

Bachelorarbeit

Die Wirkung von Therapeutic Touch und Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen – Ein Literaturreview

eingereicht von

Stefanie Tripll

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Sen.Lecturer Dr.in rer.cur. Daniela Schoberer, BSc. MSc.

Graz, 13.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 13.03.2020

Stefanie Tripl, eh“

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Onkologische Erkrankungen und Therapien	2
1.2	Schmerztherapie in der Onkologie.....	3
1.3	Therapeutic Touch und Reiki zur komplementären Schmerztherapie.....	6
1.4	Relevanz für die Pflege	9
1.5	Forschungslücke, Forschungsfrage und Forschungsziel,	10
2	Methode.....	10
2.1	Design	10
2.2	Literaturrecherche	10
2.3	Auswahl der Studien	11
2.4	Kriterien der Studienbewertung.....	12
2.5	Analyse der Ergebnisse.....	13
3	Ergebnisse.....	13
3.1	Ergebnisse der Literaturrecherche	13
3.2	Charakteristika der inkludierten Studien	15
3.3	Qualität der Studien	15
3.4	Ergebnisse der Studien.....	22
3.4.1	Die Wirkung von Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie.....	22
3.4.2	Die Wirkung von Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie .	25
3.4.3	Sekundärergebnisse	27
4	Diskussion	28
4.1	Stärken und Schwächen	33
4.2	Empfehlungen für Forschung und Praxis	34
5	Schlussfolgerung	35
6	Literaturverzeichnis	36

Zusammenfassung

Hintergrund: In Österreich erkranken jährlich mehr als 400.000 Menschen an Krebs. Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zählt Schmerz zu einer der häufigsten Symptome. Schmerzen stellen für onkologisch erkrankte Personen ein belastendes Ereignis dar. Des Weiteren können bei der Verabreichung von Schmerzmedikamenten erhebliche Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Obstipation und Fatigue, auftreten. Als Unterstützung zur üblichen onkologischen Schmerztherapie können komplementäre Maßnahmen wie Therapeutic Touch und Reiki angewandt werden.

Ziel: Das Ziel dieses Literaturreviews ist es daher aufzuzeigen, welchen Effekt Reiki und Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen haben.

Methode: Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL, sowie eine zusätzliche Handsuche in den Referenzlisten und auf Google Scholar durchgeführt. Die ausgewählten Studien wurden nach erfolgtem Titel-, Abstract- und Volltextscreening anhand eines kritischen Bewertungsbogens auf ihre Qualität überprüft.

Ergebnisse: Die Ergebnisse dieses Reviews zeigen einen signifikanten Rückgang der Schmerzen durch die komplementäre Anwendung. Ebenso wirkte sich Reiki und Therapeutic Touch positiv auf die Müdigkeit, die Angst und auf den Stress der PatientInnen aus. In Bezug auf die Schmerztherapie konnte keine Verbesserung durch die genannten Interventionen erzielt werden.

Schlussfolgerungen: Es wird empfohlen Therapeutic Touch und Reiki als unterstützende Maßnahme im onkologischen Setting vermehrt anzubieten. Um dies zu gewährleisten, wäre es wichtig Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich zu fördern. Ebenso müssen mehr qualitativ hochwertige Interventionsstudien durchgeführt werden, die die Wirkung von Reiki und Therapeutic Touch explizit auf die Schmerzen und die Schmerztherapie untersuchen.

Schlüsselwörter: Therapeutic Touch, Reiki, Schmerz, Schmerztherapie, Onkologie

Abstract

Background: In Austria more than 400.000 people are suffering from cancer. Advanced cancer pain is one of the most common symptoms. Pain can be very burdensome for an oncological patient. Significant side effects, such as constipation and fatigue, can occur when administering pain medicaments. Complementary therapies, such as Therapeutic Touch and Reiki, can be used to support the usual oncological pain therapy.

Aim: The aim of this literature review is to show the impact of Reiki and Therapeutic Touch on pain/pain-therapy on cancer patients.

Method: A literature search was carried out in the databases PubMed and CINAHL as well as an additional manual search in the reference lists and in Google Scholar. After title, abstract and full text screening, the quality of the remaining studies was checked by a standardized evaluation form.

Results: The results of this review have shown that Reiki and Therapeutic Touch can have an positive effect on pain. The mentioned interventions also had an positive impact on tiredness, fear and stress. Regarding to pain therapy, no improvement could be reached trough Therapeutic Touch and Reiki.

Conclusion: It is recommended to offer therapeutic touch and Reiki as an adjuvant therapy in the oncological setting. It is important to promote further trainings in this field. Likewise, more qualitative intervention studies need to be done that explicitly examine the effects of Reiki and Therapeutic Touch on pain and pain therapy.

Keywords: Therapeutic Touch, Reiki, Pain, Pain Management, Oncology

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufenschema der WHO 2019 zur Behandlung chronischer Schmerzen, eigene Darstellung	5
Abbildung 2: Flow-Chart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach Moher et al. (2009)	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchabfragen nach PubMed und CINAHL	11
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	12

1 Einleitung

In Österreich erkranken jährlich mehr als 400.000 Menschen an Krebs. Diese Krankheit ist nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache der Republik, wobei mehr Männer als Frauen davon betroffen sind (Statistik-Austria, 2019). Bei der weiblichen Bevölkerung wird am häufigsten Brustkrebs und bei den Männern Prostatakrebs, gefolgt von Lungenkrebs, diagnostiziert. Auch Dickdarmkrebs ist bei beiden Geschlechtern recht häufig vorzufinden. Kinder sind hingegen eher selten von bösartigen Krebserkrankungen betroffen (Menche, 2014).

Bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zählen verschiedene Arten von Schmerz zu einer der häufigsten Symptome. Bereits im Frühstadium treten bei mehr als 40% der PatientInnen Schmerzen auf und rund 70% klagen bei fortgeschrittener Krankheitsphase sogar über chronische Schmerzen. Diese Schmerzen werden meist durch den Tumor selbst verursacht, wobei Faktoren wie z.B. Angst, Schlaflosigkeit und/oder depressive Verstimmungen das Erleben des Schmerzes verschlimmern können (Tauchert et al., 2015).

Schmerzen stellen für onkologisch erkrankte Personen ein belastendes Ereignis dar, welches sich auf den Lebensstil, auf das Wohlbefinden und auf die Zufriedenheit des Betroffenen negativ auswirkt. Des Weiteren kann der Schmerz zu Müdigkeit und Unwohlsein führen, was die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinflussen kann. Somit sind onkologisch erkrankte PatientInnen einigen Herausforderungen im individuellen, familiären und sozialen Leben gestellt (Tabatabaee et al., 2016).

Auch seitens der Onkologie stellt eine optimale Schmerztherapie eine große Herausforderung dar. Es erfordert eine intensive und individuelle Zusammenarbeit aller behandelnden Fachdisziplinen, um Schmerzen zu lindern. Bei der Verabreichung von medikamentösen Schmerzmedikamenten können zudem erhebliche Nebenwirkungen, wie zum Beispiel die Obstipation und Fatigue auftreten. Oftmals müssen diese prophylaktisch behandelt werden (Zernikow et al., 2006).

1.1 Onkologische Erkrankungen und Therapien

Die Onkologie ist die Lehre von den Tumoren, ihrer Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Es sind alle Gebiete der Medizin inkludiert. Die internistische Onkologie beschäftigt sich mit der Zytostatika Therapie bösartiger Tumoren. Mit der Hämatologie bildet sie ein Teilgebiet der Inneren Medizin (Menche, 2014).

„Krebs“ ist die Bezeichnung einer bösartigen Neubildung („Neoplasie“), als Folge eines unkontrollierten Zellwachstums. Eine Neoplasie wird auch als Tumor (lat. = Schwellung) bezeichnet. Tumore werden nach ihrem biologischen Verhalten in zwei große Gruppen unterteilt: benigne (gutartige) Tumore und maligne (bösartige) Tumore, umgangssprachlich als „Krebs“ bezeichnet (Menche, 2014).

Ein bösartiger Tumor entsteht durch die irreversible Umwandlung einer normalen Zelle in eine bösartige Tumorzelle. Diese Zellen besitzen die Fähigkeit in das Nachbargewebe einzuwachsen und/oder über Blut- und Lymphgefäße in entfernte Körperregionen zu streuen und dadurch Tochtergeschwülste („Metastasen“) zu verursachen (Alt-Epping et al., 2017).

Grundsätzlich wird unter soliden und hämatologischen Tumoren unterschieden. Solide Tumore stammen von soliden Organen wie Lunge, Darm oder Brust. Hämatologische Tumore können im ganzen Körper auftreten, sie sind Tumore des Knochenmarks und der lymphatischen Organe (Alt-Epping et al., 2017).

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Voraussetzung für eine optimale Behandlung von bösartigen Tumoren. Im Rahmen der onkologischen Therapie ergänzen sich die tumorspezifische und nicht-tumorspezifische Therapie (Alt-Epping et al., 2017).

Die tumorspezifische Therapie basiert auf drei Säulen: der Chirurgischen, der Strahlentherapeutischen und der Medikamentösen. Die immunologische Therapie entwickelt sich als die vierte Säule (Alt-Epping et al., 2017).

Die wirksamsten Krebstherapien sind die Chirurgie und die Strahlentherapie. Heilung ist jedoch nur dann möglich, wenn der Krebs nicht gestreut hat oder nur Mikrometastasen vorliegen, die durch Medikamente beseitigt werden können. Bei fortgeschrittenen soliden Tumoren kann meist nur palliativ die systemische Therapie, wie Zytostatika oder Antihormone, und die Immuntherapie für eine Verbesserung der Symptome und/oder einer Verlängerung des Lebens angewandt werden (Alt-Epping et al., 2017).

Einer der häufigsten Symptome von Krebs ist der Schmerz. Der Schmerz stellt für onkologisch erkrankte Personen eine besondere Belastung dar (Tabatabaee et al., 2016).

1.2 Schmerztherapie in der Onkologie

Schmerz wird von jeder Person unterschiedlich, einzigartig erlebt und verspürt. Schmerz wird laut der *International Association for the Study of Pain*, auch bekannt unter *IASP* (2019), wie folgt definiert „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das als Folge einer Gewebsirritation oder Gewebsschädigung auftritt.“ (<https://www.iasp-pain.org/>).

Schmerzen treten in unterschiedlichen Arten auf und reichen vom akuten, über den chronischen Schmerz, bis hin zum tumorbedingten Schmerz (Menche, 2014).

Der akute Schmerz wird als Warnsignal des Körpers gesehen und dient zum Selbstschutz des Organismus. Meist ist der akute Schmerz auf eine fassbare Gewebsschädigung zurückzuführen. Wichtig hierbei ist es die Ursache zu finden und zu behandeln. Ziel des Schmerzmanagements ist eine Minimierung des Schmerzes bzw. eine Schmerzfreiheit (Menche, 2014).

Schmerzen, die länger als drei Monate anhalten, werden als chronische Schmerzen bezeichnet. Diese können weiter in maligne und nichtmaligne Schmerzen unterteilt werden. Ist die Ursache eine bösartige Neubildung, der sogenannten „Krebs“, so spricht man von einem malignen Schmerz, auch genannt „Tumorschmerz“ (Menche, 2014).

Der Tumorschmerz wird meist mit starken Schmerzmitteln, wie zum Beispiel mit Opioiden, behandelt. Bei mit Opioiden behandelten PatientInnen können Nebenwirkungen wie Obstipation, Übelkeit und Erbrechen auftreten. Seitens des Pflegepersonals ist es hierbei wichtig, Nebenwirkungen zu erkennen, diese zu behandeln und nötige Prophylaxen, wie die Obstipationsprophylaxe, durchzuführen (Menche, 2014).

