

BACHELORARBEIT

Komplementäre Pflegeinterventionen in der palliativen pflegerischen Versorgung

Vorgelegt am 31. Mai 2021

von Lina Schneider

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

1. Prüfer: Fr. Prof. Dr. Susanne Busch

2. Prüfer: Fr. Dr. Sünje Prühlen

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management

Alexanderstrasse 1

20099 Hamburg

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Bedarf an einer palliativen Versorgung wird in den nächsten Jahren stark zunehmen, wodurch Palliative Care ein immer bedeutenderer Bestandteil des Gesundheitssystems darstellt. Die Bedürfnisse und Wünsche der erkrankten Personen stehen in dem Versorgungsansatz im Fokus, sodass eine würdevolle, schmerzlose und eine Lebensqualität fördernde letzte Phase des Lebens gewährleistet ist. Neben der schmerzlindernden, medikamentösen Therapie nimmt das Interesse an komplementären Pflegeinterventionen in der Gesellschaft immer weiter zu. Therapeutic Touch zählt zu einer dieser komplementären Pflegeinterventionen und zielt darauf, ab die Gesundheit von pflegebedürftigen Menschen zu fördern.

Zielsetzung: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die Auswirkungen der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch, auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen, in der Palliativversorgung zu überprüfen.

Methodik: Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche in den fachspezifischen Datenbanken PubMed, Cinahl und Cochrane durchgeführt. Die systematische Literaturrecherche wurde durch eine Handrecherche in Google Scholar, der Springer Verlagsdatenbank sowie in der Bibliotheksdatenbank der Hochschule für Angewandte Wissenschaften ergänzt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der inkludierten Studien geben signifikante Hinweise dafür, dass die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch eine positive Auswirkung auf die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung haben.

Schlussfolgerung: Therapeutic Touch ist eine komplementäre Pflegeintervention, die einen positiven Einfluss auf die Befriedigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen in der palliativen pflegerischen Versorgung hat. Aufgrund der geringen Anzahl an wissenschaftlichen Untersuchungen und der Mängel an der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien, ist es weiterführend notwendig, themenbezogene Untersuchungen durchzuführen, um die Ergebnisse zu stützen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
1. Einleitung	1
1.1. Problembeschreibung	1
1.2. Fragestellung und Zielsetzung	2
1.3. Aufbau der Arbeit	3
2. Methodik.....	3
3. Palliative Care.....	6
3.1. Begriffsdefinition.....	7
3.2. Grundsätze von Palliative Care	7
3.3. Total Pain Konzept	8
4. Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung.....	10
5. Therapeutic Touch – Eine komplementäre Pflegeintervention	12
5.1. Entstehung und Entwicklung von Therapeutic Touch	13
5.2. Theoretischer und bioenergetischer Hintergrund	15
5.2.1. Das Pflegemodell von Martha Roger als Erklärungsansatz	15
5.2.2. Biomagnetische Felder als Grundlage von Therapeutic Touch.....	16
5.3. Der interne Anwendungs- und Durchführungsprozess von Therapeutic Touch .	17
6. Ergebnisse.....	18
6.1. Darstellung der inkludierten Studien.....	19
6.2. Auswirkung von Therapeutic Touch auf die psychischen und sozialen Bedürfnisse	23
6.3. Auswirkung von Therapeutic Touch auf die spirituellen Bedürfnisse	25

6.4.	Auswirkung von Therapeutic Touch auf die physischen Bedürfnisse	27
7.	Kritische Bewertung der inkludierten Studien.....	28
8.	Diskussion.....	30
8.1.	Diskussion der erzielten Ergebnisse	30
8.2.	Charakteristika und Merkmale der Therapeutic Touch Anwendungen.....	31
8.3.	Zielgruppe.....	33
8.4.	Empfehlungen für weiterführende Forschung.....	34
8.5.	Limitationen der Arbeit	34
9.	Fazit und Ausblick.....	35
	Quellenverzeichnis.....	37
	Anhang.....	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart-Diagramm der systematischen Literaturrecherche	6
Abbildung 2: Total-Pain-Konzept nach Cicely Sauder	9
Abbildung 3: Hierarchische Anordnung der Bedürfnisse von Menschen in der Palliativversorgung	11
Abbildung 4: Prozentuale Verbesserung der angegebenen Beschwerden	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bestandteile der Fragestellung anhand des PIKE-Schemas	4
Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien	19
Tabelle 3: Statistischer Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe.....	26

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BPI	Brief Pain Inventory
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
FGPG	Fachgesellschaft Palliative Geriatrie
GuGk	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HOPE	Hospiz- und Palliativ-Erhebung
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association International
NCI	National Cancer Institute
PPS	Palliative Performance Score
RKI	Robert Koch-Institut
SQUID	Superconducting quantum interference device
TT	Therapeutic Touch
TTIA	Therapeutic Touch International Association
WHO	World Health Organization
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1. Einleitung

1.1. Problembeschreibung

Der demografische Wandel wird Deutschland in den nächsten Jahren und Jahrzehnten als komplexe gesellschaftliche Entwicklung stark beeinflussen (RKI, 2015, S. 435). Durch die Alterung der Bevölkerung wird das Durchschnittsalter der Menschen steigen und die Anzahl der chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, insbesondere im höheren Alter, zunehmen (RKI, 2020a). Menschen mit chronischen und unheilbaren Erkrankungen weisen eine durchschnittlich höhere Sterblichkeitsrate auf (AWMF, 2017, S. 15; RKI, 2020b), wodurch der globale Bedarf der Palliativversorgung deutlich zunimmt (WHO, 2020; AWMF, 2017, S. 27). Jährlich benötigen 40 Millionen Menschen weltweit eine palliative Versorgung, welche als integrierter, menschenzentrierter Versorgungsansatz ein wichtiger Bestandteil in der Gesundheitsversorgung darstellt (WHO, 2020).

Bei Menschen die sich aufgrund einer unheilbaren, lebensbegrenzenden Erkrankung in der Palliativversorgung befinden, wird die Lebensqualität gezielt durch Schmerzen und Leid negativ beeinflusst (Bausewein, 2018, S. 6), wodurch besondere Bedürfnisse auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene, der betroffenen Personen entstehen (AWMF, 2020, S. 35; WHO, 2020). Palliative Care verfolgt daher das Ziel, die individuellen Bedürfnisse zu befriedigen, um den Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung, in der letzten Phase des Lebens, ein würdevolles, schmerzloses und qualitativ hochwertiges Leben zu ermöglichen (WHO, 2020; AWMF, 2020, S. 40). Zur Linderung der physischen Schmerzen liegt der Fokus auf der medikamentösen Therapie, welche sich als effektiv erweist und einen positiven Einfluss auf die körperlichen Beschwerden erzielt (WHO, 2020; Hiddemann & Rolke, o.J.). Belastende Auswirkungen der starken Schmerzmedikation können unerwünschte Nebenwirkungen bereits zu Beginn der Einnahme auslösen und dadurch die physische und psychische Gesundheit negativ beeinflussen (Jakobs, o.J.). Des Weiteren wird gezielt in der pflegerischen Palliativversorgung der Schmerz als ein multidimensionales Geschehen betrachtet (Schmitz & Schulz, 2014, S. 64; FGPG, 2020, S. 2), welcher nicht ausschließlich durch die Gabe von Medikamenten gelindert werden kann (Schmitz & Schulz, 2014, S. 64; Hiddemann & Rolke, o.J.). Ergänzend zur Schmerztherapie nimmt das Interesse an komplementären Pflegeinterventionen innerhalb der pflegerischen Versorgung immer weiter zu (Stellhorn, C., 2009, S. 84; ZQP & Oritz, 2018). Die

Anwendung und Durchführung von komplementären Pflegeinterventionen haben zum Ziel die „[...] Allgemeinen, Selbstheilungsprozesse und individuelles Wohlbefinden von pflegebedürftigen Menschen anzuregen.“ (ZQP, o.J.). Die Interventionen basieren auf Naturheilmittel und gezielten handlungsgeleitenden Annahmen und dienen als ergänzende Maßnahme zur schulmedizinischen, konventionellen Pflege (ZQP & Oritz, 2018). Aromapflege, Wickel und Auflagen sowie die Basale Stimulation, Kinästhetik und Therapeutic Touch, gehören unter anderem in der Pflegepraxis zu den komplementären Pflegeinterventionen (Ebd.). Es gibt bereits einige Hinweise dafür, dass komplementäre Pflegeinterventionen positive Effekte bei pflegebedürftigen Menschen erzielen (Ebd.), dennoch fehlt es an evidenzbasiertem Wissen, da es erst wenige Untersuchungen gibt, die sich mit der Integration und der Effektivität des pflegerischen Handlungsbereiches der komplementären Interventionen beschäftigen (Stellhorn, 2009, S. 82; ZQP & Oritz, 2018). Therapeutic Touch zählt als komplementäre Pflegeintervention zu den Biofeldtherapien (NCI, 2021) und verfolgt das Ziel, den Heilungsprozess von Menschen anzuregen und zu unterstützen (Krieger, 2012, S. 25). Aufgrund der Annahme, dass jeder gesunde Mensch das Potenzial hat, durch Therapeutic Touch pflegebedürftige Menschen zu helfen und der Tatsache, dass die Durchführung ohne Körperkontakt und ohne jegliche Materialien erfolgt (Krieger, 1975, S. 787), beschäftigt sich diese Arbeit gezielt mit der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch.

1.2. Fragestellung und Zielsetzung

Aufgrund der zunehmenden Relevanz einer würdevollen und Lebensqualität steigernden letzten Phase des Lebens, wird in dieser Arbeit das Ziel verfolgt, die Wirkung der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch, auf die Bedürfnisse von Menschen in der Palliativversorgung zu überprüfen. Aus dieser Zielsetzung ergibt sich folgende Fragestellung, die im Verlauf der Arbeit beantwortet werden soll:

Welche Auswirkungen hat die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch, auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen, in der palliativen pflegerischen Versorgung?

1.3. Aufbau der Arbeit

Zu Beginn dieser Arbeit wird das methodische Vorgehen aufgezeigt und skizziert, um zu verdeutlichen, wie die Ergebnisse der Arbeit generiert wurden. Anschließend erfolgt ein Einblick in den theoretischen Rahmen des behandelnden Themenbereiches. Es wird ein Überblick über Palliative Care gegeben, indem der Begriff definiert wird und die Grundsätze und Leitgedanken von dem Versorgungsansatz beschrieben und dargestellt werden. Das Leiden und der Schmerz von Palliativpatienten werden anhand des Total-Pain-Konzeptes genauer charakterisiert. Daraus folgend werden die besonderen Bedürfnisse, welche im Verlauf einer lebensbegrenzenden, nicht heilbaren Erkrankung entstehen, ausführlich beschrieben und abgebildet. Um einen Überblick über die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch zu erhalten, werden die Eigenschaften, Grundannahmen sowie die Entstehung und Anwendung dieser Intervention genauer beleuchtet. Zielführend werden die aktuellen Forschungsergebnisse zur Auswirkung von Therapeutic Touch auf die Bedürfnisse von palliativ zu betreuenden Personen aufgezeigt. Die inkludierten Studien werden anschließend auf die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit kritisch analysiert und die Ergebnisse folgend diskutiert und interpretiert. Im weiteren Verlauf beschäftigt sich diese Arbeit mit Empfehlungen für die weiterführende Forschung. Zum Abschluss werden die Limitationen und Begrenzungen dieser Arbeit aufgezeigt, folgend einer Schlussfolgerung der gesamten Thematik.

In dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit, das generische Maskulinum verwendet und auf die gleichzeitige Verwendung von männlicher und weiblicher Sprachform verzichtet. Weibliche und andere Geschlechtsidentitäten werden in der Arbeit durch die männliche Sprachform der personenbezogenen Substantive und Pronomen, ausschließlich mitgemeint.

2. Methodik

Zu Beginn dieser wissenschaftlichen Arbeit wurde eine „Quick and Dirty“ Recherche durchgeführt, um inhaltliche Kompetenz bezüglich des Themenfeldes zu erlangen und den Umfang über die spezifische, themenbezogene Literatur zu erhalten. Anschließend erfolgte zur Beantwortung der handlungsleitenden Fragestellung dieser Arbeit, eine umfangreiche, systematische Literaturrecherche im Zeitraum vom 01.04.2021 bis zum 15.05.2021. Für die

systematische Literaturrecherche wurden die fachspezifischen Datenbanken CINAHL, PubMed und Cochrance verwendet. Zusätzlich wurde eine nicht-systematische Literaturrecherche durchgeführt, um relevante Literatur heranzuziehen. Der Katalog der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, die Suchmaschine Google Scholar sowie die Springer Verlagsdatenbank wurden dafür ergänzend verwendet. Die einzelnen Bestandteile der Fragestellung dieser Arbeit (siehe Tabelle 1), welche anhand des PIKE Schemas erstellt wurde, dienen als Grundlage für die Suchstrategie in den verwendeten Datenbanken.

Tabelle 1: Bestandteile der Fragestellung anhand des PIKE-Schemas

P=Personengruppe	Erwachsene Menschen in der palliativen pflegerischen Versorgung
I=Intervention	Therapeutic Touch
K=Kontrollintervention	Keine Intervention
E=Ergebnismaß	Auswirkung auf die Bedürfnisse

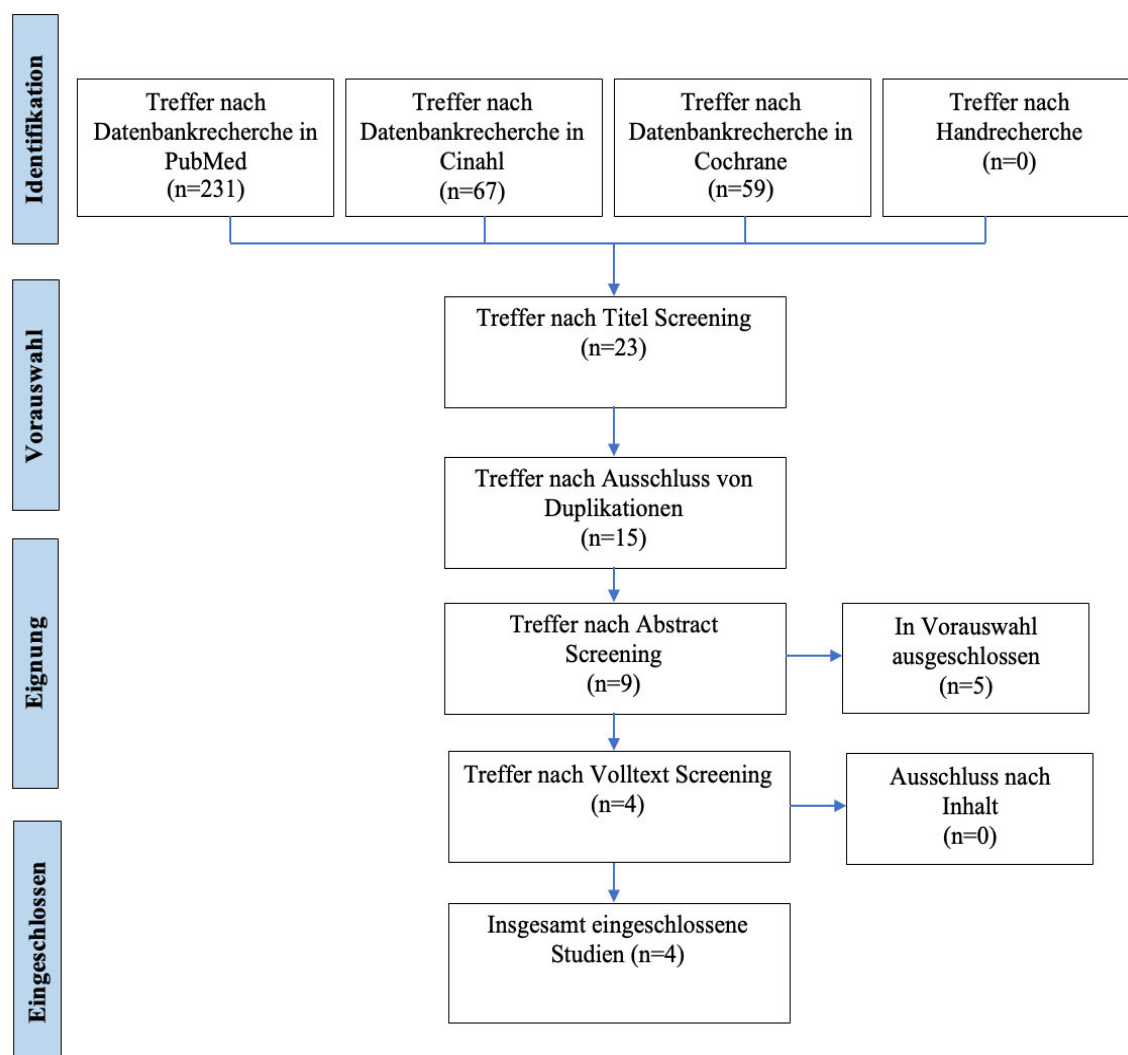
Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Behrens & Langer, 2016, S. 107

