

Bachelorarbeit

Auswirkungen der Aromapflege auf psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten

eingereicht von

Valentina Brunner

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Frau Mag^a. phil. Rohrer Anita

Graz, am 24. März 2020

Eidesstaatliche Erklärung

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

Graz, am 24. März 2020

Valentina Brunner, e.h.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl der psychischen Erkrankungen steigt stetig an und stellt die Betroffenen vor eine große Herausforderung. Immer öfter müssen diese Patientinnen und Patienten Psychopharmaka einnehmen. Diese Medikamente haben eine große Anzahl an Nebenwirkungen und schränken damit die Patientinnen und Patienten zusätzlich zur Erkrankung selbst in ihrer Lebensqualität ein. Dadurch wird auch das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung gestellt.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die Auswirkungen der Aromapflege auf psychiatrische Patientinnen und Patienten aufzuzeigen und näher zu beschreiben.

Methode: Für diese Arbeit wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, Cinahl, Isi Web of Knowledge sowie mittels Handsuche im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2019 durchgeführt. Eine gezielte Suche konnte mithilfe von Keywords und Limitationen ausgeführt werden. Vier quantitative und eine qualitative Studie erfüllten die Einschlusskriterien und wurden schließlich zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

Ergebnisse: Die Resultate dieser Arbeit zeigen, dass durch die Aromatherapie bei psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten Symptome wie Angstzustände, reduzierte Schlafqualität oder ein schlechtes Allgemeinwohlbefinden deutlich gebessert werden kann. Die Aromatherapie beziehungsweise die Aromapflege kann somit in allen Settings eingesetzt werden, zur Verbesserung von depressiven Symptomen oder Angstzuständen.

Schlussfolgerung: Aromapflege und Aromatherapie haben eine positive Auswirkung auf psychiatrische Patientinnen und Patienten.

Schlüsselwörter: Aromatherapie, ätherische Öle, psychiatrische Patientinnen und Patienten.

Abstract

Background: The number of mental disorders is constantly increasing and those affected have to deal with it as a big challenge. These patients increasingly have to take psychotropic drugs. These drugs have a high number of side effects and those side effects restrict the patient's quality of life in addition to the disease itself. This also poses a major challenge to the healthcare system.

Aim: The aim of this work is to show the effects of aroma care on psychiatric patients and to describe in a more detailed way.

Methods: For the present work, a literature research was carried out in PubMed, Cinahl, Isi Web of knowledge databases and by hand search from October to December 2019. A purposeful search with keywords and restrictions was carried out and as result four quantitative and one qualitative study met the inclusion criteria and were ultimately used to answer the research question.

Results: The results of this work show that aromatherapy used as a treatment of mentally ill patients can significantly improve symptoms such as anxiety, reduced sleep quality or poor general well-being. Aromatherapy or aroma care can thus be used in all settings to improve depressive symptoms or anxiety.

Conclusion: Aroma care and aromatherapy have a positive impact on psychiatric patients.

Keywords: aromatherapy, essential oils, psychiatric patients.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	- 1 -
1.1	Begriffsbestimmungen.....	- 2 -
1.2	Psychische Erkrankungen.....	- 3 -
1.2.1	Depression	- 3 -
1.2.2	Angststörung.....	- 5 -
1.2.3	Persönlichkeitsstörungen.....	- 5 -
1.2.4	Demenz	- 6 -
1.2.5	Essstörungen.....	- 7 -
1.3	Schulmedizinische Therapie bei psychischen Störungen.....	- 8 -
1.3.1	Antidepressiva	- 9 -
1.3.2	Anxiolytika	- 10 -
1.3.3	Antipsychotika.....	- 10 -
1.3.4	Stimmungsstabilisierer.....	- 10 -
1.4	Aromapflege und Aromatherapie	- 11 -
1.5	Relevanz für die Pflege	- 13 -
1.6	Forschungsfrage und Forschungsziel	- 14 -
2	Methode	- 15 -
2.1	Design.....	- 15 -
2.2	Literaturrecherche und Suchstrategie	- 15 -
2.3	Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitationen.....	- 16 -
2.4	Auswahl der Studien	- 17 -
2.5	Qualität der inkludierten Studien und kritische Bewertung	- 18 -
3	Ergebnisse	- 20 -
3.1	Aromatherapiemassagen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens.....	- 24 -

3.2	Aromatherapiemassagen zur Verminderung des Angstzustandes bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung.....	- 26 -
3.3	Aromatherapiemassagen bei dementen Patienten zur Senkung der agitativen und depressiven Symptome	- 27 -
3.4	Lavendelöl zur Verbesserung der Schlafqualität und Angstzuständen während einer Chemotherapie.....	- 29 -
3.5	Aromatherapie zur Verbesserung der Schlafqualität und Angstzuständen bei Intensivpatienten.....	- 30 -
4	Diskussion.....	- 32 -
5	Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit	- 34 -
6	Schlussfolgerung.....	- 35 -
6.1	Forschungsempfehlung.....	- 35 -
6.2	Praxisempfehlung	- 36 -
7	Literaturverzeichnis	- 37 -

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1 Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Literatursuche basierend auf (Moher et al., 2009)..... - 18 -

Tabellen

Tabelle 1. Datenbanken und Suchstrategie - 16 -
Tabelle 2. Kurzbeschreibung der inkludierten Studien - 21 -

1 Einleitung

In Österreich stufen sich 8% der Bevölkerung als psychisch krank ein bzw. haben eine ärztlich diagnostizierte Depression, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Seit Jahren nimmt die Anzahl der psychisch bedingten Krankenstände zu und sind auch hier erwerbstätige Frauen häufiger betroffen als erwerbstätige Männer. Jährlich begehen in Österreich 1300 Menschen Suizid. 75 % der Todesfälle durch Suizid betreffen Männer. Somit sind pro 100.000 Einwohner 26 Todesfälle bei Männern zu verzeichnen und nur 7 Todesfälle bei Frauen. (Griebler et al., 2017)

Für das Gesundheitssystem stellen psychische Erkrankungen sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft eine große Herausforderung dar. Unter allen medizinischen Diagnosen werden die psychischen Erkrankungen am häufigsten mit einer Beeinträchtigung bzw. Behinderung assoziiert. Somit führt nicht nur die Erkrankung selbst zu einer Reduktion der Lebensqualität der Betroffenen und des direkten Umfelds (Freunde, Familie, etc.), sondern wird auch die mit der Diagnose verbundene Stigmatisierung der Erkrankten von diesen negativ wahrgenommen. Ein weiteres großes Problem ist, dass psychische Erkrankungen oftmals bereits in jungen Jahren auftreten und sich oftmals zu einer chronischen Erkrankung weiter entwickeln können. Laut einer Studie der WHO zur weltweiten Krankheitslast gemessen in DALY's zählen sechs psychische Erkrankungen unter den 20 Hauptursachen für Krankheitslast. Dabei belegte die Depression den dritten Platz weltweit und in den westlichen Industrieländern sogar den ersten Platz. (Denk et al., 2010)

Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind vielfältig. Unter anderem können biologische Faktoren eine große Rolle spielen. Häufig besteht ein Ungleichgewicht an Neurotransmittern (Botenstoffe) im Gehirn. Neurotransmitter sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von Informationen, wie beispielsweise von Reizen oder Sinneseindrücke, nötig. Weiteres können psychische und soziale Faktoren ursächlich dafür sein, an einer psychischen Störung, zu erkranken. Wesentlich bei all den Faktoren ist jedoch die jeweilige Widerstandskraft (Ressilienz) eines Menschen. So sind manche Menschen widerstandsfähiger als andere und sind

dadurch auch weniger oder mehr verletzbar (vulnerabel). Stressbedingte Situationen werden somit von jedem Menschen anders erlebt.

Als Risikofaktoren gelten bei psychischen Erkrankungen vor allem das Arbeitsleben, Alter und diverse Belastungen bzw. Traumata.

Im Berufsleben können viele negative arbeitsbedingte Belastungsfaktoren (soziale Beziehungen, die Arbeitsumgebung, Zeitdruck, etc.) dazu beitragen, dass Menschen psychische Probleme entwickeln oder sich auch bereits bestehende Störungen verstärken.

Ebenfalls eine große Rolle spielt das Alter und so steigt das Erkrankungsrisiko bei den häufigsten psychischen Erkrankungen mit dem Alter. Frauen sind, aufgrund der derzeit noch höheren Lebenserwartung, häufiger betroffen als Männer. Schwere Belastungen und Traumata, die als Reaktion auf schlimme Ereignisse oder Lebensverändernden Situationen im Leben eines Menschen (z.B. Todesfall, Trennung, Konflikte, etc) auftreten, können potenzielle Risikofaktoren darstellen. Wenn nun die Person eine große Kraftanstrengung aufwenden muss, um den Alltag zu bewältigen oder problematische Verhaltensveränderungen auftreten, könnte eine pathologische und behandlungsbedürftige Erkrankung der Auslöser sein. (Berufsverbände und Fachgesellschaften für Neurologie, o.D.)

1.1 Begriffsbestimmungen

Im folgenden Unterpunkt werden jene Begriffe näher beschrieben, die für diese Arbeit von besonderer Relevanz sind.

Psychische Erkrankungen

Psychische Störungen, Verhaltensstörungen und neurologische Entwicklungsstörungen sind durch klinische signifikante Störungen der Kognition, der emotionalen Regulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet. Weiters besteht eine Funktionsstörung in der psychologischen, biologischen oder Entwicklungsebene. Diese Störungen sind in der Regel mit einem großen Leidendruck oder einer Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen schulischen, beruflichen oder anderen Bereichen verbunden. (World Health Organization, 2018)

DALY's

„DALYs, von englisch disability-adjusted life years, sind ein Maß für die Quantifizierung der Krankheitsbelastung. DALYs drücken nicht nur die Anzahl verlorener Jahre aufgrund vorzeitigen Todes, sondern auch die mit Krankheit oder Behinderung gelebten Jahre bis zur Genesung oder zum Tod aus. Ein DALY steht für ein Jahr "verlorener" Gesundheit.“(Antwerpes, 2016)

ICD 10-Schlüssel

„Die Abkürzung ICD-10-GM steht für die International Classification of Diseases – German Modification. Zu Deutsch ist es die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision als German Modification. Sie wird durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegeben. ICD-10 dient der Verschlüsselung von Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) in der ambulanten und stationären Versorgung.“ (Reimbursement Institute, o.D.)

1.2 Psychische Erkrankungen

In diesem Kapitel werden ausgewählte psychische Erkrankungen näher beschrieben und wird auf die jeweiligen Symptome, Diagnosen und medizinischen Therapiemöglichkeiten eingegangen. Vorge stellt werden die in absoluten Zahlen am häufigsten auftretenden Erkrankungen sowie jene Erkrankungen, die für diese Bachelorarbeit am meisten Bedeutung haben.