Die Ursachen von chronischen nicht malignen Schmerzen sind meist chronisch-degenerativen Erkrankung, wie zum Beispiel die Arthrose (Menche, 2014).

Der Erhalt und die Förderung der Lebensqualität und der alltäglichen Funktionsfähigkeit stehen im Mittelpunkt der Versorgung bei chronischen Schmerzen (Menche, 2014).

Die Grundvoraussetzung für die Schmerztherapie ist die Schmerzerfassung (Feichtner, 2014).

Zur Schmerzeinschätzung können verschiedene Schmerzassessment-Instrumente zur Einschätzung der momentanen Schmerzsituation eines Patienten/einer Patientin angewandt werden (Feichtner, 2014).

Für die Lokalisation des Schmerzes können die PatientInnen direkt auf den Schmerzbereich zeigen oder mithilfe einer Zeichnung des Körpers und dessen Schmerzlokalisierung mitteilen (Feichtner, 2014).

Die Schmerzintensität wird mittels Skalen erfasst. Die meistgenutzten Skalen zur Messung der Schmerzstärke sind die visuelle Analogskala (VAS), die Numerische Rangskala (NRS), die Verbale Rangskalen (VRS) und die Gesichterskalen/Smiley-Skalen. Diese werden wie folgt unterschieden (Feichtner, 2014):

- **Die Visuelle Analogskala (VAS):** Auf einer 10cm langen, horizontalen Linie, wird die momentane Schmerzintensität markiert (kein Schmerz bis stärksten vorstellbaren Schmerz).
- **Die Numerische Rangskala (NRS):** Auf einer Skala von 0-10 wird das Schmerzempfinden angegeben.
- **Die Verbale Ratingskala (VRS):** Eine vierteilige Skala (kein Schmerz, gut erträglich, gerade noch erträglich, unerträglich), wird häufig bei schwer kranken Menschen angewandt, da diese Personen mit einer zehnteiligen Skala oftmals überfordert sind.
- **Gesichterskalen/Smiley-Skalen:** Dieses Assessment-Instrument ist auch für Kinder ab 4 Jahren geeignet. Der Schmerz wird einem der abgebildeten Gesichter zugeordnet.

Man sollte sich gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin für ein passendes Assessment-Instrument entscheiden. Ein Wechseln des Assessment-Instrumentes ist abzuraten, da dies die Ergebnisse verfälschen kann (Feichtner, 2014).

Ein weiteres Hilfsmittel, um einen guten Überblick über die Schmerzintensität und die Häufigkeit der Schmerzen zu gewinnen, ist das Schmerztagebuch, auch genannt Schmerzverlaufsprotokoll (Menche, 2014).

Das Schmerztagebuch kann je nach Situation des Patienten/der Patientin selbst geführt werden. Besonders geeignet ist es für Menschen mit chronischen Schmerzen. Im Schmerztagebuch kann die Schmerzstärke, lindernde und verstärkende Faktoren sowie die eingenommenen Medikamente dokumentiert werden. Die Wirkung von gesetzten Maßnahmen soll somit überprüft werden (Menche, 2014).

Medikamentöse Schmerztherapie

Gibt der Patient/die Patientin bei der Verwendung der NRS einen Ruheschmerz von mehr als drei oder einen Bewegungs-/Belastungsschmerz von mehr als fünf von zehn an, sollte eine medikamentöse Schmerzbehandlung eingeleitet werden. Hierbei ist es wichtig, dass individuell auf den Patienten/die Patientin eingegangen wird (Menche, 2014).

Für die medikamentöse Therapie von chronischen Schmerzen oder Tumorschmerzen wird international das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angewandt (Menche, 2014).

Das **WHO Stufenschema** wird in der Abbildung 1 näher dargestellt:

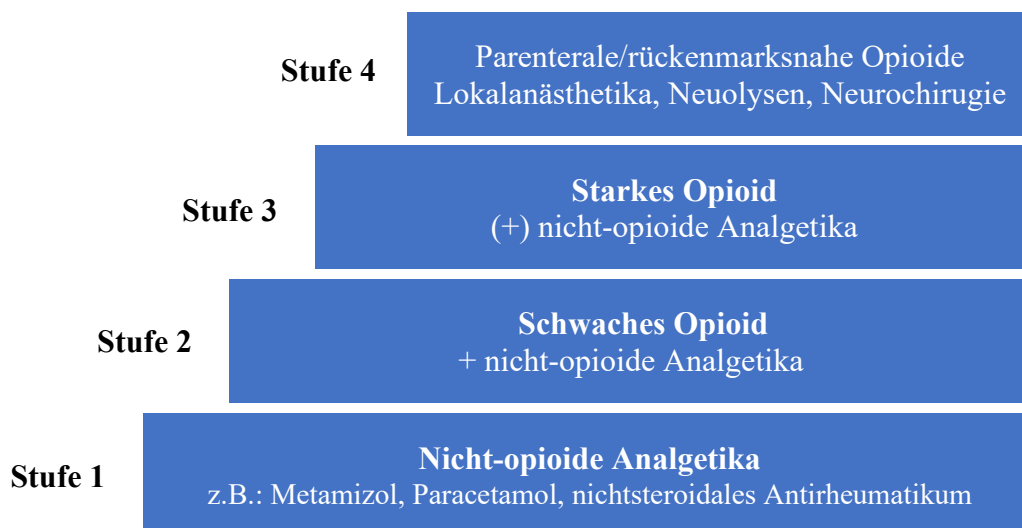


Abbildung 1: Stufenschema der WHO 2019 zur Behandlung chronischer Schmerzen, eigene Darstellung

Auf jeder Stufe sind weitere Verfahren, wie die Bestrahlung oder lokalanästhetische Methoden möglich (WHO, 2019).

Jedoch weist die alleinige medikamentöse Schmerztherapie bei vielen chronischen Schmerzen keine ausreichenden Erfolge auf. Des Weiteren drohen bei der Dauereinnahme von Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen (Zernikow et al., 2006).

Ergänzend zu der medikamentösen Schmerztherapie können daher komplementäre Maßnahmen herangezogen werden. Die Komplementärmaßnahmen finden immer mehr an Stellenwert und werden laut dem WHO Stufenschema in allen Therapiestadien empfohlen. Das Ziel der Komplementärmaßnahmen ist eine verbesserte Symptombehandlung und eine verbesserte Lebensqualität. Therapeutic Touch und Reiki zählen zu solch genannten nicht-pharmakologischen komplementären Therapiemaßnahmen (Tabatabaee et al., 2016, Berenson, 2007).

1.3 Therapeutic Touch und Reiki zur komplementären Schmerztherapie

„Therapeutic Touch ist eine Heilmethode, bei der man mit Hilfe der Hände bestimmte, nicht physische, menschliche Energien bewusst lenkt oder harmonisiert, mit dem Ziel, den Körper zur Heilung zu aktivieren.“ (Krieger 2012, p.25)

Laut Dolores Krieger besitzt jeder Mensch ein Energiefeld, welches sich im ständigen Austausch mit der Umwelt befindet. Durch die Anwendung von Therapeutic Touch soll dieses Energiefeld des Patienten/der Patientin harmonisiert werden (Krieger, 2012).

Therapeutic Touch wurde von Prof. Dolores Krieger, Professorin für Pflegewissenschaft der Universität in New York, und ihrer Kollegin Dora Kunz im Jahre 1972 speziell für Menschen in Heil- und Pflegeberufen entwickelt. Mehrere tausende Krankenschwestern haben von ihnen gelernt, insgesamt wurde diese Methode mehr als 36 000 im Gesundheitswesen Tätigen beigebracht. Therapeutic Touch wurde bis 1990 in 68 Ländern gelehrt (Krieger, 2012).

Der Patient/die Patientin heilt sich letztendlich durch Therapeutic Touch selbst. Der Heiler/die Heilerin oder der Therapeut/die Therapeutin wirkt als menschliches Energieversorgungssystem, bis zu dem Zeitpunkt, bis sich das Immunsystem der Person soweit gefestigt hat und sich selbst heilen kann (Krieger, 2012).

Therapeutic Touch kann nicht nur von professionellem Pflegepersonal, sondern auch von Laien angewandt werden. Für die Anwendung dieser Methode wird folgendes benötigt:

→Mitgefühl

→sensible, ausgeglichene Empfänglichkeit für die Bedürfnisse des Heilenden

→Bereitschaft zur Selbstdisziplin

→Bereitschaft zur ehrlichen und objektiven Anerkennung der eigenen menschlichen Grenzen

Eine Behandlung dauert in etwa 20-25 Minuten und besteht aus vier aufeinanderfolgenden Phasen:

Phase 1 – das Zentrieren: Zu Beginn konzentriert sich der/die Behandelnde auf sich selbst und entspannt sich bewusst körperlich, geistig und emotional. Dieser Zustand sollte während der gesamten Therapeutic Touch Anwendung aufrechtgehalten werden.

Phase 2 – das Einschätzen des menschlichen Energiefeldes: Der Energiefluss des Patienten/der Patientin wird mit den Händen erspürt und eingeschätzt. Es können Asymmetrien, Frequenzunterschiede und Problemzonen festgestellt werden.

Phase 3 – das Energiefeld ausgleichen: Durch spezielle Techniken wird versucht das Energiefeld wieder in Gleichgewicht zu bringen. Bei einem blockierten Energiefluss wird dieser stimuliert und wieder geöffnet.

Phase 4 – die Neueinschätzung des Energiefeldes: Das Energiefeld wird neueingeschätzt und gegeben falls korrigiert. Maßnahmen und Beobachtungen werden dokumentiert (Krieger, 2012).

Laut Dolores Krieger soll eine ausgeprägte, umfassende Entspannungsreaktion innerhalb der ersten fünf Minuten der Therapie eintreffen. Die Haupterfolge von Therapeutic Touch werden in vier Kategorien unterteilt: Entspannung, Schmerzlinderung, beschleunigte Heilung und Linderung psychosomatischer Symptome. In vielen Ländern wurde Therapeutic Touch in der Praxis der Gesundheitsberufen integriert (Krieger, 2012).

Im angloamerikanischen Bereich wird für Therapeutic Touch häufig das Synonym **Healing Touch** verwendet (Jackson et al., 2008). Um ein einheitliches Begriffsverständnis zu gewährleisten, wird einheitlich der Begriff Therapeutic Touch in dieser Arbeit verwendet.

Häufig wird Reiki als Synonym für Therapeutic Touch verwendet. Es handelt sich bei Therapeutic Touch, sowie bei Reiki um eine Biofeldtherapie, welche als komplementäre medizinische Maßnahme verstanden wird. Jedoch finden sich im Ursprung und in deren Anwendung Unterschiede (Potter, 2003).

Reiki heißt übersetzt universelle Lebensenergie und wird als Einweihungsweg in eine uralte japanische Heilmethode verstanden. Reiki ist eine Technik, die die Energie des Lebens kanalisieren und verstärken soll. Durch das Auflegen der Hände auf den Körper, soll in diesen Bereichen die Energie einströmen und somit die Selbstheilungskräfte aktiviert, Blockaden gelöst und das Energiezentrum wieder ins Gleichgewicht gebracht werden. Verstopfte Energiekanäle werden vollständig geöffnet und gereinigt. Diese Methode konnte bis Anfang des 20. Jahrhunderts nur von tibetischen Mönchen in Klöstern durchgeführt werden (Weber, 2017). Reiki wurde 1990 von einem japanischen Buddhisten, namens Mikao Usui, wiederentdeckt (Potter, 2003).