Die nach dem PIKE-Schema entwickelten Suchbegriffe wurden für die systematische Literaturrecherche auf Englisch übersetzt, um möglichst eine Vielzahl von relevanten Ergebnissen zu erhalten. Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: „Therapeutic Touch“, „Palliative Care“ und „Needs“. Aufgrund einer geringen Trefferzahl wurden die Suchbegriffe überarbeitet und haben sich lediglich auf „Therapeutic Touch“ und „Palliative Care“ beschränkt. Um eine Mehrzahl an relevanten Ergebnissen zu erhalten, wurde die Suchstrategie erneut erweitert, indem das Schlagwort „Cancer“ hinzugefügt wurde. Die erweiterte Suchstrategie lässt sich dadurch begründen, dass aufgrund des demografischen Wandels die Anzahl an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, im Zuge der steigenden Alterung, in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird (RKI, 2020a). Zusätzlich wird die ausbauende Recherche durch die Tatsache gerechtfertigt, dass 34% der palliativ zu betreuenden Menschen an einer Krebserkrankung leiden und damit eines der häufigsten, lebensbegrenzenden Erkrankungen darstellt (WHO, 2020). Die einzelnen Suchbegriffe wurden mit dem Bool'schen Operator „AND“ verknüpft. Die Kombination der

Suchbegriffe, die in den einzelnen fachspezifischen Datenbanken verwendet wurden, werden in Anhang 1 dargestellt und verdeutlicht.

Für die Auswahl der Ergebnisse wurden zuvor Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Auswahl der Studien begrenzte sich auf erwachsene Menschen, während Untersuchungen in Bezug auf Kinder und Jugendliche ausgeschlossen wurden. Es wurden lediglich die Studien als relevant betrachtet, welche die Wirkung von der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch untersuchen. Studien in denen Beschwerden durch eine zusätzliche Therapie ausgelöst werden, wurden nicht in diese Arbeit inkludiert. Ein weiteres ausgewähltes Einschlusskriterium befasst sich mit dem Setting der Untersuchung. Studien, welche im Krankenhaus, Hospiz, einer Palliativstation oder im häuslichen Umfeld stattgefunden haben, wurden berücksichtigt und in die Auswahl eingeschlossen. Für die Limitation der systematischen Literaturrecherche wurden englisch- und deutschsprachige Studien gewählt, damit eine Recherche auf internationaler Ebene möglich ist. Um aktuelle und wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, wurde die Limitation des Veröffentlichungszeitraumes zwischen Mai 2011 und Mai 2021 gewählt.

Der durchgeführte Prozess der Literaturrecherche wird in Abbildung 1, in Form eines Flowchart-Diagrammes dargestellt. Die durch die Suchstrategie erreichten Treffer wurden anhand des Titels, des Abstracts und des Inhaltes auf Relevanz analysiert und ausgewählt.

Abbildung 1: Flowchart-Diagramm der systematischen Literaturrecherche

Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Moher et al., 2009

Nach der Eignungsprüfung konnten durch die Literaturrecherche vier Studien in die Arbeit eingeschlossen werden, die zielführend für die Beantwortung der Fragestellung sind. Die ausgewählten und für die Arbeit relevanten Studien wurden anhand von Beurteilungsbögen auf ihre Qualität geprüft und kritisch bewertet (Siehe Anhang 2).

3. Palliative Care

In dem vorliegenden Kapitel wird Palliative Care in seinen Begrifflichkeiten geklärt und die Grundsätze und Leitgedanken des Versorgungsansatzes beschrieben.

3.1. Begriffsdefinition

Palliative Care ist ein Fachausdruck, der alle Aspekte und Aktivitäten umfasst, die zur komplexen Versorgung und Betreuung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen, nicht heilbaren Erkrankung beiträgt (Nationale Akademie der Wissenschaft Leopoldina & Union der deutschen Akademie der Wissenschaften, 2015, S. 11). Der Begriff „palliativ“ wird von dem lateinischen Wort „pallium“ beziehungsweise „palliare“ abgeleitet und bedeutet Mantel, Umhang sowie bedecken, tarnen und lindern (Müller-Busch, 2014, S.4). Das englische Wort „care“ bedeutet übersetzt sowohl Sorge, Pflege, Kümmern sowie Fürsorge und Behandlung (Ebd., S. 7). Daraus folgend lässt sich Palliative Care als eine „umhüllende Fürsorge“ deuten (Hametner, 2019, S. 17). In Deutschland hat sich der Terminus Palliativversorgung seit dem Jahr 2009 als äquivalent zu Palliative Care durchgesetzt und wurde im deutschen Gesundheitssystem sowie in der Gesetzgebung etabliert (DGP, 2016, S.3).

3.2. Grundsätze von Palliative Care

Palliative Care ist ein Versorgungsansatz, der durch die würdevolle Begleitung und Versorgung von schwerkranken Menschen und dessen Familie gekennzeichnet ist (Müller-Busch, 2014, S.7). In dem Versorgungsansatz geht es „nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ (Cicely Saunders, 1993; zitiert nach Student & Napiwotzky, 2011, S. 4) . Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care als einen Ansatz, zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Durch Prävention und Linderung von Leiden, durch frühzeitige Identifikation, sorgsamer Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene, soll dies erreicht werden (WHO, 2002). Als Grundprinzip in der Palliativversorgung wird das Sterben und der Tod als ein natürlicher Prozess des Lebens erachtet, welcher weder beschleunigt noch verzögert wird (Ebd.). Die erkrankte Person wird in der palliativen Versorgung von einem multiprofessionellen Team begleitet, welcher interdisziplinär zusammenarbeitet (AWMF, 2020, S. 40) und einen integralen Bestandteil der Palliativversorgung darstellt. Professionen mit medizinischen, pflegerischen, psychosozialen, soziologischen und spirituellen Kompetenzen sind daran beteiligt (Hirsmüller & Schröer, 2014, S. 13f.). Auch die

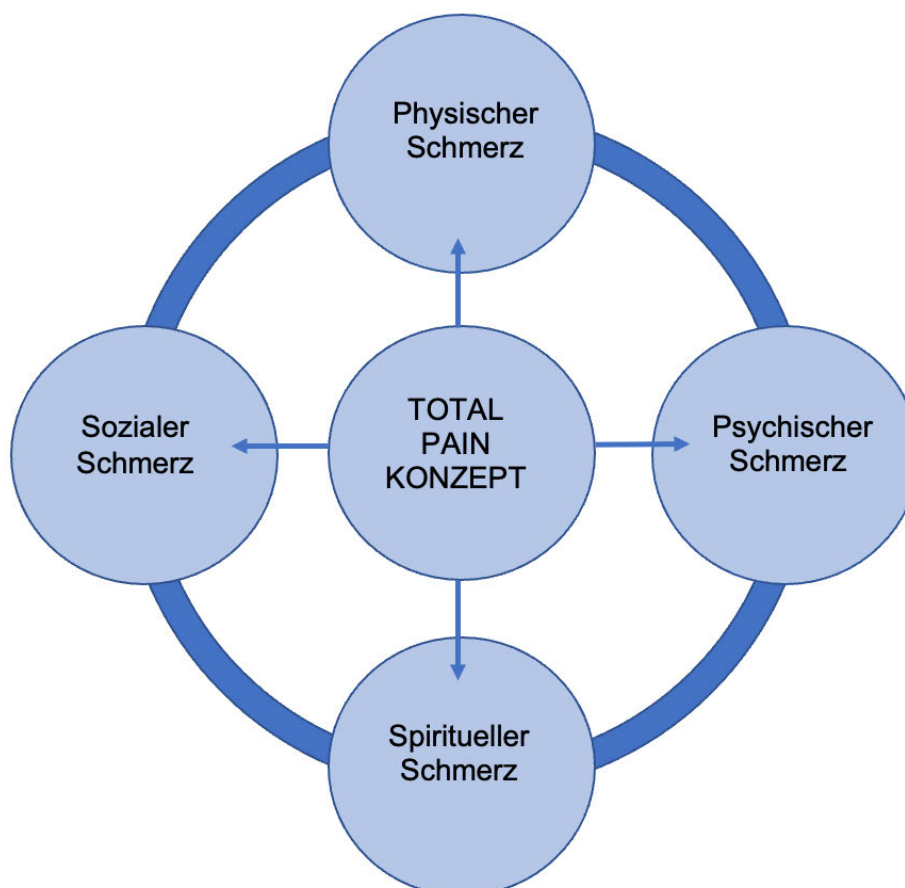
Unterstützung und Begleitung von nahestehenden Bezugspersonen hat in der Palliativversorgung einen hohen Stellenwert. Durch Beratungs- und Unterstützungsangebote werden die Angehörigen von Beginn der infausten Diagnose bis nach dem Tod des Erkrankten, begleitet und betreut. (Nationale Akademie der Wissenschaft Leopoldina & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, 2015, S. 14). Die Palliativversorgung beginnt ab dem Zeitpunkt, an dem eine Krankheit nicht mehr ursächlich behandelt werden kann und eine Kuration nicht mehr für möglich erachtet wird (DHPV, o.J.). Bereits im frühen Krankheitsverlauf einer unheilbaren Erkrankung ist die palliative Begleitung in den Behandlungsablauf integrierbar und parallel zu weiterführenden lebensverlängernden, kurativen Behandlungsmaßnahmen empfehlenswert (WHO, 2002). Das Leistungsspektrum, in denen eine palliative Versorgung und Begleitung in Anspruch genommen werden kann, ist sehr umfangreich. Abhängig von dem individuellen Betreuungsbedarf, den Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Personen, können verschiedene Versorgungsangebote in Anspruch genommen werden (Maier, 2016, S. 44f.). Die Versorgungsformen unterscheiden sich zwischen der allgemeinen und spezialisierten, der ambulanten und stationären sowie der ehrenamtlichen und der professionellen Versorgung (Prütz & Saß, 2016, S.26f.). Das oberste Ziel der Palliativversorgung ist die Förderung und der Erhalt der Lebensqualität von Menschen, die mit einer lebenslimitierenden Erkrankung konfrontiert sind (AWMF, 2020, S. 40). Dabei liegt ein Schwerpunkt auf der Schmerzlinderung und der Entlastung von beeinträchtigenden Begleiterscheinungen (WHO, 2002). Die zentrale Aufgabe der palliativen Pflege umfasst die Wahrnehmung, Erfassung und Unterstützung, der individuellen Bedürfnisse und Beschwerden des Patienten, mit dem aktiven Ziel die Lebensqualität zu verbessern (Hirsmüller & Schröer, 2014, S. 14).

3.3. Total Pain Konzept

Als wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung dient das Total-Pain-Konzept, (Saunders, 1996, S. 1600), welches in die Palliative Care integriert und von Cicely Saunders geprägt wurde (Saunders, 1996, S. 1599f.; Schmitz & Schulz, 2014, S. 64). Die zentrale Kernaussage des Konzeptes befasst sich damit, dass Leiden und Schmerz nicht nur das somatische Geschehen umfasst. Dem Total Pain Konzept nach, wird das Leiden eines Menschen auf vier verschiedenen Ebenen charakterisiert. Die physische, psychische, soziale und spirituelle Not sollte in der schwierigen Lebensphase berücksichtigt werden (Ebd.). Demzufolge werden in der Palliativversorgung das Leiden und der Schmerz als ganzheitliches,

komplexes und multidimensionales Phänomen betrachtet (Saunders, 2001; Schmitz & Schulz, 2014, S. 64) und in folgender Abbildung veranschaulicht (Abbildung 1).

Abbildung 2: Total-Pain-Konzept nach Cicely Saunder



Quelle: Darstellung modifiziert nach Cuhls et al., 2015, S.36 zitiert nach Saunders, 1996, S. 1600

Eine weitere Grundaufgabe in der Palliative Care ist daher, das multidimensionale Leiden zu erfassen (FGPG, 2020, S.2). Die verschiedenen Dimensionen des Leidens treten meist in Kombination auf (Gerhard, 2015, S. 16) und beeinflussen sich in Abhängigkeit untereinander (FGPG, 2020, S. 2). Durch die Auffassung des komplexen Schmerzes wird ersichtlich, dass eine alleinige pharmakologische Maßnahme zur Verminderung von Schmerzen nicht genügt (Schmitz & Schulz, 2014, S. 64). Für eine vielfältige und ganzheitliche Schmerzlinderung im palliativen Setting ist eine umfangreiche Versorgung notwendig, die Körper, Geist und Seele mit einbezieht (FGPG, 2020, S. 2).

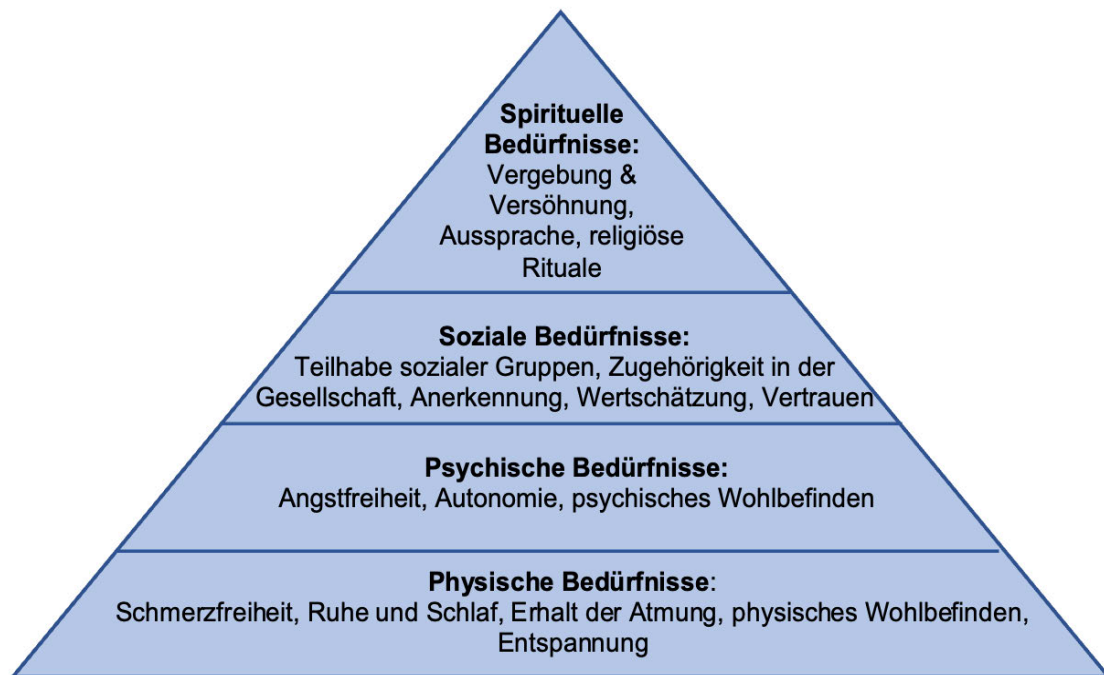
4. Bedürfnisse von Menschen in der palliativen Versorgung

In der letzten Phase des Lebens gewinnen die Bedürfnisse von Menschen mit einer chronischen, progredienten und nicht heilbaren Erkrankung immer mehr an Bedeutung (Wehner, 2014, S.7). Das multiprofessionelle Team verfolgt daher das Ziel, durch die Befriedigung der Bedürfnisse, die Lebensqualität in der schweren Zeit bestmöglich zu erhalten und zu begünstigen (WHO, 2020; Hirschmüller & Schröder, 2019, S. 10). Der Umfang der Bedürfnisse lässt sich durch die vier Dimensionen des Leidens und des Schmerzes anhand des Total Pain Konzeptes ableiten (AWMF, 2020, S. 35; Gerhard, 2015, S.17). Durchschnittlich ist jede palliativ zu betreuende Person mit zehn bis zwölf Begleitscheinungen zur selben Zeit konfrontiert, weshalb das Bedürfnis nach Linderung und Abschwächung der belastenden Symptome sehr groß ist (Bausewein, 2018, S. 6). Die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow (siehe Anhang 3) kann in seinen Gegebenheiten als Orientierungshilfe dienen, die besonderen Bedürfnisse auf allen Dimensionen und in der adäquaten Abfolge zu erfüllen (Gerhard, 2015, S. 16).

