



universität  
wien

# MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Die Bedeutung der Aromapflege in der  
Palliative Care mit Schwerpunktsetzung  
schmerz- und angstlindernde Maßnahmen“

Verfasserin

Ulla Riegler

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.<sup>a</sup>)

Wien, im April 2010

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Studienkennzahl lt. Studienblatt: | A 057 122                |
| Studienrichtung lt. Studienblatt: | Pflegewissenschaft       |
| Betreuer:                         | Mag. Dr. Ferdinand Holub |

Hiermit versichere ich:

dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

dass ich dieselbe Arbeit weder im In- noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

dass die Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Ulla Riegler, im April 2010

## **Zusammenfassung**

Insbesondere die palliative Versorgung von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solcher, am Lebensende stehend, stellt spezifische Anforderungen an die professionelle Pflege dar. Das Ziel der Palliative Care ist es, Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer inkurablen Erkrankung durch eine fachlich fundierte, ganzheitliche und individuelle Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität unter größtmöglicher Selbstbestimmung zu garantieren. Die Wiederherstellung und Erhaltung von Lebensqualität orientiert sich ausschließlich an den Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie.

Insbesondere hat in der Palliative Care die Aromapflege im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung der Patienten eine wesentliche Bedeutung. Die Aromapflege ist eine komplementäre, ganzheitliche Pflegemethode und wird unter anderem über die Sinneswahrnehmungen aufgenommen. Sie bedient sich hierfür der Kenntnisse der Pflanzenheilkunde. Dabei werden 100% ätherische Öle, naturbelassene Pflanzenöle, Hydrolate und deren Produkte angewendet. Die Aromapflege dient der Gesundheitsförderung, dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden sowie der Linderung von pflegerelevanten Beschwerden. Der Einsatz dieser natürlichen ätherischen Öle zeichnet sich durch seine ganzheitliche Wirkungsweise aus. Ätherische Öle können auf unterschiedlichste Weise auf den Organismus des Menschen Einfluss nehmen. Die Ganzheitlichkeit steht dabei im Vordergrund, wobei einerseits die perkutane Anwendung und andererseits der Geruchssinn von Bedeutung sind. Der Geruchssinn, mit welchem die Aromen – die eng mit Erinnerungen und Erfahrungen verknüpft sind – wahrgenommen werden, zählt zu den wichtigsten Funktionen des Körpers. Die Wirkung kann sowohl physiologische als auch psychologische Auswirkungen haben, die nicht voneinander zu trennen sind. Des Weiteren können angenehme Düfte sowie sanfte Berührungen viele Barrieren überwinden.

Die Wirkung von Heilpflanzen und deren Anwendungen aus pflegerischer Sicht sollen verdeutlichen, dass es sich hier um ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren handelt. Die Anwendungen sind mit einem hohen Maß an Zuwendung und Aufmerksamkeit verbunden, die nur im Einklang mit der Befindlichkeit des Patienten vorgenommen werden sollten. Alleine die Handlung am oder mit dem Patienten schafft Hoffnung und kann ein Wohlgefühl vermitteln, in dem Nähe und Berührung mit eingebunden sind. Es werden nicht nur physikalische Faktoren beeinflusst, sondern auch die Sinneswahrnehmung kann gestärkt werden. Aromapflege bedeutet Pflege der Lebenskraft, Stärkung der Selbstheilungskräfte und somit mehr Lebensqualität.

Trotz ihrer langen Tradition und Geschichte zählt Aromapflege zu den neuen, modernen und fortschrittlichen Pflegemethoden. Alte Überlieferungen, neueste Forschungen und der Erfahrungsschatz vieler Generationen spielen hier harmonisch zusammen.

Die Anwendung der Aromapflege kann für eine Aufwertung und Intensivierung der Pflegequalität sorgen. Aus Sicht der Komplementärmedizin ist die Aromapflege eine Ergänzung zu den herkömmlichen Methoden um Schmerzen sowie Angst zu lindern, Gefühlsbewegungen sowie das Umfeld eines Krankheitsverlaufes in der letzten Lebensphase zu unterstützen.

## **Abstract**

In particular the palliative care of people with serious, incurable illnesses or those who are terminally ill, is a specific challenge for professional care. The aim of palliative care is to guarantee people in an advanced stage of an incurable illness through theory-based, holistic and individual care a maximum amount of life quality and autonomy. The restoration and maintenance of life quality is exclusively orientated on the needs of the patient and his family.

In the holistic care of a patient aromatherapy<sup>1</sup> has an important and essential role. Aromatherapy is a complementary, holistic nursing practice and works through all the senses of the patient. Therefore it uses the knowledge of herbalism. Thereby 100% aromatic oils, natural plant oils, hydrolates and related products are used. Aromatherapy serves the promotion of health, bodily and spiritual welfare, and eases nursing relevant complaints. The use of these natural aromatic oils has been shown to have a holistic effect. Aromatic oils can have a wide range of differing effects on the human body. The topical application on one hand and inhalation on the other are important, whereas the holistic aspect is always to the fore. The sense of smell with which the aromas – which are closely connected to memories and experiences – are perceived, is one of the most important functions of the body. The affect can be both physiological and psychological, and these cannot be separated from one another. Furthermore pleasant smells and gentle contact can break down barriers.

The effects of medicinal herbs and their usage from a nursing perspective should elucidate that we are dealing with a complex interaction of a variety of factors.

---

<sup>1</sup> Aromatherapy stands in English usage for “Aromatherapie” as well as for “Aromapflege”.

The applications are connected with a high level of care and attention, which has to be adjusted to the mood of the patient. Just by doing something with the patient creates hope and can convey a pleasant feeling through closeness and contact. Not only physical factors are influenced but also the senses can be heightened.

Aromatherapy means the nursing of vitality, strengthening self-healing abilities and therefore a better quality of life.

Despite the long tradition and history, aromatherapy is viewed as a modern and progressive nursing method. Old traditions, novel research and the experiences of many generations work together in a harmonic way.

The usage of aromatherapy can upgrade and intensify the quality of nursing. From a complementary medicine point of view aromatherapy is an outstanding addition to common methods to ease pain, fears and emotional disorders, it also helps to improve the environment of a terminally ill patient.

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Vorwort .....  | 5  |
| 1 Einleitung.....  | 7  |
| 1.1 Problemstellung .....                                      | 8  |
| 1.2 Forschungsstand .....                                      | 9  |
| 1.3 Ziel der Arbeit und Forschungsfragen.....                  | 12 |
| 1.4 Vorschau auf die Arbeit .....                              | 13 |
| 2 Begriffserklärungen .....                                    | 15 |
| 2.1 Palliative Care .....                                      | 15 |
| 2.1.1 Definition der WHO von Palliative Care von 1990.....     | 16 |
| 2.1.2 Definition der WHO von Palliative Care von 2002.....     | 17 |
| 2.1.3 Vergleich der WHO Definition von 1990 und 2002.....      | 18 |
| 2.1.4 Definition der EAPC von Palliative Care .....            | 18 |
| 2.1.5 Palliative Care Outcome Scale .....                      | 19 |
| 2.2 Aromapflege .....  | 20 |
| 2.2.1 Aromatherapie .....                                      | 20 |
| 2.2.2 Aromapflege.....   | 21 |
| 2.3 Schmerz .....  | 23 |
| 2.3.1 Pathophysiologie des Schmerzes .....                     | 24 |
| 2.3.2 Akuter Schmerz.....                                      | 26 |
| 2.3.2.1 Geschlechterrolle und Schmerzerleben.....              | 27 |
| 2.3.3 Chronischer Schmerz.....                                 | 28 |
| 2.3.4 Schmerzdiagnostik.....                                   | 29 |
| 2.3.4.1 Eindimensionale Schmerzskalen.....                     | 29 |
| 2.3.4.2 Mehrdimensionale Schmerzeinschätzungsinstrumente... 31 |    |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 2.3.4.3 | Schmerztagebuch.....   | 31 |
| 2.3.5   | Schmerz als multidimensionales Leiden .....  | 32 |
| 2.3.5.1 | Physiologische Einflüsse .....   | 32 |
| 2.3.5.2 | Soziale Einflüsse .....  | 33 |
| 2.3.5.3 | Religiöse Einflüsse .....  | 33 |
| 2.3.5.4 | Kulturelle Einflüsse .....   | 33 |
| 2.3.5.5 | Behinderung .....  | 34 |
| 2.3.5.6 | Ethische Aspekte.....  | 34 |
| 2.3.5.7 | Intellektuelle Aspekte.....  | 34 |
| 2.3.5.8 | Psychologische Einflüsse .....   | 34 |
| 2.4     | Angst .....  | 35 |
| 2.4.1   | Unterscheidung von Angst und Furcht .....  | 36 |
| 2.4.1.1 | Angst .....  | 36 |
| 2.4.1.2 | Furcht .....   | 37 |
| 2.4.2   | Angst in der Palliative Care .....   | 37 |
| 3       | Geschichtlicher Hintergrund der Palliative Care und Aromapflege ....                               | 39 |
| 3.1     | Palliative Care .....  | 39 |
| 3.1.1   | Palliative Care im Mittelalter.....  | 40 |
| 3.1.2   | Palliative Care im 20. Jahrhundert .....   | 40 |
| 3.1.3   | Palliative Care im 21. Jahrhundert .....   | 40 |
| 3.1.4   | Palliative Care in Österreich.....   | 41 |
| 3.1.5   | Lebensphasen in der Palliative Care.....   | 45 |
| 3.2     | Aromapflege .....  | 46 |
| 4       | Die Auswirkungen von Schmerz und Angst auf die Lebensqualität<br>und Autonomie des Patienten ..... | 53 |
| 4.1     | Lebensqualität .....   | 53 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 4.2     | Autonomie .....                                   | 55 |
| 4.3     | Auswirkungen von Schmerz und Angst .....          | 57 |
| 4.3.1   | Phänomen Schmerz.....                             | 58 |
| 4.3.2   | Phänomen Angst.....                               | 60 |
| 4.3.2.2 | Fünf-Phasen-Modell .....                          | 61 |
| 5       | Ätherische Öle.....                               | 64 |
| 5.1     | Die Gewinnung von ätherischen Ölen .....          | 64 |
| 5.1.1   | Destillationsverfahren.....                       | 65 |
| 5.1.2   | Extraktion .....                                  | 67 |
| 5.1.3   | Enfleurage.....                                   | 67 |
| 5.1.4   | Expression .....                                  | 68 |
| 5.1.5   | Qualitätskriterien ätherischer Öle .....          | 69 |
| 5.2     | Wirkungsmechanismen ätherischer Öle .....         | 70 |
| 5.2.1   | Nachweisbare Wirkungen von ätherischen Ölen ..... | 71 |
| 5.2.2   | Wirkungsweisen in der Aromapflege.....            | 72 |
| 5.2.3   | Wirkung über Haut und Schleimhaut.....            | 73 |
| 5.2.4   | Wirkung über den Geruchssinn.....                 | 75 |
| 5.2.5   | Studien über die Wirkung von Aromastoffen.....    | 77 |
| 5.3     | Ätherische Öle und ihre Wirkungen .....           | 78 |
| 5.3.1   | Bergamotte .....                                  | 79 |
| 5.3.2   | Cajeput.....                                      | 80 |
| 5.3.3   | Geranie .....                                     | 81 |
| 5.3.4   | Grapefruit .....                                  | 82 |
| 5.3.5   | Lavendel fein.....                                | 83 |
| 5.3.6   | Neroli (Orangenblüten).....                       | 84 |
| 5.3.7   | Palmarosa.....                                    | 85 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.3.8 Pfefferminze.....                                    | 86  |
| 5.3.9 Rose (Mairose) .....                                 | 87  |
| 5.3.10 Sandelholz .....                                    | 88  |
| 5.3.11 Zitrone.....  | 89  |
| 5.4 Ätherische Öle mit Schwerpunkt Schmerz und Angst ..... | 90  |
| 5.4.1 Schmerz.....   | 90  |
| 5.4.2 Angst.....   | 92  |
| 5.5 Ätherische Öle in der Palliativpflege .....            | 94  |
| 5.6 Anwendungsmöglichkeiten der Aromapflege.....           | 99  |
| 5.6.1 Qualitätskriterien ätherischer Öle.....              | 99  |
| 5.6.2 Umgang mit Aromapflegeprodukten.....                 | 100 |
| 5.6.3 Sicherheit in der Anwendung ätherischer Öle .....    | 101 |
| 5.6.4 Anwendungsformen .....                               | 102 |
| 5.6.4.1 Waschungen.....                                    | 103 |
| 5.6.4.2 Voll- bzw. Teilbäder .....                         | 104 |
| 5.6.4.3 Wickel und Auflagen.....                           | 106 |
| 6 Zusammenfassung der Experteninterviews.....              | 113 |
| 7 Resümee und Ausblick.....                                | 129 |
| Literaturverzeichnis.....                                  | 133 |
| Abbildungsverzeichnis .....                                | 145 |

## **Vorwort**

Vorweg möchte ich den Hintergrund für diese Themenwahl näher erläutern.

Ich bin seit 1990 diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und habe vorwiegend in Spezialbereichen gearbeitet, in denen das Thema Sterben bzw. Tod ein sehr maßgebliches war und die Versorgung von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder am Lebensende stehend hohe Anforderungen an die professionelle Pflege stellte. Das vorrangige Ziel war es, Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer inkurablen Erkrankung durch eine fachlich fundierte, ganzheitliche und individuelle Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität unter größtmöglicher Selbstbestimmung zu garantieren.

Seit nunmehr sechs Jahren bin ich als Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege tätig und ein Schwerpunkt meiner Unterrichtstätigkeit ist es, die Palliativpflege in allen drei Ausbildungsjahren zu unterrichten.

Vermeehrt berichten die Schüler<sup>2</sup>, dass der Begriff Palliativpflege auf den Stationen wohl bekannt sei, jedoch „gelebt“ und angewendet werden die vielfältigen Maßnahmen kaum.

Damit die Umsetzung der Palliative Care möglich wird, müssen Pflegende erkennen, in welcher Weise der Patient sein Leben und damit auch seine Krankheit sieht bzw. erlebt und welche Bedeutung er bestimmten Situationen beimisst. Erst dann kann ihm die adäquate Unterstützung in Form unterschiedlichster Maßnahmen geboten werden.

Eine dieser Möglichkeiten wäre die Anwendung der Aromapflege im palliativen Bereich.

---

<sup>2</sup> Geschlechterspezifische Nennungen beziehen sich immer auf beide Geschlechter

Mir selbst wurde vor einiger Zeit die Möglichkeit geboten einen Aromapflegeworkshop zu besuchen und schon nach einem kurzen Zeitraum wurde mir bewusst, dass die unterschiedlichsten Anwendungsmöglichkeiten besonders für Menschen mit schweren, unheilbaren Krankheiten oder am Lebensende stehend, geeignet erscheinen. Wobei insbesondere die Anwendung ätherischer Öle im Bereich der Schmerz- und Angstlinderung im Vordergrund stand. Der Geruchssinn, mit dem die Aromen wahrgenommen werden, zählt auch zu den wichtigsten Funktionen des Körpers, da dieser sehr eng mit persönlichen Erinnerungen und Erfahrungen verknüpft ist.

Derzeit bekommen die Schüler bereits im Rahmen der Ausbildung die Möglichkeit in den Fächern der Palliativpflege und im schulautonomen Bereich, die mannigfaltigen Möglichkeiten der Aromapflege kennenzulernen und sich in kleinen Schritten damit vertraut zu machen.

Bis zu diesem Zeitpunkt habe ich mich mit dieser Materie eher wenig auseinandergesetzt. Jedoch die Faszination dieser Thematik, sowie die Dürftigkeit pflegewissenschaftlicher Forschung auf diesem Spezialgebiet im deutschsprachigen Raum und auch die – wie ich glaube – Notwendigkeit die Aromapflege zukünftig im Unterrichtsgeschehen mit einzubeziehen, haben mich dazu bewogen dieses Thema aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu beleuchten.

# 1 Einleitung

Die stetig steigende Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung und die damit im Zusammenhang stehende Multimorbidität, stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Die Folge ist, dass die Anforderungen an Pflegende immer umfassender und anspruchsvoller werden, da immer mehr Menschen auf eine professionelle Unterstützung angewiesen sind.

Insbesondere die palliative Versorgung von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen am Lebensende, stellt wesentliche Anforderung an die professionelle Pflege. Im Vordergrund steht nicht das Erlernen von speziellen Techniken oder das Aneignen von Wissen, sondern die Ganzheitlichkeit des Menschen mit all seinen Wünschen und Bedürfnissen in der letzten Lebensphase, wobei auf die Symptomatik von Angst und Schmerz ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte.

Angst in der Palliative Care ist allgegenwärtig, wobei die Persönlichkeitsstruktur jedes Einzelnen beachtet werden sollte. Angst kann einerseits ein bewusstes und andererseits ein unbewusstes Erleben sein.

Wobei hier zwischen drei Begrifflichkeiten unterschieden werden muss: Angst laut NANDA<sup>3</sup>, Taxonomie II stellt ein vages, unsicheres Gefühl dar, dessen Ursache oft unklar und/oder unbekannt ist (vgl. Stefan et al. 2003, S. 706).

Todesangst hingegen umfasst die Furcht, Sorge oder Angst vor dem Sterbeprozess bzw. Tod. Der Begriff Furcht wird als ein Gefühl des Schreckens, das sich auf eine erkennbare, für den Patienten bedeutende Ursache bezieht, beschrieben (vgl. Stefan et al. 2003, S. 712-716).

---

<sup>3</sup> NANDA = North American Nursing Diagnosis Association

Angst bzw. Furcht in der letzten Lebensphase bedeutet Angst vor dem nahenden Tod, aber auch vor Schmerzen.

Schmerz bedeutet für viele Menschen – nicht nur in der letzten Lebensphase – „Gefangenschaft“. Der Mensch nimmt nun bewusster die Zusammenhänge von Körper, Geist und Seele wahr. Er sucht nach Möglichkeiten mit diesem Phänomen zurecht zu kommen, und oftmals wird Hoffnung in komplementäre Maßnahmen gelegt.

Der Bereich der komplementären Maßnahmen umfasst etwa 400 unterschiedliche Methoden, wovon die Aromatherapie und in weiterer Folge die Aromapflege einen Teilbereich der ganzheitlichen Erfahrungsheilkunde darstellt. Gegenwärtig sind der Stellenwert und die Anwendung der Aromapflege in unserem Kulturkreis noch eher gering, obwohl sie oftmals als Bereicherung für Patienten und Pflegepersonal erlebt wird.

## **1.1 Problemstellung**

Die Pflege ist gegenwärtig und auch zukünftig mit Herausforderungen in der Begleitung, Betreuung bzw. Pflege von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen sowie sterbenden Menschen und deren Angehörigen konfrontiert.

Zukünftig wird sie jedoch noch mehr gefordert sein immer neue Strategien zu entwickeln und zu erforschen um die bestmögliche Pflege gewährleisten zu können. Die Palliative Care in Österreich zeigt sich eher „wissenschaftsfern“ und steht auch heute noch der inzwischen entstandenen Pflegewissenschaft und -forschung tendenziell skeptisch gegenüber. Der Brückenschlag zwischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaft sowie die daraus zu erwartenden Impulse für die Weiterentwicklung der Palliativpflege sind weitgehend ausgeblieben.

Es müssen konkrete Unterstützungsangebote im Bereich der Pflege und Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender entwickelt werden.

Eine stärkere Orientierung an den Leitideen einer evidenzbasierten Pflegewissenschaft, die Intensivierung und Bemühung um den Aufbau der Pflegewissenschaft bzw. Pflegeforschung sowie eine möglichst enge Verschränkung zwischen Praxis und Wissenschaft sind für die Weiterentwicklung dieses Aufgabenfeldes und die Beantwortung der auf Seite der Patienten inklusive ihres sozialen Umfeldes – den Angehörigen – entstehenden Herausforderungen von zentraler Bedeutung.

1993 wurde vom damaligen Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz – Michael Ausserwinkler – der Arbeitskreis „Eigenständigkeit der Krankenpflege“ eingesetzt, welcher mit der Ausarbeitung eines Positionspapiers zur Gesundheits- und Krankenpflege beauftragt wurde. Jedoch erst 1997 konnte die derzeit gültige Berufsbezeichnung im Gesetz verankert werden (vgl. Weiss-Faßbinder et al. 2003, S. 15f).

Obwohl jetzt der Begriff „Gesundheit“ in der Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ angeführt und die Erhaltung und Förderung der Gesundheit in mehrere Passagen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes ausdrücklich als Aufgabenbereich der Pflege erwähnt wird, ist das Tätigkeitsfeld der Pflege in Österreich, sowie im gesamten deutschsprachigen Raum, weitgehend auf den kurativen, weniger auf den palliativen Versorgungsbereich einzelner Patienten und deren Umgebung beschränkt.

## **1.2 Forschungsstand**

Wissenschaftliche Studien über den Nachweis der Wirkungszusammenhänge von ätherischen Ölen auf den menschlichen Organismus sind vorhanden, meist jedoch in englischer Sprache publiziert.

Im deutschen Sprachraum existieren zur Thematik eine Vielzahl von Publikationen, oft populärwissenschaftlicher Art, die mehr auf unspezifischen Wirkfaktoren sowie Erfahrungswerten und weniger auf Studien bzw. objektiven Daten basieren.

In der Bevölkerung genießen komplementärpflegerische Maßnahmen möglicherweise ein noch geringes Ansehen, da Vertreter der naturwissenschaftlichen Medizin diesen überwiegend kritisch gegenüberstehen und auf fehlende bzw. unvollständige Studien über die Wirksamkeit verweisen.

*„Bis zum heutigen Tag wurden nur wenige kontrollierte Studien mit überzeugendem Design über die Wirksamkeit der Aromatherapie publiziert. Hauptgründe dafür sind einerseits, dass erst seit einigen Jahren Wissenschaftler und universitäre Forschungsgruppen an Studien mit ätherischen Ölen beteiligt sind, und andererseits, dass wissenschaftlich tätige Aromatherapeuten oft wenig Erfahrung mit Studiendesigns und Statistiken besitzen“ (Steflitsch et al. 2007, S. 93).*

Eliane Zimmermann, widerlegt in ihren Büchern diese Aussage teilweise. Bereits 1887 wurde zum Beispiel in Frankreich der Nachweis erbracht, dass das ätherische Thymianöl, Kolibakterien, Staphylokokken, Meningokokken und das Koch-Virus zerstören kann (vgl. Valnet 1976 in Zimmermann 1990, S. 45f).

Die Erforschung ätherischer Öle ist oftmals mit großen Schwierigkeiten verbunden. Möglicherweise haben Pharmakonzerne kein Interesse daran teure klinische Studien durchzuführen, da ätherische Öle aus bis zu 400 einzelnen, identifizierbaren Molekülen bestehen, deren Zusammensetzungen auch von Ernte zu Ernte schwanken, und für die standardisierte Forschung kaum lösbare Probleme mit sich bringt.

Die Durchführung von Doppelblindstudien ist nicht möglich, da ätherische Öle Gerüche aussenden und keine „nichtriechenden“ Öle als Kontrollmedium zur Verfügung stehen. Trotz Nasenklammern oder Masken konnten keine brauchbaren Ergebnisse erzielt werden.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt in der Forschung wäre, dass unterschiedliche Erntezeitpunkte oder unterschiedliche Herstellungsverfahren erhebliche Abweichungen in der chemischen Zusammensetzung des jeweiligen Öles bewirken können (vgl. Zimmermann 2006, S. 78ff).

Im Sinne des Zieles jedes Gesundheitsangebotes, dem erkrankten Menschen zu dienen, erscheint es hingegen sinnvoll und gerechtfertigt, alle jene Methoden einzusetzen, für die eine Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Komplementäre Maßnahmen sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich gewinnen international zunehmend als integrative Bestandteile des Gesundheitsangebotes an Bedeutung (vgl. Steflitsch et al. 2007, S. VII).

Um Aromapflege im Bereich der Palliative Care langfristig zu etablieren und als einen Teil der professionellen Pflegearbeit zu verstehen, erscheint es in weiterer Folge notwendig, forschungsgestützte und evidenzbasierte Konzepte zu entwickeln.

Ein Kriterium professionellen Handelns sind spezialisierte Fertigkeiten auf Basis theoretischen Wissens. Schaeffer beschreibt dieses Kriterium wie folgt:

*„Kernstück von Professionalität ist die Verbindung von allgemeinfachlichem Wissen mit dem Verständnis, was ein konkretes Problem für das Leben des betroffenen Menschen bedeutet. Wer professionell handeln will, muss wissenschaftlich-rational fundiert erklären können UND sich auf die individuelle Situation und Geschichte jener Person einlassen, die Hilfe braucht“* (Schaeffer 1994, S. 106).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt konnten keine Studien gefunden werden, die sich ausschließlich mit dem Schwerpunkt Schmerz- und Angstlinderung in der Palliative Care befassen.

Es existieren aber Studien, die sich mit der komplexen Patientenproblematik auseinandersetzen und somit Schmerz sowie Angst miteinbeziehen. (Kraft, 2008; Ernst, 2008; Straff, 2005; Ernst et al., 2007; Vickers, 2006; Corner, 1995; Engdal, 2008).

Diese Fülle an Studien bietet einen hohen Anreiz, besonders die Bedeutung der Aromapflege in der Palliative Care systematisch zu analysieren.

### **1.3 Ziel der Arbeit und Forschungsfragen**

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, die Möglichkeiten der Aromapflege mit Schwerpunkt Schmerz- sowie Angstlinderung zu beleuchten und aufzuzeigen, ob die Lebensqualität für Patienten, mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen, gesteigert werden kann bzw. ob dadurch die Pflegequalität maßgeblich verbessert wird. Solche Patienten hätten ein Recht auf einen weitgehend schmerz- und angstfreien Zustand, der trotz schulmedizinischer Maßnahmen nicht immer erreicht werden kann. Daher liegt es auch im gesellschaftlichen Interesse alle Bestrebungen zu unterstützen, die den Betroffenen ein annehmbares Leben ermöglichen bzw. die im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege angesiedelt sind oder noch sein könnten.

Es gibt eine Fülle von Stationsstandards, die jedoch auf keinen evidenzbasierten Hintergrund zurückgreifen können. Ein gezielter Einsatz von Aromapflegemaßnahmen braucht klare Richtlinien, um Qualität und Seriosität gewährleisten zu können.

Daher ergeben sich aus den beschriebenen Problemfeldern für die Arbeit folgende zentrale Forschungsfragen:

- ⇒ Haben bestimmte ätherische Öle nachweislich eine positive Wirkung auf Schmerz und Angst?
- ⇒ Welche Anwendungsmöglichkeiten der ätherischen Öle bewirken bei Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen, einen gesicherten Benefit?
- ⇒ Beeinflusst die Aromapflege aus Sicht der Pflegepersonen das subjektive Empfinden der Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen?

#### **1.4 Vorschau auf die Arbeit**

Vorweg erfolgt die Klärung notwendiger Begrifflichkeiten von Palliative Care, Aromapflege, Schmerz und Angst.

Im nächsten Schritt wird auf den geschichtlichen Hintergrund von Palliative Care und Aromapflege näher eingegangen.

Das nachfolgende Kapitel beinhaltet die Beschreibung des subjektiven Erlebens von Schmerz und Angst sowie deren Auswirkungen auf die Lebensqualität und Autonomie des Patienten in der letzten Lebensphase.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit den ätherischen Ölen und deren Schwerpunktsetzung. Einerseits werden die wichtigsten Wirkungsmechanismen von Heilpflanzen erläutert und andererseits die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten in der Pflege aufgezeigt. Nachfolgend werden die Wirkungsweisen auf Haut, Schleimhaut und der Weg über den Geruchssinn erörtert. Darauf aufbauend erfolgt im Anschluss eine Analyse der ätherischen Öle, welche auf Schmerz und Angst lindernd wirken sollen.

Darüber hinaus wird der gesicherte Benefit der Anwendung der Aromapflege auf die bereits beschriebenen Problematiken der Auswirkungen von Schmerz und Angst auf die Lebensqualität als auch auf die Autonomie des Patienten in seiner letzten Lebensphase dargestellt. Dies soll im Rahmen von Expertengesprächen, aus der Sicht der Pflegepersonen, erläutert und mit Fallbeispielen aus der Praxis belegt werden.

Den Abschluss der Diplomarbeit bilden eine Diskussion, die Schlussfolgerungen zur Arbeit sowie ein Ausblick.

## **2 Begriffserklärungen**

Nachfolgend werden die Begrifflichkeiten Palliative Care, Aromapflege, Schmerz und Angst, gestützt auf Literaturrecherchen, erklärt. Darüber hinaus soll ein Einblick in unterschiedlichste Betrachtungsweisen und Definitionen der jeweiligen Begriffe erfolgen.

### **2.1 Palliative Care**

Das Verständnis der Palliative Care ist weder einheitlich noch eindeutig. Dies wird durch die Vielzahl von Definitionen und Beschreibungen dieses relativ neuen Konzeptes ebenso belegt, wie durch die unterschiedlichen Entwicklungen auf nationaler und internationaler Ebene. Wie alle in der Entwicklung befindlichen Konzepte sind auch die Begrifflichkeiten und Definitionen der Palliative Care vorläufig und einem ständigen Wandel unterworfen (vgl. Schnell 2005, S. 35ff).

Palliative Care ist mit Definitionen allein schwer darzulegen. Die Haltungen, die erforderlich sind, um Aufmerksamkeit in der Interaktion und Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Angehörigen zu entwickeln, die sich im Erleben einer palliativen Betreuungssituation befinden, sind zu erschließen und zu umschreiben (vgl. Heller 2006, S. 41f).

Obgleich es in jedem Land unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Rezeption und Umsetzung von Palliative Care gibt, existiert ein Grundkonsens über zentrale Konzeptelemente.

Dieser ist in erster Linie auf eine Initiative der WHO<sup>4</sup> zurückzuführen: 1990 kam es zur Verfassung eines Positionspapiers, das festhielt, was unter dem Begriff „Palliative Care“ zu verstehen ist und wodurch dieser charakterisiert wird.

---

<sup>4</sup> WHO = World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Mangels eines gleichbedeutenden deutschen Begriffs hat sich im deutschsprachigen Raum ebenfalls der Begriff Palliative Care etabliert.

*„Spezialisierung der Pflege im Konzept Palliative Care bedeutet die Entwicklung pflegerischer Konzepte, aus der direkten Beziehung zum Patienten und seiner Familie heraus“ (Montag et al. 2007, S. 102).*

Dies bedarf einer Grundhaltung von Pflegepersonen, die das Erleben von Krankheit akzeptieren sowie Sterben und Tod als natürlichen Teil des Lebens anerkennen. Um professionell handeln zu können, muss die Balance zwischen Aktivität und Inaktivität gegeben sein (vgl. Montag et al. 2007, S. 102).

### **2.1.1 Definition der WHO von Palliative Care von 1990**

*„Palliative Care ist aktive, umfassende Betreuung von Patienten, deren Krankheit nicht mehr geheilt werden kann. Oberste Priorität hat die Schmerzkontrolle und die Linderung anderer Beschwerden. Beachtung wird auch den sozialen, psychologischen und spirituellen Bedürfnissen dieser Patienten geschenkt.*

*Palliative Care bejaht das Leben und betrachtet gleichzeitig das Sterben als dessen natürlichen Teil. Der Tod wird nicht beschleunigt, aber auch nicht hinausgezögert.*

*Palliative Care hilft den Patienten, das ihnen verbleibende Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten und unterstützt die Angehörigen bei der Begleitung der Kranken und in der Zeit der Trauer.*

*Das Palliative Care-Team ist multiprofessionell und beschäftigt sich mit dem Patienten als Individuum, mit seinem sozialen Netzwerk und mit den dazugehörigen gesellschaftlichen Aspekten“ (Dobroschke-Bornemann 2004, o.S.).*

Diese erste Definition der WHO gilt als sehr bedeutsam für die weltweite Verbreitung und Akzeptanz für das Verständnis der Palliative Care.

Es ist eine abstrakte und offene Definition, die lediglich die Grundprinzipien der Palliative Care beschreibt. Die Hintergründe dieser Prinzipien und deren Bedeutung für die Umsetzung in die Praxis kommen darin nicht zum Ausdruck.

### **2.1.2 Definition der WHO von Palliative Care von 2002**

*„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugung und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.*

*Palliative Care:*

- *lindert Schmerzen und andere belastende Beschwerden;*
- *bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als normalen Prozess;*
- *will den Tod weder beschleunigen noch verzögern;*
- *integriert psychische und spirituelle Aspekte;*
- *bietet jede Unterstützung, um dem Patienten zu einem möglichst aktiven Leben bis zum Tod zu verhelfen;*
- *arbeitet multi- und interdisziplinär, um den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen gerecht zu werden;*
- *verbessert die Lebensqualität und kann so positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen;*
- *beinhaltet auch die notwendige Forschung, um Beschwerden oder klinische Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können“ (Kränzle et al. 2010, S. 3f).*

### **2.1.3 Vergleich der WHO Definition von 1990 und 2002**

Im direkten Vergleich der beiden oben genannten Definitionen, finden sich folgende Unterschiede:

Die Zielgruppe in der Definition der WHO von 1990 – Patienten –, sowie der festgelegte Zeitpunkt wann die palliative Betreuung beginnen sollte und wann diese endet – letzte Lebensphase – hat sich zur Definition der WHO 2002 weitgehend verändert. Die neu verfasste Definition ist offener, indem sie grundsätzlich nicht nur Patienten, sondern auch Angehörige inkludiert. Die deklarierten Handlungsgrundsätze beinhalten Prävention sowie Intervention und setzen Grundhaltungen, qualifiziertes Wissen und Interaktions-, Kommunikations- und Sozialkompetenzen voraus.

