

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

Zeitraum der Ausbildung

24. November 2008 bis 27. November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Angehörige auf der Intensivstation

Bedeutung und Integration

vorgelegt von: Daniela Martin
LKH- Klagenfurt
Neurochirurgische Intensivstation

begutachtet von: Christine Radif
akademisch geprüfte Lehrerin
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege
Klagenfurt

Oktober/2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Klagenfurt, Oktober 2009

KURZZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Abschlussarbeit wird das Thema Angehörige auf der Intensivstation behandelt. Im Speziellen wird auf die Bedeutung des Angehörigen für den Patienten und die Integration der Angehörigen in die Pflege des Intensivpatienten eingegangen. Es wird ein Überblick über die Belastungsfaktoren des Patienten und der Angehörigen gegeben. Der Angehörige, der für das behandelnde Team zu Beginn der Erkrankung oft eine Belastung darstellt aufgrund der ungewohnten, oft plötzlich eintretenden Situation, entwickelt sich im Laufe des Aufenthaltes zu einer Hilfe und Unterstützung sowohl für den Patienten als auch das Pflegepersonal.

Der Hauptteil befasst sich mit der eigentlichen Bedeutung des Angehörigen für den Erkrankten. Es werden Möglichkeiten der Integration des Angehörigen in die Pflege des verwirrten oder wachkomatösen Patienten aufgezeigt.

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|--|-------|
| Tabelle 1: Vorgehensschema für eine Anleitungsgestaltung | 30-31 |
|--|-------|

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 0 | VORWORT | 7 |
| 1 | EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMDARSTELLUNG | 8 |
| 2 | DER ANGEHÖRIGE AUF DER INTENSIVSTATION | 10 |
| 2.1 | Begriffserklärungen | 10 |
| 2.1.1 | Angehörige | 10 |
| 2.1.2 | Intensivpatient | 10 |
| 2.1.3 | Integration | 10 |
| 2.1.4 | Pflegende Angehörige | 11 |
| 2.2 | Die Situation der Angehörigen auf der Intensivstation | 11 |
| 2.3 | Belastungsfaktoren | 11 |
| 2.3.1 | Belastungsfaktoren des Patienten auf der Intensivstation | 12 |
| 2.3.2 | Belastungsfaktoren des Angehörigen auf der Intensivstation | 12 |
| 2.3.3 | Angehörige als „Belastung“ für das Pflegepersonal und den Patienten | 13 |
| 2.3.4 | Angehörige als Hilfe | 14 |
| 2.4 | Zusammenfassung | 14 |
| 3 | DIE PFLEGE VON ERWACHSENEN INTENSIVPATIENTEN UNTER MITEINBEZIEHUNG DER ANGEHÖRIGEN | 15 |
| 3.1 | Der erste Kontakt des Angehörigen mit dem Pflegepersonal und der Intensivstation | 15 |
| 3.2 | Bedeutung des Angehörigen für den Patienten | 17 |
| 3.2.1 | Emotionaler Beistand | 18 |
| 3.2.2 | Praktischer Beistand | 19 |
| 3.3 | Integration der Angehörigen in die Pflege | 20 |
| 3.4 | Erhebung der Anamnese | 22 |
| 3.4.1 | Erhebung der Pflegeanamnese | 22 |
| 3.4.2 | Erhebung der biographischen Anamnese | 23 |
| 3.4.3 | Möglichkeiten der Integration der Angehörigen in die Pflege des verwirrten Patienten | 24 |
| 3.4.4 | Möglichkeiten der Integration der Angehörigen in die Pflege des Wachkomapatienten | 26 |
| 3.5 | Gestalten der Umgebung des Patienten durch persönliche Gegenstände | 29 |

| | | |
|------------|--------------------------------------|-----------|
| 3.6 | Angehörigenanleitung | 29 |
| 3.7 | Zusammenfassung | 31 |
| 4 | ZUSAMMENFASSEND E DARSTELLUNG | 33 |
| 5 | LITERATURVERZEICHNIS | 34 |

0 VORWORT

Seit vier Jahren bin ich als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf der neurochirurgischen Intensivstation im Landeskrankenhaus Klagenfurt tätig.

Im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit wurde ich mehrmals mit verwirrten und wachkomatösen Patienten konfrontiert. Um den Umgang mit diesen Patientengruppen, durch die Integration der Angehörigen in die Pflege, zu erleichtern, möchte ich mein Wissen in diesem Bereich vertiefen. Oft wird der Angehörige als Belastung angesehen, da er oft mehrmals dieselben Fragen stellt oder gewisse Tätigkeiten hinterfragt. Die Abschlussarbeit hat das Ziel, den Angehörigen in seiner Situation besser zu verstehen, ausgehend von den Belastungsfaktoren, die auf der Intensivstation und mit einem Aufenthalt auf der Intensivstation im Zusammenhang stehen.

Weiters soll sie die Möglichkeiten der sinnvollen Integration in den Pflegealltag aufzuzeigen. Allein die Anwesenheit des Angehörigen am Krankenbett eines verwirrten Patienten spielt eine wichtige Rolle. Ein weiteres Thema der Abschlussarbeit ist das Aufzeigen der Bedeutung des Angehörigen für den Patienten, die Wichtigkeit von dessen Anwesenheit soll in der Arbeit hervorgehoben werden.

Mein Dank gilt meiner Betreuerin der Abschlussarbeit Frau Christine Radif, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, die mir während des Schreibens meiner Abschlussarbeit zur Seite stand.

Ich bedanke mich bei meinem Freund Stefan Koch, der mich beim Korrekturlesen und Formatieren der Arbeit unterstützte.

Klagenfurt, im Oktober 2009

Daniela Martin

1 EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMDARSTELLUNG

Die Integration des Angehörigen in die Pflege auf der Intensivstation spielt für den Patienten eine sehr wichtige Rolle. In den meisten Fällen ist allein die Anwesenheit einer bekannten Bezugsperson eine große Erleichterung für den Erkrankten. Wird eine Intensivbetreuung für einen Menschen notwendig, stellt dies eine große Belastung für ihn und sein Umfeld dar, insbesondere wenn es sich um junge oder von unvorhersehbaren Unfällen betroffene Menschen handelt, die Situation also sehr unerwartet eintritt.

Eine Intensivstation ist auch für Angehörige häufig etwas Fremdes und Unbekanntes. Es bestehen Ängste, Sorgen und Unwissenheit- sie wissen nicht, wie und ob sie überhaupt etwas für ihren Angehörigen, der meist sehr plötzlich zu einem Intensivpatienten wird, machen können.

Es liegt in der Verantwortung der jeweiligen Pflegefachkraft, die Angehörigen über die notwendige Pflege aufzuklären, zu informieren und ihnen auch einfache Maßnahmen zu zeigen, damit sie in die Pflege integriert werden können.

Diese schriftliche Abschlussarbeit soll dem Leser einen Eindruck darüber vermitteln, welche Möglichkeiten es zur Integration von Angehörigen in die Betreuung von Intensivpatienten gibt. Im Besonderen wird auf den Wachkomapatienten und verwirrten Patienten eingegangen.

Im ersten Kapitel werden die für die Arbeit nötigen Begriffsdefinitionen gegeben. Weiters werden die Belastungen des Patienten und der Angehörigen auf der Intensivstation erläutert.

Das zweite Kapitel befasst sich mit der Bedeutung des Angehörigen für den Intensivpatienten und den Möglichkeiten der Integration des Angehörigen in die Pflege des verwirrten oder wachkomatösen Patienten.

Handlungsleitend ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Worin liegen die Belastungen auf der Intensivstation für Patient und Angehörigen?
- Welche Bedeutung hat der Angehörige für den erwachsenen Intensivpatienten während seines Krankenhausaufenthaltes?

- Wie kann man Angehörige in die Pflege von erwachsenen Intensivpatienten integrieren?

