

Bachelorarbeit

**Unterstützungsmöglichkeiten von pflegenden
Angehörigen in der Palliativpflege – ein Literaturreview**

eingereicht von

Ute Pirchan

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Graz, 29. 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 entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 29. März 2019

Ute Pirchan, eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	IV
Abstract	V
1. Einleitung	1
1.1. Pflegerelevanz des Themas der vorliegenden Arbeit	1
1.2. Begriffsdefinitionen	2
1.2.1. Palliative Care	2
1.2.2. Hospice Care	3
1.2.3. Angehörige.....	5
1.3. Familien- und umweltbezogene Pflege Theorie.....	7
1.4. Problemstellung.....	8
1.5. Forschungsziel	9
2. Methodik	10
2.1. Literaturrecherche	10
2.2. Auswahl der Studien.....	11
2.3. Kritische Bewertung der Studien	13
3. Ergebnisse	14
3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien	14
3.2. Relevante Ergebnisse der eingeschlossenen Studien.....	18
3.3. Kommunikation und Interaktion	18
3.4. Organisatorische Unterstützung	21
3.5. Selbstmanagement.....	26
4. Diskussion	29
5. Schlussfolgerung	37
6. Empfehlung für die Praxis	37
7. Literatur	39
8. Anhang	44
8.1. Tabellenverzeichnis	44
8.2. Abbildungsverzeichnis.....	44
8.3. Bewertung der analysierten Studien (Fragebögen).....	44

Zusammenfassung

Hintergrund: Angehörige von Menschen mit einer unheilbaren Diagnose geraten häufig in eine ausweglose Lebenssituation. Sie befinden sich in einer Doppelrolle zwischen der eigenen Belastung und der Unterstützungsfunktion für die betroffene Person. In solchen Situationen ist es wichtig, dass die Angehörigen der betroffenen Person genauso Betreuung und Unterstützung bekommen, wie die erkrankte Person selbst. So kann verhindert werden, dass Angehörige keine Erschöpfungszustände erfahren.

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Interventionen seitens professioneller Pflegepersonen zu beleuchten, wodurch pflegende Angehörige in der palliativen Begleitung Entlastung erfahren können.

Methode: Für dieses Review wurde eine Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL im Oktober und November 2018 durchgeführt. Aus dem Zeitraum 2008 bis 2018 konnten insgesamt neun Studien, unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien, einer kritischen Bewertung und Analyse unterzogen werden.

Ergebnisse: Ergebnisse dieses Literaturreviews zeigen, dass professionelle Pflegepersonen eine wertvolle Stütze für pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten darstellen. In den drei Kategorien Kommunikation und Interaktion, organisatorische Unterstützung sowie Selbstmanagement konnten insgesamt zehn Unterstützungsinterventionen identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Professionelle Pflegepersonen nehmen eine Schlüsselrolle darin ein, pflegende Angehörige bei der Betreuung und Pflege von Angehörigen aufzuklären, zu informieren und anzuleiten.

Durch die Implementierung der angeführten Interventionen wird ermöglicht, dass pflegende Angehörige gezielte Unterstützung sowie Hilfestellung bekommen, um keine physischen oder psychischen Folgen zu erleiden.

Abstract

Background: Relatives of people with an incurable diagnosis often end up in a hopeless life situation. They have a dual role between their own burden and the support function for the affected person. In such difficult situations, it is important that the relatives receive the same support as the sick person himself. This prevents the relatives from experiencing exhaustion.

Aim: This thesis aims to identify effective interventions by health professionals, which can support family caregivers in the palliative home care.

Method: A literature search in the PubMed and CINAHL databases was done in October and November 2018. From the years 2008 to 2018, 9 qualitative studies matched the inclusion criteria. Those studies were critically reviewed and analysed.

Results: The results of this literature review led to the fact that health professionals represent an important support for family caregivers in palliative care. There were identified ten interventions which were categorized by: communication and interaction, organizational support and self-management.

Conclusion: Health professionals have a key role in educating and informing family caregivers. The stated interventions make it possible for family caregivers to receive targeted support and assistance in the care of palliative patients. As a result, physical and psychological consequences can be avoided.

1. Einleitung

Die Diagnose, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, stellt sowohl Betroffene als auch deren Angehörige vor enorme physische, emotionale sowie soziale Herausforderungen. Das tägliche Leben wird ab nun von Schmerzen, körperlichen und seelischen Belastungen geprägt. Zudem werden Angehörige durch die Erkrankung mit der Pflegebedürftigkeit sowie Verlusten von Fähigkeiten und Ressourcen des Familienmitgliedes konfrontiert (Henriksson et al. 2011).

Viele Krebskranke wünschen sich dennoch in gewohnter Umgebung gepflegt zu werden und dort sterben zu können (Stiegler & Engelmann 2011). In solchen Fällen sind es dann besonders Familienangehörige, denen eine wesentliche Rolle zugeteilt wird. Denn die häusliche Pflege eines Familienmitgliedes ist für die Familienangehörigen mit enormen Belastungen, Ängsten, Hoffnungslosigkeit sowie Schuldgefühlen verbunden (Braun et al. 2007).

Der Umgang mit dem bevorstehenden Tod eines geliebten Menschen oder auch der Gedanke an die Zukunft, an das Leben ohne diesen einen Menschen, führen bei den Angehörigen zu Sorgen (Koch et al. 2005). Damit solche schwierigen Lebenssituationen bewältigt werden können, ist es von großer Bedeutung, dass sowohl Betroffene, aber insbesondere deren Angehörige durch geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreut werden und ihnen Unterstützungsmöglichkeiten näher gebracht werden (Henriksson et al. 2011).

1.1. Pflegerelevanz des Themas der vorliegenden Arbeit

Palliative Care erfordert von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege ein hohes Maß an Fachkompetenz. Nur so kann eine gute Betreuung der Angehörigen von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten ermöglicht werden (Henriksson et al. 2011). Die Forschung zu diesem Thema wird durchgeführt, weil Informations- und Kommunikationsbedarf sowie mehr Wissen betreffend der Unterstützungsmöglichkeiten mittels Interventionen durch das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal benötigt wird.

1.2. Begriffsdefinitionen

Im folgenden Kapitel werden inhaltlich relevante Begrifflichkeiten definiert, um eine verständliche Basis zu bilden.

1.2.1. Palliative Care

Der Begriff der Palliative Care wird in der deutschsprachigen Literatur meistens nicht übersetzt, sondern als englischsprachiger Begriff verwendet. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten sowie ihren Familien, die eine unheilbare Erkrankung diagnostiziert bekommen haben. Palliative Care ist der umfassende Begriff, der die palliative Medizin, Pflege und Begleitung einschließt (WHO 2002).

Als Synonyme zum Begriff der Palliative Care werden im deutschsprachigen Raum Begrifflichkeiten wie Palliativpflege, Palliativmedizin, Sterbebegleitung oder Hospiz verwendet (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin 2018).

Palliative Care leitet sich vom lateinischen Terminus „cura palliativa“ ab und setzt sich aus zwei Wörtern zusammen. Der Begriff „palliativ“ entstammt dem lateinischen Wort „pallium“, das übersetzt so viel wie „Deckungsmantel“ heißt.

Das Wort „care“ hingegen hat seinen Ursprung im Englischen und bezeichnet das Dasein oder die Fürsorge für eine andere Person, sozusagen die Pflege sowie Betreuung von Patientinnen und Patienten (Stolberg 2007).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliative Care wie folgt:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (WHO 2002).

Neben der Definition der WHO wird auch häufig die Begriffsbestimmung der European Association for Palliative Care (EAPC) aus dem Jahr 1989 verwendet:

Palliative care is the active, total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Palliative care takes a holistic approach, addressing physical, psychosocial and spiritual care, including the treatment of pain and other

symptoms. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the care of the patient and their family and should be available in any location including hospital, hospice and community.

Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death and sets out to preserve the best possible quality of life until death (European Association of Palliative Care 2019).

Diese beiden Definitionen belegen den Grundgedanken der Palliativpflege. Das Ziel ist es, Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung optimal in ihrer letzten Lebensphase zu betreuen und zu begleiten. An erster Stelle steht dabei die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden, wie beispielsweise Atemnot oder Übelkeit, aber auch eine psychologische und spirituelle Begleitung der Betroffenen. Dadurch soll ihnen eine möglichst hohe Lebensqualität und Selbstbestimmung ermöglicht werden (Österreichische Palliativgesellschaft 2018).

Ein wesentlicher Aspekt dieses Konzeptes ist es, dass Palliative Care auch psychologische und spirituelle Aspekte in die Betreuung einfließen lässt.

In weiterer Folge bietet diese Form der Begleitung eine Unterstützungsmöglichkeit, sodass betroffene Patientinnen und Patienten ihr Leben bis zu ihrem Tod möglichst aktiv führen können.

Die Angehörigenbetreuung ist ebenfalls ein wesentlicher Aufgabenbereich der Palliative Care. In den meisten Fällen sind es gerade die Angehörigen, die starken Belastungen aufgrund der Diagnose ausgesetzt sind. Darum benötigen sie besondere Aufmerksamkeit von Pflegepersonen. Palliative Care bietet ihnen eine Begleitung während der Erkrankung des Patienten sowie in der Zeit der Trauer (Österreichische Palliativgesellschaft 2018).

1.2.2. Hospice Care

Vorwegzunehmen ist, dass es für diesen Ausdruck keine weltweit einheitliche Begriffsbestimmung gibt, sondern der Begriff von Land zu Land unterschiedlich definiert wird.

Im Rahmen dieser Arbeit wird zur Beantwortung der Forschungsfrage ausschließlich auf die Bedeutung des Begriffs im deutschsprachigen Raum eingegangen.

Das Wort „Hospice“ hat seinen Ursprung im lateinischen Begriff „hospitium“ und bedeutet übersetzt so viel wie Gastfreundschaft, Raststätte oder Herberge. Der Begriff meint somit einen Ort der gastfreundlichen Aufnahme. Im Deutschen versteht man prinzipiell unter einem Hospiz eine Einrichtung, in der sterbende Menschen bis zu ihrem Tod begleitet werden (Landesverband Hospiz Kärnten 2018).

In der Praxis sind die Grenzen zwischen den Konzepten der Hospice- und Palliative Care nicht eindeutig festgelegt. Beide verfolgen die ganzheitliche Betreuung und Begleitung kranker und sterbender Menschen und deren Angehörigen. Die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen stehen bei der Betreuung an erster Stelle. Dabei geht es in erster Linie nicht um die Lebensverlängerung, sondern darum, dass die Lebensqualität bis zuletzt aufrecht erhalten bleibt (Landesverband Hospiz Kärnten 2018).

Damit genau auf die Bedürfnisse der kranken Menschen und deren Angehörigen eingegangen werden kann, erfolgt die Betreuung immer durch ein interprofessionelles Team mit jeweils speziellen Qualifikationen und Ausbildungen. Dazu zählen unter anderem ärztliches Personal, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie Therapeutinnen und Therapeuten aus den Bereichen Diätologie, Ergotherapie, Logopädie oder Psychotherapie (Gesundheit Österreich GmbH 2014).

Wann Hospice- und Palliative Care von Bedeutung wird

Wie bereits zuvor erwähnt umfasst Hospice- und Palliative Care die Betreuung und Pflege von Menschen mit begrenzter Lebenserwartung. Im Gegensatz zur Hospizbetreuung wird Palliative Care nicht erst in der letzten Lebensphase angewandt, sondern bereits dann, wenn eine kurative (heilende) Therapie nicht mehr möglich ist und die Lebenserwartung begrenzt ist, also auch schon im frühen Krankheitsstadium und unabhängig des Alters der Betroffenen (Student & Napiwotzky 2011). Primäres Ziel ist in solchen Fällen die Symptombehandlung

und die bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität bis zum Tod (Gesundheit Österreich GmbH 2014).

Laut WHO-Definition benötigen beispielsweise Menschen mit folgenden Erkrankungen eine Hospice- und Palliative Care:

- fortschreitende Tumorerkrankungen
- fortgeschrittene Herzinsuffizienz
- fortgeschrittene Lungenkrankheiten
- terminale Niereninsuffizienz
- fortschreitende neurologische Erkrankungen (u.a. ALS, Multiple Sklerose)
- dementielle Erkrankungen
- Mehrfachbehinderungen (WHO 2002)

Die Lebensqualität ist aufgrund ihrer Symptome, wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Müdigkeit, wesentlich eingeschränkt. Zudem können psychosoziale Probleme auftreten. So kann es zum Beispiel zu Depressionen oder sozialer Isolation aufgrund der Erkrankung kommen (Gesundheit Österreich GmbH 2014).

1.2.3. Angehörige

Unter dem Begriff „Angehörige“ werden alle Personen verstanden, die in einer verwandtschaftlichen, vertrauten, nahe stehenden oder freundschaftlichen Beziehungen zur Patientin oder zum Patienten stehen. Diese Personen erfahren im Rahmen der Palliativpflege einen Prozess des Loslassens sowie Abschiednehmens und fühlen sich infolgedessen mit der Situation häufig überfordert. Deshalb brauchen Angehörige genauso viel Aufmerksamkeit und Begleitung wie die kranke Person selbst (Kränzle et al. 2014).

Bei Verwendung des Begriffs ist nicht der biologische Verwandtschaftsgrad entscheidend, sondern vielmehr die Nähe und Gefühlsstärke zur betroffenen Person (Wüller et al. 2014).

In dieser Arbeit bezieht sich der Begriff „Angehörige“ auf das persönliche Umfeld der erkrankten Person. Sozusagen alle Personen, die eine persönliche Nähe zur Patientin oder zum Patienten haben.

Die Rolle der Angehörigen in der Palliativpflege

Im Rahmen des Konzeptes der Palliative Care werden Angehörige als

wesentlicher Teil des Pflegekonzeptes wahrgenommen. Deshalb gehört es zur Aufgabe des Pflegepersonals, diese mitzuversorgen. Obwohl die Betreuung mit einem zusätzlichen Arbeitsaufwand einhergeht, werden sie als eine wichtige Ressource gesehen. Denn durch die richtige, fachkompetente Anleitung und Einbindung können Angehörige einen wichtigen pflegerischen Teil übernehmen (Wüller et al. 2014).

