

Bachelorarbeit

Psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care – eine Literaturreview

eingereicht von
Ishak Muhamedagić

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

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Schüttengruber Gerhilde, BSc, MSc

Graz, 4. März 2019

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz am 4. März 2019

Ishak Muhamedagić, eh.

Inhalt

Zusammenfassung	IV
Abstract	V
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Palliative Care	2
1.2.1. Begriffserklärung und Definition der Palliative Care	2
1.2.2. Palliative Care vs. End-of-Life Care vs. Terminal Care	3
1.2.3. Geschichte der Palliative Care	4
1.2.4. Palliative Care- und Hospizentwicklung in Österreich	6
1.2.5. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.....	7
1.3. Definitionen	9
1.3.1. Psychosoziale Bedürfnisse und psychosoziale Begleitung	9
1.3.2. Psychosozialer Di(stress)	10
1.4. Total-Pain Modell von Cicely Saunders.....	10
1.5. Pflegerelevanz des Themas	12
1.6. Zielsetzung und Fragestellung	13
2. Methodenteil	14
2.1. Design	14
2.2. Literaturrecherche	14
3. Ergebnisteil	17
3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien/Übersichtstabelle	17
3.2. Psychische/Emotionale Bedürfnisse	23
3.3. Soziale Bedürfnisse.....	28
3.3.1. Kommunikation	28
3.3.2. Familie	30
3.3.3. Ort des Sterbens.....	31
3.3.4. Finanzielle Bedürfnisse.....	32
3.4. Spirituelle Bedürfnisse.....	33
3.5. Datenerhebungsinstrumente	34
4. Diskussion	36
5. Schlussfolgerung	41
6. Literatur	42
7. Anhang	46
7.1. Tabellenverzeichnis.....	46
7.2. Abbildungsverzeichnis.....	46
7.3. Bewertung der analysierten Studien.....	47

Zusammenfassung

Hintergrund: Wenn die Krankheit bis zum terminalen Stadium fortschreitet, steigen gleichzeitig psychosoziale Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen und Patienten und damit der Bedarf an einer adäquaten psychosozialen Betreuung und Begleitung. Obwohl psychosoziale Aspekte der Krankheit manchmal von Patientinnen und Patienten belastender empfunden werden als körperliche Symptome und Beschwerden, werden erstere trotzdem weniger angesprochen.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist psychosoziale Bedürfnisse von Menschen in der End-of-Life Care zu identifizieren sowie sie genauer zu beschreiben, damit ein tieferes Verständnis für diese Patientinnen- und Patientengruppe und ihre psychosozialen Bedürfnisse gewonnen wird.

Methode: Um das Forschungsziel zu erreichen, wurde eine Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche fand im Oktober und November 2018 statt und erfolgte mithilfe ausgewählter Schlüsselwörter in den Datenbanken PubMed und CINAHL. Letztendlich wurden neun für die Arbeit relevante Studien mittels Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) auf ihre Qualität überprüft.

Ergebnisse: Die psychosozialen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care lassen sich in psychische/emotionale, soziale und spirituelle Bedürfnisse einteilen. Palliativpatientinnen und -patienten leiden oft an mehreren psychosozialen Problemen gleichzeitig. Die Zusammenhänge zwischen Patientinnen- und Patientencharakteristika und ihren psychosozialen Bedürfnissen sind stark ausgeprägt. Die Prävalenz und die Merkmale der psychosozialen Bedürfnisse können in verschiedenen kulturellen Kontexten verschieden stark variieren.

Schlussfolgerung: Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sollen einen personenzentrierten, ganzheitlichen Ansatz zur Identifizierung psychosozialer Probleme und ihrer Ursachen bei Patientinnen und Patienten am Lebensende verfolgen. Ein geeigneter Weg dafür ist eine sensible und mitfühlende Kommunikation unter Wahrung der Würde, Autonomie und Privatsphäre der Patientinnen und Patienten. Verschiedene Screening-Instrumente bieten darüber hinaus die Möglichkeit, die von Patientinnen und Patienten wahrgenommenen psychosozialen Bedürfnisse und Probleme zu erkennen.

Abstract

Background: If the illness progresses to the terminal stage, the psychosocial needs and problems of the patients and thus the need for adequate psychosocial care and support increase simultaneously. Although patients perceive psychosocial aspects of the illness to be more stressful than physical symptoms and complaints, psychosocial aspects are still less discussed.

Aim: The aim of this bachelor's thesis is to identify and describe the psychosocial needs of patients in end-of-life care in order to gain a deeper understanding of this group of patients and their psychosocial needs.

Method: In order to achieve the research aim, a literature review was undertaken. The literature research took place in October and November 2018 and was conducted using selected keywords in the PubMed and CINAHL databases. Nine studies relevant to the work were finally checked for their quality by the quality assessment method according to Hawker et al. (2002).

Results: Psychosocial needs of patients in end-of-life care can be categorised into psychological/emotional, social and spiritual needs. The palliative patients often suffer from several psychosocial problems at the same time and the connections between patient characteristics and their psychosocial needs are strongly pronounced. The prevalence and characteristics of psychosocial needs can also vary significantly in different cultural contexts.

Conclusion: Health professionals should follow a person-centred, holistic approach to identifying psychosocial problems and their causes in patients at the end of their lives. A suitable way to achieve that is sensitive and compassionate communication that respects the dignity, autonomy and privacy of patients. Various screening instruments offer the possibility of recognising the psychosocial needs and problems perceived by patients.

1. EINLEITUNG

1.1. Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung ist stark mit dem demographischen Wandel der Bevölkerung und mit der sich ändernden Altersstruktur verbunden. Durch die zunehmende Zahl älterer Menschen sowie Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Diagnose steigt der Bedarf an Palliativpflege. Laut der WHO (*World Health Organization*) haben jährlich ungefähr 40 Millionen Menschen weltweit Bedarf an Palliativpflege (WHO, 2018). Wenn die Krankheit bis zum terminalen Stadium fortschreitet, steigen gleichzeitig psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen und Patienten und damit der Bedarf an einer adäquaten psychosozialen Betreuung und Begleitung (Fan, et al., 2017).

Die Palliativpflege (*Palliative Care*) stellt die ganzheitliche Pflege von sterbenden Menschen dar (Donnelly, et al., 2018), aber obwohl psychosoziale Aspekte der Krankheit manchmal von Patientinnen und Patienten belastender als somatische (körperliche) Symptome und Beschwerden empfunden werden und obwohl sich Betroffene oft weniger Sorgen um diesen machen, werden diese trotzdem weniger angesprochen (Hill, et al., 2003). Donnelly et al. (2018) betonen auch, dass diese Bedürfnisse sterbender Menschen manchmal nicht erkannt und damit unerfüllt bleiben.

Die pflegerische Versorgung soll sich heutzutage nicht nur auf medizinische Diagnosen und Krankheitssymptome konzentrieren, sondern muss den Fokus auch auf Bedürfnisse und Fähigkeiten des Menschen legen. Pflegekräfte sollen Patientinnen und Patienten in ihrer ganzen Individualität annehmen, ihre Lebensumstände und gegenwärtige Situation erkennen und berücksichtigen. Dies stellt auch eines der Grundprinzipien vom Pflegemodell nach Nancy Roper dar (Roper, et al., 2000). Nach der Pflgetheoretikerin Virginia Henderson (1964) besteht die Hauptaufgabe von Pflegekräften darin, alle Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten zu erkennen. Nur wenn alle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten vom Pflegepersonal erkannt und erfüllt sind, kann auch die Lebensqualität in der letzten Lebensphase gesichert, d.h. erhalten und auch verbessert werden (Donnelly, et al., 2018).

Darüber hinaus kann die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern durch eine geeignete psychosoziale Betreuung vermindert werden, da die gute psychosoziale Betreuung auch zur Linderung körperlicher Symptome beitragen kann. Damit können auch die Kosten des Gesundheitssystems und der Krankenhäuser stark reduziert werden (Legg, 2011).

1.2. Palliative Care

In diesem Unterkapitel werden Definitionen, Hauptaufgaben und -ziele, die geschichtliche Entwicklung der Palliative Care (internationale und österreichische) sowie verschiedene Versorgungsangebote in Österreich in Bezug auf die Palliative Care genauer erklärt und beschrieben.

1.2.1. Begriffserklärung und Definition der Palliative Care

Das Wort „palliativ“ stammt aus dem lateinischen „*pallium*“ und bedeutet „Mantel, Hülle, Bedeckung“. Der englischsprachige Begriff „*care*“ bedeutet „Versorgung“ und stellt eine umfassende Fürsorge, Begleitung, Betreuung und Pflege von Patientinnen und Patienten dar (Feichtner, 2014, p. 16). Für „Palliative Care“ gibt es in der deutschen Sprache keinen eigenen Begriff, weshalb häufig nicht übersetzt und der englische Begriff verwendet wird (Radbruch & Payne, 2011, p. 219).

Die zwei zentralen Definitionen der Palliative Care sind die Definition der WHO (*World Health Organisation*) und die Definition der EHPC (*European Association for Palliative Care*).

Die WHO-Definition (*World Health Organisation*) beschreibt die Palliative Care als „ein[en] Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO, 2002).

Die EAPC-Definition (*European Association for Palliative Care*) unterscheidet sich sehr wenig von derjenigen der WHO (*World Health Organisation*):

„Palliativversorgung ist die aktive, umfassende Versorgung des Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle von Schmerzen,

anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel. Palliativversorgung ist interdisziplinär in ihrem Ansatz und umfasst den Patienten, die Familie und deren Umfeld. Palliativversorgung stellt somit das grundlegendste Konzept der Versorgung dar – dasjenige, das sich an den Bedürfnissen des Patienten [sic] orientiert, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten.“ (Radbruch & Payne, 2011, p. 219).

Die Hauptaufgaben und -ziele der Palliative Care wurden von der Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen definiert und beschrieben. Die Palliative Care:

„ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an, beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes, integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung, bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten, bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten [sic] und in der Trauerzeit, beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig, fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen, kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.“ (WHO, 2002).

1.2.2. Palliative Care vs. End-of-Life Care vs. Terminal Care

In Europa gibt es keine einheitlichen Fachbegriffe, wenn es um die Versorgung und Pflege von sterbenden Menschen geht. Das Wort „End-of-Life Care“ wird häufig als

ein Synonym für „Palliative Care“ (Palliativversorgung) und „Hospice Care“ (Hospizversorgung) verwendet und lässt sich als die „Versorgung am Lebensende“ verstehen, wobei diese durch eine fortschreitende und lebensbedrohende Erkrankung die Zeitspanne von 1 bis 2 Jahren umfasst (Radbruch & Payne, 2011, pp. 218-220).

Ein älterer Fachbegriff ist „Terminal Care“, der viel an Bedeutung verloren und heutzutage weniger verwendet wird. Er beschreibt die Betreuung in der allerletzten Phase der Erkrankung – einige wenige Tage vor dem Tod (Radbruch & Payne, 2011, p. 220).

P. Kaye (1996) definiert die Terminalphase als die Lebensphase, in der eine tägliche Verschlechterung eintritt und Sterbende unter Schwächen (oft ausgeprägten) wie Bettlägerigkeit, Appetitverlust und Organversagen leiden. Der Beginn der Terminalphase ist schwierig zu prognostizieren. Im Vordergrund steht das Wohlbefühl der Sterbenden (Sitte, 2015, p. 114).

1.2.3. Geschichte der Palliative Care

Das Wort „Hospiz“ lässt sich als „Raststätte“ für Sterbende verstehen, in der sterbende Menschen unter Beachtung der Würde und Selbstbestimmung gepflegt werden (Feichtner, 2014, p. 20). Der Begriff „Hospiz“ kommt vom lateinischen Wort „*hospitium*“, was „Gastfreundschaft, Herberge“ bedeutet (Pleschberger, 2017, p. 35).

Die Hospizgeschichte beginnt vor über 2000 Jahren mit einer Schülerin des heiligen Hieronymus, die in Rom eine Unterkunft für Pilgerinnen und Pilger eingerichtet hat (Pleschberger, 2017, p. 35). Die Leitung der Hospize wurde ab dem 4. Jahrhundert vor allem von christlichen Orden übernommen (Radbruch, et al., 2012, p. 5). Im Mittelalter wurden Hospize von gebildeten Mönchen und Nonnen geleitet und waren vor allem für erschöpfte, arme und kranke Menschen, meistens Pilgerinnen und Pilger vorgesehen. Die Kranken und Sterbenden wurden in Hospizen gepflegt und verbrachten dort oft die letzten Tage ihres Lebens. Eine systematische und organisierte Pflege und Versorgung sterbender Menschen wurde erstmals vom Priester Vinzenz von Paul (1581-1660) in Frankreich gegründet. Seine Hauptidee war menschenwürdige Bedingungen für das Leben und Sterben bedürftiger Menschen zu schaffen und zwar durch finanzielle Hilfe von wohlhabenden

Menschen („*Filles de la Charité*“) (Kränzle, 2011, p. 4). Im Jahr 1841 wurde in Frankreich das erste Hospiz eingerichtet, in dem ausschließlich sterbende Menschen betreut wurden (Radbruch, et al., 2012, p. 5). Am Ende des 19. Jahrhunderts hatte Mary Akinhead, Gründerin des Ordens der „*Irish Sisters of Charity*“, ein „erstes modernes“ Hospiz in ihrem eigenen Haus in Dublin gegründet, in welchem Sterbende von Schwestern dieses Ordens gepflegt und versorgt wurden. Einige dieser Schwestern haben im Jahr 1905 das St. Joseph Hospice in London eröffnet (Kränzle, 2011, p. 4).

Als offizieller Beginn der modernen Hospizbewegung gilt die Eröffnung des St. Christopher's Hospice im Jahr 1967. Dieses Hospiz wird noch heute als „die Mutter aller Hospize“ bezeichnet. Die Gründerin war Dr. Cicely Saunders, eine Krankenpflegerin, Sozialarbeiterin und Ärztin, die mehrere Jahre am St. Joseph's Hospice in London gearbeitet hatte. Die Versorgungsphilosophie und Finanzierung dieses Hauses unterschieden sich grundlegend von anderen palliativen Einrichtungen dieser Zeit. Die Hospizarbeit kann nur durch eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller im Team beteiligten Personen erfolgen. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit mit sterbenden Menschen waren nicht nur körperliche Schmerzen, sondern auch die Sorge und Ängste sterbender Patientinnen und Patienten. Dr. Cicely Saunders hat zur Hospizidee psychosoziale und spirituelle Dimensionen des Sterbens hinzugefügt, die für eine erfolgreiche Versorgung Sterbender eine ebenso große Rolle wie die Schmerzbehandlung selber spielt (Pleschberger, 2017, pp. 35-36).

In den 70er Jahren wurde die Entwicklung der Hospizbewegung und -idee in Amerika hauptsächlich durch die Arbeit der Schweizer Psychiaterin und Sterbeforscherin Dr. Elisabeth Kübler-Ross geprägt. Durch ihre Arbeit sorgte sie dafür, dass der Tod enttabuisiert wurde und sie widmete den größten Teil ihres Lebens der emotionalen Begleitung und Betreuung sterbender Menschen. Sie begann zuerst in Amerika und danach in vielen europäischen Ländern Workshops mit Sterbenden, die eine psychische Unterstützung brauchten, zu halten. „Leben bis zuletzt!“ ist der Leitgedanke, der durch Dr. Kübler Ross in die Hospizbewegung gebracht und stark geprägt wurde (Kränzle, 2011, p. 5).