Des Weiteren wird in der Definition von 1990 die Patientengruppe angesprochen, die nicht mehr auf kurative Behandlungsmaßnahmen anspricht. Dies lässt die Interpretation zu, dass sich Palliative Care ausschließlich auf die letzte Lebensphase beschränkt. In der Definition von 2002 findet sich der Hinweis, wonach die Prinzipien der Palliative Care bei chronischen und zum Tode führenden Erkrankungen bereits präventiv, oder so früh wie möglich angewandt werden sollten (vgl. Steffen-Bürgi 2006, S. 32ff).

### **2.1.4 Definition der EAPC von Palliative Care**

Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) entwickelte in Anlehnung an die WHO folgende Definition:

*„Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patient/innen mit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin schließt die Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten ein“* (Kratschmar et al. 2008, S. 9).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ziel der Palliative Care die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen umfasst, wenn diese mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und der daraus resultierenden Folgen konfrontiert werden.

Dies beginnt jedoch nicht erst wenn eine kurative Maßnahme keinerlei Wirkung mehr zeigt, sondern bereits bei der Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und der Behandlung von Schmerzen, Angst sowie bei spirituellen Aspekten.

### **2.1.5 Palliative Care Outcome Scale**

Patienten, die eine palliativmedizinische Betreuung benötigen, sind nicht nur Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen am Lebensende, sondern auch Menschen, mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Einerseits besteht eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und andererseits stehen Schmerz und Angst im Vordergrund.

Lebensqualität hat sowohl eine subjektive als auch eine objektive Dimension, die nicht deckungsgleich sein muss. Im Vordergrund dieser Arbeit steht jedoch die objektive Lebensqualität, die es mit geeigneten Instrumenten zu erfassen gilt.

Eine Möglichkeit bietet die sogenannte Palliative Care Outcome Scale. Diese Skala wurde 1999 in Großbritannien von der Palliativen Care Core Audit Project Advisory Group entwickelt und bis 2004 in acht Zentren für Palliativmedizin innerhalb Großbritanniens validiert. Der Fragebogen besteht aus elf Multiple-Choice-Fragen und einer offenen Frage. Der Punktwertbereich reicht von 0 bis maximal 44 Punkte, wobei eine schlechte Lebensqualität mit einem hohen Punktwert verbunden ist (vgl. Lertzynski et al. 2004, S. 19ff).

## **2.2 Aromapflege**

In der Aromapflege werden alte Überlieferungen, Erfahrungswissen vieler Generationen und neueste Forschungen vereint. Im Vordergrund stehen die Ganzheitlichkeit sowie die Individualität des Menschen.

Die Stärkung der Selbstheilungskräfte und die Pflege der Lebenskraft sind wesentliche Aspekte der Aromapflege. Es besteht ein grundlegender Unterschied zwischen Aromatherapie und Aromapflege.

### **2.2.1 Aromatherapie**

Primär ist unter Aromatherapie die Wissenschaft von der Nutzung pflanzlicher Essenzen bei der Behandlung unterschiedlicher Krankheiten zu verstehen (vgl. Steflitsch et al. 2007, S. 19ff).

Der Begriff Aromatherapie wurde Mitte des 20. Jahrhunderts in Frankreich von dem französischen Chemiker René-Maurice Gattefossè, geprägt. Er führte seit 1910 Forschungen mit ätherischen Ölen durch, wobei im Speziellen die antiseptischen Eigenschaften und die Hautdurchlässigkeit beschrieben wurden. Heutzutage ist die Aromatherapie ein weitverbreitetes Therapieverfahren. Im Vordergrund stehen Linderungen bzw. Verhinderungen von diversen Krankheiten, Befindlichkeitsstörungen sowie Beschwerden. (vgl. Kraft 2008, S. 273).

Die Aromatherapie – ein Teilgebiet der Phytotherapie – basiert auf einer ganzheitlichen Sicht des Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele. Die Krankheit wird nicht als isoliertes Phänomen angesehen, sondern als Erscheinung der ganzen körperlich-seelischen Einheit des Menschen. Oftmals haben mentale oder psychische Aspekte bei akuten oder chronischen Krankheiten einen wesentlichen Anteil, daher sollte die Behandlung nicht nur auf die Erkrankung selbst ausgerichtet sein, sondern Körper, Geist und Seele müssen gleichermaßen mit behandelt werden, um eine „wirkliche“ Heilung erzielen zu können.

Durch diese Vorgehensweisen unterscheidet sich die Aromatherapie wesentlich von der Schulmedizin. Die Anwendung erfolgt als therapeutische Maßnahme einerseits äußerlich über die Haut bzw. Schleimhaut und andererseits innerlich als orale oder rektale Verabreichung. Da sie eine Dosis-Wirkungs-Beziehung hat – sowohl im körperlichen Bereich als auch im subjektiv-psychischen Bereich – ist die Aromatherapie in Österreich ausschließlich den Medizinern vorbehalten (vgl. Werner et al. 2006, S. 29).

### **2.2.2 Aromapflege**

Im Gegensatz dazu ist die Aromapflege Erbin einer tausend Jahre alten Tradition. Alte Überlieferungen, neueste Forschungen und der Erfahrungsschatz vieler Generationen spielen hier harmonisch zusammen. Trotz ihrer langen Tradition und Geschichte zählt die Aromapflege zu den neuen, modernen und fortschrittlichen Pflegemethoden. Die Aromapflege kann für eine Aufwertung und Intensivierung der Pflegequalität sorgen (vgl. Werner et al 2006, S. 35).

Die Aromapflege bedient sich ausschließlich 100% naturreiner ätherischer Öle, ebenso naturbelassenen Pflanzenölen, Hydrolaten und den daraus hergestellten Pflegeprodukten, die authentisch und genuin sind. Der Einsatz dieser natürlichen ätherischen Öle zeichnet sich durch seine ganzheitliche Wirkungsweise aus (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 21).

Die Aromapflege als Teil der Pflanzenheilkunde wird als komplementäre, ganzheitliche Pflegemethode betrachtet und über alle Sinne aufgenommen. Mittels Pflegeanamnese werden der Bedarf und die Gewohnheiten des Patienten erhoben. Das heißt sie orientiert sich an bestehenden Pflegeproblemen und den daraus resultierenden Bedürfnissen des einzelnen Patienten, wobei die Individualität im Vordergrund steht. Des Weiteren wird auf den Pflegeprozess mit Einbindung der Pflegediagnosen ein wesentliches Hauptaugenmerk gelegt.

Die Anwendung und in weiterer Folge die Wirkung der Aromapflege erfolgt ausschließlich über den Geruchssinn und über die intakte Haut. Sie dient keinem therapeutischen Zweck, sondern der Gesundheitsförderung und dem körperlichen bzw. seelischen Wohlbefinden einerseits und andererseits der Linderung von pflegerelevanten Beschwerden sowie prophylaktischen- und pflegerischen Maßnahmen (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 145ff).

*„Aromapflege bedeutet Pflege der Lebenskraft, Stärkung der Selbstheilungskräfte und somit mehr Lebensqualität“* (Raab et al. 2005, S. 6).

Aus Sicht der Komplementärmedizin stellt die Aromapflege eine Ergänzung zu den herkömmlichen Methoden Schmerzen oder Symptome einer Erkrankung zu lindern, Gefühlsbewegungen zu unterstützen oder das Umfeld eines Krankheitsverlaufes zu gestalten, dar.

In Österreich fand in den letzten Jahren eine umfassende Reform der Pflegeberufe statt, die 1997 zur Verabschiedung eines neu formulierten Bundesgesetzes über die Gesundheits- und Krankenpflege führte. Es erfolgte unter anderem eine ausführliche Beschreibung der Tätigkeitsfelder. Hierbei unterscheidet das Gesetz zwischen eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen, interdisziplinären und erweiterten sowie speziellen Tätigkeitsbereichen.

Die Aromapflege findet im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (GuKG §14) statt, welcher wie folgt definiert ist.

*„Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege“* (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1997, S. 1285).

Durch die gesetzliche Regelung nach dem GuKG § 64 besteht nun die Möglichkeit, einer Weiterbildung im Bereich der Aromapflege. Die erfolgreiche Absolvierung dieser Weiterbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung, die nach der Berufsbezeichnung in Klammer anzufügen ist.

## 2.3 Schmerz

Nach der ICNP<sup>5</sup> umfasst Schmerz eine Art von Empfindung, die durch spezifische Merkmale gekennzeichnet ist. Einerseits sind diese durch das Ansteigen der sensorischen Empfindungen, welche von der Wahrnehmung des Schmerzes bis zur Erreichung der höchsten Schmerzschwelle, die in Verbindung mit schweren Leiden steht, geprägt. Dies kann durch einen entsprechenden „schmerzhaften“ Gesichtsausdruck bis zur Veränderung des Muskeltonus gekennzeichnet sein. Andererseits können spezifische Merkmale durch selbstschützendes Verhalten sowie eingegengtem Fokus erlebt werden. Prägnante Merkmale sind Stöhnen, Schreien, Auf- und Abgehen sowie innere Unruhe. Wesentlich dabei ist, dass die Schmerzempfindung in Beziehung zur Dauer des Schmerzgeschehens steht (vgl. ICNP 2003, S.193).

*„Schmerz ist das, was der Patient beschreibt und existiert, wann immer er es sagt“ ( Mc Caffrey et al. 1997, S. 15).*

Unterschiedliche Komponenten können bei der Schmerzwahrnehmung eine Rolle spielen:

- Sensorische Komponente → die Sinneswahrnehmung betreffend
- Affektive Komponente → das Gefühlsleben betreffend
- Kognitive Komponente → das Wahrnehmen betreffend
- Motorische Komponente → die willkürliche Muskelbewegung betreffend (vgl. Likar et al. 2009, S. 15).

---

<sup>5</sup> ICNP = International Classification of Nursing Practice

1997 wurde Schmerz von der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes wie folgt definiert:

*„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebsschädigung verbunden ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“* (Likar et al. 2009, S. 15).

### **2.3.1 Pathophysiologie des Schmerzes**

Die Pathophysiologie des Schmerzes besitzt einen wesentlichen Stellenwert innerhalb der Medizin. Gestörte Körperfunktionen führen unter anderem zu chronischen Schmerzen, wobei das periphere und das zentrale Nervensystem eine wesentliche Rolle spielen.

Schmerzen sind die Folge nozizeptiver und psychologischer Faktoren, die in einem Wechselverhältnis stehen. In der Pathophysiologie wird zwischen nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen unterschieden (vgl. Husebö et al. 1998, S. 151ff).

#### **2.3.3.1 Nozizeptive Schmerzen**

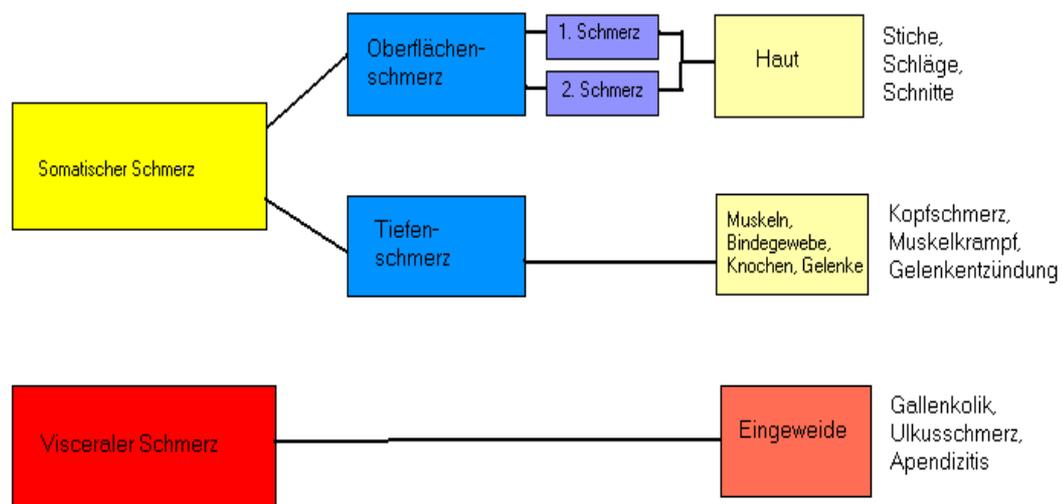
Nozizeptive Schmerzen sind mechanischer, thermischer oder biochemischer Art. Sie führen zur Aktivierung der Nozizeptoren<sup>6</sup>. Diese Art von Schmerzen besteht aus zwei Untergruppen. Einerseits aus dem somatischen Schmerz und andererseits aus dem viszeralem Schmerz.

Die *somatischen* Schmerzen entstehen durch die Stimulation von Nozizeptoren in der Haut, im Bindegewebe, in der Muskulatur und in den Knochen. Die Schmerzen sind gut lokalisierbar, scharf begrenzt und werden als „dumpf“, „bohrend“ sowie „stechend“ beschrieben.

---

<sup>6</sup> Nozizeptoren werden häufig als „Schmerzrezeptoren“ bezeichnet. Nozizeptoren senden Aktionspotentiale zum Rückenmark, wo in weiterer Folge Nervenzellen erregt werden, die zum Gehirn führen. Dort entsteht die bewusste Wahrnehmung des Schmerzes.

Viszerale Schmerzen sind die Folge der Aktivierung von Nozizeptoren durch Kompression, Entzündung oder Nekrosen von inneren Organen. Im Gegensatz zu den somatischen Schmerzen, sind diese minder lokalisierbar und unscharf begrenzt. Die Schmerzen sind eher „krampfartig“ und „ziehend“ (vgl. Heinrichs et al. 2002, S. 434ff).



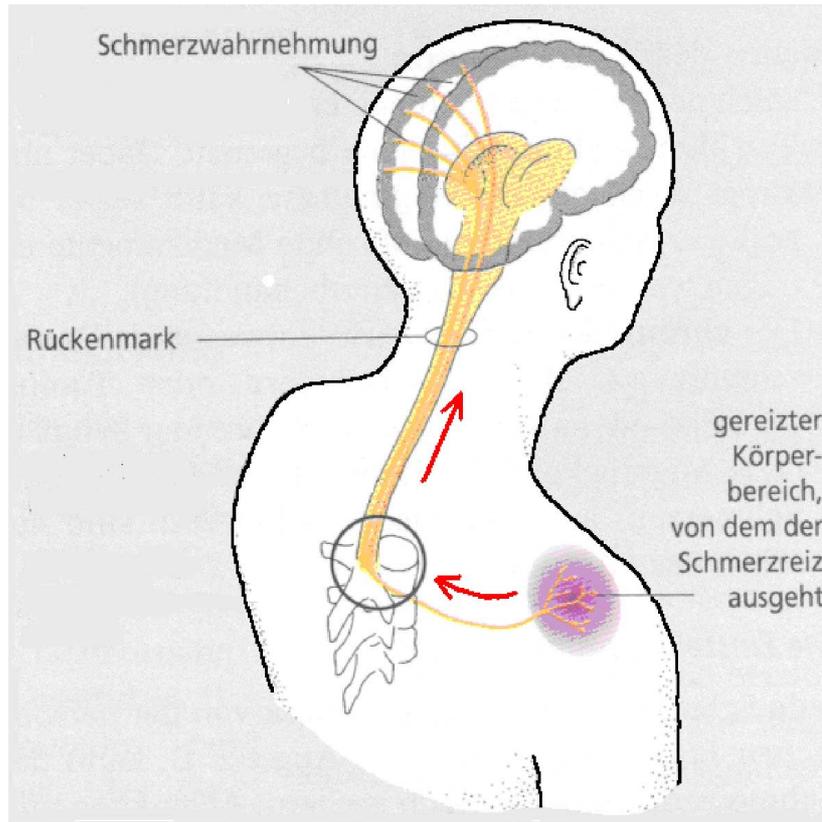
**Abbildung 1: Nozizeptive Schmerzdiagramm**

Quelle: Schmidt et al. 2005, S. 318

### 2.3.3.2 Neuropathische Schmerzen

Neuropathische Schmerzen können durch Kompression oder Irritation peripherer Nerven zustande kommen. Der Ursprung liegt im Peripher- oder Zentralnervensystem. Des Weiteren können neuropathische Schmerzen auf unterschiedlichen Ebenen des schmerzleitenden aber auch des schmerzverarbeitenden Systems entstehen.

Charakteristisch sind starke, häufig als „brennend“ oder „dumpf“ beschriebene, Beschwerden. Neuropathische Schmerzen können auch durch Entzündungen entstehen, die oft durch Infektionen verursacht werden. Die Zeitspanne reicht von kurzanhaltende bis langandauernden Schmerzen (vgl. Heinrichs et al. 2002, S. 437f und Gallacchi et al. 2005, S. 77).



**Abbildung 2: Weg des neuropathischen Schmerzes**

Quelle: Potschka o.J., o.S.

### 2.3.2 Akuter Schmerz

Dieser wird auch „sinnvoller“ Schmerz genannt, da er eine Art Alarm- und Warnsignal des Körpers ist. Er hilft dem Körper, weitere Schädigungen zu vermeiden. Physiologisch wird dem akuten Schmerz eine Schutzfunktion zugeschrieben.

Auf der psychischen Ebene sind akute Schmerzen zumeist mit vorübergehendem Angst- und Stresserleben verbunden. Akute Schmerzen sind in der Regel gut lokalisierbar, haben eine klar erkennbare Ursache, sind zeitlich begrenzt und kausal zu therapieren (vgl. Weissenberger-Leduc 2003, S. 11).

Die Lebensqualität ist meist nur in der Akutphase eingeschränkt und nach Abklingen des akuten Schmerzens nicht mehr beeinträchtigt.

Dauer und Intensität der Schmerzen sind abhängig vom Heilungsprozess aber auch von der Geschlechterrolle und anderen Faktoren. Die Zeitdauer kann sich von Sekunden bis zu Tagen erstrecken (vgl. Likar et al. 2009, S. 102f).

### **2.3.2.1 Geschlechterrolle und Schmerzerleben**

Laut Teuber sind vor allem biologische Faktoren, wie hormonelle, genetische, anatomische und physiologische, für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich des Schmerzempfindens verantwortlich. Es existieren sowohl für Männer als auch für Frauen Geschlechtsrollen charakteristische Erwartungen, die Einfluss darauf haben können, wie jeder einzelne Mensch Schmerzen erlebt, ausdrückt und bewältigt (vgl. Teuber et al. 2006, S. 307ff).

Zahlreiche Untersuchungen, die einen möglichen Zusammenhang zwischen Schmerzwahrnehmung und Geschlechterrolle erforschten, kommen zusammengefasst zu folgenden Ergebnissen:

Frauen weisen in unserem Kulturkreis eine geringere Schmerztoleranz als Männer auf. Das heißt, die Schmerzschwelle ist je nach Noxe und Ursache niedriger. Sie nehmen die Schmerzen stärker bzw. differenzierter wahr und klagen auch „bereitwilliger“ sowie häufiger über Schmerzbeschwerden. Anhand von Schmerzskalen wurde erhoben, dass Frauen im Alltag über mehr Schmerzen, über ein stärkeres Schmerzniveau sowie über ein länger andauerndes Schmerzempfinden berichten. Des Weiteren erfolgt bei Frauen eine erhöhte Medikamenteneinnahme, die wiederum mit vermehrten Arztbesuchen einhergeht. Von Frauen wird erwartet, dass sie eher über Schmerzen klagen (vgl. Teuber et al. 2006, S. 307ff).

Bei Männern hingegen gilt das Eingestehen von Schmerzen als Ausdruck von Schwäche oder Verlust von Kontrolle. Die Orientierung an der typisch männlichen Geschlechterrolle wie Unabhängigkeit, Dominanz und Stärke steht als Hinweis auf eine höhere Schmerztoleranz sowie eine verstärkte Schmerzverleugnung. Es kann jedoch nicht generell ausgesagt werden, dass Geschlechtsunterschiede im Schmerzerleben nur biologisch bedingt sind. Diese können auch mit Sozialisations- und Anpassungsprozessen einhergehen. (vgl. Teuber et al. 2006, S. 307ff).

### **2.3.3 Chronischer Schmerz**

Der chronische Schmerz - auch „sinnloser“ Schmerz genannt - zeichnet sich im Vergleich zum akuten Schmerz dadurch aus, dass der Schmerz mit der Zeit die Form eines eigenen Krankheitsbildes annimmt. Oft sind die Ursachen dafür nicht verifizierbar. Das akute Schmerzgeschehen kann bereits abgeklungen sein, aber die Auswirkungen haben eine nachhaltige Wirkung. Die Nerven senden permanent Schmerzimpulse an das Gehirn, obwohl es keinen primären Reiz mehr gibt. Dies ist dadurch zu erklären, dass die Nervenzellen ein sogenanntes Schmerzgedächtnis entwickelt haben.

Hat der Schmerz den Zeitraum, in dem sich üblicherweise eine Heilung einstellt „überdauert“ – es wird von einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten gesprochen, oder wenn er häufig wiederkehrt – dann werden Schmerzen als chronisch bezeichnet (vgl. Ullrich et al. 2005, S. 305).

Chronische Schmerzen haben im Vergleich zu den akuten Schmerzen, ihr sogenanntes Alarm- und Warnsignal verloren. Die Ursachen für den chronischen Schmerz können vielfältig sein, die physiologische „Sinnhaftigkeit“ ist bei chronischen Schmerzen oftmals nicht mehr erkennbar. Meist wird die Schmerzbeschreibung als eine diffuse Schmerzempfindung von Betroffenen geschildert. Vorwiegend entwickeln sich chronische Schmerzen durch psychisches, physisches oder soziales Ungleichgewicht.

All diese Faktoren dürfen bei der Behandlung nicht außer Acht gelassen werden. Chronische Schmerzen beeinflussen meist weitgehend das gesamte Leben des Patienten und auch seiner Angehörigen. Schmerz beeinträchtigt den gesamten Lebensablauf in allen Bereichen. Die Betroffenen klagen unter anderem über Schlaf- und Appetitstörungen, den Verlust sexueller Bedürfnisse und eine vermehrte Reizbarkeit. Diese Menschen laufen auch Gefahr, dass sie sich von sozialen Aktivitäten zurückziehen und dadurch in soziale Isolation geraten (vgl. Striebel 2002, S. 23ff).

### 2.3.4 Schmerzdiagnostik

Die Schmerzdiagnostik kann mittels eindimensionalen sowie mehrdimensionalen Schmerzeinschätzungsinstrumenten vorgenommen werden. Eine weitere Form der Schmerzaufzeichnung kann mittels eines Schmerztagebuches vorgenommen werden.

#### 2.3.4.1 Eindimensionale Schmerzskalen

Die eindimensionalen Schmerzskalen erfassen die Angaben des Patienten in genau festgelegter Form.

Folgende Möglichkeiten bieten sich an:

- Numerische Ratingskala (NRS)

Patienten müssen die vorhandenen Schmerzen auf einer Skala von 0-10 beurteilen, wobei 1 für keine Schmerzen steht und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen bedeutet.

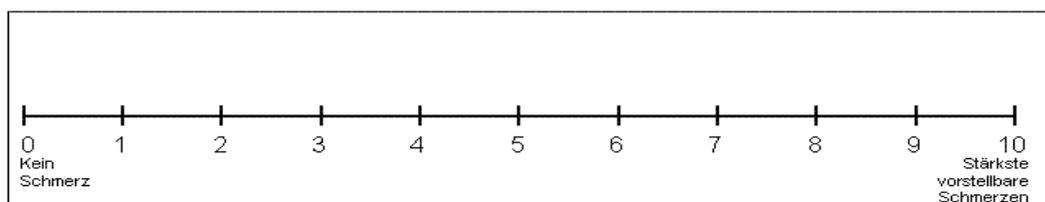
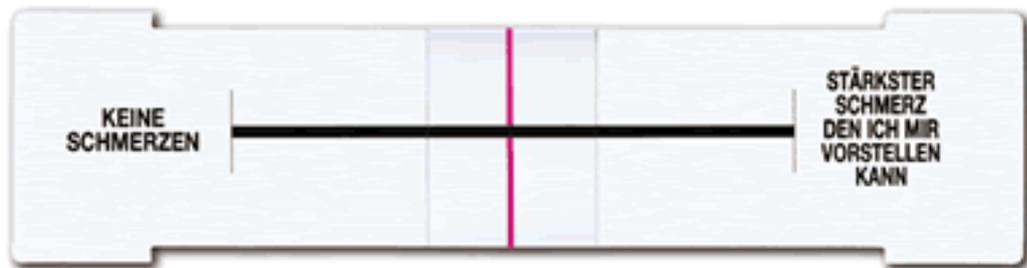


Abbildung 3: Numerische Ratingskala

Quelle: Woggan o.J., o.S.

- Visuelle Analogskala (VAS)

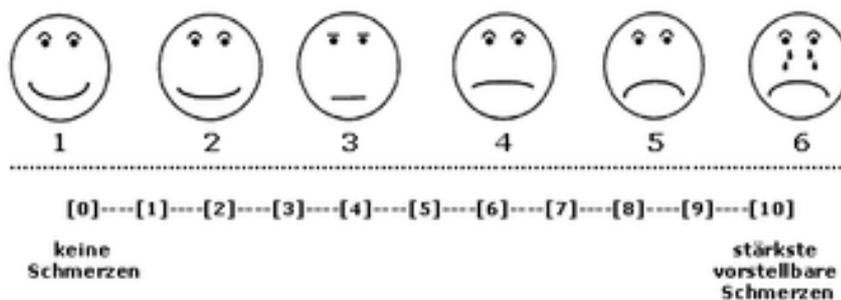
Diese besteht meist auf einer zehn cm langen Linie, auf der der Patient seine Schmerzen einzeichnen kann. Diese Art der Schmerzmessung ist jedoch eher ungenau, da keine Skalierung existiert.



**Abbildung 4: Visuelle Analogskala**

Quelle: Ullrich et al. 2005, S.306

Eine weitere Form der visuellen Analogskalen sind die Gesichter-Skalen. Diese eignen sich besonders für Kinder und Patienten, die kognitiv beeinträchtigt sind.



**Abbildung 5: Visuelle Analogskala für kognitiv beeinträchtigte Personen**

Quelle: Reiningger et al. o.J., o.S.

- Verbale Rating-Skala (VRS)

Diese Skala ermöglicht den Patienten, ihre Schmerzen in Worte zu fassen.

- Keine Schmerzen
- Schwache Schmerzen
- Mäßig starker Schmerz

- Starke Schmerzen
- Sehr starke Schmerzen

Nachteilig wirkt sich aus, dass die Form der Schmerzmessung relativ ungenau ist und man leichte Verbesserungen bzw. Verschlechterungen nicht ermitteln kann (vgl. Ullrich et al. 2005, S. 306 und Bausewein et al. 2007, S. 339f).

#### **2.3.4.2 Mehrdimensionale Schmerzeinschätzungsinstrumente**

*„Der Einsatz von ausführlichen, mehrdimensionalen Schmerzeinschätzungsinstrumenten kann sehr sinnvoll sein, insbesondere bei chronischen Schmerzen. Mehrdimensionale Messinstrumente erfassen auf Skizzen die genaue Schmerzlokalisierung, daneben Schmerzintensität, Schmerzmerkmale und Maßnahmen zur Schmerzlinderung“ (Menche 2004, S. 478).*

Mehrdimensionale Schmerzeinschätzungsinstrumente sind:

- McGill-Pain-Questionnaire
- Brief Pain Inventory
- Schmerzevaluierungsskala
- Stan-Patientenfragebogen

#### **2.3.4.3 Schmerztagebuch**

Diese Form der Schmerzaufzeichnung liefert wichtige Informationen bezüglich Schmerzlokalisierung, Schmerzdauer, Schmerzintensität als auch Schmerzqualität.

Zusätzlich die Art und Dosis der Medikation sowie schmerzlindernde Maßnahmen, ebenso körperliche Aktivitäten, in denen der Schmerz besteht oder eine Besserung eintritt. Der Patient hat die Möglichkeit vorgefertigte Schmerztagebücher zu verwenden oder nach seinen Bedürfnissen eines zu gestalten (vgl. Ullrich et al. 2005, S. 306).

### 2.3.5 Schmerz als multidimensionales Leiden

Das Phänomen Schmerz sollte immer ganzheitlich betrachtet und in all seinen Dimensionen erkannt und erfasst werden. Viele unterschiedliche Faktoren können Einfluss auf die Schmerzempfindung nehmen.

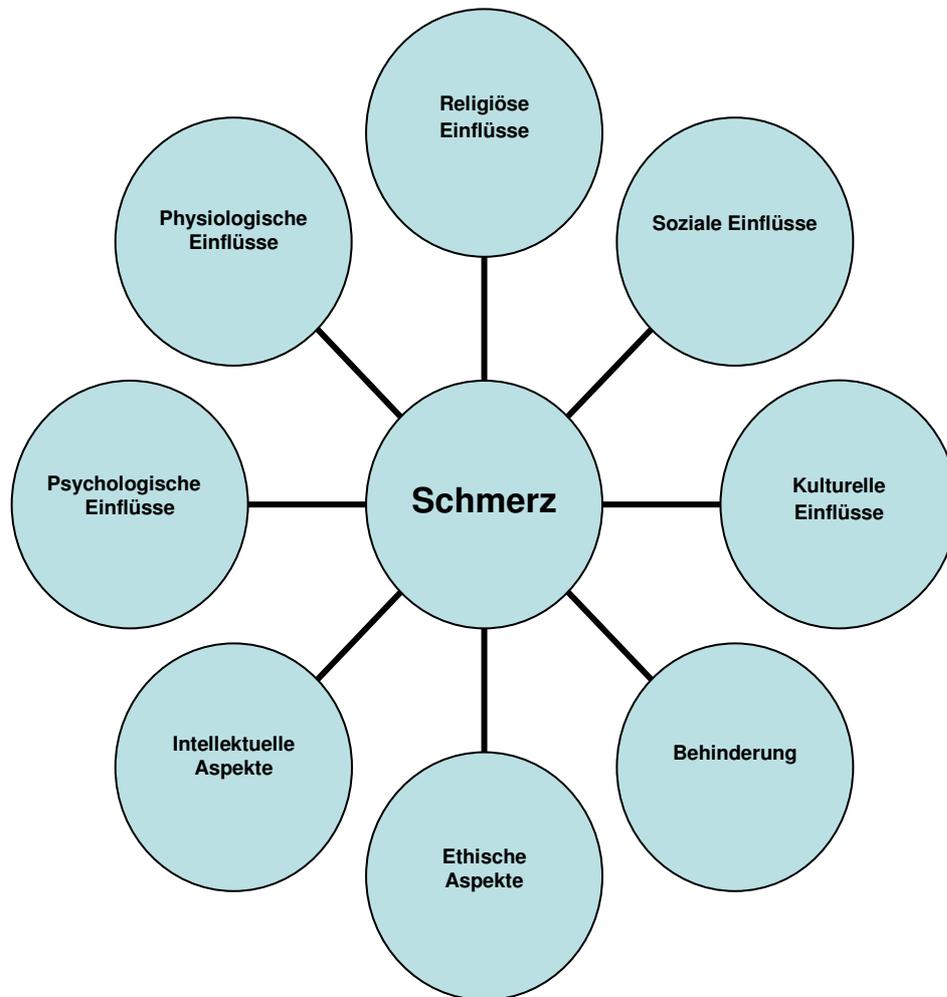


Abbildung 6: Einflussnehmende Faktoren auf die Schmerzempfindung

Quelle: modifiziert aus: Bosshard et al. o.J., S. 11

#### 2.3.5.1 Physiologische Einflüsse

Die Entstehung des Schmerzes steht meist in Zusammenhang mit Krankheit, Unfall oder Operationen, wobei der allgemeine Gesundheitszustand einen bedeutenden Faktor darstellt.

Bestehen Schwächen oder ist die Funktion des Immunsystems herabgesetzt, so kann der Körper die Schmerzattacken oftmals schwerer unterdrücken als bei einem stabilen Allgemeinzustand. Die Schmerzintensität verläuft dann intensiver und kann häufig zu einer längeren Schmerzdauer führen (vgl. Bosshard et al. o.J., S. 2).

#### **2.3.5.2 Soziale Einflüsse**

Das sogenannte „Schmerzerlernen“ beginnt schon sehr früh. Bereits im Mutterleib werden die ersten schmerzlichen Erfahrungen gemacht und das „Schmerzgedächtnis“ bildet sich. Zur Prägung der Schmerzwahrnehmungen kommt es im Kindesalter. Äußerungen wie „Männer kennen keinen Schmerz“ oder „du bist ein Weichling“ können Kinder bzw. Menschen so weit beeinflusst, dass diese über Einprägung auch nach einem langen Zeitraum jederzeit abrufbar sind (ebd.).

#### **2.3.5.3 Religiöse Einflüsse**

In vielen Religionen werden Krankheit und Schmerz als Sühne für eine begangene Schuld oder Sünde angesehen. Ein starker Glaube kann einerseits eine große Hilfe für den Menschen sein, andererseits aber auch Gegenteiliges bewirken. Keine Zuversicht im Glauben zu finden, kann Hilflosigkeit sowie Hoffnungslosigkeit bedeuten (vgl. Bosshard et al. o.J., S. 3).