Mithilfe vieler kleiner Maßnahmen können Angehörige wesentlich dazu beitragen, die Lebensqualität der kranken Person möglichst lange aufrechtzuerhalten und dadurch ein Gefühl der Nähe und Vertrautheit zu vermitteln. Angehörige können beispielsweise durch pflegerische Handlungen wie der Mundpflege, der Hautpflege, der richtigen Lagerung oder der Ernährung eine wichtige Stütze für die Kranken in ihrer letzten Lebensphase sein. Jedoch auch die Anwesenheit, das Führen von Gesprächen oder das Abspielen von Musik können beruhigend auf die Patientin oder den Patienten wirken (Nagl et al. 2018).

Besonders die Pflege eines geliebten Menschen im häuslichen Umfeld ist für die Angehörigen und Familienmitglieder mit großen Herausforderungen verknüpft. Sie werden mit der Krankheit konfrontiert und nehmen die Pflegebedürftigkeit sowie Symptome der betroffenen Person bewusst wahr. Durch die Pflegeübernahme kommen auf die Angehörigen neue Aufgaben zu. Diese reichen von organisatorischen Erledigungen und Haushaltstätigkeiten, über die Hilfestellung bei Alltagsaktivitäten bis hin zur kompletten Übernahme der Pflege, wie etwa der Medikamentenverabreichung und Symptombehandlung. Außerdem wird es notwendig, den Alltag neu zu gestalten. Bisherige Aufgaben und Aktivitäten innerhalb der Familie müssen umstrukturiert werden, damit den veränderten Rollen im privaten Zusammenleben nachgegangen werden kann und die neuen Aufgaben bewältigt werden können. Aufgrund der Mehrfachbelastung kommt es häufig zu Spannungen und bestehende Konflikte innerhalb der Familie können sich durch die Erkrankung oftmals verstärken. Diese Herausforderungen wirken sich nach und nach auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der einzelnen Familienangehörigen aus (Gaspar 2009; Kreyer & Pleschberger 2014).

Für viele Angehörige geht die Übernahme der Pflege daher häufig mit Veränderungen in verschiedenen Bereichen des Lebens einher. So kann die Betreuung zu verminderten sozialen Kontakten führen oder zum Vernachlässigen

der eigenen Interessen (Kreyer et al. 2014).

Trotz der Belastungen überwiegt in vielen Familien dennoch die Motivation, die kranke Person zuhause zu pflegen. Sie tun es oft freiwillig, weil sie dabei ein Gefühl der Liebe und Zuneigung empfinden, oder auch das Gefühl der Verpflichtung verspüren (Hurrellmann et al. 1998). Wie stark die Belastungen erlebt werden, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich und hängt stark davon ab, auf welche Bewältigungsstrategien und Ressourcen die Angehörigen zurückgreifen können.

Unter Bewältigungsstrategien versteht man Handlungsmuster und Gedanken, die einer Person helfen, ein Problem zu lösen beziehungsweise Stress zu verringern (Brügger et al. 2015).

Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten suchen nach Hilfe und Unterstützung, damit sie mit den psychischen und physischen Belastungen umgehen können. Dazu gehört allen voran das Einholen von Informationen, damit die Pflege und der Umgang mit der Erkrankung bewältigt werden kann. Durch Recherchen im Internet beziehungsweise in Zeitschriften oder Gespräche mit Gesundheitsfachpersonen schützen sie sich vor dem Gefühl der Hilflosigkeit. Außerdem eignen sie sich Kompetenzen an und holen sich Unterstützung aus dem informellen Umfeld, indem sie sich zum Beispiel Handgriffe zeigen lassen (Brügger et al. 2015).

Abgesehen von den Belastungen und Anforderungen wird die Pflege und Begleitung von sterbenden Menschen für die Angehörigen sehr wohl auch als Bereicherung und als eine sehr wertvolle Zeit erlebt (Funk et al. 2010).

1.3. Familien- und umweltbezogene Pflegeetheorie

Im folgenden Abschnitt wird die Familien- und umweltbezogenen Pflegeetheorie nach Marie-Luise Friedemann erläutert. Dadurch soll beleuchtet werden, wie wichtig der Miteinbezug des sozialen Umfeldes der betroffenen Person in die Palliative Care ist.

In ihrer Pflegeetheorie sieht Friedemann (1996) den Menschen als ein ganzheitliches Wesen an. Sein Umfeld stellt dabei eine richtungweisende Funktion dar.

In Bezug auf die Pflege stehen bei Friedemann (1996) sowohl die zu behandelnde Person als auch deren Familie und Angehörige im Mittelpunkt und werden infolgedessen als eine Einheit wahrgenommen und gepflegt.

Durch den Einbezug der Familie in den Pflegeprozess sollen Ängste und Sorgen minimiert werden. Friedemann (1996) orientiert sich dabei an den Zielen des systemischen Gleichgewichts: Stabilität, Regulation/Kontrolle, Wachstum und Spiritualität. Betroffene und Angehörige streben nach diesen Zielen und können somit ihren Ängsten entgegenwirken (Friedemann 1996).

Friedemann (1996) betont in ihrer Pflgetheorie, dass die Familie beziehungsweise das soziale Umfeld und die individuelle Pflege nicht separat gesehen werden können. Angehörige sind demnach gleichermaßen vom bevorstehenden Tod der erkrankten Person betroffen und durchlaufen dementsprechende Veränderungen in ihrem Leben (Friedemann 1996).

In vielen Pflegesituationen ist es nicht nur der sterbende Patient, sondern auch seine Angehörigen, die Pflege benötigen. Die wichtigste Aufgabe der Pflegenden ist die gefühlvolle Unterstützung der Angehörigen, wobei deren Ängste ernstgenommen werden müssen. Während des Sterbeprozesses können erfahrene Pflegenden Angst lindern, indem sie die Angehörigen auf schöne Erfahrungen und Offenbarungen des sterbenden Menschen aufmerksam machen, ohne ihnen jedoch fremde Ansichten aufzudrängen (Friedemann et al. 2010).

Anhand der Pflgetheorie nach Friedemann (1996) wird aufgezeigt, wie wichtig es für professionelle Pflegepersonen ist, Angehörige in die Pflege von Patientinnen und Patienten einzubinden. Angehörige benötigen die fachliche Anleitung und Unterstützung von professionellen Fachkräften. Einerseits, um für die betroffene Person eine Unterstützung zu sein, indem sie sich in der Betreuung und Pflege gut vorbereitet und kompetent fühlen. Andererseits, damit verhindert wird, dass Angehörige aufgrund der Belastungen Erschöpfungszustände erfahren (Wüller et al. 2014).

1.4. Problemstellung

Die Betreuung der Angehörigen ist eine besonders große Herausforderung für qualifizierte Pflegepersonen in der Palliative Care. Schwierigkeiten ergeben sich durch die Diagnosestellung einer unheilbaren Erkrankung, den unsicheren Verlauf

der Erkrankung sowie das außer Takt geratene Familienleben (Huber & Casagrande 2011).

Ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung beginnt meist der Kampf gegen die Zeit sowohl für die Betroffenen als auch deren Angehörige. Um den Erwartungen der Sterbenden zu entsprechen, leisten Angehörige Unterstützung und Betreuung, auf die sie selbst jedoch kaum bis gar nicht vorbereitet sind.

Die plötzlich übertragene Verantwortung ist enorm und geht laut Holm et al. (2014) häufig mit negativen Konsequenzen auf die eigene Gesundheit sowie des Wohlbefindens einher. Begleitet werden diese Symptome von Angst, Schuld sowie Schlafstörungen. Außerdem fühlen sie sich oft hilflos und sind mit der Situation überfordert (Knipping 2007).

1.5. Forschungsziel

Das Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, welche Interventionen sowie Coping-Strategien Pflegepersonen Angehörigen anbieten können, damit sie die Belastungen, die im Rahmen der palliativen Betreuung auf sie einwirken, gut managen können.

Die zentrale Fragestellung, die sich daraus ergibt lautet wie folgt:

„Welche Interventionen zur Entlastung können Pflegepersonen im Umgang mit Angehörigen von Patientinnen und Patienten in der Palliative Care setzen?“

2. Methodik

Zur Beantwortung der genannten Forschungsfrage wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Literaturreview durchgeführt. Unter einem Literaturreview wird eine kritische Zusammenfassung des derzeitigen Forschungsstands in Bezug auf ein bestimmtes Forschungsproblem verstanden (Kränzle et al. 2014).

2.1. Literaturrecherche

Die Suche nach entsprechender Literatur fand im Oktober und November 2018 statt. In den ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) sowie CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) wird in englischer Sprache gesucht. Aus diesem Grund wurden die Suchwörter, sogenannte Keywords, auf Englisch definiert.

Verwendet wurden folgende Suchbegriffe: *family caregivers*, *palliative care* sowie *coping*.

Um adäquate Publikationen zu erhalten wurden die Begriffe als Stichwörter sowie als MeSH-Terms (Medical Subject Headings) eingesetzt. Anschließend wurden die verwendeten Keywords mit den sogenannten Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ aneinandergesetzt.

Mit MeSH-Terms werden Schlüsselwörter bezeichnet, die es ermöglichen, den Inhalt von Artikeln stichwortartig zu definieren. Somit können Publikationen von Fachexpertinnen und Fachexperten in MEDLINE gezielt zugeteilt werden (Kleibel & Mayer 2011).

Verwendete Suchabfragen

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	((family caregivers[MeSH Terms]) AND palliative care) AND (coping)
CINAHL	family caregivers AND palliative care AND coping

Ergänzend zur Datenbanksuche wurde mittels Handsuche in Referenzlisten nach geeigneten Publikationen gesucht.

2.2. Auswahl der Studien

Einschlusskriterien

Es wurden nur jene Artikel berücksichtigt, die sich mit der Pflege von palliativen Patientinnen und Patienten auseinandersetzen. Gleichzeitig wurden nur jene Publikationen herangezogen, die sich mit Interventionsmöglichkeiten zur Entlastung von Angehörigen befassen.

Ausschlusskriterien

Im Rahmen dieser Arbeit sollen Interventionen dargestellt werden, die dazu beitragen, pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zu entlasten. Aus diesem Grund wurden Studien, die sich ausschließlich mit Belastungen und Problemen von Angehörigen im palliativen Setting befassen, bei der Suche nicht berücksichtigt.

Gesetzte Limitationen

Um an gezielte Ergebnisse zu gelangen, wurde bei der Datenbankrecherche die Einschränkung gesetzt, dass nur jene Artikel angezeigt werden, die innerhalb der letzten zehn Jahre publiziert wurden, sprich im Zeitraum von 01.01.2008 bis 30.11.2018. Ebenso wurden in die Suche ausschließlich Studien in englischer oder deutscher Sprache inkludiert.

Auswahlprozess

Alle Suchergebnisse wurden in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X7 importiert. Mit den Suchanfragen aus PubMed und CINHAL wurden nach Ausschluss der Duplikate insgesamt 287 Treffer erzielt. Außerdem wurden über eine Handsuche in Referenzlisten zwei weitere, geeignete Studien gefunden und eingeschlossen.

Im Anschluss daran wurde zuerst ein Titel-, und danach ein Abstractscreening durchgeführt. In der Vorauswahl wurde ein Großteil der Studien ausgeschlossen, weil sie für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht zufriedenstellend waren. Von 26 Artikeln wurde schließlich der Volltext gelesen, um herauszufinden, ob sie sich tatsächlich zur Beantwortung der Forschungsfrage eigneten. Nach diesem Screening verblieben insgesamt neun relevante Studien. Diese wurden einer kritischen Bewertung mittels Fragebogen unterzogen. Der nun beschriebene Auswahlprozess wird in Abbildung 1 als Flowchart dargestellt.

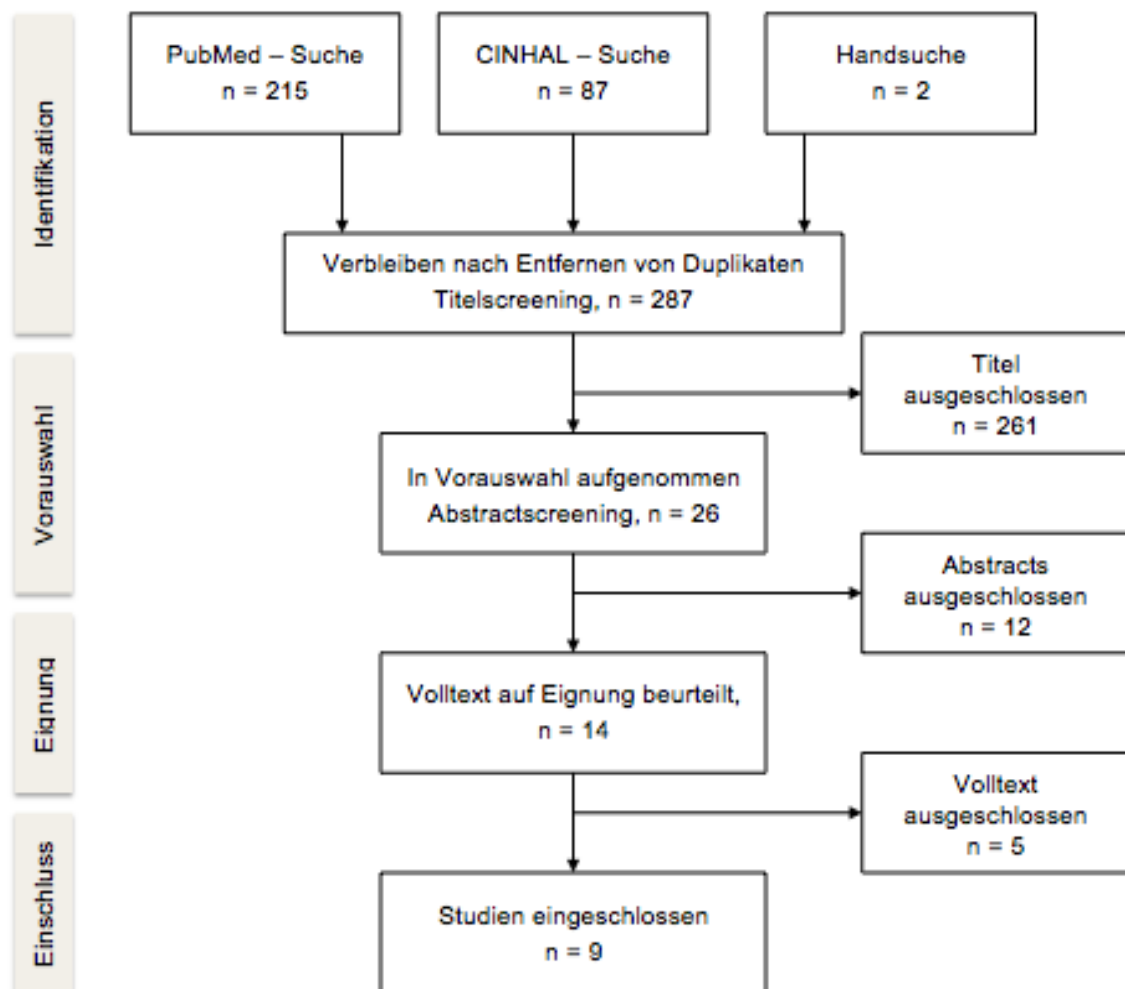


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Polit & Beck 2017).

