

NOVIZIN-THESIS

Einsatz von Therapeutic Touch auf einer Palliativstation

Universitätslehrgang Komplementäre Gesundheitspflege 03

eingereicht von

Gudrun Neumüller

(Matrikelnummer: 1264102)

Department für Gesundheitswissenschaften und Biomedizin

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Mag. Claudia Kastner-Roth

Betreuerin: Mag. Martina Kuttig

Bad Schönau, 11.04.2014

Kurzfassung

Die Palliativstation ist eine eigenständige Einheit, die in ein Krankenhaus eingebunden ist und deren Patient/inn/en an einer nicht heilbaren, progredienten und fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung leiden (vgl. Dlubis-Mertens et al., 2013, S. 36). Ihr Aufgabengebiet ist die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatient/inn/en, wobei das Ziel die Linderung von krankheits- und therapiebedingter Beschwerden ist und bei Stabilisierung eine Entlassung in die häusliche Umgebung möglich ist. Durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz stehen die subjektive Lebensqualität und die Selbstbestimmtheit des Patienten/der Patientin im Mittelpunkt. Viele Aspekte, die unterschiedlich gewichtet sein können, beeinflussen die Lebensqualität. Das Bewusstsein wächst, dass Beschwerden nicht nur medikamentös behandelt, sondern auch durch komplementäre Methoden positiv beeinflusst werden.

Therapeutic Touch ist eine ganzheitliche Pflegeintervention und komplementäre Behandlungsmethode, bei der durch die Berührung körperliche Entspannung und dadurch Angstreduktion und Wohlbefinden ermöglicht werden (vgl. Macrae, 1995, S. 24ff). Berührung ist eine unverzichtbare Voraussetzung für eine gesunde körperliche, emotionale und geistige Entwicklung. Diese so auszuführen, dass sie die Ganzheitlichkeit eines Menschen anspricht, ist Kunst und Handwerk zugleich. Dieses Ziel wird durch Therapeutic Touch erreicht und spielt eine zentrale Rolle im Kommunikationsgeschehen zwischen Patient/inn/en und Pflegenden (vgl. Rose, 2008, S. 1102). Da aufgrund von TT das Wohlbefinden steigt, werden beim Patienten/bei der Patientin Ressourcen zur aktiven Bewältigung mobilisiert. Dadurch entsteht auch im Sinne der Salutogenese ein Beitrag zur „Gesundheitsförderung“ und die Sichtweise richtet sich von einer Problemorientierung zu einem ganzheitlichen Ansatz, welcher besonders im Palliativbereich hilfreich ist.

Um die Wirksamkeit von TT im Palliativbereich evidenzbasiert zu belegen, wurde relevante Literatur in der Datenbank PubMed ausgewählt und nach den Kriterien von Behrens und Langer analysiert.

Inhalt

1	Einleitung	5
1.1	Problemdarstellung	6
1.2	Zielsetzung	7
1.3	Fragestellung	7
1.4	Methodik	7
2	Grundprinzipien einer palliativen Betreuung	9
3	Angst	11
3.1	Definition von Angst, Furcht, Ängstlichkeit	11
3.2	Ursachen und Zeichen der Angst	11
3.3	Möglichkeiten, um Angst zu erfassen	13
3.4	Pflegediagnose „Angst“	15
4	Therapeutic Touch - eine komplementäre Pflegeintervention	17
4.1	Grundlegende Voraussetzungen für die Anwendung der Pflegeintervention Therapeutic Touch	17
4.1.1	Pflegemodell nach Martha Rogers	18
4.1.2	Biophysikalische Grundlagen	18
4.1.3	Gesetzliche Rahmenbedingungen	19
4.2	Definition und geschichtlicher Hintergrund von Therapeutic Touch	20
4.3	Grundlagen der Methode Therapeutic Touch	20
4.4	Wirkungen von Therapeutic Touch bei Schwerstkranken	22

5	Salutogenese	25
5.1	Antonovskys Hintergrund in der Stressforschung	25
5.2	Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	26
5.3	Das Kohärenzgefühl und seine drei Komponenten	26
5.4	Gegenüberstellung pathogenetisches versus salutogenetisches Paradigma	28
5.5	Die Bedeutung der Salutogenese für die Palliativpflege	29
6	Eine Möglichkeit der praktischen Umsetzung der salutogenetisch orientierten Pflegeintervention Therapeutic Touch im Landesklinikum Hohegg	31
7	Fazit	32
8	Literaturverzeichnis	34
9	Anhang	39
10	Abkürzungen	44

1 Einleitung

Durch den medizinischen Fortschritt erreichen in der heutigen Generation die Menschen meist ein deutlich höheres Lebensalter. Aus diesem Grund kommt es auch zu einem Ansteigen von chronisch Kranken und Tumorpatient/inn/en und folglich zu einer verstärkten Pflegebedürftigkeit. Dies führt zu einer Umstrukturierung im Gesundheitssystem, da individuelle, situationsgerechte Betreuung und Begleitung schwerstkranker Menschen gewährleistet sein muss und diese Voraussetzungen im stationären Alltag aus personellen und zeitlichen Ressourcen nicht möglich sind.

Im modernen Zeitalter, wo Sterben und Tod gerne von der Gesellschaft ausgegrenzt werden, soll diese Arbeit aufzeigen, dass durch begleitende komplementäre Methoden ein würdevolles Dasein auch in der letzten Lebensphase ermöglicht werden kann. Die traditionelle Familienstruktur verkleinert sich und der Palliativbereich soll einen Ersatz für den vertrauensvollen Kontext darstellen. Hier wird durch professionelle Kompetenzen auf die körperlichen, psychischen und seelischen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin eingegangen. Ab dem Moment, wo eine Heilung der Erkrankung nicht mehr möglich ist, rückt die Lebensqualität des Patienten/der Patientin in den Mittelpunkt der therapeutischen Beziehung. Durch die Auseinandersetzung mit der Begrenztheit des Lebens und der Ungewissheit entstehen Ängste. Aufgabe der Palliative Care ist es, diese wahrzunehmen, anzusprechen und bei der Bewältigung zu unterstützen. Laut Delbrück et al. (2013, S. 169) können Ängste eine starke psychische Belastung darstellen und in Wechselwirkung mit anderen Faktoren z.B. Schmerz stehen. Beide Symptome können sich gegenseitig beeinflussen und verstärken.

Professionelle Pflege trägt sehr viel zum Wohlbefinden des Patienten/der Patientin bei und reduziert auch Ängste. Besonders bei Schwerstkranken, wo keine Hoffnung mehr auf Genesung besteht, sind innere Ruhe und Entspannung sehr wichtig. Das wird durch die Pflegeintervention Therapeutic Touch erreicht. Dies ist eine moderne Variante alter Heilpraktiken, bei der durch die Hände des Anwenders/der Anwenderin körpereigene Energie des Patienten/der Patientin harmonisiert wird. Weiters kommt es zu einer Reihe von positiven Folgeeffekten, indem das körperliche und geistige Wohlbefinden gestärkt wird. Professionell

geschulte Pflegepersonen können die Anwendung in den täglichen Pflegealltag miteinfließen lassen und dadurch individuell, effizient und kostengünstig pflegen. Die salutogenetische Sichtweise hilft durch den ganzheitlichen Ansatz bei der Krankheitsbewältigung, lindert Leiden und verbessert die Lebensqualität. Durch die Novizin-These soll ein wertvoller Beitrag geleistet werden, um die Wirksamkeit von „komplementären Pflegeinterventionen“ aufzuzeigen.

1.1 Problemdarstellung

Palliativpatient/inn/en leiden an einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung, wodurch die verbleibende Lebenszeit begrenzt ist, heilende Behandlungen sind ausgeschöpft und lindernde Maßnahmen stehen im Vordergrund. In unserer Gesellschaft wird oft Angst als Schwäche gewertet und Patient/inn/en scheuen sich, ihre Ängste zu zeigen. Ängste werden subjektiv erlebt, wobei die Sichtweise des Patienten/der Patientin entscheidend ist. Ängste erschweren die Kommunikation, behindern die Compliance und können andere körperliche Symptome verstärken. Dementsprechend sind Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung des Patienten/der Patientin notwendig. Der körperliche Kontakt bei Pflegetätigkeiten ist hilfreich Angst abzubauen (vgl. Delbrück et al., 2013, S. 172ff). Durch Vertrauen wird die Angst, die aufgrund Ungewissheit entsteht, besser bewältigt - Angst ist eine Reaktion, welche natürlich, sinnvoll und teilweise lebensnotwendig sein kann. Es kommt zu vermehrter Aufmerksamkeit, Herz- und Atemfrequenz werden gesteigert und der Muskeltonus wird erhöht. Dadurch wird auch der myofasziale Schmerz negativ beeinflusst (vgl. Bach et al., 2011, S. 140).

In der Palliativpflege muss eine umfassende Behandlung und Betreuung von chronisch schwerstkranker und sterbender Menschen jeden Alters ermöglicht werden, wobei sich der Fokus dieser Arbeit auf Erwachsene im onkologischen Bereich richtet. Geschätzte 90% der Palliativpatient/inn/en leiden an einer unheilbaren Krebserkrankung (vgl. Wasner, Mayer, 2011, S. 8). Kann eine Heilung einer Erkrankung nicht mehr erreicht werden, ist die Lebensqualität für die Behandlung ausschlaggebend. Lebensqualität ist kontextabhängig und definiert sich subjektiv. Als Kriterien gelten soziale Normen, individuelle Wertvorstellungen und affektive Faktoren, wobei Erwartungen an die Realität angeglichen werden. Patient/inn/en berichten, dass durch das Leiden die Wahrnehmung positiver Aspekte, die

Sinnhaftigkeit und sich dadurch auch die Einschätzung der Lebensqualität änderte (vgl. Krieseritzky, 2013, S. 67ff).

Das Erleben und die Gefühle eines Patienten/einer Patientin werden verstanden und durch das betreuende Team mitgetragen. Durch unterstützende Maßnahmen wird die Selbstwirksamkeit erhöht und Nähe bewusst verspürt. Medikamentöse Verordnungen müssen sorgfältig abgewogen werden, da bei Schwerkranken meist mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig auftreten, die Organe und deren Funktion beeinträchtigt sind und dadurch oft eine Kontraindikation für die Verordnung von Medikamenten besteht. Bei fortgeschrittenem Leiden ist oft auch die Schluckstörung im Vordergrund der Symptomatik und hier werden auch nichtmedikamentöse Bewältigungsstrategien angewendet¹.

