

Die Implementierung von Therapeutic Touch im Niederösterreichischen Landeskrankenhaus Hochegg/Neurologie B

Am Beispiel Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen
im Bewegungsapparat

Abschlussarbeit

3. Universitätslehrgang Komplementäre Gesundheitspflege

Eingereicht von

Ulrike Hildegard Frühstück

Department für Gesundheitswissenschaften und Biomedizin
an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Mag^a. Claudia Kastner-Roth

Betreuerin: Mag^a. Martina Kuttig

Hochneukirchen, 8. April 2014

Kurzfassung

Viele Menschen leiden unter chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat. Sternberg et al. erwähnt in seinem Bericht, dass dies ein häufiger Grund ist, warum Menschen arbeitsunfähig sind. (Vgl. Sternberg et al., 2008, S.1164). Eine wichtige Rolle in der Schmerztherapie haben Medikamente. Für manche Patient/inn/en ist es jedoch unerträglich langfristig Medikamente zu nehmen. (Vgl. Müller-Mendt, 2008, S.216). Weitere Therapien wie zum Beispiel physikalische Therapie können schmerzlindernd sein. (Vgl. Menche, 2001, S.606f). Für Martha Rogers war bereits 1970 entscheidend, dass die Pflegewissenschaft als ein unabhängiger Bereich betrachtet wird, welcher mit anderen wissenschaftlichen Systemen übereinstimmt. (Vgl. Reimer et al., 1998, S.47). So ist es sinnvoll, Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat über komplementäre Pflegemethoden zu beraten, und ihnen die Intervention zukommen zu lassen. Die Anwendung von einer Therapeutic Touch kann von kurzer Dauer sein, Nebenwirkungen sind keine bekannt. (Vgl. Monroe, 2009, S.91). Auch Dolzer kam bei einer Überprüfung zu dem Entschluss, dass Therapeutic Touch einen positiven Effekt auf das physische und psychische Wohlbefinden von Patient/inn/en hat. (Vgl. Dolzer, 2008, S.63). Anhand der angeführten Literatur wird nach dem pflegewissenschaftlichen Konzept von Martha Rogers und den österreichischen Gesetzen ein Konzept zur Umsetzung von Therapeutic Touch Interventionen im stationären Kontext beschrieben. Dazu wurde die systematische Literaturrecherche, anhand Ein- und Ausschlusskriterien, die Fachdatenbank Pubmed verwendet. Suchbegriffe waren „Therapeutic Touch“, „nursing practice“ und „The effects of therapeutic touch on pain“. Zur Bearbeitung der Fragestellung und für die Verfassung der Abschlussarbeit wurde die Literaturanalyse nach Behrens und Langer gewählt.¹

¹ Vgl. Universitätsklinikum Halle/Saale (o. J.) <https://www.medizin.uni-halle.de> (eingesehen am 20. 2. 2014)

Inhalt

1. Einleitung.....	5
1.1 Problemdarstellung.....	5
1.2 Ziel	6
1.3 Fragestellung.....	7
1.4 Methodik.....	7
2 Theoretischer Rahmen.....	8
2.1 Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im neurologischen Bereich....	8
2.2 Schmerz als Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen.....	9
2.3 Besonderheiten des chronischen Schmerzes.....	10
2.4 Das Schmerz-Assessment	10
2.5 Numerische Ratingskala	11
2.6 Medikamentöse Therapien.....	11
2.7 Weitere Therapien für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat.....	12
3 Pflegewissenschaftlicher Hintergrund.....	12
3.1 Das konzeptionelles Pflegemodell von Martha Rogers.....	13
3.1.1 Definition Pflege.....	14
3.1.2 Schlüsselbegriffe ihrer Theorie:.....	15
3.1.3 Person und Umwelt	15
3.1.4 Definition von Gesundheit und Krankheit.....	16
3.1.5 Umsetzungsaspekte des Pflegemodells von Martha Rogers	16
4 Komplementäre Pflegemethode Therapeutic Touch.....	17
4.1 Einführung in das komplementäre Pflegekonzept.....	18
4.2 Standardisierte Schritte.....	20
4.2.1 Zentrieren.....	20
4.2.2 Assessment.....	20
4.2.3 Clearing/Behandlung.....	21
4.2.4 Evaluation/Reassessment.....	21

5 Therapeutic Touch für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen.....	21
6 Biomedizinische, biophysikalische Aspekte, Quantenphysik.....	24
7 Dokumentation.....	26
7.1 Informed Consent für Therapeutic Touch	26
7.2 Pflegeassessment	26
7.3 Pflegeprozess	27
8 Best Practice Guideline.....	29
9 Therapeutic Touch - Ein mögliches Beispiel für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat im neurologischen Bereich - Niederösterreichischen Landesklinikum Hohegg.....	29
9.1 Rahmenbedingungen zur Implementierung des Pflegekonzeptes Therapeutic Touch.....	30
9.2 Gesetzliche Grundlagen	31
9.3 Vorbereitung	32
9.4 Durchführung.....	32
10 Fazit und Ausblick	33
11 Literaturverzeichnis.....	35
12. Anhang	39

1 Einleitung

Im Zuge der folgenden Arbeit wird das Problem dargestellt, die Fragestellung, Methodik und die Zielformulierung der Novizin-Thesis herausgearbeitet. In Form von Konzepten und Methoden werden Lösungsansätze erläutert eines Beispiels.

1.1 Problemdarstellung

Im Landesklinikum Hochegg gibt es einen ersten Schritt in die Richtung komplementärer Gesundheitspflege, das Konzept der Aromapflege. Therapeutic Touch ist eine komplementäre Methode, welche den Gesundheitsbereich ergänzt und erweitert.

Angelehnt wird das Pflegekonzept an das Pflegemodell von Martha Rogers. Für Rogers war die Pflege ein Dienst am Menschen, in ihrer professionellsten Form, in Wissenschaft und Kunst, wobei sie zwischen beiden sehr klar unterschieden wird. (Vgl. Rogers, 1997, S.12f). Therapeutic Touch ist eine komplementäre Pflegemethode, welche das Wohlbefinden des/der Patient/inn/en steigert, sie führt zu Entspannung und somit können chronische Schmerzen reduziert werden. (Vgl. Monroe, 2005, S. 85-92). Durch Therapeutic Touch wird Qi (Vitalenergie), entsprechend der standardisierten Schritte, dirigiert und moduliert. (Vgl. Ritt et al., 2003, S.27). Die Implementierung von Therapeutic Touch bietet eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen, eine Sensibilisierung auf die Ganzheitlichkeit des Körpers.

Therapeutic Touch kann in den Pflegezimmern durchgeführt werden. Um die Intimsphäre des/der Patient/in zu wahren können Paravents verwendet werden. Es ist eine manuelle Technik, etwaige Utensilien werden nicht benötigt. Therapeutic Touch ist bei Pflegepersonen und bei den Pati-

ent/inn/en teilweise unbekannt, komplementäre Methoden werden aber gewünscht. Ärzt/inn/e/n kennen Therapeutic Touch möglicherweise nicht, Informationen darüber müssen auch interdisziplinär an Physiotherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en und Neuropsycholog/inn/en weitergegeben werden. Die Anwendungen finden im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich § 14 GuKG statt.

Dokumentationsformblätter für eine Therapeutic Touch Intervention sind nicht vorhanden.

Zurzeit gibt es zwei Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern, welche die Basisausbildung in Therapeutic Touch absolviert haben, eine Expertin im pulmonologischen, die Zweite im neurologischen Bereich. Eine weitere Kollegin, welche aus dem neurologischen Bereich kommt, hat im März 2014 den Universitätslehrgang Komplementäre Gesundheitspflege begonnen, und wird uns, nach ihrem Abschluss, in unserer Arbeit unterstützen.

1.2 Ziel

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, welche den Universitätslehrgang der Komplementären Gesundheitspflege nach § 64 GuKG absolviert haben, wenden das komplementäre Gesundheitskonzept Therapeutic Touch an, um Patient/inn/en, in Bezug auf chronische Schmerzen im Bewegungsapparat im neurologischen Bereich zu unterstützen. Das Konzept Therapeutic Touch wird in Form von Kurzinterventionen, auf der Station Neurologie B, von einer Pflegeperson, bei zwei Patient/inn/en, zwei Mal pro Woche angewendet. Das Ziel dieser Arbeit muss sein, dass Wohlbefinden der Patient/inn/en zu steigern, und somit die Patient/inn/enzufriedenheit. Des Weiteren wird das Leistungsangebot des Niederösterreichischen Landeskrankenhauses Hochegg erweitert.

1.3 Fragestellung

Wie lässt sich Therapeutic Touch als komplementäre Gesundheitspflegemethode in den Stationsalltag einer neurologischen Station bei chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat implementieren?