Laut Abraham Maslow gibt es Bedürfnisse, welche für alle Menschen an Gültigkeit gewinnen und in einer hierarchischen Abfolge angeordnet sind (Maslow, 1978, S. 95). Abraham Maslow beschreibt, dass die Befriedigung der Bedürfnisse der „höheren“ Klassifikationen erst dann möglich sind, wenn die in der „tieferen“ Anordnung, welche als Grundbedürfnisse des Menschen gelten, bereits erfüllt sind (Maslow, 1978, S. 76, 103, 124). Ergänzend kann ein Bedürfnis erst dann befriedigt werden, wenn ein Bedarf oder Mangel besteht (Scharb & Scheinberg, 2018, S. 74). Daraus folgend kann der Zusammenhang von Leid und Bedürfnis veranschaulicht werden (Wehner, 2014, S.9).

Die These von Abraham Maslow ist auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen in dem speziellen Behandlungsprozess übertragbar (Bausewein, 2018, S.6; Wehner, 2014, S.9), wodurch die besonderen Bedürfnisse von Palliativpatienten, in Anlehnung von Maslow'schen Bedürfnispyramide genauer abgeleitet werden können (Wehner, 2014, S.9). Zu berücksichtigen ist, dass sich die Bedürfnisebenen der hierarchischen Abfolge von persönlichem Hintergrund sowie Prägungen im sozialen und kulturellen Bereich verschieben können (Wehner, 2014, S. 8).

Abbildung 3: Hierarchische Anordnung der Bedürfnisse von Menschen in der Palliativversorgung



Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Gerhard, 2015, S. 16f.; Bausewein, 2018, S. 6ff.; Wehner, 2014, S. 10; Lindena, 2014, S.8

In dem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf einer progredienten Erkrankung nehmen die körperlichen Beschwerden deutlich zu und können die Lebensqualität negativ beeinflussen. Dem zu folge steht die Symptomlinderung der Beschwerden im Mittelpunkt (Bausewein, 2018, S.6). Die Linderung körperlicher Beschwerden stellt die Voraussetzung dar, sich anderen Menschen in seinem Umfeld zu öffnen und sich mit spirituellen Gedanken und Bedürfnissen zu beschäftigen (Bausewein, 2018, S.6; Wehner, 2014, S.9; FGPG, 2020, S. 1). In der Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE) 2014 wurden die Gesundheitsprobleme von 1.888 Menschen erfasst, welche in eine stationäre, palliative Einrichtung oder in eine spezialisierte, ambulante Palliativversorgung aufgenommen wurden (Lindena, 2014, S.8). Allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Schmerz wurden am häufigste als belastende Beschwerden genannt. Als weitere Begleiterscheinung wurde Anspannung und Luftnot erwähnt (Lindena, 2014, S.8).

Aufgrund der vielseitigen Arten des Leidens innerhalb des Krankheitsverlaufes nehmen die psychischen Bedürfnisse im Verlauf einen hoch gewichteten Stellenwert ein (Fegg, 2018, S.89). 32 % der Befragten in HOPE 2014 haben Angst als ein einschränkendes Symptom

empfundene (Lindena, 2014, S.8), welches sich auf existenzieller, organischer, psychiatrischer oder situativer Ebene beziehen kann (Schulz, 2014, S. 98). Depressive Verstimmung wurde von 23,7% der beteiligten Menschen als negativer Faktor genannt (Lindena, 2014, S.8).

Ab der infausten Diagnose wird der Mensch aus seinem alltäglichen Leben herausgerissen und die Zukunftsplanung ist häufig nur noch bedingt möglich. Durch wiederholende Krankenhausaufenthalte oder Einschränkung durch belastende Symptome, ist die Teilnahme am sozialen Netzwerk meistens nur noch bedingt möglich (Roller, 2018, S.13). Zu diesem Zeitpunkt haben viele Palliativpatienten das Bedürfnis nach Anerkennung, Vertrauen, Wertschätzung sowie den Drang nach Liebe und Zuwendung durch Familie und Freunde (Roller, S. 12f.; AWMF, 2020, S. 35).

In Bezug auf das spirituelle Leiden, spielen die existenziellen Gedanken und Fragen eine große Rolle. Diese beziehen sich häufig auf den Sinn des Lebens, unabhängig von der Religiosität und dem Glauben (Roller, 2018, S. 14). Gezielt in den letzten Lebenswochen haben Sterbende das Bedürfnis auf die Vergangenheit zurückzuschauen und eine Bilanz ihres Lebens zu ziehen (Roller, 2018, S. 15). In diesem Zusammenhang können Bedürfnisse nach Vergebung oder Versöhnung entstehen (Wehner, 2014, S. 10; AWMF, 2020, S. 36). Zusätzlich wünschen sich einige Menschen religiös bedingte Rituale oder Handlungen und die Aussprache bei Seelsorgern ihres Vertrauens (Roller, 2018, S. 16; Wehner, 2014, S. 10; AWMF, 2020, S. 36).

Es ist zu berücksichtigen, dass die Bedürfnisse jeder einzelnen Person von dem individuellen Empfinden, den unterschiedlichen Krankheitsstadien und der Vielfältigkeit der Erkrankungen abhängig sind. Daraus folgend sind die Wünsche der palliativ zu betreuenden Personen vielseitig und komplex (Henneghan, 2013).

5. Therapeutic Touch – Eine komplementäre Pflegeintervention

Therapeutic Touch (TT), im deutschen als „Therapeutische Berührungen“ bekannt, stellt als komplementäre Pflegeintervention eine moderne Variante mehrerer alter Heilmethoden dar (Krieger, 2012, S. 25). Die komplementäre Pflegeintervention beruht auf der Fähigkeit den Energiefluss eines Menschen zu lenken und zu harmonisieren. (Krieger, 2012, S. 25; Krieger, 1993, S. 11). Therapeutic Touch basiert auf der Voraussetzung, dass alle

Wissenschaften, die sich mit dem Leben beschäftigen, darin übereinstimmen, dass der Mensch ein offenes Energiesystem ist (Krieger, 2012, S. 26). Es wird angenommen, dass der Austausch von Energie zwischen Menschen, ein allgegenwärtiges und natürliches Phänomen darstellt (Ebd.). Da der Mensch anatomisch symmetrisch angelegt ist, basiert Therapeutic Touch auf der Annahme, dass dem menschlichen Energiefeld ein Muster zugrunde liegen muss, mit dem das energetische Empfinden seines gegenüber eingeschätzt werden kann (Krieger, 2012, S. 26; Krieger, 1993, S. 12). Krankheit erzeugt ein Ungleichgewicht im Energiefeld des Menschen. Die Störung und Unterbrechung des menschlichen Energieflusses führt wird nach der pflegewissenschaftlichen Organisation, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), als eigene Pflegediagnose mit dem Titel „Energiefeldstörung“ anerkannt (NANDA, 2005).

Während der Anwendung von Therapeutic Touch, lenkt der Praktizierende mit Hilfe vom Tastsinn, Reize durch energetische Signale an betroffene Energiefelder weiter und stellt so eine Harmonisierung und ein Gleichgewicht im Energiefeld her. Das Energiefeld des Behandlers wirkt als gesundes Versorgungssystem, indem sich die bedürftige Person an das gesunde Energiefeld des Behandlers orientiert. In diesem Zusammenhang wird darauf abgezielt das Immunsystem der erkrankten Person zu stimulieren (Krieger, 2012, S. 26f; Krieger, 1993, S. 12f). Dabei ist das oberste Ziel das physische und psychische Wohlbefinden eines Menschen zu stärken und die Selbstheilungskräfte zu fördern (Krippner, 2012, S. 12; Krieger, 2012, S. 25). Gezielt bei Menschen in der letzten Phase des Lebens wirkt Therapeutic Touch schmerzlindernd, wodurch nach Krieger (2012), die betroffene Person meist in der Lage ist, sich friedlich auf den Prozess bis zum Tod einzulassen. Des Weiteren soll durch die Anwendung von Therapeutic Touch ein Entspannungszustand bereits innerhalb der ersten zwei bis vier Minuten erzielt werden (Krieger, 2012, S. 28).

5.1. Entstehung und Entwicklung von Therapeutic Touch

Therapeutic Touch wurde 1972 von der amerikanischen Krankenschwester und Professorin, der University New York, Dolores Krieger und Dora Kunz einer bekannten Heilerin entwickelt (Krieger, 2012, S. 18; Sayre-Adams & Wright, 1997, S. 7; TTIA, o.J.). Krieger hatte die Möglichkeit die Methode des Handauflegens bei Dora Kunz und Oskar Estebany, renommierte Heiler, zu beobachten und eigene Erfahrungen zu sammeln. Die positiven Effekte faszinierten Krieger, woraufhin sie die Möglichkeit des Handauflegens erlernte und

wissenschaftliche Untersuchungen und Forschungen in diesem Bereich betrieb (Krieger, 1975, S. 785). Kriegers Forschungsansatz orientierte sich an dem Gesundheitsverständnis der östlichen Regionen. Die östliche Literatur bezeichnet die Energie zwischen Menschen als „Prana“, welches im Überschuss bei gesunden Menschen vorhanden ist und bei kranken Menschen ein Defizit aufweist. Nach dem östlichen Verständnis, ist „Prana“ ein wesentlicher Bestandteil eines Sauerstoffmoleküls, weshalb Krieger, Hämoglobin als sauerstofftragendes Pigment, als Testobjekt für ihre Untersuchungen für möglich erachte. Krieger orientierte sich an frühere Forschungsergebnisse, welche beeindruckende Ergebnisse erzielte (Krieger, 1975, S. 785f.). Die Untersuchung von dem Biochemiker Bernhard Grad (1964), welcher Weizensprossen in Wasser tränkte, nachdem Estabany diese durch das Handauflegen behandelte, ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die behandelten Weizensprossen einen höheren Chlorophyllgehalt¹ aufwiesen (Krieger, 1975, S. 784). Krieger kam zu der Erkenntnis, dass Chlorophyll und Hämoglobin eine ähnliche Struktur besitzen. Der zentrale Unterschied der beiden Moleküle besteht ausschließlich darin, dass Eisenatome Bestandteile des Hämoglobinmoleküls und Magnesiummoleküle den Mittelpunkt des Chlorophylls dargestellt. Den Erkenntnissen zur Folge hat Krieger 1971 in ihrer Forschung den Hämoglobinspiegel von Personen nach der TT Sitzung gemessen und einen signifikanten Anstieg des Hämoglobins festgestellt (Krieger, 1975, S. 786). Ab diesem Zeitpunkt erstellte Krieger gemeinsam mit Dora Kunz einen Lehrplan für den Kurs „Frontiers in Nursing“ für den Master degree's an der Columbia University New York und konzipierte und prägte Therapeutic Touch als eine besondere Form des Handauflegens, welche anfangs gezielt für Pflege und -Heilberufe diente (Krieger, 1975, S. 784ff.; Sayre-Adams & Wright, 1997, S.7).

Therapeutic Touch wird seit dem Jahr 1972 in ca. 90 Ländern und über 80 Universitäten und Schulen unterrichtet. Weltweit sind derzeit ungefähr 100.000 Menschen in Therapeutic Touch ausgebildet (TTIA, o.J.). Seit 2003 werden in Österreich Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpfleger des gehobenen Dienstes, mit dem Titel „Energetische Modelle und (Heil-) Methoden – Therapeutische Berührungen“, angeboten (Wiederkehr, 2017, S. 30) und nach §64 GuKG anerkannt. Paragraph 19 Absatz 3 Satz 1 GuK-WN berechtigt über die Zusatzbezeichnung bei erfolgreicher Absolvierung. Die Mehrzahl der Weiterbildungen in Deutschland richten sich an die Standards des amerikanischen

¹ Chlorophyll ist ein natürlicher Farbstoff, welcher durch die Photosynthese von Pflanzen gebildet wird

Dachverbandes TTIA, da es keine Ausbildungsstandards für Therapeutic Touch in Deutschland gibt (ZQP, 2018).

5.2. Theoretischer und bioenergetischer Hintergrund

Im folgenden Abschnitt wird ein Einblick in den theoretischen und bioenergetischen Rahmen von Therapeutic Touch gegeben. Hierzu wird das Pflegemodell „Wissenschaft vom unitären Menschen“ von Martha Roger herangezogen, welches als Erklärungsmodell von Therapeutic Touch dient. Weiterführend wird ein Einblick in die biophysikalischen Grundlagen, in Bezug auf Therapeutic Touch, gegeben.

5.2.1. Das Pflegemodell von Martha Roger als Erklärungsansatz

Als mögliches konzeptionelles Rahmenwerk für die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch, dient das Pflegemodell „Wissenschaft vom unitären Menschen“ von Martha Elisabeth Rogers (Rogers, 1997, S. 188). Das Pflegemodell beschäftigt sich mit dem „Mensch und ihren Welten in einem pandimensionalen Universum“ (Rogers, 1992, S. 29; zitiert nach Fawcett, 1996, S. 373). Mit dem Pflegemodell stellt Roger gezielt den Menschen in den Fokus des pflegewissenschaftlichen Bestrebens (Fawcett, 1996, S. 369). Roger spricht in diesem Modell nicht von Personen oder Individuen, sondern bezeichnet diese als unitären Menschen. Der unitäre Mensch wird in dem Pflegemodell als ein einheitliches Ganzes beschrieben, welches nicht durch seine Einzelteile reduzierbar ist (Rogers, 1997, S. 173). Der Mensch und die Umwelt werden als Energiefelder definiert, welche als offene Systeme in ständigerer, wechselseitiger Interaktion miteinander stehen und in einem rhythmischen Prozess Materie und Energie substituieren (Rogers, 1997, S. 79). Die Charaktere eines menschlichen Energiefeldes werden durch Muster gekennzeichnet, welche sich ständig in ihrer Struktur verändern, die Identität eines Energiefeldes darstellen (Rogers, 1997, S.88f., 175) und die Einzigartigkeit eines Energiefeldes beschreibt. Empfindungen, Gedanken und Entscheidungen prägen das Muster, wodurch der Mensch den Entstehungsprozess seines Musters beeinflusst (Rogers, 1997, S. 95-99). Roger bezeichnet beide Arten der Energiefelder als pandimensional. Pandimensional wird nach Rogers als „nicht linear strukturierten Funktionsbereich ohne räumliche oder zeitliche Merkmale“ beschrieben (Rogers, 1992, S. 29; zitiert nach Fawcett, 1996, S. 373). Roger hält den Begriff

Pandimensional als ideale Erklärung für das unitäre Ganze (Fawcett, 1996, S. 377). Weiterführend geht Rogers davon aus, dass „man nicht pandimensional ist und wird, sondern sich hinter diesem Begriff eine bestimmte Art der Wahrnehmung und Realität verbirgt“ (Rogers, 1992, S. 31; zitiert nach Fawcett, 1996, S. 377). Roger nimmt an, dass eine „neue Vision von einer Welt, die weit mehr umfaßt als den Planeten Erde... [und eine Zukunft] der wachsenden Vielfalt, der sich beschleunigenden Evolution und der sich nicht wiederholenden Rhythmisität“ (Roger, 1992; zitiert nach Fawcett, 1996, S. 370) gibt.