2.3. Kritische Bewertung der Studien

Die neun eingeschlossenen Studien wurden mithilfe des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) hinsichtlich ihrer Qualität kritisch überprüft. Dieses Bewertungsinstrument wurde deswegen herangezogen, da es für sämtliche qualitative und quantitative Studiendesigns verwendet werden kann.

In neun unterschiedlichen Abschnitten, die prinzipiell den einzelnen Kategorien einer wissenschaftlichen Arbeit entsprechen, wird jede der eingeschlossenen Studien bewertet.

Im Bewertungsbogen enthalten sind die Beurteilung von Abstract und Titel, der Einleitung und des Ziels, der Methoden und Datenerfassung, des Samplings, der Datenanalyse, der ethischen Aspekte und Limitationen, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit sowie der Auswirkungen für die Praxis und Forschung.

In jeder der einzelnen Kategorien werden Punkte von eins bis vier vergeben, abhängig davon ob die Aussage beziehungsweise Frage mit Very Poor, Poor, Fair oder Good beurteilt wird. Die genaue Bewertung der neun eingeschlossenen Studien ist im Anhang zu finden.

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse der Studien ausführlich beleuchtet.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Charakteristika und Ergebnisse der neun inkludierten Studien näher gebracht.

3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien

Von den neun Studien wurden fünf in Schweden durchgeführt und je eine in Neuseeland, Malaysia, Großbritannien sowie den USA.

Sieben der ausgewählten Studien hatten ein qualitatives Design. Ihre Datenerhebung basierte auf persönlichen Interviews. Bei einer dieser Studien wurde zusätzlich zum Interview auch ein Fragebogen zur Datensammlung herangezogen. Des Weiteren war eine Publikation als Pilotstudie und eine als quasi-experimentelle Studie mit einer Interventions- und Kontrollgruppe konzipiert. Insgesamt wurden Daten von 249 Angehörigen, 10 Patientinnen und Patienten sowie 42 professionellen Pflegepersonen erhoben. Keine der Studien hatte eine explizite Alters- oder Geschlechtereinschränkung.

Die eingeschlossenen Studien aus der vorangegangenen Literaturrecherche werden im folgenden Abschnitt nach ihrer Charakterisierung und in die daraus folgenden inhaltlichen Kategorien mit ihren jeweiligen Interventionen gegliedert. Eine Charakteristikaübersicht der inkludierten Studien ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Datenerhebung	Hauptergebnisse
Angelo, J K. Egan, R Reid, K, 2013 Neuseeland	Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study	Erhebung, welche Informationen pflegende Angehörige von Pflegepersonen benötigen, um ein Familienmitglied im häuslichen Umfeld gut zu betreuen.	'Nominal Group Technique' Design	17 professionelle Pflegekräfte von drei öffentlichen palliativen Einrichtungen in Neuseeland	Abhaltung von 3 Fokusgruppen	3 Hauptergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Selbstfürsorge • praktische Fertigkeiten • Wissen, was zu erwarten ist
Beng, T S, Ahmad, F, Loong, L C, Chin, L E, Zainal, N Z, Guan, N C, Ann, Y H, Li, L M, & Meng, C B, 2015 Malaysia	Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study	Erhebung, inwiefern eine achtsame Atmung zur Verringerung von Belastungen bei Palliativpatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen beiträgt.	Pilotstudie	Palliativstation des Universitätsspitals Kuala Lumpur sowie häusliches Setting 20 Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren Angehörige (10 in Interventionsgruppe, 10 in Kontrollgruppe)	a) Interventionsgruppe: 5-minütiges bewusstes Atmen unter palliativärztlicher Anleitung b) Kontrollgruppe: offene Fragestellungen zu Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen	Stressreduktion für Betroffene und Angehörige Rascher Einsatz der therapeutischen Einfache und unkomplizierte Anwendung
Cronfalk, B S, Strang, P, Ternstedt, B M, 2009 Schweden	Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care	Untersuchung der Erfahrungen von Angehörigen, die eine Weichteilmassage als unterstützende Maßnahme bei der Pflege eines sterbenden Familienmitglieds erhalten.	Qualitatives Design	Häusliches Setting 19 Familienangehörige	Nach Erhalt von 9 Hand- oder Fußmassageeinheiten zu je 25 Minuten wurde ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Kraft • Seelenfrieden • Körperliche Stärke/ Vitalität • Existenzielles Wohlbefinden • Gefühl der Fürsorge

<p>Henriksson, A, Årestedt, K, Benzein, E, Ternestedt, B M & Andershed, B, 2012</p> <p>Schweden</p>	<p>Effects of a support group programme for patients with life-threatening illness during ongoing palliative care</p>	<p>Untersuchung der Auswirkungen eines Selbsthilfeprogramms für Familienangehörige von Patienten mit lebensbedrohlicher Erkrankung.</p>	<p>Prospektives, quasi – experimentelles Design</p>	<p>Drei Palliativstationen und eine hämatologische Station</p> <p>125 Familienangehörige (78 in Interventionsgruppen, 47 in Kontrollgruppe)</p>	<p>Interventionsgruppe: 6 Sitzungen zu je einem spezifischen Thema unter der Leitung eines multiprofessionellen Teams.</p> <p>Vergleichsgruppe: Standardbetreuung</p> <p>Beide Gruppen: Fragebogen zu Beginn und am Ende der Studie</p>	<p>Gesteigerte Wahrnehmung der Familienmitglieder hinsichtlich Bereitschaft, Kompetenz und Belohnung in der Pflege</p> <p>Angehörige fühlten sich besser auf ihre Rolle vorbereitet</p>
<p>Henriksson, A, Benzein, E, Ternestedt, B, M & Andershed, B, 2011</p> <p>Schweden</p>	<p>Meeting needs of family members of persons with life-threatening illness: A support group program during ongoing palliative care</p>	<p>Beschreibung, wie Familienangehörige von Betroffenen mit lebensbedrohlicher Erkrankung Teilnahme an Unterstützungsprogramm empfinden</p>	<p>Deskriptives, qualitatives Design als Pilotprojekt</p>	<p>2 Palliativstationen und eine hämatologische Station</p> <p>29 Familienangehörige von Personen mit unheilbaren Erkrankungen</p>	<p>Telefoninterview mithilfe eines semi-strukturierten Interviewleitfadens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wertvoller Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten • Kurze Auszeit von der Pflege • neue Kontakte knüpfen • Aneignung von neuem Wissen
<p>Holm, M, Carlander, I, Fürst, CJ, Wengström, Y, Årestedt, K, Öhlen, J & Henriksson, A, 2015</p> <p>Schweden</p>	<p>Delivering and participating in a psycho-educational intervention for family caregivers during palliative home care: a qualitative study from the perspectives of</p>	<p>Perspektiven bezüglich einer psycho – edukativen Intervention von pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegepersonen erläutern.</p>	<p>Interpretatives deskriptives Design</p>	<p>10 spezialisierte, häusliche Palliative Care Einrichtungen</p> <p>25 professionelle Pflegekräfte 13 pflegende Angehörige</p>	<p>21 Fokusgruppen – Diskussionen im Abstand von 6 Monaten.</p> <p>Fokussierte Leitfadeninterviews mit den pflegenden Angehörigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • positive und wertvolle Erfahrung • Möglichkeit, Ratschläge von Gleichgesinnten und professionellen Pflegekräften einzuholen • Gefühl, besser auf die Pflegerolle vorbereitet zu sein

	health professionals and familycaregivers					
<p>Holm, M, Henriksson, A, Carlander, I, Wengström, Y & Öhlen, J, 2014</p> <p>Schweden</p>	<p>Preparing for family caregiving in specialized palliative home care: An ongoing process</p>	<p>Untersuchung der persönlichen Erfahrungen pflegender Angehöriger in Bezug auf ihre Vorbereitung auf die Betreuung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten.</p>	<p>Interpretative, deskriptive Querschnittsstudie</p>	<p>6 verschiedene häusliche Settings, welche auf die Palliativbetreuung spezialisiert sind.</p> <p>12 pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und -patienten in der häuslichen Palliativbetreuung</p>	<p>Leitfadeninterviews</p>	<p>Vorbereitung auf die Pflegerolle ist ein laufender Prozess</p> <p>Drei wichtige Teilprozesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernst der Lage abschätzen • Fremde und eigene Bedürfnisse vereinen • Konfrontation und Umgang mit dem Tod
<p>Jack, B A, O'Brien, M R, Scrutton, J, Baldry, C R & Groves, K E, 2014</p> <p>Lancashire, Großbritannien</p>	<p>Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service</p>	<p>Erhebung inwiefern das mobile Hospizteam für pflegende Angehörige eine Unterstützung bietet.</p>	<p>Qualitative Studie</p>	<p>Häusliches Setting</p> <p>20 Angehörige von Palliativpatientinnen und -patienten</p>	<p>Halbstrukturiertes Interview</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wieder den eigenen Interessen nachgehen können • sich in guten Händen fühlen • Normalität zurückgewinnen
<p>Mosher, C E, Ott, M A, Hanna, N, Jalal, S I & Champion, V L, 2015</p> <p>Indiana, USA</p>	<p>Coping with Physical and Psychological Symptoms: A Qualitative Study of Advanced Lung Cancer Patients and their Family Caregivers</p>	<p>Identifikation von Bewältigungsstrategien für Lungenkrebspatientinnen und -patienten und deren pflegende Angehörige.</p>	<p>Qualitative Studie</p>	<p>Onkologische Station des Universitätsklinikums Simon Cancer Centers</p> <p>Interviews: häusliches Setting</p> <p>21 Lungenkrebspatientinnen und -patienten und deren pflegende Angehörige</p>	<p>Semi-strukturierte Telefoninterviews</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung der Normalität • Unterstützung suchen • Verwendung und Einnahme von Medikamenten • Alternativmedizin • kognitive Bewältigungsstrategien • Religiosität

3.2. Relevante Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Die in den einzelnen Studien dargestellten Unterstützungsmethoden wurden verglichen und nach übergeordneten Themen kategorisiert. Die Ergebnisse wurden in folgende drei Kategorien unterteilt: Kommunikation und Interaktion, organisatorische Unterstützung sowie Selbstmanagement.

3.3. Kommunikation und Interaktion

3.3.1. Aufbau einer vertrauten Beziehung

Nach der Diagnose einer unheilbaren Krankheit befinden sich die Betroffenen und deren Angehörige in einer Ausnahmesituation. Aus diesem Grund ist es für professionelle Pflegepersonen von besonders großer Bedeutung, sich in die Lage der betroffenen Personen hineinzusetzen und Einfühlungsvermögen zu zeigen. Im Rahmen der Gespräche ist ein „aktives Zuhören“ wesentlich, um auf Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen und deren Angehörigen eingehen zu können (Holm, M et al. 2014).

Wie wichtig der Aufbau einer solch positiven empathischen Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegepersonen ist, stellt das Ergebnis der Studie von Holm et al. (2014) dar. In dieser schwedischen Studie wurden offene Interviews mit zwölf pflegenden Angehörigen, die ihre sterbenden Familienmitglieder zuhause betreuen, geführt. Das Ziel dieser Studie war die Untersuchung der persönlichen Erfahrung pflegender Angehöriger bezüglich ihrer Vorbereitung auf die Betreuung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten.

Das gewonnene Vertrauen in die Angehörigen der Gesundheitsberufe machte es den pflegenden Angehörigen möglich, den Ernst der Situation besser zu bewältigen (Holm, M et al. 2014).

Die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal ist ebenso bei Angelo et al. (2013) ein immens wichtiger Faktor. In dieser qualitativen Studie war es das Ziel, aufzuzeigen, welche essentiellen Informationen pflegende Angehörige von professionellen Pflegepersonen erhalten müssen, um sich in ihrer Betreuerrolle sicher und unterstützt zu fühlen. Dazu wurden von drei öffentlichen Hospizstellen in Neuseeland 17 professionell Pflegenden rekrutiert, welche jeweils an einer von drei abgehaltenen Fokusgruppen teilnahmen. In diesen Gruppentreffen wurde explizit behandelt, welche konkreten Informationen in ein Bildungsprogramm

einbezogen werden müssen, um pflegende Angehörige auf ihre Rolle bestmöglich vorzubereiten.

Ein zentrales Ergebnis dieser Studie war es, dass Angehörige häufig nach Wissen und Handlungskompetenz bezüglich der bevorstehenden Aufgaben streben. Dieses Bedürfnis stellt daher einen zentralen Bestandteil der Kommunikation mit Angehörigen von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten dar (Angelo et al. 2013).