Zur Definition und Beschreibung wird der ICD 10-Schlüssel verwendet. Es ist das wichtigste Klassifikationssystem für Diagnosen in der Medizin. Im ICD 10 werden alle psychischen- und Verhaltensstörungen aufgelistet und sind dieser unter F00-F99 zu finden.

1.2.1 Depression

Die Depression gehört zur Übergruppe der affektiven Störungen und gilt inzwischen als „Volkskrankheit“ und ist die häufigste psychische Erkrankung. Mittlerweile erkrankt jeder fünfte mindestens einmal im Leben an einer Depression, wobei auch hier Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Frauen erkranken aufgrund

genetischer Veranlagungen häufiger an einer Depression als Männer. Im Durchschnitt ist die Erstmanifestation am häufigsten im jungen Erwachsenenalter zwischen 18-25 Jahren. (Amrhein, 2010) Umso ein höheres Alter eine Person erreicht, desto eher sinkt die Wahrscheinlichkeit, erstmalig an einer Depression zu erkranken. Bei einer großen Anzahl der Patientinnen und Patienten tritt eine Depression als (vorübergehende) Phase auf und klingt auch ohne Therapie ab. (Berger and Hecht, 2019)

Grundsätzliche Kennzeichen einer Affektiven Störung sind eine Veränderung der Stimmung, Angst oder auch eine gehobene Stimmung. Dieser Stimmungswechsel geht meist mit einem Wechsel des Aktivitätsniveau einher. Auslöser für solche Störungen sind oft belastende Ereignisse. Bei der „Depressiven Episode“ wird die Depression in unterschiedliche Grade von leichter bis schwere depressive Verstimmung eingeteilt. Die Symptome sind in allen Stadien die Gleichen und unterscheiden sich meist nur durch die Dauer bzw. die Intensität der Erkrankung. Die Leitsymptome sind: Verlust von Interesse und Freude, Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. Weitere häufige Merkmale einer Depression sind Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwierigkeiten, ein schlechtes Selbstwertgefühl und mangelndes Selbstvertrauen, Gefühl der Wertlosigkeit und ein abnehmender Appetit. (Dilling et al., 2015) Viele Betroffene leiden zusätzlich an Schlafstörungen und verlieren das Interesse an Sexualität (Amrhein, 2010).

Für eine exakte Diagnosestellung unter Einbeziehung aller drei Schweregrade wird mindestens eine Dauer von zwei Wochen benötigt. Die Erstellung einer Diagnose in einer kürzeren Zeitspanne ist nur in Ausnahmefällen möglich, und zwar dann, wenn die Symptome außergewöhnlich schnell oder in besonderer Schwere aufgetreten sind. (Dilling et al., 2015) Hierbei ist es besonders wichtig eine umfassende Anamnese zu erheben. Dabei sollte besonders darauf geachtet werden, dass die Diagnose von einem Psychiater gestellt wird. Darüber hinaus sollte vor dem eindeutigen Stellen der Diagnose eine Blutuntersuchung stattfinden. Somit kann ausgeschlossen werden, dass für die Symptome diverse körperliche Ursachen, wie eine Schilddrüsenunterfunktion, Eisenmangel oder ein Vitamin B12 Mangel, verantwortlich sind. (Amrhein, 2010)

1.2.2 Angststörung

Die Angststörung gehört zur Gruppe der Neurotischen-, Belastungs-, und somatoformen Störungen. Hier ist es besonders schwierig eine klare Diagnose zu finden, da sich die einzelnen Symptome oft mit einer Depression überschneiden.

Charakteristisch handelt es sich bei einer Angststörung um eine exzessive Angstreaktionen bei gleichzeitigem Fehlen von akuten Gefahren oder Bedrohungen. Dies stellt gleichzeitig auch das Leitsymptom dar. Um eine „normale“ Angst von einer „krankhaften“ Angst zu unterscheiden muss man auf die Umstände wie Auslöser, Intensität und Dauer, sowie auf das nachfolgende Verhalten, wie beispielsweise meiden der Situationen oder den daraus resultierenden Leidensdruck, achten. (Berger and Hecht, 2019). Bei einer Angststörung handelt es sich um eine begrenzte Angst, die nicht auf eine Umgebungssituation bezogen ist. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 15% gehören somit die Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. (Berger and Hecht, 2019)

1.2.3 Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeit eines Menschen ist sehr individuell und verleiht jedem einzelnen seine Identität. Zum Großteil wird unsere Persönlichkeit durch biologische Faktoren (genetisch, pränatal) und durch die Umwelt, in der ein Mensch aufwächst, bestimmt. (Berufsverbände und Fachgesellschaften für Neurologie, o.D.). Die im Laufe unseres Lebens erworbenen Prägungen machen es möglich grundsätzlich auf Menschen einzugehen und flexibel mit der Umwelt zu agieren. Von einer Persönlichkeitsstörung wird dann gesprochen, wenn bestimmte Verhaltensmuster und Eigenschaften sehr stark und starr ausgeprägt sind. Es ist schwierig zwischen einem „normalen“ auffälligeren Verhalten und einer Störung zu unterscheiden. Die Übergänge sind meist fließend und nicht klar abgrenzbar. (Ladinser and Korn, 2014) Typischerweise beginnt diese Erkrankung bereits in der Kindheit bzw. Jugend und bleiben auf Dauer bestehen. Aus diesem Grund gibt es auch keine Phasen, in denen die Störung stärker oder schwächer ist. (Bundesministerium für Soziales, 2020)

International gibt es auch keine endgültige Einigkeit über die Definition von Persönlichkeitsstörungen. Eine gute Orientierung bietet der ICD-10 Schlüssel.

Persönlichkeitsstörungen lassen sich in 3 Cluster einteilen. Im Cluster A finden sich jene Störungen, die sich vor allem durch sonderbares, exzentrisches Verhalten gekennzeichnet sind, wie die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung. Zu Cluster B zählt man jene Erkrankungen, die sich durch sehr emotionales, dramatisches oder stimmungsschwankendes Verhalten bemerkbar machen. Als Beispiele kann man die antisoziale, die histrionische, die narzisstische und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung nennen. Im dritten Cluster C werden die Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst, die durch Angst und Furcht geprägt sind. Dazu zählen die vermeidend-selbstunsichere, die abhängige und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. (Bundesministerium für Soziales, 2020)

1.2.4 Demenz

Die Demenz gehört zu den organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen. Demenz ist eine chronische oder fortschreitende Erkrankung des Gehirns mit Störungen kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, und Urteilsvermögen. (DIMDI and WHO, 2017)

Wichtig bei der Demenz ist die Früherkennung. Demenz gehört zu den häufigsten Krankheiten im höheren Alter. (Amrhein, 2010) Es gibt viele unterschiedliche Arten der Demenz, unter anderem die Alzheimer-Krankheit. 40% der an Demenz Erkrankten leiden unter dieser Form der Demenz. Eine weitere Form ist die vaskuläre Demenz, die durch Veränderungen der Gefäße und die damit verbundene Durchblutungsstörung im Gehirn gekennzeichnet ist. Außerdem haben Menschen mit Diabetes mellitus oder mit Bluthochdruck ein höheres Risiko an einer vaskulären Demenz zu erkranken und sollten deshalb konsequent therapiert werden. Mit ca. 15% aller Demenzen ist die Demenz mit Lewy-Körperchen die zweithäufigste Form. Sie ähnelt im Grunde der Alzheimer Demenz, aber zusätzlich neigen die Betroffenen auch zu optischen Wahrnehmungsstörungen. (Ladinser and Korn, 2014) Frühsymptome einer Demenz sind, dass sich der Betroffenen ständig wiederholt, häufig Mühe hat sich an Gespräche oder Ereignisse zu erinnern, dass abgelegte Dinge nicht wiedergefunden werden. Auch sind die Betroffenen in ihren Handlungen meist passiver und reagieren langsamer als früher, haben

Wortfindungsstörungen und finden sich in fremden Umgebungen nicht mehr gut zurecht. Für die Diagnostik ist die ärztliche Anamnese besonders wichtig, um die aktuelle Situation und alle körperlichen, psychischen sowie sozialen Aspekte zu erfassen. Neben dem Gespräch mit dem Betroffenen selbst, ist es auch wichtig, eine Fremdanamnese mit einem nahen Angehörigen durchzuführen, um die Gesamtsituation auch im gewohnten Umfeld zu erfassen. (Tlach et al., 2020) Neben dem Gespräch bringen auch internistische und neurologische Untersuchungen, sowie eine Computertomographie (CT) oder eine Kernspintomographie (MRT) Aufschluss über die Erkrankung (Pro Psychotherapie e.V., 2020). Die Therapie bei einer Demenz gestaltet sich nach Art und Schweregrad der Erkrankung. Sie besteht zumeist aus den beiden Hauptsäulen Psychotherapie und Pharmakotherapie. (Berufsverbände und Fachgesellschaften für Neurologie, o.D.)

1.2.5 Essstörungen

Zu den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen zählen unter anderem die Essstörungen. Zu den häufigsten Essstörungen gemäß des ICD-11 der WHO zählen anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung (World Health Organization, 2018). Die Ursachen der einzelnen Essstörungen können unterschiedlich sein und beziehen sich auf mehrere Faktoren, wie zum Beispiel bei Frauen ein gesellschaftliches Schlankheitsbild. (Berger and Hecht, 2019)

Für die Diagnose Anorexia nervosa (Magersucht) muss ein Gewichtsverlust von mindestens 15% unter dem Normalgewicht vorliegen. Dabei ist charakteristisch, dass der Gewichtsverlust selbst herbeigeführt wird. Es wird teilweise auf Lebensmittel ganz verzichtet und die Betroffenen fühlen sich trotzdem als „zu dick“. Ebenfalls manifestiert es sich bei Frauen durch das Ausbleiben der Regelblutung und bei Männern durch den Interessensverlust an Sexualität und durch Potenzverlust. (Berger and Hecht, 2019). Die Diagnosekriterien bei Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht) sind häufige Episoden von Essattacken, ein ständiges Auseinandersetzen mit dem Thema Essen und eine Selbstwahrnehmung „fett zu sein“. Häufig wird die Gewichtszunahme durch missbräuchliche Verwendung von Abführmitteln, selbstinduziertem Erbrechen und/oder zeitweilig andauernden Hungerperioden vermieden. Patienten, die an dieser Störung leiden sind meist normalgewichtig. (Berger and Hecht, 2019)

Im Unterschied zu den anderen beiden Essstörungen sind bei der Binge-Eating-Störung („Fresssucht“) die Betroffenen meist übergewichtig bis adipös. Die Symptome sind gekennzeichnet durch Heißhungerattacken und dem Gefühl die Kontrolle über das Essen zu verlieren. Bei dieser Erkrankung werden aber keine gegenregulierenden Maßnahmen getroffen und somit kommt es unweigerlich zu einer Gewichtszunahme. (Berger and Hecht, 2019)

1.3 Schulmedizinische Therapie bei psychischen Störungen

In diesem Kapitel werden die schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten beschrieben. Der Fokus wird auf die Nebenwirkungen der am häufigsten verwendeten Psychopharmaka gelegt, da diese von den Betroffenen meist als sehr belastend empfunden werden.