Er unterteilte das japanische Wort in zwei Teilen: rei (Geist, Seele) und ki (dem chinesischen Qi – Lebensenergie). Auch in Amerika wurde diese Methode ab dem Jahr 1970 angewandt (Potter, 2003). Mikao Usui bemerkte, dass ein dauerhaftes Wohlbefinden und eine dauerhafte Heilung nur durch eine veränderte geistige Haltung erreicht werden kann (Weber, 2017).

Das ist der Grund warum er die fünf unten genannten Lebensregeln aufgestellt hat, die heute zum Basiswissen des Reikis gehören (Weber, 2017).

1. Für heute lass ich alle Sorgen los
2. Für heute lass ich allen Ärger los
3. Ich bin dankbar für das was ich erhalte
4. Ich verdiene mein Brot mit ehrlicher Arbeit
5. Ich begegne alle Wesen mit Liebe und Achtung

Reiki wird in drei Level unterrichtet, welche von der anfänglichen Basisanwendung bis zum *Master Teacher* reichen. Der Praktizierende/die Praktizierende legt seine/ihre Hände in einer bestimmten Reihenfolge auf den gesamten Körper des Patienten/der Patientin auf. Eine Anwendung dauert im Durchschnitt 45 Minuten, wobei jede Position drei bis fünf Minuten berührt wird (Seiringer, 2015). Wichtig ist, dass die Behandlung in einer ruhigen Atmosphäre durchgeführt wird. Der Patient/die Patientin liegt bequem auf einer Liege oder sitzt auf einem Stuhl (Leitold, 2008).

Der Reiki Geber/die Reiki Geberin legt die Hände für eine Minute auf die Schultern des Patienten/der Patientin und bereitet sich auf die Behandlung vor. Nach der Behandlung ist es wichtig, ausreichend Wasser zu trinken und sich Ruhe zu gönnen. Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass sich die Symptome anfangs verschlechtern können (Leitold, 2008).

1.4 Relevanz für die Pflege

Das Arbeitsfeld der onkologischen Pflege ist tagtäglich vielen Herausforderungen gestellt. Eine Zunahme von Krebserkrankungen, sowie ein hohes PatientInnenaufkommen in den Kliniken stellt eine große Belastung für die onkologische Pflege dar (Bäumer and Maiwald, 2008).

Für die Versorgung von onkologisch erkrankten Personen und die Begleitung ihrer Angehörigen werden neben den speziellen und anspruchsvollen fachpraktischen Fähigkeiten, auch ein hohes Maß an pädagogischer, psychosozialer und kommunikativer Kompetenz erfordert (Bäumer and Maiwald, 2008).

Da die Nebenwirkungen der Krebstherapie eine bedeutende Auswirkung auf das Wohlbefinden und auf die Lebensqualität der Betroffenen haben, zählt das Nebenwirkungsmanagement zu einer wichtigen Aufgabe von onkologischen Pflegenden. Es wird versucht, krankheitsbedingte Symptome, wie Schmerz oder Fatigue, aber auch Nebenwirkungen der Therapien mit der Anwendung von komplementären Pflegemaßnahmen zu lindern (Danhauer et al., 2008, Tabatabaee et al., 2016). Trotz wirksamer Therapiemöglichkeiten leiden bis zu 75% der onkologisch erkrankten PatientInnen unter Schmerzen (Lüscher-Buffet et al., 2012).

Aufgrund dessen werden die komplementäre Maßnahmen ergänzend zu den üblichen onkologischen Verfahren angewandt und finden in der Praxis immer mehr an Stellenwert (Bäumer and Maiwald, 2008).

Laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) zählt die Anwendung von komplementären Pflegemethoden zu den pflegerischen Kernkompetenzen. Dazu zählen unter anderem die Anwendung von Therapeutic Touch. In Österreich wird bereits die Weiterbildung „Komplementäre Pflege – Therapeutic Touch“ angeboten (Bundeskanzleramt, 2016).

1.5 Forschungslücke, Forschungsfrage und Forschungsziel,

Therapeutic Touch und Reiki werden weitreichend in der Pflegepraxis angewandt, aber über den tatsächlichen Effekt wurde bei der Literatursuche in den verschiedenen Datenbanken keine aktuelle Übersichtsarbeit gefunden.

Es ist wichtig herauszufinden, ob es sich hierbei um evidenzbasierte Maßnahmen handelt, da die Maßnahmen auch zeitliche und personelle Ressourcen erfordern. Weiters konnten keine klaren Empfehlungen für die Praxis gefunden werden.

Ziel dieser Arbeit ist daher, herauszufinden, welche Wirkung die Anwendung von Therapeutic Touch und Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen hat.

Folgende Forschungsfrage lässt sich daraus ableiten: Welche Wirkung hat die Anwendung von Therapeutic Touch und Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen?

2 Methode

2.1 Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine Methode, welche angewandt wird, um vorhandene Literatur zu einem bestimmten Thema zusammenzufassen und zu bewerten (Polit and Beck, 2016).

2.2 Literaturrecherche

Die Suche nach relevanter Literatur fand im Zeitraum Oktober bis Dezember 2019 statt. Es wurden die Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) ausgewählt.

Die Recherche wurde mit einer Handsuche in der Internetdatenbank Google Scholar und in Referenzlisten relevanter Literatur erweitert.

Die Suchbegriffe, die sogenannten Keywords, wurden auf Englisch definiert, da in den Datenbanken in den Sprachen Deutsch und Englisch gesucht wurde.

Mit folgenden Keywords wurde gesucht *Therapeutic Touch, Reiki, Pain, Pain Management, Oncology*. Um die Treffer für relevante Studien in den Datenbanken zu erhöhen wurden die Synonyme *Healing Touch, Neoplasms, Cancer pain und Cancer* miteinbezogen.

Die Schlüsselwörter wurden mit Booleschen Operatoren wie „AND“ und „OR“ miteinander verbunden und als MeSH-Terms (in PubMed) oder Subject Headings (in CINAHL) eingesetzt. MeSH Terms (Medical Subject Headings) sind Schlagwörter, kreiert von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der National Library of Medicine.

Die Suche in der Suchmaschine „Google Scholar“ wurde mit folgendem Suchstring durchgeführt *therapeutic touch OR Reiki OR healing touch AND cancer* AND pain**. Die Suche ergab 131.000 Treffer, wovon die ersten 10 Seiten gescreent wurden.

Die Suchabfragen in PubMed und CINAHL werden in der folgenden Tabelle 1 dargestellt:

Tabelle 1: Suchabfragen nach PubMed und CINAHL

PubMed	((("Therapeutic Touch"[Mesh] OR "therapeutic touch" OR Reiki OR "healing touch")) AND ("Pain"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR pain*)) AND ("Neoplasms"[Mesh] OR "Cancer Pain"[Mesh] OR cancer OR oncology)
CINAHL	(MM "Therapeutic Touch" OR "therapeutic touch" OR Reiki OR "healing touch") AND (MM "Pain" OR MM "Pain Management" OR pain*) AND (MM "Neoplasms" OR MM "Cancer Pain" OR cancer OR oncology)

2.3 Auswahl der Studien

Um die Forschungsfrage gezielt beantworten zu können, wurden Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche definiert. Es wurden keine Limitationen in Bezug auf Publikationsjahr und Sprache gesetzt, da es sich um ein wenig beforschtes Thema handelt. Relevante Studien für diese Thematik sollen dadurch nicht übersehen werden.

Die Ein- und Ausschlusskriterien in Tabelle 2 dargestellt:

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Ein- und Ausschlusskriterien		
Kriterium	Einschluss	Ausschluss
Population	Männer/Frauen/Kinder mit Diagnose Krebs	Männer/Frauen/Kinder ohne Diagnose Krebs
Intervention	Therapeutic Touch, Reiki	Studien, welche nicht gezielt die Wirkung von Therapeutic Touch oder Reiki untersuchen
Art der Studie	Interventionsstudien	
Setting	In jeglicher institutioneller/häuslicher Einrichtung (Krankenhaus, Pflegeheim...)	

Die genannten Ein- und Ausschlusskriterien wurden bei der Auswahl der Studien immer berücksichtigt. Alle Suchergebnisse wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8) importiert.

2.4 Kriterien der Studienbewertung

Die Qualität der im Ergebnisteil inkludierten Studien wurde mithilfe des Bewertungsbogens Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 überprüft (Hong et al., 2018).

MMAT ist ein, in Englisch verfasstes, kritisches Bewertungsinstrument, welches im Jahr 2006 publiziert wurde. Es dient zur Bewertung von verschiedenen Arten von Primärstudien. Der Bewertungsbogen wird in zwei Teile unterteilt, wobei der erste Teil für alle Studiendesigns angewandt wird. Der zweite Teil bezieht sich auf das jeweilige Studiendesign und ist in fünf Kategorien unterteilt:

- Qualitative Studie
- Quantitative randomisierte, kontrollierte Studie
- Quantitative nicht randomisierte Studie
- Quantitative Studie
- Methodenmix

In jeder Kategorie müssen fünf Fragen mit *Yes*, *No* oder *Can't tell* beantwortet und mit einem Kommentar begründet werden. Es wird jedoch von der Berechnung der Gesamtpunktzahl der einzelnen Kategorien abgeraten. Um die Qualität der eingeschlossenen Studien besser beurteilen zu können, wird stattdessen empfohlen, die Kategorien detaillierter darzustellen. Ebenso sollen Studien mit einer niedrigen methodischen Qualität nicht ausgeschlossen werden (Hong et al., 2018).

2.5 Analyse der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden mittels eines Flowcharts dargestellt. In diesem Flowchart wird der genaue Verlauf der Studiauswahl aufgezeigt. Aus den ausgewählten Studien werden folgende Charakteristika extrahiert und mittels einer Tabelle dargestellt:

- Titel
- Autoren, Land
- Forschungsziel
- Design und Erhebungsmethode
- Setting
- Stichprobe
- Intervention und Dauer der Intervention

Des Weiteren wurden die resultierenden Ergebnisse unter der Interventionsart und dem Alter gegliedert. Die ausgewählten Studien wurden anschließend genauer analysiert und diskutiert.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Insgesamt ergab die Recherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL 202 Treffer. Zusätzlich ergaben sich 100 Treffer aus der Handsuche von Google Scholar. Von 302 Treffern wurden 84 Duplikate entfernt. Das Titelscreening wurde bei 218 Studien durchgeführt, wodurch 153 Studien ausgeschlossen wurden. Von den 65 Studien wurden weitere 45 durch das Abstract Screening entfernt. Der Volltext wurde von 20 potenziell interessanten Studien gelesen. Letztlich verblieben 9 Studien. Der Verlauf der Auswahl der Studien wird mittels eines Flow-Charts (Abbildung 2) dargestellt:

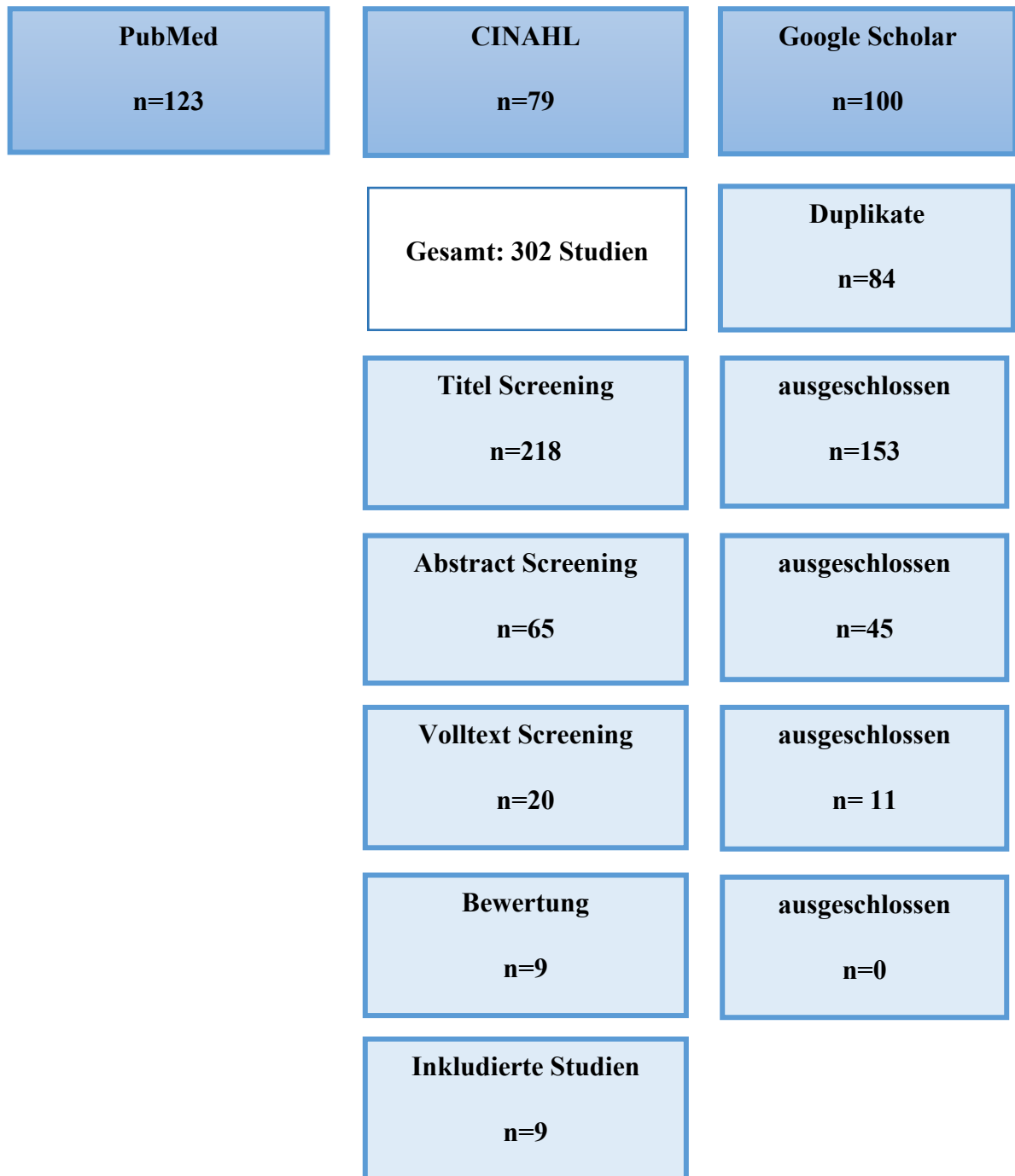


Abbildung 2: Flow-Chart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach Moher et al. (2009)

3.2 Charakteristika der inkludierten Studien

Von den neun ausgewählten Studien untersuchen fünf Studien die Wirkung von Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie von onkologisch erkrankten PatientInnen, die restlichen vier Studien untersuchen die Wirkung von Therapeutic Touch, auch bekannt unter Healing Touch. Zwei Studien spezialisieren sich auf pädiatrische onkologische PatientInnen, die restlichen sieben Studien untersuchen die Wirkung von Reiki und Therapeutic Touch bei onkologisch erkrankten Erwachsenen.

Insgesamt wurden in den Studien Daten von 638 onkologisch erkrankten PatientInnen erhoben. Die Stichprobengröße war unterschiedlich und reichte von neun bis 230 TeilnehmerInnen.

Eine genaue Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien wird in der Tabelle 3 dargestellt.

3.3 Qualität der Studien

Die Qualität der im Ergebnisteil inkludierten Studien wurde mithilfe des Bewertungsbogens Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) gewährleistet.

In allen neun inkludierten Studien konnte die Forschungsfrage durch das Forschungsziel abgeleitet werden. In sechs Studien war die Durchführung der Randomisierung ersichtlich, in den restlichen drei Studien wurde keine Randomisierung durchgeführt.

In drei Studien wurde nicht näher auf die Verblindung des Outcome Erhebers eingegangen.

Eine genauere Übersicht über die Ergebnisse der Bewertung der ausgewählten Studien ist in der Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien

Titel	ErstautorIn, Jahr, Land	Forschungsziel	Design und Erhebungsmethode	Setting	Stichprobe	Intervention und Dauer der Intervention
Reiki for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in a Brazilian Hospital	Siegel P., 2016, Brasilien	Wirkung von Reiki auf das Wohlbefinden und Symptome von onkologisch erkrankte PatientInnen	Nicht randomisierte kontrollierte Studie Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP), Visuelle Analog Skala (VAS), Interviews, Reiki Protokoll	Onkologische Abteilung in einem Krankenhaus in Brasilien	50 weibliche und männliche onkologisch erkrankte PatientInnen im Alter von 16 bis 77 Jahren, in Chemotherapie-Behandlung, Interventionsgruppe (n=36), Kontrollgruppe (n=14)	Reiki, 4 Einheiten, je 30 Minuten, durchgeführt von einem Physiotherapeuten mit Reiki-Lehrer Ausbildung und einem Reiki Meister
Effects of Distant Reiki on Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study	Demir M., 2014, Türkei	Effekt von Distanz-Reiki auf Schmerz, Müdigkeit und Angst bei onkologisch erkrankten PatientInnen	Randomisierte kontrollierte Studie Persönliches Interview, Visuelle Analog Skala (VAS)	Institut für Onkologie auf der Universität in Istanbul	7 weibliche und 11 männliche onkologisch erkrankte Erwachsene, Interventionsgruppe (n=8), Kontrollgruppe (n=10)	Distanz-Reiki, 5 Einheiten, je 30 Minuten, durchgeführt von einem Reiki Praktizierenden mit 4 Jahre Reiki Erfahrung,

Effect of therapeutic touch on pain related parameters in patients with cancer: A randomized clinical trial	Tabatabaee A., 2016, Iran	Effekt von Therapeutic Touch auf die Schmerzparameter bei onkologisch erkrankten Männer	Randomisierte kontrollierte Studie VAS	Krankenhaus in Mashhad, spezialisiert auf Onkologie	90 männliche onkologisch erkrankte Patienten im Alter von 20-65 Jahren, Interventionsgruppe (n=30), Kontrollgruppe (n=30), Placebogruppe (n=30)	Therapeutic Touch, 7 Einheiten, je 10-15Minuten, 4 Wochen lang, durchgeführt von einem qualifizierten Therapeutic Touch Praktizierenden
The effects of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Patients Attending a Day Oncology and Infusion Services Unit	Birocco N., 2011, Italien	Wirkung von Reiki auf Schmerzen und Angst bei onkologisch erkrankten PatientInnen	Interventionsstudie Visuelle Analog Skala (VAS), Interviews,	Ambulante Abteilung für Onkologie im San Giovanni Battista Krankenhaus	67 weibliche und 51 männliche onkologisch erkrankte Erwachsene im Alter von 33-77 Jahren, in Chemotherapie Behandlung	Reiki, 1-4 Einheiten, je 30 Minuten, während der venösen Verabreichung der Chemotherapie durchgeführt von freiwilligen Reiki PraktikerInnen, mit zwei jähriger Ausbildung
A Phase 2 Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients	Olson K., 2003, Kanada	Wirkung von Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen	Interventionsstudie Edmonton Staging System (ESS), Quality of Life Assesment (QOL), VAS, Schmerztagebuch	Onkologie Abteilung des Krankenhauses in Alberta, Kanada	15 weibliche und 9 männliche onkologisch erkrankte Erwachsene, Interventionsgruppe (n=11), Kontrollgruppe (n=13),	Reiki, 2 Einheiten, je 1,5 Stunden in Kombination mit der Opioidtherapie durchgeführt von einer Reiki Meisterin

<p>The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy</p>	<p>Aghabati N., 2008, Iran</p>	<p>Effekt von Therapeutic Touch auf die Schmerzen und Müdigkeit bei onkologisch erkrankten PatientInnen</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie Visuelle Analog Skala (VAS)</p>	<p>Abteilung für Onkologie im Iman Khomeini Krankenhaus in Tehran</p>	<p>90 onkologisch erkrankte PatientInnen im Alter von 15-65 Jahren, in Chemotherapie Behandlung Interventionsgruppe (n=30), Kontrollgruppe (n=30), Placebogruppe (n=30)</p>	<p>Therapeutic Touch für 5 Tage, zwischen 10:00 und 10:30 Uhr, 30 Minuten durchgeführt von Therapeutic Touch PraktikerInnen</p>
<p>Therapeutic Massage and Healing Touch Improve Symptoms in Cancer</p>	<p>Post-White J., 2003, Amerika</p>	<p>Effekt von therapeutischer Massage und Healing Touch auf Angst, Stimmung, Schmerz, Schmerztherapie, Übelkeit, Müdigkeit bei onkologisch erkrankten PatientInnen</p>	<p>Randomisierte kontrollierte Studie Brief Pain Index (BPI), Brief Nausea Index (BNI), Profile of Mood States (POMS)</p>	<p>Zwei Kliniken für Chemotherapie im Mittleren Westen Amerikas</p>	<p>230 onkologisch erkrankte Erwachsene (Frauen n=198, Männer n=32), in Chemotherapie Behandlung Therapeutic Massage (n=78), Healing Touch (n=77), Kontrollgruppe (n=75)</p>	<p>Healing Touch und Therapeutic Massage für 4 Wochen, 4 Einheiten, je 45min durchgeführt von 8 KrankenpflegerInnen mit zertifizierter Ausbildung für Healing Touch und Therapeutic Massage</p>

The Power of Reiki: Feasibility and Efficacy of Reducing Pain in Children With Cancer Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation	Zucchetti G., 2018, Italien	Effektivität von Reiki auf die Schmerztherapie von onkologisch erkrankten Kindern mit Stammzellentransplantation	Interventionsstudie Visuelle Analog Skala, Wong-Baker Gesichterskala,	Einheit für Stammzellentransplantation im Regina Margherita Children's Hospital in Turin, Italien	9 onkologisch erkrankte Kinder im Alter von 7-17 Jahren (weiblich n=5, männlich n=4),	Reiki für 1 Monat, 3mal die Woche, je 30min, insgesamt 102 Einheiten, durchgeführt von einer Kinderkrankenschwester mit Reiki Ausbildung
The Impact of Healing Touch on Pediatric Oncology Patients	Wong J., 2013, Hawaii, USA	Effekt von Healing Touch auf onkologisch erkrankte Kinder	Randomisierte kontrollierte Studie Wong-Baker Gesichterskala, Feeling Thermometer, My Fatigue Meter	Kapi'olani Medical Center für Frauen und Kinder in Honolulu, Hawaii	9 onkologisch erkrankte Kinder im Alter von 3-18 Jahren, (weiblich n=5, männlich n=4) Interventionsgruppe (n=6), Kontrollgruppe (n=3)	Healing Touch, 1-3 Einheiten pro Tag, je 30min, durchgeführt von Freiwilligen mit einer 18 Stunden Healing Touch Ausbildung, 1.Level

