

**Bachelorarbeit**

**Kommunikationsstrategien in der  
Pflege und Betreuung von  
Menschen in der letzten  
Lebensphase**

eingereicht von

**Haindl Lisa Christina**

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

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

**Dr.<sup>in</sup> Großschädl Franziska, BSc MSc**

Graz, am 13. März 2018

## **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.

13. März 2018

HAINDL Lisa Christina, eh“

# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| Eidesstattliche Erklärung .....   | I  |
| Inhalt .....  | II |
| Abbildungen .....   | IV |
| Tabellen .....  | IV |
| Zusammenfassung .....   | V  |
| Abstract .....  | VI |
| 1  Einleitung .....   | 1  |
| 1.1  Palliative Care .....  | 1  |
| 1.2  Die fünf Sterbephasen nach Kübler-Ross .....                                     | 3  |
| 1.3  Grundlagen der Kommunikation .....   | 4  |
| 1.4  Kommunikation in der Begleitung von Sterbenden .....                             | 8  |
| 1.5  Forschungslücke .....  | 10 |
| 1.6  Forschungsziel und Forschungsfrage .....   | 10 |
| 2  Material und Methoden .....  | 11 |
| 2.1  Design .....   | 11 |
| 2.2  Ein- und Ausschlusskriterien .....   | 11 |
| 2.3  Suchstrategie .....  | 11 |
| 2.4  Prozess und Auswahl der Studien .....  | 13 |
| 2.5  Flowchart – Flussdiagramm .....  | 14 |
| 3  Ergebnisse und Resultate .....   | 15 |
| 3.1  Beeinflussende Faktoren der Symbolsprache .....                                  | 18 |
| 3.1.1  Vielfalt der Metaphern .....   | 18 |
| 3.1.2  Metaphern verbessern die Kommunikation und das Verständnis .....               | 21 |
| 3.1.3  Metaphern ermöglichen die Verbalisierung von sensiblen Themen .....            | 22 |
| 3.1.4  Vorteile von Metaphern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten ..... | 23 |
| 3.2  Kommunikationsmodell – SAGE & THYME .....  | 23 |
| 3.2.1  Der dreistündige Workshop .....  | 27 |
| 3.2.2  Auswirkungen der Verwendung von SAGE & THYME .....                             | 28 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 4   | Diskussion und Ausblick .....                           | 31  |
| 4.1 | Herausforderungen der Verwendung von SAGE & THYME ..... | 32  |
| 4.2 | Limitationen und Stärken .....                          | 33  |
| 4.3 | Empfehlungen für die Praxis .....                       | 34  |
| 4.4 | Empfehlungen für die Forschung .....                    | 35  |
| 5   | Schlussfolgerung .....                                  | 36  |
|     | Literatur .....   | 37  |
|     | Anhang .....  | VII |
|     | Bewertung der Studie von Connolly et al. 2010 .....     | VII |
|     | Bewertung der Studie von Connolly et al. 2014 .....     | X   |
|     | Bewertung der Studie von Griffiths et al. 2015.....     | XII |
|     | Bewertung der Studie von Southall 2015.....             | XIV |

## **Abbildungen**

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Die vier Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun (1981) ..... | 7  |
| Abbildung 2: Flowchart zur Literaturrecherche .....                            | 14 |

## **Tabellen**

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Suchstrategie in der Datenbank "PubMed" .....             | 12 |
| Tabelle 2: Suchstrategie in der Datenbank "CINAHL" .....             | 12 |
| Tabelle 3: Suchstrategie in der Datenbank "ISI Web of Science" ..... | 12 |
| Tabelle 4: Übersicht der inkludierten Studien .....                  | 16 |
| Tabelle 5: SAGE & THYME Kommunikationsmodell .....                   | 24 |

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Der Prozess des Sterbens und der Tod sind von Mensch zu Mensch verschieden, so ist auch die Kommunikation mit Menschen in der letzten Lebensphase individuell. Es ist nicht möglich pauschal zu sagen, wie in speziellen Situationen gehandelt oder kommuniziert werden soll, daher sollte die Kommunikation immer an die Situation angepasst sein. Bislang gibt es nur wenige Literaturreviews, die den Einfluss und Effekt von der Verwendung von Kommunikationsstrategien und der Symbolsprache am Lebensende analysieren und zusammenfassen.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, inwiefern die Verwendung von Kommunikationsstrategien und der Symbolsprache, die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase beeinflusst.

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Gesucht wurde in drei internationalen wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, CINAHL, ISI Web of Science) mithilfe ausgewählter Schlüsselwörter. Die recherchierten Studien wurden mittels Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) kritisch bewertet.

**Ergebnisse:** Die Symbolsprache beziehungsweise die Verwendung von Metaphern beeinflussen den Umgang mit sterbenden Menschen positiv, indem sie die Kommunikation und das Verständnis verbessern, die Verbalisierung von sensiblen Themen ermöglichen und Vorteile für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bringen. Die Verwendung des Kommunikationsmodells SAGE & THYME bringt ebenfalls Vorteile für die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase. Durch SAGE & THYME wird den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben eigene Lösungsansätze zu finden und das Wissen des Pflegepersonals über Kommunikationsfähigkeiten erhöht sich.

**Schlussfolgerung:** Zusammengefasst zeigt sich, dass eine effektive Kommunikation, die Symbolsprache und die Verwendung von Kommunikationsstrategien die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase positiv beeinflusst. Im Hinblick auf die Symbolsprache gibt es kaum aktuelle wissenschaftliche Literatur, wobei es wichtig wäre, diese Thematik weiter zu erforschen, da sterbende Menschen oft nicht in der Lage sind ihre Ängste und Sorgen anderweitig auszudrücken.

## **Abstract**

**Introduction:** The process of dying and the death itself are different from human to human, so the communication between people at the end of life is individual, too. It is not possible to say, how to act or to communicate in specific situations. In this case, the communication should be adapted to certain situations. So far, there is only a limited amount of literature reviews, which analyses the influence and the effect of communication strategies and the symbolic speech at the end of life.

**Aim:** The aim of this thesis is, to figure out, how the use of communication strategies and the symbolic speech influences the care and support of people at the end of life.

**Method:** To answer the research question, a literature review was conducted. It was evaluated in three international scientific databases (PubMed, CINAHL, ISI Web of Science) with selected keywords. The studies were critically evaluated with the score sheet from Hawker et al. (2002).

**Results:** The symbolic speech, respectively the use of metaphors influences the handling of dying people positive by improving the communication and the understanding, facilitating the verbalisation of delicate topics and giving advantages to the care of patients. The use of the communication model SAGE & THYME gives advantages for the care and support of people at the end of life, too. Because of SAGE & THYME patients are able to find own solutions and the know-how of nursing staff about communication skills increases.

**Conclusion:** In summary, it shows that an effective communication, the symbolic speech and the use of communication strategies influences the care and support of people at the end of life positively. In terms of the symbolic speech there is hardly any current scientific literature, which shows the necessity to continue the research of this topic, because dying people are often unable to express their fears and worries.

# 1 Einleitung

Der Mensch hat sich schon immer mit dem Thema Tod auseinandergesetzt. Ob zu Zeiten des Homo sapiens, der Ägypter oder im Mittelalter. Die Menschen gingen offen mit den Themen Tod und Sterben um. Ab dem 19. Jahrhundert veränderte sich die Einstellung zu diesen Themen. Sterbende wurden aufgrund ihres Leidens, Schreiens und der häufig übelriechenden Gerüche als unerträglich empfunden. (Feichtner 2014).

Auch heute noch wird das Thema Tod tabuisiert. Der Tod wird in der heutigen Leistungsgesellschaft wenig thematisiert und rückt in den Hintergrund, was auch deutlich an der Institutionalisierung des Sterbens zu erkennen ist. Das Sterben geschieht heute in etwa zwei Dritteln in Institutionen wie Pflegeheimen und Krankenhäusern. Sterben wird in der Medizin häufig als Niederlage und nicht als natürlicher Prozess betrachtet (Feichtner 2014).

Die Hospizidee soll dem Ausgrenzen des Todes entgegenwirken. Begründet und geprägt wurde die heute weltweit bekannte Hospizbewegung von der Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders (England) und der Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (Schweiz). Sie erkannten die besonderen Bedürfnisse Sterbender und beschäftigten sich mit deren Begleitung (Feichtner 2014).

In der heutigen Zeit ist die Hospizbewegung in vielen Settings vertreten, wie etwa im Akutbereich, im Langzeitbereich, aber auch im Familienbereich beziehungsweise Zuhause. Hierbei stehen je nach Bedarf der Betroffenen unterschiedliche Angebote zur Verfügung: die Grundversorgung, unterstützende Angebote oder betreuende Angebote.

Als Überbegriff steht die Palliative Care, mit den Teildisziplinen Palliativpflege und Palliativmedizin, deren Hauptziel es ist, die Lebensqualität schwer kranker und sterbender Menschen zu erhalten (Feichtner 2014).

## 1.1 Palliative Care

Die wohl bekannteste Definition der Palliative Care ist jene der WHO (2002), welche Palliative Care folgendermaßen beschreibt und definiert:

*“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” (WHO 2017)*

### **Deutsche Übersetzung der Definition nach WHO 2002:**

*„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (nach der Übersetzung des Palliativ Portals 2017)*

Palliative Care ist der internationale Fachausdruck. Als deutsche Übertragungen werden die Begriffe Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet (Palliativ Portal 2017).

Wenn deutlich wird, dass die Heilung einer Krankheit nicht mehr das Behandlungsziel sein kann, setzt die Palliativ Care ein. Sie startet bereits bei der Diagnosestellung, denn das Sterben ist ein Prozess, wobei in der Literatur verschiedene Stadien des Sterbens beschrieben sind, wie zum Beispiel die vier Phasen nach Nauck, die vier Phasen nach Jonen-Thielemann oder die drei Stadien im Sterbeprozess von Renz (Feichtner 2014).

Das wohl bekannteste Modell ist das *Sterbephasenmodell* nach Kübler-Ross, welches weniger die einzelnen Sterbephasen beschreibt, sondern mehr auf die psychischen Vorgänge im Zusammenhang auf den bevorstehenden Tod eingeht. Dieses Modell wird nachstehend beschrieben.

## **1.2 Die fünf Sterbephasen nach Kübler-Ross**

Das *Fünf-Phasen-Modell* verläuft bei jeder oder jedem Betroffenen individuell. Die Phasen können mehrmals durchlebt werden oder einzelne Phasen können wegfallen. Ebenso die Dauer der Phasen kann variieren. Der Prozess kann über Jahre gehen, aber auch innerhalb von Minuten geschehen (Feichtner 2014).

### **Phase 1: Nicht-wahrhaben-Wollen**

In dieser Phase können Betroffene es nicht glauben, dass die Diagnosestellung wahr ist. Sie reagieren mit Verdrängungsreaktionen und denken sogar an eine Verwechslung ihrer Untersuchungsergebnisse oder an das Bestehen einer Fehldiagnose. In dieser Phase ist es für die Pflege von großer Wichtigkeit Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und vor allem die Reaktion der Betroffenen zu akzeptieren (Feichtner 2014, Kübler-Ross 2008).

### **Phase 2: Zorn**

In dieser Phase hat die Patientin oder der Patient die tödliche Krankheit als solche wahrgenommen. Die Betroffenen reagieren oft mit Wut und Zorn. Sie hinterfragen, warum es genau sie getroffen hat. Sie ärgern sich darüber, dass sie keine Pläne mehr machen können und entwickeln Neid gegenüber jene, die ihr Leben weiterleben dürfen. Hierbei kann die Aggression gegen den Betroffenen selbst, aber auch gegen die Umwelt gerichtet sein. Patientinnen und Patienten äußern zum Beispiel Unzufriedenheit über Pflegepersonen, Angehörige oder die Betreuung. Für die Pflege kann das eine belastende Situation darstellen. Dabei ist es wichtig sachlich und professionell zu bleiben. Negative Emotionen dürfen nicht persönlich genommen werden und es sollte versucht werden sich in die Situation der oder des Betroffenen zu versetzen und ihr oder ihm die Möglichkeit zu geben die Gefühle ausdrücken zu dürfen (Feichtner 2014, Kübler-Ross 2008).