Die beiden Hauptsäulen der Therapie von psychischen Störungen bildet die Psychotherapie und die Pharmakotherapie. Auf welcher Säule der Behandlungsschwerpunkt gelegt wird, ist abhängig vom Schweregrad und Art der Erkrankung. (Berufsverbände und Fachgesellschaften für Neurologie, o.D.) Jeder Mensch ist sehr individuell und bei jedem, der an einer psychischen Erkrankung leidet, kann diese unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Somit benötigt man eine multiprofessionelle Behandlungsstrategie. Diese besteht meist aus Psychotherapie, Ergotherapie, Selbsthilfegruppen, Medikamente, etc. (Ladinser and Korn, 2014)

Die Psychotherapie basiert grundsätzlich auf dem Gespräch bzw. der Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und dem Therapeuten. Das Ziel dabei ist es, den Leidenszustand zu heilen, indem die Patienten lernen, ihr eigenes Problem und die Hintergründe dafür zu erkennen. Es sollen somit die eigenen Selbstheilungskräfte aktiviert werden. Dafür bietet die Psychotherapie einen geschützten Rahmen, wo neue Erfahrungen gemacht werden und sich das eigene Denken und Fühlen verändern kann. (Ladinser and Korn, 2014) Eine Psychotherapie darf nur von ausgebildeten Psychotherapeuten oder Fachärzten durchgeführt werden. Die Behandlungsform kann stationär, teilstationär oder ambulant und je nach Bedarf des Betroffenen in Gruppen- oder Einzelsitzungen bzw. in einer Kombination der beiden erfolgen. (Tlach et al., 2020)

Oftmals reicht eine Psychotherapie nicht aus, um den Betroffenen zu helfen, und muss daher auch eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden. Bei psychischen Erkrankungen kommt es im Gehirn zu einer gestörten Regulation von Neurotransmittern. Neurotransmitter sind Botenstoffe im Gehirn, die zur Kommunikation zwischen den einzelnen Nervenzellen dienen. Psychopharmaka sind Medikamente, die bei diesem Ungleichgewicht eingreifen und dafür verantwortlich sind, dass weder ein Mangel noch ein Überfluss an Neurotransmitter vorliegt. (Ladinser and Korn, 2014) Beispiele für solche Neurotransmitter sind Serotonin, Noradrenalin oder Dopamin (Tlach et al., 2020).

Einerseits gibt es Psychopharmaka, die eine schnelle und direkte Wirkung (z.B. Beruhigungsmittel) haben und andererseits gibt es solche die eine längerfristige Veränderung im Gehirn erzielen und die Wirkung erst später eintritt (z.B. Antidepressiva). Die Hauptgruppen der Psychopharmaka sind Antidepressiva, Anxiolytika/Tranquilizer (Beruhigungsmittel), Neuroleptika (Antipsychotika), und Stimmungsstabilisierer/Phasenprophylaktika (Tlach et al., 2020).

In den folgenden Unterpunkten werden die einzelnen wichtigsten Psychopharmaka mit ihrer Wirkung sowie den Nebenwirkungen aufgelistet.

1.3.1 Antidepressiva

Antidepressiva werden häufig zur Behandlung von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Schlafstörungen, chronischen Schmerzen und Bulimie eingesetzt (Tlach et al., 2020). Diese wirken stimmungsaufhellend, antriebssteigernd oder angstlösend. Sie bringen den Neurotransmitterhaushalt im Gehirn wieder ins Gleichgewicht (v.a. Serotonin) und erhalten dadurch ihre stimmungssteigernde Wirkung. (Reiche, 2013) Antidepressiva machen nicht abhängig, aber wirken auch nicht sofort. Es wird ein Zeitraum von 1-3 Wochen benötigt bis der notwendige „Spiegel“ im Gehirn vorhanden ist und die Medikamente die volle Wirkung erreichen. (Hilscher, 2015) Die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen bei Antidepressiva können trockene Schleimhäute, Verstopfung, Gewichtszunahme, niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Zittern und Halluzinationen sein. (Reiche, 2013)

1.3.2 Anxiolytika

Anxiolytika werden vor allem bei Angststörungen, psychiatrischen Notfällen, Selbstgefährdung, Katatonie (Entzugssymptome) sowie bei Schlafstörungen angewendet (Tlach et al., 2020): Sie wirken beruhigend, angstlösend und haben eine entspannende Wirkung. Aufgrund des zusätzlichen sedierenden Effekts werden die Anxiolytika auch „Tranquilizer“ genannt. Die Abhängigkeitsgefahr ist bei diesen Medikamenten sehr hoch und sollten deshalb nur kurzfristig eingenommen und anschließend wieder langsam abgesetzt werden. Neben der größten Gefahr der Abhängigkeit haben Anxiolytika wenige unerwünschte Wirkungen im Vergleich zu anderen Psychopharmaka. (Hautzinger and Thies, 2009) Die weiteren häufigsten Nebenwirkungen bei den Tranquilizern können Müdigkeit, Schwindel, Benommenheit und Verwirrtheit sein (Reiche, 2013).

1.3.3 Antipsychotika

Antipsychotika werden bei Psychosen, Manie und Depressionen mit psychotischen Symptomen eingesetzt. Auf alkoholische Getränke sollte während der Einnahmedauer völlig verzichtet werden. (Tlach et al., 2020) Der historisch bedingte Begriff Neuroleptika wird noch häufig verwendet. Sie wirken antipsychotisch (gegen Halluzinationen), „ordnen“ die Gedanken der Betroffenen und machen nicht abhängig. Bei Antipsychotika ist regelmäßig mit unerwünschten Wirkungen zu rechnen. Die Betroffenen leiden oft unter Gewichtszunahme, Schlafstörungen, Depressivität und sexueller Dysfunktion. (Hautzinger and Thies, 2009) Bei nicht guter Verträglichkeit des Medikamentes besteht die Gefahr eines Neuroleptika induzierten Delir (Hilscher, 2015). „Als „Delirium“ (Delir, delirantes Syndrom) bezeichnet man eine akute, aber rückbildungsfähige Bewusstseinsstörung, die unter anderem durch zeitliche und räumliche Desorientiertheit, Verwirrtheit und Halluzinationen gekennzeichnet ist. Zudem können Schlafstörungen, Zittern, ängstliche Unruhe, Herzklopfen und ein Temperaturanstieg auftreten.“ (Bundesministerium für Soziales, 2020)

1.3.4 Stimmungsstabilisierer

Stimmungsstabilisierer oder auch Phasenprophylaktika genannt, werden bei bipolaren Störungen und Depressionen (zB als Rückfallprophylaxe bei Suizidalität

oder Nichtansprechen auf Antidepressiva) angewandt (Tlach et al., 2020). Sie haben die Wirkung die Stimmung langfristig auszugleichen und zu stabilisieren. Es gibt derzeit drei Gruppen von Stimmungsstabilisierern. Lithium ist die erste Wahl bei der Behandlung von bipolaren Störungen. Antikonvulsiva haben eine gute antimanische Wirkung und helfen prophylaktisch bei der bipolaren Depression. Als dritte Gruppe der Phasenprophylaktika gibt es die Atypischen Antipsychotika. Diese haben ebenfalls eine gute Wirkung bei der Manie und weisen gute Erfolge als Stimmungsstabilisierer auf. (Hautzinger and Thies, 2009) Bei Einnahme von Lithium ist es besonders wichtig eine engmaschige Blutdruckkontrolle durchzuführen, da die therapeutische Dosis nahe an der toxischen Dosis liegt. Weitere Nebenwirkungen können unter anderem Übelkeit, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Muskelschwäche und -zittern sein. (Reiche, 2013)

1.4 Aromapflege und Aromatherapie

Die Aromatherapie wird zur Komplementär- und Alternativmedizin gezählt. Der Begriff „komplementär“ wird verwendet, wenn die Praxis mit der traditionellen Medizin des Abendlandes verbunden ist und die traditionelle Behandlung durch die komplementäre Methode unterstützt werden soll. Hingegen wird das Wort „Alternativ“ dann verwendet, wenn die konventionelle Behandlung durch diese Therapie ersetzt wird. (Gnatta et al., 2016)

Unter Aromatherapie versteht man die Verwendung von konzentrierten ätherischen Ölen. Diese werden aus Kräutern, Blumen oder anderen Pflanzen extrahiert und kommen zur Behandlung von verschiedenen Krankheiten zum Einsatz. Die Aromatherapie beruft sich auf eine uralte Tradition der Naturmedizin, die schon vor tausenden Jahren in Ägypten und Indien praktiziert wurde. Erstmals erwähnte der französische Chemiker Gattefosse den Begriff in seinem Buch 1936 und hat somit den Begriff in der Phytomedizin geprägt. (Cooke and Ernst, 2000) Diese Therapieform ist eine rationale Therapie mit pflanzlichen Ölen und Wässern und den drei Therapiewegen intern (durch direkte Aufnahme zu den inneren Organen), nasal (über den Geruchssinn) und perkutan (durch Aufnahme über die Haut). (Beier et al., 2011)

Zur therapeutischen Anwendung kommen ätherischen Öle auch in der Aromapflege (Beier et al., 2011). Hier lautet die Definition: „Aromatologie oder Aromapflege ist die Anwendung natürlicher Duftstoffe zur Verhütung, Heilung oder Linderung von Leiden. Zur Anwendung kommen ätherische Öle (Duftstoffe), die durch Kaltpressung oder Wasserdampfdestillation aus Wurzeln, Blättern, Blüten, Früchten, Holz oder Harzen gewonnen werden.“ (Weckmann, 2012)

Ätherische Öle sind Vielstoff-Systeme, bestehen aus flüchtigen Pflanzenbestandteilen und dazu können noch unter Umständen Wachse und Farbstoffe hinzukommen. Zur Herstellung werden zwei Verfahren angewendet. Einerseits die Kaltpressung, die auf einer rein mechanischen Trennung der Öle von den Fruchtschalen beruht. Andererseits die Destillation oder Extraktion, die die Trennung der Öle unter Einsatz von Zusatzstoffen herbeiführt. (Beier et al., 2011)

