interventions“ zu untersuchen. Die TeilnehmerInnen waren 31 zwischen 45 und 85 Jahre alte Personen, welche für an Demenz erkrankte Familienangehörige sorgten. Die Drop-out Rate lag bei 4. Die TeilnehmerInnen wurden in drei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe erhielt das Training mit der „Mindfulness Intervention“, die zweite Gruppe erhielt eine standardisierte Aufklärungs- und Bildungsintervention und die dritte Gruppe war eine Kontrollgruppe nur mit Ruhepause. Die beiden aktiven Interventionen dauerten 7 Wochen, wobei eine Einheit 90 Minuten umfasste. In der ersten Woche war die Einheit für Gruppe 1 und Gruppe 2 ident und in den nächsten 6 Wochen wurden unterschiedliche Interventionen ausgeführt.

Die Intervention der „Mindfulness“-Gruppe bestand aus einem aktiven Programm, welches von der MBCT und der MBSR adaptiert wurde. Die Intervention wurde von einem klinischen Psychologen geleitet, welcher in diesen Bereichen ausgebildet war. Die Intervention bestand aus 3 Komponenten:

1. Diskussion über Stress, Entspannung, Meditation und über die Interaktion zwischen Körper und Geist
2. Mediationsübungen und andere Trainingseinheiten der „Mindfulness“, in der Einheit und zu Hause
3. Gruppendiskussion über die vergangene Einheit

Die TeilnehmerInnen der Aufklärungsgruppe erhielten eine Intervention, welche von dem Konzept der „Powerful Tools for Caregivers (PTC)“ abgewandelt war. Es wurde ein Buch „The Caregiver Healthbook“ für alle PartizipantInnen ausgeteilt und in den Einheiten wurden Hilfestellungen zu Themen wie Selbstpflege, Selbstbewusstsein, Kommunikation und Gesundheitsförderung gegeben.

Die dritte Gruppe erhielt sieben Wochen lang jede Woche eine dreistündige Ruhepause von der anstrengenden Pflege ihrer Angehörigen. Wann diese Pause sein sollte, konnten die TeilnehmerInnen selbst entscheiden. Diese Gruppe nahm auch nicht an der ersten Einheit teil.

Als Haupt-Messinstrument wurde die RMBPC verwendet. Als weitere Assessmenttools wurden unter anderem das „Caregiver Appraisal Tool“, die PSS, die „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale“, der „SF-36 Question 9 Subscore“, die „General Percieved Self-effiancy Scale“, der „Pittsburg Sleep Quality Index“, das „Epworth Sleep Questionnaire“, die „Global Expression of Change Scale“ und die „Mindfulness Attention Awareness Scale“ verwendet. Bei dieser Studie wurde auch eine Messung der Hormone, mit Hauptaugenmerk auf das Cortisol, vorgenommen.

Die Auswertung der RMBPC, mit welcher der Stresslevel getestet wurde, ergab unterschiedliche Ergebnisse der verschiedenen Gruppen ($p=0.030$). Zwischen den zwei Interventionsgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede, doch die Punkte der Kontrollgruppe waren signifikant höher, was einen erhöhten Stresslevel bedeutet. Zu dem Faktor „Mindfulness“ konnten keine signifikanten Auswirkungen festgestellt werden; es konnte aber beobachtet werden, dass ein Zusammenhang zwischen „Mindfulness“ und der wahrgenommenen Gefühlslage und des Stressses besteht.

Brown et al. (2016) konnten in ihrer Arbeit positive Einflüsse auf den Stresslevel untersuchen. Die AutorInnen entschieden sich für das Design einer randomisierten, kontrollierten Pilotstudie, um dieses Thema zu behandeln. Die Samplegröße der Studie lag bei 38 und es wurden pflegende Angehörige von Personen mit Demenz rekrutiert. Als Ziel setzten sich die AutorInnen, die Effekte eines adaptierten MBSR-Programms mit denen eines standardisierten „Social Support (SS)“-Programms zu vergleichen. Die TeilnehmerInnen wurden zufällig auf die zwei Gruppen aufgeteilt. Gruppenleiter waren zwei Trainer mit einem Mastertitel, welche in dem jeweiligen Bereich mehr als 10 Jahre Erfahrung hatten. Beide Programme dauerten acht Woche lang, dabei gab es jede Woche eine 1 1/2 – 2 Stunden lange Einheit.

Bei der Intervention der MBSR-Gruppe war auch eine intensive Ein-Tages-„Mindfulness“ Übung und Diskussionsrunde inkludiert. Das in dieser Studie durchgeführte Programm wurde nach dem MBSR-Programm von Jon Kabat-Zinn adaptiert. Die PartizipantInnen lernten in diesen Einheiten, wie sie besser mit physischen Symptomen, Emotionen und Gedanken umgehen können. Sie lernten ebenfalls, wie sie ihr Verhalten während Interaktionen mit den zu Pflegenden verbessern können. Ein besonderer Fokus lag auch darauf, achtsame Bewegungen, Meditation und Kommunikation zu erlernen.

In der Kontrollgruppe mit dem SS-Programm wurden Gruppendiskussionen mit dem Trainer geführt. Behandelt wurden auch individuelle Themen, mit welchen die TeilnehmerInnen im Rahmen der Angehörigenpflege konfrontiert waren.

Alle TeilnehmerInnen der Studie mussten vor, direkt danach und bei einem Follow-up drei Monate nach den Interventionen, Tests durchführen. Darunter waren die PSS, das „Acceptance and Action Questionnaire 2“, das „Profile of Mood State“, das „Medical Outcomes Study Short-form Health Survey“, das „Zarit Burden Interview“, die „Mutuality Scale of the Family Care Inventory“ und eine Probe des Cortisollevels im Speichel der teilnehmenden Personen.