### **Phase 3: Verhandeln**

In diesem Stadium des Sterbeprozesses versuchen Patientinnen und Patienten mehr Zeit zu gewinnen. Sie verhandeln mit sich selbst, mit Ärztinnen und Ärzten und oft auch mit Gott. Sie versprechen Verordnungen einzuhalten und bitten um weitere Therapiemöglichkeiten. In dieser Phase ist es wichtig den Patientinnen und

Patienten aktiv zuzuhören und unrealistische Hoffnungen nicht zu nehmen, aber sie auch nicht zu fördern (Feichtner 2014, Kübler-Ross 2008).

#### **Phase 4: Depression**

Weiteres Leugnen oder Verhandeln ist in dieser Phase nicht mehr möglich. Betroffene schließen innerlich mit ihren Träumen, Plänen und Zielen ab und nehmen Abschied. Dieser Prozess des Abschiednehmens führt häufig zu einer tiefen Traurigkeit und kann zu einem innerlichen Rückzug der Patientinnen und Patienten führen (Feichtner 2014, Kübler-Ross 2008).

#### **Phase 5: Zustimmung**

In der letzten Phase des Sterbeprozesses kann der bevorstehende Tod von den Patientinnen und Patienten akzeptiert werden. Sie haben ein gesteigertes Bedürfnis nach Ruhe und Schlaf. Die Kommunikation mit ihrer Umwelt ist hier nur noch beschränkt möglich und reduziert sich meist auf Gesten oder wenige Worte (Feichtner 2014, Kübler-Ross 2008).

Durch kommunizieren und aufmerksames beobachten, kann erkannt werden, in welcher Sterbephase sich die Patientin oder der Patient befindet (Feichtner 2014, Kübler-Ross 2008).

Daraus lässt sich schließen, dass die Kommunikation in der Pflege und Betreuung von Menschen das Hauptwerkzeug ist. Eine gute Kommunikation ist die Grundvoraussetzung für die Qualität des Betreuungsprozesses und der Pflegebeziehung. Auch die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, sowie die deren Angehöriger hängt zu einem Großteil von einer guten Kommunikation ab (Feichtner 2014).

### **1.3 Grundlagen der Kommunikation**

Kommunikation kommt vom lateinischen Begriff *communicatio* (Mitteilung) und *communicare* (mitteilen, miteinander machen). Kommunikation ist der Austausch von Informationen, welcher immer zwischen zwei oder mehr Menschen stattfindet. Sie dient der Aufnahme und Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen (Feichtner 2014, Hausmann 2014).

Zum einen kann die Kommunikation verbal, also über die Sprache, und zum anderen nonverbal, also über körpersprachliche Signale erfolgen. Die Körpersprache umfasst die Körperhaltung, Bewegungen, Gesten, Mimik, Blickrichtung und Körperkontakt. Die Kommunikation wird überwiegend von nonverbalen Signalen bestimmt und verrät indirekt einiges über das Gegenüber. Hierbei sollten das Gesagte, der Sachinhalt und das nonverbale Verhalten kongruent, also denkungsgleich und stimmig sein (Feichtner 2014).

### **Fünf Grundsätze (Axiome) der Kommunikation nach Paul Watzlawick**

Erster Grundsatz: *Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren.*

Bei jeder Begegnung zwischen Personen findet Kommunikation statt. Menschen kommunizieren ununterbrochen, aber nicht nur durch die Sprache. Zu beachten ist hier vor allem die nonverbale Kommunikation (Feichtner 2014, Rogall-Adam et al. 2011).

Zweiter Grundsatz: *Jede Nachricht hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt.*

In einer Nachricht wird nicht nur die sachliche Information vermittelt, sondern auch die Beziehung zu der Person mit welcher kommuniziert wird (Feichtner 2014, Rogall-Adam et al. 2011).

Dritter Grundsatz: *Die Interpunktion der Ereignisfolgen bestimmt die Beziehung.*

Unter *Interpunktion* wird die Einteilung des Gesprächsablaufs in Bezug der eigenen Interessen verstanden. Jeder Mensch bringt ihre oder seine eigenen Interessen in die Kommunikation ein. Wenn diese *Interpunktion* bei den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern gleichläufig ist, ist die Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation gut. Meistens jedoch ist die Interessenlage zwischen Kommunikationspartnerinnen und Kommunikationspartnern unterschiedlich, was häufig zu Missverständnissen und einem Beziehungskonflikt führen kann (Rogall-Adam et al. 2011).

Vierter Grundsatz: *Menschliche Kommunikation geschieht digital oder analog.*

Gegenstände und Objekte können in der Kommunikation durch zwei unterschiedliche Weisen charakterisiert werden. Zum einen analog (zum Beispiel

durch eine Zeichnung), zum anderen digital (zum Beispiel durch einen Namen, welcher sprachlich definiert ist). Es kann über ein Gebäude mit Hilfe eines Namens digital (Wohnhaus, Schule, Fabrik) oder durch ein Bild (Foto des Gebäudes) analog kommuniziert werden. Die digitale Weise eignet sich für Gegenstände und Sachverhalte und liegt auf der begrifflich-logischen Ebene, analoge hingegen eignen sich eher für die Kommunikation auf der Beziehungsebene (Rogall-Adam et al. 2011).

Fünfter Grundsatz: *Zwischenmenschliche Kommunikation verläuft entweder symmetrisch oder komplementär.*

Bei der symmetrischen Kommunikation geht es um zwei Menschen, die auf gleicher Ebene miteinander kommunizieren (zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter sprechen miteinander). Bei der komplementären Kommunikation haben die Kommunikationspartnerinnen oder Kommunikationspartner unterschiedliche Positionen zueinander (Pflegedienstleitung und Pflegekraft sprechen miteinander) (Rogall-Adam et al. 2011).

### **Das Quadrat der Nachrichten nach Schulz von Thun**

Schulz von Thun hat den zweiten Grundsatz (*Jede Nachricht hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt*) von Watzlawick erweitert und ergänzt.

Er beschreibt, dass jede Nachricht folgendes enthält:

einen sachlichen Inhalt: die sachliche Information einer Mitteilung.

eine Selbstoffenbarung: die Nachricht enthält Informationen über die Sprecherin oder den Sprecher selbst.

eine Beziehungsebene: zeigt in welcher Beziehung die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zueinander stehen.

einen Appell: gibt Information über die Absicht der Sprecherin oder des Sprechers (Feichtner 2014, Rogall-Adam et al. 2011, Schulz von Thun 1981).

Die folgende Abbildung veranschaulicht das Quadrat der Nachrichten beziehungsweise die vier Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun. Sie zeigt den Sender und den Empfänger. Dazwischen steht die Nachricht mit ihren vier Seiten: Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell.

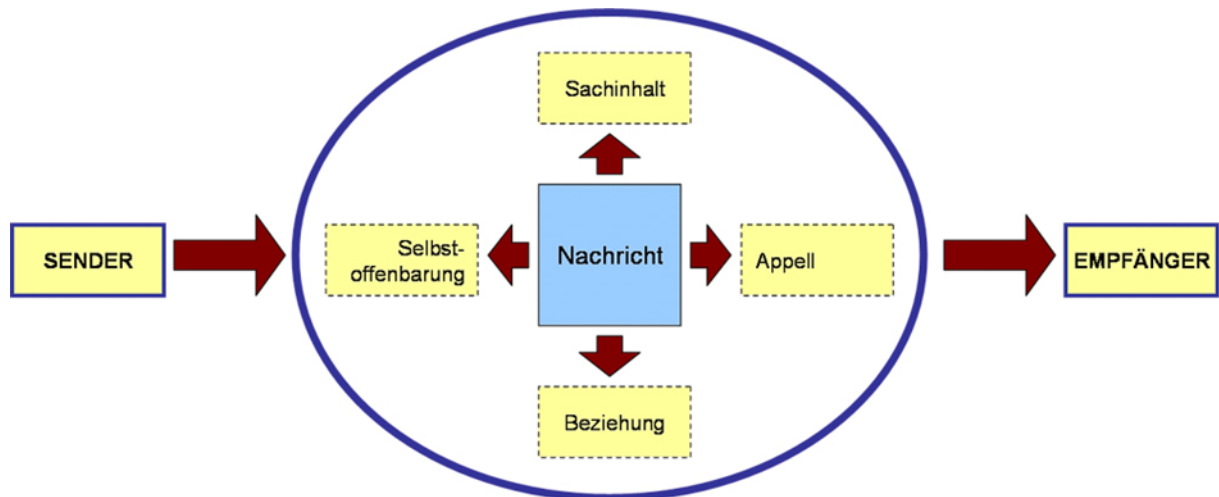


Abbildung 1: Die vier Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun (1981)

<http://dieprojektmanager.com/die-vier-seiten-einer-nachricht/> (29.11.2017)

Nicht nur Nachrichten enthalten vier Seiten, sondern auch die Empfängerin oder der Empfänger kann Aussagen mit den vier **Empfangsohren** hören und aufnehmen.

Sachohr: der Sachinhalt der Nachricht wird gehört und aufgenommen

Selbstoffenbarungsohr: es wird versucht Gefühle und Motive des Gegenübers herauszufinden, um zu verstehen was in der anderen Person vorgeht.

Beziehungsohr: Dieses Ohr nimmt wahr, wie die Beziehung zwischen den Kommunikationspartnerinnen und Kommunikationspartnern ist, also wie sie zueinander stehen.

Appellohr: Die Aufforderung einer Nachricht wird herausgelöst. Hier wird herausgehört, wie das Gegenüber sich verhalten oder fühlen soll beziehungsweise was von ihr oder ihm erwartet wird (Feichtner 2014, Rogall-Adam et al. 2011).

Hier wird deutlich, dass in der Kommunikation nicht nur das Übermitteln von Nachrichten und Informationen wichtig ist, sondern auch das Aufnehmen dieser Nachrichten und Informationen, also das Zuhören.

### **Aktives Zuhören**

In der Arbeit mit Menschen, vor allem mit (tod-) kranken Menschen ist das aktive Zuhören jener Teil der Kommunikation, welcher bei Problemsituationen am häufigsten eingesetzt wird (Feichtner 2014).

Hierbei wird der Gesprächspartnerin oder dem Gesprächspartner nonverbal Interesse durch Blickkontakt, Nicken und einer zugewandten Körperhaltung vermittelt.

Weitere **Techniken** des aktiven Zuhörens sind:

Paraphrasieren:

Das Gesprochene wird sinngemäß mit eigenen Worten wiederholt, um festzulegen, ob der Inhalt richtig verstanden wurde. Durch die erneute Wiedergabe des Gesprochenen hört das Gegenüber eigene Aussagen aus dem Mund einer anderen Person. Das kann die Sichtweise auf das Gesprochene ändern. Unter anderem werden Verständnis, Wertschätzung und Nähe vermittelt.

Verbalisieren

Es wird versucht, die nonverbal übermittelten Gefühle des Gegenübers, verbal in Sprache auszudrücken. Menschlichkeit und Einfühlungsvermögen können dadurch gesteigert werden (Feichtner 2014).

Besonders wichtig werden diese Grundsätze und Modelle der Kommunikation im Umgang mit Sterbenden.

## **1.4 Kommunikation in der Begleitung von Sterbenden**

Sterbende haben eine veränderte Wahrnehmung. Menschen die dem Tod nahe sind reagieren sehr sensibel auf Gerüche. In den meisten Fällen ist die Reaktion eine negative. Parfums, Duftstoffe oder Gerüche von Speisen können Übelkeit verursachen. Visuelles wie zum Beispiel Farben werden ebenfalls intensiver wahrgenommen. Das Wärme-Kälte-Gefühl ist gleichfalls verändert. Häufig sehnen sich sterbende Personen nach Wärme und äußern ein Kältegefühl (Wingchen 2006).

Die Orientierung ändert sich ebenso. Auch wenn einige Menschen in der letzten Lebensphase bis zum Ende noch orientiert und wach bleiben, verlieren manch andere das Gefühl für Zeit und Raum. Das Konzentrationsvermögen nimmt ab, Patientinnen und Patienten wirken müde und schläfrig oder befinden sich in einem ohnmachtsähnlichen Zustand (Wingchen 2006).

Der Prozess des Sterbens und der Tod sind von Mensch zu Mensch verschieden, so ist auch die Kommunikation mit Menschen in der letzten Lebensphase individuell. Es ist nicht möglich pauschal zu sagen, wie in speziellen Situationen gehandelt oder kommuniziert werden soll, daher sollte die Kommunikation immer an die Situation angepasst sein (Wingchen 2006).