Ätherische Öle bestehen beinahe zu 95 % aus Monoterpene oder Sesquiterpene (chemische Verbindung). Die Wirkung der Monoterpene ist sehr vielseitig und unter anderem wirken diese antiseptisch (die Keimzahl reduzierend), antiviral (Hemmung der Vermehrung von Viren) oder bakterizid (keimtötend). Des Weiteren haben sie auch eine psychische Komponente und wirken somit seelisch stärkend, konzentrationsfördernd und vitalisierend. Sesquiterpene wirken besonders antiphlogistisch (entzündungshemmend) und antiallergisch. Hinzukommt auch hier eine sedierende, beruhigende und psychisch stabilisierende Wirkung. Prinzipiell entfalten sich Aromaöle erst, wenn sie in den Körper eindringen. Ermöglicht wird dies durch eine orale Einnahme oder Einreibung in die Haut. Über den Blutkreislauf erreichen die Wirkstoffe die Zielorgane. Einen großen Erfolg erzielt man dabei in der Psyche. Das Lavendelöl gilt bei der großen Zahl an unterschiedlichen Ölen als das Wichtigste. (Beier et al., 2011)

Ätherische Öle bestehen aus einer Vielzahl verschiedener Einzelbestandteilen organischer Natur. Grundsätzlich können somit auch ätherische Öle toxisch sein, wenn sie aus einem hohen Anteil an ungesättigten Verbindungen bestehen. Deshalb können sie eine Schädigung der Leber und der Niere oder eine Hautreizung hervorrufen. Ebenfalls haben einige Öle eine krebserregende Wirkung. Aus diesem Grund wird immer ein „Armbeugetest“ empfohlen. Dabei werden einige Tropfen des Öls vorsichtig in die Armbeuge eingerieben und anschließend 30

Minuten abgewartet. Zeigt sich nach den 30 Minuten eine Hautrötung oder bilden sich Pusteln, ist die Konzentration des Öls zu hoch bzw. reagiert der Patient oder die Patientin allergisch. (Beier et al., 2011)

Nachweislich senkt Stress die Konzentration von Immunglobulinen im Blut. Somit sinkt die allgemeine Immunabwehr und die Betroffenen sind anfälliger für Schlaflosigkeit, Herzrasen, Beklemmungsgefühle und Angst. Durch körperliche Bewegung oder Inhalation bestimmter ätherischer Öle wird das Risiko gesenkt. Das Inhalieren kann zu einer höheren Resistenz gegen Stress und mehr Gelassenheit führen. Durch die Inhalation bestimmter ätherischer Öle kann eine stimmungsaufhellende, sedierende oder anxiolytische Wirkung hervorgerufen werden. Dabei gelangen die Moleküle von den Rezeptoren der Nase bis in das Gehirn zum Hypothalamus und aktivieren dort Erinnerungen und Emotionen. Darauf reagiert der Körper mit der Ausschüttung von sedierenden, anxiolytischen oder stimulierend wirkenden Neurotransmittern. (Beier et al., 2011)

1.5 Relevanz für die Pflege

Psychische Erkrankungen stellen unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Sie beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern belasten die Patientinnen und Patienten auch finanziell. Denn oftmals müssen die Betroffenen einen Selbstbehalt bezahlen. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010) Aus diesem Grund erfreuen sich alternative Behandlungsformen, wie es auch die Aromapflege ist, immer mehr an Beliebtheit. Die verschiedensten Psychopharmaka, wie sie im Kapitel „schulmedizinische Therapiemöglichkeiten“ bereits vorgestellt wurden, haben eine Vielzahl an schwerwiegenden Nebenwirkungen. Dadurch wird die Lebensqualität des Betroffenen nicht nur durch seine Erkrankung selbst herabgesetzt, sondern auch durch die Einnahme der Medikamente. Besonders Frauen leiden darunter, wenn sie beispielsweise durch die Einnahme von Antidepressiva an Gewicht zunehmen. Aber auch die Abhängigkeit wie bei den Benzodiazepinen stellt ein zunehmendes Problem für den Betroffenen und das Gesundheitssystem dar.

Die Notwendigkeit für die Pflege liegt darin, Ergebnisse zu finden, wie die Aromapflege sich auf Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen

Erkrankung auswirkt. Anhand dieser Ergebnisse sollen Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden und könnte somit die Aromapflege in die Praxis implementiert werden.

1.6 Forschungsfrage und Forschungsziel

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die Auswirkungen der Aromapflege auf psychiatrische Patientinnen und Patienten aufzuzeigen und näher zu beschreiben. Aus dem Ziel wird die Forschungsfrage wie folgt abgeleitet und lautet:

Welche Auswirkungen hat die Aromapflege auf Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen?

2 Methode

Zu Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview verwendet

2.1 Design

Als Forschungsdesign für diese Arbeit wurde ein Literaturreview ausgewählt. Dieses besteht aus Primär- und Sekundärquellen. Die primären Quellen entstammen Originalstudien von Forscherinnen und Forschern, entnommen aus wissenschaftlichen Journals und aus Büchern. Die sekundären Informationen stammen von Reports, Zusammenfassungen sowie von Referenzen aus Originalarbeiten. Literaturreviews werden vor allem dazu genutzt, um herauszufinden, was bereits über dieses Thema bekannt ist. Außerdem wird ein Literaturreview dazu genutzt, um eine etwaig vorhandene Forschungslücke aufzuzeigen. (Holloway and Galvin, 2016).

2.2 Literaturrecherche und Suchstrategie

Zu Beginn dieser Arbeit wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt und wurden relevante Forschungsergebnisse gesammelt. Die Suche nach geeigneter Literatur für diese Arbeit begann im Oktober 2019 und wurde im Dezember 2019 abgeschlossen. Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken Pubmed, CINAHL und Web of science verwendet. Außerdem wurden Studien, die mittels Handsuche gefunden wurden, miteingeschlossen. Für die Suche in den Datenbanken Pubmed und Web of science wurden die Keywords „aromatherapy“, „essential oil“, „complementary method“, „alternative method“ and „psych*“ verwendet. Zudem wurde in Pubmed sowie in CINAHL die Mesh Term Suche angewandt. Mesh Terms erleichtern die Suche da sie den Inhalt des jeweiligen Artikels kurz beschreiben, falls der Autor jene Begriffe nicht im Title bzw. der Kurzbeschreibung angibt. (Türp et al., 2003) In den einzelnen Datenbanken wurden die jeweiligen Keywords mit den Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden. Daraus ergab sich die in Tabelle 1 vorgestellte Suchstrategie.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitationen

Für die Limitation wurde die Aktualität der Studien auf die letzten 20 Jahren ausgeweitet, da es bei der Eingrenzung mit 10 Jahren erhebliche Probleme gab, passende Literatur zu finden. Weiteres wurde nur deutsch- und englischsprachige Literatur herangezogen und die Keywords mussten im Titel sowie im Abstract vorhanden sein.

Die Einschlusskriterien definierten sich wie folgend aufgezeigt:

- Menschen mit einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung, sowie Personen die eine psychiatrische Erkrankung als Nebendiagnose haben.
- Personen ab 18 Jahren
- Aromatherapie mit verschiedenen Anwendungsarten (Massagen, Einreibungen, Waschungen, usw.)
- Alle Settings

Das einzige Ausschlusskriterium war, dass die Personen unter 18 Jahre waren.

Tabelle 1. Datenbanken und Suchstrategie

Datenbank	Keywords	Limits	Ergebnisse
Pubemd	(((((aromatherapy[MeSH Terms]) OR "essential oil"[Title/Abstract]) OR "alternative method"[Title/Abstract]) OR "complementary method"[Title/Abstract]) OR arom*[Title/Abstract]) AND psych*[Title/Abstract])	1999-2019	215
CINAHL	(MM "Aromatherapy/NU")	1999-2019	11
Isi Web of Knowledge	TITLE: (aromatherapy) OR TITLE: (complementary method)	1999-2019	127

	OR TITLE: (alternative method) AND TITLE: (psych*) Refined by: WEB OF SCIENCE CATEGORIES: (NURSING)		
--	---	--	--

2.4 Auswahl der Studien

Im Laufe der Literaturrecherche wurden in den einzelnen Datenbanken insgesamt 353 Studien gefunden. Nach Entfernen der Duplikate wurden 267 Exemplare näher untersucht. Das Titelscreening wurde in Endnote durchgeführt und 92 Studien blieben für das Screening des Abstracts über. Für das Volltextscreening waren noch 21 Exemplare übrig, welche die Kriterien erfüllten in den Ergebnisteil eingeschlossen zu werden. Ein wichtiges Kriterium war, dass eine psychische Erkrankung mit einer Aromatherapie als Intervention behandelt wurde. Anschließend wurden diese Artikel einer kritischen Bewertung unterzogen. Keiner der Artikel wurde nach Absolvierung der Bewertung ausgeschlossen und es wurden diese fünf Studien für den Ergebnisteil herangezogen.