Für die Abschlussarbeit wurde ein literaturorientierter Zugang gewählt. Zusätzlich wurde das Internet für Informationen hinzugezogen. Außerdem gilt zu betonen, dass auf eine durchgehende Nennung beider Geschlechter verzichtet wird, um die Arbeit leserfreundlich zu gestalten. Wo nur die männliche oder weibliche Form verwendet wird, kann davon ausgegangen werden, dass immer auch das andere Geschlecht gemeint ist.

2 DER ANGEHÖRIGE AUF DER INTENSIVSTATION

In diesem Kapitel werden zuerst die Begriffserklärungen Angehöriger, Intensivpatient, Integration und pflegender Angehöriger erläutert. Danach wird ein Überblick über die Belastungsfaktoren des Intensivpatienten und deren Angehörigen gegeben.

2.1 Begriffserklärungen

Zum besseren Verständnis häufig verwendeter Begriffe dieser Arbeit werden diese im Folgenden in kurzer Form definiert.

2.1.1 Angehörige

„Als Angehörige werden im Folgenden all diejenigen Personen bezeichnet, die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe des Patienten befinden und somit neben Familienangehörigen auch Freunde oder Lebensgefährten sein können“ (George, George, 2003: 16).

2.1.2 Intensivpatient

"Ein Patient, dessen Erkrankungs- und/oder Verletzungsfolgen die Behandlung und Überwachung mit den Mitteln der Intensivmedizin unter Verwendung der Möglichkeiten invasiver Diagnose- und Therapieverfahren und deren Monitoring bei lebensbedrohlichem Versagen eines oder mehrerer Organsysteme erfordert" (Internet 1, 2009).

2.1.3 Integration

„Das Wort Integration kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Wiederherstellung und Erneuerung. Allgemein wird mit Integration heute die Einfügung beziehungsweise Eingliederung in ein Ganzes, aber auch Anpassung oder Angleichung, bezeichnet“ (vgl. Internet 2, 2009).

2.1.4 Pflegende Angehörige

Unter dem Begriff „pflegende Angehörige“ werden Personen, die einen Teil der Betreuung und Pflege bei einer Person, die sie schon lange kennen, durchführen, verstanden. Der geleistete Anteil der Betreuung und Pflege kann unterschiedlich hoch sein.

Aufgrund von ihrer umfassenden Präsenz und dem Maß übernommener Verantwortung gilt der pflegende Angehörige als wichtige Ansprechperson für das Pflegepersonal (vgl. Internet 3, 2009).

2.2 Die Situation der Angehörigen auf der Intensivstation

Mit ihrer Hightechausstattung und dem zu den allgemeinen Krankenabteilungen deutlich anders gekleidetem Personal wirkt die Intensivstation sowohl auf den Angehörigen als auch auf den Patienten bedrohlich und fremdartig. Obwohl die Angehörigen die Behandlung nicht am eigenen Leib erfahren, kommt für sie allerdings ein anderer bedeutender Aspekt hinzu: Die Situation und Bedrohung des Patienten wird von ihnen, im Gegensatz zum Patienten, bei vollem Bewusstsein oder ohne medikamentöse Unterstützung und Erleichterung erlebt (vgl. Knipfer, Kochs, 2008:86).

Hinzu kommt, dass die Angehörigen häufig den Raum für kurze Zeit verlassen müssen, da Behandlungsmaßnahmen beim Zimmernachbarn durchgeführt werden. Daraufhin verstärkt sich das Gefühl, das man stört oder nicht erwünscht ist. Es besteht die Gefahr, dass unausgesprochene Gefühle entstehen, diese wiederum erschweren die Kommunikation zwischen dem Angehörigen, dem Pflegepersonal und den Ärzten (vgl. Larsen, 2007:22).

2.3 Belastungsfaktoren

Ein Intensivaufenthalt geht einher mit Faktoren, die einerseits den Patienten belasten und andererseits Auswirkungen auf die Situation der Angehörigen haben. Im folgenden Abschnitt werden die Belastungsfaktoren der Patienten oder Angehörigen erläutert. Zu Beginn der Behandlung kann der Angehörige durch die ungewohnte Situation eine Belastung für das behandelnde Team und den Patienten darstellen, mit der Zeit zeichnet sich der Angehörige als eine Hilfe und Unterstützung für den Erkrankten und das Behandlungsteam aus.

2.3.1 Belastungsfaktoren des Patienten auf der Intensivstation

Beim Patienten treten, je nach Bewusstseinszustand, während des Aufenthaltes auf einer Intensivstation unterschiedliche Ängste und Belastungsfaktoren auf. Dazu zählen folgende Punkte:

Der Patient hat Angst davor, hilflos und ausgeliefert zu sein, er kann die Situation selbst nicht mehr kontrollieren und verliert die Intimsphäre. Der Erkrankte fühlt sich unwohl mit der Situation der Behandlung und fürchtet sich vor den ihm unbekanntem Geräten. Weiters tritt bei ihm Angst auf vor möglichen Schmerzen und Komplikationen, die auftreten können, denn es besteht die Gefahr von bleibenden Schäden und dass er das Krankenhaus nicht mehr lebend verlassen kann. Weiters sorgt sich der Patient um seine Zukunft, die Folgen des oft unerwarteten Krankenhausaufenthalts können sich negativ auf seine Zukunft auswirken. Im schlimmsten Fall hat die Erkrankung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, Berufstätigkeit und auf die Familie. Die Ausübung des ehemaligen Berufes ist nicht mehr möglich, die Rollenverteilung in der Familie ändert sich. Weitere Belastungsfaktoren durch die Erkrankung sind jene, dass die Einlieferung unvorbereitet erfolgte. Beim Patienten kann örtliche oder zeitliche Desorientierung und eine Störung des Körperbildes auftreten. Der Tag und Nachtrhythmus des Patienten ist verändert, da die Intensivstation in der Nacht beleuchtet ist. Der Patient weist eine eingeschränkte Mobilität auf und es kommt zu einer Reizüberflutung. Auf der Intensivstation hat der Betroffene nicht die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, es fehlen ihm auch angenehme und bekannte Reize sowie Berührungen (vgl. Knipfer, Kochs, 2008: 63-64).

2.3.2 Belastungsfaktoren des Angehörigen auf der Intensivstation

Diese oben erwähnten Ängste oder Belastungen, die die Patienten betreffen, können auch für deren Angehörige von Bedeutung sein. Zusätzlich treten Bedenken auf, wenn der Patient bis zum Zeitpunkt des Aufenthaltes auf der Intensivstation der „Ernährer“ der Familie war oder wenn zwischen den Betroffenen noch ungeklärte Dinge vorhanden sind. Allgemein treten beim Angehörigen noch zusätzlich Emotionen auf, die im folgenden Absatz erwähnt werden.

Der Angehörige wird mit der vitalen Bedrohung des Patienten konfrontiert und fürchtet sich davor (vgl. Knipfer, Kochs, 2008: 86).

Weiters tritt bei ihm Hilflosigkeit auf, da dem Patienten von ihm nicht geholfen werden kann. Beim Angehörigen äußert sich ein Gefühl der Unsicherheit und er weiß nicht, wie er sich dem Kranken gegenüber richtig verhalten soll.

Über die derzeitige Situation treten Gefühle wie Wut und Ärger auf. Dem Personal gegenüber begegnet der Angehörige oft mit Misstrauen, weil er nicht weiß, ob alles Machbare getan wird oder ob nicht auch zuviel für den Patienten gemacht wird (im Sinne von unnötiger Quälerei) (vgl. Knipfer, Kochs, 2008: 86).