#### **2.3.5.4 Kulturelle Einflüsse**

Nicht nur das menschliche Verhalten hat Einfluss auf das Schmerzerleben, sondern auch die verschiedenen Kulturkreise, die oftmals ein sehr unterschiedliches Verständnis von Schmerz haben. Eine kulturelle Konstruktion von Krankheit und Schmerz sind die kulturspezifischen Syndrome (vgl. Bosshard et al. o.J., S. 3).

### **2.3.5.5 Behinderung**

Manche Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderungen haben aufgrund ihrer Beeinträchtigung öfter unter Schmerzen zu leiden als Menschen ohne Behinderung. Die Schmerzen können unterschiedlichster Genese sein. Oftmals sind Schmerzäußerungen in verbaler Form nicht möglich und daher sind Pflegende aber auch Angehörige auf nonverbale Mitteilungen angewiesen (vgl. Bosshard et al. o.J., S. 3).

### **2.3.5.6 Ethische Aspekte**

Ethische Fragen wie „Was soll ich tun?“ oder „Welcher Weg ist moralisch betrachtet der richtige?“ beschäftigen den Patienten und deren Angehörige sowie die Medizin und die Pflege. Die eigenen Werte und Normen sind tief mit ethischen Fragen, die eigene Identität betreffend, verbunden. Oftmals sind mit ethischen Fragen kongruente Sinnhaftigkeiten verbunden. Ethik beschäftigt sich aber auch mit Grenzfragen des Lebens und gerade in Bezug auf Schmerz scheint die Hinterfragung dieser oftmals gegeben (ebd.).

### **2.3.5.7 Intellektuelle Aspekte**

Menschen, die ein höheres Bildungsniveau aufweisen, haben oftmals im Gegensatz zu Personen aus einem bildungsfernen Milieu, Schwierigkeiten über bestehende Schmerzen zu kommunizieren oder sie zu thematisieren. Nach Bosshard et al. legen Personen aus gehobenen Gesellschaftsschichten oftmals Gefühle und Empfindungen als Schwäche aus, dadurch gelten Schmerzen als nicht relevant (ebd.).

### **2.3.5.8 Psychologische Einflüsse**

Der vorherrschende Gemütszustand des Menschen hat grundlegende Auswirkungen auf sein Schmerzempfinden. Grundsätzlich haben positiv denkende Menschen eine höhere Schmerztoleranz als Menschen mit negativer Lebenseinstellung.

Ebenso können Schicksalsschläge zu deutlichen Veränderungen im „Schmerzsystem“ führen (vgl. Bosshard et al. o.J., S. 3).

## 2.4 Angst

Angst ist ein grundlegendes Gefühl, welches sich als Besorgnis oder „unlustbetonte“ Erregung äußern kann. Die psychischen und körperlichen Aspekte der Angst können sehr unterschiedlich erlebt werden. Einen wesentlichen Stellenwert hatte Angst in der Evolutionsgeschichte, Angst im Sinne schärfender Schutzmechanismen vor vermeintlichen oder tatsächlichen Gefahrensituationen. Alle psychischen Prozesse, wozu auch das Phänomen Angst gehört, gehen mit Aktivitätsmustern des Gehirns einher. Die Gründe der Angstentstehung können entweder eine vererbte Reaktionsbereitschaft oder neuroanatomisch, biochemisch, metabolisch oder neuroendokrinologisch bedingt sein. Das Angstzentrum liegt im limbischen System<sup>7</sup>.

*„Angst als Schlüsselbegriff, wird als Stimmung oder ein Gefühl der Beengtheit, Beklemmung und Bedrohung, ein unangenehmer, spannungsreicher, oft quälender emotionaler Zustand bzw. negativer Erwartungseffekt, verbunden mit einer Minderung oder Aufhebung der willens- und verstandesmäßigen Steuerung der eigenen Persönlichkeit erlebt. Angst äußert sich je nach dem Grad ihrer Intensität in verschiedenen Körperreaktionen“ (Specht-Tomann 1998, S. 85).*

Mit Angst im weiteren Sinn bezeichnet man heute einen äußerst weitgefächerten und vielschichtigen Phänomenbereich, der von der konkreten Furcht vor einem bestimmten Gegenstand bis zur Lebens-, Existenz- und Weltangst, von der dispositionellen Ängstlichkeit oder Furchtsamkeit bis zur chronischen Angst, von der krankhaften Angst bis

---

<sup>7</sup> Das limbische System ist eine Funktionseinheit des Gehirns, wo die Hirnrinde mit dem Mandelkern (lat. Amygdala) verbunden wird. Diese ist für die Stabilisierung der Gemütslage, für Aggressionen, Sozialverhalten und Angst die entscheidende Schaltstelle im Gehirn.

zur Angst als Wesensbestandteil menschlichen Seins reicht (vgl. Specht-Tomann 1998, S. 86ff).

### **2.4.1 Unterscheidung von Angst und Furcht**

Die in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Unterscheidungsmerkmale sind sehr vielfältig und mannigfach. Nach eingehender Recherche wird in diesem Kapitel die Unterscheidung laut NANDA erörtert.

NANDA<sup>8</sup> ist eine wissenschaftliche Organisation, die sich mit der Formulierung, Entwicklung und Prüfung von Pflegediagnosen beschäftigt. Bereits 1973 wurde die erste nationale Konferenz über die Klassifizierung der Pflegediagnosen gebildet, woraus 1982 der Nordamerikanische Verband für Pflegediagnosen (NANDA) entstand. Mit zunehmender Bekanntheit und Anwendung wurde 2002 die Organisation in NANDA-International (NANDA-I) umbenannt.

#### **2.4.1.1 Angst**

Die NANDA Kategorien der Angst umfassen die Aspekte: geringfügig, mäßig, ausgeprägt oder panisch.

NANDA definiert Angst als:

*„vages, unsicheres Gefühl, dessen Ursache diesem Patienten oft unklar und/oder unbekannt ist. Das Gefühl der Besorgnis wird verursacht durch eine Vorahnung oder in Erwartung einer Gefahr. Es ist ein alarmierendes Signal, das vor einer drohenden Gefahr warnt und diesen Patienten veranlasst, Maßnahmen gegen die Bedrohung zu unternehmen“ (Stefan et al. 2003, S. 706).*

Die Ätiologie und die Symptome können unterschiedlicher Genese sein.

---

<sup>8</sup> NANDA = North American Nursing Diagnosis Association

### **2.4.1.2 Furcht**

NANDA definiert Furcht wie folgt:

*„Furcht ist ein Gefühl des Schreckens, das sich auf eine erkennbare, für den betroffenen Menschen bedeutsame Ursache bezieht“ (Stefan et al. 2003, S. 716).*

### **2.4.2 Angst in der Palliative Care**

Angst ist in der Palliative Care allgegenwärtig, vor allem als Angst vor dem Ungewissen, Angst vor Schmerzen und Angst vor dem Sterben. Insbesondere in der Palliative Care steht Angst als Verlust der Autonomie und in weiterer Folge als Angst vor der Vereinsamung. Autonomie gewinnt gerade in der heutigen Zeit, insbesondere für diejenige Lebenszeit, die auch Sterben genannt wird, an zunehmender Bedeutung. Die Hochblüte erlebte die Autonomie bereits im 18. Jahrhundert. Die von Kant und Aristoteles „klassischen Positionen zur Selbstbestimmung“ sind bis heute gültig und die nunmehr in der Gegenwart drohende Individualisierung der Autonomie gilt es daher zu verhindern.

Um dem Phänomen Angst in der Palliative Care adäquat begegnen zu können, sind die Beziehungsqualität der betreuenden Personen sowie die Beratung der Angehörigen unabdingbar.

Es gibt vier Arten der Angst, die betroffenen Menschen, sowie dessen Angehörigen ausgesetzt sind:

- **Angst vor der Ungewissheit:** Die Ängste und Befürchtungen vor dem Ungewissen sind oft sehr erdrückend. Meist kann dieser Angst mit klarer und ehrlicher Information begegnet werden.
- **Angst vor dem Leiden:** Die meisten Menschen verbinden mit dem Sterben unerträgliche Schmerzen. Die Schmerztherapie – in welcher Form auch immer – nimmt hier eine dominante Stellung ein. Der Gedanke an Schmerzlinderung ist sowohl für den Betroffenen als auch für den Angehörigen von großer Bedeutung.

- Angst vor Verlusten: Den Tod eines Angehörigen zu erleben, bedeutet stets einen großen Verlust und eine schmerzhaft Trennung. Oftmals ziehen sich die Angehörigen während des Sterbeprozesses zurück, weil sie mit der vorherrschenden Situation nicht fertig werden.
- Angst vor dem Versagen: Trauerbedingte Gefühle des Versagens entstehen aus einem irrationalen Verhalten, welches in dieser Phase normal ist. Kein noch so rationales Verhalten vermag diesen Prozess zu durchbrechen. Wesentliche Aspekte dabei sind, die Bereitschaft und Fähigkeit sich dieser Angst zu stellen und den schmerzhaften Prozess auszuhalten (vgl. Student et al. 2004, S. 55ff).

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Martin E.P. Seligman besagt, dass

*„wenn das Verhältnis der Reaktionen eines Individuums zu den Konsequenzen seines Verhaltens unbeständig ist, lernt es, dass es diese Konsequenzen nicht beeinflussen kann und entwickelt Angst. Bleibt die Unkontrollierbarkeit längere Zeit bestehen, dann gerät die Person in einen Zustand der Hilflosigkeit“ (Seligman 1979, S. 241).*

### **3 Geschichtlicher Hintergrund der Palliative Care und Aromapflege**

In den nachfolgenden beiden Kapiteln wird der geschichtliche Hintergrund von Palliative Care und Aromapflege näher beleuchtet. Er dient in weiterer Folge einem besseren Verständnis der komplexen Zusammenhänge von Lebensqualität und Autonomie des Patienten in seiner letzten Lebensphase.

#### **3.1 Palliative Care**

Der Begriff „palliative“ bedeutet die Beschwerden einer Krankheit lindernd, aber nicht die Ursachen bekämpfend und stammt vom lateinischen Wort „pallium“ ab, welches im antiken Rom einen mantelartigen Überwurf bezeichnete. Der englische Begriff „care“ bedeutet Fürsorge, Pflege in einem umfassenden Sinne, kann aber auch mit dem Terminus „Versorgung“ übersetzt werden (vgl. Pleschberger et al. 2005, S. 18).

Der Kanadier Balfour M. Mount gilt als Urheber des Begriffes „Palliative Care“, die Idee für dieses Konzept entstand allerdings schon Jahre zuvor im Rahmen der britischen Hospizbewegung.

Hospize gibt es seit dem Beginn des Christentums. Der Begriff „Hospiz“ leitet sich vom lateinischen „hospitium“ her und bedeutet ursprünglich Gastfreundschaft und Herberge. Unter Hospitalität versteht man Schutz, Erfrischung, Fürsorge und Beistand. Der Gedanke der modernen Hospizbewegung ist weniger der Gedanke der Begleitung Sterbender, vielmehr die Betreuung des Sterbenden und seiner Angehörigen, wobei der psychische, spirituelle und soziale Bereich berücksichtigt wird. Das Sterben sollte wieder in den Lebenszusammenhang integriert werden.

### **3.1.1 Palliative Care im Mittelalter**

Die Anfänge der Hospizbewegung im früheren Mittelalter erstreckten sich meist auf Herbergen entlang von Pilgerstrecken in das heilige Land. Diese Herbergen dienten den Reisenden, um ihnen Schutz und Hilfe zu gewähren. In der damaligen Zeit galt das Leben als Reise, beginnend bei der Geburt und endend beim Tod. Den Begriff des Hospizes übernahmen später die Hospitäler. In diesen Vorläufern der Krankenhäuser erfolgte die Pflege der Kranken, die nicht zu Hause versorgt werden konnten.

### **3.1.2 Palliative Care im 20. Jahrhundert**

Um die Jahrhundertwende entstanden vermehrt Hospize wie zum Beispiel das Hospiz bei den irischen Schwestern der Nächstenliebe in Dublin, aber auch das St. Joseph's Hospiz von den barmherzigen Schwestern in London, welches einen sehr bedeutsamen Hintergrund hat. Cicely Saunders, Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin, eröffnete 1967 nach fast 20-jähriger Vorbereitung dieses Hospiz, welches noch heute als „die Mutter aller Hospize“ gilt, da dort ständig innovativ und kreativ das Wesen der Hospizarbeit vorangetrieben wird und die Schmerzkontrolle entwickelt wurde. Von England aus eroberte die Hospizbewegung die ganze Welt (vgl. Saunders et al. 1999, S. 54ff).

Was zunächst als Idee einer Einzelperson begann, ist mittlerweile zu einer weltweiten Bewegung geworden. Die Entwicklung von Palliative Care als ein eigenes Versorgungskonzept, in dem die Idee der Hospizbewegung durch die WHO im Jahre 1990 aufgegriffen wurde, stellt hier einen Meilenstein dar.

### **3.1.3 Palliative Care im 21. Jahrhundert**

Die technischen Möglichkeiten verhelfen der modernen Medizin, Lebenszeit zu verlängern. Durch die fortwährende Entwicklung kommt es vermehrt zur Auseinandersetzung über die Frage von Sinn und Wert des Lebens und der Selbstbestimmung.

Durch die Bevölkerungszunahme und die damit verbundene, wachsende Anzahl von kranken und alten Menschen bedarf es Palliative Care um die damit verbundenen Prinzipien und ethischen Werte neu zu bestimmen bzw. zu überdenken (vgl. Müller-Busch 2000, S. 8).

### **3.1.4 Palliative Care in Österreich**

Noch bis in die 1980er war der Hospiz-Begriff in der österreichischen Bevölkerung weitgehend unbekannt. Erst 1987 nahm die Hospizbewegung ihren Anfang. Expertengruppen haben sich zusammengeschlossen. Daraus resultierte 1989 das erste „Mobile Caritas Hospiz“ in Wien. Das erste stationäre Hospiz wurde 1995 in Österreich gegründet (CS Hospiz Rennweg). Mittlerweile gibt es in ganz Österreich sowohl stationäre als auch mobile Hospiz-Initiativen.

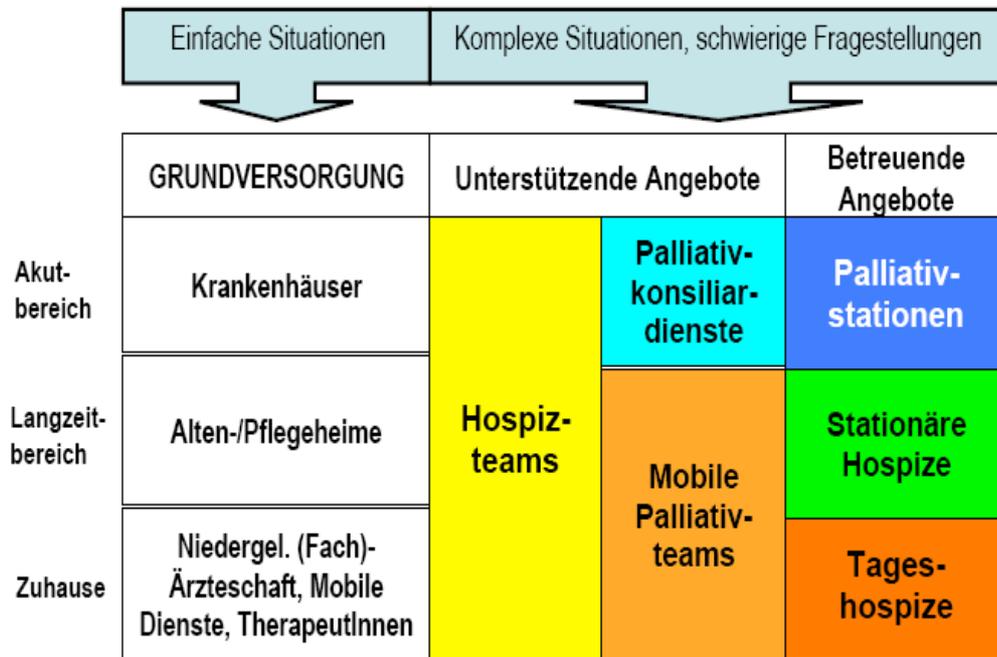
Die Palliativversorgung ist jedoch erst ansatzweise vorhanden, obwohl in den vergangenen Jahren erhebliche Entwicklungen gemacht wurden, und somit Österreich im europäischen Mittelfeld liegt (vgl. Kratschmar et al. 2008, S. 12ff).

Die österreichische Bundesregierung führte im Jahre 2002 die Familienhospizkarenz mit dem Ziel, den Menschen in Österreich die Begleitung unheilbar kranker oder sterbender Angehöriger für eine gewisse Dauer zu ermöglichen, ein. In diesem Zeitraum haben die Betreuenden die Möglichkeit eine Herabsetzung ihrer Arbeitszeit oder eine Freistellung von der Arbeitsleistung gegen Entfall des Entgeltes zu beantragen. Primär ist der Zeitraum auf drei Monate beschränkt, kann aber auf insgesamt sechs Monate pro Anlassfall verlängert werden.

Der Betreuende ist für diesen Zeitraum weiterhin kranken- und pensionsversichert (vgl. Kratschmar et al. 2008, S. 77f).

Die palliative Betreuung erfolgt in Österreich nach einem auf unterschiedliche Bedürfnisse abgestuften Versorgungsplan.

## System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung



**Abbildung 7: Hospiz- und Palliativversorgung**

Quelle: Kratschmar et al. 2006, S. 9

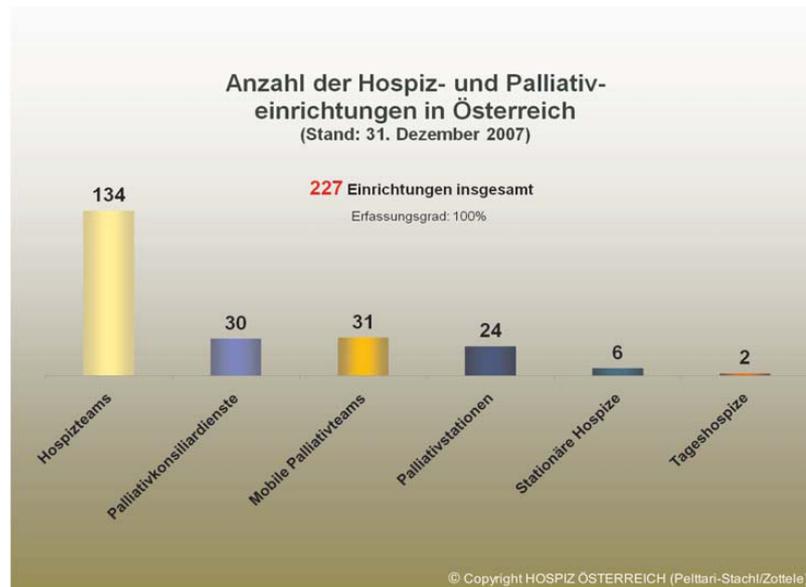
- Palliativstationen sind in der Regel als eigenständiger Arbeitsbereich in ein Krankenhaus integriert oder an ein Krankenhaus angegliedert. Ein multiprofessionelles Team sichert die Versorgung von Palliativpatienten in komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. Einerseits durch ein ganzheitliches Versorgungsangebot und andererseits durch psychologische Unterstützung.
- Stationäre Hospize haben eine selbständig wirtschaftende Versorgung und übernehmen die stationäre Versorgung, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung – palliativ statt kurativ – in den Vordergrund tritt. Die ganzheitliche Betreuung der Patienten steht im Mittelpunkt und wird den Bedürfnissen von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen am Lebensende sowie deren Angehörigen, angepasst.

Die Linderung von Symptomen und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität des sterbenden Menschen bis zum Tod, sowie Trauerbegleitung für dessen Angehörigen sind der Leitgedanke dieser Einrichtung.

- Tageshospize sind Einrichtungen, die den Menschen zur Verfügung stehen, die die Möglichkeit nützen, außerhalb der gewohnten Umgebung ihren Tagesablauf zu gestalten. Diese Einrichtungen verfügen ebenfalls über medizinische und pflegerische Versorgung. Vorrangiges Ziel dieser Einrichtung ist es, Förderung der Lebensqualität, Entlastung der Angehörigen und Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation zu ermöglichen.
- Palliativkonsiliardienste wenden sich vorwiegend an das betreuende Personal auf Stationen sowie Ambulanzen und erst nachfolgend an die Patienten bzw. deren Angehörigen. Der Dienst hat eine beratende Funktion.
- Mobile Palliativteams unterstützen unter anderem die Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung. Ihr Hauptziel ist die professionelle Unterstützung der Betroffenen, aber auch deren Angehöriger im häuslichen Bereich und in Pflege- und Seniorenheimen.
- Hospizteams begleiten und unterstützen Palliativpatienten bzw. deren Angehörige in allen Versorgungskontexten, wie mitmenschliche Begleitung als auch Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschiedes und der Trauer (vgl. Kratschmar et al. 2008, S. 24ff).

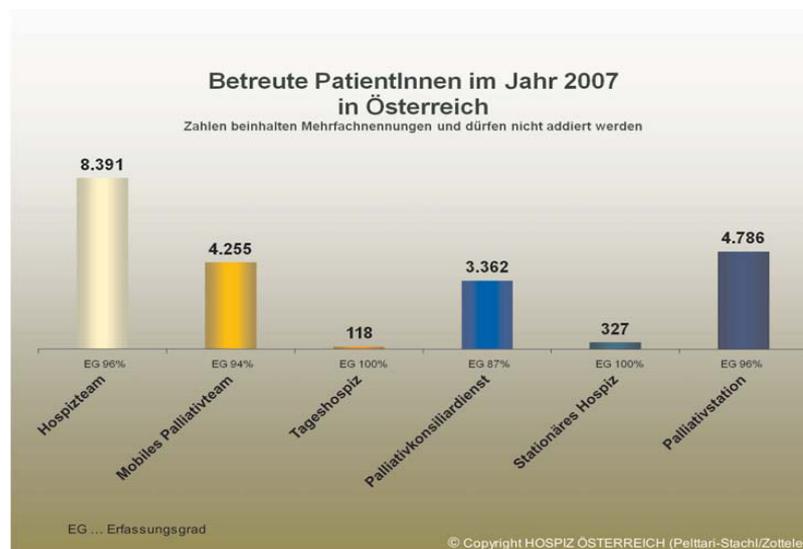
Nachfolgend finden sich zwei Grafiken, die einerseits die Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen und andererseits die Anzahl der betreuten Patienten in Österreich aus dem Jahre 2007 darstellen. Die bestehenden Einrichtungen in Österreich mit Zahlen versehen, verdeutlichen die dadurch ermöglichte palliative Betreuung und Begleitung

von Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solcher, die am Lebensende stehen.



**Abbildung 8: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen**

Quelle: Kratschmar et al. 2008, S. 12



**Abbildung 9: Anzahl der betreuten Patienten**

Quelle: Kratschmar et al. 2008, S. 15

*„Es erfordert wohl sehr viel Kraft, unter Krankheit und angesichts des bevorstehenden Todes den Glauben an das Leben nicht zu verlieren. Die Hospizbewegung widmet sich dieser paradoxen Aufgabe.“*

*Sie ist scheinbar permanent erfolglos, denn sie kann den Tod immer wieder nicht verhindern. Wer aber noch einmal wirklich gelebt hat, und sei es auch nur in den letzten Wochen und Monaten, kann mit der Vermutung Abschied nehmen, dass der Tod nicht das letzte Wort haben wird\** (Pawlowsky 2008, S. 33).

### **3.1.5 Lebensphasen in der Palliative Care**

1.     Rehabilitationsphase: Der schwerkranke Mensch führt, trotz seiner fortgeschrittenen Erkrankung, ein weitgehend normales Leben. Diese Phase kann von Monaten bis Jahre reichen. Wesentlich in dieser Phase ist, dass durch palliative Maßnahmen die Lebensqualität und Autonomie individuell gewährleistet sein soll.

2.     Präterminalphase: Die täglichen Lebensaktivitäten lassen nach und der Patient zieht sich vermehrt zurück. Diese Phase umfasst meist mehrere Wochen bis Monate. In dieser Phase muss das Hauptaugenmerk auf die umfassende Symptomkontrolle – unter anderem auf den Schmerz – gelegt werden.

3.     Terminalphase: Der Patient zieht sich vollkommen zurück, erscheint eher ruhelos und Lebensaktivitäten haben keinen Stellenwert mehr. Betrifft die Zeitspanne wenige Tage bis eine Woche vor dem Tod.

4.     Finalphase: Dieser Begriff umschreibt die eigentliche Sterbephase. Der Patient steht am Endpunkt des Lebens. Das Bewusstsein ist nicht mehr auf die Außenwelt gerichtet. Diese Phase des Lebens bezieht sich auf einige Stunden bis zu einem Tag und wird auch als „die letzten Stunden“ bezeichnet.

Die einzelnen Phasen haben meist einen fließenden Übergang und der Wechsel von einer Phase in die nächste bedeutet meist eine weitere „Annäherung“ an den Tod (vgl. Aulbert et al. 2008, S. 1020).

## 3.2 Aromapflege

Im nachfolgenden Kapitel wird die Geschichte der Aromapflege an Hand des Buches „Heilpflanzen in der Pflege“ von Annegret Soon et al. erörtert. Dieses Buch wird auch als „pflegemanzipatorisches Vermächtnis“, der 2003 verstorbenen Autorin, bezeichnet.

Die Pflanzenheilkunde könnte so alt wie die Menschheit selbst sein. Die ersten Spuren der Anwendung von Pflanzen als Heilmittel lassen sich bis etwa 60 000 Jahre vor unserer Zeitrechnung zurückverfolgen. In einem Steingrab im Iran wurden unterschiedliche Blütenpollen gefunden.

Des Weiteren existieren Chroniken, nach denen am Bodensee in jungsteinzeitlichen Pfahlbauten Samen diverser Pflanzen gefunden wurden.

*„Die wahrscheinlich ältesten schriftlichen Überlieferungen der Pflanzenheilkunde entstanden 3700 Jahre v. Chr. Der damalige Kaiser von China verfasste eine pharmakologische Pflanzenheilkunde über 239 Pflanzendrogen, deren Heilwirkungen und Anwendungsmöglichkeiten. Zu den begehrtesten Heilpflanzen dieser Zeit gehörten Sternanis, Kampfer und Schlafmohn (Opium)“ (Sonn et al. 2004, S. 23).*

Nach Überlieferungen wurde das Wissen über heilende Pflanzen meist von Frauen getragen und an nachfolgende Generationen mündlich weitergegeben. Als im Altertum die Möglichkeit der Niederschrift aufkam, war es Frauen untersagt, diese Handhabe zu gebrauchen. Es wurde ihnen nicht gestattet, lesen und schreiben zu lernen oder gar an wissenschaftlichen Forschungen teilzunehmen.

Trotz dieser Einschränkungen gibt es historische Aufzeichnungen, in denen damals bedeutende Frauen ihr Wissen durch männliche Schreiber zu Papier bringen ließen.

Oftmals wurden die Inhalte verändert oder verfälscht, da laut dem männlichen Verständnis der damaligen Zeit, das Wissen der Frauen nicht den gleichen Stellenwert hatte. Durch ihre wissenschaftlichen Forschungen sowie ihre rationalen Betrachtungsweisen entfernten sich die Männer immer mehr von den unmittelbaren Naturkräften (vgl. Sonn et al. 2004, S. 23f).

Eindrucksvolle und umfangreiche Überlieferungen aus dem Jahre 1600 v. Chr. wurden aus ägyptischen Königsgräbern geborgen.

Die angeblich berühmteste Aufzeichnung ist das „Papyros Ebers“. Darin werden über 877 Rezepte mit den unterschiedlichsten Pflanzen, die eine Heilung versprechen, beschrieben. Ein weiteres Schriftstück über Heilpflanzen wurde 1536 v. Chr. entdeckt, diese Schriftrolle hat eine Länge von über 20 Metern (ebd.).

Die ersten schriftlichen Überlieferungen aus der indischen Heilkunde datieren um 1500 v. Chr. Die Lehre des Ayur-Veda, was wörtlich übersetzt „ein langes Leben“ bedeutet, hat bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen hohen Stellenwert in der Aromatherapie.

Bereits das Alte Testament führte im 3. Buch Mose Heilungsvorschläge für Krankheiten auf. Zum Passahfest war es im Judentum Brauch, dass viele bittere Kräuter eingenommen wurden.

Ein bekanntes Zitat aus dem Alten Testament lautet:

*„Gott hat die Kräuter heilsam gemacht, und ein Vernünftiger verachtet sie nicht“* (Sonn et al. 2004, S. 25).

Im Griechenland der Antike war einer der bedeutendsten Begründer der Säftelehre Hippokrates (460-370 v. Chr.). Nicht nur, dass die angehenden Mediziner heute noch den „hippokratischen Eid“ ablegen müssen, gilt er auch als geistiger Vater der modernen Medizin. Hippokrates behandelte kranke Menschen mit Heilpflanzen, Wasser und Diät.

350 v. Chr. verfasste Theophrast die „Naturgeschichte der Pflanzen“. Dieses Werk beinhaltet etwa 450 verschiedene Heilpflanzen, die dem Wohle der kranken Menschen dienen sollen.

Eine weitere bedeutsame Kräuterkundige war Helena die Schöne, die 200 v. Chr. lebte und nicht nur über fundierte Kenntnisse der Kräuterkunde verfügte, sondern diese auch anzuwenden verstand (vgl. Sonn et al. 2004, S. 25).

Im 1. Jh. n. Chr. wurde in der Antike von dem griechischen Arzt Dioskurides das wohl bedeutendste Werk der Heilpflanzenkunde verfasst. Sein fünfbändiges Werk „materia medica“ beschreibt etwa 800 Heilpflanzen und deren Anwendungsmöglichkeiten. Das in diesem Werk beschriebene Wissen basierte auf Erfahrungen kräuterkundiger Frauen und war bis ins 15. Jh. für die Pflanzenheilkunde maßgeblich. Einige der in diesem Buch erläuterten Anwendungen entsprechen den heutigen Erkenntnissen der Pflanzenheilkunde, auch Phytotherapie genannt.

Ungefähr zur gleichen Zeit wurde eine 37-bändige Sammlung unterschiedlicher Autoren (wobei auch die Frau von Aristoteles einen großen Anteil des umfangreichen Werkes mitverfasst haben soll) von einem römischen Schreiber zusammengetragen und in 2000 Schriften niedergeschrieben (ebd.).

Als eigentlicher Begründer der Pflanzenheilkunde gilt der griechische Arzt Claudius Galenus (ca. 129-199 n. Chr.). Überlieferungen nach hat Galenus sehr detailliert Aufzeichnungen zur Herstellung von pflanzlichen Destillaten, Tinkturen und Salben verfasst, welche in weiterer Folge noch heute Anwendung finden.

Eine Wende brachte das sich mehr und mehr ausbreitende Christentum, welches alles daran setzte, die „heidnischen Rituale“ zu unterbinden. Die Errungenschaften der Antike auf dem Gebiet der Heilkunde durch Kräuter wurden fast vollständig verdrängt.

Trotz möglicher drohender Anschuldigung der Ketzerei und den damit verbundenen Konsequenzen beschritten die sogenannten Kräuterfrauen ihren Weg.

In der Zeit vom 8. bis zum 13. Jh. waren die Mönche die Hüter der Wissenschaft. Daraus entstand die Mönchs- bzw. die Klostermedizin.

Der Abt Walafrius Strabo (809-849), angehörig dem Orden der Benediktiner des berühmten Benediktinerklosters Reichenau am Bodensee, verfasste den bekannten „Hortulus“, was übersetzt Gärtchen bedeutet, ein Lehrgedicht über Heilpflanzen und deren Anbau (vgl. Sonn et al. 2004, S. 25).

Im 9. Jh. wurde die Pflanzenheilkunde von Karl dem Großen unter staatliche Kontrolle gestellt. Dies bedeutete, dass bestimmte Heilpflanzen zum Anbau vorgeschrieben wurden.

Als bemerkenswerteste Frau des Hochmittelalters (12. Jh.) lebte Hildegard von Bingen (1098-1179). Sie vertrat die Heilmittellehre, die nicht nur aus der Überlieferung der Antike stammte, sondern auch aus dem Wissen des Volkes. In den bekannten Werken „Physica“ und „Causae et Curae“ wurde antikes Wissen mit christlichem Glauben und germanischem Weltbild vereint. Der Gedanke der Einheit und Ganzheit stellt auch einen Schlüssel zu Hildegards natur- und heilkundlichen Schriften dar. Diese sind dadurch geprägt, dass „Heil“ und Heilung des kranken Menschen allein von der Hinwendung zum Glauben, ausgehen kann. Ihr Buch des Heilwissens gilt deshalb als umfassendes Buch des Glaubens und des naturkundlichen Wissens. Es behandelt die Schöpfung der Welt und den Bau des Kosmos. Darüber hinaus sieht es den gesunden und den kranken Körper und es behandelt Themen wie Ernährung, Verdauung und Stoffwechselstörungen. Es beschreibt Gemütsbewegungen und gibt Weisung für eine gesunde Lebensführung.

Ihr Leitgedanke war, dass Menschen der göttlichen Gnade und der Mittel der Heilkunde bedürfen, um mit sich und dem Universum eins zu werden (vgl. Sonn et al. 2004, S. 26 und Schuhmacher o.J, o. S.).