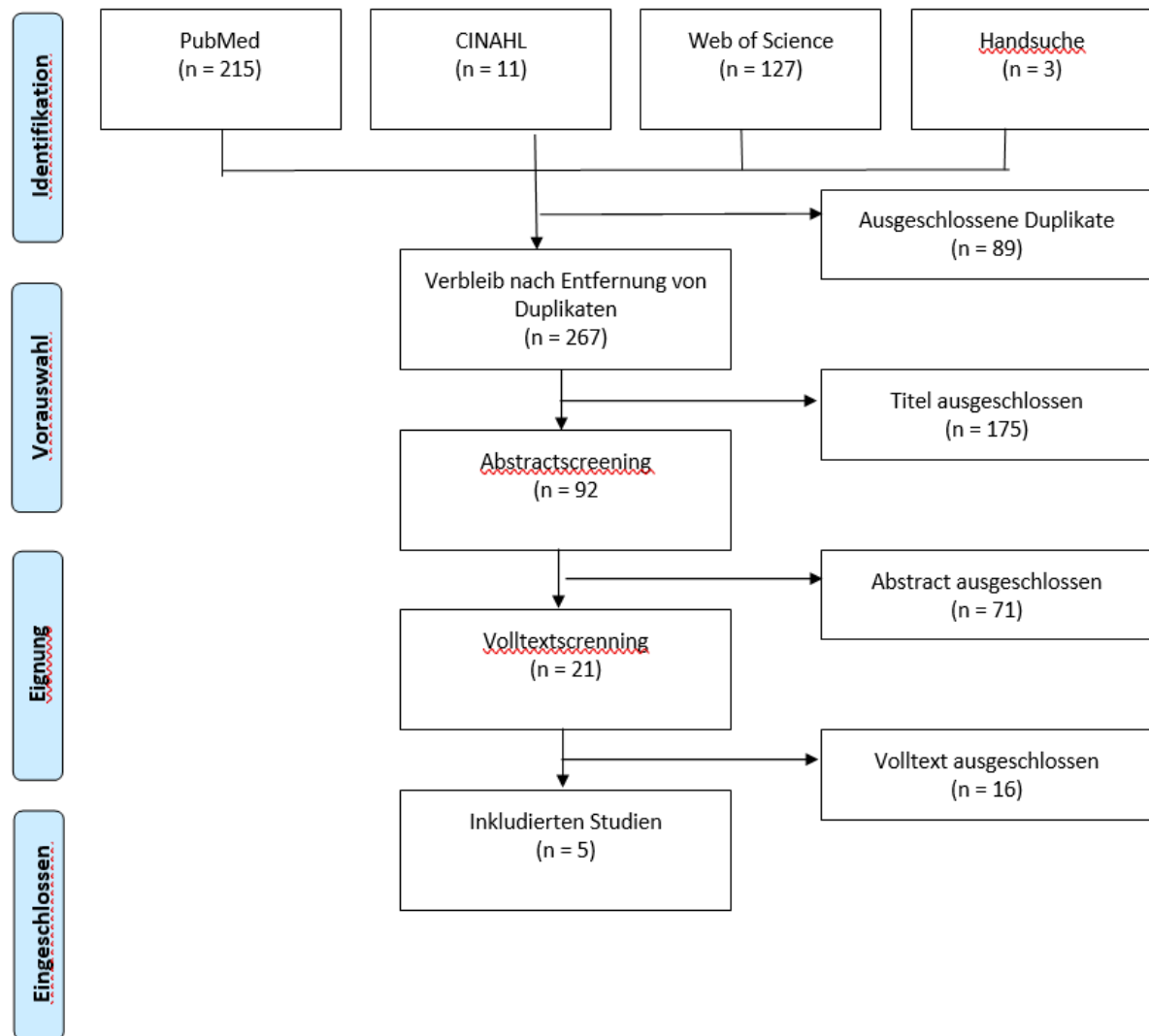


Abbildung 1 Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Literatursuche basierend auf (Moher et al., 2009)

2.5 Qualität der inkludierten Studien und kritische Bewertung

Die kritische Bewertung wurde mittels des MMAT (Mixed Method Appraisal Tool) durchgeführt (Hong et al., 2018). Der MMAT ist ein kritisches Bewertungsinstrument, welches für die Überprüfung von qualitativen, quantitativen und gemischten Methodenstudien entwickelt wurde. Es umfasst somit fünf Kategorien: qualitative Studien, randomisierte kontrollierte Studien, nicht randomisierte kontrollierte Studien, quantitative deskriptive Studien und Studien mit gemischten Methoden. Der MMAT besteht aus zwei Teilen. Einerseits aus einer Checkliste und andererseits aus der Erklärung der Kriterien.

Am Anfang muss generell festgestellt werden ob die ausgewählten Studien mit diesem Instrument bewertet werden können. Nun muss das Feld mit dem passenden Design für diese Studie herausgelesen werden. Anschließend werden die einzelnen Fragen in der passenden Kategorie mit „Yes“, „No“ oder „Can't tell“ ausgefüllt. Die Bewertung mit „Can't tell“ kann dazu führen, dass zusätzlich nach Informationen über dieses Thema gesucht werden muss oder der Autor muss kontaktiert werden, um eine bessere Erläuterung zu erhalten. Durch eine detaillierte Darstellung der Kriterien, wird die Qualität der Studien gemessen. Dies bedeutet, dass die Qualität hinsichtlich ihrer Ergebnisse beurteilt wird.(Hong et al., 2018)

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der ausgewählten Studien dargestellt und näher beschrieben. Es handelt sich bei den Studien um eine qualitative und vier quantitative Studien. Zwei der Studien wurden in der Türkei, zwei in Brasilien (Sao Paulo) und eine in Taiwan durchgeführt. Es wurden bei allen Studien mitunter Lavendelöl verwendet. Der Grund liegt darin, dass Lavendelöl eine entspannende und beruhigende Wirkung nachgesagt wird (Bošnjak, 2020). Außerdem wurden bei drei Studien Aromatherapiemassagen als Intervention angewendet und bei den beiden übrigen jeweils ein Tuch, welches mit ätherischem Öl getränkt wurde. Auf die Einteilung in Kategorien wurde in dieser Arbeit verzichtet, da bei den Studien oft die einzelnen Bewertungsinstrumente abgewandelt wurde. Ebenfalls wurden die alternativen Therapieformen bei verschiedenen Patientengruppen angewandt und somit konnte keine eindeutige Zusammengehörigkeit festgelegt werden. Schließlich wurden die fünf Studien einzeln nacheinander beschrieben. In der nachfolgenden Tabelle werden die Studien für den schnelle Überblick mit den wichtigsten Ergebnissen aufgelistet.

Tabelle 2. Kurzbeschreibung der inkludierten Studien

Autor, Jahr Land	Design	Stichprobe und Setting	Intervention	Ergebnisse
Yang et. al. 2016 Taiwan	RCT (Randomisierte kontrollierte Studie)	56 Partizipantinnen und Partizipanten (29 Personen in der Kontrollgruppe; 27 in der Interventionsgruppe) in 5 Pflegeheimen	Aromatherapiemassagen mit Lavendel- und Orangenöl über 8 Wochen für die Interventionsgruppe	Die Agitation nimmt am Anfang der Studie ab, aber bleibt gegen Ende hin unverändert. Die Zahl des agitativen Verhaltens nach der Aromatherapie Massage verringerte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zudem nahmen die depressiven Symptome in der Interventionsgruppe ab
Domingos and Braga 2014 Sao Paulo	Qualitative Studie mit deskriptivem und explorativem Ansatz	22 Probanden (18 Frauen und 4 Männer) in stationären psychiatrischen Allgemeinkrankenhaus	Aromatherapiemassagen mit Lavendel- und Geraniumöl über 2 Wochen in 6 Sitzungen	Die Aromatherapie förderte das psychische und physische Wohlbefinden der Patienten. Die Schlafqualität nahm durch den Geruch der ätherischen Öle zu. Die Patientinnen und Patienten konnten sich besser selbst reflektieren, hinsichtlich Impulsivität und Ichbezogenheit.

				Des Weiteren führten die Massagen zu einer besseren Selbstkontrolle der Symptome.
Domingos and Braga 2015 Sao Paulo	NRS (nicht-randomisierte kontrollierte Studie)	50 Probanden (39 Frauen und 11 Männer) in stationären psychiatrischen Allgemeinkrankenhaus	Aromatherapiemassagen mit Lavendel- und Geraniumöl über 2 Wochen in 6 Sitzungen	Durch die Aromatherapie verringert sich die Herz- und Atemfrequenz der Patienten. Zusätzlich zeigte sich anhand des STAI-State eine deutliche Besserung des emotionalen Zustandes.
Ozkaraman et. al. 2018 Türkei	RCT	70 Patientinnen und Patienten (30 in der Lavendelölgruppe, 20 in der Teebaumölgruppe, 20 in der Kontrollgruppe) in einem Privatkrankenhaus	Tuch getränkt mit dem jeweiligen Öl (Teebaum- oder Lavendelöl) zum Einreiben des Halses und der Schultern.	Das Lavendelöl senkte die Ängste der Patientinnen und Patienten nach einer Chemotherapie Zusätzlich wurde eine Verbesserung der Schlafqualität beobachtet.

Karadag et. al. 2017 Türkei	RCT	60 Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation (30 Personen in der Interventionsgruppe und 30 Personen in der Kontrollgruppe)	Interventionsgruppe erhielt ein mit Lavendelöl getränktes Baumwolltuch, an welchem die Patienten jede Nacht an 15 aufeinanderfolgenden Tagen riechen sollten	Das Lavendelöl erhöhte die Schlafqualität und verringert die Angstzustände der Patientinnen und Patienten.
-----------------------------------	-----	--	--	--

3.1 Aromatherapiemassagen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens

Die Studie von Domingo et. al ist eine Feldstudie, unter Verwendung eines beschreibenden explorativen und qualitativen Ansatzes. Die Forscher untersuchten die Auswirkung der Aromatherapie während eines stationären psychiatrischen Aufenthaltes. Für die endgültige Auswertung am Ende verwendeten die Forscher ein semistrukturiertes Interview. Die Partizipantinnen und Partizipanten in der Studie waren 22 Patientinnen und Patienten auf einer psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses in Sao Paulo im Zeitraum von Mai bis Oktober 2013. Es wurden nur Patientinnen und Patienten ausgewählt, die eine medizinisch diagnostizierte Persönlichkeitsstörung hatten. Die Interventionen bestanden aus 8 Sitzungen und wurden während des stationären Aufenthaltes verrichtet. Beim ersten Treffen lernten sich der Forscher und die Probanden kennen. Anschließend wurde auch der „Armbeugetest“ durchgeführt, um auszuschließen, dass die Patientinnen und Patienten auf das Öl allergisch reagieren. Von der zweiten bis zur siebten Sitzung wurden die Aromatherapiemassagen durchgeführt. In der achten und schließlich letzten Sitzung, welche einen Tag nach der letzten Aromatherapiemassage stattfand, wurde das semistrukturierte Interview mit den Probanden geführt. Die Aromatherapie wurde mit ätherischen Ölen in sechs Massagen am Schultergürtel und im hinteren Thoraxbereich angewandt. Die Sitzungen dauerten jeweils 20 Minuten und wurden auf drei Tage in der Woche aufgeteilt für insgesamt sechs Sitzungen. Als ätherische Öle wurde Lavendel und Geranium gewählt. Diese beiden Öle haben eine beruhigende Wirkung in Angstsituationen. (Domingos and Braga, 2014)

Unter den 22 Probanden, die an dieser Studie teilnahmen, waren 18 weiblich und das Durchschnittsalter betrug 34,6 Jahre. Die Patientinnen und Patienten lebten alle in derselben Stadt, in der sich auch das Krankenhaus befand und hatten alle zuvor angstlösende Medikamente eingenommen. Zur qualitativen Darstellung des Interviews wurden zwei Kategorien gebildet: Erstens die „Identifizierung der Vorteile der Aromatherapie“ und zweitens das „Befähigen zum Selbsterkennen“. (Domingos and Braga, 2014)

Die Kategorie „Identifizierung der Vorteile der Aromatherapie“ wurde wiederum in einzelne Themen aufgesplittet. In der ersten Unterkategorie kamen die Forscher zum Ergebnis, dass die Aromatherapie zum physischen und psychischen Wohlbefinden beitrug. Die Probanden gaben an, dass der Geruch der ätherischen Öle von ihnen aktiv wahrgenommen werden konnte und dadurch eine beruhigende Wirkung sowie ein sicheres Gefühl vermittelt wurde. In Bezug auf die körperlichen Symptome wie zittern der Extremitäten, Herzklopfen oder körperliche Erschöpfung, die meist sehr plötzlich bei den Patientinnen und Patienten auftraten, verbesserten sich diese durch die Aromatherapiemassagen. Durch die Verringerung der Symptome während des Aufenthaltes wurden die Patientinnen und Patienten auch offener für soziale Kontakte und es zeigte sich eine höhere Bereitschaft, an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen. In der zweiten Unterkategorie wurde eine Verbesserung des Schlafes der Probanden festgestellt. Die Patientinnen und Patienten gaben an, nach Durchführung der Aromatherapiemassagen weniger Schwierigkeiten beim Einschlafen zu haben. Dies konnte zweifelsfrei auf die Anwendung der Aromatherapie zurückgeführt werden, da sich das Schlafmuster am Abend nach der ersten Intervention sofort verbesserte. In einer weiteren Unterkategorie wurde die medikamentöse Therapie mit der Aromatherapie verglichen. Für die Patienten war die Aromatherapie eine realisierbare Alternative zu den herkömmlichen Medikamenten, da sie zu ätherischen Ölen jederzeit Zugang hätten und diese bei Angstsymptomen sofort zur Verfügung stünden. (Domingos and Braga, 2014)

