

# **Bachelorarbeit**

## **Phänomen Angst in der End of Life Care und wie ihr seitens der Pflege, bestmöglich entgegengewirkt werden kann – ein Literaturreview**

eingereicht von:  
Sarah Schreilechner

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

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaften

Unter der Anleitung von  
Schüttengruber Gerhilde BSc, MSc

Graz, 28. 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 benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 28. März 2019

Sarah Schreilechner, eh.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung:.....	IV
Abstract: .....	V
1 Einleitung: .....	1
1.1 Hintergrund: .....	1
1.2 Definitionen: .....	1
1.3 Skalen zur Angst Erfassung: .....	6
1.4 Pflegerelevanz: .....	9
1.5 Forschungsfrage und Forschungsziel: .....	9
2 Methode:.....	10
2.1 Literaturrecherche: .....	10
2.2 Auswahl der Studien: .....	10
3 Ergebnisse:.....	13
3.1 Charakteristika der Studien: .....	13
3.2 Komplementäre Interventionen: .....	19
3.3 Psychologische Interventionen:.....	22
4 Diskussion: .....	27
4.1 Empfehlung für die Forschung: .....	31
4.2 Empfehlung für die Praxis: .....	31
5 Schlussfolgerung: .....	32
6 Abbildungsverzeichnis: .....	33
7 Tabellenverzeichnis: .....	33
8 Literaturverzeichnis:.....	34
9 Anhang: .....	37

## Zusammenfassung:

**Hintergrund:** In Österreich verstarben im Jahr 2017 83.270 Personen, 40.383 davon in Krankenanstalten. Diese Zahlen zeigen wie häufig Pflegepersonen mit dem Sterben konfrontiert sind. Ca. 77% der Menschen, welche sich am Ende ihres Lebens befinden, äußern Angst. Angst ist ein sehr wichtiges Thema in der End of Life Care, welches häufig nicht richtig erkannt oder wahrgenommen wird. Sie kann großes Leiden verursachen und den letzten Weg bis zum Tod unnötig erschweren.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, wie sich das Phänomen Angst bei PatientInnen am Lebensende und deren Angehörigen äußert. Des Weiteren soll dargestellt werden wie der Angst seitens der Pflege bestmöglich entgegengewirkt werden kann, um Betroffenen den letzten Lebensweg so angenehm wie möglich gestalten zu können.

**Methode:** Für dieses Review wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und CINAHL von Oktober bis Dezember 2018 durchgeführt. Aus den Jahren 2008 bis 2018 entsprachen 10 Studien den Einschlusskriterien, diese wurden kritisch mittels Hawker et al. (2002) bewertet und analysiert.

**Ergebnisse:** Es gibt viele komplementäre und psychologische Interventionen, welche die Pflege effektiv zur Angstlinderung von PatientInnen am Lebensende und Angehörigen nutzen kann. Es ist wichtig die Interventionen individuell auf die Bedürfnisse der PatientInnen und deren Angehörigen anzupassen, sowie sich ausreichend Zeit für die Durchführung zu nehmen. Betroffene sollten immer mit Würde und Respekt behandelt werden. Es sollte ihnen stets das Gefühl vermittelt werden, dass man für sie da ist und immer ein offenes Ohr für ihre Ängste und Sorgen hat.

**Schlussfolgerung:** Der Angst von PatientInnen am Lebensende und deren Angehörige, kann nur dann fachgerecht entgegengewirkt werden, wenn Pflegepersonen die Fähigkeit besitzen Ängste richtig zu erkennen und wahrzunehmen. Wenn Pflegepersonen über das Basiswissen des Phänomens Angst verfügen, die Möglichkeiten der Interventionen zur Angstlinderung kennen und auch fachgerecht anwenden, führt dies nicht nur zur Linderung von Ängsten, sondern auch zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Menschen am Lebensende.

**Schlüsselbegriffe:** end of life, anxiety

## Abstract:

**Background:** In 2017, 83,270 people died in Austria - 40,383 of them in hospitals. These numbers demonstrate how often caregivers are confronted with death and dying. Approximately 77% of people at the end of their lives express fear. Fear is a very important topic in the End of Life Care, which is often not properly recognized or perceived. It can cause great suffering and unnecessarily complicate the last path to death.

**Objective:** The aim of this work is to show how the phenomenon of anxiety manifests itself in patients at the end of their lives and their relatives, and how anxiety can be counteracted, in the best possible way on the part of caregivers in order to make the last path of life as pleasant as possible for those affected.

**Method:** For this review, a literature search was carried out in the databases Pubmed and CINAHL from October to December 2018. From 2008 to 2018, 10 studies matched the inclusion criteria. Those studies were critically evaluated and analysed by Hawker et al. (2002).

**Results:** There are many complementary and psychological interventions that caregivers can effectively use to relieve anxiety in end-of-life patients and relatives. It is important to adapt the interventions individually to the needs of the patients and their relatives, as well as to take sufficient time for the execution. Patients should always be treated with dignity and respect and should constantly be given the feeling that one is there for them. Furthermore, it is essential to have an open ear for their fears and worries, as well as that one gives one's best to help them.

**Conclusion:** The fear of patients at the end of their lives and their relatives can only be professionally counteracted if caregivers have the ability to recognize and perceive anxieties correctly. Apart from that, having a basic knowledge of what anxiety actually is, which cause it could have and how it manifests itself are crucial points to be aware of. Because if caregivers have this basic knowledge and know the possibilities of interventions to alleviate anxiety and also apply them professionally, this not only leads to the alleviation of anxiety, but also to an improvement in the well-being and quality of life of people at the end of their lives.

**Keywords:** end of life, anxiety

# 1 Einleitung:

## 1.1 Hintergrund:

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“ dieses Zitat von Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Palliativmedizin, zeigt, dass es in der End of Life Care wichtig ist den Fokus mehr auf die Qualität des verbleibenden Lebens zu legen als auf die Quantität. Der Mensch soll im Mittelpunkt stehen, nicht die Krankheit. Gerade weil den PatientInnen nicht mehr viel Lebenszeit verbleibt, muss es Ziel der End of Life Care sein, möglichst gut und möglichst schnell die eingeschränkte Lebensqualität zu verbessern. Wie sich die letzten Tage bis Stunden vor dem Tod gestalten, ist abhängig von der, bis dorthin möglich gemachten, Betreuung. Um eine gute End of Life Care zu ermöglichen ist es wichtig, den Bedürfnissen des Sterbenden auf allen Ebenen gerecht zu werden und seinen somatischen, psychischen, spirituellen und sozialen Nöten nachzukommen (Bausewein 2015, S.28).

Angst ist ein häufig vorkommendes Phänomen in der End of Life Care. Ca. 77% aller PatientInnen in der End of Life Care äußern Angst (Borasio 2011, S.5). Die Ursachen dafür sind oft vielfältig. Es liegen meist mehrere Gründe vor, welche sich dann potenzieren können. Selten tritt Angst als ein isoliertes Symptom auf, häufig kommt sie im Zusammenhang mit anderen Symptomen vor. Dies ist auch der Grund warum sie häufig nicht richtig erkannt wird. Um den PatientInnen eine gute verbleibende Lebensqualität und ein Sterben in Würde und Frieden zu ermöglichen, ist es wichtig die Angst zu erkennen und zu behandeln (Aymon et al. 2011).

Aus diesem Grund soll mit dieser Arbeit herausgefunden werden, was Angst in der End of Life Care ist, wie sie sich äußert und wie Pflegepersonen die Angst von PatientInnen und deren Angehörigen lindern können.

## 1.2 Definitionen:

Zur Einleitung dieser Bachelorarbeit werden wesentliche Begriffe definiert. Da die Thematik „Angst in der End of Life Care“ lautet und Angst ein sehr häufig vorkommendes Phänomen in der End of Life Care ist, welches oft nicht richtig erkannt wird, werden diese Begriffe genauer erläutert.

### **1.2.1 End of Life Care:**

Seit mehr als 30 Jahren wird über eine einheitliche Definition der End of Life Care und wann das Lebensende beginnt diskutiert. Bis heute jedoch gibt es keine einheitliche Definition, wann End of Life Care beziehungsweise das Lebensende beginnt. Der Begriff End of Life Care wird in vielen Ländern unterschiedlich definiert und verwendet (Izumi et al. 2012). In Österreich beispielsweise wird vermehrt der Begriff Palliativpflege, für die Betreuung von Menschen am Lebensende verwendet (Feichtner 2014, S.16).

End of Life Care ist aber nicht gleich Palliativ Care. Die End of Life Care ist nur ein Teilbereich der Palliativ Care, welcher sich auf die Pflege am Lebensende beschränkt. Es gibt auch keine wissenschaftlichen Belege welche die Merkmale des Lebensendes charakterisieren. Somit zeigt sich, dass noch enorme Forschungsarbeit notwendig ist, um eine einheitliche Definition von End of Life Care zu erläutern. Es gibt beispielsweise evidenzbasierte Komponenten, wie das Vorhandensein einer oder mehrerer chronischen Erkrankungen, Symptome welche bestehen oder ständig schwanken, oder die aufgrund dieser Symptome entstehenden irreversiblen Nebendiagnosen. PatientInnen mit diesen Komponenten benötigen spezielle Pflege, welche auch End of Life Care genannt wird. Dies ist ein Zeitraum von ein bis zwei Jahren, indem PatientInnen, deren Angehörige und Pflegepersonen bewusst wird, dass durch die vorhandene Erkrankung das Leben der Betroffenen verkürzt ist. End of Life Care umfasst auch die spezielle Pflege von Sterbenden, welche nur noch wenige Tage oder Stunden ihres Lebens haben. Es gibt jedoch einige Phasenmodelle welche das Lebensende darstellen (Izumi et al. 2012).

Die nachstehende Abbildung schildert einen möglichen Verlauf, vom Beginn der End of Life Care bis zum Tod.

THE END OF LIFE		THE DYING PHASE		
At risk of dying in 6–12 months, but may live for years	<b>MONTHS</b> 2–9 months	<b>SHORT WEEKS</b> 1–8 weeks	<b>LAST DAYS</b> 2–14 days	<b>LAST HOURS</b> 0–48 hours
<b>DISEASE(S) RELENTLESS</b> Progression is less reversible Treatment benefits are waning	<b>CHANGE UNDERWAY</b> Benefit of treatment less evident Harms of treatment less tolerable	<b>RECOVERY LESS LIKELY</b> The risk of death is rising	<b>DYING BEGINS</b> Deterioration is weekly/daily	<b>ACTIVELY DYING</b> The body is shutting down The person is letting go

**Abbildung 1:** Timeframes in the dying process (Silvester et al. 2016)

Die Definition der End of Life Care vom General Medical Council, UK 2010, besagt, wenn es absehbar ist, dass PatientInnen innerhalb der nächsten 12 Monate sterben, dann beginnt die End of Life Care. Dies betrifft auch Menschen deren Tod unmittelbar bevorsteht. Das heißt innerhalb weniger Stunden bis Tage, sowie mit progressiven, fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheiten und mit Frailty (Altersgebrechlichkeit). Inbegriffen sind aber auch Personen, bei denen die Gefahr besteht das sich ihr Gesundheitszustand binnen kurzer Zeit rapide verschlechtern kann und der Tod innerhalb der nächsten 12 Monate möglich wäre (General Medical Council UK 2010).

End of Life Care ist eine spezielle Form der Pflege und verlangt eine Kombination von großem Fachwissen der Gesundheitsversorgung und guter Kommunikation mit PatientInnen am Lebensende (Hawthorn 2015).

### 1.2.2 Angst:

Angst ist ein Phänomen das jeder Mensch in verschiedenen Situationen und in unterschiedlicher Ausprägung wiederholt erlebt hat. Angst kann aber nur sehr schwer allgemein gültig definiert werden. Grundsätzlich kann Angst als ein unangenehm erlebtes Gefühl von Bedrohung, Beklemmung, Einschnürung beschrieben werden (Vaas 2019).