Es konnte gegenüber der Kontrollgruppe, in der MBSR-Gruppe eine signifikante Besserung des selbst wahrgenommenen Stresses der TeilnehmerInnen

aufgezeichnet werden ($p=.003$). Bei den Ergebnissen der Untersuchung nach 3 Monaten konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppe mehr festgestellt werden.

3.2.2 Depression

Liu et al. (2017) untersuchten in ihrem Review die beschriebenen Auswirkungen eines „Mindfulness“-Trainings auf Depressionen der PartizipantInnen. Dabei wurden insgesamt sieben Studien, mit einer TeilnehmerInnenanzahl von insgesamt 410, überprüft. Die AutorInnen kamen zu dem Ergebnis, dass der Level der Depressionen in den Interventionsgruppen im Gegensatz zu den Kontrollgruppen signifikant stark gesunken ist (95% CI: -0.79 to -0.37, $p<0.001$). Zwischen den untersuchten Studien konnte nur ein geringer Unterschied festgestellt werden ($I^2=7\%$).

Bei Whitebird et al. (2013) konnte bei den MBSR-TeilnehmerInnen ebenfalls eine sofortige Verbesserung ihrer mentalen Gesundheit vermerkt werden und sie konnten diese Verbesserung auch beibehalten. CCES-TeilnehmerInnen dagegen zeigten eine nur geringe Verbesserung ihrer mentalen Gesundheit. Daran änderte sich auch nach sechs Monaten nichts. In Bezug auf Depressionen konnte in der MBSR-Gruppe eine signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe beobachtet werden. Bei der Testung der Depressionssymptome nach sechs Monaten konnte jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden.

Auch in dem systematischen Review von Kor et al. (2017) konnte ein signifikant positiver Effekt der „Mindfulness Interventions“ auf Depressionssymptome von pflegenden Angehörigen ausgemacht werden (95% CI [0.97, 0.27], $Z = 3.51$, $p=0.0005$). Zwischen den drei untersuchen Studien konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($I^2 = 0\%$, $p=0.67$). Die zusammengefassten Ergebnisse der Studien zeigten, dass „Mindfulness Interventions“ einen positiven Effekt auf die Besserung von Symptomen bei Depression erzielen (Kor et al. 2017).

Collins & Kishita (2018) konnten ähnliche Auswirkungen feststellen. Die AutorInnen untersuchten in ihrer Meta-Analyse die Effektivität von „Mindfulness and Acceptance Based Interventions (MABI)“ auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz. Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PsycARTICLES, PsycINFO, MEDLINE Complete, SCOPUS, Web of Science, ProQuest und Cochrane library. Der Fokus lag dabei auf den Auswirkungen auf Depressionen und Belastungen von pflegenden Angehörigen. In ihrer Arbeit inkludierten die AutorInnen 12 Studien, welche eine TeilnehmerInnenanzahl von insgesamt 321 vorweisen konnten. Es wurde Interventionsstudien inkludiert, welche mit folgenden Interventionen arbeiteten: MBSR, MBCT, ACT und DBT.

Von den in der Meta-Analyse verwendeten Studien untersuchten 11 den Effekt auf Depressionen vor und nach der Intervention. Insgesamt konnte ein signifikanter Effekt der MABIs direkt nach den Interventionen auf die Verbesserung der Depressionssymptome festgestellt werden ($g = 0.98$; 95% CI = 0.68–1.27, $p < .001$). Jedoch waren die Unterschiede zwischen den behandelten Studien groß ($I^2 = 78.79\%$). Von diesen elf Studien untersuchten acht die Depressionssymptome auch bei einem Follow-up. Auch bei diesen Ergebnissen war der Unterschied der Studien wieder groß ($I^2 = 74.51\%$). Die Ergebnisse variierten von einem wenig negativen Effekt zu einem sehr positiven Effekt.

Auch Paller et al. (2015) konnten in ihrer Studie eine signifikante Verbesserung der Depressionssymptome der TeilnehmerInnen feststellen ($p=0.49$). Diese Verbesserungen waren größer bei TeilnehmerInnen, welche schon anfangs an Depressionen litten. Insgesamt erzielten 16 PartizipantInnen bei der Erhebung eine höhere Punktezahl. Von diesen 16 verbesserten sich die Punkte signifikant und drei blieben auf dem gleichen Level. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Ergebnissen von PatientInnen und Angehörigen.

3.2.3 Angst

In Bezug auf die Auswirkungen auf den Faktor Angst untersuchten Liu et al. (2017) drei Studien, mit einer TeilnehmerInnenanzahl von insgesamt 283. Es konnten dabei keine signifikanten Effekte eines „Mindfulness Trainings“ im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe herausgefiltert werden (95% CI: -0.71 to 0.01, $p=0.060$). Die Differenzen zwischen den Studien lag bei $I^2=7\%$.

Whitebird et al. (2013) untersuchten ebenfalls die Auswirkungen auf Angstzustände. Bei dieser Interventionsstudie berichteten alle PartizipantInnen von einer Verbesserung der Angstzustände direkt nach den Interventionen. Zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe konnten nach der Intervention und beim Follow-up nach 6 Monaten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Unterschiede in den zwei Gruppen, die bei der Erhebung vor den Interventionen bestanden, blieben gleich groß, da sich die Zustände konstant veränderten.

Paller et al. (2015) kamen in ihrer Arbeit zu ähnlichen Ergebnissen. Die AutorInnen konnten nach der Intervention einen Trend für reduzierte Angstzustände ausfindig machen, vor allem bei den pflegenden Angehörigen. Dieser Trend war jedoch nicht signifikant. Den Test, um den Faktor Angst zu ermitteln, machten 36 PartizipantInnen, zwei PartizipantInnen mussten jedoch ausgeschlossen werden, da sich bei ihnen ein großer Anstieg der Angst aufgrund anderer Erlebnisse zeigte. Ohne die Ergebnisse dieser zwei Tests war die Reduktion der Angstzustände signifikant ($p=.028$).