1.2 Zielsetzung

Im Rahmen der Novizin-Thesis wird das Konzept „Angstbewältigung durch die Pflegeintervention Therapeutic Touch auf einer Palliativstation“ literaturbasiert erstellt.

1.3 Fragestellung

Wie kann durch die salutogenetisch orientierte Pflegeintervention „Therapeutic Touch“ Angst auf einer Palliativstation bewältigt werden?

1.4 Methodik

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, erfolgte eine systematische Literatur- und Studienrecherche. Die Suche nach aussagekräftiger Forschungsliteratur fand im Zeitraum

¹(Vgl.)

http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf
(eingesehen am 20.11.2013).

zwischen Mai und November 2013 in der Datenbank via PubMed statt und beschränkte sich ausschließlich auf Literatur in englischer Sprache. Die Suchbegriffe bei der Recherche nach Studien, welche in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden, lauteten: „anxiety, palliative, Therapeutic Touch“. Es gab drei Resultate, wobei Reiki und die Anwendung von Aromatherapie ausgeschlossen wurde. Zusätzlich wurde die Recherche mit dem Suchbegriff „cancer“ erweitert. Hierbei ergab die Suche innerhalb des Zeitrahmens keinen Treffer. Die Recherche wurde ausgeweitet. Aufgrund einer nach „Evidenz Level“ strukturierten aussagekräftigen Studie, welche eine Auflistung von 12 einzelnen ist, wurde auch diese involviert. Weiters wurde eine zweite Ausnahme gemacht und eine Studie von 1998 verwendet, um die Aussagekraft der Ergebnisse von Therapeutic Touch anhand der numerischen Analogskala zu verdeutlichen. Die Beurteilung erfolgte nach den Kriterien von Behrens und Langer.

Sekundärliteratur und Fachartikel orientierten sich am Thema Salutogenese, Palliative-Care und Angst. Dabei wurde ausschließlich deutschsprachige Literatur verwendet, die über das Portal des DigiBib der Donau-Universität Krems, über Google Scholar und aufgrund Medizinischer Fachliteratur recherchiert wurde.

2 Grundprinzipien einer palliativen Betreuung

Die Definition Palliativpflege leitet sich vom lateinischen Begriff „Pallium“ ab und bedeutet übersetzt Mantel. Diese Form der Pflege beinhaltet eine ganzheitliche, umfassende Betreuung von Patient/inn/en, wo eine kurative (heilende) Behandlung nicht mehr möglich ist. Hier soll ein „umgebender Mantel schützen und lindern“, um in der verbleibenden Lebenszeit die bestmögliche Lebensqualität möglichst lange zu erzielen (vgl. Habich, 2009, S. 56).

Laut der Definition der WHO von 2002 ist Palliative Care ein Handlungsansatz, der Menschen mit lebensbedrohenden Erkrankungen unterstützt, um die Lebensqualität zu verbessern, und zwar durch Prävention und Symptomlinderung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen. Lebensqualität ist das Ergebnis eines individuellen, multidimensionalen Bewertungsprozesses der Interaktion zwischen Person und Umwelt, wobei sich Selbst- und Fremdeinschätzung drastisch unterscheiden können. Alter und objektive Gesundheitsindikatoren (beschriebene Gesundheits- und Krankheitsphänomene) beeinflussen die subjektive Lebensqualität nur gering. Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstwirksamkeit, Selbstsicherheit und Depressivität haben dabei einen wesentlich größeren Stellenwert. Daher ist die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung sehr wichtig, um zum psychischen Wohlbefinden und zur Lebensqualität beizutragen (vgl. Kieseritzky, 2013, S. 68f).

Der Betreuungsansatz ist auf die Bedürfnisse und das Befinden der Patient/inn/en ausgerichtet. Ein wichtiger Aspekt ist die ressourcenorientierte und salutogenetische Betreuung, wo nicht nur die Problembereiche beachtet werden, sondern auch die gesunden Anteile der Patient/inn/en unterstützend berücksichtigt und genutzt werden. In der Betreuungsbeziehung wird der Patient/die Patientin als selbstbestimmte Person wahrgenommen und das subjektive Erleben des Gesundheitszustandes ist für die Behandlung ausschlaggebend (vgl. Steffen-Bürgi, 2007, S. 32f). Grundlage der Palliativpflege ist ein holistisches Menschenbild, das biologische, psychologische, soziale und spirituelle Themen inkludiert. Daraus ergibt sich die unterschiedliche Betrachtung der individuellen Lebensqualität. Es besteht auch ein kultureller Anteil, der jedoch in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wird (vgl. Habisch, 2009, S. 56).

Um Wohlbefinden und Lebensqualität fördern zu können, ist Symptomkontrolle eine wichtige Komponente in der Palliative Care, da viele Symptome gleichzeitig auftreten und sich gegenseitig beeinflussen und verstärken können. Eine Palliativstation kann die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse schwerkranker Patient/inn/en entsprechend befriedigen, da ein großzügiger Personalschlüssel auf der Station zur Anwendung kommt und dadurch zeitliche Ressourcen und mehr menschliche Zuwendung möglich sind. Es kommt zu einem einfühlsamen, respektvollen Umgang mit den Patient/inn/en und dabei können Copingstrategien positiv beeinflusst werden (vgl. Ehlert, Neitzke, 2013, S. 77f). Eine schwere Erkrankung verändert die gesamte Lebenssituation eines Menschen. Durch die palliative Begleitung in dieser Krisensituation können veränderte Umstände besser bewältigt und Anpassungen unterstützt werden (vgl. Habich, 2009, S. 56). Sterben und Tod sind natürliche Prozesse und gehören zu den Grundprinzipien der Palliative Care – dies beinhaltet auch den Umgang mit Angst (vgl. Müller-Busch, 2007, S. 308), wobei unterschiedliche Qualitäten differenziert werden, welche im nächsten Kapitel thematisiert werden.

Vor allem psychische Aspekte nehmen eine bedeutende Stellung ein, wobei Angst oft im Vordergrund steht (vgl. Aulbert, 1997, S. 734).

3 Angst

Jeder Mensch kennt Angst, wobei die auslösenden Umstände und das Erleben unterschiedlich sind. Angst kann eine Herausforderung sein, welche zu neuen Entwicklungen motiviert. Andererseits macht zu viel Angst handlungsunfähig, indem sie uns in Panik versetzt (vgl. Ratsak, 1997, S. 751).

3.1 Definition von Angst, Furcht, Ängstlichkeit

Angst wird als undeutliches Gefühl des Bedroht-Seins, das mit Beklemmung, Bedrückung und Erregung einhergeht, definiert. Im Bereich der Psychologie und Philosophie gibt es eine Differenzierung zwischen unbegründeter und nicht-objektbezogener Angst und objektbezogener Furcht. In der Allgemeinsprache ist diese Unterscheidung nicht geläufig². Ist die Emotion auf ein unmittelbares, gegebenes Objekt gerichtet, ausgelöst durch eine reale Gefahr, wird von „Furcht“ gesprochen, jedoch meist der Begriff „Angst“ benutzt (vgl. Müller-Busch, 2007, S. 308). Es wird zwischen dem aktuellen emotionalen Zustand Angst, welcher auf etwas Konkretes gerichtet ist und der habituellen Persönlichkeitseigenschaft Ängstlichkeit unterschieden. Die Differenzierung erfolgt aufgrund der Lebensgeschichte. Weiters kann sich das Phänomen Angst hinter depressiven oder aggressiven Reaktionen verbergen (vgl. Ratsak, 1997, S. 755f).

3.2 Ursachen und Zeichen der Angst

Schwere Krankheiten werden von Patient/inn/en als Todesbedrohung wahrgenommen und verursachen große Verunsicherungen, da sie nicht kontrolliert werden können und der Patient/die Patientin sich ihnen ausgeliefert fühlt. Diese Emotionen nehmen mit dem Krankheitsverlauf zu, denn jedes neue Symptom bringt psychische Belastungen mit sich und

²(Vgl.) <http://www.duden.de/rechtschreibung/Angst> (eingesehen am 18.12.2013).

die Empfindlichkeit gegenüber Eingriffen und Schmerzen wird erhöht. Durch therapie- und krankheitsbedingte Veränderungen wird das Selbstbild verändert und die Verletzungsangst beim Patienten/bei der Patientin steigt. Die fortschreitende Erkrankung führt auch zu Angst vor dem Autonomieverlust und bedroht die Lebensplanung und –gestaltung. In Krisen Angst zu erleben ist natürlich, die Symptome sind vielfältig und können nur durch ausführliche Gespräche mit dem Patienten/der Patientin analysiert werden, um eine geeignete Behandlung anzuwenden (vgl. Ratsak, 1997, S. 754f).

Beim Angstzustand kommt es zu einem Gefühl des Bedroht-Werdens, welches mit Besorgnis einhergeht und durch erhöhte Aktivität des Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung und Angespanntheit entsteht. Dabei sind physiologische, verhaltensmäßige und kognitive Bereiche, die spezifischen Erregungs- und Regulationsprozessen unterliegen, betroffen. Je nach Einschätzung der Bedrohung sind die physiologischen Parameter unterschiedlich. Diese werden auch von individuellen Erfahrungen, Strategien beim Umgang mit Gefahren und dem situativen Kontext beeinflusst (vgl. Krohne, 2010, S. 15f). Körperliche Symptome können Beschleunigung des Herzschlages, Schwitzen, veränderte Atemmuster und angespannte Muskulatur sein. Ebenso können nonverbale Zeichen wie veränderte Stimme, Körperhaltung und Gesichtsausdruck Hinweise auf Angstzustände sein. Das Verhalten und Handlungen werden dadurch unbewusst beeinflusst (vgl. Ratsak, 1997, S. 751).

Tod und schwere Krankheit werden als Bedrohung wahrgenommen und verursachen Ängste. Diese werden oft tabuisiert und es kommt zur Isolation und zunehmender Vereinsamung der Patient/inn/en und die Krankheitsverarbeitung wird erschwert. Auch ein Nicht-Zulassen oder Nicht-Aussprechen der Ängste verstärkt sie und Anspannung entsteht. Mittels Information und Aufklärung bzgl. des Krankheitsprozesses und therapeutischer Maßnahmen kann auch Hoffnung aufgezeigt werden. Diese muss realistisch sein und ist nicht auf die Prognose der Erkrankung, sondern auf das eigene Erleben, auf die Symptomkontrolle, die Aufrechterhaltung der eigenen Integrität, zuverlässige Betreuung und Beistand gerichtet. Ziel ist es, den Patienten/die Patientin bei seiner/ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen und das Leiden und Sterben als einen Teil des Lebens zu betrachten (vgl. Aulbert, 1997, S. 93ff).