Tabelle 4: Bewertung der Studien mittels MMAT

randomisierte Studie	S1: Ist die Forschungsfrage klar?	S2: Wird die Forschungsfrage beantwortet?	2.1. Wurde die Randomisierung ordnungsgemäß durchgeführt?	2.2. Sind die Gruppen vergleichbar?	2.3. Gibt es vollständige Ergebnisse?	2.4. Sind die Outcome Erheber verblindet?	2.5 Haben die TeilnehmerInnen an der Intervention teilgenommen?
Demir M., 2014	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wird beantwortet.	Ja, die Randomisierung wurde ordnungsgemäß durchgeführt.	Ja, die Gruppen sind vergleichbar, jedoch sind in der Interventionsgruppe 70% Frauen und in der Kontrollgruppe 70% Männer.	Ja.	Ja	Ja.
Tabatabaee A., 2016	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wird beantwortet.	Ja, die Randomisierung wurde ordnungsgemäß durchgeführt.	Ja, die Gruppen sind miteinander vergleichbar.	Ja.	Weiß nicht.	Ja.
Olson K., 2003	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wird beantwortet.	Ja, die Randomisierung wurde mit einem speziellen Computersystem ordnungsgemäß durchgeführt.	Ja, die Gruppen sind miteinander vergleichbar.	Ja.	Ja.	Ja.
Aghabati N., 2008	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wurde beantwortet.	Ja, die Randomisierung wurde ordnungsgemäß durchgeführt.	Ja, die Gruppen sind gut miteinander vergleichbar.	Ja.	Weiß nicht.	Ja.

Post-White J., 2003	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wurde beantwortet.	Ja, die Randomisierung wurde ordnungsgemäß durchgeführt.	Ja, die Gruppen sind miteinander vergleichbar. Es wurde das Programm ANOVA genutzt.	Ja.	Weiß nicht.	Ja.
Wong J., 2013	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wird beantwortet.	Ja, die Randomisierung erfolgt ordnungsgemäß durch einen Zufallsgenerator.	Nein, die Schmerzwerte der beiden Gruppen lassen sich nicht miteinander vergleichen.	Ja.	Ja, es wurde bestmöglich versucht.	Ja.
nicht randomisierten Studie	S1: Ist die Forschungsfrage klar?	S2: Wird die Forschungsfrage beantwortet?	3.1. Sind die TeilnehmerInnen für die Zielgruppe repräsentativ?	3.2. Sind die Messinstrumente angemessen?	3.3. Gibt es vollständige Ergebnisse?	3.4. Werden die Störfaktoren bei der Analyse berücksichtigt?	3.5 Wird die Intervention während der Studienzeit gezielt gesetzt?
Siegel P., 2016	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wird beantwortet.	Ja, 36 TeilnehmerInnen wurden in die Studie inkludiert.	Ja, die Messinstrumente, wie die Visuelle Analog Skala sind angemessen.	Ja.	Ja.	Ja.
Birocco N., 2011	Ja, die Forschungsfrage lässt sich durch das Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wird beantwortet.	Ja, 118 TeilnehmerInnen wurden in die Studie inkludiert.	Ja, es wurde die Visuelle Analog Skala verwendet.	Ja.	Ja, diese wurden berücksichtigt.	Ja.
Zucchetti G., 2018	Ja. Forschungsziel ableiten.	Ja, die anzunehmende Forschungsfrage wurde beantwortet.	Nein, es wurden nur 9 TeilnehmerInnen inkludiert.	Ja, es wurden die VAS und die Wong-Baker Faces Pain Scale verwendet.	Ja.	Nein, die Gruppen hatten unterschiedliche Schmerz Ausgangswerte.	Ja.

3.4 Ergebnisse der Studien

In das folgende Literaturreview konnten neun Studien miteinbezogen werden. Diese setzen sich aus sechs kontrollierten randomisierten Studien und aus drei nicht randomisierten kontrollierten Studien zusammen. Die Ergebnisse werden unter der Wirkung von Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie und der Wirkung von Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie geteilt. Des Weiteren werden die Sekundärergebnisse von den inkludierten Studien aufgezeigt.

3.4.1 Die Wirkung von Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie

Olson et al. (2003) untersuchen in Ihrer kontrollierten randomisierten Studie den Effekt von Reiki auf die Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen. Ziel war es, herauszufinden, ob durch Reiki Behandlungen der Schmerzwert der PatientInnen sinkt, sich die Dosis der Schmerzmedikation verringert und sich die Lebensqualität dadurch verbessert. Es wurden 24 TeilnehmerInnen zufällig ausgewählt, diese wurden in zwei Gruppen unterteilt. Die *Arm A* Gruppe, mit 13 TeilnehmerInnen, erhielt die Standard Schmerztherapie plus vier Ruheeinheiten in der Dauer von eineinhalb Stunden. Die *Arm B* Gruppe hingegen, erhielt neben der Standard Schmerztherapie, an Tag 1 und Tag 4, je eine Reiki Behandlung. Die Reiki Behandlung dauerte eineinhalb Stunden und wurde von einem Reiki Meister durchgeführt. Die Einheiten für Ruhe und Reiki wurden jeweils eine Stunde nach der Schmerzmedikationsgabe durchgeführt. Es wurde vor und nach jeder Intervention der Schmerzwert mittels der Visuellen Analog Skala erfasst und dokumentiert (Olson et al., 2003).

Am ersten Tag der Durchführung lag der Schmerzwert bei beiden Gruppen bei 4,5. Nach der Schmerzmedikationsgabe plus der Reiki Behandlung sank der Schmerzwert der *Arm B* Gruppe von 4,5 auf 3,3 ($p=0,035$). Bei der *Arm A* Gruppe hingegen sank der Schmerzwert von 4,5 auf 4,2. Am vierten Tag lag der Schmerzwert der *Arm A* Gruppe bei 3,8 und bei der *Arm B* Gruppe bei 3,9. Nach der Schmerzmedikationsgabe plus der Ruheeinheit sank der Schmerzwert der *Arm A* Gruppe auf 3,7. Bei der *Arm B* Gruppe hingegen, welche eine Reiki Einheit erhielten, sank der Schmerzwert auf 2,4 ($p=0,002$). Daraus lässt sich eine signifikante Linderung der Schmerzen durch Reiki schließen.

Um eine Veränderung der Schmerzmedikation genau aufzeigen zu können, wurden zusätzlich Schmerztagebücher von den TeilnehmerInnen geführt. Hierbei zeigten sich jedoch keine Unterschiede in Bezug auf die Schmerzmedikation zwischen den beiden Gruppen (Olson et al., 2003).

Auch in der italienischen experimentellen Studie von Birocco et al. (2011) weist Reiki einen positiven Effekt auf die Schmerzen von onkologisch erkrankten Erwachsenen, im Alter von 33-77 Jahren, auf. Die 118 ausgewählten TeilnehmerInnen erhielten, während der Verabreichung der Chemotherapie, eine bis vier Reiki Behandlungen. Die Untergruppe mit 22 PatientInnen erhielten alle vier Reiki Einheiten mit je 30 Minuten. Der Schmerzwert wurde vor und nach jeder Intervention mittels der Visuellen Analog Skala gemessen. Der Mittelwert des Schmerzwertes sank nach der Reiki Behandlung von 4,4 auf 2,32 ($p=0,0191$). Laut Birocco et al. (2011) verringerte sich der Mittelwert des Schmerzwertes nach jeder Intervention um 50 Prozent.

Siegel et al. (2016) untersuchte ebenfalls die Wirkung von Reiki auf die Symptome und auf das Wohlbefinden bei onkologisch erkrankten PatientInnen in einem brasilianischen Krankenhaus. Es wurden 50 TeilnehmerInnen in Chemotherapie, im Alter von 16-77 Jahren, ausgewählt. Es wurden 36 TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe und 14 TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt vier Reiki Einheiten mit je 30 Minuten, durchgeführt von zwei Reiki Praktizierenden (Siegel et al., 2016).

Der Schmerz wurde vor und nach jeder Intervention mittels dem *Measure Yourself Medical Outcome Profile Score (MYMOP; 0=best, 6=worst)* und der Visuellen Analog Skala (VAS) gemessen. Die Auswertungen zeigen eine Verbesserung der Symptome bei 21 TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe. Zwölf TeilnehmerInnen gaben jedoch an sich nach der Intervention schlechter zu fühlen und drei TeilnehmerInnen gaben weder eine Besserung noch eine Verschlechterung des Zustandes an. Der Schmerzwert eines 58-jährigen Patienten, mit einem bösartigen Tumor des Bindegewebes, ist nach der Reiki Behandlung von 8 auf 1 gesunken. Bei einem Magenkrebs Patienten haben sich die Schmerzen ebenso verbessert und der Schmerzwert ist nach der Intervention von 5 auf 1 gesunken. Zusammenfassend hatte Reiki einen positiven Effekt auf mehr als die Hälfte der PatientInnen. Ebenso gaben alle PatientInnen an, sich nach der Reiki Behandlung ruhiger, entspannter und gelassener zu fühlen (Siegel et al., 2016).

Reiki bei onkologisch erkrankten Kindern

Zucchetti et al. (2019) untersuchten in ihrer experimentellen Studie die Wirksamkeit von Reiki auf die Schmerzen bei neun onkologisch erkrankten Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren. Jedes dieser Kinder wurde eine Stammzellentransplantation im Regina Margherita Children's Hospital in Turin unterzogen. Die Ergebnisse der Interventionen wurden in Kurzeiteffekt, mittellangen Effekt und Langzeiteffekt unterteilt.

Alle Kinder erhielten für ein Monat, drei Mal die Woche, Reiki mit einer Dauer von je 30 Minuten. Der Schmerzwert wurde vor und nach jeder Intervention mittels der Visuellen Analog Skala und der Wong-Baker Faces Pain Scale gemessen und dokumentiert. Jedes dieser Kinder erhielt zusätzlich Tramadol als Schmerzmedikation (Zucchetti et al., 2019).

Bei der Erfassung des Kurzeiteffektes von Reiki lag der durchschnittliche Schmerzwert vor der Behandlung bei 2,71, nach der Intervention sank der Wert jedoch auf 0,68.

Kurzzeitig konnte mit der Reiki Behandlung der Schmerz effektiv reduziert werden.

Langfristig hingegen wies Reiki weniger Erfolge in der Reduktion des Schmerzwertes auf (Zucchetti et al., 2019).

Reiki Fernbehandlungen bei onkologisch erkrankten Erwachsenen

Bei einer Reiki Behandlung muss der Reiki Praktizierende nicht zwingend physisch präsent sein, es können auch Reiki Fernbehandlungen durchgeführt werden. Demir et al. (2015) untersuchten in ihrer kontrollierten randomisierten Studie den Effekt von Reiki Fernbehandlungen auf Schmerzen, Angst und Müdigkeit bei onkologisch erkrankten Erwachsenen in Chemotherapie. Von den 18 zufällig ausgewählten TeilnehmerInnen, waren acht in der Interventionsgruppe und zehn in der Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe erhielt je eine Reiki Fernbehandlung für fünf Nächte mit je 30 Minuten. Diese wurden von einem Reiki Praktizierenden durchgeführt. Der Reiki Praktizierende war acht Kilometer von den PatientInnen entfernt.