3.3 Physische Auswirkungen

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird auf die physischen Hauptauswirkungen, welche in den Artikeln beschrieben wurden, eingegangen. Unterteilt werden diese in Cortisol und Schlafqualität.

3.3.1 Cortisol

Bei Oken et al. (2010) wurde an den Tagen der Erhebung dreimal eine Messung des Cortisollevels im Speichel der PartizipantInnen durchgeführt. Dabei wurde fünf Minuten nach dem Aufstehen, eine halbe Stunde später und am Abend zwischen 22 und 23 Uhr von den TeilnehmerInnen eigenständig eine Speichelprobe genommen. Analysiert wurden die Proben mit Hilfe des Nachweisverfahrens „Enzyme-linked Immunoessay (ELISA)“. Bei den Tests wurden auch andere Hormone und Werte bestimmt, wie: Interleukin-6, der „Tumor Necrosis Faktor Alpha“ und ein „High Sensitivity“ C-reaktives Protein. Diese Testung wurde zweimal, einmal vor und einmal nach den Interventionen durchgeführt. Obwohl die AutorInnen in der Vergangenheit Erfahrungen machten, dass die kräftezehrende Aufgabe der Angehörigenpflege einen Einfluss auf den Cortisolspiegel nimmt, konnten in dieser Studie keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden. Auch im Hinblick auf die weiteren getesteten Hormone konnten keine signifikanten Werte berechnet werden.

Ebenfalls mit der Erhebung des Cortisolspiegels arbeiteten Brown et al. (2016). In dieser Studie wurden den TeilnehmerInnen Salivetten ausgeteilt und sie wurden darin eingeschult, damit ihren Speichel zu sammeln. An einem Tag mussten die PartizipantInnen zu sechs im Vorhinein festgelegten Zeitpunkten die Probe durchführen. Diese Zeiten waren vor dem Aufstehen, 45 Minuten nach dem Aufwachen, 2 1/2 Stunden nach dem Aufwachen, 8 Stunden nach dem Aufwachen, 12 Stunden nach dem Aufwachen und vor dem Schlafengehen. Diese Tests mussten bei jeder Erhebung durchgeführt werden, also vor den Interventionen, direkt danach und beim Follow-up drei Monate später. Die TeilnehmerInnen bewahrten die Proben im Kühlschrank auf und schickten diese dann selbstständig ein. Die Proben wurden mithilfe der „Competitive

Immunoessay Method“ analysiert. Es wurden insgesamt 636 Cortisol-Messungen gemacht, 13 davon mussten aufgrund von falschen Zeitpunkten ausgeschlossen werden und bei neun weiteren Proben konnte kein Wert festgestellt werden. Zur endgültigen Analyse schafften es 614 Proben. Nach Analyse und Auswertung der Proben konnte keine Veränderung festgestellt werden. Zu keinem der Erhebungszeitpunkte konnten signifikante Ergebnisse gefunden werden. Die AutorInnen merkten an, dass bessere Messwerte erzielt werden können, wenn der Cortisolspiegel über mehrere Tage hinweg gemessen wird.

3.3.2 Schlafqualität

Bei Paller et al. (2015) wurde mithilfe eines Fragebogens nach den Interventionen auch die Schlafqualität der TeilnehmerInnen erfragt. 40% gaben an, durch die Interventionen eine Verbesserung bezüglich ihres Schlafes wahrzunehmen. Viele der PartizipantInnen gaben jedoch von Anfang an bekannt, keine Schlafprobleme zu haben. Im Allgemeinen gaben die pflegenden Angehörigen eine schlechtere Schlafqualität an als die PatientInnen. 24 TeilnehmerInnen erreichten bei der ersten Erhebung eine Punkteanzahl von fünf oder höher, welches mindestens ein leichtes Schlafproblem bedeutet. Direkt nach dem „Mindfulness“-Training konnte eine durchschnittliche Verbesserung von 0.8 Punkten erzielt werden; dieser Unterschied zur Ersterhebung ist jedoch nur geringfügig ($p=0.95$). Von jenen 24 TeilnehmerInnen, die anfangs von Schlafproblemen berichteten, verbesserten sich zwei Drittel im Laufe der Studie. Bei der Auswertung der Ergebnisse der 24 PartizipantInnen konnte eine signifikante Verbesserung von 1.5 Punkten festgestellt werden ($p=.041$). Für die Untergruppierung der PatientInnen mit Schlafproblemen konnte eine Verbesserung um 1.9 Punkte ausgemacht werden und für die Untergruppierung der pflegenden Angehörigen eine Verbesserung um 1.2 Punkte. Dabei waren keine Unterschiede zwischen den zwei Interventionen auszumachen. Es konnte eine deutliche Verbesserung erst dann festgestellt werden, als die Daten jener TeilnehmerInnen ausgeschlossen wurden, die schon anfangs eine gute Schlafqualität angegeben hatten.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Effektivität von „Mindfulness Interventions“ auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz zu untersuchen. Die Ergebnisse der eingeschlossenen Artikel zeigen, dass diese Art der Interventionen eine signifikante Auswirkung auf Stress, Angst und Depressionen von pflegenden Angehörigen hat.

In allen der ausgewählten Studien wurde das Hauptaugenmerk auf die psychischen Auswirkungen gelegt. Depression war ein Faktor, der in jeder dieser Arbeiten untersucht wurde. Weitere psychische Auswirkungen, welche untersucht wurden, variierten zwischen den einzelnen Studien. Stress war ein weiterer Faktor, der bei jeder Arbeit im Fokus war, ausgenommen bei der Arbeit von Collins & Kishita (2018). Angst wurde nur in der Studie von Collins & Kishita (2018) und in der Studie von Oken et al. (2010) nicht behandelt.

Von den sieben Studien befassten sich nur Oken et al. (2010) und Paller et al. (2015) auch mit den physischen Auswirkungen. Bei beiden wurde auf den Cortisolspiegel der TeilnehmerInnen eingegangen. Paller et al. (2015) untersuchten in ihrer Studie auch die Schlafqualität der pflegenden Angehörigen.