1.4 Methodik

Zur Bearbeitung der Fragestellung und für die Verfassung der Abschlussarbeit wurde die Literaturanalyse nach Behrens und Langer gewählt.²

Zur Literaturrecherche wurde die Fachdatenbank PubMed verwendet. Deutschsprachige Suchbegriffe ergaben keine Resultate. Die englischen Suchbegriffe waren „Therapeutic Touch“ und „nursing“, diese zeigten 538 Ergebnisse. Um die Studien einzugrenzen wurde „Therapeutic Touch“ und „nursing practice“ verwendet. Diese Schlagwörter ergaben 45 Resultate, von denen zwei ausgewählt wurden, die aufgrund des Abstracts das Thema betrafen. Ausgeschlossen wurden solche, deren Focus bei anderen Methoden lag, zum Beispiel bei Reiki, oder deren Krankheitsbild nicht in den neurologischen Bereich passte. Der Zeitraum, welcher die Studien betrifft, wurde auf 10 Jahre eingegrenzt. Ausgewählt wurden zwei, die für die Bearbeitung der Fragestellung gewählt wurden.

Eine weitere Studie in Bezug auf Therapeutic Touch und chronischen Schmerzen wurde im theoretischen Unterricht von Therapeutic Touch bekannt. Um an die Studie zu gelangen wurde der Begriff „The effects of therapeutic touch on pain“ in die Fachdatenbank Pubmed eingegeben, die Suche ergab ein Ergebnis. Eine Internetadresse ermöglichte den Austausch mit der Autorin dieser Studie, welche den Link zu ihrer Studie zu Verfügung stellte.

2 Theoretischer Rahmen

Schmerz ist ein Symptom und für Außenstehende nicht direkt zugänglich und messbar wie zum Beispiel bei Fieber. Die International Association for Study of Pain definiert den Schmerz als:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ (Sternberg et al, 2008, S.1164).

Unterschieden wird zwischen akutem und chronischem Schmerz. Der akute Schmerz ist eindeutig zugeordnet und gezielt zu behandeln. Beim chronischen Schmerz beträgt die Dauer mindestens 6 Monate. (Vgl. Hufschmidt, 2009, S.511f).

Schmerz kann jeden Menschen, jeden Alters betreffen, er unterscheidet nicht nach Rasse oder Geschlecht. (Vgl. Monroe, 2009, S.86).

2.1 Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im neurologischen Bereich

Entscheidend ist in der Bevölkerung die wachsende Bedeutung chronischer Gesundheitsbeeinträchtigungen und eine Zunahme an chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten, deren Lebensqualität durch Symptombelastungen, darunter vielfach chronische Schmerzen, den Menschen erheblich einschränkt. Dies stellt eine komplexe Herausforderung dar. Es ist davon auszugehen, dass künftig Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen nicht nur im ambulanten Sektor anzutreffen sind. (Vgl. Müller-Mund, 2005, S.209).

14 % der Frauen und 12 % der Männer leiden unter Migräne, Rückenschmerz ist bei den Männern die häufigste und bei den Frauen die zweit-

² Vgl. Universitätsklinikum Halle/Saale (o. J.) <https://www.medizin.uni-halle.de> (eingesehen am 20. 2. 2014)

häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. 20 % der Anträge auf vorzeitige Gewährung einer Rente gehen auf chronischen Schmerzen zurück. Der chronische Schmerz verselbstständigt sich nicht nur auf der somatischen Ebene, sondern auch auf der Psychischen. Folgen davon können sein: depressive Störungen mit Suizidalität, Essstörungen und Nebenwirkungen der medikamentösen Therapien. (Vgl. Sternberg et al., 2008, S.1164).

Schmerzen, welche im Bewegungsapparat empfunden werden, können ihre Ursache im skeletto-mechanischen System oder durch Projektion bei Läsionen peripherer Nervenwurzeln, aber auch als übertragener Schmerz innerer Organe, haben. Die Behandlung der Beschwerden aus dem Bewegungsapparat schließt eine Vielzahl von Methoden ein. (Vgl. Arndt, 1988, S.9f).

Eine Herausforderung an die Pflege ist die Verbesserung der Versorgungsqualität chronisch schmerzbelasteter Patient/inn/en. Aufmerksamkeit sollte die Pflege an den Versorgungsalltag, an Selbstpflegedefizite, schenken und für eine Gesundheitsprofession sorgen. (Vgl. Müller-Mund, 2005, S.226).

2.2 Schmerz als Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen

In der Tradition der griechischen Antike wurde Körper und Geist holistisch betrachtet. In der Renaissance bildete sich die dualistische Perspektive von Leib und Seele. Im 18. bis zum 20. Jahrhundert dominierte die naturwissenschaftlich orientierte westliche Schulmedizin. Es wurden in den 1960er und 1970er Jahren biomedizinische Methoden etabliert, seit den 1980er und 1990er Jahren gibt es eine zunehmende Ablösung der somatischen Fixierung der Methoden.

So wie sich die Phasen im Wandel des Gesundheits- und Krankenpflegeverhältnisses zeigen, gleichermaßen ist die Entwicklung des Schmerzverhältnisses. (Vgl. Müller-Mundt, 2005, S.39f).

2.3 Besonderheiten des chronischen Schmerzes

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Schmerzforschung und – therapie in der Betrachtung des Schmerzes als ein individuell erlebtes und multifaktoriell geprägtes Phänomen durchgesetzt. Der Schmerz wird als „Sinnes- und Gefühlsenerlebnis“ gesehen, er wird immer individuell und subjektiv wahrgenommen. Oftmals haben Menschen ohne eine erkennbare Schädigung oder nachweisbare pathophysiologische Ursachen Schmerzen. Auch hier müssen Betroffene, die ihre Empfindungen erleben, ernst genommen und der Schmerz akzeptiert werden. Aufgrund der Dauerbeanspruchung durch den chronischen Schmerz können psychosomatische Störungen auftreten, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Appetitstörungen und erhöhte Reizbarkeit. (Vgl. Müller-Mundt, 2005, S.62ff).

2.4 Das Schmerz-Assessment

Der Schmerz ist, was der/die Patient/in als Schmerz empfindet. Ein erster diagnostischer Schritt ist die Schmerzanamnese. Erfragt werden hier Lokalisation des Schmerzes, Art des Schmerzes, Zeitpunkt und Auslöser des Schmerzes, Dauer und Stärke, Begleitsymptome und bisherige erfolgreiche Therapien. Ein zusätzlicher Aspekt ist die Beobachtung der/des Patient/in/en. Eine präzise Beschreibung des Schmerzes gibt Hinweise auf mögliche Ursachen und ist wesentlich in der Planung der Therapie. (Vgl. Menche, 2001, S.596f).

Der zweite wichtige Schritt in der Schmerzdiagnostik ist die kompetente neurologische Untersuchung. Hauptaugenmerk liegt auf den Symptomen und ganz besonders auf den Defiziten in der Sensibilität. (Vgl. Sternberg, 2008, S.1164).

Dem Menschen ist im Versorgungsalltag Aufmerksamkeit zu schenken, für eine ausreichende Qualifikation und Kooperation der Gesundheitspro-

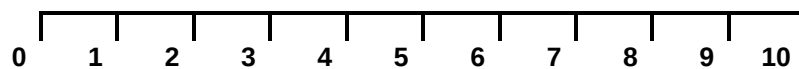
fession ist zu sorgen. Menschen mit chronischen Schmerzen können Selbstpflegedefizite aufweisen. Die professionellen Akteur/innen/e haben einen Ausgleich von Selbstpflegedefiziten und eine gezielte Förderung der Selbstpflegeressourcen zu erachten. (Vgl. Müller-Mundt, 2005. S.218).

2.5 Numerische Ratingskala

Da Schmerz eine subjektive Empfindung ist, ist es hilfreich, spezielle Schmerzskalen zu verwenden. Es gibt zwei Möglichkeiten.

- Numerische Schmerzskala
- Visuelle analoge Schmerzskala

Bei beiden Skalen kann der/die Patient/in die Schmerzen von 0 (Schmerzfreiheit) bis 10 (sehr starker Schmerz) angeben. (Vgl. Sternberg, 2008, S.1164).



(entnommen aus Pflegeassessment Anhang 2)

Standardisierte Dokumentationsblätter, wie zum Beispiel Schmerztagebücher oder –protokolle können erfolgreich eingesetzt werden. (Vgl. Sternberg, 2008, S.1164).

2.6 Medikamentöse Therapien

Vor der Einleitung einer Schmerztherapie muss immer nach der Ursache der Schmerzen gesucht werden. Ziel der Schmerztherapie ist die Besserung der Schmerzen und somit die Verbesserung der Befindlichkeit, der Beweglichkeit und der Schlafqualität. (Vgl. Menche, 2001, S.598).

In der klinischen Praxis nimmt die Pharmakotherapie mit Analgetika und Antiphlogistika eine zentrale Stellung ein, und über die Wirksamkeit der Medikamente besteht kein Zweifel. Zu beachten ist jedoch, dass sie symptomatisch wirken und sie nehmen auf die Ursache oder den Verlauf

der Krankheit keinen Einfluss. Von der medikamentösen Therapie sind daher eine strenge Indikationsstellung und eine kritische Abwägung von Nutzen und Risiken zu fordern. (Vgl. Arndt, 1988, S.9).