Mittels der der Visuellen Analog Skala wurde der Schmerz vor und nach jeder Intervention gemessen. Vor der ersten Reiki Fernbehandlung lag der erste Schmerzwert bei der Interventionsgruppe bei $3,62 \pm 1,06$ und bei der Kontrollgruppe bei $3,70 \pm 2,75$ (Demir et al., 2015).

Nach der Reiki Fernbehandlung lag der Schmerzwert bei der Interventionsgruppe nur mehr auf $2,00 \pm 0,75$, wobei der Schmerzwert bei der Kontrollgruppe, welche keine Intervention erhalten haben, bei $4,20 \pm 2,69$ lag. Daraus lässt sich schließen, dass durch die Fernbehandlung der Schmerzwert deutlich gesunken ist ($p=0.0001$) (Demir et al., 2015).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Olson et al. (2003), Birocco et al. (2011), Demir et al. (2015) und Zucchetti et al. (2019) in ihren Studien eine signifikante Linderung der Schmerzen durch Reiki nachweisen konnten. In der Studie von Siegel et al. (2016) konnte keine signifikante Verbesserung der Schmerzen durch Reiki nachgewiesen werden.

3.4.2 Die Wirkung von Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie

Tabatabaee et al. (2016) untersuchten in ihrer randomisierten kontrollierten Studie den Effekt von Therapeutic Touch auf die Schmerzen bei 90 onkologisch erkrankten Männern in Mashhad. Alle Teilnehmer waren zwischen 20 und 65 Jahre alt und in einer Chemotherapie Behandlung. Es wurden drei Gruppen gebildet: Die Interventions-, die Placebo- und die Kontrollgruppe mit je 30 zufällig ausgewählten Teilnehmern. Alle drei Gruppen erhielten die gleiche Schmerztherapie. Die Therapeutic Touch Behandlung dauerte zwischen zehn und 15 Minuten und wurde von ausgebildeten Therapeutic Touch PraktikerInnen ausgeführt (Tabatabaee et al., 2016).

Die Interventionsgruppe erhielt sieben Therapeutic Touch Einheiten innerhalb von vier Wochen. Die Placebogruppe erhielt in der gleichen Zeit ebenfalls sieben Sitzungen, jedoch von ungeschultem Personal. Die Kontrollgruppe erhielt neben der Schmerztherapie keine zusätzlichen Interventionen. Die Schmerzerfassung erfolgte mit Hilfe der Brief Pain Inventory (BPI). Nach vier Wochen wurde in der Interventionsgruppe eine signifikante Schmerzreduktion von $p < 0,001$ erreicht. In der Placebo- und der Kontrollgruppe wurden keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt. Therapeutic Touch hat somit einen positiven Einfluss auf die Schmerzreduktion bei onkologisch erkrankten PatientInnen (Tabatabaee et al., 2016).

Aghabati et al. (2008) untersuchten in ihrer randomisierten kontrollierten Studie ebenfalls die Wirkung von Therapeutic Touch auf die Schmerzen bei onkologisch erkrankten Frauen

in Chemotherapie Behandlung. Die 90 Teilnehmerinnen waren zwischen 15 und 65 Jahre alt und wurden zufällig im Cancer Center in Iran ausgewählt (Aghabati et al., 2010).

Die Patientinnen wurden in drei Gruppen unterteilt: Interventions-, Kontroll- und Placebogruppe. Die Interventionsgruppe erhielt an fünf Tagen je eine Therapeutic Touch Behandlung in einer Dauer von 30 Minuten. Der Schmerz der PatientInnen wurde jeweils vor und nach der Intervention mittels der Visuellen Analog Skala gemessen (Aghabati et al., 2010).

Bezüglich der Schmerzintensität zeigten die Ergebnisse signifikante Unterschiede zwischen den drei genannten Gruppen. Zwischen der Interventionsgruppe und der Placebogruppe zeigten sich folgende Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe: Tag 1 ($p < 0,001$), Tag 2 ($p < 0,0001$), Tag 3 ($p < 0,04$), Tag 4 ($p < 0,0001$), Tag 5 ($p < 0,006$). Die Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe waren zugunsten der Interventionsgruppe, wie folgt: Tag 1 ($p < 0,001$), Tag 2 ($p < 0,0001$), Tag 3 ($p < 0,001$), Tag 4 ($p < 0,0001$), Tag 5 ($p < 0,0001$). Zwischen der Kontrollgruppe und der Placebogruppe stellte sich kein signifikanter Unterschied heraus (Aghabati et al., 2010).

Auch in der Studie von Post-White et al. (2003) konnte der Schmerz bei onkologisch erkrankten PatientInnen durch eine 45minütige Therapeutic Touch Einheit signifikant reduziert werden. In dieser Studie wurden 230 zufällig ausgewählte Erwachsene in drei Gruppen unterteilt: Therapeutische Massage Gruppe ($n = 78$), Therapeutic Touch Gruppe ($n = 77$) und die Kontrollgruppe ($n = 75$). Die zwei Interventionsgruppen erhielten für vier Wochen je vier Einheiten in der Dauer von 45 Minuten.

Nur durch die therapeutischen Massagen konnte der Einsatz der Schmerzmedikation vermindert werden. Die Anwendung von Therapeutic Touch zeigte keine signifikante Verbesserung der Schmerztherapie. (Post-White et al., 2003).

Therapeutic Touch bei Kindern

Wong et al. (2013) untersuchten in ihrer randomisierten kontrollierten Studie in Hawaii den Effekt von Therapeutic Touch auf pädiatrische onkologische PatientInnen.

Es wurden neun onkologisch erkrankte Kinder, im Alter von 3-18 Jahren, in zwei Gruppen geteilt:

Die Interventionsgruppe (= Schildkrötengruppe), mit sechs Kindern, und die Kontrollgruppe (= Delfingruppe), mit drei Kindern. Die Interventionsgruppe erhielt eine bis drei Therapeutic Touch Einheiten pro Tag mit einer Dauer von 30 Minuten (Wong et al., 2013).

Durchgeführt wurden diese von Freiwilligen mit einer 18 Stunden Therapeutic Touch Ausbildung. Zur gleichen Zeit nahm die Kontrollgruppe an Lese- und Spielaktivitäten teil. Vor und nach jeder Intervention wurde der Schmerzwert mittels der Wong-Baker Gesichterskala erhoben und dokumentiert (Wong et al., 2013).

Die Ergebnisse zeigten statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Bei der Interventionsgruppe wurde eine signifikante Linderung der Schmerzen nachgewiesen. Der durchschnittliche Schmerzwert der Interventionsgruppe sank nach der Therapeutic Touch Einheit von $2,94 \pm 3,48$ auf $1,66 \pm 2,70$. Bei der Kontrollgruppe sank der Schmerzwert nach der Lese- und Spielaktivität von $0,77 \pm 2,18$ auf $0,34 \pm 1,16$.

3.4.3 Sekundärergebnisse

Neben einer signifikanten Schmerzlinderung konnte in den einzelnen Studien weitere positive Effekte durch Therapeutic Touch und Reiki erzielt werden. In den Studien von Demir et al. (2015) und Wong et al. (2013) wurde durch Reiki und Therapeutic Touch eine signifikante Stresslinderung festgestellt. Nach der Reiki Fernbehandlung sank der Stresswert der Interventionsgruppe, gemessen mit der Visuellen Analog Skala, von $4,25 \pm 1,98$ auf $1,37 \pm 0,74$. In der Kontrollgruppe hingegen stieg der Wert von $4,30 \pm 2,89$ auf $4,90 \pm 2,24$ (Demir et al., 2013). Der Stresswert der Kontrollgruppe sank in der Studie von Wong et al. (2013) nach der Therapeutic Touch Intervention von $1,59 \pm 1,34$ auf $1,29 \pm 1,06$.

Des Weiteren sank der Wert der Müdigkeit, bei onkologisch erkrankten Kindern, nach Therapeutic Touch, von $2,82 \pm 3,19$ auf $1,84 \pm 2,83$. In der Kontrollgruppe gab es jedoch keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Müdigkeit (Wong et al., 2013).

Auch in der Studie von Demir et al. (2013) verbesserte sich die Müdigkeit der onkologisch erkrankten PatientInnen nach den Reiki Fernbehandlungen.

Vor der Distanzbehandlung wies die Interventionsgruppe einen Müdigkeitswert von $2,87 \pm 0,83$ auf. Nach der Reiki Fernbehandlung sank der Wert auf $1,75 \pm 0,70$ ($p < 0.001$).

Bei der Kontrollgruppe, welche neben der medizinischen Therapie, keine Reiki Fernbehandlungen erhielten, stieg der Wert von $2,70 \pm 1,76$ auf $3,80 \pm 2,25$.

Auch in Bezug auf die Angst wies Reiki und Therapeutic Touch einen positiven Effekt auf (Birocco et al., 2012, Post-White et al., 2003). In der Studie von Birocco et al. (2011) sank der Angstwert durch vier Reiki Einheiten, gemessen mit der Visuellen Analog Skala, von 6,77 auf 2,28 ($p < .000001$). In der Studie von Post-White et al. (2003) sank der Angstwert nach der ersten Therapeutic Touch Einheit von 10,8 auf 6,5. Nach der vierten Einheit reduzierte sich der Angstwert, der inkludierten TeilnehmerInnen, von 7,7 auf 5,9.

Des Weiteren war Therapeutic Touch bei der Reduzierung des Blutdrucks und der Atem- und Herzfrequenz sehr effektiv (Post-White et al., 2003). Ebenso konnte in der Studie von Post-White et al. (2003) durch Therapeutic Touch ein signifikanter Rückgang der depressiven Stimmung nachgewiesen werden ($p = 0,0039$).

4 Diskussion

Diese Bachelorarbeit hatte das Ziel, die Wirkung von Therapeutic Touch und Reiki auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen zu untersuchen.

In den neun inkludierten Studien wurde bei den meisten Therapeutic Touch bzw. Reiki Interventionsgruppen eine signifikante Linderung der Schmerzen nachgewiesen. Jedoch gab es in den Studien seitens der Stichprobengröße erhebliche Unterschiede.

Die Stichprobengröße reicht von neun bis 230 TeilnehmerInnen. Post-White et al. (2003) inkludierten in ihrer Studie 230 TeilnehmerInnen, darunter 198 weibliche und 32 männliche Teilnehmende. Auch Birocco et al. (2011) erreichten in ihrer Studie eine Stichprobengröße von 118 TeilnehmerInnen. Aghabati et al. (2008) und Tabatabaee et al. (2016) inkludierten in ihren Studien je 90 TeilnehmerInnen.

Eine weitaus geringere Stichprobenanzahl weisen Siegel et al. (2016) mit 50 TeilnehmerInnen, Olson et al. (2003) mit 24 TeilnehmerInnen und Demir et al. (2015) mit 18 TeilnehmerInnen auf. Wong et al. (2013) und Zucchetti et al. (2019) untersuchten in ihren Studien die Wirkung von Therapeutic Touch und Reiki auf die Schmerzen bei onkologisch erkrankten Kindern. Die Stichprobengröße lag bei je neun TeilnehmerInnen. Durch diese geringe Anzahl an TeilnehmerInnen kann die Aussagekraft verringert werden,

des Weiteren wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. Vermutlich ist es im pädiatrischen onkologischen Bereich erschwert, TeilnehmerInnen für Studien zu gewinnen. Laut Wong et al. (2013) sind onkologisch erkrankte Kinder bereits mit der schulmedizinischen Therapie überfordert, sodass weitere Interventionen abgelehnt werden. Außerdem konnten ein paar der Kinder mit einer weiteren fremden Person im klinischen Bereich nicht umgehen und fühlten sich somit überfordert (Wong et al., 2013). Zucchetti et al. (2019) inkludierten in ihrer Studie nur Kinder, welche eine Stammzelltransplantation im Regina Margherita Children's Hospital in Turin unterzogen haben. Jährlich werden dort 45 onkologisch erkrankte Kinder behandelt. Vermutlich lässt sich durch die Spezifikation die geringe Anzahl der TeilnehmerInnen begründen.