### **Die Symbolsprache Sterbender**

Die Angst vor dem Sterben kann Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen betreffen. In diesem Fall versuchen die Betroffenen ihre Ängste vor dem Sterben über eine *geheime Sprache* zu vermitteln (Kübler-Ross 2008).

Das Sprechen durch Metaphern, Andeutungen, Bildern, Märchen, Symbole, Gleichnisse und Mythen bietet den Patientinnen und Patienten mehr Möglichkeiten sich indirekt auszudrücken (Feichtner 2014).

Aristoteles (1457) definiert den Begriff Metapher als *die Anwendung eines fremden Namens durch Übertragung*. Ricoeur (1981) verwendet dies um zu behaupten, dass Metaphern grundlegend für den menschlichen Ausdruck sind. Sie enthüllen, offenbaren und transformieren die Vergangenheit und schaffen neue Realitäten. Sie seien unübersetzbare und vollständige Ausdrücke in sich selbst. Des Weiteren seien sie polyvalent, also flexibel und vermitteln einen Mehrwert der Bedeutung (Southall 2015).

Häufig wird von Reisen gesprochen, dass das Auto neue Reifen benötige oder dass die Koffer gepackt sind. Sie seien bereit für die Abreise, sie wollen zum Bahnhof oder zum Flughafen. Oft wird der eigene Körper mit einem Haus verglichen, welches zusammenbricht oder sich auflöst und dass eine Renovierung notwendig wäre.

Das Heraushören dieser verschlüsselten Nachrichten beziehungsweise dieser individuellen Symbolik verlangt von der ZuhörerIn oder dem Zuhörer viel Sensibilität und Einfühlungsvermögen, was vor allem für das Pflegepersonal oft eine große Herausforderung darstellt (Wingchen 2006).

## **1.5 Forschungslücke**

Häufig ist es so, dass diese Menschen nicht verstanden werden, da die Symbolsprache Sterbender und die spezielle Kommunikation mit Menschen in der letzten Lebensphase nicht ausreichend gelehrt werden (Kübler-Ross 2008).

Sterbenden Menschen soll die Möglichkeit gegeben werden ihre Sorgen, Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken zu können und vom Pflegepersonal verstanden zu werden, um somit eine bestmögliche Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Es soll aufgezeigt werden, wie wichtig die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und dem Pflegepersonal ist und wie Kommunikationsmodelle optimal eingesetzt werden können. Bislang gibt es nur wenige Literaturreviews, die den Einfluss und Effekt von der Verwendung von Kommunikationsstrategien und der Symbolsprache analysieren und zusammenfassen. Daraus ergeben sich das folgende Forschungsziel und die anschließende Forschungsfrage.

## **1.6 Forschungsziel und Forschungsfrage**

Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, inwiefern die Verwendung von Kommunikationsstrategien und der Symbolsprache, die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase beeinflusst.

Folgende Forschungsfrage wurde aufgestellt: Inwiefern beeinflussen Kommunikationsstrategien und die Symbolsprache, die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase?

## **2 Material und Methoden**

Der folgende Methodenteil beschreibt, inwiefern die Fragestellung beantwortet und das Forschungsziel erreicht werden soll. Er gibt Aufschluss über das Design dieser Bachelorarbeit, über die Literatursuche und die Auswahl der inkludierten Studien.

### **2.1 Design**

Als Basis dieser Bachelorarbeit wurde ein Literaturreview herangezogen. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung von Forschungsergebnissen eines spezifischen Themas. Ziel eines Literaturreviews ist es, den aktuellen Wissensstand einer Themenstellung zu ermitteln, zusammenzufassen und zu evaluieren (Polit & Beck 2012).

### **2.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Einschlusskriterien waren, dass sich die Studien mit den Themen *Sterben*, *Palliative Care* und/oder *End-of-Life Care* und *Kommunikation* auseinandersetzten. Menschen mit demenziellen Erkrankungen wurden ausgeschlossen, da für diese Personengruppe in der Literatur eigene Formen der Kommunikation beschrieben sind (zum Beispiel Validation). Des Weiteren wurden Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen ausgeschlossen, denn das Ziel auf Intensivstationen ist es, das Leben der Patientinnen und Patienten zu erhalten und durch die oft tiefe Sedierung der Patientinnen und Patienten ist es in vielen Fällen nicht möglich mit ihnen auf die gewünschte Weise zu kommunizieren.

Folgende Limitationen wurden bei der Literatursuche in internationalen Datenbanken gesetzt: „nicht älter als zehn Jahre (2007-2017)“, „Sprache – Englisch und Deutsch“.

### **2.3 Suchstrategie**

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum von Anfang Oktober 2017 bis Ende November 2017. Zu Beginn der Arbeit erfolgte ein allgemeines Einlesen in die Thematik.

Gesucht wurde in den drei internationalen wissenschaftlichen Datenbanken *PubMed*, *CINAHL* und *ISI Web of Science*. Verwendet wurden ausschließlich

englische Schlüsselwörter, welche mit MeSh-Terms und Trunkierungen kombiniert und mit Booleschen-Operatoren (AND, OR, NOT) verknüpft wurden.

Die folgenden Tabellen geben eine genaue Übersicht der Verwendung der genannten Keywords und der Trefferanzahl.

## PubMed

*Tabelle 1: Suchstrategie in der Datenbank "PubMed"*

|  |            |
|--|------------|
| ((communication*[Title]) AND palliativ*[Title/Abstract]) AND nurs*[Title/Abstract] NOT intensiv* NOT dementia* | 49 Treffer |
| "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] AND "Communication"[Mesh] NOT intensiv* NOT dementia*              | 59 Treffer |

## CINAHL

*Tabelle 2: Suchstrategie in der Datenbank "CINAHL"*

|  |            |
|--|------------|
| TI communication* AND palliativ* AND nurs* NOT intensiv* NOT dementia* | 90 Treffer |
|--|------------|

## ISI Web of Science

*Tabelle 3: Suchstrategie in der Datenbank "ISI Web of Science"*

|  |             |
|--|-------------|
| TITLE: (communication*) AND TOPIC: (palliativ*) AND TOPIC: (nurs*) NOT TOPIC: (intensiv*) NOT TOPIC: (dementia*) | 142 Treffer |
| TITLE: (communication*) AND TITLE: (palliativ*) AND TOPIC: (nurs*)   | 36 Treffer  |

## Handsuche

Des Weiteren wurde Literatur mittels Handsuche gesucht, wie etwa auf der Internetseite *Google Scholar* und in der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz. Hierbei wurden dieselben Limitationen wie auch bei der Literatursuche in den internationalen Datenbanken verwendet („nicht älter als zehn Jahre (2007-2017)“, „Sprache – Englisch und Deutsch“).

In *Google Scholar* wurden die ersten drei Seiten nach relevanter Literatur durchsucht, wobei viele davon Duplikate der Ergebnisse der Datenbanksuche waren. Desweiteren wurde in den Referenzlisten der bereits gefundenen Studien gesucht.

## **2.4 Prozess und Auswahl der Studien**

Nach Zusammenfassen aller Treffer der Literatursuche in den drei internationalen Datenbanken und der Handsuche (n = 376) wurde ein Titel-Screening durchgeführt. Hierbei wurden aufgrund des Titels Studien und Artikel ein- beziehungsweise ausgeschlossen. Studien, welche bereits im Titel die Begriffe *Demenz* und/oder *Intensivstation* angeführt hatten, wurden sofort ausgeschlossen.

Mit den verbleibenden 83 Studien wurde ein Duplikat-Screening durchgeführt. Das bedeutet, dass doppelte Studien ausgeschlossen wurden, und jede Studie nur einmal angeführt wird. 24 Studien wurden in diesem Zuge ausgeschlossen (n = 59). Anschließend wurden diese verbleibenden 59 Studien einem Abstract-Screening unterzogen. Beim Abstract-Screening kann ermittelt werden, ob der Inhalt der Studie passend für die eigene Forschung ist, das heißt, ob die Einschlusskriterien Großteils erfüllt werden, ohne den Volltext lesen zu müssen. Somit wurden 32 Studien ausgeschlossen (n =27).

Bei den verbleibenden 27 Studien wurde ein Volltext-Screening durchgeführt, um die Studien genauer zu analysieren, wobei wiederum 15 Studien ausgeschlossen wurden (n = 12).

Durch diese Screenings wurde die Gesamtzahl von 376 Studien auf einen Bruchteil von zwölf Studien reduziert, welche im Anschluss mithilfe des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002) kritisch bewertet wurden, um eine gute Qualität der Studien zu sichern. Der Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) besteht aus neun Abschnitten: Abstract and title, Introduction and aims, Method and data, Sampling, Data analysis, Ethics and bias, Results, Transferability or generalizability, Implications and usefulness. Diese Abschnitte können mittels Punktevergabe (Good = 4, Fair = 3, Poor = 2, Very Poor = 1) bewertet werden. Die bewerteten Studien sind im Anhang ersichtlich.

## 2.5 Flowchart – Flussdiagramm

Im folgenden Flowchart (Flussdiagramm) werden der Prozess der Literaturrecherche und die Auswahl der Studien veranschaulicht.

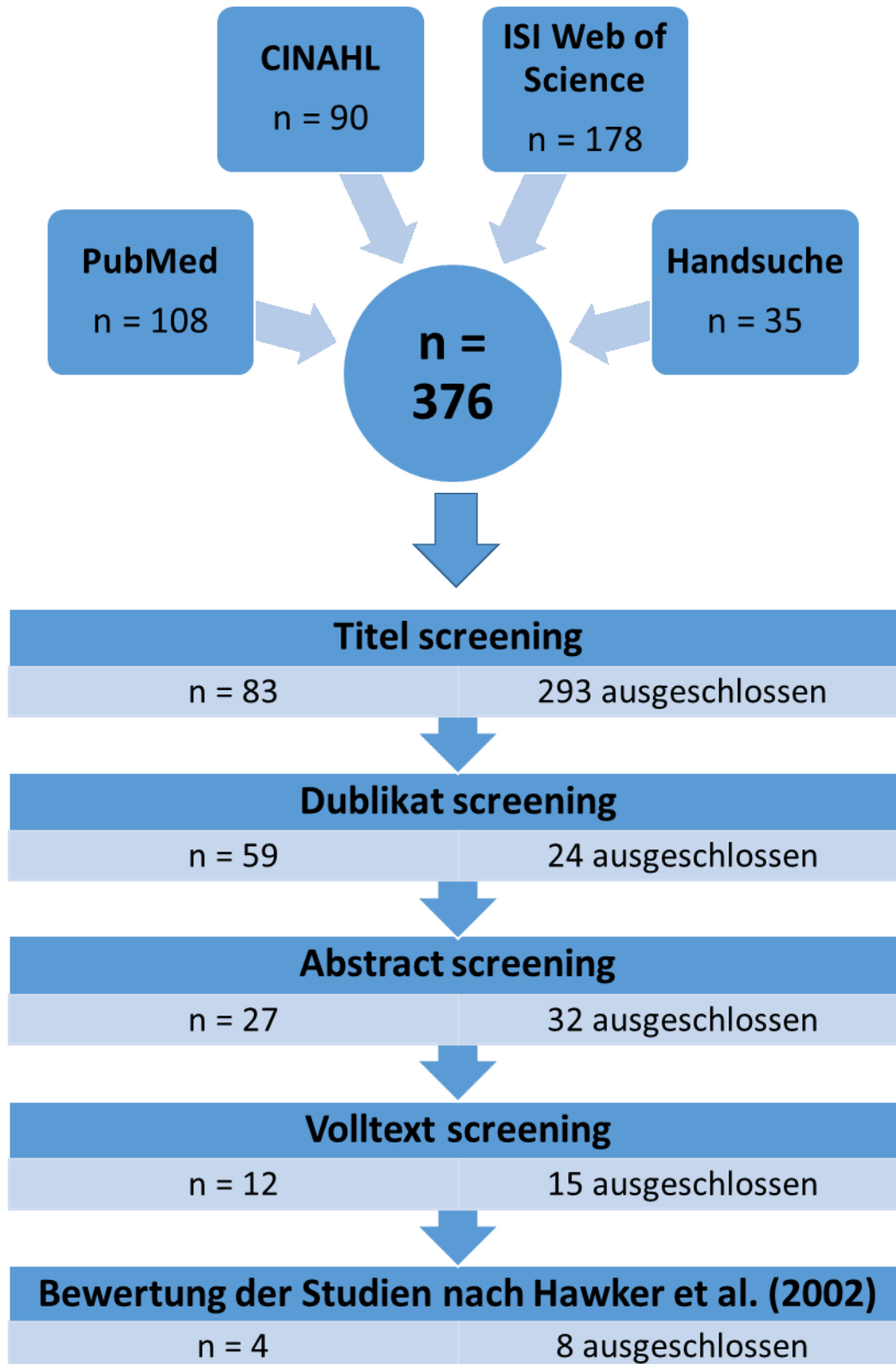


Abbildung 2: Flowchart zur Literaturrecherche

### **3 Ergebnisse und Resultate**

Nach den Bewertungskriterien nach Hawker et al. (2002) und der Analyse der Ergebnisse der bewerteten Studien wurden vier Studien in diese Arbeit inkludiert. Im folgenden Ergebnisteil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der vier inkludierten Studien im Hinblick auf das Forschungsziel zusammengefasst und dargestellt. Alle vier Studien stammen aus dem Vereinigten Königreich. Zwei Studien haben ein Mixed-Methods Design, eine Studie ist als Interventionsstudie aufgebaut und bei einer Studie handelt es sich um ein Literaturreview. Die Publikationsjahre der ausgewählten Studien umfassen einen Zeitraum von 2010 bis 2015. In der folgenden Tabelle (Tabelle 4) ist eine Übersicht der inkludierten Studien dargestellt und umfasst die Autorinnen und Autoren, das Publikationsjahr, das Land, das Studienziel, das Studiendesign und die Hauptergebnisse.

