

# Theorie des friedlichen Lebensendes

Mazreku Sadije, MSc, Pflegefachfrau, Dozentin,  
Haute École de Santé Vaud (HESAV) - Lausanne



# Präsentationsplan

- Die Autorinnen
- Ziel der Theorie
- Entwicklung der Theorie
- Verknüpfung zu Kernkonzepten der Pflege
- Die Hypothesen der Theorie
- Grundbegriffe der Theorie
- Relevanz für die Pflege
- Fallstudie
- Stärken und Grenzen der Theorie

# Verfasserin Shirley M. Moore



- Stellvertretende Forschungsdekanin und Professorin an der School of Nursing der Case Western Reserve University
- Sie erwarb einen Master-Abschluss in Psychiatrie und psychischer Gesundheit (1990) und einen Dokortitel in Krankenpflege (1993) an der Case Western Reserve University.
- Sie hat Pflge-theorien und Krankenpflege für alle Stufen von Krankenpflegeschülern unterrichtet und ein Programm für theoretische Forschung und Entwicklung geleitet. Sie hat eine Leidenschaft für Entwicklung von Theorien und betrachtet dies auch als eine wesentliche Fähigkeit für Student:innen.
- Sie hat mehrere Jahre mit verschiedenen Theoretikerinnen gemeinsam über Theorien reflektiert. Beeinflusst von diesen Erfahrungen trug sie zur Entwicklung und Veröffentlichung vieler Theorien bei.

(Alligood, 2014)

# Verfasserin Cornelia M. Ruland



- Cornelia M. Ruland promovierte 1998 in Krankenpflege an der Case Western Reserve University in Cleveland, Ohio.
- Sie ist Direktorin des Zentrums für gemeinsame Entscheidungsfindung und Pflegeforschung am Universitätskrankenhaus Rikshospitalet in Oslo, Norwegen.
- Sie ist Professorin in der Abteilung für Biomedizinische Informatik an der Columbia University in New York inne.
- Sie hat ein Forschungsprogramm ins Leben gerufen, das sich auf die Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung in klinisch herausfordernden Situationen konzentriert.
- Sie war Hauptinvestorin bei zahlreichen Forschungsprojekten.
- Für ihre Arbeit wurde sie mehrfach ausgezeichnet.

# Ihre Projekte



- Cornelia M. Ruland war Studentin einer Doktorand:innen Klasse von Shirley M. Moore.
- Sie hat mit ihren Pflegekolleginnen und -kollegen ein Projekt über Standards der klinischen Praxis in Norwegen zur friedlichen Sterbebegleitung von Krebspatienten abgeschlossen.
- Sie stützte sich auf diese Pflegestandards, um die Theorie des friedlichen Lebensendes zu entwickeln, und verfeinerte sie mit Moores Hilfe zu einer Theorie der mittleren Ebene.

(Ruland & Moore, 1998)

# Zweck der Theorie

- Etablierung eines Leitfadens für die Pflegepraxis in der Sterbebegleitung bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität unheilbar Kranker. Die Prozesse der Theorie konzentrieren sich auf pflegerische Interventionen mit dem Ziel, folgende Ergebnisse zu erzielen:
- Abwesenheit von Schmerzen
- Wohlbefinden (Komfort) erleben
- Wahrung der Würde und des Respekts vor der Person
- Im Frieden sein
- Nähe zu wichtigen Personen

# Entwicklung der Theorie des friedlichen Lebensendes

- Intermediate-Theorie, entwickelt 1998
- Theorie, die sich an den Bedürfnissen des Patienten orientiert
- Entwicklung für unheilbar kranke Patienten
- Diese Theorie basiert auf zwei Modellen:
  - Theorie von Donabedian
  - Brandts Präferenztheorie
- Pflegestandard "Sterbebegleitung"
- Empirische Evidenz aus direkter Erfahrung
- Evidenzbasiert

(Ruland & Moore, 1998)

# Verknüpfung zu Kernkonzepten der Pflege

## Zur Person:

Die Ereignisse und Gefühle der Erfahrung am Lebensende sind persönlich und individuell. Die Abwesenheit von Schmerz, Wohlbefinden, Würde und Respekt, Frieden, Nähe zu engen Freunden oder Betreuern tragen zu einem friedlichen Lebensende bei.