In der Psychologie versteht man unter Angst, eine nicht an die Situation oder an das Objekt gebundene Emotion. Wann Angst eine gesunde Emotion ist und wann krankmachend oder wann sie adaptiv und wann sie maladaptiv ist, kann oft nicht klar dargestellt werden, da die Übergänge fließend sind. Als adaptiv wird die Angst

bezeichnet, wenn sie eine schützende, lebenserhaltende Funktion aufweist. Wenn sie jedoch zu einer Belastung bzw. Bedrohung für die Gesundheit eines Menschen wird, ist sie maladaptiv. Diese ist charakterisiert durch das Auftreten der Angst ohne einer realen Bedrohung, Vermeidungsverhalten oder Angst welche nach Beseitigung der Bedrohung bestehen bleibt. Um gezielt auf Angst bei PatientInnen am Lebensende achten zu können, ist wichtig zu wissen wie sich die Angst äußern kann (Aymon et al. 2011).

### **Mögliche Symptome:**

- Respiration: Dyspnoe, Einschnürung, Engegefühl
- Gastrointestinal: Appetitlosigkeit, unspezifische Bauchschmerzen, Übelkeit
- Kardiovaskulär: Tachykardie, Herzklopfen, Ohnmacht, unklare Schmerzen im Brustbereich
- Neurovegetativ: Mundtrockenheit, Schweißausbrüche
- Neuromuskulär: Zittern, motorische Unruhe, Tinnitus, Muskelkrämpfe
- Schmerzen: Schmerzen werden subjektiv stärker empfunden oder inadäquat geäußert.
- Kognitiv: verminderte Aufmerksamkeit, Konzentrationsschwächen, Blockade beim Denken, Gedankenreisen, Vergesslichkeit, beunruhigende Gedanken, Entscheidungsschwäche
- Affektiv: Angst, Furcht, Spannung, ängstliche Ahnungen, Gereiztheit
- Verhalten: fehlende Fähigkeit zu entspannen, misstrauisch, unruhig, agitiert, egozentrisch (Aymon et al. 2011)

Das Angsterleben ist sehr individuell und kann sich unterschiedlich zeigen. PatientInnen, welche genügend Ressourcen besitzen, reagieren auf Belastungen mit weniger Angst. Angst lässt sich durch viele Faktoren beeinflussen wie beispielsweise den Verlauf der Krankheit, familiäre Verhältnisse aber auch die Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegepersonen. Das Erleben von Angst ist kein Zustand sondern ein Prozess, welcher sich im Verlauf rasch verändern kann. Es ist wichtig vorhandene Symptome schnellstmöglich wahrzunehmen um rechtzeitig agieren zu können. Ein/Eine PatientInn, welche/r Angstgefühle aufgrund der existentiellen Bedrohung durch seine/ihre Krankheit hegt, empfindet zum

Beispiel Schmerzen intensiver und wird ihnen mehr Aufmerksamkeit schenken als jemand der keine Ängste hat. Verstärkt wahrgenommene Schmerzen sind daher eine Form der Angstäußerung, es ist wichtig diese zu erkennen und ihr entgegenzuwirken, ansonsten kann sie sich zu einer krankhaften Angst entwickeln und Schmerzen werden trotz guter Schmerzmedikation bestehen bleiben (Aymon et al. 2011).

### **Ursachen:**

1. *Existentielle Bedrohung*: hier äußern sich Angstgefühle meist physiologisch. Wenn Betroffenen bewusst wird, das der Tod naht, bedeutet dies häufig einen Wendepunkt für sie. Bei welchem die existentielle Bedrohung und die damit verbundenen Ängste zum Ausdruck kommen (Stoklosa et al. 2011).
  
2. *Somatische Krankheiten*: bei denen Angst häufig ein Begleitsymptom ist, sind beispielsweise:
  - Erkrankungen mit Dyspnoe, Schmerzen und Schwindel
  - Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, koronare Herzkrankheiten, Arrhythmien)
  - Metabolische Erkrankungen (Hypo-/Hyperglykämien, Hypo-/Hyperkaliämien, Hypo-/Hypernatriämien)
  - Pulmonale Erkrankungen (COPD, Lungentumore, Asthma)
  - Neurologische Erkrankungen (Tumore)
  - Endokrinologische Erkrankungen (Hypo-/Hyperthyreose, Tumore)
  - Ängste im Rahmen eines paraneoplastischen Syndroms (als Begleitsymptom einer Krebserkrankung) (Aymon et al. 2011)
  
3. *Psychiatrische Erkrankungen*: meist Depressionen, akute und posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, vorbestehende Angststörungen. Auch im Rahmen eines Deliriums sind Ängste möglich, welches häufig bei schwerkranken Personen auftritt (Stoklosa et al. 2011).

4. *Medikamentös bedingte Ängste:* können häufig durch beispielsweise, Sympathomimetika, Kortikosteroide, Anticholinergika ausgelöst werden. Auch Genussmittel wie Nikotin, Alkohol und Koffein können Angst begünstigen. Ein abruptes Absetzen von Medikamenten wie Benzodiazepine, aber auch von Genussmittel bei Eintritt in das Krankenhaus können zu Angst führen (Stoklosa et al. 2011).
  
5. *Die übertragene Angst:* Wenn Angehörige Ängste haben, werden diese auch meist auf die PatientInnen übertragen oder die Ängste des/der PatientInnen verstärken sich. Auch wenn Pflegepersonen bei Pflegehandlungen Unsicherheit zeigen und überfordert wirken, überträgt sich diese Angst auf PatientInnen (Detering et al. 2010; Stoklosa et al. 2011).

### **1.3 Skalen zur Angst Erfassung:**

#### **1.3.1 HADS (hospital anxiety and depression scale)/ HADS-D:**

Die HADS bzw. HADS-D, die deutsche Version der hospital anxiety and depression scale, ist ein kurzes schnell zu bearbeitendes Selbstbeurteilungsverfahren, mit je sieben Angst- und Depressionitems. Sie kann als Screeningverfahren, zur Schweregradbestimmung sowie zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt werden. Erfasst wird dabei die Ausprägung von Angst- und Depressionssymptomen. Beschriebene Cutoff-Werte ermöglichen eine bestmögliche Fallidentifikation. Mit Hilfe der Angstskala werden vorrangig generalisierte Angstsymptomatiken und das Auftreten von Panikattacken erfasst. Die Antwortkategorien sind jeweils mit vier abgestuften itemspezifischen Antwortoptionen (Punktwerte jeweils 0-3) ausgestattet. Die Auswertung erfolgt Objektiv. Die HADS Skale kann sowohl bei Jugendlichen als auch Erwachsenen angewendet werden (Herrmann-Lingen et al. 2004). In vielen publizierten Studien wurde die HADS sowie auch die HADS-D validiert und klinisch eingesetzt (Mitchell et al. 2010).

Die unten angeführte Abbildung 2, veranschaulicht nochmal wie die Hospital anxiety and depression scale aufgebaut ist.

### Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.  
Don't take too long over you replies: your immediate is best.

D	A		D	A	
		<b>I feel tense or 'wound up':</b>			<b>I feel as if I am slowed down:</b>
3		Most of the time	3		Nearly all the time
2		A lot of the time	2		Very often
1		From time to time, occasionally	1		Sometimes
0		Not at all	0		Not at all
		<b>I still enjoy the things I used to enjoy:</b>			<b>I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:</b>
0		Definitely as much	0		Not at all
1		Not quite so much	1		Occasionally
2		Only a little	2		Quite Often
3		Hardly at all	3		Very Often
		<b>I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:</b>			<b>I have lost interest in my appearance:</b>
3		Very definitely and quite badly	3		Definitely
2		Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
1		A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
0		Not at all	0		I take just as much care as ever
		<b>I can laugh and see the funny side of things:</b>			<b>I feel restless as I have to be on the move:</b>
0		As much as I always could	3		Very much indeed
1		Not quite so much now	2		Quite a lot
2		Definitely not so much now	1		Not very much
3		Not at all	0		Not at all
		<b>Worrying thoughts go through my mind:</b>			<b>I look forward with enjoyment to things:</b>
3		A great deal of the time	0		As much as I ever did
2		A lot of the time	1		Rather less than I used to
1		From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
0		Only occasionally	3		Hardly at all
		<b>I feel cheerful:</b>			<b>I get sudden feelings of panic:</b>
3		Not at all	3		Very often indeed
2		Not often	2		Quite often
1		Sometimes	1		Not very often
0		Most of the time	0		Not at all
		<b>I can sit at ease and feel relaxed:</b>			<b>I can enjoy a good book or radio or TV program:</b>
0		Definitely	0		Often
1		Usually	1		Sometimes
2		Not Often	2		Not often
3		Not at all	3		Very seldom

Please check you have answered all the questions

**Scoring:**

Total score: Depression (D) \_\_\_\_\_ Anxiety (A) \_\_\_\_\_

0-7 = Normal

8-10 = Borderline abnormal (borderline case)


11-21 = Abnormal (case)

**Abbildung 2:** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Rishi et al. 2017)


### 1.3.2 ESAS (Edmonton Symptom Assessment System):

Die ESAS Skala wurde entwickelt um die Intensität von neun Symptomen (Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit, Angst, Depression, Schläfrigkeit, Appetit, Wohlbefinden und Kurzatmigkeit) zu beurteilen. Der Schweregrad des Symptoms wird dann mit Hilfe einer numerischen Skala von 0-10 bewertet. Wobei 0 bedeutet das das Symptom nicht vorhanden ist und 10 das es unerträglich für den

PatientInnen ist. Die ESAS liefert Pflegepersonen ein klinisches Bild über die Symptomintensität des/der PatientInnen. Um einen genauen Verlauf der Symptomstärke darzustellen, ist es wichtig den/die PatientInnen regelmäßig, mehrmals täglich, nach ihren Beschwerden zu befragen. Die ESAS ist ein wichtiges Tool im Symptommanagement und kann vieles zur Lebensqualitätsverbesserung von PatientInnen am Lebensende beitragen (Moro et al. 2006).



Capital  
Health



CARITAS HEALTH GROUP

---

**Edmonton Symptom Assessment System:  
Numerical Scale**  
Regional Palliative Care Program

---

**Please circle the number that best describes:**

No pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible pain
Not tired	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible tiredness
Not nauseated	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible nausea
Not depressed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible depression
Not anxious	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible anxiety
Not drowsy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible drowsiness
Best appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible appetite
Best feeling of wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible feeling of wellbeing
No shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible shortness of breath
Other problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

---

Patient's Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Complete by (check one)

Patient

Caregiver

Caregiver assisted

**BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE**

CH-0202 May 2001

**Abbildung 3: Edmonton Symptom Assessment System(Watanabe et al. 2011)**

## **1.4 Pflegerelevanz:**

In Österreich verstarben im Jahr 2017 83.270 Personen, 40.383 davon in Krankenanstalten. Diese Zahlen zeigen wie häufig Pflegepersonen mit dem Sterben konfrontiert sind (Statistik Austria 2018). Aus der Literatur geht hervor, dass 77% der Menschen, wenn es um ihr Lebensende geht Angst äußern (Borasio 2011). Die Angst ist Teil unseres Lebens. Angst kann großes Leiden verursachen, aber auch das Leiden eines/einer PatientInnen und seiner/ihrer Angehörigen vergrößern, wenn man die Angst nicht erkennt und ihr nicht entgegenwirkt (Aymon et al. 2011). Dem Thema Angst schenken Pflegepersonen häufig zu wenig Beachtung, was sich mit einer gewissen Hilflosigkeit verbinden lässt. Um Pflegepersonen diese Hilflosigkeit zu nehmen, sollte man über den Grund, die Form, die Intensität sowie über mögliche Symptome der Angst bescheid wissen. Ist dieses Basiswissen vorhanden, so können Pflegepersonen entsprechend handeln und der Angst von PatientInnen und deren Angehörigen versuchen entgegenzuwirken und somit den letzten Weg von PatientInnen so angstfrei wie möglich zu gestalten um ein friedvolles Sterben zu ermöglichen (Aymon et al. 2011).