1.2.4. Palliative Care- und Hospizentwicklung in Österreich

In Österreich erkannten einige wenige Personen in den 70er Jahren die Wichtigkeit einer organisierten Hospizbewegung. In den damaligen Pflegeausbildungen war der Umgang mit Sterbenden und Schwerkranken ein „tabuisiertes“ Thema. Der Hospizgedanke und der Begriff „palliativ“ waren in der österreichischen Gesellschaft weitgehend unbekannt. Doch dies änderte sich mit einem Seminar, das Dr. Kübler-Ross in Vorarlberg im Jahr 1982 hielt. Eine Teilnehmerin des Seminars war nämlich Isabella Benning, die durch das Seminar auf die Idee kam ein Hospiz zu gründen. Im Jahr 1983 gründete sie die „Arbeitsgemeinschaft Haus des Friedens“ in Wien, die eine helfende Gruppe war, mit dem Ziel, alte, schwer kranke und sterbende Menschen zu betreuen. In den 80er Jahren wurde über die Mängel in den Bereichen der Schmerztherapie, der Ethik und Kommunikation im Umgang mit Sterbenden häufiger diskutiert. Wegen dieser Mängel wurden medizinische Institutionen und das medizinische Personal in der Öffentlichkeit kritisiert. Als Ergebnis dieser Diskussionen und Kritik wurde im Jahr 1987 die Sektion der IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand) gegründet (Höfler, 2001, pp. 7-12). Im selben Jahr wurde begonnen Hospizarbeit ambulant durch das „Hospiz-Außenteam“ anzubieten. Die Haupteigenschaft des „Hospiz- Außenteams“ war eine interdisziplinäre (v.a. medizinische, pflegerische, pastorale) Zusammenarbeit aller relevanten Bereiche. Im Krankenhaus Göttlicher Heiland in Wien wurde im Jahr 1992 die erste Hospizstation in Österreich gegründet – das Hospiz St. Raphael. Ein wichtiges Datum in der Entwicklung der Hospizbewegung in Österreich, war der 6. September 1993, als die Gründung des Dachverbandes Hospiz Österreich erfolgte. Im Jahr 1998 wurde die OPG (Österreichische Palliativgesellschaft) gegründet, die sich seither mit der Ausbildung und Forschung im Bereich Palliative Care beschäftigt (Feichtner, 2014, pp. 24-25).

Durch die Unterstützung aller politischer Parteien und vieler Personen des öffentlichen Lebens erfolgte im Jahr 1993 in **Steiermark** die Gründung des Hospizvereins Steiermark. Im Jahr 1998 wurde die erste Palliativstation im Krankenhaus der Elisabethinen in Graz eingerichtet. (Höfler, 2001, p. 23). Mit dem Ziel die Betreuung schwerkranker Menschen zu fördern, kam es im Mai 2002 zur Eröffnung eines modernen Hospizes in Graz – das Albert Schweizer Hospiz (GGZ-Graz).

1.2.5. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Seit 2004 hat Österreich ein Konzept der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, das von der GÖG/ÖBIG und in Kooperation mit dem Dachverband HOSPIZ Österreich und mit der Österreichischen Palliativgesellschaft entwickelt wurde (Gesundheit Österreich GmbH, 2014, p. 4).

Das Modell der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung umfasst eine Grundversorgung in der Hospiz- bzw. Palliativpflege, sowie eine Versorgung, die durch spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen erfolgt (siehe Abbildung 1) (Gesundheit Österreich GmbH, 2014).

Hospiz- und Palliativversorgung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akut- bereich	Krankenhäuser		Palliativ- konsiliardienste
			Palliativ- stationen
Langzeit- bereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen	Hospizteams	Stationäre Hospize
Familien- bereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)- Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutin- nen/Therapeuten ...		Tageshospize
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Abbildung 1: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Das spezialisierte Versorgungsangebot umfasst sechs Formen:

1. Palliativstationen

Palliativstationen sind eigenständige Stationen innerhalb von einem Akutkrankenhaus, die auf palliative Versorgung von Patientinnen und Patienten spezialisiert sind. Die Zielgruppe sind diejenigen Patientinnen und Patienten, die

aufgrund ihrer schweren und komplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Symptomatik zu Hause oder in anderen Einrichtungen nicht adäquat versorgt werden können. In Bezug auf psychosoziale Aspekte der Krankheit, mit denen die Mehrheit von Palliativpatientinnen und -patienten konfrontiert ist, bieten solche Stationen eine patientenorientierte und ganzheitliche Pflege an, die u.a. eine psychosoziale, spirituelle und psychotherapeutische Betreuung umfasst.

2. Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind palliative Einrichtungen, die auf eine längerfristige Versorgung von schwerkranken Menschen bis zu ihrem Tod spezialisiert sind und eine eigene Organisationsstruktur haben. Die Zielgruppe sind palliative Patientinnen und Patienten, bei denen eine Versorgung im Krankenhaus nicht erforderlich, aber eine Versorgung und Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim aufgrund ihrer schweren Krankheitssituation nicht möglich ist. Stationäre Hospize bieten auch psychosoziale Begleitung und Betreuung von Schwerkranken sowie verschiedene soziale Aktivitäten an.

3. Tageshospize

Tageshospize sind v.a. auf die Versorgung von mobilen/transportfähigen Palliativpatientinnen und -patienten tagsüber orientiert. Um den Tag zu gestalten und einer sozialen Isolation Betroffener vorzubeugen, bieten Tageshospize spezielle psychosoziale und therapeutische Angebote an.

4. Palliativkonsiliardienst

Der Palliativkonsiliardienst ist ein multiprofessionell gestaltetes Team und wird v.a. für betreuendes ärztliches Personal und Pflegepersonal in Krankenhäusern/Ambulanzen angeboten. Palliativkonsiliardienste bieten Beratung, Unterstützung und Hilfestellung in verschiedenen komplexen Betreuungssituationen an.

5. Mobiles Palliativteam

Mobile Palliativteams versorgen palliative Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen oder zu Hause. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von betreuenden Personen der Palliativpatientinnen und -patienten (Ärzte, Pflegepersonal, Betreuungspersonen). Wenn nötig, bieten sie fachliche Expertise im Bereich der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer

-alen Begleitung.

6. Hospizteam

Das Hospizteam wird in stationären Bereichen, sowie zu Hause angeboten. Der Fokus liegt auf psychosozialer und emotionaler Entlastung von Palliativpatientinnen und -patienten und deren Angehörigen. Ein weiteres Angebot der Hospizteams ist die Trauerbegleitung von Angehörigen (Gesundheit Österreich GmbH, 2014).

1.3. Definitionen

In diesem Unterkapitel wird auf Begriffe und Definitionen eingegangen, die zu einem besseren Verständnis des vorliegenden Themas bzw. der vorliegenden Problematik führen sollen.

1.3.1. Psychosoziale Bedürfnisse und psychosoziale Begleitung

Das Wort „Bedürfnis“ ist nach Definition von F.B.W. von Hermanns (1870) „ein subjektiver oder objektiver Mangelzustand, ein Gefühl oder Bewusstsein eines Mangels, welcher den Gang des Lebens beengt, behindert, gefährdet, verbunden mit dem Streben demselben abzuhelpfen“ (Toepfer, 2011, p. 156).

Der US-amerikanische Psychologe A. Maslow hat ein bekanntes Modell der Bedürfnishierarchie (die sog. Maslowsche Bedürfnispyramide) entwickelt. Die Maslowsche Bedürfnispyramide hat sechs Ebenen:

1. Ebene: „Physiologische Bedürfnisse“ sind z.B. Hunger, Durst, Sexualität,
2. Ebene: „Sicherheitsbedürfnisse“ sind Bedürfnisse nach Sicherheit, Ordnung oder Schutz,
3. Ebene: „Zugehörigkeits- und Liebesbedürfnisse“ – Bedürfnis nach sozialen Beziehungen (Familie, Freunde, Gesellschaft, usw.),
4. Ebene: „Wertschätzungs- und Geltungsbedürfnis“ – umfasst zum einen den Wunsch nach Stärke oder Leistung und zum anderen das Bedürfnis nach Ruhm, Macht sowie Status,
5. Ebene: „Selbstverwirklichungsbedürfnis“ oder auch „Wachstumsbedürfnis“ – das Bedürfnis nach persönlicher Entwicklung
6. Ebene: „Transzendenz“ umfasst spirituelle Bedürfnisse eines Menschen.

Die ersten vier werden als sogenannte „Grundbedürfnisse“ oder auch „Defizitbedürfnisse“ bezeichnet (Maslow, 1981, pp. 66-74).

Radebold et al. (1997) beschreibt das Wort „psychosozial“ als einen starken Zusammenhang zwischen Menschen und ihrer sozialen und soziokulturellen Umwelt. „Psychosozial“ bezeichnet eine starke Verknüpfung zwischen psychischen und sozialen Aspekten eines Menschen (1997, p. 18).

Der National Council for Hospice and Specialist Care Services betont, dass die psychosoziale Begleitung „alle Bereiche, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden des Betroffenen und seiner Angehörigen beitragen, inklusive Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, Kommunikation, soziale und finanzielle Belange und Beziehungen zu anderen.“, umfasst (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services , 1997).

Die psychosoziale Begleitung ist gemäß DHPV (Deutscher Hospiz- und Palliativverband) eine der vier Säulen der Hospizarbeit. Der DHPV beschreibt die psychosoziale Betreuung/Begleitung als „umfassende emotionale Unterstützung des sterbenden Menschen und seiner An- und Zugehörigen, indem man ihnen beim Erleben und Verarbeiten der Gefühle, die in Zusammenhang mit der Erkrankung und dem bevorstehenden Tod auftauchen, zur Seite zu steht.“.

1.3.2. Psychosozialer Di(stress)

Gemäß Gattermann (2006) wird der Begriff „Stress“ als ein „durch exogene und endogenen Faktoren ausgelöster Belastungszustand, der sich in einer Vielzahl von miteinander gekoppelten spezifischen und unspezifischen physiologischen Anpassungsreaktionen äußert, die von Verhaltensänderungen begleitet werden.“, definiert (Gattermann, 2006, p. 311).

Vom NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) wurde psychosozialer „Distress“ (sog. negativer Stress) als „ein breites Spektrum von unangenehmen emotionalen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art, die von normalen Gefühlen der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spirituellen Krisen reichen.“, definiert (Holland, et al., 2010, p. 450).

1.4. Total-Pain Modell von Cicely Saunders

Cicely Saunders hat schon in den frühen 1960ern den Begriff „*Total Pain*“ in die

Palliative Care eingeführt und stark geprägt. Dieser Begriff umfasst zwei wesentliche Aspekte, die für eine erfolgreiche Palliativversorgung/Palliative Care von gleichergroßer Bedeutung sind – mit Patientinnen und Patienten im Gespräch sein und für eine gute Symptomkontrolle sorgen. Das bedeutet, dass Patientinnen und Patienten in der Palliative Care nicht nur unter Schmerzen und anderen somatischen Symptomen leiden, sondern dass sie auch oft andere Beschwerden haben und oft seelische, soziale und spirituelle Not äußern (Frick & Anneser, 2017, p. 349). Gemäß der Definitionen der psychosozialen Begleitung und Betreuung stehen die psychischen, emotionalen, sozialen sowie spirituellen Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen und Patienten im Vordergrund der psychosozialen Begleitung und Betreuung (siehe Kapitel 1.3.1., S.10).

Die Cicely Saunders Beschreibung von „*Total Pain*“ stammt aus einem Gespräch, das sie mit einer Patientin geführt hatte:

„Well doctor, it began in my back but now it seems that all of me is wrong‘. She spoke of several other symptoms and went on – ‘I could have cried for the pills and the injections but I knew I mustn’t. Nobody seemed to understand how I felt and it was as if the world was against me. My husband and son were marvellous, but they were having to stay off work and lose their money. But it’s wonderful to begin to feel safe again‘. Physical, emotional and social pain and the spiritual need for security, meaning and self-worth, all in one answer. Such a holistic approach will enable the dose of opioid to remain between each patient’s own effective and sedative levels while regular giving enables constant control of the almost invariably constant pain.“ (Saunders & Clark, 2006, p. 253).

Im Unterschied zu psychosomatischen Modellen, die entweder auf psychischen oder körperlichen Leiden basieren, fokussiert sich das Total Pain Modell auf die Multidimensionalität des Leidens. Nach diesem Konzept kann das Leiden eines schwerkranken Menschen auf vier Ebenen betrachtet werden – auf der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene (siehe Abbildung 2) (Gerhard, 2015, p. 16).

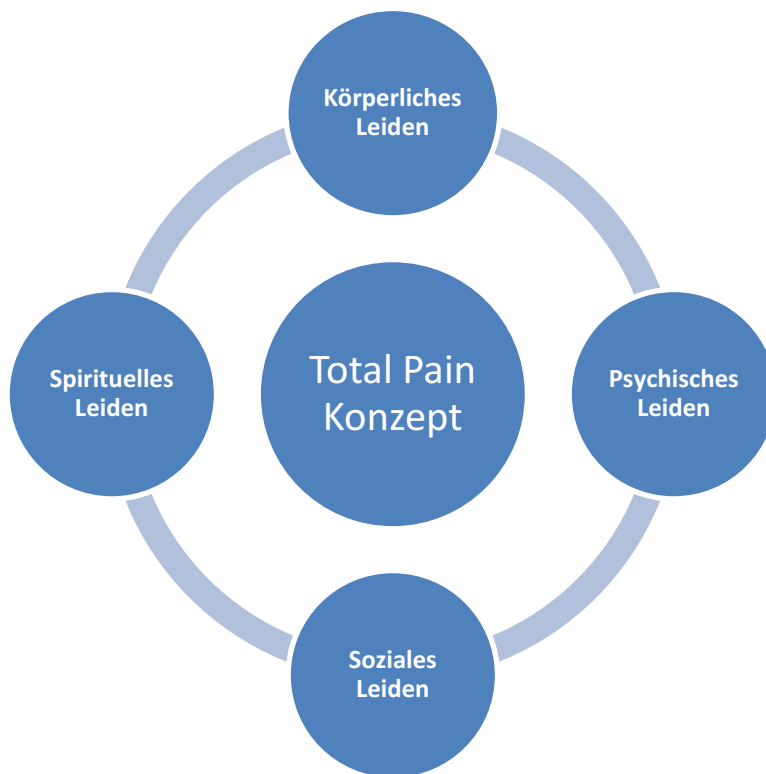


Abbildung 2: Ebenen des Total-Pain-Modells von Cicely Saunders

1.5. Pflegerelevanz des Themas

Die Palliativversorgung beinhaltet die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankung, die das Ziel haben, die Lebensqualität zu verbessern u.a. durch vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase, sowie durch Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod (GuKG, 2018).

Innerhalb der Palliativpflege hat die psychosoziale Begleitung von Patientinnen und Patienten eine ebenso große Bedeutung wie die medizinische Schmerz- und Symptomkontrolle. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der guten Palliativversorgung und kann zur Linderung somatischer (körperlicher) Symptomen sterbender Menschen beitragen (Donnelly, et al., 2018).

Das Pflegepersonal hat eine wichtige und entscheidende Rolle in der Palliativversorgung. Die wesentlichen Aufgaben des professionellen Pflegepersonals in der Palliativpflege sind psychosoziale Betreuung und emotionale Unterstützung von schwerkranken und sterbenden Personen (Skilbeck & Payne,

2003). Das Pflegepersonal bietet die psychosoziale Unterstützung, um therapeutische Beziehungen aufzubauen. Diese Beziehungen werden vor allem durch emotionale, psychologische, soziale und spirituelle Versorgung aufgebaut. (Legg, 2011).