5.2.2. Biomagnetische Felder als Grundlage von Therapeutic Touch

Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts wurde durch elektrometrische Untersuchungen die Erkenntnis gewonnen, dass in Lebewesen entgegengesetzte Ladungen und Kräftefelder vorhanden sind. Folglich wird das Lebewesen „Mensch“ als ein elektrisches Feld charakterisiert (Roger, 1995, S. 57). Das bioelektromagnetische Feld wird von einem lebenden System erzeugt, breitet sich in einem Raum aus und ist in der Lage Energie und die damit verbundenen Informationen eines Systems zu einem anderen System zu transferieren (Hintz et al., 2003, S. 15). Zu Beginn der 80er Jahre hat Dr. John Zimmermann verschiedene bioelektrische Untersuchungen in Bezug auf Therapeutic Touch durchgeführt. Mit einem Supraleitenden Quanten-Interference-Detectors-Magnetometer (SQUID-Magnetometer), der Anhand eines sensiblen Detektors gezielt schwache magnetische Felder eines Menschen erkennt, führte Zimmermann Studien an der Medical School der Colorado University in Denver durch. Während der Untersuchung befand sich der Anwender sowie der Klient in einem geschützten Raum, indem sich ein SQUID-Magnetometer befand. Nachdem der Therapeut die Zentrierung auf den Menschen vollbracht hat, hat der SQUID Detektor ein starkes biomagnetisches Feld im Bereich der Hände des Therapeuten aufgezeigt. Die Frequenz lag meistens im Bereich von 7 bis 8 Hertz, schwankte allerdings zwischen 0,3 – 30 Hertz, wodurch die Aktivität nicht konstant war, sondern im Verlauf variierte (Oschmann, 2009, S. 61f.). Zu dem intensivsten Zeitpunkt der Anwendung, verspürte der Anwender selbst, im Bereich der Hände ein Vibrieren oder Kitzeln (Oschmann, 2009, S. 61f.). In der Kontrollgruppe dieser Untersuchungen konnten keine Pulsationen erreicht werden (Ebd.). Die Ergebnisse von Zimmermann dienten, als ein wichtiger Bestandteil der weiterführenden Forschung der Energiemedizin (Ebd.)

5.3. Der interne Anwendungs- und Durchführungsprozess von Therapeutic Touch

Nach jahrelanger Erfahrung mit der Anwendung von Therapeutic Touch ist Krieger zu der Erkenntnis gekommen, dass Therapeutic Touch nicht nur von professionellen Pflegekräften angewendet werden kann, sondern auch von anderen Personen, welche Interesse an der komplementäre Pflegeintervention haben und Menschen bei der Genesung unterstützen möchten (Krieger, 1993, S. 7; Krieger, 2012, S. 22). Krieger betonte bereits im Jahr 1975, dass in jedem gesunden Menschen, die praktische Ausübung von Therapeutic Touch als natürliches Potenzial ruht und dann hervorgerufen werden kann, wenn der Praktizierende ausreichend Motivation aufweist, kranken Menschen zu helfen (Krieger, 1975, S. 786). Krieger fügt hinzu, dass bestimmte Eigenschaften als Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung von Therapeutic Touch gegeben sein sollten. Einfühlungsvermögen, Sensibilität sowie die Offenheit gegenüber nicht physischen Abläufen sind von großer Bedeutung. Des Weiteren sollte der Praktizierende Selbstdisziplin aufweisen, sich mit den Grundannahmen von Therapeutic Touch identifizieren und eigene Grenzen erkennen (Krieger, 1993, S. 7; Krieger, 2012, S. 22). Demzufolge hat jeder Mensch heilende Hände und kann, mit Bereitschaft für das Erlernen von Therapeutic Touch und intensiver Übung, innerhalb von zwei bis drei Wochen, geschwächte Personen bei der Heilung unterstützen (Krieger, 1993, S. 7f.; Krieger, 2012, S. 22f.).

Die ganzheitliche Anwendung von Therapeutic Touch setzt sich aus einer 20-25-minütigen Handlung zusammen, welche aus vier standardisierten Ablaufphasen besteht (Krieger, 1993, S. 7; Krieger, 2012, S. 23). Weiterführend sind einzelne Elemente von Therapeutic Touch, welche nur wenige Minuten in Anspruch nehmen, in täglichen, pflegerischen Maßnahmen integrierbar (ZQP, 2018).

- 1.Phase des Zentrierens: In der Phase des Zentrierens verschiebt der Praktizierende die Aufmerksamkeit von dem Umfeld auf sich selbst und tritt mit eigenen Gefühlen in Verbindung. Die Selbstwahrnehmung steht dabei im Vordergrund. Das Zentrieren ist die Basis für den Energieaustausch mit dem Patienten und stellt einen essentiellen Prozess der Anwendung dar (Krieger, 1993, S. 17f.; Krieger, 2012, S. 32f)
- 2.Phase der Einschätzungsphase des Energiefeldes: In dieser Phase wird der Energiefluss des Patienten durch den Heilenden eingeschätzt (Krieger, 1993, S. 22f.; Krieger, 2012, S. 39f.). Die Beurteilung erfolgt mit beiden Händen, indem diese mit Abstand zum Körper des Patienten und dessen Energiefeldes, von Kopf bis Fuß streichen (Krieger, 2012, S. 77).

Das Ziel ist es, Disharmonien des Energieflusses aufzuspüren. Unausgewogenheit des Energiefeldes können sich an den Händen des Heilers durch Temperaturunterschiede, ein verändertes Druckgefühl, kribbelnde Empfindungen oder durch veränderte Übertragungen des energischen Rhythmus äußern (Krieger, 2012, S.69ff.)

3.Phase des Energieausstreichens: Der Praktizierende regt in diesem Schritt den gesamten Energiefluss, durch wischende Handbewegungen an. Die Konzentration liegt gezielt auf Bereiche, an denen eine Dysfunktionen und Blockaden festgestellt wird, um diese zu lösen (Ebd., S. 77ff.).

4. Phase der Evaluation: In der letzten Phase werden die Behandlungserfolge bewertet. Ein erneutes Einschätzen des Energieflusses gibt Ausschluss über den Erfolg des stattgefunden Energieaustausches.

Der Verlauf der Therapeutic Touch Behandlung ist ein dynamischer Prozess. Der Anfang einer Behandlung beginnt zwingend mit der Zentrierung. Ab diesem Zeitpunkt sind die einzelnen Phasen nicht streng voneinander abtrennbar. Die Schritte verlaufen parallel zueinander (Krieger, 1999, S. 33).

6. Ergebnisse

Anhand der systematischen Literaturrecherche konnten vier Studien in die Arbeit inkludiert werden. Drei der relevanten Studien beschäftigen sich gezielt mit Therapeutic Touch und dessen Auswirkung bei Menschen, mit einer lebenslimitierenden Erkrankung in der Palliativversorgung (Senderovich et al. 2016; Berger et al., 2013; Ünal Aslan et al., 2021). Aufgrund der erweiterten Suchstrategie konnte eine Studie identifiziert werden, in der, der Fokus auf der Auswirkung von Therapeutic Touch bei Menschen mit einer Krebserkrankung liegt (Tabatabaee et al., 2016). Im Verlauf dieses Kapitels werden die Charakteristika der inkludierten Studien dargestellt und beschrieben. Weiterführend werden die Ergebnisse der einzelnen Studien, basierend auf den im theoretischen Rahmen erarbeiteten Bedürfnisse von Menschen in der Palliativversorgung, strukturiert dargestellt und beschrieben.

6.1. Darstellung der inkludierten Studien

Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien

Autor/Land/ Jahr	Studiendesign/ Forschungsziel	Setting/Sample	Intervention	Datenerhebung	Ergebnis
Senderovich et al. Toronto, Kanada 2016	<u>Studiendesign:</u> Retrospective chart Review <u>Forschungsziel:</u> Das Ziel der Studie war es die Auswirkung der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch bei Menschen auf der geriatrischen Palliativstation zu ermitteln.	<u>Setting:</u> Stationäre, geriatrische Palliativstation <u>Sample:</u> Interventionsgruppe: 114 Personen Kontrollgruppe: 123 Personen	Die Therapeutic Touch Intervention wurde durch zwei ausgebildete Therapeutic Touch Praktiker, ein bis zwei- mal in der Woche, angeboten. Der Zeitumfang einer Therapeutic Touch Anwendung umfasste einen Zeitraum von fünf bis sieben Minuten.	elektronische Patientenakten Beobachtungen und Dokumentationen der Praktizierenden	Die Ergebnisse zeigen, dass 39 Teilnehmer nach einer Therapeutic Touch Sitzung entspannter wirkten und 33 Teilnehmer besser einschlafen konnten. 12 Teilnehmer zeigten keine Reaktion. 16 Teilnehmer haben Dankbarkeit geäußert.

			Im Zeitraum von Oktober 2010 – Juli 2013		
Berger et al. Kanada 2013	<u>Studiendesign:</u> Pilot Projekt <u>Forschungsziel:</u> Das Ziel der Studie war es die Erfahrung von Patienten und deren Angehörigen in der End-of Life Care zu verbessern und die Auswirkung komplementärer Pflegeinterventionen in Bezug auf die Symptome zu untersuchen.	<u>Setting:</u> Palliativstation <u>Sample:</u> 31 Personen	Die teilnehmenden Patienten erhielten Therapeutic Touch Anwendungen auf der Palliativstation.	Durch Fragebögen und Analogskalen wurden die Daten erhoben.	Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Symptome Schmerz, Unbehagen, depressive Verstimmung, Angst, Muskelsteifigkeit und Unruhe um insgesamt 62% nach der Anwendung verbessert haben. Nach der Anwendung kam es zu einer Steigerung der inneren Ruhe und des Friedens um 66%.

<p>Ünal Aslan et al. Türkei 2021</p>	<p><u>Studiendesign:</u> Randomisierte kontrollierte experimentelle Studie</p> <p><u>Forschungsziel:</u> Das Ziel der Studie war es die Wirkung von Therapeutic Touch auf die spirituelle Versorgung und die Schlafqualität von Menschen in der Palliativversorgung zu untersuchen.</p>	<p><u>Setting:</u> Stationäre Palliativstation</p> <p><u>Sample:</u> 73 Personen</p> <p>Interventionsgruppe: 36 Personen</p> <p>Kontrollgruppe: 37 Personen</p>	<p>Die Teilnehmenden Patienten erhielten für vier Wochen, dreimal wöchentlich eine Therapeutic Touch Anwendung mit einem Zeitumfang von 15 Minuten.</p> <p>Dezember 2018 – Februar 2020</p>	<p>Die Datenerhebung erfolgte durch einen soziodemografischen Fragebogen, Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) und dem Pittsburgh Sleep Quality index</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass sich die spirituelle Versorgung und die Schlafqualität bei Palliativpatienten nach regelmäßigen Therapeutic Touch Anwendung signifikant verbessert haben (p<0,05).</p>
<p>Tabatabaee et al.</p>	<p><u>Studiendesign:</u> Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p><u>Setting:</u> Onkologische Krankenhausstation</p>	<p>Die Teilnehmer erhielten 7 Therapeutic Touch Anwendungen im Abstand von jeweils</p>	<p>Die Datenerhebung erfolgte durch den Brief Pain Inventory Fragebogen</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Schmerzen bei den Patienten in der Interventionsgruppe</p>

<p>Maschhad, Iran 2016</p>	<p><u>Forschungsziel:</u> Das Ziel der Studie ist es die Wirkung von Therapeutic Touch auf die schmerzbezogenen Parameter von Krebspatienten zu untersuchen.</p>	<p><u>Sample:</u> 90 männliche Personen mit einer Krebserkrankung zwischen dem 20 und 65 Lebensjahr Interventionsgruppe: 30 Personen Kontrollgruppe: 30 Personen Placebogruppe: 30 Patienten</p>	<p>3 Tagen. Die Anwendung wurde von einem ausgebildeten Therapeutic Touch Anwender durchgeführt. Eine Therapeutic Touch Sitzung hat 10-15 Minuten in Anspruch genommen.</p>	<p>signifikant reduziert haben (p=0,001).</p>
---	--	--	---	---

6.2. Auswirkung von Therapeutic Touch auf die psychischen und sozialen Bedürfnisse

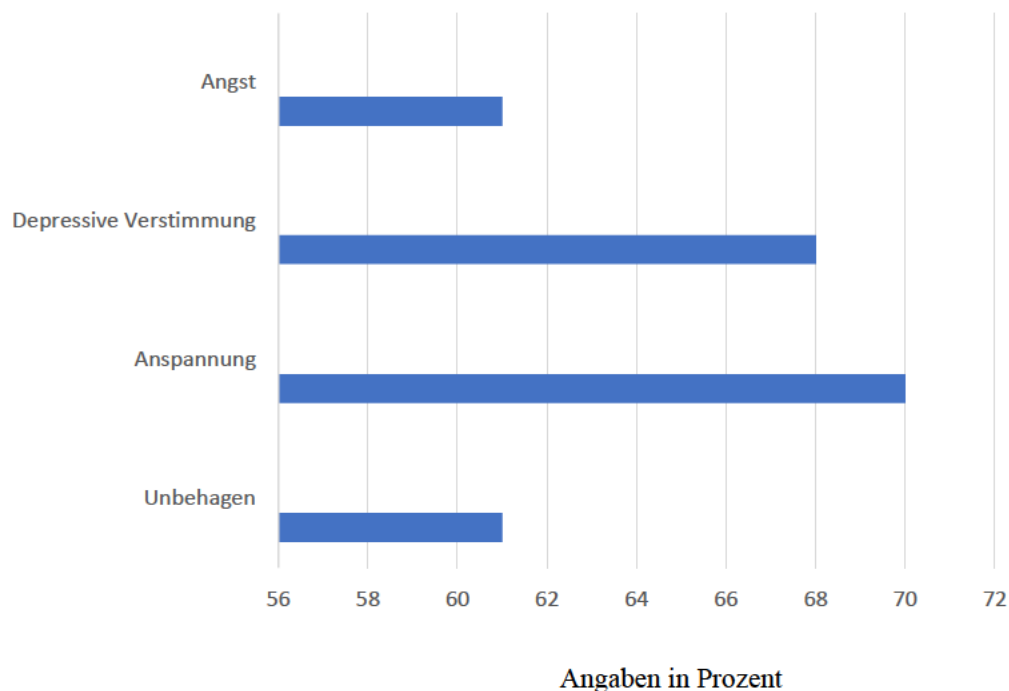
In der retrospektiven Chart Review von Senderovich et al. (2016) konnte festgestellt werden, dass geriatrische Palliativpatienten einen Zustand der Entspannung durch die Anwendung von Therapeutic Touch erreichen. Durch die Bildung einer Interventionsgruppe von 114 Patienten und einer Kontrollgruppe von 123 Patienten, konnten Unterschiede in Bezug auf Entspannung festgestellt werden. Die Patienten in der Interventionsgruppe erhielten ein bis zweimal wöchentlich eine Therapeutic Touch Anwendung, die durch ausgebildete, anerkannte Praktizierenden erfolgte, während die Patienten in der Kontrollgruppe keine Anwendung dieser komplementären Pflegeintervention erhielten. In der Interventionsgruppe hatten 92% der 114 Teilnehmer eine primär maligne Krebserkrankung, während der prozentuale Wert in der Kontrollgruppe bei 79% lag. Der Palliative Performance Score² (PPS) war bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe mit einem Wert von 42,3 durchschnittlich höher als bei denen in der Kontrollgruppe. Dieser Wert lag bei 36,6. An der Ersten Therapeutic Touch Sitzung konnten 13 von 114 Patienten aus der Interventionsgruppe nicht teilnehmen, da diese geschlafen haben, nicht anwesend waren oder zu der geplanten Anwendungszeit Besuch von Familienmitgliedern hatten. Nach der fünf bis siebenminütige Anwendung der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch konnte bei 88 Probanden der Interventionsgruppe, positive Auswirkungen beobachtet werden. Bei Einundzwanzig der Teilnehmenden wurden keine positiven sowie negativen Reaktionen beobachtet und festgestellt. Die Beobachtungen wurden durch Ärzte und praktizierenden Anwendern dokumentiert. Unter den 88 positiven Reaktionen konnte bei 39 Probanden ein Zustand der Entspannung beobachtet werden. Dieser Zustand wurde durch das Schließen der Augen, einer tieferen und ruhigen Atmung sowie durch die Verringerung der Körperbewegungen der Probanden definiert (Senderovich et al., 2016). Gezielt bei den Probanden mit einer malignen Erkrankung hat das Gefühl der Angst abgenommen und ein Entspannungszustand ist eingetreten. Diese Beobachtungen wurden durch Aussagen wie „*That felt wonderful. I feel so relaxed. Everyone should have this*“ und „*That was very good, helped me relax. I slept for a while*“ von Probanden der Interventionsgruppe unterstützt (Senderovich et al., 2016). Das Patientenbedürfnis nach Entspannung, hat in dieser Studie

² PPS ist ein validiertes und zuverlässiges Instrument zur Messung der funktionellen Leistungen eines Menschen in der Palliativversorgung. Je geringer der PPC ist, desto kürzer ist die funktionelle Leistung und die erwartete Lebenszeit (Monisch et al., 2019)

den Hauptgrund für das Einfordern einer Therapeutic Touch Anwendung dargestellt (Senderovich et al., 2016). Anhand dieser Studie konnte die Therapeutic Touch Anwendung einen positiven Einfluss auf dem Bedürfnis der Entspannung, von geriatrischen Palliativpatienten, erzielen (Senderovich et al., 2016).