## Die Umgebung:

Dies ist das Familiensystem (der unheilbar kranke Patient und seine An- und Zugehörigen), das von Fachleuten in einem Akutkrankenhaus betreut wird, und der Prozess ist definiert als Massnahmen, die darauf abzielen, die folgenden Ergebnisse zu fördern: a) Abwesenheit von Schmerzen; (b) Wohlbefinden; (c) ein Gefühl der Würde und des Respekts; (d) Gefühl des Friedens und (e) Gefühl der Nähe zu engen Freunden und Betreuern. Die Infrastruktur des Gesundheitssystems und das Pflegepersonal müssen dem Patienten und seinen Angehörigen in dieser schmerzhaften Phase eine sichere, menschenwürdige und respektvolle Versorgung bieten.



# Verknüpfung zu Kernkonzepten der Pflege

## Krankenpflege:

Evaluierung und Interpretierung der Phänomene, die die Erfahrungen der Person am Lebensende widerspiegeln, und Anwendung von angemessenen Interventionen, um ein ruhiges Erleben der Situation zu erreichen oder aufrechtzuerhalten, auch wenn sich der Patient nicht verbal ausdrücken kann. Die Pflege muss den Patienten und seine Angehörigen in die Entscheidungsfindung über die Patientenversorgung einbeziehen, den Patienten mit Würde, Empathie und Respekt behandeln und auf die Bedürfnisse, Wünsche und Vorlieben des Patienten eingehen.

## Gesundheit:

Das Ziel der Sterbebegleitung ist nicht die Optimierung der Gesundheit des Patienten, sondern die bestmögliche Versorgung durch Technologie und Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens, um ein friedliches Lebensende zu erreichen. Die Aufrechterhaltung des Gesundheitszustands besteht nach dieser Theorie in der Kontrolle und Verabreichung von Analgetika und der Anwendung pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Interventionen, die zur Linderung des Leidens des Patienten beitragen.

# Hypothesen der Theorie

1. Die Ereignisse und Gefühle der Erfahrung am Lebensende sind persönlich und individuell.
2. Die Pflege ist entscheidend für ein friedliches Lebensende. Die Pflegefachkraft kann die Signale des Patienten interpretieren und angemessen eingreifen, um eine Friedenserfahrung aufrechtzuerhalten oder zu erreichen, wenn die Person nicht mehr kommunizieren kann."
3. Familie ist ein Begriff, der die für den betroffenen wichtigen Menschen einschliesst.
4. Das Ziel der Sterbebegleitung besteht nicht darin, die Pflege in dem Sinne zu optimieren, dass sie die beste, die technologisch fortschrittlichste sein muss. Ziel ist, die Behandlung durch den umsichtigen Einsatz von Technologie und Komfortmassnahmen zu maximieren, um die Lebensqualität zu verbessern und ein friedliches Lebensende zu erreichen.

# Grundbegriffe der Theorie des friedlichen Lebensendes

Keine Schmerzen haben (Not being in pain)



- Schmerzerfassung und Schmerzlinderung
- Pharmakologische- und nicht-pharmakologische Interventionen anwenden

## Wohlbefinden erleben (Experience of comfort)

- Vorbeugen, Überwachen und Lindern körperlicher Beschwerden
- Unterstützung zur Ruhe, Entspannung und Zufriedenheit anbieten
- Komplikationen vorbeugen



# Erfahrung von Würde und Respekt

- Einbezug des Patienten und der pflegenden Angehörigen in die Entscheidungsfindung
- Den Patienten mit Würde, Empathie und Respekt behandeln
- Aufmerksam sein für die Bedürfnisse, Wünsche und Vorlieben des Patienten