Nur durch eine ganzheitliche Pflege, in der die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt und respektiert werden, können verschiedene Belastungen der Patientinnen und Patienten am Lebensende reduziert werden, womit die Lebensqualität (*QOL*) steigt (Detering, et al., 2010).

1.6. Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist psychosoziale Bedürfnisse von Menschen in der End-of-Life Care zu identifizieren sowie sie genauer zu beschreiben, um damit ein tieferes Verständnis für diese Patientinnen- und Patientengruppe und ihre psychosozialen Bedürfnisse zu gewinnen. Diese Arbeit soll damit als Hilfestellung für Pflegepersonal dienen und die Wichtigkeit der psychosozialen Betreuung und Begleitung schwer kranker und sterbender Patientinnen und Patienten hervorheben. Aus der vorliegenden Arbeit können auch mögliche Implikationen für die Pflegepraxis und eventuelle Empfehlungen für Forschung abgeleitet werden.

Die Fragestellung lautet daher wie folgt: „Welche psychosozialen Bedürfnisse haben Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care?“

Anhand einer Literaturreview wird der aktuelle Wissenstand über die psychosozialen Bedürfnisse und Probleme sterbender Menschen beschrieben.

2. METHODENTEIL

In diesem Kapitel wird das Design der Bachelorarbeit sowie der genaue Prozess der Literaturrecherche näher dargestellt.

2.1. Design

Zur Beantwortung der oben genannten Fragestellung wurde eine Literaturreview durchgeführt, die nach Polit & Beck (2017) als eine kritische Zusammenfassung eines für die Forschung relevanten Themas definiert wird. Diese Vorgehensweise wurde ausgewählt, um das Wissen aus vorhandener Literatur darzustellen und eventuelle Forschungslücken aufzuzeigen. Die Basis der Literaturreview stellt die Literaturrecherche dar, auf die im Folgenden eingegangen wird.

2.2. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche hat im Oktober und November 2018 stattgefunden. Eine systematische Literaturrecherche wurde in den medizinischen Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Anschließend wurde die Literaturrecherche mit der Internetsuche in der Suchmaschine Google Scholar erweitert.

Die Datenbankrecherche erfolgte mittels der Schlüsselwörter (engl. *Keywords*) „*psychosocial need/s*“, „*psychosocial issue/s*“, „*psychosocial support*“, „*psychosocial aspects of illness*“, „*end-of-life*“, „*palliative*“, „*terminal*“, „*terminal care*“, „*terminally ill patients*“ und „*dying*“. Um eine passende Suchstrategie zu finden, wurden Schlüsselwörter durch die Booleschen Operatoren "AND" und "OR" verknüpft. Bei der Literatursuche in der Datenbank CINAHL wurden die sogenannten „*CINAHL Headings*“ verwendet, die Schlagwörter darstellen, die den Inhalt eines Textes beschreiben und die Artikeln in der Datenbank systematisch von Fachexpertinnen und Fachexperten zugeordnet werden. Den gleichen Nutzen wie „*CINAHL Headings*“ haben auch die sogenannten „*MeSH-Terms*“, die bei der Literatursuche in der Datenbank PubMed zusätzlich verwendet wurden. Durch ihre Verwendung wurden aber keine Literaturquellen gefunden. Deshalb erfolgte die Literaturrecherche in der Datenbank PubMed ausschließlich mittels der oben genannten Schlüsselwörter (siehe Tabelle 1).

Folgende Beschränkungen/Filter wurden in den Datenbanken eingesetzt:

1. Publikationsdatum: 10 Jahre (2008-2018)
2. Sprache: Englisch und Deutsch.

Die in den Datenbanken PubMed und CINAHL verwendeten Suchanfragen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken

PubMed	("psychosocial need*" OR "psychosocial issue*" OR "psychosocial support" OR "psychosocial aspect*") AND ("end-of-life" OR palliative* OR terminal* OR dying)
CINAHL	((MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Psychosocial Aspects of Illness")) AND ((MH "Terminal Care") OR (MH "Terminally Ill Patients"))

Zusätzlich wurde auch eine Handsuche in den Referenzenlisten der relevanten Studien durchgeführt. Auf diese Weise wurden aber keine zusätzlichen und für diese Arbeit relevanten Quellen gefunden.

Alle Studien, die sich mit psychosozialen Bedürfnissen und Problemen von palliativen Patientinnen und Patienten am Lebensende (*End-of-Life Care*) befassen, wurden in diese Arbeit eingeschlossen. Aufgrund von Mangel an Literatur, die sich ganz konkret auf psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care befassen, wurden auch diejenigen Studien berücksichtigt, die palliative Patientinnen und Patienten, die nicht am Lebensende sind, als Studienteilnehmende inkludieren (d.h. unabhängig von der Phase der Palliative Care). Die Studien, deren Hauptfokus auf physiologischen (körperlichen) Bedürfnissen und Problemen der Betroffenen liegt, wurden ausgeschlossen.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden nach der Entfernung von Duplikaten und nach dem Titel-, Abstract- und letztendlich Volltextscreening neun Studien inkludiert. Die genaue Literaturrecherche wird mit dem PRISMA-Flowchart dargestellt (siehe Abbildung 3).

Im Anschluss wurden die neun relevanten Studien mittels standardisiertem Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) auf ihre Qualität überprüft (siehe Anhang, S. 47). Die zu bewertenden Kategorien des Bewertungsbogens sind:

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Zusammenfassung und Titel | 3. Methode und Daten |
| 2. Einleitung und Ziel | 4. Sampling |

- 5. Datenanalyse
- 6. Ethik und Bias
- 7. Ergebnisse
- 8. Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit
- 9. Implikation und Nutzbarkeit

Für jede Kategorie konnten 4-0 Punkte (Stufen: *Good, Fair, Poor, Very Poor, Lower scores = poor quality*) vergeben werden, d.h. jede Studie konnte maximal 36 Punkten erreichen. In die Literaturreview wurden all jene Studien eingeschlossen, die bei der Bewertung über 60% der Gesamtpunkteanzahl erreichten.

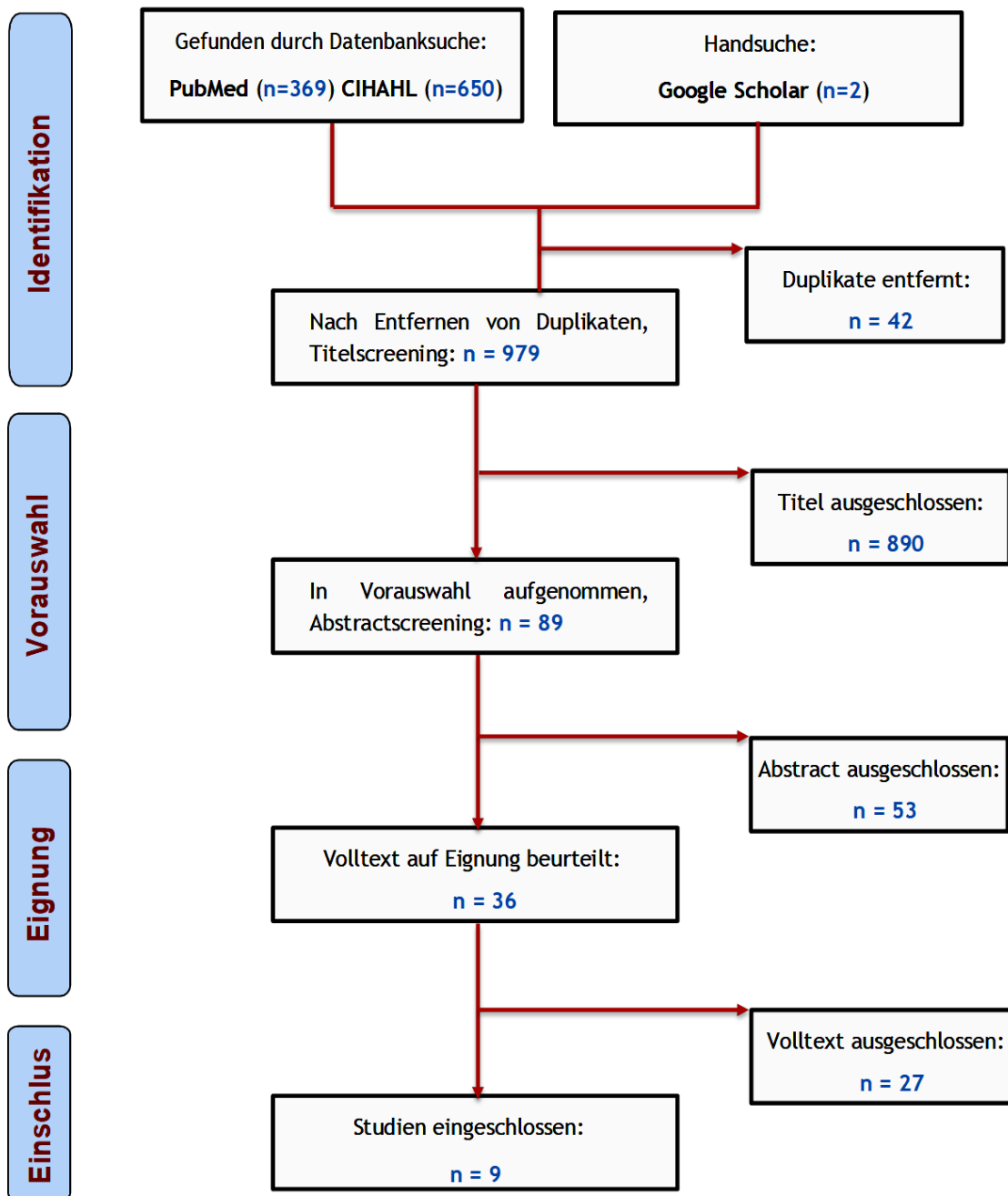


Abbildung 3: Literaturrecherche (PRISMA-Flowchart)

3. ERGEBNISTEIL

Die Charakteristika und Ergebnisse der neun ausgewählten Studien werden in diesem Kapitel näher dargestellt. Gemäß der Definition der psychosozialen Begleitung und Betreuung wurden die Ergebnisse in zwei Bereiche unterteilt: psychische/emotionale Bedürfnisse und soziale Bedürfnisse (Kommunikation, Familie, Ort des Sterbens und finanzielle Bedürfnisse). Im dritten Teilbereich wird auf spirituelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen. Die zur Datenerhebung verwendeten Instrumente werden im vierten Teilbereich dieses Kapitels dargestellt und genauer erklärt.

3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien/Übersichtstabelle

Die wichtigsten Charakteristika der ausgewählten Studien sind in der Übersichtstabelle aufgelistet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autoren/Land/Jahr	Titel	Ziel der Studie	Design/Datenerhebung	Setting/Population
<p>1.</p> <p>Mithrasan, AT; Parasuraman, G; Iyer, RH & Varadarajan, S</p> <p>(2018)</p> <p>Indien</p>	<p>Psychosocial problems and needs of patients in palliative care center</p>	<p>Das Ziel der Studie ist, die psychosozialen Probleme von Patientinnen und Patienten in einem Palliative Care Zentrum in Indien zu identifizieren.</p>	<p>Querschnitts-Design</p> <p>Der durch die Autorinnen und Autoren modifizierte <i>Problems and Needs in Palliative Care (PNPC)</i> Fragebogen</p> <p>Face-to-Face Interviews</p>	<p>Setting: Jeevodaya Hospice Care Centre, Chennai, Indien</p> <p>Stichprobe: Krebspatientinnen und -patienten n = 60 (30 Männer und 30 Frauen)</p> <p>Alter: 3 Altersgruppen</p> <p>1. <40 Jahre: n = 8 (13,3%) 2. 40-59 Jahre: n = 42 (70%) 3. >60 Jahre: n = 10 (16,7%)</p>
<p>2.</p> <p>Israel, KC; Baruiz, CP & Solis, SH</p> <p>(2016)</p> <p>Philippinen</p>	<p>Psychosocial needs and their determinants among patients with cancer</p>	<p>Das Ziel der Studie ist, informative, emotionale, Bedarf an Unterstützung und praktische Bedürfnisse von Krebspatientinnen und -patienten zu bestimmen.</p>	<p>Querschnitt-Design</p> <p>Der zur Datensammlung verwendeten Fragebogen besteht aus drei Kategorien:</p> <p>1. Kategorie zur Erhebung soziodemographischer Daten</p> <p>2. Kategorie, zur Erhebung der Daten über den Krankheitszustand/die Krankheitssituation</p> <p>3. Kategorie – Der modifizierte <i>Psychosocial Needs Inventory (PNI)</i> Fragebogen, in der psychosoziale Bedürfnisse erhoben wurden.</p>	<p>Setting: Cancer Center of Davao Regional Medical Center in Tagum City, Philippinen</p> <p>Stichprobe: Ambulant behandelte Krebspatientinnen und -patienten n = 116 (34 Männer und 82 Frauen)</p> <p>Durchschnittsalter: 50,28 Jahre (± 10,28 Jahre)</p> <p>Durchschnittliche Zeit seit der Diagnosestellung: 19,10 Monate (± 18,33 Monate)</p> <p>Krebsstadium: Stadium II: 25% Stadium III: 36,21% Stadium IV: 38,79%</p>

Autoren/Land/Jahr	Titel	Ziel der Studie	Design/Datenerhebung	Setting/Population
<p>3.</p> <p>Elsner, F; Schmidt, J; Rajagopal, MR; Radbruch, L & Pestinger, M</p> <p>(2012)</p> <p>Deutschland/Indien</p>	<p>Psychosocial and spiritual problems of terminally ill patients in Kerala, India</p>	<p>Das Ziel der Studie ist, psychosoziale und spirituelle Probleme terminaler Patientinnen und Patienten in Kerala (Indien) herauszufinden.</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen</p>	<p>Setting:</p> <p>1. Trivandrum Institute of Palliative Sciences Palliative Care Clinic in Trivandrum, Kerala</p> <p>2. zu Hause</p> <p>Stichprobe:</p> <p>Terminalerkrankte Patientinnen und Patienten n = 37 (15 Männer und 22 Frauen)</p> <p>Durchschnittsalter: 56,5 Jahre</p> <p>Häufigste Diagnose:</p> <p>Brustkarzinom: n = 13</p> <p>Kopf- und Halskrebs: n = 8</p>
<p>4.</p> <p>Fitri, S; Maneewat, K & Sangchan, H</p> <p>(2017)</p> <p>Thailand</p>	<p>Psychosocial Needs among Indonesian Women Diagnosed with Breast Cancer</p>	<p>Das Ziel der Studie ist, die psychosozialen Bedürfnisse zu untersuchen und festzustellen, inwieweit sie bei indonesischen Frauen mit Brustkrebs unerfüllt bleiben.</p>	<p>Deskriptive Querschnittstudie</p> <p>Der <i>Psychosocial Needs Inventory (PNI)</i> Fragebogen</p>	<p>Setting:</p> <p>Hasan Sadikin General Hospital, Bandung, West Java</p> <p>Stichprobe:</p> <p>n = 132</p> <p>1) onkologische Abteilung: chemotherapy unit n = 115 radiotherapy unit n = 16 und</p> <p>2) chirurgische Abteilung n = 8</p> <p>Durchschnittsalter: 48,64 Jahre (SD = 9,56)</p> <p>Durchschnittliche Zeit seit der Diagnosestellung: 10,94 Monate (SD = 9,79, min-max = 2-48)</p>