Zu Beginn einer Schmerztherapie werden von Patient/inn/en bereitwillig und dankbar verordnete Medikamente eingenommen. Im Therapieverlauf stellen sich immer mehr Unsicherheiten und Zweifel ein. Für manche ist die Aussicht langfristig Schmerzmedikamente zu nehmen oft unerträglich. Auch spielen die Furcht vor unerwünschten Nebenwirkungen und das Auftreten von Folge- und Begleiterscheinungen eine bedeutende Rolle. (Vgl. Müller-Mendt, 2008, S. 216).

2.7 Weitere Therapien für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat

Für eine Behandlung dieser Beschwerden aus dem Bewegungsapparat gibt es viele Therapien. Eine davon ist die kurative Therapie, welche durch gezielte Maßnahmen, wie zum Beispiel Bestrahlung, Schmerzen lindert oder beseitigt. (Vgl. Menche, 2001, S.599).

Weitere zielführende Therapien sind die Physikalische Therapie, nach Bedarf die chirurgische und unterstützend die psychologische Beratung. (Vgl. Menche, 2001, S.606f).

3 Pflegewissenschaftlicher Hintergrund

Die Entwicklung der Pflegewissenschaft zeigte in den USA eine Vielzahl an produktiven Ansätzen. Ähnliche Entwicklungen zeigten sich auch in europäischen Ländern, was für die deutschsprachige Situation im Pflegebereich hoffen lässt.

Die pflegerische Leistung im Gesamten ist längst nicht mehr weisungsabhängig und ist auch nicht fachlich korrektes Ausführen von Einzeltätigkeiten. Es ist ein komplexes Geflecht von Beziehungen und Handlungen,

welche individuell und bedarfsorientiert geplant, zielgerichtet vorangegangen und ergebnisorientiert evaluiert werden muss. Dazu bedarf es systematisch erworbenes Wissen über die Pflege. (Vgl. Rogers, 1999, S.10).

Eine der wichtigsten Theoretikerinnen, deren Werk als die wissenschaftliche Grundlegung der Pflege entscheidend geprägt hat, war Martha Rogers. (Vgl. Rogers, 1997, S.10ff).

3.1 Das konzeptionelles Pflegemodell von Martha Rogers

Martha Rogers Konzept war eines der abstraktesten und häufig kritisiertesten Konzepte, aber das auch am meisten bewunderte in seiner Zeit. Die Erstveröffentlichung fand im Jahre 1970 statt. (Vgl. Reimer et al., 1998, S.46).

Rogers hat laufend an ihrer Theorie weitergearbeitet, um der Entwicklung und Evolution gerecht zu werden. Sie hat regelmäßig grundlegende Veränderungen vorgenommen, es war ihr wichtig Ergebnisse aus den Forschungen zu berücksichtigen.

„Kausalität“ als zentralen Begriff lehnte sie in der Pflege ab, für sie bedeutete dies eine Illusion, die für die Pflege unerreichbar ist. Sie sah die Pflege als unbegrenzte Wissenschaft. Neues Wissen und Erfahrungen müssen weiterentwickelt werden.

Für Martha Rogers war es entscheidend, die Pflegewissenschaft als einen unabhängigen Bereich zu erkennen und zu betrachten, die jedoch mit anderen Konzepten von wissenschaftlichen Systemen übereinstimmt. Für sie sollte Pflege eine eigene, einzigartige, unteilbare Mixtur sein, diese übertrug sie auch in die Praxis. Martha Rogers forderte bereits in den 60er Jahren akademisch ausgebildete Pflegekräfte. Sie befand das Bakkalaureat-Studium für selbstständige Pflegekräfte als ein absolutes Muss, um einen professionellen Standard in der Pflege zu sichern. (Vgl. Reimer et al., 1998, S.47).

Martha Rogers Theorie hat eine breite, wissenschaftliche Basis, in der sie sich auf Philosophie, Anthropologie, Astronomie, Naturwissenschaften, Soziologie und Psychologie bezieht. Die Grundkonzepte bieten auch Parallelen zu dem tibetischen Buddhismus und haben einen holistischen Ansatz. Sie beschreibt den Begriff „unitär“ nicht als holistisch oder ganzheitlich, sondern als Summe der Einzelteile. (Vgl. Reimer et al., 1998, S.47).

„Der Mensch in seiner Umwelt ist ein solches Ganzes (unitary human being). Es gibt einen kontinuierlichen Austausch zwischen Mensch und Umwelt, eine Trennung der beiden Systeme ist nicht möglich. Das führt dazu, dass Einwirkfaktoren und Reaktionsweisen in diesem System nicht mehr getrennt betrachtet und analysiert werden können. Es gibt eine Einheit von Physis, Psyche, Geist und Sozialem: Der Mensch ist ein Energiefeld, das mit der Umwelt ein dynamisches Ganzes bildet. Mensch und Umwelt sind aneinander gekoppelt und müssen gemeinsam betrachtet werden, um Pflege zum Erfolg zu führen.“ (Neumann-Ponesch, 2011, S.143f).

3.1.1 Definition Pflege

Martha Rogers sieht die Pflege als Wissenschaft, als Kunst und als akademischen Beruf. Das Ziel ihrer Arbeit besteht darin, dass ein allgemeingültiger konzeptueller Rahmen für die Pflege geschaffen wird, dass der Fortschritt in der Pflege gefördert wird und das sinnvolle Planen und Umsetzen von Pflege, auf der Basis des Verstehens der Lebensprozesse. Dadurch wird es möglich das Wohlbefinden des Menschen zu steigern. (Vgl. Neumann-Ponesch, 2011, S.145).

Zweck und Ziel der Pflege soll sein, dass die Gesundheit und Wohlbefinden gefördert wird. Der Wirkungsbereich ist abhängig von dem Umfeld, in dem sich der Mensch gerade befindet (Krankenhaus, soziale Einrichtung, zu Hause).

Professionelle Pflege beinhaltet nach Rogers nicht nur die klassischen Methoden der Pflege, sondern auch komplementäre nicht-invasive Interventionen. Diese können zum Beispiel sein: Therapeutische Berührung,

Meditation, Entspannung, Humor und so weiter. (Vgl. Reimer et al., 1998, S.49).

3.1.2 Schlüsselbegriffe ihrer Theorie:

- **Energiefeld:** ist dynamisch und unbegrenzt, Energiefelder ständig in Bewegung; sie differenziert zwei Energiefelder: das Menschliche und das der Umwelt, welche miteinander verbunden sind, können nicht geteilt werden, sie sind die Summe ihrer Einzelteile.
- **Offenheit:** Energiefelder sind grundsätzlich offen, vollständig und ständig
- **Muster:** Energiefelder haben Muster, sie sind die unterscheidbaren Merkmale der Energiefelder, und sind nie konstant, sondern immer variabel. Muster können nie beobachtet werden, sondern nur ihre manifestierten Ereignisse und Ergebnisse.
- **Pandimensionalität:** ist ein nicht linear strukturierter Funktionsbereich, ohne räumliche oder zeitliche Merkmale. (Vgl. Rogers, 1997, S.14).

3.1.3 Person und Umwelt

Martha Rogers setzt einen zentralen Schwerpunkt in den unitären Menschen und seine Umwelt, welche nicht auf seine Einzelteile reduziert werden. Mensch und Umwelt sind offene Energiefelder, sie haben individuelle Muster und sind nicht räumlich und zeitlich begrenzt. Menschliche Energiefelder können einzelne Personen sein, aber auch soziale Gruppen und Familien. Ihre Vorstellungen beschreibt Martha Rogers in Prinzipien der Hämodynamik. Rogers glaubt, dass die Entwicklung von Lebensprozessen eines Menschen auf den Prinzipien der Homöodynamik aufgebaut ist:

- **Prinzip der Resonanz:** ständige Veränderung

- Prinzip der Helizität: kontinuierlichen, unvorhersehbaren Wandel
- Prinzip der Integralität: Wesen der Gemeinsamkeit von menschlichen und umweltbezogenen Energiefeldern.

Alle drei Prinzipien sind durchgehend und manifestieren sich in den Mustern. (Vgl. Neumann-Ponesch, 2011, S.145f).

Afaf Ibrahim Meleis ordnet das Modell Martha Rogers als Erlebnismodell ein, Jacqueline Fawcett und selbst Martha Rogers beschreibt es als konzeptionelles Modell, Rogers selbst zählt es zu den Grand Theories. (Vgl. Neumann-Ponesch, 2011, S.148).

3.1.4 Definition von Gesundheit und Krankheit

„Da jeder Mensch für Rogers trotz der Gemeinsamkeiten des Menschseins einmalig und unvergleichlich ist, können auch die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ nur relativ berechnet werden. Sie sind aufgrund kultureller Normen und gesellschaftlicher Zuschreibungen entstanden, bedeuten aber subjektiv für jeden Menschen etwas anderes.“ (Rogers, 1997, S.14).