4.1 Stress

Stress ist eine wesentliche Hürde, mit der pflegende Angehörige zu kämpfen haben. Umfragen zeigten, dass das Pflegen von Personen mit Demenz stressvoller ist, als beispielsweise das Pflegen von Personen mit physischen Behinderungen. Ein Grund dafür ist, dass pflegende Angehörige meist auf den Großteil ihrer Freizeit und auf ihre Hobbies verzichten. Die Zeit, die diese Personen mit Freunden verbringen, wird oft auf ein Minimum reduziert (Brodaty & Donkin 2009).

Die pflegenden Angehörigen fühlen häufig eine große Schuld, wenn sie ihrer Freizeit nachgehen und sich für eine kurze Zeit nicht um ihre Angehörigen kümmern. Gegensätzlich dazu fühlen sich pflegende Angehörige ebenso schuldig, wenn sie ihre eigene Familie vernachlässigen, um die an Demenz erkrankte

Person zu pflegen. Schuldgefühle und Stress sind oftmals zwei Faktoren, welche gemeinsam erwähnt werden (Prunty & Foli 2019).

Stresslevels von pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz sind signifikant höher im Vergleich zu Personen, welche Angehörige mit anderen Erkrankungen betreuen. Bei dem Vergleich mit Personen, die Zuhause niemanden pflegen, wird der Unterschied noch höher (Brodaty & Donkin 2009).

Das Hauptaugenmerk lag daher bei allen eingeschlossenen Artikeln auf den Auswirkungen, welche „Mindfulness Interventions“ auf die Psyche der TeilnehmerInnen haben. Dabei wurde in sechs der Studien die Stresssituation der pflegenden Angehörigen als einer der Hauptfaktoren behandelt. In dem Artikel von Whitebird et al. (2013) wurde nach der Anwendung eines MBSR-Programmes eine signifikante Stressreduktion festgestellt. Paller et al. (2015) testeten ein von den AutorInnen adaptiertes Programm und es zeigte sich, dass sich die TeilnehmerInnen nach den Interventionen weniger gestresst fühlen und sich auch sicherer in stressigen Situationen fühlen. Auch Haines et al. (2014) testeten ein MBSR-Programm, jedoch wählten die AutorInnen als Zielgruppe pflegende Angehörige von LungentransplantationspatientInnen und erreichten ebenfalls eine signifikante Verbesserung des Stresslevels. Bei dem systematischen Review von Kor et al. (2017) zeigte sich, dass der Stresslevel im Allgemeinen nach „Mindfulness Interventions“ sank. Lever et al. (2016) befassten sich in ihrem systematischen Review auch mit den Auswirkungen von „Mindfulness Interventions“ allerdings war die Zielgruppe in dieser Arbeit Frauen in der perinatalen Phase. In dem systematischen Review von Lever et al. (2016) konnte auch eine signifikante Reduzierung des Stresslevels festgestellt werden.

In der Studie Oken et al. (2010) konnten signifikante Verbesserungen der Stresslevel bei beiden Interventionsgruppen gemessen werden. Ebenfalls signifikant verbesserte Stresslevels nach einer „Mindfulness Meditation“-Intervention wurden in der Studie von Bower et al. (2015) getestet. Die Zielgruppe in dieser Studie waren Frauen, welche ihre Brustkrebserkrankung überlebten hatten. Durch die inkludierten Artikel, in denen der Faktor Stress untersucht wurde, und die dazu recherchierte Vergleichsliteratur, konnten sich die Ergebnisse bezüglich der Stressreduktion bestätigen und sich als signifikant darstellen.

Weitere Faktoren, welche in Verbindung zu Stress stehen, sind verschiedene Biomarker wie zum Beispiel der Cortisollevel (Allen et al. 2017). In ihrem systematischen Review untersuchten Allen et al. (2017) 31 Studien, welche die Cortisolwerte von pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz behandelten. In 16 der inkludierten Studien wurde bei den pflegenden Angehörigen ein erhöhter Cortisolwert festgestellt. Die Teile des Gehirns, welche bei dem Menschen bei fortschreitendem Alter physiologisch an Funktion verlieren, reagieren sehr verletzlich auf die Freisetzung von Stresshormonen (Lupien et al. 2009).

Bei Brown et al. (2016) wurde, um die Freisetzung der Stresshormone zu kontrollieren, der Cortisollevel im Speichel der TeilnehmerInnen vor und nach den Interventionen getestet, und es wurden keine signifikanten Veränderungen festgestellt. Auch in der Studie von Oken et al. (2010) wurde kein Effekt auf den Cortisolspiegel festgestellt. In keiner der inkludierten Studien, die sich mit Cortisol beschäftigten, konnte also ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden. Brown et al. (2016) gaben in ihrer Arbeit an, dass dies damit zusammenhängen könnte, dass Cortisol Messungen erst aussagekräftig sind, wenn sie über mehrere Tage durchgeführt werden und nicht, wie bei den Studien, nur an zwei oder drei verschiedenen Tagen. Correa et al. (2018) kamen in ihrer Studie zu ähnlichen Ergebnissen. Die AutorInnen testeten die Cortisolwerte von pflegenden Angehörigen von Personen mit Demenz und verglichen sie mit einer Kontrollgruppe. Dabei zeigte sich bei der ersten Messung in der Früh kein signifikanter Unterschied, aber am Abend wurden bei den pflegenden Angehörigen höhere Cortisollevels als bei der Kontrollgruppe verzeichnet. Die Messungen wurden jedoch nur an einem Tag zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Die AutorInnen geben an, dass das keine optimale Methode war, jedoch konnten so die TeilnehmerInnen die Probenahme selbstständig zu Hause durchführen (Correa et al. 2018). Alle Arbeiten, die sich mit dem Cortisollevel beschäftigten, führte die Messung aus, indem die PartizipantInnen zu Hause eine Speichelprobe nahmen. Diese Proben wurden dann bewertet.