Tabelle 4: Übersicht der inkludierten Studien

| Autoren         | Jahr | Land | Ziel  | Studiendesign                            | Hauptergebnisse   |
|-----------------|------|------|---|--|---|
| Connolly et al. | 2010 | UK   | Ein Modell zu entwickeln, um die emotionalen Belange von Patienten oder deren Bezugspersonen anzusprechen; das Modell in einem dreistündigen Workshop zu unterrichten und die Auswirkungen dieses Trainings auf ein breites Spektrum von Gesundheits- und Sozialpflegepersonal zu bewerten. | Interventionsstudie<br><br>(n = 412)     | Eine Analyse von 412 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zeigt, dass die Workshops einen signifikanten positiven Effekt auf das Selbstvertrauen ( $p < .0005$ ), das Selbstwahrnehmungs-vermögen ( $p < .0005$ ) und die Bereitschaft hatten, die emotionalen Anliegen der Patientinnen und Patienten zu untersuchen ( $p < .0005$ ). 95% waren der Meinung, dass der Workshop sehr wahrscheinlich Auswirkungen auf ihre Praxis haben wird.                               |
| Connolly et al. | 2014 | UK   | Ziel dieser Studie war es festzustellen, ob der Workshop zu Faktoren, die Kommunikationsfähigkeiten beeinflussen, positiv ausfiel.  | Mixed-Method Design<br><br>(n = 141 + 9) | Im Zeitraum vor und nach dem Workshop gab es einen signifikanten Anstieg des Wissens ( $p < 0,001$ ), der Selbstwirksamkeit ( $p < 0,001$ ) und der erwarteten Ergebnisse ( $p < 0,001$ ). Die Bewertung des Verhaltens des Experten mit dem simulierten Patienten nahm nach dem Training ebenfalls signifikant zu ( $p = 0,011$ ). Die Motivation, das Training zu nutzen, und die wahrgenommene Nützlichkeit des SAGE & THYME-Modells waren nach dem Workshop hoch. |

|                  |      |    |   |  |   |
|------------------|------|----|---|--|---|
| Griffiths et al. | 2015 | UK | Ziel war es ein evidenzbasiertes Kommunikationsmodell (SAGE & THYME) mit Distriktkrankenschwestern und Distriktkrankenschwestern (UK Districts Nurses, DNs) zu testen, die Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung früh in der Sterbephase besuchen.   | Mixed-Method Design<br><br>(n = 33)        | Das Wissen über Kommunikationsverhalten verbesserte sich und wurde zwei Monate nach dem Training aufrechterhalten. Das Vertrauen in die Kommunikationsfähigkeiten wurde ebenfalls gestärkt. Die Motivation, SAGE & THYME zu benutzen, war hoch und das Modell hätte Zeit gespart. Herausforderungen bei der Verwendung des Modells umfassten die Kontrolle der häuslichen Umgebung und eine Änderung des Kommunikationsstils.   |
| Southall         | 2015 | UK | Diese Literaturübersicht zielt darauf ab, einen bestimmten Modus des Patientenausdrucks zu identifizieren und zu analysieren, nämlich den der Metapher des Sprechens, und stellt Fragen bezüglich der therapeutischen Nützlichkeit von Metaphern bei der Auseinandersetzung mit der oder dem lebensbeschränkten Patientin oder Patienten. | Narratives Literaturreview<br><br>(n = 14) | Dieses Review liefert die theoretischen Grundlagen für die metaphorischen Äußerungen von Patientinnen und Patienten. Es beschreibt auch die Vielfalt der Metaphern, die von Patientinnen und Patienten verwendet werden, und kategorisiert sie in breite Gruppierungen. Die Verwendung einer Metapher verbessert die Kommunikation und das Verständnis, ermöglicht die Verbalisierung von schwierigen und sensiblen Themen und bringt Vorteile für die Patientenversorgung. |

### **3.1 Beeinflussende Faktoren der Symbolsprache**

Southall (2012) beschreibt die Wichtigkeit und den Effekt von der Verwendung von Metaphern. Dieses Literaturreview fasst Aussagen sterbender und totkranker Menschen im Hinblick auf ihre Symbolsprache zusammen und gliedert sie in Kategorien.

Metaphern sind in der alltäglichen Sprache weit verbreitet. Die Metapher wird als Werkzeug der Innovation und der Schöpfung verstanden. Durch die Symbolsprache beziehungsweise Metapher schafft die Patientin oder der Patient ein neues Verständnis ihrer oder seiner Welt in der Gegenwart und damit entsteht ein neuer Wahrnehmungsrahmen hinsichtlich möglicher Lösungen für die Herausforderungen, vor denen sie oder er steht. Metaphern sind eine allgegenwärtige und alltägliche Art zu denken und über die Welt zu sprechen (Southall 2015).

Southall (2015) zeigt auf, dass Metaphern nicht nur Mittel der *poetischen Imagination* sind, sie seien allgegenwärtig im alltäglichen Leben. Nicht nur in der Sprache, sondern auch im Denken und Handeln, was eine Quelle der Kohärenz in unserem Verständnis der Welt ist und uns hilft, etwas Abstraktes (zum Beispiel Liebe) in Bezug auf etwas Konkretes oder Physisches (zum Beispiel Fallen) zu verstehen. Metaphern bieten die einzigen Möglichkeiten, einen Großteil der Welt wahrzunehmen und zu erfahren (Southall 2015).

#### **3.1.1 Vielfalt der Metaphern**

Die folgende Kategorisierung zeigt die von Patientinnen und Patienten am häufigsten verwendeten Metaphern (Southall 2015).

##### **Militärische Metaphern**

Militärische Metaphern beziehen sich auf den wahrgenommenen Kampf, der normalerweise im Körper der Patientin oder des Patienten stattfindet. Die martialische Metapher ist auf eine Krebserkrankung übertragbar: Das ist die Feindin oder der Feind (Krebs), die Kommandantin oder der Kommandant (Ärztin oder Arzt) und die Kämpferin oder der Kämpfer (Patientin oder Patient), Verbündete (das

Gesundheitsteam) und gewaltige Waffen (chemische, biologische und nukleare). Diese Metapher ist übermäßig maskulin, machtbasiert und potenziell gewalttätig (Southall 2015).

#### Beispiele für militärische Metaphern

„*She felt like she had lost the battle*“ (Southall 2015, S. 309) – „*Sie fühlte sich, als hätte sie den Kampf verloren*“ [übersetzt durch die Autorin]

„*I'm going to fight you; you're not going to take over my body*“ (Southall 2015, S. 309) – „*Ich werde gegen dich kämpfen; du wirst meinen Körper nicht übernehmen*“ [übersetzt durch die Autorin]

„*He has fought the good fight*“ (Southall 2015, S. 309) – „*Er hat einen guten Kampf gekämpft*“ [übersetzt durch die Autorin]

#### **Metaphern des Reisens**

Metaphern des Reisens werden häufig aufgerufen, um den Ausdruck von Situationen der Patientinnen und Patienten zu erleichtern und können Gelegenheiten für persönliches Wachstum (geistig oder anders), Erforschung und Hoffnung geben. Die Hospizbewegung nimmt von dieser Metapher Gebrauch und wird als *Ruhestätte für Reisende auf einer Reise* oder als *Ort der Heilung für die Verletzten in der Schlacht* wahrgenommen.

Die Metapher der Reise knüpft gut an die Krankheitserzählungen von Patientinnen und Patienten an und ist ein Werkzeug, das sowohl von Patientinnen und Patienten, als auch vom Pflegepersonal verwendet wird, um neue Wege zu eröffnen (Southall 2015).

#### Beispiele für Metaphern des Reisens

„*they have had to go on a path that is not quite near yours*“ (Southall 2015, S. 309) – „*sie mussten einen Weg nehmen, der nicht ganz in ihrer Nähe ist*“ [übersetzt durch die Autorin]

„*[it's] like climbing a mountain; don't really know what to expect when you reach the top, turning the corner might alter your perspective*“ (Southall 2015, S. 309) – „*es ist wie auf einen Berg zu klettern; du weißt nicht wirklich, was du erwarten sollst, wenn du an die Spitze kommst, die Seite zu wechseln könnte deine Perspektive verändern*“ [übersetzt durch die Autorin]

## **Metaphern der Persönlichkeit**

Metaphern der Persönlichkeit drehen sich um die Identität der Patientin oder des Patienten in Übereinstimmung mit ihren oder seinen Beziehungen zu anderen Menschen. Einige Patientinnen und Patienten sehen sich selbst als archetypische Mutter. Dies kann oft aus einer eifersüchtigen Motivation heraus stammen (Southall 2015).

*„don't mind if my husband does remarry, but I don't want her in my house looking after my kids. Seeing to my kids. That feels all wrong. I shall always be looking after them. I ain't never leaving my kids“* (Southall 2015, S 309) – *„es macht mir nichts aus, wenn mein Mann wieder heiratet, aber ich will nicht, dass sie sich in meinem Haus um meine Kinder kümmert. Das fühlt sich alles falsch an. Ich werde immer auf sie aufpassen. Ich verlasse nie meine Kinder.“* [übersetzt durch die Autorin]

Des Weiteren können Metaphern der Persönlichkeit die Form einer Opfergabe annehmen.

*„better me than one of the kids ... it got me so it can't get them“* (Southall 2015, S. 309) – *„besser ich als eines der Kinder ... es hat mich erwischt also kann es sie nicht bekommen“* [übersetzt durch die Autorin]

*„I want my son to grow and move on, whether I'm here or not“* (Southall 2015, S. 309) – *„Ich möchte, dass mein Sohn wächst und weiter macht, ob ich hier bin oder nicht“* [übersetzt durch die Autorin]

Die Metapher der Persönlichkeit erstreckt sich nicht nur auf die Mutterschaft, sondern auch auf andere Bereiche. Einige Patientinnen und Patienten sehen ihre neue Identität als die einer oder eines Fremden (Southall 2015).

*„adopted the mentality of a refugee and a stranger“* (Southall 2015, S. 310) – *„die Mentalität eines Flüchtlings und eines Fremden angenommen zu haben“* [übersetzt durch die Autorin]

## **Metaphern der Natur**

Die natürliche Welt bildet den Hintergrund für eine Reihe von Metaphern, die von Patientinnen und Patienten verwendet werden. Der Zyklus der Jahreszeiten zeigt, wie sich die Zeiten in ihren Schwierigkeiten und Herausforderungen unterscheiden. Einige Patientinnen und Patienten fanden es hilfreich, dass ihr Krebs als *Unkräuter*,

die einen *Garten* überwachsen haben beschrieben wird und dass ihre Behandlung als *Unkrautvernichtungsmittel* bezeichnet wird.

In ähnlicher Weise bilden auch der Ozean und das Wetter den Hintergrund für einige Metaphern (Southall 2015).