3.3.2. Angehörigenedukation

Die meisten Angehörigen von palliativen Patientinnen und Patienten bringen keinerlei Vorerfahrung bezüglich der pflegerischen Versorgung eines Menschen mit. Infolgedessen betonen Angelo et al. (2013) in ihrer Studie, dass eine erfolgreiche Pflege im häuslichen Setting vor allem durch die professionelle Unterstützung und das Empowerment der pflegenden Angehörigen durch professionelle Pflegekräfte erreicht wird.

Aus diesem Grund benötigen Angehörige gezielte Informationen, um über den Zustand ihres Angehörigen genau Bescheid zu wissen. Sie sind auf die Unterstützung und fachlichen Informationen professioneller Pflegepersonen angewiesen. Nur so können informell Pflegende ihre betroffenen Angehörigen bestmöglich versorgen und ihnen den Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung bis zuletzt ermöglichen (Angelo et al. 2013).

Holm et al. (2014) beschreiben ebenfalls, dass es für Angehörige von großer Wichtigkeit ist, Wissen und praktische Kompetenzen über die Pflege und Betreuung zu erlangen.

Neben den praktischen Kompetenzen ist es jedoch genauso von Bedeutung, dass pflegende Angehörige über die Krankheit, den Verlauf sowie deren Symptome informiert werden.

Gerade zu Beginn der Betreuung fühlen sich pflegende Angehörige in der Betreuung und Versorgung häufig unsicher. Demzufolge ist es wichtig, dass Angehörige für das, was sie leisten und bewältigen, Anerkennung durch professionelle Pflegepersonen erhalten. Dadurch werden sie in ihrer Arbeit bestärkt und es gibt ihnen Mut, weiterzumachen (Angelo et al. 2013; Holm, M et al. 2014).

Ebenso bedeutsam ist es, pflegende Angehörige darüber aufzuklären, welche Hilfsangebote ihnen im Rahmen der Palliative Care zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel mobile Hilfsangebote, Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen. Häufig werden Angehörige jedoch nicht ausreichend über diese Hilfsangebote informiert oder glauben, Schwäche zu zeigen, wenn sie Hilfe in Anspruch nehmen. Deshalb ist es wichtig, dass sie von Angehörigen der Gesundheitsberufe über den Nutzen und die verfügbaren Möglichkeiten der Entlastungsmöglichkeiten beraten und dazu motiviert werden, Unterstützung anzunehmen (Angelo et al. 2013; Henriksson et al. 2011).

Kommunikation und Wissensvermittlung nehmen während des palliativen Betreuungsprozesses eine wesentliche Rolle ein. Demgemäß spielt die empathische und offene Gesprächsführung mit den Angehörigen ebenso in Bezug auf das Thema Sterben und Tod eine bedeutsame Rolle. In diesem Kontext ist es wichtig, pflegende Angehörige darüber zu informieren, wie sich die Bedürfnisse der Betroffenen verändern werden und wie sie darauf reagieren können. Des Weiteren ist es auch wesentlich, die Familie über anzeigende Symptome des unmittelbar bevorstehenden Todes aufzuklären. Dazu gehören zum Beispiel die Ablehnung der Nahrungsaufnahme oder Atemlosigkeit (Angelo et al. 2013).

3.3.3. Vermittlung von Pflegetechniken

Damit pflegende Angehörige ihre Betreuerrolle sicher umsetzen können und somit eine gute Pflege erbringen können, benötigen sie die Vermittlung und Anleitung praktischer Fähigkeiten durch professionelle Pflegekräfte. Darin enthalten sind etwa nützliche Informationen bezüglich der richtigen Mobilisation und Hebetechnik, dem rückschonenden Arbeiten oder der richtigen Mundpflege. Außerdem soll pflegenden Angehörigen das Wissen vermittelt werden, wie Stürze verhindert werden können, sowie jene Maßnahmen, die getroffen werden sollen, wenn jemand gestürzt ist (Angelo et al. 2013).

In der Studie von Henriksson et al. (2011) wird ebenso beschrieben, dass Angehörige einer genauen Anleitung und Aufklärung darüber bedürfen, wie der Alltag für Angehörige und Betroffene erleichtert werden kann. Vor allem in Bezug auf die körperliche Aktivität bei diversen Pflegemaßnahmen benötigen pflegende Angehörige die Expertise des professionellen Pflegeteams. Zum Beispiel wenn es

darum geht die betroffene Person im Bett auf die Seite zu drehen ohne dabei zu viel Druck auf sie auszuüben oder bei der Pflege ergonomisch zu arbeiten.

Ein weiterer wesentlicher Punkt bei der Anleitung pflegender Angehöriger ist das Symptommanagement. Genauer gesagt welche Maßnahmen und Hilfestellungen bei typisch auftretenden Symptomen wie Schmerzen, Angstzuständen, Verstopfung, Müdigkeit oder Atemnot getroffen werden können (Angelo et al. 2013).

3.4. Organisatorische Unterstützung

Die Pflegebedürftigkeit aufgrund einer terminalen Diagnose kann langsam oder plötzlich eintreten. In jedem Fall stellen diese Situationen aber eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Deshalb ist es wichtig, dass Angehörige von Beginn an gut darüber informiert werden, welche Unterstützungs- und Betreuungsmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen (Angelo et al. 2013).

3.4.1. Vermittlung und Initiierung von Unterstützungsprogrammen

In drei der neun eingeschlossenen Studien war es das Ziel, die Wirksamkeit von Unterstützungsprogrammen in Form von organisierten Gruppentreffen für pflegende Angehörige zu untersuchen.

Moderiert wurden diese Treffen von je zwei professionellen Pflegepersonen. In zwei der drei Studien wurde zusätzlich pro Sitzung eine Expertin oder ein Experte aus folgenden Bereichen eingeladen: Diätologie, Allgemeinmedizin, Psychologie/Sozialarbeit, Physiotherapie/Ergotherapie und ein Priester. Die Datenerhebung erfolgte nach Beendigung der Sitzungen durch semi-strukturierte Interviews mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Darüber hinaus wurden ebenso die Pflegekräfte eingeladen, über ihre Erfahrungen bezüglich der geleiteten Sitzungen zu erzählen (Henriksson et al. 2012; Henriksson et al. 2011; Holm et al. 2015).

Das generelle Ziel dieser Gruppensitzungen war es, das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu schützen sowie negative Erfahrungen bezüglich der Pflege zu verringern. Im Mittelpunkt der einzelnen Sitzungen stand aber genauso auch die Wissensvermittlung. Dazu haben eingeladene Fachexpertinnen und Fachexperten mit den pflegenden Angehörigen über

ausgewählte Themen gesprochen (Henriksson et al. 2012; Henriksson et al. 2011).

Als Hauptergebnis der schwedischen Studie von Henriksson et al. (2012) geht hervor, dass das Angebot eines Unterstützungsprogrammes den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit bietet, ihr Wissen und Verständnis bezüglich der Krankheit, Symptome sowie psychologischen Aspekten zu erweitern, sich kompetenter zu fühlen und dadurch wiederum ihre Arbeit mehr wertzuschätzen wissen.

Als wichtige Voraussetzung für die Abhaltung einer solchen Selbsthilfegruppe ist in der deskriptiven Studie von Holm et al. (2015) die aufgeschlossene Herangehensweise an die Bedürfnisse der Familienmitglieder beschrieben. Dadurch konnte ein angenehmes Klima geschaffen werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Gefühle, Gedanken sowie ihre emotionalen Bedürfnisse teilen. Somit wurde ihnen ermöglicht, über empfindliche Themen sprechen zu können. Obwohl dies manchmal schwierig und anstrengend für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer war, verspürten sie im Nachhinein ein Gefühl der Erleichterung (Holm et al. 2015).

Um eine offene Gesprächsatmosphäre zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu schaffen, wurden die wöchentlichen Sitzungen von den leitenden Pflegekräften immer mit der Frage begonnen, wie sich die Angehörigen derzeit fühlen und wie es ihnen aktuell mit ihrer Situation geht. Mithilfe dieser offenen Fragestellungen wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu angeregt, bei Kaffee und Kuchen aus ihrem Pflegealltag zu erzählen und über Dinge zu sprechen, über die sie möglicherweise nicht mit jedem sprechen würden. Dadurch fühlten sie sich miteinander verbunden. Zudem merkten die Angehörigen, dass sie mit ihren Sorgen und Ängsten nicht allein waren (Holm et al. 2015).

Auch in Henriksson et al. (2011) wurden die sechs abgehaltenen Sitzungen mit einer dreißig minütigen freien Diskussionsrunde begonnen. In dieser Zeit konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über all ihre momentanen Gedanken sprechen und verspürten dadurch eine gewisse Erleichterung. Im Anschluss daran wurde pro Sitzung unter Einbezug von Fachexpertinnen und Fachexperten ein spezieller Schwerpunkt gesetzt: Ernährung, Bedeutung von Palliativpflege, das Leben an der Seite eines schwerkranken Menschen, Bewältigung des Alltags, das

Leben mit der Ungewissheit sowie die Rolle pflegender Angehöriger (Henriksson et al. 2011).

Die leitenden Pflegekräfte und die anwesenden Experten wurden im Rahmen der einzelnen Sitzungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als wertvolle Begleiter wahrgenommen. Sie haben sich aktiv in die Gespräche eingebunden und standen den Angehörigen mit ihrem Wissen und ihren praxisorientierten Ratschlägen zur Seite. So wurden beispielweise Sorgen bezüglich der auftretenden Appetitlosigkeit und dem Gewichtsverlust der erkrankten Personen thematisiert. Mithilfe der Gespräche in der Gruppe konnten sich die Angehörigen praktische Informationen einholen, wie etwa das Hinreichen der Speisen auf schönen Tablettts oder das Geben kleinerer Portionen. Außerdem wurden Kochrezepte ausgetauscht, durch welche den erkrankten Personen die Mahlzeiten schmackhaft gemacht werden können (Henriksson et al. 2011).

Der Aufbau einer angenehmen und empathischen Beziehung zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie den professionellen Pflegepersonen gilt in Henriksson et al. (2011) als wertvoller Grundstein dafür, dass pflegende Angehörige sich in den Gruppentreffen öffnen und es zulassen, über schwierige Situationen wie zum Beispiel den bevorstehenden Tod zu sprechen. Viele der Angehörigen erzählten, dass sie sich innerlich traurig fühlten, sich in ihrem Umfeld jedoch äußerlich nichts anmerken lassen wollten, um nach außen hin stark zu wirken. Durch den Austausch mit Gleichgesinnten im Rahmen der Gruppentreffen wurden sie jedoch ermutigt, über ihre wahren Gefühle zu sprechen und diese auch zuzulassen. So durfte ohne schlechtem Gewissens die eine oder andere Träne vergossen werden oder die innerliche Wut gegenüber der Situation verbalisiert werden.

Dem professionellen Pflegepersonal kam im Zuge der Initiierung der Gruppentreffen eine wertvolle Rolle entgegen. Einerseits war es ihre Aufgabe, für ein angenehmes Klima unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu sorgen, indem sie die einzelnen Sitzungen moderierten. Andererseits waren es die Pflegekräfte sowie die anwesenden Fachexpertinnen und Fachexperten, die mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen den pflegenden Angehörigen wertvolle Hilfestellungen für die Praxis mitgeben konnten. Im Rahmen einer Sitzung brachte etwa der eingeladene Allgemeinmediziner den Angehörigen typisch auftretende Symptome in der Palliativpflege und deren Umgang näher. Der eingeladene

Physiotherapeut hingegen griff in einer Sitzung das Thema des rückschonenden Arbeitens in der häuslichen Pflege auf und vermittelte praktische Tipps für ein ergonomisches Arbeiten am Bett (Henriksson et al. 2011).

Die Untersuchungen in Jeder dieser drei Studien (Holm et al. 2015, Henriksson et al. 2011 & Henriksson et al. 2012) belegen, dass für pflegende Angehörige in erster Linie der Informations- sowie Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten von besonders großer Bedeutung ist. Dadurch können sie sich auf die Verantwortlichkeiten vorbereiten, die während der Betreuung notwendig sind, und schwierige Situationen der Angehörigen können leichter bewältigt werden.

Ein Teilnehmer beschreibt den Austausch „mit Menschen, die sich im „gleichen Boot befinden“ sowie „Menschen auf derselben Wellenlänge“ als eine sehr wertvolle und angenehme Erfahrung (Henriksson et al. 2011).

3.4.2. Mobile Palliativbetreuung

Um Angehörige bei der Betreuung eines geliebten Menschen in der letzten Lebensphase zu entlasten, gibt es die Möglichkeit sogenannter mobiler Hospiz- und Palliativteams.

In diesem Zusammenhang führten Jack et al. (2014) eine qualitative Studie in Großbritannien durch. Das Ziel dieser Arbeit war die Erhebung, inwiefern das mobile Team für pflegende Angehörige eine Hilfestellung darstellt. Professionelle Pflegepersonen kamen dazu in regelmäßigen Abständen direkt zu den Klienten nachhause, um das Leben für die Betroffenen bis zuletzt so lebenswert wie möglich zu gestalten. Ziel war es, Symptome wie Schmerzen und Übelkeit zu lindern und Betroffene und deren Angehörige in dieser schwierigen Lebensphase zu begleiten. Zur Datenerhebung wurden halbstrukturierte Interviews mit insgesamt 20 pflegenden Angehörigen im häuslichen Setting durchgeführt (Jack et al. 2014).

Eines der zentralen Ergebnisse dieser Studie war es, dass allein die Anwesenheit des mobilen Hospizteams den Angehörigen ein Gefühl der Sicherheit und Ruhe vermittelte. Durch die Anwesenheit der Pflegepersonen wussten sie, dass sie in dieser Zeit nicht allein mit der erkrankten Person waren.

Außerdem brachten Jack et al. in ihrer Arbeit zum Ausdruck, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des mobilen Teams eine enorm wichtige Stütze für pflegende

Angehörige im häuslichen Umfeld darstellen. Sie bestärkten die Angehörigen in ihrer Pflegetätigkeit und schenken ihnen wichtige Anerkennung für ihr Tun.