In der Wissenschaft sind mehrere Methoden etabliert, mit denen für eine Studie Messwerte des Stresshormons Cortisol erhalten werden können. Es besteht keine allgemein gültige Richtlinie für Interventionsstudien, wie dabei am besten

vorzugehen ist. Die Untersuchung von Cortisol als Biomarker besteht aus mehreren komplexen Faktoren, welche zu berücksichtigen sind. Die Wahrscheinlichkeit besteht, dass bestimmte Interventionen verschiedenen Auswirkungen auf unterschiedliche Parameter haben. Probesammlungen, die dabei nur an einem Tag stattfinden, können situationsbedingt stark beeinflusst werden. Es wird für die Messung von Cortisol im Speichel empfohlen, Proben mehrere Tage lang zu entnehmen und nicht mehrmals an einem Tag (Ryan et al. 2016).

Pflegende Angehörige von Personen mit Demenz haben ein erhöhtes Risiko, unregelmäßige Schlafmuster und Schlafprobleme zu bekommen (Brodaty & Donkin 2009). Ein Grund dafür könnte sein, dass sich bei an Demenz erkrankten Personen der Tag/Nacht-Rhythmus mit fortschreitender Krankheit erheblich verändert (Schüssler & Lohrmann 2015).

Von den inkludierten Studien beschäftigte sich nur eine intensiv mit dem Thema Schlaf. In der Arbeit von Paller et al. (2015) konnten erst signifikante Ergebnisse erzielt werden, als diese PartizipantInnen ausgeschlossen wurden, welche schon zu Beginn keine Schlafprobleme hatten. Black et al. (2015) wählten in ihrer Studie als Zielgruppe Erwachsene mit Schlafproblemen und kamen zu dem Ergebnis, dass „Mindfulness Interventions“ die Schlafqualität verbessern können.

4.2 Depressionen

Ein weiterer Faktor, der in den Studien untersucht wurde, ist die Depression. Die Strapazen, die mit der Pflege eines an Demenz erkrankten Angehörigen einhergehen können, zeigen sich häufig als psychische Krankheiten wie zum Beispiel Depressionen (Brodaty & Donkin 2009). Liew et al. (2019) konnten in ihrer Studie einen Einfluss von der Trauer und der Belastung der pflegenden Angehörigen auf die Entstehung einer Depression finden.

In der Studie von Whitebird et al. (2013) gaben TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe an, nach den Interventionen weniger an depressiven Verstimmungen zu leiden als TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe. Diese

Ergebnisse konnten durch die inkludierte Studie von Paller et al. (2015) bestätigt werden. Bajaj et al. (2017) testeten in ihrer Studie ein MBSR-Programm bei PatientInnen, welche an Leberzirrhose erkrankt sind und bei deren pflegenden Angehörigen. Auch in der Interventionsstudie von Bajaj et al. (2017) konnten signifikante Verbesserungen der Depressionssymptome in der Interventionsgruppe verzeichnet werden.

Collins & Kishita (2018) konnten in ihrem systematischen Review signifikant positive Effekte der „Mindfulness Interventions“ betätigen. Ähnliche Ergebnisse konnten Wood et al. (2017) in ihrem systematischen Review verzeichnen. Als Zielgruppe wurden in der Studie von Wood et al. (2017) PatientInnen mit Epilepsie gewählt und es konnten signifikante Verbesserungen von Depressionssymptomen nach der Durchführung von „Mindfulness Interventions“ aufgezeigt werden. Hilton et al. (2017) berechneten in ihrem systematischen Review ebenfalls statistisch signifikante Verbesserungen von Depressionssymptomen bei Menschen mit chronischen Schmerzen.

4.3 Angst

Angstzustände sind psychologische Krankheitsbilder, welche neben Depressionen durch die Belastung bei pflegenden Angehörigen auftreten können (Romero-Moreno et al. 2016). Romero-Moreno et al. (2016) konnten in ihrer Studie einen eindeutigen Zusammenhang zwischen verschiedenen Stressoren, welchen pflegende Angehörige ausgesetzt waren, und dem Entstehen von Angstzuständen finden. Ostojic et al (2014) konnten in ihrer Studie eine hohe Stufe von Angstsymptomen bei pflegenden Angehörigen von Personen mit Alzheimer-Demenz feststellen.

In einigen der Studien wurde auch Auswirkungen auf Angstzustände untersucht. Bei Whitebird et al. (2013) kam es aber sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe zu einer Besserung der Angstzustände. Auch bei der Studie von Paller et al. (2015) kam es zu signifikanten Verbesserungen der Angstzustände. Haines et al. (2014) konnten in ihrer Studie mit LungentransplantationspatientInnen diese positiven Ergebnisse bestätigen.

Liu et al. (2017) konnten in ihrem systematischen Review einen nicht signifikanten Trend zur Verbesserung von Angstzuständen verzeichnen. Die AutorInnen geben an, dass die vorhandenen Ergebnisse zwischen den Studien stark variieren und dass ein Mangel an vorhandenen Daten gegeben war, wodurch es zu keinen aussagekräftigen Ergebnissen kommen konnte (Liu et al. 2017).

Die psychischen Auswirkungen waren also in allen Studien gut untersucht worden und führten zu signifikant positiven Ergebnissen oder zu nicht signifikanten Trends hin zu positiven Effekten. Negative Auswirkungen von „Mindfulness Interventions“ konnten nicht bestätigt werden.

5 Schlussfolgerung

Durch die Ergebnisse der Studien konnte aufgezeigt werden, dass „Mindfulness Interventions“ eine positive Auswirkung auf pflegende Angehörige von Personen mit Demenz haben. Psychische Auswirkungen wurden in jedem inkludierten Artikel ausführlich behandelt und dargestellt. Besonders viele Daten liegen dabei von den Faktoren, Stress, Depression und Angst vor. Physische Auswirkungen lagen dabei nicht im Fokus und wurden nur in wenigen Studien behandelt. Es konnte aber eine deutliche Wirksamkeit von „Mindfulness Interventions“ hervorgehoben werden, welche für zukünftige Praxisarbeit und wissenschaftliche Forschung bedeutend ist.