#### Beispiele für Metaphern der Natur

*“Waking up and being in an ocean. Nothing to hold on to, nothing that was real”* (Southall 2015, S. 310) – *„Aufwachen und in einem Ozean sein. Nichts, an dem man festhalten könnte. Nichts, was wirklich war“* [übersetzt durch die Autorin]

*„being tossed about in a storm“* (Southall 2015, S. 310) – *„im Sturm herumgeworfen werden“* [übersetzt durch die Autorin]

*„you get hit by a wave“* (Southall 2015, S. 310) – *„du wirst von einer Welle getroffen“* [übersetzt durch die Autorin]

#### **Existenzielle oder ideologische Metaphern**

Existenzielle oder ideologische Metaphern beziehen sich eher auf Konzepte und Abstrakte als auf konkrete Ideen, obwohl sie die physische Welt umfassen können. Metaphern beziehen sich häufig auf Themen wie Freiheit, Sicherheit, Veränderung, Impotenz, Finalität, Tod und Sterben. Der Tod wird oft als Schlaf oder als Ende dargestellt. In Verbindung mit der Reise-Metapher wird es jedoch manchmal als nächste Etappe einer Reise beschrieben, die Patientinnen und Patienten unternehmen müssen, oder als ein Mechanismus, um dieses Leben zu verlassen. Existenzielle Metaphern können auch auf sehr konkrete Weise ausgedrückt werden, sodass die Patientinnen und Patienten angesichts der Hilflosigkeit von einer *Achterbahnfahrt* sprechen und von Krebs als ein *Alien, der mich hinnimmt*, wobei fehlende Kontrolle und Machtlosigkeit Schlüsselmotive sind (Southall 2015).

Die folgenden Absätze beschreiben den Einfluss und den Effekt der Verwendung von Metaphern in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten.

#### **3.1.2 Metaphern verbessern die Kommunikation und das Verständnis**

Der Gebrauch von Metaphern verbessert die Kommunikation und das Verständnis der Patientin oder des Patienten. Dies beinhaltet sowohl das Verständnis zwischen Patientin oder Patient und Pflegefachkraft, als auch das Selbstverständnis der

Patientin oder des Patienten in Bezug auf ihren oder seinen Zustand. Im Hinblick auf die Interaktion zwischen Patientinnen oder Patienten und Fachleuten können zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte durch das Hören auf die metaphorische Sprache der Patientinnen und Patienten einen Einblick in ihr Verständnis von Krankheit gewinnen und ihre Fragen verstehen. Umgekehrt trifft dies auch zu. Ärztinnen und Ärzte, welche Metaphern verwendeten, erhielten eine bessere Bewertung ihrer Kommunikation von den Patientinnen und Patienten. Die Verwendung von Metaphern und Analogien kann die Kommunikationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten und/oder dem Pflegepersonal verbessern.

Dies hat einen klaren Vorteil für Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Verwendung von Metaphern ihren Zustand besser verstehen können und im Gegenzug auch die Ärztin oder der Arzt die Situation der Patientin oder des Patienten besser versteht.

Diese Verbesserung der Kommunikation wird in einer Reihe von Arbeiten aufgegriffen und bezieht sich auf die Art und Weise, in der Metaphern die Barrieren der Kommunikation überwinden. Es hat den Sinn, dass angesichts komplexer Phänomene die rationale konkrete Sprache an ihre Grenzen stößt, und um die Komplexität erfassen zu können, muss auf Metaphern zurückgegriffen werden. Dies könnte der Grund sein, warum sich die Menschen in Zeiten einer Krise, der Poesie und den Dichterinnen und Dichtern zuwenden (Southall 2015).

### **3.1.3 Metaphern ermöglichen die Verbalisierung von sensiblen**

#### **Themen**

Es wird die Art und Weise beschrieben, in der Metaphern als Teil eines intertextuellen Netzes funktionieren, das es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, auf eine aufschlussreiche Weise über ihre Situation zu sprechen, und um neue Ideen zu schaffen. Es zeigt sich, dass die Verwendung einer metaphorischen Sprache einer Patientin oder einem Patienten einen neuen Einblick in das Konzept des Mitgefühls gibt. Die Metapher bietet somit einen sanften Weg. Dies bedeutet, dass eine Familie über etwas sehr Kompliziertes sprechen kann und erst am Ende des Gesprächs die Metapher auf das aktuelle Geschehen bezogen wird.

Es gibt noch ein anderes Element der Metapher, das es ermöglicht, sensible Themen zu verbalisieren. Auf diese Weise können Metaphern Distanz zur Situation der Patientin oder des Patienten bringen. Die Idee ist, dass die Metapher, indem sie die raue Sprache über den Tod und das Sterben vermeidet, Menschen erlaubt, auf eine neue Art über ihre Krankheit und die Zukunft zu sprechen. Menschen können Metaphern benutzen, um Wörter wie Krebs oder Tod zu vermeiden. Sie können dadurch ausdrücken, wie sie sich fühlen, ohne Wörter zu verwenden, die sie unbehaglich fühlen lassen (Southall 2015).

*„it feels like I have come to a full stop“* rather than *„I am going to die“* (Southall 2015, S. 311) – *„es fühlt sich an als wäre ich zum Stillstand gekommen“* anstatt *„ich werde sterben“* [übersetzt durch die Autorin]

### **3.1.4 Vorteile von Metaphern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten**

Eine weitere Behauptung bezüglich der Metaphern der Patientinnen und Patienten bezieht sich auf die Schmerzbehandlung. Durch eine metaphorische Neuausrichtung des Schmerzes könnten die Barrieren für das Schmerzmanagement für Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten reduziert werden (Southall 2015).

## **3.2 Kommunikationsmodell – SAGE & THYME**

Vielen Pflegefachkräften werden während ihres Diplomabschlusses kaum zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeiten beigebracht beziehungsweise angelernt. Aufbauend auf ihren primären Fähigkeiten wäre daher eine deutliche Verbesserung möglich. Connolly et al (2010) haben ein kommunikatives Kompetenzmodell entwickelt, das für diesen Kontext vielversprechend ist. Das Modell wurde ursprünglich auf dem Gebiet der Krebserkrankung für den Gebrauch von medizinischem Fachpersonal entwickelt. Es kann aber viel weitschichtiger eingesetzt werden. Jede Art von Personal, welches mit Menschen in Not beziehungsweise Menschen die von lebensbegrenzenden Situationen betroffen sind in Kontakt tritt, kann dieses Modell verwenden.

Es handelt sich um ein stark strukturiertes Modell, das in einem dreistündigen Workshop unterrichtet wird, um Pflegefachpersonal durch personenzentriertes

Assessment (SAGE) und einfaches Problemlösen (THYME) zu führen. Es mobilisiert die bestehenden Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Patientin oder des Patienten. SAGE & THYME helfen dem Pflegefachpersonal, konzentriert zu bleiben und dem Blockieren der Patientinnen und Patienten entgegen zu wirken, indem sie eine vorzeitige Beruhigung und Beratung geben, bevor die Patientinnen und Patienten die Gelegenheit haben, ihre Bedenken vollständig auszudrücken. Es hilft auch festzustellen, ob das Pflegepersonal über ausreichende Fähigkeiten verfügt oder ob es auf fachliche Unterstützung angewiesen ist (Connolly et al. 2010).

SAGE & THYME ist ein Akronym und dient den Pflegefachkräften als Gedächtnisstütze, um Probleme oder Sorgen der Patientinnen und Patienten zu erkennen und eine gute und effektive Kommunikation zu gewährleisten. Der erste Teil des Modells SAGE ist ein Leitfaden für das Zuhören von Problemen (er führt das Pflegepersonal an). Der zweite Teil THYME ist ein Leitfaden, um auf die Sorgen anderer zu reagieren (er führt das Pflegepersonal wieder heraus) (Connolly et al. 2010).

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Bedeutung der einzelnen Buchstaben des Akronyms SAGE & THYME.

Table 5: SAGE & THYME Kommunikationsmodell

|  |   |
|--|---|
| <p><b>SETTING</b><br/>If you notice concern - think first of the setting, create some privacy - sit down.</p> <p><b>ASK</b><br/>“Can I ask what you are concerned about?”</p> <p><b>GATHER</b><br/>Gather all of the concerns - not just the first few – “Is there something else?”</p> <p><b>EMPATHY</b><br/>Respond sensitively – “You have a lot on your mind.”</p> | <p><b>TALK</b><br/>“Who do you have to talk to or help you?”</p> <p><b>HELP</b><br/>“How do they help?”</p> <p><b>YOU</b><br/>“What do YOU think would help?”</p> <p><b>ME</b><br/>“Is there something you would like ME to do?”</p> <p><b>END</b><br/>Summarise and close – “Can we leave it there?”</p> |
|--|---|

Um die englische Tabelle von Connolly et al. (2010) zu erläutern werden die einzelnen Punkte des SAGE & THYME Modells beschrieben und erklärt.

### **Schritt 1: S – Setting (Umgebung)**

Wenn Sie bemerken, dass eine Patientin oder ein Patient betroffen oder verzweifelt erscheint, sollte die Umgebung die erste Überlegung sein. Die physische Umgebung der Interaktion kann helfen oder behindern. Vereinbaren Sie etwas Privatsphäre, setzen Sie sich, stellen Sie Augenkontakt her. Erklären Sie zeitliche Einschränkungen und minimieren Sie mögliche Unterbrechungen (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 2: A – Ask (Fragen)**

Stellen Sie eine spezifische Frage zu den Bedenken oder Sorgen der Patientin oder des Patienten. Es ist wichtig, eine ausgemachte Form der Kommunikation zu verwenden, da einige Patientinnen oder Patienten ihre emotionalen Sorgen oder Notsituationen nicht besprechen wollen. Zum Beispiel ist es möglich die Patientinnen und Patienten darauf anzusprechen, ob es in Ordnung ist, nach ihren Gefühlen zu fragen (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 3: G – Gather (Sammeln)**

Sorgen und Gefühle der Patientinnen oder Patienten sammeln beziehungsweise zusammenfassen. Der Zweck ist, alle Bedenken zu identifizieren, ohne von den ersten ein oder zwei Probleme abgelenkt zu werden. Es ist eine wichtige Disziplin, eine Liste zu erstellen, entweder in Gedanken oder schriftlich, und mit der Patientin oder dem Patienten zu überprüfen, ob die Liste korrekt und vollständig ist. Es beweist der Patientin oder dem Patienten, dass ihr oder ihm zugehört wird und gibt Zeit, Anliegen und Emotionen auszudrücken. Es ist notwendig, die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zu suchen und zu erhalten, bevor eine schriftliche Liste erstellt wird. Für die Patientin oder den Patienten ist es eine Gelegenheit, ihre oder seine Gedanken zu sammeln und auszudrücken (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 4: E – Empathy (Empathie)**

Dieser Abschnitt beinhaltet, der Patientin oder dem Patienten oder der Pflegeperson Zeit zu lassen. Der Drang, die Diskussion auf einen Lösungsansatz zu bringen, kann

stark sein. Die Fähigkeit der Empathie beinhaltet jedoch Stille und im Anschluss eine Bestätigung der Gefühle oder Bedenken. Der Patientin oder dem Patienten soll das Gefühl vermittelt werden, ihre oder seine Ängste, Gefühle und Bedenken zu verstehen. Zeit für Empathie zeigt der oder dem Betroffenen, dass Sie an ihren oder seinen Anliegen interessiert sind. Es gibt der Patientin oder dem Patienten Raum zum Weinen und Nachdenken, um herauszufinden, was in bestimmten Situationen helfen könnte (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 5: T – Talk (Sprechen)**

Viele Menschen haben ein Familienmitglied, eine Freundin oder einen Freund, eine Nachbarin oder einen Nachbarn oder eine Kollegin oder einen Kollegen, der oder dem sie sich anvertrauen können. Dieser Schritt ist eine sanfte Erinnerung an die oder den Betroffenen, dass sie oder er nicht allein mit ihrer oder seiner Not ist. Es deutet darauf hin, dass das Reden über Sorgen und Ängste helfen kann. Es ist sinnvoll, nach den Namen der Schlüsselpersonen zu fragen, die Unterstützung bieten können. Natürlich kann es der Fall sein, dass manche Patientinnen oder Patienten niemanden haben. Dies würde dazu veranlassen, zu fragen, ob die Patientin oder der Patient möchte, dass Sie Unterstützung für sie oder ihn finden (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 6: H – Help (Hilfe)**

Hat die betroffene Person Hilfe? Wenn es keine Unterstützung gibt, wird dieser Abschnitt weggelassen (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 7: Y – You (Du)**

*“What do YOU think would help?”* (Connolly et al. 2010, S. 90)

Dies ist wahrscheinlich die wichtigste Frage und ist entscheidend für das Modell. Die Patientinnen und Patienten haben oft klare Vorstellungen, was ihnen helfen würde, um mit Problemen fertig zu werden. Die Rolle der Pflegeperson besteht darin, die Patientinnen und Patienten zu ermutigen, darüber nachzudenken. Die Lösungsansätze der Pflegeperson sollen in diesem Schritt nicht in den Vordergrund gestellt werden (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 8: M – Me (Ich)**

*„Is there something you would like ME to do?“* (Connolly et al. 2010, S. 90)

In diesem Abschnitt können Sie keine Ratschläge, Informationen oder Zusicherungen geben, es sei denn, die Patientin oder der Patient gibt an, dass dies gewünscht ist. Oft hat die oder der Betroffene spezifische Fragen, die Sie beantworten können. Sie möchten möglicherweise praktische Ratschläge oder Zugang zu Dienstleistungen. An diesem Punkt besteht die Gefahr, dass Pflegepersonen ihre eigenen Bedürfnisse erfüllen (um Probleme zu beheben) und nicht die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten (Connolly et al. 2010).