In der zweiten Kategorie „Befähigen zum Selbsterkennen“ konnten die Probanden nach den Aromatherapiesitzungen sich selbst besser reflektieren und auch jene Faktoren besser beschreiben, die ursächlich für ihren stationären Aufenthalt waren. Sie hatten auch eine bessere Selbsterkenntnis hinsichtlich ihrer Impulsivität und/oder Ichbezogenheit (Egoismus). Dieses Phänomen wurde wiederum durch Einteilung in zwei Unterkategorien deutlich gemacht: Erstens durch Bereitstellung von Zeit zur Selbstreflexion. Die einzelnen Sitzungen boten den Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthaltes die Möglichkeit, über sich selbst und über ihr Verhalten nachzudenken und zu reflektieren. Durch die Reflexion wurde den Probanden bewusst, welche Belastung ihre Handlungen, ihre emotionale Instabilität und Impulsivität für ihre zwischenmenschlichen Beziehungen darstellen,

denn grundsätzlich leiden nicht nur die Patientinnen und Patienten selbst aufgrund ihres Verhaltens, sondern auch die Menschen, mit denen sie zusammenleben. Zweitens wurde versucht, die Patientinnen und Patienten bei Selbstkontrolle der Symptome zu unterstützen. Die Probanden konnten selbst erkennen, wie einige Symptome, die im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung standen, abnahmen. Am häufigsten wurde eine geringere Impulsivität und Reizbarkeit genannt. Die besser Reflexionsfähigkeit, wie vorher erwähnt, ermöglichte den Patientinnen und Patienten ihre Symptome als Merkmale ihrer Persönlichkeitsstörung zu verstehen und auch Verantwortung dafür zu übernehmen. (Domingos and Braga, 2014)

3.2 Aromatherapiemassagen zur Verminderung des Angstzustandes bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung

Eine weitere Studie von Domingo et. al wurde ebenfalls in Sao Paulo in einem psychiatrischen Allgemeinkrankenhaus im Zeitraum von Mai bis Oktober 2013 durchgeführt. Die Intervention ähnelt in einigen Punkten der vorherigen Studie, jedoch hierbei handelt es sich um eine unkontrollierte klinische Studie. Wiederum bestand die Intervention aus 8 Sitzungen, die während des psychiatrischen Aufenthaltes durchgeführt wurden. Es wurden unter anderem demographische Daten gesammelt und mittels der STAI-State (State-Trait Anxiety Inventory) Daten verwertet. Die STAI-State diente zum Erheben des momentanen emotionalen Zustandes der Patientinnen und Patienten. In den einzelnen Aromatherapiemassagen wurde vor und nach jeder einzelnen Sitzung die HR (Herzfrequenz) und die RR (Atemfrequenz) gemessen.

Für die Aromatherapie wurden wiederum dieselben Öle, nämlich Lavendel und Geranium, verwendet und diese wurden an denselben Massageregionen – und zwar im Bereich des Schultergürtels und des hinteren Thoraxbereichs – angewandt. Bei der Studie nahmen 50 Probanden teil, 39 davon waren Frauen und 11 waren Männer. Das Durchschnittsalter betrug 34,6 Jahre. Es nahmen nur Personen teil, die eine diagnostizierte psychiatrische Persönlichkeitsstörung hatten. 24 Frauen und 3 Männer hatten bereits zuvor einen psychiatrischen Aufenthalt in einer Klinik. Alle Patientinnen und Patienten nahmen bereits seit über 15 Tagen angstlösende Medikamente ein. Die Tabakabhängigkeit spielte bei beiden Geschlechtern eine

große Rolle. Die Intervention wurde jedoch erst eine Stunde nach der letzten Zigarette durchgeführt, um den Einfluss des Rauchens auf die Vitalzeichen zu verringern. (Domingos and Braga, 2015)

Es konnte beobachtet werden, dass es vor und nach jeder Massage mit ätherischen Ölen eine Verringerung der Herz- und Atemfrequenz gibt. Die Variablen der beiden veränderten sich nach der ersten Sitzung ähnlich wie nach der letzten. Bei der Herzfrequenz wurde eine Erniedrigung von 15-16 Schläge/min erzielt und bei der Atemfrequenz um 3-4 Atemzüge/min. Im Hinblick auf die STAI-State war erkennbar, dass vor der Intervention 41 Probanden als moderat belastet und 9 Probanden als hoch belastet eingestuft wurden. Nach der Intervention sind Verbesserungen sichtbar und so wurden von den 50 Probanden 16 als niedrig belastet, statt wie vorher 41 nur mehr 32 als moderat belastet, und anstatt 9 Probanden nur mehr 2 als stark belastet, eingestuft. (Domingos and Braga, 2015)

Außerdem wurde bei dieser Studie der Zusammenhang zwischen den Variablen und dem Rauchen, vorherigen Krankenhausaufenthalten und Vorbehandlungen analysiert. Es zeigte sich, dass Personen, die bereits einen stationären Aufenthalt in einer Klinik hatten, eine höhere Herzfrequenz zeigten. Weiters wurde eine Verbindung zwischen Vorbehandlungen und der STAI- State festgestellt, nämlich dass 82,9% der Patientinnen und Patienten in der Kategorie moderat keine vorherigen Behandlungen erhielten und 77,8% der Patientinnen und Patienten in der Kategorie hoch bereits zuvor behandelt wurden. (Domingos and Braga, 2015)

3.3 Aromatherapiemassagen bei dementen Patienten zur Senkung der agitativen und depressiven Symptome

Die randomisierte kontrollierte Studie von Yang et. al untersuchte Menschen, die an einer Demenz litten. Als Setting wurden 5 Pflegeheime in Taiwan ausgewählt. Von diesen Personen wurden nur jene eingeschlossen, bei denen das Pflegepersonal vor Ort in den letzten 2 Wochen depressive und agitative Symptome beobachtet hatten. Die Personen wurden zufällig einer Kontroll- oder Interventionsgruppe zugeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt eine Aromatherapiemassage für 8 aufeinanderfolgende Wochen, und zwar in den Wochen 2 bis 9. Es wurden für die Studie nur jene ätherischen Öle verwendet, die besonders wenig Nebenwirkungen

hervorrufen können. Besonders geeignet erwies sich dabei Lavendel und Orangenöl, da diese entspannungsfördernd wirken. Die Intervention wurde von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern verrichtet, die von zwei zertifizierten Aromatherapeuten eingeschult wurden. Am Tag nach der Aromatherapiemassage wurden die Pflegepersonen angehalten, die Veränderungen der Agitation innerhalb von 24 Stunden mittels eines Bewertungsinstrumentes zu beurteilen. Somit konnten die Forscher die Bewertung auf 1=Abnahme, 2=Konstant und 3=Zunahme hinsichtlich der Agitation eingliedern. Um Bedenken hinsichtlich der Kontrollgruppe zu beseitigen, wurden diesen Personen, die keine Intervention erhielten, nach Abschluss der Studie eine Aromatherapie-Massage angeboten, um ein zusätzliches Feedback zu erhalten. (Yang et al., 2016)

59 Personen wurde zufällig in eine Kontroll- (n=30) und Interventionsgruppe (n=29) eingeteilt. Die Teilnehmer waren überwiegend weiblich und das Durchschnittsalter aller Teilnehmer betrug 92 Jahre. Es wurden keine signifikanten Unterschiede im Grad der Demenz oder in den Demographischen Besonderheiten zwischen den Gruppen gefunden. 41 Teilnehmer erhielten bereits Psychopharmaka. Es wurde aber kein Unterschied im Gebrauch von Psychopharmaka zwischen den Gruppen festgestellt. Zwei Partizipanten aus der Interventionsgruppe fühlten sich bereits nach der ersten Aromatherapie Anwendung Unwohl und nahmen nicht mehr an der Studie teil. Ein Teilnehmer der Kontrollgruppe wurde nach 6 Wochen nach Hause entlassen. Schließlich waren nur 56 Personen (Kontroll- n=29; Interventionsgruppe n=27) für die Auswertung in Woche 9 übrig. (Yang et al., 2016)

Schlussendlich waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Agitation feststellbar. Jedoch verringerte sich die Häufigkeit der gesamten Agitation von Woche 1 bis Woche 5 für die Interventionsgruppe. In Woche 9 wiederum wurde keine zusätzliche Änderung festgestellt. Bei vier spezifischen agitativen Verhaltensweisen wurden Änderungen festgestellt, unter anderem beim unangemessenen Ergreifen von Personen oder Gegenständen und beim unangemessenen Verhalten beim Essen oder Trinken wurde eine Reduktion der Werte festgestellt. Hingegen stiegen die Werte bei den Partizipantinnen und Partizipanten beim Machen von seltsamen Geräuschen und beim Negativismus. Die depressiven Symptome nahmen bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe mit der Zeit ab. (Yang et al., 2016)

3.4 Lavendelöl zur Verbesserung der Schlafqualität und Angstzuständen während einer Chemotherapie

In der klinischen randomisierten kontrollierten Studie von Ozkaraman et. al. wurden die Effekte der Aromatherapie mit Lavendelöl auf Ängste und die Schlafqualität von Patientinnen und Patienten im Laufe einer Chemotherapie untersucht. Für die Datenerfassung verwendeten die Forscher ein für die Studie erstelltes Patientenidentifikationsformular, sowie den STAI-Test und den Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Das Patientenidentifikationsformular diente zum Erheben der soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, etc.), der Schlafgewohnheiten und diente auch der Erhebung aller Informationen zur Erkrankung des jeweiligen Patientinnen und Patienten. Der STAI ist ein Fragebogen zur Selbstbewertung, bei dem anhand kurzer Aussagen bewertet wird, wie die momentane Gefühlslage der Patientinnen und Patienten ist. Der STAI-Test besteht aus zwei weiteren Subskalen, die State Anxiety Scale (S-Skala) und Trait Anxiety Scale (T-Skala), die beide anhand einer 4- Punkte- Likert- Skala von 1 (nie) bis 4 (immer) aufgeteilt sind. Der STAI unterscheidet dabei zwischen einem vorübergehenden Zustand der Angst und einer langfristig bestehenden Angst. So hilft die Skala Fachleuten zwischen Angstgefühlen und einer Depression zu unterscheiden. Anhand des PSQI wurde die Schlafqualität der Patientinnen und Patienten erhoben. (Ozkaraman et al., 2018)