5.1 Empfehlungen für Praxis und Forschung

Praxisempfehlungen: Es wäre zu empfehlen, im ambulanten oder stationären Setting Angehörige auf diese Art der Intervention aufmerksam zu machen. Dies könnte getan werden, indem Broschüren in Wartezimmern und Aufenthaltsbereichen von Krankenhausstationen, Ambulanzen und Arztpraxen aufgelegt werden oder indem die zuständige Pflegeperson im Rahmen des Entlassungsmanagements im stationären Setting mit den Angehörigen darüber spricht. Ein einfühlsames Gespräch über Probleme und Herausforderungen, welche der Alltag mit den zu pflegenden Angehörigen mit sich bringt, können dabei ein guter Ansatz sein, um auf „Mindfulness Interventions“ und deren Vorteile

und positiven Auswirkungen einzugehen. Im Setting der professionellen Hauskrankenpflege empfiehlt es sich, eng mit den Angehörigen zusammenzuarbeiten und ihnen etwaige Anlaufstellen für ein „Mindfulness“-Programm zu nennen und sie dabei zu unterstützen, dies auszuprobieren.

Forschungsempfehlungen: Für weitere wissenschaftliche Forschung könnte es von Vorteil sein, bei einer randomisierten, kontrollierten Studie die Stichprobengröße zu erhöhen, um eine größere Aussagekräftigkeit zu erhalten. Ein Follow-up wurde nur bei zwei Studien durchgeführt. Dieses Follow-up ist jedoch eine weitere Datensammlung, welche Aufschlüsse über die längerfristigen Auswirkungen von „Mindfulness Interventions“ geben kann und es wäre deshalb sinnvoll, zu diesem Thema Langzeitstudien durchzuführen. In Zukunft sollte mehr darauf geachtet werden, auch physische Untersuchungen durchzuführen, denn nicht nur der Cortisollevel gibt Aufschluss über die Stresssituation eines Menschen. Weitere messbare Daten, die Hinweise auf Stresszustände geben können, könnten sein: Blutdruck, Puls, Konzentrationsfähigkeit und Müdigkeit. Zusätzlich könnte der Faktor Stress mit weiteren Messinstrumenten erhoben werden, welche die physischen Auswirkungen miteinbeziehen.

Referenzliste

Al-Janabi, H, Carmichael, F & Oyebode, J 2018, 'Informal care: choice or constraint?', *Scandinavian journal of caring sciences*, vol. 32, no. 1, pp. 157-67, doi:10.1111/scs.12441

Allen, AP, Curran, EA, Duggan, A, Cryan, JF, Chorcocrain, AN, Dinan, TG, Molloy, DW, Kearney, PM & Clarke, G 2017, 'A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress', *Neurosci Biobehav Rev*, vol. 73, pp. 123-64, doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.006

Alzheimer's Disease International 2014, *Useful information about Alzheimer's disease and other dementias*, viewed 28. January 2019, <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/useful-information-about-dementia.pdf>

Alzheimer's Disease International 2016, *Help for care partners of people with dementia*, World Health Organisation, viewed 28. January 2019, <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/helpforcarepartners.pdf>

Bajaj, JS, Ellwood, M, Ainger, T, Burroughs, T, Fagan, A, Gavis, EA, Heuman, DM, Fuchs, M, John, B & Wade, JB 2017, 'Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy Improves Patient and Caregiver-Reported Outcomes in Cirrhosis', *Clin Transl Gastroenterol*, vol. 8, no. 7, p. e108, doi:10.1038/ctg.2017.38

Black, DS, O'Reilly, GA, Olmstead, R, Breen, EC & Irwin, MR 2015, 'Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial', *JAMA Intern Med*, vol. 175, no. 4, pp. 494-501, doi:10.1001/jamainternmed.2014.8081

Bower, JE, Crosswell, AD, Stanton, AL, Crespi, CM, Winston, D, Arevalo, J, Ma, J, Cole, SW & Ganz, PA 2015, 'Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial', *Cancer*, vol. 121, no. 8, pp. 1231-40, doi:10.1002/cncr.29194

Brodaty, H & Donkin, M 2009, 'Family caregivers of people with dementia', *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 11, no. 2, pp. 217-28, (online PubMed)

Brown, KW, Coogle, CL & Wegelin, J 2016, 'A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia', *Aging Ment Health*, vol. 20, no. 11, pp. 1157-66, doi:10.1080/13607863.2015.1065790

Collins, RN & Kishita, N 2018, 'The Effectiveness of Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions for Informal Caregivers of People With Dementia: A Meta-Analysis [published online ahead of print April 4, 2018]', *Gerontologist*, doi:10.1093/geront/gny024

Correa, MS, de Lima, DB, Giacobbo, BL, Vedovelli, K, Argimon, IIL & Bromberg, E 2018, 'Mental health in familial caregivers of Alzheimer's disease patients: are the effects of chronic stress on cognition inevitable? [published online ahead of print November 02, 2018]', *Stress*, doi:10.1080/10253890.2018.1510485

Creswell, JD 2017, 'Mindfulness Interventions', *Annu Rev Psychol*, vol. 68, pp. 491-516, doi:10.1146/annurev-psych-042716-051139

Frazer, C, Gibson, D, Hales, C & Jenkins, A 2003, 'Informal Care', in *Australia's Welfare 2003*, Australian Institute of Health and Welfare, Australia, pp. 65-120

Haines, J, Spadaro, KC, Choi, J, Hoffman, LA & Blazeck, AM 2014, 'Reducing stress and anxiety in caregivers of lung transplant patients: benefits of mindfulness meditation', *Int J Organ Transplant Med*, vol. 5, no. 2, pp. 50-6, (online PubMed)