Autoren/Land/Jahr	Titel	Ziel der Studie	Design/Datenerhebung	Setting/Population
<p>5.</p> <p>Mahendran, R, Lim, HA; Chua, J; Lim, SE & Kua, EH</p> <p>(2017)</p> <p>Singapur</p>	<p>Psychosocial concerns of cancer patients in Singapore</p>	<p>Diese Studie hat als Ziel, die psychosozialen Bedürfnisse und Belastungen von neu diagnostizierten Krebspatientinnen und -patienten zu identifizieren</p>	<p>Querschnittsstudie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Distress Thermometer (<i>DT</i>) + Problemliste (<i>Problem List, PL</i>) 2. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (<i>HADS</i>) 3. <i>EuroQol Quality of Life Scale (EQ-5D)</i> 	<p>Setting: Hematology-Oncology Clinic at the National University Cancer Institute, Singapore</p> <p>Stichprobe: Krebspatientinnen und -patienten n = 54 (Männer n = 10, Frauen n = 44)</p> <p>Alter: 6 Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 21-30 Jahre: n = 2 (4%) 2. 31-40 Jahre: n = 6 (11%) 3. 41-50 Jahre: n = 24 (44%) 4. 51-60 Jahre: n = 13 (24%) 5. 61-70 Jahre: n = 8 (15%) 6. >71 Jahre: n = 1 (2%)
<p>6.</p> <p>Rainbird, K; Perkins, J; Sanson-Fisher, R; Rolfe, I & Anseline, P</p> <p>(2009)</p> <p>Australien</p>	<p>The needs of patients with advanced, incurable cancer</p>	<p>Diese Studie hat das Ziel, die Prävalenz unerfüllter Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten mit einem fortgeschrittenen, unheilbaren Krebs, die keine formale Palliativversorgung erhalten, zu untersuchen.</p>	<p>Quantitative Studie</p> <p><i>Needs Assessment for Advanced Cancer Patients (NA-ACP)</i></p> <p>Zusätzliche Fragen (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhielt die Patientin/der Patient von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt Informationen über die Lebenserwartung 2. Persönliche Vorstellung in Bezug auf die Lebenserwartung 	<p>Setting: Zu Hause</p> <p>Stichprobe: Krebspatientinnen und -patienten n = 246 (115 Männer und 131 Frauen)</p> <p>Lebenserwartung: <2 Jahre</p> <p>Durchschnittsalter: 61 Jahre (27-89 Jahre, SD = 11,9)</p> <p>3 häufigste Krebsarten: Brustkarzinom: n = 59 Dickdarmkarzinom: n = 47 Lungenkarzinom: n = 26</p>

Autoren/Land/Jahr	Titel	Ziel der Studie	Design/Datenerhebung	Setting/Population
<p>7.</p> <p>Fitch, MI & Steele, R</p> <p>(2010)</p> <p>Kanada</p>	Supportive care needs of individuals with lung cancer	Das Ziel dieser Studie ist, eine Bandbreite von physischen, emotionalen, sozialen, spirituellen, psychischen und praktischen Bedürfnissen bei Lungenkrebspatientinnen und -patienten zu identifizieren.	<p>Deskriptive Querschnittstudie</p> <p>Strukturierte Interviews</p> <p>Selbstbeurteilungsfragebogen:</p> <p>Der erste Teil besteht aus acht Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsniveau, Krebsart, Zeit der Diagnosestellung, erhaltene Therapie, aktuelle Therapie, etc.</p> <p>Der zweite Teil ist eine adaptierte Version des <i>Supportive Care Needs Survey (SCNS)</i>.</p>	<p>Stichprobe:</p> <p>n = 86 (Männer 34, Frauen n = 49, fehlende Daten n = 3)</p> <p>Alter:</p> <p>3 Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> <45 Jahre: n = 6 45-65 Jahre: n = 37 >65 Jahre: n = 43 <p>Die Zeit seit der Diagnosestellung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <1 Jahr: n = 24 1-2 Jahre: n = 31 >2 Jahre: n = 31
<p>8.</p> <p>Sampson, C; Finlay, I; Byrne, A; Snow, V & Nelson, A</p> <p>(2014)</p> <p>Großbritannien</p>	The practice of palliative care from the perspective of patients and carers	Das Ziel dieser Studie ist es, die wesentlichen Elemente für eine optimale palliative Versorgung aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie von pflegenden Angehörigen zu erläutern.	<p>Qualitative Studie</p> <p>Der Fragebogen (9 <i>set questions</i>)</p> <p>Freitextantworten (<i>free text box</i>)</p>	<p>Stichprobe:</p> <p>n = 594</p> <ol style="list-style-type: none"> 2/3 palliative Patientinnen und Patienten 1/3 pflegende Angehörige
<p>9.</p> <p>Donnelly, S; Prizeman, G; Coimín, DÓ; Korn, B & Hynes G</p> <p>(2018)</p> <p>Irland</p>	Voices that matter: end-of-life care in two acute hospitals from the perspective of bereaved relatives	Das Ziel dieser Studie ist, aus der Perspektive von Verwandten und Freunden verstorbener Patientinnen und Patienten, Daten über die Pflegeerfahrungen zu sammeln, damit eine bessere pflegerische Versorgung am	<p>Deskriptive quantitative Studie</p> <p>Datensammlung von Verwandten und Freunden verstorbener Patientinnen und Patienten - retrospektiv, per Post</p> <p><i>VOICES MaJam questionnaire</i> – eine adaptierte Version des</p>	<p>Setting:</p> <p>2 Akutkrankenhäuser, Irland</p> <p>Stichprobe:</p> <p>Angehörige und Freunde verstorbener Patientinnen und Patienten n = 268</p> <ol style="list-style-type: none"> Kinder verstorbener Patientinnen und Patienten 44,3% (n = 117)

Autoren/Land/Jahr	Titel	Ziel der Studie	Design/Datenerhebung	Setting/Population
		Lebensende gewährleistet werden kann.	VOICES (<i>Views of informal Carers – Evaluation of Service</i>) questionnaire	<p>2. Gatte 18,9% (n = 50), Gattin 13,6% (n = 36) – inkl. Lebensgefährte</p> <p>Frauen n = 201, Männer n = 67</p> <p>Alter: >60 Jahre: 40,7% (n = 108)</p> <p>Die Länge des Krankenhausaufenthaltes verstorbener Patientinnen und Patienten:</p> <p>2 Tage – 2 Woche : 28,8% (n = 74)</p> <p>>2 Monate: 20,2% (n = 52)</p>

3.2. Psychische/Emotionale Bedürfnisse

In der Studie von Elsner et al. (2012) wurden mittels semistrukturierter qualitativer Interviews psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse und Probleme von 37 terminalkranken Patientinnen und -patienten in der indischen Stadt Kerala durchgeführt. Die Interviews fanden am *Trivandrum Institute of Palliative Sciences* in Kerala, sowie in den Patientinnen- und Patientenhäusern in der näheren Umgebung statt.

Die Emotionen der Patientinnen und Patienten ließen sich bei Elsner et al. (2012) in den Kategorien „Gefühl, von der Welt getrennt zu sein“, „Gefühl der Nutzlosigkeit“, „Todeswunsch“ und „verschiedene Ängste“ zusammenfassen.

Eine 50-jährige Frau erzählte von ihrem „Gefühl, von der Welt getrennt zu sein“. Gequält von der Tatsache, bettlägerig zu sein, sagte sie hoffnungslos, dass ihr einziger Wunsch darin bestehe, ihr Bett zu verlassen, nach draußen zu gehen und einen Blick auf die Welt außerhalb ihres Zimmers zu werfen. Überwältigt von diesem Wunsch konnte sie selten über etwas anderes reden und wiederholte ihr Begehren mit der Außenwelt in Kontakt zu treten mehrmals während des Interviews (Elsner, et al., 2012).

Mehrere Patientinnen und Patienten in dieser Studie äußerten den „Wunsch zu sterben“. Einige Patientinnen und Patienten warten auf ihren Tod und akzeptieren ihre Krankheit, einige hatten bereits Selbstmordversuche unternommen, während wiederum andere gerne Selbstmord begangen hätten, aber nicht in der Lage waren, es zu tun: *„Was kann ich tun? Ich kann nichts tun. Ich will so schnell wie möglich sterben. Wenn ich aufstehen könnte, würde ich Selbstmord begehen. Was würdest du tun, wenn du an den Tod denkst? Und was kann ich tun?“* sagte eine Teilnehmerin (Elsner, et al., 2012).

Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in der Studie von Elsner et al. (2012) berichteten auch von negativen Emotionen wie das „Gefühl der Nutzlosigkeit“ und verschiedenen Ängsten, wie die „Angst vor der eigenen Zukunft“. Diese Emotionen waren stark mit den krankheitsbedingten Einschränkungen der Patientinnen und Patienten verbunden.

Genauso wie die Studie von Elsner et al. (2012), hat auch die Querschnittstudie von Mithrasan et al. (2018) das Ziel, die häufigsten psychosozialen Probleme und

Bedürfnisse von Palliativpatientinnen und -patienten zu untersuchen, um herauszufinden, wie die Gesundheitsfürsorge am besten modifiziert werden kann, um eine bessere palliative Versorgung terminaler Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Diese Studie wurde mit 60 palliativen Krebspatientinnen und -patienten im *Jeevodaya Hospice Care Centre* in Chennai in Indien durchgeführt. Zur Datensammlung wurde ein Fragebogen über Probleme und Bedürfnisse in der Palliative care (modifizierte Version von *Problems and Needs in Palliative Care questionnaire - PNCP*) verwendet.

Diese Studie hat gezeigt, dass bei 96,7% der Palliativpatientinnen und -patienten „depressive Stimmung“ unter allen psychosozialen Belastungen am häufigsten vorkommt. Ungeachtet des Geschlechts tritt depressive Stimmung tagsüber auf. Dazu gehören Gefühle der anhaltenden Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, schlechtes Selbstwertgefühl, der Drang zu Weinen, usw. Von denjenigen, die depressive Stimmung ausgedrückt hatten, empfanden 44,8% sie als ein ernsthaftes und belastendes Problem.

Das zweithäufigste psychosoziale Problem in der Studie von Mithrason et al. (2018) ist die „Angst vor einer Metastasenbildung“ (95%) und es wurde von 75,5% der Patientinnen und Patienten als ein schwerwiegendes Problem empfunden. Die „Unvorhersehbarkeit der Zukunft“ als dritthäufigstes Problem (93,3%) wurde von 39,3% der palliativen Patientinnen und Patienten als eine äußerst bedrückende Last bezeichnet.

Obwohl nur 33,3% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer „Angst vor der Krebsbehandlung“ hatten, empfanden die meisten davon (55%) dies als Belastung. Die Hauptursache der Angst war die Chemotherapie, die Schmerzen beim Verbandswechsel, die Angst, Blut und andere Sekrete zu sehen, die Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit beim Auftreten der pilzbefallenen Geschwüre, usw. (Mithrason, et al., 2018).

Ähnliche Ergebnisse hat auch die Studie von Fitch & Steele (2010) geliefert. Das Hauptziel dieser deskriptiven Querschnittstudie war eine Bandbreite von physischen, emotionalen, sozialen, spirituellen, psychologischen und praktischen Bedürfnissen bei kanadischen Lungenkrebspatientinnen und -patienten zu identifizieren. Die Datensammlung wurde mithilfe einer adaptierten Version von *Supportive Care Needs Survey (SCNS)* Fragebogen durchgeführt. Dabei wurden

insgesamt 86 ambulant behandelte Patientinnen und Patienten interviewt. Die adaptierte Version des Fragebogens enthält 61 Items, die in sieben Kategorien gegliedert sind: *emotional* (11 Items), *informational* (9 Items), *physical* (11 Items), *practical* (7 Items), *psychological* (11 Items), *social* (5 Items) und *spiritual* (7 Items).

Diese Studie hat ergeben, dass „Depression/Niedergeschlagenheit“ (n=40), „Traurigkeit“ (n=35), „Nutzlosigkeit“ (n=34), „Angst“ (n=22), „Sorgen, dass die Resultate der Behandlung außerhalb der eigenen Kontrolle liegen“ (n=29) und „Angst vor der Behandlung“ (n=26) die sechs häufigsten emotionalen Probleme/Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sind.

„Angst vor der Bildung von Metastasen“ (n=58), „Angst, dass der Krebs wiederkommt“ (n=49), „Angst vor Schmerzen“ (n=44), „Angst vor körperlicher Behinderung oder Fortschreiten der Krankheit“ (n=34) und „Angst vor Verlust der Unabhängigkeit“ (n=29) sind die sechs häufigsten psychischen Belastungen von kanadischen Lungenkrebspatientinnen und -patienten (Fitch & Steele, 2010).

Das zentrale Ergebnis der Studie von Mahendran et al. (2017) ist, dass 82% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestimmte psychosoziale Bedürfnisse hatten. Davon hatten die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer Bedürfnisse, die zur emotionalen Kategorie gehören.

Diese Querschnittstudie wurde bei 54 neu diagnostizierten Krebspatientinnen und -patienten in einer hämatoonkologischen Klinik in Singapur durchgeführt. Das Distress Thermometer (DT) wurde zur Erhebung vom persönlichen Distress bei Krebspatientinnen und -patienten verwendet. Die sogenannte Problemliste (engl. *Problem List, PL*) diente der Bestimmung psychosozialer Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen. Insgesamt 34 Probleme sind in fünf Kategorien eingeteilt: *practical, family, emotional, spiritual/religious* und *physical problems*.

Unter den fünf am häufigsten berichteten Problemen in der Studie von Mahendran et al. (2017) sind vier der Kategorie „emotionale Bedürfnisse“, u.a. „Sorgen“ (46%), „Ängste“ (26%), „Nervosität“ (26%) und „Traurigkeit“ (24%) zugeordnet.

Im Unterschied zu den Studien von Mithrason et al. (2018) sowie Fitch & Steele (2010) ist die „depressive Verstimmung“ bei Patientinnen und Patienten in der Studie von Mahendran et. al (2017) nicht allzu stark ausgeprägt (15%).

In der Studie von Mahendran et al. (2017) wird hervorgehoben, dass Patientinnen

und Patienten mit mehreren psychosozialen Bedürfnissen, ein höheres *Distress-Level* sowie eine Angst-/Depressionssymptomatik aufweisen und dadurch auch eine schlechtere Lebensqualität haben (*quality of life, QOL*).

Die australische Studie von Rainbird et al. (2009) hat zum Ziel, die Prävalenz unerfüllter Bedürfnisse bei 246 Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krebserkrankung (Lebenserwartung > 3 Monate/< 2 Jahre) zu untersuchen. Der Fokus der Studie liegt auf Patientinnen und Patienten, die keine formale Palliativversorgung erhalten und im häuslichen Setting gepflegt werden. Um Daten zu sammeln, wurde die *Needs Assessment for Advanced Cancer Patients (NA-ACP)* – die sog. *Paper-and-Pencil* Befragung – angewandt. Der NA-ACP Fragebogen besteht aus insgesamt 132 „*need items*“, die in sieben Kategorien untergegliedert sind: *psychological, medical communication/information, daily living, symptom related, social, spiritual* und *financial needs*.