Körperliche Begleiterscheinungen von Angst sind Muskelverspannung und Unruhe. Auch durch ungenügend behandelte Schmerzzustände werden Ängste ausgelöst und eine

Anspannung entsteht. Durch die Verkrampfung wird wiederum das Schmerzempfinden erhöht und beide Symptome beeinflussen sich gegenseitig. Dieser Kreislauf kann bzw. muss durch Medikamente, aber auch durch psychische und soziale Faktoren beeinflusst werden, z.B. durch Entspannungsübungen oder durch körperliche Berührung (vgl. Delbrück, et al, 2013, S. 173ff). Körperlicher Kontakt gibt bei fortschreitender Erkrankung Sicherheit. Folglich kommt es zur Entspannung, Schmerzen, Angst und Übelkeit werden reduziert. Über den Tastsinn kommt es durch die Berührung zur Interaktion zwischen Therapeuten/Therapeutin und Patienten/Patientin und es entsteht eine non-verbale Kommunikation, welche beruhigt und unterstützt (vgl. Russell et al., 2008, S. 209f). Methoden der Entspannung setzen bei der körperlichen Komponente des Angsterlebens an, erreichen eine Tiefenentspannung im ganzen Körper und lindern dadurch aktuelle Belastungssituationen (vgl. Ratsak, 1997, S. 761f).

3.3 Möglichkeiten, um Angst zu erfassen

Verschiedene Befürchtungen am Lebensende können Ängste auslösen. Selten sind es isolierte Symptome und dadurch wird die Diagnosestellung erschwert. Patient/inn/en müssen auf ihre Emotionen direkt angesprochen werden, wodurch ein klinisches Erfassen und ein individuelles Vorgehen ermöglicht werden. Angst als Emotion kann aufgrund des klinischen Verlaufes der Erkrankung, unerwarteter Ereignisse im Umfeld und Ressourcen des Patienten/der Patientin rasch wechseln. Dadurch ist das Erleben von Angst primär nicht nur ein Zustand, sondern wird zu einem veränderbaren Prozess³.

Um das Phänomen „Angst“ beschreiben zu können, ist eine ausführliche Exploration des Patienten/der Patientin über seine/ihre Lebensgeschichte, über die psychosoziale Situation und die aktuellen Belastungen notwendig. Auch bereits durchgeführte Bewältigungsstrategien müssen angesprochen werden. Während des Gespräches wird der Patient/die Patientin genau beobachtet und auf sein/ihr Verhalten, Stimmung, Affekte, Selbstwahrnehmung, Mimik und Gestik geachtet. Vorsichtige, gezielte Fragen sind sinnvoll, um die Emotion Angst verbal zu

³(Vgl.)

http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf

(eingesehen am 20.11.20013).

beschreiben (vgl. Ratsak, 1997, S. 758).

Auch durch standardisierte Instrumente kann das Erleben von Angst erfasst werden. Psychometrische (quantitative Messung psychischer Funktionen) Testverfahren können Hinweise auf behandlungsbedürftige Angststörungen geben, z.B. die Anwendung von HADS-D. Diese Methode ist die deutsche Version von Hospital Anxiety and Depression Scale. In einem Selbstbeurteilungsbogen von je sieben Angst- und Depressionsitems werden die spezifischen Anforderungen eines durch körperliche Krankheit bestimmten Settings innerhalb einer Woche überprüft (vgl. Delbrück et al., 2013, S. 174). Patient/inn/en mit körperlichen Erkrankungen werden zu 75% von Angst und/oder Depressivitätssymptomen begleitet. Diese psychischen Störungen sind in ihrer Ausprägung unterschiedlich, jedoch für die Lebensqualität hochrelevant. Durch das HADS-D Screening Verfahren werden einerseits mit je sieben Items generalisierte Angstsymptomatik und Panikattacken, andererseits mit je sieben Items Empfindungslosigkeit und Interessensverlust, die den depressiven Bereich anzeigen, diagnostiziert. Der Fragebogen kann bei Verdachtsmomenten oder zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt werden und ist in wenigen Minuten (2 – 6) beantwortet und ausgewertet. Je Item stehen vier abgestufte Antwortmöglichkeiten mit einer Punktevergabe von 0 bis 3 zur Auswahl. Es liegen fast tausend internationale Publikationen vor, welche die Validität, Reliabilität und Praktikabilität belegen⁴.

Eine weitere Möglichkeit zur ganzheitlichen Erfassung einer Patientensituation ist die Anwendung von ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale). Dabei werden neun häufige Symptome eines Krebspatienten/einer Krebspatientin charakterisiert. Dazu zählen Schmerz, Fatigue, Übelkeit, Depression, Angst, Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit, Atemnot und allgemeines Unwohlsein, wobei ein weiteres aktuelles Symptom bei Bedarf individuell angeführt werden kann. Die Intensität der Symptome wird in Zahlen angegeben, 0 gibt kein und 10 das größtmögliche Ausmaß an. ESAS dient bei onkologischen Patient/inn/en im Palliativbereich als zielgerichtetes Assessmentinstrument, welches zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann und durch Wiederholen eine Symptomkontrolle gewährleistet (vgl. Ploner-Grißmann, 2013, S. 6). Bei diesem Verfahren stellt jedoch „Angst“ nur einen Punkt des Assessments dar, wobei auf die Emotion direkt nicht näher eingegangen wird. Wird

⁴(Vgl.)<http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=27> (eingesehen am 01.01.2014).

im Rahmen des Assessments das Phänomen Angst diagnostiziert, muss eine Pflegediagnose formuliert werden.

3.4 Pflegediagnose „Angst“

Durch prozesshaftes Vorgehen werden pflegerelevante Probleme erkannt und Pflegediagnosen erstellt, wodurch eine klare Struktur vorgegeben wird. Diese beinhaltet den Pflegediagnosetitel, die Ätiologie, die Symptome, Ressourcen, Pflegeziele und die Auswahl der Pflegemaßnahmen, welche in den eigenverantwortlichen Bereich fallen. Diagnostizieren (= Erkennen, Beurteilen) ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Pflege. Pflegediagnose ist ein Element des Pflegeprozesses und dieser wiederum ist Teil des Behandlungsprozesses. Bei klassifizierten Pflegediagnosen entsteht ein einheitliches Verständnis der pflegediagnostischen Formulierung (vgl. Stefan et al., 2009, S. 4ff). Darunter fällt auch das Phänomen Angst. Da es ein pflegerelevantes Thema ist, wurde von North American Nursing Association eine Pflegediagnose erstellt. Definition der Pflegediagnose Angst:

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch Gefühle der Bedrohung und Unsicherheit erlebt, deren Ursache ihm unklar oder unbekannt sind. Der Begriff Angst grenzt sich von der Furcht dadurch ab, dass sich Furcht meist auf eine reale Bedrohung bezieht (gerichtete Angst), Angst ist dagegen meist ein ungerichteter Gefühlszustand.“ (Stefan et al., 2009, S. 746)

Bei der Pflegeplanung werden sowohl Symptome aus der Sicht des Patienten/der Patientin als auch aus der Sicht der Pflegeperson erfasst. Ein wichtiger Bereich sind die Ressourcen, welche körperlich-funktionell, psychisch und/oder sozial sein können. Durch Bewältigungsstrategien, Information und Gespräche wird das Sicherheitsgefühl erhöht und Angst kann auf ein erträgliches Maß reduziert werden. Diese Aspekte finden auch im Konzept der Salutogenese eine große Bedeutung (siehe Kapitel 5). Die geplanten Maßnahmen, um das Pflegeziel zu erreichen, sind von den Ressourcen, den auslösenden Ereignissen und den Emotionen abhängig.

Beim Phänomen Angst werden verschiedene Kriterien unterschieden. Ist die Ausprägung gering, kommt es zur gesteigerten Wahrnehmung, jedoch aus Patient/inn/ensicht kann es eine Motivation sein, sich mit den vorhandenen Problemen auseinanderzusetzen. Bei der mäßigen

Form ist die Wahrnehmung bereits eingeschränkt und es gibt Zeichen einer Symptomatik, z.B. veränderter Tonfall oder Zittern. Ist der Angstgrad ausgeprägt, werden auch Alltagsfunktionen beeinträchtigt und die Angstzeichen sind verstärkt. Kommt es zu unangepasstem Verhalten - der Patient/die Patientin kann z.B. Geschehnisse nicht einordnen oder ist verwirrt - fällt dies in den panischen Angstbereich. Eine wichtige Aufgabe der Pflege ist es, Patient/inn/en zu unterstützen, Gefühle zu erkennen und zu beginnen, sich mit diesen zu befassen (Stefan et al., 2009, S. 747ff).

Wird im Rahmen des Assessments das Phänomen Angst diagnostiziert, muss eine Pflegediagnose formuliert werden. Im Palliativbereich kommt der Pflegediagnostik besondere Bedeutung zu, da schwerstkranke Menschen besonders schutz- und hilfsbedürftig sind und dadurch besondere Anforderungen stellen. Durch die Pflegediagnostik wird bestmögliche Lebensqualität gewährleistet - physische, psychische, soziale, spirituelle und kulturelle Leiden werden rechtzeitig erfasst und gelindert. Dadurch kann die verbleibende Lebenszeit in Würde und ohne unnötige Angst und Konflikte gestaltet werden. Die Pflegediagnostik bildet damit die Grundlage für eine pflegerische Beziehung zwischen dem Pflgeteam und dem Patienten/der Patientin sowie dessen/deren Angehörigen (vgl. Käppeli, 2007, S. 120).