Die Partizipantinnen und Partizipanten wurden zufällig in drei homogene Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe bestand aus 30 Patientinnen und Patienten und erhielten als Intervention ein Tuch mit Lavendelöl, die zweite Gruppe bestand aus 20 Patientinnen und Patienten und erhielt ein Tuch mit Teebaumöl und die dritte war die Kontrollgruppe und bestand ebenfalls aus 20 Patientinnen und Patienten. Das Durchschnittsalter der Partizipantinnen und Partizipanten betrug dabei 58,2 Jahre. Die Daten selbst wurden von einer unabhängigen Pflegeperson gesammelt. Es mussten drei Tropfen des Öls auf das Tuch gegeben werden und mit dem mussten sich die Partizipantinnen und Partizipanten den Hals und die Schultern einreiben. Der Abstand zu Nase sollte dabei ca. 25cm betragen. (Ozkaraman et al., 2018)

Die Auswertung fand in zwei Episoden statt. In der ersten Episode wurde mittels dem oben beschriebenen Bewertungsinstrumente, die Daten kurz vor der

Chemotherapie erhoben. Während der Chemotherapie erhielten die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe die Öle mit dem Tuch. Die Kontrollgruppe bekam keine Aromatherapie. Nach Abschluss der Chemotherapie wurden die Daten erneut erhoben. In der zweiten Episode bekamen die Patientinnen und Patienten Informationen über die Verwendung von Lavendel- und Teebaumöl von der zuständigen Pflegeperson mit nach Hause. Einen Monat lang mussten die Patientinnen und Patienten der Lavendelgruppe und der Teebaumölgruppe das Öl jede Nacht um 21 Uhr fünf Minuten lang riechen. Nach der nächsten Chemotherapie wurden wieder die Werte erhoben und eine zweite Evaluation gemacht. (Ozkaraman et al., 2018)

Die erste Bewertung ergab, dass die Schlafqualität bei allen Gruppen schlecht war und dass die Partizipantinnen und Partizipanten ein moderates Angstlevel hatten. In allen Gruppen ergab sich keine Änderung der Schlafqualität und der Angstzustände nach der zweiten Bewertung. Die Forscher kamen zum Ergebnis das Lavendelöl keine Wirkung auf die Verringerung der Angstzustände der Patientinnen und Patienten hat. (Ozkaraman et al., 2018)

3.5 Aromatherapie zur Verbesserung der Schlafqualität und Angstzuständen bei Intensivpatienten

In der Studie von Karadag et. al. wurde die Wirkung von ätherischem Lavendelöl auf die Schlafqualität und dem Angstzustand von Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation untersucht. Als Design wurde eine randomisierte kontrollierte Studie ausgewählt. Für die Auswertung der Studie wurden ein Fragenbogen zur Abfragung der soziodemographischen Details und für die Merkmale der Erkrankung, sowie die BAI und PSQI Skala verwendet. Der Fragebogen und die Skalen wurden bei allen Patientinnen und Patienten am ersten Tag der Studie und am letzten Tag 15 angewandt. Der PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) ist ein Instrument, welches über den Zeitraum von einen Monat Informationen über die Art und den Schweregrad einer Schlafstörung liefert. Die Skala besteht aus 24 Fragen, wobei 19 von den Patientinnen und Patienten selbst bewertet werden und 5 von der Zimmernachbarin oder dem Zimmernachbarn. Mithilfe des BAI (Beck Anxiety Inventory) Instruments wird die Häufigkeit von Angstzuständen bei Personen anhand einer 4-Punkte Likert. Skala gemessen. (Karadag et al., 2017)

Die Population der Studie umfasste 60 Patientinnen und Patienten und diese wurden zufällig homogen in eine Interventionsgruppe mit 30 Personen und eine Kontrollgruppe mit ebenfalls 30 Personen aufgeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt ein mit Lavendelöl getränktes Baumwolltuch, an welchem die Patientinnen und Patienten jede Nacht an 15 aufeinanderfolgenden Tagen riechen sollten. Dabei dauerte die Anwendung 20 Minuten. Bei der Kontrollgruppe wurde keine Aromatherapie durchgeführt. (Karadag et al., 2017)

Es wurde festgestellt, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe gibt hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Vorliegen einer Begleiterkrankung und Schlafstörung. Bei der Interventionsgruppe ergab sich nach der Auswertung der BAI und PSQI Skala, dass nach der Aromatherapie die Werte deutlich gesunken sind. Dementsprechend sank der Angstzustand. Bei der Kontrollgruppe wurde kein Unterschied zwischen dem Test am Anfang und am Ende festgestellt. (Karadag et al., 2017)

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, inwieweit die Auswirkungen der Aromatherapie auf psychiatrische Patientinnen und Patienten in der internationalen Literatur beschrieben werden. Die daraus resultierende Fragestellung „Welche Auswirkungen hat die Aromapflege auf Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen?“ konnte durch die Darstellung von signifikanten Resultaten im Ergebnisteil ausreichend beantwortet werden. Die in den Studien gefundenen Ergebnisse konnten in keine Kategorien aufgeteilt werden, da bei den einzelnen Studien verschiedenste Bewertungsinstrumente verwendet wurden. Ebenfalls wurden die alternativen Therapieformen bei verschiedenen Patientengruppen angewandt und somit konnte keine eindeutige Zusammengehörigkeit zwischen den Ergebnissen der inkludierten Studien festgelegt werden. Schließlich wurden die fünf Studien nacheinander beschrieben.

Die aus den Studien abgeleiteten Ergebnisse waren unterschiedlich, aber wurden durchwegs positive Effekte der Aromatherapie - wenn oft auch nur in geringem Maße – festgestellt. Es wurde bei allen Studien Lavendelöl verwendet. Es wurden zwei verschiedene Maßnahmen bei den Probanden angewandt: Einerseits wurde der olfaktorische Effekt genutzt und andererseits wurde der Effekt durch Massagen und Einreiben des Öls in die Haut genutzt.

Bei drei von den analysierten Studien wurden Massagen als Intervention durchgeführt und bei zwei wurde mithilfe von ätherischen Düften gearbeitet. Die Studie von Yang et. al. (2016) war unter anderem eine Studie, die Massagen angewandt haben. So zeigte sich in der Studie, dass das agitative Verhalten bei dementen Patientinnen und Patienten nach der Aromatherapiemassage deutlich abgenommen hat. Bestimmte Verhaltensweisen wie das unangemessene Ergreifen von Personen oder Gegenständen und das unangemessene Verhalten beim Essen und Trinken nahmen deutlich ab. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass sich die depressive Symptomatik bei den Patientinnen und Patienten massiv verbessert hat. Bei den beiden anderen Studien von Domingo et. al. (2014 und 2015) wurden ebenfalls mit Aromatherapiemassagen gute Erfolge erzielt. Beide Studien ähneln sich sehr im Aufbau, wurden in einem psychiatrischen Allgemeinkrankenhaus durchgeführt und in beiden Fällen wurden Aromatherapiemassagen mit Lavendel-

und Geraniumöl angewandt. Es wurden aber zwei grundlegend verschiedene Studiendesigns benutzt und so führten die Forscher 2014 eine qualitative und darauffolgend 2015 eine quantitative Studie durch. In der Version von 2014 wurde mittels Interviews herausgefunden, dass die Aromatherapie das psychische und physische Wohlbefinden fördert und die Schlafqualität zusätzlich durch den Geruch der Öle verbessert wurde. Die Patientinnen und Patienten erlangten auch eine bessere Reflektionsfähigkeit bezüglich ihrer Impulsivität und Ichbezogenheit. Somit führten die Aromatherapiemassagen zu einer besseren Selbstkontrolle der Symptome. Die quantitative Studie von Domingos et. al. (2015) zeigte eine Verringerung der Herz- und Atemfrequenz der Patientinnen und Patienten. Des Weiteren wurde eine Verbesserung des emotionalen Zustandes aufgezeigt.

Bei den Studien, welche als Intervention die Aromatherapiemassagen durchführten, wurden bei allen Kontrollgruppen keine Intervention durchgeführt. Aus diesem Grund stellt sich auch die Frage, ob das angewandte ätherische Öl für die Verbesserung der Symptome verantwortlich ist oder ob die erhöhte Aufmerksamkeit dazu führt. Speziell im psychiatrischen Bereich spielt Aufmerksamkeit eine große Rolle. So wurden im Vergleich bei einer anderen Studie von Conrad und Adams (2012) bei Frauen, die eine Hochrisiko Schwangerschaft hatten, nach der Geburt Handmassagen mit ätherischen Ölen durchgeführt. Am Ende wurde bei der Interventionsgruppe eine Verbesserung der Depressionen und Angstzustände beschrieben. Jedoch bekam auch bei dieser Studie die Kontrollgruppe keine Intervention. (Conrad and Adams, 2012)

In der Studie von Ozkaraman et. al. (2018) und in der Studie von Karadag et. al. (2017) wurde jeweils als Intervention ein Baumwolltuch getränkt mit ätherischem Öl verwendet. Bei der Studie von Ozkaraman et. al. (2018) war die Anwendungszeit lediglich fünf Minuten vor dem Schlafen gehen. Bei dieser Studie kamen die Forscher zum Ergebnis, dass das Lavendelöl keine signifikante Wirkung auf die Verringerung der Angstzustände hat. Diese Studie war die einzige, die keinen positiven Effekt auf die Angstzustände der Patientinnen und Patienten feststellen konnte- Dies kann durchaus an der zu kurzen Interventionsdauer liegen, da bei der Studie von Karadag et. al. (2017) sehr wohl eine Verringerung der Angstzustände feststellbar war. Diese Forscher legten aber eine Anwendungsdauer von 20 Minuten fest.

Beide Studien von Domingos und Braga (2014 und 2015) fanden auf einer psychiatrischen Station in einem Allgemeinkrankenhaus statt. Die Studie von Yang et. al. (2016) fand in einem Pflegeheim statt. Die Forscher Ozkaraman et. al. (2018) wählten als Setting ein Privatkrankenhaus aus und die Forscher Kradag et. al. eine Intensivstation. Das Setting spielte somit keine besondere Rolle und bewirkte keine Änderung der Ergebnisse.

In der Studie von Ozkaraman et. al (2018) wurden eine Pflegeperson aktiv in den Forschungsprozess eingebunden und musste die Partizipantinnen und Partizipanten einschulen auf die Intervention zu Hause. Ebenfalls bei der Studie von Yang et. al. (2016) waren die Forscher auf das Mitwirken der Pflegepersonen angewiesen, da sie durch sie wichtige Informationen über das Verhalten der Demenz Patientinnen und Patienten erhielten.