### **Schritt 9: E – End (Ende)**

Wenn es sich angemessen anfühlt, kann das Ende des Gesprächs eine Zusammenfassung der Bedenken, die Unterstützungsstruktur, die Vorstellung von Lösungsansätzen der oder des Betroffenen und die eigene Aufgabenliste enthalten. Eine abschließende Frage wie zum Beispiel ob es in Ordnung sei, wenn die Situation so belassen wird, zeigt an, dass das Gespräch beendet ist und ob die Patientin oder der Patient mit dem Verlauf des Gesprächs zufrieden ist (Connolly et al. 2010).

### **3.2.1 Der dreistündige Workshop**

Mithilfe eines dreistündigen Workshops versuchen drei ausgewählte Moderatorinnen und Moderatoren in kleinen Gruppen mit bis zu zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Kommunikationsmodell SAGE & THYME zu erläutern und anzulernen. Das ergibt eine Gesamtgruppenanzahl von zirka 30 Personen pro Workshop (Connolly et al. 2010).

Der erste Schritt besteht darin, dass sich die Mitglieder der Gruppen selbst einschätzen. Welche Fähigkeiten verwenden die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, um die emotionalen Bedürfnisse oder Anliegen ihrer Patientinnen und Patienten oder auch anderer Pflegepersonen aufzugreifen? Dieses Verfahren soll das bereits vorhandene Wissen und die Erfahrung der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer einschätzen und bietet eine Grundlage, auf welche der Workshop aufbauen kann. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschreiben in der Regel

verbale und nonverbale Hinweise auf emotionalen Stress oder Besorgnis. Oft wird auch angegeben, dass sie direkt nach Sorgen und Emotionen fragen.

Im nächsten Schritt werden die Kleingruppen aufgefordert, zu beschreiben, was sie bereits wissen und wie sie mit den Sorgen oder Gefühlen der Patientinnen und Patienten oder deren Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen umgehen oder darauf reagieren.

Anschließend werden die relevanten Grundregeln, die Forschungsergebnisse und das SAGE & THYME Modell kurz in der Gesamtgruppe von 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern von der Gruppenleiterin oder dem Gruppenleiter im Vortragsformat beschrieben.

Im nächsten Schritt treffen sich die Kleingruppen erneut und vergleichen das bereits vorhandene Wissen, mit den in SAGE & THYME enthaltenen Fertigkeiten.

Auf eine kurze Pause folgt eine interaktive Demonstration durch die Kursleiterinnen und Kursleiter. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehen SAGE & THYME im Einsatz und können durch die Moderatorin oder den Moderator mit der Demonstration interagieren.

Abschließend treffen sich die Kleingruppen ein letztes Mal und diskutieren über den Lernerfolg des Workshops (Connolly et al. 2010).

Der SAGE & THYME Workshop erhöht das Wissen über Kommunikationsfähigkeiten wie aktives Zuhören, die Klärung von Anliegen von Patientinnen und Patienten und Empathie. Der Workshop erhöht die Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Bezug auf die wahrgenommene Beherrschung der Kommunikationsfähigkeiten, welche auch in der Praxis weiter angewendet werden können. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden, dass die SAGE & THYME Struktur nützlich ist, und sie fühlen sich motiviert, sie zu benutzen (Connolly et al. 2014).

### **3.2.2 Auswirkungen der Verwendung von SAGE & THYME**

Evaluierungen vom SAGE & THYME Modell wurden mit einer Reihe von Gesundheitsfachkräften durchgeführt. Connolly et al. (2010) haben in einer Befragung von 412 Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmern festgestellt, dass die Selbsteinschätzung von Kompetenz, Selbstvertrauen und Bereitschaft, mit

Menschen über emotionale Probleme zu sprechen, nach dem Workshop deutlich zugenommen hat.

In einer weiteren Befragung von 141 Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmern fanden Connolly et al. (2014) heraus, dass nach dem Workshop die Bewertungen über den Nutzen des Modells und die Motivation zu dessen Anwendung hoch waren. Die Selbstwirksamkeit wurde signifikant verbessert und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren signifikant positiver über den Nutzen und das Wissen über hilfreiches Kommunikationsverhalten eingestellt.

In einer Teilstichprobe von neun Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die unmittelbar nach dem Workshop in Interaktion mit simulierten Patientinnen und Patienten gefilmt wurden, nahm das hilfreiche Kommunikationsverhalten signifikant zu (Connolly et al. 2014).

In einer dritten Evaluierung führten Griffiths et al. (2015) eine Längsschnittstudie und Fokusgruppeninterviews zu SAGE & THYME mit Distriktkrankenschwestern durch. Die Bewertungen des Nutzens des Modells, der Motivation, es zu verwenden, und die Selbstwirksamkeit waren nach dem Workshop und nach zwei Monaten hoch. Durch die Fokusgruppeninterviews nach zwei Monaten zeigte sich, dass das Modell SAGE & THYME in Gemeinschaftseinrichtungen nützlich war und von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern mehr als einmal in der Praxis verwendet wurde (Griffiths et al. 2015).

Dieser systematische Rahmen besitzt mehrere Stärken. Dazu gehört es, diplomiertes Pflegepersonal durch den aktiven Zyklus des empathischen Zuhörens zu führen, um die Hauptanliegen von Krebspatientinnen und Krebspatienten zu identifizieren und zu adressieren, sowie Blockierungsverhalten zu minimieren, das Patientinnen und Patienten davon abhalten kann, mehr über ihre Notlage zu erfahren (Connolly et al. 2014, Griffiths et al. 2015).

Solche Herangehensweisen ermöglichen der Pflegekraft, den Palliativpflegeempfängerinnen und Palliativpflegeempfängern geeignete Informationen und Ratschläge zu geben, die sich auf ihre wahren Anliegen konzentrieren. Dies wiederum hilft, ihre psychologischen Anpassungen zu maximieren und die Lebensqualität zu verbessern. Durch die Anwendung dieses Kommunikationsmodells können Pflegekräfte Patientinnen und Patienten einbeziehen und befähigen, ihre eigenen Methoden zur Bewältigung ihrer Probleme

zu erkennen. Zusammengefasst führen diese Hauptvorteile zu besseren Möglichkeiten, das diplomierte Pflegepersonal beim Aufbau therapeutischer Beziehungen mit Patientinnen und Patienten zu unterstützen, die eine Behandlung am Lebensende benötigen (Connolly et al. 2014).

Auf diese Weise werden Patientinnen und Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit ihre Notlage enthüllen und Informationen von Pflegefachkräften erhalten. Sie werden auch in Entscheidungen über ihre eigene Gesundheitsversorgung und Behandlung miteinbezogen (Griffiths et al. 2015).

Es gibt auch potenzielle Herausforderungen mit der Verwendung des Modells. Es ist schwierig, das richtige Setting, also die richtige Umgebung zu finden. Dies kann eine Herausforderung in der häuslichen Umgebung sein, in der es möglicherweise an Privatsphäre mangelt (Griffiths et al. 2015).

Der Mangel an Zeit für die Implementierung des Modells wurde ebenfalls als eine potentielle Herausforderung angesprochen, obwohl Griffiths et al. (2015) in ihrer Bewertung herausfanden, dass das Modell die Zeit des Pflegepersonals aufgrund seiner klaren Struktur spart und die Fähigkeit besitzt, Patientinnen und Patienten zu befähigen, selbst Problemlösungen zu finden. Weitere Herausforderungen ergeben sich, wenn die Patientin oder der Patient sagt, dass sie oder er niemanden hat, mit dem sie oder er sprechen kann und nicht weiß, wie er sich selbst helfen kann.

Die Verwendung des SAGE & THYME Modells wird durch die Bereitschaft der Pflegekräfte, therapeutische Beziehungen einzugehen und zu entwickeln, erleichtert. Dies wird von Patientinnen und Patienten erwidert, die gleichermaßen bereit sind, ihre Anliegen mit Pflegekräften zu teilen, die ausgebildet und darauf trainiert sind, um zwischenmenschliche Fähigkeiten auf hohem Niveau zu verwalten (Griffiths et al. 2015).

## 4 Diskussion und Ausblick

Ziel dieses Literaturreviews war es, herauszufinden, inwiefern die Verwendung von Kommunikationsstrategien und der Symbolsprache, die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase beeinflusst.

Die Hauptergebnisse dieser Arbeit sind, dass die Verwendung von Metaphern, also die Verwendung einer Symbolsprache die Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten positiv beeinflusst (Southall 2015).

Laut Southall (2015) verbessern Metaphern die Kommunikation und das Verständnis, sie ermöglichen die Verbalisierung von schwierigen und sensiblen Themen und bringen Vorteile für die Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Ein weiteres Ergebnis war, dass die Implementierung vom Kommunikationsmodell SAGE & THYME ebenfalls einen positiven Effekt auf die Betreuung und den Umgang mit sterbenden Menschen in Notlagen hat.

Kübler-Ross (2008) sagt, dass es notwendig sei, die Symbolsprache Sterbender zu verstehen, um sie in ihrem Prozess des Sterbens zu unterstützen. Durch den Ausdruck einer *geheimen Sprache* versuchen Patientinnen und Patienten ihre Ängste und Sorgen zu vermitteln (Kübler-Ross 2008). Auch Southall (2015) kann diese Erkenntnisse vertreten. Durch die Symbolsprache beziehungsweise durch die Verwendung von Metaphern schafft die Patientin oder der Patient ein neues Verständnis ihrer oder seiner Gegenwart. Damit entsteht ein neuer Wahrnehmungsrahmen, welcher mögliche Lösungen für bestehende Herausforderungen bieten kann. Im Hinblick auf die Interaktion zwischen Patientinnen oder Patienten und Fachleuten können zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte durch das Hören auf die metaphorische Sprache der Patientinnen und Patienten einen Einblick in ihr Verständnis von Krankheit gewinnen und ihre Fragen verstehen (Southall 2015).

Häufig ist es aber so, dass diese Menschen nicht verstanden werden, da die Symbolsprache Sterbender und die spezielle Kommunikation mit Menschen in der letzten Lebensphase nicht ausreichend gelehrt werden (Kübler-Ross 2008).

Vielen Pflegefachkräften werden während ihres Diplomabschlusses kaum zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeiten beigebracht beziehungsweise angelernt (Connolly et al. 2010). Um diesem Problem entgegen zu wirken haben

Connolly et al. (2010) ein evidenzbasiertes Kommunikationsmodell namens SAGE & THYME entwickelt.

Dieses Kommunikationsmodell hat eine starke theoretische Grundlage in der humanistischen Psychologie nach Rogers (2003) und der Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura (1982).

Durch einen dreistündigen Workshop erlernen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege und/oder Medizin, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten die Anwendung von SAGE & THYME. Dieser Workshop erhöht das Wissen über Kommunikationsfähigkeiten wie die Klärung von Anliegen, aktivem Zuhören und Empathie (Connolly et al. 2014). Aktives Zuhören ist eines der am häufigsten eingesetzten Kommunikationsstrategien in der Arbeit mit Menschen, vor allem mit sterbenden und schwerkranken Menschen, in Problemsituationen (Feichtner 2014), was wiederum die Wichtigkeit dieser Kommunikationsfähigkeiten bestärkt.