Ängste können die Kommunikation erschweren, daher ist psychotherapeutische Begleitung unterstützend und zu allen Bewältigungsmöglichkeiten sinnvoll. Ziel der Angstbewältigung ist nicht, die Angst zu beseitigen, denn aufgrund der Erkrankung ist sie berechtigt, sondern sie anzunehmen und nicht zu mächtig werden zu lassen. Bleiben Ängste jedoch unbewältigt, führt dies zu Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Es müssen gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin geeignete Bewältigungsstrategien gefunden werden, wobei individuelle und familiäre Ressourcen genutzt werden sollen und auch institutionelle Ebenen beitragen können (ausführliche Informationen, flexible Krankenhausstrukturen, Berücksichtigung individueller Eigenheiten) (vgl. Ratsak, 1997, S. 758f). Durch das Einfließen von komplementären Pflegemaßnahmen in den Krankenhausalltag wird der Patient/die Patientin in seinen/ihren Bewältigungsstrategien unterstützt. Gleichzeitig wird Nähe und Anteilnahme vermittelt und dadurch die Selbstwirksamkeit des Patienten/der Patientin erhöht.

4 Therapeutic Touch - eine komplementäre Pflegeintervention

Viele Krebspatient/inn/en suchen komplementäre Behandlungsmethoden, um die Lebensqualität zu verbessern und unerwünschte Therapienebenwirkungen bzw. Krankheitssymptome zu reduzieren. Definitionsgemäß sind komplementärmedizinische Maßnahmen ergänzend zur Standardtherapie durchzuführen⁵. Therapeutic Touch (TT) ist eine komplementäre Pflegeintervention, um Ängste zu reduzieren, Schmerzen zu lindern und Wohlbefinden, Vitalität und Entspannung zu fördern, indem körpereigene Energie harmonisiert wird (vgl. Rose, 2008, S. 1100f).

„Bei TT handelt es sich um eine völlig ungefährliche Behandlungstechnik, die Energiefelder in ein harmonisches Gleichgewicht versetzen will. Mit Hilfe der „Therapeutischen Berührung“ sollen für den Patienten [!] die besten Ausgangsvoraussetzungen zur Entspannung und Heilung geschaffen werden.“ (Sayre-Adams, Wright, 1997, S. 131)

Therapeutic Touch ist im Curriculum der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege enthalten und basiert auf dem Pflegemodell nach Martha Rogers⁶.

4.1 Grundlegende Voraussetzungen für die Anwendung der Pflegeintervention Therapeutic Touch

Der konzeptionelle Rahmen von Therapeutic Touch wird durch das Pflegemodell von Martha Rogers gebildet. Ihre Theorie beschreibt das biomagnetische Feld, welches durch eine komplementäre Pflegeintervention beeinflusst werden kann. Um im klinischen Kontext TT anwenden zu können, sind auch gesetzliche Rahmenbedingungen notwendig.

⁵(Vgl.) <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0030-1265338> (eingesehen am 13.01.2014).

⁶(Vgl.) <http://www.ttouch.at/tt-info/tt-in-der-pflege.html> (eingesehen am 20.01.2014).

4.1.1 Pflegemodell nach Martha Rogers

Rogers Ansatz sieht den Menschen als offenes Energiefeld, welches in einer ständigen Interaktion mit der Umwelt steht, sich in einer Raum-Zeitachse vorwärtsbewegt und durch spezifische Muster ausgezeichnet ist. Der Mensch ist eine ganzheitliche Einheit, wo das Ganze mehr als die Summe seiner Teile ist. Das Schlüsselkonzept bedeutet: Dynamik, Bewegung, Veränderung (vgl. Rogers, 1997, S. 12f). Die grundlegende Einheit lebender Gebilde ist das Energiefeld. Dieses besitzt Muster und Organisation und prägt dadurch den Menschen in seiner Ganzheit. Auch Gefühle, welche subjektiver Natur sind, sind Ausdruck dieser individuellen Ganzheit. Der Mensch trifft seine Entscheidungen bewusst und wird dadurch zum aktiven Mitgestalter im Entstehungsprozess seines Energiefeldes und seiner Muster (ebd., S. 88ff). Aufgabe der Pflege ist es, Menschen im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten zu unterstützen, um einen bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen. Dies wird auch durch Eingehen auf die Bedürfnisse und auf den persönlichen Rhythmus bei den Aktivitäten des täglichen Lebens gefördert und sollte oberste Priorität im Palliativbereich haben.

4.1.2 Biophysikalische Grundlagen

Durch elektromikroskopische Untersuchungen konnte das menschliche Zellmaterial erforscht werden. Dieses besteht aus einem Netzwerk von Röhren und Fasern, welches als zytoplasmatische Grundsubstanz oder Matrix bezeichnet wird. Es bleibt nur wenig Raum für Zellflüssigkeit, die auch in das Zellgerüst eingebunden ist. Dadurch lässt sich erklären, dass der Therapeut/die Therapeutin durch seine/ihre Hände nicht nur die Haut, sondern auch das ununterbrochene Gewebe, welches sich durch den ganzen Körper erstreckt, berührt (vgl. Oschman, 2009, S. 34).

Pischinger erkannte, dass für alle lebensnotwendigen Funktionen Kapillargefäße, Matrix und Zelle verantwortlich sind und diese Elemente eine ganzheitliche Heilung beeinflussen können. Das Netzwerk zwischen den Zellen kann Information speichern, verarbeiten und weiterleiten. Durch gezielte Interventionstechniken in Form einer komplementären Therapie, z.B. Therapeutic Touch, kann Energie dirigiert und dadurch Funktionen gesteuert werden. Jeder menschliche Körper entwickelt ein biomagnetisches Feld, jedes Organ und Gewebe trägt zu

dem Muster bei. Es kommt ständig zu Veränderungen durch funktionelle Aktivitäten (vgl. Oschmann, 2009, S. 45ff).

Im komplementären Bereich wurde TT durch John Zimmermann Anfang der 80er Jahre untersucht. Es wurde ein SQUID-Magnetometer mit hochempfindlichen Detektoren, welches biomagnetische Felder im Körper wahrnimmt, verwendet. Während der bewussten Entspannung des Therapeuten/der Therapeutin zeichnet das Gerät ein stark ausstrahlendes biomagnetisches Feld auf, welches von der Hand des Anwenders/der Anwenderin ausgeht. Das ausgesendete Signal variiert von einer Frequenz zwischen 0,3 und 30 Hertz und bewegt sich bei den meisten Aktivitäten um 7-8 Hertz. Dies wird als angenehmes Kribbeln, Vibrieren oder Kitzeln wahrgenommen (vgl. ebd., S. 59ff).

4.1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Grundlage für die Durchführung einer TT Intervention ist die sachliche Aufklärung des Patienten/der Patientin durch die/den anwendende/n DGKS/DGKP, welche/r die in ihrer/seiner Kompetenz übertragene Behandlung durchführt. Verfügt ein Patient/eine Patientin über die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit, erfolgt das schriftliche Einverständnis, das im Anhang aufliegt und von H. M. Ploner-Grißmann (fachwissenschaftliche und pädagogische Leitung von Integral Therapeutic Touch International) entwickelt und zur Verfügung gestellt wurde. Ist die volljährige Person aufgrund psychischer Krankheit oder einer geistigen Behinderung nicht in der Lage selbst zu entscheiden, ist deren Sachwalter zu kontaktieren (vgl. Andraus, Kretzl, 2013, S. 38ff). Gemäß GuKG, BGBl Nr. 108/1997, §14 umfasst der eigenverantwortliche Aufgabenbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gesundheitsfördernde, präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative pflegerische Maßnahmen, um die Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen (vgl. ebd., S.113). Weiterbildungen zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten müssen lt. §64 mindestens vier Wochen umfassen (vgl. ebd., S. 119f). Therapeutic Touch fällt lt. Bundesministerium für Gesundheit in den Bereich komplementäre Pflege. Die gesetzliche Regelung erfolgt durch den

eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Gesundheitsberufe innerhalb des Berufsbildes nach Fort- oder Zusatzausbildung – wobei diese nicht explizit geregelt ist⁷.

4.2 Definition und geschichtlicher Hintergrund von Therapeutic Touch

Therapeutic Touch ist eine moderne Variante alter Heilpraktiken, bei der durch die Hände menschliche Energie gelenkt wird (vgl. Krieger, 2004, S. 25). Im Jahr 1972 wurde die Pflegeintervention TT von Dolores Krieger und Dora Kunz an der Universität von New York entwickelt. Mehr als über 800 klinische Studien belegen die Wirksamkeit dieser komplementären Pflegeintervention. Therapeutic Touch wird ausgehend von den USA weltweit gelehrt und praktiziert. 1997 wurde es durch die Ärztin A. M. Ritt-Wollmersdorfer in mehreren Wiener Spitälern implementiert (vgl. Ploner-Grißmann, 2012, o. S.).

4.3 Grundlagen der Methode Therapeutic Touch

Durch gezieltes Berühren und Anwenden von Therapeutic Touch Techniken nach standardisierten Schritten wird Vitalenergie im elektromagnetischen Feld des Menschen moduliert und dirigiert. Angriffspunkte sind Topologien über Organe, Meridiane, Akupunkturpunkte, Reflexzonen und direkt über das humane bioelektromagnetische Feld. Regelmäßige Anwendungen von TT führen zu größerer Harmonie und Neuordnung der Muster.

Als standardisierte Methode sind bei der Behandlung bestimmte Schritte vorgegeben: Zentrierung, Assessment, Balancing/Clearing und Evaluation. Voraussetzung, um eine TT Intervention durchführen zu können, ist die Zentrierung. Dabei fokussiert sich das Bewusstsein des Anwenders/der Anwenderin auf den Patienten/die Patientin, wobei dieser Bewusstseinszustand während der gesamten Anwendung andauert. Mit allen Sinnen wird der

7

(Vgl.)http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/2/6/CH1305/CMS1324542760317/117_amsaerztliche_fortbildungsveranstaltung_6.12.1011_praesentation_weiss.pdf (eingesehen am 25.01.2014)

momentane Zustand des Patienten/der Patientin eingeschätzt. Neben Körperhaltung, Bewegung, Stimme, Ausdruck und Gesichtsfarbe werden das humane bioelektrische Energiefeld (HEF), Muskelspannung, Temperatur, Blockaden und Qualität der Vitalenergie erfasst und die Feldmuster beurteilt. Auffälligkeiten und Veränderungen werden am Assessmentblatt vor und nach erfolgter Behandlung dokumentiert. Im Anhang befindet sich ein Dokumentationsblatt. Beim Behandeln werden durch spezielle Techniken Dysbalancen harmonisiert, der Energiefluss verändert und ein Fließgleichgewicht angeregt. Anschließend wird das Behandlungsergebnis mittels neuerlicher Evaluation eingeschätzt, Unausgewogenheit korrigiert und dokumentiert (vgl. Ploner-Grißmann, 2012, o.S.).