Die Studie von Rainbird et al. (2009) zeigt, dass 95% der Befragten bei einem oder mehreren psychosozialen Bedürfnissen einen gewissen Unterstützungsbedarf (gering, mittel oder hoch) hatten. Weiterhin berichteten 89% der Betroffenen, dass sie bei mindestens einem Bedürfnis einen mittleren oder hohen Unterstützungsbedarf hatten. Mehr als ein Drittel der Befragten berichtete von einem mittleren bis hohen Unterstützungsbedarf bei Bedürfnissen psychischer oder emotionaler Natur (39-40%). Von den 20 am häufigsten genannten Bedürfnissen bezogen sich 50% auf die psychologischen/emotionalen Bedürfnisse von Betroffenen und v.a. auf die „Bewältigung von Angst vor Bildung von Metastasen“ (40%), „Bewältigung von Frustration“, „dass man nicht in der Lage ist, die Dinge zu tun, die man früher getan hat/Verlust der Unabhängigkeit“ (40%) und „Sorgen über die Ängste und Sorgen der eigenen Familie“ (39%) (Rainbird, et al., 2009).

Auch bei Fitri et. al (2017) werden die emotionalen Bedürfnisse bei 73,5% der Teilnehmerinnen als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ bezeichnet, aber im Unterschied zu anderen Studien hatte die Kategorie „*emotional/spiritual needs*“ selten als unerfülltes Bedürfnis genannt (12,5%).

Die erlangten Erfahrungen von Kranken und pflegenden Angehörigen in Palliative Care-Einrichtungen sind von grundlegender Bedeutung für eine optimale pflegerische Versorgung (Sampson, et al., 2014). Das Ziel der Studie von Sampson

et al. (2014) war, die wesentlichen Elemente für eine optimale palliative Versorgung herauszufiltern, und zwar aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie pflegenden Angehörigen. Die Datensammlung erfolgte mittels eines „free-text“ Fragebogens und für insgesamt 594 Palliativpatientinnen und -patienten sowie ihre Angehörigen.

Das „emotionale Erlebnis der Pflege“ von Patientinnen und Patienten und ihren pflegenden Angehörigen ist ein zentraler Aspekt, der in dieser Studie beschrieben wird.

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass sie jemanden haben, dem sie ihre positiven und negativen Emotionen ausdrücken können. Eine Patientin berichtet: *„Das Palliative Care Team hat mir geholfen, positiver zu denken und alle meine Probleme zu akzeptieren.“*

Eine andere Patientin bemerkte: *„Sie (palliative care nurse) ist immer für mich da, keine Frage ist blöd und sie hilft uns zu erkennen, dass all die Gefühle, die wir haben, normal sind.“* (Sampson, et al., 2014).

Die Patientinnen und Patienten finden es wichtig, wie jede andere Person betrachtet und nicht auf ihre Krankheit reduziert zu werden: *„Das Pflegepersonal ist mitfühlend. Jeder von uns wird als Individuum behandelt und respektiert.“*

Pflegenden Angehörigen ist es auch ein Anliegen, dass die Wünsche ihrer geliebten Menschen respektiert werden: *„Die Betreuung, die mein Vater in den letzten Wochen von dem Palliativteam erhielt, war einfach erstklassig. Es wurde ihm ermöglicht, zu Hause friedlich zu sterben, was sein größter Wunsch war.“* (Sampson, et al., 2014).

In der Studie von Donnelly et al. (2018) betonte ein Verwandter die Bedeutung der emotionalen Unterstützung durch das Krankenpflegepersonal und die damit verbundenen positiven Auswirkungen auf die Familie: *„Das Pflegepersonal und die Ärzte waren wirklich sehr nett zu unserem Vater. Sie hielten seine Hand, sprachen mit ihm und trösteten ihn. Das bedeutete meiner Familie sehr viel.“*

Der Großteil der Verwandten in dieser Studie sagte, dass sie und die verstorbene Person mit Würde und Respekt behandelt wurden und dass sie Freundlichkeit und Mitgefühl vom Krankenpflegepersonal erfuhren (Donnelly, et al., 2018).

3.3. Soziale Bedürfnisse

Die sozialen Bedürfnisse lassen sich in vier Untergruppen einteilen – „Kommunikation“, „Familie“, „Ort des Sterbens“ und „finanzielle Bedürfnisse“. Im Folgenden wird einzeln auf jede dieser Untergruppen eingegangen.

3.3.1. Kommunikation

Das Ziel der Querschnittstudie von Israel et al. (2016) war psychosoziale Bedürfnisse der Krebspatientinnen und -patienten zu untersuchen, sowie die soziodemographischen und klinischen Determinanten/Faktoren der Patientinnen und Patienten und ihre Auswirkung auf die unerfüllten psychosozialen Bedürfnisse zu identifizieren. Die Studie wurde im *Cancer Center of Davao Regional Medical Center* in Tagum City auf den Philippinen durchgeführt. Insgesamt 116 ambulant behandelte Krebspatientinnen und -patienten wurden für diese Studie rekrutiert. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten war im Stadium III (36,21%, 42/116) und Stadium IV (38,79%, 45/116). Die Datensammlung erfolgte mittels einer modifizierten Version der *Psychosocial Needs Inventory (PNI) questionnaire*. Der modifizierte PNI-Fragebogen besteht aus 22 Items, die in vier Kategorien untergegliedert sind: *information needs* (4 Items), *support needs* (3 Items), *emotional needs* (9 Items) und *practical needs* (6 Items). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Wichtigkeit jedes „*need item*“ auf einer Skala von 1 bis 5 bewertet, wobei 1 „überhaupt nicht wichtig“ und 5 „sehr wichtig“ bedeutet.

Das Ergebnis dieser Studie ist, dass psychosoziale Bedürfnisse im Informationsbereich ($4,44/5 \pm 0,39$) die wichtigsten Bedürfnisse für Krebspatientinnen und Krebspatienten darstellen. Dazu gehören: „Beratung darüber, welche Serviceleistungen und Unterstützungen zur Verfügung stehen“ ($4,56/5 \pm 0,73$), „Möglichkeit zur Teilnahme an Behandlungsentscheidungen“ ($4,54/5 \pm 0,62$), „Information über Therapiemöglichkeiten und Medikamente sowie ihre Nebenwirkungen“ ($4,34/5 \pm 0,54$) und „einfacher und schneller Zugang zu medizinischem Fachpersonal, das Zeit hat, Probleme und Fragen zu besprechen/ehrliche Informationen“ ($4,32 \pm 0,60$).

Die Odds Ratios (Chancenverhältnisse) der unerfüllten Informationsbedürfnisse sind bei all jenen Patientinnen und Patienten signifikant hoch, die älter (>50 Jahre) und arbeitslos sind oder Krebs im Stadium IV haben (Israel, et al., 2016).

Von den 20 am häufigsten genannten Bedürfnissen in der Studie von Rainbird et al. (2009) bezogen sich 45% auf die „medizinische Kommunikation/Information“, u.a. „Informationen über Faktoren, die den Krankheitsverlauf beeinflussen können“ (35%), „schnellstmögliche Information über Untersuchungsbefunde“ (33%) und „genaue und präzise Informationen und Meinungen vom medizinischen Personal“ (31%).

Nur 5% der Patientinnen und Patienten, die eine ärztlich prognostizierte Lebenserwartung von max. zwei Jahren hatten, teilten die gleiche Meinung mit ihrem behandelnden Arzt oder ihrer behandelnden Ärztin. Es wurde auch herausgefunden, dass 39% von Betroffenen von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin nicht über ihre Lebenserwartung informiert wurden. Das Ergebnis dieser Studie entspricht auch der Tatsache, dass über 30% der Patientinnen und Patienten einen mittleren oder hohen Unterstützungsbedarf in der Kategorie „medizinische Kommunikation/Information“ haben und dies v.a. bezüglich der Informationen über den Krankheitsverlauf und die Krankheitsprognose sowie bezüglich der Möglichkeit einer offenen Diskussion mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin (Rainbird, et al., 2009).

Die Evaluierung der Qualität in der Pflege ist einer der wichtigsten Bestandteile aller Gesundheitssysteme, besonders in der End-of-Life Care. Das Ziel der deskriptiven quantitativen Studie von Donnelly et al. (2018) ist, aus der Perspektive von Verwandten und Freunden verstorbener Patientinnen und Patienten, Daten über die gemachten Pflegeerfahrungen in zwei Akutkrankenhäusern in Irland zu sammeln. Die Datensammlung erfolgte retrospektiv mithilfe einer adaptierten Version des VOICES-Fragebogens. Der VOICES Fragebogen fokussiert sich auf diejenigen Aspekte der Pflege, die als wichtige Lebensqualität-Indikatoren für sterbende Patientinnen und Patienten, sowie für ihre Angehörige gelten und besteht aus offenen Fragen, die zur Erhebung von Informationen über die Pflegeerfahrung bei der letzten Krankenhausaufnahme der Patientinnen und Patienten dienen.

Eine sensible und mitfühlende Kommunikation, sowohl von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, als auch innerhalb des gesamten multidisziplinären Teams, ist für Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen von sehr großer Bedeutung: *„Die Aufmerksamkeit, die meinem Bruder gewidmet wurde, war ausgezeichnet. In allen Phasen seiner Krankheit waren wir über seinen*

Zustand sehr gut informiert. Das war mir, meiner Frau und meiner Familie ganz wichtig.“ (Donnelly, et al., 2018).

Einige Verwandte in dieser Studie berichteten jedoch von schlechter Kommunikation, mangelnder Sensibilität und mangelndem Mitgefühl des Krankenhauspersonals: *„Der Arzt sagte mir, dass sie nichts mehr für sie tun können. Meine Mutter war noch wach und hörte das alles. Ich denke, er sollte mich nach draußen rufen, um mir das zu sagen.“*

Angehörige beklagten sich auch über Mangel an Kommunikation und Information: *„Das Personal schien nie Zeit zu haben, nur wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen sich Zeit, mit meinem Vater zu sprechen.“ (Donnelly, et al., 2018).*

In der indischen Studie von Elsner et al. (2012) ist die Zahl derjenigen, die sich mehr Informationen über ihre Krankheit wünschen, und derjenigen, die dies nicht wollen, nahezu ausgeglichen. Die Gründe, warum die Patientinnen und Patienten nicht mehr wissen wollen, sind Angst vor zusätzlichen Informationen und keine finanziellen Möglichkeiten für die Diagnostik und Therapie zu haben.

Bei Fitch & Steele (2010) war der Informationsbedarf unter den ersten neun am häufigsten gemeldeten psychosozialen Bedürfnissen. Allerdings wünschen sich 70% bis 90% derjenigen mit Problemen in diesem Bereich eine Unterstützung.

3.3.2. Familie

Die Familie von Patientinnen und Patienten ist ein weiteres dominantes Thema in der Studie von Elsner et al. (2012). Die meisten der Patientinnen und Patienten wurden von ihrer Familie betreut; 22 von 37 Personen nannten ein bestimmtes Familienmitglied als ihre Betreuungsperson.

Die Patientinnen und Patienten interpretieren den Begriff „Pflege“ unterschiedlich. Einige verstehen ihn als finanzielle Unterstützung, andere als medizinische und pflegerische Versorgung. Obwohl die meisten Patientinnen und Patienten von ihren Familien betreut werden, gibt es einige, die von einzelnen Familienmitgliedern oder sogar von der ganzen Familie verlassen wurden (Elsner, et al., 2012).

Oft haben die Familien ihre Sorgen und Gefühle nicht mit den Patientinnen und Patienten geteilt. Daher konnten Patientinnen und Patienten, die nach den Ängsten/Sorgen ihrer Familien gefragt wurden, nur Vermutungen anstellen und auf

nonverbale Reaktionen ihrer Familie oder Aussagen von Dritten beispielweise von Familienfreunden zurückgreifen.

„Sorgen um die nahen Angehörigen“ (n = 38/86) sowie „Sorgen, ob die Angehörigen mit der Betreuung umgehen können“ (n=25/86) sind die zwei wichtigsten sozialen Bedürfnisse/Probleme in der Studie von Fitch & Steel (2010).

Auch in der Studie von Elsner et. al (2012) wird auf die Sorgen der Patientinnen und Patienten eine Last für ihre Familie zu sein eingegangen: *“Ich will nicht hilflos sein und eine Last für meine Familie werden.“*

Ein weiterer Punkt im Bezug auf Familie sind die psychosozialen Bedürfnisse „Unterstützung bei der Kinderbetreuung“ (94,2%) sowie die „Einschränkung der mütterlichen Rolle“. Diese beiden Aspekte sind bei brustkrebskranken indonesischen Frauen in der Studie von Fitri et al. von größter Bedeutung. Diese deskriptive Querschnittstudie wurde mit 132 Frauen am Hasan Sadikin General Hospital in West Java mittels PNI (Psychosocial Needs Inventory) Fragebogen durchgeführt.

3.3.3. Ort des Sterbens

Unter den sozialen Themen ist „Einsamkeitsgefühl“ das häufigste Problem in der Studie von Mithrason et al. (2018).

Die Palliativ- und Hospizpflegestätte wird von Patientinnen und Patienten in der Studie von Sampson et al. (2014) als *„ein Ort der Geborgenheit“* beschrieben und auch als ein Ort, an dem die Einsamkeit vermindert werden kann und Ängste geäußert werden können. Ein Patient berichtet: *„Das Hospiz ist der einzige Ort, an dem ich mich wirklich geborgen fühlen kann. Ich bin von sehr engagierten Ärzten und Pflegepersonal gut betreut. Sie helfen mir, dass ich mich besser fühle.“*

Für pflegende Angehörige ist es wichtig, dass alle Wünschen ihrer geliebten Menschen respektiert werden: *„Die Betreuung, die mein Vater in den letzten Wochen vom Palliativteam erhielt, war einfach erstklassig. Es wurde ihm ermöglicht, zu Hause friedlich zu sterben, was eigentlich sein größter Wunsch war.“* (Sampson, et al., 2014).

Die Privatsphäre wurde auch als ein wichtiger Aspekt der End-of-Life Care gesehen: *„Meine Mutter, die im Sterben lag, wurde in ein Einzelzimmer mit eigenem Bad*

verlegt. Hier konnten wir Mutter oft besuchen und wir konnten auch übernachten, wenn wir wollten.“ (Donnelly, et al., 2018).

Ein Verwandter hat sich in dieser Studie über den Lärm auf der Station beschwert: *„Am Tag, an dem meine Mutter im Sterben lag, war es für mich belastend, Besucher von anderen Menschen lachen oder die Reinigungskraft schreien zu hören. Wir hatten wirklich gehofft, dass wir ein eigenes Zimmer haben könnten.“ (Donnelly, et al., 2018).*

3.3.4. Finanzielle Bedürfnisse

Die Äußerungen bezüglich finanzieller Probleme bezogen sich bei indischen Krebspatientinnen und -patienten in der Studie von Elsner et al. (2012) meist auf existentielle Themen, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Probleme mit der Unterkunft, Mangel an Grundnahrungsmittel und Trinkwasser. Viele Patientinnen und Patienten verlieren während ihrer Krankheit ihren Arbeitsplatz, ihr Vermögen und ihren sozialen Status. Die Sorge um die Zukunft der Kinder aufgrund von Schulden ist für die Betroffenen eine große Belastung.

Insgesamt 107 philippinische krebskranke Patientinnen und Patienten oder 92% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfinden in der Studie von Israel et al. (2016) die Kategorie *„practical needs“* als unbefriedigend. Bei 68% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist das Bedürfnis *„Hilfe bei finanziellen Bedürfnissen“* unbefriedigt. Dies wurde erwartet, da die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dieser Studie arbeitslos waren und ein relativ geringes Haushaltseinkommen hatten.