In Österreich gibt es zwar Angebote für Kommunikationsschulungen, die meisten beziehen sich aber auf pflegende Angehörige, wobei die Kommunikation mit Menschen mit dementiellen Erkrankungen geschult wird (Selbsthilfe Osttirol 2017). Des Weiteren werden beispielsweise Kommunikationsschulungen für kommunikative Herausforderungen bei Organspenden und für interkulturelle Kompetenz auf Intensivstationen angeboten (Gesundheit Österreich GmbH o. J), was nicht Thema dieser Arbeit war. Doch das Angebot der Erlernung eines strukturierten, evidenzbasierten Kommunikationsmodells für Ärztinnen und Ärzte oder Pflegepersonen konnte von der Autorin nicht recherchiert werden.

Durch die Implementierung von SAGE & THYME in die Praxis kann das Kommunikationsverhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege und Medizin verbessert werden und Patientinnen und Patienten können dadurch optimal unterstützt werden (Griffiths et al. 2015).

#### **4.1 Herausforderungen der Verwendung von SAGE & THYME**

Es gibt auch potenzielle Herausforderungen bei der Verwendung des SAGE & THYME Modells. Es ist nicht immer einfach, das richtige Setting, also die richtige Umgebung für die Durchführung eines solchen Gesprächs zu finden. Dies kann eine Herausforderung in der häuslichen Umgebung sein, in der es möglicherweise an Privatsphäre mangelt (Griffiths et al. 2015).

Ein weiterer Punkt ist der Faktor Zeit. Es lässt sich vermuten, dass durch das umfangreiche Modell Gespräche in die Länge gezogen werden. Dieser Mangel an Zeit für die Implementierung des Modells wurde als potentielle Herausforderung angesprochen. Griffiths et al. (2015) widerlegte diese Befürchtungen. Durch die klaren Strukturen werden die zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals gespart. Des Weiteren erlernen Patientinnen und Patienten durch die strukturierte Gesprächsführung sich selbst zu helfen beziehungsweise werden sie befähigt eigene Problemlösungen zu finden, was wiederum die Zeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spart (Griffiths et al. 2015).

Weitere Herausforderungen ergeben sich, wenn die Patientin oder der Patient niemanden hat, mit dem sie oder er sprechen kann und nicht weiß, wie sie oder er sich selbst helfen kann. In diesem Fall muss die Pflegeperson eingreifen und individuelle Schritte einleiten um die Patientin oder den Patienten optimal unterstützen zu können. In einigen Organisationen wird der Dienst einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers angeboten, welche oder welcher in diesem Fall der Patientin oder dem Patienten angeboten werden kann.

Ein weiterer Punkt kann die Verwendung vom Kommunikationsmodell SAGE & THYME beeinflussen. Die Verwendung des SAGE & THYME Modells wird durch die individuelle Bereitschaft der Pflegekräfte erleichtert (Griffiths et al. 2015). Wenn Pflegerinnen oder Pfleger aber kein Interesse zeigen, sich neue Kommunikationsfähigkeiten anzueignen oder die berufliche Distanz zwischen Patientinnen und Patienten und Pflegefachpersonal wahren wollen, kann die Durchführung eines solch strukturierten Gesprächs scheitern. Umgekehrt ist dies natürlich auch der Fall, wenn Patientinnen und Patienten nicht einverstanden sind, sich dem Pflegepersonal oder Ärztinnen und Ärzten zu öffnen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass das Kommunikationsmodell SAGE & THYME ein guter Ansatz für eine effektive Kommunikation ist, wenn die Voraussetzungen für dessen Verwendung gegeben sind.

## **4.2 Limitationen und Stärken**

Dieses Literaturreview hat einige Limitationen, wobei sich viele Limitationen durch die Methode beziehungsweise durch die Suchstrategie begründen lassen. Gesucht wurde in nur drei internationalen wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed,

CINAHL, ISI Web of Science). Dies kann dazu führen, dass eventuell relevante Literatur übersehen wird. Des Weiteren gab es Limitationen bezüglich der Sprache. Es wurde nur nach englisch- oder deutschsprachigen Studien gesucht, da aufgrund der sprachlichen Barrieren keine adäquate Übersetzung etwaiger Ergebnisse möglich wäre.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Studien nur von der Autorin durch den Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) bewertet wurden und nicht von zwei oder mehr voneinander unabhängigen Autorinnen oder Autoren. Dies hätte zu einer kritischeren oder objektiveren Bewertung führen können und somit konnte keine systematische Literaturrecherche durchgeführt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit beruhen lediglich auf vier wissenschaftlichen Studien, wodurch eine Verallgemeinerung insgesamt schwierig ist.

Diese Arbeit enthält neben den Limitationen dennoch Stärken. Durch die Limitation der Studien auf die letzten zehn Jahre wird die Aktualität der Ergebnisse sichergestellt. Des Weiteren gibt dieses Literaturreview eine gute Übersicht über die von Sterbenden verwendete Symbolsprache mit anschließender Analyse des Effekts und über das Kommunikationsmodell SAGE & THYME und dessen Verwendung und Nutzen.

Im Anschluss folgt eine Empfehlung für die Praxis und für weitere Forschung in diesem Themengebiet.

### **4.3 Empfehlungen für die Praxis**

Für die Praxis wäre es empfehlenswert, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre Kommunikationsfähigkeiten zu schulen und ein strukturiertes Kommunikationsmodell zu implementieren. Optimal wäre es, die Kommunikationsfähigkeiten bereits in der Ausbildung zu fördern und zu schulen und daher künftig diese Thematik in die Curricula aufzunehmen. Mithilfe des dreistündigen Workshops zu SAGE & THYME können die Auszubildenden ihr bereits vorhandenes Wissen über Kommunikationsstrategien und Gesprächsführung untereinander austauschen und darauf bauen. Durch Rollenspiele kann die Verwendung des Modells anschließend getestet werden.

#### **4.4 Empfehlungen für die Forschung**

Die meisten Studien zum Thema Kommunikation mit Sterbenden finden sich im westlichen Raum. Hier wäre es nötig Forschung auch im östlichen Raum zu betreiben, da hier die Kultur und Religion, wie auch die Betreuung von sterbenden Menschen eine andere ist als in den westlichen Ländern.

Des Weiteren ist es dringend notwendig Forschung zum Thema Symbolsprache zu betreiben, da die Anzahl an aktuellen Studien (nicht älter als zehn Jahre) sehr beschränkt ist. Weitere interessante Studien wurden in den Jahren zwischen 1900 und 2000 veröffentlicht, jedoch aufgrund mangelnder Aktualität nicht in diese Arbeit aufgenommen.

In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, das Phänomen der Symbolsprache sterbender Menschen in einem phänomenologischen Forschungsansatz zu untersuchen, um aktuelle Daten und Informationen zu gewinnen. Passende Settings zu diesem Thema wären Palliativstationen und Hospize, weil hier Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum stationär betreut werden. Dadurch besteht die Möglichkeit Veränderungen zu erkennen, welche vom betreuenden Pflegepersonal evaluiert werden können.

Weitere Forschung kann im Zusammenhang mit dem Kommunikationsmodells SAGE & THYME durchgeführt werden, wobei die Verwendung für Österreich evaluiert werden könnte, um zu zeigen ob das Modell auch hier funktionieren würde.

## **5 Schlussfolgerung**

Zusammengefasst kann aufgrund der durchgeführten Literaturrecherche aufgezeigt werden, dass eine effektive Kommunikation, die Symbolsprache und die Verwendung von Kommunikationsstrategien die Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase positiv beeinflusst, indem sie in zahlreichen Situationen, wie Notlagen und Angstzuständen der Patientinnen und Patienten, Unterstützung für die Pflegepersonen in ihrer Gesprächsführung bieten. Patientinnen und Patienten wird das Gefühl vermittelt mit ihren Ängsten und Sorgen nicht alleine zu sein und dass sie vom Fachpersonal verstanden werden.

## Literatur

Connolly, M., Perryman, J., McKenna, Y., Orford, J., Thomson, L., Shuttleworth, J. & Cocksedge, S. 2010, "SAGE & THYME™: A model for training health and social care professionals in patient-focussed support", *Patient Education and Counseling*, 79 (2010): 87-93.

Connolly, M., Thomas, J. M., Orford, J. A., Schofield, N., Whiteside, S., Morris, J. & Heaven, C. 2014, "The Impact of the SAGE & THYME Foundation Level Workshop on Factors Influencing Communication Skills in Health Care Professionals", *Journal of Continuing Education in the Health Professionals*, 34 (1): 37-46.

Feichtner, A. 2014, *Lehrbuch der Palliativpflege*, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Gesundheit Österreich GmbH o. J., Kommunikationsseminare, <https://transplant.goeg.at/kommunikationsseminare>, (03.03.2018).

Griffiths, J., Wilson, C., Ewing, G. Connolly, M. & Grande, G. 2015, "Improving communication with palliative care cancer patients at home – A pilot study of SAGE & THYME communication skills model", *European Journal of Oncology Nursing*, (2015): 1-8.

Hausmann, C. 2014, *Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe, Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis*, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. 2002, "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically", *Qualitative Health Research*, 12 (9): 1284-1299.

Kübler-Ross, E. 2008, *Verstehen, was Sterbende sagen wollen, Einführung in ihre symbolische Sprache*, Neuausgabe, Knauer Taschenbuch, München.

Palliativ Portal 2017, *Begriffe und Definitionen*, <http://www.palliativportal.de/Definitionen>, (18.11.2017).

Polit, D. F. & Beck, C. T. 2012. *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Lippincott Williams & Wilkins.

Rogall-Adam, R., Jokus, H., Adam, G. & Scheinitz, G. 2011, *Professionelle Kommunikation in der Pflege und Management, Ein praxisnaher Leitfaden*, 2. aktualisierte Auflage, Schlütersche Verlag, Hannover.

Schulz von Thun, F. 1981, *Miteinander reden: 1, Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Bechtermünz, Augsburg.

Selbsthilfe Osttirol 2017, *Hilfe für pflegende Angehörige*, <https://www.selbsthilfe-osttirol.at/2017/08/hilfe-fuer-pflegende-angehoerige/>, (13.02.2018).

Southall, D. 2015, "The patient's use of metaphor within a palliative care setting: Theory, function an efficacy. A narrative literature review.", *Palliative Medicine*, 27 (4): 304-313.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2017, *WHO Definition of Palliative Care*, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, (18.11.2017).

Wingchen, J. 2006, *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe, Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, 2. aktualisierte Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

## Anhang

Die inkludierten Studien wurden mittels Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) kritisch bewertet. Die zu erreichende Gesamtpunktzahl liegt bei **36 Punkten**. Die neun Kategorien werden einzeln mittels Punktevergabe (0 – 4 Punkte) bewertet.

|              |   |              |
|--------------|---|--------------|
| Good         | = | 4            |
| Fair         | = | 3            |
| Poor         | = | 2            |
| Very poor    | = | 1            |
| Lower scores | = | poor quality |

### Bewertung der Studie von Connolly et al. 2010

#### 1. Abstract and title: 4

Did they provide a clear description of the study?

Der Titel ist passend für die Studie, enthält bereits einige Keywords wie das SAGE & THYME Modell, Training, Support. Das Design fehlt im Titel.

Der Abstract ist gut strukturiert und enthält die wichtigsten Teile der Studie. Er ist leicht verständlich auch ohne den Volltext gelesen zu haben. Er gibt einen guten Einblick in die Studie.

#### 2. Introduction and aims: 4

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Die Einleitung ist umfangreich und beschreibt den Ansatz des erforschten Kommunikationsmodells. Sie geht vom Allgemeinen ins Spezifische. Forschungslücke und Ziel der Studie sind gegeben und begründet.

#### 3. Method and data: 3

Is the method appropriate and clearly explained?

Die Methode umfasst mehrere Abschnitte über die Entwicklung des Modells, die Evidenz und die Testung. Über 800 Gesundheits- und Sozialarbeiter aller Klassen und Studenten haben an den dreistündigen SAGE & THYME-Trainings

teilgenommen. Die Daten von 412 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden analysiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, ihre Zuversicht, ihre Kompetenz und ihre Bereitschaft, "unmittelbar vor und unmittelbar nach dem Training mit den Menschen über ihre emotionalen Probleme zu sprechen", unter Verwendung von Likert-Skalen (0-10) zu bewerten.