Zur Erfassung des subjektiven Befindens des Patienten/der Patientin vor und nach einer TT Intervention wird die standardmäßig verwendete Visuelle Analogskala (VAS) „Well-Being-Scale“ verwendet. Mittels Selbsteinschätzung wird das Item „allgemeines Wohlbefinden“ anhand einer Linie von null bis zehn ermittelt. Giasson (1998, S. 387) entwickelte dieses Messinstrument, um das Wohlbefinden anzuzeigen. Der VAS Index scheint nicht geeignet für Patient/inn/en mit visuellen, kognitiven oder motorischen Einschränkungen. Hier ist die numerische Ratingskala übersichtlicher, da es eine elfstufige, durchgängig nummerierte Skala ist (vgl. Knipping, 2007, S. 179).

Durch die Verwendung eines Messinstrumentes können Resultate verglichen und die Effektivität der Interventionen überprüft werden. Im Anhang befinden sich die Dokumentationsunterlagen, die von H. M. Ploner-Grißmann (fachwissenschaftliche und pädagogische Leitung von Integral Therapeutic Touch International) entwickelt und zur Verfügung gestellt wurden. Reicht die Kraft der Palliativpatient/inn/en zum Schreiben nicht mehr aus, können sie mit dem Finger auf einer numerischen Skala den Wert anzeigen. Laut Studie können Patient/inn/en ihre Symptome länger selbst einschätzen, als das von den Pflegenden zugemutet wird. Diese Selbsteinschätzung sollte am Lebensende dazu beitragen, erfolgreich Symptome zu lindern (vgl. Sailer, 2009, S. 24).

TT ist eine komplementäre Pflegeintervention, wo der Berührung eine besondere Qualität zukommt. Eine TT Intervention nach standardisierten Schritten kann in pflegerische Tätigkeiten involviert oder als gezielte Einzelbehandlung durchgeführt werden (vgl. Rose, 2008, S.1101). Voraussetzungen für die Anwendung der Intervention im Krankenhaus sind, dass die Fähigkeiten während einer TT Ausbildung, die dem §64 GuKG (s.a.4.1.3) entspricht,

erlernt wurden und die kollegiale Führung des Krankenhauses mit der Anwendung von Therapeutic Touch einverstanden ist.

Durch TT kommt es innerhalb weniger Minuten zur Entspannung. Dadurch wird auch das Abwehrsystem stabilisiert, die Bildung von Endorphinen (Beruhigungsstoffe) wird angeregt und die sogenannten Neuropeptide blockieren die Schmerzempfindung. Die Anspannung wird geringer und die Angstgefühle lassen nach. Daraus folgt, dass Patient/inn/en während einer Intervention so entspannen können, dass er/sie gerne einschläft bzw. nach erfolgter Intervention ein vitales Gefühl verspürt (vgl. Krieger, 2004, S 123).

4.4 Wirkungen von Therapeutic Touch bei Schwerstkranken

Die Qualität der Berührung ist bei der komplementären Pflegeintervention besonders wichtig. Bei schmerzhaften, sensiblen Hautzuständen muss der Kontakt individuell erfolgen (vgl. Roberts, 2011, S. 115). Wichtig ist, dem Schwerstkranken die Kontrolle über die Pflegesituation zu überlassen. Indem die Berührungsintensität individuell verändert bzw. bei Bedarf auch abgebrochen werden kann, vermittelt dies ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens. Begleitend wird der Kontakt von achtsamem Umgang, Respekt und Wertschätzung. So kann Berührung in der Pflege Schwerstkranker auch als Element der Sprache betrachtet werden und zur positiven Gestaltung einer besonders emotionalen Lebenssituation beitragen (vgl. Horn, 2013, S. 364f).

Die Wirksamkeit von Therapeutic Touch bezüglich Angst- und Schmerzreduktion bei Krebspatient/inn/en wurde in einer evidenzbasierten Studie untersucht. Die Grundlage dieser Arbeit waren 12 evidenzbasierte Forschungsstudien, die je nach Studiendesign einem siebenteiligen Evidenz Level zugeordnet wurden. Alle Studien hatten Kontrollgruppen und kamen zu dem Ergebnis, dass durch Therapeutic Touch Angst und Schmerz gelindert werden konnte.

Die Studie, die der Evidenzebene II zugeordnet war (Giasson & Bouchard, 1998), bestätigte, dass 20 Patient/inn/en mit der Diagnose Krebs im Endstadium, welche an drei aufeinanderfolgenden Tagen 15-20 Minuten Therapeutic Touch erhielten, ein erhöhtes Gefühl des Wohlbefindens äußerten ($p < 0,002$). Dabei waren folgende Symptome inkludiert:

Schmerz, Übelkeit, Depression, Angst, Atemnot, Appetit und Entspannung. Die experimentelle Gruppe zeigte auf der Wohlbefinden Skala einen Anstieg von 1,70 gegenüber der Kontrollgruppe, welche eine Abnahme von 0,31 angab (vgl. Jackson et al., 2008, S. 115).

Lafreniere et al. (1999) zeigte bei 41 gesunden Proband/inn/en auf, dass durch die Anwendung von Therapeutic Touch die Patient/inn/en bzgl. Vitalität gestärkt ($p < 0,05$), Stimmungsstörungen ($p < 0,01$), Spannungen ($p < 0,05$), Verwirrung ($p < 0,01$) und Angst ($p < 0,01$) reduziert wurden. Subjektive Werte wurden anhand eines Fragebogens gewertet, objektive Daten anhand des Stickoxid-Wertes ermittelt, welcher reduziert werden konnte ($p < 0,05$) (vgl. Jackson et al., 2008, S. 118).

Sparber et al. (2000) untersuchte den Einsatz von komplementären und alternativen Methoden (CAM) vor und nach einer Krebsdiagnose anhand einer Befragung von 100 Patient/inn/en. Das Ergebnis zeigt, dass CAM bei 63% der Teilnehmer/innen (mehr Frauen als Männer) angewendet wurde, um Depressionen, Angstzustände und Schlaflosigkeit zu vermindern, nachdem ein positiver Umgang mit Stress erlernt wurde. Da ein Gefühl der eigenen Kontrollierbarkeit entstand, konnten Beschwerden verringert und die Lebensqualität gesteigert werden (vgl. Jackson et al., 2008, S. 117). Diese Forschungsergebnisse wurden dem Evidenzlevel VI zugeordnet und sind in der Praxis nicht so signifikant.

Laut Milton (2006) und Ernst (2003) werden ergänzende Therapien zunehmend in die Betreuung von Palliativpatient/inn/en involviert. Dadurch werden Bewältigungsstrategien entwickelt und das Selbstbewusstsein erhöht, es kommt zu einer Verbesserung der Lebensqualität und es wird zur Symptomkontrolle beigetragen. Folglich werden die komplementären Pflegeinterventionen der Philosophie der Palliativbetreuung gerecht. Anhand zweier Fallstudien werden die Ergebnisse einer TT Intervention aufgezeigt. Belastend für die Recherche ist, dass die verschiedenen Berührungstechniken und deren Auswirkungen bzgl. auf das Wohlbefinden ungenau dokumentiert wurden und aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahl weitere Forschungen notwendig sind. Von den Patient/inn/en wird als angenehm empfunden, dass TT durch die Kleidung angewendet wird und die Hautrezeptoren ihre Signale an das Gehirn weiterleiteten. Dadurch bleibt die Intimsphäre gewahrt und ist auch bei Menschen anderer Kulturen hilfreich. Bei der ersten Fallstudie wurde zusätzlich aufgrund starker Schmerzen (Visuelle Analogskala 10) ein Morphinpräparat verabreicht. Nach erfolgter TT Intervention gab die 45-jährige Frau eine deutliche Schmerzreduktion

(Visuelle Analogskala 5) an, schlief sanft ein und benötigte auch nachts keine zusätzliche Schmerzmedikation. Fallstudie 2: Ein schwerstkranker Mann wurde bei der Aufnahme in einem Hospiz auf einer VAS bzgl. Agitation mit 10, der Höchstpunktzahl, beurteilt. Nach durchgeführter TT Intervention wurde die Agitation mit 1-2 auf der Skala angegeben. Die Entspannung hielt 2-3 Stunden an. Da die Anwendung ganzheitlich wirkt, war eine isolierte Bewertung einzelner Symptome nicht möglich (vgl. Roberts, 2011, S. 114ff).

Durch die Anwendung von TT stehen nicht einzelne Symptome, sondern die Ganzheitlichkeit mit den körperlichen, geistigen und emotionalen Aspekten eines Patienten/einer Patientin im Mittelpunkt. Diese Sichtweise findet sich auch in der Perspektive der Salutogenese wieder und wird im folgenden Kapitel genauer erläutert.

5 Salutogenese

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelte das Konzept der „Salutogenese“, das auf dem Kohärenzgefühl beruht. Das Wort „Salutogenese“ setzt sich aus „salus“ (lat. übersetzt Gesundheit) und „genesis“ (griech. übersetzt Entstehung) zusammen. Es werden Faktoren, die gesund machen bzw. erhalten, untersucht, wobei für die Gesundheit Werte wichtig sind, um die sich der/die Betroffene selbst kümmern muss (vgl. Petzold, 2010, S. 4ff).

5.1 Antonovskys Hintergrund in der Stressforschung

Aaron Antonovsky befasst sich mit der Stressforschung, Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit. Das Konzept der Salutogenese hatte seinen Ursprung in der Untersuchung von Frauen, die das nationalsozialistische Konzentrationslager überlebten und dabei gesund blieben (vgl. Bischof, 2010, S. 26ff).

Laut Antonovsky sind Stressoren, welche Spannungszustände verursachen, im menschlichen Leben allgegenwärtig. Entscheidend, ob der Spannungszustand pathologisch, neutral oder gesund sein werde, ist die Spannungsverarbeitung. Dabei wesentlich beteiligt ist das Konzept des Kohärenzgefühls. Um den salutogenetischen Ansatz besser veranschaulichen zu können, wird dieser anhand der Metapher eines Flusses dargestellt. Das menschliche Leben wird als Fluss mit Turbulenzen beschrieben. Nach pathogenetisch orientierter Sicht wird mit vielen Fertigkeiten und Instrumenten versucht, die Menschen vor dem Ertrinken zu retten ohne Aufmerksamkeit darauf, wer oder was die Menschen in diese Lage gebracht hat. Der salutogenetische Ansatz ist, den Menschen schwimmen zu lernen. Die permanente Bemühung um Gesundheit ist notwendig, auch wenn sie nicht immer erfolgreich ist. Das Ziel ist die Förderung gesunderhaltender Faktoren, die einem unterstützen, um mit Bedrohungen wie Ungleichgewicht, Leid, Krankheit und Alter, die natürliche Bestandteile des Lebens sind, umzugehen (vgl. ebd., 2010, S. 44ff).