In Deutschland wurde unter Friedrich II. von Hohenstaufen im 13. Jh. der Ärzte- und Apothekerstand voneinander getrennt. Dies führte jedoch dazu, dass das einfache Volk die teuren Arzneimittel nicht bezahlen konnte und weiterhin den Rat bei Kräuterfrauen suchte.

Mit der Erfindung des Buchdrucks im 15. Jh. entstanden erstmals unzählige Werke über Heilkräuter bzw. Kräuterheilkunde in deutscher Sprache. „Garten der Gesundheit“ wurde als erstes deutsches, gedrucktes Kräuterbuch 1485 herausgegeben (vgl. Sonn et al. 2004, S. 26f).

Ebenfalls im 15. Jh. wurde durch die Entdeckung Amerikas und die dadurch erfolgte Verbreitung neuer Erkenntnisse sowie des Imports neuer Heilpflanzen ein erheblicher Meilenstein in der Geschichte der Pflanzenheilkunde gesetzt.

Dicht bevölkerte Elendsquartiere, Seuchen und nicht zuletzt der Aberglaube vermischten sich im Mittelalter mit der Kunst der Kräuterheilkunde. Denn, die Pflanzenheilkunde praktizierenden, Frauen wurde unter Androhung schwerer Strafen bis hin zur Todesstrafe untersagt, als Heilerinnen tätig zu sein. Zwischen dem 15. und 17 Jh. wurden Frauen, die mit Heilpflanzen versuchten kranken Menschen eine Linderung zu verschaffen, als Hexen verfolgt. Dadurch war es ihnen nahezu unmöglich Heilkunde auszuüben (ebd.).

Der Schweizer Arzt und Naturwissenschaftler Philippus Theophrastus Paracelsus (1493-1541) verdankte seine wertvollsten Kenntnisse über Heilmittel den als Hexen verschrienen „Kräuterweibern“. Des Weiteren vertrat er die Ansicht, wonach die Verwendung von fremdländischen Pflanzen nicht vonnöten sei, sondern dass jedes Land mit seinen eigenen

Kräutern auch seine Krankheiten heilen könne. Paracelsus war einer der großen Wegbereiter der Naturheilkunde (vgl. Sonn et al. 2004, S. 28f).

Im 18. Jh. erhielten durch den Arzt und Botaniker Carl von Linné (1707-1778) alle Heilpflanzen einen Gattungs- und Beinamen in lateinischer Sprache. Bis heute findet sich in den meisten Pflanzenbüchern diese binäre Nomenklatur einschließlich des Buchstabens „L.“ hinter dem Namen, ein Hinweis, dass die Namensgebung von Linné stammt (vgl. Sonn et al. 2004, S. 30).

Waren es früher die sogenannten Kräuterweiber, so begann sich zu Beginn der Neuzeit zunehmend die Wissenschaft für die überlieferte Heilkunde durch Pflanzen zu interessieren.

Die ersten genauerer Untersuchungen pflanzlicher Inhaltsstoffe gehen auf Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1841) mit der Alkaloidforschung zurück. Er entdeckte das Morphin, welches aus der Schlafmohnpflanze stammt.

Mit dem Beginn der Industrialisierung im 19. Jh. wurde die Naturheilkunde in den Hintergrund gedrängt. Doch immer lauter war der Ruf zurück zur Natur zu hören und bald kam es zu einer Neubelebung der Pflanzenheilkunde. Sogar Johann Wolfgang von Goethe (1765-1816) beschäftigte sich ein Leben lang mit botanischer Wissenschaft und gilt als Entdecker der Metamorphose der Pflanzen (vgl. Sonn et al. 2004, S. 30ff).

Bis ins 20. Jh. wurde der Begriff der Pflanzenheilkunde verwendet. Erst der französische Arzt Henri Leclerc (1870-1955) prägte den heute gebräuchlichen Begriff der Phytotherapie. Damit wurde die Pflanzenheilkunde als eine eigene Wissenschaft begründet (ebd.).

Während der NS-Zeit erlebte die neue deutsche Heilkunst (Homöopathie, Kräuterkunde usw.) unter dem Patronat einflussreicher Nazigrößen wie Heinrich Himmler, Julius Streicher und Rudolf Hess einen Aufschwung. Der Reichsführer der Schutzstaffel visitierte wiederholt die von polnischen Priestern betrauten Kräutergärten im KZ Auschwitz.

Rudolf Fritz Weiß (1895-1991) erforschte unter einfachsten Bedingungen im Lazarett die Wirksamkeit der Arzneipflanze. Er gilt als Nestor der Phytotherapie und sein Lebensziel war die Anerkennung der Phytotherapie als einen unverzichtbaren Bestandteil der gesamten Medizin zu erreichen. 1943 veröffentlichte er das Lehrbuch der Phytotherapie, welches bis heute zu den Standardwerken der Pflanzenheilkunde gehört.

Beginnend im 20. Jh. und fortgesetzt im 21. Jh. belegen doppelblinde, randomisierte Studien die Wirkung der Phytotherapie. Somit wurde der Phytotherapie zu ihrer heutigen Anerkennung verholfen und diese zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gemacht (vgl. Sonn et al. 2004, S. 30ff).

1991 wurde die Phytotherapie folgendermaßen definiert:

*„Phytotherapie ist die Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten bis hin zu Befindensstörungen durch Pflanzen, Pflanzenteile und deren Zubereitung. Die Phytotherapie ist nicht Alternative, sondern Teil der heutigen naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Sie schließt therapeutische Lücken und bietet ergänzende oder adjuvante<sup>9</sup> Möglichkeiten bei der Behandlung und Vorbeugung akuter und chronischer Krankheiten“* (Augustin et al. 2004, S. 7).

Aus heutiger Sicht sollte der Begriff der Heilpflanzenkunde als Überbegriff verstanden werden. Im Verlauf der Jahrhunderte bis zum heutigen Zeitpunkt wurden entsprechende Einstellungen von Menschen dadurch geprägt, wie sie die Natur sahen oder unter welchem Einfluss des jeweiligen Weltbildes sie standen. Dementsprechend veränderte sich auch das Verständnis der Heilkunde bzw. Pflanzenkunde und der jeweiligen Anwender. Die Pflanze selbst ist die geblieben, die sie schon immer war (vgl. Sonn et al. 2004, S. 35f).

---

<sup>9</sup> Adjuvante Möglichkeiten sind unter anderem Chemotherapie, Strahlentherapie oder Hormontherapie

## 4 Die Auswirkungen von Schmerz und Angst auf die Lebensqualität und Autonomie des Patienten

Um die Auswirkungen von Schmerz und Angst auf die Lebensqualität und Autonomie der Patienten besser nachvollziehen zu können, bedarf es einer Begriffsbestimmung der genannten Begriffe.

### 4.1 Lebensqualität

Die WHO definiert Lebensqualität in Anlehnung an Gesundheit wie folgt:

*„Lebensqualität ist das körperliche, psychische und soziale Befinden eines Individuums“ (WHO 1949).*

Die WHO sieht die Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung. In der Bangkok Charta 2005 wurde festgehalten,

*„dass [für, A.d.V.] die Vereinten Nationen, das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards als eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt. Dieses positive und umfassende Konzept begreift Gesundheit als einen Bestimmungsfaktor für Lebensqualität einschließlich des psychischen und geistigen Wohlbefindens“ (Bangkok Charta 2005, o.S.).*

Zur Messbarkeit der Lebensqualität gibt es unterschiedliche theoretische Ansätze. Auf der einen Seite die objektive Sichtweise, die von der Annahme ausgeht, dass es gewisse Grundbedürfnisse gibt, die der Mensch befriedigt wissen möchte und auf der anderen Seite die subjektive Sichtweise, die die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation betont.

Die Lebensqualität eines Menschen ist nicht direkt beobachtbar, sondern umfasst eine Kombination subjektiver und objektiver Faktoren.

Diese müssen als multidimensionales Konstrukt verstanden werden, was letztendlich dazu führt, dass kein einheitlicher Gesamtwert der Lebensqualität ermittelt werden kann, sondern die unterschiedlichsten Lebensbereiche jedes Einzelnen betrachtet werden müssen (vgl. Pipam 2008, S. 37).

Trotz dieser Komplexität kann Lebensqualität gemessen werden, wenn folgende Faktoren Berücksichtigung erfahren:

- Die körperliche Verfassung
- Das psychische Befinden
- Die mentale Komponente
- Die sozialen Beziehungen
- Die Funktionsfähigkeit im Alltag der Patienten

Gesundheitsbezogene Lebensqualität beinhaltet die oben genannten Faktoren und wird daher auch als ein multidimensionales Konstrukt angesehen (vgl. Bullinger et al 2000).

Die Frage, die daraus resultiert, lautet: „Kann Sterben überhaupt Qualität haben?“. Gedanken, die mit Tod verbunden sind, lösen in vielen Menschen Angst und Unbehagen aus. Es herrscht Einigkeit darüber, dass für Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen am Lebensende stehend, alles Menschenmögliche getan werden muss, um diesen nicht noch unnötiges körperliches und seelisches Leid zuzufügen. Sollte jedoch nicht auch hinterfragt werden, ob für den Sterbenden die Zeit des Sterbens auch erlebenswert sein kann? Kann es für den Sterbenden noch Lebensqualität geben? In Anbetracht der WHO-Definition von Lebensqualität, scheint dies nicht möglich, da von größtmöglicher körperlicher Gesundheit gesprochen wird. Gesundheit und Sterben stellen offensichtlich entgegengesetzte Pole in der Lebensspanne dar.

Jedoch belegen Aussagen von schwerkranken und sterbenden Menschen, wonach auch dieser – ihnen verbleibende – Zeitraum sehr wohl lebenswert sein kann. Wesentlich dabei ist, dass diesen Menschen die Möglichkeit geboten wird, diese Zeitspanne selbstbestimmt zu gestalten.

*„Eine palliative Therapie kann für den Patienten existentiell eine der Heilung vergleichbarer Lebensqualität bedeuten“* (Weissenberger-Leduc 2002, S. 1).

## **4.2 Autonomie**

Der Begriff der Autonomie stammt ursprünglich aus dem Griechischen und hat unzählige Bedeutungen wie Selbstgesetzgebung, Selbstständigkeit, Eigenständigkeit, Eigenverantwortung, Selbstverwaltung, Unabhängigkeit und Selbstverantwortlichkeit.

Die Entscheidungsfähigkeit gilt als eine der wesentlichen Voraussetzungen der Autonomie und beruht auf Fähigkeiten wie Einsichtsfähigkeit, Intelligenz, Willensfähigkeit und Verstand des Patienten.

Bereits im Jahre 400 vor Christus wurde im Hippokratischen Eid festgehalten, dass die Ärzte zur Einhaltung bestimmter Regeln gegenüber den Kranken verpflichtet sind. Trotzdem gehörte jedoch bis in das 20. Jahrhundert die Patientenautonomie nicht zu den ethischen Prinzipien der Medizin. Der Mensch in der Rolle des Patienten wurde über eine sehr lange Zeit fremdbestimmt.

Die Autonomie sowie die Bewertung des Vorhandenseins oder Fehlens einer Autonomiekompetenz sind nicht nur vom philosophischen oder theologischen Umfeld abhängig, sondern werden auch vom sozio-kulturellen Umfeld geprägt. Vielfältige Begriffsdefinitionen sind zu erwarten, je mehr Wissenschaften sich mit dem Phänomen beschäftigen (vgl. Peintinger 2003, S. 13).

*„Eine Entscheidung darf als autonom bezeichnet werden, wenn diese aus den eigenen Wertvorstellungen oder dem Glauben einer Person erwächst und auf adäquater Information und Verstehen basiert, frei von äußerer und innerer Nötigung“* (Richter zit. in: Peintinger 2003, S. 30).

Moralisches Handeln und selbstbestimmte Entscheidung zählen einerseits bezüglich Freiheiten und andererseits bezüglich Verantwortung zu den Grundlagen des menschlichen Lebens und dürfen daher dem Patienten nicht vorenthalten werden (vgl. Peintinger 2003, S. 12).

Das Phänomen Autonomie betrifft nicht nur ausschließlich den Patienten, sondern auch die Angehörigen nehmen dabei einen wesentlichen Stellenwert ein. Oftmals werden Entscheidungen, die das Leben des Patienten maßgeblich beeinflussen, nicht alleine getragen, sondern im Beisein von nahen Angehörigen erörtert und in weiterer Folge auch festgelegt. Dabei sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass der Wille des Patienten und sein Wohlergehen im Vordergrund stehen sollte.

*„Hätte ich die Operation vornehmen lassen, so wäre ich Patient geworden, hätte mich definitiv in die Rolle des Patienten begeben, für den Rest des Lebens. So aber bin ich nicht Patient, zwar nicht kerngesund, sondern todkrank, aber eben nicht Patient“* (Noll 2005, S. 123f).

Der Wille des Menschen muss höchste Priorität einnehmen und dementsprechend auch in allen Bereichen der Medizin, aber auch der Pflege als unumstößlich angesehen werden.

*„Der Wille ist die Bestimmung der Kausalität durch die Vorstellung eines Zwecks oder einer Regel stets Selbstbestimmung“* (König 1994, S. 55).

Es stellt sich nun die Frage, ob die Arzt-Patient-Beziehung als Partnerschaft angesehen werden soll oder nicht.

Gegenwärtig hat die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient sowie zwischen Pflegeperson und Patient keinen Platz mehr, vielmehr sollten sich diese als gleichberechtigte und gleichwertige Partner begegnen. Die Respektierung der Selbstbestimmung des Patienten ist eine unabdingbare Voraussetzung, ohne diese kann ein ärztliches oder pflegerisches Handeln nicht gerechtfertigt werden (vgl. Maio 2009, S. 974f).

Abschließend ein kurzer Exkurs zum Begriff „Paternalismus“. Als Paternalismus wird die Haltung des Arztes oder der Pflegeperson bezeichnet, die für einen Patienten eine Entscheidung treffen, da sie auf Grund ihrer Kenntnisse zu wissen glauben, was in bestimmten Situationen für diesen das „Beste“ sei. Der Paternalismus lässt keinen Spielraum für die Individualität und Einmaligkeit eines jeden Patienten zu.

Bis etwa 1970 wurde diese Vorgehensweise als selbstverständlich betrachtet, nämlich ohne vorherige Rücksprache mit dem Patienten wichtige Entscheidungen zu treffen. Heute wäre die Autonomie des Patienten nicht mehr wegzudenken, obwohl es noch immer Kritiker gibt, die die Ansicht vertreten, dass es oftmals besser für das Wohlergehen des Patienten wäre, wenn diese nicht entscheiden bzw. mitentscheiden könnten. Sie sind der Meinung, dass Patienten häufig die Konsequenzen der getroffenen Entscheidung nicht abschätzen und in weiterer Folge die Auswirkungen auf das weitere Leben fatale Folgen haben könnten (vgl. Husebø et al. 1998, S. 29).

### **4.3 Auswirkungen von Schmerz und Angst**

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln erläutert, haben Schmerz und Angst eine maßgebliche Rolle bei Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen. Es stellt sich die Frage, ob diese beiden Phänomene auch Auswirkungen auf die Lebensqualität und in weiterer Folge auf die Autonomie haben. Im Zentrum der Handlungen von Palliative Care steht das Bemühen, die verbleibende Lebenszeit möglichst angst- und schmerzfrei zu gestalten.

Hauptaugenmerk wird auf die Lebensqualität jedes einzelnen Menschen gelegt, wobei die Autonomie einen wesentlichen Aspekt darstellt.

#### **4.3.1 Phänomen Schmerz**

Schmerzen sind vorwiegend bei Patienten mit chronischer Erkrankung und im Endstadium einer Krebserkrankung hauptverantwortlich für das subjektive Befinden.

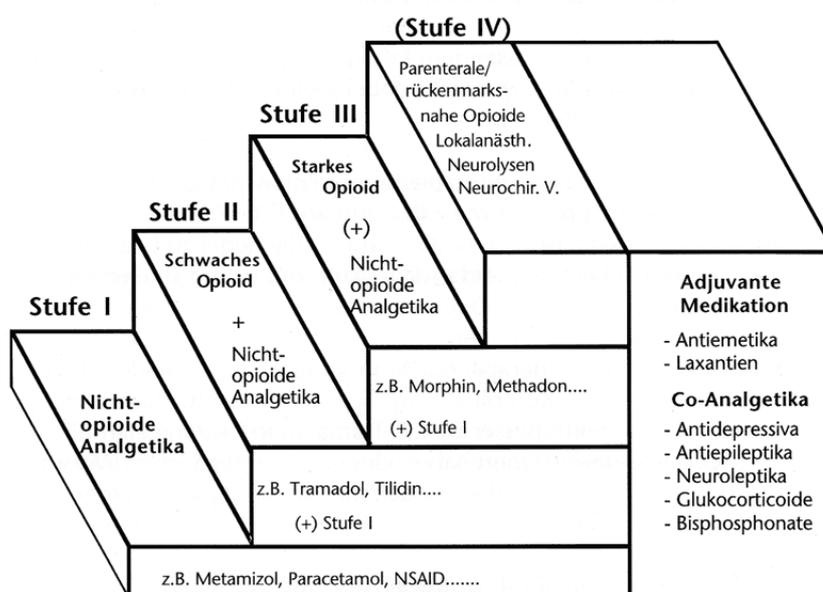
Die Schwerpunktsetzung der ärztlichen als auch der pflegerischen Maßnahmen in der Palliative Care ist die Verbesserung der Symptomkontrolle, wobei insbesondere die Schmerzreduktion einen wesentlichen Stellenwert einnimmt.

Starke, nicht kontrollierbare Schmerzen können von Menschen so intensiv wahrgenommen werden, dass dies ihre Lebenssituation vollkommen beherrscht. Das Fühlen, Denken und Handeln reduziert sich nur noch auf das Schmerzgeschehen. Eine dermaßen beeinträchtigte Lebensqualität kann sogar bis zum Todesverlangen führen. Andererseits beschreibt McCaffery in seinem Buch, wonach chronische Schmerzen die am stärksten mit Angst besetzte menschliche Erfahrung sein kann und die Betroffenen mehr Angst vor nicht beherrschbaren Schmerzen haben, als vor dem Tod (vgl. McCaffery et al. 1997, S. 45f).

Um auf die Autonomie und Lebensqualität verstärkt positiv Einfluss nehmen zu können, steht bei der Palliative Care die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Betroffenen im Vordergrund.

Die Zahl jener Menschen, die unter verschiedenen Schmerzsymptomen leiden, steigt zunehmend. Ohne adäquate Maßnahmen bedeuten die damit einhergehenden Beeinträchtigungen einen enormen Verlust an Lebensqualität. Ein Ziel der Palliative Care ist es, sinnvolle Schmerztherapien einzusetzen um ein gewisses Maß an Schmerzfreiheit gewährleisten zu können.

Im Jahre 1986 veröffentlichte die WHO ein Stufenschema, dessen ursprüngliches Ziel es war, Ärzten mittels eines einfachen Therapieschemas die systematische Behandlung von Schmerzen zu erleichtern. Primär wurde dieses Konzept entwickelt, um Patienten mit Tumorschmerzen zu behandeln. Später stellte sich jedoch heraus, dass dieses Schema mit leichten Veränderungen auch auf die Behandlungen von nichtmalignen<sup>10</sup> Schmerzen anwendbar ist. 1996 wurde das ursprüngliche Schema mit drei Stufen auf vier Stufen erweitert und die rückenmarksnahen Katheterverfahren, welche zunehmend als Schmerztherapie zum Einsatz kommen, konnten hinzugefügt werden.



**Abbildung 10: Das erweiterte WHO Stufenschema zur Schmerztherapie**

Quelle: Flach 2006, o.S.

Die Verordnung der Schmerzmedikation ist ausschließlich den Ärzten vorbehalten. Jedoch hat auch die Pflege einen wesentlichen Stellenwert in der Schmerzlinderung. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf komplementäre Maßnahmen.

<sup>10</sup> Malignität = Bösartigkeit; Benignität = Gutartigkeit; nichtmaligne bedeutet daher, nicht bösartig

Einerseits kann auf Erkenntnisse zurückgegriffen werden, welche schon über einen längeren Zeitraum erworben wurden und teilweise wissenschaftlich belegt sind, und andererseits auf neuere Anwendungen, deren Wirkungsweise rein auf subjektivem Empfinden – von Pflegepersonen aber auch Patienten – basieren. Diese Anwendungsmöglichkeiten sind sehr vielseitig und werden im nächsten Kapitel dieser Arbeit ausführlich erläutert.

Grundsätzlich haben die Schmerzsymptomatiken wesentliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und Autonomie. Wie bereits erwähnt, ist es ein wesentliches Ziel der Palliative Care, die Lebensqualität und Autonomie der Betroffenen trotz Schmerzen zu verbessern oder zu erhalten.

#### **4.3.2 Phänomen Angst**

Studien zu Folge hat das Phänomen Angst einen sehr maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität. So wird in einer Studie aus dem Jahr 2007 beschrieben, dass die Angst gerade in der Palliativmedizin allgegenwärtig ist. Im Vordergrund steht die Angst vor Schmerzen sowie die Angst vor dem Ungewissen. Des Weiteren wird in dieser Studie erwähnt, dass die Befragten Angst vor der Vereinsamung haben und besonders der Verlust der Autonomie einen hohen Stellenwert besitzt. Dass diese Situation Auswirkungen auf die Lebensqualität hat, steht außer Frage. Nicht außer Acht darf hierbei die Persönlichkeitsstruktur des einzelnen Menschen gelassen werden, da es oftmals Vorgeschichten zum Thema Angst gibt, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen (vgl. Speidel 2007, S. 31f).

Oftmals scheint Angst sehr offenkundig zu sein, wie schon erwähnt z.B. die Angst vor dem Tod, jedoch wäre zu hinterfragen, in welcher Phase sich diese Menschen befinden. Viele Forscher haben sich mit diesen Phasen des Sterbens beschäftigt. Das bekannteste Modell stammt von Elisabeth Kübler-Ross, einer Schweizer Ärztin und Psychiaterin, die sich sehr intensiv mit den Sterbeprozessen von Menschen beschäftigt hat.

Sie hat mehr als 500 sterbende Patienten begleitet und sich sehr mit ihren psychischen Bedürfnissen auseinandergesetzt. Ihre vielseitigen Erfahrungen und ihr Wissen wurden in vielen Büchern festgehalten und dienen der Nachwelt als kostbares Gut. Sie beschreibt, dass sich Angst vorwiegend als Angst vor Schmerzen, Angst vor Einsamkeit und Hilflosigkeit manifestiert. Kübler-Ross weist jedoch darauf hin, dass dieses Modell nur als Richtlinie gesehen werden sollte, da jeder Mensch seinen eigenen individuellen Weg des Sterbens geht. Dieser Prozess kann einerseits über Jahre hinweg dauern und andererseits innerhalb weniger Minuten erfolgen. Diese von Kübler-Ross beschriebenen Phasen beschränken sich nicht nur auf den schwerstkranken oder sterbenden Menschen, sondern auch auf deren Angehörige. Wesentlich dabei ist auch, dass die Phasen nicht in der vorgegebenen Abfolge durchlaufen werden müssen, sondern sie können übersprungen werden, gar nicht stattfinden oder sich auch wiederholen. Die Dauer der Phasen ist unterschiedlich lang und wird von jedem einzelnen Menschen individuell erlebt (vgl. Oelmann 2008, S. 7f).

#### **4.3.2.2 Fünf-Phasen-Modell**

Das „Fünf-Phasen-Modell“ von Elisabeth Kübler-Ross umfasst folgende Phasen:

**Phase 1:** Nicht-wahrhaben wollen und Isolierung (engl.: denial)

Die erste Phase am Anfang des Sterbeprozesses ist oftmals durch Verleugnung bzw. Isolierung gekennzeichnet. Der betroffene Mensch erhält eine Diagnose, die mit einer tödlichen Erkrankung einhergeht. Dies wird nicht akzeptiert bzw. vollkommen verdrängt.

**Phase 2:** Zorn und Ärger (engl.: anger)

In der zweiten Phase stehen Zorn, Groll, Wut, Neid und Auflehnung im Mittelpunkt. Der Betroffene hat Zorn auf jeden und alles. Er tritt besonders gesunden Menschen gegenüber sehr aggressiv auf und vermittelt seiner Umwelt, dass er ebenfalls ein Recht auf eine Zukunft habe. Die Frage „Warum gerade ich?“ wird besonders in dieser Phase oftmals gestellt.

**Phase 3:** Verhandeln (engl.: bargaining)

Kennzeichnend für die dritte Phase ist das Verhandeln. Der kranke Mensch verhandelt mit dem Schicksal ebenso wie mit Gott. In dieser Phase hinterfragt der Betroffene sein eigenes Leben, bzw. beginnt langsam zu akzeptieren, dass der bevorstehende Tod unausweichlich erscheint.

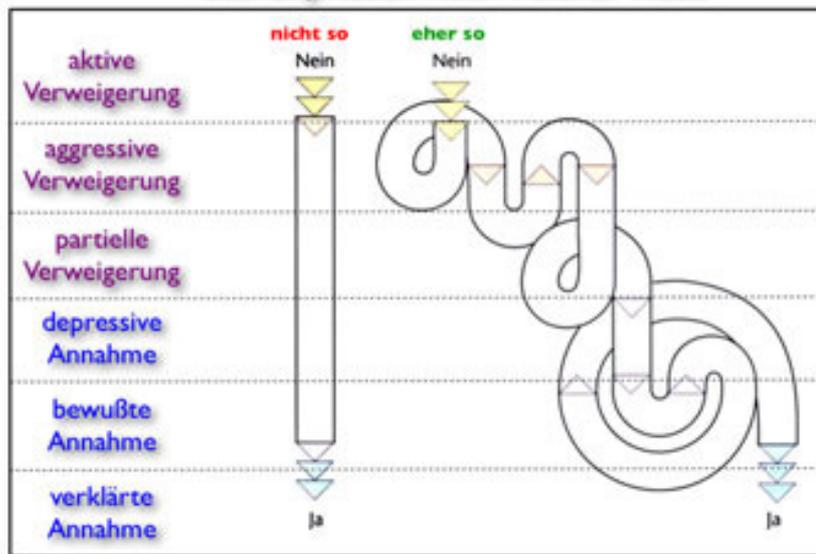
**Phase 4:** Depressive Phase (engl.: depression)

Diese Phase ist gekennzeichnet durch extreme Schwankungen zwischen Depression und Hoffnung. Die Trauer des Patienten bezieht sich vorrangig auf den Verlust von dem, was ihm wichtig ist. Er hadert damit, dass zurückliegende Versäumnisse nicht mehr aufzuholen sind und Probleme und Ereignisse, die in der Vergangenheit liegen, nicht mehr in Ordnung gebracht werden können.

**Phase 5:** Zustimmung (engl.: acceptance)

In der letzten Phase fügt sich der betroffene Patient seinem Schicksal und nimmt dieses an. Geringfügig ist auch noch Hoffnung vorhanden, dass sich die Diagnose als falsch erwiesen hat, jedoch stehen diese Gedanken nicht mehr im Vordergrund. Er fühlt sich sowohl geistig als auch emotional erschöpft und Traurigkeit bzw. Trauer über sich selbst und seine Angehörigen stehen im Mittelpunkt (vgl. Oelmann 2008, S. 8).

## Sterbephasen nach Kübler-Ross



**Abbildung 11: Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross**

Quelle: Schlarmann 2009, o.S.

Diese Abbildung veranschaulicht nochmals die zuvor beschriebenen Sterbephasen und verdeutlicht, dass der Sterbeprozess nicht linear abläuft, sondern durch einen spiralförmigen Verlauf gekennzeichnet sein kann, der einzig und alleine durch die Individualität jedes einzelnen Menschen geprägt wird.

## 5 Ätherische Öle

Ätherische Öle sind ausnahmslos pflanzliche Öle, die abhängig von der Herkunftspflanze bestimmte Duftstoffe enthalten. Die Wirkungsweisen werden durch ihre Inhaltsstoffe bestimmt. Diese Öle sind keine fetten Öle wie zum Beispiel Mandelöl, Olivenöl oder Weizenkeimöl, die durch Pressen aus Samen, Kernen oder Keimen gewonnen werden. Die ätherischen Öle verdampfen vollständig und haben daher auch den Beinamen trockene Öle. Daher gibt es eine sehr einfache Methode den Reinheitsgrad ätherischer Öle zu überprüfen, indem einige Tropfen auf ein Papier geträufelt werden. Bildet sich ein Fettfleck, wurden die ätherischen Öle mit fetten Ölen vermischt oder gestreckt. 100 % naturreine ätherische Öle hinterlassen keine charakteristischen Fettflecken auf dem Papier.

Der Begriff „Äther“ stammt aus der griechischen Philosophie und wird auch als „Himmelsduft“ verstanden. Diese Duftstoffe werden von den Pflanzen in bestimmten Bereichen wie zum Beispiel Blätter, Blüten, Früchte, Fruchtschalen, Holz und Wurzeln gebildet und/oder gespeichert.

Ätherische Öle setzen sich aus einer Vielzahl unterschiedlichster chemischer Substanzen zusammen. Der Begriff „Äther“ bezeichnet eine flüchtige und gleichzeitig betäubende Flüssigkeit (vgl. Raab et al. 2005, S. 6 und Werner et al. 2006, S. 19f).

### 5.1 Die Gewinnung von ätherischen Ölen

Die Gewinnung naturreiner Öle erfolgt aus einheimischen Pflanzen der jeweiligen Region, die fast überall auf der Welt zu finden sind. Insbesondere wird der zunehmende, kontrollierte biologische Anbau der Pflanzen gefördert. Das bedeutet, dass eine artgerechte Anpflanzung stattfinden kann und die Pflanzen weniger einer Belastung mit Pestiziden ausgesetzt sind und dadurch die Öle eine höhere Qualität haben (vgl. Werner et al. 2006, S. 20).

Die Gewinnung kann einerseits durch Destillationsverfahren sowie Extraktion und andererseits – vorwiegend bei Zitrusfrüchten – durch Expression erfolgen.

### **5.1.1 Destillationsverfahren**

Man unterscheidet zwischen Wasserdestillation und Wasserdampfdestillation, wobei die letztgenannte Methode die am häufigsten verwendete bei der Gewinnung von ätherischen Ölen ist.

Grundsätzlich entstehen bei diesen Verfahren zwei unterschiedliche Produkte, die ätherischen Öle und die Hydrolate (vgl. Zimmermann 2006, S. 17).

Das Pflanzengewebe wird in heißem Wasser oder Wasserdampf aufgequollen, wodurch die ätherischen Öle freigesetzt werden. Diese verflüchtigen sich im Dampf und steigen nach oben.

Im nächsten Schritt erfolgt die Abkühlung. Dabei lagern sich die Wasserdämpfe, welche mit ätherischen Ölen durchsetzt sind, im Kühler des Destillationsapparates ab. Da Öle leichter als Wasser sind und auch nicht darin gelöst werden können, ist es möglich diese von der Wasseroberfläche abzuschöpfen (vgl. Werner et al. 2006, S. 20).

Da in diesem Wasser auch Spuren des ätherischen Öls und flüchtige wasserlösliche Bestandteile der Pflanzen verbleiben, kann auch das Nebenprodukt verwendet werden, welches – wie bereits eingangs erwähnt – als Hydrolat bezeichnet wird. Diese Art der Destillation hat eine lange zurückreichende Tradition. Unter anderem wurden bereits im 7. Jahrhundert in Arabien Pflanzen destilliert um „verborgene Kräfte“ zu ziehen. 1830 wurde in Frankreich Hydrolat als destilliertes Wasser beschrieben, in dem sich flüchtige Inhaltsstoffe des destillierten Pflanzenmaterials befinden.

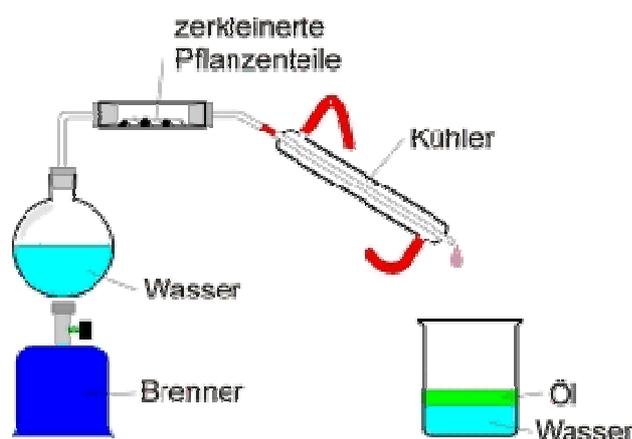
Leider geriet im 19. Jahrhundert diese Art der Destillation in Vergessenheit und erst durch die Phytotherapie und in weiterer Folge durch die Aromapflege finden Hydrolate wieder großen Anklang (vgl. Werner et al. 2006, S. 20 und 236).

Gute Hydrolate werden oftmals bei mehreren Destillationsvorgängen angereichert, wodurch die Wirksamkeit und der Geruch erhöht werden können (vgl. Zimmermann 2006, S. 24).

Der Aufwand der Wasserdampfdestillation verläuft sehr unterschiedlich und ist abhängig von den verschiedenen Pflanzen. Nachfolgend exemplarisch dargestellt anhand von Lavendel, Sandelholz, Rosen- und Zitronenöl.