## In Frieden sein

- Emotionale Unterstützung bieten
- Der Bedarf des Patienten an Anxiolytika erkennen und evaluieren
- Vertrauen schaffen
- Praktische Beratung für Patient und Angehörige anbieten
- Auf Wunsch weitere Personen zur Unterstützung organisieren



# Nähe zu pflegenden Angehörigen

- Die Beteiligung der pflegenden Angehörigen in der Patientenversorgung fördern
- Aufmerksam sein für die Sorgen, Ängste und Fragen der Angehörigen
- Die Möglichkeit zu Nähe (Raum für Privatsphäre) mit nahen Angehörigen fördern

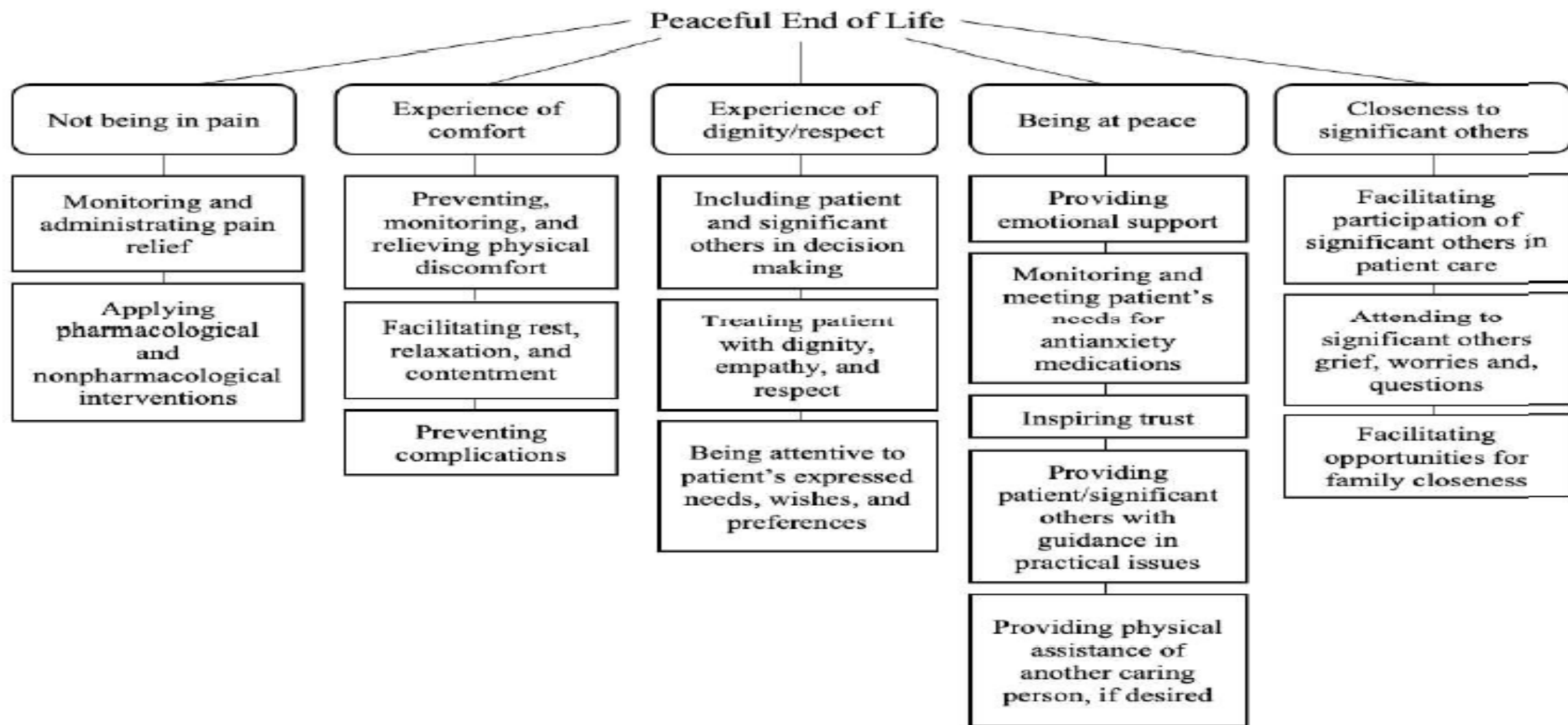


# Schematische Darstellung der Theorie des friedlichen Lebensendes





Figure 2. Relationships among the concepts of the Peaceful End of Life Theory<sup>15</sup>



## Relevanz für die Pflege



- ❖ Der Tod ist ein häufiges Phänomen in der Pflegepraxis
- ❖ Sterbekrise
- ❖ Der "gute Tod" ist eine hochgradig individualisierte Wahrnehmungen

(Fu & Glasdam, 2022; Hamdam et al, 2018; Kabengele et al, 2005; Kehl. K. A, 2006; Lo Monaco, 2020; Ollivier. F, 2007)

# Fallstudie

M. Jacquier Rémy

Ein 75-jähriger Mann mit Prostatakrebs im Stadium III. Der Tumor hat die an die Prostata angrenzenden Organe infiltriert. Herr Jacquier ist verheiratet und hat zwei Kinder. Aufgrund einer Zunahme der vorhandenen Symptome und der täglichen Hilfe, die erforderlich war, wurde er ins Krankenhaus eingeliefert.

Er und das Ärzteteam diskutierten eine Operation als Behandlungsoption. Herr Jacquier lehnte jedoch ab und möchte sich in der verbleibenden Zeit auf die Lebensqualität konzentrieren.

## Nicht unter Schmerzen leiden

Herr Jacquier wollte sich nicht operieren lassen, weil die Ärzte ihm sagten, dass sie ihn nicht heilen würde, ihm aber möglicherweise etwas mehr Zeit geben könnte. Er wollte nicht unter den Schmerzen der Operation und der Genesungsphase leiden.