5.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky sieht den Menschen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Auf dem Kontinuum sind zwei gegenüberliegende Pole, wo der menschliche Standpunkt näher oder entfernter bei Gesundheit oder Krankheit lokalisiert sein kann. Herausforderungen und Stressfaktoren beeinflussen den Standpunkt, werden unterschiedlich erlebt und aufgrund der vorhandenen Ressourcen auch unterschiedlich bewältigt. Antonovsky kritisiert das pathogenetische Konzept, welches Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit sieht. Seiner Meinung nach ist Krankheit ein notwendiger Lebensbestandteil, indem sich Gesundheit und Krankheit mischen. Jeder gesunde Mensch hat kranke Anteile und umgekehrt (vgl. Schneider, 2010, S. 2123).

„Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jeden beliebigen Zeitpunkt untersuchen.“
(Antonovsky, 1997, S. 23)

Besonders im Palliativbereich ist es notwendig, immer wieder den Ist-Zustand zu erheben, um dementsprechend den Tagesablauf zum Wohle des Patienten/der Patientin anzupassen.

5.3 Das Kohärenzgefühl und seine drei Komponenten

Antonovsky entwickelte das Konstrukt des „sense of coherence“ (SOC), das mit dem Begriff Kohärenzgefühl übersetzt wird und folgendermaßen definiert wird:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß [!] 1. Die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. Einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. Diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“
(Antonovsky, 1997, S. 36)

Das Kohärenzgefühl gibt keine Coping-Strategien vor, sondern ist eine Lebenseinstellung mit drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit. Der Aspekt der Verstehbarkeit hat seine Bedeutung darin, dass Lebensprobleme mit den verbundenen Stressoren subjektiv erfasst und bewertet werden müssen, bevor sie bewältigt werden können. Der Bereich der Handhabbarkeit beinhaltet das Vertrauen der generellen Lösbarkeit und ist von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig. Bei der Sinnhaftigkeit wird die grundlegende Lebenseinstellung sichtbar. Stressoren werden als unvermeidbare Ereignisse im Sinne einer Herausforderung gesehen und zu bewältigen versucht. Diese Komponente stellt die bedeutendste dar, wodurch das Leben auch in schwierigen Situationen als lebenswert betrachtet werden kann (vgl. Lorenz, 2005, S. 37f).

Auf bedrohliche Ereignisse reagieren Menschen mit starkem Kohärenzgefühl mit Traurigkeit, Furcht, Schmerz und Wut. Es gibt eine zielgerichtete Handlungsbasis, die motivierend wirkt. Bei schwachem Kohärenzgefühl wird mit Angst, die gefühlsverwirrt und handlungsunfähig macht, reagiert. Neben der Emotionsregulierung erfolgt die Einschätzung vom Individuum selbst. Bei starkem Kohärenzgefühl werden Ressourcen ausgewählt, um den Stressoren begegnen zu können und Spannungen werden besser reguliert. Ist das Kohärenzgefühl geschwächt, entsteht Hoffnungslosigkeit und Resignation (vgl. ebd., S. 63ff).

5.4 Gegenüberstellung pathogenetisches versus salutogenetisches Paradigma

Salutogenetisch	Pathogenetisch
Gesundheit-Krankheits-Kontinuum	Klassifikation entweder krank oder gesund
Mittelpunkt stehen: Befindlichkeit Lebensgeschichte	Mittelpunkt stehen: Krankheit Risikofaktoren pathogene Einflüsse
Stressoren: Potentiell pathogen Können auch positiv sein	Stressoren: Sind immer pathogenetisch
Ziel: Stärkung von Bewältigungsressourcen gesundheitserhaltende Faktoren	Ziel: Bekämpfung von Krankheiten

Anhand einer Tabelle, angelehnt an Bischof (2010, S. 44)

Indem die Aufmerksamkeit in die gesundheitserhaltende, salutogenetische Richtung gelenkt wird, entsteht ein Gefühl der innigen Verbundenheit. Das Kohärenzgefühl wird gestärkt und dient dadurch als starke Ressource in stressigen Situationen (vgl. Petzold, 2010, S. 13).

5.5 Die Bedeutung der Salutogenese für die Palliativpflege

Im pflegerischen Assessment wird der Gesundheitszustand gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin eingeschätzt und potentielle Probleme und Symptome erhoben. Dabei liegt auch ein Schwerpunkt auf den Ressourcen, die im Sinne der Salutogenese das Kohärenzgefühl stärken und die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheit-Kontinuum beeinflussen. Auch die Coping-Ressourcen bei der Erhebung in den Mittelpunkt zu stellen, bedeutet für den Patienten/die Patientin seine/ihre Ganzheitlichkeit in die Anamnese zu involvieren (vgl. Knipping, 2007, S. 170ff).

Im Sinne des salutogenetischen Modells ist es wichtig, wo sich ein Patient/eine Patientin auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum befindet und durch welche pflegerische Intervention eine Bewegung in die positive Richtung gefördert werden kann. Wobei das Kernelement der Salutogenese das Kohärenzgefühl, das auch durch Krisensituationen erschüttert werden kann, oft durch kleine situationsbedingte Veränderungen, durch Zuwendung, durch interaktionsintensives und professionelles Handeln wieder stabilisiert werden kann (vgl. Brieskorn-Zinke, 2010, S. 177ff). Salutogenetische Prinzipien fordern einen ressourcenorientierten Ansatz durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten, wobei aber auch besonders bei Schwerstkranken eine psychotherapeutische Begleitung integraler Bestandteil sein muss. Dabei hängt die Krankheitsbewältigung nicht nur von der Persönlichkeit des Patienten/der Patientin und den Lebensumständen ab, sondern sie wird auch von den angebotenen Maßnahmen beeinflusst (vgl. Lorenz, 2005, S. 105).

Zum Problem der Angstbewältigung bei Schwerstkranken gehören auch die Stärkung der „gesunden Anteile“ und das Mobilisieren der eigenen Ressourcen. Es kommt zu einer emotionalen Entlastung, denn der Patient/die Patientin kann selbst aktiv zu einer Änderung oder Akzeptanz der Situation beitragen (vgl. Ratsak, 1997, S. 762). Dadurch entsteht auch ein Gefühl der „Stimmigkeit“, das als Empfinden eines konstruktiven Wohlbefindens beschrieben wird. Menschen haben lt. dem Neuropsychotherapeuten Grawe ein übergeordnetes Bestreben nach Stimmigkeit, wobei dieses meist auch den Grundbedürfnissen vorangestellt ist. Auch in der Sterbebegleitung ist durch gute Verarbeitung und Begleitung Stimmigkeit möglich. Dieses Gefühl ist dem Kohärenzgefühl zugehörig und bildet damit globales Vertrauen. Dazu tragen auch nonverbale Kommunikation bei. Durch achtsame Abstimmung von Bedürfnissen,

Zielen, Befinden und Emotionen wird auch Stimmigkeit gefördert (vgl. Petzold, 2010, S. 31ff).

Antonovsky bietet einen theoriegeleiteten Rahmen zur Orientierung der Lebensbewältigung, statt am Krankheitsmodell festzuhalten (vgl. Lorenz, 2005, S. 103). Ebenso wird durch Therapeutic Touch die Ganzheitlichkeit eines Patienten/einer Patientin erfasst und nicht nur die Symptome eines Krankheitsbildes in den Mittelpunkt gestellt. Dadurch wird eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht (vgl. Ploner-Grißmann, 2012, o. S.). Infolgedessen können im Sinne der Salutogenese Anforderungen und Belastungen besser bewältigt werden und zur Annäherung zum Gesundheitspol beitragen.

6 Eine Möglichkeit der praktischen Umsetzung der salutogenetisch orientierten Pflegeintervention Therapeutic Touch im Landesklinikum Hohegg

Im Landesklinikum Hohegg befindet sich eine Palliativeinheit mit sechs Betten in Planung. Die voraussichtliche Fertigstellung ist mit März 2015 fixiert. Da Angst aufgrund gegebener Umstände bei den meisten Palliativpatient/inn/en eine große Rolle spielt, ist Therapeutic Touch unterstützend, um eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen. Da sich die Zahl der TT geschulten Anwender/innen auf zwei Pflegepersonen beschränkt, ist es sinnvoll, bei der Organisation je drei Patient/inn/en zu betreuen. Dadurch ist gewährleistet, dass eine Vertrauensbeziehung entsteht und der Behandlungserfolg nachvollziehbar ist.

Im Rahmen der Anamnese wird das Interesse an der Pflegeintervention Therapeutic Touch erhoben. Durch ein ausführliches, informatives Gespräch werden der geschichtliche Hintergrund, die Grundlagen der Methode, die biophysikalischen Grundlagen und die Wirkung von Therapeutic Touch vermittelt. Um durch die Anwendung von TT ein effektives Ergebnis zu erreichen, ist es notwendig, die zeitlichen Ressourcen in den Tagesablauf einzuplanen. Zusätzliche Ausbildungs- und Schulungskosten fallen nicht an, da personelle Ressourcen in Form von zwei Therapeutic Touch Practitioners, die den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechen, vorhanden sind. Nur durch ausreichend geschultes Pflegepersonal kann ein optimales Ergebnis, wie in dieser Novizin-These dargestellt, gewährleistet werden. Da keine zusätzlichen Hilfsmittel für die Anwendung von Therapeutic Touch erforderlich sind, ist es eine kostengünstige, komplementäre Pflegeintervention, um die Ganzheitlichkeit eines Menschen zu erfassen.

Ziel ist es, basierend auf dieser Novizin-These eine praktische Umsetzung von dem Pflegekonzept Therapeutic Touch zu vermitteln, um eine Umgebung zu schaffen, in der sich Schwerstkranke geborgen fühlen und dadurch Krisensituationen besser bewältigen können.