Hilton, L, Hempel, S, Ewing, BA, Apaydin, E, Xenakis, L, Newberry, S, Colaiaco, B, Maher, AR, Shanman, RM, Sorbero, ME & Maglione, MA 2017, 'Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis', *Ann Behav Med*, vol. 51, no. 2, pp. 199-213, doi:10.1007/s12160-016-9844-2

Höfler, S, Bengough, T, Winkler, P & Griebler, R 2015, *Österreichischer Demenzbericht 2014*, Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium Wien, viewed 02 February 2019, <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=277>

Kor, P, Tong Chien, W, Liu, J & Lai, C 2017, 'Mindfulness-Based Intervention for Stress Reduction of Family Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Mindfulness (N Y)*, vol. 9, no. 1, pp. 7-22, doi:10.1007/s12671-017-0751-9

Krollner, B & Krollner, D 2019, *ICD-CODE*, Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, viewed 11 February 2019, http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html

Lever Taylor, B, Cavanagh, K & Strauss, C 2016, 'The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis', *PLoS One*, vol. 11, no. 5, p. e0155720, doi:10.1371/journal.pone.0155720

Liew, TM, Tai, BC, Yap, P & Koh, GC 2019, 'Comparing the Effects of Grief and Burden on Caregiver Depression in Dementia Caregiving: A Longitudinal Path Analysis over 2.5 Years [published online ahead of print January 30, 2019]', *J Am Med Dir Assoc*, doi:10.1016/j.jamda.2018.11.016

Liu, Z, Chen, QL & Sun, YY 2017, 'Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', *Clin Interv Aging*, vol. 12, pp. 1521-9, doi:10.2147/cia.S146213

Lupien, SJ, McEwen, BS, Gunnar, MR & Heim, C 2009, 'Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition', *Nat Rev Neurosci*, vol. 10, no. 6, pp. 434-45, doi:10.1038/nrn2639

Mental Health Foundation 2010, *Mindfulness Report*, viewed 11 February 2019, https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mindfulness_report_2010.pdf

Mental Health Foundation of New Zealand 2011, *An overview of mindfulness-based interventions and their evidence base* viewed 15 February 2019, <https://www.mentalhealth.org.nz/assets/ResourceFinder/mindfulness-based-interventions-and-their-evidence-base.pdf>

Oken, BS, Fonareva, I, Haas, M, Wahbeh, H, Lane, JB, Zajdel, D & Amen, A 2010, 'Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers', *J Altern Complement Med*, vol. 16, no. 10, pp. 1031-8, doi:10.1089/acm.2009.0733

Ostojic, D, Vidovic, D, Bacekovic, A, Brecic, P & Jukic, V 2014, 'Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's dementia patients', *Acta Clin Croat*, vol. 53, no. 1, pp. 17-21, (online PubMed)

Paller, KA, Creery, JD, Florczak, SM, Weintraub, S, Mesulam, MM, Reber, PJ, Kiragu, J, Rooks, J, Safron, A, Morhardt, D, O'Hara, M, Gigler, KL, Molony, JM & Maslar, M 2015, 'Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers', *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, vol. 30, no. 3, pp. 257-67, doi:10.1177/1533317514545377

Patterson, C 2018, *World Alzheimer Report 2018 The state of the art of dementia research: New frontiers*, Alzheimer's Disease International (ADI), viewed 15 February 2019, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>

Prince, M, Wimo, A, Guerchet, M, Ali, G, Wu, Y & Prina, M 2015, *World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*, Alzheimer's Disease International, viewed 26 January 2019, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Prunty, MM & Foli, KJ 2019, 'Guilt experienced by caregivers to individuals with dementia: A concept analysis [published online ahead of print February 23, 2019]', *Int J Older People Nurs*, doi:10.1111/opn.12227

Rezek, C 2015, *Mindfulness For Carers*, how to manage the demands of caregiving while finding a place for yourself, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia

Romero-Moreno, R, Losada, A, Marquez-Gonzalez, M & Mausbach, BT 2016, 'Stressors and anxiety in dementia caregiving: multiple mediation analysis of rumination, experiential avoidance, and leisure', *Int Psychogeriatr*, vol. 28, no. 11, pp. 1835-44, doi:10.1017/s1041610216001009

Rowley, J & Slack, F 2004, 'Conducting a literature review', *Management Research News*, vol. 27, no. 6, pp. 31-9, doi:10.1108/01409170410784185

Ryan, R, Booth, S, Spathis, A, Mollart, S & Clow, A 2016, 'Use of Salivary Diurnal Cortisol as an Outcome Measure in Randomised Controlled Trials: a Systematic Review', *Ann Behav Med*, vol. 50, no. 2, pp. 210-36, doi:10.1007/s12160-015-9753-9

Schüssler, S & Lohrmann, C 2015, 'Change in Care Dependency and Nursing Care Problems in Nursing Home Residents with and without Dementia: A 2-Year Panel Study', *PLoS One*, vol. 10, no. 10, p. e0141653, doi:10.1371/journal.pone.0141653

Sozialministerium 2017, *Sozialbericht Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-2016 Sozialpolitische Analysen*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Whitebird, RR, Kreitzer, M, Crain, AL, Lewis, BA, Hanson, LR & Enstad, CJ 2013, 'Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial', *Gerontologist*, vol. 53, no. 4, pp. 676-86, doi:10.1093/geront/gns126

Wlmo, A, Gauthler, S & Prince, M 2018, *Global estimates of informal care* Alzheimer's Disease International and Karolinska Institutet viewed 20 January 2019, <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/global-estimates-of-informal-care.pdf>

Wood, K, Lawrence, M, Jani, B, Simpson, R & Mercer, SW 2017, 'Mindfulness-based interventions in epilepsy: a systematic review', *BMC Neurol*, vol. 17, no. 1, p. 52, doi:10.1186/s12883-017-0832-3

Anhang

A Pilot Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Caregivers of Family Members with Dementia.....Bewertung 31 Punkte von 36= 86,1 %

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.