Wird von Gesundheit gesprochen, ist das Ziel Harmonie. Diese geht aus der Integralität des Energiefeldes des Menschen und der Umwelt hervor. Das Weiterführen der Selbstregulation ist charakteristisch für die Gesundheit, und Abwesenheit von Krankheit. Wohlbefinden bedeutet Gesundheit.

Von Krankheit spricht man, wenn das menschliche Energiefeld Charakteristika aufweist, die als unerwünscht gelten. Gibt es eine Störung im dynamischen Energiefeld im Menschen und zwischen den Menschen und in ihrer Umwelt, so spricht man von Krankheit. (Vgl. Neumann-Ponesch, 2011, S.146).

3.1.5 Umsetzungsaspekte des Pflegemodells von Martha Rogers

Für Rogers ist die Pflege völlig eigenständig und von der medizinischen Rolle unabhängig. Es kann für die Arbeit im Team Überschneidungen ge-

ben, die aber die Professionalität nicht beeinträchtigen dürfen. Die Pflege ist eine empirische Wissenschaft, eine Kunst, aber auch eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Aufgabe und Kunst der Pflege ist es, wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohl des/der Patient/inn/en, und zur Förderung der Gesundheit im Zusammenhang mit der Umwelt umzusetzen. Nach Martha Rogers ist die Pflegeperson ein/e Mittler/in, sie fordert die konsequente Umsetzung der Menschenrechte, auch, dass der/die Patient/in ein Mitspracherecht hat und die Ablehnung der Kausalitätsprinzipien. (Vgl. Reimer et al., 1998, S.50).

*„Die Kompetenz der Pflegepraxis hängt ab von der Art und dem Umfang der pflegewissenschaftlichen Kenntnisse der Praktiker und davon, wie dieses Wissen durch phantasiereiches und kritisches Handeln im Dienst am Menschen zum Tragen kommt.“
(Rogers, 1997, S.152).*

Arbeitet eine Pflegeperson nach Martha Rogers Theorie, so beachte man die Mobilisierung der individuellen oder familiären Ressourcen, die Steigerung ihrer Integrität und die Stärkung der Mensch-Umwelt-Beziehung oder Familie-Umwelt-Beziehung. Martha Rogers rät zur gemeinsamen bewussten Musterbildung, die in die pflegerischen Interventionen umgesetzt werden. Dies soll bedeuten, dass Situationen gemeinsam gestaltet werden, um Harmonie/Gesundheit herzustellen und zu fördern.

4 Komplementäre Pflegemethode Therapeutic Touch

In der professionellen Pflege sind Phantasie und Kreativität gefordert, Wurzeln dafür sind das praktische Handeln, theoretisches Wissen, kritisches Urteilsvermögen und in der Empathie. (Vgl. Rogers, 1997, S.152).

Die Energiearbeit, welche im Sinne der Veränderung des Energiesystems durchgeführt wird, erfolgt mit Therapeutic Touch und/oder verbaler und nonverbaler Kommunikation. Das Ausmaß der eingesetzten Arbeit hängt von Ausmaß der Energie des Menschen und dessen Energiefeld ab. Regelmäßige Anwendungen können einen Ausgleich, eine Neuordnung oder

eine Harmonisierung der Muster mit sich bringen. (Vgl. Neumann-Ponesch, 2011, S.150).

4.1 Einführung in das komplementäre Pflegekonzept

Therapeutic Touch ist eine komplementäre Pflegeintervention, welche das Spektrum der üblichen Behandlungs- und Pflegemaßnahmen wirkungsvoll ergänzt.

Bei Therapeutic Touch fließen unterschiedliche alte Heilmethoden zusammen, es ist eine zeitgemäße Interpretation des Wissens um die therapeutische Funktion des menschlichen Lebensenergiefeldes. Therapeutic Touch ist ein bewusster Akt, basierend auf logischer Deduktion, formaler und klinischer Forschung, einem Kompendium der weltweiten Literatur und der Erfahrung, dem persönlichen Wissen und dem empirisch abgesicherten Einsichten. Ein/e Therapeutic Touch Therapeut/in muss mit Intentionalität den/der Patient/in zu den spezifischen therapeutischen Zielen helfen. (Vgl. Krieger, 1999, S.29f).

Therapeutic Touch lässt sich beschreiben als eine sanfte komplementäre Methode, die zur Harmonisierung von körpereigenen Energien beiträgt. Sie dient sowohl Patient/inn/en und deren Angehörigen, als auch Betreuende. Berührungspunkte sind häufig Akupunkturpunkte, Meridiane, Organzonen, Reflexzonen und Fraktale. An diesen Punkten lassen sich stimulierende oder reduzierende Reize setzen, und erzielen Entspannung, Schmerz- und Symptomreduktion, sowie Steigerung der Selbstregulationskräfte. (Vgl. Ploner-Grißman, 2011, S.38). Therapeutic Touch ist das Dirigieren und Modulieren von Vitalenergie (Qi) entsprechend der standardisierten Schritte. (Vgl. Ritt et al., 2007, S.26).

Das ganzheitliche Pflegekonzept Therapeutic Touch ist ein komplementärmedizinisches Konzept, es wird begleitend zu schulmedizinischen Therapie angewendet. Es bedarf einer multidisziplinären Anwendung mit Ärzt/innen/e, Physiotherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Mas-

seur/inn/en, Psycholog/innen und so weiter. Therapeutic Touch ist eine Basistechnik der Energiemedizin, es ist ein kontinuierlicher Energie- und Informationsaustausch des Menschen mit seiner Umwelt. (Vgl. Ploner-Grißman, 2012, S.7).

Entwickelt wurde Therapeutic Touch, als standardisierte Pflegemethode für die Krankenhauspraxis, von Dolores Krieger (ursprünglich Krankenschwester, später Professorin für Krankenpflege an der New York University) und Dora Kunz. Als wissenschaftliche Grundlage und Philosophie diente das Pflegemodell von Martha Rogers. Rogers war Professorin für Pflegewissenschaft in New York.³

1975 wurde die erste Studie im „American Journal of Nursing“ veröffentlicht, welche einen signifikanten Anstieg des Hämoglobin im Blut zeigte. (Vgl. Sayre-Adams, 1997, S.32ff) Therapeutic Touch wurde ein integrativer Bestandteil im Lehrplan der Universitäten und Colleges, auch eine komplementäre Pflegeintervention in Kliniken in den USA. Therapeutic Touch wird ausgehend von den USA weltweit immer mehr gelehrt, praktiziert und beforscht. Es gibt mehr als 800 Studien, einschließlich in-vitro-Studien. (Vgl. Ploner-Grißman, 2012, S.11f). Auch Fenton schrieb in ihrem Artikel „Therapeutic Touch - a nursing practice“, dass Therapeutic Touch ein Teil der Pflegepraxis und der Pflegeausbildung ist. (Vgl. Fenton, 2003, S.35f)

Janet Quinn, Professorin für Krankenpflege an der University in Denver, sorgte für die Weiterentwicklung und Forschung von Therapeutic Touch. Quinn vertritt die Ansicht, professionell Pflegenden sind dafür verantwortlich, dass störende Einflüsse während des Heilungsprozesses abzuwenden sind. (Vgl. Sayre-Adams et al., 1997, S.10). 1997 führte Anita M. Ritt-Wollmersdorfer Therapeutic Touch in Österreich ein. 1998 bis 2004 star-

³ Vgl. International School of Therapeutic Touch and Energy (o. J.) <http://www.istte.de/> (eingesehen am 20. 2. 2014)

tete sie das Pilotprojekt mit Ausdehnung auf mehrere Wiener Spitäler. 2005 entstand das Netzwerk der Therapeutic Touch Teachers NTTTA. Seit 2009 gibt es erstmalig in Europa die Ausbildung auf universitärer Ebene, auf der Donau-Universität Krems, durch die Lehrbeauftragte Heidi Maria Ploner-Grißman. (Vgl. Ploner-Grißman, 2012, S.12f).

Die komplementäre Pflegemethode Therapeutic Touch wird bereits in der Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt. Im dritten Ausbildungsjahr wird das Konzept in vier Unterrichtseinheiten im Unterrichtsfach Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt. Das Grobziel hierfür ist das Pflegekonzept Therapeutic Touch beschreiben und die Pflegerelevanz argumentieren zu können.⁴

Die entscheidende Kernaussage aus dem pflegewissenschaftlichen Modell von Martha Rogers in Bezug zu Therapeutic Touch ist: Der Mensch ist ein, nicht auf seine einzelnen Elemente reduzierbares, nicht teilbares, mehrdimensionales Energiefeld, welches Teil des Umweltenergiefeldes ist. (Vgl. Rogers, 1997, S.68ff).