7 Fazit

Angst von schwerkranken Menschen ist berechtigt, begründet und muss angenommen werden. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um sich mit der Emotion Angst auseinandersetzen zu können. Oft wird Angst mit Schwäche gleichgesetzt und viele Patient/inn/en versuchen diese zu bekämpfen, wodurch Angst zu einem beherrschenden Thema wird. Ziel muss es sein, die Angst zu akzeptieren, mit ihr zu leben und dadurch individuelle Bewältigungsstrategien zu entwickeln (vgl. Ratsak, 1997, S. 760).

Komplementäre Pflege, deren Wirksamkeit durch Studien bewiesen ist, ist ein Teilbereich der wissenschaftlichen, evidenzbasierten Pflege. Durch die Anwendung von Therapeutic Touch können körperliche und psychische Symptome bei Krebspatient/inn/en deutlich gelindert werden. Das Pflegepersonal hat eine Verantwortung gegenüber den betreuten Patient/inn/en, um die Gesundheit optimal zu fördern. Aufgabe des Pflegepersonals ist es, den Patienten/die Patientin ganzheitlich zu erfassen und dadurch zu unterstützen. Die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch ist eine Möglichkeit, diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Zusätzlich wird durch die salutogenetische Sichtweise, welche auf dem Köhärenzkonzept beruht und das Verstehen, das Handhabbarmachen und die Bedeutsamkeit beinhaltet, das Bild der ganzheitlichen mehrdimensionalen Gesundheit gefördert.

Komplementäre Methoden sind gesundheits- und ressourcenorientiert, d. h. sie orientieren sich am salutogenetischen Modell. Durch ihre Wirkung kann der Patient/die Patientin selbst einen Beitrag zur Gesundheit leisten und bewegt sich zum Gesundheitspol. Die Palliativstation ist ein interdisziplinärer Bereich, wo Pflege, Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Seelsorger/in, Sozialarbeiter/in und Therapeut/in intensiv zusammenarbeiten und der schulmedizinische Sektor mit den komplementären Methoden aufeinander abgestimmt werden muss, um den Patienten/die Patientin individuell begleiten zu können. Durch Einbeziehen der Ganzheitlichkeit kann Lebensqualität und Wohlbefinden erhöht werden und der Mensch befindet sich im Sinne der Salutogenese auf der gesunden Seite des Gesundheits-Krankheitskontinuums. Besonders in Krisenzeiten benötigen Schwerstkranke Kontakte, Berührungen und Wärme, die ihnen Empathie, Wertschätzung und Vertrauen entgegen bringen. Durch die komplementäre Pflegeintervention Therapeutic Touch

werden Patient/inn/en in ihrer „Gesundheit“ gestärkt, eigene Ressourcen entwickelt und können dadurch mit kommenden Ereignissen besser umgehen.

Thereapeutic Touch wurde in Amerika entwickelt und ist bereits seit Jahren in sämtlichen amerikanischen Krankenhäusern implementiert. Im Gegensatz dazu besteht in Österreich noch großer Nachholbedarf bezüglich Aufklärung, Information und Implementation. Zusätzlich ist kaum deutschsprachige Literatur vorhanden, wodurch die Bekanntheit dieser Pflegeintervention in der Öffentlichkeit sehr niedrig ist. Ziel dieser Arbeit ist es daher auch, allgemein Interesse zu wecken, um ein Umdenken anzuregen.

8 Literaturverzeichnis

- Andreas, F./Kretzl, C. (2013): Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe. 2. Auflage, Verlag: Facultas, Wien.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Verlag: DGVT, Tübingen.
- Aulbert, E.(1997): Lebensqualität bei inkurablen Krankheiten in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E./Zech, D.(Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Verlag: Schattauer, Stuttgart. S. 82-98.
- Aulbert, E. (1997): Kommunikation mit Patienten und Angehörige. In: Aulbert, E./Zech, D.(Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Verlag: Schattauer, Stuttgart. S. 731-749.
- Bach, D./Bühning, U/Casagrande, Ch./Wagenlechner, D. (2011): Komplementäre Sterbebegleitung auf psychischer Ebene. In: Huber, G./Casagrande, Ch. (Hrsg.): Komplementäre Sterbebegleitung, Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien, Verlag: Haug, Stuttgart. S. 138-149.
- Beuth, J. (2010): Komplementärmedizinische Maßnahmen in der Palliativmedizin, Kongressbeitrag, Online im WWW unter URL: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0030-1265338> (eingesehen am 13.01.2014).
- Bibliographisches Institut (o.J.): Definition Angst, Online im WWW unter URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Angst> (eingesehen am 18.12.2013).
- BIGORIO (2011): Angst am Lebensende, Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von « palliativ ch», Online im WWW unter URL: http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2011_DE.pdf (eingesehen am 20.11.20013).
- Bischof, M. (2010): Salutogenese, Unterwegs zur Gesundheit. Drachenverlag, Klein Jasedow.

- Brieskorn-Zinke, M. (2010): Salutogenese in der Pflege – zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl, 4. Auflage, Verlag: Juventa, Weinheim und München. S.173-184.
- Delbrück, A./Dissemond, W./Hubertus-Kayser, H./Kieseritzky, K./Lenzen, C./Lübbersmeyer, K./Prönneke, R./Sittig, H.B./Wartenberg, C./Wirz, S./Wollmer, M. (2013): Symptomkontrolle, Angst. In: Kayser, H./ Kieseritzky, K./Melching, H./ Sittig, H.B. (Hrsg.): Kursbuch Palliative Care, Angewandte Palliativmedizin und –pflege, 2. Auflage, Verlag: UNI-MED, Bremen, S. 171-177.
- Dlubis-Mertens, K./Kayser, H. (2013): Grundlagen der Palliativmedizin. In: Kayser, H./ Kieseritzky, K./Melching, H./ Sittig, H.B. (Hrsg.): Kursbuch Palliative Care, Angewandte Palliativmedizin und –pflege, 2. Auflage, Verlag: UNI-MED, Bremen, S.36-46.
- Ehlert, J./Neitzke, G. (2013): Versorgung auf der Palliativstation, Sichtweisen von Betroffenen. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, Verlag: Thieme, Stuttgart, 14: 73-79.
- Giasson, M./Bouchard,L.(1998): Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. In: Journal of holistic nursing, 16(3), S.383-398.
- Habich, M. (2009): Lebensqualität in der Palliativpflege. In: GLE international, Themenschwerpunkte: Palliativarbeit, Sinn und Glück, 26 (1), S.56-61.
- Horn, K. (2013): Grundlagen der Pflege in der Palliativmedizin. In: Kayser, H./ Kieseritzky, K./Melching, H./ Sittig, H.B. (Hrsg.): Kursbuch Palliative Care, Angewandte Palliativmedizin und –pflege, 2. Auflage, Verlag: UNI-MED, Bremen, S. 362-375.
- Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (2010): HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version. Online im WWW unter URL: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=27> (eingesehen am 01.01.2014).
- Jackson, E./Kelley, M./McNeil, P./Meyer (2008): Does therapeutic touch help reduce pain

and anxiety in patients with cancer? In: Clinical journal of oncology nursing, 12(1), S.113-120.

Käppeli, S. (2007): Bedeutung der Pflegediagnostik in der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Verlag: Huber, Bern, S. 117-122.

Kieseritzky, K.(2013): Lebensqualität in der Pallitivmedizin. In: Kayser, H./ Kieseritzky, K./Melching, H./ Sittig, H.B. (Hrsg.): Kursbuch Palliative Care, Angewandte Palliativmedizin und –pflege, 2. Auflage, Verlag: UNI-MED, Bremen, S. 67-77.

Knipping, C. (2007): Reflexionen zum Schmerzassessment in der Pflege. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Verlag: Huber, Bern, S. 167-186.

Krieger, D. (2004): Therapeutic Touch, Die Heilkraft unserer Hände, Verlag: Lüchow, Stuttgart.

Krohne, H.W. (2010): Psychologie der Angst, ein Lehrbuch, Verlag: Kohlhammer, Stuttgart.

Lorenz, R.(2005): Salutogenese, Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. Auflage, Verlag: Reinhardt, München.

Müller-Busch, H.C. (2007): Vom Umgang mit Angst und Depressionen in der Palliativbetreuung. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Verlag: Huber, Bern, S. 307-315.

Macrae, J. (1995): Therapeutic Touch, Kontaktheilung – durch heilende Berührung, Verlag: Aquamarin, Grafing.

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

Petzold, T.D. (2010): Praxisbuch Salutogenese, Warum Gesundheit ansteckend ist. Verlag: Südwest, München.

Ploner-Grißmann, H. (2013): Best Practice Guide, I-Therapeutic Touch, Palliative Care (unveröffentlichtes Manuskript).

- Ploner-Grißmann, H. (2012): Therapeutic Touch, 3. ULG Komplementäre Gesundheitspflege. Donau-Universität Krems, Skriptum.
- Ratsak, G. (1997): Angst und Angstbewältigung. In: Aulbert, E./Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Verlag: Schattauer, Stuttgart. S. 750-764.
- Roberts, K./Campbell, H. (2011): Using the M technique as therapy for patients at the end of life: two case studies. In: International journal of palliative nursing, 17(3), S. 114-118.
- Rogers, M. (1997): Theoretische Grundlagen der Pflege, Eine Einführung, 2. Auflage, Verlag: Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Rose, R. (2008): Berühren und berührt werden, Therapeutic Touch in der Pflege. In: Die Schwester - Der Pfleger, die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Verlag: Bibliomed, Melsungen, 12: S.1098-1102.
- Russell, N.C./Sumler, S.S./Beinhorn, C.M. (2008): Role of massage therapy in cancer care. In: The journal of alternative and complementary medicine, 14 (2), S. 209-214.
- Sailer, M. (2009): Der Nutzen eines Instruments zur systematischen Erfassung von Symptomen in der spitalexternen Onkologiepflege, eine Querschnittstudie.
- Sayre-Adams, J./Wright, S. (1997): Therapeutische Berührung in Theorie und Praxis, Verlag: Ullstein- Mosby Berlin/Wiesbaden.
- Schneider, Ch. (2010): Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In: Wydler, H./Kolip, P./Abel T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. 4. Auflage, Verlag: Juventa, Weinheim und München, S. 21-41.
- Stefan, H./Allmer, F./Eberl, J. (2009): POP, Praxis Orientierte Pflegediagnostik, Pflegediagnosen-Ziele-Maßnahmen, Verlag: Springer, Wien.
- Steffen-Bürgi, B. (2007): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Auflage, Verlag: Huber, Bern, S. 30-38.