Good (4): Titel enthält die wichtigsten Informationen. Der Abstract ist gut gegliedert und enthält die wichtigsten Informationen.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Good (4): Das Sampling ist mit Text und Tabelle ausreichend beschrieben.

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.

Good (4): Die Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben.

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.

Very Poor (1): Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt und Bias wurden nicht erwähnt.

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.

Fair (3): Die Ergebnisse sind mit Unterüberschriften gut dargestellt, hätten aber noch besser beschrieben werden können.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above 55

Good (4): Die Autoren geben viele Vorschläge für weitere Studien und es ist auch ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist.

Benefits of Mindfulness Training for Patients with Progressive Cognitive Decline and their Caregivers.....Bewertung 31 Punkte von 36= 86,1 %

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.

Poor (2): Der Titel enthält zu wenig Informationen und der Abstract ebenfalls.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Good (4): Das Sampling ist ausreichend beschrieben.

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.

Fair (3): Die Datenanalyse hätte ausführlicher beschrieben werden können.

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.

Fair (3): Ethische Aspekte und Bias wurden erwähnt hätten aber ausführlicher beschrieben werden können.

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.

Good (4): Die Ergebnisse sind gut beschrieben.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above 55

Good (4): Die Autoren geben viele Vorschläge für weitere Studien und es ist auch ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist.

Mindfulness-Based Intervention for Stress Reduction of Family Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis.....Bewertung 34 Punkte von 36= 94,4 %

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.

Good (4): Der Titel ist beinhaltet alle wichtigen Informationen. Der Abstract ist gut gegliedert und gibt Aufschluss über den Inhalt der Arbeit.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Good (4): Das Sampling ist ausreichend beschrieben.

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.

Fair (3): Die Datenanalyse wurde übersichtlich beschrieben, es hätte aber noch genauer erklärt werden können.

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.

Good (4): Ethische Aspekte und Bias wurden angeführt.

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.

Good (4): Die Ergebnisse mit Unterüberschriften, Grafiken und Tabellen übersichtlich gestaltet. Es ist gut zu erkennen, was die Hauptergebnisse sind.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above 55

Good (4): Die Autoren geben viele Vorschläge für weitere Studien und es ist auch ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist.

Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial.....Bewertung 32 Punkte von 36= 88,8 %

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.

Fair (3): Der Titel ist kurz gehalten und beinhaltet die meisten wichtigen Informationen. Es wäre noch besser gewesen, es im Titel ersichtlich zu machen, dass es um pflegende Angehörige von Personen mit Demenz geht. Der Abstract ist gut gegliedert und gibt Aufschluss über den Inhalt der Arbeit.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und ausführlich beschrieben und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Good (4): Das Sampling ist ausführlich und gut beschrieben.

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.

Good (4): Die Datenanalyse wurde übersichtlich und ausführlich beschrieben.

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.

Fair (3): Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt. Bias wurden angeführt.

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.

Fair (3): Die Ergebnisse wurden mit Tabellen und Text gut dargestellt. Es hätte besser und übersichtlicher gegliedert werden können, um die Hauptergebnisse hervorzuheben.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above

Good (4): Es ist ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist mit dem noch viel gemacht werden kann.

Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.....Bewertung 33 Punkte von 36= 91,6 %

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.

Good (4): Der Titel ist aussagekräftig und der Abstract enthält alle wichtigen Informationen.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Fair (3): Das Sampling ist beschrieben aber es fehlen einige Informationen.

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.

Good (4): Die Datenanalyse wurde übersichtlich und ausführlich beschrieben.

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.

Fair (3): Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt. Bias wurden angeführt.

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.

Good (4): Die Ergebnisse übersichtlich und verständlich dargestellt.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above

Good (4): Die Autoren geben viele Vorschläge für weitere Studien und es ist ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist.

Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers.....Bewertung 29 Punkte von 36= 80,5 %

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.

Good (4): Der Titel ist kurz gehalten, beinhaltet aber alle wichtigen Informationen. Das Abstract ist gut gegliedert und gibt Aufschluss über den Inhalt der Arbeit.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Poor (2): Das Sampling ist unstrukturiert beschrieben.

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.

Fair (3): Die Datenanalyse wurde übersichtlich beschrieben, es hätte aber noch genauer erklärt werden können.

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.

Very Poor (1): Ethische Aspekte wurden nicht klar erwähnt und Bias wurden nicht erwähnt.

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.

Good (4): Die Ergebnisse wurden mit Unterüberschriften und Tabellen gut dargestellt. Es ist ersichtlich was die Hauptergebnisse sind.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above 55

Good (4): Die Autoren geben viele Vorschläge für weitere Studien und es ist auch ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist.

The Effectiveness of Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions for Informal Caregivers of People With Dementia: A Meta-Analysis.....Bewertung 33 Punkte von 36= 91,6 %

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.

Good (4): Der Titel beinhaltet alle wichtigen Informationen. Der Abstract ist gut gegliedert und gibt Aufschluss über den Inhalt der Arbeit.

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.

Fair (3): Die Einleitung ist vom Allgemeinen ins Spezifische gegliedert und stellt das Ziel dar. Forschungsfrage wurde keine gestellt.

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.

Good (4): Die Methode ist ausführlich und gut verständlich beschrieben.

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. 53

Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.

Fair (3): Das Sampling könnte genauer beschrieben werden.

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.

Good (4): Die Datenanalyse wurde übersichtlich beschrieben.

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.

Fair (3): Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt, Bias wurden angeführt.

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.

Good (4): Die Ergebnisse mit Unterüberschriften und Tabellen gut dargestellt.

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.

Good (4): Durch die Beschreibung der Studie, kann die Studie mit diesen Details wiederholt werden.

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: None of the above 55

Good (4): Die Autoren geben viele Vorschläge für weitere Studien und es ist auch ersichtlich, dass es ein aktuelles Thema ist.