Das genaue Design der Studie ist nicht angegeben. Es lässt sich vermuten, dass es sich um eine Interventionsstudie mit Datenerhebung mittels Fragebogen mit Likert-Skalen handelt.

#### **4. Sampling: 3**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist umfangreich ( $n > 800$ ). Die genaue Rekrutierung ist nicht angegeben, wobei sich vermuten lässt, dass es sich um ein Gelegenheitsprobe handelt. Der berufliche Hintergrund der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist anhand einer Tabelle ausgezeigt. Die vollständigen Daten von insgesamt 412 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden erhoben und analysiert.

#### **5. Data analysis: 3**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Die Daten wurden ab 2006 monatlich evaluiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommentierten nach jedem SAGE & THYME Workshop ihre Erkenntnisse und gaben ein schriftliches Feedback und füllten Likert-Skalen aus. Keine Nähere Beschreibung über die genaue Analyse der Daten gegeben. In Box 8 ist eine Übersicht der Fragen gegeben, mit der Auswertung der Likert-Skalen, wobei der Durchschnitt errechnet wurde.

#### **6. Ethics and bias: 2**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? – Nicht genannt.

#### **7. Results: 4**

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind klar angeführt, aber kurzgehalten. Die wichtigsten Ergebnisse sind aus den Tabellen zu entnehmen. Die Ergebnisse sind aber klar definiert und werden in der Diskussion umfangreich erläutert und diskutiert. Das Forschungsziel wurde erreicht.

#### **8. Transferability or generalizability: 4**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind in verschiedenen Settings tätig: Krankenhaus, stationäre und ambulante Bereiche, Community Healthcare, Psychiatrie, Hospize und Pflegeheime. Aufgrund der positiven Ergebnisse lässt sich daraus schließen, dass sich die Ergebnisse auf alle diese Settings übertragen lassen. Die Generalisierbarkeit ist für die entsprechende Personengruppe (Menschen in Notlagen, mit Sorgen und Ängsten) gegeben.

#### **9. Implications and usefulness: 4**

How important are these findings to policy and practice?

Praxisempfehlungen sind gegeben und die Wichtigkeit dieses Themas ist genau beschrieben. Obwohl das Modell evidenzbasiert auf die Betreuung von Krebspatientinnen und Krebspatienten entwickelt wurde, wird die Verwendung in weiteren Gesundheits- und Sozialeinrichtungen empfohlen.

Forschungsempfehlungen werden ebenso genannt.

Diejenigen, die das Modell entwickelt und gelehrt haben, glauben, dass seine Wirksamkeit an den folgenden Fragen gemessen und erforscht werden sollte:

- Ist es aufgrund der Schulung wahrscheinlicher, dass Gesundheits- und Sozialfachleute die Bedenken der Patientinnen und Patienten hören, ohne die Patientinnen und Patienten zu unterbrechen und ihnen erlauben, ihre eigenen Pläne, Lösungen und Ideen zu identifizieren, bevor sie Vorschläge oder Pläne machen?
- Verwenden Gesundheits- und Sozialfachkräfte das Modell in der klinischen Praxis?
- Können Patienten hilfreiches Verhalten bei geschultem Personal erkennen?

**Erreichte Punkte: 31**

## **Bewertung der Studie von Connolly et al. 2014**

### **1. Abstract and title: 4**

Did they provide a clear description of the study?

Der Titel ist passend und so kurz wie möglich gehalten. Es sind die wichtigsten Keywords enthalten. Das Studiendesign fehlt im Titel.

Der Abstract ist gut gegliedert und leicht verständlich und stimmt mit dem Volltext überein. Er gibt eine gute Übersicht und Zusammenfassung für die Studie.

### **2. Introduction and aims: 4**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Die Einleitung ist gut aufgebaut und erklärt das SAGE & THYME Modell (eine Tabelle ist auch vorhanden). Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezifische. Forschungslücke und Forschungsziel sind genannt und erläutert.

### **3. Method and data: 3**

Is the method appropriate and clearly explained?

Es handelt sich um ein Mixed-Methods Design, wobei die Reaktionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der Lernerfolg bewertet wurden (Level 1 bzw. Level 2 von Kirkpatrick's 4-stufiger Bewertung zur Bestimmung eines Trainingseffekts) und im Level 3 wurde das Verhalten am Arbeitsplatz mittels Erfahrungsberichte analysiert. Die Methode ist gut und klar beschrieben. Workshops wurden in einem Akutkrankenhaus durchgeführt.

Insgesamt wurden 173 Personen rekrutiert: Von den ersten 58 Personen wurden 29 nach dem Zufallsprinzip zur Nachuntersuchung nach 2 Wochen und 2 Monaten ausgewählt. Aufgrund einer Protokolländerung wurden alle weiteren rekrutierten Personen nachverfolgt und insgesamt 141 Teilnehmer wurden Follow-up-Fragebögen zugesandt. Neun Teilnehmer meldeten sich freiwillig, um gefilmt zu werden.

Bei den Fragebögen handelte es sich um nicht-validierte Fragebögen.

### **4. Sampling: 4**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Das Sampling ist gut beschrieben und nachvollziehbar. Das Ziel war 100 Personen zu rekrutieren, 173 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden rekrutiert. Die Charakteristika sind anhand einer umfangreichen Tabelle aufgezeigt.

#### **5. Data analysis: 4**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Die qualitativen und quantitativen Daten wurden erhoben und analysiert. Die quantitativen Ergebnisse wurden mittels SPSS analysiert.

Qualitative Daten: Zwei Forschern analysierten den Text gemeinsam und identifizierten das Hauptthema für jede Antwort. Ähnliche Themen wurden dann zusammengefasst, bis keine weitere Reduktion der Themen möglich war.

#### **6. Ethics and bias: 4**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

„Greater Manchester North Research Ethikkommission genehmigte die Studie im Jahr 2009. Alle Teilnehmer gaben schriftliche Einverständniserklärung.“

„In einigen Fragen erhielt eine positive Antwort eine hohe Punktzahl; in anderen Fällen erhielt es eine niedrige Punktzahl, um Bias zu vermeiden.“

#### **7. Results: 4**

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse vertreten einen klaren Standpunkt, sie sind gut gegliedert und strukturiert. Die Verständlichkeit ist durch eine entsprechende Sprachwahl gegeben. Qualitative und quantitative Ergebnisse sind deutlich erkennbar und ergänzen sich.

#### **8. Transferability or generalizability: 4**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Die Ergebnisse sind übertragbar und generalisierbar.

#### **9. Implications and usefulness: 4**

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind wichtig für die Praxis und verdeutlichen die Wichtigkeit eines Kommunikationstrainings für Pflegekräfte.

Empfehlungen für weitere Forschung: Weitere Untersuchungen sollen quantitativ feststellen, ob das Workshop-Training in die Praxis umgesetzt wird und wie es sich auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten auswirkt.

**Erreichte Punkte: 35**

## **Bewertung der Studie von Griffiths et al. 2015**

### **1. Abstract and title: 4**

Did they provide a clear description of the study?

Titel ist passend und sagt bereits einiges über die Studie aus. Der Abstract ist gut gegliedert (Unterüberschriften) und es sind die wichtigsten Informationen enthalten. Er ist gut verständlich, auch ohne den Volltext gelesen zu haben.

### **2. Introduction and aims: 4**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Gute Einleitung in die Thematik. Relevante Definitionen sind genannt. Forschungslücke und Forschungsziel sind vorhanden und beschrieben.

### **3. Method and data: 3**

Is the method appropriate and clearly explained?

Die Studie ist eine "Mixed-Method Study". Es wurde ein SAGE&THYME-Kommunikations-Training durchgeführt, District Nurses wurden in Fokusgruppen interviewt. Des Weiteren gab es drei Fragebögen.

Die Methode ist ausführlich erklärt und nachvollziehbar. Das Design ist nicht näher beschrieben.

### **4. Sampling: 3**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die District Nurses wurden von den jeweiligen Leitern (DN clinical leads) rekrutiert. Nicht mehr Information vorhanden. Strategie trotzdem passend, weil es um District Nurses geht.

### **5. Data analysis: 3**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Die Interviews wurden transkribiert, gelesen, anonymisiert und ihre Richtigkeit geprüft. Die Datenanalyse der Fragebögen ist nicht genau beschrieben, nur dass die Daten der Fragebögen verglichen wurden.

### **6. Ethics and bias: 4**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Die ethische Genehmigung wurde von der örtlichen Ethikkommission für Forschung erteilt. Bias sind in den Limitationen genannt.

### **7. Results: 4**

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind gut strukturiert. Eigene Überschriften und Absätze für die jeweiligen Ergebnisse (qualitativ und quantitativ). Die Ergebnisse werden ebenso durch Tabellen ergänzt.

### **8. Transferability or generalizability: 3**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Die Ergebnisse sind übertragbar, obwohl die Stichproben relativ klein waren.

### **9. Implications and usefulness: 3**

How important are these findings to policy and practice?

Die Verwendung von SAGE&THYME in der Praxis bringt Vorteile für die Patientinnen und Patienten.

**Erreichte Punkte: 31**

## **Bewertung der Studie von Southall 2015**

### **1. Abstract and title: 4**

Did they provide a clear description of the study?

Titel ist klar und deutlich formuliert, enthält die wichtigsten Keywords und das Studiendesign.

Der Abstract ist mit Überschriften gegliedert. Er ist leicht verständlich und enthält die Hauptinformationen der Studie.

### **2. Introduction and aims: 4**

Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezifische. Definitionen der Keywords sind vorhanden und beschrieben. Die Forschungslücke ist gegeben. Das Ziel ist leicht verständlich formuliert, drei Forschungsfragen sind aufgezeigt.

### **3. Method and data: 3**

Is the method appropriate and clearly explained?

Der Methodenteil ist durch Unterüberschriften gegliedert, was eine sehr gute Struktur und Übersicht schafft. Es handelt sich um ein narratives Literaturreview. Durchgeführt wurde dieses nur von einem Autor.

In der Methode ist noch einmal das Ziel genau benannt und gibt Aufschluss, wie die drei Forschungsfragen beantwortet werden sollen. Die Suchstrategie, sowie die Auswahl der Studien sind genau beschrieben und nachvollziehbar (Tabelle vorhanden). Limitationen der Suchstrategie sind genannt. Viele Studien sind älter als 10 Jahre, viele stammen sogar aus Jahren zwischen 1900 und 2000. Der Einschluss dieser Artikel ist jedoch berechtigt, da es auf diesem Themengebiet nahezu keine aktuellen Forschungsergebnisse gibt.

### **4. Sampling: 3**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Es wurde in sechs internationalen Datenbanken mit den Keywords „*metaphor*“ und „*palliative care*“ gesucht. 45 Studien wurden einer kritischen Bewertung unterzogen, wobei 14 Studien schlussendlich in diese Studie inkludiert wurden.

Die Anzahl ist passend für dieses Thema.

## **5. Data analysis: 2**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Die kritische Bewertung der gefundenen Studien wurde nur durch den Autor selbst durchgeführt, das kann dazu führen dass wichtige Kriterien übersehen wurden oder subjektiv bewertet wurden.

## **6. Ethics and bias: 4**

Nicht gegeben. Es handelt sich um ein narratives Literaturreview.

## **7. Results: 4**

Is there a clear statement of the findings?

Es ist eine Tabelle aufgezeigt, die eine Übersicht über die inkludierten Studien gibt. Die Ergebnisse sind in Kategorien gegliedert, was eine gute Struktur der Ergebnisse ermöglicht. Die Daten wurden genau herausgearbeitet, was gute und verständliche Ergebnisse liefert.

## **8. Transferability or generalizability: 4**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Es wird noch einmal auf die Wichtigkeit der Thematik hingewiesen. Wenn das Wissen über die Verwendung von Metaphern in die Palliative Care implementiert würde, gäbe es einen Vorteil für die Patientinnen und Patienten.

Die Ergebnisse sind für alle Patientinnen und Patienten der Palliative Care generalisierbar.

## **9. Implications and usefulness: 4**

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse können gut in die Praxis implementiert werden und sind sinnvoll und wichtig für die Arbeit mit sterbenden Menschen.

**Erreichte Punkte: 32**