Die *„Unterstützung bei finanziellen Fragen“* wurde bei fast der Hälfte indonesischer Frauen mit Brustkrebs als *„unerfüllt“* bezeichnet und hatte die höchste Rückmeldungsquote bezüglich unerfüllter Bedürfnisse in der Studie von Fitri et al. (2017).

In jenen Studien, die in entwickelten Ländern, durchgeführt wurden, sind die finanziellen Bedürfnisse/Probleme nicht derart stark ausgeprägt wie in den oben genannten Studien. In der kanadischen Studie von Fitch & Steel hat ein Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer Sorgen wegen ihrer finanziellen Zukunft ausgedrückt, während in der australischen Studie von Rainbird et al. (2009) nur 11% der Patientinnen und Patienten, einen Unterstützungsbedarf in diesem Bereich haben.

3.4. Spirituelle Bedürfnisse

Viele schwerkranke Patientinnen und Patienten berichten über Veränderungen in ihrem Glauben, wie z.B. das Gefühl, Gott näher zu sein. Das Gebet war für viele der befragten Personen ein wichtiges Thema und wurde in jedem Stadium der Krankheit praktiziert, um die Hoffnung auf Heilung zu stärken sowie Entspannung und Ablenkung zu erzielen. Die Gebete beinhalten häufig Bitten um spezifische Wünsche (Tod, Linderung, längere Lebensdauer, nicht bettlägerig zu werden): *„Ich habe immer an Gott geglaubt. Ich bete nur zu Gott, dass er mich zu sich nimmt, bevor ich völlig bettlägerig werde. Es gibt Menschen, die jahrelang ans Bett gebunden sind, bevor sie sterben.“* (Elsner, et al., 2012).

In der Studie von Donnelly et al. (2018) bemerkte ein Verwandter, dass die Wichtigkeit der spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten häufig nicht vom Pflegepersonal und von den Ärzten erkannt wird, besonders bei Patientinnen und Patienten, die aus anderen Kulturen kommen.

3.5. Datenerhebungsinstrumente

Die zur Datenerhebung verwendeten Instrumente sind in diesem Kapitel aufgelistet und ihre Verwendung bzw. ihrer Aufbau genauer beschrieben (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3:

Charakteristika der in den Studien verwendeten Datenerhebungsinstrumente

Instrument	Verwendung	Kategorien/Items
<p>1. The Psychosocial Needs Inventory (PNI) questionnaire</p>	<p>Zur Erhebung der psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatientinnen und -patienten</p>	<p><u>7 Kategorien/48 Items:</u> 1. needs related with health professionals (9 Items) 2. information needs (5 Items) 3. needs related to support networks (5 Items) 4. identity needs (5 Items) 5. emotional and spiritual needs (15 Items) 6. practical needs (8 Items) 7. childcare needs (1 Item)</p>
<p>2. The modified Psychosocial Needs Inventory (PNI) questionnaire</p>	<p>Zur Erhebung der psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatientinnen und -patienten</p>	<p><u>4 Kategorien/22 Items:</u> 1. information needs (4 Items) 2. support needs (3 Items) 3. emotional needs (9 Items) 4. practical needs (6 Items)</p>
<p>3. The modified Problems and Needs in Palliative Care (PNPC) questionnaire</p>	<p>Zur Erhebung der psychologischen und sozialen Probleme und Bedürfnisse von palliativen Patientinnen und Patienten</p>	<p>Psychological issues (11 Items) Social issues (14 Items)</p>
<p>4. The Distress Thermometer (DT) + The Problem List (PL)</p>	<p>Zur Erhebung vom psychologischen Distress bei Krebspatientinnen und -patienten bzw. Erhebung von möglichen Problemen, die zum Distress führen können</p>	<p>The DT (single-item, self-report measure of psychological distress) The PL: <u>5 Kategorien/34 Items (Probleme):</u> 1. practical 2. family 3. emotional 4. spiritual/religious 5. physical</p>

<p>5. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p>	<p>Zur Erhebung der Angst- und Depressionssymptomatik bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten</p>	<p><u>2 Subskalen/14 Items:</u> 1. HADS-A (anxiety) 2. HADS-D (depression)</p>
<p>6. The Supportive Care Needs Survey (SCNS) - adapted version</p>	<p>Zur Erhebung der Bedürfnisse von Menschen mit einem diagnostizierten Karzinom</p>	<p><u>7 Kategorien/61 Items:</u> 1. emotional (11 Items) 2. informational (9 Items) 3. physical (11 Items) 4. practical (7 Items) 5. psychological (11 Items) 6. social (5 Items) 7. spiritual (7 Items)</p>
<p>7. Needs Assessment for Advanced Cancer Patients (NA-ACP)</p>	<p>Zur Erhebung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einem fortgeschrittenen und unheilbaren Karzinom</p>	<p><u>7 Kategorien/132 Items (needs):</u> 1. psychological 2. medical communication /information 3. daily living 4. symptom related 5. social 6. spiritual 7. financial</p>
<p>8. The EQ-5D EuroQol Quality of Life Scale (EQ-5D)</p>	<p>Ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Erwachsenen</p>	<p>3 bzw. 5 Stufen/5 Dimensionen</p>
<p>9. VOICES MaJam questionnaire (adapted version of VOICES – Views of informal Carers – Evaluation of Service)</p>	<p>Der VOICES Fragebogen fokussiert sich auf diejenigen Aspekte der Pflege, die als wichtige Lebensqualitätsindikatoren für sterbende Patientinnen und Patienten, sowie für ihre Angehörigen gelten</p>	<p>1. Kernfragen (29) 2. Fragen zur Sammlung der demographischen Daten (7) 3. offene Fragen über die Pflegeerfahrung beim letzten Krankenhausaufenthalt verstorbener Patientinnen und Patienten (4)</p>

4. DISKUSSION

Die palliative Versorgung basiert auf einer holistischen Sichtweise, die physische, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Diagnose sowie ebendieser Bedürfnisse ihrer Familien umfasst (Saunders, 2001). Um eine optimale Palliativversorgung zu gewährleisten, ist eine geeignete psychosoziale Betreuung von Bedeutung (Mithrason, et al., 2018). Die psychosoziale Dimension der Palliativpflege spielt neben der Schmerz- und Symptomkontrolle eine tragende Rolle und wird sowohl von Patientinnen und Patienten als auch vom Pflegepersonal implizit erkannt (Sampson, et al., 2014).

Durch die vorliegende Arbeit wurde herausgefunden, dass Palliativpatientinnen und -patienten eine Reihe von psychosozialen Problemen gleichzeitig haben. Psychische/emotionale Probleme sind bei terminal kranken Patientinnen und Patienten sehr häufig. Das häufigste psychische Problem, das in dieser Arbeit beobachtet wurde, ist die depressive Stimmung (Mithrason, et al., 2018), (Fitch & Steele, 2010). Mithrason et al. (2018) betonen, dass depressive Stimmung ungeachtet des Geschlechts tagsüber auftritt. Dazu gehören Gefühle der anhaltenden Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, schlechtes Selbstwertgefühl und der Drang zu weinen. Eine andere Studie – Kelly et al. (2003) – hat herausgefunden, dass sich die Symptome einer Depression in zwei Gruppen einteilen lassen und zwar in körperliche und psychische Symptome. Patientinnen und Patienten leiden besonders oft unter körperlichen Symptomen wie Müdigkeit, Schlafstörungen (übermäßiger Schlaf oder Schlaflosigkeit/Insomnie), vermindertem Appetit und Verschwiegenheit. Charakteristischerweise leiden sie an gedrückter Stimmung und verlieren oft das Interesse an ihrer Umgebung oder ihren täglichen Aktivitäten (Kelly, et al., 2003). In der Studie von Mahendran et al. (2017) wurde herausgefunden, dass schwer kranke Patientinnen und Patienten sehr häufig von schwierigen und negativen Emotionen überwältigt sind und dass all jene Patientinnen und Patienten, die mit mehreren psychosozialen Bedürfnissen konfrontiert sind, ein höheres Distress-Level sowie eine Angst-/Depressionssymptomatik aufweisen und dadurch auch eine niedrigere Lebensqualität haben. Mahendran et al. (2017) betonen, dass bestimmte körperliche Beschwerden, wie beispielsweise Obstipation und Schlafstörungen stark mit Depressionssymptomen verbunden sind, was letztendlich eine negative

Auswirkung auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten hat. Schwer kranke und gleichzeitig depressive Menschen können sogar den Wunsch haben, den Tod zu beschleunigen und haben oft Selbstmordgedanken (Kelly, et al., 2003). Mohd-Sidik et al. (2018) betonen, dass die Behandlung von Depressionen nicht nur den psychischen Zustand verbessert, sondern auch das Schmerzempfinden reduziert und dadurch die Lebensqualität steigert.

Daher müssen Pflegekräfte auf depressive Symptome bei Patientinnen und Patienten achten und bei Depressionsindikatoren eine Evaluierung für Depressionen anstreben und durchführen. Das Screening auf Stress bzw. auf psychosoziale Bedürfnisse und Probleme (Screening-Instrumente) bietet die Möglichkeit, die von Patientinnen und Patienten wahrgenommenen emotionalen und psychischen (psychosozialen) Probleme zu identifizieren (Van Scheppingen , et al., 2011). Dies bietet die Möglichkeit einer individuellen Pflegeplanung und -intervention sowie einer besseren Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch einen multidisziplinären Ansatz (Mahendran, et al., 2017).

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Wir leben in einer Gesellschaft als Gemeinschaft und führen unsere täglichen Aktivitäten durch. Unsere Alltagsaktivitäten umfassen unsere berufliche Tätigkeit, die Beziehung zu Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern, Kindern, Eltern, Geschwistern und anderen Familienmitgliedern. Andere in ihrer Not zu unterstützen und von anderen Menschen unterstützt zu werden, hält uns in der Gesellschaft „gesund“. Allerdings sind Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Erkrankung aufgrund ihres Zustandes oft von diesen Aktivitäten ausgeschlossen. Die Bandbreite, der von den Patientinnen und Patienten gemeldeten sozialen Problemen, zeigt eindeutig, dass diese Probleme häufig auftreten und von großer Bedeutung sind.

Eines der ausgeprägten sozialen Probleme, das bei Patientinnen und Patienten in dieser Arbeit festgestellt wurde, ist die Einsamkeit (Mithrasan, et al., 2018). In der vorliegenden Studie haben Geschlecht, Alter, Art der Familie, Familienstand und Bildungsstand keinen Einfluss auf den Schweregrad der Einsamkeit. Es wurde beobachtet, dass sich Menschen mit einer terminalen Diagnose oft einsam oder abgegrenzt von anderen fühlen. Sie fühlen sich auch manchmal von ihren Freunden oder Familienmitgliedern verlassen und sie denken oft, dass es ihren Freunden und Familienmitgliedern schwerfällt, mit ihrer Krankheit umzugehen. Sie fühlen

sich häufig auch zu krank, um den Hobbys und Aktivitäten nachzugehen, die sie früher gerne praktiziert haben, wie Gartenarbeit, Kochen, Lesen usw. Viele fühlen sich besser, wenn sie einer Gruppe beitreten und mit anderen sprechen, die vor den gleichen Problemen stehen (Mithrason, et al., 2018). Mithrason et al. (2018) betonen, dass Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Diagnose die Möglichkeit haben sollten, ihre Hoffnungen, Ängste und Sorgen über ihre Krankheit zum Ausdruck zu bringen. Das Zuhören ist eine gute Möglichkeit, Unterstützung für solche Menschen anzubieten (Mithrason, et al., 2018).

Eine sensible und mitfühlende Kommunikation, sowohl von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch innerhalb des gesamten multidisziplinären Teams, ist für Patientinnen und Patienten sowie für ihre Angehörigen von sehr großer Bedeutung. Im Mittelpunkt einer guten Kommunikation steht die Wahrung der Würde, Autonomie und Privatsphäre der Patientinnen und Patienten, während gleichzeitig sichergestellt wird, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse „gehört“ und verstanden werden (Donnelly, et al., 2018). Wie von Mayland et al. (2017) berichtet, geben einige Verwandte an, dass das Pflegepersonal oft keine Zeit hat, Patientinnen und Patienten sowie ihren Familienangehörigen zuzuhören oder mit ihnen über ihre Diagnose oder ihren EoLC-Behandlungsplan (End-of-Life Care) sowie ihre persönlichen Wünschen zu sprechen. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sollten daher in ihrer Kommunikation proaktiver sein, um Klarheit und eine offener Diskussions über die Prognose und die Möglichkeit des Sterbens zu gewährleisten, damit Wünsche und Vorlieben von Patientinnen und Patienten erfüllt werden können (Mayland, et al., 2017). Interaktions- und Kommunikationspraxen sollten verbessert werden, damit die Angehörigen der Gesundheitsberufe in einer respektvollen, zeitnahen und sensiblen Kommunikation in allen Aspekten von End-of-Life Care qualifiziert sind (Donnelly, et al., 2018).

Eine japanische Studie hat gezeigt, dass die unerfüllten psychosozialen Bedürfnisse bei schwer kranken Menschen und v.a. bei Krebspatientinnen und -patienten immer noch sehr hoch sind und etwa zwei Drittel von ihnen Erfahrungen mit mindestens einem unerfüllten psychosozialen Bedürfnis haben (Uchida, et al., 2011). Die Identifizierung von Problemen eröffnet Pflegekräften die Möglichkeit, Unterstützung zu leisten. Allerdings sollten Pflegende nicht davon ausgehen, dass Patientinnen und Patienten mit einem Problem freiwillig darüber sprechen. In

diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Patientinnen und Patienten zu fragen, ob sie ein Problem haben und ob sie dabei Unterstützung benötigen. Ein Großteil der Menschen will bei Problemen Unterstützung, aber in den Fällen, in denen keine Unterstützung gewünscht wird, sollte dieser Wunsch der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Eine offene Diskussion mit Patientinnen und Patienten kann zu einem besseren Verständnis zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Pflegepersonen führen. Dieser Ansatz resultiert in der Entscheidung, ob eine Intervention (Hilfestellung) in diesem Sinne von Patientinnen und Patienten erwünscht ist oder nicht. Eine offene Diskussion könnte den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Möglichkeit geben, sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten über die verfügbaren Hilferessourcen und Hilfeservices informiert sind, falls sie in Zukunft auf sie zugreifen wollen. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe müssen also einen offenen Dialog und eine offene Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten sicherstellen, damit sie die betroffenen Menschen zu geeigneten Hilfsangeboten führen können (Fitch & Steele, 2010).

Die Prävalenz und die Merkmale der psychosozialen Bedürfnisse können in den verschiedenen kulturellen Kontexten stark variieren. Auch Zusammenhänge zwischen den Patientinnen- und Patientencharakteristika und ihren psychosozialen Bedürfnissen sind erwähnenswert (Israel, et al., 2016). In dieser Arbeit wurde herausgefunden, dass im Gegensatz zu Menschen in Industrieländern die meisten Menschen in wirtschaftlich benachteiligten Ländern während ihrer Krankheit mit schweren finanziellen Problemen konfrontiert sind. Beispielsweise in der Studie von Elsner et al. (2012) bezogen sich die Äußerungen bei indischen Krebspatientinnen und -patienten bezüglich finanzieller Probleme meist auf existenzielle Themen, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Probleme mit der Unterkunft, Mangel an Grundnahrungsmitteln und Trinkwasser. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass viele indische Patientinnen und Patienten während ihrer Krankheit ihren Arbeitsplatz, ihr Vermögen und ihren sozialen Status verlieren (Elsner, et al., 2012). Genauso wie in der Studie von Elsner et al. (2012) sind philippinische krebserkrankte Patientinnen und Patienten mit fast gleichen Problemen konfrontiert und bei zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Studie von Israel et al. (2016) ist das Bedürfnis „Hilfe bei finanziellen Bedürfnissen“ unbefriedigt. Die meisten

Patientinnen und Patienten in dieser Studie waren arbeitslos und hatten ein relativ geringes Haushaltseinkommen. Die Studie von Fitri et al. (2017), die in Indonesien durchgeführt wurde, hat die gleichen Ergebnisse gezeigt. Im Gegensatz dazu sind in jenen Studien, die in entwickelten Ländern durchgeführt wurden (in diesem Fall in Kanada und Australien), die finanziellen Bedürfnisse/Probleme nicht derart stark ausgeprägt wie in den oben genannten Studien (Fitch & Steele, 2010), (Rainbird, et al., 2009).