Bedarf es nur ca. 30 Minuten um 400 kg Lavendel zu destillieren, ist die Zeitdauer bei der gleichen Menge an Sandelholz um ein vielfaches höher, nämlich 80 bis 100 Stunden.

Um ein Liter Rosenöl destillieren zu können, bedarf es 5000 kg Rosenblüten, vergleichsweise aber nur 200 kg Fruchtschale für die gleiche Menge an Zitronenöl.

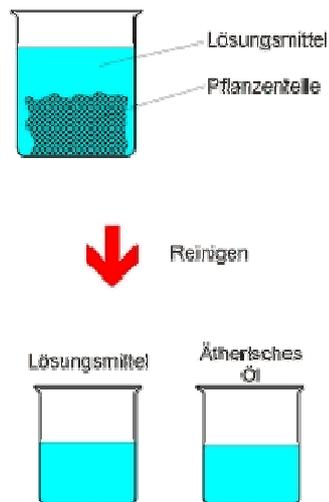


**Abbildung 12: Wasserdampfdestillation**

Quelle: Dittrich et al. o.J., Folie 3

### 5.1.2 Extraktion

Gegenwärtig werden 80 % der Blütenöle mit Hilfe von flüchtigen Lösungsmitteln wie Hexan extrahiert. Das dadurch gewonnene Produkt erinnert oftmals im Geruch stärker an die Ursprungspflanze als an ein Öl, welches durch Destillationsverfahren hergestellt wurde.

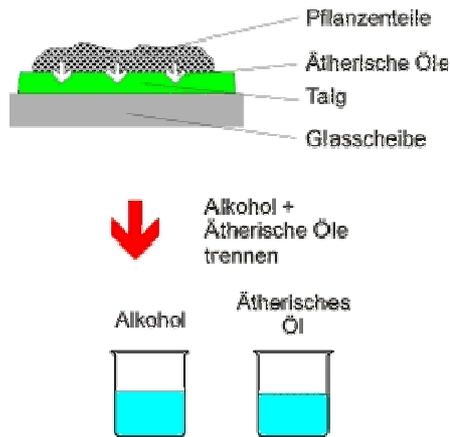


**Abbildung 13: Extraktion**

Quelle: Dittrich et al. o.J., Folie 4

### 5.1.3 Enfleurage

Die sogenannte Enfleurage ist ein sehr altes Verfahren, in dem aus empfindlichen Blüten, unter Zuhilfenahme tierischer Fette ätherische Öle extrahiert werden. Dünn mit Fett bestrichene Glasplatten werden durch Hand mit den jeweiligen Blüten belegt und anschließend ca. zwölf Stunden kühl und dunkel gelagert. Dieser Vorgang wird bis zu 36-mal wiederholt. Dadurch lösen sich die Duftstoffe und das Fett erfährt fortlaufend Sättigung. Abschließend werden die abgelagerten Stoffe mittels Alkohol herausgelöst, welcher im Anschluss abgedampft wird. Diese Form der Ölgewinnung findet wegen der hohen Kosten nur noch sehr selten Anwendung. Zum Beispiel kostet Jasminöl, welches durch Enfleurage hergestellt wurde, mehr als das Sechsfache im Vergleich zu jenem, das mittels Hexan-Extraktion hergestellt wird (vgl. Werner et al. 2006, S. 20f und Zimmermann 2006, S. 26f).



**Abbildung 14: Enfleurage**

Quelle: Dittrich et al. o.J., Folie 5

### 5.1.4 Expression

Die Expression wird auch mechanische Kaltauspressung genannt. Bei dieser Art der Erzeugung von ätherischen Ölen werden die Schalen von Zitrusfrüchten, in denen sich hoch konzentrierte Öle befinden, schonend ausgepresst. Dies stellt ebenfalls ein sehr aufwendiges Verfahren dar und nach mehreren vorangegangenen Arbeitsschritten wird durch Zentrifugieren und Filtrieren naturreines ätherisches Öl gewonnen. Das durch Kaltpressung gewonnene Öl aus Zitrusfruchtschalen ist vielfach hochwertiger als Öle aus destillierten Verfahren (vgl. Werner et al. 2006, S. 21). Oftmals wird in der Literatur, das auf diese Weise gewonnene Öl als Essenz bezeichnet, da das Endprodukt in diesem Verfahren genau den Stoffen entspricht, die in der Pflanzenschale vorkommen.



**Abbildung 15: Expression**

Quelle: Thiele o.J., o.S.

### 5.1.5 Qualitätskriterien ätherischer Öle

*„Für die aromatherapeutische Anwendung ist höchste Qualität der ätherischen Öle unabdingbar. Nur genuine<sup>11</sup> und authentische<sup>12</sup> Öle sollten zur Anwendung kommen“* (Werner et al. 2006, S. 21).

Die Qualität der ätherischen Öle besitzt einen erheblichen Stellenwert in der Aromapflege. Nur 100 % naturreine ätherische Öle in Kombination mit reinen Pflanzenölen ohne Mineralölanteil und Hydrolate sollten zur Anwendung kommen. Ohne Mineralölanteil deswegen, da diese - hinsichtlich ihrer Molekularstruktur - von der Haut nicht aufgenommen werden können und dadurch nur auf der Haut aufliegen und in weiterer Folge die Hautatmung verhindern. Jedoch sind auch Qualitätsunterschiede bei hochwertigen Ölen keine Ausnahme. Die Anteile der Inhaltsstoffe der Pflanzen sind einerseits stark klimaabhängig – zu viel Regen vs. zu wenig Regen, zu viel Sonne vs. zu wenig Sonne – und andererseits können die Inhaltsstoffe durch Pestizide und Umweltverschmutzung verfälscht werden (vgl. Raab et al. 2005, S. 6f).

Es gibt drei Qualitätsprüfungen für ätherische Öle:

1. Die chemische Qualitätsanalyse mittels unterschiedlicher Messverfahren, da dadurch die Qualität der einzelnen Inhaltsstoffe aber auch eventuell synthetisch beigemengter Öle erkennbar ist.
2. Mittels physikalischer Qualitätsanalyse werden spezifisches Gewicht und Löslichkeit sowie die optische Drehung und der Lichtbrechungsindex bestimmt.
3. Anhand der sensorischen Überprüfung können Duft, Geschmack, Farbe und Konsistenz der ätherischen Öle untersucht werden (vgl. Raab et al. 2005, S. 7).

---

<sup>11</sup> genuin = unverändert (100 % naturreine ätherische Öle)

<sup>12</sup> authentisch = definierte Pflanzenart (d.h. aus der Stammpflanze gewonnenes ätherisches Öl).

Ein weiteres wesentliches Qualitätskriterium ist die Aufbewahrung von ätherischen Ölen. Die Fläschchen müssen aus getöntem Glas sein. Einerseits, da gewisse Öle bestimmte Kunststoffe angreifen bzw. auflösen und andererseits da die Wellenlänge des Lichtes die Qualität von ätherischen Ölen negativ beeinflussen kann. Dadurch können sich freie Radikale bilden, die in weiterer Folge eine Hautreizung verursachen können (vgl. Zimmermann 2006, S. 86).

## **5.2 Wirkungsmechanismen ätherischer Öle**

Ätherische Öle können auf unterschiedlichste Weise auf den Organismus des Menschen Einfluss nehmen. Die Ganzheitlichkeit steht dabei im Vordergrund. Shirley Price, eine international anerkannte britische Aromatherapeutin hat folgende Aussage getätigt:

*„Aromatherapie ist die kontrollierte Anwendung von ätherischen Ölen, um die eigene und die Gesundheit anderer zu erhalten und Körper, Geist und Seele auf eine positive Art zu beeinflussen“* (zitiert in: Glück 2005, S. 12).

Da ätherische Öle aus einer Vielzahl von biochemischen Substanzen zusammengesetzt sind, ist der Wirkungsmechanismus dementsprechend breit gefächert. Ätherische Öle nehmen auf ganzheitliche Weise Einfluss auf den Körper. Diese folgen den Prinzipien der Naturheilkunde. Das bedeutet, die Lebenskraft und Selbstheilungskräfte des Patienten sollen gestärkt und geweckt werden. Neben den Auswirkungen der ätherischen Öle auf die rein körperliche Ebene, beeinflussen sie vor allem das Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele. Dies kann einerseits die Stabilisierung des psychischen Gleichgewichtes und die Regulation der Balance des Körpers und andererseits eine seelische Ausgeglichenheit bedeuten.

Es kann die Aufnahme über Haut und Schleimhaut erfolgen oder über den Geruchssinn und in weiterer Folge auf das vegetative aber auch zentrale Nervensystem wirken.

Durch die Zufuhr ätherischer Öle findet eine fortwährende Wechselwirkung zwischen den körperlichen Funktionen und dem Gefühlsbereich statt. Die harmonisierende Wirkung von Körper, Geist und Seele sowie die gesundheitsfördernde Wirkung von ätherischen Ölen, lassen sich ebenfalls durch diese fortwährende Wechselwirkung erklären.

### **5.2.1 Nachweisbare Wirkungen von ätherischen Ölen**

*„Die klinische Anwendung der Aromatherapie wird in Zukunft unter Anleitung von medizinischen Aromatherapeuten und erfahrener Pflegepersonal vor allem in Spitälern, Hospizen, Pflegeheimen und über Ordinationen komplementär zur westlichen Medizin erfolgen. Die Aromatherapie sollte keine Wunderheilungen versprechen, nachvollziehbare und überzeugende Wirkungen in vielfältigen Einsatzgebieten, verbunden mit einer unschätzbaren persönlichen Zuwendung, sind jedoch möglich“ (Steflitsch et al. 2007, S. 77).*

In den vergangenen Jahren konnten unterschiedliche Studien belegen, dass rein durch die Massage mit ätherischen Ölen eine Wirkung auf innere Organe nachzuweisen sei (Buchbauer et al. 1992; Jäger et al. 1992; Fuchs et al. 1997).

Die direkte Aufnahme ätherischer Öle ist durch Inhalation möglich. Die Wirkstoffe gelangen über die Lunge in den menschlichen Organismus. Die indirekte Wirkung auf innere Organe kann durch das Riechen von Duftstoffen erfolgen.

Durch diesen Vorgang gelangen Reize unter anderem zum limbischen System und Hypothalamus, welche für die Regulation des vegetativen Nervensystems verantwortlich sind.

Unzählige Duftstoffe können die Stimmung des Menschen beeinflussen, glückliche Erinnerungen und Gefühle wachrufen und somit nachhaltig das Wohlbefinden verbessern. Zu diesen Rückschlüssen gelangten Knasko et al. 1990; Knasko 1992; Warren et al. 1993 in den von ihnen durchgeführten Studien.

Vielen Studien zufolge haben ätherische Öle einen nachhaltigen Einfluss auf verschiedene Erkrankungen, die einerseits körperlich und andererseits seelisch bedingt sein können (vgl. Steflitsch et al. 2007, S. 77f).

### **5.2.2 Wirkungsweisen in der Aromapflege**

Die Wirkung von Heilpflanzen und deren Anwendungen aus pflegerischer Sicht verdeutlichen, dass es sich hier um ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren handelt. Die Anwendungen sind mit einem hohen Maß an Zuwendung und Aufmerksamkeit verbunden und sind nur im Einklang mit der Befindlichkeit des Patienten anzuwenden. Alleine die Handlung am oder mit dem Patienten schafft Hoffnung und kann ein Wohlgefühl vermitteln, in dem Nähe und Berührung mit eingebunden sind. Es werden nicht nur physikalische Faktoren beeinflusst, sondern auch die Sinneswahrnehmung kann gestärkt werden. Die Wirkungsweisen rein auf die Aromapflege ausgerichtet, dienen ausschließlich prophylaktischen und pflegerischen Maßnahmen. Die Möglichkeiten der Aromapflege sind weit gefächert, einige dieser Ansatzpunkte wären:

- Förderung der physischen und psychischen Gesundheit
- Verbesserung der Atmung
- Unterstützung der Verdauung und Ausscheidung
- Stärkung des Immunsystems
- Begleitende Unterstützung einer medizinischen Behandlung
- Verbesserung von Ruhe- und Schlafphasen
- Förderung von Entspannung und Wohlbefinden
- Förderung der eigenen Wahrnehmung
- Verbesserung der Lebensqualität, besonders von schwer- und chronisch kranken Menschen
- Gesundheitsförderung und -erhaltung
- Linderung von Befindlichkeitsstörungen
- Schaffung einer angenehmen Raumatmosphäre
- Stärkung der Selbstheilungskräfte

Bei all diesen genannten Möglichkeiten der Aromapflege um die Lebensqualität des Patienten zu verbessern, steht jedoch die subjektive innere Einstellung des Patienten gegenüber der Anwendung im Vordergrund. Deshalb sollte der Einsatz von Aromapflege nur dann stattfinden, wenn ein kontinuierlicher Einsatz gewährleistet werden kann und die vielen aromapflegerischen Anwendungen nach den vorliegenden Pflegeproblemen jedes einzelnen Patienten abgestimmt werden (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 16f und Soon et al. 2004, S. 47).

*„Von größter Bedeutung ist die Wirkung von Düften auf den psychischen und geistigen Zustand eines Menschen. Die Wahrnehmungsfähigkeit wird klarer und schärfer, und man hat das Gefühl, in gewissem Maß über den Dingen zu stehen(...). Man könnte sagen, die negative Emotionen, die unsere Wahrnehmung trüben, werden unterdrückt“ (Marguerite Maury o.J., S.3 in: Rommelfanger o.S., o.J.).*

### **5.2.3 Wirkung über Haut und Schleimhaut**

Bei äußerlicher Anwendung wirken die ätherischen Öle primär auf die Haut. Einerseits ist diese das größte menschliche Organ mit ungefähr zwei Quadratmetern Fläche und andererseits dient die Haut als Schutzwall mit einem vielfältigen Aufgabenbereich. Einer dieser Bereiche umfasst das Abschirmen des Körperinneren gegen äußere Einflüsse. Nachgewiesen wurde, dass die Aufnahme von Inhaltsstoffen über die Haut möglich ist. Wenn ätherische Öle in die Haut eindringen, wirken sie in diesem wichtigen, äußeren Organ und gelangen anschließend direkt zum Gewebe, den Gelenken, den Muskeln und zu den Organen. Ihre Wirkung ist im Körper mittels Atemrhythmus, Herzfrequenz und Gehirnaktivität messbar. Die Ausscheidung kann von dreißig Minuten bis zu vier Stunden dauern und erfolgt über Blase, Darm, Lunge und Haut (vgl. Werner et al. 2006, S. 8 und Schuhrk 2010, o.S.).

Zusätzlich besitzt die Haut ein sogenanntes „Zellgedächtnis“. Das heißt, wenn die Haut zu starken Reizen ausgesetzt ist – intensive Sonnenbestrahlung oder chemischen und allergieauslösenden Stoffen – reagiert sie auf Dauer immer empfindsamer und diese negativen Einflüsse werden „gespeichert“. Da die Inhaltstoffe von ätherischen Ölen eine geringe Molekulargröße und einen lipophilen<sup>13</sup> Charakter haben, können sie die Phospholipidschicht der Zellen durchdringen. Dadurch werden die Stoffe leichter über Haut und Schleimhaut aufgenommen und in Folge ist die Resorbierbarkeit erhöht. Des Weiteren können Impulse über die Nervenbahnen sowie über die Nervenzellen der Haut zu den Zielorganen weitergeleitet werden (vgl. Werner et al. 2006, S. 8).

Die Haut wird auch als Grenzfläche zwischen „Innen“ und „Außen“ bezeichnet. Das heißt, sie vermittelt zwischen Umwelt und Innenleben. Die Haut ist nicht nur das größte Organ, sondern auch gleichzeitig ein Sinnesorgan, welches mit Nervenenden und Sinneskörperchen die Reize von außen aufnimmt und an das Gehirn weiterleitet. Dass es eine Verbindung zwischen Leib und Seele gibt, wurde Mitte der 70er Jahre untersucht und die Ergebnisse belegen, dass es ein Zusammenspiel zwischen psychischem Befinden und körperlicher Gesundheit gibt. Bereits in der embryonalen Entwicklung wird diese enge Verbindung angelegt, denn Haut und Nervensystem entstehen aus dem gleichen Keimblatt dem sogenannten Ektoderm. Oftmals – gerade deswegen – wird auch die Haut als Spiegelbild der Seele bezeichnet. Diese Erkenntnisse machen es möglich, die Seele über die Haut „behandeln“ zu können. Durch den Einsatz ätherischer Öle über die Haut können unter anderem die Glückshormone „angekurbelt“ werden, die dann auf die Psyche wirken (vgl. Wulf et al. 1997, S. 436-445).

---

<sup>13</sup> Lipophil bedeutet wörtlich übersetzt fettliebend. Es ist eine Bezeichnung für Stoffe, die sich gut in Fetten und Ölen lösen.

Die Haut gilt auch als Abwehrsystem. Sie enthält Zellen, die auf die Bildung von Abwehrstoffen spezialisiert sind und bei Hautschädigungen oder Infektionen aktiviert werden. Studien belegen, dass Hautkrankheiten oftmals Ausdruck eines psychischen Ungleichgewichtes im Zusammenhang mit einem geschwächten Immunsystems sind. Hier setzen die ätherischen Öle nicht bei den Symptomen, sondern bei der Ursache an und wirken gleichermaßen stärkend auf Körper, Psyche und Immunsystem (vgl. Wulf et al. 1997, S. 436-445).

#### **5.2.4 Wirkung über den Geruchssinn**

Der Riechsinn ist bei Neugeborenen bis etwa zur zwölften Lebenswoche sehr stark ausgeprägt und nimmt bis zum dritten Lebensjahr wieder ab. Anschließend wird dieser stetig aufgebaut und bis zum dreißigsten Lebensjahr erreicht dieser etwa wieder die Qualität wie bei Neugeborenen. Im Anschluss flacht er ab, wobei bis zum Lebensende eine Einschränkung von bis zu 30 % vorhanden sein kann (vgl. Werner et al. 2006, S. 13ff).

Neben den drei physikalischen Sinnen wie sehen, hören und fühlen besitzt der Mensch noch zwei weitere chemische Sinne, nämlich schmecken und riechen. Der Riechsinn hat zwei Wege, einerseits die retronasale Geruchswahrnehmung über den Rachenraum und die orthonasale Geruchswahrnehmung über die Nase. In der Nase befinden sich zwei Organe, die den Geruch aufnehmen, die Riechzellen mit der Riechschleimhaut und mit den Cilien<sup>14</sup> sowie das Vomeronasal<sup>15</sup>-Organ. Der nasale Weg führt über die Rezeptoren in den Cilien direkt ins Riechzentrum, welches im Hippocampus liegt.

---

<sup>14</sup> Cilien sind kurze haarartige Zellfortsätze und dienen dem Transport von Partikeln oder Flüssigkeiten innerhalb eines Organs.

<sup>15</sup> Das Vomeronasale Organ auch Jacobson-Organ genannt. Die Sinneszellen dieses Riechorgans sind auf die olfaktorische Wahrnehmung bestimmter Stoffe spezialisiert.

Der Hippocampus ist Teil des Gehirns – er zählt unter anderem zu den evolutionär ältesten Strukturen des Gehirns – und zentrale Schaltstation des limbischen Systems. Das limbische System als Zentralstelle des endokrinen, vegetativen und psychischen Regulationssystems, verarbeitet Reize aus dem Körperinneren und Reize von außen. In diesem System sind unter anderem die Atmung, die Herztätigkeit, der Hormonhaushalt, die Kreativität und der Lebenswille angesiedelt. Ebenso werden im limbischen System Düfte und damit verbundene Dufterinnerungen gespeichert. Dieses Duft-Gedächtnis bleibt ein Leben lang erhalten. Dies bedeutet, dass der kürzeste Weg in das Gefühls- und das Erinnerungsleben eines Menschen über den Riechsinn führt. Diese Erkenntnisse führten auch dazu, dass die Aroma-Psychotherapie entwickelt wurde (vgl. Wabner et al. 2009, S. 12f und Bierbach 2009, S. 175).

Pro Tag macht der Mensch ca. 23.000 Atemzüge und mit jedem einzelnen können lipophile, winzige Duftmoleküle in die Nasenhöhle gelangen. Winzige Duftmoleküle insofern, da Moleküle mit einem Molekulargewicht von über 294 nicht mehr riechbar sind. Wie bereits erwähnt, sind ätherische Öle in der Regel lipophil, daher reagieren sie auf molekularer Basis mit den Lipidbestandteilen der Zellmembran, können dadurch die Blut/Hirn-Schranke überwinden, und die Duftstoffe gelangen in die Struktur von Gehirn und Nerven. Diese Duftmoleküle können im weiteren Verlauf eine der 30 Millionen Riechzellen, die der menschliche Körper besitzt, ansteuern und an ein Riechhaar, dessen Membran mit einem passenden Rezeptorprotein bestückt ist, andocken.

Es gibt etwa 1.000 dieser verschiedenen Proteine, die jeweils nur für eine bestimmte Duftgruppe empfindlich sind. Ob ein Geruch bewusst oder unbewusst wahrgenommen wird, geschieht nicht auf Basis des Wollens oder Nichtwollens, da die Riechzellen die Duftinformation unmittelbar an das limbische System weiterleiten (vgl. Zimmermann 2006, S. 64).

### 5.2.5 Studien über die Wirkung von Aromastoffen

Diese Studie von Gerhard Buchbauer ist eine wissenschaftliche Bestätigung, über die Messbarkeit der Wirkung von Aromastoffen. Diese Studie wurde am Institut für pharmazeutische Chemie der Universität Wien durchgeführt und 2008 veröffentlicht. Der vollständige Text findet sich auf der Homepage Fr. Evelyn Deutsch.

*„(...) Prof. Buchbauer hat in Zusammenarbeit mit Kollegen in Innsbruck in verschiedenen Experimenten mit Tieren nachgewiesen, dass Duftstoffe das Verhalten von Lebewesen z. B. deren Motorik, Mobilität und Sozialverhalten direkt beeinflussen können. Dabei wurde bei laufenden Untersuchungen der Blutproben festgestellt, dass verschiedene Inhaltstoffe der ätherischen Duftstoffe auch gleichzeitig im Blut nachweisbar sind. Bei anderen Untersuchungen mit Neuro-Radiologen des Wiener Allgemeinen Krankenhauses wurde die Wirkung der Duftstoffe direkt am Menschen erforscht (...). Prof. Buchbauer: Wir hatten das seltene Glück eine 54jährige Dame, die von Geburt an nicht riechen kann, d. h. keinerlei Empfindung auf Grund eines Duftstoffes erfahren kann, bei unserem Test zu haben. Auch bei dieser Dame ist im selben Ausmaß wie bei den anderen Testpersonen die Wirkung der Duftstoffe messbar gewesen“.*

Weitere wesentliche Studien über die Wirksamkeit ätherischer Öle sind zum Beispiel:

- Stevensen, 1994 → mit Neroliöl
- Göbel et al. 1991 → mit Pfefferminzöl
- Woolfson et al. 1992 → Lavendelöl
- Wilkinson 1995 → Kamillenöl
- Luis et al. 2002 → Lavendelöl (vgl. Partoll 2004, S. 36-44).

### 5.3 Ätherische Öle und ihre Wirkungen

Es würde hier zu weit führen, alle verfügbaren ätherischen Öle aufzulisten. Die folgenden Aufzählungen sind keinesfalls erschöpfend, sondern stehen exemplarisch für die vorwiegend im Gebrauch befindlichen Öle im Krankenhaus, wobei bei den Recherchen das Hauptaugenmerk einerseits auf die Relevanz in der Pflege und andererseits auf die Anwendung auf Intensiv- und Palliativstationen gelegt wurde. In den nachfolgenden Kapiteln können auch ätherische Öle benannt werden, die in der anknüpfenden Erläuterung keine Erwähnung finden. Es werden Begriffe wie Kopf-, Herz- und Basisnote verwendet, die folgende Bedeutung haben:

- Die Kopfnote ist sofort in ganzer Fülle erlebbar und der Duft bleibt ca. 30 Minuten vorhanden. Sie ist für den „Angeruch“ verantwortlich, darunter versteht man jenen Geruch, der zuerst wahrgenommen wird. Öle wie Zitrus oder Lemongrass sind Beispiele dafür.
- Die Basisnote entwickelt ihren vollen Duft erst nach ein bis zwei Stunden, hält bis zu 24 Stunden und klingt anschließend langsam ab. Sie wird von ätherischen Ölen aus Harzen, Hölzern, Gewürzen oder Wurzeln gebildet.
- Das Element, das die Kopfnote und die Basisnote verbindet und harmonisiert, nennt man Herznote. Diese benötigt etwa 30 Minuten, bis das ganze Aroma zur Entfaltung kommt, und klingt nach vier bis sechs Stunden langsam wieder ab. Sie ist für den sogenannten „Mittelgeruch“ verantwortlich, der den eigentlichen Charakter einer Mischung ausmacht. Ätherische Öle, die aus Blüten gewonnen werden, sind hier maßgeblich (vgl. Luzia 2007, S. 8).

Die Beschreibung der ausgewählten ätherischen Öle erfolgt in alphabetischer Reihenfolge, der Einsatz bzw. die Anwendung der genannten ätherischen Öle werden in anschließenden Kapiteln ausführlich erläutert.

### 5.3.1 Bergamotte

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Aussehen                |   |
| Lateinischer Name       | ➤ Citrus bergamia   |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Rautengewächs   |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kalifornien</li> <li>➤ Spanien</li> <li>➤ Südafrika</li> <li>➤ Insel Réunion</li> </ul>  |
| Gewinnung               | ➤ Kaltpressung  |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 200 kg Schalen   |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ frisch</li> <li>➤ klar</li> <li>➤ kräftig</li> <li>➤ lebhaft</li> <li>➤ fruchtig</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Herznote  |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ stimmungsauflösend</li> <li>➤ angstlösend</li> <li>➤ entspannend</li> <li>➤ appetitanregend</li> <li>➤ hautpflegend</li> <li>➤ konzentrationsfördernd</li> </ul> |

### 5.3.2 Cajeput

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Aussehen                |   |
| Lateinischer Name       | ➤ <i>Melaleuca leucadendra</i>  |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Myrtengewächse  |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Malaysia</li> <li>➤ Indien</li> <li>➤ Philippinen</li> <li>➤ Molukken</li> </ul>   |
| Gewinnung               | ➤ Wasserdampfdestillation   |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 100 bis 125 kg Pflanzenmaterial  |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ frisch</li> <li>➤ kühl</li> <li>➤ eukalyptusartig (nur etwas milder)</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Kopfnote  |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ antibakteriell</li> <li>➤ antiviral</li> <li>➤ kühlend</li> <li>➤ fiebersenkend</li> <li>➤ verleiht Energie</li> <li>➤ vermittelt Gefühl der Sicherheit</li> <li>➤ bringt Klarheit ins Denken</li> </ul> |

### 5.3.3 Geranie

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Aussehen                |    |
| Lateinischer Name       | ➤ <i>Pelargonium asperum</i>   |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Storchschnabelgewächse   |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Marokko</li> <li>➤ Ägypten</li> <li>➤ Madagaskar</li> </ul>   |
| Gewinnung               | ➤ Wasserdampfdestillation  |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 80 kg Blätter   |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ süß</li> <li>➤ rosenartig</li> <li>➤ sonnig-blumig</li> <li>➤ frisch</li> <li>➤ warm</li> </ul>   |
| Duftnote                | ➤ Herznote   |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ blutstillend</li> <li>➤ entzündungshemmend</li> <li>➤ wundheilend</li> <li>➤ hautpflegend</li> <li>➤ ausgleichend</li> <li>➤ stimmungsaufhellend</li> </ul> |

### 5.3.4 Grapefruit

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Aussehen                |   |
| Lateinischer Name       | ➤ Citrus paradisi   |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Rutaceae  |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Israel</li> <li>➤ USA</li> <li>➤ Italien</li> <li>➤ Portugal</li> </ul>  |
| Gewinnung               | ➤ Kaltpressung und nachfolgende Destillation des Saftes   |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 1000 Grapefruits   |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ frisch</li> <li>➤ spritzig</li> <li>➤ fruchtig</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Kopfnote  |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ antiseptisch</li> <li>➤ erfrischend</li> <li>➤ belebend</li> <li>➤ aufhellend</li> <li>➤ ausgleichend</li> </ul> |

### 5.3.5 Lavendel fein

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Aussehen                |    |
| Lateinischer Name       | ➤ <i>Lavandula angustifolia</i>  |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Lippenblütler  |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Provence (Frankreich)</li> <li>➤ Piemont (Spanien)</li> <li>➤ Bulgarien</li> <li>➤ England</li> </ul>   |
| Gewinnung               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wasserdampfdestillation im</li> <li>➤ abgetrockneten Zustand</li> </ul>   |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 75 kg Blüten  |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ blumig</li> <li>➤ kräuterartig</li> <li>➤ süß</li> <li>➤ mild</li> <li>➤ klar</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Herznote   |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ entzündungshemmend</li> <li>➤ regenerationsfördernd</li> <li>➤ krampflösend</li> <li>➤ heilende Wirkung auf Seele und Körper</li> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ ausgleichend</li> <li>➤ einschlauffördernd</li> </ul> |

### 5.3.6 Neroli (Orangenblüten)

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Aussehen                |    |
| Lateinischer Name       | ➤ Citrus bigaradia risso   |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Zitrusfrüchte  |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Italien</li> <li>➤ Marokko</li> <li>➤ Tunesien</li> <li>➤ Algerien</li> <li>➤ Ägypten</li> <li>➤ Frankreich</li> </ul>  |
| Gewinnung               | ➤ Wasserdampfdestillation  |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 1.500 kg Blüten   |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ zart blumig</li> <li>➤ frisch süß</li> <li>➤ lieblich</li> <li>➤ warm</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Herznote   |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ krampflösend</li> <li>➤ antiseptisch</li> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ pflegende Wirkung</li> <li>➤ baut Ängste ab</li> <li>➤ stabilisiert die Psyche</li> <li>➤ erleichtert Trauerarbeit</li> </ul> |

### 5.3.7 Palmarosa

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Aussehen                |   |
| Lateinischer Name       | ➤ <i>Cymbopogon martinii</i>  |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Zingiberaceae   |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indien</li> <li>➤ Afrika</li> <li>➤ Indonesien</li> <li>➤ Brasilien</li> <li>➤ Kamoren</li> </ul>  |
| Gewinnung               | ➤ Wasserdampfdestillation   |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 70 kg Süßgras  |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ zart, blumig</li> <li>➤ leicht rosenartig</li> <li>➤ würzig</li> <li>➤ mild</li> </ul>   |
| Duftnote                | ➤ Herznote  |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ antiseptisch</li> <li>➤ hautpflegend</li> <li>➤ feuchtigkeitsspendend</li> <li>➤ stimuliert bei Müdigkeit auf seelisch-geistiger Ebene</li> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ entspannend</li> <li>➤ harmonisierend</li> </ul> |

### 5.3.8 Pfefferminze

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Aussehen                |    |
| Lateinischer Name       | ➤ Mentha piperita  |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Lippenblütler  |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frankreich</li> <li>➤ Marokko</li> <li>➤ Ägypten</li> <li>➤ Italien</li> </ul>  |
| Gewinnung               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wasserdampfdestillation der</li> <li>➤ Blätter</li> </ul>   |
| Aufwand                 | ➤ Keine Angaben  |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ kühl</li> <li>➤ strahlend</li> <li>➤ frisch</li> <li>➤ aktiv</li> <li>➤ intensiv minzig</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Kopfnote   |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ antiseptisch</li> <li>➤ antiviral</li> <li>➤ antimykotisch</li> <li>➤ kühlend</li> <li>➤ krampflösend</li> <li>➤ kreislaufanregend</li> </ul> |

### 5.3.9 Rose (Mairose)

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Aussehen                |    |
| Lateinischer Name       | ➤ Rosa centifolia  |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Rosengewächse  |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Persien</li> <li>➤ Ägypten</li> <li>➤ Algerien</li> <li>➤ Marokko</li> </ul>  |
| Gewinnung               | ➤ Hexanextraktion der Blüten   |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 5.000 kg Blüten   |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ lieblich</li> <li>➤ zart</li> <li>➤ fein</li> <li>➤ warm</li> <li>➤ weiblich-süß</li> <li>➤ öffnend</li> <li>➤ berauschend</li> <li>➤ erhebend</li> <li>➤ blumig-rosig</li> </ul> |
| Duftnote                | ➤ Herznote   |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ stimmungsaufhellend</li> <li>➤ ausgleichend</li> <li>➤ harmonisierend</li> <li>➤ besänftigend</li> </ul>  |

### 5.3.10 Sandelholz

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Aussehen                |   |
| Lateinischer Name       | ➤ Santalum album  |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Sandelholzgewächse  |
| Vorkommen               | ➤ Ostindien   |
| Gewinnung               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wasserdampfdestillation aus dem zerkleinerten Holz.</li> <li>➤ Der Baum muss mindestens 40 Jahre alt sein, bis er zur Destillation des Öls verwendet werden kann.</li> </ul> |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 16-25 kg Holz  |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ warm</li> <li>➤ weich</li> <li>➤ holzig</li> <li>➤ leicht süßlich</li> <li>➤ exotisch</li> </ul>   |
| Duftnote                | ➤ Herz-Basisnote  |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wundheilend</li> <li>➤ entzündungshemmend</li> <li>➤ schleimlösend</li> <li>➤ krampflösend</li> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ unterstützt das Loslassen</li> </ul>             |

### 5.3.11 Zitrone

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Aussehen                |    |
| Lateinischer Name       | ➤ Citrus limon   |
| Pflanzenfamilie         | ➤ Rautengewächse   |
| Vorkommen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Italien</li> <li>➤ Israel</li> <li>➤ Uruguay</li> <li>➤ China</li> </ul>  |
| Gewinnung               | ➤ Kaltpressung   |
| Aufwand                 | ➤ 1 l Öl aus 1.000 Zitronen  |
| Duftrichtung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ frisch</li> <li>➤ strahlend</li> <li>➤ spritzig</li> <li>➤ klar</li> </ul>  |
| Duftnote                | ➤ Kopfnote   |
| Eigenschaften/Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fiebersenkend</li> <li>➤ stärkt Gedächtnis</li> <li>➤ fördert die Konzentrationfähigkeit</li> <li>➤ belebend</li> </ul> |

(aus Fischer-Rizzi 2002, S. 38.128; Bäumler 2006, S. 49-458; Zimmermann 2006, 154-179; Raab et al. 2005, S. 12-23; Wintergerst o.J, o. S.)