In der Studie von Berger et al. (2013) konnte unter anderem das Resultat von Senderovich et al. (2016) bestätigt werden. In dieser Studie konnten von 31 Patienten einer stationären Palliativstation signifikante Ergebnisse in Bezug auf die psychischen Bedürfnisse erreicht werden. Die Datenerhebung erfolgte mittels einer Analogskala die nach jeder Therapeutic Touch Anwendung vom Patienten ausgefüllt wurde. Dabei konnten nach der Intervention Veränderungen der Belastungen erkannt werden. Die prozentuale Verbesserung des Befindens wurde durch die Vorher-Nachher Auswertung der Analogskalen bestimmt. Die Verbesserung von depressiver Verstimmung, Unbehagen, Anspannung und Angst wurden durch das Vergleichen der Ergebnisse vor und nach der Anwendung berechnet (Berger et al., 2013). Dies wird in Abbildung 4 prozentual dargestellt (Berger et al., 2013).

Abbildung 4: Prozentuale Verbesserung der angegebenen Beschwerden



Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Berger et al., 2013

Eine allgemeine Verbesserung der Symptome konnte mit einem p-Wert von 0,01 bei einem Konfidenzwert von 95% festgestellt werden (Berger et al., 2013). In Bezug auf die sozialen Bedürfnisse konnte in der Studie von Tabatabaee et al. (2016) herausgefunden werden, dass sich die Beziehung von Palliativpatient zu anderen Mitmenschen deutlich verbessert hat ($p=0,001$)³ (Tabatabaee et al., 2016). Die Studie von Tabatabaee et al. (2016), die im Abschnitt „Auswirkung auf die physischen Bedürfnisse“ näher beschrieben wird, kam zu der Erkenntnis, dass sich die allgemeine Stimmung von männlichen, onkologischen Patienten signifikant ($p=0,001$) gesteigert hat (Tabatabaee et al., 2016).

6.3. Auswirkung von Therapeutic Touch auf die spirituellen Bedürfnisse

In der randomisierten kontrollierten experimentellen Studie, von Ünal Aslan und Cetinkaya (2021), wurden positive Effekte der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch, auf das geistige Wohlbefinden von Palliativpatienten einer stationären Krankenhausstation ermittelt. Durch eine Randomisierung wurden 73 teilnehmende Patienten in zwei Gruppen eingeteilt: eine Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe bestand aus 36 Probanden, welche dreimal in der Woche eine 15-minütige, professionelle Therapeutic Touch Anwendung erhielten. Die Kontrollgruppe mit 37 Probanden erhielten keine Therapeutic Touch Pflegeintervention. Die Erfassung der Effektivität von Therapeutic Touch erfolgte nach vier Wochen zum Ende des Testverfahrens, mittels der Spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS). Diese Skala umfasst die Erhebung der spirituellen Fürsorge, der Religiosität und die individuelle Pflege. Das Erhebungsinstrument wurde mit einem Cronbach alpha⁴ Wert von 0,82 beschrieben. Die einzelnen Bestandteile des SSCRS (Spirituelle Versorgung, Religiosität und individuelle Fürsorge) haben bereits im Pretest signifikante Unterschiede im Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe erbracht. Im Vergleich dazu hat es in der Gesamtheit der Pretest Daten kein statistisch signifikanter Unterschied in der Interventions- und Kontrollgruppe gegeben ($p = 0,625$). Nach dem Testverfahren wurden im Posttest, im Bereich der Items sowie im Gesamtergebnis des SSCRS, aussagekräftige Unterschiede in den Gruppen beobachtet (Tabelle 3). Insgesamt

³ P-Wert dient als Evidenzmaß, der die Wahrscheinlichkeit einer Hypothese statistisch wiedergibt.

Grundsätzlich wird ab einem p-Wert von $< 0,05$ von einem signifikanten Ergebnis ausgegangen (Statista, o.J.)

⁴ Cronbach Alpha ist ein Messinstrument, welches die interne Konsistenz eines Fragebogens mit verschiedenen Fragen und Items bestimmt (Tavakol & Dennick, 2017)

wurden positive Ergebnisse nach der Anwendung von Therapeutic Touch in Bezug auf das spirituelle Wohlbefinden erzielt ($p < 0,05$) (Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021).

Tabelle 3: Statistischer Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe

Pretest	Spirituelle Versorgung	p = 0,024	p = 0,625
	Religiosität	p = 0,000	
	Individuelle Fürsorge	p = 0,038	
Posttest	Spirituelle Versorgung	p = 0,000	p = 0,000
	Religiosität	p = 0,000	
	Individuelle Fürsorge	p = 0,000	

Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Ünal Aslan. & Cetinkaya, 2021

Von den Patienten, der Studie von Berger et al., 2016, haben 80% der Teilnehmer angegeben, dass die innere Stille und der innere Frieden ein relevanter Bestandteil des Wohlbefindens darstellen. Das Bedürfnis nach innerer Ruhe und dem inneren Frieden konnte durch die Intervention von Therapeutic Touch zu 66% befriedigt werden (Berger et al., 2013). Weiterführend wurden in dem Fragebogen narrative Kommentare der Patienten und Angehörigen zugelassen. Die behandelten Patienten wurde von Angehörigen als entspannt und ruhig bezeichnet, was in den Kommentaren mit dem Wort „*calm*“ definiert wurde (Berger et al., 2013). Eine Familie hat kommentiert, dass der Vater nach der Behandlung „*in der Lage sei, leichter mit Beschwerden umzugehen*“⁵ (Berger et al., 2013). Des Weiteren äußerte ein Patient „*It put me in touch with my deeper self.*“ (Berger et al., 2013). Der leitende Arzt der Palliativstation hat positive Effekte von Therapeutic Touch beobachten können und folgend kommentiert. „*The level of satisfaction of patients and families has been absolutely amazing—not only regarding symptom control, but the level of comfort and peace. The complementary therapist is able to listen to their inner worries and concerns, which has really helped to support the work of the rest of the team. And at our weekly rounds she is a valuable resource.*“ (Berger et al., 2013).

⁵ Übersetzt aus dem Englischen „able to deal with discomfort with greatest ease“ (Berger et al., 2013)

6.4. Auswirkung von Therapeutic Touch auf die physischen Bedürfnisse

In der Studie von Tabatabaee et al. (2016) wurde ein positiver Effekt der Therapeutic Touch Intervention bei onkologischen Patienten im Krankenhaus ermittelt. In dieser randomisierten kontrollierten Studie wurden 90 männliche Patienten im Alter von 20-65 Jahren, mit nachweislichen, krebsbedingten Schmerzen, nach einem Zufallsprinzip in drei Gruppen, mit jeweils 30 Probanden, eingeteilt. Die Personen der Interventionsgruppen erhielten im Abstand von drei Tagen eine Therapeutic Touch Intervention (10-15 Minuten) über einen Zeitraum von vier Wochen. In der Placebogruppe wurde bei den jeweiligen Patienten eine Simulation von Therapeutic Touch durchgeführt, während die Kontrollgruppe keine Anwendung oder Intervention in Bereich von Therapeutic Touch erhielt. Die Datenerhebung, zur Beurteilung der Wirksamkeit von Therapeutic Touch, wurde durch den Brief Pain Inventory (BPI) gemessen und durch verschiedene Softwares analysiert und miteinander verglichen. Statistisch signifikante Werte wurden in dieser Studie ab einem p-Wert von 0,05 oder weniger definiert. Die Analyse der Daten, der drei unterschiedlichen Gruppen, haben nach dem Testverfahren aussagekräftige Unterschiede im Bereich der schmerzverbundenen Parameter ermittelt. Die schmerzbedingten Parameter umfassen unter anderem die allgemeine Aktivität, die Gehfähigkeit sowie das Schlafverhalten der Patienten. In der Gegenüberstellung der Kontroll- und Placebogruppe konnten nach dem Testverlauf keine Unterschiede festgestellt werden, während es im Vergleich zu der Interventionsgruppe einen gravierenden Unterschied dieser schmerzbezogenen Parameter gab ($p=0,001$). Aus diesen Ergebnissen ist ein positiver Effekt, in Bezug auf den genannten, belastenden Symptomen, von Therapeutic Touch bei onkologisch erkrankten Personen ersichtlich (Tabatabaee et al., 2016).

In der Studie von Senderovich et al. (2016) haben 33 der 114 Probanden innerhalb der Interventionsgruppe geäußert, nach der Anwendung von Therapeutic Touch besser einschlafen zu können (Senderovich et al., 2016). Kommentare von den teilnehmenden Patienten, wie „I was in another country“ sowie „sense the energy, felt very relaxed, sleep came easily“ haben die Beobachtungen bestätigt. Die in Berger et al. (2013) ermittelten Ergebnisse zeigen weiterführend eine signifikante Linderung der Schmerzen und Muskelverkrampfungen von den teilnehmenden Palliativpatienten. Für 45 % waren Schmerzen ein belastendes Problem, welches sich nach der Anwendung von Therapeutic Touch um 44% verbessert hat. Die belastende Muskelsteifigkeit, welche für 50% der

Betroffenen ein relevantes Symptom darstellte, steigerte sich um 49% in die positive Richtung (Berger et al., 2013). Durch die Anwendung in der Studie wurden die Beschwerden bei palliativ zu betreuenden Personen insgesamt um 62% verbessert, wodurch die besonderen Bedürfnisse von Palliativpatienten zum Teil befriedigt werden konnten (Berger et al., 2013).

Die Schlafqualität von den Patienten hat sich durch Therapeutic Touch im stationären Palliativsetting deutlich verbessert (Üslan Asam & Cetinkaya, 2021). Mittels des PSQI Index konnte die Schlafqualität der Teilnehmer überprüft werden. Dieser Index betrug in der Studie einen Cronbach alpha Score von 0,94. In dem Test vor den Therapeutic Touch Sitzungen konnte kein wesentlicher Unterschied in Bezug auf die Schlafqualität zwischen den einzelnen Gruppen festgestellt werden ($p < 0,05$). Die Schlafqualität hat sich in der Interventionsgruppe nach der Anwendung, in Gegenüberstellung zur Kontrollgruppe, deutlich verbessert ($p = 0,000$). In Bezug auf die PSQI-Scores innerhalb der Interventionsgruppe wurde ein signifikanter Unterschied bei den Pretest und Posttest ermittelt ($p = 0,00$). Den statistischen Daten zufolge hat sich die Anwendung von Therapeutic Touch deutlich auf die Qualität des Schlafens, der Teilnehmer in der Interventionsgruppe, ausgewirkt.

7. Kritische Bewertung der inkludierten Studien

Die inkludierten Studien weisen nach genauerer Analyse einige Defizite im Bereich der Glaubwürdigkeit, Anwendbarkeit und Aussagekraft auf. Die Gesamtheit der eingeschlossenen Studien (Senderovich et al., 2016; Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021; Berger et al., 2013; Tabatabaee et al., 2016) haben lediglich positive Effekte im Bereich der Therapeutic Touch Anwendung untersuchen können, welche jedoch kritisch hinterfragt werden müssen. Im Bereich der Datenerhebung stellt die Studie von Senderovich et al. einen Mangel in der Glaubwürdigkeit dar. Die retrospektive Chart Review erfolgte ausschließlich durch Beobachtungen der praktizierenden Therapeutic Touch Anwender. Durch die subjektive Einschätzung und das individuelle Empfinden der Praktizierenden kann eine Differenz der Deutung in Bezug auf die Patientenreaktionen vorhanden sein. Aufgrund der Tatsache, dass der Anwender, gleichzeitig die Beobachtung der Reaktionen der Patienten dokumentierte, könnte eine Neigung zu positiven Ergebnissen beeinflusst werden

(Senderovich et al., 2016). Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse dieser Studie werden wiederum durch die Aussagen der Probanden gestützt. Signifikante Unterschiede der demografischen und klinischen Daten der Teilnehmer in der Interventions- und Kontrollgruppe können einen Einfluss auf die Ergebnisse erbringen. Grundsätzlich hatten die Probanden in der Interventionsgruppe einen durchschnittlich höheren Palliativ Care Score ($p < 0,001$), längere Aufenthaltsdauer ($p < 0,001$) und ein geringeres Durchschnittsalter ($p = 0,03$), wodurch mit einer Verzerrung der Ergebnisse gerechnet werden muss. Trotz der kritischen Reflexion der Datenerhebung von Senderovich et al. (2016) können ein Teil der Ergebnisse durch die Studie von Ünal Aslan und Cetinkaya (2021) bestätigt werden, indem die verwendeten Assessmentinstrumente durch eine Validität- und Zuverlässigkeitsstudie mit einem Cronbach Alpha von 0,94 und 0,82 bewertet wurde und ein qualitatives Maß an Zuverlässigkeit aufweist (Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021). Durch die randomisierte Einteilung der Teilnehmer in die Interventions- und Kontrollgruppe, der Tatsache, dass keine statistisch eklatanten Differenzen ($p > 0,05$) der demografischen Daten innerhalb der beiden Gruppen vorliegen und statistisch aussagekräftige Ergebnisse erzielt wurden, wird die Studie mit einer ausreichend guten Qualität beurteilt. Eine weitere gut qualitativ bewertete Studie ist die von Tabatabaee et al. (2016). Durch die Randomisierung der drei Interventions-, Placebo- und Kontrollgruppen wird die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse gestärkt und positiv bewertet. Die detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens, der Datenerhebung und der Ausgangsmerkmale der Teilnehmer, welche keine spezifischen Unterschiede aufweisen, unterstützen die Aussagekraft und Glaubwürdigkeit der signifikanten, positiven Ergebnisse. Eine weiterer kritisch zu reflektierendem Faktor, stellt die Stichprobenzahl in der Studie von Berger et al. (2013) dar, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse gering ist. Die Erkenntnisse der Effektivität von der Anwendung der komplementären Pflegeinterventionen bei palliativ zu betreuenden Personen, wird durch offensichtliche Resultate in der Studie belegt, dennoch können diese Ergebnisse durch systematische Fehler beeinflusst sein. Es wurden keine Informationen zur Kontrollgruppe gegeben, wodurch ein Vergleich nicht stattgefunden hat und die positiven Auswirkungen somit eventuell auf andere beeinflussende Faktoren zurückzuführen sind. Demnach wurden zwar deutlich expressive Ergebnisse festgestellt, dennoch wurden keine genauen Informationen über die Stichprobenauswahl und der demografischen Daten dieser Teilnehmer erwähnt. Zusätzlich wurden in dieser Studie mehrere, verschiedene, komplementäre Pflegeinterventionen überprüft, welche in der Ergebnisdarstellung nicht voneinander differenziert wurden. Die detaillierten Auswirkungen von Therapeutic Touch sind daher noch fraglich.