So sprachen viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer davon, dass besonders in schwierigen Zeiten bereits der Gedanke an den nächsten Besuch des mobilen Teams bei ihnen Zuversicht und Motivation erweckte. Durch die Besuche konnten sie wieder neues Selbstvertrauen und Sicherheit in ihrer Arbeit gewinnen (Jack et al. 2014).

Pflegende Angehörige erlebten durch die mobile Unterstützung des Hospiz- und Palliativteams wertvolle Entlastung. So bekamen die Pflegenden die Möglichkeit für kurze Zeit Abstand vom Pflegealltag zu nehmen und wieder ein Stück in ihr altes Leben zurückzufinden ohne sich dabei schuldig fühlen zu müssen. Denn durch die Betreuung professioneller Pflegekräfte hatten sie das Vertrauen, dass ihre Angehörigen in guten Händen waren und konnten beispielsweise wieder persönlichen Interessen nachgehen, sich mit Freunden treffen oder sich für gewisse Zeit zurückziehen (Jack et al. 2014).

Jedoch merken Jack et al (2014) auch an, dass es vielen Angehörigen anfangs sichtlich schwer gefallen ist, eine solche Unterstützung anzunehmen. Viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten, dass es ihnen nicht leicht gefallen ist Pflegeaufgaben, welche normalerweise in ihrer Verantwortung liegen, anderen Personen zu überlassen. In diesem Fall war es für die Mitglieder des mobilen Teams wichtig, durch Gespräche von Anfang an Vertrauen zu den Angehörigen und Betroffenen aufzubauen und ihnen zu vermitteln, dass sie sich nicht schuldig fühlen müssen, weil sie die Hilfe des Teams annehmen (Jack et al. 2014).

Des Weiteren führt die ständige Sorge vor dem Ableben der geliebten Person bei pflegenden Angehörige oft zu Schlafproblemen. Diesbezüglich bot das mobile Team ebenso eine wertvolle Unterstützung: Durch das Angebot der „Nachtpflege“ des Hospice-Teams wurde den Angehörigen nachts eine wichtige Erholungsphase ermöglicht, um tagsüber wieder bei voller Energie zu sein (Jack et al. 2014).

3.4.3. Organisation und Anwendung von Hilfsmitteln

Unumgänglich für die Pflege zuhause ist die Verwendung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln. Diesbezüglich benötigen Angehörige in erster Linie Information darüber, welche Mittel ihnen zur Verfügung stehen. In weiterer Folge ist es wesentlich, Angehörige aufzuklären, wo und wie sie an solche Geräte gelangen

können, sowie ihnen deren richtige Handhabung beizubringen. So werden in Angelo et al. (2013) etwa der Gebrauch eines Rollstuhls oder eines Liftes für den Transfer aus und in das Bett genannt. Weiters wird auch angeführt, wie wichtig die Verwendung eines stichfesten Behälters für die richtige Entsorgung spitzer Gegenstände, zum Beispiel nach einer subkutanen Injektion, ist (Angelo et al. 2013).

3.5. Selbstmanagement

Die Pflege von Angehörigen ist mit einer Menge Herausforderungen und Belastungen verbunden. Damit Angehörige diese Arbeit möglichst lange und bei guter Gesundheit bewältigen können, ist es von großer Wichtigkeit, dass sie auf sich und ihren Körper gut achten.

Durch die Pflege eines geliebten Menschen entwickelt sich bei den pflegenden Angehörigen ein starkes Gefühl der Verantwortung. Sie wollen für die bestmögliche Lebensqualität der betroffenen Person sorgen und passen sich deshalb an die Bedürfnisse der Betroffenen an. Aus diesem Grund können Angehörige jedoch oft nur schwer, etwas von dieser Verantwortung abgeben, weil sie die ständige Kontrolle haben möchten. Durch ihre Abwesenheit können Angehörige allerdings für geraume Zeit auf andere Gedanken kommen und neue Kraft tanken. Diesbezüglich wird die Unterstützung seitens der Familie und Freunden als äußerst wichtig bezeichnet (Holm, M et al. 2014).

Professionell Pflegende sollen pflegende Angehörige ermutigen, Hilfe anzunehmen. Sei es von Familienangehörigen oder Freunden. Das ist die Kernaussage der Studie von Angelo et al. (2013). Sie betonen in ihrer Studie außerdem, wie wichtig es für pflegende Angehörige neben der Pflegearbeit ist, den eigenen Interessen nachzugehen und Beziehungen aufrechtzuhalten. Denn das eigene seelische und emotionale Wohlbefinden ist die Grundlage dafür, dass sie eine gute pflegerische Versorgung leisten können (Angelo et al. 2013).

Auch im Rahmen des bereits erwähnten Unterstützungsprogramms in Henriksson et al. (2011), wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer daraufhin geschult, Prioritäten zu setzen und nicht auf die eigene Gesundheit zu vergessen, indem sie sich regelmäßige Auszeiten von der Pflegearbeit nehmen. In diesem Zusammenhang sehen Angelo et al. (2013) die Identifikation einer zweiten

Bezugsperson als wichtige Maßnahme. Sie soll sobald wie möglich am Beginn der Betreuung festgelegt werden. Damit wird der primären Betreuungsperson ermöglicht, sich regelmäßig kurze Auszeiten zu nehmen. In dieser Zeit kann dann die zweite Person die Betreuung übernehmen.

Die Aufrechterhaltung einer normalen Routine wird in der Publikation von Mosher et al. (2015) als die bedeutendste Methode beschrieben, um mit emotionalen Reaktionen fertig zu werden. Das Ziel dieser qualitativen Studie aus den Vereinigten Staaten war es verschiedene Bewältigungsstrategien zu beleuchten, um psychologische und physiologische Symptome von Palliativpatientinnen und deren pflegenden Angehörigen zu managen.

Zur Datensammlung wurden semi-strukturierte Telefoninterviews mit 21 Lungenkrebspatientinnen und Lungenkrebspatienten im fortgeschrittenen Stadium und deren Angehörigen geführt (Mosher et al. 2015).

Die Familien sollen versuchen, einen funktionierenden Ablauf des Alltages herzustellen, der Sicherheit und Stabilität vermittelt. Alltagsroutinen und tägliche Tätigkeiten sollen aufrechterhalten werden. Sei es durch die Zubereitung von Mahlzeiten, den Beruf, die Zeit mit der Familie oder Freunden sowie Aktivitäten, die einer oder einem Freude bereiten.

Aber auch Routinetätigkeiten wie die Erledigung der Hausarbeit oder kurze Nickerchen helfen den Angehörigen dabei, die hohen emotionalen Belastungen zu bewältigen (Mosher et al. 2015).

Bezugnehmend auf die Stärkung des Wohlbefindens pflegender Angehöriger führten Cronfalk et al. (2009) eine qualitative Studie durch. Das Ziel dieser schwedischen Studie war die Untersuchung der Erfahrungen von pflegenden Angehörigen, die eine Weichteilmassage als unterstützende Maßnahme bei der Pflege eines sterbenden Familienmitglieds erhalten haben.

Die Massage wurde trotz der Sorgen und Müdigkeit von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewusst wahrgenommen und führte zu einem Gefühl der inneren Kraft und des Wohlbefindens. Sie hatten das Gefühl, „umsorgt zu werden“, sie verspürten „körperliche Vitalität“ sowie einen Zustand des „Seelenfriedens“.

Zudem sprachen viele der Angehörigen von einem Gefühl der Wertschätzung, da die Massagen im eigenen Zuhause stattfanden (Cronfalk et al. 2009).

Beng et al. (2015) führten zur Untersuchung von Entspannungsmethoden ebenso eine Studie durch. In ihrer Arbeit war es das Ziel, zu untersuchen, inwiefern eine achtsame Atmung zur Verringerung von Belastungen bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten sowie deren Angehörigen beiträgt.

Zentrales Ergebnis dieser Studie war es, dass ein bewusstes Atmen zur Belastungsreduktion für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren Angehörige beiträgt (Beng et al. 2015).

Des Weiteren kann auch die Inanspruchnahme alternativer oder komplementärer Medizin pflegenden Angehörigen helfen, ihre Belastungen zu verringern. Dazu führen Mosher et al. (2015) das regelmäßige Ausüben von Yoga oder Tai Chi sowie die Anwendung von Kräutern und homöopathischen Salben an.

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die kritische Auseinandersetzung mit internationaler Literatur, um aufzuzeigen, welche Interventionen Pflegepersonen setzen können, um pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten im Rahmen der Begleitung und Betreuung zu unterstützen und zu entlasten.

Die in den untersuchten Arbeiten herausgefundenen Ergebnisse konnten in die Kategorien Kommunikation und Interaktion, organisatorische Unterstützung sowie Selbstmanagement unterteilt werden.

Neun qualitative Studien aus fünf verschiedenen Ländern wurden analysiert und synthetisiert. Daraus resultiert die Erkenntnis, dass die Palliativversorgung eines Menschen mit terminaler Diagnose zu Hause mit enormen Herausforderungen und Belastungen einhergeht. Da die meisten Angehörigen in den meisten Fällen kaum bis gar nicht auf diese Betreuerrolle vorbereitet sind und keinerlei Vorwissen mitbringen, benötigen sie die Unterstützung und Aufklärung von Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Auf Basis dieser Studien konnten zehn Interventionen herausgearbeitet werden, die darauf abzielen, pflegende Angehörige in ihrer Betreuerrolle bestmöglich zu unterstützen und zu entlasten. Eine Zusammenfassung der identifizierten Unterstützungsinterventionen wird in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Interventionen

Kommunikation und Interaktion	<ul style="list-style-type: none">• Aufbau einer vertrauten Beziehung• Angehörigenedukation• Vermittlung von Pflegetechniken
Organisatorische Unterstützung	<ul style="list-style-type: none">• Vermittlung und Initiierung von Unterstützungsprogrammen• mobile Palliativbetreuung• Organisation und Anwendung von Hilfsmitteln
Selbstmanagement	<ul style="list-style-type: none">• Hilfe in Anspruch nehmen• Festlegung einer zusätzlichen Bezugsperson• Aufrechterhaltung von Normalität und Alltagsaktivitäten• Stärkung des eigenen Wohlbefindens

Die Ergebnisse aller eingeschlossenen Studien zeigen, dass pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten großen Unterstützungsbedarf haben, um sich in ihrer Betreuerrolle kompetenter und weniger belastet zu fühlen.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass ein wesentlicher Bestandteil in der Betreuung von pflegenden Familienangehörigen palliativer Patientinnen und Patienten im Beziehungsaufbau sowie der Kommunikation mit den Angehörigen liegt. Demnach beschreiben Angelo et al. (2013) und Holm et al. (2015) in ihren Studien, dass ein positiver Beziehungsaufbau zwischen professionellen Pflegepersonen und Angehörigen palliativer Patientinnen und Patienten wegweisend ist. Angelo et al (2013) schreiben diesbezüglich, wie wichtig der Aufbau einer empathischen und vertrauensvollen Beziehung ist. Denn dadurch wird eine wertvolle Grundlage für die umfassende und belastende Arbeit in der palliativen Pflege und Begleitung geschaffen.

Ebenso bestätigen Holm et al (2015) in ihrer qualitativen Studie, dass die positive Beziehung zu professionellen Pflegepersonen seitens der pflegenden Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit vermittelt und die Palliativpflege zu Hause dadurch leichter bewältigt werden kann.

Eine weitere Bestätigung für die Wichtigkeit der Kommunikation liefert eine in Schweden durchgeführte Einzelfallstudie (Holmberg 2006). Das Ziel dieser Studie war es, den Einfluss verbaler und nonverbaler Kommunikation zwischen Familie und mobilem Palliativteam in Bezug auf die Unterstützung der Familie zu beschreiben. Dazu wurden über den Zeitraum eines Jahres Tagebucheinträge und Notizen der pflegenden Mutter eines Krebspatienten niedergeschrieben und ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass durch eine gelungene verbale Kommunikation mit dem mobilen Palliativpflegeteam ein Vertrauen geschaffen wird, welches einen entscheidenden Faktor bei der Betreuung darstellt. Demnach ermutigen die enge Beziehung sowie das Vertrauen in die professionellen Pflegepersonen Angehörige dazu, Fragen zu stellen, Bedürfnisse zu verbalisieren und Emotionen auszudrücken (Holmberg 2006).

Festzuhalten ist, dass der Beziehungsaufbau und die Gesprächsführung mit pflegenden Angehörigen im Rahmen der palliativen Versorgung einen bedeutsamen Faktor für einen erfolgreichen Betreuungsprozess darstellen.

Anzumerken ist jedoch, dass ein solcher Beziehungs- und Vertrauensaufbau nicht von jetzt auf gleich erfolgt, sondern genügend zeitliche Ressourcen seitens der Pflegepersonen und kontinuierliche Gespräche mit den Angehörigen notwendig sind, um das Vertrauen der Angehörigen zu gewinnen. Auf diesen Aspekt wird aber in keiner der eingeschlossenen Studien näher eingegangen.

Das Streben nach Wissen und praktischen Fertigkeiten war ein wesentliches Bedürfnis der pflegenden Angehörigen in den meisten Studien (Angelo et al. 2013, Henriksson et al. 2011, Holm et al. 2014, Holm et al. 2015 und Jack et al. 2014). Wichtig war es für die Angehörigen, sowohl Informationen bezüglich der Krankheit und deren Symptome zu erhalten als auch Informationen über mögliche Hilfsangebote, welche in Anspruch genommen werden können. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Brügger et al. (2015). Sie beschreiben, dass eine gute Informationsvermittlung zentral ist, um die häusliche Pflege gut bewältigen zu können. Durch das Streben nach Wissen wird dem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit entgegengewirkt (Brügger et al. 2015).

Aus diesem Grund ist es für professionelle Pflegepersonen von großer Bedeutung, Angehörigen von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten krankheitsbezogenes Wissen über die Diagnose, Symptome, Medikamente und den Krankheitsverlauf zu vermitteln und sie über soziale und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten aufzuklären, wie auch Kreyer et al. (2014) betonen.