Des Weiteren muss aufgezeigt werden, dass in der Studie von Wong et al. (2013) die Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe nicht miteinander vergleichbar ist.

Die Ergebnisse der Studie zeigen in der Interventionsgruppe eine signifikante Schmerzlinderung durch Reiki, jedoch weist die Kontrollgruppe kaum Schmerzen auf, somit hatte die Kontrollgruppe keine Chance auf eine Schmerzreduktion.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Studie von Wong et al. (2013) somit nicht aussagekräftig ist. Ebenso wurde im Großteil der Studien die Verblindung weder genannt noch genauer beschrieben. Demnach könnte auch die vermehrte Aufmerksamkeit zur Reduktion der Schmerzen beigetragen haben. Somit könnten mögliche Erfolge in der Schmerzreduktion dem Placeboeffekt zugeordnet werden.

Seitens der Häufigkeit, der Zeitspanne und der Dauer der Anwendung von Therapeutic Touch und Reiki gab es in den inkludierten Studien ebenso Unterschiede. Laut Seiringer (2015) soll eine Reiki Behandlung ca. 45 Minuten dauern, eine Therapeutic Touch Behandlung soll laut Krieger (2012) hingegen kürzer sein und in etwa für 20-25 Minuten durchgeführt werden. In der Studie von Siegel et al. (2016) wurde an vier Tagen, je eine Reiki Behandlung, in der Dauer von 30 Minuten, durchgeführt.

Eine Verbesserung der Symptome zeigte sich bei 21 TeilnehmerInnen, 12 TeilnehmerInnen gaben hingegen eine Verschlechterung an, die restlichen drei TeilnehmerInnen konnten keine Unterschiede nach der Behandlung feststellen.

Wichtig zu wissen ist, dass sich anfangs die Symptome nach der Reiki Behandlung verschlechtern können und erst nach einer gewissen Zeit eine Verbesserung der Symptome

eintreten kann (Leitold, 2008). Es wäre interessant gewesen, ob sich die Symptome bei einer längeren Anwendung von Reiki verbessert hätten.

In der Studie von Demir et al. (2015) wurde an vier aufeinanderfolgenden Tagen je eine Reiki Fernbehandlung, in der Dauer von 30 Minuten, durchgeführt. Trotz der kurzen Zeitspanne wurde bei allen TeilnehmerInnen eine signifikante Linderung der Schmerzen durch Reiki nachgewiesen.

Olson et al (2013) haben in ihrer Studie nur zwei Reiki Behandlungen, innerhalb von sieben Tagen, in der Dauer von eineinhalb Stunden angeboten. Die Schmerzwerte sind bereits nach der ersten Behandlung bei allen PatientInnen signifikant gesunken. Birocco et al. (2011) erzielten in ihrer Studie eine Schmerzreduktion von 50 Prozent. Während der Chemotherapie wurde Reiki für 30 Minuten bei den PatientInnen durchgeführt. In der Studie von Aghabati et al. (2008) wurde die Therapeutic Touch Intervention auf fünf Tage, einmal täglich, in der Dauer von 30 Minuten, begrenzt. Tatbatabaee et al. (2016) teilte sieben Therapeutic Touch Sitzungen in 25 Tagen auf.

Trotz der kurzen Dauer von zehn bis 15 Minuten, je Einheit, zeigten die Ergebnisse eine signifikante Verbesserung der Schmerzen. In den Studien von Post-White et al. (2003) und Zucchetti et al. (2019) wurde ein längerer Zeitraum von vier Wochen gewählt.

Die Interventionen wurden ein bis drei Mal die Woche für 30 Minuten durchgeführt. Bei beiden dieser Studien kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Schmerzen. Wong et al. (2013) hingegen wählte eine Zeitspanne von einem Jahr. Sie untersuchten die Wirkung von Therapeutic Touch auf die Schmerzen bei onkologisch erkrankten Kindern. Die Kinder erhielten ein bis dreimal täglich eine Therapeutic Touch Behandlung in der Dauer von 30 Minuten. Trotz der signifikanten Schmerzreduktion durch Therapeutic Touch kamen Wong et al. (2013) zur Erkenntnis, dass die Intervention auf nur einmal täglich reduziert werden sollte, da sich sonst die Kinder belästigt und gestresst fühlen würden. Des Weiteren empfehlen sie für Kinder, von drei bis neun Jahren, eine maximale Interventionsdauer von zehn bis 15 Minuten.

Aufgrund der Heterogenität der Studien in Bezug auf die Häufigkeit und Dauer der Anwendung lässt sich keine allgemeine Empfehlung zur optimalen Anwendung aus den Studien ableiten.

Hinsichtlich der Dauer, soll laut Dolores Krieger (2012) bei Therapeutic Touch die Zeit von 25 Minuten nicht überschritten werden, da sonst das Energiefeld wieder aus dem Gleichgewicht geraten könnte. In den Studien von Wong et al. (2013), Post-White et al. (2003) und Aghabati et al. (2008) wird die Zeit jedoch um fünf Minuten überschritten. Jedoch wirkte sich dies anscheinend nicht negativ auf die PatientInnen aus.

Laut Leitold (2008) ist es ebenso wichtig, dass die Behandlung in einer ruhigen Atmosphäre durchgeführt wird. Die PatientInnen sollen bequem auf einer Liege liegen oder auf einen Stuhl sitzen und keine Störfaktoren ausgesetzt sein (Leitold, 2008).

In der Studie von Tabatabaee et al. (2016) wurden die Therapeutic Touch Interventionen in einem ruhigen Raum, ohne jegliche Störfaktoren, durchgeführt. Die PatientInnen waren mit den Therapeutic Touch Praktizierenden allein in diesem Raum. Auch Zucchetti et al. (2019) und Post-White et al. (2003) haben in ihren Studien auf eine optimale Atmosphäre geachtet. Die Therapeutic Touch Interventionen wurden in der Studie von Post-White et al. (2003) in einem ruhigen Raum mit einer leisen Hintergrundmusik auf einer Massageliege durchgeführt.

An der Tür des Raumes wurde ein Schild angebracht, um jegliche Störfaktoren zu meiden. In der Studie von Zucchetti et al. (2019) durften die Kinder selbst über die Anwesenheit der Eltern und der Entspannungsposition entscheiden. In diesen Studien konnte der Schmerz der onkologisch erkrankten PatientInnen signifikant reduziert werden.

Vermutlich ist eine ruhige Atmosphäre ohne Störfaktoren einer der wichtigsten Faktoren für die Wirksamkeit von Reiki und Therapeutic Touch. In der Studie von Siegel et al. (2016) waren die Raumbedingungen nicht optimal. Der Raum war klein, stark beleuchtet und der Lärmpegel war sehr hoch. Aufgrund des Lärmes fiel es den Therapeutic Touch Praktizierenden schwer sich zu konzentrieren. Ebenso gaben die PatientInnen an, sich in diesem Raum nicht wohl zu fühlen. Die Ergebnisse der Studie von Siegel et al. (2016) zeigten nur bei 21 von 36 TeilnehmerInnen eine Besserung der Symptome, zwölf TeilnehmerInnen fühlten sich nach der Reiki Intervention schlechter.

Vermutlich haben die schlechten Raumbedingungen die Ergebnisse negativ beeinflusst. Die Entspannung der PatientInnen ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass Reiki positiv auf die PatientInnen wirken kann (Leitold, 2008).

In den restlichen fünf Studien wurde keine genaue Angabe über den Ort der Intervention angegeben. Dies lässt vermuten, dass der Ort nicht bedacht ausgewählt wurde. Es könnte sein, dass die Intervention in einem Mehrbettzimmer, in der Anwesenheit von anderen PatientInnen, durchgeführt wurde.

Auch seitens der Ausbildung gab es zwischen Reiki und Therapeutic Touch PraktikerInnen große Unterschiede. Laut Dolores Krieger (2012) spielt die Ausbildungsdauer von Therapeutic Touch eine sehr wichtige Rolle.

In der Studie von Tabatabaee et al. (2016) führte die Therapeutic Touch Interventionen eine Person, mit einer sieben monatigen Ausbildung und 15 Jahre Erfahrungen, durch. Auch in der Arbeit von Aghabati et al. (2008) wiesen die Therapeutic Touch Praktizierenden eine lange Ausbildung in der Dauer von fünf Monaten auf. Im Vergleich zu den Studien von Tabatabaee et al. (2016) und Aghabati et al. (2008) wurde freiwilliges Personal in der Studie von Wong et al. (2013) nur für 15 Stunden in Therapeutic Touch ausgebildet. Trotz der deutlich kürzeren Ausbildungszeit zeigten sich in der Studie von Wong et al. (2013) eine signifikante Linderung der Schmerzen bei der Interventionsgruppe.

Post-White et al. (2003) inkludierten in ihrer Studie acht diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit einer anerkannten Therapeutic Touch Ausbildung. Jedoch wurde in dieser Studie die Dauer der Ausbildung und die Praxiserfahrungen der Praktizierenden nicht angegeben.

Ebenso war es nicht schlüssig, ob die PatientInnen immer von derselben Person behandelt wurden oder ob ein Wechsel stattgefunden hat. Da in all den vier genannten Studien eine Schmerzlinderung durch Therapeutic Touch nachgewiesen wurde, stellt sich die Frage ob die Ausbildungsdauer relevant für die Wirkung der Intervention ist. Laut Krieger (2012) können neben dem geschulten Pflegepersonal auch verantwortungsbewusste, disziplinierte Laien Therapeutic Touch erlernen und ausüben. Somit spielt die Ausbildung an sich keine große Rolle. Wichtig in der Durchführung ist laut Krieger (2012) das Mitgefühl, die Selbstdisziplin und das Verantwortungsbewusstsein der Praktizierenden.

Laut Leitold (2008) kann Reiki bereits nach einem zweitägigen Grundkurs zum ersten Level angewendet werden. Insgesamt gibt es im Reiki drei Level, im dritten Level ist man ein Reiki Meister/eine Reiki Meisterin (Weber, 2017). In der Studie von Siegel et al. (2016) wurden die Reiki Behandlungen von zwei Reiki MeisterInnen durchgeführt.

Jedoch wurden die Ausbildungszeit und die Praxiserfahrung der Praktizierenden nicht angegeben. Auch in der Arbeit von Olson et al. (2003) führte die Interventionen ein/eine Reiki MeisterIn im dritten Level durch. Trotz des hohen Ausbildungsstandes der Praktizierenden in den Studien von Siegel et al. (2016) und Olson et al. (2003), zeigte sich nur in der Studie von Olson et al. (2003) eine signifikante Schmerzlinderung bei allen inkludierten PatientInnen. Demir et al. (2015) inkludierten in ihrer Studie einen Reiki Praktizierenden im zweiten Level mit vier Jahren Erfahrung. In die Studie von Birocco et al. (2011) wurde das freiwillige Personal zwei Jahre zu Reiki Praktizierenden ausgebildet. Zucchetti et al. (2019) hingegen entschied sich nur für eine Reiki Praktizierende, mit einer Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Die Ausbildungsdauer und Praxiserfahrung wurden in der Studie nicht erwähnt. Vermutlich spielt das Ausbildungslevel keine große Rolle in der Wirkung von Reiki. In der Studie von Demir et al. (2015) wurden trotz niedrigeren Ausbildungsstandes bessere Ergebnisse erzielt als in der Studie von Siegel et al. (2016). Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen und Erfahrungen der Praktizierenden ist es schwierig Vergleiche zwischen den einzelnen Studien zu ziehen.

4.1 Stärken und Schwächen

Die vorliegende Bachelorarbeit weist einige Stärken sowie auch Schwächen auf. Eine Limitation stellt dar, dass nur in zwei fachspezifische Datenbanken (CINAHL und PubMed) nach deutsch und englisch sprachigen Studien gesucht wurde.

Zusätzlich wurde eine Handsuche in den Referenzlisten durchgeführt und in der Internetsuchmaschine Google Scholar geforscht. Aufgrund dessen könnte eventuell relevante Literatur übersehen worden sein. Ebenso wurden keine asiatischen Datenbanken inkludiert, welche für die Wirkung von Reiki, aufgrund der japanischen Herkunft, relevant hätten sein können. Eine weitere Schwäche dieser Arbeit ist, dass die Studienauswahl und die Bewertung der inkludierten Studien nur von einer Autorin erfolgt ist.

Eine Stärke dieses Literaturreviews ist, dass keine zeitlichen Beschränkungen gesetzt wurden. Ebenso wurde MeSH Terms verwendet und Synonyme miteinbezogen, somit konnte sehr breit recherchiert werden.

Eine weitere Stärke dieser Arbeit ist es, dass die inkludierten Studien mit Hilfe des MMAT Bewertungsbogens auf ihre Qualität überprüft wurden. Ebenso ergaben sich aus den eingeschlossenen Studien signifikante Ergebnisse, welche für die Pflegeforschung und Pflegepraxis relevant sein können.

4.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Derzeit gibt es nur wenige hochwertige Studien, die die Wirkung von Reiki und Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankten PatientInnen, untersuchen. Aufgrund dessen wären vermehrte Forschungen zu diesem Thema notwendig.

Zukünftig sollten auch mehr randomisierte kontrollierte, verblindete, Interventionsstudien durchgeführt werden, die die Wirkung von Reiki und Therapeutic Touch explizit auf die Schmerzen und die Schmerztherapie untersuchen. Ebenso war die Stichprobengröße in vielen der inkludierten Studien sehr klein, somit wird empfohlen weitere Studien mit mehr TeilnehmerInnen durchzuführen.

Zudem sollte näher erforscht werden, ob es Unterschiede zwischen Reiki und rein körperlichen Berührungen in Bezug auf die Linderung der Schmerzen gibt. Für zukünftige Forschungen ist es ebenso wichtig, vermehrt die Wirkung von Reiki und Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie von pädiatrischen onkologischen Patientinnen zu untersuchen. Ebenso sollten mehr Forschungen in Bezug auf Reiki Fernbehandlungen durchgeführt werden, da es nur begrenzte Erkenntnisse über die Wirksamkeit auf das Symptommanagement von onkologisch erkrankten PatientInnen gibt.

Reiki und Therapeutic Touch können mithilfe der Forschung optimiert werden und somit zielgerichteter in der Praxis im onkologischen Setting etabliert werden.

Es wäre von großer Wichtigkeit Therapeutic Touch und Reiki bzw. andere komplementäre Schmerztherapien in der onkologischen Praxis zu etablieren. Therapeutic Touch und Reiki sind relativ kostengünstig, leicht erlernbar und weisen laut derzeitigen Studien keine Nebenwirkungen auf. Um Therapeutic Touch und Reiki in den Pfltag integrieren zu können sind Schulungen, sowie Fort- und Weiterbildungen für diverse Gesundheitsberufe unerlässlich.

Somit kann das Bewusstsein für Therapeutic Touch und Reiki erhöht werden. Ebenso sollten die PatientInnen selbst gut über die genannten Interventionen aufgeklärt und informiert werden. Um eine optimale Durchführung von Reiki und Therapeutic Touch gewährleisten zu können, müssen entsprechende Rahmenbedingungen und Strukturen geschaffen werden. Von Vorteil wären zusätzliches Personal und ein ruhiger Raum mit angenehmer Atmosphäre. Ebenso sollten die PatientInnen keine Störfaktoren, wie Lärm, während der Intervention ausgesetzt werden.

Vor allem im onkologischen Setting kann Therapeutic Touch und Reiki, ergänzend zur adjuvanten Schmerztherapie, von großer Bedeutung sein.

5 Schlussfolgerung

In dieser Arbeit wurde der Effekt von Reiki und Therapeutic Touch auf die Schmerzen/Schmerztherapie bei onkologisch erkrankte PatientInnen untersucht, zusammengefasst und diskutiert.

Neun Studien wurden in dieser Literaturübersicht inkludiert und bewertet. In acht Studien kam es zu einer signifikanten Schmerzlinderung durch Therapeutic Touch und Reiki. Vor allem kurzzeitig konnte mit Reiki und Therapeutic Touch der Schmerz effektiv reduziert werden. Ebenso gaben viele PatientInnen an sich nach der Reiki- und Therapeutic Touch Behandlung ruhiger, entspannter und gelassener zu fühlen.

Des Weiteren wirkte sich Reiki und Therapeutic Touch positiv auf die Müdigkeit, die Angst und auf den Stress der onkologisch erkrankten PatientInnen aus. Ebenso kann Therapeutic Touch bei der Reduzierung des Blutdrucks und der Atem- und Herzfrequenz effektiv unterstützen. In Bezug auf die Schmerztherapie zeigte die Anwendung von Therapeutic Touch und Reiki keine signifikante Verbesserung.

Da die verschiedensten Arten von Schmerzen für onkologisch erkrankte PatientInnen ein belastendes Ereignis darstellen, wird empfohlen verblindete Studien mit adäquater Stichprobengröße, über die Wirksamkeit von Therapeutic Touch und Reiki durchzuführen, um es in Zukunft als unterstützende Maßnahme im onkologischen Setting anbieten zu können.

6 Literaturverzeichnis

- AGHABATI, N., MOHAMMADI, E. & POUR ESMAIEL, Z. 2010. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*, 7, 375-81.
- ALT-EPPING, B., FUXIUS, S. & WEDDING, U. 2017. *Onkologie*, Urban & Fischer.
- BÄUMER, R. & MAIWALD, A. 2008. *Onkologische Pflege*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- BERENSON, S. 2007. Management of cancer pain with complementary therapies. *Oncology (Williston Park)*, 21, 10-22; discussion 22.
- BIROCCO, N., GUILLAME, C., STORTO, S., RITORTO, G., CATINO, C., GIR, N., BALESTRA, L., TEALDI, G., ORECCHIA, C., VITO, G. D., GIARETTO, L., DONADIO, M., BERTETTO, O., SCHENA, M. & CIUFFREDA, L. 2012. The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *Am J Hosp Palliat Care*, 29, 290-4.
- DANHAUER, S. C., TOOZE, J. A., HOLDER, P., MILLER, C. & JESSE, M. T. 2008. Healing touch as a supportive intervention for adult acute leukemia patients: a pilot investigation of effects on distress and symptoms. *J Soc Integr Oncol*, 6, 89-97.
- DEMIR, M., CAN, G. & CELEK, E. 2013. Effect of Reiki on symptom management in oncology. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14, 4931-3.
- DEMIR, M., CAN, G., KELAM, A. & AYDINER, A. 2015. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16, 4859-62.
- FEICHTNER, A. 2014. *Lehrbuch der Palliativpflege*, Wien, Facultas Verlag
- HONG, Q., PLUYE, P., FÄBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAI, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A. & ROUSSEAU, M.-C. 2018. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*, Industry Canada.
- IASP. 2019. International Association for the study of Pain [Online]. Available: <https://www.iasp-pain.org/> [Accessed 03.12.2019].
- JACKSON, E., KELLEY, M., MCNEIL, P., MEYER, E., SCHLEGEL, L. & EATON, M. 2008. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, 113-120.
- KRIEGER, D. 2012. *Therapeutic Touch - Die Heilkraft unserer Hände*, Bielefeld, Lüchow Verlag.
- LEITOLD, A. 2008. *Ganz einfach: Reiki*, Norderstedt, Books on Demand.
- LÜSCHER-BUFFET, C., KOLLER, A., SCHAEFER, I. & SPICHIGER, E. J. P. 2012. Entscheidungswege von onkologischen Patienten im Umgang mit Schmerzmedikamenten im häuslichen Umfeld: eine qualitative Sekundäranalyse. 25, 353-362.
- MENCHE, N. 2014. *Pflege Heute*, München, Urban & Fischer Verlag/Elsevier.
- OLSON, K., HANSON, J. & MICHAUD, M. 2003. A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 26, 990-7.
- POLIT, D. & BECK, C. T. 2016. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- POST-WHITE, J., KINNEY, M. E., SAVIK, K., GAU, J. B., WILCOX, C. & LERNER, I. 2003. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther*, 2, 332-44.

- POTTER, P. 2003. What Are the Distinctions Between Reiki and Therapeutic Touch? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7.
- SEIRINGER, M. 2015. *Therapeutic Touch und deren Effektivität im onkologischen Bereich: Eine Literaturanalyse*, Diplomica Verlag.
- SIEGEL, P., DA MOTTA, P. M., DA SILVA, L. G., STEPHAN, C., LIMA, C. S. & DE BARROS, N. F. 2016. Reiki for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in a Brazilian Hospital: A Pilot Study. *Holist Nurs Pract*, 30, 174-82.
- STATISTIK-AUSTRIA. 2019. *Krebserkrankungen* [Online]. Available: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/index.html [Accessed 03.12.2019].
- TABATABAEE, A., TAFRESHI, M. Z., RASSOULI, M., ALEDAVOOD, S. A., ALAVIMAJD, H. & FARAHMAND, S. K. 2016. EFFECT OF THERAPEUTIC TOUCH ON PAIN RELATED PARAMETERS IN PATIENTS WITH CANCER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Mater Sociomed*, 28, 220-3.
- TAUCHERT, S., FRIEDRICH, M., FELDERBAUM, R. & DIEDRICH, K. 2015. *Manual Gynäkologische Onkologie*, Lübeck, Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- WEBER, R. 2017. *Reiki - Ein Weg sich selbst zu heilen*, Norderstedt, Books on Demand.
- WHO, W. 2019. *Weltgesundheitsorganisation* [Online]. Available: <http://www.euro.who.int/de> [Accessed 03.12.2019].
- WONG, J., GHIASUDDIN, A., KIMATA, C., PATELESIO, B. & SIU, A. 2013. The impact of healing touch on pediatric oncology patients. *Integr Cancer Ther*, 12, 25-30.
- ZERNIKOW, B., SCHIESSL, C., WAMSLER, C., JANßEN, G., GRIEBINGER, N., FENGLER, R. & NAUCK, R. 2006. Praktische Schmerztherapie in der pädiatrischen Onkologie. *Der Schmerz*, 20, 24-39.
- ZUCCHETTI, G., CANDELA, F., BOTTIGELLI, C., CAMPIONE, G., PARRINELLO, A., PIU, P., VASSALLO, E. & FAGIOLI, F. 2019. The Power of Reiki: Feasibility and Efficacy of Reducing Pain in Children With Cancer Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *J Pediatr Oncol Nurs*, 36, 361-368.