## 5.4 Ätherische Öle mit Schwerpunkt Schmerz und Angst

In diesem Kapitel werden ätherische Öle angeführt, die einen positiven Einfluss auf Schmerz – sowohl körperlich als auch seelisch – und Angst haben können.

### 5.4.1 Schmerz

Berührung, Entspannung und Wohlbefinden haben einen wesentlichen Stellenwert für die Wahrnehmung, was auch die Perzeption von Schmerz beinhaltet. Die Anwendung ätherischer Öle hat einen analgetischen Effekt, der auf vier Faktoren basiert:

1. Die mannigfachen Inhaltsstoffe der ätherischen Öle erreichen mit ihren Duftsignalen unter anderem das limbische System.
2. Die analgetische Wirkung der ätherischen Öle hat Einfluss auf Dopamin, Serotonin und Noradrenalin im ZNS.
3. Die Nozizeption kann durch die Interaktion von Berührung und sensiblen Nervenfasern abgemildert werden.
4. Ätherische Öle bewirken durch eine lokale Durchblutungssteigerung eine Schmerzlinderung (vgl. Steflitsch et al. 2007 S. 131).

Folgende ätherische Öle haben eine nachweisbare Wirkung auf Schmerzen:

- Bergamotte
- Gewürznelke
- Johanneskraut
- Kamille
- Lavendel fein
- Lemongrass
- Majoran
- Myrrhe
- Rose
- Rosmarin
- Pfefferminze
- Teebaum
- Verbena
- Weihrauch
- Ylang Ylang
- Zimtrinde

Die Anwendung der ätherischen Öle zur Schmerzbekämpfung kann einerseits topisch<sup>16</sup> und andererseits inhalativ erfolgen (vgl. Werner et al. in Steflitsch et al. 2007, S. 404).

### **Ölmischung bei akuten Schmerzen** (Steflitsch et al. 2007, S. 519)

| <b>Trägeröl</b> | <b>Aromaöle</b>              |
|-----------------|------------------------------|
| 30 ml Mandelöl  | 10 gtt <sup>17</sup> Cajepüt |
|                 | 5 gtt Wintergrün             |
|                 | 5 gtt Rosmarin Ct. Cineol    |
|                 | 5 gtt Lavendel fein          |

### **Entspannende Schmerzmischungen** (Scheflitsch et al. 2007, S. 393)

| <b>Trägeröl</b>  | <b>Aromaöle</b>  |
|------------------|------------------|
| 100 ml nach Wahl | 8 gtt Grapefruit |
|                  | 3 gtt Basilikum  |
|                  | 2 gtt Jasmin     |

| <b>Trägeröl</b>  | <b>Aromaöle</b>  |
|------------------|------------------|
| 100 ml nach Wahl | 5 gtt Wintergrün |
|                  | 5 gtt Zeder      |
|                  | 2 gtt Bergamotte |

<sup>16</sup> Topisch bedeutet eine Anwendung an einer bestimmten Stelle des Körpers (lokale oder örtliche Anwendung).

<sup>17</sup> gtt = guttae = der Tropfen

## 5.4.2 Angst

Nachfolgende ätherische Öle können durch Einreibung, Waschung oder Raumbeduftung auf unterschiedlichste Art und Weise einen Einfluss auf das Symptom Angst nehmen. Die nachfolgende Auswahl erhebt keinen Anspruch an Vollständigkeit.

| Aromaöle  | Wirkungsspektrum   |
|---|--|
| Bergamotte  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ lösend</li> <li>➤ entspannend</li> </ul>                    |
| Blutorange  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ positiv stimulierend</li> </ul>                             |
| Strohblume  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ öffnet den Weg nach „innen“</li> </ul>                      |
| Lorbeer   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ gegen Angst (Kraft gebend in Lebenskrisen)</li> </ul>       |
| Grapefruit  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ hilft bei Kummer und Trauer</li> </ul>                      |
| Lavendel  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ aufhellend</li> </ul>                 |
| Manuka  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ stimmungshebend (klärt und belebt den Geist)</li> </ul>     |
| Muskatellersalbei   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ befreiend</li> </ul>  |
| Myrte   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ tiefe innere Unausgewogenheit lösen und reinigen</li> </ul> |
| Palmarosa   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ entspannend</li> <li>➤ beruhigend</li> </ul>                |
| Ravensara   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ zur Ruhe kommend</li> </ul>           |
| Römische Kamille (auch als „Kamille für die Seele“ bekannt) | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ beruhigend</li> <li>➤ entspannend</li> </ul>                |

|             |  |
|-------------|--|
| Rose        | ➤ baut Angstzustände ab                                |
| Sandelholz  | ➤ beruhigend<br>➤ gegen Angstzustände                  |
| Schafgarbe  | ➤ angstlösend  |
| Ylang Ylang | ➤ angstabbauend  |
| Zitrone     | ➤ entfaltet belebende Energie und aufmunternde Energie |

**Tiefe Ängste** (Stefflitsch et al. 2007, S. 520)

| Trägeröl       | Aromaöle            |
|----------------|---------------------|
| 30 ml Mandelöl | 9 gtt Narde         |
|                | 9 gtt Ylang Ylang   |
|                | 9 gtt Lavendel fein |

**Angstzustände /“Seelenwärmer“** (Schefflitsch et al. 2007, S. 393)

| Trägeröl         | Aromaöle          |
|------------------|-------------------|
| 100 ml nach Wahl | 5 gtt Benzoe Siam |
|                  | 7 gtt Bergamotte  |

**Angst** (Mertel 2006, S. 17)

| Trägeröl         | Aromaöle           |
|------------------|--------------------|
| 100 ml nach Wahl | 3 gtt Sandelholzöl |
|                  | 1 gtt Geraniumöl   |
|                  | 3 gtt Weihrauchöl  |

## 5.5 Ätherische Öle in der Palliativpflege

*„Das menschliche Leben kann nur beginnen, weil eine Duftspur das weiblichen und das männlichen Prinzip zueinander finden lässt. Der Embryo nimmt sein neues Universum bereits ganz am Anfang seiner Lebenszeit durch das Riechen war. So bietet es sich an, die letzten Tage und Stunden der menschlichen Existenz mit ätherischen Ölen zu begleiten, den Lebenskreis mit angenehmen Düften zu schließen“* (Zimmermann 2006, o.S.).

Deshalb sollten bei der Auswahl der Düfte bei Menschen frühere Lebenserfahrungen und Erlebnisse berücksichtigt werden. Die Ganzheitlichkeit in der Sterbebegleitung hat einen wesentlichen Einfluss und umfasst die authentische Zuwendung der Pflegepersonen zum Patienten. Des Weiteren können sanfte Berührungen in Kombination mit ätherischen Ölen einen beruhigenden, ausgleichenden bzw. anregenden Effekt auf die Psyche haben. Düfte und Berührungen sind die am längsten erhaltenen Wahrnehmungen, was bedeutet, dass über die Sinneswahrnehmung am längsten mit dem sterbenden Menschen kommuniziert werden kann (vgl. Steflitsch et al. 2007, S. 154f).

*„Selbst wenn das Tor zum Bewusstsein schon geschlossen ist, erreichen Wohlgerüche noch das Unterbewusstsein“* (Zimmermann 2006, o.S.).

Im Folgenden werden Mischungen genannt, die in der letzten Lebensphase in unterschiedlichster Form (siehe Kapitel 5.6.4) zur Anwendung kommen können.

**Wegbegleitungsöl** (Raab et al. 2005, S. 24)

| <b>Trägeröl</b> | <b>Aromaöle</b>           |
|-----------------|---------------------------|
| 100 ml Olivenöl | 4 gtt Zeder               |
|                 | 4 gtt Rose                |
|                 | 4 gtt Grapefruit komplett |
|                 | 8 gtt Lavendel            |

**Hilfe beim Abschied** (Partoll, M. 2008, S. 1)

| <b>Trägeröl</b> | <b>Aromaöle</b>  |
|-----------------|------------------|
| 100 ml Mandelöl | 5 gtt Neroli     |
|                 | 2 gtt Bergamotte |
|                 | 2 gtt Rose       |

**Sterbebegleitung** (Steflitsch et al. 2007, S. 520)

| <b>Trägeröl</b> | <b>Aromaöle</b>      |
|-----------------|----------------------|
| 30 ml Jojobaöl  | 1 gtt Vetiver        |
|                 | 2 gtt Rosa damascena |
|                 | 5 gtt Oud            |
|                 | 1 gtt Jasmin         |

**Ölmischungen zur Sterbebegleitung** (Steflitsch et al. 2007, S. 394)

| <b>Trägeröl</b>     | <b>Aromaöle</b>  |
|---------------------|------------------|
| 100 ml Öl nach Wahl | 3 gtt Amyris     |
|                     | 5 gtt Bay        |
|                     | 2 gtt Bergamotte |
|                     | 3 gtt Eisenkraut |

| <b>Trägeröl</b>     | <b>Aromaöle</b>      |
|---------------------|----------------------|
| 100 ml Öl nach Wahl | 7 gtt Melisse 100 %  |
|                     | 2 gtt Jasmin Absolue |
|                     | 2 gtt Ylang Ylang    |

| <b>Trägeröl</b>     | <b>Aromaöle</b>  |
|---------------------|------------------|
| 100 ml Öl nach Wahl | 6 gtt Sandelholz |
|                     | 4 gtt Patchouli  |
|                     | 4 gtt Vetiver    |

**Abschied** (Mertel 2006, S. 20)

| <b>Trägeröl</b>     | <b>Aromaöle</b>   |
|---------------------|-------------------|
| 100 ml Öl nach Wahl | 5gtt Zedernholzöl |
|                     | 1 gtt Rosenöl     |
|                     | 3 gtt Lavendelöl  |
|                     | 2 gtt Grapefruit  |

**Trauerbewältigung** (Mertel 2006, S. 18)

| <b>Trägeröl</b>     | <b>Aromaöle</b>    |
|---------------------|--------------------|
| 100 ml Öl nach Wahl | 1 gtt Rosenöl      |
|                     | 2 gtt Tonkabohneöl |
|                     | 1 gtt Kamilleöl    |

Des Weiteren gibt es spezielle Mischungen ätherischer Öle, die sich in den letzten Lebensphasen (siehe Kapitel 4.3.2.2 Fünf-Phasen-Modell nach Elisabeth Kübler-Ross) anbieten würden.

**Phase 1:**

|            |   |
|------------|---|
| Rosmarin   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt aufrichtend</li> <li>➤ bewusstsein stärkend</li> <li>➤ gibt geistige Klarheit</li> </ul> |
| Sandelholz | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ löst momentane Anspannung</li> <li>➤ gibt Ruhe</li> </ul>                                      |
| Orange     | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt harmonisierend</li> <li>➤ löst Verbitterung</li> </ul>                                   |
| Rose       | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ bringt wieder ins Lot</li> <li>➤ spendet Trost</li> </ul>                                      |

**Phase 2:**

|            |   |
|------------|---|
| Melisse    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt ausgleichend</li> <li>➤ mildert Emotionen</li> <li>➤ löst Wut und Ärger auf</li> </ul> |
| Sandelholz | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ hilft Aggressionen abzubauen</li> </ul>  |
| Lavendel   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt ausgleichend</li> </ul>  |
| Bergamotte | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt regulierend bei Gefühlsschwankungen</li> </ul>   |

**Phase 3:**

|             |  |
|-------------|--|
| Estragon    | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ stärkt die psychische Widerstandskraft</li> </ul>                   |
| Zeder       | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wirkt stärkend und aufbauend</li> </ul>                             |
| Zitrone     | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ erfrischt den Geist</li> <li>➤ fördert die Konzentration</li> </ul> |
| Petit Grain | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ hilft bei Enttäuschung und Trauer</li> </ul>                        |

#### Phase 4:

|            |   |
|------------|---|
| Lavendel   | ➤ wirkt beruhigend und ausgleichend                         |
| Immortelle | ➤ starke psychische Wirkung<br>➤ lenkt den Blick nach innen |
| Jasmin     | ➤ wirkt antidepressiv und gegen emotionales Leiden          |
| Tonka      | ➤ fördert das Wohlbefinden                                  |
| Mairose    | ➤ unterstützt bei tiefem seelischen Schmerz und Schock      |

#### Phase 5:

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Zimt                       | ➤ warmer Duft<br>➤ wirkt einhüllend<br>➤ löst Verspannung und Angst |
| Rose                       | ➤ lehrt Liebe und Geduld<br>➤ wirkt versöhnend                      |
| Benzoe                     | ➤ vermittelt Geborgenheit   |
| Zeder                      | ➤ wirkt tröstend  |
| Bergamotte                 | ➤ aktiviert die „Lichtkräfte“                                       |
| Immortelle („Schwellenöl“) | ➤ ermöglicht einen Schritt „weiter“ zu gehen                        |

Diese Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und bedeutet nicht, dass nur diese ätherischen Öle angewendet werden dürfen und sollen. Das Bedürfnis des Sterbenden steht mit seiner Individualität im Vordergrund und er bestimmt die Auswahl des Öles und seiner Anwendung (vgl. Kralik 2006 in Steflitsch et al. 2007, S. 409-411).

## **5.6 Anwendungsmöglichkeiten der Aromapflege**

Da ätherische Öle über einzigartige Eigenschaften verfügen und die Wirkungsmechanismen so breitgefächert sind, ergibt sich daraus eine Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten. Bevor jedoch die ätherischen Öle zur Anwendung kommen, müssen diese auf bestimmte Qualitätsmerkmale überprüft werden.

### **5.6.1 Qualitätskriterien ätherischer Öle**

Wie schon in einem vorangegangenen Kapitel erläutert wurde, sollten nur genuine und authentische ätherische Öle verwendet werden, die - wenn möglich - aus einem kontrollierten biologischen Anbau stammen. Folgende Merkmale sollten Beachtung finden:

- 100 % natürliches ätherisches Öl
- Deutscher und botanischer Name müssen am Etikett vermerkt sein, um Verwechslungen ausschließen zu können
- Angabe des Pflanzenteiles wie zum Beispiel Samen, Blätter, Blüten, Wurzeln, Fruchtschalen, aus denen das Öl gewonnen worden ist
- Herkunftsland
- Art des Pflanzenanbaues
- Gewinnungsverfahren wie Wasserdampfdestillation, Kaltpressung oder Extraktion
- Mengenangabe (sollte in ml erfolgen)
- Chargennummer
- Jahrgang
- Firmenname wegen möglicher Produkthaftungen
- Verwendungs- und Sicherheitshinweis

Des Weiteren sollte auch das Ölfäschchen aus Braunglas bestehen, sowie mit einem Tropfeneinsatz und kindersicherem Verschluss ausgestattet sein (Buchmayr et al. 2007, S. 25f).

## 5.6.2 Umgang mit Aromapflegeprodukten

Das Wissen um die Haltbarkeit ätherischer Öle ist von großer Bedeutung, da dadurch die sachgemäße Anwendung für den Patienten gewährleistet werden kann.

Es gibt drei Arten von ätherischen Ölen:

- Langlebige ätherische Öle, die aus Wurzeln, Blättern und Hölzern stammen wie zum Beispiel Sandelholz oder Zeder. Sie können eine Haltbarkeit von drei bis acht Jahren haben.
- Mittelempfindliche Öle, die aus Gräsern gewonnen werden – z. B. Zitronengras – können zwei bis drei Jahre nach Erstöffnung haltbar sein.
- Hochempfindliche ätherische Öle, die unter anderem aus Zitruschalen gepresst werden, können bis zu einem Jahr nach Anbruch verwendet werden (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 28f).

Ein weiteres Kriterium umfasst die Lagerung ätherischer Öle. Um Oxidationsprozesse zu vermeiden, müssen die Produkte licht-, luft- und wärme geschützt sein. Bei falscher Aufbewahrung können die Öle vorzeitig „altern“ und müssen in weiterer Folge verworfen werden.

Zuletzt muss der Anwender um die korrekte Dosierung Bescheid wissen, wobei die Individualität des Menschen im Vordergrund stehen sollte. Grundsätzlich können drei Dosierungsangaben festgelegt werden. Die niedrige, die mittlere und die hohe Dosierung. Wobei die letzte Form bereits den therapeutischen Bereich betrifft und somit nicht mehr in der Eigenverantwortung der Pflegeperson liegt (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 29f).

### 5.6.3 Sicherheit in der Anwendung ätherischer Öle

Wenn das zu verwendende ätherische Öl diesen Kriterien entspricht, muss mit dem betreffenden Patienten noch eine ausführliche Pflegeanamnese durchgeführt werden, um in weiterer Folge allergische Reaktionen ausschließen zu können. Diese Anamnese sollte folgende Fragen beinhalten:

- *Hat der Patient eine Allergie?*
- *Wie empfindlich ist die Haut des Patienten?*
- *Welche Hautpflege- und Kosmetikprodukte verwendet der Patient?*
- *Welche medikamentöse Therapie erhält der Patient?*
- *Wie ist seine momentane psychische Verfassung?*
- *Hat der Patient Duftvorlieben bzw. Abneigungen gegen bestimmte Düfte?* (Buchmayr et al. 2007, S. 31).

Nachdem diese Fragen abgeklärt worden sind, sollte eine schriftliche Einverständniserklärung einholen werden. Primär sollte der Patient diese eigenhändig unterzeichnen, wenn es sein Zustand aber nicht erlaubt, kann dies auch durch die Angehörigen erfolgen. Vor jeder Erstanwendung erfolgt ein Allergietest, auch wenn keinerlei allergischen Reaktionen nach Angaben des Patienten oder seiner Angehörigen vorliegen. Dieser kann auf der Innenseite des Ober- oder Unterarmes oder bei Säuglingen und Kleinkindern am Handrücken vorgenommen werden. Nach drei Minuten erfolgt die Kontrolle der Haut, wenn ein Juckreiz oder eine starke Rötung der Haut vorliegt, darf dieses Aromapflegeprodukt nicht Verwendung finden. Wenn der Patient bereits im Anamnesegespräch angegeben hat eine sensible Haut zu haben oder aber auch an Allergien zu leiden bzw. zu allergischen Reaktionen zu neigen, muss ein sogenannter Verträglichkeitstest durchgeführt werden, welcher dem oben genannten Testverfahren entspricht. Zusätzlich muss eine weitere Hautkontrolle nach 24 bzw. nach 72 Stunden durchgeführt werden (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 32).

#### 5.6.4 Anwendungsformen

Nach der Anamnese, der Auswahl der für den Patienten geeigneten ätherischen Öle und der Trägersubstanz, wobei der Synergieeffekt nicht außer Acht gelassen werden sollte – ätherische Öle sollten sich mit dem ausgewählten Trägerstoff in der Wirkung ergänzen – und unter Miteinbeziehung des Pflegeprozesses, gilt es nun die geeignete Anwendungsform unter Berücksichtigung der Individualität zu wählen. Dabei ist das Ziel der Anwendung bzw. der Behandlung abzuklären.

- Was will ich als Pflegeperson bei diesem Patienten erreichen?
- Was ist dem Patienten zuzumuten?
- Mit welcher Anwendungsform kann ich das Ziel am effektivsten und schonendsten erreichen?

Die häufigsten Anwendungsmöglichkeiten ätherischer Öle in der Gesundheits- und Krankenpflege zeigen die nachfolgenden Kapitel auf. Bei allen beschriebenen Anwendungsmöglichkeiten muss exakt auf die genaue Dosierung der ätherischen Öle und der zu verwendenden Emulgatoren geachtet werden. Emulgatoren müssen beigemischt werden, da sich die Öle mit dem Wasser nicht verbinden und somit keinen Effekt haben. Emulgatoren können sein:

- Meersalz
- Honig
- Schlagobers
- Milch
- Natürliche Seifengrundlage
- Kleie (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 16).

#### 5.6.4.1 Waschungen

In eine Waschschüssel werden 2-3 Liter Wasser gegeben und anschließend mit dem - je nach Hautzustand des Patienten - gewünschten Emulgator versehen. Dann erfolgt die Beimengung von 1 bis 3 gtt ätherischen Öles und die Verrührung mit der Hand. Die Waschung kann einerseits anregend und andererseits beruhigend durchgeführt werden.

Bei anregenden Waschungen darf die Wassertemperatur von 37 Grad nicht überschritten werden und dementsprechend anregende Öle sollten zur Anwendung kommen.

Waschungen, die der Beruhigung dienen, sollten mit einer Wassertemperatur um die 40 Grad durchgeführt werden, wobei das Hauptaugenmerk auf beruhigende und entspannende Öle liegt (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 17 und Werner et al. 2006, S. 68).

#### **Anregende Waschungen** (Raab et al. 2005, S. 25)

| <b>Trägersubstanzen</b>   | <b>Aromaöle</b> |
|---------------------------|-----------------|
| 1.000 ml Wasser           | 1 gtt Lavendel  |
| 10 ml Emulgator nach Wahl | 1 gtt Zitrone   |
|                           | 1 gtt Cajeput   |

#### **Beruhigende Waschungen** (Raab et al. 2005, S. 25)

| <b>Trägersubstanzen</b>   | <b>Aromaöle</b>  |
|---------------------------|------------------|
| 1.000 ml Wasser           | 2 gtt Lavendel   |
| 10 ml Emulgator nach Wahl | 2 gtt Bergamotte |

Des Weiteren können fiebersenkende oder ausgleichende Waschungen vorgenommen werden.

#### **Fiebersenkende Waschungen** (Raab et al. 2005, S. 25)

| <b>Trägersubstanzen</b>   | <b>Aromaöle</b> |
|---------------------------|-----------------|
| 1.000 ml Wasser           | 1 gtt Lavendel  |
| 10 ml Emulgator nach Wahl | 1 gtt Zitrone   |

#### **Ausgleichende Waschungen** (Raab et al. 2005, S. 25)

| <b>Trägersubstanzen</b>   | <b>Aromaöle</b>  |
|---------------------------|------------------|
| 1.000 ml Wasser           | 2 gtt Lavendel   |
| 10 ml Emulgator nach Wahl | 1 gtt Sandelholz |

#### **5.6.4.2 Voll- bzw. Teilbäder**

Wie bereits bei den Waschungen wird das Wasser mit einem Emulgator versehen, und je nach Füllmenge der Badewanne reichen 5-10 gtt ätherischer Öle aus. Bei Teilbädern erzielt die halbe Menge an ätherischen Ölen dieselbe Wirkung.

Die Wassertemperatur sollte hier zwischen 35 und 38 Grad liegen, wobei bei Patienten mit Kreislaufproblemen, die Wassertemperatur von 37 Grad nicht überschritten werden darf.

Die Badedauer liegt bei 10 bis 15 Minuten und der Patient sollte in dieser Zeit nicht unbeaufsichtigt sein. Anschließend empfiehlt es sich, eine Bettruhe von annähernd einer Stunde einzuhalten (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 18 und Werner et al. 2006, S. 67).

Bei Voll- bzw. Teilbädern können die ätherischen Öle nicht nur über die Haut aufgenommen werden, sondern gelangen auch durch Inhalation der Dämpfe in den menschlichen Organismus (vgl. Raab et al. 2005, S. 28).

**Beruhigende Bäder** (Mertel 2006, S. 6)

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>   |
|-----------------------|-------------------|
| Emulgator nach Wahl   | 5 gtt Lavendelöl  |
|                       | 3 gtt Rosenholzöl |
|                       | 2 gtt Petitgrain  |

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>   |
|-----------------------|-------------------|
| Emulgator nach Wahl   | 5 gtt Sandelholz  |
|                       | 3 gtt Kamilleöl   |
|                       | 2 gtt Weihrauchöl |

**Anregende Bäder** (Mertel 2006, S. 6)

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>  |
|-----------------------|------------------|
| Emulgator nach Wahl   | 5 gtt Rosmarin   |
|                       | 3 gtt Grapefruit |
|                       | 2 gtt Zitronenöl |

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>  |
|-----------------------|------------------|
| Emulgator nach Wahl   | 5 gtt Lemongrass |
|                       | 3 gtt Ingweröl   |
|                       | 2 gtt Pimentöl   |

**Kräftigende Bäder** ((Mertel 2006, S. 7)

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>       |
|-----------------------|-----------------------|
| Emulgator nach Wahl   | 5 gtt Wacholderholzöl |
|                       | 3 gtt Sandelholzöl    |
|                       | 2 gtt Zypressenöl     |

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>  |
|-----------------------|------------------|
| Emulgator nach Wahl   | 5 gtt Lemongrass |
|                       | 3 gtt Ingweröl   |

### 5.6.4.3 Wickel und Auflagen

Bis Anfang der 70er Jahre waren Wickel und Auflagen in der Pflege sehr weit verbreitet. Danach galten sie als veraltete Pflegemethode. Mitte der 80er Jahre erlebte diese Form der Pflege wieder einen Neubeginn und Zuspruch als alternative Pflegemethode. Erst seit dem Jahre 1999 gibt es Ausbildungen zur Fachfrau/zum Fachmann für Wickelanwendungen (vgl. Sonn et al. 2004, S. 7).

Folgende Unterscheidungsmerkmale bestehen zwischen Wickel und Auflagen. Bei Wickel werden ein oder mehrere Tücher zirkulär um den gesamten Körper gewickelt – Ganzkörperwickel – oder nur um einen Körperteil – Teilwickel –, wobei die innerste Auflage mit der jeweiligen Substanz bestrichen wird. Im Gegensatz dazu sind Auflagen, Kompressen oder Umschläge auf eine bestimmte Körperregion begrenzt. Das Innentuch kann mit einem Außentuch am ganzen Körper fixiert werden. Oftmals wird auch zwischen Innen- und Außentuch ein Zwischentuch gelegt, um die Wirkung der Substanz zu verbessern. Es wird zwischen Auflagen und Kompressen unterschieden. Auflagen kommen für größere Flächen, wie zum Beispiel für Bauchwickel und Kompressen für kleinere Flächen, wie Augenkompressen, zur Anwendung (vgl. Kränzle et al. 2006, S.194 und Sonn et al. 2004, S. 7).

*„Wickel und Auflagen sind Naturheilmittel, die im Körper die Selbstheilungskräfte anregen. Sie können bei Befindlichkeitsstörungen in Eigeninitiative oder auch bei schweren, akuten und chronischen Erkrankungen in Absprache mit dem Arzt therapiebegleitend angewendet werden. Gerade in der Palliativpflege kann mit Wickel und Auflagen der Körper sanft in seiner Eigenaktivität unterstützt werden, ohne ihn zu überfordern oder den Kreislauf zu belasten“* (Riehm in Kränzle et al. 2006, S. 194).

Die Verwendungsmöglichkeiten von Wickel und Auflagen sind vielseitig und beruhen meist auf einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren, wobei diese nicht nur lokal wirken, sondern auch Einfluss auf die gesamte physische und psychische Befindlichkeit des Menschen haben können.

Wickel und Auflagen können folgende Effekte haben:

- Die physikalische Wirkung von Wärme und Kälte, die meist die Durchblutung der Haut anregt
- Die spezifische Wirkung von unterschiedlichen Zusätzen unter anderem ätherischer Öle oder Heilkräutern
- Die Berührung, Nähe und Zuwendung, die mit dem Anlegen eines Wickels bzw. einer Auflage verbunden sind
- Das „Zur-Ruhe-Kommen“, durch die Einwirkzeit der Wickel oder Auflagen vorgegeben
- Aktivierung der Selbstheilungskräfte

Die Anwendung kann bei Säuglingen und Kleinkindern genauso erfolgen wie bei Erwachsenen, Schwer- und Schwerstkranken sowie sterbenden Patienten. Durch das Einhüllen geben die Wickel ein Gefühl von Geborgenheit und „Gehalten-werden“.

Die Durchführung erfolgt durch Anlegen des meist aus Leinen oder Baumwolle bestehenden Innentuches. Dieses Tuch wird mit einer in der Aromapflege folgendermaßen zubereiteten Substanz versehen: 1-3 gtt ätherischer Öle vermischt der Anwender in heißem oder handwarmem Wasser mit einem Emulgator. Anschließend erfolgt die Benetzung des Innentuches mit der fertigen Substanz. Danach wird ein Zwischentuch, welches als Temperatur- oder Feuchtigkeitssperre dienen soll, aufgelegt. Dieses besteht meist aus Baumwolle. Abschließend wird das Außentuch angebracht, das aus reiner Wolle bestehen sollte, um einerseits die Wärme zu speichern, und andererseits als Fixierung des Wickels oder der Auflage dient (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 18f und Buchmayr 2009, S. 3).

Die Verweildauer eines Wickels bzw. einer Auflage bestimmt die betreffende Person selbst.

Im Falle von unvorhergesehenen Missempfindungen oder Schmerzen müssen die Wickel sofort entfernt werden. Die Entfernung sollte in beiden Fällen rasch erfolgen. In weiterer Folge den Patienten gut abtrocknen, warme und trockene Kleidung anbieten und anschließend reichlich Flüssigkeit verabreichen. Wenn der Patient eine sehr trockene oder empfindliche Haut hat, sollte eine Hautpflege möglichst ohne Wirk- und Duftstoffe durchgeführt werden. Die Nachruzeit muss mindestens 15 Minuten betragen und entspricht der Dauer des eigentlichen Wickels bzw. der eigentlichen Auflage. Die Anwendungshäufigkeit sollte eher kurmäßig – wenige Tage bis Wochen – einmal pro Tag durchgeführt werden. Insbesondere in der professionellen Pflege sollte die Anwendung nur von Pflegepersonen vorgenommen werden, die auch das notwendige Hintergrundwissen in Form von Kenntnissen um die Wirkung, Indikationen und Kontraindikationen haben. Durch Fehler oder unsachgemäße Anwendung kann dem Patienten Schaden zugefügt werden. Diese Schäden können eine Verbrühung aber auch eine unerwünschte Auskühlung sein, und es können ein Wickel oder eine Auflage, die mit Substanzen bestrichen sind, auch allergische Reaktionen hervorrufen. Bei entsprechenden Krankheitsbildern können Anwendungen kontraindiziert sein (vgl. Sonn et al. 2004, S. 8-17).

#### **5.6.4.4 Natürliche Hautpflege**

Mit zunehmendem Alter, bei schwerstkranken und bei sterbenden Menschen verändert sich die Hautschicht. Die Haut wird dünner, da sich die Fettschichten reduzieren, und die Kollagen- und elastischen Fasern verlieren an Spannkraft.

Durch die Mangelversorgung der Haut mit Sauerstoff und Nährstoffen wird die Haut leicht reizbar und es kommt zu einer Verzögerung der Wundheilungsprozesse.

Die in der Pflege verwendeten natürlichen Hautpflegeprodukte bestehen meist aus einer Trägersubstanz und ätherischen Ölen und können je nach Bedarf ein- bis dreimal täglich angewendet werden. Dies sollte nach Möglichkeit auf der angefeuchteten Haut geschehen, da dadurch die Produkte schneller in die Haut resorbiert werden können. Die nachfolgende Auflistung ätherischer Öle für die natürliche Hautpflege stellt eine Empfehlung dar. Die Trägersubstanz kann entweder mit nur einem Öl oder mit mehreren Ölen vermengt werden, wobei dies vom Hautzustand des jeweiligen Patienten abhängt (vgl. Buchmayr et al 2007 S. 22f).

**Hautpflege bei fetter Haut** (Mertel 2006, S. 13)

| <b>Trägersubstanz</b>              | <b>Aromaöle</b>  |
|------------------------------------|------------------|
| 25 ml Jojoba- oder Aprikosenkernöl | 3 gtt Lavendel   |
|                                    | 2 gtt Bergamotte |
|                                    | 1 gtt Geraniumöl |
|                                    | 2 gtt Zitronenöl |

Jojobaöl oder Aprikosenkernöle werden gerne als Basisöl bei fettiger Haut verwendet, da diese nicht bis schwach fettend und sehr pflegend sind.

**Hautpflege bei empfindlicher Haut** (Mertel 2006, S. 13)

| <b>Trägersubstanz</b>   | <b>Aromaöle</b>  |
|-------------------------|------------------|
| 25 ml Basisöl nach Wahl | 3 gtt Honigöl    |
|                         | 1 gtt Rosenöl    |
|                         | 1 gtt Geraniumöl |
|                         | 3 gtt Kamilleöl  |

### Hautpflege bei trockener Haut (Mertel 2006, S. 13)

| Trägersubstanz       | Aromaöle         |
|----------------------|------------------|
| 25 ml Ringelblumenöl | 3 gtt Honigöl    |
|                      | 1 gtt Geraniumöl |
|                      | 3 gtt Jasminöl   |

Ringelblumenöl wirkt reinigend und pflegend, es unterstützt die trockene und beanspruchte Haut in ihrer Selbstregeneration.