## **1.5 Forschungsfrage und Forschungsziel:**

Nachfolgend wird die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit aufgezeigt:

**„Was ist Angst in der End of Life Care und wie kann ihr bestmöglich, seitens der Pflege, entgegengewirkt werden?“**

Daraus ergibt sich folgendes Forschungsziel für diese Arbeit:

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es aufzuzeigen, wie sich das Phänomen Angst bei PatientInnen am Lebensende und deren Angehörigen zeigt und wie der Angst seitens der Pflege bestmöglich entgegengewirkt werden kann, damit der letzte Lebensweg für Betroffene so angenehm wie möglich gestaltet wird.

## 2 Methode:

Im Methodenteil wird ausführlich die wissenschaftliche Herangehensweise der vorliegenden Bachelorarbeit beschrieben. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt.

### 2.1 Literaturrecherche:

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2018 statt. Dafür verwendet wurden die wissenschaftlichen Datenbanken, PubMed (Public Medical Literature OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Die Datensuche in den ausgewählten Datenbanken erfolgte anhand von englischen Suchbegriffen, den sogenannten keywords.

Eingesetzt wurden folgende Suchbegriffe: end of life und anxiety. Mit Hilfe des Bool'schen Operator „AND“ wurden diese verknüpft. Wobei der Suchbegriff end of life, die Begriffe end of life care, palliative care und hospice care beinhaltet.

Die Suchstrategie war in beiden Datenbanken gleich. Die kombinierten Keywords waren: „end of life“ AND anxiety.

Folgende Filter wurden gesetzt:

- Publikationszeitraum von 2008 bis 2018
- Sprache Englisch/Deutsch

Zusätzlich zur Datenbanksuche wurde eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt. Diese lieferte jedoch keine für meine Forschungsfrage relevanten Ergebnisse.

### 2.2 Auswahl der Studien:

#### **Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien**

Es wurden nur Studien eingeschlossen, welche sich auf die Linderung der Ängste, von Menschen am Lebensende und deren Angehörigen bezogen. Aus dem Sample musste klar hervorgehen das es sich um PatientInnen in der End of Life Care oder Palliative Care handelt. Ausgeschlossen wurden Studien die sich nicht mit den

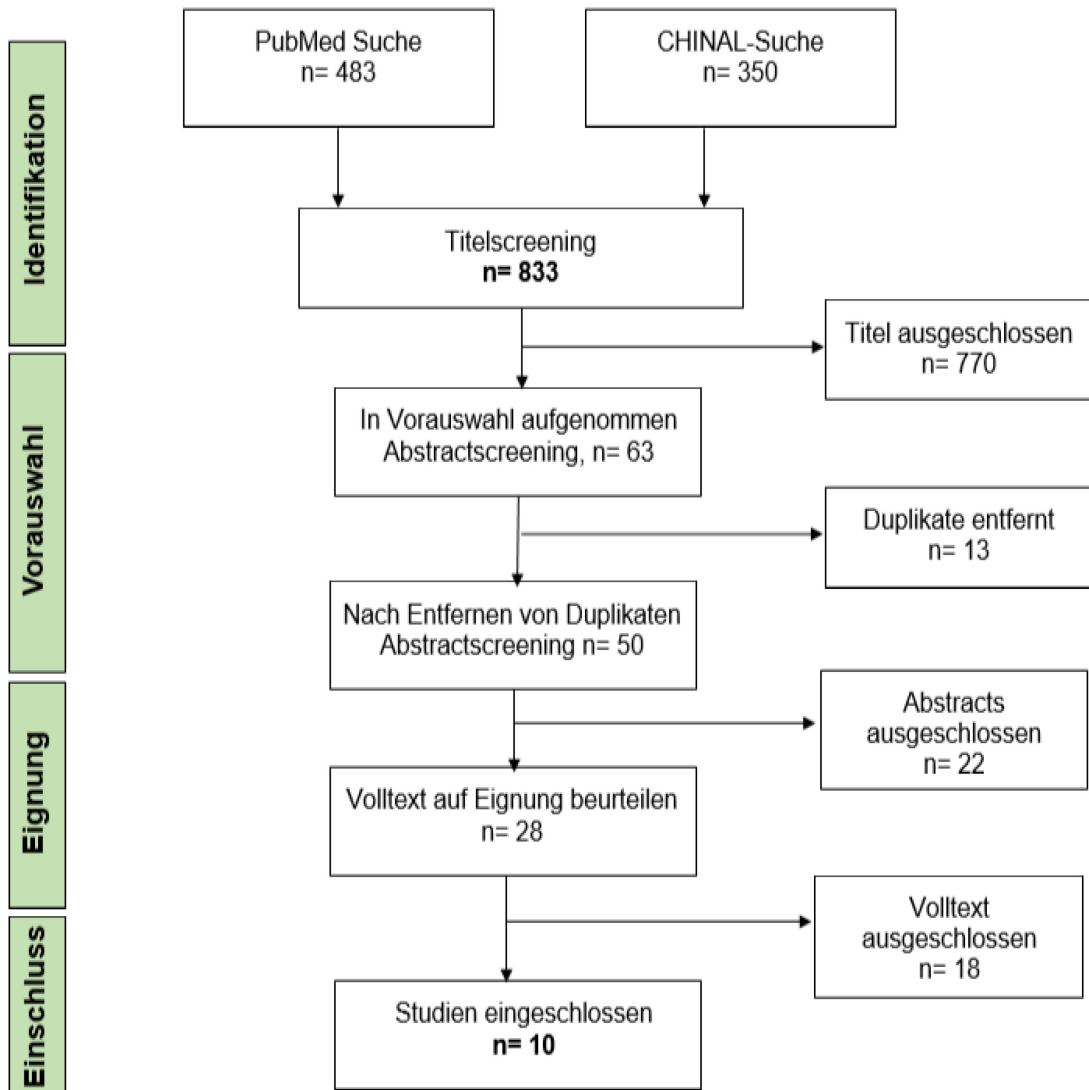
Ängsten von PatientInnen oder deren Angehörigen befassten, sondern beispielsweise mit denen der Pflegepersonen oder Auszubildenden, sowie Studien die Kinder betreffen. Genauso ausgeschlossen wurden Studien welche sich nicht im Setting der End of Life Care, Palliative Care oder Hospize Care befanden.

### **Auswahlprozess**

Mit der oben angeführten Suchstrategie wurden in PubMed 483 und in CINAHL 350 Ergebnisse gefunden. Diese wurden anhand eines Titel-Screenings auf 63 Studien reduziert. Mittels dem Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8, Clarivate Analytics) wurde ein Duplikat-Screening durchgeführt. 13 Studien wurden in diesem Zuge ausgeschlossen (n= 50). Anschließend erfolgte ein Abstract-Screening, wobei 28 Abstracts aussagekräftig erschienen. Von diesen 28 Publikationen wurde der Volltext gelesen, um zu eruieren, ob sie zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden konnten, wobei wiederum 18 Studien ausgeschlossen wurden (n=10).

Somit wurde anhand dieser durchgeführten Screenings die Gesamtzahl von 833 Studien auf 10 Studien reduziert. Diese wurden anschließend mittels dem Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) kritisch bewertet. Diese Bewertungen sind im Kapitel 9 Anhang, zu finden.

Nachstehend wird der Auswahlprozess, in Abbildung 4, als Flowchart dargestellt.



**Abbildung 4:** Flowchart der Literaturrecherche

### **3 Ergebnisse:**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse und Charakteristika der 10 inkludierten Studien präsentiert. Die inkludierten Studien wurden in Tabelle 1 zur besseren Übersicht dargestellt. Einzelne Ergebnisse wurden miteinander verglichen und in übergeordnete Themen, wie Komplementäre Interventionen und Psychologische Interventionen kategorisiert.

#### **3.1 Charakteristika der Studien:**

Vier der zehn ausgewählten Studien wurden in Australien, zwei in den USA und jeweils eine in Deutschland, Tschechien, Großbritannien und Portugal durchgeführt. Verwendet wurden, Reviews, Interventionsstudien, Case Studies, randomisiert kontrollierte Studien, sowie eine Pilotstudie und eine qualitative explorative deskriptive Studie. Alle PartizipantInnen in den ausgewählten Studien hatten eine Enddiagnose von  $\leq 6$  Monate. In den meisten Studien wurde die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) verwendet, um die Veränderung der Angst besser feststellen zu können. Die HADS ist eine der bekanntesten Skalen, zur Erfassung der Angst.

Eine Übersicht über die Charakteristika der von mir ausgewählten Studien, wird in Tabelle 1 aufgezeigt.

**Tabelle 1:** Charakteristika der ausgewählten Studien

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
Bowers, T. A. Wetsel, M. A.  2014  USA	Utilization of Music Therapy in Palliative and Hospice Care	Ziel der Studie ist es die Verwendung von Musik Therapie im Symptommanagement zu beschreiben, die Wirksamkeit von Musik Therapie als Intervention zu diskutieren und eine Implementierung in die APN-Ausbildung, Praxis und Forschung darzustellen.	Design: Systematic literature review  17 Studien	9 der 10 Studien, die die Angst untersuchten, fanden eine signifikante Verbesserung des Symptoms Angst heraus.
Skaczkowski, G. Moran, J. Langridge, J. Oataway, K. Wilson, C.  2018  Australien	Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study	Ziel dieser Pilotstudie war es, das Potential von Spa-Badeinterventionen zu untersuchen, um die Wahrnehmung von Schmerzen und Ängsten zu reduzieren und das Wohlbefinden von Palliativpatienten zu verbessern.	Design: Pilotstudie  n= 17 (15 Frauen, 2 Männer) PatientInnen der PCU at Austin Health in Melbourne, Australia Durchschnittsalter 63Jahre  Erhebung: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	Bei 63% der PatientInnen hat sich nach dem Spa-Bad die Angst verringert und das Wohlbefinden gesteigert. Weiters zeigt die Studie das es einen Zusammenhang zwischen den 3 Komponenten Schmerz, Angst und Wohlbefinden gibt.

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
<p>Magill, L. Berenson, S.</p> <p>2008</p> <p>Großbritannien</p>	<p>The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families</p>	<p>Ziel dieser Studie ist es den Vorteil des kombinierten Einsatzes von Musiktherapie und Reflexzonenmassage, in Hinblick auf die Reduktion von Ängsten zu zeigen.</p>	<p>Design: Case study</p> <p>Erhebung: Beobachtung, Befragung von Pflegepersonen, PatientInnen, Angehörige</p>	<p>Diese Studie zeigt, dass der Kombinierte Einsatz von Musiktherapie und Reflexzonenmassage nicht nur einen positiven Effekt auf die Reduktion Ängsten der PatientInnen, sondern auch die Ängste ihrer Angehörigen reduzieren kann. Und dies sich somit auch positiv auf deren Wohlbefinden auswirkt.</p>
<p>Juliao, M. Oliveira, F. Nunes, B. Vaz Carneiro, A. Barbosa, A.</p> <p>2014</p> <p>Portugal</p>	<p>Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial</p>	<p>Ziel dieser Studie ist es, den Einfluss von Dignity Therapy auf Depressionen und Ängsten, bei Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten und hohem Leidensdruck auf Palliativstationen, zu bestimmen.</p>	<p>Design: randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>n= 60</p> <p>PatientInnen einer 10-Bett Spezialklinik für Palliativmedizin in S. Bento Menni in Lissabon</p> <p>Erhebung: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p>	<p>Ergebnisse zeigen, dass es einen signifikanten Rückgang von Ängsten, bei der Anwendung von Dignity Therapy gibt.</p>