Praktische Kompetenzen für die Betreuung und Pflege zu erwerben stellt ebenfalls einen wesentlichen Punkt für Angehörige dar, in welchem sie auf die Anleitung von professionellen Pflegepersonen angewiesen sind. In der untersuchten Literatur von Angelo et al. (2013) sowie Henriksson et al. (2011) berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer insbesondere, dass sie von professionell Pflegenden Informationen benötigen, inwiefern der Alltag erleichtert werden kann. Dazu gehören zum Beispiel die richtige Mobilisation, die Sturzprophylaxe oder die ergonomische Körperhaltung. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Ergebnissen von Duggleby et al. (2010), die beschreiben, dass es für den Erwerb von Kompetenzen große Bedeutung hat, fachkundige und zeitgerechte Kommunikation und konkrete Informationen zu vermitteln (Duggleby et al. 2010). Holmberg et al. (2006) weisen außerdem darauf hin, dass das direkte Zuschauen bei Pflegehandlungen involvierter Pflegepersonen für den Erwerb von Kompetenzen für pflegende Angehörige eine große Bedeutung hat. Kreyer et al.

(2014) führen dazu ergänzend an, dass Angehörige vor allem zu Beginn häufig unsicher sind, ob sie alles richtig machen und deshalb die Kontrolle und Bestätigung professioneller Pflegepersonen suchen.

Dass die Vorbereitung auf die Pflege und Betreuung einen wichtigen Bestandteil in der Palliativpflege darstellt, betonen Henriksson et al. (2013) in ihrer Studie. Demnach wurde gezeigt, dass Angehörige ihre Pflegerolle mehr wertschätzen, wenn sie sich kompetent und gut informiert fühlen. Dadurch können sie trotz der palliativen Situation Hoffnung schöpfen, die gemeinsame Zeit mit der betroffenen Person genießen und das Positive hervorheben. Zu diesem Ergebnis kommen auch Brügger et al. (2015) in ihrer qualitativen Studie. Das Ziel dieser aus der Schweiz stammenden Publikation war es, die Belastungen von Angehörigen zu identifizieren und zu analysieren, welche Strategien genutzt werden, um diese Belastungen zu bewältigen. Darin wird erwähnt, dass Angehörige bestrebt sind, den positiven, sinnstiftenden Nutzen der Pflege zu sehen. Die anstrengenden Pflegeaufgaben werden zwar als Herausforderung beschrieben, jedoch können Angehörige ebenso davon lernen und persönlich wachsen. Die Pflege vermittelt ihnen das Gefühl, „etwas geleistet zu haben“ und folglich fällt vielen Familien der Abschied von der erkrankten Person deutlich leichter.

In drei der neun untersuchten Studien wurde die Implementierung von Unterstützungsprogrammen untersucht (Henriksson et al. 2011, Henriksson 2012, und Holm et al. 2015). Ein wegweisendes Ergebnis daraus war es, dass die Vermittlung einer offenen und warmen Gesprächsatmosphäre zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie den professionellen Pflegepersonen eine wichtige Voraussetzung darstellt, damit sich pflegende Angehörige öffnen können und sie über emotional schwierige Themen wie etwa den Tod sprechen können. Um ein Gemeinschaftsgefühl unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu schaffen, wurden sowohl in Holm et al. (2015) als auch in Henriksson et al. (2011) die einzelnen Sitzungen mit einer freien Diskussionsrunde bei Kaffee und Kuchen eröffnet. Dadurch wird es den Angehörigen ermöglicht, über ihre wahren Gefühle zu sprechen und diese auch zuzulassen.

Wie wichtig es ist, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu Beginn der einzelnen Sitzungen eine kurze Einführung in das bevorstehende Thema zu geben, betonen ebenso Hudson et al. (2008) in ihrer Studie. Das Angebot von kleinen Mahlzeiten

sowie von Erfrischungsgetränken trägt dazu bei, ein angenehmes Klima in den Gesprächsrunden zu schaffen, unterstreichen Hudson et al. (2008).

Die Möglichkeit des Informations- und Erfahrungsaustausches mit Gleichgesinnten stellt weiters ein wesentliches Ergebnis dieser drei Studien dar (Holm et al. 2015, Henriksson et al. 2011 & Henriksson et al. 2012). Die Studien haben gezeigt, dass es für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wertvoll war, sich gegenseitig zu unterstützen, indem sie ihre Erfahrungen einbrachten und diese teilten, was von Hudson et al. (2008) sowie Henriksson & Andershed (2007) bestätigt wurde. Durch die Teilnahme an den Gruppensitzungen entstand ein Gefühl der Zugehörigkeit, weil sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der gleichen Situation befanden. Der Austausch gemeinsamer Erfahrungen und Informationen führte dazu, dass sich Angehörige besser auf ihre eigene Situation vorbereitet fühlen und sie verspürten zugleich das Gefühl, ausreichend Kraft für die Bewältigung ihrer Situation zu haben. Henriksson & Andershed (2007) unterstreichen außerdem die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, indem sie nach einiger Zeit viele persönliche Dinge über sich teilten und auch Kontaktdaten untereinander austauschten, um weiterhin in Verbindung zu bleiben.

Nicht nur der Austausch unter Gleichgesinnten, sondern auch die Gelegenheit, Wissen und Ratschläge seitens professioneller Pflegepersonen und den eingeladenen Expertinnen und Experten einzuholen, stellt in Henriksson et al. (2011) ein wesentliches Ergebnis dar. Hudson et al. (2008) bestätigen dies in ihrer Studie. So führt die Vermittlung praktischer Ratschläge und Informationen dazu, dass sich pflegende Angehörige in ihrer Betreuerrolle kompetenter und sicherer fühlen.

Bei der Organisation solcher Unterstützungsprogramme wird in Holm et al. (2015) darauf aufmerksam gemacht, dass die Gruppengröße angemessen sein soll. Bei einer zu klein gewählten Teilnehmergröße kann kein adäquater Austausch untereinander stattfinden oder es sind nicht genügend Leute anwesend, wenn eine Person beispielsweise nicht erscheinen kann. Hingegen soll die Teilnehmerzahl aber auch nicht zu groß sein, da ansonsten kein familiärer Rahmen gegeben ist und es den Angehörigen schwer fällt, sich zu öffnen. Zu diesem Ergebnis sind ebenso Hudson et al. (2008) gekommen.

Weiters ist auch die Gruppenzusammensetzung zu überdenken. Demnach wird in Hudson et al. (2008) erwähnt, dass die Gruppe aus Angehörigen bestehen soll, deren betroffenen Personen sich in einem ähnlichen Krankheitsstadium befinden, zum Beispiel nur Personen im fortgeschrittenen Stadium einer bestimmten terminalen Erkrankung. Dadurch kann der Austausch unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern leichter stattfinden, da sich alle auf derselben Wellenlänge befinden.

Nicht minder zu betrachten bei der Organisation von Gruppentreffen ist die Zugänglichkeit der Treffen sowie die Berücksichtigung der zeitlichen Ressourcen der Angehörigen. Demnach ist zu beachten, dass die Sitzungen nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen, da pflegende Angehörige aufgrund der Pflege nur wenig freie Zeit zur Verfügung haben. Ebenso der Abhaltungsort soll mit Bedacht gewählt werden, um den Angehörigen eine lange An- und Abreise zu ersparen. Des Weiteren ist eine genaue Festlegung der Dauer der einzelnen Sitzungen notwendig. So wurde beispielsweise in den untersuchten Studien der zeitliche Rahmen mit 60-90 Minuten festgesetzt. In Henriksson et al. (2008) wurde die Krankenhauseinrichtung als Abhaltungsort gewählt. Das brachte den Vorteil, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unmittelbar in der Umgebung, ihrer sich in stationärer Behandlung befindlichen Angehörigen, waren.

Betont wird sowohl in Henriksson et al. (2011) als auch in Holm et al. (2015), wie wichtig es für die moderierenden Pflegepersonen ist, sich bezüglich der Themenschwerpunkte an den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu orientieren, jedoch gleichzeitig darauf zu achten ist, dass die Vermittlung der Kernthemen jeder Sitzung gewährleistet ist.

Es scheint, als könnten solche Unterstützungsprogramme unter Berücksichtigung der genannten Punkte gut in die Praxis umgesetzt werden und somit Angehörigen eine große Hilfestellung bieten.

Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten benötigen die Unterstützung in organisatorischen Belangen, zu dieser Erkenntnis sind Angelo et al. (2013) gekommen. Dies betrifft allen voran die Beschaffung von Hilfsmitteln und Heilbehelfen, das Medikamentenmanagement sowie die Organisation von mobilen Hilfsdiensten.

Sehr viele pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten berichteten, dass die Pflegeübernahme damit einhergeht, eigene Bedürfnisse in

den Hintergrund zu stellen. Die Auswirkungen durch die Pflege und Betreuung palliativer Angehöriger sind daher oft physischer, aber vor allem psychisch-emotionaler Herkunft. Darum müssen speziell die Bedürfnisse, Ressourcen und das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen von professionellen Pflegepersonen im Rahmen des Betreuungsprozesses in den Fokus genommen werden. Aus diesem Grund erachten Angelo et al. (2013) auch die Aufklärung der pflegenden Angehörigen als essenziell, damit diese ihre eigenen Grenzen kennen und ihren Bedürfnissen und ihrer Gesundheit trotz der Pflegerolle Beachtung schenken. Denn das eigene seelische und emotionale Wohlbefinden bilden die Grundlage für eine gute pflegerische Versorgung, bekräftigen Angelo et al. (2013). Es wurde aufgezeigt, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, um den physischen und psychischen Belastungen von pflegenden Angehörigen entgegenzuwirken.

Angelo et al. (2013) zeigten so die Identifikation einer zweiten Bezugsperson auf, um die Hauptbezugsperson von ihrer Rolle zeitweise zu entbinden und ihr somit Auszeiten zu ermöglichen. Holm et al. (2014) und Angelo et al. (2013) betonten zu diesem Thema, dass es für professionelle Pflegepersonen von Bedeutung ist, pflegende Angehörige zu ermutigen, Hilfe anzunehmen. Sei dies von Familienangehörigen, Freunden, mobilen Hilfsdiensten oder auch durch die Teilnahme an Gesprächskreisen. Dadurch können Angehörige ihren eigenen Interessen nachgehen, soziale Kontakte pflegen oder einfach Abstand gewinnen und schlafen. Dieses Ergebnis bewerten auch Epiphaniou et al. (2012) im Rahmen ihrer Studie als essentiell.

Weiters konnten Mosher et al. (2015) verschiedene Copingstrategien erforschen, die den Angehörigen helfen sollen, ihre Situation besser zu bewältigen. Im Vordergrund steht die Wiederherstellung beziehungsweise Aufrechterhaltung des persönlichen Alltags. Ziel der Betroffenen ist es dabei, möglichst lange die gewohnte Normalität aufrecht zu erhalten und ein autonomes Leben führen zu können.

Für viele Angehörige stellen auch der Glaube und die Religion eine Kraftquelle dar, indem sie Gottesdiensten beiwohnen oder Abendgebete sprechen. Außerdem war es für pflegende Angehörige auch eine große Hilfe, komplementäre und alternative Medizin anzuwenden. So wirkt sich die Ausübung von Yoga oder Tai Chi günstig auf die Psyche aus. Diese positive Auswirkung bestätigen Cronfalk et al. (2009) mit ihrer Studie, bei der pflegende Angehörige als unterstützende

Maßnahme eine Weichteilmassage erhalten haben. Auch Beng et al. (2015) untersuchten die Wirkung auf das Wohlbefinden, indem sie pflegende Angehörige dazu angeleitet haben, fünf Minuten bewusst auf ihre Atmung zu achten und dadurch eine Belastungsreduktion zu erfahren.

Eine positive Auswirkung auf die Angehörigen zeigt ebenso das Angebot durch ein mobiles Hospiz-Team, wie in Jack et al. (2014) untersucht wurde. Durch die Besuche des Teams haben sich die Angehörigen in guten Händen gefühlt und gaben an, dass sie ohne schlechtes Gewissen wieder ein Stück ihres eigenen Lebens zurückgewinnen konnten. Durch die Anwesenheit des Teams wurde es den Angehörigen ermöglicht, eigenen Interessen nachzugehen, die sie aufgrund der Betreuerrolle aufgeschoben haben (Jack et al. 2014).

Somit konnten im Rahmen dieser Arbeit eine Vielzahl an Interventionen aufgezeigt werden, die pflegenden Angehörigen helfen sollen, Belastungen zu bewältigen beziehungsweise sich davor zu schützen.

Anzumerken ist, dass die meisten pflegenden Angehörigen von sich aus keine Hilfe einfordern. Sie möchten anderen Personen nicht zur Last fallen oder möchten sich selbst nicht eingestehen, dass sie eine Unterstützung benötigen. Aus diesem Grund muss Bewusstsein geschaffen werden, dass pflegende Angehörige früh genug und ohne Schuldgefühle Hilfe einfordern und diese in Anspruch nehmen. Dabei geht es darum, sie in ihrer Arbeit zu bestärken und ihnen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu vermitteln (Angelo et al. 2013; Jack et al. 2014).

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Reviews haben gezeigt, dass die Unterstützungsbedürfnisse pflegender Angehöriger von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten sehr vielfältig sind. Es wurde hervorgehoben, dass Interventionen in den Bereichen Kommunikation und Interaktion, Organisation sowie Selbstmanagement gesetzt werden müssen.

Durch die Implementierung dieser untersuchten Interventionen können pflegende Angehörige auf ihre Tätigkeit entsprechend vorbereitet und unterstützt werden. Besonders das Angebot von Gruppentreffen erweist sich in der Palliative Care als geeignet. Dazu treffen sich Angehörige, die sich in derselben Situation befinden, um ihre persönlichen Gedanken und Gefühle auszutauschen. Gleichzeitig wird ihre Selbstsicherheit sowie Selbständigkeit gefördert.