### Hautpflege bei entzündeter Haut (Mertel 2006, S. 14)

| Trägersubstanz                         | Aromaöle         |
|--|------------------|
| 25 ml Nachtkerzen- oder Ringelblumenöl | 3 gtt Kamilleöl  |
|  | 1 gtt Geraniumöl |
|  | 2 gtt Rosenöl    |
|  | 2 gtt Neroliöl   |

Sowohl Nachtkerzen- als auch Ringelblumenöle haben eine positive Wirkung bei entzündeten Hautstellen und dienen gleichzeitig als Feuchtigkeitsspender.

#### 5.6.4.5 Massagen

Die Anwendung erfolgt in Form einer Ganz- oder Teilmassage mit ätherischen Ölen bzw. Ölmischungen, die mit einer Trägersubstanz vermischt auf den Körper aufgetragen werden. Zwei unterschiedliche Grifftechniken kommen zur Anwendung. Einerseits die Streichung (auch Effleurage genannt) und andererseits die Reibung (auch Friktion genannt). Die Streichung kann an der Oberfläche erfolgen, wobei die Streichrichtung vom Herzen weggehend und zum Ausgangspunkt zurückkehrend erfolgt.

Im Vordergrund steht hier die körperliche und geistige Entspannung des Patienten. Streichungen in der Tiefe werden dem Herzen entgegen durchgeführt.

Die Reibung ist eine Form der Druckmassage oder Knetung und findet bei Muskelverspannungen und bei Problemen der Hautdurchblutung Anwendung. Beide Formen können gezielte Reaktionen in der Haut, Muskulatur und Psyche hervorrufen. Im Gegensatz zu den medizinischen Massagen werden die Grifftechniken hierbei sanfter, ruhiger und langsamer ausgeführt und dadurch ist die Zeitdauer um ein Vielfaches länger. Im klinischen Alltag wäre jedoch eine längere Behandlungsdauer nicht möglich. Kleinere Einreibungen und Streichungen können während der Grundpflege vorgenommen werden. Sie haben ebenfalls einen nachweislichen Effekt auf den Patienten in Form einer therapeutischen Berührung, die als älteste Form der Kommunikation angesehen wird (vgl. Raab 2005, S. 27f und Zimmermann 2001, S. 91f).

**Belebendes Massageöl** (Mertel 2006, S. 12)

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>  |
|-----------------------|------------------|
| Basisöl nach Wahl     | 3 gtt Jasmin     |
|                       | 3 gtt Rose       |
|                       | 8 gtt Sandelholz |
|                       | 3 gtt Bergamotte |

**Massageöl bei seelischen Schmerzen** (Mertel 2006, S. 12)

| <b>Trägersubstanz</b> | <b>Aromaöle</b>    |
|-----------------------|--------------------|
| 50 ml Mandelöl        | 3 gtt Fenchelöl    |
|                       | 2 gtt Tonkabohneöl |
|                       | 2 gtt Zederöl      |
|                       | 4 gtt Mandarinenöl |

#### 5.6.4.6 Raumbeduftung

Die Raumbeduftung hat einerseits einen „Wohlfühlcharakter“ und andererseits können unangenehme Gerüche überdeckt werden. Je nach Anforderung besteht die Möglichkeit, aus unterschiedlichen Anwendungsformen zu wählen:

- Duftlampe: Diese dient ausschließlich dem häuslichen Gebrauch, da offenes Feuer – Teelicht oder Kerze – in klinischen Bereichen verboten ist.
- Elektrisch betriebene „Aromastones“: Diese werden nur handwarm verwendet. Somit besteht keine Gefahr der Verletzung in Form einer Verbrennung und sie sind mit Hilfe alkoholischer Desinfektionsmittel leicht zu reinigen, daher für den Klinikbereich geeignet. Das ausgewählte ätherische Öl wird in lauwarmes Wasser geträufelt und kann somit seine Wirkung entfalten.
- Elektrisch betriebener Aromastreamer: Hierbei bedarf es keiner Wärmeanwendung, da die ätherischen Öle ohne Trägersubstanz auf ein Vlies aufgebracht werden und diese in Folge durch Ventilation ihren Duft verströmen.
- „Duftfleckerl“: 1-2 gtt ätherischer Öle werden auf einen Tupfer, auf ein Taschentuch oder auf ein Wattepad geträufelt. Der Patient kann dieses einerseits direkt in der Hand halten oder andererseits dort platzieren, wo es für ihn angenehm erscheint.

Die Dosierung der ätherischen Öle hängt von der Raumgröße, der Intensität des ätherischen Öles und der Zimmertemperatur ab. Generell sollte die Raumbeduftung eher dezent sein und etwa eine Stunde andauern (vgl. Buchmayr et al. 2007, S. 24f und Werner et al. 2006, S. 66).

## 6 Zusammenfassung der Experteninterviews

Um den theoretischen Teil dieser Arbeit wissenschaftlich untermauern zu können, folgt im Rahmen des empirischen Teils die Auswertung der Expertengespräche mit Pflegepersonen. Diese Form der Datenerhebung wurde aus folgenden Gründen ausgewählt:

Einerseits kommt dem Experteninterview eine Sonderstellung zu, wenn es um das Erfassen von speziellen Wissensbeständen geht und andererseits besteht eine soziale Interaktion zwischen fragenden und befragten Personen.

Diese soziale Interaktion ist nicht nur rein auf den Wissensaustausch beschränkt, sondern eigenes Interesse und alltägliche Wahrnehmungen festigen das Gespräch. Wobei sich die empirische Forschung von der „alltagsweltlichen“ Wahrnehmung durch zwei wesentliche Punkte unterscheidet. Einerseits durch die Erhebung von Daten und der daraus resultierenden Objektivität und andererseits durch die Wiederholbarkeit der Beobachtungen (vgl. Bogner et al. 2005, S. 7ff und Gläser et al. 2009, S. 11ff).

*„Das Expertengespräch ist eine gute Methode, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren. Es ist dort angezeigt, wo das Wissen von Menschen gefragt ist, die in der Praxis in einem bestimmten Umfeld tätig sind“ (Mayer 2007, S. 183).*

Bei der Auswahl der Experten ist zu berücksichtigen, dass diese über eine langjährige Erfahrung und ein spezifisches Wissen bzw. Können, diese Thematik betreffend, besitzen. Oftmals besteht die Gefahr, dass Personen befragt werden, die zur Thematik eine umfangreiche Meinung und Anschauung haben, jedoch keine nennenswerten Erfahrungen und somit für das Interview und in weiterer Folge für die Auswertung der Daten keinen Benefit bringen.

Wer jedoch als Experte gilt, kann generell nicht beantwortet werden, da dies immer vom jeweiligen Thema und deren Inhalte abhängig ist (vgl. Mayer 2007, S. 183 und Bogner et al. 2005, S. 7ff).

Insgesamt wurden acht Experteninterviews mit Pflegepersonen aus den nachstehenden Bereichen durchgeführt:

- AKH Wien
- KH Göttlicher Heiland Wien
- Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Aromatherapie und Aromapflege
- Freiberufliche Pflegepersonen

Um sicherzustellen, dass die befragten Personen, als Experten zu bezeichnen sind, wurden folgende Kriterien festgelegt:

- Alle Befragten müssen eine Ausbildung in Aromapflege absolviert haben
- Alle Befragten müssen regelmäßig ihren Wissensstand im Rahmen von Fortbildungen in Bezug auf die Aromapflege erweitern
- Alle Befragten müssen in den jeweiligen Einrichtungen eine Mindestverweildauer von fünf Jahren nachweisen können
- Alle Befragten müssen mindestens drei Jahre die Aromapflege bei schwerstkranken oder sterbenden Menschen angewendet haben

Ziel der Expertengespräche war es nicht, möglichst viele Teilnehmer zu interviewen, sondern jene zu akquirieren, die für diese Thematik als besonders geeignet erschienen.

Die einzelnen Interviews wurden für unterschiedliche Tage geplant, damit im Anschluss die Auswertung in Form einer Transkription sichergestellt werden konnte. Die Dauer der Gespräche verlief unterschiedlich und betrug zwischen 30 und 70 Minuten.

Bei der Auswertung der Experteninterviews wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

1. Allgemeine Erfahrungen mit der Anwendung ätherischer Öle bei Palliativpatienten
2. Welche Anwendungsmöglichkeiten der ätherischen Öle bewirken bei Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen, einen gesicherten Benefit?
3. Haben bestimmte ätherische Öle nachweislich eine positive Wirkung auf Schmerz und Angst?
4. Können die unterschiedlichsten Formen der Anwendung die Lebensqualität der Betroffenen beeinflussen?
5. Welchen Stellenwert hat die Autonomie des Patienten bei der Anwendung der Aromapflege?
6. Beeinflusst die Aromapflege aus Sicht der Pflegepersonen das subjektive Empfinden der Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen?

Bei der folgenden Auswertung wurden die Aussagen der einzelnen Experten sprachlich überarbeitet, die wesentlichen Argumente unter Bezugnahme der oben genannten Schwerpunkte interpretiert und im Anschluss anhand von Fallbeispielen untermauert, wobei die einzelnen Interviews mit den Kürzeln A bis H gekennzeichnet sind.

## **Fragestellung 1**

*Allgemeine Erfahrungen mit der Anwendung ätherischer Öle bei Palliativpatienten*

**A:** Das Hauptthema ist bei Palliativpatienten die Entspannung, das Wohlbefinden, die Verbesserung der momentanen Lebenssituation bzw. der Lebensphase. Da ich selbst vor langer Zeit an einer schweren Krankheit gelitten habe, konnte ich am eigenen Körper spüren, welche Wirkung die Naturmedizin hat.

**B:** Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Wohlbefinden des Patienten und seinen Angehörigen. Man merkt, dass die Patienten ruhiger und entspannter werden und auch die Angehörigen oftmals die Situation besser bewältigen können.

**C:** Wesentlich ist, dass man auf der Station einen gewissen Grundstock an ätherischen Ölen bzw. Mischungen hat, die jederzeit von jeder Pflegeperson angewendet werden können. Wichtiger jedenfalls, als „Vieles“ zu haben und man aber mit der richtigen Anwendung nicht vertraut ist. Spezielle Mischungen wie das Sterbebegleitungsöl oder das Wegbegleitungsöl sind Standard an unserer Station und werden sehr häufig angewendet.

**D:** Ich kann nur über positive Erfahrungen berichten. Einerseits von Seite der Patienten und andererseits von Seite der Angehörigen. Oftmals bekommen wir Wochen bis Monate später einen Brief, in dem Angehörige sich nochmals dafür bedanken, wie wichtig es für sie war, „etwas tun zu können“. Die speziellen Öle, die bei der Sterbebegleitung eingesetzt werden, sind oftmals von den Angehörigen in Form von „Massagen“ bei den sterbenden Menschen angewendet worden.

**E:** Ein Grundsatz lautet „weniger ist mehr“, egal wann und bei wem die ätherischen Öle eingesetzt werden, es muss immer sorgfältig auf die Dosierung geachtet werden.

**F:** Ich denke, dass allen Patienten der Einsatz von Aromapflege gut tun würde, dies kann man nicht so strikt trennen. Es entspannt, ist angenehm, hebt das Wohlbefinden und unangenehme Gerüche können beseitigt werden.

**G:** Hier auf der Palliativstation haben wir nur gute Erfahrungen gemacht. Unsere Patienten haben eine gewisse Verweildauer auf der Station. Bei Verbesserung ihrer Lebenssituation werden sie nach Hause entlassen, mit der Zusicherung bei Verschlechterung des Zustandes jederzeit wieder aufgenommen werden zu können. Dadurch haben wir ein sehr gutes Verhältnis zu diesen Patienten und deren Angehörigen.

Wir wissen schon um die Wünsche Bescheid und versuchen auf diese, speziell in der Aromapflege, einzugehen.

**H:** Gute Erfahrungen haben wir einerseits mit beruhigenden Waschungen, die ätherische Öle als Zusatz haben, gemacht und andererseits mit Lavendelöl. Das Lavendelöl wird leicht angewärmt auf die feuchte Haut aufgetragen, dadurch kommt es zu einer rascheren Resorption und der Patient hat schneller ein Wohlgefühl.

## **Fragestellung 2**

*Welche Anwendungsmöglichkeiten der ätherischen Öle bewirken bei Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen, einen gesicherten Benefit?*

**A:** Streichungen und Berührungen jeder Art in Kombination mit ätherischen Ölen können dem Patienten Wohlbefinden bescheren. Alleine die Berührung vermag es, dass die Patienten ruhiger werden, da sie das Gefühl haben, nicht alleine zu sein.

**B:** Raumbeduftung, Waschungen und Streichungen lösen ein subjektives Wohlbefinden bei diesen Patienten aus. Oftmals kann der Patient keine verbale Rückmeldung geben, aber die objektiven Reaktionen wie Atmung und Herzfrequenz lassen positive Rückschlüsse zu.

**C:** Auf meiner Station sind Raumbeduftungen eine fast alltägliche Routine. Nicht nur die Patienten, sondern auch deren Angehörige wissen dies zu schätzen. Ob Waschungen oder Streichungen durchgeführt werden, obliegt dem Patienten. Da sehr oft die Angehörigen diese Tätigkeiten übernehmen, äußern die Patienten verbal oder nonverbal Wohlgefühl und Zufriedenheit.

**D:** Wickel und Streichungen sind nur kleine Ausschnitte in der vielfältigen Welt der Aromapflege, aber damit erzielen wir die besten Erfolge. Der Patient hat das Gefühl nicht alleine zu sein, erlebt Wohlbefinden durch körperliche Nähe sowie Zuwendung.

Oftmals ist schon ein entspannter Gesichtsausdruck Bestätigung für uns Pflegepersonen, dass es dem Patienten subjektiv besser geht.

**F und G:** Bei uns auf der Station wird den Patienten die Möglichkeit geboten, täglich ein Vollbad mit ätherischen Zusätzen zu nehmen. Da maximal vierzehn Patienten an unserer Abteilung sind, ausreichend Pflege- sowie ehrenamtliches Personal vorhanden ist, stellt dies kein Problem im Stationsalltag dar. Die Patienten nehmen das sehr gerne an, und die Rückmeldungen sind dadurch nur positiv. Des Öfteren sind auch die Angehörigen bei diesen Bädern anwesend und genießen die intime Atmosphäre.

**H:** Wir auf der Intensivstation haben gute Erfahrungen mit sogenannten Duftflecken gemacht. Der Patient entscheidet sich für einen Duft, welcher auf ein Stück Watte oder einen Leinenfleck geträufelt und in unmittelbare Nähe seines Kopfes gelegt wird. Ob diese Methode jedoch Beweis genug ist, dass ätherische Öle eine Wirkung haben oder nicht, wage ich zu bezweifeln.

### **Fragestellung 3**

*Haben bestimmte ätherische Öle nachweislich eine positive Wirkung auf Schmerz und Angst?*

**A:** Bei Schmerz würde ich je nach körperlichem oder seelischem Schmerz folgende ätherische Öle verwenden: Rose, da diese eine Wirkung auf tiefe seelische Schmerzen hat. Orange bitter wäre ein weiteres Öl, welches bei körperlichen Schmerzen unterstützend angewendet werden könnte. Bei Angstzuständen würde ich vorwiegend Bergamotte einsetzen. Dies ist ein sehr hilfreiches Öl, da es entspannend wirken kann. Des Weiteren Lorbeeröl, da es in bestimmten Lebenssituationen Kraft spenden kann und ganz wichtig ist das Lavendelöl, da es auf Körper und Geist sehr beruhigend wirken kann.

**B:** Bei uns auf der Station werden fünf Standardöle verwendet. Lavendelöl, Zitronenöl, Teebaumöl, Bergamotte und Rosenöl.

Je nach Bedarf wird eines dieser Öle verwendet oder spezielle Mischungen aus der Hausapotheke angefordert.

**C:** Schmerz- und angstlösende Öle sind hier in diesem Haus standardisiert. Die Apotheke im Haus hat in Zusammenarbeit mit Experten auf dem Gebiet der Aromatherapie und Aromapflege spezielle Mischungen angefertigt. Ein Beispiel wäre das sogenannte „Tiefe-Ängste-Öl“, die Trägersubstanz sind 50 ml Mandelöl mit 12 gtt Narde, 12 gtt Ylang Ylang und 12 gtt Lavendel. Mit dieser speziellen Mischung haben wir bei Patienten mit massiven Angstzuständen sehr gute Erfolge erzielen können. Ob diese Erfolge einerseits vom ätherischen Öl oder andererseits durch die Berührung erzielt wurden, kann ich nicht beantworten. Bei Schmerzen muss unterschieden werden, ob es sich um körperliche oder seelische Schmerzen handelt. Je nach dem, werden dann die unterschiedlichsten Öle bzw. Mischungen eingesetzt.

**D:** Wir haben sehr gute Erfahrungen mit Atlaszederöl bei Patienten mit Angstzuständen gemacht. Dieses Öl gibt Kraft und Ruhe bei Angstzuständen. Oftmals kann und will der Patienten nicht aussprechen, warum und wovor er Angst hat. Dies ist natürlich vom Pflegepersonal zu akzeptieren. Wir versuchen jedoch, auch in dieser Lebensphase Unterstützung anzubieten. Ein weiteres ätherisches Öl wäre das Kamillenöl. Dies hat eine beruhigende Wirkung auf die Seele und wirkt sehr entspannend. „Man vermag seine Gedanken vom Körper zu lösen und in seiner Mitte zu ruhen“. Bei Schmerzzuständen wird neben der medikamentösen Therapie des Öfteren Rose (wirkt auf seelischen Schmerz), sowie Minze (wirkt auf körperlichen Schmerz) eingesetzt.

**E:** Patienten, die unter Schmerzen leiden, bekommen leider ausschließlich medikamentöse Therapie, da Aromapflege vom ärztlichen Personal nicht anerkannt wird, einzig und allein die Raumbeduftung könnte angewendet werden. Dafür verwenden wir Rose, Lavendel, Melisse und Neroli.

Bei Angstzuständen versuchen wir, dem Patienten Zuwendung in Form von Streichungen zu geben.

Dabei verwenden wir Olivenöl, dem meist ein bis zwei Tropfen Palmarosaöl beigemischt werden. Dieses wirkt entspannend und beruhigend auf den Patienten.

**F und G:** Da wir eine Palliativstation sind, wurden vor längerer Zeit Standards festgelegt, welche Öle wann eingesetzt werden. Gute Erfolge bietet Bergamotte, da dieses Stimmungsschwankungen ausgleichen kann. Das Öl wirkt einerseits beruhigend und entspannend und andererseits anregend und tonisierend. Ein weiteres Öl, welches standardmäßig eingesetzt wird, ist das Lavendelöl, welches auch beruhigend und aufhellend zugleich wirkt. Speziell im seelischen Bereich, gleichsam wirksam für Patient und Angehörige ist das Neroliöl. Neroli stärkt die Wahrnehmungsfähigkeit, kann alte seelische Narben lösen und unbewusste Ängste und Verzweiflung „bewältigen“. Des Weiteren werden Mischungen verwendet, die von Aromapflegeexperten erarbeitet wurden.

**H:** Auf unserer Intensivstation sind Angst und Schmerz ein alltägliches „Problem“. Wir versuchen die Patienten so gut wie möglich zu unterstützen und bieten ihnen die Möglichkeit mit Hilfe von ätherischen Ölen in Kombination mit Waschungen und Bädern diese Situation leichter zu bewältigen. Cajeput und Lavendelöle werden meist dazu eingesetzt. Cajeput, da es eine Wirkung auf die Seele hat und ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Es ist angstlösend und wirkt seelisch aufrichtend. Lavendelöl, da es einerseits bei akuten Schmerzen unterstützen kann und andererseits zu Entspannung bei chronischen Schmerzen führt.

#### **Fragestellung 4**

*Können die unterschiedlichsten Formen der Anwendung die Lebensqualität der Betroffenen beeinflussen?*

**A:** Ja. Die Lebensqualität kann positiv beeinflusst werden, indem die Art der Anwendung so gewählt wird, dass das Wohlbefinden gesteigert als auch die Linderung von Schmerzen – seelisch oder auch körperlich – unterstützt wird.

**B:** Je nachdem, was der Patient mag oder nicht mag, kann seine Lebensqualität positiv oder negativ beeinflusst werden.

**C:** Ob die unterschiedlichen Formen der Anwendung einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben oder nicht, kann ich nicht beurteilen. Ich denke, dass ein Zusammenspiel vieler unterschiedlicher Dinge die Lebensqualität von Menschen zu beeinflussen vermag und speziell bei schwerstkranken oder sterbenden Menschen ist es oft nur eine Kleinigkeit, die in die eine oder andere Richtung Einfluss haben können.

**D:** Ich denke schon, dass unterschiedliche Faktoren die Lebensqualität in beide Richtungen beeinflussen kann. Auf meiner Station wird z. B. die Körperpflege nach den Richtlinien der Basalen Stimulation durchgeführt. Je nach Bedarf beruhigend oder anregend. Auf Wunsch können dem Wasser ätherische Öle beigemischt werden, um dadurch einen positiven Einfluss auf die Lebenssituation bzw. Lebensqualität nehmen zu können. Ob dies jedoch wissenschaftlich zu belegen ist, bezweifle ich, jedoch das „Bauchgefühl“ sagt mir, dass es dazu beiträgt, die Lebensqualität der uns anvertrauten Patienten zu erhöhen.

**E:** Ob es unbedingt die Anwendungen sind, die einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben, vermag ich nicht zu beantworten.

**F:** Was bedeutet Lebensqualität für jeden einzelnen Patienten? Dies muss primär hinterfragt werden, um diese Frage beantworten zu können. Jeder Mensch ist eine einzigartige Persönlichkeit, daher kann ich diese Frage nicht pauschal beantworten.

**G:** Gibt es so viele verschiedene Formen in der Aromapflege? Eher nein. Diese Teile, die im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich ausgeübt werden können, sind eher gering. Ob diese wirklich die Lebensqualität beeinflussen, vermag ich nicht zu beantworten. Was ich jedoch sagen kann, ist, dass es dem Patienten hilft, seinen letzten Weg zu gehen.

**H:** Ich denke schon, denn gerade auf Intensivstationen ist ein Pflegepersonalschlüssel gegeben, der es ermöglicht, wirklich Zeit zu haben und auf die individuellen Wünsche jedes einzelnen Patienten

eingehen zu können. Dadurch kann jene Form der Anwendung gewählt werden, die dem Patienten Wohlbefinden bringt und dadurch seine augenblickliche Lebensqualität gesteigert wird.

## **Fragestellung 5**

*Welchen Stellenwert hat die Autonomie des Patienten bei Anwendung der Aromapflege?*

**A:** Das Wichtigste ist, dass mit dem Patienten gesprochen wird. Man sollte sich als Pflegeperson die Zeit nehmen, ihm zu erklären, was die Aromapflege ist, und welche Möglichkeiten der Anwendung es gibt. Wichtig dabei wäre es, den Patienten an den Ölen riechen zu lassen, da die persönliche Bewertung - die sogenannte Duftbewertung - etwas sehr Individuelles ist. Sollte der Patient nicht mehr in der Lage sein sich zu verbalisieren, können die Angehörigen mit einbezogen werden.

**B:** Ob und wann die Aromapflege angewendet wird, wird dem Patienten bzw. deren Angehörigen kommuniziert. Wesentlich dabei ist, dass seine persönlichen Wünsche respektiert werden. Wenn der Patient nicht in der Lage sein sollte zu sprechen, kann mit Hilfe von Schreibtafeln kommuniziert werden.

**C:** Grundsätzlich bieten wir jedem Patienten an, die Grundpflege in Kombination mit ätherischen Ölen durchzuführen. Jedoch erst nach dessen Einwilligung, welche auch dokumentiert wird, kommen die Öle zum Einsatz. Vorweg wird auch noch ein Allergietest mit dem betreffenden Öl durchgeführt, um keine unnötigen Hautreizungen herbeizuführen.

**D:** Die betreuende Pflegeperson stellt fest, ob der Patient eine Pflege in Kombination mit ätherischen Ölen möchte oder nicht. Für den Fall, dass er sich nicht äußern kann, werden die Angehörigen mit einbezogen.

**E:** Wesentlich ist der Wille des Patienten. Wenn sich der Patient nicht mehr äußern kann, dann wird ein Gespräch mit den Angehörigen geführt und auch versucht zu eruieren, welche Düfte infrage kommen könnten.

**F und G:** Auch hier gibt es im Haus vorgeschriebene Richtlinien, ab wann und bei welchen Patienten die Aromapflege eingesetzt werden darf. Nach einem ausführlichen Gespräch, wird dies dokumentiert und in weiterer Folge müssen alle Pflegepersonen danach handeln.

**H:** Wie bei allen anderen Handlungen die mit oder bei einem Patienten durchgeführt werden, wird auch vor der Anwendung der Aromapflege der Patient gefragt, ob er dies möchte. Sind die Patienten beatmet, dann wird versucht mit Hilfe von Schreiftafeln zu kommunizieren oder die Angehörigen werden mit einbezogen.

## **Fragestellung 6**

*Beeinflusst die Aromapflege aus Sicht der Pflegepersonen das subjektive Empfinden der Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen, die am Lebensende stehen?*

**A:** Meiner Meinung nach ja. Einerseits kann es der Patient verbalisieren und andererseits kann man an seiner Körperreaktion - speziell an seinem Gesichtsausdruck - das Wohlbefinden erkennen.

**B:** Patienten, aber auch Angehörige geben uns die Rückmeldung, dass sie die Anwendung, in welcher Form auch immer, als sehr angenehm empfinden. Des Öfteren haben auch die Angehörigen die Möglichkeit, die Waschungen mit ätherischen Ölen als Zusatz durchzuführen und der Patient erlebt dies als eine sehr angenehme Art der Zuwendung.

**C:** Nicht nur das subjektive Empfinden der Patienten kann beobachtet werden, sondern auch das der Angehörigen. Speziell auf unserer Station, wo oftmals unangenehme Gerüche vorherrschen, berichten die Angehörigen, dass beim Betreten der Station ein guter Raumduft die ohnehin schon sehr angstbesetzte Situation erleichtert und man immer wieder vergisst, wo man sich eigentlich befindet.

**D:** Oftmals bekomme ich als Pflegeperson die Rückmeldung von Angehörigen, dass die Massagen oder Waschungen mit den „gutriechenden“ Ölen den Patienten sehr gut getan haben.

**E:** Die subjektiven Empfindungen sind natürlich sehr schwer bis gar nicht nachweisbar. Aus der Erfahrung heraus würde ich diese Frage mit einem „Ja“ beantworten. Oftmals erscheinen die Patienten entspannt und gelöster, wenn man diverse Anwendungen mit ätherischen Ölen durchgeführt hat.

**F:** Wie schon erwähnt, haben wir mit Patienten zu tun, die immer wieder kommen. Man kann über die Zeit Vertrauen aufbauen, und als erfahrene Pflegeperson schon abschätzen – auch subjektiv – ob die Aromapflege das Geschehen beeinflussen wird oder nicht.

**G:** Ich denke, dass professionelles Handeln auch subjektive Einschätzungen beinhaltet. Natürlich auch die Beobachtungsgabe, die durch langjährige Tätigkeit immer mehr geschult wird. Diese hilft, die Frage mit einem eindeutigen „Ja“ zu beantworten.

**H:** Beeinflusst die Aromapflege das Gesamtempfinden des Patienten oder sind es nicht eher verschiedenste Faktoren, die hier zusammenspielen? Was es auch immer sein mag, im Vordergrund muss der Patient stehen und diesem muss es ermöglicht werden, die letzten Monate, Wochen, Tage oder Stunden so zu verbringen oder so zu gestalten, dass dies mit seiner bestmöglichen Lebensqualität oder in seiner für ihn erträglichen Lebenssituation einhergeht.

### **Fallbeispiele**

**A:** In der Intensivstation wurde eine 20-jährige Frau aufgenommen, die einen schweren Autounfall erlitten hatte. Die Diagnose lautete Schädelhirntrauma mit sehr schlechter Prognose. Als bekannt wurde, dass das Leben der jungen Frau nicht mehr zu retten sei, wurden die Eltern ausführlich darüber aufgeklärt. Das Pflegepersonal versuchte die Eltern, die sich in einem Schockzustand befanden, zu unterstützen.

Sie boten ihnen an rund um die Uhr bei ihrer Tochter zu bleiben und gaben ihnen dadurch die Möglichkeit sie zu streicheln und zu berühren.

Bei diesen Streichungen wurde das Wegbegleitungsöl eingesetzt und die Eltern konnten unter Zuhilfenahme der Aromapflege ihre Tochter in eine andere Welt begleiten. Wochen später bekam das Pflegepersonal einen Brief, indem sich die Eltern nochmals bedankten und sie nie gedacht hätten, dass diese letzte Handlung an ihrer Tochter ein so schönes und beruhigendes Gefühl wäre, einen Menschen, den man so geliebt hat, begleiten zu dürfen und sie letztendlich auch in ihrer Trauerarbeit immer an diese Situation denken müssten.

**B:** Eine ältere Dame wurde nach massiven Verbrennungen auf die Intensivstation eingeliefert. Es wurde sehr schnell klar, dass sie keine Überlebenschance hatte. Die Tochter und der Sohn waren anwesend und wirkten sehr gefasst. Die Patientin kam in ein Einzelzimmer um den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich verabschieden zu können. Die Tochter äußerte den Wunsch, eine Kerze anzünden zu dürfen, was normalerweise in Krankenhäusern striktest verboten ist. Ich als betreuende Pflegeperson ermöglichte jedoch diesen Wunsch und fragte, ob ich ein ätherisches Öl beifügen dürfe. Dies wurde bejaht, da die Mutter gerne wohlriechende Düfte mag. Ich träufelte einige Tropfen in die Duftlampe und ebenso auf einen Leinenfleck, welchen ich in die Nähe des Kopfes legte. Dazu wurde das „Hilfe-beim-Abschied-Öl“ verwendet. Die Mutter ist wenige Stunden darauf verstorben. Bevor sie jedoch die Augen für immer schloss, öffnete sie diese noch ein letztes Mal, blickte sehr klar ihre beiden Kinder an und lächelte. Solche Momente des Abschiedes sind in meinem Herzen verankert und auch die Angehörigen haben sich Tage später nochmals bei mir persönlich für diese einzigartige Betreuung bedankt.

**C:** Ein junger Mann wurde nach einem Bauchstich an unsere Abteilung transferiert. Bald wurde klar, dass trotz Notoperation, der Patient nicht mehr zu retten sei. Er hatte eine junge Frau und ein kleines Kind. Die Frau erzählte uns, dass er in der Straßenbahn einen Streit schlichten wollte, und vollkommen unschuldig niedergestochen wurde.

Wir versuchten der Frau so gut es ging, diesen letzten Weg zu ebnen und boten ihr die Möglichkeit, ihren Mann nochmals zu waschen.

Sie nahm das Angebot dankend an und wir fragten sie, ob ihr Mann einen speziellen Duft sehr geliebt hätte. Ja, er hat Rosen gezüchtet, also haben wir dem Wasser wenige Tropfen Rosenöl beigemischt. Während die Frau ihren Mann gewaschen hat, konnte man sowohl objektiv als auch subjektiv beobachten, dass er ruhiger wurde und zuletzt in eine andere Welt hinüber gegangen ist.

**D:** Ein kleines Mädchen mit einem inoperablen Tumor wurde wochenlang bei uns behandelt, bis es sterben durfte. Alle zwei Tage musste ein Einlauf gemacht werden, was sowohl für das Kind als auch für uns sehr problematisch war. Das Kind hatte Angst und große Schmerzen. Im Pflorgeteam wurde beratschlagt, welche Möglichkeiten es noch gibt, außer zweitäglich einen Einlauf durchzuführen. Wir holten Rat bei einer erfahrenen Aromapflegeexpertin, die meinte, wir sollen es doch mit Bauchstreichungen versuchen. Zusätzlich sollten wir ein Öl verwenden, welches als Trägersubstanz Jojobaöl beinhaltet und je zwei Tropfen Lavendelöl sowie Orangenöl beimengen. Wir führten diese Bauchmassagen durch und wenige Stunden später konnte das kleine Mädchen ohne Einlauf Stuhl absetzen. Von diesem Tage an übernahmen die Eltern jeden zweiten Tag diese Streichungen und der gefürchtete Einlauf war vergessen.

**E:** Ein 50 Jahre alter Mann war von heute auf morgen sehr schwer erkrankt und Wochen später an diesen Folgen verstorben. Sein Sohn konnte seinen Vater nicht loslassen. Wir führten lange Gespräche mit dem Sohn und erklärten ihm, er möge seinen Vater gehen lassen. Der Sohn hatte dann in den letzten Stunden ein Ritual an seinem Vater vollzogen.

Im Nachhinein hatte er uns einen Brief geschrieben, dass diese Streichungen und das „Betun“ können, für ihn sehr wertvoll waren und er gerade dabei ist eine Ausbildung zu machen, die sich mit ätherischen Ölen beschäftigt.