## Konzept : Schmerzfreiheit

- Wenn Sie die Pflegekraft in der Abteilung von Herrn Jacquier wären, welche zusätzlichen Informationen würden Sie benötigen, um das Konzept "Schmerzfreiheit" umzusetzen?
- Welche möglichen Interventionen würden Sie in Betracht ziehen?

## Wohlbefinden erleben

Die Pflegefachkräften kommen regelmässig zu Herrn Jacquier und helfen ihm in eine Position, um die Atmung zu erleichtern. Sie achten nicht nur darauf, was er verbal berichtet, sondern auch auf nonverbale Signale wie Grimassen oder Schwierigkeiten beim Essen, Atmen oder Sprechen, um sicherzustellen, dass sie seine Beschwerden lindern können.

# Konzept Erleben von Wohlbefinden

- Welche zusätzlichen Maßnahmen könnten ergriffen werden, um das Konzept „Erleben von Wohlbefinden“ zu unterstützen, das neben dem physischen Aspekt auch andere Aspekte umfassen kann?

# Würde und Respekt erfahren

Herr Jacquier wollte ausser seiner unmittelbaren Familie keinen Besuch. Er erklärte seiner Pflegefachkraft, dass er nicht wollte, dass andere ihn in diesem Zustand sehen. Herr Jacquier war ein stolzer Mann und wollte nicht, dass seine Freunde Mitleid mit ihm haben. Die Pflegefachkräfte halfen ihm und seiner Frau, ein Formular zur Besuchsbeschränkung auszufüllen, und nur seine Kinder und seine Frau durften ihn besuchen.



## Konzept Erfahrung von Würde und Respekt

- Welche anderen Maßnahmen würden dazu beitragen, eine friedliche, respektvolle und würdevolle Erfahrung am Lebensende zu fördern, die mit den Grundsätzen der Theorie von Ruland und Moore übereinstimmt?