Zwei große Themen, die miteinander verwoben sind, ziehen sich quer durch fast alle Studien: Die Vermittlung von Wissen bezüglich der Erkrankung, vor allem bezüglich des Symptommanagements, sowie die Vermittlung von praktischen Pflegefertigkeiten.

Komplexe Herausforderungen zeigen sich in der sozialen Interaktion sowie Kommunikation. Angehörigen bleibt oft nicht ausreichend Zeit, um sich auf die Pflegerolle vorzubereiten. Darum fühlen sie sich besonders zu Beginn oft unsicher. Folglich resultiert, dass es die Aufgabe von professionellen Pflegepersonen ist, in ihrer Unterstützungsarbeit den Angehörigen von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten ein möglichst hohes Maß an Eigenverantwortung und Wissen zu vermitteln.

Festzuhalten ist, dass es das Ziel sein soll, pflegenden Angehörigen angemessenes Wissen und Können für die Pflege ihrer todkranken Verwandten zu vermitteln.

6. Empfehlung für die Praxis

In Bezug auf die Praxis ist anzumerken, dass sowohl die pflegerische als auch pädagogische Unterstützung eine wichtige Hilfestellung für pflegende Angehörige darstellen.

Im Hinblick auf die Eigenverantwortung der Angehörigen wäre es besonders wichtig Angehörigen mehr Informationen darüber zu geben, welche Selbstmanagementstrategien sie im Alltag anwenden können.

Notwendig ist es außerdem, dass sich professionelle Pflegepersonen darüber bewusst werden, in welcher Ausnahmesituation sich Angehörige von Palliativpatientinnen und Paliativpatienten befinden, um eine professionelle Reaktion sowie positive Betreuung der Angehörigen zu ermöglichen.

7. Literatur

Angelo, JK, Egan, R & Reid, K 2013, 'Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study', *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 19, no. 8, pp. 383-8.

Beng, TS, Ahmad, F, Loong, LC, Chin, LE, Zainal, NZ, Guan, NC, Ann, YH, Li, LM & Meng, CB 2015, 'Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study', *Am J Hosp Palliat Care*, vol. 33, no. 6, pp. 555-60, doi:10.1177/1049909115569048.

Braun, M, Mikulincer, M, Rydall, A, Walsh, A & Rodin, G 2007, 'Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers', *J Clin Oncol*, vol. 25, no. 30, pp. 4829-34, doi:10.1200/jco.2006.10.0909.

Brügger, S, Jaquier, A & Sottas, B 2015, 'Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger- Perspektive der Angehörigen', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2016, vol. 49, pp. 138-42.

Cronfalk, BS, Strang, P & Ternestedt, B 2009, 'Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care', *J Clin Nurs*, vol. 18, no. 15, pp. 2225-33, doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02517.x.

Epiphaniou, E, Hamilton, D, Bridger, S, Robinson, V, Rob, G, Beynon, T, Higginson, I & Harding, R 2012, 'Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support', *Int J Palliat Nurs*, vol. 18, no. 11, pp. 541-5, doi:10.12968/ijpn.2012.18.11.541.

Duggleby, WD, Penz, KL, Goodridge, DM, Wilson, DM, Leipter, BD, Berry, PH, Keall, SR & Justice, CJ 2010, 'The transition experience of rural older persons with advanced cancer and their families: a grounded theory study', *BMC Palliat Care*, vol. 9, p. 5, doi:10.1186/1472-684x-9-5.

European Association of Palliative Care 2019, *What is palliative care?*, viewed 01.01.2019, <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do>.

Friedemann, M-L 1996, *Familien- und umweltbezogene Pflege: die Theorie des systemischen Gleichgewichts*, Huber, Bern.

Friedemann, M-L, Köhler, C & Augustyniak, A 2010, *Familien- und umweltbezogene Pflege*, vol. 3, Huber, Bern.

Funk, L, Stajduhar, K, Toye, C, Aoun, S, Grande, G & Todd, C 2010, 'Part 2: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published qualitative research (1998-2008)', *Palliat Med*, vol. 24, no. 6, pp. 594-607, doi:10.1177/0269216310371411.

Gaspar, M 2009, 'Angehörige als Patienten zweiter Ordnung', *Praxis Palliative Care* 2009, vol. 3, pp. 15- 7.

Gesundheit Österreich GmbH 2014, *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*, Gesundheit Österreich GmbH,, Wien, viewed 30.12.2018, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf.

Henriksson, A, Årestedt, K, Benzein, E, Ternstedt, B & Andershed, B 2012, 'Effects of a support group programme for patients with life-threatening illness during ongoing palliative care', *Palliat Med*, vol. 27, no. 3, pp. 257-64, doi:10.1177/0269216312446103.

Henriksson, A, Benzein, E, Ternstedt, BM & Andershed, B 2011, 'Meeting needs of family members of persons with life-threatening illness: a support group program during ongoing palliative care', *Palliat Support Care*, vol. 9, no. 3, pp. 263-71, doi:10.1017/s1478951511000216.

Holm, M, Carlander, I, Fürst, C-J, Wengström, Y, Årestedt, K, Öhlen, J & Henriksson, A 2015, 'Delivering and participating in a psycho-educational

intervention for family caregivers during palliative home care: a qualitative study from the perspectives of health professionals and family caregivers', *BMC Palliat Care*, vol. 14, no. 1, pp. 1-10, doi:10.1186/s12904-015-0015-1.

Holm, M, Henriksson, A, Carlander, I, Wengstrom, Y & Ohlen, J 2014, 'Preparing for family caregiving in specialized palliative home care: an ongoing process', *Palliat Support Care*, vol. 13, no. 3, pp. 767-75, doi:10.1017/s1478951514000558.

Holm, M, Henriksson, A, Carlander, I, Wengström, Y & Öhlen, J 2014, 'Preparing for family caregiving in specialized palliative home care: an ongoing process', *Palliat Support Care*, vol. 13, no. 3, pp. 767-75, doi:10.1017/S1478951514000558.

Holmberg, L 2006, 'Communication in action between family caregivers and a palliative home care team.', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, vol. 8, pp. 276-87.

Huber, G & Casagrande, C 2011, *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien*, vol. 1, Karl F. Haug, Stuttgart.

Hudson, P & Payne, S 2011, 'Family caregivers and palliative care: current status and agenda for the future', *J Palliat Med*, vol. 14, no. 7, pp. 864-9, doi:10.1089/jpm.2010.0413.

Hurrellmann, K, Laaser, K & Razum, O 1998, *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, vol. 2, Juventa, Weinheim und München.

Jack, BA, O'Brien, MR, Scrutton, J, Baldry, CR & Groves, KE 2014, 'Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service', *J Clin Nurs*, vol. 24, no. 1-2, pp. 131-40, doi:10.1111/jocn.12695.

Kleibel, V & Mayer, H 2011, *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*, vol. 2, Facultas, Wien.

Knipping, C 2007, *Lehrbuch Palliative Care*, vol. 2, Verlag Hans Huber, Bern.

Koch, U, Lang, K, Mehnert, A & Schmeling, C 2005, *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen:* , vol. 1, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Kränzle, S, Schmid, U & Seeger, C 2014, *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung*, vol. 5, Springer, Berlin.

Kreyer, C & Pleschberger, S 2014, 'Um Normalität in einer instabilen Situation ringen. Selbstmanagementstrategien von Familien in der Palliative Care zu Hause - eine Metasynthese.', *Pflege* 2014, vol. 27, no. 5, pp. 307-24, doi:10.1024/1012-5302/a000378.

Landesverband Hospiz Kärnten 2018, *Was ist Hospiz*, viewed 27.12.2018, <http://www.klv-hospiz.at/hospiz.php>.

Mosher, CE, Ott, MA, Hanna, N, Jalal, SI & Champion, VL 2015, 'Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers', *Support Care Cancer*, vol. 23, no. 7, pp. 2053-60, doi:10.1007/s00520-014-2566-8.

Nagl, A, Del Giudice, J, Glaser, M, Meier, J & Yankers, A 2018, *Palliativversorgung-Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen für die letzte Lebensphase*, beta Institut gemeinnützige GmbH, viewed 03.01.2019, <https://www.betanet.de/files/pdf/ratgeber-palliativversorgung.pdf>.

Österreichische Palliativgesellschaft 2018, *Palliativpflege*, viewed 27.12.2018, <https://www.palliativ.at/palliative-care/palliativpflege.html>.

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, vol. 10, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin 2018, *Was bedeutet Palliative Care?*, viewed 30.12.2018, <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>.

Stiegler, B & Engelmann, D 2011, *Zeit und Geld für pflegende Angehörige-Eckpunkte für eine geschlechtergerechte Gestaltung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Stolberg, M 2007, 'Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500–1850)', *Medizinhistorisches Journal*, vol. 42, pp. S. 7–29.

Student, JC & Napiwotzky, A 2011, *Palliative Care: wahrnehmen - verstehen - schützen*, vol. 2, Thieme Stuttgart.

WHO 2002, *WHO Definition of Palliative Care*, World Health Organization, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Wüller, J, Krumm, N, Hack, K & Reineke-Bracke, H 2014, *Palliativpflege*, Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München.

8. Anhang

8.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL	10
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien	15
Tabelle 3: Zusammenfassung der Interventionen	29

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses	12
--	----

8.3. Bewertung der analysierten Studien (Fragebögen)

Die Bewertung der Studien wurde mithilfe der Checkliste von Hawker et al. (2002) durchgeführt. In neun unterschiedlichen Kriterien werden Punkte in vier Stufen vergeben:

- Good = 4 Punkte
- Fair = 3 Punkte
- Poor = 2 Punkte
- Very Poor = 1 Punkt.

Die erreichte Gesamtpunktzahl sowie die prozentuelle Auswertung der Ergebnisse in Bezug auf die maximal erreichbaren 36 Punkte sind zu jeder der bewerteten Studien angegeben.

Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial (Jack et al. 2014)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist verständlich, allerdings geht nicht klar hervor, welches Setting herangezogen wird und welche Unterstützungsmethode für Angehörige untersucht wird. Der Abstract ist gegliedert und enthält Forschungshintergrund, Ziel, Methode (Design, Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode sind angeführt), die wichtigsten Ergebnisse und eine Schlussfolgerung für die Praxis.</p>	Fair 3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	.
<p>Die Einleitung ist gut strukturiert und aufgebaut – vom Allgemeinen zum Spezifischen. Das Forschungsproblem ist beschrieben, weiters wird das zu testende Assessmenttool erläutert. In der Einleitung wird die Forschungslücke aufgezeigt und sie endet mit dem Forschungsziel.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	..
<p>Der Methodenteil ist gut und ausführlich strukturiert. Design, konzeptueller Rahmen, Setting, Stichprobengröße und die Datensammlungsmethode sind erklärt. Die enthaltenen Fragen des Assessmenttools sind genau angeführt, Dauer und Art der Aufzeichnungen sind angeführt. Die Datenanalyse ist erklärt. Die Methoden sind passend für die Forschungsfrage.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Das Sample sind pflegende Angehörige von Palliativpatientinnen und -patienten. Der Rekrutierungsprozess ist beschrieben, genaue Ein- und Ausschlusskriterien fehlen. Stichprobengröße und Charakteristika der Stichprobe (Alter, Geschlecht, Beruf, höchster Bildungsabschluss, Beziehung zum Patienten sowie die Pflegedauer) sind beschrieben.</p>	Fair 3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	

Die Auswertung erfolgte durch eine thematische Analyse, eine Kodierung wurde unabhängig von zwei Co-Autoren durchgeführt und zusätzlich von einer Software unterstützt. Der Datenanalyseprozess ist ausführlich und detailliert beschrieben.	Good 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?	
Es liegt ein positives Votum eines Ethikkomitees vor, auch wurde eine informierte Zustimmung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Es gibt eine gute Untergliederung der Ergebnisse, auch eine Tabelle wurde verwendet. Die Ergebnisse in Bezug auf das Forschungsziel sind gut beschrieben, auch Statements aus den Interviews werden angeführt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Obwohl das Tool in Australien gut ankommt, ist nicht sichergestellt, dass es in anderen Ländern ebenfalls so angenommen wird. Die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind neu und auch relevant. Die Forschungsempfehlung fehlt.	Fair 3
Total:	32 (89%)

Meeting needs of family members of persons with life-threatening illness: a support group program during ongoing palliative care (Hudson & Payne 2011)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist klar verständlich, er enthält das Konzept und die Population. Genaue Informationen in Bezug auf die Methode und das Setting sind nicht enthalten.</p> <p>Der Abstract ist gegliedert und enthält Forschungsziel, Methode (Design, Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode sind angeführt), die wichtigsten Ergebnisse und die Signifikanz der Studienergebnisse. Der Forschungshintergrund sowie die Schlussfolgerung sind nicht vorhanden.</p>	<p>Fair 3</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Die Einleitung ist gut strukturiert, auch der Hintergrund ist beschrieben. Es gibt auch einen Literaturüberblick. Die Einleitung endet mit der Forschungslücke und dem Forschungsziel.</p>	<p>Good 4</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	<p>..</p>
<p>Der Methodenteil ist gut strukturiert, es gibt Unterüberschriften, das Design ist passend für die Forschungsfrage (Interventionstestung und Evaluierung per Interview). Stichprobe und Setting sind ausreichend beschrieben, auch der Datensammlungsprozess und die Datenanalyse.</p>	<p>Good 4</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Samplingstrategie ist passend, um das Forschungsziel zu erreichen. Die Charakteristika der Stichprobe (Alter, Geschlecht, Beschäftigung, Beziehung zum Patienten) und ihre Größe sind ausreichend beschrieben, genauso die Rekrutierung und das Setting der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Genaue Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht genannt.</p>	<p>Fair 3</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	

Der Analyseprozess ist gut beschrieben und entspricht strengen Prinzipien. Die Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman, 2004 analysiert. Die aufgezeichneten Telefoninterviews wurden wörtlich übertragen und nochmals angehört, um den übertragenen Text zu untermauern.	Good 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?	
Die Studie wurde von einem ethischen Prüfungskomitee in Schweden genehmigt, auch wurde eine schriftliche Zustimmung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Aufbau der Ergebnisse ist strukturiert und einfach dargestellt. Die Ergebnisse sind klar und leicht beschrieben und dienen dazu, die Forschungsfrage klar und verständlich zu beantworten.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist zwar keine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich, die Ergebnisse dienen jedoch der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für die Pflegepraxis, auch gibt es eine Forschungs- und Praxisempfehlung. Das Unterstützungsprogramm hat einen Nutzen für die weitere Forschung in Bezug auf die Bedürfnisse von Familienangehörigen.	Good 4
Total:	33 (92%)

Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study (Angelo et al. 2013)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel vermittelt keine direkten Informationen über den Inhalt der Studie, er enthält aber wichtige Keywords wie das Konzept und die Population. Das Setting ist nicht enthalten.</p> <p>Der Abstract ist gut strukturiert und verständlich, er beinhaltet den Hintergrund, das Ziel der Studie, das Design, die Partizipantinnen und Partizipanten, die wichtigsten Ergebnisse der Studie sowie die Schlussfolgerung und die Keywords. Der Inhalt der Studie wird mithilfe des Abstracts gut und verständlich beschrieben.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	.
<p>Die Einleitung beginnt mit einem allgemeinen Überblick und dem Forschungsproblem und endet mit dem Forschungsziel.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	..
<p>Der Methodenteil ist vollständig und gut strukturiert. Das Design, die Stichprobe, das Setting, der Datensammlungsprozess, die Messmethode und die Analyse sind beschrieben.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Stichprobenauswahl ist nicht ausreichend beschrieben. Es wird zudem nicht erwähnt, wo genau die Datensammlung erfolgte. Die Charakteristika der Stichprobe und deren Größe sind beschrieben sowie die Einschlusskriterien.</p>	Fair 3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Der Analyseprozess ist verständlich beschrieben.</p>	Good 4
<p>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?</p>	

Die Studie wurde einem regionalen Ethikkomitee vorgelegt und dieses hat bestätigt, dass für Beobachtungsstudien wie diese keine Zulassung notwendig ist.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil gliedert sich in drei Kategorien, er wird gut und verständlich präsentiert und geht auf die Fragestellung ein. Durch die Unterteilung werden die Ergebnisse der Studie einfach und verständlich präsentiert.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Übertragbarkeit auf eine größere Population schwer möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Der Autor gibt keinen expliziten Hinweis für die Pflegepraxis.	Fair 3
Total:	33 (92%)

Delivering and participating in a psycho-educational intervention for family caregivers during palliative home care: a qualitative study from the perspectives of health professionals and family caregivers (Henriksson et al. 2011)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel gibt Auskunft über das Konzept, die Population sowie das Setting, es ist erkennbar, worum es in der Studie geht.</p> <p>Der Abstract ist sehr gut gegliedert, er enthält den Hintergrund, das Forschungsziel, die Methode, die Ergebnisse sowie die Schlussfolgerung.</p>	<p>Good 4</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	<p>.</p>
<p>Die Einleitung ist gut strukturiert und aufgebaut, vom Allgemeinen zum Spezifischen. Das Forschungsproblem ist beschrieben, zudem gibt es einen Literaturüberblick. Es wird die Forschungslücke aufgezeigt und abschließend wird das Forschungsziel erläutert.</p>	<p>Good 4</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	<p>..</p>
<p>Die Methode ist gut gegliedert, sie enthält die Beschreibung des Designs, der Stichprobe (Größe ist beschrieben), des Settings und der Datenerhebungsmethode. Präzise beschrieben sind sowohl der Datensammlungsprozess als auch die Datenanalyse. Die Methode ist passend gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten.</p>	<p>Good 4</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Samplingstrategie ist passend gewählt, um das Forschungsziel zu erreichen. Der Rekrutierungsprozess ist beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht angeführt.</p>	<p>Fair 3</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind sehr genau und</p>	<p>Good 4</p>

verständlich beschrieben.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Eine schriftliche informierte Zustimmung wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie eingeholt. Auf Limitationen und Stärken wird eingegangen.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut und leicht verständlich präsentiert, auch Zitate aus den Interviews sind enthalten.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Interventionen können auch für eine breitere Gruppe von pflegenden Angehörigen in der palliativen Betreuung angewendet werden und sind zudem für verschiedene Diagnosen und Erkrankungsstadien geeignet, nicht nur am Lebensende.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse haben einen Nutzen für die Praxis, es werden aber keine Implikationen für zukünftige Pflegeforschung gemacht.	Fair 3
Total:	34 (94%)

Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers (Holm, Maja et al. 2014)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Im Titel enthalten sind die Population, das Konzept und die Methode der Studie, das Setting ist nicht enthalten. Der Titel ist verständlich.</p> <p>Der Abstract ist gut gegliedert, man bekommt einen guten Überblick, worum es in der Studie geht.</p>	Fair 3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	.
<p>Die Einleitung beginnt allgemein, wird immer spezifischer und schließt mit dem Forschungsziel ab. Es wird zudem ein Literaturreview gemacht und die Forschungslücke aufgezeigt.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	..
<p>Der Methodenteil ist gut strukturiert, mit Absätzen und Unterüberschriften. Die Methode ist passend für die Forschungsfrage und vollständig. Das Design, die Stichprobe, das Setting, der Datensammlungsprozess, die Messmethode und die Analyse sind beschrieben.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Samplingstrategie ist geeignet, um das Forschungsziel zu erreichen, die Charakteristika der Stichprobe und ihre Größe sind gut dargestellt, genauso die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Genannt sind außerdem das Setting sowie genaue Ein- und Ausschlusskriterien.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Der gewählte Analyseprozess ist gut beschrieben, er entspricht der thematischen Analyse.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary</p>	

ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurde eine Genehmigung von einem Ethikkomitee und eine schriftlich informierte Zustimmung zur Studie von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Auf Limitationen der Studie wurde hingewiesen.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Darstellung der Ergebnisse ist ausführlich und geht auf die Fragestellung ein. Es gibt eine strukturierte Übersicht über die 6 gefundenen Copingstrategien, die einzeln besprochen und mit Interviewausschnitten hinterlegt sind.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Generalisierbarkeit auf eine größere Population ist gegeben, jedoch aufgrund der Stichprobenziehung (nur hellhäutige Menschen) und der möglicherweise kulturabhängigen Ergebnisse etwas eingeschränkt.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Bewältigungsstrategien können gut in der Praxis angewendet werden, sie können nicht nur auf Lungenkrebs bezogen werden, sondern dienen auch als allgemeine Strategien für jegliche Art von Erkrankungen mit Betreuungsbedarf.	Good 4
Total:	34 (94%)

Distress Reduction for Palliative Care Patients and Families With 5-Minute Mindful Breathing: A Pilot Study (Holm et al. 2015)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist klar verständlich, es sind wichtige Informationen wie Methode, Konzept, Population und Design enthalten, jedoch fehlt das Setting der Studie.</p> <p>Der Abstract ist in Form eines Fließtextes und daher etwas umständlich zu lesen. Er ist recht kurz und es fehlt der Background. Das Ergebnis ist nur grob dargestellt und es fehlen zudem die Forschungs- und Praxisempfehlung.</p>	Fair 3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	.
<p>Die Einleitung ist gut strukturiert, der Hintergrund ist gut beschrieben, inklusive Definitionen. Die Einleitung endet mit dem Forschungsziel.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	..
<p>Der Methodenteil ist als Fließtext konzipiert, ohne Unterüberschriften und daher etwas unübersichtlich. Das Design ist passend für die Forschungsfrage. Stichprobe und Setting sind ausreichend beschrieben, der Datensammelungsprozess und die Datenanalyse sind erläutert.</p>	Fair 3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Samplingstrategie ist passend, um das Forschungsziel zu erreichen. Die Charakteristika der Stichprobe und ihre Größe sind gut beschrieben (auch als Tabelle), genauso die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche als Flowchart abgebildet ist, sowie auch das Setting.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Der Analyseprozess ist sehr präzise beschrieben.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants</p>	

been adequately considered?	
Es liegt ein positives Votum eines Ethikkomitees vor. Zudem wurde eine informierte Zustimmung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut strukturiert als Tabelle gezeigt und dienen dazu, die Forschungsfrage verständlich zu beantworten.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist keine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für die Pflegepraxis, auch gibt es eine Forschungs- und Praxisempfehlung.	Good 4
Total:	33 (92%)

Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care (Mosher et al. 2015)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel könnte etwas kürzer sein, enthält aber alle wichtigen Keywords. Population und Setting sind vorhanden. Er repräsentiert den Inhalt der Studie. Das qualitative Design der Studie ist nicht direkt angeführt, allerdings ist es durch den Begriff "experiences" erkennbar.</p> <p>Im Abstract ist das Ziel, das Design, die Methode, die Stichprobengröße und die Schlussfolgerung gut beschrieben, ebenso wie die Praxisrelevanz.</p>	Fair 3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	.
<p>Die Einleitung beginnt mit einem breiten Überblick und dem Forschungsproblem und endet mit dem Ziel. Die Forschungslücke ist angegeben, wie auch ausreichende Hintergrundinformationen sowie ein Literaturreview.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	..
<p>Der Methodenteil ist gut strukturiert, mit Absätzen und Unterüberschriften. Die Methode ist passend für die Forschungsfrage und vollständig. Das Design, die Stichprobe, das Setting, der Datensammlungsprozess, die Messmethode und die Analyse sind beschrieben.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Stichprobenauswahl und die Rekrutierung sind beschrieben. Weiters sind die Charakteristika der Stichprobe und deren Größe beschrieben, sowie das Setting und die Ein- und Ausschlusskriterien.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Der Analyseprozess ist verständlich beschrieben und auch als Tabelle abgebildet.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary</p>	

ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es gab ein positives Votum eines Ethikkomitees. Von den Patientinnen und Patienten wurde eine informierte Zustimmung eingeholt, auch wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mündlich über die Studie aufgeklärt. Limitationen wurden angeführt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut untergliedert, auch Tabellen wurden verwendet. Die Ergebnisse sind verständlich beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist keine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für die Pflegepraxis, auch gibt es eine Forschungs- und Praxisempfehlung.	Good 4
Total:	34 (94%)

Effects of a support group programme for patients with life-threatening illness during ongoing palliative care (Beng et al. 2015)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel enthält wichtige Keywords und ist klar verständlich. Population und Design der Studie sind benannt, allerdings geht aus dem Titel nicht eindeutig hervor, welches Setting herangezogen wird.</p> <p>Der Abstract ist gegliedert und enthält Forschungshintergrund, Ziel, Design, Setting, die wichtigsten Ergebnisse und eine Schlussfolgerung für die Praxis.</p>	<p>Good 4</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	<p>.</p>
<p>Die Einleitung ist knapp, aber vollständig. Sie entwickelt sich aus dem Allgemeinen zum Spezifischen, benennt die Forschungslücke und stellt das Ziel der Studie dar.</p>	<p>Good 4</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	<p>..</p>
<p>Der Methodenteil ist klar strukturiert, mit Absätzen und Unterüberschriften. Die Methode ist passend für die Forschungsfrage. Das Design, die Stichprobe, das Setting, der Datensammelprozess, die Messmethode und die Analyse sind beschrieben. Das Unterstützungsprogramm wird mittels Tabelle dargestellt.</p>	<p>Good 4</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Stichprobenauswahl und die Rekrutierung sind beschrieben. Zudem sind die Charakteristika der Stichprobe und deren Größe beschrieben, sowie das Setting.</p>	<p>Good 4</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Der Analyseprozess ist verständlich beschrieben.</p>	<p>Good 4</p>
<p>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?</p>	

Es gab ein positives Votum eines Ethikkomitees. Von den Patientinnen und Patienten wurde eine informierte Zustimmung eingeholt, auch wurde darauf hingewiesen, dass eine mögliche Ablehnung der Teilnahme keine Auswirkung auf die Qualität der Pflege hat. Limitationen und Stärken wurden angeführt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Es gibt eine gute Untergliederung der Ergebnisse, auch Tabellen wurden verwendet. Die Ergebnisse sind gut beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist keine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie ist nützlich für die Praxis. Es gibt eine Praxisempfehlung, die Forschungsempfehlung fehlt.	Fair 3
Total:	34 (94%)

Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service (Cronfalk et al. 2009)

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel ist ansprechend und verständlich, wichtige Informationen wie Population, Setting, Design und Methode sind enthalten.</p> <p>Der Abstract ist verständlich und gut gegliedert, er enthält alle wesentlichen Elemente (Hintergrund, Ziel, Methode, Forschungsfrage, Ergebnisse sowie Praxisrelevanz). Er gibt einen guten Überblick über die Studie.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	.
<p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen, enthält einen Literaturreview, zeigt den derzeitigen Wissenstand auf und schließt mit Benennung der Forschungslücke sowie Forschungsfrage ab.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	..
<p>Der Methodenteil ist gut strukturiert, es gibt Unterüberschriften, das Design ist passend für die Forschungsfrage. Die Stichprobe und das Setting sind beschrieben, genauso die Datenanalyse.</p>	Good 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Es gab bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien, es wurde öffentlich Werbung gemacht. Der Rekrutierungsprozess sowie die Charakteristika der Stichprobe und ihre Größe sind als Fließtext und als Abbildung bzw. als Tabelle beschrieben.</p>	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Die Interviews wurden transkribiert, gelesen und erneut gelesen. Es wurden Kategorien gebildet, denen wieder ein Code zugeteilt wurde. Diese Kodierung wurde von 2 Forschern durchgeführt, bevor sie sich mit einem Dritten trafen.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary</p>	

ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Ethikkommission der Universitätsfakultät für Forschung sowie das „Hospice executive Team“ gaben ihr Einverständnis. Eine informierende Zustimmung zur Studie wird nicht erwähnt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut strukturiert und gegliedert dargestellt und dienen dazu, die Forschungsfrage klar und verständlich zu beantworten.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist keine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für die Pflegepraxis, auch gibt es eine Forschungs- und Praxisempfehlung.	Good 4
Total:	34 (94%)