Aus diesen Faktoren ergeben sich bestimmte Verhaltensweisen des Angehörigen. Obwohl er schon mehrmals über Krankheitsverlauf, Behandlungsmaßnahmen oder Prognose aufgeklärt wurde, stellt der Angehörige immer wieder die gleichen Fragen an verschiedene Teammitglieder. Dem Personal wird dadurch das Gefühl gegeben, kontrolliert und gegeneinander ausgespielt zu werden, obwohl dies nur aus Sorge um den Patienten gemacht wird. Ein weiteres Verhaltensmuster ist Aggressivität gegenüber dem Pflegepersonal aus Wut darüber, dass ein Familienmitglied schwerkrank ist, im schlimmsten Fall sterben muss. Hier wird häufig mit aggressivem Verhalten oder Beschimpfungen dem Pflegepersonal gegenübergetreten. Eine andere Reaktion ist das Herumkommandieren und eine versuchte Kontrolle dem Pflegepersonal oder den Ärzten gegenüber. Der letzte Punkt ist die Vermeidung von Besuchen, um sich der Situation zu entziehen.

Jeder Angehörige reagiert anders auf die jeweilige Situation. Für das Personal ist es wichtig, die Reaktionsmuster zu kennen und das Verhalten nicht persönlich zu nehmen. Der Betroffene ist mit der Situation überfordert, das Intensivpersonal kann, nachdem es die Problemsituation erkannt hat, den Angehörigen auf dessen Ängste und Sorgen ansprechen. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, dem Angehörigen eine psychotherapeutische Unterstützung anzubieten (vgl. Larsen, 2007: 22).

2.3.3 Angehörige als „Belastung“ für das Pflegepersonal und den Patienten

Wie schon im vorigen Kapitel erläutert, stellt der Aufenthalt eines Patienten für den Angehörigen eine große Belastung dar. Vor allem in der Anfangsphase benötigt der Angehörige eine große Unterstützung vom Pflegepersonal und von den Ärzten (vgl. Larsen, 2007: 616).

Diese unterstützende Funktion wird von den behandelnden Personen oft als Belastung empfunden und abgewehrt, daraus resultiert bei den Angehörigen das Gefühl, unerwünscht und störend zu sein.

Für den Patienten werden die Angehörigenbesuche als belastend angesehen, wenn sie zu Verunsicherung und Ängstigung führen.

Erwünschte Reaktionen wären Trost, Sicherheit, Ermutigung und wohltuende Nähe. Ursachen für belastende Angehörigenkontakte können schon bestehende Konflikte und Spannungen zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen sein. Weiters wirken sich Unsicherheit und übermäßige Ängste negativ auf die Besuche aus (vgl. Larsen, 2007: 616).

Angehörigenbesuche haben aber auch eine positive Wirkung auf den Patienten und das Behandlungsteam haben, indem sie sich als Unterstützung für das Pflegepersonal und den Patienten erweisen. Im folgenden Unterkapitel wird dieser Aspekt behandelt.

2.3.4 Angehörige als Hilfe

Für das Pflegepersonal, die Ärzte und den Patienten kann das Miteinbeziehen der Angehörigen in das Behandlungskonzept eine große Hilfe darstellen. Der Patient wird gestützt und ermutigt, die behandelnden Ärzte und Pflegenden erfahren durch Gespräche Informationen über die Persönlichkeit und Gewohnheiten des Patienten, die in die Pflegeplanung und Behandlung integriert werden können. (vgl. Larsen, 2007: 616).

Weiters besteht die Möglichkeit, den Angehörigen in die Pflege des Intensivpatienten zu integrieren, dieser Aspekt wird im Hauptteil näher betrachtet.

2.4 Zusammenfassung

Nach der Erläuterung der Begriffsdefinitionen wurde ein Überblick über die Belastungsfaktoren der Patienten und Angehörigen auf Intensivstationen gegeben. Faktoren, die den Patienten belasten, wirken sich gleichzeitig auch negativ auf den Angehörigen aus. Das behandelnde Team sollte über die Verhaltensweisen des Angehörigen Bescheid wissen. Zu Krankheitsbeginn stellt der Angehörige aufgrund seiner Reaktionen wie Hilflosigkeit, Wutausbrüche oder Unsicherheit möglicherweise durch die ungewohnte Situation eine Belastung für das Behandlungsteam dar.

In weiterer Folge wird er als Hilfe für das Team angesehen, indem es die Möglichkeit hat, sich wichtige Informationen über den Patienten einzuholen. Eine wesentliche Rolle in der Informationensammlung spielt die Erhebung der Pflege- und biographischen Anamnese, auf diese wird im folgenden Kapitel speziell eingegangen.

3 DIE PFLEGE VON ERWACHSENEN INTENSIVPATIENTEN UNTER MITEINBEZIEHUNG DER ANGEHÖRIGEN

Das Kapitel drei bringt den ersten Kontakt der Angehörigen mit der Intensivstation näher, sowie die Möglichkeit der Integration des Angehörigen in den Behandlungsprozess anhand der Pflegeanamnese, biographischen Anamnese und der Angehörigenschulung. Weiters werden die Möglichkeiten der Integration der Angehörigen am Beispiel des desorientierten oder wachkomatösen Patienten erläutert. Bevor auf die Integration des Angehörigen in den Pflegeprozess eingegangen werden kann, wird untersucht, welche Bedeutung der Angehörige für den Patienten hat.

3.1 Der erste Kontakt des Angehörigen mit dem Pflegepersonal und der Intensivstation

Vor dem ersten Kontakt mit der Intensivstation ist es wichtig, den Angehörigen auf die Intensivstation mit ihrer technischen Ausstattung vorzubereiten. Bei diesem Gespräch hat der Angehörige die Möglichkeit, gezielt Fragen zu stellen, die ihm dann vom Pflegepersonal beantwortet werden. Die Pflegeperson sollte zu umfassende Informationen vermeiden, da zu viele Informationen die Ängste des Angehörigen verstärken können, weiters sollte die Fachpflegekraft sicher auftreten, da Unsicherheit die Sorgen des Angehörigen verstärkt.

Beim ersten Gegenübertreten stellt sich der Pflegende mit dem Namen und der Funktion vor. Eine Visitenkarte mit Telefonnummer und dem Namen einer Ansprechperson sollte ausgehändigt werden. Der Angehörige wird vom Arzt über die allgemeine Situation des Patienten (ob er orientiert oder ansprechbar ist), sowie eventuelle Notwendigkeit von Beatmung und das Monitoring aufgeklärt. Im Anschluss wird er von einer Pflegeperson ans Patientenbett geführt (vgl. George, George, 2003: 178-179).

Schon gesagte Informationen können noch einmal wiederholt und ergänzt werden. Sobald der Angehörige das Patientenzimmer betritt und dem Patienten, der durch die vorhandenen Umstände verändert aussieht, gegenübertritt, wird dieser von Emotionen überflutet (vgl. George, George, 2003: 178-179).

Verschiedene Reaktionsmuster können beim Angehörigen auftreten, über diese sollte das Pflegepersonal Bescheid wissen. Mögliche Reaktionen sind:

- Sehr starke Hinwendung zum Patienten und dessen Situation
- Abwendung vom Patienten und Erstarren
- Der Angehörige nähert sich angemessen an den Patienten und dessen Situation an

Das jeweilige Verhaltensmuster ist abhängig von den Bedingungen, unter denen die Trennung zum Patienten erfolgte und vom Temperament des Angehörigen. Wenn die Trennung unter sehr dramatischen Bedingungen stattgefunden hat und wenn es dem Temperament des Angehörigen entspricht, kann es zu einer starken Hinwendungsreaktion führen.

Meist erstarrt der Angehörige beim Anblick des Kranken, bei entfernten Verwandten kann dieser Zustand den gesamten Aufenthalt anhalten. Das Ziel der Pflegeperson in dieser Situation ist es, den Angehörigen zu einer angemessenen Annäherung zu motivieren und die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Die Integration der Angehörigen in die Pflege des Verwandten oder Bekannten sollte an dessen Bedürfnissen und Versorgungszielen orientiert sein. Die Pflegeperson hat die Aufgabe, die technischen Geräte, Infusionen und weitere dem Angehörigen fremden Dinge, zu erklären um ihm damit die Angst davor zu nehmen. In der ersten Begegnung mit dem Patienten lässt man den Angehörigen bestenfalls nicht alleine, ein Alarm führt schon zu einer Verunsicherung (vgl. George, George, 2003: 178-179).

Die Intensivpflegenden setzen ihre Aufmerksamkeit in erster Linie auf den Patienten, mit dem Resultat, dass die Familie allein mit ihrem Stress fertig werden muss. Der Angehörige wird durch die Struktur der Intensivstation und den bestehenden Besuchszeiten vom Patienten getrennt.

Die Angehörigen haben dadurch oft die Möglichkeit, den Patienten nur kurz zu sehen, mit dem Resultat, viel Zeit in Besuchsräumen und Korridoren zu verbringen.

Die Angehörigen des Patienten sollten fortlaufend informiert und miteinbezogen werden, ansonsten wird das Vertrauen des Personals nicht gewonnen. Den Kontakt zur Intensivstation beurteilen Angehörige nach ihrem Kontakt zum Pflegepersonal und ihrer Wahrnehmung pflegerischer Praxis. Die Pflegenden setzen sich mit Familienangehörigen auseinander, die sich in einer sehr belastenden Situation befinden, und sind aufgefordert, den Angehörigen emotionale Unterstützung zu verschaffen (vgl. Miller, Burnard, 2002: 286).

3.2 Bedeutung des Angehörigen für den Patienten

Vor der Integration des Angehörigen in die Pflege des Intensivpatienten wird die Bedeutung des Angehörigen für den Patienten erläutert.

Für die Behandlung eines Intensivpatienten auf der Intensivstation ist es wichtig, soziale Bindungen und zu beachten und zu nutzen, da der Stress durch sichernde Verbindung zu vertrauten Menschen den Stress mindert. Somit ist es wichtig, dass Angehörige den Erkrankten auf der Intensivbehandlungsstation besuchen. Um einen regelmäßigen Kontakt des Angehörigen zum Patienten zu gewährleisten, ist es wichtig, die Besuchszeiten nicht einzugrenzen, damit der Angehörige die Möglichkeit hat, Tag und Nacht beim Patienten zu bleiben und ihn in seiner schweren Zeit zu unterstützen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Miteinbeziehen der Angehörigen in die Pflege und Versorgung (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 59).

Der Aufenthalt auf der Intensivstation wird vom Betroffenen als eine Bedrohung und Krise verstanden, dadurch bekommt und übernimmt der Angehörige eine existentiell bedeutsame Rolle. Dem Patienten wird durch die Besuche die Verbindung zur Außenwelt ermöglicht und dessen Überleben gesichert (vgl. Metzinger, 2004: 178).

In Krisensituationen, wie einen vor allem ungeplanten Aufenthalt auf der Intensivstation, brauchen Menschen etwas Selbstverständliches, auf das sie zurückgreifen können. Das Selbstverständliche stellt der Angehörige dar.

Er ist dem Patienten bekannt, muss nicht erklärt werden und hilft ihm, die Situation auszuhalten und zu bewältigen. Eine große Bedeutung spielt dabei das Vertrauen, das „sich ohne Worte verstehen“ und die Nähe und der Schutz. Diese bedeutenden Faktoren werden einem vom Angehörigen vermittelt (vgl. Metzging, 2004: 172).

Wenn Menschen aus ihrem Lebensalltag herausgerissen werden, werden sie sich Halt und Unterstützung in bereits Vertrautem suchen. Dadurch ist es für den Betroffenen leichter, die Situation zu bewältigen und somit Stabilität wiederzuerlangen. Durch das „einander vertraut sein“ und gemeinsame Erfahrungen miteinander geteilt zu haben, hat man bisher auch verschiedene Persönlichkeitsanteile eines Menschen in verschiedenen Situationen erlebt und kennengelernt.

Der Betroffene kann sich deshalb während des Aufenthaltes auf der Intensivstation vertrauensvoll fallenlassen, ohne Intimität zu fürchten (vgl. Metzging, 2004: 187-188).

Die Angehörigen spielen nicht nur wegen des Vertraut-Seins eine wichtige Rolle für den Erkrankten, sondern haben auch eine große Bedeutung durch ihr aktives Handeln. Dem Patienten wird dadurch vermittelt, dass sich die ihm vertraute Person um ihn kümmert. Das „sich kümmern“ gliedert lässt sich in zwei Kategorien, es werden „emotionaler Beistand“ und „praktischer Beistand“ unterschieden und im folgenden Abschnitt näher definiert und erklärt (vgl. Metzging, 2004: 191).

3.2.1 Emotionaler Beistand

Der „emotionale Beistand“ beinhaltet Punkte wie „da sein und sich an die Seite stellen“, „berühren“, „Anteil haben“ und „am Alltag teilhaben lassen“. Bei akuten und ungeplanten Aufnahmen auf der Intensivstation ist es für den Betroffenen wichtig, dass für ihn jemand da ist, der ihm das Gefühl der Sicherheit und Beruhigung vermittelt. Das Auslösen der genannten Gefühle durch Situationen, in denen keine Worte erforderlich sind, setzt gewachsenes Vertrauen zwischen dem Angehörigen und Patienten voraus. Durch das „Da sein“ wird dem Patienten, unabhängig von den Gründen der Aufnahme, das Gefühl vermittelt, angenommen zu werden (vgl. Metzging, 2004: 193-198).

Vom Patienten wird körperliche Nähe des Angehörigen durch Berührung als wohltuend erlebt und gibt ihm das Gefühl von Schutz, Wärme und Geborgenheit.

Die Eigenschaft „Anteil haben“ setzt Zeit haben voraus, die das Intensivpflegepersonal aufgrund von der hohen Arbeitsbelastung oft für „Persönliches“ nicht aufbringen können. Um am Schicksal eines Anderen teilnehmen zu können, wird wiederum eine vertraute Bindung zum Betroffenen vorausgesetzt. Durch die Anteilnahme des Angehörigen an der Situation des Patienten wird dem Betroffenen die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit dem Vorgefallenen ermöglicht und er kann mitteilen, was ihn beschäftigt oder was er erlebt hat. Allein durch die Anwesenheit vertrauter Personen wird vom Patienten die Anteilnahme wahrgenommen (vgl. Metzging, 2004: 193-198).

Der letzte Aspekt „am Alltag teilhaben lassen“ vermittelt dem Kranken eine Erinnerung an Normalität und der Sicherheit, nicht in Vergessenheit zu geraten oder isoliert zu werden. Durch Informationen von außerhalb und der Tatsache, dass andere Menschen an einen denken, sorgen einerseits für eine Ablenkung, andererseits fühlt sich der Patient dadurch aufgehoben und „sehr befriedigt“. Auch Mitbringsel vermitteln dem Betroffenen diese Gefühle. Aufgrund von meist beschränkten Besuchszeiten auf der Intensivstation verbringt der Erkrankte die meiste Zeit des Tages mit sich allein und denkt über die Erkrankung nach. Durch Besuche des Angehörigen wird dem Patienten Ablenkung gegeben, da er die Möglichkeit hat, am Alltag etwas teilzuhaben und ihn in Ansätzen zu leben. Da der Alltag mit Anstrengung verbunden ist, sollte man nur kleine Belastungsproben durchführen, um herauszufinden, inwieweit das Leben außerhalb des Krankenhauses wieder möglich ist. Durch gezielten Besuch ist das Austesten von Belastbarkeit des Patienten möglich (vgl. Metzging, 2004: 193-198).

3.2.2 Praktischer Beistand

Beim „praktischen Beistand“ wird der Betroffene durch aktives Handeln des Angehörigen und durch Übernahme verschiedener Rollen unterstützt und entlastet. Dieses Handeln beinhaltet die Eigenschaften „regeln und organisieren“, „sich beraten“, „aufpassen und schützen“ und „pflegen“.

Durch die Aufnahme des Patienten auf der Intensivstation fallen organisatorische Pflichten an, die vom Patienten selbst zu diesem Zeitpunkt nicht durchgeführt werden können.

Deren Verrichtung wird dann vom Angehörigen übernommen und geregelt, dies wird vom Patienten als Erleichterung und Stütze empfunden.

Weiters wird der Aufenthalt auf der Intensivstation durch Organisieren von persönlichen, alltäglichen Gegenständen, wie z.B. die Tageszeitung oder ein Buch, vom Betroffenen als angenehmer empfunden. Unter „sich beraten“ wird das Absprechen des Angehörigen mit dem Patienten und dem Behandlungsteam verstanden. Dabei wird zum Behandlungsteam über die Diagnose und die bevorstehenden Notwendigkeiten Rücksprache gehalten. Wenn der Betroffene nicht in der Lage ist, sich aktiv an den Gesprächen und am Treffen von Entscheidungen zu beteiligen, wird dies vom Angehörigen übernommen (vgl. Metzger, 2004: 198-203).

Zum Punkt „aufpassen und schützen“ zählt die Übernahme von Tätigkeiten, die sich positiv auf das Wohlbefinden des Betroffenen auswirken und seine Sicherheit gewährleisten. Der Angehörige schützt den Patienten, wenn er sich der Institution Krankenhaus ausgeliefert fühlt, durch Vertreten seiner Interessen und Erhaltung seiner Individualität und Identität.

Der letzte Aspekt, „pflegen“ bezieht sich auf die aktive Beteiligung des Angehörigen an pflegerischen Tätigkeiten. Auf das Thema der Integration wird in einem späteren Kapitel noch näher eingegangen (vgl. Metzger, 2004: 198-203).

Als Resultat einer Studie, bei der Interviews mit ehemaligen Patienten einer Intensivstation geführt wurden, stellte sich heraus, dass die vertrautesten Personen in der Gegenwart des Patienten von ihm nicht als Besucher angesehen werden. Es ist für die Patienten selbstverständlich, dass den engsten Angehörigen wie Ehepartner Kinder auf der Intensivstation jederzeit Zutritt gewährt wird (vgl. Metzger, 2004: 204-205).

3.3 Integration der Angehörigen in die Pflege

Die Integration des Angehörigen in die Pflege spielt eine wesentliche Rolle beim verwirrten oder komatösen Intensivpatienten. In dieser Abschlussarbeit wird deshalb im Speziellen auf diese Patientengruppe eingegangen.

Wenn Patienten, die sich im Wachkoma befinden, vertraute Stimmen hören, weisen sie einen deutlich erhöhten Stoffwechsel im Gehirn auf. Eine fürsorgliche Beziehung zu den Angehörigen kann die Furcht reduzieren, wie von verwirrten Patienten berichtet wird. Dadurch wird die Dauer von unrealen Erlebnissen und deren Auftreten reduziert.

Die Anwesenheit von vertrauten Personen kann auch Konflikte auslösen. Die Patienten möchten mit den Angehörigen mit nach Hause gehen, sie erzählen ihnen von bedrohlichen Erlebnissen. Dem Pflegepersonal wird dadurch zum Beispiel die Rolle eines „Gefängniswärters“ gegeben. Da die Gegenwart einer bekannten Person aber auch Trost, Vertrauen und Zuversicht bewirken kann, kommt die Integration von Angehörigen in die Behandlung einem therapeutischen Faktor nahe (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 82-83).

Durch die Anwesenheit des ihnen Vertrauten sind die Intensivpatienten ruhiger, fühlen sich verstanden, der kontaktfähige Patient hat die Möglichkeit, sein Erlebtes zu erzählen. Durch die Integration der Angehörigen in die Pflege des komatösen Patienten lernen sie wieder eine Beziehung zum Erkrankten aufzubauen. In die Pflege eines verwirrten Patienten kann nicht jeder Angehörige gleich integriert werden. Es wurde herausgefunden, dass ein großer Teil ehemaliger Intensivpatienten eine Integration der Verwandten oder Bekannten in die Pflege während ihrer Behandlungszeit abgelehnt hätte.

Mögliche Gründe dafür sind:

- Schamgefühl (man will von den Angehörigen im verwirrten Zustand nicht gesehen werden)
- Man möchte in Ruhe gelassen werden
- Man steht in keiner guten Beziehung zum Angehörigen
- Die Bezugsperson soll nicht belastet werden
- Man möchte keine unnötige Sorge bereiten
- Dem Angehörigen wird eine Integration in die Pflege nicht zugetraut

Die Angehörigen selbst haben eine große Bereitschaft, sich in die Pflege des Intensivpatienten zu integrieren. Beim verwirrten Patienten kann es, wenn der Angehörige ihn wäscht oder die Mundpflege durchführt, dazu kommen, dass sich der Betroffene als Pflegefall fühlt. Von ihm wird diese Situation nicht als vorübergehend angesehen und er beginnt sich gegen sie zu wehren. Bei misstrauischen Patienten kann das Gefühl von Vertrauensbruch durch die Zusammenarbeit zwischen dem Angehörigen und dem Pflegepersonal auftreten (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 82-83).

Beim verwirrten Patienten muss die Integration der Angehörigen immer individuell, sorgfältig und wiederholt reflektiert werden (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 82-83).

Die Integration des Angehörigen in die Pflege des Intensivpatienten beginnt schon beim ersten Kontakt des Angehörigen mit der Intensivstation und mit der Erhebung der Anamnese.

3.4 Erhebung der Anamnese

In diesem Unterkapitel wird die Wichtigkeit der Anamnesenerhebung, sowie die biographische Anamnese, erläutert.

Bei der ersten Kontaktaufnahme der Pflegeperson mit dem Angehörigen ist es sinnvoll, eine Pflegeanamnese und in weiterer Folge eine biographische Anamnese zu erheben, um Informationen zu sammeln und die Gewohnheiten des Patienten herauszufinden.

3.4.1 Erhebung der Pflegeanamnese

Die Erhebung der Pflegeanamnese unter Miteinbeziehung des Angehörigen ist für die Pflegeperson der erste Schritt zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung. Hier werden relevante Informationen über den Patienten durch Gespräche und Beobachtung der Pflegeperson erhoben. Die Pflegeanamnese hat unter anderem zum Ziel, den Ansprechpartner während des Aufenthaltes zu ermitteln. Im Gespräch mit dem Angehörigen wird ausfindig gemacht, in welcher Beziehung er zum Patienten steht (berichtet er differenziert, fürsorglich, eher kurz und wenig einführend) und welche Rolle die Angehörigen für den Patienten im Behandlungsverlauf spielen werden. Als Resultat des Aufnahmegespräches sollte es gelingen, den Angehörigen ihre Verantwortung für die Zeit im Krankenhaus deutlich zu machen. Wichtig ist es, durch das Gespräch das Vertrauen des Angehörigen zu gewinnen, dies gelingt am Besten durch fachlich sicheres und menschlich zugewandtes Pflegepersonal (vgl. George, George, 2003: 59-60).

Zusätzlich werden im Rahmen der Pflegeanamnese auf der Grundlage der Lebensaktivitäten weitere wichtige Informationen eingeholt. Beim verwirrten Patienten ist es wichtig, Informationen über ihn selbst, seine Gewohnheiten und seine Umgebung zu erlangen.

Meist wird der Patient postoperativ sediert und beatmet auf der Intensivstation übernommen, mit dem Resultat, über den Körper des Patienten Bescheid zu wissen, jedoch nicht über den Patienten selbst. Durch das Bescheidwissen über die Geschichte und Lebensgewohnheiten jedes einzelnen Erkrankten wird das Bewusstsein der Pflegeperson geändert und dadurch ändert sich auch die Pflege. Es werden somit keine Routinemaßnahmen mehr durchgeführt, sondern individuelle Pflege angeboten. Die Pflegeanamnese wird vor diesem Hintergrund erhoben (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 81).

Es werden sowohl der körperliche und psychische Zustand als auch verbliebene Fähigkeiten und Zu- und Abneigungen und Gewohnheiten des Patienten beobachtet. Wenn der Patient etwas Vertrautes spürt, bedeutet es für ihn, dass er nichts Neues lernen muss und er die Möglichkeit hat, auf Gewohntem aufzubauen. Auch bei Patienten mit einer Hirnschädigung werden bekannte oder vertraute Gerüche als solche erkannt und dadurch kann die Wahrnehmungsfähigkeit schneller rehabilitiert werden. Für den Patienten ist es leichter, gewohnte Tätigkeiten wiederzuerlernen als Ungewohntes neu zu lernen.

Die Pflegeanamnese und deren Informationen fördern zusätzlich die Qualität der Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegeperson. Aufgrund der Erhebung der Gewohnheiten erhält der Patient mehr Persönlichkeit und wird nicht mehr austauschbar. Die Information über zum Beispiel den ausgeübten Beruf des Betroffenen verändert die Art, mit dem Patienten umzugehen. Durch die Erhebung der Pflegeanamnese wird der Patient erlebbar (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 81).

3.4.2 Erhebung der biographischen Anamnese

Ein weiterer Schritt der Informationensammlung ist die Erhebung einer biographischen Anamnese. Um eine individuelle Pflege des Patienten durchzuführen, ist es sinnvoll, bei Patienten, die voraussichtlich einen längerfristigen Aufenthalt auf der Intensivstation haben werden, oder bei ungeplanten Aufenthalten, wesentliche wichtige Informationen über den Patienten einzuholen.

Die biographische Anamnese wird dem Angehörigen oder dem Patienten selbst ausgehändigt.

Dieser Anamnesebogen beinhaltet Fragen hinsichtlich der bevorzugten Einschlafposition, Körperteile, die vom Pflegepersonal oder Angehörigen berührt werden dürfen, sowie jene, wo Berührung als unangenehm empfunden wird. Ein weiterer Punkt ist die Erhebung der Initialberührung, auf diese wird in einem späteren Kapitel im Speziellen Bezug genommen. (vgl. Knipfer, Kochs, 2008: 233).

Der Anamnesebogen kann unterschiedlich aufgebaut sein. Es besteht die Möglichkeit, ihn nach Sinnesbereichen zu unterteilen, nach den Aktivitäten des täglichen Lebens, chronologisch von der Geburt bis zum jetzigen Zeitpunkt oder nach dem Tagesablauf der jeweiligen Intensivstation (vgl. Nydahl, 2007: 33).

Die biographische Anamnese beinhaltet zusätzlich die Frage, ob sich der Angehörige in die Pflege miteinbeziehen möchte. Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, ist zu erheben, inwieweit der Angehörige in die Pflege integriert werden möchte.

3.4.3 Möglichkeiten der Integration der Angehörigen in die Pflege des verwirrten Patienten

Dieses Unterkapitel beschreibt die Möglichkeiten der Integration des Angehörigen in die Pflege des verwirrten oder des komatösen Patienten im Speziellen. Zuerst soll an dieser Stelle kurz erklärt werden, was man unter dem Zustand der Verwirrtheit im medizinischen Sinn versteht.

Es werden die Begriffe chronische, akute und postoperative Verwirrtheit unterschieden. Unter der chronischen Verwirrtheit wird eine irreversible, länger bestehende und fortschreitende Verschlechterung des Intellekts und Veränderung der Persönlichkeit verstanden. Von der akuten Verwirrtheit wird gesprochen wenn sie plötzlich eintritt und es zu einer Ansammlung von allgemeinen vorübergehenden Veränderungen und Störungen oder Schwankungen kommt. Die postoperative Verwirrtheit kann als eine Form der akuten Verwirrtheit angesehen werden, mit häufigem Auftreten nach kardiochirurgischen Operationen. Zur Erkennung, Prävention und Behandlung der postoperativen Verwirrtheit kann das Pflegepersonal einen grundlegenden Beitrag leisten (vgl. Ullrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 74).

Um den Angehörigen in die Pflege zu integrieren, orientiert man sich an den für sie üblichen Alltag.

Ein Beispiel dafür ist das Mittagessen, bei dem der Patient es gewohnt ist, den Löffel gereicht zu bekommen. Im Krankenhaus steigert die gemeinsame Nahrungsaufnahme den Appetit des Betroffenen. Normale Tätigkeiten, die der Patient zu Hause durchführt, können auch während des Krankenhausaufenthaltes fortgeführt werden.

Einige Möglichkeiten zur Situationsgestaltung für Angehörige verwirrter Patienten sind folgende Aspekte:

- Für den Patienten da sein (in Augenhöhe neben dem Patienten im Bett sitzen oder im Bett liegen)
- Acht geben (wenn der Patient mit Brustgurt oder Armfixierungen fixiert ist, können diese für die Dauer des Besuches gelöst werden)
- Gemeinsame Nahrungsaufnahme (dem Patienten nur auf Wunsch die Mahlzeit verabreichen)
- Gemeinsames Aufstehen (den Patienten in seiner Bewegung unterstützen)
- Den Patienten beim Anziehen unterstützen
- Dem Betroffenen zuhören (die vorhandenen Sorgen teilen, über Ängste berichten)
- Teilweise Übernahme der Körperpflege

Für den desorientierten Intensivpatienten spielt die Gegenwart einer vertrauten Person eine große Rolle. Oftmals reicht es aus, wenn der Angehörige am Bett des Patienten sitzt, ein Buch liest oder strickt. Allein dessen Anwesenheit trägt zur Orientierung bei und wirkt tröstend. Eine Veränderung des Tagesablaufes wirkt auf den Patienten desorientierend. Selbst für den gesunden Menschen hat eine Veränderung des gewohnten Ablaufes (man spricht hier von einem fremdbestimmter Tagesablauf) negative Auswirkungen. Tätigkeiten werden langsamer durchgeführt, Unwohlsein tritt auf. Die Nutzung gewisser Rituale hat einen hohen Stellenwert in der Pflege des verwirrten Patienten. Mit dem Angehörigen oder dem Patienten selbst kann erhoben werden, wie der vertraute Tagesablauf aussieht, in welcher Reihenfolge die Tätigkeiten gewöhnlicherweise durchgeführt werden (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 82-83).

Ein weiteres Problem stellt das unterschiedliche Schwerpunktsetzen jeder Pflegeperson mit unterschiedlicher Reihenfolge beim Durchführen der Pfllegetätigkeiten. Weiters kann noch hinzugefügt werden, dass es notwendig ist, eine korrekte Pflegeplanung anzulegen, die transparent für das gesamte Team ist. Dadurch wird ein konsequentes und einheitliches Vorgehen bei allen Pflegemaßnahmen gewährleistet. Für den Patienten stellt dies eine wichtige Orientierungshilfe dar, für den Angehörigen ist die korrekte, transparente Pflegeplanung ein Zeichen für professionelle Pflege und gibt ihnen Sicherheit. Der orientierte Patient hat Verständnis für das Durchführen der Pfllegetätigkeiten in unterschiedlicher Reihenfolge oder bestimmt mit. Der desorientierte Patient wird oft nicht gefragt und die unterschiedliche Strukturierung des Tagesablaufes wirkt sich erneut verwirrend auf den Patienten aus.

Möglichkeiten zur Vermeidung dieser Situation sind sichtbare Dokumentation der wichtigsten Tagesaktivitäten in ihrer Gewichtung (vgl. Ulrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 82-83).

Um die Orientierung des Erkrankten zu fördern, kann der Angehörige vom Pflegepersonal aufgefordert werden, persönliche Gegenstände des Patienten mitzubringen, auf diese wird in einem folgenden Kapitel näher eingegangen.

3.4.4 Möglichkeiten der Integration der Angehörigen in die Pflege des Wachkomapatienten

Für das allgemeine Verständnis ist es auch hier wieder wichtig, den Begriff Wachkoma näher zu erläutern. Das Zustandsbild entwickelt sich meist aus einem Koma heraus.

Als Hauptursachen gelten Schädel- Hirn- Traumen und Hirnschäden aufgrund von einer Minderdurchblutung oder Sauerstoffmangel. Zu Beginn der Erkrankung ist der Patient komatös, danach ist der Patient wach und hat einen Schlaf- Wach- Rhythmus. Während der Wachphase hat der Erkrankte die Augen geöffnet, sein Blick geht ins Leere, ohne zu fixieren. Von Außen zeigt der Betroffene keine sinnvolle Reaktion auf Berührung und Ansprache und befolgt keine Aufforderungen. Zielgerechte Bewegungen sind von Außenstehenden nicht wahrnehmbar (vgl. Nydahl, 2007: 4-5).

Laut einer Untersuchung, bei der 50 Angehörige wachkomatöser Patienten interviewt wurden, zeigte sich, dass die Angehörigen direkt nach dem Ereignis traumatisiert sind, sie leben in Angst um das Überleben des Erkrankten. In dieser Zeit benötigen sie professionelle Unterstützung, da sie geschockt, hilflos und unsicher sind. Sobald der Angehörige die Krisensituation überstanden hat, wird ihm bewusst, dass der Patient seine Anwesenheit benötigt, weil der Wachkomapatient in ihrer Gegenwart ruhiger ist (vgl. Nydahl, 2007: 26).

Es ist anzunehmen, dass ein Wachkomapatient einen Menschen, den er aus der Vergangenheit kennt, als Bezugsperson anerkennt. Dazu zählen die engsten Angehörigen wie Eltern, Ehepartner und Kinder. Die Angehörigen sind die ersten Personen, denen sich der Erkrankte wieder geistig zu öffnen versucht (vgl. Nydahl, 2007: 2).

Der Angehörige spielt eine wesentliche Rolle in der Betreuung eines Wachkomapatienten. Von ihm erfährt der Patient Gefühle wie Zuwendung und Geborgenheit, er nimmt sich auch die dafür benötigte Zeit. Für das Intensivpflegepersonal ist das Zusammenspiel dieser drei Faktoren nicht im gleichen Ausmaß möglich. Jedoch sind diese drei Aspekte für einen positiven Verlauf der Erkrankung wichtig. Für den Erkrankten ist die Nähe und Anwesenheit eines ihm vertrauten Menschen sehr wichtig. Oft werden vom Angehörigen Veränderungen am Patienten zuerst wahrgenommen. Beispiele dafür sind Abweichungen der Herzfrequenz, Atmung, angedeutete Bewegungen oder Gesichtsausdruck (vgl. Internet 4, 2009).

Das Miteinbeziehen der Angehörigen in das Therapieschehen ist zwingend erforderlich. Von ihnen wird der Patient in erster Linie geeignete Übungsmaßnahmen annehmen und durchführen. Die Therapeuten spielen in diesem Fall nur eine Nebenrolle, der Erkrankte erkennt primär nur seine Angehörigen an (vgl. Nydahl, 2007: 2).

Während des Aufenthaltes auf der Intensivstation werden die Angehörigen zu pflegenden Angehörigen, die ihre Verantwortung für den Patienten wahrnehmen. Die Angehörigen hoffen, dass der Erkrankte durch ihre Mithilfe und Bemühungen und der Behandlung der professionellen Helfer wieder gesund wird (vgl. Nydahl, 2007: 27).

Eine Möglichkeit, den Angehörigen in die Pflege zu integrieren, ist die Durchführung der oralen Stimulation. Der Mund ist die sensibelste und wahrnehmungsstärkste Körperzone des Menschen.

Durch gezielte Berührungen werden Speichelsekretion und Schluckreflex angeregt. Die orale Stimulation kann vom Angehörigen selbst durchgeführt werden mit den bereits in der biographischen Anamnese erhobenen bevorzugten Getränken oder Speisen (vgl. Internet 5, 2009).

Ein weiterer Aspekt der Integration des Angehörigen in die Pflege des wachkomatösen Patienten ist die Durchführung der Initialberührung, diese kann vom Angehörigen angewandt werden. Deren Einsatz ist bei Patienten, die ihr Umfeld nicht eindeutig wahrnehmen können, mehrmals durch Berührungen überrascht werden und sich daraufhin zurückziehen, sinnvoll. Diese Patienten erfordern eine strukturierte und ritualisierte Kontaktaufnahme, die eindeutig und vertrauenswürdig ist.

Bei gestresst wirkenden Patienten löst die Initialberührung eine deutliche Entspannung aus (vgl. Nydahl, 2007: 50).

Die Initialberührung ist eine ritualisierende Begrüßung und Verabschiedung, durch sie erfährt der Betroffene Respekt, Sicherheit und Vertrauen.

Sie soll für den Patienten eine ihm bekannte Form der Kontaktaufnahme darstellen. Bevorzugte Stellen sind die Schulter oder eine Hand. Der Ort der Berührung wird im Rahmen der biographischen Anamnese erhoben und sollte dokumentiert und gut sichtbar in Patientennähe aufgehängt werden.

Der Erkrankte wird dabei zuerst mit dem Namen angesprochen und danach an der Körperstelle berührt. Nach Beendigung der Tätigkeit oder des Besuches der Angehörigen wird der Patient erneut an der Schulter oder Hand berührt (vgl. Ullrich, Stolecki, Grünewald, 2005: 78).

Allgemein kann noch hinzugefügt werden, dass der Angehörige in die Durchführung der Ganzkörperpflege miteinbezogen werden kann. Der Angehörige führt mit Unterstützung des Intensivpflegepersonals eine Teilwaschung durch. Ebenso kann man ihn in den Lagerungsprozess integrieren und ihm Lagerungstechniken beibringen.

3.5 Gestalten der Umgebung des Patienten durch persönliche Gegenstände

Von Wachkomapatienten ist die Umgebung auf der Intensivstation oft reich dekoriert. Der Angehörige wird vom Intensivpersonal aufgefordert, persönliche Gegenstände des Patienten mitzubringen. Dadurch wird dem Angehörigen das Gefühl, etwas Gutes zu machen und sich in die Therapie einzubringen, gegeben. Dem behandelnden Team werden dadurch wichtige Einblicke in das Leben des Erkrankten vermittelt. Wichtig ist es, Gegenstände in die Pflege zu integrieren, die für den Patienten eine Bedeutung haben. Bei Wachkomapatienten können vertraute Geräusche wie Stimmen von Familienmitgliedern, Hundegebell, bekannte Lieder oder das Anlassen eines Automotors, aufgenommen und ihm vorgespielt werden. Auch vertraute Düfte, wie der Duft einer geliebten Speise, Getränke, Duftöle, Duschgel oder des Lieblingsparfums, fördert den Wachkomapatienten in seiner Wahrnehmung.

Das Mitbringen von persönlichen Gegenständen wirkt sich auch positiv auf die Orientierung des Betroffenen aus. Beispiele für die Gegenstände sind Lieblingskissen, Fotos, Pyjama, Radio, Nachttischlampe, Hygieneartikel (Zahnbürste, Duschgel, Rasierapparat, Creme), persönliches Radio oder CD-Player.

Religiöse Gegenstände oder ein Talisman vermitteln dem Patienten Sicherheit in der ungewohnten Umgebung. Solche orientierenden und biographischen Angebote sollten in Maßen eingesetzt werden. Angehörige können in der akuten Verwirrtheitssituation eine große Hilfe darstellen, von ihnen werden gegebenenfalls Äußerungen des Betroffenen identifiziert und Informationen zu möglichen Zusammenhängen und biographischen Hintergründen gegeben (vgl. Monke, 2007: 24-25).

3.6 Angehörigenanleitung

Während des Krankenhausaufenthaltes ist ein großer Teil der nahen Angehörigen bereit, bei der Versorgung des Patienten diejenigen Anteile, die zur häuslichen Versorgung notwendig sind, vermittelt zu bekommen.

Wichtig ist es, frühzeitig auf die Angehörigen zuzugehen, um sie Schritt für Schritt anzuleiten. Die Anleitung sollte von dazu geeigneten Pflegekräften durchgeführt werden, die neben Kenntnisse des fachlich korrekten Anleitens auch die individuellen Lernmöglichkeiten des Angehörigen wahrnehmen.

Ziel ist es, eine dauerhafte Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit aufzubauen und aufrecht zu halten (vgl. George, George, 2003: 101-102).

In Tabelle 1 sind die einzelnen Schritte vor, während und nach einer Angehörigenanleitung ersichtlich.

Tabelle 1: Vorgehensschema für eine Anleitungsgestaltung (vgl. George, George, 2003:104).

| | |
|------------------------------|---|
| <p>Vor der Anleitung</p> | <p>Mit den Angehörigen wird die Zeitdauer und Inhalt der Anleitung frühzeitig vereinbart</p> <p>Die für die Durchführung benötigten Hilfsmittel werden zur Verfügung gestellt</p> <p>Vorbereitungsmaterial (Informationsbroschüren) können dem Angehörigen mitgegeben werden</p> <p>Vorerfahrungen des Angehörigen sollten berücksichtigt werden</p> <p>Dem Angehörigen wird das Ziel der Anleitung und in welcher Art und Weise sie verlaufen soll, erklärt</p> <p>Vom Angehörigen soll sich die Pflegeperson das Ziel und den Ablauf erklären lassen</p> <p>Eine freundliche, spielerische Atmosphäre wird geschaffen</p> |
| <p>Während der Anleitung</p> | <p>Pflegeleistungen in Teilabschnitte gliedern, aufbauend vom Leichten bis zum Schweren</p> <p>Tätigkeiten vom Angehörigen mündlich beschreiben lassen</p> <p>Zulassen von eigenen Wegen</p> |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>Systematisch Feedback geben</p> <p>Zum Patienten einen engen Kontakt halten</p> |
| Nach der Anleitung | <p>Am Ende wird eine gemeinsame Auswertung durchgeführt, wenn es möglich ist, mit dem Patienten</p> <p>Eventuell wird dem Angehörigen erneut das Modell gezeigt und wiederholt</p> <p>Dem Angehörigen wird mit seiner Einschätzung das letzte Wort gelassen</p> <p>Nachbereitungsmaterial dem Angehörigen mitgeben</p> |

Das in der Tabelle 1 gezeigte Beispiel für die Durchführung einer Angehörigenanleitung kann als Vorlage herangezogen werden. Die wichtigsten Pflorgetechniken und Versorgungssteuerungen werden dem Angehörigen systematisch vermittelt.

3.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Anwesenheit des Angehörigen für den Patienten eine wesentliche Rolle spielt.

Dadurch wird ihm das Gefühl der Sicherheit und Vertrautheit gegeben. Der Patient erfährt vom Patienten sowohl „emotionalen Beistand“ als auch „praktischen Beistand“. Bei der Integration des Angehörigen in die Pflege des verwirrten Patienten spielt allein seine Anwesenheit eine entscheidende Rolle. Zusätzlich wird durch Anpassen des Tagesablaufes an den gewohnten Rhythmus des Patienten weitere Orientierung geschaffen. In die Pflege des wachkomatösen Patienten kann der Angehörige in die Durchführung der Initialberührung, oralen Stimulation, Teilkörperwäsche oder Lagerung integriert werden.

Beide Patientengruppen können durch gezieltes Einsetzen von persönlichen Gegenständen gefördert werden. Das Kapitel schließt mit einem Beispiel für den Aufbau einer Angehörigenschulung, an dem die Pflegeperson die Möglichkeit hat, sich zu orientieren.

4 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht darzustellen, wie man die Angehörigen in die Pflege des Intensivpatienten integrieren kann und welche Bedeutung sie für den Betroffenen haben.

Zu diesem Zweck teilt sich die Abschlussarbeit in mehrere spezielle Kapitel auf. Das erste Kapitel gibt die für die Arbeit zum allgemeinen Verständnis notwendigen Begriffserklärungen und geht auf die Belastungsfaktoren des Patienten und des Angehörigen ein. Es stellte sich heraus, dass jene Faktoren, die den Patienten belasten, sich auch negativ auf den Angehörigen auswirken. Weiters wird der Angehörige am Anfang vom Pflegepersonal oft als Belastung angesehen, im Laufe der Behandlung stellt er eine Hilfe für das Behandlungsteam und den Patienten dar. Das zweite Kapitel befasste sich mit der Bedeutung des Angehörigen für den Patienten und den Möglichkeiten der Integration in die Pflege des desorientierten oder wachkomatösen Patienten. Durch Literaturrecherche stellte sich heraus, dass engste Angehörige vom Patienten nicht als Besuch wahrgenommen werden. Dessen Anwesenheit wird für den Patienten als selbstverständlich angesehen und ihm sollte jederzeit Zutritt auf die Intensivstation gewährt werden. Der Angehörige gibt dem Patienten die Kraft, die Krisensituation mit dessen Hilfe zu bewältigen. Die Anwesenheit des Angehörigen spielt eine bedeutende Rolle für die Patienten, oft reicht es aus, am Bett des Erkrankten zu sitzen und dessen Hand zu halten. Sowohl in die Pflege des verwirrten als auch in die Pflege des wachkomatösen Patienten ist die Integration des Angehörigen von großer Bedeutung. Die Arbeit schließt mit einem Beispiel für die Gestaltung einer Angehörigenanleitung, die in die Praxis umgesetzt werden kann.

Ziel der Abschlussarbeit war es, die Bedeutung der Angehörigen für den Patienten hervorzuheben und Möglichkeiten aufzuzeigen, diese in die Pflege zu integrieren.

Es bleibt zu hoffen dass dieses Ziel erreicht wurde und das vorliegende Schreiben eine Hilfestellung im Umgang mit dem Angehörigen für das Intensivpflegepersonal darstellt.

5 LITERATURVERZEICHNIS

GEORGE, W.; GEORGE, U. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege., München, Ernst Reinhardt Verlag.

KNIPFER, E.; KOCHS, E. (2008): Klinikleitfaden Intensivpflege., 4. Auflage, München, Elsevier GMBH, Urban & Fischer Verlag.

LARSEN, R. (2007): Anästhesie und Intensivmedizin für Fachpflege., 7. vollständig überarbeitete Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

METZING, S. (2004): Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts auf einer Intensivstation.- In: Abt- Zegelin, A.(Hg.) (2004): Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing., Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co, S. 159- 217.

MILLAR, B.; Burnard, P. (2002): Intensivpflege- High- touch und High- tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte., 1. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber.

MONKE, S. (2007): „Auf der Intensivstation begann mein Verstand mir einen Streich zu spielen“. Das Phänomen des Deliriums bei alten Menschen auf der Intensivstation. Studienarbeit., 1. Auflage, GRIN Verlag

NYDAHL, P. (2007): Wachkoma: Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma., 2. Auflage, München, Elsevier GMBH

ULLRICH, L.; STOLECKI, D.; GRÜNEWALD, M. (2005): Thiemes´ s Intensivpflege und Anästhesie., Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG.

INTERNET 1: <http://www.itw-thueringen.de/html/divi.html> (21.6.2009)

INTERNET 2: <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15211.htm> (16.9.2009)

INTERNET 3: http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegende_Ang%C3%B6rige (10.9.2009)

INTERNET 4: <http://www.wachkoma-salzburg.at/presse-vorstellung-info-wachkoma.pdf> (11.9.2009)

INTERNET 5: http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/oesterreich/pflege/_texte/ARTICLE/2648.html (24.9.2009)