Die Bedeutung der Privatsphäre am Ende des Lebens wurde in mehreren Studien belegt (Slatyer , et al., 2015) und als ein wichtiger Aspekt der End-of-Life Care gesehen (Donnelly, et al., 2018). Auch in diesem Sinn wurden in dieser Arbeit Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturen und Ländern gefunden. In der irischen Studie von Donnelly et al. (2018) wurde die Privatsphäre als ein Schlüsselfaktor angesehen, der die Lebensendeerfahrung der Patientinnen und Patienten beeinflusst und zum Beispiel die Bereitstellung von Pflege in einem Einzelzimmer war ein Schlüsselfaktor für die Mehrheit der Hinterbliebenen. In Industrieländern ist also der Wunsch nach Privatsphäre und Autonomie am Lebensende sehr ausgeprägt (Elsner, et al., 2012). Elsner et al. (2012) betonen in ihrer Studie, dass in der indischen Kultur Patientinnen und Patienten viel mehr Teil einer Familie bzw. einer Gesellschaft sind als ein von anderen unabhängiges Individuum und dass die individuellen Bedürfnisse und Gefühle von Patientinnen und Patienten viel stärker mit den Bedürfnissen ihrer Familie verbunden sind.

Es wurden bemerkbare Unterschiede zwischen Industrieländern und weniger entwickelten Ländern auch in Hinblick auf spirituelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten herausgefunden. Für schwer kranke Patientinnen und Patienten in weniger entwickelten Ländern, wie zum Beispiel bei indischen Patientinnen und Patienten, war das Gebet ein wesentliches Thema und wurde in jedem Stadium der Krankheit praktiziert. Gebete beinhalten häufig Bitten um spezifische Wünsche, wie zum Beispiel Tod oder längere Lebensdauer und Linderung (Elsner, et al., 2012). Spirituelle Unterstützung war unter den fünf häufigsten Bedürfnissen in der Studie von Israel et al. (2016), die auf den Philippinen durchgeführt wurde. Darüber hinaus wurde in dieser Studie herausgefunden, dass „spirituelle Unterstützung“ für 57% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als „unerfülltes“ Bedürfnis gilt. Im Gegensatz dazu fanden spirituelle Bedürfnisse bzw. die gewünschte Unterstützung in diesem Bereich in Studien, die in Industrieländern durchgeführt wurden, kaum Erwähnung.

In der Studie von Donnelly et al. (2018), die in Irland durchgeführt wurde, wurde bloß bemerkt, dass spirituelle Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten, die aus anderen Kulturen kommen, vom Pflegepersonal und von den Ärzten häufig nicht erkannt werden.

Dafür ist es von großer Bedeutung, bestimmte Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturen bezüglich psychosozialer Bedürfnisse und Probleme zu erkennen. Ein besseres Verständnis der psychosozialen Bedürfnisse in einem bestimmten kulturellen und sozialen Umfeld wird dazu beitragen, spezifische und optimale Dienstleistungen für Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen zu entwickeln und eine optimierte pflegerische Versorgung zu ermöglichen.

5. SCHLUSSFOLGERUNG

Die Angehörigen des Gesundheitswesens müssen dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten, die am Ende ihres Lebens stehen sowie ihre Angehörigen die bestmögliche pflegerische Versorgung erhalten und ihre individuellen Bedürfnisse vollständig erfüllt werden. Hierbei sollte sowohl auf körperliche als auch auf psychosoziale Bedürfnisse eingegangen werden. Es ist essenziell, alle Bedürfnisse und Probleme so effizient und effektiv wie möglich zu identifizieren, damit den Patientinnen und Patienten geeignete Hilfestellungen zur Verfügung gestellt werden können. Es ist von großer Bedeutung, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe einen personenzentrierten, ganzheitlichen Ansatz zur Identifizierung psychosozialer Probleme und ihrer Ursachen bei Patientinnen und Patienten am Lebensende verfolgen. Ein geeigneter Weg dafür ist eine sensible und mitfühlende Kommunikation unter Wahrung der Würde, Autonomie und Privatsphäre der Patientinnen und Patienten. Verschiedene Screening-Instrumente bieten zusätzlich die Möglichkeit, die von Patientinnen und Patienten wahrgenommenen psychosozialen Bedürfnisse und Probleme zu erkennen. Durch ihre Verwendung wird nicht nur sichergestellt, mit welchen psychosozialen Bedürfnissen, sondern auch im welchen Ausmaß Patientinnen und Patienten mit diesen Problemen und Bedürfnissen konfrontiert sind.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass ein Mangel an Literatur besteht, die sich ganz konkret auf psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care beziehen. Daher sollte sich die zukünftige Forschung mehr auf das

„End-of-Life“ konzentrieren. Durch die neuen Erkenntnisse können Pflegekräfte einen besseren Einblick in diese Problematik erhalten und spezifische psychosoziale Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in der End-of-Life Care erkennen. Durch die Aufdeckung von Problemen und Bedürfnissen können Pflegekräfte eine adäquate pflegerische bzw. psychosoziale Unterstützung leisten.

6. LITERATUR

Detering, K., Hancock, A. D., Reade, M. C. & Silvester, W., 2010. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, Band 340, p. c1345.

DHPV, kein Datum *Deutscher Hospiz- und Palliativverband - Psychosoziale Begleitung: Nähe, Zuwendung, Unterstützung*. [Online]

Available at: https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_psychosoziale-begleitung.html

[Zugriff am 4 November 2018].

Donnelly, S. et al., 2018. Voices that matter: end-of life care in two acute hospitals from the perspective of bereaved relatives. *BMC Palliative Care*, 17(117), pp. 1-10.

Elsner, F. et al., 2012. Psychosocial and spiritual problems of terminally ill patients in Kerala, India. *Future Oncol.*, 8(9), pp. 1-8.

Fan, S.-Y., Lin, I.-M., Hsieh, J.-G. & Chang, C.-J., 2017. Psychosocial Care Provided by Physicians and Nurses in Palliative Care: A Mixed Methods Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), pp. 216-223.

Feichtner, A., 2014. *Lehrbuch der Palliativpflege*. 4. Hrsg. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Fitch, M. I. & Steele, R., 2010. Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian oncology nursing journal*, 20(1), pp. 15-22.

Fitri, S., Maneewat, K. & Sangchan, H., 2017. Psychosocial Needs among Indonesian Women Diagnosed with Breast Cancer. *GSTF Journal of Nursing and Health Care*, 4(2), pp. 67-72.

Frick, E. & Anneser, J., 2017. Total Pain. *Spiritual Care*, 6(3), pp. 349-350.

Gattermann, R., 2006. *Wörterbuch zur Verhaltensbiologie der Tiere und des Menschen..* 2. Hrsg. München: Spektrum Akademischer Verlag.

Gerhard, C., 2015. *Praxiswissen Palliativmedizin: Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen*. 1. Hrsg. Stuttgart: Georg Thieme.

- Gesundheit Österreich GmbH, 2014. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*. [Online]
Available at:
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf
[Zugriff am 19 Dezember 2018].
- GGZ-Graz, kein Datum *Geschichte der GGZ der Stadt Graz*. [Online]
Available at: <https://ggz.graz.at/de/Ueber-Uns/Geschichte-der-GGZ>
[Zugriff am 4 November 2018].
- GuKG, 2018. *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §22b., Republik Österreich*. [Online]
Available at:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
[Zugriff am 25 Oktober 2018].
- Henderson, V., 1964. The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), pp. 62-68.
- Hill, K. M. et al., 2003. Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met. *European Journal of Cancer Care*, 12(1), pp. 35-45.
- Höfler, A. E., 2001. *Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit*. 2 Hrsg. Wien: s.n.
- Holland, J. et al., 2010. Distress Management. Clinical Practice Guideline in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, April, 8(4), pp. 448-485.
- Israel, K. C., Barui, C. P. & Solis, S. H., 2016. Psychosocial needs and their determinants among patients with cancer. *SPMC J Health Care Serv.*, 2(1), pp. 3-11.
- Kelly, B. et al., 2003. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychological Med.*, 33(1), pp. 75-81.
- Kränzle, S., 2011. Geschichte und Wesen von Palliative Care. In: S. Kränzle, U. Schmid & C. Seeger, Hrsg. *Palliativ Care: Handbuch für Pflege und Begleitung*. 4. Hrsg. Berlin: Springer-Verlag, pp. 3-8.
- Legg, M. J., 2011. What is psychosocial care and how nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(3), pp. 61-67.
- Mahendran, R. et al., 2017. Psychosocial concerns of cancer patients in Singapore. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 13(2), pp. e96-e103.

- Maslow, A., 1981. *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayland, C. et al., 2017. How well do we currently care for our dying patients in acute hospitals: the views of the bereaved relatives?. *BMJ Support Palliative Care*, 7(3), pp. 316-325.
- Mithrasan, A. T., Parasuraman, G., Iyer, R. H. & Varadarajan, S., 2018. Psychosocial problems and needs of patients in palliative care center. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(4), pp. 1385-1391.
- Mohd-Sidik, S. et al., 2018. Effectiveness of chemotherapy counselling on self-esteem and psychological affects among cancer patients in Malaysia: Randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 101(5), pp. 862-871.
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1997. *Feeling Better: psychosocial care in specialist palliative care. A discussion paper. Occasional Paper 13*. London: National Council.
- Pleschberger, S., 2017. Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, S. Monteverde & D. Staudacher, Hrsg. *Lehrbuch Palliative Care*. 3. Hrsg. Göttingen: Hogrefe AG, pp. 34-39.
- Polit, D. F. & Beck, C. T., 2017. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. Hrsg. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Radbruch, L., Nauck, F. & Eberhard, A., 2012. Grundlagen der Palliativmedizin: Definition, Entwicklung und Ziele. In: L. Radbruch, F. Nauck & A. Eberhard, Hrsg. *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 3. Hrsg. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Radbruch, L. & Payne, S., 2011. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zur Empfehlung der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EACP). *Z Palliativmed*, Band 12, pp. 216-227.
- Radebold, H. et al., 1997. *Depressionen im Alter*. 1 Hrsg. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff Verlag, GmbH & Co. KG.
- Rainbird, K. et al., 2009. The needs of patients with advanced, incurable cancer. *British Journal of Cancer*, 101(5), pp. 759-764.
- Roper, N., Logan, W. W. & Alison, T. J., 2000. *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. 1. Hrsg. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Sampson, C. et al., 2014. The practice of palliative care from the perspective of patients and carers. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4(3), pp. 291-298.
- Saunders, C., 2001. Social Work and Palliative Care - The Early History. *The British Journal of Social Work*, Band 31, pp. 791-799.

Saunders, C. & Clark, D., 2006. *Cicely Saunders: Selected writings 1958 - 2004*. 1. Hrsg. Oxford; New York: Oxford University Press.

Sitte, T., 2015. *Vorsorge und Begleitung für das Lebensende*. 1 Hrsg. Heidelberg: Springer Verlag Berlin.

Skilbeck, J. & Payne, S., 2003. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), pp. 521-530.

Slatyer, S. et al., 2015. Finding privacy from a public death: a qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families.. *J Clin Nurs.*, 24(15-16), pp. 2164-2174.

Toepfer, G., 2011. *Historisches Wörterbuch der Biologie: Geschichte und Theorie der biologischen Grundbegriffe: Band 1: Analogie - Ganzheit*. Stuttgart: Verlag J.B. Metzler.

Uchida, M. et al., 2011. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Japanese journal of clinical oncology*, 41(4), pp. 530-536.

Van Scheppingen, C. et al., 2011. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients?. *Psychooncology*, 20(6), pp. 655-663.

WHO, 2002. *World Health Organization - Definition of Palliative Care*. [Online] Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Zugriff am 1 November 2018].

WHO, 2018. *World Health Organization - Palliative Care*. [Online] Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Zugriff am 25 October 2018].

7. ANHANG

7.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken	15
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien	18
Tabelle 3: Charakteristika der in den Studien verwendeten Datenerhebungsinstrumente	34

7.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	7
Abbildung 2: Ebenen des Total-Pain-Modells von Cicely Saunders	12
Abbildung 3: Literaturrecherche (PRISMA-Flowchart).....	16

7.3. Bewertung der analysierten Studien

Im Folgenden ist der Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) angeführt.

Mithrasan, A. T., Parasuraman, G., Iyer, R. H. & Varadarajan, S., 2018. Psychosocial problems and needs of patients in palliative care center. International Journal of Community Medicine and Public Health, 5(4), pp. 1385-1391.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel ist kurz und repräsentativ. Schlüsselwörter sind im Titel vorhanden. Der Abstract ist komplett und verständlich.
Punkte: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Die Einleitung ist deutlich strukturiert und enthält alle wichtigen Informationen. Schlüsselwörter sind definiert. Das Forschungsziel wurde klar beschrieben. Eine Forschungsfrage ist nicht vorhanden.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Die Methode ist angemessen. Design, Stichprobe, Setting und Instrumente werden angegeben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor: No details of sample.
Das Sample wurde angegeben, klar definiert und beschrieben. Die Samplegröße ist gerechtfertigt. Details zu soziodemographischen Daten sind vorhanden und mittels Diagrammen, Tabellen und Graphiken verständlich dargestellt. Der genaue Rekrutierungsprozess ist jedoch nicht vorhanden.
Punkte: 3
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die Datenanalyse ist grob in einem Satz beschrieben. Detaillierte Informationen bzgl. der Datenanalyse sind nicht vorhanden.
Punkte: 2
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Ethische Fragen wurden angesprochen. Die Zustimmung eines Ethikkomitees wird angegeben. Am Schluss der Studie wird auf Interessenskonflikte eingegangen. Es gibt keine Informationen über die Anonymisierung der Daten.
Punkte: 3
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Hauptergebnisse sind klar dargestellt und führen zum Forschungsziel. Sie wurden in Unterpunkte geteilt und verständlich präsentiert. Tabellen sind vorhanden und wurden im Text ausreichend beschrieben.
Punkte: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, plus fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Der Diskussionsteil ist übersichtlich strukturiert und geht vom Spezifischen ins Breite. Die Interpretation der Ergebnisse ist nachvollziehbar. Die Ergebnisse sind nur teilweise übertragbar, da diese Studie in einer spezifischen Kultur (Indien) durchgeführt wurde. Keine Limitationen vorhanden.
Punkte: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Die Empfehlung für die Praxis ist angegeben, aber Empfehlungen für die Forschung fehlen.
Punkte: 3
Gesamtpunktezahl: 29 (80,5%)

Israel, K. C., Baruiz, C. P. & Solis, S. H., 2016. Psychosocial needs and their determinants among patients with cancer. SPMC J Health Care Serv., 2(1), pp. 3-11.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel ist kurz und prägnant. Eine klare Beschreibung der Studie wurde angegeben. Der Abstract beinhaltet alle Informationen und ist verständlich, ohne die Studie zu lesen. Schlüsselwörter sind gesondert angeführt.
Punkte: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.

Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Die Einleitung ist übersichtlich strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische. Das Forschungsziel ist vorhanden und klar dargestellt. Die Forschungsfrage und Definitionen fehlen.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Der Methodenteil ist gut strukturiert und die verwendete Methode zur Datenerhebung ist angemessen.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Anhand einer Tabelle wurden die genauen Charakteristiken der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer dargestellt. Die Samplegröße ist gerechtfertigt. Ein- und Ausschlusskriterien, sowie Odds Ratios ausführlich beschrieben.
Punkte: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die statistische Datenanalyse wurde verwendet. Sie ist klar und sehr ausführlich beschrieben.
Punkte: 4
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Das Studienprotokoll wurde vom <i>Department of Health XI Cluster Ethics Review Committee</i> genehmigt. Keine Interessenkonflikte gefunden. Eine schriftliche Einwilligung von allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde eingeholt. Bias wurden auch erwähnt.
Punkte: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Der Ergebnisteil ist ausführlich beschrieben, aber sehr schwer zu lesen. Flüssiger Leseverlauf durch zahlreiche Zahlen und Zeichen ist nicht gewährleistet. Fünf Tabellen vorhanden.
Punkte: 3
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Die Verallgemeinerbarkeit von Erkenntnissen ist im Diskussionsteil klar und ausführlich dargestellt. Limitationen sind vorhanden. Die Ergebnisse sind nur teilweise auf eine breite Bevölkerung übertragbar, da die Studie in einer spezifischen Kultur (Philippinen) durchgeführt wurde und vorwiegend Frauen inkludiert hat (n = 70,6%).
Punkte: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Alle drei der oben genannten Kriterien sind in dieser Studie vorhanden.
Punkte: 4
Gesamtpunktezahl: 33 (91,6%)

Elsner, F. et al., 2012. Psychosocial and spiritual problems of terminally ill patients in Kerala, India. Future Oncol., 8(9), pp. 1-8.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel ist kurz und aussagekräftig. Schlüsselwörter sind im Titel inkludiert. Das Forschungsdesign ist im Titel nicht vorhanden. Der Abstract ist verständlich, aber der Background der Studie fehlt.
Punkte: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Der Einleitungsteil ist klar, aber zu kurz beschrieben. Die Forschungslücke und das Forschungsziel sind vorhanden. Die Forschungsfrage ist aber nicht angegeben.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Der Methodenteil ist übersichtlich strukturiert und die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten. Die Datenerhebung wurde ausführlich und deutlich beschrieben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.

Die Charakteristika der Stichprobe sind in einer Tabelle dargestellt. Ein- und Ausschlusskriterien sind auch vorhanden. Die Rekrutierung wurde kurz beschrieben.
Punkte: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die qualitative narrative Datenanalyse wurde verwendet. Die Daten wurden kodiert und danach kategorisiert.
Punkte: 3
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Eine schriftliche Einwilligung der Partizipantinnen und Partizipanten wurde eingeholt. Keine Interessens- oder ethischen Konflikte. Bias wurden im Diskussionsteil beleuchtet.
Punkte: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Ergebnisse sind in verschiedene Bedürfnisbereiche eingeteilt, somit wird ein informativer Überblick geschaffen. Sie stehen im direkten Zusammenhang mit dem Forschungsziel. Tabellen sind vorhanden und sie sind klar dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet.
Punkte: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Der Kontext der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten zu ermöglichen. Limitationen der Studie wurden angegeben. Die Ergebnisse sind schwer auf eine breite Population übertragbar, da sie sich auf eine spezifischen Kultur (Indien) beziehen.
Punkte: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Alle drei der oben genannten Kriterien sind in der Studie vorhanden.
Punkte: 4
Gesamtpunktezahl: 32 (88,8%)

Fitri, S., Maneewat, K. & Sangchan, H., 2017. Psychosocial Needs among Indonesian Women Diagnosed with Breast Cancer. GSTF Journal of Nursing and Health Care, 4(2), pp. 67-72.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel ist gut formuliert. Der Abstract ist nicht gegliedert und der Background fehlt.
Punkte: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.

Die Einleitung ist gut strukturiert. Ein ausführlicher Hintergrund ist vorhanden. Das Forschungsziel und die Forschungslücke sind vorhanden, aber die Forschungsfrage fehlt.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Der Methodenteil ist in einzelne Unterkategorien gegliedert. Die Methode ist angemessen und für die Beantwortung des Forschungszieles geeignet. Die Datenerhebung und verwendeten Datenerhebungsinstrumente sind kurz und klar beschrieben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Das Sample ist repräsentativ. Die Samplegröße ist gerechtfertigt. Die Zielgruppe und der Rekrutierungsprozess wurden klar beschrieben. Die Rücklaufquote wurde angegeben.
Punkte: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die deskriptive statistische Datenanalyse (Mittelwert, Standardabweichung, Häufigkeit und Prozentsatz) wurde verwendet.
Punkte: 4
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Die Information und Zustimmung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sind vorhanden, genauso wie die ethische Genehmigung der Studie. Bias fehlen.
Punkte: 3
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Ergebnisse sind in Tabellen dargestellt und im Text kurz, aber nachvollziehbar beschrieben. Die Ergebnisse führen zum Forschungsziel.
Punkte: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Die Charakteristika der Samples wurden gut beschrieben, um es eventuell auf den gleichen soziokulturellen Kontext übertragen zu können.
Punkte: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Empfehlungen für die Praxis sind angegeben, aber Forschungsempfehlungen fehlen.
Punkte: 3
Gesamtpunktezahl: 31 (86,1%)

Mahendran, R. et al., 2017. **Psychosocial concerns of cancer patients in Singapore.** Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 13(2), pp. e96-e103.

1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel ist kurz und prägnant gehalten und passend zum Inhalt. Die wichtigsten Begriffe stehen am Anfang des Titels. Der Abstract ist auch gut verständlich, aber der Hintergrund fehlt.
Punkte: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Die Einleitung bzw. der Hintergrund sind informationsreich formuliert. Das Forschungsziel und die Hypothese sind deutlich aufgezeigt, aber es ist keine klare Forschungsfrage vorhanden.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Klar strukturierte Beschreibung des Methodenteils ist in der Studie vorhanden. Die Datenerhebungsinstrumente sind genau und sehr ausführlich beschrieben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Die Charakteristika von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern sind in einer Tabelle aufgelistet und alle wichtigen Informationen sind vorhanden. Die Rekrutierung ist nicht ausreichend beschrieben.
Punkte: 3
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die Datenanalyse ist ausführlich beschrieben. Die Signifikanz ist auch diskutiert (Signifikanzlevel liegt bei 0,05).
Punkte: 4
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Die Ethik wurde ausreichend diskutiert. Die Zustimmung eines Ethikkomitees wird angegeben. Bias wurden auch beschrieben.
Punkte: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Der Ergebnisteil ist ausreichend beschrieben, aber sehr schwer zu lesen. Ein flüssiger Leseverlauf ist wegen zahlreicher Zeichen und Zahlen nicht gewährleistet. Tabellen sind vorhanden.
Punkte: 3
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Die Generalisierbarkeit leidet unter der hohen Anzahl an Frauen (81%) im Unterschied zu Männer (19%). Dies wird bei den Limitationen genannt.
Punkte: 3

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Alle drei der oben genannten Kategorien sind vorhanden.
Punkte: 4
Gesamtpunktezahl: 31 (86,1%)

Rainbird, K. et al., 2009. The needs of patients with advanced, incurable cancer. British Journal of Cancer, 101(5), pp. 759-764.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel liefert ausreichend Informationen und ist nachvollziehbar formuliert. Der Abstract ist vollständig und spiegelt den Inhalt der Studie klar wieder. Schlüsselwörter sind gesondert angeführt.
Punkte: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Die Einleitung ist kurz, liefert aber ausreichend Informationen. Die Forschungslücken sind beschrieben. Die Forschungsfrage fehlt, ist aber vom Forschungsziel ableitbar. Die verwendete Literatur ist nicht aktuell - mehr als die Hälfte ist über zehn Jahre alt.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Der Methodenteil, sowie die angewandten Datenerhebungsinstrumente sind sehr ausführlich und verständlich beschrieben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Eine Samplingstrategie ist vorhanden und die Samplegröße ist gerechtfertigt. Ein- und Ausschlusskriterien sind ebenfalls vorhanden.
Punkte: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die statistische Datenanalyse wurde in dieser Studie verwendet. Die Signifikanz wurde diskutiert.
Punkte: 4
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Ehische Belange sind angesprochen. Die Genehmigung einer Ethikkommission ist nicht erwähnt. Bias sind vorhanden.
Punkte: 3
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.

Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Resultate sind klar dargestellt und die Tabellen sind im Text erklärt. Die einzelnen Ergebnisteile sind durch Unterüberschriften sichtbar und abgegrenzt dargestellt.
Punkte: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und geht vom Spezifischen ins Breite. Der Kontext der Studie ist gut beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten zu ermöglichen. Die Limitationen sind auch angegeben.
Punkte: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Die Erkenntnisse sind für die Forschung und Praxis relevant.
Punkte: 4
Gesamtpunktezah: 34 (94,4%)

Fitch, M. I. & Steele, R., 2010. Supportive care needs of individuals with lung cancer. Canadian oncology nursing journal, 20(1), pp. 15-22.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel ist präzise formuliert und informativ. Der Abstract ist nicht gegliedert und somit nicht übersichtlich. Der Hintergrund ist nicht vorhanden. Keywords sind nicht angegeben.
Punkte: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Ausführliche Hintergrundinformationen in Form einer Literaturreview sind gegeben. Die Forschungsziele sind in einem eigenen Absatz erklärt. Die Forschungsfrage ist nicht vorhanden, aber vom Forschungsziel ableitbar.
Punkte: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Der Methodenteil ist gut strukturiert und die gewählte Methode scheint geeignet, um die Forschungsziele zu beantworten. Die Datenerhebung und verwendeten Instrumente wurden ausführlich und deutlich beschrieben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Das Sample ist repräsentativ und klar definiert und beschrieben. Details über demographische Daten von Partizipantinnen und Partizipanten sind in einer Tabelle aufgelistet.
Punkte: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die Datenanalyse wurde in einem eigenen Absatz diskutiert. Die deskriptive Datenanalyse wurde verwendet und das Signifikanzlevel liegt bei <0,05.
Punkte: 4
6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Die ethische Genehmigung erfolgte durch eine universitäre und klinische Kommission. Die schriftliche Einwilligung von Partizipantinnen und Partizipanten wurde eingeholt. Bias sind vorhanden.
Punkte: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Ergebnisse sind in verschiedene Bedürfnisbereiche eingeteilt, somit wird ein informativer Überblick geschaffen. Sie stehen im direkten Zusammenhang mit dem Forschungsziel. Acht Tabellen sind vorhanden und klar dargestellt sowie im Text beschrieben.
Punkte: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Der Diskussionsteil ist übersichtlich strukturiert und geht vom Spezifischen ins Breite. Der Kontext der Studie ist verständlich beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten zu ermöglichen. Die Limitationen sind auch angegeben.
Punkte: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.

Alles ist vorhanden und aufschlussreich erklärt.
Punkte: 4
Gesamtpunktezahl: 35 (97,2%)

Sampson, C. et al., 2014. The practice of palliative care from the perspective of patients and carers. BMJ Supportive & Palliative Care, 4(3), pp. 291-298.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Der Titel lässt keine Rückschlüsse auf das Thema ziehen - die Leserin oder der Leser kann nur vermuten, um was sich in dieser Studie handelt. Der Abstract ist dagegen klar und vollständig, d.h. er beinhaltet alle relevanten Informationen.
Punkte: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to diskussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Die Literaturreview wurde durch die Autorinnen und Autoren ausführlich beleuchtet und die verwendete Literatur ist aktuell, aber das Forschungsziel ist nicht deutlich formuliert und die Forschungsfrage fehlt.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Die Methode ist mit nur einem Satz kurz erklärt, genauere Informationen sind nicht vorhanden. Der zur Datensammlung verwendete Fragebogen ist nicht verständlich beschrieben.
Punkte: 2
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?

Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Die Samplegröße ist vorhanden, aber relevante Informationen wie z.B. die notwendigen Charakteristika von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern sind nicht angegeben.
Punkte: 2
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Der Prozess der Datenanalyse ist sehr ausführlich beschrieben (interpretative und induktive thematische Analyse, „cross-coding to ensure methodological rigour“).
Punkte: 4
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Die Studienteilnahme war „freiwillig“. Die Daten von Partizipantinnen und Partizipanten wurden anonymisiert. Die „lokale“ ethische Kommission wurde verständigt, Autorinnen und Autoren dieser Studie wurden von der Kommission informiert, dass keine formale ethische Genehmigung notwendig ist. Keine Interessenkonflikte vorhanden.
Punkte: 3
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.

Der Ergebnissteil ist in vier Unterthemen gegliedert und damit gut strukturiert, aber die Interpretation der Ergebnisse ist nicht verständlich erklärt.
Punkte: 3
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Siehe Frage 4.
Punkte: 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Die Empfehlungen für die Praxis sind vorhanden, aber eine eindeutige Forschungsempfehlung ist nicht vorhanden.
Punkte: 3
Gesamtpunktezahl: 25 (69,4%)

Donnelly, S. et al., 2018. Voices that matter: end-of life care in two acute hospitals from the perspective of bereaved relatives. BMC Palliative Care, 17(117), pp. 1-10.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract.
Ein kürzer Titel würde zu besserem Verständnis führen. Schlüsselwörter sind allerdings im Titel vorhanden. Der Abstract ist leserInnenfreundlich gegliedert und enthält alle notwendigen Teile. Das Forschungsziel ist im Background der Studie inkludiert.
Punkte: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair: Some knowledge and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR aims/objectives but inadequate background.
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Ausführliche Hintergrundinformationen in Form einer Literaturreview sind gegeben. Das Forschungsziel ist undeutlich formuliert und die Forschungsfrage fehlt.
Punkte: 3
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR method inappropriate, AND/OR no details of data.
Die Methode ist angemessen und für die Beantwortung des Forschungszieles geeignet. Der verwendete Fragebogen ist nachvollziehbar beschrieben.
Punkte: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to adress the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Das Sample ist repräsentativ. Die Samplegröße ist gerechtfertigt. Die Zielgruppe und der Rekrutierungsprozess wurden klar beschrieben. Die Rücklaufquote wurde angegeben.
Punkte: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Die Datenanalyse ist in einem eigenen Absatz übersichtlich beschrieben.
Punkte: 4
6. Ethics and bias:
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Die ethische Kommission ist verständigt und die ethische Genehmigung vorhanden. Eine schriftliche Einwilligung von allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde eingeholt. Bias wurden auch erwähnt.
Punkte: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Ergebnisse sind in verschiedene Bedürfnisbereiche eingeteilt, somit wird ein informativer Überblick geschaffen. Sie stehen im direkten Zusammenhang mit dem Forschungsziel.
Punkte: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other context and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und geht vom Spezifischen ins Breite. Der Kontext der Studie ist nachvollziehbar beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten zu ermöglichen. Die Limitationen sind auch angegeben.
Punkte: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Alle drei der oben genannten Kriterien sind vorhanden.
Punkte: 4
Gesamtpunktezahl: 34 (94,4%)