4.2 Standardisierte Schritte

Therapeutic Touch wird in vier Schritten durchgeführt:

4.2.1 Zentrieren

Bei der Zentrierung wird der Zustand der erweiterten Wahrnehmung aktiviert und der Fokus der Pflegeperson ist auf die/den Patient/in/en gerichtet.

4.2.2 Assessment

Die Pflegeperson schtzt das Energiefeld und den Körper der/des Patient/in/en ein. Beschrieben und dokumentiert werden Symmet-

⁴ Vgl. sterreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (o. J.) <http://www.oegkv.at> (eingesehen am 9. 3. 2014)

rie/Asymmetrie, Hitze, Kälte, Fülle, Leere, Rötung, Atemrhythmus, Puls.

4.2.3 Clearing/Behandlung

Der/die Therapeutic Touch-Anwender/in behandelt nun die Vitalenergie der/des Patient/in/en, verändert sie und regt die Fließgeschwindigkeit an und harmonisiert Unausgewogenheit des bioelektromagnetischen Feldes der/des Patient/in/en. Es kommt zum Einsatz von spezifischen Therapeutic Touch Techniken über/an Topologien, Energiezentren, Akupunkturpunkten.

4.2.4 Evaluation/Reassessment

Bei der Evaluation, beim Reassessment wird das Ergebnis festgestellt, gegebenenfalls werden vorangegangene Schritte wiederholt. Im Anschluss ist die Dokumentation durchzuführen. (Vgl. Ritt, 2007, S.27).

Therapeutic Touch ist kein Ersatz für die ärztliche Diagnose, einer medizinischen Behandlung oder anderen Therapien. Therapeutic Touch ist keine Heilbehandlung, sie dient als Ergänzung und komplementäre Methode bei Erkrankungen und in der Gesundheitsförderung.⁵

5 Therapeutic Touch für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen

Wie schon in vorangegangenen Kapiteln beschrieben, zieht der Schmerz lebhafteste, emotional geladene Assoziationen nach sich und vergisst diesen nicht so schnell. Wird der Schmerz gelindert, hört der Patient auf, seine Aufmerksamkeit ausschließlich auf sich zu richten, er wird wieder aufnahmefähig für andere Menschen und Erfahrungen. Das Leben der Betroffenen wird wieder mit Leben erfüllt.

Für den/die Therapeutic Touch Anwender/in fühlt sich der Schmerz normalerweise wie eine Blockade oder eine Schwellung im biomagnetischen Energiefeld der/des Patient/in/en an. Die Behandlungsdauer beträgt 20

⁵ Vgl. Therapeutic Touch Österreich (2007) <http://www.therapeutictouchoe.at> (eingesehen am 25. 01. 2014)

bis 25 Minuten. (Vgl. Krieger, 2004, S.198ff).

Sayre-Adams beschreibt im Buch „Therapeutische Berührung in Theorie und Praxis“, dass eine Therapeutic Touch Behandlung von fünf Minuten als angerwiesen gilt. (Vgl. Sayre-Adams, 1997, S.93).

Dora Kunz sagt, dass selbst zwei Minuten ohne Schmerzen der/dem Patient/in/en helfen können. Sollte der/die Patient/in jedoch weiterhin Schmerzen haben, sind andere schmerzlindernde Maßnahmen zu ergreifen. (Vgl. Krieger, 2004, S.200).

Jeder Mensch verspürt den Schmerz individuell, deshalb ist jede Behandlung einzigartig, obwohl die vier standardisierten Schritte einzuhalten sind. Dolores Krieger erwähnt in ihrem Buch, dass eine Therapeutic Touch Behandlung mit vier grundlegenden Faktoren zusammenhängt: einer tiefen, schnellen Entspannungsreaktion, einer beträchtlichen Schmerzlinderung, einem beschleunigten Heilungsprozess und der Linderung von psychosomatischen Symptomen. Therapeutic Touch verstärkt zudem auch die Wirkung von Schmerz- und Beruhigungsmittel. Diese Wirkungen haben dazu beigetragen, dass bereits in mehr als 75 Ländern Therapeutic Touch Einzug gefunden hat. (Vgl. Krieger, 1999, S.135f).

Insbesondere bei der Behandlung von chronischen Schmerzen stößt die Schulmedizin oft an ihre Grenzen, Rückenschmerzen sind einer der am häufigsten gestellten Diagnosen. Schmerzmittel sind in Deutschland allein in den letzten drei Jahren durch Preiserhöhungen um 30 % gestiegen, die Verschreibungen haben sich um 14 % vermehrt. Rein medikamentöse oder chirurgische Behandlungen reichen oft nicht aus, deshalb bekommen nichtmedikamentöse Behandlungen einen hohen Stellenwert. Hier ist Therapeutic Touch für die Pflege entscheidend. (Vgl. Rose, 2012, S.345).

Die Wissenschaftlerin Carolyn M. Monroe ging der Frage nach, ob

Therapeutic Touch Schmerz reduzieren kann. (Vgl. Rose, 2012, S.345).

Es wurden sieben Studien gefunden, die zwischen 1997 und 2004 durchgeführt wurden, fünf davon wurden zur Beantwortung herangezogen. Es zeigten sich statistisch signifikante positive Resultate, welche zur Beantwortung der Frage, ob Therapeutic Touch den Schmerz reduzieren kann, dienlich sind. (Vgl. Monroe, 2009, S.85).

Die erste angeführte Studie von Lin & Tayler (1999), mit 91 Teilnehmern, zuletzt waren es 90. Die Wirkung von Therapeutic Touch wurde an drei Variablen gemessen, an Schmerz, Angst und Cortisol im Speichel. Das Ergebnis zeigte, dass das Auftreten von chronischen Muskelschmerzen bei älteren Menschen signifikant reduziert wurde ($p < 0.01$).

Peck testete 1997 die Effektivität von Therapeutic Touch zur Reduzierung von Schmerz bei älteren Menschen mit degenerativer Arthritis und kam zu dem Ergebnis, dass bei 82 Patient/inn/en eine signifikante Reduktion der Schmerzen von $p < 0,01$ erzielt wurden.

Gordon (1998) überprüfte TT bei Schmerzen im Knie zur Osteoarthritis und kam zur dem signifikanten Ergebnis von $p < 0,05$.

Bei Denison (2004) war das Testergebnis $p < 0,5$ in Bezug auf die Schmerzreduzierung bei Patient/inn/en mit Fibromyalgien.

Turner, Clark, Gauthier und Williams (1998) zeigte, dass Therapeutic Touch eine signifikante Ergänzung zur Einnahme von Analgetika bedeutet ($p < 0,5$). (Vgl. Monroe, 2009, S.88f).

Die Übersichtsarbeit beinhaltet drei randomisierte-kontrollierte Studien, eine Langzeitstudie und eine experimentelle Studie. (Vgl. Rose, 2012, S.345).

Die Forscher kamen zum Schluss, dass Therapeutic Touch als eine noninvasive komplementäre Pflegeintervention bei der Behandlung von Schmerzen implementiert werden kann. Es wurden auch keine Nebenwirkungen und keinerlei Risiken festgestellt. (Vgl. Monroe, 2009, S.91).

6 Biomedizinische, biophysikalische Aspekte, Quantenphysik

Der Mensch lässt sich als elektrisches Feld beschreiben. Ergebnisse elektrometrischer Untersuchungen erbrachten den Nachweis, dass entgegengesetzte Ladungen und Kräftefelder existieren. Der Mensch ist ein unitäres und den Naturgesetzen unterworfenes Wesen, welches mit Hilfe eines komplexen elektrodynamischen Feldes beschreibbar ist. (Vgl. Rogers, 1997, S.57ff).

Die Quantenphysik ist eine der neueren Disziplinen, welche die komplexe energetische Beziehung zwischen dem Menschen und deren Umwelt zu erforschen versucht. Post-Einstein Denker betonen den holistischen Ansatz, das bedeutet, dass der Mensch nicht nur ein Produkt verschiedener Beziehungen zueinander stehender Körperorgane, sondern darüber hinaus mit der Energie des gesamten Universums verbunden ist. Moderne Physiker sehen das Universum als ein dynamisches Netz, in dem Ereignisse miteinander verknüpft sind und keines würde sich isoliert einstellen. Dies bedeutet, dass alle Lebewesen zueinander in Verbindung stehen, und sich in ständigem Austausch miteinander befinden. (Vgl. Sayre-Adams, 1997, S.4f).

In den letzten Jahrzehnten konnten einige Wissenschaftler viele messbare und logische Verbindungen zwischen biologischen Energiefeldern und anerkannten Erkenntnissen herstellen. Wichtige Energiefelder können in und um den menschlichen Körper gemessen werden. Geschulten Therapeuten ist es möglich solche Energiefelder zu spüren und zum Wohle des Patienten zu beeinflussen. (Vgl. Oschman, 2009, S.1).

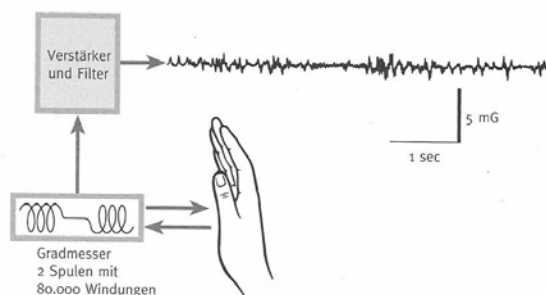
Einer davon war John Zimmerman. Er begann Anfang der 80er Jahre mit Untersuchungen zu Therapeutic Touch an der Medical School der Solrado University in Denver zu forschen. Er verwendete ein SQUID-Magnetometer. Bei dem Experiment Therapeutic Touch wurden sein/e Patient/in und der/die Therapeut/in in einem abgeschirmten Raum unter-

gebracht. Es war das stärkste biomagnetische Feld, dass Zimmerman je begegnet war, das Signal pulsierte bei einer variablen Frequenz von 0,3 bis 30 Hertz, hält sich aber im Rahmen der meisten Berührungsaktivitäten bei 7 bis 8 Hertz. (Vgl. Oschman, 2009, S.61f).

Energetische Behandlungsformen konzentrieren sich auf unterschiedliche Aspekte einer großen Vielfalt, und können somit zur Funktionsweise menschlicher Energiesysteme beitragen. Die Anatomie und Physiologie eines Menschen und dessen Energiefeld sind eng miteinander verbunden, durch eine wirksame Behandlung eines Bereiches, werden Auswirkungen am restlichen Körper erkennbar. Die Energetik ist ein multidisziplinäres Thema und bringt uns Erkenntnisse in dem Gebiet der Biologie, auf ökologischer Ebene, in der Physiologie oder auf der Verhaltensebene und in Organen, Geweben, Zellen, Molekülen, Atomen und subatomaren Teilchen. (Vgl. Oschman, 2009, S.1f).

Die Existenz von Energiefeldern im menschlichen Körper wurde im deutschen Sprachgebiet von dem Biophotonenforscher Professor Doktor Fritz-Albert Popp bekannt. Er hat bereits in den 70er-Jahren das Phänomen der „ultraschwachen Zellstrahlung“ oder „Biophotonen“ erforscht und aufgezeigt. (Vgl. Oschman, 2009, S.I).

Die Vitalenergie-Emission ist laut Oschman eine heilende Energie und wird als pulsierendes Magnetfeld mit einer durchschnittlichen Stärke von 2 Milligauss und einer Frequenz von 8 bis 10 Hertz in der Abbildung dargestellt:



(Vgl. Oschman, 2009, S.64)

7 Dokumentation

Als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester ist es notwendig, sich in der Arbeitswelt in seinen Kompetenzen abzustechen und die ergebenden Überschneidungen zu kennen. Um den Patienten eine bestmögliche Grundlage für seine Genesung oder ein möglichst schmerzfreies Leben zu garantieren, bedarf es unter anderem auch einer rechtlichen Absicherung der Tätigkeiten. (Vgl. Andreaus et al., 2008, S.13).

Es gibt eine große Zahl an Gesundheitsberufen, dazu zählen zum Beispiel Ärzte, Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegehilfe, medizinisch-technische Dienste, Sanitätshilfsdienste und viele mehr. Alle gemeinsam haben Pflichten, wie die Aufklärungspflicht, die Hilfeleistung- oder Verschwiegenheitspflicht. (Vgl. Andreaus et al., 2008, S.106). Bei den Meisten findet sich auch die Dokumentationspflicht. (Vgl. Andreaus et al., 2008, S.120f).

7.1 Informed Consent für Therapeutic Touch

Das Informationsblatt über die Anwendung Therapeutic Touch ist ein hilfreiches Dokument, um der/dem Patient/in/en die Pflegemethode näher zu bringen (siehe Anhang 1). Auf der Rückseite des Informationsfolders befindet sich der Informed Consent. Vor jeder Therapeutic Touch Intervention muss ein Informed Consent eingeholt werden. Dies ist eine Zustimmung von der/dem Patient/in/en und zeigt somit, dass die Pflegeperson ihrer/seiner Aufklärungspflicht nachgekommen ist. (Vgl. Andreaus et al., 2008, S.53).

7.2 Pflegeassessment

Ein ausführliches Pflegeassessment (siehe Anhang 2) ist von großer Bedeutung. Die Erhebung des Pflegebedarfes besteht aus der systematischen und kontinuierlichen Sammlung, Bewertung und Übertragung. Sie

richtet sich nicht nur auf die Informationssammlung während der Aufnahme, sondern ist vielmehr ein fortlaufender Prozess. (Vgl. Reimer, 1998, S.87).

Für die Therapeutic Touch Intervention ist am Beginn das Ausfüllen der Well-Being-Skala entscheidend und am Ende eine Evaluierung der Skala. (siehe Anhang 3)

Um eine gezielte Intervention durchführen zu können und die Behandlung individuell gestalten zu können, bedarf es eines Assessments, welches am Assessmentblatt dokumentiert wird. Am Ende einer Behandlung wird ein Reassessment angewendet, auch dieses wird am Assessmentblatt dokumentiert. Auf der Rückseite befindet sich das Kommentarblatt, für die Dokumentation der Therapeutic Touch Intervention. (siehe Anhang 4)

7.3 Pflegeprozess

Pflegediagnostik ist ein Teil des pflegerischen Handelns, welcher im § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert ist. § 14 umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen. Er gilt für den intra- als auch den extramuralen Bereich, auch gilt er für die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.⁶

Pflegediagnosen werden zunehmend international in Form von Klassifikationssystemen mit normierten Pflegediagnosedefinitionen und –titeln erstellt. Zur Beschreibung der Pflegediagnose muss auf die individuelle Situation eines Menschen und dessen Pflegebedarf geachtet werden. Pflegenden müssen anhand der abstrakten Konzepte der Klassifikationssysteme konkrete und individuelle Situationsbeschreibungen formulieren. (Vgl. Stefan et al., 2009, S.3).

⁶ Vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, (o. J.) <http://www.oegkv.at> (eingesehen am 27. 01. 2014)

Die Pflegediagnose sollte individuell nach den Bedürfnissen und Ressourcen der/des Patient/in/en abgestimmt werden. In Bezug auf den chronischen Schmerz wird nach dem Klassifikationssystem PraxisOrientierte Pflegediagnostik – POP, die Pflegediagnose Schmerz (70132) zugeordnet. Diese befindet sich in der Domäne Abwendung von Gefahren und beschreibt ein Pflegephänomen, bei dem ein Menschen plötzlich oder langsam ansteigende, unangenehme, sensorische und emotionale Wahrnehmungen hat, welche von geringer bis schwerer Intensität sind, mit einem vorhersehbaren oder nicht vorhersehbaren Ende. Diese Erfahrungen können mehrere Sekunden oder Monate andauern. (Vgl. Stefan et al., 2009, S.517).

Mögliche Ursachen dafür können zum Beispiel sein, ein Trauma, Überanstrengung oder Überbeanspruchung, Positionierung, Verspannungen, Medikamente, entzündlicher Prozess, physische oder emotionale Ursachen. Die Symptome werden aus der Sicht der/des Patient/in/en und aus der Sicht der Pflegeperson beschrieben. Ressourcen können körperlich-funktionell, physisch und sozial sein. Die Pflegeziele werden patientenbezogen beschrieben, als übergeordnetes Ziel wird beschreiben, dass der/die Patient/in das Gefühl der Schmerzlinderung und/oder der Schmerzfreiheit äußert. Teilbereiche richten sich abermals an die individuellen Bedürfnisse der/des Patient/in/en. Beim Teilziel des Bereiches Wissen informiert sich der/die Patient/in über alternativen/komplementären Möglichkeiten der Schmerztherapie, beim Teilziel zum Bereich der Motivation werden die Interventionen zur Schmerzlinderung beschrieben. In diesem Bereich können auch Entspannungstechniken zur Linderung erlernt werden, welche im Teilzielbereich der Fähigkeiten durchgeführt werden können.

Um an diese Ziele zu gelangen bedarf es einer Ermittlung der ursächlichen oder begünstigenden Faktoren von Schmerzen, einer Ermittlung der Schmerzreaktionen, einer Unterstützung im Umgang mit Schmerzen, ei-

ner Förderung der Kommunikation und der Beziehung und dadurch eine Förderung des Wohlbefindens. (Vgl. Stefan et al., 2009, S.517ff).

8 Best Practice Guideline

Best-Practice-Richtlinien können Pflegepersonen im Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege in einer konsistenten, evidenzbasierten Qualität der Pflege unterstützen. Sie werden angewendet, um die praktische Arbeit leichter reflektieren zu können und ermöglichen eine Erleichterung in der Implementierung. (Vgl. Moore, 2005, S.90).

Best Practice Guidelines sind ein wichtiges Werkzeug und Nachschlagewerk in der Praxis und können eine Reflexion des/der Therapeutic Touch Anwender/s/in sein. (Vgl. Moore, 2005, S.95f).

Der Best Practice Guide bezüglich I-Therapeutic Touch Health Care enthält Grundinformationen über Therapeutic Touch und I-Therapeutic touch, Anleitungen über verschiedene Interventionen, wie zum Beispiel die Anwendung von Therapeutic Touch und Schmerz. I-Therapeutic Touch ist eine Spezifizierung von Therapeutic Touch und beinhaltet zu den Interventionen auch Informationen über Akupressurpunkte, Anwendung von Phytoaromaöle, über Noreia-Schwingungssessenzen und rechtliche Informationen. (Vgl. Best Practice Guide, 2014, S.1ff)

9 Therapeutic Touch - Ein mögliches Beispiel für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat im neurologischen Bereich - Niederösterreichischen Landesklinikum Hochegg

Ein erster möglicher Schritt in die Praxis ist die Informationsweitergabe. Pflegedirektorin und Stationsleitung müssen damit einverstanden sein, dass an den ärztlichen Direktor und den Verwaltungsdirektor die Informationsweitergabe erfolgen kann. Daraufhin wird im interdisziplinären Bereich, die Information über das Pflegekonzept, an die Leitung der Physio-

therapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en, Neuropsycholog/inn/en und Masseur/inn/en weitergegeben. Unterstützend dafür ist der Best practice guide. (Vgl. Best Practice Guide, 2014, S.1ff)

Im Juni 2014 ist mit der Stationsleitung im Zuge der Teambesprechung eine Präsentation des Pflegekonzeptes für die Kolleg/inn/en der Station Neurologie B geplant. Im Anschluss dessen wird der Best Practice Guide auf der Station bei den Informationsordnern deponiert.

9.1 Rahmenbedingungen zur Implementierung des Pflegekonzeptes

Therapeutic Touch

Der konzeptionelle Rahmen von Therapeutic Touch ist das Pflegemodell von Martha Rogers. Sie sieht die Pflege als Wissenschaft an, als Schaffung systematischen Wissens, als kreative Umsetzung in die Praxis und als einen akademischen Beruf. (siehe Punkt 3)

Im Niederösterreichischen Landesklinikum Hohegg wird zurzeit das Pflegeassessment, welches an den „PraxisOrientierten Pflegediagnostik-Anamnesebogen“ angelehnt ist, verwendet. Dieser ist ein Instrument, welches sich auch für die Erhebung der Schmerzsituation eignet. Es befindet sich darauf auch die numerische Ratingskala (siehe Anhang 2). Um eine schriftliche Vereinbarung mit der/dem Patient/in/en zu treffen, wird der Informed Consent (siehe Anhang 1) verwendet. Das Therapeutic Touch Kommentarblatt (siehe Anhang 3), Assessment und auch das Reassessment wird auf dem dafür bestimmten Blatt dokumentiert (siehe Anhang 4). Die Pflegeintervention Therapeutic Touch bei chronischen Schmerzen bezieht sich auf die „PraxisOrientierten Pflegediagnostik“-Pflegediagnose Schmerz, mit der Nummer 70132. Die Durchführung erfolgt in den Pflegezimmern im eigenen Pflegebett. Um die Intimsphäre der/des Patient/in/en zu wahren, stellt die Pflegeperson einen Paravent auf, an der Zimmertüre wird das Schild „Pflegeintervention – bitte nicht stören“ befestigt.

Der/die Patient/in erhält die Pflegeintervention im Zuge der Körperpflege,

oder zu einem späteren Zeitpunkt, im eigenen Pflegebett, Nachruhezeit wird eingeplant. Es wird individuell nach dem Befinden der/des Patient/in/en eine Dauer von 5 bis 20 Minuten geplant. Entsprechende Zeitressourcen werden benötigt.

9.2 Gesetzliche Grundlagen

Die komplementäre Pflegemethode Therapeutic Touch gilt als wissenschaftlich anerkannt, sie ist eine gesetzlich anerkannte Weiterbildung nach § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes. Die Pflegeperson, welche Therapeutic Touch anwendet, muss den entsprechenden Nachweis, das Zertifikat vorweisen können. Therapeutic Touch bei Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen zur Steigerung des Wohlbefindens ist im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verankert, im § 14 Absatz 2 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.⁷ Dienstrechtlich muss von der Pflegedirektorin ihre schriftliche Zustimmung zur Durchführung der Interventionen geben werden.

Folgende Pflichten sind auch im komplementären Gesundheitspflegebereich zu beachten: die Verschwiegenheitspflicht, die Aufklärungspflicht und die rechtskräftige Einwilligung.

Die standardisierten Formulare des Informed Consent, das Kommentarblatt, das Assessment und Reassessment, sowie der Best Practice Guide wurden für diesen Zweck von Heidi Ploner-Grißmann, fachwissenschaftliche und pädagogische Leitung von Integral Therapeutic Touch International entwickelt und zur Verfügung gestellt.

Für das Pflegeassessment, den Pflegeprozess und den anschließenden Bericht werden die im Landesklinikum bereits verwendeten Formblätter verwendet, dies wurde im Vorfeld mit Pflegedirektorin Christa Grosz vereinbart.

Die Anwendungsform, im Rahmen des Konzeptes, liegt in der Verantwortung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

9.3 Vorbereitung

Im Zuge des Pflegeassessments wird der Pflegedarf erfasst. Wird das Pflegeproblem Schmerz diagnostiziert, ist ein weiteres erfassen mittels numerischen Schmerzskala, Schmerzassessment oder einem Schmerztagebuch entscheidend. (siehe Kapitel 1)

Ein weiterer Schritt ist, die Informationsweitergabe in den mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich.

Als pflegerische Maßnahme besteht die Möglichkeit Therapeutic Touch, als Pflegeintervention im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich, bei chronischen Schmerzen anzuwenden um diese zu reduzieren und dadurch das Wohlbefinden der/des Patient/in/en zu steigern. (siehe Kapitel 4)

Die Patient/inn/en der Station haben einen geplanten Tagesablauf, dieser wird in der Terminplanung Physiotherapie individuell und interdisziplinär erstellt. Wird nun eine Therapeutic Touch Intervention geplant, muss dies in der Terminplanung telefonisch gemeldet werden, damit diese in der Tagesgestaltung berücksichtigt wird.

9.4 Durchführung

Die Durchführung erfolgt anhand des pflegewissenschaftlichen Hintergrundes, dem Pflegekonzept von Martha Rogers (siehe Kapitel 3). Berücksichtigt werden die Maßnahmen der Pflegediagnose Schmerz (siehe Kapitel 5.3) unter Berücksichtigung der standardisierten Schritte von Therapeutic Touch (siehe Kapitel 4.2).

Die anschließende Dokumentation und weitere Versorgung der/des Patient/in/en erfolgt individuell.

⁷ Vgl. Bundeskanzleramt (2014) <http://www.ris.bka.gv.at> (eingesehen am 18. 2. 2014)

10 Fazit und Ausblick

„In der professionellen Pflegepraxis ist Kreativität und Phantasie gefordert. Seine Wurzeln hat das praktische Handeln im theoretischen Wissen, im kritischen Urteilsvermögen und in der Empathie.“ (Roger, 1997, S.152).

Martha Rogers Zitat ist entscheidend in der Pflege. Kreativität und Fantasie sollte nicht nur im komplementären Bereich Einzug finden. Therapeutic Touch stellt dieses theoretische Wissen dar. Empathie und kritisches Urteilsvermögen sind erforderlich um die Pflegeinterventionen in die Praxis umsetzen zu können.

Das Thema chronischer Schmerz im Bewegungsapparat wurde gewählt, weil es sich in sämtlichen chronischen Krankheitsbildern widerspiegelt. Schmerzen, die über einen längeren Zeitraum bestehen, äußern Patient/inn/en mit Encephalitis disseminata ebenso, wie Patient/inn/en mit Morbus Parkinson, Insult oder Intracraniellen Blutungen. Deshalb wurde in der Einleitung der Frage nachgegangen, ob Therapeutic Touch für Patient/inn/en mit chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat in den Stationsalltag integriert werden kann. Studien ergaben, dass die Pflegemethode zur praktischen Umsetzung herangezogen werden kann. Anhand der angegebenen Literatur und des Gesetzestextes wurde ein erstes Konzept zur Umsetzung und Implementierung gegeben. Eine Eingrenzung auf eine einzelne Grunderkrankung, von denen chronische Schmerzen ausgehen können, wurde nicht eingegangen, da es die Implementierung sehr eingrenzen würde, die Interventionen in der Anwendung jedoch ähnlich sind.