**F:** Eine ehemalige Krankenschwester, 78 Jahre alt, war eine immer wiederkehrende Patientin an unserer Station. Sie litt seit sehr langer Zeit an einer Tumorerkrankung. Zusätzlich war ihr Allgemeinzustand sehr schlecht. Diesmal dachten wir, es sei das letzte Mal und dass sie unsere Station nicht mehr lebend verlassen können wird. Da sie sehr hohes Fieber hatte, führten wir Waschungen mit Lavendel- und Pfefferminzöl durch. Augenblicklich verbesserte sich ihr Zustand, aber immer nur für kurze Zeit. Nach zwei Tagen bat sie uns, noch einmal in einer Badewanne liegen und einen Rosengarten riechen zu dürfen. Wir erfüllten ihr diesen letzten Wunsch, indem wir Rosenöl ins Badewasser gaben. In der Nacht darauf verstarb diese Patientin ganz ruhig und mit einem Lächeln im Gesicht.

**G:** Eine 36 Jahre alte Frau mit Brustkrebs im Endstadium kam das erste Mal zu uns auf die Station. Sie war alleinstehend und hatte keinerlei Angehörige. Rasch wurde klar, dass die ehrenamtlichen Helfer hier Gutes tun könnten. Eine ältere Dame freundete sich rasch mit der Patientin an und übernahm - so weit möglich - sämtliche Grundpflegehandlungen. Die Patientin war Floristin und liebte Blumen über alles. Ab diesem Zeitpunkt wurden ätherische Öle verwendet, die die Patientin an Blumen erinnerten. Jedes Mal war sie sehr glücklich und eins mit sich und der Umwelt. Die Patientin verstarb nach drei Wochen, jedoch meinte sie noch davor, dass sie keine Angst mehr vor dem Sterben hätte und sie in einer anderen Welt ein Garten voller Blumen erwarten werde.

**H:** Ein 66 Jahre alter Mann kam zu uns auf die Intensivstation, nachdem er einen Suizidversuch mit Gift unternommen hatte. Als er gefunden wurde, war er nicht mehr ansprechbar. So lag er lange Zeit auf unserer Station. Nach der morgendlichen Grundpflege ölte ich seine Haut mit Jojobaöl und einem Tropfen Rosenöl ein. Da ich am Wochenende zuvor ein Aromaseminar besucht hatte, wusste ich wie Rosenöl wirkt und ich dachte ein Versuch kann nicht schaden.

Als ich schon am Weg aus dem Zimmer war, drehte ich mich nochmals um, da ich was vergessen hatte und sah, dass der Patient die rechte Hand zu seiner Nase führt und daran roch. Im ersten Augenblick bin ich sehr erschrocken, da zuvor wochenlang keinerlei Reaktion kam.

Von da an wurde täglich Rosenöl verwendet und der Zustand des Patienten verbesserte sich zunehmend. Nach weiteren Wochen konnte er in ein Rehabilitationszentrum entlassen werden.

## 7 Resümee und Ausblick

Anhand dieser Diplomarbeit wurde versucht einen Einblick in die unterschiedlichsten Anwendungsmöglichkeiten sowie Wirkungsweisen der Aromapflege bei Menschen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solcher die am Lebensende stehen zu geben, wobei Angst und Schmerz als Schwerpunkt im Vordergrund standen. Die Auswirkungen sowie das individuelle Empfinden dieser Pflegemaßnahmen wurden anhand von ausgewählter Literatur und wissenschaftlichen Studien fundiert. Die zusätzlich zur Literaturbearbeitung - anhand eines selbst erstellten Leitfadens - geführten Expertengespräche, ermöglichten einen direkten Praxisbezug durch die Einbeziehung der Meinungen von Experten aus den unterschiedlichsten Bereichen der Palliativpflege. Diese Aussagen konnten in weiterer Folge mit Fallbeispielen untermauert werden. Ergänzend wurden verschiedene Begriffsdefinitionen dargestellt, zugleich die unterschiedlichen Interpretationen dieser Begriffe und ihre schwierige Umsetzung in der Praxis erwähnt. Die dabei gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse ermöglichen einen ersten Einblick in das weitgefächerte Feld der Aromapflege.

Eine Schwerpunktsetzung umfasst die Auswirkungen ätherische Öle auf Angst sowie Schmerz und auf Menschen, die sich am Lebensende befinden. Anhand von Fachliteratur, Studien sowie Expertengesprächen wurde versucht, positive Ergebnisse aufzuzeigen. Viele Studien dazu sind sogenannte „Mischformen“ aus Aromatherapie und Aromapflege (Gedney et al., 2004; Barocellia et al., 2004; Hajhashemi et al., 2003; Christen et al., 2003; Marchand et al., 2002; Ghelardini et al., 1999). Daher sind die Ergebnisse meist nicht eindeutig der Aromatherapie bzw. der Aromapflege zuzuordnen. In der Literatur sind unterschiedliche Fallbeispiele angeführt, die die Auswirkungen ätherischer Öle – speziell wenn diese in unterschiedlichen Mischungen angewendet werden – bei Angst, Schmerz sowie in der Palliative Care positiv darstellen.

Im Vordergrund steht dabei das Erfahrungswissen jeder einzelnen Pflegeperson. Wissenschaftliche Studien, die die Nützlichkeit mit Ergebnissen belegen sollen, sind vor allem in der Aromatherapie zu finden. Die in dieser Arbeit belegten positiven Wirkungen beschränkten sich auf perkutane und nasale Anwendungsmöglichkeiten.

Des Weiteren wurden die unterschiedlichsten Anwendungsmöglichkeiten von ätherischen Ölen in Kombination mit herkömmlicher Pflege bei Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen die am Lebensende stehen, ausführlich erörtert. Einerseits konnte ein gesicherter Benefit mittels der Expertengespräche sowie deren Fallbeispielen aufgezeigt, und andererseits konnten wesentliche Aspekte der Anwendungsmöglichkeiten unter Zuhilfenahme aussagekräftiger Publikationen beleuchtet werden, wobei die hier bearbeitete Literatur sehr unterschiedliche Ansichten aufzeigt. Hierbei liegt der Fokus jedoch auf der Individualität jedes einzelnen Menschen. Dadurch ist eine allgemeingültige Beantwortung der eingangs gestellten Forschungsfrage nicht möglich. Da die Autonomie sowie die Lebensqualität des Patienten einen wesentlichen Stellenwert in der Pflege haben, wird vor Beginn einer pflegerischen Handlung in Kombination mit ätherischen Ölen, ein ausführliches Patientengespräch angestrebt. Hierbei stehen die Sichtweisen und Wünsche des Patienten, die oben genannte Thematik betreffend im Vordergrund. Da im weiteren Verlauf der pflegerischen Tätigkeiten den Anliegen des Patienten weitgehend entsprochen wird, können die unterschiedlichen Anwendungsmöglichkeiten einen individuellen Nutzen mit unterschiedlicher Ausprägung haben. Wenn dabei auch noch die Kraft, die in den ätherischen Ölen vorhanden ist, zielgerichtet zum Einsatz kommt, kann diesen Menschen zu einem persönlichen Wohlbefinden sowie zu einer gesteigerten Lebensqualität verholfen werden.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war es darzulegen, dass die Aromapflege aus Sicht der befragten Pflegepersonen das subjektive Empfinden der Patienten mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen oder solchen die am Lebensende stehen, beeinflusst. Das vielfältige Angebot der Aromapflege kann bei ordnungsgemäßer Anwendung und unter Berücksichtigung der Individualität jedes Einzelnen, jedem Menschen in seiner derzeitigen Lebenssituation eine gewisse Steigerung der Lebensqualität sowie seines Lebensgefühls, anbieten. Auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche und abgeleitet aus den Ergebnissen der von mir im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Expertengespräche, lassen sich zwar keine eindeutigen Ergebnisse bzw. Resultate ableiten, jedoch gewisse Erkenntnisse.

Aus den unterschiedlichen Gesprächen, mit erfahrenen Pflegepersonen und mit Patienten (diese Gespräche sind rein informativ und nicht als Bestandteil dieser Arbeit geführt worden), konnte ein subjektives Wohlbefinden bei unterschiedlichen Patientengruppen mit schweren, nicht heilbaren Erkrankungen, festgestellt werden. Die Beobachtungen dazu bzw. die Erfahrungswerte basieren rein auf subjektiven Empfindungen und es können daher keine weitreichenden Schlussfolgerungen abgeleitet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zur Thematik eine Vielzahl von Publikationen, oft populärwissenschaftlicher Art, die mehr auf unspezifischen Wirkfaktoren und Erfahrungswerten und weniger auf Studien und objektiven Daten basieren, gibt. Um jedoch die Aromapflege im Bereich der Palliative Care langfristig zu etablieren und als einen Teil der professionellen Pflegearbeit zu verstehen, ist es zukünftig notwendig, forschungsgestützte und evidenz-basierte Konzepte zu entwickeln. Ein Kriterium von Profession sind spezialisierte Fertigkeiten auf Basis theoretischen Wissens.

Professionelles Handeln verlangt ein Agieren nach systematischem und empirischem Wissen, das auf Wissenschaft beruhen kann (vgl. Kühne-Ponesch 2002, S. 11).

In weiterer Folge müssen Forschungslücken, fehlende Studien, Verallgemeinerungen sowie bestimmte Aussagen und Behauptungen zur Thematik, die sich jeder Nachprüfbarkeit entziehen aber Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben, weiterhin kritisch betrachtet und in weiterer Folge hinterfragt werden. Im Sinne des Zieles jedes Gesundheitsangebotes, dem erkrankten Menschen zu dienen, erscheint es hingegen sinnvoll und gerechtfertigt, alle jene Methoden einzusetzen, für die eine Wirksamkeit bereits nachgewiesen ist bzw. nachgewiesen werden kann. Komplementäre Maßnahmen gewinnen sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich international zunehmend als integrative Bestandteile des Gesundheitsangebotes an Bedeutung (vgl. Steflitsch et al. 2007, S. VII).

Aromapflege mit ihren ganzheitlichen Angeboten sollte als Ergänzung oder Unterstützung zu herkömmlichen Pflegemaßnahmen gesehen werden. Die Kombination von Aromatherapie, als integrativer Bestandteil der klassischen Schulmedizin, und Aromapflege mit ihren vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten, können den Körper und die Seele des betroffenen Menschen auf positive Art und Weise beeinflussen und damit auf einfache Art und Weise dem Patienten Wohlbefinden vermittelt sowie seine Selbstheilungskräfte angeregt werden.

*„Düfte lassen uns für einen Augenblick in Entspannung, aber auch in Aufregung verharren. Die Reaktion darauf ist so individuell verschieden, wie wir Menschen sind. Fakt ist, dass ätherische Öle Medium sein können, um positive Empfindungen hervorrufen und somit eine gute Hilfe in der palliativen Pflege für mehr Wohlbefinden sein können“* (Mertel, 2006, S. 3).

## Literaturverzeichnis

- Abrolat**, J.: Wissen im Krankenhaus besser nutzen. Einführung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“. In: Pflegewissenschaft 01/08. S. 5-8.
- Aulbert**, E. et al.: Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer GmbH.2008. 1. unveränderter Nachdruck.
- Augustin**, M. et al.: Phytotherapie bei Hauterkrankungen. Grundlagen-Praxis-Studien. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. 2004.
- Barocellia**, E. et al.: Antinoci-ceptive and gastroprotective effects of inhaled and orally administered Lavandula hybrida Reverchon „Grosso“ essential oils. In : Life Sciences. 2004/76. S. 213-223.
- Bäumler**, S.: Heilpflanzenpraxis heute. Porträts, Rezepturen, Anwendung. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. 2006.
- Bausewein**, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin-Palliative Care. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. 2007. 3. Auflage.
- Bédard**, D. et al.: The pain experience of post surgical patients following the implementation of an evidence-based approach. In: Pain Management Nursing. 2006/7. S. 80-92.
- Bierbach**, E. Naturheilpraxis Heute: Lehrbuch und Atlas. München: Urban & Fischer Verlag. 2009. 4. Auflage.
- Bogner**, A. et al.: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. 2005. 2.Auflage.
- Brunsch**, S.H.: Schmerzmittel im Mittelalter. In: Der Schmerz- 2007/4. S.331-338.

**Buchbauer, G. et al.:** Passiflora and limeblossom: Motility effects after inhalation of the essential oils and some of the main constituents in animal experiments. In: Arch Pharm (Weinheim). 1992. 247-248.

**Buchbauer, G.:** Über biologische Wirkungen von Duftstoffen und ätherischen Ölen. In: Wiener Medizinischer Wochenschrift 154/21-22. 2008. S. 218-221.

**Buchmayr, B. et al.:** Aromapflege Handbuch. Leitfaden für den Einsatz ätherischer Öle in Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialberufen. Pflach: Grasl Verlag. 2007.

**Buchmayr, B.:** Wickel und Kompressen. In: Forum Aromatherapie, Aromapflege, Aromakultur. 2009/34. S. 3

**Bullinger, M. et al.:** Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und medizinsoziologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe. 2000.

**Burgheim, W.:** Sterbende begleiten. In Geborgenheit bis zuletzt durch Palliative Care. Merching: Forum Verlag Herkert GmbH. 2005.

**Christen, L. et al.:** Pflege ohne und mit Anwendung von ätherischen Ölen: Eine kontrollierte Studie mit Patienten und Patientinnen einer rheumatologischen Akutabteilung. In: Pflege 2003/16. S. 193-204.

**Corner, J. et al.:** An evaluation of the use of massage and essential oils on the well being of cancer patients. In: International Journal of Palliative Nursing. 1995/1. S. 67-73.

**Dörner, K.:** Autonomie am Lebensende. In: Z Palliativmed 2005/6. S. 109-111.

**Engdal, S.:** Herbal use among cancer patients during palliative or curative chemotherapy treatment in Norway. In: Support Care Cancer. 2008/16. S. 763-769.

**Ernst, E.:** Komplementärmedizinische Forschung – eine Bilanz nach 10 Jahren. In: Wiener Medizinischer Wochenschrift 154/1-2. 2004. S. 32-36.

**Ernst, E. et al.:** Complementary/alternative medicine for supportive cancer care: development of the evidence-base. In: Support Care Cancer. 2007/15. S. 565-568.

**Ernst, E.:** Komplementärmedizin – eine kritische Analyse. In: Wiener Medizinischer Wochenschrift 158/7-8. 2008. S. 218-221.

**Fischer-Rizzi, S.:** Aromatherapie; Anwendung wohlriechender Pflanzenessenzen und ihre Wirkung auf Körper und Seele. Schweiz: AT Verlag Aarau. 2002. 3. Auflage.

**Fritsch, L.:** Schmerzen werden genauer und umfassender erfasst. In: Pflegezeitschrift 6/2007. S. 328-330.

**Fuchs N. et al.:** Systemic absorption of topically applied carvone: Influence of massage technique. In: J Soc Cosmet Chem 1997/48. S. 277-282.

**Gallacchi, G. et al.:** Schmerzkompendium. Schmerzen verstehen und behandeln. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 2005. 2.; neubearbeitete und aktualisierte Auflage.

**Gedney, JJ. et al.:** Sensory and affective pain discrimination after inhalation of essential oils. In: Psychosomatic Medicine 66/4. 2004. S. 599-606.

**Ghelardini, C. et al.:** Local anaesthetic activity of the essential oil of *Lavendula angustifolia*. In: Planta Med. 1999/65. S. 700-703.

**Gläser, J. et al.:** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. 2009. 3., überarbeitete Auflage.

- Glück, W.:** Medizinischer Einsatz ätherischer Öle. In: Ärzte Woche. 2005/10. S.12.
- Grond, S. et al.:** Systematik von Schmerzerkrankungen. In: Schmerztherapie, Band 1. Hrsg.: Beck, H. et al. 2002.
- Hajhashemi, V. et al.:** Anti-inflammatory and analgesic properties of the leaf extracts and essential oil of *Lavendula angustifolia* Mill. In: Journal of Ethnopharmacology. 2003/89. S. 76-81.
- Hauser, J.:** Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spirituelle Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH Verlag. 2004.
- Husebo, St. et al.:** Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 1998.
- Heinrichs, D. et al.:** Therapieeskalation bei progredienten neuropathischen Tumorschmerzen. In: Der Schmerz. 2006/5. S. 433-438.
- Heller, A.:** Palliative Care-Haltungen und Orientierungen. In: Lehrbuch-Palliative Care. Hrsg.: Knipping, C. Bern: Hans Huber Verlag. 2006.
- Herberger, G.:** Ganzheitlich beraten in der Pflege. Einsatz von Naturheilkunde, Qualifikation, Wege in die Selbstständigkeit. Hannover: Schlütersche Verlag. 2005. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage.
- Hirter, U. et al.:** Weg zu einer wirkungsvollen individuellen Pflege. In: Krankenpflege (Soins infirmiers) 2009/9. S.20-21.
- Hongratanaworakit, T. et al.:** Evaluation of the effects of East Indian Sandalwood Oil and Alpha-Santalol on humans after transdermal absorption. In: Planta Med. 2004/ 70. S. 3-7.

**Jäger, W.** et al.: percutaneous absorption of lavender oil from a massage oil. In: J Soc Cosmet Chem. 1992/43. S. 49-54.

**Kaerger-Sommerfeld, H.** et al.: Schmerz, Beeinträchtigung und Lebensqualität aus Sicht von Palliativpatienten - Fallbericht. In: Z Palliativmed. 2003/4. S. 59-65.

**Knasko, S.** et al.: Emotional state, physical well-being and performance in the presence of feigned ambient odour. In: J Appl Soc Psychol. 1990/20. S. 1345-1347.

**Knasko, S.:** Ambient odours effect on creativity, mood and perceived health. In: Chem Senses. 1992/17. S. 27-35.

**König, P.:** Autonomie und Autokratie. Über Kants Metaphysik der Sitten. Berlin: Walter de Gruyter & Co.1994.

**Kraft, K.:** Aromtherapie – Was ist gesichert? In: Erfahrungsheilkunde. 2008/57. S. 273-278.

**Kratschmar, A.** et al.: Hospiz- und Palliativführer Österreich. Wien: Bundeskanzleramt, Bundespressedienst Abteilung I /4. 2008.

**Kränzle, S.** et al.: Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2006.

**Kränzle, S.** et al.: Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2010. 3. Auflage.

**Kränzle, S.** et al.: Grundlagen und Besonderheiten der Palliativpflege. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2006.

**Kühne-Ponsch, S.:** Unveröffentlichtes Skriptum zur Weiterbildung Pflegeberater, Professionalisierung. 2002.

**Lerzynski, G.A.** et al.: Die Bewertung der palliativmedizinischen Patientenversorgung mithilfe der Palliative Care Outcome Scale (POS) in verschiedenen Versorgungsformen. In: Z Palliativmed. 2004/5. S. 19-27.

- Likar, R.** et al.: Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien: Springer Verlag. 2009.
- Luzia, M.:** Die Macht der Düfte. SBK Bildungszentrum Zürich. 2007.
- Maio, G.:** Und wo bleibt die Zuwendung? Zur Entpersonalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. In: Onkologe. 2009/15. S. 972-979.
- Marchand, S.** et al.: Odours modulate pain perception. A genderspecific effect. In: Physiology & Behaviour. 2002/76. S. 251-256.
- Mayer, H.:** Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Universitätsverlag. 2007. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage.
- Mc Caffrey, M.** et al.: Schmerz: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber Verlag. 1997.
- Menche, N.:** Pflege Heute. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer: 2004. 3. Auflage.
- Mertel, M.:** Aromatherapie in der palliativen Pflege. Schriftenreihe des Vereins zur Förderung des Hospizes am Städtischen Klinikum Gütersloh. 2006. Heft. Nr. 5.
- Metz, Ch.** et al.: Balsam für die Seele. Pflegen in Hospiz – und Palliativ Betreuung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. 2002.
- Montag, T** et al.: Besonderheiten der Pflege in der Palliativmedizin. In: Z Palliativmed 2007/8. S. 101-115.
- Müller, I.:** Die pflanzlichen Heilmittel bei Hildegard v. Bingen. Heilwissen aus der Klostermedizin. Freiburg in Breisgau: Herder Verlag. 1997.
- Müller-Busch, H.:** Palliativmedizin im 21. Jahrhundert-Was tun? Was unterlassen? In: Z Palliativmed 2000/1. S. 8-16.

**Noll, P.:** Diktate über Sterben und Tod. München und Zürich: Pendo. 2005.

**Oelmann, D.:** Das Fünf-Phasen-Modell zum Sterbeprozess nach Kübler-Ross. Norderstedt: GRIN Verlag. 2008.

**Osterbrink, J.:** Schmerzmanagement in der Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift. 12/06. S. 10-11.

**Partoll, M.:** Standard Pflege. Mischöle und Einzelöle für Einreibungen. In: Pflegestandard im KH Göttlicher Heiland in Wien. 2008. S.1-3.

**Pawlowsky, P.:** Warum ich Hospizbewegung & Palliative Care unterstütze. In: Hospiz- und Palliativführer Österreich. Hrsg.: Kratschmar, A. Wien: Bundeskanzleramt, Bundespressedienst Abteilung I /4. 2008.

**Peintinger, M.:** Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung. Wien: Springer Verlag. 2003

**Pipam, W.:** Lebensqualität und Schmerz bei Patienten einer medizinisch-geriatrischen Abteilung. Konzepte der Lebensqualität und Lebensqualitätsforschung. In: Focus NeuroGeriatric 2008/2. S. 37-44.

**Pleschberger, S. et al.:** Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas Universitätsverlag. 2005. 2., aktualisierte Auflage.

**Price, S. et al.:** Aromatherapie. Praxishandbuch für Pflege-, Kosmetik- und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber Verlag. 2009. 2., vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage.

**Raab, A. et al.:** Standards zur Aromapflege der Intensivstationen am AKH Wien. Wien. 2005.

**Raab, A.:** Aromapflege. Düfte für das Wohlbefinden. In: Pflegeintensiv. 2006/4. S. 6-11.

- Riess, J.:** Die Kunst der Aromapflege. Ein Handbuch für Pflegeberufe. Bielefeld: Roter Faden Verlag. 2007.
- Saunders, C. et al.:** Zur Geschichte der Hospizbewegung. Freiburg: Lambertus Verlag. 1999. 4., erweiterte Auflage.
- SBK und ÖKV International Council of Nurses: ICNP:** Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber Verlag. 2003.
- Schaeffer, D.:** Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Hrsg.: Rosenbrock, R. Berlin: Edition Sigma. 1994.
- Schmidt, R.:** Physiologie des Menschen mit Pathophysiologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 2005. 29. Auflage.
- Schnell, W.M.:** Ethik der Interpersonalität. Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG. 2005.
- Seligman, M.E.P.:** Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Beltz Verlag. 1979.
- Sonn, A. et al.:** Heilpflanzen in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag. 2004.
- Sonn, A. et al.:** Wickel und Auflagen. Alternative Pflegemethoden erfolgreich anwenden. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 2004. 2., überarbeitete Auflage.
- Specht –Tomann, M.:** Zeit des Abschieds, Sterbe- und Trauerbegleitung. Düsseldorf: Patmos Verlag. 1998. 2. Auflage.
- Speidel, H.:** Angst in der Palliativmedizin. In: Z Palliativmed. 2007/8. S.31-34.
- Stefan, H. et al.:** Praxis der Pflegediagnosen. Wien/New York: Springer Verlag. 2003. 3., vollständige überarbeitet und erweiterte Auflage.

**Steffen-Bürigi, B.:** Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Lehrbuch-Palliative Care. Hrsg.: Knipping, C. Bern: Hans Huber Verlag. 2006.

**Steflitsch, M. et al.:** Aromatherapie. Wissenschaft – Klinik – Praxis. Wien: Springer Verlag. 2007.

**Straff, W.:** Anwendung von Duftstoffen. Was ist mit den Nebenwirkungen? In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2005/48. S. 1400-1405.

**Striebel, W.:** Therapie chronischer Schmerzen. Ein praktischer Leitfaden. Stuttgart: Schattauer GmbH. 2002. 4. Auflage.

**Student, J.C. et al.:** Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag. 2007. 2. Auflage.

**Teuber, N. et al.:** Geschlechtsrolle und Schmerzerleben. In: Der Schmerz. 2006/20. S. 307-313.

**Ullrich, L. et al.:** Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 2005.

**Vickers, A. et al.:** Principles of complementary and alternative medicine for cancer. In: Oncology. An Evidence Based Approach. 2006. S. 194-203.

**Wabner, D. et al.:** Aromatherapie. Grundlagen, Wirkprinzipien, Praxis. München: Urban & Fischer Verlag. 2009.

**Warren, C. et al.:** Mood benefits of fragrance. In: Perfumer Flavorist. 18. 1993. S. 9-16.

**Weiss-Faßbinder, S. et al.:** Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Wien: MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH. 2003. 4., aktualisierte und ergänzte Auflage.

**Weissenberger-Leduc, M.:** Handbuch der Palliativpflege. Wien: Springer Verlag. 2002. 3., vollständig überarbeitete Auflage.

**Werner, M. et al.:** Praxis Aromatherapie. Grundlagen – Steckbrief – Indikation. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlag. 2006.

**Wörz, R.:** Schmerz ist ein Bewusstseinsphänomen.

In: Schmerztherapie. 2007/4. S. 14f.

**Wulf, Ch. et al.:** Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 1997.

**Zimmermann, E.:** Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe: Das Kursbuch zur Aromapraxis. Stuttgart: Sonntags Verlag. 2006.

3., völlig überarbeitete Auflage.

## **Internetseiten**

**Dobroschke-Bornemann, A.:** Palliative Care, Dezember 2004

[http://www.sterbebegleiter.de/hospiz/palliative\\_care.html](http://www.sterbebegleiter.de/hospiz/palliative_care.html)

(Stand: 23.12.2009)

**Bosshard, C. et al.:** Das Konzept Schmerz im Spital Bern

[http://www.pflegebern.ch/cms/typo3conf/ext/myth\\_repository/secure.php?u=0&file=fileadmin/user\\_upload/Praxis/Schmerz/01b\\_Konzept%20Schmerz](http://www.pflegebern.ch/cms/typo3conf/ext/myth_repository/secure.php?u=0&file=fileadmin/user_upload/Praxis/Schmerz/01b_Konzept%20Schmerz)

(Stand: 26.12.2009)

**Schuhmacher, W.:** Die Heilkunde der Hildegard von Bingen

<http://www.wolfgangschuhmacher.de/hildegardvonbingenspiritualitaet/bistumhildegard/bingen/gruss11.htm>

(Stand: 28.12.2009)

**Bundeskanzleramt:** Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997\\_108\\_1/1997\\_108\\_1.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf)

(Stand: 30.12.2009)

**Partoll, M.:** Aromapflege – Sein oder Schein. Wirkung von Aromaölen bei Schmerz und Angst. 2003

<http://www.pflegenetz.at/images/stories/Pflegeberaterinnen/Abschlussarbeiten/abschlussarbeit%20margit%20partoll.pdf>

(Stand: 13.01.2010)

**Bangkok Charta 2005**

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/e](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/e)

(Stand: 25.01.2010)

**Schuhrk, B.:** Naturmedizin

[http://naturmedizinalternativmedizin.suite101.de/article.cfm/die\\_wirkung\\_von\\_aetherischem\\_oel](http://naturmedizinalternativmedizin.suite101.de/article.cfm/die_wirkung_von_aetherischem_oel)

(Stand: 29.01.2010)

**Deutsch, E.:** Hand in Hand mit der Natur

[www.aromapflege.at/site/](http://www.aromapflege.at/site/)

(Stand: 29.01.2010)

**Wintergrest, R.:** cura aromatica

<http://www.cura-aromatica.de/german/index.html>

(Stand: 31.01.2010)

**Schlarmann:** Sterbephasen nach Kübler Ross

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Sterbephasen\\_nach\\_K%C3%BCbler\\_Ross](http://www.pflegewiki.de/wiki/Sterbephasen_nach_K%C3%BCbler_Ross)

(Stand: 10.01.2010)

**Flach, R.:** Albatros-Hospiz

<http://www.albatros-hospiz.de/hintergrund/schmerztherapie>

(Stand: 12.01.2010)

**Klein, K. et al.:** Herstellung von ätherischen Ölen

<http://www.tee.org/heilpflanzen/6seminar/6folie3.html>

(Stand: 24.01.2010)

**Thiele, M.:** Parfümherstellung

[www.optikur.de/.../beauty/Parfümherstellung.jpg](http://www.optikur.de/.../beauty/Parfümherstellung.jpg)

(Stand: 31.01.2010)

**Zimmermann, E.:** AiDA Aromatherapy International

<http://www.aromapraxis.de/aromatherapie/page1.html>

(Stand: 18.02.2010)

**Zimmermann, E.:** AiDA Aromatherapy International

<http://www.aromapraxis.de/aromatherapie/aromatherapie/aromatherapie/aromatherapie/page20.html>

(Stand: 19.02.2010)

**Reininger, R. et al.:** Schmerz: Symptomatik und Diagnostik

[vitamet.docmed.tv/typo3temp/pics/bild\\_visuell](http://vitamet.docmed.tv/typo3temp/pics/bild_visuell)

(Stand: 19.02.2010)

**Woggan, T.:** Schmerzskala

[www.klinikum-bremen-ost.de/.../schmerz\\_skala.gif](http://www.klinikum-bremen-ost.de/.../schmerz_skala.gif)

(Stand: 19.02.2010)

**Potschka, A.:** Neurochirurgische Schmerzpraxis

[http://images.google.de/imgres?imgurl=http://www.ohneschmerzen.de/homepage/wirbehandeln/library/imageschmerz\\_als\\_bewusstsein.jpg&imgrefl](http://images.google.de/imgres?imgurl=http://www.ohneschmerzen.de/homepage/wirbehandeln/library/imageschmerz_als_bewusstsein.jpg&imgrefl)

(Stand: 22.02.2010)

**Rommelfanger, A.:** Aromatherapie bei Palliativpatienten

<http://www.ukaachen.de/go/show?ID=4628017&DV=0&COMP=download&NAVID=5305073&NAVDV=0>

(Stand: 24.02.2010)

## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Nozizeptive Schmerzdiagramm .....                            | 25 |
| Quelle: Schmidt et al. 2005, S.318  |    |
| Abbildung 2: Weg des neuropathischen Schmerzes.....                       | 26 |
| Quelle: Potschka o.J., o.S  |    |
| Abbildung 3: Numerische Ratingskala .....                                 | 29 |
| Quelle: Wogga o.J., o.S.  |    |
| Abbildung 4: Visuelle Analogskala .....                                   | 30 |
| Quelle: Ullrich et al. 2005, S.306  |    |
| Abbildung 5: Visuelle Analogskala für kognitiv beeinträchtigte Personen . | 30 |
| Quelle: Reiningger et al. o.J., o.S.                                      |    |
| Abbildung 6: Einflussnehmende Faktoren auf die Schmerzempfindung ..       | 32 |
| Quelle: Bosshard et al., o.J., S.11                                       |    |
| Abbildung 7: Hospiz- und Palliativversorgung.....                         | 42 |
| Quelle: Kratschmar et al. 2006, S.9                                       |    |
| Abbildung 8: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen .....          | 44 |
| Quelle: Kratschmar et al. 2008, S.12                                      |    |
| Abbildung 9: Anzahl der betreuten Patienten.....                          | 44 |
| Quelle: Kratschmar et al. 2008, S.15                                      |    |
| Abbildung 10: Das erweiterte WHO Stufenschema zur Schmerztherapie         | 59 |
| Quelle: Flach 2006, o.S.  |    |
| Abbildung 11: Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross.....                | 63 |
| Quelle: Schlarmann 2009, o.S.   |    |
| Abbildung 12: Wasserdampfdestillation .....                               | 66 |
| Quelle: Klein et al. o.J., Folie 3  |    |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Abbildung 13: Extraktion .....     | 67 |
| Quelle: Klein et al. o.J., Folie 4 |    |
| Abbildung 14: Enfleurage .....     | 68 |
| Quelle: Klein et al. o.J., Folie 5 |    |
| Abbildung 15: Expression .....     | 68 |
| Quelle: Thiele o.J., o.S.          |    |

# Ulla Riegler

## Persönliche Daten

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| Geburtsdatum  | 18.03.1968                     |
| Wohnort       | Guntramsdorf, Niederösterreich |
| Nationalität  | Österreich                     |
| Familienstand | Lebensgemeinschaft             |

## Ausbildung

|           |  |
|-----------|--|
| 1974-1978 | Volksschule in Pitten  |
| 1978-1982 | Hauptschule in Pitten  |
| 1982-1986 | Bundesoberstufenrealgymnasium in Wr. Neustadt                              |
| 06/1986   | <b>Matura</b>  |
| 1987-1990 | Krankenpflegeschule am Krankenhaus Lainz                                   |
| 09/1990   | <b>Diplom der allgemeinen Krankenpflege</b>                                |
| 2005-2007 | Universitätslehrgang für LehrInnen für Gesundheits- und Krankenpflege      |
| 10/2007   | <b>Abschluss des Universitätslehrganges</b>                                |
| 2007-2010 | Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien |

## Berufliche Tätigkeit

|           |  |
|-----------|--|
| 1990-1993 | Diplomkrankenschwester im Krankenhaus Lainz an der 3. Medizinischen Abteilung                |
| 1993-1995 | Diplomkrankenschwester im Krankenhaus Lainz an der anästhesiologischen Intensivbettenstation |

|           |   |
|-----------|---|
| 02/1995   | Diplomkrankenschwester im unfallchirurgischen Schockraum am Allgemeinem Krankenhaus der Stadt Wien  |
| 2004-2007 | Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien             |
| Seit 2007 | Akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien |