



Heiter weiter

Wie Humor die Lebensqualität von Bewohnenden in
geriatrischen Langzeitinstitutionen verbessert

Schaufelberger Noemi
18-667-170

Zimmermann Manuela
18-667-295

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: 2018
Eingereicht am: 07. Mai 2021
Begleitende Lehrperson: Ruhmann Doris

**Bachelorarbeit
Pflege**

«Lachen ist, wenn der Humor niest.»
Hänni (2020)

Abstract

Einleitung: Im Jahr 2019 lebten 160'191 Menschen in Schweizer Alters- und Pflegeheimen. Im hohen Alter schwindet die Lebensqualität immer mehr. Humor bringt verschiedene positive Effekte mit sich, unter anderem kann durch eine humorvolle Grundhaltung das Wohlbefinden gesteigert werden.

Ziel: Das Ziel dieses Literaturreviews ist herauszufinden, inwiefern Humor die Lebensqualität von Bewohnenden in geriatrischen Langzeitinstitutionen verbessert und wie Humor in den Pflegealltag integriert werden kann.

Methode: Mittels systematisierter Literaturrecherche wurden zwischen Juli und November 2020 in den Datenbanken CINAHL Complete, PubMed und PsycINFO passende Studien gesucht. Sieben quantitative Studien wurden in das Literaturreview eingeschlossen.

Ergebnisse: Durch Humor- beziehungsweise Lachtherapie kann die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnenden signifikant verbessert werden. Humor hat zudem einen positiven Einfluss auf Faktoren, welche die Lebensqualität beeinflussen. Beispiele dafür sind die Linderung von Depressionssymptomen, Schmerzen und Schlafproblemen. Wenn zusätzlich zu den Humor- beziehungsweise Lachtherapiesitzungen humorvolle Interventionen in den Pflegealltag integriert werden, kann die Lebensqualität weiter verbessert werden.

Schlussfolgerung: Humor verbessert die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnenden. Aufgrund dessen sollen Pflegefachpersonen Humor in den Pflegealltag integrieren, beispielsweise in Form einer Humorthherapie. Die Humorthherapie stellt eine nicht-pharmakologische, kostengünstige Intervention dar.

Keywords: humor, humour, laughter therapy, quality of life, well being, nursing home, long-term care, elderly, geriatrics

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1	Salutogenese	5
2.2	Humor als Widerstandsressource – Begriffsdefinition und Geschichte	6
2.3	Ausdrucksformen von Humor: Lachen und Lächeln	7
2.4	Effekte von Humor.....	8
2.5	Humor im Alter – Gerontologie und Geriatrie	9
3	Methode	10
3.1	Literaturrecherche	10
3.2	Ein- und Ausschlusskriterien	11
3.3	Evaluationsinstrumente	11
3.4	Vorgehen der Literaturrecherche.....	12
4	Ergebnisse	13
4.1	Übersicht der Studien	13
4.2	Studie 1	18
4.3	Studie 2	19
4.4	Studie 3	21
4.5	Studie 4	23
4.6	Studie 5	26
4.7	Studie 6	28
4.8	Studie 7	30
5	Diskussion	33
5.1	Gegenüberstellung der Studien	33
5.1.1	Population	33
5.1.2	Phänomen - Lebensqualität	34
5.1.3	Intervention	35
5.1.4	Signifikanz der Ergebnisse	37
5.1.5	Übertragbarkeit	38
5.2	Bezug zur Salutogenese	39
5.3	Limitationen	40
6	Theorie-Praxis-Transfer.....	41
7	Schlussfolgerung.....	43

Verzeichnisse	44
Literaturverzeichnis	44
Abbildungsverzeichnis	48
Tabellenverzeichnis	48
Wortzahl	49
Danksagung	50
Eigenständigkeitserklärung.....	51
Einverständnis- und Herausgabeerklärung	52
Anhang	53
A Zusammenfassung des Interviews mit Beat Hänni.....	53
B Searchhistory.....	55
C AICA.....	56

1 Einleitung

Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung in der Schweiz bei den Männern 81,4 Jahre und bei den Frauen 85,4 Jahre. Seit 1876 hat sich die Lebenserwartung verdoppelt. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit betrug im Jahr 2019 bei Männern 69,8 Jahre und bei Frauen 70,8 Jahre. Im Durchschnitt werden Frauen vier Jahre älter als Männer und die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich. Aufgrund der höheren Lebenserwartung leiden Frauen somit im höheren Lebensalter vermehrt an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen steigt die Nachfrage an stationären Versorgungsangeboten von pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren (Bundesamt für Statistik, 2019, S. 23). In der Schweiz wohnten im Jahr 2009 139'241 Seniorinnen und Senioren in einem Alters- oder Pflegeheim, 2019 waren es 160'191 (Bundesamt für Statistik, 2021). Dieser Unterschied zeigt auf, dass zunehmend mehr Menschen in Alters- und Pflegeheimen leben.

Der Bericht *Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim* der Berner Fachhochschule (2015) befasst sich mit der Pflege- und Lebensqualität in Schweizer Pflegeheimen. Das Ziel des Berichtes ist unter anderem, die Pflege- und Lebensqualität aus der Sicht der Pflegeheimbewohnenden zu untersuchen. Die Lebensqualität wird in die sechs Dimensionen Komfort, Alltagsgestaltung, Privatsphäre, Autonomie, Würde und Personenzentriertheit eingeteilt und miteinander verglichen. In der Dimension Personenzentriertheit wird erfasst, wie sich die Bewohnenden als Individuen wahrgenommen und behandelt fühlen. Dies beinhaltet zum Beispiel das Interesse der Pflegefachpersonen an den Werten, Vorlieben, Abneigungen sowie der Biografie der Bewohnenden. Die Auswertungen zeigen, dass diese Dimension durch die Bewohnenden am schlechtesten bewertet wird. Durch die niedrige Personenzentriertheit ist der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zwischen den Bewohnenden und dem Pflegepersonal beziehungsweise den Mitbewohnenden erschwert. Folglich fühlen sich die Bewohnenden einsam, was zu einer niedrigeren Lebensqualität führt (Berner Fachhochschule, 2015, S. 32, 33). Dadurch wird in diesem Bereich ein hohes Verbesserungspotential der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden gesehen.

Schmidt (2010, S. 846) legt in ihrem Artikel *Humor als Heilmittel* einige positive Wirkungen von Humor dar. Humor erleichtere die Kommunikation und helfe dabei eine Beziehung aufzubauen. Das gemeinsame Lachen bringe die Menschen näher zusammen. Im Pflegealltag könne Humor als Ressource genutzt und spontan eingesetzt werden. Somit soll Humor in den Pflegealltag integriert werden, um die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in Langzeitinstitutionen zu verbessern.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist herauszufinden, inwiefern Humor die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in geriatrischen Langzeitinstitutionen verbessert. Zudem soll aufgezeigt werden, wie Humor im Pflegealltag konkret integriert und Bestandteil der täglichen Pflege werden kann. Daraus wird folgende Fragestellung abgeleitet: Was sagt die Literatur zur Verbesserung der Lebensqualität durch Humor bei Bewohnerinnen und Bewohnern in geriatrischen Langzeitinstitutionen?

2 Theoretischer Hintergrund

Humor hat aus salutogenetischer Sicht einen Einfluss auf die Lebensqualität. Die Salutogenese befasst sich mit Faktoren, welche die Gesundheit beziehungsweise das Wohlbefinden von Menschen erhalten oder wiederherstellen (Schewior-Popp et al., 2017).

2.1 Salutogenese

Das Salutogenese-Modell nach Aron Antonovsky (1923-1994) beschreibt den Prozess der Gesundheitsentstehung oder Gesundheitsdynamik. In diesem Modell erläutert Antonovsky, welche Faktoren für die Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung benötigt werden und warum Menschen gesund bleiben, obwohl viele potenzielle gesundheitsgefährdende Einflüsse auf sie einwirken. Das Modell besteht aus den vier folgenden Konzepten: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Stressoren, Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl (Schewior-Popp et al., 2017, S. 208–210).

Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist ein dynamischer Prozess zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit. Als Synonym für die Gesundheit verwendet Antonovsky den Begriff Wohlbefinden. Gesundheit stellt sich als allmählich fluktuierender Prozess dar. Absolute Gesundheit ist ein Idealzustand, welcher nur schwer erreicht wird. Der Mensch wird sich immer zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit befinden.

Antonovsky beschreibt Stressoren als lebensnotwendig und interpretiert sie nicht als negativ. Da Menschen über eine wirkungsvolle Spannungsverarbeitung und über Widerstandsressourcen verfügen, können hohe Stressbelastungen bewältigt werden. Der Umgang mit einem Spannungszustand hängt von der Art der Spannungsverarbeitung eines Menschen ab. Die individuelle Spannungsverarbeitung wirkt sich darauf aus, wo sich der Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet (Schewior-Popp et al., 2017, S. 208–210).

Widerstandsressourcen sind die Merkmale und Eigenschaften, die einem Menschen ermöglichen, positiv mit Stressoren umzugehen. Antonovsky erwähnt physische, materielle, kognitive, emotionale, soziale und makrostrukturelle Widerstandsressourcen.

Das Kohärenzgefühl, auch Sense of Coherence genannt, entwickelt sich im Laufe des Lebens. Darunter wird die menschliche Grundhaltung, welche zuversichtliches Denken in Bezug auf die Bewältigung von Stresssituationen ermöglicht, verstanden. Antonovsky

beschreibt drei Komponenten des Kohärenzgefühls: das Gefühl von Verstehbarkeit, das Gefühl von Bewältigbarkeit und das Gefühl von Sinnhaftigkeit. Durch das Kohärenzgefühl werden alle vorhandenen Ressourcen eines Menschen aktiviert und koordiniert. Dies ermöglicht auf verschiedenste Stressoren mithilfe von generalisierten Widerstandsressourcen angemessen zu reagieren und verbessert die Spannungsregulation. Laut Antonovsky hat die Ausprägung des Kohärenzgefühls einen direkten Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden (Schewior-Popp et al., 2017, S. 208–210).

Stress entsteht, wenn die Spannungsbewältigung nicht adäquat umgesetzt werden kann. Dies führt zu negativen Erfahrungen und kranke Anteile im Menschen werden begünstigt. Durch die erfolgreiche Bewältigung der Stressoren und positive Lebenserfahrungen wird die Gesundheit gefördert, was zur Stärkung des Kohärenzgefühls und der Widerstandsressourcen führt (Huch & Jürgens, 2015, S. 45). Diverse Autoren haben sich damit befasst, wie Humor in das Modell der Salutogenese einfließen kann. Laut Siegel (2005, S. 36) kann richtig eingesetzter Humor das Gefühl der Verstehbarkeit, Bewältigung und Sinnhaftigkeit beeinflussen. Dadurch wird das Kohärenzgefühl gestärkt und der betroffene Mensch befindet sich einen Schritt näher an Gesundheit und Wohlbefinden (Siegel, 2005, S. 36). Lachen stärkt gemäss Effinger (2008, zitiert nach Frittm, 2012, S. 84, 85) die Widerstandskräfte und somit kann die Gesundheit sowie das Wohlbefinden verbessert werden.

2.2 Humor als Widerstandsressource – Begriffsdefinition und Geschichte

Humor wird vom lateinischen Begriff *umor* abgeleitet, welcher Feuchtigkeit oder Flüssigkeit bedeutet. Der römische Arzt Galen (129-199 n.Chr.) führte in seiner Säftelehre *Humores* die verschiedenen Temperamente der Menschen auf die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Körpersäfte zurück. Er verband zum Beispiel ein cholerisches Gemüt mit einem Überschuss an Galle (Bischofberger, 2002, S. 32). Ab dem 18. Jahrhundert wurde der Begriff Humor, unabhängig von der Säftelehre, als menschliche Grundhaltung angesehen. Bis ins 20. Jahrhundert wurde Humor als unhöflich oder sogar sündhaft bezeichnet, Gründe dafür werden in der Literatur nicht genannt (Zimmer, 2013). Bis heute wurde gemäss Heckl (2019) keine einheitliche Definition festgelegt, welche den Begriff Humor vollumfänglich beschreibt. Reiner Heckl, Chefarzt des neurologischen Klinikums Karlsbad, definiert den Begriff

folgendermassen: «Humor ist die Fähigkeit, sich leicht und gerne erheitern zu lassen, aber auch selbst gerne andere zu erheitern» (Heckl, 2019, S. 215).

Bis heute dient Humor als Strategie, um die Wirklichkeit bewältigen zu können (Zimmer, 2013). Der Duden (2020) definiert Humor wie folgt: «Fähigkeit und Bereitschaft, auf bestimmte Dinge heiter und gelassen zu reagieren». Diese Definition deutet darauf hin, dass Humor in bestimmten Situationen entspannend wirkt und somit als Bewältigungsstrategie eingesetzt werden kann. Zimmer (2013, S. 6) beschreibt Humor als Lebenskunst, die Unglaubliches an richtiger Stelle verändert und als Ressource, auf die in schwierigen Situationen zurückgegriffen werden kann.

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wird in diesem Literaturreview von folgender Arbeitsdefinition ausgegangen. «Wir sehen Humor als jede durch eine Handlung, durch Sprechen, durch Schreiben, durch Bilder oder durch Musik übertragene Botschaft, die darauf abzielt, ein Lächeln oder ein Lachen hervorzurufen» (Brenner, 1999, zitiert nach Müller, 2019, S. 33).

2.3 Ausdrucksformen von Humor: Lachen und Lächeln

Laut Hirsch (2019, S. 3–6) sind Lachen und Lächeln universelle menschliche Phänomene, welche in allen Kulturen vorkommen und Ausdruck von Humor sein können.

Lachen ist eine der ältesten Kommunikationsformen der Menschen und wird meist als unwillkürliche Körperreaktion auf eine humorvolle Situation definiert. Beim Lachen sind Veränderungen im ganzen Körper nachweisbar. Dazu gehören muskuläre, kardiovaskuläre und pulmonale Veränderungen, die Pupillendilatation, elektrokortikale Aktivitäten sowie die exokrine und endokrine Sekretion. Untersuchungen der letzten Jahre belegen eine vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen oder Endorphinen beim Lachen. Beim intensiven Lachen konnten signifikante neuroendokrinologische Veränderungen, wie zum Beispiel der Anstieg von T-Lymphozyten, festgestellt werden. Somit kann auf eine Stärkung des Immunsystems geschlossen werden. Das Lächeln ist eine dosierte Form des Lachens und betrifft im Gegensatz zum Lachen nur den Kopf beziehungsweise die Gesichtsmuskulatur. Lächeln zählt zu den kürzesten Verbindungen zwischen Menschen und kann Beziehungen stärken (Hirsch, 2019, S. 3–5).

2.4 Effekte von Humor

Humor bringt, wie schon erwähnt, verschiedene positive Effekte mit sich. Humor kann zum Beispiel als Kommunikationsmittel verwendet werden und somit die Lebensqualität beeinflussen. Beim ersten Kontakt zwischen Bewohnenden und Pflegefachpersonen wird Humor oft unbewusst als Kommunikationsmittel eingesetzt. Mittels eines heiteren Gesprächseinstiegs kann eine Vertrauensbasis geschaffen werden, welche zu einem späteren Zeitpunkt ermöglicht, schwierige oder unangenehme Situationen anzusprechen und zu bewältigen. Des Weiteren unterstützt Humor die Bewältigung von Stressoren. Die psychologische Funktion des Humors kann durch verbale oder nonverbale Kommunikation zur Verminderung von Anspannung und Ängstlichkeit führen (Bischofberger, 2002, S. 33, 34). Humor als Kommunikationsmittel kann gemäss dem salutogenetischen Ansatz die Lebensqualität durch Stärkung der persönlichen und sozialen Ressourcen verbessern (Kramer et al., 2014).

Die World Health Organization (WHO) (1997, S. 1) versteht unter dem Begriff Lebensqualität den Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Laut Schumacher et al. (2003, zitiert nach Kramer et al., 2014, S. 119) werden für den Begriff Lebensqualität häufig Synonyme wie subjektives Wohlbefinden, Zufriedenheit, Glück und Wohlstand benutzt. Laut Mattejat et al. (1998, zitiert nach Kramer et al., 2014, S. 119) umfasst Lebensqualität zwei Grundaspekte. Zum einen wird die objektive Handlungs- und Funktionsfähigkeit beschrieben. Zum anderen wird das subjektive Wohlbefinden beziehungsweise die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen physischen und psychischen Zustand, der Lebenssituation und der Lebensführung genannt (Mattejat et al., 1998, zitiert nach Kramer et al., 2014, S. 119). Das Erreichen der maximalen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ist in der Medizin ein relevantes Behandlungsziel (Kramer et al., 2014, S. 119). Laut Renneberg und Lippke (2006, S.30) beeinflussen die psychische Verfassung, körperliche Beschwerden, zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Interaktionen die Lebensqualität. Gemäss Coors und Kumlehn (2013) folgen auf die guten Jahre oft schwere Jahre im Alter. Körperliche Gebrechen und die daraus resultierende Pflegebedürftigkeit würden im Alter zunehmen. Zudem gehe das zunehmende Alter häufig mit demenziellen Erkrankungen einher. Diese Umstände würden zum Schwinden der Lebensqualität beitragen.

Ein weitverbreitetes Selbsteinschätzungsinstrument der Lebensqualität ist der Short Form 36 Health Survey (SF-36) (Renneberg & Lippke, 2006, S. 31). Der Fragebogen erfasse mit 36 Fragen die acht folgenden Dimensionen der subjektiven Gesundheit: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Bei jeder Untergruppe können die Patientinnen und Patienten Punkte zwischen 0 und 100 angeben. Je höher die Punktzahl ist, desto höher ist die Lebensqualität (Heidari et al., 2020).

2.5 Humor im Alter – Gerontologie und Geriatrie

Der Begriff Gerontologie setzt sich aus den Wörtern Geron - Alter beziehungsweise Greiss und Logos - Lehre zusammen. Gerontologie ist die Wissenschaft, welche sich mit den körperlichen, seelischen und sozialen Vorgängen des Älterwerdens auseinandersetzt (Wehner, 2019). Unter Geriatrie wird das medizinische Fachgebiet für Menschen ab dem 65. Lebensjahr verstanden (Universitätsspital Zürich, 2020). Die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen und ihre Behandlung befasst sich unter anderem mit den Themen Multimorbidität, Demenz und Sterbebegleitung (Wehner, 2019).

Gemäss Hirsch und Ruch (2010) sind nur vereinzelt wissenschaftliche Aussagen über die Rolle des Humors im Alter vorhanden. Laut Bowling (2007, zitiert nach Hirsch & Ruch, 2010, S.6) ist Humor ein Bestandteil des erfolgreichen Alterns. Gemäss Falkenberg (2010) verändert sich im Laufe des Lebens das Humorverständnis, die Humorproduktion und die Funktion von Humor. Bei älteren Menschen falle auf, dass Humor als Bewältigungsmechanismus von Stress eine besondere Bedeutung hat.

3 Methode

Das vorliegende Literaturreview basiert auf einer systematisierten Literaturrecherche. Die gefundenen Ergebnisse wurden anhand von vorgängig definierten Auswahlkriterien, welche in diesem Kapitel beschrieben werden, beurteilt.

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde von Juli 2020 bis November 2020 in den Datenbanken CINAHL Complete, PubMed und PsycINFO durchgeführt. CINAHL Complete und PubMed weisen umfangreiche englischsprachige Ergebnisse im Fachbereich Gesundheit auf. PsycINFO wird vor allem für das Berufsfeld der Psychologie als verlässliche Datenbank verwendet. In der Tabelle 1 werden Keywords zur Bearbeitung der Fragestellung aufgelistet.

Tabelle 1
Keywords

Kernelemente der Fragestellung	Schlüsselwörter	Keywords
Population	Bewohnerinnen und Bewohner in geriatrischen Langzeitinstitution	old people, elderly or old age, senior, geriatrics, older adults, elderly
Setting	Geriatrische Langzeitinstitution	long-term care, nursing home, residential care, assisted living, elderly home
Phänomen	Humor	humour, humor, laugh, laughing, laughter, comedy, jokes, laughter therapy
Outcome	Verbesserung der Lebensqualität	life quality, quality of life, well being, impact, effect, influence

Die definierten Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» verbunden sowie mit der Trunkierung «*» ergänzt. Die Literaturrecherche wurde mit den Limitationen Sprache und Publikationsjahr eingeschränkt. Aufgrund des Sprachverständnisses der Autorinnen sollen die Ergebnisse in englischer oder deutscher Sprache verfasst sein. Um die Aktualität der Literatur zu gewährleisten, wurden Studien, welche vor 2010 publiziert worden sind, ausgeschlossen. Ausser sie stellen eine Relevanz für das Literaturreview dar.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Recherche weiter einzugrenzen, wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche in der Tabelle 2 ersichtlich sind.

Tabelle 2
Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Erwachsene > 65 Jahre	Kinder, Jugendliche und Erwachsene < 65 Jahre
Setting	Alters- und Pflegeheime, geriatrische Langzeitinstitutionen	Akutspitäler, Spitexorganisationen, Rehakliniken, psychiatrische Institutionen
Länder	Industrialisierte Länder	Schwellen- und Entwicklungsländer

Humor kann in allen Settings des Gesundheitswesens einen positiven Einfluss haben. Um das Literaturreview einzugrenzen, wurden Akutspitäler, Spitexorganisationen, Rehabilitationskliniken und psychiatrische Institutionen ausgeschlossen, ausser deren Erkenntnisse sind relevant für dieses Literaturreview. Studien mit Probandinnen und Probanden unter 65 Jahren wurden ebenfalls ausgeschlossen, ausser sie wurden in geriatrischen Langzeitinstitutionen durchgeführt. Die Studien aus Schwellen- und Entwicklungsländern wurden nicht berücksichtigt, da sie sich nur teilweise auf das Schweizer Gesundheitssystem übertragen lassen.

3.3 Evaluationsinstrumente

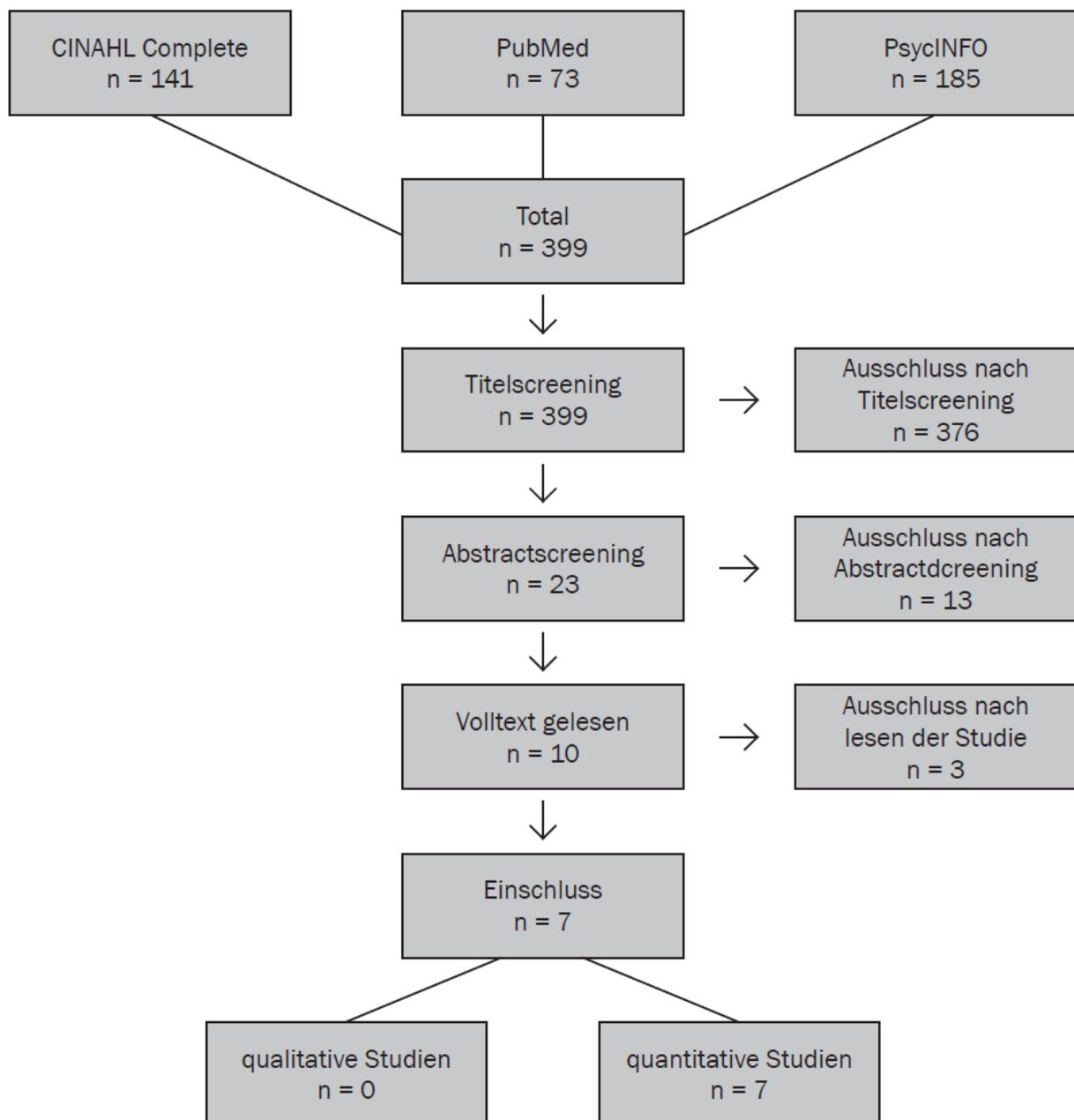
Das *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels* nach Ris und Preusse-Bleuer (2015) wurde zur Zusammenfassung, Würdigung und Beurteilung der Güte der eingeschlossenen Fachartikel verwendet. Mit diesem Instrument werden quantitative und qualitative Studien bewertet. Die quantitativen Studien wurden mittels der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeyczik et al. (2008) bewertet. Die Güte der qualitativen Forschungsartikel kann anhand der Kriterien Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit nach Lincoln und Guba (1985) beurteilt werden. Da keine qualitativen Studien in dieses Literaturreview eingeschlossen wurden, werden diese Kriterien nicht mehr aufgegriffen. Die Evidenz wurde mittels der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt und beurteilt.

3.4 Vorgehen der Literaturrecherche

Die Searchhistory ist im Anhang des Literaturreviews auf der Seite 55 ersichtlich.

Die Abbildung 1 zeigt die Suchstrategie der Literatur zur Beantwortung der Fragestellung.

Abbildung 1
Suchstrategie



4 Ergebnisse

Während der Literaturrecherche wurden sieben quantitative Studien gefunden, welche sich auf die Humorthherapie bei älteren Menschen in geriatrischen Langzeitinstitutionen beziehen. Die Rechercheergebnisse befinden sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009). Nachfolgend werden die zentralen Erkenntnisse der ausgewählten Studien vorgestellt, welche relevant für die Bearbeitung der Fragestellung sind. Im Anhang ab Seite 56 befinden sich deren detaillierte Zusammenfassungen und kritische Würdigungen, welche anhand des AICAs von Ris und Preusse-Bleuer (2015) erstellt wurden. Die Studien werden gemäss ihren zu untersuchenden Phänomenen geordnet. Die Studie 1 befasst sich mit der Auswirkung von Humor auf die Lebensqualität und wird deshalb als Erstes aufgeführt. Die Studien 2-7 befassen sich weniger konkret mit der Lebensqualität, sondern vielmehr mit Faktoren, welche die Lebensqualität beeinflussen.

4.1 Übersicht der Studien

Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Studien, welche zur Beantwortung der Fragestellung verwendet werden. Die Tabelle enthält die wichtigsten Anhaltspunkte der Studien und lässt einen ersten Vergleich zwischen den Studien zu.

Tabelle 3
Übersicht der Studien

Nr.	Titel	Referenz	Design	Stichprobe	Ziel	Intervention	Zentrale Ergebnisse
1	The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents	Kuru und Kublay (2017) Türkei	quasi-experimentelle Pre- und Poststudie	70 Probandinnen Probanden aus zwei privaten Pflegeheimen Einschluss: > 50 Jahre, Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit bei den täglichen Aktivitäten, Zustimmung zur Studienteilnahme Ausschluss: Hör- oder Wahrnehmungsprobleme, fortgeschrittene Demenz, Alzheimer-Krankheit, Depression, unkontrollierbarer Diabetes, Bluthochdruck, chirurgischer Eingriff mit Blutungsgefahr	Evaluation der Wirkung der Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden	Zweimal wöchentlich, à 30- 45 Min., insgesamt 21 Lektionen Versch. Kombinationen aus folgenden Elementen: Aufwärmübungen, rhythmisches Klatschen, Atem- und Lachübungen, Filme schauen, Spiele spielen, Singen, Wünsche aussprechen und Lachmeditation	Die Lebensqualität nimmt bei der Interventionsgruppe nach der Lachtherapie signifikant zu.
2	Effect of Laughter Therapy on Depression and Quality of Life of the Elderly Living in Nursing Homes	Heidari et al. (2020) Iran	kontrollierte semi-experimentelle Pre- und Poststudie	90 Probandinnen und Probanden aus Pflegeheimen Einschluss: > 60 Jahre; örtliche, zeitliche und persönliche Orientierung; keine Blindheit oder Schwerhörigkeit; bisher keine psychiatrischen Behandlungen; keine Erfahrung mit Trauer in den letzten sechs Monaten; kein Sanatoriumsaufenthalt seit mindestens sechs Monaten; keine akuten Erkrankungen; keinen Urlaub von mehr als einer Woche während des Studienzeitraums	Die Wirkung von Lachtherapie auf Depression und Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden zu untersuchen	Dreimal wöchentlich, à 60 Minuten, insgesamt zehn Lachtherapiesitzungen 30 Min.: musikalische und visuelle Folien und humorvolle Videos ansehen 15 Min.: glückliche und fröhliche Spiele spielen 15 Min. humorvolle Dinge und Witze erzählen	Nach der Lachtherapie zeigt sich eine signifikante Verbesserung der Depression und der Lebensqualität. Zwischen der Lebensqualität und der Depression der Probandinnen und Probanden besteht eine signifikante umgekehrte Verbindung.

3	Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study	Walter et al. (2007) Schweiz	quantitativ	40 Probandinnen und Probanden aus einer psychiatrischen Einrichtung Einschluss: > 65 Jahre, DSM-IV-Kriterien für Alzheimerkrankheit, schwere Depression oder eine Kombination aus beidem, erste depressive Episode nach dem 50. Lebensjahr Ausschluss: abnormale biologischen Befunde, akute medizinische Erkrankung, schwere kognitive Beeinträchtigung, Schizophrenie sowie Substanz- oder Alkoholabhängigkeit.	Untersuchung des Einflusses der Humorthherapie auf die subjektive Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit Altersdepression oder Alzheimerkrankheit	Alle zwei Wochen, à 60 Minuten Erzählen oder vorlesen einer humorvollen Geschichte, sprechen über biografische Episoden und glückliche Erinnerungen	Die Lebensqualität verbessert sich bei den Probandinnen und Probanden direkt nach der Humorthherapie, der Effekt hält jedoch nicht zwei Wochen an und ist nicht signifikant.
4	Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents	Zhao et al. (2020) China	einfach verblindete, quasi-experimentelle Kontrollgruppenstudie	74 Probandinnen und Probanden aus zwei privaten Pflegeheimen Einschluss: > 60 Jahre; selbstständiges Durchführen von grundlegenden alltäglichen Aktivitäten, keine Teilnahme an anderen Forschungen Ausschluss: Einnahme von Antidepressiva, Teilnahme an Psychotherapie, Kommunikationsschwierigkeiten, Glaukom, Epilepsie, Atemwegserkrankungen, schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Vorgeschichte mit grösseren chirurgischen Eingriffen	Evaluation der Durchführbarkeit und des Effektes der Humorthherapie in Bezug auf Depression, Angst, subjektives Wohlbefinden, kognitive Funktionen und Schlafqualität bei Pflegeheimbewohnenden	Wöchentlich während 60 Minuten, über acht Wochen Aufwärmen, schauen von humorvollen Filmen, Spiele spielen, Austausch untereinander durchgeführt von einer Pflegefachperson	Nach der Humorthherapie sind die Depressionssymptome signifikant niedriger. Zudem verbessert sich die Ängstlichkeit und die Schlafqualität der Interventionsgruppe signifikant. Das subjektive Wohlbefinden ist nach beiden Messzeitpunkten in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe.

5	The Sydney Multisite Intervention of Laughter-Bosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes	Low et al. (2013) Australien	einfach verblindete Cluster randomisierte Studie	398 Probandinnen und Probanden aus 36 Pflegeheimen Einschluss der Institutionen: staatlich anerkannt, max. eine Autofahrtstunde zur Universität, keine gleichzeitige Teilnahme an anderen Interventionsstudien, auf keine ethnische oder kulturelle Minderheitsgruppe oder medizinische Bedingung (ausser Demenz) ausgerichtet, keine Management- oder kulturelle Veränderungen Ausschluss der Bewohnenden: < 50 Jahre, Eintritt vor weniger als zwölf Wochen, risikoreiches Verhalten, schwere Kommunikationshindernisse, akutes Unwohlsein, häufige Spitalaufenthalte und terminale Symptome, Angst vor Clowns oder Fremden	Untersuchung der Wirksamkeit der Humorthherapie in Bezug auf die Verbesserung der Stimmung, Lebensqualität und des sozialen Engagements sowie die Verringerung der Unruhe und anderen Verhaltensstörungen von einzelnen Pflegeheimbewohnenden	Wöchentlich à 2h, insgesamt 9 - 12 Sitzungen Laughter-Boss-Schulungen ElderClown-Humortheriesitzungen bestehend aus Musik, Tanz, Witzen, individuell auf die Bewohnenden angepasst.	Die Unruhe wird durch die Humorthherapie signifikant verringert. Die Depression, Verhaltensstörungen und die Lebensqualität verändern sich signifikant. Je öfter die Bewohnenden teilnehmen, desto grösser die Verbesserung der Symptome.
6	The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial	Low et al. (2014) Australien	einfach verblindete Cluster randomisierte Studie	398 Probandinnen und Probanden aus 36 Pflegeheimen Einschluss der Institutionen: staatlich anerkannt, max. eine Autofahrtstunde zur Universität, keine gleichzeitige Teilnahme an anderen Interventionsstudien, auf keine ethnische oder kulturelle Minderheitsgruppe oder medizinische Bedingung (ausser Demenz) ausgerichtet, keine Management- oder kulturelle Veränderungen	Untersuchung der Wirkungen der Humorthherapie auf Unruhe, Engagement, positives Verhalten, Gefühle und Zufriedenheit mit Hilfe von Beobachtungsmethoden	Wöchentlich à 2h, insgesamt 9- 12 Sitzungen Laughter-Boss-Schulungen ElderClown-Humortheriesitzungen bestehend aus Musik, Tanz, Witzen, individuell auf die Bewohnenden angepasst.	Die Dauer des positiven Verhaltens gegenüber anderen, des aktiven abgekoppelten Verhaltens und der neutralen Stimmung steigt. Nach der Humorthherapie verlängern sich bei der Interventionsgruppe die glücklichen Momente und die Dauer der Unruhe verkürzt sich.

				Ausschluss der Bewohnenden: < 50 Jahre, Eintritt vor weniger als zwölf Wochen, risikoreiches Verhalten, schwere Kommunikationshindernisse, akutes Unwohlsein, häufige Spitalaufenthalte und terminale Symptome, Angst vor Clowns oder Fremden			
7	Investigating the Effect of Humor Therapy on Chronic Pain in the Elderly Living in Nursing Homes in Mashhad, Iran	Behrouz et al. (2017) Iran	randomisierte, kontrollierte Zwei-Gruppen-Studie	63 Probandinnen und Probanden aus zwei Pflegeheimen Einschluss: 60-85 Jahren, Mindestmass an Lese- und Schreibkenntnissen, seit mind. drei Monaten im Pflegeheim, mind. drei Monate lang chronische Schmerzen (ohne Krebs), keine grösseren Seh- und Hörbehinderungen, keine Depression oder andere kognitiven Störungen Ausschluss: bei mehr als zwei Sitzungen abwesend, Austritt aus dem Pflegeheim, plötzlich auftretende Krankheiten oder körperliche Probleme	Untersuchung der Wirkung der Humorthherapie auf chronische Schmerzen bei Pflegeheimbewohnenden	Wöchentlich, à 60 Minuten während sechs Wochen Vorstellungsrunde, Vorteile von Lachen, Freude und Jubeln aufzeigen, humorvolle Videoclips, Humorspiele, lustige Geschichten, humorvolle Musik, Witze, Gefühle äussern, Geschenke verteilen geleitet durch einen professionellen Moderator im Alter der Bewohnenden	Die Schmerzintensität wird von der Interventionsgruppe nach der Humorthherapie signifikant niedriger eingeschätzt.

4.2 Studie 1

Nachfolgend wird die Studie von Kuru und Kublay (2017) *The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents* zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Kuru und Kublay (2017) untersuchen die Wirkung der Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden.

Die Studie wird mit 70 Bewohnenden aus zwei privaten Pflegeheimen in Ankara, Türkei, durchgeführt. Die Einschlusskriterien sind ein Alter über 50 Jahre, die Selbstständigkeit bei den täglichen Aktivitäten und die Zustimmung zur Studienteilnahme.

Ausgeschlossen werden Bewohnende mit Hör- oder Wahrnehmungsproblemen, fortgeschrittener Demenz, Alzheimer-Krankheit, Depressionen, unkontrollierbarem Diabetes, Bluthochdruck oder einem chirurgischen Eingriff mit Blutungsgefahr. Nach Ausschluss der Dropouts nehmen in der Interventionsgruppe 32 und in der Kontrollgruppe 33 Probandinnen und Probanden teil. Die Studie weist ein quasi-experimentelles Pre- und Postdesign auf, demzufolge findet die Datenerhebung vor der ersten und nach der letzten Lachtherapie statt. Die Daten werden anhand von schriftlichen Fragebogen erhoben. Für die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird der SF-36 angewendet.

21 Lachtherapiektionen finden zweimal wöchentlich während 30 bis 45 Minuten statt. Die Lachtherapie beinhaltet verschiedene Elemente wie Aufwärmübungen, rhythmisches Klatschen, Atemübungen, Lachübungen, Filme schauen, Spiele spielen, Singen, Wünsche aussprechen und Lachmeditation.

Zur Datenanalyse wird bei normalverteilten Variablen der Paired t-Test und der Independent t-Test mit zwei Stichproben angewendet. Der Mann-Whitney-U-Test wird bei den Variablen durchgeführt, welche keine Normalverteilung aufweisen. Das Signifikanzniveau wird auf $p < 0.05$ festgelegt.

69 Prozent der Probandinnen und Probanden sind zwischen 60 und 79 Jahre alt. Zu Beginn der Studie werden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe beobachtet. Nach der Lachtherapie zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ($p < 0.01$). Kuru und Kublay (2017) machen deutlich, dass die Lebensqualität der Interventionsgruppe nach der Lachtherapie zunimmt. Pflegefachpersonen können die Lachtherapie zur Steigerung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden durchführen.

Kritische Würdigung

Die vorliegende Studie untersucht die Lachtherapie in Bezug auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden. Die Thematik wird mittels empirischer Literatur logisch hergeleitet. Das Design wird nachvollziehbar zum Studienziel gewählt. Die Stichprobe erweist sich als nicht repräsentativ, da sie lediglich Bewohnende zweier privaten Pflegeheime inkludiert. Zudem werden nur Pflegeheimbewohnende eingeschlossen, welche ihre Selbstständigkeit in den täglichen Aktivitäten aufrechterhalten können. Aufgrund der vielen Ausschlusskriterien ist eine Übertragung auf die Mehrheit der Pflegeheimbewohnenden fraglich. Die beiden Vergleichsgruppen sind homogen und können miteinander verglichen werden. Die Datenerhebung wird präzise erläutert und das verwendete Messinstrument erweist sich als valide und repräsentativ. Die Intervention wird von Kuru und Kublay (2017) nachvollziehbar beschrieben. Die Datenanalyse ist sinnvoll gewählt und die Tests werden entsprechend dem Datenniveau angewendet. Die Ergebnisse werden präzise beschrieben und anhand von Tabellen dargestellt. Weitere Studien sind nötig, welche die Lachtherapie bei Probandinnen und Probanden mit kognitiven Einschränkungen oder Kommunikationsproblemen anwenden. Zudem würde eine grössere Stichprobengrösse mit unterschiedlichen soziokulturellen Strukturen eine verallgemeinernde Aussage generieren.

4.3 Studie 2

Im folgenden Abschnitt wird die Studie von Heidari et al. (2020) *Effect of Laughter Therapy on Depression and Quality of Life of the Elderly Living in Nursing Homes* vorgestellt.

Ziel der Studie ist, die Wirkung der Lachtherapie in Bezug auf die Depression und Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden zu untersuchen. Heidari et al. (2020) stellen nachfolgend je drei Hypothesen und Forschungsfragen auf. Der Schweregrad der Depression in der Interventionsgruppe ist nach der Lachtherapie weniger als in der Kontrollgruppe. Die Lachtherapie senkt den Durchschnittswert der Depression. Die Lachtherapie verbessert die Lebensqualität in der Interventionsgruppe. Wie ist die Beziehung zwischen der Alterslebensqualität beider Gruppen in Bezug auf die demografischen Daten? Wie ist die Beziehung zwischen der Altersdepression beider Gruppen in Bezug auf die demografischen Daten? Wie ist die Beziehung zwischen der Lebensqualität und der Depression der beiden Gruppen?

Heidari et al. (2020) untersuchen 90 Pflegeheimbewohnende aus Abadeh, Iran. Eingeschlossen werden Bewohnende, welche älter als 60 Jahre alt, vollständig örtlich, zeitlich und persönlich orientiert sind und an keiner Blindheit, Schwerhörigkeit oder akuter Erkrankung leiden. In ihrer Vorgeschichte sollen keine psychiatrischen Aufenthalte und Behandlungen vorkommen. In den letzten sechs Monaten sollten sie keine Trauer erlebt und keinen Sanatoriumsaufenthalt gemacht haben. Zudem dürfen sie keinen Urlaub ausserhalb des Pflegeheimes von mehr als einer Woche während des Studienzeitraums machen. Anhand eines Münzwurfs werden je 45 der 90 Probandinnen und Probanden in die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe eingeteilt.

Die Autoren der semi-experimentellen Pre- und Poststudie erheben die Daten vor Beginn der Intervention und nach Abschluss der zehn Lachtherapien. Zur Erhebung der demografischen Daten wird ein Fragebogen verwendet. Die Messungen der Depression und der Lebensqualität werden anhand von zwei weiteren Fragebogen durchgeführt. Der Fragebogen für die Depressionseinschätzung besteht aus 15 Fragen. Die Punkte liegen zwischen 0 und 15, 12 - 15 deuten auf eine schwere Depression hin. Zur Einschätzung der Lebensqualität verwenden die Forschenden den SF-36.

Die Kontrollgruppe erhält keine spezielle Therapie, ihnen wird jedoch versprochen, dass sie nach der Studie ebenfalls Lachtherapie erhalten. Die Pflegeheimbewohnenden der Interventionsgruppe besuchen dreimal wöchentlich während 60 Minuten die Lachtherapie. Insgesamt finden zehn Lachtherapien statt. Während 30 Minuten werden musikalische und visuelle Folien gezeigt und humorvolle Videos abgespielt. Während 15 Minuten werden glückliche und fröhliche Spiele gespielt und während weiteren 15 Minuten werden humorvolle Dinge und Witze erzählt.

Zur Datenanalyse wird der Independent t-Test, ANOVA, der Chi-Square und der Pearson Correlation Coefficient verwendet.

Heidari et al. (2020) kommen zum Ergebnis, dass die Mehrheit der Probandinnen und Probanden zwischen 60 und 69 Jahre alt und verwitwet sind, zudem leben sie seit mehr als fünf Jahren im Pflegeheim. Bei der Interventionsgruppe zeigen der Mittelwert der Depressionsskala und der Independent t-Test nach der Lachtherapie eine signifikante Verbesserung der Depression auf ($p < 0.001$). Der Mittelwert der Lebensqualität ist nach der Lachtherapie ebenfalls signifikant höher ($p < 0.001$). Gemäss Heidari et al. (2020) wird eine signifikante umgekehrte Verbindung zwischen der Lebensqualität und der Depression beider Gruppen festgestellt ($p < 0.001$). Das heisst, die Lebensqualität

nimmt bei abnehmender Depression zu. Laut Heidari et al. (2020) ist die Lachtherapie eine kostengünstige, sichere und nicht invasive Methode, um Depressionen zu senken.

Kritische Würdigung

Heidari et al. (2020) untersuchen, wie sich die Lebensqualität und Depression von Pflegeheimbewohnenden mittels Lachtherapie verändert. Das Phänomen wird klar beschrieben, Hypothesen und Forschungsfragen werden formuliert. Das gewählte Studiendesign erscheint logisch. Die Gefahren der internen und externen Validität werden nicht kontrolliert. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ, um eine allgemeingültige Aussage für alle Pflegeheime in Abadeh zu machen, da die Stichprobengrösse zu klein ist. Die Zuordnung in die Interventions- und Kontrollgruppe wird mittels Münzwurfes gemacht, daraus entstehen zwei gleich grosse Gruppen, was unlogisch erscheint. Dropouts werden nicht angegeben. Die Forschenden schätzen die Validität und Reliabilität der verwendeten Messinstrumente hoch ein. Die Messverfahren entsprechen den Datenniveaus. Das Signifikanzniveau wird nicht angegeben. Die Studie wurde durch keine Ethikkommission genehmigt. Die zentralen Ergebnisse sind präzise und verständlich präsentiert. Die Tabellen sind korrekt dargestellt und ergänzen den Text. Die Interpretation der Ergebnisse stimmt mit den Resultaten überein und wird anhand von Literatur bestätigt. Die Resultate werden nicht konkret anhand der Fragestellungen und Hypothesen verglichen, können jedoch abgeleitet werden. Bei einigen Ergebnissen wird nach alternativen Erklärungen gesucht. Limitationen werden erwähnt.

4.4 Studie 3

Anschliessend wird die Studie von Walter et al. (2007) *Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study* beschrieben.

Die Studie untersucht den Einfluss der Humorthherapie auf die subjektive Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit Altersdepression oder Alzheimerkrankheit in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. Diese Patientengruppen gehören laut Walter et al. (2007) zu den wichtigsten stationären Kohorten der Klinik, bei welcher der Effekt der Humorthherapie als Ergänzung zum Therapiesetting evaluiert werden soll. Walter et al. (2007) generieren die Stichprobe aus 40 Probandinnen und Probanden, welche zwischen 62 und 89 Jahre alt sind. In die Studie werden Patientinnen und Patienten, die älter als 65 Jahre sind eingeschlossen. Zudem müssen sie die Kriterien

für Alzheimerkrankheit, schwere Depression oder eine Kombination aus beiden der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version 4 (DSM-IV) erfüllen. Des Weiteren soll die erste depressive Episode erst nach dem 50. Lebensjahr durchlebt worden sein. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit abnormalen biologischen Befunden, akuter medizinischer Erkrankung, schwerer kognitiver Beeinträchtigung, Schizophrenie und Substanz- oder Alkoholabhängigkeit.

Die Probandinnen und Probanden werden gleichmässig in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. In den beiden Vergleichsgruppen befinden sich je zehn Probandinnen und Probanden mit einer Altersdepression oder einer Alzheimererkrankung. Gemäss Walter et al. (2007) wird die psychopharmakologische Medikation in beiden Gruppen weitergeführt, wobei keine Medikationsanpassung während der Datenerhebung gemacht wird.

Alle zwei Wochen für 60 Minuten findet die Humorthherapie mit sechs bis acht Probandinnen und Probanden statt. Die Humorthherapie wird von einem Moderator geleitet und umfasst das Erzählen oder Vorlesen einer humorvollen Geschichte sowie das Sprechen über biografische Episoden und glückliche Erinnerungen. Das Ziel der Humorthherapie besteht darin, eine Atmosphäre der Heiterkeit und Gelassenheit zu schaffen. Mittels persönlicher Assoziationen und der Gruppeninteraktion wird zum Schmunzeln und gemeinsamen Lachen angeregt, was zur Förderung des Humors aller Beteiligten führt.

Die Geriatriische Depressionsskala (GDS), der Mini Mental State Examination (MMSE) und die Nurses' Observation Scale For Geriatric Patients (NOSGER) werden für den Ein- beziehungsweise Ausschluss der Patientinnen und Patienten verwendet. Um die subjektive Lebensqualität (QOL) zu beurteilen, wird die Anamnestic Comparative Self Assessment Scale (ACSA) eingesetzt. Die ACSA wird somit zur Evaluation der Wirksamkeit der Humorthherapie verwendet.

Walter et al. (2007) legen das Signifikanzniveau auf $p \leq 0.05$ fest. Der t-Test wird zum Vergleich der Daten der abhängigen Stichprobe verwendet. Der Mann-Whitney-U-Test wird für die Gruppenvergleiche verwendet.

Walter et al. (2007) kommen zum Ergebnis, dass sich die Lebensqualität der Probandinnen und Probanden mit einer Altersdepression in der Interventionsgruppe erhöht hat, der Unterschied zur Kontrollgruppe ist jedoch nicht signifikant. Demnach profitieren Patientinnen und Patienten mit Altersdepression während des stationären Aufenthaltes sowohl von der Standardtherapie als auch von der Humorthherapie ($p < 0.001$).

Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimererkrankung beider Vergleichsgruppen zeigen keine signifikante Verbesserung der Lebensqualität. Die Lebensqualität verbessert sich bei den Probandinnen und Probanden direkt nach der Humorthherapie, der Effekt hält jedoch nicht zwei Wochen bis zur nächsten Humortheriesitzung an. Laut Walter et al. (2007) ist dies die erste Studie, welche den Effekt der Humorthherapie in Bezug auf die Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit einer Altersdepression oder einer Alzheimererkrankung untersucht. Diese Studie sei nicht ausreichend genug, um den Behandlungseffekt nachzuweisen. Jedoch stelle die Studie die Grundlage für weitere Forschungen in diesem Fachgebiet dar. Walter et al. (2007) nehmen an, dass zukünftige Studien die therapeutischen Vorteile der Humorthherapie aufzeigen können.

Kritische Würdigung

Die Studie von Walter et al. (2007) stellt eine Wichtigkeit für die Beurteilung des Einflusses der Humorthherapie auf die Lebensqualität bei geriatrischen Patientinnen und Patienten dar. Die Altersdepression und Alzheimerkrankheit sind häufige Erkrankungen im geriatrischen Setting. Das Ziel der Studie wird klar beschrieben, die Thematik wird logisch und verständlich hergeleitet. Das Design und die Messzeitpunkte werden nicht erwähnt. Die Stichprobe erweist sich als nicht repräsentativ, da die Stichprobe zu klein ist. Walter et al. (2007) generieren homogene Probandengruppen. Die Intervention ist klar und verständlich beschrieben. Reliable und valide Messverfahren werden verwendet. Die Datenanalyse wird nicht genau beschrieben, was die Ergebnisse nicht vollständig nachvollziehbar analysieren lässt. Tabellen und Abbildungen werden als Ergänzung zum Fliesstext verwendet. Limitationen der Studie werden aufgelistet.

4.5 Studie 4

Nachfolgend wird die Studie von Zhao et al. (2020) *Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents* zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Zhao et al. (2020) evaluieren in dieser quantitativen Studie die Durchführbarkeit und den Effekt der Humorthherapie in Bezug auf Depression, Angst, subjektives Wohlbefinden, kognitive Funktionen und Schlafqualität bei chinesischen Pflegeheimbewohnenden.

Die Studie wird in zwei privaten Pflegeheimen in China durchgeführt. Das eine Pflegeheim stellt die Interventionsgruppe dar und das andere die Kontrollgruppe. 74 Probandinnen und Probanden nehmen an der Studie teil, die beiden Vergleichsgruppen bestehen aus je 37 Pflegeheimbewohnenden. Diese sind älter als 60 Jahre, nehmen an keiner anderen Forschung teil und können grundlegende alltägliche Aktivitäten selbstständig durchführen. Ausgeschlossen werden Pflegeheimbewohnende, die mit Antidepressiva oder Psychotherapie behandelt werden oder an Kommunikationsschwierigkeiten, Glaukom, Epilepsie, Atemwegserkrankungen, schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskulären Erkrankungen oder einer Vorgeschichte mit grösseren chirurgischen Eingriffen leiden. Die Datenerhebung mittels persönlicher, fragebogenbasierter Interviews wird zu drei Messzeitpunkten durchgeführt: vor der Intervention, nach 8 Wochen und nach 16 Wochen. Die Kontrollgruppe geht ihrem gewohnten Lebensstil nach. Die Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppen besuchen während acht Wochen jeweils einmal wöchentlich für 60 Minuten die Humorthherapie. Die Humorthherapie wird durch eine Pflegefachperson geleitet und umfasst Aufwärmübungen, schauen von humorvollen Filmen, Spiele spielen und zum Abschluss den Austausch untereinander. In der Studie werden Messverfahren für die Einschätzung der Depression, der Ängstlichkeit, dem subjektiven Wohlbefinden, der kognitiven Funktionen und der Schlafqualität angewendet. Die Depression wird anhand der GDS bewertet. Die Ängstlichkeit wird mittels der Hamilton Anxiety Scale (HAMA) gemessen und für das subjektive Wohlbefinden wird die Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH) angewendet. Für die Beurteilung der kognitiven Funktionen wird die MMSE angewendet und für die Messung der Schlafqualität der Pittsburgh Schlafqualitäts-Index (PSQI).

Laut Zhao et al. (2020) besteht zu Beginn der Studie keine signifikante Differenz der demografischen Daten zwischen den beiden Gruppen ($p = 0.526$). Der zweifache ANOVA mit Messwiederholungen wird durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den Ergebnisgrössen beider Gruppen zu vergleichen. Das Signifikanzniveau wird auf $p < 0.05$ festgelegt.

Das Durchschnittsalter der Probandinnen und Probanden liegt zwischen 77 und 79 Jahren. Zhao et al. (2020) kommen zu den Ergebnissen, dass die Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe nach beiden Messzeitpunkten signifikant niedrigere Symptome der Depression aufweisen ($p < 0.05$). Zudem haben sich die

Ängstlichkeit ($p < 0.05$) und die Schlafqualität ($p < 0.01$) der Interventionsgruppe signifikant verbessert. Zhao et al. (2020) legen dar, dass das subjektive Wohlbefinden nach beiden Messzeitpunkten in der Interventionsgruppe höher ist als in der Kontrollgruppe ($p < 0.05$). Die kognitiven Funktionen der Pflegeheimbewohnenden verbessern sich nach acht Wochen signifikant ($p < 0.05$), der Effekt hält jedoch nicht bis zum Messzeitpunkt nach 16 Wochen an ($p > 0.05$). Die Studie belegt die Wichtigkeit einer nicht-pharmakologischen Intervention für Pflegeheimbewohnende zur Verbesserung ihrer Lebensqualität (Zhao et al., 2020).

Kritische Würdigung

Die Studie ist relevant für die Erforschung der Wirksamkeit der Humorthherapie bei Pflegeheimbewohnenden und ist aktuell. Das Ziel wird in der Einleitung beschrieben, eine explizite Fragestellung wird genannt. Die Problemstellung wird kurz und prägnant erläutert sowie mittels bereits vorhandener Literatur hergeleitet. Das Design der einfach verblindeten quasi-experimentellen Kontrollgruppenstudie mit drei Messzeitpunkten wird nachvollziehbar gewählt. Die Datenerhebung ist für die Beantwortung der Zielsetzung sinnvoll gewählt, da mit dem Follow-Up die Langzeitwirkung der Humorthherapie gemessen werden kann. Die Stichprobengröße wird berechnet und durch frühere Studien beeinflusst, somit wird eine Dropout-Rate von 20% miteinberechnet. Laut Zhao et al. (2020) würden in jeder Gruppe mindestens 30 Probandinnen und Probanden ausreichen, somit sind sie mit den 37 Probandinnen und Probanden pro Gruppe repräsentativ. Die Studie wird in privaten Pflegeheimen durchgeführt, was sich nicht auf staatliche Pflegeheime übertragen lässt, somit kann keine allgemeingültige Aussage gemacht werden. Die Intervention wird klar und verständlich beschrieben. Die Messverfahren werden mit reliablen und validen Instrumenten durchgeführt, welche mit dem Cronbachs Alpha-Koeffizient auf die chinesische Bevölkerung errechnet wird. Die Ergebnisse werden übersichtlich in tabellarischer Form dargestellt und im Fliesstext detailliert erläutert. Die Wirksamkeit der Humorthherapie wird evaluiert.

4.6 Studie 5

Im nachfolgenden Abschnitt wird die Studie von Low et al. (2013) *The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes* vorgestellt.

Ziel der Studie ist, die Wirksamkeit der Humorthherapie in Bezug auf die Verbesserung der Stimmung von einzelnen Pflegeheimbewohnenden in Sydney, Australien, zu untersuchen. Des Weiteren wird die Wirksamkeit der Humorthherapie in Bezug auf die Lebensqualität und das soziale Engagement sowie auf die Verringerung der Unruhe und anderen Verhaltensstörungen der Bewohnenden untersucht.

Low et al. (2013) untersuchen 398 Bewohnende aus 36 verschiedenen Pflegeheimen. Die teilnehmenden Pflegeheime müssen staatlich anerkannt und innerhalb einer Autofahrtunde zur Universität erreichbar sein. Zudem darf die Institution nicht gleichzeitig an einer anderen Interventionsstudie teilnehmen, auf keine bestimmte ethnische und kulturelle Minderheitsgruppe sowie auf keine bestimmte medizinische Bedingung mit Ausnahme von Demenz ausgerichtet sein. Während des Studienzeitraums sollen keine Management- oder kulturelle Veränderungen anfallen und die Institution muss den Studienbedingungen zustimmen. Low et al. (2013) schliessen Bewohnende aus, welche unter 50 Jahre alt sind, seit weniger als zwölf Wochen in der Institution leben und ein risikoreiches Verhalten aufweisen.

Ausgeschlossen werden zudem Bewohnende mit schweren Kommunikationshindernissen, akutem Unwohlsein, häufigen Spitalaufenthalten, terminalen Symptomen und Angst vor Clowns oder Fremden. Die Pflegeheime werden randomisiert in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Nach dem Ausscheiden der Dropouts sind in der Interventionsgruppe 162 Probandinnen und Probanden und in der Kontrollgruppe 181.

Die Daten der einfach-verblindeten randomisierten Clusterstudie werden vor der ersten Intervention (Woche 0), nach den Humorthapien (Woche 13) und als Nachuntersuchung (Woche 26) erhoben.

Die Humorthherapie besteht aus Laughter-Boss-Schulungen und ElderClown-Humortheriesitzungen. Bei den Laughter-Boss-Schulungen lernen die Pflegefachpersonen Humor und Gesundheit zu verbinden und den Humor in die tägliche Pflege zu integrieren. Der ElderClown, ein Artist mit Erfahrungen im Gesundheitswesen, leitet die Humortheriesitzungen. Der Laughter-Boss unterstützt den ElderClown während der Humorthherapie und führt die Humorintervention zwischen

den ElderClown-Besuchen weiter. Der ElderClown besucht die Bewohnenden einmal pro Woche für zwei Stunden, insgesamt neun bis zwölf Mal. Die Humorthherapie wird individuell an die Bewohnenden angepasst. Mittels Patientendokumentation und Gesprächen mit dem Laughter-Boss bereitet sich der ElderClown auf die Humorthherapie vor. Die Humortherapiesitzung besteht aus Musik, Tanz sowie Witzen und findet in Gruppen oder einzeln statt. Bei der Nachbesprechung diskutieren der ElderClown und der Laughter-Boss über Gelungenes und weniger Gelungenes, zudem sammeln sie Ideen für die nächste Humortherapiesitzung. Die Kontrollgruppe wird mit der üblichen Pflege weiterbetreut.

Zu Beginn der Studie werden die demografischen Daten, der Barthel-Index zur Bewertung der funktionellen Beeinträchtigung und die Global Deterioration Scale zur Messung des Schweregrades der Demenz erhoben. Zur Messung der Depression wird die Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) verwendet. Die Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) und die Neuropsychiatric Inventory Nursing Home messen den Schweregrad und die Häufigkeit der Verhaltensstörungen inklusive der Unruhe. Die Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) wird eingesetzt, um das soziale Engagement zu messen. Die Dementia Quality of Life Scale (DEMQOL) verwenden die Forschenden zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Selbst- und Fremdeinschätzung. Nach jeder Humortherapiesitzung beurteilt der ElderClown und der Laughter-Boss unabhängig voneinander die Wirkung der Intervention auf einer Zehn-Punkte-Skala.

Das zweiseitige Signifikanzniveau wird auf 0.05 festgelegt. Für normalverteilte Variablen wird der t-Test verwendet. Der χ^2 -Test wird für die kategoriellen Daten und der Mann-Whitney U-test für nicht normalverteilte Daten verwendet.

In Bezug auf die demografischen Daten bestehen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Bei der Nachuntersuchung zeigt sich eine signifikante Verminderung der Unruhe in der Interventionsgruppe ($p = 0.045$). Der Interaktionseffekt bestätigt eine signifikante Veränderung der Depression ($p = 0.00$), der Verhaltensstörungen ($p = 0.03$) und der selbsteingeschätzten Lebensqualität ($p = 0.03$). Bewohnende, welche mehr an der Humorthherapie teilnehmen, zeigen eine deutlichere Verbesserung der Symptome. Laut Low et al. (2013) ist die Humorthherapie eine psychosoziale Intervention, welche zur Reduktion von Unruhe eingesetzt werden kann.

Kritische Würdigung

Low et al. (2013) untersuchen die Wirksamkeit der Humorthherapie auf die Stimmung der Pflegeheimbewohnenden. Das Studienziel wird klar formuliert, die Verbindung zum gewählten Studiendesign erscheint plausibel. Die Studie wird von einer Ethikkommission genehmigt. Die Stichprobe ist für Pflegeheime in Australien nicht repräsentativ, da Menschen mit Kommunikationsproblemen ausgeschlossen werden und die Stichprobe im Gegensatz zum australischen Vergleich zu homogen ist. Zudem weisen die beiden Vergleichsgruppen eine unterschiedliche Anzahl an Teilnehmenden auf, ebenfalls unterscheidet sich die Anzahl der Humortheriesitzungen und die Umsetzung der Humorthherapie zwischen den Pflegeheimen. Dropouts werden deklariert und begründet. Die Lebensqualität wird aufgrund der kognitiven Fähigkeiten der Probandinnen und Probanden entweder durch Selbst- oder Fremdeinschätzung erhoben, was die Objektivität der Daten vermindert. Die Intervention wird beschrieben, weitere Informationen sind dem Studienprotokoll zu entnehmen. Die Messinstrumente sind reliabel und valide. Die statistischen Verfahren zur Datenanalyse sind sinnvoll angewendet. Die Ergebnisse werden präzise dargelegt. Die Interpretation der Ergebnisse stimmt mit den beschriebenen Resultaten überein. Die Resultate werden nicht in Bezug auf das Ziel diskutiert.

4.7 Studie 6

Im Folgenden wird die Studie von Low et al. (2014) *The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial* beschrieben.

Low et al. (2014) hinterfragten die Messinstrumente der Studie von Low et al. (2013). Aufgrund dessen entwickelten Low et al. (2014) das Beobachtungsinstrument Behavior Engagement and Affect Measure (BEAM). Der BEAM misst die Dauer von Unruhe, positiven Verhalten, Engagement und Emotionen in Sekunden. Ziel dieser Folgestudie ist, die Auswirkungen der Humorthherapie auf Unruhe, Engagement, positives Verhalten, Gefühle und Zufriedenheit mittels BEAM zu untersuchen. Low et al. (2014) stellen hierfür zwei Hypothesen auf. Die Interventionsgruppe zeigt verglichen mit der Kontrollgruppe eine verlängerte Dauer von aktivem Engagement, positiven Gefühlen, glücklicher Stimmung und höherer globaler Zufriedenheit. Die Interventionsgruppe zeigt verglichen mit der Kontrollgruppe eine reduzierte Dauer von Traurigkeit, Angst und Wut.

Die Stichprobe und die Erhebungszeitpunkte sind identisch zur Studie von Low et al. (2013). Das Verhalten der Probandinnen und Probanden wird dreimal während zehn Minuten durch das Beobachtungsinstrument BEAM beobachtet. Die Beobachtungen finden in öffentlichen Räumen der Pflegeheime, meist zwischen 09:00 Uhr und 16:00 Uhr, statt. Am Ende einer Messung geben die Forschenden ein globales Zufriedenheits-Rating an.

Bei der Humorthherapie handelt es sich um dieselbe Intervention, welche in der Studie 5 (Low et al., 2013) beschrieben wurde.

Das Signifikanzniveau wird zweiseitig auf 0.05 festgelegt. Zur Datenanalyse wird der t-Test, χ^2 -Test oder der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

Low et al. (2014) kommen zu den Ergebnissen, dass in Bezug auf die demografischen Daten zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bestehen. Des Weiteren stellen Low et al. (2014) fest, dass die Dauer des positiven Verhaltens gegenüber anderen, das aktiv abgekoppelte Verhalten und die neutrale Stimmung der Interventionsgruppe steigt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verlängern sich bei der Interventionsgruppe die glücklichen Momente und die Dauer der Unruhe verkürzt sich. Tendenzen zeigen, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ein längeres positives Verhalten, eine kürzere wütende Stimmung und ein kürzeres Rückzugsverhalten aufweisen. Zusammenfassend erläutern Low et al. (2014), dass die Humorthherapie die Unruhe verringert und das Glücksniveau der Bewohnenden erhöht. Die Humorthherapie soll daher als mögliche Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität in Pflegeheimen in Betracht gezogen werden.

Kritische Würdigung

Das Thema wird anhand der vorhergehenden Studie von Low et al. (2013) logisch hergeleitet und beschrieben. Die Verbindung zwischen dem Forschungsziel, den Hypothesen und dem gewählten Design ist plausibel. Die Ausschlusskriterien und der Ablauf der Randomisierung werden genannt. Dropouts müssen der vorhergehenden Studie oder dem Studienprotokoll entnommen werden. Die Vergleichsgruppen sind homogen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität von New South Wales, Sydney, genehmigt. Die Datenerhebung ist vielfältig und nachvollziehbar beschrieben. Die Probandinnen und Probanden werden zur selben Zeit in ungefähr den gleichen Situationen für die gleich Zeitdauer beobachtet. Das Messinstrument BEAM ist

laut den Forschern reliabel und valide. Die Intervention wird oberflächlich beschrieben, Details müssen aus der vorhergehenden Studie entnommen werden. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse werden nicht erwähnt. Die Ergebnisse werden beschrieben, es werden jedoch nicht alle Punkte erläutert. Die Tabellen ergänzen den Text und bieten Unterstützung beim Interpretieren der Ergebnisse. Die Resultate werden nicht auf die Hypothesen oder das Ziel bezogen. Einzelne Teile der aufgestellten Hypothesen können durch die Resultate abgeleitet werden. Um die Intervention in das Schweizer Gesundheitssystem zu übertragen, sind weitere Forschungen notwendig.

4.8 Studie 7

Nachfolgend wird die Studie von Behrouz et al. (2017) *Investigating the Effect of Humour Therapy on Chronic Pain in the Elderly Living in Nursing Homes in Mashhad, Iran* zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Behrouz et al. (2017) untersuchen die Wirkung der Humorthherapie bei älteren Pflegeheimbewohnenden mit chronischen Schmerzen in Mashad, Iran.

Die Studie wird in zwei Pflegeheimen durchgeführt, welche der State Welfare Organization of Iran angeschlossen sind. Die beiden Pflegeheime werden randomisiert in die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe eingeteilt. Insgesamt nehmen 63 Probandinnen und Probanden an der Studie teil. Eingeschlossen werden Pflegeheimbewohnende im Alter von 60 bis 85 Jahren, mit Lese- und Schreibkenntnissen und einer Aufenthaltsdauer von mindestens drei Monaten im Pflegeheim. Die chronischen Schmerzen müssen seit mindestens drei Monaten vorhanden sein und dürfen nicht auf Tumorschmerzen zurückzuführen sein. Die Probandinnen und Probanden sollen keine grösseren Seh- und Hörbehinderungen, keine Depression oder keine anderen kognitiven Störungen haben. Ausgeschlossen werden Bewohnende, welche bei mehr als zwei Sitzungen abwesend sind, aus dem Pflegeheim austreten und an plötzlich auftretenden Krankheiten oder körperlichen Problemen leiden. Nach dem Ausscheiden der Dropouts sind in der Interventionsgruppe 28 Probandinnen und Probanden und in der Kontrollgruppe 27. Das Durchschnittsalter der Probandinnen und Probanden beträgt 73 Jahre.

In dieser randomisierten, kontrollierten Zwei-Gruppen-Studie wird die Datenerhebung mittels schriftlicher Befragungen durchgeführt. Vor der Intervention werden in beiden Pflegeheimen einmalig die demografischen Daten sowie die Einschätzung der

Depression und der kognitiven Fähigkeiten erhoben. Die Depression wird mittels der GDS eingeschätzt und die kognitiven Fähigkeiten anhand des Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Die Schmerzintensität wird mit dem Brief Pain Inventory (BPI) vor der ersten Sitzung, 24 Stunden nach der dritten und 24 Stunden nach der sechsten Humortheriesitzung gemessen.

Die Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe besuchen während sechs Wochen jeweils einmal wöchentlich für 60 Minuten die Humortherie. Behrouz et al. (2017) rekrutieren einen professionellen Moderator mit Erfahrungen in humorvollen Aktivitäten, welcher im selben Alter wie die Pflegeheimbewohnenden ist. Die Humortherie umfasst eine Vorstellungsrunde und das Erläutern der Vorteile von Lachen, Freude und Jubeln. Weiter werden humorvolle Videoclips, Humorspiele, lustige Geschichten, humorvolle Musik sowie Witze, welche die iranische Kultur und Bräuche berücksichtigten, einbezogen. Zum Abschluss der Intervention werden die Pflegeheimbewohnenden dazu ermutigt, ihre Gefühle auszudrücken und nach jeder Humortheriesitzung werden Geschenke verteilt.

Das Signifikanzniveau wird auf $p < 0.05$ festgelegt. Behrouz et al. (2017) analysieren die Daten mit dem Mann-Whitney-U-Test. Aufgrund der Heterogenität der Vergleichsgruppen bezüglich Schmerzintensität wird eine zweifache Varianzanalyse durchgeführt.

Die Forschenden kommen zum Ergebnis, dass der Mittelwert der höchsten, mittleren und niedrigsten Schmerzintensität nach der dritten und sechsten Humortheriesitzung in der Interventionsgruppe signifikant niedriger ist als in der Kontrollgruppe ($p < 0.001$). Die Humortherie stellt eine kostengünstige und unkomplizierte Intervention zur Verminderung der Schmerzen dar (Behrouz et al., 2017).

Kritische Würdigung

Behrouz et al. (2017) beschreiben das Forschungsziel klar. Die Thematik wird mittels empirischer Literatur hergeleitet und die Problemstellung ist klar ersichtlich. Das Design wird passend zur Forschungsfrage gewählt. Mit der Stichprobe kann keine allgemeingültige Aussage zur Zielpopulation gemacht werden, weil häufig auftretende Symptome von Pflegeheimbewohnenden wie die Depression ausgeschlossen werden. Bei der GDS wird nicht erläutert, ab welcher Punktzahl die Probandinnen und Probanden ausgeschlossen werden. Die Mindeststichprobengröße wird anhand einer Pilotstudie errechnet und somit kann die Stichprobengröße logisch hergeleitet werden.

Dropouts werden erwähnt. Die Vergleichsgruppen stammen aus zwei ähnlichen Pflegeheimen, aufgrund dessen werden sie als homogene Gruppen angesehen. Behrouz et al. (2017) verwenden valide und reliable Messinstrumente. Die Intervention der Humorthherapie wird verständlich erläutert. Die Ergebnisse zeigen sich als präzise und korrekt. Da die Homogenität der Schmerzintensität nicht eingehalten werden kann, werden weiterführende Tests durchgeführt, was die Reliabilität und Validität der Studie weiter stärkt. Tabellen stellen eine Ergänzung zum Fliesstext dar. Weiter Studien sind nötig, welche die Schmerzintensität mit der Humorthherapie in Verbindung bringen.

5 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist aufzuzeigen, inwiefern Humor die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern einer geriatrischen Langzeitinstitution verbessert. Die sieben eingeschlossenen Studien belegen, dass Humor einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden haben kann. Die Studien werden einander in diesem Kapitel gegenübergestellt und kritisch diskutiert. Zudem wird ein Bezug zwischen den Studienergebnissen und dem Salutogenese-Modell hergestellt. Anschliessend werden die Limitationen des Literaturreviews aufgezählt.

5.1 Gegenüberstellung der Studien

Die Humor- beziehungsweise Lachtherapie zeigt in allen Studien einen positiven Effekt bezüglich Lebensqualität. Der positive Effekt der Humor- beziehungsweise Lachtherapie ist nicht in allen Studien signifikant, jedoch wegweisend bei der Verbesserung der Lebensqualität in geriatrischen Langzeitinstitutionen. Obwohl sich alle Studien auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befinden, können dennoch zentrale Ergebnisse aus den Studien abgeleitet werden. Diese genannten Aspekte zeigen, dass weitere evidenzbasierte Forschungen in Bezug auf Humor- beziehungsweise Lachtherapie und Lebensqualität notwendig sind.

5.1.1 Population

Sechs der verwendeten Studien finden in geriatrischen Langzeitinstitutionen statt. Walter et al. (2007) generieren ihre Studie im psychiatrischen Setting. Die Studie ist berücksichtigt worden, da sie in der Schweiz durchgeführt wurde und Menschen über 65 Jahren in die Untersuchungen einschliesst. Personen über 65 Jahren entsprechen gemäss dem Universitätsspital Zürich (2020) dem Alter geriatrischer Personen, somit ist die Studie von Walter et al. (2007) mit geriatrischen Langzeitinstitutionen vergleichbar. In den restlichen Studien werden Personen eingeschlossen, welche mindestens 50 Jahre alt sind (Kuru & Kublay, 2017). Behrouz et al. (2017), Heidari et al. (2020) und Zhao et al. (2020) schliessen Personen, die älter als 60 Jahre alt sind, ein. Das Durchschnittsalter der Probandinnen und Probanden bei Zhao et al. (2020) liegt zwischen 77 und 79 Jahren. Bei Kuru und Kublay (2017) sowie bei Heidari et al. (2020) sind die meisten Teilnehmenden zwischen 60 und 79 Jahren alt. Das Alter der

Probandinnen und Probanden der Studien stimmt demnach mit dem geriatrischen Setting überein und ist relevant für geriatrische Langzeitinstitutionen.

5.1.2 Phänomen - Lebensqualität

Alle Studien befassen sich mit der Humor- beziehungsweise Lachtherapie. Heidari et al. (2020) und Kuru und Kublay (2017) gebrauchen den Begriff Lachtherapie im Sinne von Humorthherapie, welcher in den anderen fünf Studien verwendet wird. Die Forschenden untersuchen die Wirkung der Humor- beziehungsweise Lachtherapie auf die Lebensqualität und auf verschiedene Faktoren, welche die Lebensqualität beeinflussen. Kuru und Kublay (2017) untersuchen den Effekt der Lachtherapie in Bezug auf die Lebensqualität. Heidari et al. (2020) befassen sich mit der Wirkung der Lachtherapie auf die Lebensqualität und Depression. Heidari et al. (2020) zeigen auf, dass eine Abnahme der Depression eine verbesserte Lebensqualität hervorruft. Daraus wird geschlossen, dass die Linderung der depressiven Symptome die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnenden verbessert. Walter et al. (2007) untersuchen ebenfalls den Effekt der Humorthherapie auf die Depression. Sie befassen sich zusätzlich mit dem Effekt der Humorthherapie auf Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerkrankheit. Zhao et al. (2020) untersuchen die Faktoren Depression, Angst, subjektives Wohlbefinden, kognitive Funktionen und Schlafqualität. Low et al. (2013) und Low et al. (2014) untersuchen die Wirksamkeit auf die Verbesserung der Stimmung, der Lebensqualität und des sozialen Engagements sowie auf die Verringerung der Unruhe und anderen Verhaltensstörungen. Hingegen untersuchen Behrouz et al. (2017) die Auswirkungen von Humor auf chronische Schmerzen. Zwischen den untersuchten Faktoren der eingeschlossenen Studien und der Lebensqualität kann ein Zusammenhang hergestellt werden. Denn die WHO (1997, S. 1) versteht unter dem Begriff der Lebensqualität ein vollständiges körperliches, geistiges sowie soziales Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Laut dieser Definition kann beispielsweise durch die Schmerzlinderung und somit Steigerung des körperlichen Wohlbefindens die Lebensqualität verbessert werden. Schliesslich zeigen die Autoren der sieben Studien eindrücklich auf, dass die Humor- beziehungsweise Lachtherapie eine Verbesserung der untersuchten Faktoren und somit der Lebensqualität herbeiführt.

5.1.3 Intervention

Der Fokus im nachfolgenden Abschnitt liegt bei der Intervention, denn die Umsetzung der Humor- beziehungsweise Lachtherapie unterscheidet sich in den einzelnen Studien voneinander. Zudem unterscheidet sich die Dauer und der Zeitraum zwischen den Humortherapiesitzungen der Studien.

Die Interventionen von Zhao et al. (2020) und Behrouz et al. (2017) weisen Ähnlichkeiten auf. Beide Studien beinhalten Elemente wie Filme schauen, Spiele spielen und Diskussionen über den Humor. Die Intervention von Kuru und Kublay (2017) beinhaltet Elemente, aus welchen der Moderator verschiedene Kombinationen wählen kann. Im Gegensatz dazu achten Heidari et al. (2020) darauf, dass immer derselbe Ablauf während der Intervention eingehalten wird. In den Studien von Low et al. (2013) und Low et al. (2014) wird dieselbe Intervention durchgeführt, allerdings werden andere Messinstrumente verwendet. Die Intervention von Walter et al. (2007) lässt sich nur eingeschränkt mit den anderen Studien vergleichen. Die Intervention besteht aus dem Erzählen oder Vorlesen einer humorvollen Geschichte, Sprechen über biografische Episoden sowie über glückliche Erinnerungen (Walter et al., 2007). Da alle Studien positive Ergebnisse aufzeigen, kann nicht abschliessend gesagt werden, welche Intervention am effektivsten ist und somit in die Praxis integriert werden soll. Wichtig ist, dass die Humor- beziehungsweise Lachtherapie individuell auf die Pflegeheimbewohnenden angepasst werden soll.

Die Humortherapiesitzung von Low et al. (2013) und Low et al. (2014) dauert jeweils zwei Stunden. Hierbei ist fraglich, ob geriatrische Personen, insbesondere Menschen mit Demenz, einer zweistündigen Intervention folgen können. Folglich könnte eine kürzere Interventionsdauer den Effekt steigern. Im Gegensatz zu Low et al. (2013) und Low et al. (2014) führen Kuru und Kublay (2017) ihre Humorthherapie während 30 bis 45 Minuten durch und zeigen ebenfalls einen positiven Effekt auf. In den vier anderen Studien wird die Intervention während einer Stunde durchgeführt und zeigt ebenfalls eine Verbesserung der Lebensqualität (Behrouz et al., 2017; Heidari et al., 2020; Walter et al., 2007; Zhao et al., 2020). Oftmals fehlen die zeitlichen Ressourcen in geriatrischen Langzeitinstitutionen, um eine zweistündige Intervention durchzuführen. Deshalb wird eine Intervention von 30 bis 60 Minuten als realistisch erachtet.

Die zeitlichen Abstände zwischen den Humor- beziehungsweise Lachtherapiesitzungen der Studien weichen erheblich voneinander ab. Erwähnenswert sind Heidari et al. (2020), welche die Sitzungen dreimal wöchentlich durchführen und somit den

geringsten Zeitabstand aufweisen. Walter et al. (2007) hingegen führen die Sitzungen alle zwei Wochen durch. Der zeitliche Abstand zwischen den Sitzungen hat Auswirkungen auf die Ergebnisse der einzelnen Studien. Laut Walter et al. (2007) erweist sich der zeitliche Abstand von zwei Wochen als zu lange. Der positive Effekt der Humorthherapie kann direkt nach der Intervention nachgewiesen werden, hält jedoch nicht zwei Wochen an und ist somit nicht signifikant (Walter et al., 2007). Heidari et al. (2020) hingegen können mit der dreimal wöchentlichen Wiederholung eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität aufzeigen. Deutlich wird, dass kürzere Abstände zwischen den Humor- beziehungsweise Lachtherapiesitzungen einen grösseren Effekt auf die Verbesserung der Lebensqualität haben als längere Abstände.

Die Humor- beziehungsweise Lachtherapie wird in den unterschiedlichen Studien von verschiedenen Personen geleitet. Eine Pflegefachperson (Zhao et al., 2020), ein Moderator (Walter et al., 2007) oder ein Moderator im Alter der Pflegeheimbewohnenden (Behrouz et al., 2017) führen die Interventionen durch. Low et al. (2013) und Low et al. (2014) überzeugen mit einer anderen Methode. Ihre Humorthherapie wird vom ElderClown geleitet, welcher ein Artist mit Erfahrungen im Gesundheitswesen ist. Pflegefachpersonen werden geschult, den Humor in der alltäglichen Pflege bis zur nächsten Sitzung zu integrieren. Somit bleibt der Effekt trotz eines längeren Zeitraumes zwischen den Interventionen erhalten, die positiven Momente verlängern sich und die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnenden wird gesteigert (Low et al., 2013; Low et al., 2014). Dadurch wird deutlich, dass geschultes Pflegepersonal den Effekt der Humorthherapie positiv beeinflusst, sofern die humorvollen Interventionen im Pflegealltag integriert werden. Um signifikante Ergebnisse zu erhalten, könnten Walter et al. (2007) ebenfalls geschultes Pflegepersonal einsetzen, welches den Humor in den Pflegealltag integriert. In allen Studien wird die Humor- beziehungsweise Lachtherapie als Gruppenaktivität angeboten. Somit kann in Betracht gezogen werden, dass die Verbesserung der Lebensqualität mehr mit der Gruppenaktivität und somit der sozialen Interaktion anstatt mit dem Effekt des Humors zusammenhängt. Nikolaus (2001) bestätigt diese Annahme. Gruppenaktivitäten würden die sozialen Kontakte intensivieren und die Pflegeheimbewohnenden wiesen aufgrund dessen eine Anhebung der Lebensqualität auf.

Die Gestaltung der Intervention ist zentral, da aus diesem Literaturreview ein Nutzen für den Pflegealltag gezogen werden soll. Eine konkrete Intervention wird im Theorie-Praxis-Transfer auf den Seiten 41 und 42 dargestellt.

5.1.4 Signifikanz der Ergebnisse

Wie bereits im theoretischen Hintergrund erwähnt, werden laut Hirsch und Ruch (2010) nur vereinzelt wissenschaftliche Aussagen über die Rolle des Humors im Alter gemacht. In den letzten zehn Jahren wurde vermehrt zum Thema Humor im Alter geforscht und der positive Effekt von Humor bestätigt.

Eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität nach der Humor- beziehungsweise Lachtherapie können Heidari et al. (2020), Kuru und Kublay (2017) sowie Low et al. (2013) nachweisen. In der Studie von Walter et al. (2007) wird eine Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Alzheimer und Depression gemessen, welche jedoch keine Signifikanz aufweist. Die Depressionssymptome nehmen in den Studien von Heidari et al. (2020), Zhao et al. (2020) und Low et al. (2013) signifikant ab. Nebst der Depression werden bei weiteren lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren signifikante Ergebnisse erzielt. Behrouz et al. (2017) kommen zum Ergebnis, dass die Schmerzintensität nach der Humorthherapie signifikant niedriger eingeschätzt wird. Die Studie von Zhao et al. (2020) verdeutlicht eine signifikante Verbesserung der Ängstlichkeit und Schlafqualität. Low et al. (2013) zeigen auf, dass die Unruhe und andere Verhaltensstörungen durch die Humorthherapie signifikant verringert werden. Je öfter an der Humorthherapie teilgenommen wird, desto mehr verbessern sich die Symptome der Pflegeheimbewohnenden (Low et al., 2013). Laut Zhao et al. (2020) verbessern sich die kognitiven Funktionen der Pflegeheimbewohnenden von der Ausgangsmessung bis zum ersten Messzeitpunkt signifikant, der Effekt hält jedoch nicht bis zum zweiten Messzeitpunkt an. Das subjektive Wohlbefinden kann durch die Humorthherapie gesteigert werden, jedoch ist die Erhöhung nicht signifikant (Zhao et al., 2020). In der Studie von Low et al. (2014) steigt die Dauer des positiven Verhaltens gegenüber anderen Personen, das aktiv abgekoppelte Verhalten und die neutrale Stimmung. Nach der Humorthherapie hätten sich die glücklichen Momente und die Dauer der Unruhe verkürzt. Die Ergebnisse von Low et al. (2014) zeigen einen positiven Effekt, jedoch keine signifikanten Unterschiede. Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass alle Ergebnisse auf eine Verbesserung der Lebensqualität hinweisen. Obwohl nicht alle Ergebnisse signifikant sind, weisen sie eine positive Tendenz der Humor- beziehungsweise Lachtherapie auf. Dadurch wird die Rolle des Humors und dessen Wichtigkeit im Alter verdeutlicht.

5.1.5 Übertragbarkeit

Die Studie von Walter et al. (2007) ist die einzige eingeschlossene Schweizer Studie und kann direkt auf das Schweizer Gesundheitssystem übertragen werden. Studien aus China (Zhao et al., 2020), Iran (Behrouz et al., 2017; Heidari et al., 2020), Türkei (Kuru & Kublay, 2017) und Australien (Low et al., 2013; Low et al., 2014) sind ebenfalls in dieses Literaturreview eingeschlossen. Die Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern zeigen im Vergleich zum Schweizerischen diverse Abweichungen auf. Zudem wird angenommen, dass der Humor und das Lachen in diesen Ländern anders gelebt werden. Somit bestehen in diesen Studien kulturelle Unterschiede, welche bei der Übertragung ins Schweizer Gesundheitssystem beachtet werden müssen.

Beispielsweise bauen Behrouz et al. (2017) die iranische Kultur und Bräuche in ihre Intervention ein. Um die Intervention in der Schweiz anwenden zu können, müssten Bräuche aus der Schweiz integriert werden.

Die ausländischen Studien sind eingeschlossen, da sie eine hohe Aktualität aufweisen und somit einen Einfluss auf die Aussagekraft dieses Literaturreviews haben. Zhao et al. (2020) und Heidari et al. (2020) veröffentlichten ihre Studien im Jahr 2020. Die Studien von Walter et al. (2007) wurde im Jahr 2007 herausgegeben. Zu diesem Zeitpunkt war dies die erste Studie, welche sich mit dem Effekt der Humorthherapie in Bezug auf die Lebensqualität befasste (Walter et al., 2007). Demgemäss kann gesagt werden, dass Zhao et al. (2020) und Heidari et al. (2020) eine fundiertere und empirischere Grundlage für die Erarbeitung ihrer Studien hatten als Walter et al. (2007). Somit kann die Aktualität einen Einfluss auf die Signifikanz der Ergebnisse haben.

Die Ein- und Ausschlusskriterien der einzelnen Studien haben ebenso einen Einfluss auf die Übertragbarkeit in geriatrische Langzeitinstitutionen. Walter et al. (2007), Low et al. (2013) und Low et al. (2014) schliessen Menschen mit Alzheimer beziehungsweise Demenz bewusst in ihre Studien ein. Dies hat einen Einfluss auf die Ergebnisse, da sich die Menschen mit Alzheimer laut Walter et al. (2007) nach zwei Wochen nicht mehr an die positiven Emotionen, die während der Humorthherapie entstanden sind, erinnern. Heidari et al. (2020) wiederum definieren als Einschlusskriterium die vollständige örtliche, zeitliche und persönliche Orientierung. Zhao et al. (2020) schliessen Bewohnende mit Kommunikationsschwierigkeiten aus. Aufgrund der unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten der Probandinnen und Probanden kann keine allgemeine Aussage über Pflegeheimbewohnende gemacht werden. Zudem sind bei Zhao et al.

(2020) Bewohnende, welche grundlegende alltägliche Aktivitäten selbstständig durchführen können, eingeschlossen, was nicht repräsentativ für Pflegeheimbewohnende ist.

5.2 Bezug zur Salutogenese

Im Salutogenese-Modell werden die Begriffe Gesundheit und Wohlbefinden als Synonyme verwendet. Antonovsky hat das Ziel, die Gesundheit beziehungsweise das Wohlbefinden zu erhalten oder wiederherzustellen (Schewior-Popp et al., 2017, S. 208–210). Wie im theoretischen Hintergrund erläutert, kann subjektives Wohlbefinden mit dem Begriff Lebensqualität gleichgesetzt werden. Die eingeschlossenen Studien untersuchen verschiedene Aspekte des Wohlbefindens. Zhao et al. (2020) haben zum Beispiel das Ziel, mit Humortherapie die Angst und Depression der Bewohnenden zu senken und das subjektive Wohlbefinden zu steigern. Somit wollen Zhao et al. (2020) mit der Humortherapie indirekt einen Einfluss auf die Lebensqualität nehmen.

Aus salutogenetischer Sicht befinden sich die Bewohnenden durch das gesteigerte Wohlbefinden nach der Humortherapie auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum näher bei Gesundheit (Schewior-Popp et al., 2017, S. 208–210). Walter et al. (2007) gehen indirekt auf den dynamischen Prozess des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ein. Denn die Verbesserung der Lebensqualität ihrer Probandinnen und Probanden sei direkt nach der Humortherapie nachweisbar, der Effekt halte jedoch nicht lange an. Dadurch wird ersichtlich, dass sich die Lebensqualität ebenso wie die Gesundheit stetig verändert. Somit kann gesagt werden, dass sich das Salutogenese-Modell indirekt mit der Lebensqualität auseinandersetzt.

Low et al. (2014) kommen zum Ergebnis, dass durch Humortherapie die glücklichen Momente verlängert und die Dauer der Unruhe verkürzt werden können. Dies weist darauf hin, dass die Humortherapie eine positive Spannungsbewältigung der Probandinnen und Probanden begünstigt und somit Stress abgebaut werden kann. Die positive Stressbewältigung dient laut Huch und Jürgens (2015, S. 45) zur Stärkung des Kohärenzgefühls und der Widerstandsressourcen. Dies bringt wiederum eine Verbesserung der Gesundheit und somit des Wohlbefindens und der Lebensqualität mit sich.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass Humor mit diversen Punkten des Salutogenese-Modelles korreliert und somit einen Einfluss auf die Gesundheit beziehungsweise Krankheit hat.

5.3 Limitationen

Die Aussagekraft des vorliegenden Literaturreviews wird durch einige Aspekte eingeschränkt. Die Literaturrecherche ist auf drei Datenbanken beschränkt, zudem beträgt der Recherchezeitraum fünf Monate, dadurch wird möglicherweise relevante Literatur nicht in die Beantwortung der Fragestellung einbezogen. Eine weitere Limitation ist, dass alle eingeschlossenen Studien quantitativ sind und dem untersten Evidenz-Level nach DiCenso et al. (2009) entsprechen. Des Weiteren ist die Anzahl der einbezogenen Studien gering, was diese Arbeit weiter einschränkt. Da die Humorthherapie in der Schweiz bislang wenig erforscht wurde, werden Studien aus der ganzen Welt zur Beantwortung der Fragestellung einbezogen. Dies limitiert die Übertragbarkeit auf Schweizer Pflegeheime. Zudem wird in diesem Literaturreview nicht detailliert auf die kulturellen Unterschiede in Bezug auf Humor und Lachen eingegangen. Bewohnende mit einer Demenz- oder Alzheimererkrankung werden in einigen Studien ausgeschlossen, in Schweizer Pflegeheimen leben jedoch viele Bewohnende mit diesen Erkrankungen. Somit kann nicht abschliessend aufgezeigt werden, ob die Ergebnisse dieses Literaturreviews auf die Mehrheit der Schweizer Pflegeheimbewohnenden übertragbar sind. Ausserdem sind die Studien in englischer Sprache verfasst, durch die Übersetzung ins Deutsche können Abweichungen zu den ursprünglichen Aussagen entstehen.

6 Theorie-Praxis-Transfer

Nachfolgend werden pflegerische Massnahmen und eine mögliche Humortherapiesitzung, welche in geriatrischen Langzeitinstitutionen eingesetzt werden können, beschrieben. Das Interview zur *Humorwerkstatt* mit Beat Hänni (Hänni, 2020) bietet eine ergänzende Sichtweise und fliesst zusammen mit den sieben Studien in den nachfolgenden Abschnitt ein. Details zur *Humorwerkstatt* befinden sich im Anhang auf Seite 53.

Wie bereits erwähnt, sollen Pflegefachpersonen humorvolle Massnahmen in den Pflegealltag integrieren. Eine Pflegefachperson kann beispielsweise während des Mittagessens ein Gespräch zu lustigen Geschichten aus der Jugend beginnen, was die Kommunikation unter den Bewohnenden anregt (Hänni, 2020). Müller (2019, S. 98–101) zeigt weitere Ideen auf, welche humorvollen Interventionen im Pflegealltag eingesetzt werden können. Im Aufenthaltsraum kann eine Humorpinnwand eingerichtet werden, an die alle Bewohnenden und Mitarbeitenden humorvolle Texte oder Bilder hängen können. Pflegefachpersonen können die Bewohnenden zu Gesellschafts- und Wortspielen animieren, wodurch die Kommunikation und der Zusammenhalt zwischen den Bewohnenden sowie dem Pflegepersonal gefördert wird. Das spontane Anstimmen eines Liedes lässt zusätzlich eine fröhliche Stimmung entstehen und bringt Ablenkung mit sich (Müller, 2019, S. 98–101). Grundsätzlich sind der Kreativität der humorvollen Interventionen keine Grenzen gesetzt. Zu beachten ist jedoch, dass die Interventionen individuell an die Bewohnenden angepasst werden müssen. Allfällige Abneigungen gegenüber den humorvollen Interventionen müssen akzeptiert werden.

Damit Pflegefachpersonen den Humor bewusst in den Alltag integrieren können, sind Schulungen notwendig (Low et al., 2013). Verschiedene Institutionen bieten Weiterbildungen zum Thema Humor für Pflegefachpersonen an. HumorCare Schweiz bietet beispielsweise eintägige Inhouse-Schulungen an. Während dieser Schulung wird die Entwicklung und der Ausbau der Humorfähigkeit sowie die Sensibilisierung für das Humorpotenzial des Gegenübers gefördert. Zudem lernen die Teilnehmenden einen Perspektivenwechsel einzunehmen und kreative Bewältigungsstrategien werden geübt. Eine Inhouse-Schulung für 20 Teilnehmende kostet 2'500 CHF (*Ganztagesschulung*, 2021). Das Schweizerische Rote Kreuz führt Schulungen unter dem Namen *Humor als Kompetenz im Pflegealltag* durch. Hierbei werden die ernsthaften Seiten des Humors kennen gelernt. Zudem kann die Leichtigkeit des Lachens am eigenen Körper erfahren

werden. Des Weiteren erarbeiten die Teilnehmenden humorvolle Interventionen für den Pflegealltag. Die Kosten hierfür betragen 120 CHF pro Pflegefachperson (*Humor als Kompetenz im Pflegealltag*, 2020). Die geschulten Pflegefachpersonen sollen nach ihrer Weiterbildung den Humor auf der Station implementieren. Ihre Aufgabe besteht darin, das gelernte Wissen über den Humor den Teammitgliedern weiterzugeben und die Humortheriesitzungen zu leiten. Somit kann das gesamte Team den Humor in den Pflegealltag integrieren, wodurch die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnenden gesteigert wird. In der Tabelle 4 wird eine mögliche Humortheriesitzung, wie sie in geriatrischen Langzeitinstitutionen durchgeführt werden kann, beschrieben.

Tabelle 4
Humortheriesitzung nach der 6-W-Regel

6W	Intervention	Begründung
Wer?	Geschulte Pflegefachpersonen	Low et al. (2013) schulen Pflegefachpersonen und können somit den Humor zwischen den Sitzungen in den Pflegealltag integrieren.
Was?	Humortheriesitzung während 45 Minuten	Die Humortheriesitzung ist eine nicht-pharmakologische, wirksame Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität (Zhao et al., 2020). Kuru und Kublay (2017) hatten mit ihrer kurzen, intensiven Intervention signifikante Erfolge.
Wie?	Aufwärmen: Zu Musik Dehnübungen der Hände und Klatschübungen durchführen, danach mit farbigen Seidentüchern jonglieren Hauptteil: Die Pflegefachperson regt Diskussionen über biografische Erinnerungen an. Sie fördert das Erzählen von humorvollen Geschichten und Witzen. Abschluss: Ein von den Bewohnenden gewünschtes Lied wird gesungen. Die Bewohnenden können nach der Intervention noch sitzen bleiben und die Runde ausklingen lassen.	Teile der Interventionen von den Studien 1-7 und von der <i>Humorwerkstatt</i> von Hänni (2020) sind in dieser Humortheriesitzung enthalten. Dieser Ablauf und der Inhalt können individuell an die teilnehmende Bewohnergruppe angepasst werden.
Wann?	Montag, Mittwoch, Freitag jeweils um 10:00 Uhr	Die Intervention soll immer zum selben Zeitpunkt stattfinden, sodass aus der Humortheriesitzung ein Ritual entsteht.
Wie oft?	Dreimal wöchentlich	Je öfter die Bewohnenden an einer Humortheriesitzung teilnehmen, desto mehr wird die Lebensqualität verbessert (Low et al., 2013).
Womit?	Humorvolle Geschichten und Erlebnisse, lustige Bilder und Videos sowie Musik können das Gelingen der Humortheriesitzungen unterstützen.	Walter et al. (2007), Zhao et al. (2020) und Low et al. (2013) verwenden diese Mittel in ihrer Humortheriesitzung.

7 Schlussfolgerung

Dieses Literaturreview befasst sich mit der Fragestellung «Was sagt die Literatur zur Verbesserung der Lebensqualität durch Humor bei Bewohnerinnen und Bewohnern in geriatrischen Langzeitinstitutionen?» Nach der Bearbeitung der Studien 1-7 kann gesagt werden, dass Humor die Lebensqualität von älteren Menschen verbessert (Kuru & Kublay, 2017; Walter et al., 2007). Ebenfalls hat Humor einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Depressionssymptomen und Angst sowie auf die Verbesserung der Schlafqualität (Zhao et al., 2020). Schmerzen (Behrouz et al., 2017) und die Dauer der Unruhe (Low et al., 2014) werden durch Humor ebenfalls reduziert und haben einen Einfluss auf die Lebensqualität. Je öfter die Bewohnenden an einer Humorthherapie teilnehmen, desto grösser ist der Erfolg der Intervention (Low et al., 2013). Humor soll aufgrund dieser Erkenntnisse einen festen Bestandteil im Pflegealltag der geriatrischen Langzeitinstitutionen bilden.

In der Schweiz sind weitere Forschungen nötig, um eine evidenzbasierte Aussage über die Wirksamkeit der Humor- beziehungsweise Lachtherapie in geriatrischen Langzeitinstitutionen machen zu können.

Weiterführend ist zu überlegen, wie sich die Humorthherapie unter den aktuell begrenzten zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen umsetzen lässt. Zudem wäre es spannend herauszufinden, wie die Humorthherapie für eine spezialisierte Demenzstation angepasst werden soll, damit auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz eingegangen werden kann. Darüber hinaus ist zu überlegen, wie die Humorthherapie in den Pflegealltag von anderen Settings, beispielsweise das Akutspital, übertragen werden kann. Wichtig für eine schweizweite Implementierung der Humorthherapie wäre eine Praxisanwendung des obengenannten Theorie-Praxis-Transfers (siehe Seiten 42 und 43). Dabei soll untersucht werden, ob die Humorthherapie eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringen würde.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.
- Behrouz, S., Mazloom, S. R., Kooshyar, H., Aghebati, N., Asgharipour, N., & Behnam Vashani, H. R. (2017). Investigating the Effect of Humor Therapy on Chronic Pain in the Elderly Living in Nursing Homes in Mashhad, Iran. *Evidence Based Care*, 7(2), 27–36. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.24247.1529>
- Berner Fachhochschule. (2015). *Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. 54.
- Bischofberger, I. (Hrsg.). (2002). „Das kann ja heiter werden“—*Humor und Lachen in der Pflege*. (1. Aufl.). Hans Huber.
- Bundesamt für Statistik. (2019). *Gesundheitsstatistik 2019 | Publikation*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.10227275.html>
- Bundesamt für Statistik. (2021, Januar 27). *Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Klienten nach Alter und Geschlecht - 2001-2019 | Tabelle*. Bundesamt für Statistik. </content/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alterspflegeheime.assetdetail.15724047.html>
- Coors, M., & Kumlehn, M. (2013). *Lebensqualität im Alter: Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz*. Kohlhammer Verlag.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). *Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model*. *Evid based Nurs*. 12 (4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Duden | Humor | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. (2020, November 21). https://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Stimmung_Frohsinn

- Falkenberg, I. (2010). Entwicklung von Lachen und Humor in den verschiedenen Lebensphasen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 25–30.
<https://doi.org/10.1007/s00391-009-0085-x>
- Frittm, M. (2012). *Humor und sein Nutzen für SozialarbeiterInnen*. Springer-Verlag.
Ganztageschulung. (2021, März 26). HumorCare Inhouse. <https://www.humorcare-inhouse.ch/ganztageschulung>
- Hänni, B. (2020). *Humorwerkstatt*.
- Heckl, R. W. (2019). *Das lachende Gehirn* (B. Wulf, Hrsg.). Schattauer.
- Heidari, M., Ghodusi Borujeni, M., Rezaei, P., Kabirian Abyaneh, S., & Heidari, K. (2020). Effect of Laughter Therapy on Depression and Quality of Life of the Elderly Living in Nursing Homes. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*, 27(4), 119–129. <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.4.11>
- Hirsch, R. D. (2019). *Das Humor-Buch*. Schattauer. https://content-select.com/media/moz_viewer/5c54173e-25ec-465a-8d5d-3792b0dd2d03/language:de
- Hirsch, R. D., & Ruch, W. (2010). *Heiterkeit und Humor im Alter*. <https://doi.org/DOI.10.1007/s00391-009-0093-x>
- Huch, R., & Jürgens, K. D. (Hrsg.). (2015). *Mensch, Körper, Krankheit: Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder: Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen* (7. Aufl.). Urban&Fischer.
- Humor als Kompetenz im Pflegealltag*. (2020, September 4). Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern. <https://www.srk-luzern.ch/kurs/humor-als-kompetenz-im-pflegealltag-kurslokal-srk-maihofstrasse-95c-6006-luzern-1-stock-pj2-21>

- Kramer, L., Füre, J., & Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12(2), 119–123. <https://doi.org/10.1007/s10304-014-0631-5>
- Kuru, N., & Kublay, G. (2017). The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3354–3362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13687>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Low, L.-F., Brodaty, H., Goodenough, B., Spitzer, P., Bell, J.-P., Fleming, R., Casey, A.-N., Liu, Z., & Chenoweth, L. (2013). The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: Cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002072>
- Low, L.-F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P., Bell, J.-P., & Brodaty, H. (2014). The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(8), 564–569. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017>
- Müller, C. (2019). *HumorCare* (1.). Hogrefe.
- Nikolaus, Th. (2001). Einfluss körperlicher Aktivität auf funktionelle Fähigkeiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(1), 44–47. <https://doi.org/10.1007/s003910170091>
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29–33). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_4

- Ris, I., & Preusse- Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge
Departement Gesundheit ZHAW
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2017). *Thiemes Pflege* (13.).
Georg Thieme Verlag.
- Schmidt, D. (2010). *Humor als Heilmittel. Die Schwester Der Pfleger* (09/2010), 844–847.
- Siegel, S. A. (2005). *Darf Pflege(n) Spaß machen?: Humor im Pflege- und Gesundheitswesen ; Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen eines außergewöhnlichen Phänomens*. Schlütersche.
Universitätsspital Zürich. (2020, Juli 27). *Was ist Geriatrie?*
<http://www.geriatrie.usz.ch:80/fachwissen/seiten/was-ist-geriatrie.aspx>
- Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn, F., & Savaskan, E. (2007). Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 77–83. <https://doi.org/10.1002/gps.1658>
- Wehner, J. (2019). *Gerontologie und Geriatrie*.
http://www.medizininfo.de/geriatrie/alter/gerontologie_geriatrie.shtml
- World Health Organization. (1997). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. WHO; World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
- Zhao, J., Yin, H., Wang, X., Zhang, G., Jia, Y., Shang, B., Zhao, J., Wang, C., & Chen, L. (2020). Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14472>
- Zimmer, C. M. (2013). *Lachen: 3x täglich* (2.). Springer Berlin Heidelberg.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Suchstrategie 12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords 10

Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien 11

Tabelle 3 Übersicht der Studien 14

Tabelle 4 Humortheriesitzung nach der 6-W-Regel 42

Wortzahl

Abstract: 194 Wörter

Arbeit: 9'992 Wörter

(exklusiv Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen,
Abbildungsverzeichnis, Tabellenverzeichnis, Literaturverzeichnis,
Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen, die uns während des Schreibens der Bachelorarbeit unterstützt haben. Besonders bedanken wir uns bei Frau Doris Ruhmann für die stets motivierte und kompetente Beratung. Für die wertvollen Ratschläge bezüglich Schreibprozess bedanken wir uns bei Frau Elisabeth Hillan. Ein weiterer Dank geht an Herrn Beat Hänni alias Till Heiter, mit welchem wir ein sehr eindrückliches Interview über seine Humorwerkstatt führen durften. Herzlich bedanken wir uns bei unseren Lektorinnen und Lektoren. Des Weiteren bedanken wir uns bei unseren Familien und Freunden, welche uns während des ganzen Bachelorstudiums Pflege und besonders beim Schreiben der Bachelorarbeit stets zur Seite standen.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.



Schaufelberger Noemi



Zimmermann Manuela

Winterthur, 15. April 2021

Anhang

A Zusammenfassung des Interviews mit Beat Hänni

Am 23.11.2020 durften wir Beat Hänni alias Till Heiter kennenlernen. Der Begründer der Humorwerkstatt besuchte während 15 Jahren regelmässig Alters- und Pflegeheime sowie psychiatrische Alterskliniken. Er hat die Überzeugung, dass der Humor vor dem Alter nicht Halt macht. Till Heiter wollte den Heimen «etwas Humor einblasen». Sein Ziel war, die Kommunikation unter den Heimbewohnenden zu fördern, den Humor (wieder-) zu entdecken, das Defizitbild des Altseins abbauen, einen Hauch heiterer Lebensqualität in den Alltag des Heims zu bringen und somit das Selbstwertgefühl zu stärken.

Die Humorwerkstatt führte Till Heiter nicht als Clown oder Witzeerzähler, sondern viel mehr als Humormoderator. Alle zwei Wochen erschien er in den Heimen und erheiterte jeweils neun bis zwölf Bewohnende während circa einer Stunde am runden Tisch. Zu seiner Grundausrüstung zählten zum Beispiel ein kleiner farbiger Gummiball und eine Papiertafel mit Filzstiften. Die Humorstunde war jeweils in drei Abschnitte unterteilt: das *Einheitern*, die *Schmunzel-Kicher-Lachrunde* und die *heiteren Fenster des Lebens*. Bei den *heiteren Fenstern des Lebens* geht es um die Erinnerungen an die Kindheit und Jugend. Till Heiter wählte jeweils einen spielerischen Einstieg, indem er den Gummiball abwechselnd jedem Teilnehmenden zu rollte mit der Aufforderung ein vorgegebenes Tier geräuschvoll zu imitieren. Danach wurde eine lustige Kurzgeschichte vorgelesen und Anekdoten erzählt. Jeder Teilnehmende war dazu aufgefordert, spontan *herauszuplaudern*, was ihm beziehungsweise ihr einfällt. Die persönlichen Episoden des Lebens der Teilnehmenden kamen beim *heiteren Fenster des Lebens* zum Zuge. Die Gruppe unterhielt sich beispielsweise über das erste Taschengeld, Schulstrafen, die erste Liebe oder Lieblingssüssspeisen aus der Kindheit.

Beat Hänni erwähnte, dass das Bedürfnis nach Humor und dessen Wertschätzung im Alter zu nimmt. Auf die Frage wieso, erklärte er, dass der Humor oft durch Gebrechen und Schicksalsschläge verschüttet ist und alte Menschen nicht immer freiwillig in Alters- oder Pflegeheim eintreten, sie haben oftmals Angst und das Selbstwertgefühl sinkt. Zudem ziehen sie sich auf Kompetenzen zurück, welche sie noch tun können. Dank des Humors merken sie, dass sie ja noch lachen können. Dies gibt ihnen ein positives Gefühl, dies steigert wiederum die Kommunikation untereinander und schlussendlich die Lebensqualität.

«Lachen ist, wenn der Humor niest», erzählt Beat Hänni. Damit will er an der «emotionalen Saite zupfen, um die Lebensqualität zu steigern.»

Einverständniserklärung

Ich, Beat Hänni, erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name und die Zusammenfassung des Interviews über die *Humorwerkstatt* vom 23.11.2020 im Rahmen der Bachelorarbeit *Heiter weiter* veröffentlicht werden darf.

Beat Hänni
.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

B Searchhistory

CINAHL Complete

Suchbegriffe	Treffer	Relevante Treffer	Studientitel
(humor or humour or comedy or laughter or jokes) AND (impact or effect or influence) AND (nursing homes or care homes or long term care or residential care or aged care facility)	36	3	Effect of Laughter Therapy on Depression and Quality of Life of the Elderly Living in Nursing Homes. Investigating the Effect of Humor Therapy on Chronic Pain in the Elderly Living in Nursing Homes in Mashhad, Iran. The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial.
humour AND quality of life AND (older adults or elderly or geriatric or geriatrics or aging or senior or seniors or older people or aged 65 or 65+)	25	1	Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study

PubMed

Suchbegriffe	Treffer	Relevante Treffer	Studientitel
(humour OR humor OR laugh OR laughing OR laughter OR comedy OR jokes) AND (quality of life OR well being OR well-being OR health-related quality of life) AND (long-term care OR nursing home OR residential care OR assisted living)	64	1	The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents
(humour OR humor OR laugh OR laughing OR laughter) AND (quality of life OR well being OR well-being OR health-related quality of life) AND (intervention programme)	188	1	Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents
(humour OR humor OR smile) AND (intervention OR therapy) AND (long-term care OR nursing home*) AND (ElderClowns)	6	1	The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes

Zusammenfassung der Studie: The effect of laughter therapy on the quality of life of nursing home residents (Kuru & Kublay, 2017)

Einleitung	<p>Die Lebenserwartung und somit die Zahl von Pflegeheimbewohnenden steigt weltweit. Vorhergehende Forschungen zeigten, dass die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden tiefer ist als von solchen, welche mit ihren Familien zusammenleben. Viele verschiedene Faktoren beeinflussen die Lebensqualität im Alter. Forschungen haben ergeben, dass z.B. Tai-Chi, Yoga, Musik, lachen und Humor die Lebensqualität verbessern kann. Lachen wird in drei Theorien eingeteilt: Überlegenheits-, Inkongruenz-, und Entlastungstheorie. Die Lachtherapie besteht aus bedingungslosen Lachübungen und Yoga-Atemtechniken. Oft wird vorgetäushtes Lachen schnell zu ansteckendem Lachen, da der menschliche Körper nicht in der Lage ist, zwischen vorgetäushtem und echtem Lachen zu unterscheiden.</p> <p>Ziel der Studie ist es, die Wirkung der Lachtherapie auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden zu evaluieren.</p>
Methode	<p>Design: Quasi-experimentelle Studie mit einem Pre- und Posttest und einer Interventions- und Kontrollgruppe</p> <p>Stichprobe: Zur Population gehören Bewohnende aus zwei privaten Pflegeheimen, welche organisatorisch gleich aufgebaut sind. Ausschlusskriterien waren schwere Hör- oder Wahrnehmungsprobleme, welche die Kommunikation beeinträchtigten, fortgeschrittene Demenz, Alzheimer-Krankheit, Depressionen, unkontrollierbarer Diabetes, Bluthochdruck und ein chirurgischer Eingriff mit Blutungsgefahr. Einschlusskriterien waren ein Alter von über 50 Jahren, die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit bei den täglichen Aktivitäten und die Zustimmung zur Studienteilnahme. Die Studie begann mit 70 freiwilligen Bewohnenden. 45 Bewohnende des einen Pflegeheimes stellten die Interventionsgruppe dar und 35 Bewohnende des anderen Pflegeheimes stellten die Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe wurde aufgrund von Todesfällen und zwei Bewohnende die intensivere Pflege brauchten auf 32 reduziert. Die Kontrollgruppe wurde aufgrund eines Todesfalls und einem Wegzug auf 33 reduziert.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten wurden anhand von schriftlichen Fragebögen zu den demografischen Angaben, sowie dem Short-Form 36 Health Survey (SF-36) erhoben. Der SF-36 Health Survey wurde entwickelt, um die Lebensqualität in Bezug auf die Gesundheit zu messen.</p> <p>Eine Erhebung fand vor der Lachtherapie und eine nach den 21 Sessions statt.</p> <p>Messverfahren& oder Intervention: Zur Messung der Lebensqualität in Bezug auf die Gesundheit wurde der SF-36 Health Survey benutzt. Er wurde bereits in mehrere Studien angewendet und wird von den Forschenden als valide und reliabel beschrieben. Die Selbsteinschätzungsskala beinhaltet 36 Fragen, bei welchen 0 bis 100 Punkte erteilt werden konnten. Null Punkte deuten auf einen schlechten und 100 Punkte auf einen guten Gesundheitszustand hin.</p> <p>Die Lachtherapie stellt die Intervention dieser Studie dar. Die Forschenden, welche die Lachtherapie planten, besuchten vor Beginn der Studie einen Lachyoga-Kurs. Die Intervention besteht aus 21 Lektionen à 30-45 Minuten zweimal wöchentlich. Die Lektionen bestanden aus verschiedenen Kombinationen der folgenden Elemente:</p>

- Aufwärmübungen für 10 Minuten (Dehnung der Gesichts- und Körpermuskulatur)
- Handklatschen im Rhythmus 1-2, 1-2-3, Ho-Ho, Ha-Ha- Ha
- tiefe Atemübungen
- Lachübungen (Handy, Bewunderung, heiße Suppe Lachen, Umarmungslachen, Vogellachen, Dialog mit Nonsens Sprechübungen, Lachen über die eigenen Wehwehchen Schmerzübungen, Milchshake-Lachübungen, Löwenlachen, Begrüßungslachen, Streitlachen, Bugi-Lachen Techniken, Zahnputz- und Mundspülübungen)
- einen Film ansehen (Patch Adams und Hababam Sınıfı)
- Spiele spielen (der erste Teilnehmer wurde aufgefordert, seinen Namen zu sagen und dann wurde der Teilnehmer neben ihm aufgefordert seinen Namen und den Namen des ersten Teilnehmers zu nennen; das Kinderspiel "Peekaboo")
- Singen von Liedern
- Wünsche (die Teilnehmer wurden gebeten, sich an den Händen zu halten und einen Wunsch auszusprechen und sich dann zu freuen, als ob ihr Wunsch in Erfüllung gehen. Es wurde beobachtet, dass einige ältere Erwachsene ihr Glück durch Lächeln zeigten und andere zeigten es durch Aufstehen)
- Lachmeditation

Datenanalyse: Beim SF-36 handelt es sich um absolut/ proportional skalierte Variablen. Die Mittelwerte, die Standardabweichungen, Häufigkeiten, Mediane, Minima und Maxima wurden deskriptiv berechnet. Bei den normalverteilten Variablen wurde der paired t-test bzw. der independent two-sample t-test verwendet. Bei den nicht normalverteilten Variablen wurde die Datenanalyse mittels Mann- Whitney U- Test durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0.05$ festgelegt.

Ethik: Ethische Fragen wurden keine diskutiert. Die Ethikkommission der Hacettepe University genehmigte die Studie.

Ergebnisse

69% der Probandinnen und Probanden waren zwischen 60 und 79 Jahre alt. 50% der Interventionsgruppe und 45.5% der Kontrollgruppe sind verwitwet.

Zu Beginn der Studie wurde kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Lebensqualität zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gezeigt. Die Lebensqualität der Interventionsgruppe war nach der Lachtherapie signifikant erhöht.

Nach der Lachtherapie verbesserten sich folgende Lebensqualität Untergruppen signifikant: körperliche Funktionen, körperliche Schmerzen, allgemeiner Gesundheitszustand, Lebensfreude. Weiter verbesserten sich: geistige und emotionale Gesundheit und soziales Verhalten.

Die demografischen sowie die spezifischen Ergebnisse wurden anhand von Tabellen dargestellt und mittels Text erläutert.

Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Das signifikante Ergebnis, dass nach der Lachtherapie die Lebensqualität steigt, wird wiederholt. Die Ergebnisse werden anhand empirischer Literatur verglichen. Die Forschungsfrage kann aufgrund der Ergebnisse beantwortet werden. In zukünftige Studien soll das randomised control group experimental Design gewählt werden. Des Weiteren würde eine grössere Stichprobengrösse aus Pflegeheimen mit unterschiedlichen soziokulturellen Strukturen eine Verallgemeinerung der Ergebnisse unterstützen.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis: Nach diesen Ergebnissen können Pflegefachpersonen die Lachtherapie zur Steigerung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern eingesetzt werden.</p>
-------------------	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Das untersuchte Phänomen dieser Studie passt zur Fragestellung der Bachelorarbeit. Das Forschungsziel wurde bloss im Abstract beschrieben, es werden keine Hypothesen oder Forschungsfragen erwähnt. Die Thematik wird anhand von empirischer Literatur hergeleitet. Die zentralen Begriffe Lebensqualität, Lachen und Lachtherapie werden definiert.
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem Design ist sinnvoll. Gefahren der internen und externen Validität werden nicht kontrolliert.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung wird nicht beschrieben. Die Stichprobe repräsentiert nur Bewohnende in privaten Pflegeheimen. Es ist fraglich, ob sich die Ergebnisse auf staatliche Pflegeheime übertragen lassen. Die Stichprobengrösse ist für eine quantitative Studie zu klein. (70 Teilnehmer aus zwei verschiedenen Heimen). Menschen mit Demenz oder Alzheimer, sowie Menschen mit Kommunikationsproblemen wurden ausgeschlossen, jedoch stellen diese einen bedeutenden Teil der Pflegeheimbewohnenden dar. Somit stellte sich die Frage, ob die Stichprobe aussagekräftig für Bewohnende von Pflegeheimen ist. Die beiden Vergleichsgruppen sind homogen und somit vergleichbar. Drop-outs werden angegeben und beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar. Die Daten wurden von allen Teilnehmenden, ausser den Dropouts komplett erhoben. Es wird nicht beschrieben, ob die Methode der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden genau gleich angewendet wurde.</p> <p>Messverfahren& oder Intervention: Der SF-36 Health Survey wurde bereits in mehreren Studien angewendet und wird von den Forschenden als valide und reliabel beschrieben. Die Auswahl des Messinstrumentes SF-36 wird beschrieben. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse auf die Intervention werden nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Verfahren wurden z.T. beschrieben, die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet. Die statistischen Tests entsprechen ihrem Datenniveau. Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nicht begründet, entspricht jedoch der Norm und ist daher nachvollziehbar.</p> <p>Ethik: Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert.</p>

Ergebnisse	<p>Die demografischen Ergebnisse sind präzise beschrieben.</p> <p>Die Ergebnisse der SF-36 sind nur oberflächlich beschrieben. In der Tabelle 2 ist der P-Wert immer gleichbleibend ($p=0.000$). Eine Signifikanz kann anhand der Tabelle nicht abgeleitet werden. Anhand des Textes ist nicht ersichtlich, welche Erhöhungen (Subskalen) erhöht wurden und welche signifikant sind.</p> <p>Die Tabelle 1 erscheint vollständig und ergänzt den dazugehörigen Text.</p> <p>Bei der Tabelle 2 fehlen Legenden zu Zahlen. Es ist nicht ersichtlich, was sich der P-Wert zusammen setzt. Die Tabelle 2 ist nicht selbsterklärend. Die Tabelle 2 ergänzt den Text daher nur bedingt.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Es werden bloss die positiven Ergebnisse erwähnt. Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen. Es werden keine alternativen Erklärungen aufgezeigt. Ob die Interpretation der Ergebnisse korrekt ist, kann nicht nachvollzogen werden, da aus dem Text und der Tabelle keine Signifikanz gelesen werden kann.</p> <p>Die Untergruppen werden nicht immer gleich genannt, was die Nachvollziehbarkeit zusätzlich erschwert. Da keine Forschungsfrage stellt wird, kann sie nicht beantwortet werden. Das Forschungsziel (Evaluation der Lachtherapie) wurde erreicht.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis: Die Methode sowie die Intervention der Studie wurden nachvollziehbar beschreiben. Der Ergebnissteil sowie die Diskussion sind kurz ausgefallen und wichtige Teile werden weggelassen, wodurch die Nachvollziehbarkeit dieser Teile nicht gewährleistet ist. Stärken und Schwächen wurden nicht aufgezeigt. Da die Signifikanz der Ergebnisse für den Leser nicht ersichtlich ist, ist die Studie mit Vorsicht zu übertragen. Die Ansätze sind sinnvoll, eine nachfolgende Studie würde jedoch Klarheit über die fragliche Signifikanz bringen. Zudem müsste in nachfolgenden Studien die Stichprobe angepasst werden (Menschen mit Demenz, Alzheimer, Kommunikationsproblemen müssten einbezogen werden). Die Studie kann anhand der bekannten Informationen nicht in ein anderes Setting übertragen werden.</p>

Güte:

- **Objektivität:** Es ist nicht klar ersichtlich, wer die Fragebögen zu welchem Zeitpunkt unter welchen Bedingungen ausfüllte. Zudem lief nicht jede Lachtherapie gleich ab, daher ist es schwierig die Objektivität zu gewährleisten.
- **Reliabilität:** Der SF-36 wurde laut den Autoren bereits in diversen Studien angewendet und als reliabel eingeschätzt. Das Instrument misst sofern richtig angewendet stabil.
- **Validität:** Der SF-36 misst die Lebensqualität in Bezug auf die körperliche Gesundheit. Dies ist das Ziel der Studie.

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009), es handelt sich um eine primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: Effect of Laughter Therapy on Depression and Quality of Life of the Elderly Living in Nursing Homes (Heidari et al., 2020)

Einleitung	<p>Das Alter ist ein empfindlicher Lebensabschnitt, in welchem ältere Menschen möglichen Risiken, wie chronischen Krankheiten, Einsamkeit, Isolation und Mangel an sozialer Unterstützung ausgesetzt sind. Dadurch kann eine Abhängigkeit bei körperlichen und geistigen Aktivitäten entstehen. Mit dem Wachsen der Anzahl an älteren Menschen und mehr psychischen Beeinträchtigungen steigt der Druck auf das Gesundheitssystem. Depression gehört zu den meistverbreiteten psychischen Erkrankungen im Alter. Die Depression senkt die Lebensqualität der älteren Menschen und steigert ihre Abhängigkeit von anderen. Pflegefachpersonen spielen eine sehr wichtige Rolle, wenn es darum geht, die Symptome von Depressionen bei älteren Menschen zuerkennen und sie mit pflegerischen Interventionen zu versorgen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Aufgrund der genannten Aspekte muss den älteren Menschen Aufmerksamkeit geschenkt werden und sie müssen ein effektives Pflegesystem erhalten, damit unangenehme Ereignisse verhindert werden können. Lebensqualität ist ein individuelles Gefühl von Wohlbefinden und setzt sich aus der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens zusammen. Die Lebensqualität im Alter ist aufgrund der spezifischen physiologischen Bedingungen älterer Menschen von grösserer Bedeutung. Die Lachtherapie ist ein universelles, wirkungsvolles und kostengünstiges Medikament ohne Nebenwirkungen. Die Lachtherapie bringt diverse physiologische Vorteile mit sich. Auf die Bedürfnisse der Älteren eingehen und ihre Talente, sowie Fähigkeiten zu nutzen sind wichtige Elemente, um Fröhlichkeit und Glücklichkeit in das Leben zu bringen. Die Forschenden glauben, dass das regelmässige Einbeziehen von Humor die Kontaktfreudigkeit verbessert.</p> <p>Das Ziel der Studie ist, die Wirkung von Lachtherapie in Bezug auf Depressionen und Lebensqualität von älteren Menschen zu untersuchen.</p> <p>Hypothese 1: Der Schweregrad der Depression in der Interventionsgruppe ist nach der Lachtherapie weniger als in der Kontrollgruppe.</p> <p>Hypothese 2: Die Lachtherapie senkt den Durchschnittswert der Depression.</p> <p>Hypothese 3: Die Lachtherapie verbessert die Lebensqualität in der Interventionsgruppe.</p> <p>Frage 1: Wie ist die Beziehung zwischen der Alterslebensqualität beider Gruppen in Bezug auf die demografischen Daten?</p> <p>Frage 2: Wie ist die Beziehung zwischen der Altersdepression beider Gruppen in Bezug auf die demografischen Daten?</p> <p>Frage 3: Wie ist die Beziehung zwischen der Lebensqualität und der Depression der beiden Gruppen?</p>
Methode	<p>Design: controlled semi-experimental pre/post Study.</p> <p>Stichprobe: Die Population besteht aus den Bewohnenden, welche in 24h Pflegeheimen von Abadeh leben. Die Stichprobe wurde anhand des Confidence-Levels berechnet und soll bei 60 Probanden liegen. Die effektive Stichprobe bestand aufgrund der möglichen Dropouts aus 90 Probanden.</p>

Einschlusskriterien:

- > 60 Jahre
- Vollständige örtliche, zeitliche und persönliche Orientierung
- Keine Blindheit oder Schwerhörigkeit
- Keine psychiatrischen Aufenthalte und Behandlungen in der Vorgeschichte
- keine Erfahrung mit Trauer in den letzten sechs Monaten
- kein Sanatoriumsaufenthalt (Kur) seit mind. 6 Monaten
- keine akuten Erkrankungen
- keinen Urlaub von mehr als einer Woche während des Studienzeitraums

Von den 570 möglichen Probanden wurden 90 randomisiert ausgewählt. Die 90 Probanden wurden anhand eines Münzenwurfs in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe (je 45) eingeteilt. Das Randomisierungsverfahren leitete eine andere Person als der Hauptforscher. Die Studie wurde verblindet analysiert. Laut der Darstellung 1 gab es keine Dropouts.

Datenerhebung: Die Daten wurden anhand von zwei Fragebogen erhoben (Altersdepression und SF-36 QOL). Zudem wurden demografische Daten in einem Fragebogen erfragt. Die Forschenden führten einen Pre- und Posttest durch. Die genauen Zeitpunkte der Erhebungen werden nicht genannt.

Messverfahren: Der erste Teil der Befragung bestand aus Fragen zu den demografischen Daten. Der SF-36 QOL besteht aus 36 Fragen, welche in 8 Untergruppen eingeteilt wurden: körperlichen Funktionsfähigkeit, Einschränkungen beim Rollenspiel aufgrund körperlicher Probleme (körperliches Rollenspiel), Einschränkungen beim Rollenspiel aufgrund emotionaler Probleme (emotionales Rollenspiel), soziale Funktionsfähigkeit, psychische Gesundheit, Lebensfreude, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheit (allgemeines Verständnis von Gesundheit) Jede Untergruppe beinhaltet Punkte zwischen 0 und 100. Je höher die Punktezahl desto höher die Lebensqualität. Die Fragen wurden ins persische übersetzt und wurden als valide und reliable (Cronbach Alpha Wert) eingeschätzt.

Der Fragebogen für die Depressionseinschätzung bestand aus 15 Fragen. Die Punkte lagen zwischen 0 und 15, 12- 15 bedeutet eine schwere Depression.

Intervention: Nach dem die Probanden den Pretest ausfüllten, startete die Intervention bei der Interventionsgruppe. Dreimal wöchentlich fanden insgesamt 10 Lachtherapien à 60 Minuten statt. Während 30 Minuten wurden musikalische und visuelle Folien gezeigt und humorvolle Videos abgespielt. Während 15 Minuten wurden glückliche und fröhliche Spiele gespielt, humorvolle Dinge und Witze erzählt (15 Minuten).

Die Kontrollgruppe erhielt keine spezielle Therapie, ihnen wurde jedoch versprochen, dass sie nach der Studie ebenfalls Lachtherapie erhalten.

	<p>Datenanalyse: Beim SF-36 und der Depressionsskala handelt es sich um absolut/ proportional skalierte Variablen. Für die Analyse wurde der SPSS/17 verwendet, dabei handelt sich um ein deskriptives Verfahren. Es wurden der independent t-test, ANOVA, der Chi-square und der Pearson correlation coefficient durchgeführt. Das Signifikanzniveau wird nicht angegeben.</p> <p>Ethik: Die Probanden mussten eine schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben.</p>
Ergebnisse	<p>Die Mehrheit der Probanden war zwischen 60 und 69 Jahre alt, verwitwet und lebten mehr als fünf Jahre im Pflegeheim.</p> <p>Die Mehrheit der Probanden in der Interventionsgruppe litten vor der Intervention an einer milden Depression. Nach der Intervention litten sie an einem normalen Depressions-Score und zeigten weniger depressive Symptome. Der Mittelwert der Depressionen und der independent t-test zeigten bei der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung nach der Lachtherapie. Der Mittelwert der Lebensqualität war nach der Lachtherapie signifikant höher.</p> <p>Es wurde eine signifikante umgekehrte Verbindung zwischen der Lebensqualität und der Depression bei beiden Gruppen festgestellt. D.h. die Lebensqualität nimmt mit zunehmender Depression ab.</p> <p>Zudem zeigte der Pearson Correlation Coeffizienz eine direkte signifikante Verbindung zwischen Lebensqualität, dem Geschlecht, Zivilstand, Ausbildungslevel und wirtschaftlichen Status. Zwischen Depression und Geschlecht, Zivilstand, Ausbildungsniveau und wirtschaftlichem Status besteht ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang in beiden Gruppen.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</p> <p>Die Ergebnisse werden erklärt und anhand bereits bestehender Literatur bestätigt. Die Forschungsfragen und Hypothesen können beantwortet werden. Limitationen werden diskutiert.</p> <p>Es wurde herausgefunden, dass die Lachtherapie eine signifikante Rolle bei der Reduzierung der Depression und bei der Steigerung der Lebensqualität hat. Die Lachtherapie ist eine der wichtigsten Methoden zur Reduzierung von Depressionen und zur Erhöhung der Lebensqualität. Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit den früheren Forschungsergebnissen überein. Die umgekehrte Verbindung zwischen Depression und Lebensqualität wird anhand vorhandener Literatur bestätigt. Der Zusammenhang zwischen demografischen Daten und Depression bzw. Lebensqualität wurde ebenfalls bestätigt. In dieser Studie war beispielsweise die Lebensqualität der Männer höher als die der Frauen. Ein Grund dafür könnten die vielen Geburten und die daraus entstehenden Krankheiten, wie zum Beispiel Osteoporose sein.</p> <p>Limitationen: Die Probanden füllten die Fragebögen selbst aus, da die Probanden beim Ausfüllen möglicherweise nicht ganz ehrlich waren, kann es zu Veränderungen der Resultate kommen. Die Studie wurde mit älteren Menschen durchgeführt, welche verschiedene kulturelle, soziale und familiäre Hintergründe haben. Eine weiterführende Studie sollte mit einer homogeneren Stichprobe durchgeführt werden.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis:</p> <p>Aufgrund der Verletzbarkeit und der Empfindlichkeit der älteren Menschen sollen Gesundheitsfachpersonen Strategien entwickeln, um deren Lebensqualität zu erhöhen und psychische Probleme zu reduzieren. Laut dieser Studie ist die Lachtherapie eine kostengünstige, sichere und nicht invasive Methode Depressionen zu senken. Deshalb ist es wichtig, dass die Lachtherapie genutzt wird, um die Lebensqualität der älteren Personen zu steigern.</p>

Würdigung der Studie:

Einleitung	<p>Die Studie bezieht sich auf die Lebensqualität von älteren Menschen und beinhaltet somit wichtige Elemente der Bachelorarbeit-Fragestellung.</p> <p>In der Einleitung werden keine Forschungsfragen und Hypothesen formuliert. Das Ziel wird indirekt formuliert und lässt sich somit ableiten. Im Methodenteil werden Hypothesen, sowie Frage formuliert.</p> <p>Das Thema wird anhand empirischer Literatur eingegrenzt. Zentrale Begriffe werden erläutert.</p>
Methode	<p>Design: Das Studiendesign erscheint logisch. Die Gefahren der internen und externen Validität werden nicht kontrolliert.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht. Wie genau die Forschenden die 570 möglichen Probanden auf 90 verkleinerten ist nicht klar ersichtlich.</p> <p>Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für Pflegeheime in Abadeh, da die Stichprobengrösse zu klein ist. Es wären viel mehr potenzielle Teilnehmer zur Verfügung gestanden (570). Die Vergleichsgruppen sind gleich gross, was die Münzwurf-Randomisierung infrage stellt. Dropouts werden keine angegeben.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und sinnvoll. Über die Gleichheit und die Vollständigkeit der Datenerhebung bei den verschiedenen Probanden wurde keine Aussage gemacht.</p> <p>Messverfahren: Die Messinstrumente wurden in anderen Studien als reliabel und valide bezeichnet. Die Forschenden rechneten die Validität und Reliabilität ihrer Studie aus und schätzten sich als hoch ein. Die Auswahl der Messinstrumente ist nicht begründet, erscheint jedoch plausibel.</p> <p>Intervention: Die Dauer und das Intervall der Therapie wird beschrieben. Wer die Intervention durchführt, bzw. welchen Bezug die Forschenden zu den Bewohnenden haben wird nicht erwähnt. Der genaue Inhalt (z.B. Spiele) der Intervention ist nicht bekannt. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse auf die Studie werden nicht genannt.</p> <p>Datenanalyse: Die durchgeführten Tests werden aufgezählt. Die Verfahren werden jedoch nicht beschrieben. Die Verfahren entsprechen den Datenniveaus. Es ist jedoch nicht beschrieben, ob es sich um normalverteilte Daten handelt oder nicht, deshalb kann diese Frage nicht abschliessend beantwortet werden. Das Signifikanzniveau wird nicht angegeben.</p> <p>Ethik: Es werden keine ethischen Fragen diskutiert. Die Studie wurde durch keine Ethikkommission genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>Die zentralen Ergebnisse sind präzise und verständlich präsentiert. Die Tabellen sind korrekt dargestellt und ergänzen den Text.</p>

Diskussion

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:

Es werden die zentralen Ergebnisse präsentiert. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein und wird anhand von Literatur bestätigt. Die Resultate werden nicht konkret auf die Fragestellungen und Hypothesen verglichen, dies kann jedoch abgeleitet werden und somit wurden alle Fragen beantwortet und die Hypothesen bestätigt. Bei einigen Ergebnissen wird nach alternativen Erklärungen gesucht (z.B.: höhere Lebensqualität bei Männern).

Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis:

Die Studie erscheint sinnvoll und liefert einen Beweis zur Wirksamkeit der Lachtherapie bei älteren Menschen. Limitation werden erwähnt. Stärken und Schwächen der Studie wurden nicht erwähnt. Die Ergebnisse sind in die Praxis übertragbar. Für die konkrete Wirksamkeit im Schweizer Gesundheitssystem, müssten hierzulande ähnliche Studie durchgeführt werden.

Güte:

- **Objektivität:** Die Objektivität ist fragwürdig, da die Teilnehmenden die Fragebogen selbstständig ausgefüllt haben. Das Ausfüllen der Fragebogen war somit subjektiv. Die Analyse ist objektiv, sie wurde verblindet durchgeführt.
- **Reliabilität:** Die Messinstrumente messen stabil und die Reliabilität dieser Studie wurde durch die Forscher berechnet.
- **Validität:** Die Messinstrumente messen alle Variablen, welche im Ziel vorkommen. Die Forschenden untersuchten die Validität der verwendeten Messinstrumente.

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009), es handelt sich um eine primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study (Walter et al., 2007)

Einleitung	<p>Alzheimerkrankheit und Depressionen sind bei älteren Menschen häufige Krankheitsbilder. Verschiedene psychotherapeutische Methoden haben sich als hilfreich erwiesen, aufgrund der Linderung negativer Emotionen. Auch die Kombination von pharmakologischen und psychosozialen Behandlungen weisen eine grössere Wirksamkeit auf.</p> <p>Eine psychotherapeutische Intervention ist der therapeutisch angewendete Humor. Humor kann als spezifischer Abwehrmechanismus angesehen werden, da die unerwünschten negativen Emotionen einer Stresssituation reduziert werden können. Elemente des Humorprozesses sind der Stimulus (Humor), die emotionale Reaktion (Heiterkeit) und das daraus resultierende Verhalten wie grinsen, lachen, schmunzeln und kichern.</p> <p>Es gibt eine Reihe von Fallberichten über Humor in der Behandlung von psychiatrischer Patienten, jedoch mangelt es an empirischen Erkenntnissen. Hirsch und Kranzhoff zeigten in der ersten empirischen Studie, dass Humor in der Gruppentherapie eine wichtige Rolle spielte. Es gab keine kontrollierte Studie, welche die Auswirkungen der Humorthherapie auf die Lebensqualität untersuchten.</p> <p>Das Ziel dieser Studie war den Einfluss der Humorthherapie auf die subjektive Lebensqualität bei Patienten mit Altersdepressionen und Alzheimerkrankheit zu untersuchen. Ein weiterer Grund für den Einschluss dieser beiden Patientengruppen war, dass es sich um die wichtigsten stationären Patientengruppen der Klinik handelt, für die die Effekte der Humorthherapie als Ergänzung zum Therapiesetting evaluiert werden sollten.</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich um eine quantitative Studie.</p> <p>Stichprobe: Die Population wird nicht erläutert. Die Stichprobe besteht aus 40 Probanden, 26 Frauen und 14 Männer im Alter von 62-89 Jahren. 20 Patienten litten unter einer Altersdepression und 20 Patienten litten unter Alzheimerkrankheit. Von jeder Krankheitsgruppe wurden je 10 Probanden in die Humorthherapiegruppe und je 10 Probanden in die Standardtherapiegruppe zugeteilt. Somit wurden die Probanden in eine Kontroll- und Interventionsgruppe eingeteilt. Die Standardtherapiegruppe ist die Kontrollgruppe, die eine psychopharmakologische Medikation erhielten. Die der Humorthherapiegruppe erhielten zur psychopharmakologischen Medikation alle 2 Wochen für 60 Minuten eine 1-stündige Therapie, bei welcher 6-8 Probanden teilnahmen.</p> <p>Wie die Stichprobe gezogen wurde, ist nicht bekannt. Die Studienteilnehmer wurden zwischen dem Februar 2003 und Juli 2005 rekrutiert. Einschlusskriterien der Studie waren Personen älter als 65 Jahren, DSM-IV-Kriterien für Alzheimerkrankheit, schwere Depression oder eine Kombination aus beidem. Erste depressive Episode sollte erst nach dem 50. Lebensjahr durchlebt werden. Alle Probanden mussten eine medizinische Routineuntersuchung, EKG und Laborscreening mit vollständigem Blutbild und Schilddrüsenfunktionstestung durchführen. Ausgeschlossen wurde Patienten mit abnormalen biologischen Befunden, akuter medizinischer Erkrankung, schwere kognitive Beeinträchtigung (MMSE von 20 oder weniger), Schizophrenie oder eine andere psychische Störung, sowie Substanz- oder Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch.</p> <p>Datenerhebung: Für die Messung der subjective global quality of life (QOL) wurde der skalierte Fragebogen «Anamnestic Comparative Self Assessment Scale» (ACSA) verwendet. Wie häufig die Daten gemessen wurde ist nicht bekannt.</p>

	<p>Intervention: Die Humorthherapie wurde von einem Moderator geleitet mit dem Ziel eine Atmosphäre der Heiterkeit und Gelassenheit zu erzeugen. Jede Gruppensitzung startete mit dem Erzählen oder Vorlesen einer humorvollen Geschichte oder lustigen Anekdote. Das Ziel war durch persönliche Assoziationen mit dem Gehörten Reaktionen, Beobachtungen oder Kommentare der Probanden auszulösen. Weiter werden biografische Episoden und glückliche Erinnerungen angesprochen. In der Gruppe geteilte Themen sollte zu gemeinsamen Lachen oder Schmunzeln anregen. Der Schwerpunkt der Humorthherapie liegt in der Akzentuierung eines Erheiterungsmilieus in der Gruppe und der Förderung des Humors aller Beteiligten.</p> <p>Die Medikation wurde während der Durchführung der Studie nicht verändert.</p> <p>Messverfahren: Die Geriatrische Depressionsskala (GDS) wurde zur Beurteilung der depressiven Stimmung verwendet. Werte höher oder gleich 6 werden als Depression gewertet. Mini Mental State Examination (MMSE) wurde für die Bewertung der Schweregrad der Alzheimerkrankheit verwendet. Die Werte reichen von 0-30, ein Wert unter 26 weisen auf eine kognitive Beeinträchtigung hin. Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) ist ein Fragebogen, welcher vom Pflegepersonal aufgefüllt wurde, um die Patienten in Bezug auf die Dimensionen Gedächtnis, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLs), grundlegende ADLs, Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten zu beurteilen. Diese 3 Messverfahren wurden für die Ein- und Ausschlusskriterien der Probanden verwendet.</p> <p>Um die subjektive globale Lebensqualität (QOL) zu beurteilen, wurde die Anamnestic Comparative Self Assessment Scale (ACSA) verwendet. Dieses Messinstrument wurde zur Evaluation der Wirksamkeit der Humorthherapie verwendet.</p> <p>Datenanalyse: Beim Skalenniveau handelt es sich um proportionale / absolute Variablen. Der t-Test wurde für die abhängige Stichprobe für Vergleiche untereinander verwendet. Der Mann Whitney-U-Test wurde für die Gruppenvergleiche verwendet. Das Signifikanzlevel wurde auf $p \leq 0.05$ festgelegt. Der Vergleichswert wurde aus einer Gruppe von 43 gesunden Studenten berechnet.</p> <p>Ethik: Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert und diese Studie wurde durch keine Ethikkommission genehmigt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Bei Eintritt in die Institution haben die Probanden ihrer Lebensqualität schlechter eingeschätzt als der Vergleichswert der 43 gesunden Studenten. Bei Probanden mit einer Altersdepression verbesserte sich die Lebensqualität sowohl in der Interventions- wie auch in der Kontrollgruppe signifikant. Alzheimererkrankte beider Therapiegruppen haben keine signifikante Verbesserung der Lebensqualität nach der Therapie gezeigt. Die Lebensqualität verbesserte sich direkt nach der Humorthherapie bei den Probanden. Dieser Effekt hielt nicht zwei Wochen bis zur nächsten Humorthherapie an. Nach der Behandlung bewerteten 4 Patienten der Gesamtstichprobe (10%) ihre derzeitige Lebensqualität als beeinträchtigt ein. 26 Patienten (65%) zeigten eine leichte Verbesserung und 10 Patienten (25%) bewerteten ihre derzeitige Lebensqualität als signifikant verbessert.</p> <p>Während sich die Patienten mit HT in ihrer Lebensqualität nach der Behandlung nicht signifikant von den Patienten der ST unterschieden, profitierten die Patienten mit Depression deutlich von beiden Therapiemethoden ($t = -5.17$, $df = 19$, $p < 0.001$).</p> <p>Zusätzlich zeigten Patienten mit Altersdepression beider Gruppen signifikante Verbesserungen im Depressions-Skor ($t = 3.16$, $df = 19$, $p = 0.005$), in der Stimmung ($t = 9.13$, $df = 19$, $p = 0.005$) und den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens ($t = 3.15$, $df = 19$, $p = 0.005$).</p>

Diskussion	<p>Dies war die erste Studie, welche den Effekt von Humor auf die Lebensqualität von Patienten mit einer Altersdepression oder Alzheimererkrankten untersuchte. Die wichtigste Erkenntnis war, dass Patienten mit einer Altersdepression eine Verbesserung der Lebensqualität während der stationären Behandlung erhielten. Hierbei war kein Unterschied zwischen der Humorthherapiegruppe und der Standardtherapiegruppe zu erkennen. Es wurde keine signifikante Verbesserung der subjektiven Lebensqualität bei Alzheimererkrankten Patienten festgestellt.</p> <p>Die Studie war nicht ausreichend genug, um einen Behandlungseffekt nachzuweisen, aber es wird nahegelegt, dass die Humorthherapie in der Alterspsychiatrie anwendbar sei und das subjektive Wohlbefinden der Patienten verbessere. In der Studie wurde versucht eine möglichst homogene Gruppe zu generieren. Es konnten keine Vergleiche mit anderen Studien gemacht werden, da dies die erste Studie in diesem Format war. Bei den Alzheimererkrankten scheint es eine Wichtigkeit darzustellen die Humorthherapie in kürzeren Abständen durchzuführen, da sie die positiven Emotionen viel schneller vergessen. Dies müsse noch evaluiert werden.</p> <p>Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist aufgrund der geringen Intensität der Humorthherapie und der kleinen Stichprobe auf eine einzelne Studiengruppe begrenzt. Zudem wurde die Standardtherapie der medikamentösen Behandlung nicht kontrolliert. Jedoch wurde versucht die verwendeten Medikamente zu reduzieren in der Art und Anzahl.</p> <p>Zukünftige Studien könnten einen besseren Einblick in die therapeutischen Vorteile der Humorthherapie aufzeigen bei der Behandlung von Altersdepressionen und Alzheimerkrankheit.</p>
-------------------	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	<p>Da das Ziel der Studie war den Einfluss des Humors auf die Lebensqualität bei geriatrischen Patienten zu untersuchen, dies passt gut auf die Fragestellung der Bachelorarbeit. Die Altersdepression und die Alzheimerkrankheit sind häufige Erkrankungen im Alter so kann diese Studie auf die Thematik der vorliegende Bachelorarbeit übertragen werden.</p> <p>Das Ziel der Studie wurde klar definiert, jedoch wurde keine Hypothese oder konkrete Fragestellung aufgestellt. Die Thematik der Studie wurde mittels der vorhandenen empirischen Literatur dargestellt. Zum Zeitpunkt dieser Studie war wenig Literatur zur Thematik vorhanden, sie stellte die erste Studie dar, welche den Vergleich der Humorthherapie auf die Lebensqualität untersuchte. Die Herleitung der Thematik wurde verständlich und logisch aufgegliedert.</p>
Methode	<p>Design: Über das konkrete Design wird in der Studie nichts erläutert. Aus der Aufstellung der Studie wurde daraus geschlossen, dass es sich um eine nicht zufällig zugeordnete Stichprobe handelte.</p> <p>Stichprobe: Die Anzahl der Probanden reicht nicht aus, um eine repräsentative Aussage zu Patienten mit Altersdepression und Alzheimererkrankung zu machen. Es wird nicht über Dropouts gesprochen, somit ist nicht nachvollziehbar, ob alle Probanden die Studie beendeten. In der Studie wurde Wert auf eine möglichst homogene Probandengruppe gelegt. Somit sind die Kontroll- und die Interventionsgruppe weitgehend untereinander vergleichbar. Es wurde von allen Probanden die Daten komplett erhoben, Ein- und Ausschlusskriterien wurden nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist nicht nachvollziehbar beschrieben. Es fehlt die Angabe der Messzeitpunkte, sowie der Ablauf der Datenerhebung. Es werden verschiedenste Messinstrumente definiert, aber nicht weiter erläutert, wie sie in der</p>

	<p>Studie integriert wurden. Welche Personen diese Fragebögen ausgefüllt haben, ist in der Studie nicht ersichtlich. Ob die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich und vollständig sind, ist in der Studie nicht ersichtlich.</p> <p>Intervention: Die Intervention der Humorthherapie wurde klar und verständlich beschrieben. Die durchgeführte Intervention wurde bei allen gleich durchgeführt. Der Moderator der Humorthherapiegruppe hatte einen roten Faden in der Gestaltung der Humorgruppen.</p> <p>Messverfahren: Es wurden reliable und valide Messverfahren verwendet. Die Auswahl der Messinstrumente wurde nicht nachvollziehbar begründet. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse auf die Intervention werden nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalytik wird nicht beschrieben, es wird lediglich erwähnt, dass der t-Test und der Mann Withney-U-Test verwendet wurde. Da in der Studie nicht erwähnt wird, ob es sich um eine Normalverteilung handelt, darf der t-Test nicht verwendet werden. Für die Durchführung eines t-Test muss dieser auf die Normalverteilung mit dem Kolmogorow-Smirnov Test überprüft werden. Die Grösse des Signifikanzniveau wurde nicht begründet.</p> <p>Ethik: In dieser Studie wurde keine ethische Frage diskutiert oder entsprechende Massnahmen durchgeführt.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind nicht nachvollziehbar beschrieben. In der Studie ist nicht nachvollziehbar beschrieben, welche Variablen in welchem Zusammenhang für den t-Test und den Mann Withney-U-Test verwendet wurden. Aus diesem Grund ist es schwierig eine Aussage zur Korrektheit und Präzision den Ergebnissen zu machen.</p> <p>Die Abbildungen sind korrekt dargestellt, jedoch nicht eindeutig lesbar. In der Figure 2 ist nicht erkennbar zu welchem Datum Woche 0 bis 15 stattgefunden hat. Die Abbildungen verbildlichen den Text und stellen eine Ergänzung dar.</p>
Diskussion	<p>Es werden alle Resultate diskutiert, was jedoch eher kurz und prägnant gehalten wurde. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein, was zu einer stimmigen Studie führt. Es wird in Bezug auf das Studienziel diskutiert, wie die Humorthherapie die Lebensqualität von Patienten mit Altersdepressionen oder Alzheimer beeinflussen kann. Zudem wird erläutert, dass dies die erste Studie ist, welche dieses Ziel bearbeitet. Somit konnte sie sich auf keine andere Studie beziehen.</p> <p>In der Studie wurde erläutert, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Es benötigt weitere Studien, welche diese Aussage bestätigen und mit einer grösseren und breiteren Stichprobe durchführen würden.</p> <p>Diese Studie ist sinnvoll, weil die Intervention mit der Humorthherapie einen neuen nicht medikamentösen Ansatz in der Behandlung von älteren Patienten darstellt. Die Stärken und Schwächen der Studie werden ausführlich von den Autoren beschreiben und diskutiert. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Humorthherapie einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten mit einer Altersdepression oder Alzheimerkrankheit aufweisen kann. Die Intervention muss aber noch weiter erforscht werden, bevor sie sich in der Praxis etablierten und verankern kann. In einem anderen klinischen Setting, zum Beispiel Pflegeheim, könnte diese Studie durchgeführt werden. Die gewählte Methode der Humorthherapie ist vorwiegend auf ältere Patienten anwendbar, da vor allem biographische Bestandteile genutzt werden, um die Intervention umzusetzen.</p>

Güte:

- **Objektivität:** Die Objektivität ist in dieser Studie nicht komplett vorhanden, da jede HumortheraPIestunde nicht exakt gleich durchgeführt werden konnte. Dies war der Fall, da auf die individuellen Antworten und Reaktionen der Probanden eingegangen wurde. Jedoch hatte jede HumortheraPIestunden denselben roten Faden. Die benutzen Messinstrumente wurden mit der Einhaltung der Objektivität versucht umzusetzen.
- **Reliabilität:** Die Reliabilität ist schwierig zu beurteilen, da dies die erste Studie darstellt. Die Intervention könnte wiederholt werden und es kann noch keine Aussage gemacht werden, ob bei einer wiederholten Durchführung zuverlässige Ergebnisse liefern würde, welche die Ergebnisse bestätigen würde von dieser Studie.
- **Validität:** Die Validität konnte bestätigt werden, da sich die benutzen Messverfahren Zuverlässig und glaubwürdig ausweisen.

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective wellbeing, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents (Zhao et al., 2020)

Einleitung	<p>In den letzten Jahren hat die Überalterung der Weltbevölkerung stark zugenommen, was einen grossen Einfluss auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung hat. Bei den chinesischen Pflegeheimbewohnern zeigt sich eine hohe Prävalenz von Depression und Angstzuständen, aufgrund des nicht optimalen Gesundheitssystems. Pflegeheimbewohner leiden unter psychischer Isolierung und Einsamkeit. In der chinesischen Bevölkerung wird die traditionelle häusliche Pflege bevorzugt. Im fortgeschrittenen Alter leiden Menschen unter physischen und psychischen Beeinträchtigungen. Die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens ist wichtig für die Förderung der guten geistigen und körperlichen Gesundheit.</p> <p>Der Einsatz der Humorthherapie ist ein einfacher und effektiver Ansatz. Der Mechanismus der Humorthherapie wird anhand der Überlegenheits-, Entlastungs- und Inkongruenztheorie erklärt. Bei älteren Menschen kann mittels Humors die psychosoziale und körperliche Gesundheit positiv beeinflusst werden.</p> <p>Anhand vorhandener Studien wurde festgestellt, dass Mängel im Interventionsdesign die interne Validität der Humorintervention gefährden, denn ein Grossteil der Studien hat keine Kontrollgruppe. Es besteht ein Mangel an Forschung über den Effekt der Humorintervention auf das Wohlbefinden, die kognitive Funktion und die Schlafqualität von älteren Menschen. Zudem sind die Ergebnisse kontrovers. Die Wahrnehmung und Anwendung vom Humor sind kulturell und vom sozialen Hintergrund unterschiedlich. In der Medizin ist die Humorthherapie weitgehend unbekannt, aus diesem Grund gibt es keine vollständigen Schulungs- und Behandlungssysteme. Deshalb ist die Erforschung und Förderung der Humorthherapie in China von grosser Bedeutung für die Pflege von älteren Menschen.</p> <p>Das Ziel der Studie war es die Durchführbarkeit und den Effekt der Humorthherapie in Bezug auf Depression, Angst, subjektives Wohlbefinden, kognitive Funktion und Schlafqualität bei Pflegeheimbewohnenden zu evaluieren.</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich um eine einfach-verblindete quasi-experiment control group study mit drei Messzeitpunkten.</p> <p>Stichprobe: Die Population der Studie sind Bewohnende von chinesischen Pflegeheimen.</p> <p>In die Stichprobe eingeschlossen wurden Bewohner älter als 60 Jahre, die nicht an anderen Forschungsstudien beteiligt waren und die grundlegenden alltäglichen Aktivitäten durchführen konnten (Geriatern und Krankenschwestern beurteilten den physischen und emotionalen Zustand der Bewohner anhand von Falldaten, einfacher körperlicher Untersuchung und Befragung). Ausgeschlossen wurden Bewohnenden, die Antidepressiva oder Psychotherapie anwendeten. Bewohnenden die an Kommunikationsschwierigkeiten, Glaukom, Epilepsie, Atemwegserkrankungen, schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskulären Erkrankungen oder einer Vorgeschichte mit grösseren chirurgischen Eingriffen litten.</p> <p>Verschiedene Studiengruppen wurden aufgestellt. Zwei private Pflegeheime mit ähnlichen Angeboten wurden mittels gezielter Stichprobe ausgewählt. Um die Beeinflussung der Studienpopulation zu vermeiden, wurde eine Pflegeeinrichtung als Interventionsgruppe (Humorgruppe) und die andere als Kontrollgruppe per Los zugewiesen. 74 ältere Menschen nahmen an der Studie teil. 37 ältere Menschen in der Humorinterventionsgruppe und 37 in der Kontrollgruppe.</p> <p>Innerhalb der ersten 8 Wochen schieden zwei Probanden der Kontrollgruppe von der Studie aus, einer starb, der andere wurde hospitalisiert. Bis in die Woche 16 schieden zwei weitere aus, welche ein gesundheitliches Problem hatten. In der</p>

Interventionsgruppe schieden bis zur Woche 16 zwei Probanden aus, einer wurde hospitalisiert und einer zog aus dem Pflegeheim aus.

Datenerhebung: Assistenten, für welche die Gruppen verblindet war, ermittelten die demographischen Daten. Persönliche, fragebogenbasierte Interviews wurden zu drei Zeitpunkten durchgeführt: zu Beginn der Studie (innerhalb 5 Tage vor der Intervention), nach der Intervention (8 Wochen) und zur Nachuntersuchung (16 Wochen).

Intervention: Die Kontrollgruppe ging ihrem gewohnten Lebensstil nach. Die Teilnehmer der Humorgruppe nahmen acht Wochen lang einmal wöchentlich für 60 Minuten am Humorinterventionsprogramm teil. Von jeder Sitzung wurde Inhalt, Feedback und Anzahl der Teilnehmer aufgezeichnet. Die Humorintervention wurde durch eine Pflegefachperson ausgeführt, die von drei bis fünf Forschungsassistenten unterstützt wurde. Die Gruppeneinteilung war für die Forschungsassistenten, welche die Datenerfassung und -analyse durchführen, verblindet.

- Aufwärmen (10min)→ Vorstellung Ablauf, Erklärung vom Zweck, Bedeutung und Methode; Aufwärmübungen mit Dehnen
- Schauen von humorvollen Filmen (10min)→ Überlegenheitstheorie: Theaterstück schauen führt zu Umkehrironie, was das Überlegenheitsgefühl der Bewohnenden verbessert und positive Emotionen fördert.
- Spielzeit (30min)→ Entlastungstheorie: Muskelbewegungen und Lachen sollen Energie freisetzen
- Humoraustausch (10min)→ Inkongruenztheorie: Wertschätzen oder Teilen von humorvollen Ereignissen regt zum Nachdenken an und hilft kognitive Funktionen zu trainieren. Bewohnende lernen Humor im täglichen Leben anzuwenden, in dem sie humorvolle Ressourcen sammeln und teilen.

Messverfahren: Zu den primary Outcomes gehören Depression, Ängstlichkeit und subjektives Wohlbefinden.

- Depression: Die Geriatric Depression Scale (GDS-30) umfasst 30 Items und wird auf einer Skala von 0-30 bewertet. Eine höhere Punktzahl deutet auf eine stärkere depressive Tendenz hin. Es wurde eine chinesische Version der GDS entwickelt und validiert. Die Skala hatte ebenfalls einen hohen Cronbach's α -Wert von 0,846.
- Ängstlichkeit: Die Hamilton Anxiety Scale (HAMA) umfasst 14 Items, wobei jedes Item von 0-4 bewertet wird. Ein höherer Wert in der HAMA zeigt eine höhere Ängstlichkeit an. Die chinesische Version der HAMA hat sich zuvor als geeignet für die chinesische Bevölkerung erwiesen.
- Subjektives Wohlbefinden: Die Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH) umfasst 24 Items, die vier Faktoren integrieren: positiver Affekt (PA), negativer Affekt (NA), positive Erfahrung (PE) und negative Erfahrung (NE). Die Scores auf der Skala reichen von 0-48. Scores < 23, 23-35, >35 zeigen ein niedriges, mittleres bzw. hohes Niveau des subjektiven Wohlbefindens an. Der Cronbachs α -Koeffizient der Skala der chinesischen Version beträgt 0,802 und die Inhaltsvalidität ist höher als 0,7.

	<p>Zu den secondary Outcomes gehören kognitive Funktion und Schlafqualität.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Funktion: Hierzu wurde die Mini-Mental State Examination (MMSE) angewendet. Die Skala reicht von 0-30. Eine Punktzahl unter 23 deutet auf eine kognitive Beeinträchtigung hin. Der Cronbachs α-Wert und der ICC-Wert in der chinesischen Version der Skala betragen 0,83-0,87 bzw. 0,924. - Schlafqualität: Der Pittsburgh Schlafqualitäts-Index (PSQI) ist eine 18-teilige Skala, deren Summe von 0-21 reicht und sieben Dimensionen der Schlafqualität während des letzten Monats bewertet. Eine höhere Punktzahl impliziert eine schlechtere Schlafqualität. Die chinesische Version des PSQI hat einen Cronbach's α-Wert von 0,82-0,83 <p>Datenanalyse: Ein Statistiker führte die Datenanalyse durch, er war gegenüber der Gruppenzuordnung verblindet. Das Datenniveau der erhobenen Variablen (demographische Daten) weisen auf Nominal- und Intervallskalierung hin. Das Datenniveau der Messinstrumente war ordinalskaliert.</p> <p>Der Shapiro-Wilk-Test wurde durchgeführt, um die Hypothese auf Normalverteilung zu überprüfen. Der Chi-Quadrat-Test, Fisher's exact Test und der Mann-Whitney-U-Test wurden angewandt, um die demographischen Unterschiede zwischen den Gruppen zu vergleichen. Zweifache ANOVA mit wiederholten Messungen wurde verwendet, um die Unterschiede zwischen den Ergebnisgrößen (Depression, Angst, Wohlbefinden etc.) der beiden Gruppen zu vergleichen. Ein einfacher Haupteffekttest wurde als Post hoc-Analyse durchgeführt, wenn signifikante Interaktionen beobachtet wurden. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0.05$ festgelegt.</p> <p>Ethik: Es wurde eine Ethikgenehmigung von der Ethikkommission der School of Nursing, Jilin University, eingeholt. Anonymität und Diskretion wurden sichergestellt. Die Teilnehmer unterschrieben eine Einverständniserklärung und wurden informiert, dass jederzeit ein Ausstieg möglich ist, ohne jegliche nachteilige Auswirkungen.</p>
Ergebnisse	<p>Zu Beginn der Studie war zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikante Differenz bei den demografischen Daten, sowie bei den Outcome Variablen ersichtlich. Die meisten Probanden waren zwischen 77 und 79 Jahre alt.</p> <p>Depression: Nach den 8 Wochen der Humorintervention zeigten die Teilnehmer im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant niedrigere Symptome der Depression. Ein zweifacher ANOVA mit wiederholten Messungen ergab eine signifikante Interaktion von Zeit und Gruppe bei der Depression während der Zeit nach der Intervention und der Nachuntersuchung.</p> <p>Ängstlichkeit: Zudem verringerte sich die Angst in der Humorgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant in der Zeit nach der Intervention und Nachuntersuchungszeit. Die ANOVA Ergebnisse zeigten, dass der Zeit x Gruppen-Interaktions-Effekt für die Angst signifikant war. Außerdem zeigte der Follow-up-Test, dass der Angst-Score der Pflegeheimbewohner, die von der Humor-Intervention profitierten, nach 16 Wochen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant abnahm.</p> <p>Subjektives Wohlbefinden: Der Wert des subjektiven Wohlbefindens war nach 8 Wochen in der Humorgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Die Intervention erhöhte den Wert der Skala MUNSH in der Untergruppe «positiver Affekt» und reduzierte den Wert der «negativen Affekt» Untergruppe nach der Intervention. Die Ergebnisse der ANOVA mit wiederholten Messungen zeigten auch, dass es eine signifikante Zeit x Gruppe Interaktion für subjektives Wohlbefinden nach der Intervention und Nachuntersuchung gab.</p>

	<p>Kognitive Funktion: Die Ergebnisse der Intra-Gruppen-Analyse der MMSE-Scores zwischen dem Beginn, nach 8 Wochen und nach der 16-wöchigen Nachbeobachtung der Bewohner in der Humorgruppe zeigte sich als statistisch signifikant. Der ANOVA-Test zeigte, dass es einen signifikanten Interaktionseffekt bei 8 Wochen, aber keine signifikante Interaktion nach 16 Wochen.</p> <p>Schlafqualität: Der PSQI-Wert für die Schlafqualität war von Beginn bis zur Postintervention (8 Wochen) und der Nachuntersuchung (16 Wochen) in der Humorgruppe signifikant reduziert. Die Ergebnisse der ANOVA zeigten, dass der Interaktionseffekt Zeit × Gruppe für die Schlafqualität sowohl nach der Intervention als auch bei der Nachuntersuchung signifikant war.</p>
Diskussion	<p>Die Studie zeigte eine signifikante Verbesserung der Depression- und Angstsymptome, sowie eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, kognitive Funktion und Schlafqualität. Diese Verbesserung hielt bei Depressions- und Angstsymptomen, sowie dem Wohlbefinden und der Schlafqualität bis zur Nachuntersuchung an. Die Forschenden haben die zentralen Ergebnisse anhand von Studien bestätigt und erklärt.</p> <p>Die Humorthherapie hat einen breiten Anwendungsbereich, keine zeitlichen oder geografischen Einschränkungen und grosse wirtschaftliche Vorteile.</p> <p>Folgende Limitationen wurden diskutiert. 1. Es konnte keine Randomisierung durchgeführt werden. 2. Die Teilnehmer waren nicht verblindet, das könnte zum Hawthorne-Effekts führen. 3. Die Ergebnisse könnten mit der Dauer der Intervention im Zusammenhang stehen. Mit einer längeren Dauer könnten bessere Ergebnisse bei der Schlafqualität und kognitiver Funktion erzielt werden. 4. Selbstberichtete Skalen wurden verwendet. Einige eingeschlossene Probanden hatten eine kognitive Einschränkung, was die Ergebnisse einschränken kann. 5. Die Stichprobengrösse war zu klein und die Studie fand nur in 2 Pflegeheimen statt, was nicht repräsentativ für ganz China ist.</p> <p>Das Forschungsziel konnte erreicht werden.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass die Humorintervention durchführbar ist. Daher können Pflegefachpersonen die Humorintervention als nicht-pharmakologischen Ansatz in der täglichen Pflege nutzen, um das Wohlbefinden der Bewohner zu verbessern.</p>

Würdigung der Studie

Einleitung	<p>Diese Studie ist hilfreich für die Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit. Da das Phänomen auf die Lebensqualität bezogen werden kann. Das Ziel der Studie ist definiert, es werden keine Hypothesen oder Forschungsfragen aufgestellt. Das Phänomen wird im Kontext von vorhandenen Konzepten und anhand aktueller empirischer Literatur dargestellt.</p>
-------------------	--

Methode	<p>Design: Das Studiendesign wurde logisch und nachvollziehbar für die Fragestellung der Studie gewählt. Es werden Gefahren zur internen Validität von anderen Studien erläutert.</p> <p>Stichprobe: Bei der Stichprobenziehung wurde darauf geachtet, dass die Pflegeheime ausgelost wurden. In einem Pflegeheim wurde die Intervention durchgeführt und das andere stellte die Kontrollgruppe dar. Somit konnten homogene Vergleichsgruppen erstellt werden. Die Stichprobe ist für das Design angebracht und die Zielpopulation wird klar aufgezeigt. Die Stichprobengröße wurde berechnet und durch frühere Studien beeinflusst. In der Rekrutierung der Teilnehmer wurde eine Drop-out-Rate von 20% miteinberechnet. Jede Gruppe benötigt mindestens 30 Teilnehmer. Die Stichprobengröße mit 74 Teilnehmer weist sich als repräsentativ aus. Die Studie wurde in privaten Pflegeheimen durchgeführt, was sich wo möglich nicht auf staatliche Heime übertragen lässt.</p> <p>Die Drop-Out-Rate wurde berechnet und auch in der Studie wurden Dropouts erwähnt und erläutert.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung wurde nachvollziehbar beschrieben und bei allen Probanden identisch durchgeführt, die Daten sind komplett und von allen Teilnehmern (ausser Drop-Outs) erhoben worden.</p> <p>Intervention: Die Intervention ist klar und verständlich beschrieben. Es wird keine mögliche Verzerrung angesprochen.</p> <p>Messverfahren: Die Messverfahren sind reliabel und valide. Die Auswahl der Messverfahren ist klar. Der Cronbachs α-Koeffizient wurde von allen chinesischen Versionen der Messinstrumente errechnet.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde in der Studie beschrieben, zudem wurden die statistisch genutzten Verfahren sinnvoll angewendet. Es wurden viele Testungen mit verschiedensten Messinstrumenten durchgeführt.</p> <p>Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nicht begründet, jedoch nachvollziehbar, da dies der Norm entspricht.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission genehmigt und zudem wurde eine Einverständniserklärung der Probanden vor der Durchführung der Studie unterzeichnet.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind klar und präzise beschrieben. Alle Ergebnisse wurden verständlich dargelegt.</p> <p>Die Tabelle und Grafiken sind korrekt und vollständig dargestellt und stellen eine Ergänzung zum Text dar.</p>
Diskussion	<p>Alle Resultate der Studie wurden diskutiert. Die Interpretation der Ergebnisse ist stimmig.</p> <p>Die Ergebnisse werden nicht explizit in Bezug auf die Zielsetzung diskutiert, jedoch haben die Forscher die Ergebnisse ausführlich aufgezeigt und mit früheren Studien diskutiert und Vergleiche hergestellt.</p> <p>Diese Studie stellt eine Wichtigkeit dar, da dies eine nicht-pharmakologische Intervention für ältere Menschen aufgezeigt, welche die Lebensqualität verbessert. Limitationen, Stärken und Schwächen werden in der Studie beschrieben.</p> <p>Die Studie erweist sich als wiederholbar in einem anderen klinischen Setting.</p>

Güte:

- **Objektivität:** Die Kriterien der Objektivität wurden in dieser Studie erfüllt, da die Intervention immer von denselben, geschulten Personen durchgeführt wurde. Zudem ist die Intervention standardisiert.
- **Reliabilität:** Die angewendeten Messverfahren weissten sich als reliabel aus.
- **Validität:** Die Validität der angewendeten Messverfahren ist gewährleistet.

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes (Low et al., 2013)

<p>Einleitung</p>	<p>Humor ist eine grundlegende Form des sozialen Verhaltens mit vielen psychologischen Vorteilen. Die Humorthherapie ermöglicht Lachen und Freude. Beim Leben in Pflegeheimen ergeben sich selten Gelegenheiten Humor zu erleben. Der aktuelle Forschungsstand zum Thema ist limitiert. Diverse Studien belegen jedoch Vorteile der Humorthherapie in Pflegeheimen. Eine Studie fand eine allgemeine Zunahme positiver und Abnahme negativer Verhaltensweisen bei Menschen mit schwerer Demenz.</p> <p>Das Hauptziel der Studie war es die Wirksamkeit der Humorthherapie in Bezug auf die Verbesserung der Stimmung von einzelnen Pflegeheim Bewohnerinnen und Bewohnern zu untersuchen. Ein weiteres Ziel war es die Wirksamkeit der Humorthherapie in Bezug auf die Verringerung der Unruhe und anderen Verhaltensstörungen, sowie auf die Lebensqualität und das soziale Engagement der Bewohnenden zu untersuchen.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Es handelt sich um ein quantitatives Design, genauer um ein single-blind two-group longitudinal cluster randomised controlled Design.</p> <p>Stichprobe: Zur Population zählen Bewohnende, welche in staatlich anerkannten und innerhalb einer Autofahrstunde zur Universität liegenden Institutionen wohnen. Zudem darf die Institution nicht gleichzeitig an einer anderen Interventionsstudie teilnehmen, auf keine bestimmte ethnische und kulturelle Minderheitsgruppe ausgerichtet sein und nicht speziell auf eine bestimmte medizinische Bedingung mit Ausnahme von Demenz ausgerichtet sein. Es sollen während des Studienzeitrahmens kein Management- oder kulturellen Veränderungen anfallen. Die Institution muss den Studienbedingungen zustimmen. 36 geeignete Pflegeheime wurden randomisiert in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Acht weitere geeignete Heime wurde auf eine Warteliste gesetzt, um Heime zu ersetzen, welche sich vor dem Start der Studie zurückzogen. Ein Heim wurde im Verlauf ausgeschlossen, da es auf psychische Erkrankungen, sowie Drogen- und Alkoholabhängigkeit spezialisiert war. In jedem Heim wurde nach Absprache mit den Heimleitern eine SMILE neighbourhood (Smile-Viertel) definiert. Der Bereich musste weniger als 40 Bewohnende beherbergen. Alle in Frage kommenden Bewohner innerhalb des SMILE-Viertels wurden zur Teilnahme eingeladen. Die Stichprobe schliesst Bewohnende unter 50 Jahren, sowie solche, welche vor weniger als zwölf Wochen in die Institutionen eingetreten sind, ein risikoreiches Verhalten aufweisen, innerhalb von sechs Monaten aus dem SMILE-Viertel zu verschwinden drohen, schwere Kommunikationshindernisse aufweisen, akutes Unwohlsein, häufige Spitalaufenthalte und terminale Symptome aufweisen, eine bekannte Angst vor Clowns oder Fremden haben, aus. Somit nahmen an der Studie 398 Bewohnende aus 36 verschiedenen Pflegeheimen teil. Die Probanden der verschiedenen Institutionen, wurden institutionsweise in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Die 36 Institutionen wurden nach Grösse und Versorgungstyp mit einer Nummer versehen und randomisiert. Die Randomisierung wurde mittels computergenerierter Zufallszahl durchgeführt. Die Zuteilung ist nur dem Hauptuntersucher und der administrativen Unterstützungsperson bekannt. Die Zuteilungen zu den Behandlungsgruppen wurden verblindet. Innerhalb einer Institution sind entweder alle Bewohnenden in der Interventionsgruppe oder in der Kontrollgruppe. Die Pflegeheime und das Personal der Humor-Intervention wurden nach der Baseline von der administrativen Unterstützungsperson über die Behandlungsgruppe informiert.</p>

Die Mitarbeiter der Pflegeheime wurden vor jedem Kontakt daran erinnert, die Verblindung der Daten aufrechtzuerhalten. Trotzdem erfuhren in 15 Heimen je ein oder zwei datenerfassende Mitarbeiter, welcher Gruppe das Heim zugeteilt wurde.

In der Interventionsgruppe starben zwischen Woche 0 und 13 acht Probanden, sieben wurden in eine andere Institution überwiesen. In der Kontrollgruppe starben sieben Probanden und fünf wurden in eine andere Institution überwiesen. Zwischen Woche 13 und 26 starben in der Interventionsgruppe fünf Bewohnende, sechs wurden verlegt und jemand konnte nicht antworten. In der Kontrollgruppe starben ebenfalls fünf und 11 wurden verlegt.

Datenerhebung: Die Daten wurden zu drei Zeitpunkten erfasst: Vor der Intervention (Woche 0), nach den Humorthherapie-Sitzungen (Woche 13) und als Follow-Up (Woche 26). Informationen zur Datenerhebung wurden von Bewohnenden, zuverlässigen Mitarbeitern, direkte Beobachtungen und Patientendokumentation gesammelt.

Intervention: Die Humorthherapie beinhaltet zwei Komponenten: Laughter-Boss-Schulungen und ElderClown-Humorthherapie-Sitzungen. Bei den Laughter-Boss – Schulungen lernten die ausgewählten Mitarbeitenden Humor und Gesundheit zu verbinden und den Humor in die tägliche Pflege zu integrieren. Die Laughter-Bosses unterstützten die ElderClowns während der Humorthherapie und probierten die Humorintervention zwischen den ElderClown-Besuchen weiter zu führen.

Ein geschulter Artist mit Erfahrung im Gesundheitswesen, ElderClown genannt, besuchte die Bewohnenden und hielt neun bis zwölf zweistündige ElderClown-Humorthherapie-Sitzungen ab. Die ElderClowns passten ihre Interaktion dem Hintergrund, der Persönlichkeit, der Stimmung und den physischen, sowie kognitiven Fähigkeiten der Bewohnenden an um deren Teilnahme, Lachen und Freude zu erhöhen. Die ElderClowns bereiteten sich anhand der Patientendokumentation und Gesprächen mit LaughterBosses auf die Bewohnenden vor oder sie improvisierten aufgrund der Reaktionen der Bewohnenden. Somit konnten sie die Konversationen unbeschwert und spielerisch gestalten. Mit Hilfe von Musik, Tanz und Witzen wurden die Interaktionen geschmückt. Die Interaktionen fanden entweder in Gruppe oder einzeln statt, je nachdem wie es die Bewohnenden wollten. Nach der Humorthherapie-Sitzung wurde eine Nachbesprechung gemacht, der ElderClown und der Laughter-Boss diskutierten über gelungenes und weniger gelungenes und sammelten Ideen für die nächste Sitzung.

Messverfahren: Das primäre Messinstrument war die Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). Sekundäre Messinstrumente waren die Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) und die Neuropsychiatric Inventory Nursing Home um den Schweregrad und die Häufigkeit von zwölf Verhaltensstörungen zu erfahren und um die Häufigkeit von unruhigen Verhaltensweisen zu beurteilen. Die Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES), um das soziale Engagement zu messen und die DEMQOL zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Selbst- und Fremdeinschätzung. Darüber hinaus wurden demografische Informationen erhoben, die funktionelle Beeinträchtigung wurde mit dem Barthel-Index bewertet, der relative Schweregrad der Demenz wurde mit der Global Deterioration Scale bewertet und die Angemessenheit der physischen Umgebung für die Pflegeheimbewohner wurde auf Einrichtungsebene mit dem Environmental Audit Tool bewertet. Nach jeder Sitzung beurteilte der ElderClown und der LaughterBoss unabhängig voneinander die Wirkung der Intervention auf einer Zehn-Punkte-Skala.

Datenanalyse: Das Signifikanzlevel wurde aufgrund der Stichprobengröße und dem Power zweiseitig auf 0.05 festgelegt. Zur Analyse wurde die Software SAS V.9.2 benutzt. Für normalverteilte Variablen wurde der t-test verwendet. χ^2 test wurde für die kategorialen Daten verwendet und der Mann-Whitney U-test für nicht normalverteilte Daten. Es wurde die Korrelation innerhalb eines Bewohnenden (wiederholte Messungen) und die Korrelation innerhalb eines Clusters (Pflegeheim) der Endpunkte über

	<p>die Angabe des Zufallseffektes berücksichtig. Die Blom-Transformation wurde verwendet, um die Schiefe der Daten zu berücksichtigen.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität von New South Wales, Sydney, Australien genehmigt. In der Studie wurden keine ethischen Fragen diskutiert. Von allen Teilnehmenden oder falls nötig von den Angehörigen wird eine schriftliche Zustimmung eingeholt.</p>
Ergebnisse	<p>In Bezug auf die demografischen Daten bestehen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt wurden 191 Humorthherapie-Sitzungen durchgeführt (durchschnittlich 11 pro Einrichtung), einzelne Bewohnende erhielten durchschnittlich 9 ElderClown-Besuche.</p> <p>Die Veränderungen von Depressionen, Verhaltensstörungen ausser Unruhe, sozialem Engagement und die Lebensqualität waren nicht signifikant. Die Verminderung der Unruhe nach der Humorthherapie ist beim Follow-up signifikant. Der Interaktionseffekt zeigte eine signifikante Veränderung bei Depression, Verhaltensstörungen und bei der von den Bewohnern bewerteten Lebensqualität. Bewohnende, welche mehr an der Humorthherapie teilnahmen zeigten eine grössere Verbesserung dieser Symptome.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Während es keinen signifikanten Nutzen bei der Depression gab, verringerte sich die Unruhe im Laufe der Zeit signifikant. Die Häufigkeit der Unruhe wurde von täglich auf einmal pro Woche gesenkt. Die Humorthherapie hat somit einen ähnlichen Effekt wie das Medikament Risperidon (Antipsychotikum), welches in Australien am häufigsten zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenz eingesetzt wird. Die Humorthherapie weist jedoch keine der Nebenwirkungen von Risperidon auf. Nach der Anpassung der Dosierung der Humorthherapie zeigten sich Vorteile bei Depressionen, Verhaltensstörungen und der selbstbeurteilten Lebensqualität, welche bei den Medikamenten nicht berichtet wurden.</p> <p>Als Stärken der Studie listen die Forscher folgendes auf: grosse Stichprobe, clustered Design, hohe Follow-Up Rate, Implementierung in richtige Pflegeheime.</p> <p>Limitationen: 1. Bei 15 der 36 Heimen wurde das Personal «entblindet». 2. Die teilnehmenden Heime waren möglicherweise nicht repräsentativ für australische Pflegeheime. Im Vergleich zu den nationalen Daten hatte die Bewohner in der Stichprobe ein ähnliches Durchschnittsalter und eine ähnliche Pflegestufe, 6 % häufiger weiblich, benötigten weniger Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und hatten ein höheres Mass an Verhaltensstörungen. 3. Es gab Unterschiede bei der Anzahl der Humorthherapie-Sitzungen und bei der Umsetzung der Humorthherapie. Die LaughterBosses wurden nicht überprüft, wie oft sie Humor ausserhalb der Sitzungen angewendet haben. 4. Die beiden Gruppen waren zu Beginn der Studie ungleichgross, diese Unterschiede wurden in der statistischen Modellierung jedoch berücksichtigt. 5. Die Signifikanz wurde nicht für multiple Vergleiche angepasst, da die Messungen korreliert waren. 6. Die Intra-Cluster-Korrelation war höher als in der Studie berichtet, was zu verringerten Power als berechnet führte.</p> <p>Es gab einen Bodeneffekt: 29% der Probanden wurde im CSDD als depressiv eingeschätzt und 28% wurde im CMAI als ohne Unruhesymptome eingestuft. Dies veränderte das Verbesserungspotential. (78% waren unruhig, d.h. dort gibt es mehr Verbesserungspotential als bei Depression.)</p> <p>33% der Bewohnenden konnte die Lebensqualität nicht selbst einschätzen, für Mitarbeitende war es schwierig dies einzuschätzen. Studien zeigten, dass die Lebensqualität Selbsteinschätzung meist nicht mit der Fremdbeurteilung</p>

übereinstimmt. Die Messmethode war so möglicherweise nicht empfindlich gegenüber positiven Effekten. Die Studie zeigte, dass es Vorteile hat die positiven Emotionen der Bewohnenden zu stärken.

Die Ergebnisse wurden anhand weniger Studien verglichen. Das Ziel der Studie wurde untersucht, um die Wirksamkeit der Humorthherapie zu bestätigen werden jedoch noch mehr Untersuchungen benötigt.

Schlussfolgerung und Anwendung in der Praxis: Bei der Humorthherapie handelt es sich um eine psychosoziale Intervention, welche zur Reduktion von Agitation/ Unruhe eingesetzt werden kann. Die Wirksamkeit verschiedener Modelle zur Durchführung der Humorthherapie muss weiter erforscht werden.

Würdigung der Studie:

Einleitung

Die Ziele der vorliegenden Studie entsprechen zu einem grossen Teil der Inhalte der Fragestellung der Bachelorarbeit, weil sie den Zusammenhang von Humor und Lebensqualität, sowie weiteren Faktoren, welche die Lebensqualität beeinflussen untersucht.

Die Ziele der Studie wurden klar definiert, jedoch nicht durch Hypothesen oder konkrete Fragestellungen ergänzt.

Das Thema wird mittels der vorhandenen empirischen Literatur verankert und der Forschungsbedarf somit begründet.

Methode

Design: Die Verbindung zwischen dem Forschungsziel und dem gewählten Design erscheint plausibel. Es wird keine konkrete Verbindung erläutert. Die Gefahren der internen bzw. externen Validität werden nicht kontrolliert.

Stichprobe: Die Stichprobe ist für das Design der Studie sinnvoll gewählt. Die Stichprobengrösse wird als passend eingeschätzt. Die Stichprobe ist für Pflegeheime in Australien nicht repräsentativ, da Menschen mit Kommunikationsproblemen ausgeschlossen wurden. Eventuell hätte ein Einschluss dieser Menschen das Resultat beeinflusst. Da die Teilnehmenden nicht innerhalb der verschiedenen Institutionen in die Kontroll- bzw. Interventionsgruppen eingeteilt wurden, kann nicht klar definiert werden, ob der Unterschied zwischen den Institutionen keinen Einfluss auf das Resultat hat. Die Aussage wäre aussagekräftiger, wenn innerhalb der Institutionen zwei Gruppen gemacht worden wären. Die Vergleichsgruppen weisen einen Grössenunterschied auf. Dropouts werden deklariert und begründet.

Datenerhebung: Die Datenerhebung ist vielfältig und nachvollziehbar beschrieben. Die Datenerhebung unterschied sich bei Probanden, welche nicht in der Lage waren, die Messinstrumente auszufüllen, in diesem Fall wurde dies von Mitarbeitern übernommen. Die Objektivität ist nicht garantiert, da das Messinstrument nicht immer durch die gleiche Rolle (Selbst- bzw. Fremdeinschätzung) ausgefüllt wurde. Die Daten sind bis auf die Dropouts komplett.

Intervention: Die Intervention wird beschrieben. Es ist jedoch nur im Studyprotokoll ersichtlich wie lange eine Humorthherapie-Lektion geht und wie häufig sie durchgeführt wird. Der Ablauf der Humorthherapie-Sitzung nicht genau beschrieben. Es wird jedoch beschrieben, wie die LaughterBosses geschult werden. Mögliche Verzerrungen der Intervention werden nicht genannt.

Messverfahren: Bei den Messinstrumenten handelt es sich um reliable und valide Messinstrumente. Es wird beschrieben für was die Messinstrumente sind, jedoch nicht genau, wieso sie ausgewählt wurden.

	<p>Datenanalyse: Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben. Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet. Die verwendeten Tests entsprachen ihrem Datenniveau. Die Höhe des Signifikanzniveaus wurde berechnet und begründet.</p> <p>Ethik: Die Studie wird von einer Ethikkommission genehmigt. Es werden jedoch keine ethischen Fragen erläutert.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden präzise dargelegt. Die Daten der einzelnen Bewohnenden werden jedoch nicht aufgezeigt. In der Tabelle 2 ist nicht markiert, welche Ergebnisse signifikant sind. Die Tabellen enthalten einen Titel, sowie Legenden und bieten eine Ergänzung zum Text.
Diskussion	Im Diskussionsteil werden nicht alle Resultate diskutiert. Die Interpretation stimmt jedoch mit den beschriebenen Resultaten überein. Die Resultate werden nicht in Bezug auf das Ziel diskutiert und werden bloss zurückhaltend mit anderen Studie verglichen. Es werden Limitation und Stärken der Studie aufgezeigt. Es wird nach Erklärungen für die Resultate gesucht. Um die Intervention in die Praxis umzusetzen sind weitere Untersuchungen notwendig. Die Studie könnte in anderen Settings angewendet werden.

Güte:

- **Objektivität:** Die Objektivität wird teilweise erfüllt. Zum Beispiel die Selbst- bzw. Fremdeinschätzung der Lebensqualität kann die Studienresultate beeinflussen. Die Intervention wird genau beschreiben und ein Study Protocol liegt vor.
- **Reliabilität:** Die Messinstrumente messen stabil.
- **Validität:** Die Messinstrumente messen alle Variablen, welche im Studienziel vorkommen. Die interne Validität ist gewährleistet, aus einer Interventions- und Kontrollgruppe besteht.

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009), es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial (Low et al., 2014)

Einleitung	<p>Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass Humor eine wirksame nicht pharmakologische Intervention im Verhaltensmanagement von Menschen mit Demenz ist. Humor kann passiv, aktiv oder in Kombination aus aktiver und passiver Teilnahme angewendet werden. Eine vorhergehende Studie evaluierte ein Humortherapiemodell, welches wöchentliche Besuche eines ElderClown beinhaltete. Dieser wurde von einem LaughterBoss unterstützt, welcher den Humor in die tägliche Pflege einbaute. Anhand von Interviews wurde gezeigt, dass die Humortherapie Unruhe nach zwölf Wochen signifikant reduzierte. Die Intervention hatte jedoch keinen Effekt auf Depression, Lebensqualität, soziales Engagement und andere neuropsychiatrische Symptome. Dies wird auf das Interview gedeutet, welches für Menschen mit Demenz nicht geeignet war. Die Validität und Reliabilität dieses Messinstrumentes waren nicht gewährleistet. Als Alternative wird eine Beobachtungsstudie vorgeschlagen. Die Forschenden kreierten ein Beobachtungsinstrument speziell für Menschen mit Demenz: Behavior Engagement and Affect Measure (BEAM), dies wird von geschulten Forschern angewendet.</p> <p>Das Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen der Humortherapie auf Unruhe, Engagement, positives Verhalten, Gefühle und Zufriedenheit mit Hilfe von Beobachtungsmethoden zu untersuchen. Die Forschenden erwarteten, dass sich der Befund der vorhergehenden Studie bestätigte.</p> <p>H1: Die Interventionsgruppe zeigt verglichen mit der Kontrollgruppe eine verlängerte Dauer von aktivem Engagement, positiven Gefühlen, glücklicher Stimmung und höherer globaler Zufriedenheit.</p> <p>H2: Die Interventionsgruppe zeigt verglichen mit der Kontrollgruppe eine reduzierte Dauer von Traurigkeit, Angst und Wut.</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich um ein quantitatives Design, genauer um ein single-blind two-group longitudinal cluster randomised controlled Design.</p> <p>Stichprobe: In jedem Heim wurde nach Absprache mit den Heimleitern eine SMILE neighbourhood (Smile-Viertel) definiert. Der Bereich musste weniger als 40 Bewohnende beherbergen. Alle in Frage kommenden Bewohner innerhalb des SMILE-Viertels wurden zur Teilnahme eingeladen. Die Stichprobe schliesst Bewohnende unter 50 Jahren, sowie solche, welche vor weniger als zwölf Wochen in die Institutionen eingetreten sind, ein risikoreiches Verhalten aufweisen, innerhalb von sechs Monaten aus dem SMILE-Viertel zu verschwinden drohen, schwere Kommunikationshindernisse aufweisen, akutes Unwohlsein, häufige Spitalaufenthalte und terminale Symptome aufweisen, eine bekannte Angst vor Clowns oder Fremden haben aus.</p> <p>Die 36 Institutionen wurden nach Grösse und Versorgungstyp mit einer Nummer versehen und randomisiert. Die Randomisierung wurde mittels computergenerierter Zufallszahl durchgeführt. Die Zuteilung ist nur dem Hauptuntersucher und der administrativen Unterstützungsperson bekannt. Die Zuteilungen zu den Behandlungsgruppen (Interventions- und Kontrollgruppe) werden verblindet. Die Pflegeheime und das Personal der Humor-Intervention wurden nach der Baseline von der administrativen Unterstützungsperson über die Behandlungsgruppe informiert. Die Mitarbeiter der Pflegeheime wurden vor jedem Kontakt daran erinnert, die Verblindung der Daten aufrechtzuerhalten. Trotzdem hielten sich nicht alle daran und 15 Heime wurden «entblindet».</p>

	<p>Datenerhebung: Die Daten wurden zu drei Zeitpunkten erfasst: Vor der Intervention (Woche 0), nach den Humorthapie-Sitzungen (Woche 13) und als Follow-Up (Woche 26). Informationen zur Datenerhebung wurden von Bewohnenden, zuverlässigen Mitarbeitern, direkte Beobachtungen und Patientendokumentation gesammelt. Das Verhalten jedes Teilnehmers wurde während dreimal zehn Minuten durch den BEAM beobachtet. Die Beobachtungen fanden in den öffentlichen Räumen, meist zwischen 09:00 Uhr und 16:00 Uhr, statt.</p> <p>Messverfahren: Das Beobachtungstool Behavior Engagement and Affect Measure (BEAM) wurde vom Forschungsteam entwickelt, um Verhaltensdaten von Pflegeheimbewohnern in Echtzeit zu erfassen. Es misst die Dauer von Unruhe, positiven Verhalten, Engagement und Emotionen in Sekunden. Zudem gaben die Forscher jeweils am Ende einer Messung ein globales Zufriedenheits-Rating an, welches als Äquivalent zur punktuellen Lebensqualität konzeptualisiert wurde.</p> <p>Intervention: Die Humorthapie beinhaltet zwei Komponenten: Laughter-Boss-Schulungen und ElderClown-Humorthapie-Sitzungen. Bei den Laughter-Boss – Schulungen lernten die ausgewählten Mitarbeitenden Humor und Gesundheit zu verbinden und den Humor in die tägliche Pflege zu integrieren. Die Laughter-Bosses unterstützten die ElderClowns während der Humorthapie und probierten die Humorintervention zwischen den ElderClown-Besuchen weiter zu führen. Ein geschulter Artist mit Erfahrung im Gesundheitswesen, ElderClown genannt, besuchte die Bewohnenden und hielt neun bis zwölf zweistündige ElderClown-Humorthapie-Sitzungen ab. Die ElderClowns passten ihre Interaktion dem Hintergrund, der Persönlichkeit, der Stimmung und den physischen, sowie kognitiven Fähigkeiten der Bewohnenden an um deren Teilnahme, Lachen und Freude zu erhöhen. Die Interaktion beinhaltete Musik, Witze Slapstick oder ein Gespräch, in Gruppen oder einzeln. Insgesamt wurden 191 Humorthapie-Sitzungen durchgeführt (durchschnittlich 11 pro Einrichtung), einzelne Bewohnende erhielten durchschnittlich 9 ElderClown-Besuche.</p> <p>Die Kontrollgruppe wurde mit der üblichen Pflege weiterbetreut.</p> <p>Datenanalyse: Zur Datenanalyse der demografischen Daten und der Baseline wurde die Software SPSS verwendet. Für die Langzeit Modellierung wurde SAS verwendet. Das Signifikanzniveau wurde zweiseitig auf 0.05 festgelegt.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität von New South Wales, Sydney, Australien genehmigt. In der Studie wurden keine ethischen Fragen diskutiert. Von allen Teilnehmenden oder falls nötig von den Angehörigen wird eine schriftliche Zustimmung eingeholt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>In Bezug auf die demografischen Daten bestanden zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede. Teilnehmende der Interventionsgruppe zogen sich zu Beginn der Studie länger zurück und waren weniger lang glücklich.</p> <p>Die Dauer des positiven Verhaltens gegenüber anderen, des aktiven abgekoppelten Verhalten und der neutralen Stimmung stieg. Ebenso verkürzte sich die Dauer der Unruhe, Wut, Angst, Glücklichkeit und Traurigkeit. Im Vergleich zur Kontrollgruppe verlängerten sich bei der Interventionsgruppe die glücklichen Momente und die Unruhe verkürzte sich. Obwohl nach Korrektur für multiples Testen keine Signifikanz erreicht wurde, gab es Trends, die darauf hinweisen, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ein längeres positives Verhalten und ein kürzeres aktives Rückzugsverhalten und kürzere wütende Stimmung zeigte.</p>

Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Dieser Artikel bestätigt mit Hilfe von Beobachtungsmethoden, dass die Humorthherapie die Unruhe in der SMILE-Studie verringerte. Der Behandlungseffekt für die beobachtete Unruhe war gering. Er ist ähnlich, wie der Effekt, welcher das Personal gemessen hat, ähnlich wie die geringen bis mässigen Ergebnisse anderer nicht-pharmakologischer Interventionen, und ähnlich wie der Behandlungseffekt von Risperidon. Die relativ kurze Interventionszeit führte zu einer nachhaltigen beobachtbaren Steigerung der Zufriedenheit/ Glücklichkeit. Die Forschenden glauben, dass dies die erste Studie in einem Pflegeheim ist, die eine Verbesserung der positiven Stimmung über die Interventionssitzungen hinaus zeigt. Die Forschenden erklären sich die Verbesserung der Zufriedenheit damit, dass durch die Intervention unbefriedigte Bedürfnisse (z.B. nach Gesellschaft und sinnvoller Beschäftigung) gedeckt werden können.</p> <p>Des Weiteren konnte die Studie zeigen, dass es sinnvoll sein kann, ein computerassistiertes Beobachtungsinstrument beim Menschen mit Demenz oder Kommunikationsproblemen zu verwenden.</p> <p>Als Stärken der Studie listen die Forscher folgendes auf: grosse Stichprobe, clustered Design, hohe Follow-Up Rate.</p> <p>Limitationen: Bei 15 der 36 Heime wurde das Personal «entblindet». Die teilnehmenden Heime waren möglicherweise nicht repräsentativ für australische Pflegeheime. Im Vergleich zu den nationalen Daten hatte die Bewohner in der Stichprobe ein ähnliches Durchschnittsalter und eine ähnliche Pflegestufe, 6 % häufiger weiblich, benötigten weniger Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und hatten ein höheres Mass an Verhaltensstörungen. Die beiden Gruppen waren zu Beginn der Studie ungleichgross, diese Unterschiede wurden in der statistischen Modellierung jedoch berücksichtigt.</p> <p>Schlussfolgerung und Anwendung in der Praxis: Die Studie zeigte, dass die Humorthherapie die Unruhe verringert und das Glücksniveau der Bewohnenden erhöht. Die Humorthherapie sollte daher als mögliche Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität in Pflegeheimen in Betracht gezogen werden.</p>
-------------------	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	<p>Die Studie befasst sich mit Variablen, welche die Lebensqualität beeinflussen und passt somit zur Bachelorarbeit-Fragestellung.</p> <p>Das Ziel der Studie sowie zwei Hypothesen werden beschreiben. Eine Forschungsfrage wird nicht gestellt.</p> <p>Das Thema wird anhand der vorhergehenden Studie beschreiben und nur wenig anhand empirischer Literatur an das Thema herangeführt. Zudem werden Vor- bzw. Nachteile des Interviews bzw. der Beobachtung aufgezeigt. Es wird auf die vorhergehende Studie und andere Artikel der Forscher (BEAM) verwiesen.</p>
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design erscheint plausibel. Es wird keine konkrete Verbindung erläutert. Die Gefahren der internen bzw. externen Validität werden nicht kontrolliert.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht. Es werden Ausschlusskriterien, sowie der Ablauf der Randomisierung genannt. Drop-outs müssen aus den vorhergehenden Studien genommen werden. Es wurden homogene Vergleichsgruppen erstellt.</p>

	<p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist vielfältig und nachvollziehbar beschrieben. Jeder Proband wurde während derselben Zeit in ungefähr den gleichen Situationen für gleich lange beobachtet. Die Daten sind bis auf die Dropouts komplett.</p> <p>Messverfahren: Der BEAM wurde konkret beschrieben und begründet. Das Messinstrument ist laut den Forschern reliabel und valide.</p> <p>Intervention: Sie Intervention wird oberflächlich beschrieben. Detail müssen aus den vorhergehenden Studien entnommen werden. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse werden nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Zwei verschiedene Programme (SPSS und SAS) machen einen Vergleich schwieriger.</p> <p>Ethik: Die Studie wird von einer Ethikkommission genehmigt. Es werden jedoch keine ethischen Fragen erläutert.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden oberflächlich beschrieben. Es werden nicht alle Punkte erläutert. Die Tabellen ergänzen den Text und bieten Unterstützung beim Interpretieren der Ergebnisse.
Diskussion	<p>Die relevanten Ergebnisse werden im Diskussionsteil nochmals erwähnt und erläutert, jedoch nur teils mit Studien belegt. Die Resultate werden nicht auf die Hypothesen oder das Ziel bezogen. Einzelne Teile der aufgestellten Hypothesen können durch die Resultate abgeleitet werden.</p> <p>Die Stärken, sowie Limits der Studie werden genannt. Um die Intervention in die Praxis umzusetzen sind weitere Forschungen notwendig. Es gibt kein signifikantes Ergebnis, deshalb sollte die Humorthherapie als Ergänzung und nicht als Ersatz der medikamentösen Therapie angesehen werden.</p>

Güte:

- **Objektivität:** Die Objektivität wird als erfüllt eingeschätzt, da alle Probanden unter ähnlichen beobachtet wurden. Die Studie wird genau beschreiben und ein Study Protocol, sowie eine vorhergehende Studie liegen vor.
- **Reliabilität:** Das Messinstrument (BEAM) misst stabil.
- **Validität:** Das Messinstrument (BEAM) misst alle Variablen, welche im Ziel vorkommen. Somit ist die Validität gewährleistet

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009), es handelt sich um eine primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: Investigating the Effect of Humor Therapy on Chronic Pain in the Elderly Living in Nursing Homes in Mashhad, Iran (Behrouz et al., 2017)

Einleitung	<p>Die Prävalenz der chronischen Schmerzen bei älteren Menschen stellt ein häufig verbreitetes Problem dar. Die Schmerzprävalenzrate liegt bei einem Durchschnittsalter von 75 Jahren bei mehr als 75%. Chronische Schmerzen im Alter führen häufig zu Einsamkeit, Depression, Beeinträchtigung der Motorik und starkem Anstieg der Gesundheitskosten. Eine mangelnde Behandlung der geriatrischen chronischen Schmerzen führt zu einer verminderten Lebensqualität. Ärzte versuchen möglichst wenig Analgetika für ältere Menschen einzusetzen. Somit stellen nicht-pharmazeutischen Schmerzbehandlungsstrategien eine Wichtigkeit dar. Dies sind z.B. Trainingsprogramme, kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Sportprogramme. Der CBT-Ansatz für die Schmerzbehandlung konzentriert sich auf die kognitiven Faktoren und Beziehungen der Schmerzwahrnehmung. Hierzu wird Hypnose, Entspannungstechniken mit geführten mentalen Bildern, Gedankenablenkung sowie Selbsthilfegruppe eingesetzt. Humor wird als Gedankenablenkung der Schmerzbekämpfung eingeteilt. Humor und Lachen gilt als Regulation des Geistes, somit kann Humor und Lachen als Therapieform einzelnen helfen, mit schmerzhaften und komplizierten Zuständen zurechtkommen. Zudem kann das durch Lachen freigesetzte Endorphin, als natürliches Morphin, zur Schmerzbehandlung genutzt werden.</p> <p>Nur einzelne Studien haben die Wirkung der Humorthherapie bei älteren Menschen auf die chronischen Schmerzen untersucht. Über diese Thematik wurde im Iran noch keine Studie durchgeführt.</p> <p>Ziel: Aufgrund dieses Hintergrundes haben wir versucht, die Wirkung der Humorthherapie auf chronische Schmerzen bei älteren Menschen, die in Pflegeheimen in Mashhad, Iran leben, zu untersuchen.</p>
Methode	<p>Design: two-group, randomized klinische Studie</p> <p>Stichprobe: Zur Population der Studie zählen ältere Menschen, die in Pflegeheimen in Mashhad, Iran, leben.</p> <p>Einschlusskriterien: Alter von 60-85 Jahren, Mindestmass an Lese- und Schreibkenntnissen, ein mindestens dreimonatiger Aufenthalt im Pflegeheim, mindestens drei Monate lang chronische Schmerzen (ohne Krebs), keine grösseren Seh- und Hörbehinderungen, keine Depression oder andere kognitiven Störungen</p> <p>Ausschlusskriterien: Abwesenheit bei mehr als zwei Sitzungen des Humorthherapieprogramms, Verlassen vom Pflegeheim, plötzlich auftretende Krankheit oder körperliches Problem, die das Teilnehmen an den Sitzungen unmöglich macht.</p> <p>Unter den Pflegeheimen, die der «State Welfare Organization of Iran» in der Stadt Mashhad angeschlossen sind, wurden zwei Pflegeheime ausgewählt. Diese mussten auf die geografische Lage, die Anzahl der älteren Menschen und Pflegepersonals sowie die Einrichtungen und die Ausstattung auf der Grundlage der Beurteilung der «State Welfare Organization of Iran» sein. Dann wurden sie randomisiert (zufällige Auswahl) einer Interventions- und einer Kontrollgruppe zugeordnet.</p> <p>Der Stichprobenumfang bei der vorhergehenden Pilotstudie wurde auf der Grundlage der Formel für den Vergleichswert der Mittelwert mit 80% Teststärke und 95% Konfidenzniveau gelegt. Die maximale Stichprobengrösse in Verbindung mit der höchsten Schmerzintensität wurde auf 27 Personen pro Gruppe geschätzt.</p>

63 Probanden wurden in Interventionsgruppe(n=31) und Kontrollgruppe (n=32) eingeteilt. Drop-Out waren in der Kontrollgruppe 5 und in der Interventionsgruppe 3 Personen, weil sie bei mehr als 2 Sitzungen abwesend waren, das Pflegeheim verliessen oder körperlich erkrankten. Nun waren in der Interventionsgruppe 28 Probanden und in der Kontrollgruppe 27 Probanden.

Datenerhebung: Es wurden schriftliche Befragungen durchgeführt.

Ein Tag vor der ersten Humortheriesitzung wurden in beiden Pflegeheimen ein demographisches Informationsformular, die 15-Item Geriatric Depression Scale (15-GDS), das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) sowie eine schriftliche Einverständniserklärung mit Unterschrift und Fingerabdrücken ausgefüllt.

Die Schmerzintensität wurde vor der ersten Sitzung, 24 Stunden nach der dritten und 24 Stunden nach der sechsten Sitzung gemessen.

Messverfahren:

demographisches Informationsformular

Mit der 15-teilige geriatrische Depressionsskala (15-GDS), wurde die Depression der älteren Menschen gemessen.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) wurden die kognitiven Störungen gemessen. Die Probanden, welche 26-30 Punkte erreichten, wurden in die Studie eingeschlossen.

Mit der Brief Pain Inventory wurde die Schmerzintensität gemessen. Dieser Fragebogen beinhaltet 3 separate Punkte. Jeder Punkt kann zwischen 0 und 10 bewertet werden und ermittelt sie Schmerzintensität der letzten 24 Stunden. Dieses Instrument ermittelt die schlimmste, geringst und durchschnittliche Schmerzintensität. Die Schmerzintensität wurde in der Interventions- und Kontrollgruppe vor der ersten Sitzung, 24 Stunden nach der 3. Sitzung und 24 Stunden nach der 6. Sitzung gemessen. Dieser Fragebogen wurde ins Persische übersetzt.

Intervention:

Die Intervention der Humorthherapie wurde sechsmal in einer Sitzung von 60 Minuten einmal pro Woche durchgeführt. Vor jeder Sitzung wurde der Raum und die benötigten Materialien vorbereitet. Der Inhalt des Humor-Therapie-Programms wurde mit Überprüfung der verwandten Literatur entworfen. Das endgültige Programm wurde durch geriatrischen Experten, Psychologen, sowie professionelle Personen in humoristischen Angelegenheiten geprüft und genehmigt. Zu den Inhalten, die während der Humorthherapie präsentiert wurden, gehörten humorvolle Videoclips, Humorspiele, lustige Geschichten, humorvolle Musik sowie Witze.

Für die Umsetzung der Intervention wurde ein professioneller Moderator rekrutiert, der Erfahrung mit humorvollen Aktivitäten hat und in der gleichen Altersgruppe wie die älteren Menschen war. Der Moderator wurde vor der Intervention über die Forschungsziele, Stimmungs- und Glaubensmerkmale der Probanden informiert. Es wurde immer derselbe Moderator eingesetzt, damit die Bewohnenden eine freundschaftliche Beziehung aufbauen konnten.

Dieser Moderator begann jede Sitzung in landestypischen Kostümen und ermutigte die älteren Menschen zur Teilnahme an den Therapiesitzungen, indem er vorgegebene Programme ausführte und lustige Gesten machte.

Jede Humorthherapie war in 3 Teile aufgeteilt:

In den ersten 10 Minuten stellten sich die älteren Menschen und der Forscher vor. Die Probanden wurden angeregt mitzuarbeiten, mit zuklatschen und zu Lachen. Die Vorteile von Lachen, Freude sowie Jubeln wurden dargestellt.

Die letzten 10 Minuten jeder Sitzung waren dafür vorgesehen, die älteren Menschen zu ermutigen, ihre Gefühle auszudrücken und den Gastgeber und andere ältere Menschen aufzumuntern, den älteren Personen die Hand zu schütteln, sich von ihnen zu verabschieden und zuckerfreie Pralinen und Geschenke für 6 Sitzungen auf die gleiche Weise zu verteilen.

Der wichtigste 40-minütige Mittelteil war mit einem speziellen Programm verbunden, das die iranische Kultur und Bräuche sowie die Bedingungen der älteren Personen berücksichtigte.

Dieser Teil beinhaltete das Vortragen von lustiger Poesie und Prosa, das Spielen von lustigen Spielen mit Szenen von Fallen und Ausrutschen auf einem großen Bildschirm, das Malen mit geschlossenen Augen, das Vorlesen von lustigen Sprichwörtern durch den professionellen Moderator in verschiedenen Dialekten, das Abspielen von fröhlicher und lustiger Musik im Hof. Zudem das Abspielen einer Vielzahl von verschiedenen Lachgeräuschen durch Kinder und ältere Menschen und das die älteren Menschen ermutigen soll, mitzulachen. Des Weiteren Spielen von Filmen über Mimikry in lokalen Dialekten, lustiges Spiel, bei dem die älteren Menschen mit den Fingern in die Luft malen und die anderen Personen das Gezeichnete erraten sollten. Spiel, bei dem Tiergeräusche herausgefunden werden müssen oder ein Spiel bei denen die Vornamen für Mädchen oder Jungen mit speziellen Buchstaben gefunden werden mussten, Ermutigung der älteren Menschen zum Lachen wie ein Flugzeug oder ein Wasserfall zu lachen und denjenigen mit der besten Demonstration Geschenke zu geben, sowie das Spiel Werfen von Münzen in ein Glas mit Wasser gehören dazu.

Nach der Durchführung der Spiele und Wettbewerbe wurden Geschenke, die lustig und humorvoll waren, wie z. B. Comic-Bücher, Comic-Poesie-Bücher, Cartoon-Aufkleber oder Clownsmasken, an die älteren Personen verteilt. So versuchte man sie zu ermutigen eine aktive Rolle in den Sitzungen zu spielen.

Datenanalyse: Für die Datenanalyse wurde der Chi-square test, Mann-Whitney U test, Friedman test, analysis of covariance (ANCOVA), two-way analysis of variance (ANOVA), and multiple regression analysis genutzt. Der p-Wert von weniger als 0,05 wurde als statistisch signifikant angesehen.

Ethik: Für die Durchführung der Studie wurde bei der Ethikkommission "the Research Ethics Committee of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran" eine Genehmigung eingeholt. Ein Einführungsschreiben musste an die «State Welfare Organization of Iran» jeweiligen Behörden der Pflegeheime übermittelt werden.

Zur Durchführung der Studie wurden die Forschungsziele und -verfahren zunächst den Behörden und den in den Pflegeheimen lebenden älteren Menschen oder ihren Anwälten erläutert.

Ergebnisse	<p>Das mittlere Alter der Kontroll- und der Interventionsgruppe betrug 73 Jahre. Eine Grosszahl der Probanden waren Frauen.</p> <p>Die schlimmsten Schmerzen vor Beginn der Intervention (base line) unterschieden sich nicht signifikant von der Interventions- zur Kontrollgruppe. Allerdings waren die schlimmsten Schmerzen 24 Stunden nach der 3. und 6. Sitzung der Humorthherapie in der Interventionsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.</p> <p>Bei den mittleren Schmerzen direkt vor Beginn der ersten Intervention wurden signifikante Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt. Somit waren die Gruppen nicht homogen. Die angegebene Schmerzintensität war in der Interventionsgruppe 24 Stunden nach der 3. Humorthherapie, sowie nach der 6. Sitzung Humorthherapie signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe.</p> <p>Betrachtet man den geringsten Schmerz, der vor Beginn der ersten Sitzung der Humorthherapie gemessen wurde, sind signifikante Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt worden. Somit waren diese nicht homogen. Allerdings war der geringste Schmerz 24 Stunden nach der 3. Sitzung der Humorthherapie in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Die gegebene Schmerzintensität war auch in der Interventionsgruppe 24 Stunden nach der 6. Sitzung der Humorthherapie signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.</p> <p>Da die beiden Gruppen nicht homogen waren, wurde der ANCOVA durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass die mittleren Werte des geringsten und mittleren Schmerzes nach der 3. und 6. Sitzung der Humorthherapie signifikant unterschiedlich waren.</p> <p>Wird der two-way ANOVA betrachtet mit Berücksichtigung folgender Variablen: Geschlecht, Alter, Bildung, Verwendung von Analgetika und nicht-pharmazeutische Methoden der Schmerzlinderung, wurde herausgefunden, dass nur die Dauer des Aufenthalts einen signifikanten Zusammenhang mit der Schmerzintensität in Verbindung steht. Ein längerer Pflegeheimaufenthalt steht mit chronischen Schmerzen in Verbindung. Aus diesem Grund wurde ein multiple regression Analyse durchgeführt. Diese Ergebnisse zeigten keine signifikanten linearen Beziehungen zwischen den Variablen. Das heisst der Effekt der Dauer des Aufenthalts in Pflegeheimen ist mit anderen Variablen verbunden.</p>
Diskussion	<p>In dieser Studie wurde der Effekt der Humorthherapie auf die chronischen Schmerzen der älteren Pflegeheimbewohnern untersucht.</p> <p>In dieser Studie wurde die mittlere Schmerzintensität vor der Intervention in beiden Gruppen höher als 5 angegeben, was mit anderen Studien übereinstimmt.</p> <p>Die Mehrheit der Probanden nahmen Analgetika zur Schmerzreduktion ein und verwendeten keine alternative Methode. Dieser Fakt war in anderen Studien nicht so, dort war z.B.: die Analgetika Einnahme 32% (Tse et al.). Schmerzakzeptanz und -toleranz älterer Menschen hat einen grossen Einfluss auf den Einsatz von pharmazeutischen und nicht-pharmazeutischen Massnahmen. Die Schmerzakzeptanz wird zudem beeinflusst durch andere Faktoren wie z.B.: Rasse, Religion, persönliche Unterschiede und Lebensqualität. Diese Studie wird zudem beeinflusst von der iranischen Kultur und deren Lebensstil.</p> <p>Die Humorthherapie in den Pflegeheimen kann einen positiven Einfluss auf die allgemeine Gesundheit haben und folglich Schmerzen reduzieren, wird auch von anderen ähnlichen Studien so beschrieben.</p>

Die niedrigste und die mittlere Schmerzintensität waren in den Gruppen nicht homogen. Ein Grund dafür konnte das Schmerz Scoring sein. Trotz mangelnder Homogenität der Gruppen, war die Schmerzintensitäten in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe.

Eine weitere Studie zeigte, dass die Verwendung von Gedankenablenkung in der CBT die Schmerzen lindern können. Laut einer Studie kann durch Humor und Lachen die Schmerztoleranzschwelle erhöht und somit der wahrgenommene Schmerz reduziert werden. Diese Ergebnisse können die Resultate der vorliegenden Studie bestätigen. Darüber hinaus kann die Humorthherapie in sozialen Gruppen eine kollektiv stärkere Wirkung haben, als einzeln.

Schlussendlich kann gesagt werden, dass die Humorthherapie als komplementär- und alternativmedizinische Intervention einen Einfluss auf die chronischen Schmerzen und die Schmerzintensität haben könnte. Die Intervention kann in Pflegeheimen umgesetzt werden und es hat keine Nebenwirkungen.

Limitationen:

Aus Ethischen Gründen wurde kein Analgetikaentzug bei den Probanden durchgeführt, was die Ergebnisse hätte beeinflussen können, jedoch war die Einnahme der Analgetika in beiden Gruppen ähnlich, somit konnten die Auswirkungen nicht signifikant sein. Die Genauigkeit der Teilnehmer und die mentalen und psychologischen Bedingungen der Probanden können die Antworten der Fragebögen beeinflussen. Es wurde jedoch versucht die zeitlichen Bedingungen und eine geeignete Umgebung zu schaffen, um diese Einschränkungen zu kontrollieren. Da der Schmerz ein Gefühl ist und mit Hilfe eines Fragebogens erfasst wird und die Schmerzgrenze individuell ist, wurde ein pre-test/post-test Design verwendet. Somit konnte die Veränderung der Schmerzen gemessen werden. Es gibt Unterschiede im Sinn für Humor (sense of humor) und Bereitschaft zum Lachen, sowie der Teilnahme in der Gruppe. Aus diesem Grund verwendeten die Forscher verschiedene Methoden, um alle Probanden in die Intervention miteinzubeziehen und somit die Einschränkungen der Probanden bis zu einem gewissen Mass kontrollierten.

Verwendung in der Praxis:

Die Humorthherapie zeigt einen positiven Einfluss auf die Reduzierung chronischer Schmerzen bei älteren Menschen, die in Pflegeheimen leben. Diese Intervention zeigt sich als unkompliziert und kostengünstig. Es braucht kein professionelles Personal, die spezielle Fähigkeiten haben. Die Humorthherapie kann als Freizeitaktivität angesehen werden. Es braucht weitere Studien, welche mittels einem anderen Schmerzbeurteilungsinstrumenten prüfen, wie sich die Humorthherapie auf geriatrische chronischen und akute Schmerzen auswirkt.

Würdigung der Studie:

Einleitung	<p>Diese Studie stellt einen wichtigen Bestandteil für die Fragestellung der Bachelorarbeit dar. Es wird auf die chronischen Schmerzen bei älteren Pflegeheimbewohnern eingegangen, was die Lebensqualität stark beeinflussen kann. Zudem wird das Phänomen der Humorthherapie untersucht.</p> <p>Das Forschungsziel ist klar beschrieben, jedoch wird keine Forschungsfrage oder -hypothese aufgestellt.</p> <p>Die Thematik wird mittels empirischer Literatur hergeleitet und dargestellt. Die Problemdarstellung ist klar ersichtlich.</p>
Methode	<p>Design: Das Design wurde passend zur Forschungsfrage gewählt. Die Wahl vom Design wird in der Studie nicht näher erläutert. Die Gefahren einer internen oder externen Validität werden in der Studie nicht erwähnt.</p> <p>Stichprobe: Sie Stichprobenziehung ist in Bezug auf das Design sinnvoll gewählt. Für eine verallgemeinernde Aussage ist die Stichprobe für die Zielpopulation nicht repräsentativ, da nur 63 Probanden eingeschlossen und häufig auftretende Symptome bei älteren Menschen ausgeschlossen wurde. Die Mindeststichprobengröße wurde errechnet und eingehalten. Somit haben die Forschenden ihre Stichprobengröße logisch hergeleitet und erläutert. Drop-Outs werden erwähnt, jedoch deren Einfluss auf die Ergebnisse nicht begründet. Da die Vergleichsgruppen aus 2 ähnlichen Pflegeheimen bestehen, konnten zwei ähnliche Vergleichsgruppen erstellt werden.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar, jedoch wurden im Verlauf der Studie zu wenig Messungen durchgeführt. Die Schmerzintensität wurde dreimal gemessen, daraus soll generiert werden, ob die Humorthherapie einen Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben. Die Datenerhebung wurde bei allen Probanden vollständig und gleich durchgeführt.</p> <p>Messverfahren: Alle Messverfahren erwiesen sich in vorherigen Studien als reliabel und valide. Die Wahl der Messinstrumente ist nachvollziehbar gewählt und begründet. Jedoch werden beim GDS keine genaueren Erklärungen gemacht und es wird nicht erläutert, ab welchem Score die Probanden ausgeschlossen wurden.</p> <p>Intervention: Die Intervention wird erklärt. Es werden keine Verzerrungen oder Einflüsse auf die Intervention erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Tests zur Datenanalyse wurden aufgezählt, aber nicht beschrieben. Die Höhe des Signifikanzniveau wurde erwähnt.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission geprüft und genehmigt. In der Studie werden keine ethischen Fragen diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse zeigen sich als präzise und korrekt. Da die Homogenität nicht eingehalten werden konnte, wurden weiterführende Tests (ANCOVA) durchgeführt.</p> <p>Die Tabellen wurden mit Titel und Legende versehen und stellen zudem eine Ergänzung zum Text dar.</p>

Diskussion

Die Resultate werden diskutiert. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Das Forschungsziel wurde erreicht und anhand anderer Studien diskutiert und verglichen. Die Forschenden bestätigten anhand von anderen Studien ihre Ergebnisse. In dieser Studie werden keine alternativen Erklärungen gesucht.

Der Inhalt dieser Studie wurde sinnvoll gewählt, jedoch wurden keine Stärken und Schwächen erwähnt. Limitationen wurden genannt. Die Intervention der Studie ist im Schweizer Gesundheitssystem unter Einbezug der kulturellen Unterschiede im Praxisalltag umsetzbar. Diese Studie könnte in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden.

Güte:

- **Objektivität:** Die Kriterien der Objektivität wurden in dieser Studie nur teils erfüllt. Die Probanden waren durch mentale und psychische Faktoren bei der Beantwortung der Fragebögen beeinflusst. Die Forschenden versuchten jedoch die Umgebung, in der die Interviews durchgeführt wurden, gleich zu gestalten.
- **Reliabilität:** Die Forschenden bewerteten die angewendeten Messverfahren als reliabel.
- **Validität:** Die Validität der angewendeten Messverfahren bewerteten die Forschenden als gewährleistet.

Evidenzlage: Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).