## In Frieden sein

Herr Jacquier nahm sich die Zeit, seine beruflichen, finanziellen und persönlichen Angelegenheiten zu organisieren. Er und seine Frau haben Vereinbarungen mit einer Kirche und einem Bestattungsinstitut getroffen. Er half auch, seine Verlegung in ein Hospiz zu arrangieren.

## Konzept in Frieden sein

- Wie beeinflussen Spiritualität und persönliche Überzeugungen die Wahrnehmung des Lebensendes und die Suche nach Frieden in dieser Zeit?

## Nähe zu An- und Zugehörigen

Herr Jacquier schätzte die regelmässigen Besuche seiner Kinder. Er freute sich jeden Tag auf die Ankunft seiner Frau. Diese Besuche und die Zeit, die er mit seiner Familie verbrachte, machten ihn glücklich, auch als er sich dem Ende seines Lebens gegenübersah.

## Konzept in Frieden sein

- Was sind Ihrer Meinung nach die Schlüsselemente, die zu einem friedlichen Lebensende für Patienten und ihre Angehörigen beitragen?
- Welche sozialen und kulturellen Faktoren könnten die Art und Weise beeinflussen, wie verschiedene Menschen ihr Lebensende wahrnehmen und erleben?

## 1. übergeordnete Frage zur Theorie

- Können Sie konkrete Beispiele nennen, in denen sich die Anwendung der Grundsätze dieser Theorie positiv auf das Lebensende eines Patienten oder einer Familie ausgewirkt hat oder auswirken würde?

## 2. übergeordnete Frage zur Theorie

- Was sind die potenziellen Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Theorie in realen Pflegekontexten und wie könnten sie bewältigt werden?



**Merci de votre  
attention**



# Références

- Adi Wijaya, Y., Yudhawati, N., & Ilmy, S. (2022). *Theory of Practice : A Peaceful End of Life (EoL) Related To The Development of Nursing Interventions In Supportive Therapy Area*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30137.65128>
- Alligood, Martha Raile. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8<sup>e</sup> éd.). Elsevier Health Sciences.
- Fu, C., & Glasdam, S. (2022). The 'good death' in Mainland China—A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100069>
- Hamdan Rodriguez, M., García, L., & Manrique Anaya, Y. (2018). NURSING CARE : DEATH WITH DIGNITY: APPLYING END OF LIFE THEORY. *Asian Academic Research Journal of Multidisciplinary*, 1.
- Kabengele Mpinga, E., Chastonay, P., Pellissier, F., Salvi, M., Bondolfi, A., & Rapin, C.-H. (2005). La « bonne mort » : Perceptions des professionnels de soins en suisse romande. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1), 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0004>
- Kehl, K. A. (2006). Moving toward peace : An analysis of the concept of a good death. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 23(4), 277-286. <https://doi.org/10.1177/1049909106290380>
- Li, X., Kongsuwan, W., & Yodchai, K. (2023). Attitude toward care of the dying and practice of peaceful end-of-life care in community hospitals in China. *International Nursing Review*, 70(3), 345-354. <https://doi.org/10.1111/inr.12812>
- Lo Monaco, M., Mallaci Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C., & Corrao, S. (2020). Human relationships in patients' end-of-life : A qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6), 975-980. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>
- Ngabonziza, S., Murekatete, M. C., Nyiringango, G., & Musabwasoni, S. M. G. (2021). Peaceful End of Life Theory : A Critical Analysis of Its Use to Improve Nursing Practice. *Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences*, 4(3), Art. 3. <https://doi.org/10.4314/rjmhs.v4i3.11>
- Ollivier, F. (2007). La « bonne mort » : Une durée idéale pour la fin de vie en unité de soins palliatifs ? *Frontières*, 20(1), 34-39. <https://doi.org/10.7202/017945ar>
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care : A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175. [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90069-0)