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
<p>Detering, K. M. Hancock, A. D. Reade, M. C. Silvester, W.</p> <p>2010</p> <p>Australien</p>	<p>The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial</p>	<p>Ziel war es die Auswirkungen von ACP in der End of Life Care bei älteren PatientInnen aufzuzeigen.</p>	<p>Design: randomisiert kontrollierte Studie</p> <p>n= 309 PatientInnen im University hospital Melbourne</p> <p>Erhebung: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), quality of end of life care questionnaire, impact of events scale</p>	<p>Ergebnisse zeigen das, ACP den Tod von Betroffenen verbessert, und Ängste von Angehörigen und PatientInnen reduziert.</p>
<p>Blanckenburg P. Leppin N.</p> <p>2018</p> <p>Deutschland</p>	<p>Psychological interventions in palliative care</p>	<p>Ziel dieses Reviews ist es, einen Überblick über aktuelle Studien von Psychologischen Interventionen in der Palliativmedizin zu verschaffen, wobei der Fokus auf physische, psychische, spirituelle und soziale Aspekte gelegt wird.</p>	<p>Design: Review RCT's and systematic Reviews</p>	<p>Ergebnisse zeigen, das Psychologische Interventionen bei der Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte eine positive Auswirkung auf die Reduktion von Ängsten am Lebensende haben.</p>

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
Grossman, C. H. Brooker, J. Michael, N. Kissane, D.  2018  Australien	Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review	Ziel ist es einen Überblick über, Interventionen bei erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Krebs, welche an Todesangst leiden, zu geben.	Design: systematic review  9 Studien  Erhebung: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	Ergebnisse zeigten, das kurzfristige Therapien, welche spirituelles Wohlbefinden und Sinneseindrücke beinhalten, die effektivsten Interventionen gegen Todesangst waren.
Kisvetrová, H. Klugar, M. Kabelka, L.  2013  Tschechien	Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life	Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, welche Aktivitäten der Spirituellen Unterstützung bei Patienten mit Todesangst sinnvoll sind.	Design: Interventionsstudie  n= 468 registrierte Diplomkrankenschwestern, in Tschechien welche PatientInnen mit der Enddiagnose ≤ 6 Monate betreuen  Erhebung: Interviews	Die Studie ergab das die spirituelle Unterstützung einen großen Nutzen bei der Linderung von Todesangst hat. Und dass dabei Empathie, aktives Zuhören, Würde und Respekt eine große Rolle spielen.

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
Emerson, K. Murphy, M. Quinlin, L. O'Malley, P. Hayes, K.  2017  USA	Evaluation of a Low-Light Intervention Starlight Therapy--for Agitation, Anxiety, Restlessness, Sleep Disturbances, Dyspnea, and Pain at End of Life	Ziel dieser Studie war es die Auswirkungen der Sternlichttherapie zur Linderung von negativen Symptomen, wie Angst, Unruhe, Dyspnoe, Schmerzen und Schlaflosigkeit, am Ende des Lebens zu untersuchen.	Design: Interventionsstudie  n= 40 (26 Männer, 14 Frauen) Durchschnittsalter: 82,25 Jahre aus 2 Hospizzentren in Ohio Enddiagnose <6 Monate  Erhebung: Beobachtung, Assessing Distressing Symptoms STAR Symptom Scale, Fragebogen	Ergebnisse zeigen das bei 36 von 40 Patienten, also bei 90% sich die Starlight-Therapie als wirksam erwies. Angstsymptome verringerten sich um bis zu 73,9%. Sie bringt auch den Vorteil mit sich, das Herz- und Atemfrequenz bei der Therapie gesenkt werden.
Johnstone, M. J. Hutchinson, A. M. Rawson, H. Redley, B.  2016  Australia	Assuaging death anxiety in older overseas-born Australians of culturally and linguistically diverse backgrounds hospitalised for end-of-life care	Ziel dieser Studie ist es, Strategien von Pflegepersonen welche zur Linderung von Todesangst und zu einem guten Tod führen, bei älteren CALD Australiern, die zur EOL-Betreuung ins Krankenhaus eingeliefert werden, zu untersuchen.	Design: qualitative explorative deskriptive Studie  n= 22 registrierte Krankenpfleger welche in einem Krankenhaus im Bundesstaat Victoria End-of-Life Betreuung leisten  Erhebung: semi-strukturiertes Interview	Ergebnisse zeigten, dass es am wichtigsten ist, den PatientInnen und auch deren Angehörigen zu zeigen das man für sie da ist, man sich um sie kümmert, und man sie mit Würde und Respekt behandelt.

## **3.2 Komplementäre Interventionen:**

### **3.2.1 Musiktherapie:**

Bowers and Wetsel et al. (2014) befassten sich mit der Anwendung von Musiktherapie in der Hospizpflege, wenn nicht mehr die Lebenserwartung sondern die Lebensqualität in den Vordergrund rückt. Grund für dieses systematische Literaturreview ist es, einen evidenzbasierten Ansatz für die Nutzung von Musik als Zusatztherapie in der End of Life Care zu fordern. Angst ist eines der häufigsten Symptome, bei welcher Musiktherapie zur Anwendung kommt. Diese Interventionen beinhalten beispielsweise Gesang, das Spielen von Instrumenten durch den/die PatientInnen selbst, sowie das bewusste Hören von individuell ausgesuchten Musikstücken. Die Anpassung der Maßnahmen erfolgt individuell. Somit kann die Musik als positiver Anreiz für die Bewältigung von negativen Reizen, wie beispielsweise der Angst, genutzt werden. Neun von zehn Studien weisen eine signifikante Reduktion von Ängsten bei der Anwendung von Musiktherapien auf. PatientInnen wirken durch die Anwendung von Musik wesentlich entspannter und ihr Wohlbefinden steigt. Daraus zeigt sich, dass eine Verminderung der Ängste durch Musik-Interventionen, zu einer sichtbaren Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende führen kann (Bowers & Wetsel 2014)

### **3.2.2 Musiktherapie und Berührungstherapie:**

Wie die Case Study von Magill and Berenson et al. (2008) beschreibt, wirkt der kombinierte Einsatz von Musiktherapie und Reflexzonenmassage, nicht nur Angstreduzierend auf die PatientInnen sondern auch auf deren Angehörige. Ein Team, bestehend aus einer Pflegeperson, einem/einer MusiktherapeutInnen und einem/einer TherapeutInnen welcher die Reflexzonenmassage praktizierte, führte die Interventionen an den PatientInnen und deren Angehörigen durch. Bei jeder Intervention, ob Musiktherapie oder Reflexzonenmassage, wurde genau auf die Wünsche der PatientInnen eingegangen. Jeweils zu Beginn und am Ende jeder Sitzung wurden die PatientInnen sowie deren Angehörige nach ihrem Befinden und ihrem Angstempfinden befragt. Während der Interventionen wurde auf physiologische Reaktionen, Emotionen und auf die nonverbale Sprache genau geachtet. Musik ist ein mehrdimensionales Medium, das in der Lage ist, Zeit, Raum

und Grenzen zu überschreiten. Musik kann somit im Zusammenhang mit Krankheit, Schmerz und Verlust eingesetzt, ein breites Spektrum an krankheitsbezogenen Herausforderungen behandeln.

Die Reflexzonenmassage ist eine Form der Berührungstherapie, welche auf dem Glauben an Reflexpunkten an Füßen und Händen basiert. Der Einsatz von Berührung in der Reflexzonenmassage reduziert Schmerzen, Spannungen und Ängste und fördert gleichzeitig Entspannung und Komfort. Die Berührung, sei es durch Angehörige oder Pflegepersonen, fördert auch die Kommunikation. Es werden „Ich bin hier“ und „Ich interessiere mich für dich“ Botschaften gesendet, welche dem Patienten ein sicheres Gefühl geben.

Beide Therapien können die Stimmung beeinflussen, Ängste reduzieren und Hoffnung geben. Nicht nur PatientInnen profitieren davon, sondern auch bei Angehörigen zeigt die Intervention positive Auswirkungen in Bezug auf ihre Ängste. Pflegepersonen brachten den Angehörigen leichte Techniken der Reflexzonenmassage bei, sodass sie diese selbstständig bei den Betroffenen, wenn sie das Gefühl hatten das sie unruhig, angespannt oder ängstlich sind, anwenden können. Wenn PatientInnen unruhig und ängstlich sind, überträgt sich dies auch meist auf ihre Angehörigen. Angehörige fühlen sich dann häufig hilflos und bekommen Angst, da sie nicht wissen wie sie dem/der Betroffenen in dieser Situation helfen können. Hier kommt die Reflexzonenmassage zum Einsatz, welche durch die Berührung eine Art von Verbindung schafft und somit den Angehörigen das Gefühl der Hilflosigkeit nimmt und auch deren Ängste lindert. Da sich die PatientInnen dadurch wieder entspannen, beruhigen und sich mit ihren Ängsten nicht mehr alleine fühlen (Magill & Berenson 2008).

### **3.2.3 Spa-Bäder:**

Spa-Bäder bieten dem Pflegepersonal eine einfache Möglichkeit die Lebensqualität von PatientInnen am Lebensende zu verbessern. Wie die Pilotstudie von Skaczkowski et al. (2018) zeigt, führt die Anwendung von Spa-Bädern, welche speziell auf gebrechliche und PatientInnen mit schlechtem Allgemeinzustand ausgerichtet sind, zu einer wesentlichen Verbesserung ihres Wohlbefindens. 17 PatientInnen der Palliativ Station in Austin Health in Melbourne, nahmen an der Pilotstudie teil. Im Rahmen der Routinepflege wurde ihnen die Möglichkeit eines Spa-Bades, welches die Wassertemperatur konstant hält und mit Massagedüsen

ausgestattet ist, angeboten. Dabei konnten sich die PatientInnen für 20-30 Minuten im Beisein einer Palliativpflegekraft entspannen. Vor und nach der wasserbasierten Entspannung mussten PatientInnen, mit oder ohne Hilfe je nach Allgemeinzustand, einen Fragebogen vom Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ausfüllen. Dieser beleuchtet 3 Hauptaspekte, psychische und emotionale Lebensqualität, Schmerz, sowie Angst und Wohlbefinden. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 0-10, wobei 10 ganz schlecht bedeutete. Ergebnisse zeigten, dass sich bei 63% der PatientInnen nach dem Baden die Angst verbessert hat, da die Bäder auf sie beruhigend und angstlösend gewirkt haben (Skaczkowski et al. 2018).

#### **3.2.4 Starlight-Therapie:**

Die Interventionsstudie von Emerson et al. (2017) beschreibt eine Low-Light-Intervention welche als Starlight-Therapie definiert wird. Diese Sternenlichttherapie besteht aus einem bewegten Schwachlichtbild von grünen Sternen auf dunkelblauem Hintergrund mit bewegten Wolken, die über eine Laserlichtlampe auf die Decke im Patientenzimmer projiziert werden.

Die Farbe Grün in der Sternenlichttherapie wird mit harmonisierenden Effekten assoziiert und fördert Ruhe und Entspannung. Grün wird auch zur Bekämpfung von Schlaflosigkeit und Reizbarkeit eingesetzt. Blau steht für Ruhe und Zufriedenheit. Nachweislich verlangsamt Blau unseren Stoffwechsel und unsere Herzfrequenz und hat somit eine beruhigende Wirkung. Die Farbe Weiß hat schützende Eigenschaften und kann helfen Negativität zu lindern.

Die Starlight-Therapie wurde täglich für 2 Stunden angewendet. Pflegepersonen beobachteten und bewerteten jeweils vor der Anwendung, nach 30 Minuten und am Ende der Anwendung, Angst, Unruhe, Schlaf, Atemnot und Schmerz bei PatientInnen. Für jede Beobachtung wurde die Bewertung Null (gar keine) oder 1-3 (ein wenig), 4-6 (ziemlich viel) und 7-10 (sehr viel) angegeben. Zusätzlich wurde noch die Atem- und Herzfrequenz erfasst.

Bei 36 von 40 PatientInnen (90%) zeigte die Starlight-Therapie eine positive Wirkung. Ängste verringerten sich gegenüber dem Ausgangswert um 73,9%. Die mittlere Atemfrequenz sank nach der Anwendung auf durchschnittlich 17,88 Atemzüge/min. Auch die mittlere Herzfrequenz sank von 98,45 auf 84,9 Schläge/min (Emerson et al. 2017).

### **3.3 Psychologische Interventionen:**

Blanckenburg and Leppin (2018) argumentieren, dass das wichtigste Interventionsprinzip im Umgang mit existentiellen Ängsten das Gegenteil von Konfrontation (z.B. Planung und Vorbereitung) und Ablenkung (z.B. durch sinnvolle Alltagsaktivitäten) ist (von Blanckenburg & Leppin 2018).

Außerdem ist es wichtig den PatientInnen und Angehörigen eine erkennbare Präsenz am Krankenbett zu zeigen, mit beispielsweise sanften Anfragen über das Patientenwohlbefinden, sowie eine aufmerksame Betreuung damit die PatientInnen und ihre Familien spüren das man für sie da ist. Zeit spielt in der End of Life Care eine wichtige Rolle. Man muss sich ausreichend Zeit für die PatientInnen nehmen, um eine effektive Durchführung der Maßnahmen zu gewährleisten (Johnstone et al. 2016).

#### **3.3.1 Dignity Therapy:**

Psychologisches Leiden bei todkranken PatientInnen ist auch häufig mit dem Verlust der Würde verbunden (von Blanckenburg et al. 2018). Dabei bietet die Dignity Therapy (DT) eine kurze, individualisierte Intervention zur Bewältigung psychosozialer existentieller Belastungen. Die Dignity Therapy ist ein kurzer psychotherapeutischer Ansatz mit dem Ziel, den Sinn und Zweck des/der PatientInnen zu stärken und ein anhaltendes Wertgefühl in einem Rahmen zu verstärken, der unterstützend, nährend und zugänglich für Menschen am Lebensende ist. PatientInnen die an der Dignity Therapy teilnehmen, werden gebeten Aspekte ihres Lebens aufzunehmen von denen sie möchten, dass ihre Liebsten davon erfahren oder sich daran erinnern. DT biete PatientInnen die Möglichkeit, über Themen zu sprechen, welche für sie wichtig sind. PatientInnen haben auch die Möglichkeit über Dinge zu sprechen, an die sie sich gerne erinnern, oder Ratschläge für ihre Familie und Freunde weiterzugeben. Das dazu in den Sitzungen verwendete „Dignity Therapy question protocol“ beinhaltet Fragen wie:

- Erzählen sie mir etwas über ihr Leben, über etwas an das sie sich gerne erinnern oder was für sie an großem Wert ist. Wann haben sie sich am lebendigsten gefühlt?

- Gibt es bestimmte Dinge die Sie an ihre Familie weitergeben möchten oder Dinge an die sich ihre Familie erinnern soll?
- Welche sind die wichtigsten Rollen, die Sie in Ihrem Leben gespielt haben (Familienrollen, berufliche Rollen, Rollen in der Gemeinde..)? Warum waren diese Rollen wichtig für Sie und was haben sie in dieser Rolle erreicht?
- Was sind ihre wichtigsten Errungenschaften und worauf sind sie stolz?
- Gibt es bestimmte Dinge, die Ihrer Meinung nach noch zu Ihren Liebsten gesagt werden müssen, oder Dinge für die Sie sich gerne nochmal die Zeit nehmen um es ihnen zu sagen.
- Was sind Ihre Wünsche und Träume, für ihre Liebsten?
- Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie anderen weitergeben möchten? Welche Ratschläge möchten Sie an Ihre/n (Sohn, Tochter, Mann, Frau, Eltern, andere) weitergeben?
- Gibt es Worte oder vielleicht sogar Anweisungen, die Sie ihrer Familie geben möchten, um sie zu beruhigen oder zu trösten?
- Gibt es noch andere Dinge die sie erzählen möchten?

Diese aufgezeichneten Sitzungen bilden die Grundlage für das sogenannte generative document, das den PatientInnen zurückgegeben wird, damit sie es mit Personen ihrer Wahl teilen können. Die Erstellung dieses Dokuments soll den PatientInnen das Gefühl geben, geschätzt zu werden, und dass etwas von ihnen selbst über den Tod hinaus Bestand haben wird (Juliao et al. 2014).

In dieser offenen randomisierten kontrollierten Studie von Juliao et al. (2014) wurden 60 PatientInnen einer Palliativstation in Lissabon, welche noch eine Lebenserwartung von 6 Monaten oder weniger hatten, entweder der Kontrollgruppe oder der Interventionsgruppe zugeordnet. Die 29 PartizipantInnen der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich zur Standard-Palliativversorgung die Dignity Therapy. Eine therapeutische Sitzung dauerte zwischen 30 und 60 Minuten und wurde am Krankenbett durchgeführt. Zu den Sitzungen wurde das „DT question Framework“ verwendet. Um den Einfluss von DT auf Angstsymptome zu ermitteln, wurde zu Studienbeginn, an Tag 4, Tag 15 und Tag 13 der Nachuntersuchung, die Symptome von Depression und Angstzuständen mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) gemessen. Ergebnisse zeigten das es mit jedem Follow-

up der DT in der Interventionsgruppe einen signifikanten Rückgang der Angstsymptome gab (Juliao et al. 2014; von Blanckenburg et al. 2018).

„**Life Review**“ eine weitere Therapieform welche auf den Prinzipien der Dignity Therapy basiert, zeigt eine signifikante Verbesserung des existentiellen Leidens, der Belastung und der allgemeinen Angst bei PatientInnen am Ende ihres Lebens. Bei dieser Therapie lässt man das Leben der PatientInnen noch einmal Revue passieren. Man spricht mit ihnen über ihre Kindheit, Schulzeit, Jugend, Hochzeit, wie sie Eltern wurden und wie diese Zeit für sie war, was für sie gut und was für sie schlecht war. Man versucht positive Aspekte ihres Lebens noch einmal aufzuzeigen und eventuell negative, belastende Ereignisse zu verarbeiten (Grossman et al. 2018).

### **3.3.2 Meaning of Life Intervention:**

Auch Grossman et al. (2018) schreibt in seinem systematischen Literaturreview, dass neben der DT, die „Meaning of Life Intervention“, bei PatientInnen welche am Lebensende stehen, zu einer signifikanten Reduktion der Ängste führt. Die Meaning of Life Intervention wird als kurze individualisierte, halbstrukturierte Psychotherapie beschrieben, die darauf abzielt, Leiden und Ängste zu lindern und das psychische Wohlbefinden zu fördern. Diese Intervention wird durch 2 kurze Fragen gekennzeichnet:

- Wie oft haben Sie in der letzten Wochen ans Sterben gedacht? und
- Wenn Sie diese Gedanken oder Sorgen um das Sterben hatten, wie haben Sie sich dabei gefühlt, was hat das mit Ihnen gemacht?

welche dann auf einer 7-Punkte-Likert-Skala von Pflegepersonen bewertet werden. Sie sollte PatientInnen helfen noch einen positiven Sinn in ihrem aktuellen Leben zu finden und negative Gedanken und Ängste zu vergessen. Eine konsequente Auseinandersetzung und Aufarbeitung der Ängste und den damit verbunden Gefühlen, sowie das PatientInnen offen über ihre Ängste vor dem Tod sprechen, ist von großer Bedeutung. Die Dauer einer Sitzung betrug zwischen 15-60 Minuten welche individuell an den/die PatientInnen angepasst wurde. Es zeigt sich das eine so scheinbar einfache Maßnahme, von großer Wirkung gegen Angst sein kann (Grossman et al. 2018).

### **3.3.3 Advanced Care Planning (ACP):**

ACP ist ein Kommunikationsprozess, der es jedem Einzelnen ermöglichen soll, Ziele und Präferenzen der zukünftigen medizinischen Behandlung und Pflege zu definieren, sowie diese Ziele und Präferenzen mit Familien- und Gesundheitsdienstleistern zu diskutieren und diese gegebenenfalls aufzuzeichnen und zu überprüfen. Diese Diskussionen sind potenziell mit einer besseren Qualität von Sterben und Tod verbunden, da sie PatientInnen und auch deren Familien die Angst vor dem Tod nimmt. Pflegepersonen werden angewiesen Informationen zu geben, die dem Wissen der PatientInnen entsprechen, auf Emotionen zu reagieren, PatientInnen zu ermutigen Fragen zu stellen und die Folgen von Entscheidungen ausgewogen zu gestalten (von Blanckenburg et al. 2018).

Auch Ergebnisse der randomisiert kontrollierten Studie von Detering et al (2010) zeigen, welche einen positiven Effekt eine ausführliche Vorsorgeplanung in der End of Life Care, auf die Ängste von PatientInnen und ihren Angehörigen, sowie auf das Sterben hat. 309 ausgewählte PartizipantInnen des University Hospitals in Melbourne, welche eine Enddiagnose von 6 Monaten und ein Durchschnittsalter von 80 Jahren hatten, wurden randomisiert einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugewiesen. Die 154 PartizipantInnen der Interventionsgruppe erhielten im Gegensatz zu der Kontrollgruppe (155 PartizipantInnen) Advanced Care Planning und konnten ihre Wünsche und weiteren Behandlungsschritte festlegen. PatientInnen und Angehörige wurden direkt nach dem Gespräch, nach 3 Monaten und nach 6 Monaten über die Qualität ihrer End of Life Care und ihre Ängste befragt. Um dies zu erheben mussten PatientInnen oder deren Angehörige einen Fragebogen über die Qualität der End of Life Care, eine Impact of Events Scale, eine Skala um die Auswirkung bestimmter Ereignisse zu erfassen, und die HADS (hospital anxiety and depression scale) ausfüllen. Daraus resultierende Ergebnisse zeigten, dass Betroffene am Lebensende beruhigter und mit weniger Ängsten sterben können wenn sie wissen, dass nach ihren zuvor geäußerten Wünschen gehandelt wird. Auch Angehörige begegnen dem Tod mit weniger Angst, da der Behandlungsablauf und das weitere Vorgehen schon vorab geregelt sind (Detering et al. 2010).

### 3.3.4 Spirituelle Unterstützung:

Wie die Interventionsstudie von Kisvetrova et al. (2013) zeigt, welche basierend auf die zuvor durchgeführte phänomenologischen Pilotstudie ist, spielen Aktivitäten wie „Sicherstellen, dass dem Einzelnen eine Pflegeperson zur Verfügung steht um ihn in Zeiten des Leidens zu unterstützen“ und „Offen sein für die Gefühle des Einzelnen über Krankheit und Tod“, eine wichtige Rolle bei der Begleitung von Menschen am Lebensende.

Pflegeaktivitäten der spirituellen Unterstützung sind verbunden mit:

- aktivem Zuhören
- Empathie
- Präsenz beim/bei der PatientInnen
- Bemühungen dem/der PatientInnen zu helfen
- Seine/Ihre Gedanken und Gefühle zu akzeptieren
- und Respekt

In der End of Life Care kann aktives Zuhören dem/der PatientInnen helfen, seine/ihre Emotionen auszudrücken und die Angst vor dem Tod zu lindern. Zuhören und Begleitung sind deshalb wichtige Bestandteile der End of Life Care. Auch Zeit und Raum für Ruhe und Frieden sind von Bedeutung (Johnstone et al. 2016; Kisvetrová et al. 2013). Des Weiteren ist es wichtig den Betroffenen die angemessene Privatsphäre und Ruhezeit für spirituelle Aktivitäten zu geben. Eine der wichtigsten Aktivitäten der spirituellen Unterstützung ist: „Behandle den Einzelnen mit Würde und Respekt“. Dies ist für einen Patienten am Ende seines Lebens, der unter Todesangst leidet, von großer Bedeutung. Gefühle von Verlust und Bedrohung der Würde können zu einem Wunsch nach einem beschleunigten Tod führen, dem kann durch eine gute spirituelle Unterstützung entgegengewirkt werden (Kisvetrová et al. 2013).

## 4 Diskussion:

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, was „Angst“ in der End of Life Care ist und wie man ihr bestmöglich seitens der Pflege entgegenwirken kann. Die in der Arbeit aufgezeigten Ergebnisse können in zwei Hauptbereiche unterteilt werden: Komplementäre Interventionen und Psychologische Interventionen.

Vier Studien konzentrierten sich auf komplementäre Interventionen, wobei sich die Studien von Bowers and Wetsel et al. (2014) und Magill and Berenson et al. (2008) auf die Musiktherapie fokussierten. Beide besagen das Musik als positiver Anreiz zur Bewältigung von negativen Reizen, wie Angst, genutzt werden kann. Musik ist sehr vielfältig und kann, wenn sie individuell auf die Situation des/der PatientInnen angepasst wird, vieles bewirken. Man kann damit negativ verbundene Erinnerungen als auch positive hervorrufen, deshalb ist es wichtig zuvor mit dem/der PatientInnen zu besprechen, welche Arten und Richtungen von Musik er/sie bevorzugt beziehungsweise ablehnt (Bowers et al. 2014). Musik alleine kann Angst reduzieren, jedoch in Kombination mit einer Berührungstherapie, wie beispielsweise Reflexzonenmassage, kann die Wirkung nochmals verstärkt werden. Die Reflexzonenmassage kann auch von Angehörigen übernommen werden (Magill et al. 2008) woraus man dann einen doppelten Nutzen ziehen kann. Ängste werden auf beiden Seiten reduziert, und Angehörige fühlen sich nicht hilflos und nutzlos wenn sie am Bett ihre Liebsten sitzen, denn mit einer Reflexzonenmassage können sie ihren Liebsten etwas Gutes tun. Berührung schafft Verbindung und Kommunikation, durch die Berührung fühlt sich der/die PatientInnen nicht alleine, er/sie kann sich entspannen und seine/ihre Ängste werden etwas gelindert. Wenn sich die Ängste von PatientInnen vermindern, reduziert sich auch meist die Angst der Angehörigen. Dass Spa-Bäder auch einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Ängsten haben, zeigt die Studie von Skaczkowski et al. (2018). Spa-Bäder sind eine gute Option den PatientInnen einen kurzen Moment der Entspannung zu ermöglichen, indem sie kurze Zeit abschalten, entspannen und ihre Ängste vergessen können. Leider ist dies eine sehr kostspielige Variante, und nicht jeder Palliativ- bzw. Hospizeinrichtung stehen Kapazitäten für ein Spa-Bad zur Verfügung (Skaczkowski et al. 2018).

Emerson et al. (2017) beschreibt in seiner Interventionsstudie eine Low-Light Intervention, welche als Starlight-Therapie definiert ist. Sie zählt zur Komplementärtherapie da sie nicht auf Heilung ausgerichtet ist, sondern durch die Linderung der Symptome wie Angst, den Komfort und die Lebensqualität verbessert. Eine bekanntere Low-Light-Therapie ist die Snoezelen-Therapie, welche bei PatientInnen mit Hirnschäden, schon seit den 90er Jahren erfolgreich eingesetzt wurde. Emerson et al. (2017) wollte somit dieses Konzept, in Form der Star-Light-Therapie, bei PatientInnen am Lebensende auf einer Palliativstation in Ohio testen. Wie sich zeigte, auch mit großem Erfolg in Hinblick auf die Reduktion von Ängsten. Die niedrige Lichtstärke, die beruhigenden und angenehmen Farben, sowie die auf die Decke projizierten Wolken lösen im/in der PatientInnen positive Reize aus. Sie wirken beruhigend und Angstlösend auf sie. Aus der Studie geht hervor, dass diese Intervention auch eine Senkung der Atem- und Herzfrequenz mit sich bringt. Wie bereits bekannt ist, sind erhöhte Atem- und Herzfrequenz häufig vorkommende physische Symptome von Angst (Emerson et al. 2017). All diese Interventionen wirken nicht nur angstlösend, sondern auch entspannend und steigern das Wohlbefinden. Sie können die Lebensqualität in der letzten Phase des Lebens nochmal verbessern und für PatientInnen können die letzten Tage bis Monate noch so angenehm wie möglich gestaltet werden.

Sechs Studien fokussierten sich auf Psychologische Intervention zur Bewältigung von Ängsten bei PatientInnen am Lebensende. Juliao et al. (2014), Blanckenburg and Leppin et al. (2018) und Grossman et al. (2018) beschäftigten sich in ihren Studien mit der Dignity-Therapy. Es ging hervor das sich Dignity-Therapy positiv auf psychosoziale Belastungen, wie Ängste, auswirkt. Die Dignity-Therapy erlaubt PatientInnen sich zu erinnern, über ihre Vergangenheit zu sprechen, wichtige Reflexionen auszutauschen (Grossman et al. 2018). Diese besonderen Momente werden durch die Dignity-Therapy in die Gegenwart gebracht und bestätigen so das Gefühl von Sinn und Zweck. All diese Gedanken, Geschichten, sowie Ratschläge an ihre Angehörigen oder Freunde werden auf dem sogenannten generative document festgehalten. Dieses Dokument wird dann dem/der PatientInnen wieder ausgehändigt, und er/sie kann es dann an seine/ihre Familie oder Freunde weitergeben. PatientInnen wird so die Angst vor dem Verlust der Würde und auch vor dem Vergessenwerden genommen (Juliao et al. 2014). Da bei der Dignity-

Therapy mehrere Sitzungen vorgesehen sind, ist es wichtig die Sitzungen individuell auf den Allgemeinzustand des/der PatientInnen abzustimmen (von Blanckenburg et al. 2018). Das bedeutet kürzere Sitzungen, von beispielsweise 20 Minuten, werden von den PatientInnen besser toleriert, denn PatientInnen mit lebensbedrohenden Krankheiten, welche sich am Lebensende befinden, erschöpfen sehr schnell, da ihnen häufig die Kraft fehlt (Grossman et al. 2018). Die Meaning of Life Intervention hebt Grossman et al. (2018) in seiner Studie besonders hervor, da diese nur durch zwei kurze Fragen gekennzeichnet ist. Sie ist eine kurze individualisierte halbstrukturierte Psychotherapie, die sehr effizient ist. Hierbei wird konkret der Tod angesprochen, wie oft PatientInnen an den Tod denken, wie sie sich dabei fühlen, warum sie davor Angst haben und welche Bedeutung für sie das Leben hat. Dabei kann man Ängste konkret ansprechen und ausführlich darüber sprechen. Durch das Sprechen über die belastenden Ängste werden sie auch meist vermindert (Grossman et al. 2018).

Detering et al (2010) und Blanckenburg and Leppin et al. (2018) zeigen auf, welche Rolle Advanced Care Planning in der End of Life Care spielt. Kommunikation ist in der End of Life Care von großer Bedeutung. Diskussionen über End of Life Care Themen, wie die weiteren Behandlungsschritte, oder die Frage wie werde ich Sterben, was kann man tun damit der Tod nicht zu schmerzvoll wird, sind potenziell mit einer besseren Qualität von Sterben und Tod verbunden (von Blanckenburg et al. 2018). Familien werden darauf vorbereitet fundierte Entscheidungen über medizinische Behandlungen, nahe dem Zeitpunkt des Todes, zu treffen. Auch Patienten haben die Möglichkeit, über ihre Behandlungspräferenzen nachzudenken, Wünsche zu äußern und offene Fragen über den Tod zu klären. Wenn PatientInnen und Angehörige genau wissen was auf sie zukommt und wie der weitere Verlauf aussehen wird, verlieren sie die Angst vor dem Ungewissen und dem Sterben (Detering et al. 2010). Wichtig dabei ist es auf die Emotionen und Fragen der PatientInnen und Angehörigen einzugehen, sie an ihrem Stand des Wissens abholen und ihnen alles ganz genau und verständlich zu erklären (von Blanckenburg et al. 2018).

Spirituelle Unterstützung gehört auch in den Bereich der psychologischen Interventionen. Spirituelle Unterstützung ist nicht gleich Religion wie Kisvetrova et al. (2013) in seiner Studie schreibt. Empathie ist ein wesentlicher Punkt bei der spirituellen Unterstützung in der End of Life Care. Aktives Zuhören, Präsenz

beim/bei der PatientInnen, Bemühungen dem/der PatientInnen zu helfen, sowie das Wichtigste den Mensch mit Respekt zu behandeln, sind von großer Bedeutung. Es ist wichtig dem/der PatientInnen die nötige Zeit, sowie den Raum und die Privatsphäre für spirituelle Aktivitäten zu geben. Gegebenenfalls auch wenn der/die PatientInnen es wünscht ihn/ihr bei religiösen Aktivitäten zu helfen oder Gesellschaft zu leisten, indem sie beispielsweise gemeinsam beten. Diese spirituelle Unterstützung ist für PatientInnen am Ende ihres Lebens von großer Bedeutung, da sie das Gefühl bekommen nicht alleine zu sein, umsorgt zu sein, und dass jemand für sie da ist. Die Angst alleine- und wertlos zu sterben wird ihnen auf diese Weise genommen (Kisvetrová et al. 2013).

Bei jeder pflegerischen Aktivität ist es wichtig immer den Wunsch des/der PatientInnen zu berücksichtigen und seine/ihre Wünsche und Bedürfnisse zu respektieren. Menschen sind individuell, und nicht jede Intervention kann im gleichen Ausmaß bei einem/einer PatientInnen durchgeführt werden. PatientInnen am Lebensende befinden sich in einer speziellen Situation, welche besonderes Einfühlungsvermögen und Verständnis verlangt (von Blanckenburg et al. 2018).

Zeit ist ein wichtiger Aspekt bei der Durchführung, aller dieser angeführten Interventionen. Man kann diese Interventionen nicht einfach schnell im Vorbeigehen erledigen. Es ist wichtig, dass man sich dafür die Zeit nimmt, um vollständig auf den/die PatientInnen eingehen zu können. PatientInnen in der letzten Lebensphase benötigen häufig längere Gespräche, oder einfach nur die Anwesenheit von Pflegepersonen um nicht alleine zu sein und um keine Angst zu haben. Gespräche können vieles in einem Menschen auslösen, Emotionen kommen hoch und dabei ist es wichtig dass sich Pflegepersonen dafür die Zeit nehmen, dem/der PatientInnen zuzuhören und ihm/ihr im Umgang mit seinen/ihren Emotionen unterstützt und beisteht (Johnstone et al. 2016). Niedrige Personalschlüssel, Krankenstände, zeitlastige Dokumentationen machen es immer schwieriger sich wirklich Zeit für PatientInnen zu nehmen und ganzheitlich auf sie einzugehen (Bachmann et al. 2017). Pflegepersonen fehlt häufig das Wissen über komplementäre Maßnahmen welche zur Angstreduzierung in der End of Life Care eingesetzt werden können. Daher wird häufig zu medikamentösen Hilfsmitteln, wie trizyklische Antidepressiva oder terminaler Sedierung, gegriffen. Medikamentöse Therapien können den Pflegealltag erleichtern, da es Handlungen mit nur wenig Zeitaufwand sind, jedoch wird dabei häufig die noch verbleibende Lebensqualität der PatientInnen

eingeschränkt (Grossman et al. 2018). In manchen Fällen sind medikamentöse Hilfsmittel zur Angstlinderung unumgänglich, jedoch sollte der Einsatz von komplementären Interventionen nicht außer Acht gelassen werden. Wie Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, können sich komplementäre Maßnahmen, wie beispielsweise Musiktherapie, spirituelle Unterstützung, Meaning-of-Life-Intervention, Reflexzonenmassagen, sehr effektiv auf die Linderung von Ängsten auswirken. Nebenbei können sie auch die Lebensqualität von Menschen am Lebensende verbessern und ihnen somit den letzten Weg zum Tod erleichtern. Um dies alles umzusetzen, muss die Angst der PatientInnen und deren Angehörigen zuerst richtig erkannt und wahrgenommen werden (Johnstone et al. 2016).

#### **4.1 Empfehlung für die Forschung:**

Aus dem aktuellen Stand der Forschung geht hervor, dass es nur wenige Studien bezüglich Interventionen zur Angstlinderung bei PatientInnen am Lebensende gibt. Angst ist ein sehr spezifisches Thema in der End of Life Care, welches noch weitere Forschung benötigt um der Angst gezielt und auch vorbeugend entgegenwirken zu können. Auch zeigt sich, dass die Partizipanzzahl in den vorhandenen Studien oft klein gehalten ist. PatientInnen am Lebensende sind zwar besonders vulnerable Personen, dies bedeutet aber nicht, dass die Forschung in diesem Bereich nicht ethisch vertretbar ist. Es ist dringend nötig im Bereich der End of Life Care weitere Forschungen durchzuführen, um eine aussagekräftige Evidenz für Maßnahmen zur Angstlinderung bei PatientInnen am Lebensende erreichen zu können, damit ihnen ein angstfreies Sterben in Ruhe ermöglicht werden kann.

#### **4.2 Empfehlung für die Praxis:**

Da die Angst ein sehr komplexes Phänomen in der End of Life Care ist, und Pflegepersonen sie häufig nicht erkennen, wahrnehmen oder sich hilflos im Umgang mit ängstlichen PatientInnen fühlen, ist es wichtig für Pflegepersonen zu wissen, was Angst überhaupt ist, wie sie sich äußert und wie man sie erkennen beziehungsweise erheben kann, um ihr dann gezielt entgegenwirken zu können. Effektiv gesetzte Maßnahmen zur Angstlinderung, erleichtert nicht nur PatientInnen den letzten Weg bis zum Tod, sondern auch der Pflegealltag von Pflegepersonen wird dadurch erleichtert, wenn PatientInnen sich wohlfühlen und angstfrei sind.

Entsprechende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für professionelle Pflegepersonen im Palliativbereich, in Bezug auf Angst in der End of Life Care wären daher sinnvoll.

## **5 Schlussfolgerung:**

Ergebnisse dieses Reviews haben gezeigt, dass es einfache, effektive komplementäre und psychologische Interventionen zur Angstlinderung in der End of Life Care gibt, welche die Pflege nutzen kann. Wichtig ist, die Angst richtig zu erkennen und wahrzunehmen, um dies zu können muss man wissen was das Phänomen Angst ist und wie es sich äußert. Maßnahmen müssen individuell auf den Zustand und die Bedürfnisse des/der PatientInnen angepasst werden um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. PatientInnen aber auch deren Angehörige sollten nie das Gefühl haben, dass sie mit ihren Ängsten alleine sind. Aktives Zuhören, sowie PatientInnen mit Würde und Respekt zu behandeln, sich Zeit für Gespräche mit PatientInnen oder deren Angehörigen zu nehmen, offene Fragen zu klären, stets zu hinterfragen warum sie Ängste haben und wie diese aussehen, spielen eine wichtige Rolle in der End of Life Care. Wenn Pflegepersonen über das Basiswissen des Phänomens Angst verfügen, die Möglichkeiten der Interventionen zur Angstlinderung kennen und auch fachgerecht anwenden, führt dies nicht nur zur Linderung von Ängsten, sondern auch zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Menschen am Lebensende.

## 6 **Abbildungsverzeichnis:**

<b>Abbildung 1:</b> <i>Timeframes in the dying process</i> (Silvester et al. 2016) .....	3
<b>Abbildung 2:</b> Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Rishi et al. 2017).	7
<b>Abbildung 3:</b> Edmonton Symptom Assessment System(Watanabe et al. 2011) ..	8

## 7 **Tabellenverzeichnis:**

<b>Tabelle 1:</b> Charakteristika der ausgewählten Studien.....	14
---	----

## 8 Literaturverzeichnis:

Aymon, N, Balmer, E, Bernet, C, Brügger, H, Gian Domenico Borasio, Thierry Currat, Fatoumata Diawara, Steffen Eychmüller, Sonja Flotron, Michaela Forster, Claudia Gamondi, Andreas Gerber, Heike Gudat, Annina Hess-Cabalzar, Therese Hofer, Roland Kunz, Sandrine Jeanneret-Brand, Marianne Lang, Luisella Manzambi, Bea Marx, Hans Neuenschwander, Antoinette Niggli, Josiane Pralong, Eveline Schönau, Sylvie Schorro, Larissa Sproll, Sylvie Wermeille & Zwahlen, R 2011, 'Bigorio, Angst am Lebensende', viewed 25.12.2018, [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/Bigorio\\_2011\\_DE.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf).

Bachmann, N, Hug, S & Bayer-Oglesby, L 2017, 'Literaturrecherche Versorgung am Lebensende in der Schweiz. Schlussbericht Schweizerischer Nationalfonds SNF',

Bausewein, C 2015, *Sterben ohne Angst*, Kösel-Verlag, München

Borasio, GD 2011, *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*, C.H.Beck oHG, München.

Bowers, TA & Wetsel, MA 2014, 'Utilization of Music Therapy in Palliative and Hospice Care', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 16, no. 4, pp. 231-9, doi:10.1097/NJH.0000000000000060

Detering, KM, Hancock, AD, Reade, MC & Silvester, W 2010, 'The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial', *Bmj*, vol. 340, p. c1345, doi:10.1136/bmj.c1345

Emerson, K, Murphy, M, Quinlin, L, O'Malley, P & Hayes, K 2017, 'Evaluation of a Low-Light Intervention/Starlight Therapy--for Agitation, Anxiety, Restlessness, Sleep Disturbances, Dyspnea, and Pain at End of Life', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 19, no. 3, pp. 214-22, doi:10.1097/NJH.0000000000000337

Feichtner, A 2014, *Lehrbuch der Palliativpflege, Begriffserklärung- Palliative Care*, 4. Auflage edn, Facultas Verlags-und Buchhandels AG, Wien.

General Medical Council, U UK 2010, 'Definition of End of Life Care',

Grossman, CH, Brooker, J, Michael, N & Kissane, D 2018, 'Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review', *Palliat Med*, vol. 32, no. 1, pp. 172-84, doi:10.1177/0269216317722123

Hawthorn, M 2015, 'The importance of communication in sustaining hope at the end of life', *Br J Nurs*, vol. 24, no. 13, pp. 702-5, doi:10.12968/bjon.2015.24.13.702

Herrmann-Lingen, C, Buss U. & Snaith R.P. 2004, 'Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version (HADS-D)', no. ,

Izumi, S, Nagae, H, Sakurai, C & Imamura, E 2012, 'Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics', *Nurs Ethics*, vol. 19, no. 5, pp. 608-18, doi:10.1177/0969733011436205

Johnstone, MJ, Hutchinson, AM, Rawson, H & Redley, B 2016, 'Assuaging death anxiety in older overseas-born Australians of culturally and linguistically diverse backgrounds hospitalised for end-of-life care', *Contemp Nurse*, vol. 52, no. 2-3, pp. 269-85, doi:10.1080/10376178.2016.1192953

Juliao, M, Oliveira, F, Nunes, B, Vaz Carneiro, A & Barbosa, A 2014, 'Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial', *J Palliat Med*, vol. 17, no. 6, pp. 688-95, doi:10.1089/jpm.2013.0567

Kisvetrová, H, Klugar, M & Kabelka, L 2013, 'Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life', *Int J Palliat Nurs*, vol. 19, no. 12, pp. 599-605

Magill, L & Berenson, S 2008, 'The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families', *Palliative & Supportive Care*, vol. 6, no. 3, pp. 289-96

Mitchell, AJ, Meader, N & Symonds, P 2010, 'Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis', *J Affect Disord*, vol. 126, no. 3, pp. 335-48, doi:10.1016/j.jad.2010.01.067

Moro, C, Brunelli, C, Miccinesi, G, Fallai, M, Morino, P, Piazza, M, Labianca, R & Ripamonti, C 2006, 'Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two palliative care settings', *Support Care Cancer*, vol. 14, no. 1, pp. 30-7, doi:10.1007/s00520-005-0834-3

Rishi, P, Rishi, E, Maitray, A, Agarwal, A, Nair, S & Gopalakrishnan, S 2017, 'Hospital anxiety and depression scale assessment of 100 patients before and after using low vision care: A prospective study in a tertiary eye-care setting', *Indian Journal of Ophthalmology*, vol. 65, no. 11, pp. 1203-8, doi:10.4103/ijo.IJO\_436\_17

Silvester, B, Detering, K, Chye, R, Ireland, A, Moorkamp, M, Srivastava, R, Streat, S, Turnbull, J & Vora, R 2016, *Improving Care at the End of Life: Our Roles and Responsibilities*, <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/pa-pos-end-of-life-position-statement.pdf>

Skaczkowski, G, Moran, J, Langridge, J, Oatway, K & Wilson, C 2018, 'Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study', *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 32, pp. 100-2, doi:10.1016/j.ctcp.2018.05.004

Statistik Austria 2018, *Todesursachen gesamt*, viewed 11.03.2019,  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html)

Stoklosa, J, Patterson, K, Rosielle, D & Arnold, RM 2011, 'Anxiety in palliative care: causes and diagnosis #186', *J Palliat Med*, vol. 14, no. 10, pp. 1173-4, doi:10.1089/jpm.2011.9644

Vaas, R 2019, 'Essay, Angst und Furcht Definitionen',

von Blanckenburg, P & Leppin, N 2018, 'Psychological interventions in palliative care', *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 31, no. 5, pp. 389-95, doi:10.1097/YCO.0000000000000441

Watanabe, SM, Nikolaichuk, C, Beaumont, C, Johnson, L, Myers, J & Strasser, F 2011, 'A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients', *J Pain Symptom Manage*, vol. 41, no. 2, pp. 456-68, doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.04.020

## 9 Anhang:

Im nahestehenden Anhang sind alle 10 Studienbewertungen anhand von Hawker et al. (2002) zu finden. Die Bewertung erfolgte in neun Kriterien, bei welcher in vier Stufen Punkte vergeben wurden: Good = 4, Fair = 3, Poor = 2, Very poor = 1  
Eine Gesamtpunktezahl von 36, würde eine 100% gute Qualität der Studie bedeuten.

**1. Studie:** Bowers, TA & Wetsel, MA 2014, 'Utilization of Music Therapy in Palliative and Hospice Care', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 16, no. 4, pp. 231-9, doi:10.1097/NJH.0000000000000060

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel ist repräsentativ, Keywords sind enthalten über Intervention und Setting. Abstract gut verständlich und gegliedert, enthält Ziel, Methode, Design, Ergebnisse, Forschungs- und Praxisempfehlung, Keywords sind angeführt.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung gut und ausführlich, geht vom allgemeinen ins spezifische über. Auch das Ziel ist klar und gut formuliert.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode wurde gut beschrieben, genaue Beschreibung in welchen Datenbanken gesucht wurde und wie viele Studien daraus entnommen wurden, mit welchen Keywords gesucht wurde sowie der genaue Zeitrahmen in dem recherchiert wurde ist angegeben. Ein-/Ausschlusskriterien sind auch angeführt.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Keine Angaben zum Sampling	Very poor 1
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Nur wenig Angaben zur Datenanalyse.	Poor 2
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Keine Angaben dazu.	Very poor 1
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	

Ergebnisse werden ausführlich und gut strukturiert mit Unterüberschriften dargestellt und sind auch gut verständlich.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Diskussionsteil ist gut strukturiert geht vom spezifischen ins allgemeine über. Ergebnisse sind übertragbar.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert klare und relevante Ergebnisse. Weiteres vorgehen mit den Ergebnissen wie Implementierung in Aus- und Weiterbildungen, ist angeführt.	Good 4
<b>Total</b>	<b>28 (77%)</b>

**2. Studie:** Skaczkowski, G, Moran, J, Langridge, J, Oatway, K & Wilson, C 2018, 'Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study', *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 32, pp. 100-2, doi:10.1016/j.ctcp.2018.05.004

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel ist repräsentativ, Keywords sind enthalten, gibt Information über Setting, Population, Intervention und Design. Abstract spiegelt Inhalt der Studie gut wieder, ist gut verständlich. Enthält Ziel, Methode, Hauptergebnisse, sowie Praxisempfehlung. Keywords sind angeführt.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und ist gut verständlich. Forschungsziel auch gut dargestellt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode wurde gut gegliedert und ausführlich beschrieben. Design, Ethik, Sampling, Intervention, Messinstrumente, Durchführung, Statistische Auswertung sind genau beschrieben.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	

Genau Beschreibung des Samples (Alter, Sprache, kognitive Erreichbarkeit) sowie genaue Angabe wo sie rekrutiert wurden.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Genau Beschreibung der Datenanalyse. Verwendet wurde STATA v.15	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Vote wurde von einem Ethikkomitee eingeholt, informed consent ist nicht ausdrücklich angeführt.	poor 2
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse sind klar beschrieben und in Tabellen dargestellt. Sie beziehen sich auf das Forschungsziel.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Diskussionsteil ist gut strukturiert geht vom spezifischen ins allgemeine über. Limitationen der Studie sind angegeben.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Ergebnisse sind hilfreich für die Praxis, jedoch fehlt die weitere Forschungsempfehlung.	Fair 3
<b>Total</b>	<b>32 (88%)</b>

**3. Studie:** Juliao, M, Oliveira, F, Nunes, B, Vaz Carneiro, A & Barbosa, A 2014, 'Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial', *J Palliat Med*, vol. 17, no. 6, pp. 688-95, doi:10.1089/jpm.2013.0567

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel ist repräsentativ gibt Information über Population, Intervention und Design. Abstract ist gut verständlich. Enthält Ziel, Methode, Hauptergebnisse und Forschungsempfehlung. Keywords sind extra angeführt.	Good 4

<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung kurz und prägnant.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode wurde gut gegliedert und ausführlich beschrieben. Design, Sampling, Randomisierung, Interventionen, Messinstrumente, Statistische Auswertung sind genau beschrieben.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Genaue Beschreibung des Samples n= 60, wie sie rekrutiert wurden, welche Einschlusskriterien sie erfüllen müssen, über welchen Zeitraum und wie die Randomisierung erfolgte (29 DT, 31 normale Pflege)	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Genaue Beschreibung der Datenanalyse. Verwendet wurde SPSS 18.0 statistical package. 2 Forscher führten die Datenanalyse durch.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Vote wurde von einem Ethikkomitee eingeholt, informed consent erfolgte schriftlich.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse sind ausführlich mit Tabellen dargestellt, jedoch etwas schwer überschaubar.	Fair 3
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Diskussionsteil ist gut strukturiert geht vom spezifischen ins allgemeine über. Jedoch wegen der kleinen Stichprobe ist keine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich, Ergebnisse dienen aber zur Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	

Ergebnisse sind hilfreich für die Praxis, jedoch ist noch weitere Forschung nötig.	Fair 3
<b>Total</b>	<b>33 (91%)</b>

**4. Studie:** Grossman, CH, Brooker, J, Michael, N & Kissane, D 2018, 'Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review', *Palliat Med*, vol. 32, no. 1, pp. 172-84, doi:10.1177/0269216317722123

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel ist gut beinhaltet Design, Population. Abstract gut verständlich ohne den Text zu lesen, Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung mit weiterer Forschungsempfehlung, Keywords.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung gut gegliedert, zeigt Forschungslücke auf, und auch das Forschungsziel ist ausführlich definiert.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode wurde gut gegliedert und ausführlich beschrieben. Genaue Beschreibung nach welchen Kriterien die Studien ausgewählt wurden, Suchstrategie, Datenanalyse und Risk bias .	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sample (n=9) kurz beschrieben, nach welchem Schema sie ausgewählt wurden.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse etwas mangelhaft beschrieben.	Poor 2
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Nicht notwendig da kein Patientkontakt – literatur review	Very poor 1
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	

Ergebnisse sind gut mit Untertitel gegliedert und beschrieben. Zur Veranschaulichung wurden auch gut verständliche Tabellen angeführt.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Diskussionsteil ist gut strukturiert. Ergebnisse dienen zur Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert klare relevante Ergebnisse. Weitere Forschungsempfehlung wird gemacht.	Fair 3
<b>Total</b>	<b>29 (80%)</b>

**5.Studie:** von Blanckenburg, P & Leppin, N 2018, 'Psychological interventions in palliative care', *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 31, no. 5, pp. 389-95, doi:10.1097/YCO.0000000000000441

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel sehr kurz, beinhaltet Setting und Intervention. Abstract gut verständlich, Ziel, Ergebnisse, Schlussfolgerung mit weiterer Forschungsempfehlung, Keywords.	Poor 2
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung ausführlich vom Allgemeinen zum Spezifischen, Forschungsziel angeführt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode nur mangelhaft angeführt.	Poor 2
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sample teilweise gut beschrieben, nur RCT's verwendet	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse etwas mangelhaft beschrieben.	Poor 2

<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Keine Angaben	Very poor 1
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse sind gut gegliedert und ausführlich beschrieben.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Diskussionsteil ist gut strukturiert. Übertragbarkeit ist aufgrund der kleinen Samplegröße nur gering. Es sind jedoch wichtige Ergebnisse zur Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert klare relevante Ergebnisse. Weitere Forschung wird empfohlen	Fair 3
<b>Total</b>	<b>24 (66%)</b>

**6 Studie:** Kisvetrová, H, Klugar, M & Kabelka, L 2013, 'Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life', *Int J Palliat Nurs*, vol. 19, no. 12, pp. 599-605

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel repräsentativ, beinhaltet Setting, Sample, Intervention. Abstract beinhaltet Hintergrund, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung mit Praxisempfehlung, Keywords.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung kurz und ausführlich beschrieben, Thematik geht gut hervor. Ziel wird klar dargestellt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	

Methode gut und ausführlich beschrieben. Forschungsdesign geht klar hervor, Sampling, Datensammlung, Datenanalyse, Messinstrumente.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sampling ausführlich beschrieben.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Genaue Beschreibung mit welcher Software, sowie welche Tests bei Signifikanz durchgeführt werden.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethikvotum so wie informed consent sind erfolgt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse sind gut gegliedert und ausführlich beschrieben, zusätzlich sind gut verständliche Tabellen angeführt.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Diskussionsteil ist gut strukturiert. Übertragbarkeit für die Praxis ist gegeben.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert klare relevante Ergebnisse für die Praxis weitere Forschungsempfehlung fehlt jedoch.	Fair 3
<b>Total</b>	<b>34 (94%)</b>

**7.Studie:** Magill, L & Berenson, S 2008, 'The conjoint use of music therapy and reflexology with hospitalized advanced stage cancer patients and their families', *Palliative & Supportive Care*, vol. 6, no. 3, pp. 289-96

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
--	--

Titel repräsentativ, beinhaltet Setting, Sample, Intervention. Abstract nicht gegliedert, etwas unübersichtlich, Hintergrund, Ergebnisse und Praxisempfehlung, Keywords vorhanden.	Poor 2
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung gut gegliedert und beschrieben, Forschungslücke wird aufgezeigt. Ziel der Studie ist auch angeführt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode ausführlich beschrieben, Durchführung der Case Studies genau angeführt.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sampling nur kurz beschrieben	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse wenig beschrieben.	Poor 2
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Keine Angaben	Very poor 1
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse sind ausführlich beschrieben.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Übertragbarkeit für die Praxis ist nur teilweise gegeben.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert relevante Ergebnisse für die Praxis weitere Forschungsempfehlung fehlt jedoch.	Fair 3
<b>Total</b>	<b>26 (72%)</b>

**8.Studie:** Emerson, K, Murphy, M, Quinlin, L, O'Malley, P & Hayes, K 2017, 'Evaluation of a Low-Light InterventionVStarlight Therapy--for Agitation, Anxiety, Restlessness, Sleep Disturbances, Dyspnea, and Pain at End of Life', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 19, no. 3, pp. 214-22, doi:10.1097/NJH.0000000000000337

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel repräsentativ, beinhaltet Setting, Intervention, Design geht daraus hervor. Abstract nicht gegliedert, etwas unübersichtlich, Hintergrund, Ergebnisse, Limitationen, Forschungsempfehlung und Keywords sind vorhanden.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung kurz und prägnant. Ziel ist definiert sowie Forschungslücke ist angeführt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode gut beschrieben. Setting, Sample, Durchführung, Instrumente wurden gut beschrieben	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sampling wurde ausführlich beschrieben (Anzahl, Durchschnittsalter, Einschlusskriterien, wo sie rekrutiert wurden).	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Instrumente zur Datenanalyse wurden gut beschrieben. Im allgemeinen gute verständliche Beschreibung der Datenanalyse.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Informed Consent erfolgte mit Aufklärung der Risiken, sowie ein Ethikvotum wurde eingeholt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	

Ergebnisse verständlich und ausführlich beschrieben, gut gegliedert, verständliche Tabellen und Diagramme.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Übertragbarkeit für die Praxis ist gegeben. Jedoch Stichprobe wieder etwas klein gehalten.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert gute relevante Ergebnisse für die Praxis Anwendung wird empfohlen, Hinweis auf weitere Forschung um mehr Evidenz zu erlangen.	Good 4
<b>Total</b>	<b>34 (94%)</b>

**9.Studie:** Detering, KM, Hancock, AD, Reade, MC & Silvester, W 2010, 'The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial', *Bmj*, vol. 340, p. c1345, doi:10.1136/bmj.c1345

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel repräsentativ, beinhaltet Setting, Intervention, Population und Design. Abstract gut verständlich ohne den Text zu lesen. Auch gut gegliedert in Ziel, Design, Setting, Population, Durchführung, Ergebnisse, Schlussfolgerung mit klarer Praxisempfehlung. Keywords sind nicht explizit angeführt.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung ist kurz aber vollständig. Sie entwickelt sich von der allgemeinen Thematik zur spezifischen. Forschungsproblem geht daraus hervor. Hypothesen wurden aufgestellt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Genaue Beschreibung des Samples, des Studiendesigns, Durchführung, Assessmentinstrumente, Zielparameter, Power-Kalkulation und Statistische Analyse.	Good 4

<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sampling wurde ausführlich beschrieben (Anzahl, Durchschnittsalter, Einschlusskriterien, wo sie rekrutiert wurden). Zur Veranschaulichung ist ein Flowchart angeführt – enthält weitere Details.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Power-Analyse wurde durchgeführt, sowie statistische Kalkulationen mit Stata version 9.2. und weitere Tests.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Informed Consent erfolgte mit Aufklärung der Risiken, sowie ein Ethikvotum wurde eingeholt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse verständlich und ausführlich beschrieben, mit Untertitel gut gegliedert, verständliche Tabellen.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Guter strukturierter und verständlicher Diskussionsteil. Übertragbarkeit für die Praxis ist gegeben.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert gute relevante Ergebnisse, Praxisanwendung wird empfohlen.	Good 4
<b>Total</b>	<b>35 (97%)</b>

**10.Studie:** Johnstone, MJ, Hutchinson, AM, Rawson, H & Redley, B 2016, 'Assuaging death anxiety in older overseas-born Australians of culturally and linguistically diverse backgrounds hospitalised for end-of-life care', *Contemp Nurse*, vol. 52, no. 2-3, pp. 269-85, doi:10.1080/10376178.2016.1192953

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Titel ist gut, beinhaltet Setting, Population. Abstract ist kurz und prägnant, beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Keywords.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung ist lange und ausführlich, Forschungsproblem wird ausführlich dargestellt, sowie der derzeitige Forschungsstand in diesem Bereich. Forschungsziel ist klar und verständlich formuliert.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Genau Beschreibung der Methode. Setting, Sampling, Ethik, Datensammlung, Datenanalyse sowie die Genauigkeit der Studie.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sampling wurde ausführlich beschrieben. Wie sie rekrutiert wurden, Einschlusskriterien,...	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Ausführliche Datenanalyse wurde durchgeführt und auch gut beschrieben.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurden Voten von 2 Ethikkommissionen eingeholt, sowie ein ausführlicher informed consent erfolgte.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse wurden sehr genau und ausführlich beschrieben. Gut strukturiert mit Unterpunkten.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	

Guter strukturierter und verständlicher Diskussionsteil. Übertragbarkeit ist aufgrund des qualitativen Designs und der kleinen Stichprobengröße nicht gegeben, allerdings sind die Ergebnisse relevant für die Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Studie liefert gute relevante Ergebnisse, weitere Forschung wird empfohlen.	Fair 3
<b>Total</b>	<b>33 (91%)</b>