8. Diskussion

Diese Arbeit hat das Ziel einen Überblick über die Auswirkung von Therapeutic Touch in Bezug auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen in der palliativen Versorgung zu geben. Die Ergebnisse der Studien verdeutlichen, dass Therapeutic Touch positiven Einfluss auf die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Menschen in der Palliativversorgung haben kann. Die Aussagen der Studien bestätigen den Kerngedanken von Krieger (2012), dass die Anwendung von Therapeutic Touch auch bei palliativ zu betreuenden Personen eine positive Wirkung erzielen kann. Die aus den Studien erkennbaren, analysierten methodologischen Defizite und Schwierigkeiten sind in der Ergebnisbewertung zielführend zu berücksichtigen. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die erzielten Ergebnisse der Studien gegenübergestellt, interpretiert und diskutiert.

8.1. Diskussion der erzielten Ergebnisse

In der Gesamtheit der inkludierten Studien (Senderovich et al., 2016; Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021; Berger et al., 2013; Tabatabaee et al., 2016) wurden lediglich positive Effekte der Therapeutic Touch Anwendung erzielt. Anhand der Zielsetzung, der verwendeten Studien, zeigen die Ergebnisse, dass Therapeutic Touch auf die physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Faktoren einen positiven Einfluss haben kann (Siehe Kapitel 6). Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerden und das Leid auf den verschiedenen Dimensionen ständig voneinander abhängig sind und sich untereinander beeinflussen (Gerhard, 2015, S. 16; FGPG, 2020, S. 2), kann angenommen werden, dass die Therapeutic Touch Anwendung mehrere positive Effekte erzielen kann, als in den Studien untersucht wurden. Da die inkludierten Studien unterschiedliche Ziele in Bezug auf Therapeutic Touch verfolgt haben, können nur wenige Gemeinsamkeiten der Ergebnisse festgestellt werden. Ein Zusammenhang zwischen Therapeutic Touch und einem verbesserten Schlaf konnte, trotz anderer Maßnahmen der Datenerhebung, in drei der eingeschlossenen Studien hergestellt werden (Ünal & Cetinkaya, 2021; Senderovich et al., 2016; Tabatabaee et al., 2016). Aufgrund dieser Tatsache kann die Hypothese, dass Therapeutic Touch die Schlafqualität verbessert, möglicherweise unterstützt werden. Weiterführend konnte zwischen den Studien von Senderovich et al. (2016) und Berger et al. (2013) eine Verknüpfung der Ergebnisse festgestellt werden. In beiden Studien ist es bei den

Teilnehmern zu einem vermehrten Entspannungszustand gekommen, wobei die methodischen Mängel und die nicht vorhandenen Differenzierungen der Ergebnisse in der Studie von Berger et al. (2013) berücksichtigt werden müssen. Bei Senderovich et al. (2016) wurde die Verbesserung der Entspannung bereits nach nur einer Anwendung festgestellt. Durch diese Erkenntnis kann die Aussage von Krieger, dass eine Entspannungsreaktion durch eine Therapeutic Touch Sitzung eintritt (Krieger, 2012, S. 28), gestärkt werden. Lediglich in der Studie von Senderovich et al. (2016) wurde betont, dass es keine negativen Reaktionen der Therapeutic Touch Sitzung gab. Insgesamt wurde in den anderen Studien (Ünal & Cetinkaya, 2021; Berger et al., 2012; Tabatabaee et al., 2016) die durchschnittlich signifikanten Effekte durch Therapeutic Touch aufgezeigt. Ein Rückschluss über die eventuell negativen Auswirkungen wäre von Interesse gewesen und hätte für mehr Transparenz in den Ergebnissen gesorgt.

8.2. Charakteristika und Merkmale der Therapeutic Touch Anwendungen

In den eingeschlossenen Studien (Senderovich et al., 2016; Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021; Berger et al., 2013; Tabatabaee et al., 2016) sind Unterschiede auf die Therapeutic Touch Anwendung im Bereich der Häufigkeit, Durchführung, Anwendungsdauer, dem Anwendungsort und den Merkmalen des Praktizierenden zu erkennen. Lediglich in zwei der inkludierten Studien werden genaue Anwendungsdaten beschrieben (Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021; Tabatabaee et al., 2016).

Der Zeitaufwand der Therapeutic Touch Sitzungen variiert je nach Studie, von fünf bis sieben Minuten (Senderovich et al., 2016), 10 bis 15 Minuten (Tabatabaee et al., 2016) und 15 Minuten (Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021). In der Studie von Berger et al. (2013) wird diesbezüglich keine gezielte Zeitspanne der Therapeutic Touch Sitzungen aufgeführt (Berger et al., 2013). Krieger (2012) beschreibt, dass eine erfolgreiche Therapeutic Touch Anwendung etwa 20 bis 25 Minuten in Anspruch nimmt (Krieger, 2012, S. 23). In keine der inkludierten Studien wird diese Empfehlung berücksichtigt. Durch die Aussage Kriegers (2012), dass nach den ersten zwei bis fünf Minuten einer Therapeutic Touch Anwendung, eine ausgeprägte Entspannungsreaktion bei erkrankten Menschen eintritt, können die erzielten Ergebnisse der Entspannung in der Studie von Senderovich et al. (2016) und Berger et al. (2013) an Glaubwürdigkeit gewinnen.

Die aktuellen Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass bereits bei einer Anwendungsdauer unter 20 Minuten eine positive Wirkung durch Therapeutic Touch erzielt werden kann. Möglicherweise werden erste Reaktionen auf Therapeutic Touch Anwendungen erst nach unterschiedlicher Dauer der Anwendung wahrgenommen, somit erklärt sich die Anwendungsempfehlung Kriegers (2012) von mindestens 20 Minuten. Weiterführend wurden in der Studie von Ünal Aslan und Cetinkaya (2021) das genaue Zeitfenster der Anwendungen angegeben, welche jeweils abends zwischen 18:00 Uhr und 21:00 Uhr stattgefunden haben. Es ist nicht auszuschließen, dass die abendlichen Anwendungen eine bedeutende Rolle für die Wirksamkeit von Therapeutic Touch, gezielt auf die Schlafqualität, darstellt. In der Untersuchung von Tabatabaee et al. (2016) und Ünal Aslan & Cetinkaya (2021) wird die Therapeutic Touch Anwendung jeweils über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt (ca. sieben Anwendungen) und anschließend Unterschiede im Bereich der Effektivität von Therapeutic Touch untersucht. Hingegen wird in einer anderen inkludierten Studie (Senderovich et al., 2016) bereits während, beziehungsweise nach der ersten Therapeutic Touch Sitzung, die Reaktionen und die Effektivität der Anwendung bewertet. Ähnliches Prinzip erfolgte in der Studie von Berger et al. (2013), in der schon nach ein bis zwei Sitzungen eine neue Einschätzung der belastenden Symptome durch die Probanden durchgeführt wurde. In Gegenüberstellung der Wirksamkeit zur Häufigkeit von Therapeutic Touch, gibt Krieger keine Angaben. Möglicherweise empfindet jeder Person, jede einzelne Therapeutic Touch Anwendung anders, wodurch eine Angabe über die Häufigkeit der Anwendungen nicht von Bedeutung sein muss. Daraus ist zu schließen, dass die einzelnen Studien keine Defizite im Bereich der Häufigkeit einer Anwendung bis zur Wirkung aufweisen. Jedoch sollte berücksichtigt werden, dass gezielt in schweren Phasen des Lebens, ein zunehmender Leidensdruck vorhanden ist, wodurch regelmäßige Anwendungen möglicherweise empfehlenswert sind. Jeder Mensch, welcher bestimmte Eigenschaften mitbringt (Siehe Kapitel 4.3), kann nach Kriegers Ansicht, mit intensiver Übung, innerhalb von zwei bis drei Wochen, erfolgreich Therapeutic Touch Anwendungen durchführen (Krieger, 2012, S. 22). In zwei der ausgewählten Studien (Senderovich et al., 2016; Ünal Aslan & Cetinkaya, 2021) fehlen Angaben über die Qualifikation der praktizierenden Therapeutic Touch Anwender. Die Durchführung in der Untersuchung von Tabatabaee et al. (2016) wurde durch einen qualifizierten Therapeutic Touch Therapeuten durchgeführt, welcher 15 Jahre Anwendungserfahrung und einen siebenmonatigen Kurs absolviert hat (Tabatabaee et al., 2016). In Berger et al. (2013) waren die Praktizierenden anerkannte Therapeuten der

komplementären Pflegeinterventionen. In dieser Studie gab es allerdings keine Differenzierung der unterschiedlichen Pflegeinterventionen und den damit verbundenen Qualifikationen. Aufgrund der mangelnden Informationen über die Praktizierenden, ist es schwierig Zusammenhänge zwischen den Auswirkungen von Therapeutic Touch und den Merkmalen und Erfahrungen eines Praktizierenden zu erfassen. Trotz der möglichen Ausbildungsunterschiede der Anwender, erzielten alle vier Studien positive Effekte in Bezug auf Therapeutic Touch. Um mögliche Verzerrungen der Ergebnisse zu verhindern, wäre ein gleichgestellter Ausbildungsstand der Praktizierenden von großer Bedeutung.

Ausschließlich in einer Studie (Tabatabaee et al., 2016) wurden Aussagen über den Anwendungsort gegeben. Es werden keine Empfehlungen von Krieger (2012) in Bezug auf den Ort und die Umgebung der Anwendung genannt. Für eine bessere Wahrnehmung der Anwendung ist eine ruhige und gewohnte Umgebung eventuell vom Vorteil. Das Wohlbefinden in der Anwendungsphase könnte einen positiven Einfluss zur Entspannung des Patienten haben.

8.3. Zielgruppe

In den untersuchten Studien sind Unterschiede im Bereich der Zielgruppen festzustellen. Drei der eingeschlossenen Studien haben sich gezielt mit Palliativpatienten (Senderovich et al., 2016; Berger et al., 2013; Ünal Aslam & Cetinkaya, 2021) befasst, welche dennoch unterschiedliche Charakteristika aufweisen. In der Untersuchung von Senderovich et al. (2016) wurden ausschließlich geriatrische Patienten einer stationären Palliativstation in die Studie eingeschlossen. Ünal Aslan und Cetinkaya (2021) und Berger et al. (2013) haben Palliativpersonen in die Studie eingeschlossen und haben sich dabei nicht auf eine spezielle Altersgruppe fokussiert. Die Studie von Tabatabaee et al. (2016) hat die Auswirkung von Therapeutic Touch bei onkologisch erkrankten, männlichen Patienten eines Krankenhauses untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie (Tabatabaee et al., 2016) sind trotz einer anderen Zielgruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Palliativpatienten anwendbar. Da ein Großteil der Palliativpatienten onkologische Erkrankungen aufweisen, bestehen weitestgehend die gleichen Bedürfnisse der Zielgruppe dieser Arbeit. Weiterhin wurden die Schmerzen der Patienten als Ursprung der Krebserkrankung ärztlich diagnostiziert. Daraus folgend sind die Symptome und Bedürfnisse nicht auf andere Faktoren zurückzuführen. Aufgrund der umfassenden Eigenschaften in Bezug auf Alter und Geschlecht der Probanden kann davon

ausgegangen werden, dass Therapeutic Touch bei Menschen in palliativer Situation, unabhängig der oben genannten Eigenschaften wirksam sein kann.

8.4. Empfehlungen für weiterführende Forschung

Aufgrund der geringen Anzahl an aktuellen, qualitativ Aussagekräftigen und Glaubwürdigen Studien, die sich mit den Auswirkungen von Therapeutic Touch bei Palliativpatienten beschäftigen, sind weitere Forschungsarbeiten in diesem Fachbereich empfehlenswert. Weiterführende Untersuchungen könnten die positiven Effekte von Therapeutic Touch, die in den inkludierten Studien dieser Arbeit erzielt wurden, bestärken und befürworten. Für zukünftige Studien sind Untersuchungen mit einer Randomisierung empfehlenswert. Demografische Faktoren der Teilnehmer sollten in den jeweiligen Gruppen möglichst identisch sein, dadurch könnten Verzerrungen verhindert werden. Um die repräsentativen Ergebnisse auf die Allgemeinheit zu übertragen, wäre es von Wichtigkeit eine aussagekräftige Stichprobengröße in die Studie miteinzubeziehen. Durch eine Verblindung der Interventions- und Kontrollgruppe entsteht keine voreingenommene Haltung und Beeinflussung, die die Ergebnisse eventuell manipulieren könnten und stärken somit die Glaubwürdigkeit der Studie. Vom Vorteil wäre eine objektive Datenerhebung. Studien, welche die Therapeutic Touch Anwendung über einen längeren Zeitraum untersuchen, würden weitere Erkenntnisse über die langfristigen Auswirkungen von Therapeutic Touch auf die Bedürfnisse von Palliativpatienten erzielen. Innerhalb der Studien wären genaue Angaben über die Therapeutic Touch Anwendung, der Dauer, der Häufigkeit und den Merkmalen des Praktizierenden von Vorteil. Dadurch könnten weiter Schlüsse gezogen werden, welchen Einfluss Therapeutic Touch auf Palliativpatienten hat.

8.5. Limitationen der Arbeit

Lediglich drei Studien des aktuellen Forschungsstandes, die sich gezielt mit dem Themengebiet dieser Arbeit beschäftigten, konnten in diese Arbeit inkludiert werden. Aufgrund dessen hatte die Autorin das Ziel die Suchstrategie zu erweitern und einen Bezug von Therapeutic Touch bei onkologischen Patienten zu Palliativpatienten herzuleiten und herzustellen. Die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien ließen nur eine weitere Studie in diese Arbeit mit einfließen. Der Mangel des aktuellen Forschungsstandes und die damit

verbundene geringe Anzahl der Studien, stellt eine Begrenzung dieser Arbeit dar. Für den theoretischen Rahmen dieser Arbeit konnte nur eingeschränkt Literatur zu dem Thema Therapeutic Touch identifiziert werden. Der Zugang zur fachspezifischen Literatur mit der Thematik Therapeutic Touch zeigte sich im Verlauf der Erarbeitung als problematisch.

9. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass Menschen mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung in der Palliativversorgung mit vielseitigen Beschwerden konfrontiert sind. Das Leid ist ein multidimensionales Geschehen, welches auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene berücksichtigt werden muss. Nicht nur die Symptome der Krankheit steigern den Leidensdruck von palliativ zu betreuenden Patienten. Auch die leidvolle Lebenssituation und die damit verbundenen Bedürfnisse benötigen einer sorgsamem, pflegerischen Versorgung. Eine medikamentöse Therapie ist in der Palliativversorgung meist unbestritten. Die komplementären Pflegeinterventionen, wie zum Beispiel Therapeutic Touch, dienen als ergänzende Pflegemaßnahmen, begleitend zu den konventionellen, invasiven Versorgungshandlungen. Durch die Zielsetzung erstellte Fragestellung: *„Welche Auswirkungen hat die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch, auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen, in der palliativen pflegerischen Versorgung?“*, kann in Anbetracht der dargestellten Ergebnisse teilweise beantwortet werden. Aus den Untersuchungen der beschriebenen Studien hat die Pflegemaßnahme Therapeutic Touch positive Auswirkungen auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen in der palliativen pflegerischen Versorgung. Es ist durch die Studien nachweisbar, dass Therapeutic Touch die physischen, psychischen, soziale und spirituellen Bedürfnisse positiv beeinflussen. Die Erkenntnisse dieser Arbeit dienen als Ansatz für die Bestätigung, dass Therapeutic Touch positive Auswirkungen auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen in der palliativen Versorgung erzielen. Die Studien haben sich nur einen geringen Teil der Symptome und der damit verbundenen Bedürfnisse als Schwerpunkt gesetzt. Deshalb wäre es im Hinblick auf weitere, zukünftige Forschungen, im Bereich der komplementären Pflegeintervention in der Palliativversorgung sinnvoll, der Frage nachzugehen wie sich Therapeutic Touch auf die Vielzahl, weiterer anderer Bedürfnisse

auswirkt. Die im Rahmen dieser Arbeit erzielten Ergebnisse könnten als Ausgangspunkt neuer Forschungen dienen und die vorhandenen Erkenntnisse bestätigen.

Quellenverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2017): Multimorbidität. S3- Leitlinie. AWMF-Registernummer. 053-047. Online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-047l_S3_Multimorbiditaet_2018-01.pdf [Letzter Zugriff am 22.05.2021]

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2020): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. AWMF-Registernummer. 128/001OL. Von: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Online: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf [Letzter Zugriff am 13.04.2021]

Bausewein, C. (2018): Besondere Bedürfnisse. Körperliche Bedürfnisse. In: Bausewein, C.; Roller, S. & Voltz, R. (Hrsg.) (2018): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung. München. Elsevier Verlag. (S. 6-7)

Behrens, J. & Langer, G. (2016): Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der “Wissenschaft“. 4. Auflage. Bern. Hogrefe Verlag.

Berger, L.; Tavares, M.; Berger, B. (2013): A Canadian experience of integrating complementary therapy in a hospital palliative care unit. In: Journal of Palliative Medicine 16 (10). (S. 1294 -1298).

Cuhls, H.; Mücke, M.; Brunsch-Radbruch, A.; Radbruck, L.; Rolke, R. (2015): Schmerztherapie in der Palliativmedizin. Aktuelle Aspekte der medikamentösen Behandlung. In: best practice onkologie (2015). 2 (10). (S. 34-42).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2016): Deutsche Gesellschaft zur Palliativmedizin: Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Online: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf (Letzter Zugriff am 29.04.2021)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (o.J.): Palliative Care. Die Dimensionen der Hospiz- und Palliativarbeit. Pflege. Online: https://www.dhpv.de/themen_palliativecare.html [Letzter Zugriff am 09.05.2021]

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) (2020): Total Pain in der Palliativen Geriatrie. Online: https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/11/20201103_Total-Pain-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_20200909.pdf [Letzter Zugriff am 29.04.2021]

Fawcett, J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Bern. Verlag Hans Huber.

Fegg, M. (2018): Psychische Bedürfnisse. In: Bausewein, C.; Roller, S. & Voltz, R. (Hrsg.) (2018): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung. München. Elsevier Verlag. (S. 10)

Gerhard, C. (2015): Grundlagen der Palliativmedizin. Total-Pain-Modell. In: Gerhard, C. (2015). Praxiswissen Palliativmedizin. 1. Auflage. Dinslaken. Thieme Verlag (S. 16.17).

Hametner, I. (2019): 100 Fragen zu Palliative Care. Die wichtigsten Grundlagen für Ihren Arbeitsalltag. 3. Auflage. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. (S. 18).

Henneghan, A. M. & Schnyer, R. N. (2013): Biofield therapies for symptom management in palliative and End-of-life care. In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine (2015). 32 (1) (S. 90-100)

- Hiddemann, S. & Rolke, R. (o.J.):** Medikamentöse Schmerzbehandlung. Ein wertvoller Baustein in der Schmerzbehandlung: Medikamente. Von: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Online: <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/medizinische-schmerzbehandlung/medikamentoese-schmerzbehandlung> [Letzter Zugriff am 22.05.2021]
- Hintz, K. J.; Yount, G. L.; Schartz, G.; Hammerschlag, R. & Lin, S. (2003):** BioEnergy Definitions and Research Guidelines. In: *Alternative Therapies*. 9(3), (S. 13-30)
- Hirsmüller, S. & Schröer, M. (2014):** Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: Schnell, M. & Schulz, C. (Hrsg.) (2014): *Basiswissen Palliativmedizin*. 2. Auflage. Berlin. Springer Verlag. (S. 12-21).
- Hirsmüller, S. & Schröer, M. (2019):** Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: Schnell, M. W. & Schulz-Quach, C. (Hrsg.) (2019): *Basiswissen Palliativmedizin*. 3. Auflage. Berlin. Springer Verlag. (S.9-16).
- Jakobs, N. (o.J.):** Schmerzmittel und ihre Gefahren. Von: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Online: <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/medizinische-schmerzbehandlung/schmerzmittel-und-ihre-gefahren> [Letzter Zugriff am 24.05.2021]
- Krieger, D. (1975):** Therapeutic Touch: the imprimatur of nursing. In: *Americans Journal of Nursing*. 75(5), (S. 784-787)
- Krieger, D. (1993):** *Accepting Your Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch*.
- Krieger, D. (1999):** *Deine heilende Hände. Die Heilmethode Therapeutic Touch*. Heinrich Hugendubel Verlag. München.

- Krieger, D. (2012):** Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. Lüchow Verlag. Bielefeld
- Krippner, S. (2012):** Vorwort. In: Krieger, D. (Hg.) (2012): Therapeutic Touch. Die Heilkraft unserer Hände. Lüchow Verlag. Bielefeld
- Lindena, G. (2014):** HOPE 2014. Online: <https://docplayer.org/123542172-Hope-ergebnisse.html> [Letzter Zugriff am 06.05.2021]
- Maier, B. O. (2016):** Palliativmedizin: Wünsche und Bedürfnisse der Patienten im Blick. Welche Versorgung ein unheilbar kranker Patient benötigt, muss immer individuell abgeklärt werden. Dabei spielen seine Bedürfnisse, aber auch die Situation, in der er sich befindet, eine wichtige Rolle. Ist er zu Hause gut versorgt oder lebt er alleine?. In: MMW Fortschritte der Medizin (2016). 158 (1) (S. 43-45)
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011):** Making sense of Cronbach's alpha. In: International Journal of Medical Education (2011). 2 (S.53-55)
- Maslow, A. H. (1978):** Motivation und Persönlichkeit. 2. Auflage. Walter Verlag.
- Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. (2009):** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISAM Statement. Online: <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf> [Letzter Zugriff am 25.05.2021]
- Monisch, V.; Andersag, M.; Watzke, H. (2019):** Frau Doktor, wie lange noch? Die Palliative Performance Scale (PPS) als Hilfsmittel zur Einschätzung der Lebenszeit von PalliativpatientInnen – Validierung einer deutschen Version. In: Wiener Medizinische Wochenschrift (2019) 169. (S.387-393)
- Müller-Busch, H. C. (2014):** Kurze Geschichte der Palliativmedizin. In: Schnell, M. & Schulz, C. (Hrsg.) (2014): Basiswissen Palliativmedizin. 2.Auflage. Berlin. Springer Verlag. (S. 4-9).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2005): NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Bern. Hans Huber Verlag.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina e.V. & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e.V. (2015): Palliativversorgung in Deutschland. Perspektiven für Praxis und Forschung. Von: Leopoldina. Berlin. Online: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf [Letzter Zugriff am 08.04.2021]

National Cancer Institute (NCI) (2021): Complementary and Alternative Medicine. Types of Complementary and Alternative Medicine. Online: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam> [Letzter Zugriff am 24.05.2021]

Oschmann, J. L. (2009): Energiemedizin. Konzepte und ihre wissenschaftliche Basis. 2. Auflage. München. Urban & Fischer Verlag.

Prütz, F. & Saß, A. (13. Dezember 2016): Daten zur Palliativversorgung in Deutschland. Welche Datenquellen gibt es, und was sagen sie aus. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung (2017) – Gesundheitsschutz (60). (S. 26 – 36).

Robert Koch-Institut (RKI) (30. Juli 2020a): Demografischer Wandel. Übersicht. Online: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/D/Demographie_Wandel/Demographie_Wandel_node.html [Letzter Zugriff am 24.05.2021]

Robert Koch-Institut (RKI) (30. Juli 2020b): Chronische Erkrankungen. Übersicht. Online: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Erkrankungen/Chron_Erkrankungen_node.html;jsessionid=C047A6D55700D52F2783E94FBA4567FE.internet092 [Letzter Zugriff am 24.05.2021]

- Robert Koch-Institut (RKI) (2015):** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Online: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile [Letzter Zugriff am 22.05.2021]
- Roger, M. (1997):** Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag
- Roller, S. (2018):** Soziale Bedürfnisse. In: Bausewein, C.; Roller, S. & Voltz, R. (Hrsg.) (2018): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung. München. Elsevier Verlag. (S. 12)
- Saunders, C. (1996):** A personal therapeutic journey. In: BMJ (1996). 313 (7072). (S.1599-1601).
- Saunders, C. (2001):** The evolution of palliative care. In: J R Soc Med (2001). 94 (9). (S.430-432)
- Sayre-Adams, J. & Wright, S. (1997):** Therapeutische Berührung in Theorie und Praxis. Ullstein Verlag. Berlin.
- Scharb, B. & Scheichenberger, S. (2018):** Theoretische Grundnahmen zur speziellen validierenden Pflege. In: Spezielle validierende Pflege. In: Scharb, B. & Scheichenberger, S. (2018): Spezielle validierende Pflege. Emotion vor Kognition. 4. Auflage. Springer Verlag. (S. 73-106).
- Schmitz, A. & Schulz, C. (2014):** Symptome in der Palliativmedizin. Schmerz. In: Schnell, M. & Schulz, C. (Hrsg.) (2014): Basiswissen Palliativmedizin. 2. Auflage. Berlin. Springer Verlag. (S. 60-140).
- Schulz, C. (2014):** Angst. In: Schnell, M. & Schulz, C. (Hrsg.) (2014): Basiswissen Palliativmedizin. 2. Auflage. Berlin. Springer Verlag. (S. 98)

Senderovich, H.; Lou Ip, M.; Berall, A.; Karuza, J.; Gordon, M.; Binns, M.; Wignarajah, S.; Grossman, D. & Dunal, L. (2016): Therapeutic Touch (®) in a geriatric Palliative Care Unit – A retrospective review. In: Complementary Therapies in Clinical Practice. 24. (S. 134-138).

Statista (o.J.): Definition Signifikanz. Online: <https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/122/signifikanz/> [Letzter Zugriff am 25.05.2021]

Stellhorn, C. (2009): Anwendung komplementärer Pflegemethoden in der Praxis. Berücksichtigung und Integration komplementärer Behandlungs- und Pflegemethoden im Pflegeprozess – eine explorative Studie. In: Heilberufe SCIENCE (2009). 2 (3). (S. 82-88).

Students, J. & Napiwotzsky, A. (2011): Palliative Care. wahrnehmen – verstehen – schützen. 2. Auflage. Stuttgart. Thieme Verlag.

Tabatabaee, A.; Tafreshi, M.; Rassouli, M.; Alerdavood, S. A.; Alvavimajd, H. & Farahmand, S. K. (2016): Effect of Therapeutic Touch on pain related parameters in patients with cancer: A randomized clinical Trial. In: Mater Sociomed, 28 (3). (S.220-223)

Therapeutic Touch International Association (TTIA) (o.J.): How did Therapeutic Touch begin?. Online: <https://therapeutictouch.org/about-us/how-did-therapeutic-touch-being/> [Letzter Zugriff am 11.05.2021]

Ünal Aslan, K. S. & cetinkaya, F. (2021): the effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. In: Perspectives in Psychiatric care. (S.1-9)

Wehner, L., (2014): Bedürfnisse von Sterbenden. In: Wehner, L. (Hrsg.) (2014): Empathische Trauerarbeit. Vielfalt der professionellen Trauerarbeit in der Praxis. Wien. Springer Verlag. (S. 7-10)

World Health Organization (WHO) (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002.

Von: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Online:

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [Letzter Zugriff am 29.04.2021]

World Health Organization (WHO) (2020): Palliative Care. Key facts. Online:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Letzter Zugriff am 22.05.2021]

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (o.J.): Komplementäre Pflegeanwendungen

und- Konzepte. Übersicht. Online: <https://www.zqp.de/komplementaere-pflege/> [Letzter Zugriff am 24.05.2021]

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) & Oritz, M. (2018): ZQP-Übersicht.

Komplementäre Pflegeanwendungen und -konzepte. Von: Zentrum für Qualität in der Pflege. Online: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Übersicht_Naturheilkunde.pdf [Letzter Zugriff am 22.05.2021]

Anhang

Anhang 1: Suchstrategie in den Datenbanken.....	IV
Anhang 1a: Suchstrategie bei PubMed.....	IV
Anhang 1b: Suchstrategie bei Cinahl.....	VIII
Anhang 1c: Suchstrategie bei Cochrane.....	IX
Anhang 2: Bewertung der inkludierten Studien.....	X
Anhang 2a: Bewertung der Studien von Ünal Aslan & Cetinkaya (2021).....	X
Anhang 2b: Bewertung der Studie von Tabatabaee et al. (2016).....	XIV
Anhang 2c: Bewertung der Studie von Senderovich et al. (2016).....	XVIII
Anhang 3: Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow.....	XIX

Anhang 1: Suchstrategie in den Datenbanken

Anhang 1a: Suchstrategie bei PubMed

Search Number	Query	Filters	Search Detail	Results
12	(Therapeutic Touch) AND (Cancer)	In the last 10 years, English, German	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("cancer s"[All Fields] OR "cancerated"[All Fields] OR "canceration"[All Fields] OR "cancerization"[All Fields] OR "cancerized"[All Fields] OR "cancerous"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "cancers"[All Fields])) AND (y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]))	210
11	(Therapeutic Touch) AND (Cancer)	In the last 10 years, English	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("cancer s"[All Fields] OR "cancerated"[All Fields] OR "canceration"[All Fields] OR "cancerization"[All Fields] OR "cancerized"[All Fields] OR "cancerous"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "cancers"[All Fields])) AND (y_10[Filter]) AND (english[Filter]))	205
10	(Therapeutic Touch) AND (Cancer)	In the last 10 years	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("cancer s"[All Fields] OR "cancerated"[All Fields] OR "canceration"[All Fields] OR "cancerization"[All Fields] OR "cancerized"[All Fields] OR "cancerous"[All Fields] OR	222

			"neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "cancers"[All Fields])) AND (y_10[Filter])	
9	(Therapeutic Touch) AND (Cancer)		("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("cancer s"[All Fields] OR "cancerated"[All Fields] OR "canceration"[All Fields] OR "cancerization"[All Fields] OR "cancerized"[All Fields] OR "cancerous"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "cancers"[All Fields])	419
8	(Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)	In the last 10 years, English, German	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]))	19
7	(Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)	In the last 10 years, English	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter]))	18
6	(Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)	In the last 10 years	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])) AND (y_10[Filter])	20
5	(Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)		("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields])	63

			AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields])	
4	((Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)) AND (Needs)	in the last 10 years, English, German	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health services needs and demand"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "needs"[All Fields] AND "demand"[All Fields]) OR "health services needs and demand"[All Fields] OR "needed"[All Fields] OR "needs"[All Fields] OR "needing"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter])))	2
3	((Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)) AND (Needs)	English, German	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health services needs and demand"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "needs"[All Fields] AND "demand"[All Fields]) OR "health services needs and demand"[All Fields] OR "needed"[All Fields] OR "needs"[All Fields] OR "needing"[All Fields])) AND (english[Filter] OR german[Filter]))	7
2	((Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)) AND (Needs)	English	((("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health services needs and demand"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "needs"[All	7

			Fields] AND "demand"[All Fields]) OR "health services needs and demand"[All Fields] OR "needed"[All Fields] OR "needs"[All Fields] OR "needing"[All Fields])) AND (english[Filter])	
1	((Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)) AND (Needs)		("therapeutic touch"[MeSH Terms] OR ("therapeutic"[All Fields] AND "touch"[All Fields]) OR "therapeutic touch"[All Fields]) AND ("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND ("health services needs and demand"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "needs"[All Fields] AND "demand"[All Fields]) OR "health services needs and demand"[All Fields] OR "needed"[All Fields] OR "needs"[All Fields] OR "needing"[All Fields])	7

Anhang 1b: Suchstrategie bei Cinahl

#	Abfrage	Eingrenzung/Erweiterung	Letzte Ausführung über	Results
S6	Therapeutic Touch AND Cancer	Eingrenzungen - Erscheinungsdatum: 20110501-20210531; In Englisch Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	51
S5	Therapeutic Touch AND Cancer	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	130
S4	Therapeutic Touch AND Palliative Care	Eingrenzungen - Erscheinungsdatum: 20110501-20210531; In Englisch Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	16
S3	Therapeutic Touch AND Palliative Care	Eingrenzungen - In Englisch Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	36
S2	Therapeutic Touch AND Palliative Care AND Needs	Eingrenzungen - Erscheinungsdatum: 20110501-20210531; In Englisch Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	0

S1	Therapeutic Touch AND Palliative Care AND Needs	Erweiterungen - Entsprechende Themen anwenden Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL	2
----	---	---	--	---

Anhang 1c: Suchstrategie bei Cochrane

Search	Term	Limitation	Results
#1	((Therapeutic Touch) AND (Palliative CARE)) AND (Needs)		2
#2	((Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)) AND (Needs)	From May 2011 to May 2021	2
#3	(Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)		12
#4	(Therapeutic Touch) AND (Palliative Care)	From May 2011 to May 2021	6
#5	(Therapeutic Touch) AND (Cancer)		71
#6	(Therapeutic Touch) AND (Cancer)	From May 2011 to May 2021	51

Anhang 2: Bewertung der inkludierten Studien

Anhang 2a: Bewertung der Studie von Ünal Aslan & Cetinkaya (2021)

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Titel und Zusammenfassung			
	1a	Kennzeichnung im Titel als randomisierte Studie	Nicht erwähnt
	1b	Strukturierte Zusammenfassung von Studiendesign, Methoden, Resultaten und Schlussfolgerungen (siehe auch CONSORT für Abstracts)	Ja. Seite 1
Einleitung			
Hintergrund und Ziele	2a	Wissenschaftlicher Hintergrund und Begründung der Studie	Ja. Seite 1-2
	2b	Genaue Fragestellung oder Hypothesen.	Es wurde keine Frage formuliert. Das Ziel der Studie wurde ausführlich beschrieben und wird deutlich. Seite 2
Methoden			
Studiendesign	3a	Beschreibung des Studiendesigns (z.B. parallel, faktoriell), einschließlich Zuteilungsverhältnis der Patienten zu den Gruppen	Ja. Seite 2
	3b	Wichtige Änderungen der Methoden nach Studienbeginn (z.B. Eignungskriterien) mit Gründen	Ja. Seite 2

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Probanden / Patienten	4a	Eignungskriterien der Probanden/Patienten	Ja. Seite 2
	4b	Umgebung und Ort der Studiendurchführung	Teilweise. Seite 1 und 3
Intervention / Behandlung	5	Durchgeführte Interventionen in jeder Gruppe mit präzisen Details, einschließlich wie und wann die Interventionen durchgeführt wurden, um eine Replikation der Studie zu ermöglichen	Ja. Seite 3
Endpunkte	6a	Vollständig definierte, primäre und sekundäre Endpunkte (früher „Zielkriterien“ genannt), einschließlich wie und wann sie erhoben wurden	Ja. Seite
	6b	Änderungen der Endpunkte nach Studienbeginn mit Angabe der Gründe	Keine Änderungen beschrieben
Fallzahlbestimmung	7a	Wie wurde die Fallzahl berechnet?	Keine Angabe
	7b	Falls zutreffend, Erklärung aller Zwischenanalysen und Abbruchkriterien	-----
Randomisierung			
Erzeugung der Behandlungsfolge	8a	Methode zur Generierung der Zufallszuteilung	Ja. Seite 2
	8b	Art der Randomisierung; Details jedweder Restriktionen (z.B. Blockbildung, Blockgröße)	Ja. Seite 2
Mechanismen der Geheimhaltung der Behandlungsfolge	9	Mechanismen zur Umsetzung der Zuteilungssequenz (z.B. sequenziell nummerierte Behälter) und Beschreibung aller Schritte zur Geheimhaltung der Sequenz bis zur Interventionszuordnung	Ja. Seite 2

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Durchführung	10	Wer führte die Zufallszuteilung durch, wer nahm die Teilnehmer in die Studie auf und wer teilte die Teilnehmer den Interventionen zu	Teilweise. Seite 3
Verblindung	11a	Falls durchgeführt, wer war bei der Interventionszuordnung verblindet? (z.B. Teilnehmer, Ärzte, Therapeuten, diejenigen, die die Endpunkte beurteilten)	Keine genaue Anhabe
	11b	Falls relevant, Beschreibung der Ähnlichkeit der Interventionen	-----
Statistische Methoden	12a	Statistische Methoden, die zum Vergleich der Gruppen hinsichtlich primärer und sekundärer Endpunkte eingesetzt wurden	Ja. Seite 3-4
	12b	Methoden, die für zusätzliche Analysen eingesetzt wurden, wie Subgruppenanalysen, adjustierte Analysen	-----
Ergebnisse			
Ein- und Ausschlüsse (ein Flussdiagramm wird dringend empfohlen)	13a	Für jede Gruppe Anzahl der Studienteilnehmer, die randomisiert zugeteilt wurden, die die geplante Intervention erhielten und die hinsichtlich des primären Endpunkts analysiert wurden	Ja. Seite 4ff.
	13b	Für jede Gruppe Zahl der Studienausscheider und Ausschlüsse nach Randomisierung mit Angabe von Gründen	Ja. Seite 2
Aufnahme/Rekrutierung	14a	Zeitraum der Rekrutierung und Nachbeobachtung	Seite 2
	14b	Warum die Studie endete oder gestoppt wurde	Seite 2
Patientencharakteristika zu Studienbeginn (baseline data)	15	Eine Tabelle demographischer und klinischer Charakteristika für jede Gruppe	Ja. Seite 5

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Anzahl der ausgewerteten Probanden/ Patienten	16	Für jede Gruppe, Anzahl der Teilnehmer, die in die Analyse eingeschlossen wurde und Angabe, ob diese der Anzahl der ursprünglich zugeteilten Gruppen entsprach	Ja. Seite 2ff.
Ergebnisse und Schätzmethoden	17a	Für jeden primären und sekundären Endpunkt Ergebnisse für jede Gruppe und die geschätzte Effektgröße sowie ihre Präzision (z.B. 95% Konfidenzintervall)	Ja. Seite 3 und 5
	17b	Für binäre Endpunkte wird empfohlen, sowohl die absoluten als auch die relativen Effektgrößen anzugeben	Ja. Seite 1-8
Zusätzliche Analysen	18	Resultate von weiteren Analysen, einschließlich Subgruppenanalysen und adjustierten Analysen mit Angabe, ob diese präspezifiziert oder exploratorisch durchgeführt wurden	Keine Angabe
Schaden	19	Alle wichtigen Schäden (früher „unerwünschte Wirkungen“ genannt) innerhalb jeder Gruppe (siehe auch CONSORT für Schäden (harm))	Keine Angabe
Diskussion			
Limitierungen	20	Studienlimitierungen mit Angabe zu potentieller Verzerrung, fehlender Präzision und, falls relevant, Multiplizität von Analysen	Ja. Seite 7-8
Generalisierbarkeit	21	Generalisierbarkeit (externe Validität, Anwendbarkeit) der Studienergebnisse	Ja. Seite 8
Interpretation	22	Interpretation konsistent mit den Ergebnissen, Abwägung des Nutzens und Schadens, Berücksichtigung anderer relevanter Evidenz	Ja. Seite 8

Anhang 2b: Bewertung der Studie von Tabatabaee et al. (2016)

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Titel und Zusammenfassung			
	1a	Kennzeichnung im Titel als randomisierte Studie	Ja. Seite 220
	1b	Strukturierte Zusammenfassung von Studiendesign, Methoden, Resultaten und Schlussfolgerungen (siehe auch CONSORT für Abstracts)	Ja. Seite 220
Einleitung			
Hintergrund und Ziele	2a	Wissenschaftlicher Hintergrund und Begründung der Studie	Seite 220-221
	2b	Genaue Fragestellung oder Hypothesen	Es wurde keine Frage formuliert. Das Ziel der Studie wurde ausführlich beschrieben und wird deutlich. Seite 2
Methoden			
Studiendesign	3a	Beschreibung des Studiendesigns (z.B. parallel, faktoriell), einschließlich Zuteilungsverhältnis der Patienten zu den Gruppen	Seite 220-221
	3b	Wichtige Änderungen der Methoden nach Studienbeginn (z.B. Eignungskriterien) mit Gründen	Keine Angaben
Probanden / Patienten	4a	Eignungskriterien der Probanden/Patienten	Seite 221
	4b	Umgebung und Ort der Studiendurchführung	Seite 221
Intervention / Behandlung	5	Durchgeführte Interventionen in jeder Gruppe mit präzisen Details, einschließlich wie und wann die Interventionen durchgeführt wurden, um eine Replikation der Studie zu ermöglichen	Seite 221

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Endpunkte	6a	Vollständig definierte, primäre und sekundäre Endpunkte (früher „Zielkriterien“ genannt), einschließlich wie und wann sie erhoben wurden	Seite 221 -222
	6b	Änderungen der Endpunkte nach Studienbeginn mit Angabe der Gründe	-----
Fallzahlbestimmung	7a	Wie wurde die Fallzahl berechnet?	Keine Angaben
	7b	Falls zutreffend, Erklärung aller Zwischenanalysen und Abbruchkriterien	-----
Randomisierung			
Erzeugung der Behandlungsfolge	8a	Methode zur Generierung der Zufallszuteilung	Seite 221f.
	8b	Art der Randomisierung; Details jedweder Restriktionen (z.B. Blockbildung, Blockgröße)	-----
Mechanismen der Geheimhaltung der Behandlungsfolge	9	Mechanismen zur Umsetzung der Zuteilungssequenz (z.B. sequenziell nummerierte Behälter) und Beschreibung aller Schritte zur Geheimhaltung der Sequenz bis zur Interventionszuordnung	Teilweise beschrieben. Seite 221
Durchführung	10	Wer führte die Zufallszuteilung durch, wer nahm die Teilnehmer in die Studie auf und wer teilte die Teilnehmer den Interventionen zu	Keine genauen Angaben
Verblindung	11a	Falls durchgeführt, wer war bei der Interventionszuordnung verblindet? (z.B. Teilnehmer, Ärzte, Therapeuten, diejenigen, die die Endpunkte beurteilten)	-----
	11b	Falls relevant, Beschreibung der Ähnlichkeit der Interventionen	Seite 222

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Statistische Methoden	12a	Statistische Methoden, die zum Vergleich der Gruppen hinsichtlich primärer und sekundärer Endpunkte eingesetzt wurden	Seite 221f.
	12b	Methoden, die für zusätzliche Analysen eingesetzt wurden, wie Subgruppenanalysen, adjustierte Analysen	Seite 221f.
Ergebnisse			
Ein- und Ausschlüsse (ein Flussdiagramm wird dringend empfohlen)	13a	Für jede Gruppe Anzahl der Studienteilnehmer, die randomisiert zugeteilt wurden, die die geplante Intervention erhielten und die hinsichtlich des primären Endpunkts analysiert wurden	Seite 222
	13b	Für jede Gruppe Zahl der Studienausscheider und Ausschlüsse nach Randomisierung mit Angabe von Gründen	Keine Angaben
Aufnahme/Rekrutierung	14a	Zeitraum der Rekrutierung und Nachbeobachtung	Seite 221f.
	14b	Warum die Studie endete oder gestoppt wurde	Endpunkt erreicht
Patientencharakteristika zu Studienbeginn (baseline data)	15	Eine Tabelle demographischer und klinischer Charakteristika für jede Gruppe	Seite 222
Anzahl der ausgewerteten Probanden/ Patienten	16	Für jede Gruppe, Anzahl der Teilnehmer, die in die Analyse eingeschlossen wurde und Angabe, ob diese der Anzahl der ursprünglich zugeteilten Gruppen entsprach	Teilweise beschrieben Seite 222
Ergebnisse und Schätzmethoden	17a	Für jeden primären und sekundären Endpunkt Ergebnisse für jede Gruppe und die geschätzte Effektgröße sowie ihre Präzision (z.B. 95% Konfidenzintervall)	Seite 221
	17b	Für binäre Endpunkte wird empfohlen, sowohl die absoluten als auch die relativen Effektgrößen anzugeben	Teilweise beschrieben Seite 222

Abschnitt/Thema	Nummer	Beschreibung	Seiten-zahl
Zusätzliche Analysen	18	Resultate von weiteren Analysen, einschließlich Subgruppenanalysen und adjustierten Analysen mit Angabe, ob diese präspezifiziert oder exploratorisch durchgeführt wurden	Seite 222
Schaden	19	Alle wichtigen Schäden (früher „unerwünschte Wirkungen“ genannt) innerhalb jeder Gruppe (siehe auch CONSORT für Schäden (harm))	Keine Angaben
Diskussion			
Limitierungen	20	Studienlimitierungen mit Angabe zu potentieller Verzerrung, fehlender Präzision und, falls relevant, Multiplizität von Analysen	Keine angaben
Generalisierbarkeit	21	Generalisierbarkeit (externe Validität, Anwendbarkeit) der Studienergebnisse	Seite 223
Interpretation	22	Interpretation konsistent mit den Ergebnissen, Abwägung des Nutzens und Schadens, Berücksichtigung anderer relevanter Evidenz	Seite 222-223

Anhang 2c: Bewertung der Studie von Senderovich et al. (2016)

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Senderovich, H.; Lou Ip, M.; Berall, A.; Karuza, J.; Gordon, M.; Binns, M.; Wignarajah, S.; Grossman, D. & Dunal, L. (2016): Therapeutic Touch (®) in a geriatric Palliative Care Unit – A retrospective review. In: Complementary Therapies in Clinical Practice. 24. (S. 134-138).
 Das Ziel der Studie war es die Auswirkung der komplementären Pflegeintervention Therapeutic Touch bei Menschen auf der geriatrischen Palliativstation zu ermitteln.

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
Es wurde keine direkte Forschungsfrage formuliert. Das Ziel der Studie wurde deutlich beschrieben |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
Retrospective chart Review |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
Ja. |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
Teilweise. Die Auswahl der Kontrollgruppe erfolgte durch ein Zufallsverfahren. Die Auswahl der Interventionsgruppe wurde nicht genau beschrieben |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>
Ja. |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <i>Methode der Datensammlung?</i>
Ja. |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i>
Die statistische Berechnung wurde mit IBM SPSS durchgeführt |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <i>Wenn nein: warum nicht?</i>
— |

Aussagekraft

- | | |
|---|---|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
Ja. |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>
Ja. |

Anwendbarkeit

- | | |
|--|-----|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | Ja. |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung? | Ja. |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Anhang 3: Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow

Quelle: Darstellung modifiziert nach Maslow, 1978

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel:

Komplementäre Pflegeinterventionen in der palliativen pflegerischen Versorgung

Selbstständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln verfasst habe. Alle Passagen, die ich wörtlich aus der Literatur oder aus anderen Quellen übernommen habe, habe ich deutlich als Zitat mit Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Hamburg, den 31.05.2021