Die Erweiterung von dem Pflegekonzept Therapeutic Touch auf das gesamte Niederösterreichische Landeskrankenhaus Hohegg wäre das nächste Ziel. Parallel zu dieser Abschlussarbeit entsteht eine Arbeit von einer Kollegin im speziellen Therapeutic Touch und Angst im Palliativbereich. Dies erscheint ein hilfreiches Werkzeug, um Therapeutic Touch auch auf der

Pulmologie E zu implementieren. Ein Fernziel ist die Entstehung einer Arbeitsgruppe und somit die Entstehung von Richtlinien. Eine weitere Kollegin, welche aus dem neurologischen Bereich kommt, wird mit März 2014 den 4. Universitätslehrgang Komplementäre Gesundheitspflege beginnen, und uns, nach ihrem Abschluss, in unserer Arbeit unterstützen. Eine weitere Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, welche im März 2014 auf der Pulmologie im Landesklinikum ihre Tätigkeit aufnahm, ist bereit uns in einer Arbeitsgruppe zu unterstützen. Die neue Kollegin hat bereits ihre Ausbildung zum Therapeutic Touch Practitioner laut § 64 abgeschlossen.

Als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger und als Akademische Expert/inn/en in der komplementären Gesundheitspflege tragen wir die Verantwortung, durch immer neuere Erkenntnisse, komplementäre Methoden, aufgrund wissenschaftlicher Basis, zum Wohle der Patient/inn/en zu implementieren. Therapeutic Touch ist demnach eine geeignete und effektive Methode, die ohne hohen materiellen Aufwand in die Praxis umgesetzt werden kann.

11 Literaturverzeichnis

Andreas, Felix et al. (2008): Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe. Wien: Facultas.

Arndt, K. (1988): Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates. Klinik Differentialdiagnose, Therapie. Literaturübersicht. In: Der Schmerz, 2(1), S.9-18.

Bundeskanzleramt (2014): Rechtsinformationssystem. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

Fenton, Mary (2003): Therapeutic Touch: a nursing practice. Literaturübersicht. In: Alternative therapies in health and medicine, 9 (1), S.35-36.

GuKG / Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (2013): Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich. § 14. Verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40113498/NOR40113498.pdf> (eingesehen am 14. 12. 2013).

Hufschmidt, Andreas et al. (2009): Neurologie compact. Für Klinik und Praxis. 5. Auflage. Stuttgart et al.: Thieme.

Holzer, Monika (2007): Therapeutic Touch Oberösterreich, Therapeutic Touch, 4 Schritte. Verfügbar unter: http://www.therapeutictouchooe.at/4_schritte.html (eingesehen am 25. 01. 2014).

Kerner, Imre (o. J.): International School of Therapeutic Touch and Energy. Ausbildung. Practitioner. Verfügbar unter: <http://www.therapeutictouch.de/de/ausbildung.html> (eingesehen am 20. 2. 2014).

Krieger, Dolores (1999): Deine heilenden Hände. Die Heilmethode Therapeutic Touch. München: Irisiana.

Krieger, Dolores (2004): Therapeutic Touch: Die Heilkraft unserer Hände. Bielefeld: Lüchow.

Madrid, Mary (1996): Theoriegeleitete Pflege nach Rogers im Krankenhaus. Literaturübersicht. In: Pflege, 9 (4), S.246-254.

Menche, Nicole et al (2001): Pflege heute. 2. Auflage. München: Urban & Fischer.

Monroe, Carolyn Magdalen (2009): The Effects of Therapeutic Touch on pain. Literaturübersicht. In: Journal of Holistic Nursing, 27 (2), S.85-92.

Moore, Theresa (2005): Best Practice Guidelines. An Invitation to Reflect on Therapeutic Touch Practice. Literaturübersicht. In: Journal of nursing care quality, 20 (1), S.90-94.

Müller-Mundt, Gabriele (2005): Chronischer Schmerz. Herausforderungen für Versorgungsgestaltung und Patienteneduktation. Bern: Hans Huber.

Neumann-Ponesch, Silvia (2011): Modelle und Theorien in der Pflege. 2. Auflage, Wien: Facultas

Oschman, James L. (2009): Energiemedizin. Konzepte und ihre wissen-

schaftliche Basis. 2. Auflage. München: Elsevier Urban und Fischer.

ÖBIG (2008): Offenes Curriculum für die Gesundheits- und Krankenpflege
ÖGKV/Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (o. J.):
Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Pflege. Verfüg-
bar unter:
[http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Berufsausuebung/Berufsbild-
Endfassung_Neuauflage_2009.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Berufsausuebung/Berufsbild-Endfassung_Neuauflage_2009.pdf) (eingesehen am 14. 12. 2013).

Ploner-Grißman, Heidi Maria (2014): Best Practice Guide. I-Therapeutic
Touch Health Care (unveröffentlichtes Manuskript).

Ploner-Grißman, Heidi Maria (2011): Selbstfürsorge mit Therapeutischem
Touch. Therapeutic Touch als Self Care-Methode. Literaturübersicht. In:
Praxis Palliativ Care, 11(10), S. 38-39.

Ploner-Grißman, Heidi Maria (2012): Therapeutic Touch. 3. ULG, Kom-
plementäre Gesundheitspflege, Donau-Universität Krems (unveröffentli-
ches Manuskript).

Reimer, Willy; Fueller, Felix (1998): Der Pflegeprozess; Theoretischer Hin-
tergrund Diagnosen Interventionen Ergebnisse mit Vorschlägen für die
praktische Arbeit; Ulm: Universitätsverlag.

Ritt, Anita M. et al. (2007): Therapeutic Touch – Berührende Pflege. Lite-
raturübersicht. In: Pflegenetz, 7(3), S.26-29.

Rogers, Martha (1997): Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einfüh-
rung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Rose, Rita (2012): Schmerz lass nach... Therapeutic Touch. Literatur-

nachweis. In: Die Schwester Der Pfleger, 51 (4), S.342-345.

Sayre-Adams, Jean et al. (1995): Therapeutische Berührung in Theorie und Praxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Stefan, Harald et al. (2009): POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik: Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. 2. Auflage. Wien et al.: Springer.

Sternberg, S. et al. (2008): Therapie chronischer Schmerzen in der neurologischen Praxis. Literaturnachweis in: Der Nervenarzt, 79 (10), S.1164-1179.

Universitätsklinikum Halle/Saale (o. J.): Institute. Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Weitere Leistungen. German Center for Evidence-based Nursing. Download. Beurteilungshilfen. Verfügbar unter: <https://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572>,

12. Anhang

Anhang 1:

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/der Ärztin, 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.

Information und Informed Consent © Integral Therapeutic Touch International 2014 1

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:

Anhang 2:

Schmerzen

O nein O ja seit wann?:

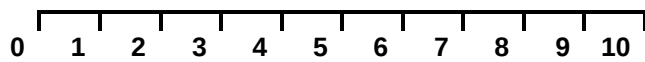
Lokalisation:

Qualität:

.....

.....

NRS (Numerische Rating-Skala) für die Angabe der empfundenen Schmerzen, Werte von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkste vorstellbare Schmerzen)



Ressourcen/Anmerkungen:

.....

PD:.....

(entnommen vom Pflegeassessment Landesklinikum Hochegg)

Anhang 3

Protokollierung von TT-Interventionen für Case Studies



Name TT-Praktizierende: _____ Datum: _____

PatientIn KlientIn/ (Initialen): _____ Alter: _____ M ☐ W ☐

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, Laboregebnisse
Veränderungen auf dem Monitor, Kommentare von Familienangehörigen,
Pflegepersonal?

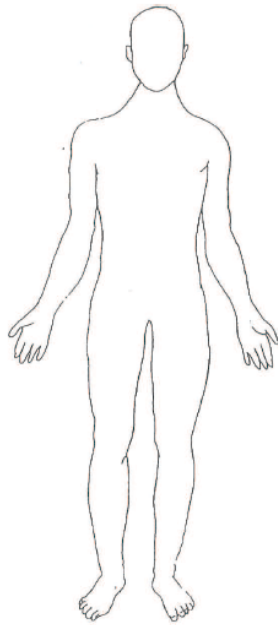
Wie soll die nächste Therapeutic Touch Intervention gestaltet werden? Gibt es
Empfehlungen für andere Therapien oder komplementäre Interventionen?

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

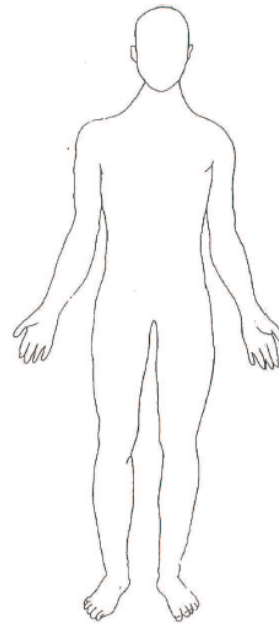
Formular zur Protokollierung von TT-Interventionen für Case Studies basierend auf Therapeutic Touch Assessment
and Evaluation Form von Therapeutic Touch International Inc. © Integral Therapeutic Touch International

Anhang 4

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



Assessment



Re-Assessment

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Ulrike Hildegard Frühstück, geboren am 03. 07. 1969 in Neunkirchen 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.