5 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit

In der vorliegenden Arbeit konnten einige Schwächen und Stärken identifiziert werden. Zu den Schwächen zählt, dass es sich bei der Arbeit um kein systematisches Review handelt, sondern um ein beschreibendes Literaturreview. Es handelt sich somit nur um eine Zusammenfassung der inkludierten Studien. Weiters kann als Schwäche angeführt werden, dass die Studienbewertung und die Qualitätsmessung nur durch die Autorin selbst erhoben wurde. Schließlich kann noch die Literaturrecherche als Schwäche angeführt werden, da diese hauptsächlich in den Datenbanken PubMed, Cinahl und Isi Web of Knowledge stattfand. Die Stärke dieser Arbeit liegt eindeutig darin, dass internationale Literatur verwendet wurde. So konnten Studien aus Brasilien, Türkei und Taiwan in die Arbeit eingeschlossen werden. Eine weitere Stärke der Arbeit ist, dass der Fokus sehr auf der Mesh Term Suche lag und somit kaum Studien übersehen werden konnten. Obwohl es am Anfang schwierig war, aktuelle Studien für den Ergebnisteil zu finden, wurde der Fokus bei der endgültigen Auswahl auf die Aktualität gelegt. Somit war die älteste Studie lediglich sechs Jahre alt.

6 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, dass die Aromatherapie einen durchaus positiven Effekt auf psychiatrische Patientinnen und Patienten hat. Auffallend ist, dass speziell das am häufigsten verwendeten Lavendelöl eine durchaus beruhigende Wirkung auf die einzelnen Patientengruppen hatte.

Besonders bei Patientinnen und Patienten, die über Angstzustände klagten, kamen die Forscher der Studien zu dem Ergebnis, dass ätherische Öle zu einer Verbesserung der Symptome führten. Auch die Schlafqualität nahm bei den Patientinnen und Patienten zu. Bei einer der gefundenen Studien kamen die Forscher zu keiner Verbesserung der Angstzustände, dies kann aber auf die zu kurze Anwendungsdauer zurückgeführt werden.

Im psychiatrischen Bereich bekommen viele der Patientinnen und Patienten häufig eine große Anzahl an Psychopharmaka. Einige der Medikamente haben wie anfangs beschrieben eine lange Reihe an Nebenwirkungen. Die Studien zeigten, dass die Aromatherapie durchaus eine gute Alternative zu den herkömmlichen Medikamenten bei leichten Angst- und Schlafstörungen ist. Leider wurden die Anwendungen meistens nicht von den Pflegepersonen selbst durchgeführt. Sie wirkten als unterstützendes aber meist nicht als ausführendes Organ.

6.1 Forschungsempfehlung

Aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse lässt sich erkennen, dass zwar bereits einige Studien im Bereich der Aromapflege durchgeführt wurden, aber in Zukunft sollte der Fokus vermehrt auf den psychiatrischen Bereich gelegt werden. Vorwiegend wurde in den Studien die Intervention mithilfe von Forschungsassistenten durchgeführt. Es hätte das Pflegepersonal wesentlich mehr einbezogen werden können, da besonders im psychiatrischen Bereich die Bezugspflegeperson eine große Rolle spielt. Somit hätte das Pflegepersonal auch, wenn es an den Studien teilgenommen hätte, Feedback geben können hinsichtlich der Durchführbarkeit im Arbeitsalltag. Die Anzahl der Partizipantinnen und Partizipanten hätte ausgeweitet werden können, um fundiertere Ergebnisse unter Einbindung einer größeren Gruppe an Probanden zu bekommen. Im deutsch- und englischsprachigen Raum gibt es derzeit noch wenig Forschung bezüglich der

Aromatherapie. Dies könnte durchaus erweitert und auch in österreichischen und deutschen Settings erforscht werden.

6.2 Praxisempfehlung

Aromapflege zeigt im psychiatrischen Bereich eine große Wirkung und speziell bei Angststörungen und physischen und psychischen Unwohlbefinden zeigt es eine große Wirkung. Ätherische Öle in jeder Anwendung sind nicht kostenaufwendig und von jeder Pflegeperson mit einer Weiterbildung in der Aromapflege durchführbar. Es sollte in allen Settings vermehrt auf die Weiterbildung in der Aromatherapie Wert gelegt werden, da Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose überall vorkommen können. Es wäre hinsichtlich der Kosten eine Erleichterung für das Gesundheitssystem, da gewisse Kosten für Medikamente bei leichten Formen einer psychischen Erkrankung eingespart werden können. Auch die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten könnte erhöht werden, da die Aromatherapie kaum Nebenwirkungen mit sich bringt, wie es bei Psychopharmaka leider sehr wohl oft der Fall ist.

7 Literaturverzeichnis

- AMRHEIN, C. 2010. *Volkskrankheit Depression* [Online]. Available: <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/depression/symptome-diagnose/> [Accessed 22.01. 2020].
- ANTWERPES, F. 2016. *DALY* [Online]. Available: <https://flexikon.doccheck.com/de/DALY> [Accessed 20.01. 2020].
- BEIER, C., DEMLEITNER, M., STRUCK, D. & WABNER, D. 2011. *Aromatherapie*, Place of publication: Urban & Fischer.
- BERGER, M. & HECHT, H. 2019. *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* Place of publication: Elsevier.
- BERUFSVERBÄNDE UND FACHGESELLSCHAFTEN FÜR NEUROLOGIE, P. U. P., PSYCHOSOMATIK SOWIE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN DEUTSCHLAND, ÖSTERREICH, DER SCHWEIZ UND ITALIEN, . o.D. *Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie* [Online]. Available: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/> [Accessed 01.12. 2019].
- BOŠNJAK, O. 2020. *Lavendel: Arzneipflanze des Jahres 2020* [Online]. Available: <https://www.phytodoc.de/heilpflanzen/lavendel> [Accessed 02.02. 2020].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, G., PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ, . 2020. *Öffentliches Gesundheitsportal Österreich* [Online]. Available: <https://www.gesundheit.gv.at/> [Accessed 26.01. 2020].
- CONRAD, P. & ADAMS, C. 2012. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman—a pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 18, 164-168.
- COOKE, B. & ERNST, E. 2000. Aromatherapy: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 50, 493-496.
- DENK, P., HAGLEITNER, J. & WEIBOLD, B. 2010. *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter; Projekt „Psychische Gesundheit“* [Online]. Available: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715360&version=1391184577> [Accessed 10.,01. 2020].
- DILLING, H., MAMBOUR, W. & H. SCHMIDT, M. 2015. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kaptiel V (F)*, Place of publication: Hogrefe

- DIMDI, D. I. F. M. D. U. I. & WHO. 2017. *ICD-10-GM Version 2018* [Online]. Available: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f00-f09.htm> [Accessed 17.01. 2020].
- DOMINGOS, T. D. & BRAGA, E. M. 2014. Meaning of aromatherapy massage in mental health. *Acta Paulista De Enfermagem*, 27, 579-584.
- DOMINGOS, T. D. & BRAGA, E. M. 2015. Massage with aromatherapy: effectiveness on anxiety of users with personality disorders in psychiatric hospitalization. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, 49, 450-456.
- GNATTA, J. R., KUREBAYASHI, L. F. S., TURRINI, R. N. T. & DA SILVA, M. J. P. 2016. Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, 50, 127-133.
- GRIEBLER, R., WINKLER, P., GAISWINKLER, S., DELCOUR, J., JURASZOVICH, B., NOWOTNY, M., POCHOBRADESKY, E., SCHLEICHER, B. & SCHMUTTER, I. 2017. *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016* [Online]. Available: <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2018-01/gesundheitsbericht2016.pdf> [Accessed 03.12. 2019].
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER. 2010. *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter* [Online]. Available: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715360&version=1391184577> [Accessed 20.01. 2020].
- HAUTZINGER, M. & THIES, E. 2009. *Klinische Psychologie, Psychische Störungen kompakt*, Place of publication: Beltz Psychologie.
- HILSCHER, C. 2015. *Psychopharmaka-Liste* [Online]. Available: <https://psylex.de/psychopharmaka/antidepressiva/antidepressiva.html> [Accessed 20.01. 2020].
- HOLLOWAY, I. & GALVIN, K. 2016. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*, Place of publication: Wiley Blackwell.
- HONG, Q. N., PLUYE, P., FABREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROSSEAU, M.-C. & VEDEL, I. 2018. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* [Online]. Available: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf [Accessed 11.11. 2019].

- KARADAG, E., SAMANCIOGLU, S., OZDEN, D. & BAKIR, E. 2017. Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nursing in Critical Care*, 22, 105-112.
- LADINSER, E. & KORN, M. 2014. *HPE - Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter* [Online]. Available: <https://www.hpe.at/information/ursachen-psychischer-erkrankungen.html> [Accessed 15.01. 2020].
- OZKARAMAN, A., DUGUM, O., YILMAZ, H. O. & YESILBALKAN, O. U. 2018. Aromatherapy The effect of lavender on anxiety and sleep quality in patients treated with chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22, 203-210.
- PRO PSYCHOTHERAPIE E.V. 2020. *Verband Pro Psychotherapie e.V.* [Online]. Available: <https://www.therapie.de/psyche/info/> [Accessed 01.02. 2020].
- REICHE, D. 2013. *Psychopharmaka - Rettung oder Verhängnis?* [Online]. Available: <https://www.gesundheit.de/medizin/wirkstoffe/sonstige-wirkstoffe/psychopharmaka> [Accessed 20.01. 2020].
- REIMBURSEMENT INSTITUTE. o.D. *ICD-10* [Online]. Available: <https://reimbursement.institute/glossar/icd-10/> [Accessed 10.01. 2020].
- TLACH, L., LAMBERT, M., WEYMANN, N., LIEBHERZ, S., DIRMAIER, J. & HÄRTER, M. 2020. *Psychische Gesundheit* [Online]. Available: <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/basiswissen.html> [Accessed 22.01. 2020].
- TÜRPEL, J. C., MOTSCHALL, E. & GERD, A. 2003. *Literatursuche in PubMed: Medical Subject Headings (MeSH)* [Online]. Available: https://www.zahnheilkunde.de/beitragpdf/pdf_1408.pdf [Accessed 04.12. 2019].
- WECKMANN, A.-S. 2012. *Einsatz von ätherischen Ölen in der Gesundheits- und Krankenpflege Aromatherapie/ Aromapflege* [Online]. Available: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Anne-Sophie%20Weckmann_GL%20AROMAPFLEGE_PC%20KURS.pdf [Accessed 15.01. 2020].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* [Online]. Available: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054> [Accessed 29.11. 2019].

YANG, Y. P., WANG, C. J. & WANG, J. J. 2016. Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 42, 38-46.