Wasner, M./Mayer, P. (2011): Gibt es ein „gutes Sterben“? In: Huber, G./Casagrande, Ch. (Hrsg.): Komplementäre Sterbebegleitung, Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien, Verlag: Haug, Stuttgart, S.2-9.

Weiss, S. (2011): Aspekte der rechtlichen Situation der Berufsausübung im Bereich komplementärmedizinischer Methoden, Online im WWW unter URL:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/2/6/CH1305/CMS1324542760317/117._amtsaerztliche_fortbildungsveranstaltung_6.12.1011_praesentation_weiss.pdf (eingesehen am 26.01.2014).

9 Anhang

Information zu Therapeutic Touch



für Frau/Herrn

- Therapeutic Touch (TT) ist eine komplementäre pflegetherapeutische Intervention und eine komplementärmedizinische Behandlung sowie eine Methode der Energiemedizin. Therapeutic Touch wird zur Gesundheitsförderung, Prävention und bei Erkrankungen zusätzlich und begleitend zu Ihren medizinischen Behandlungen eingesetzt.
- Therapeutic Touch dient der Harmonisierung der körpereigenen Vitalenergie, die durch stressreiche Lebensumstände oder Erkrankungen aus dem Gleichgewicht geraten ist. Dies wird in der Pflegediagnostik als „Energiefeldstörung“ kategorisiert. Therapeutic Touch spezifische Techniken werden z.B. auf der Ebene der Regulationszentren, Reflexzonen, Meridiane, Akupressurpunkte eingesetzt.
- Therapeutic Touch ersetzt weder eine ärztliche Behandlung, noch werden medizinische Diagnosen gestellt. Eine Pflegediagnose entspricht keiner medizinischen Diagnose, noch ersetzt es diese. Medikamente und weitere ärztliche Anordnungen sollen aufgrund einer Therapeutic Touch Intervention/Behandlung nicht ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/der Ärztin geändert werden. Bei einer Besserung der Symptomatik nach der Therapeutic Touch Intervention/Behandlung besprechen Sie dies mit dem behandelnden Arzt/derÄrztin, der/die mit Ihnen entscheidet, ob eine Therapieänderung erforderlich ist.
- Therapeutic Touch führt häufig zu körperlicher Entspannung, Verbesserung von subjektiven Befindlichkeitsstörungen, z.B. bei Schlafstörung, Ängstlichkeit und einer Verringerung von belastenden Symptomen. Eine Verbesserung des Wohlbefindens und eine Steigerung der Vitalität zur Bewältigung des Alltags wird ebenso häufig erfahren.
- Vor Beginn der Therapeutic Touch Intervention/Behandlung wird Sie die praktizierende Person über Operationsnarben, Wunden, Verletzungen oder empfindliche Körperstellen sowie Ihre momentane Befindlichkeit fragen. Die Intervention/Behandlung erfolgt meist im Liegen, gelegentlich im Sitzen. Ihre Kleidung brauchen Sie nicht auszuziehen. Die praktizierende Person wird Sie an bestimmten Körperzonen über Organen, Regulationszentren, Reflexzonen, Meridianen und Akupressurpunkten sanft berühren und die TT-Technik anwenden. Diese kann oft als sanftes Vibrieren, kühles oder warmes Strömen wahrgenommen werden. Bei TT wird weder Druck, noch Gewebemanipulation angewandt. Eine Intervention/Behandlung dauert durchschnittlich 25 Minuten bis maximal 1 Stunde. Im stationären Bereich kann die Therapeutic Touch Intervention/Behandlung zwischen 5 Minuten (als Kurzintervention/Behandlung) und 20 Minuten dauern.
- Therapeutic Touch wird seit über 40 Jahren sowohl in Kliniken, Krankenhäusern, mobilen Pflegediensten und Privatpraxen angewandt. In rund 900 klinischen Studien wurden keine unerwünschten Nebenwirkungen beschrieben.
- Unmittelbar nach der Therapeutic Touch Intervention/Behandlung sollten Sie weder rauchen, noch Kaffee, Schwarztee oder Grüntee trinken.

Informed Consent für Therapeutic Touch



Frau/Herr

ist professionelle/r Therapeutic Touch Praktizierende/r und entsprechend den internationalen Standards geschult, hält sich an den ethischen Codex von Therapeutic Touch und ist TT-Basis-Level 1, 2, 3 AbsolventIn, Qualified oder Diplom Practitioner (Level 4). Die entsprechende Ausbildung ist unterstrichen.

Sie/er hat alle meine Fragen ausreichend beantwortet und ich stimme einer Therapeutic Touch Intervention/Behandlung zu.

Sollte ich weitere Therapeutic Touch Interventionen/Behandlungen vereinbaren, stimme ich diesen zu.

KlientIn/PatientIn/ggf. Entscheidungsberechtigte.....

Therapeutic Touch Praktizierende/r..... Ort, Datum:

Protokollierung von TT-Interventionen für Case Studies



Name TT-Praktizierende: _____ Datum: _____

Patientin KlientIn/ (Initialen): _____ Alter: _____ M O W O

Einverständnis erteilt von PatientIn/ KlientIn, Familie, Eltern (Initialen) _____

Die wievielte TT-Intervention? ___ Dauer: ___ Häufigkeit (z.B. wöchentl) _____

Empfehlung durch: _____

Anamnese: Grund für TT-Intervention?

TT-Interventionsplan (Warum will ich etwas machen?)

TT-Interventionskonzept (Energetische Harmonisierung durch):

Evaluation – wie hat sich das Energiefeld verändert (Grundlage Assessment – Re-Assessment)?

Kommentare der PatientIn/KlientIn während/nach der TT-Intervention (falls zutreffend auch zur vorangegangenen TT-Intervention).

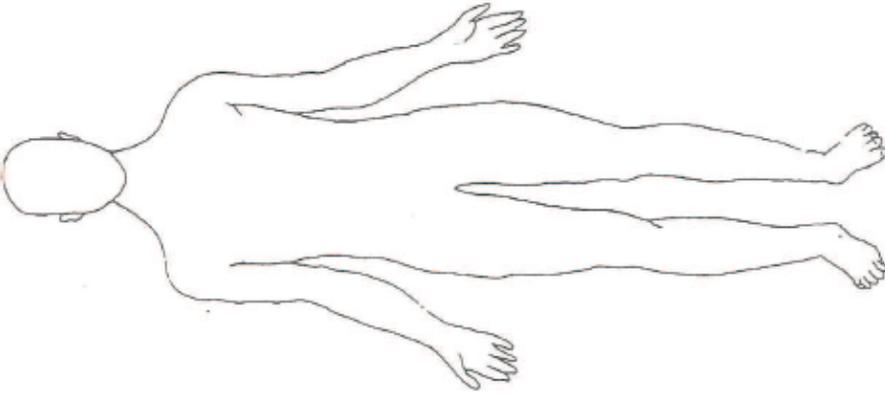
Subjektive und objektive Daten: z.B. Erhebungsinstrumente, Laborergebnisse Veränderungen auf dem Monitor, Kommentare von Familienangehörigen, Pflegepersonal?

Wie soll die nächste Therapeutic Touch Intervention gestaltet werden? Gibt es Empfehlungen für andere Therapien oder komplementäre Interventionen?

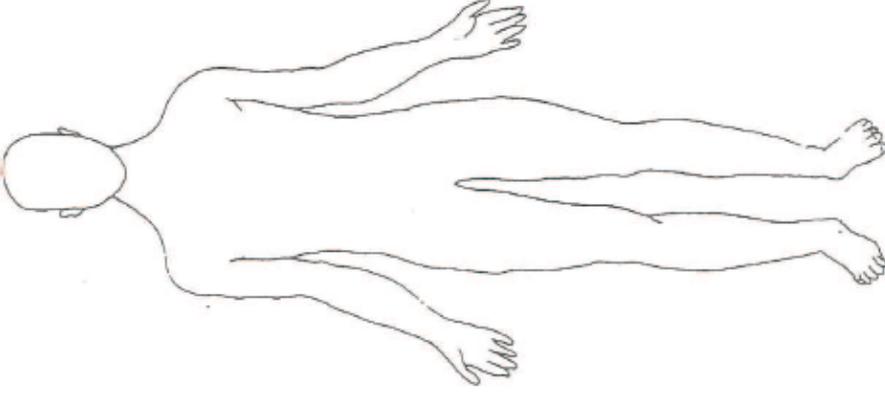
Was habe ich als TT-Praktizierende während dieser Intervention gelernt?

Formular zur Protokollierung von TT-Interventionen für Case Studies basierend auf Therapeutic Touch Assessment and Evaluation Form von Therapeutic Touch International Inc. © Integral Therapeutic Touch International

KlientIn/PatientIn: _____ . TT-Intervention Durchgeführt von HZ: _____ Datum: _____



Assessment



Re-Assessment

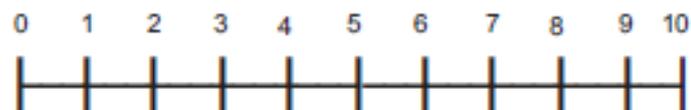
Initialen:.....

Datum:.....



Allgemeines Wohlbefinden (General Well-Being)

Wie fühlen Sie sich im Moment?



0 = Niedrigster Level von Wohlbefinden

10 = Höchster Level von Wohlbefinden

Das Wohlbefinden ist Teil einer ganzheitlichen Erfassung und soll Ihrer Wahrnehmung entsprechen. Bitte umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Wahrnehmung entspricht.

vor TT

nach TT

Assessment General Well-Being, Item aus der Well-Being Scale von Giasson (1994),
modifiziert von Ploner (2014) © Integral Therapeutic Touch International

10 Abkürzungen

BGBI: Bundesgesetzblatt

Bzw.: beziehungsweise

CAM: komplementäre und alternative Methoden

DGKP Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

DGKS Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

D.h.: das heißt

ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale

GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version

HEF human bioelektrisches Energiefeld

Lt.: laut

TT: Therapeutic Touch

Usw.: und so weiter

Uvm. Und vieles mehr

VAS: Visuelle Analogskala

WHO: World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

Z.B.: zum Beispiel

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Gudrun Neumüller, geboren am 08.04.1969 in Wr. Neustadt, erkläre,

1. dass ich meine Novizin-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Novizin-Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Novizin-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Novizin-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.



11.04.2014

Gudrun Neumüller

