

SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER PFLEGE BEI NIERENERSATZTHERAPIE

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Das Leben an der Dialyse

vorgelegt von: Evelyn Müllner
LKH Villach
Med. Abteilung Dialyse

begutachtet von: DGKS Christine Schaller- Maitz
LKH Villach
Organisationsabteilung

Juli/2012



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.

Villach, 27.7.2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

Mit dieser Arbeit soll den Betroffenen, Angehörigen und Pflegenden ein kurzer Einblick in die veränderte Lebenssituation des Dialysepatienten verschafft werden.

Im ersten und im zweiten Kapitel, werden die Einführung in die Problemstellung, die Anatomischen Grundlagen der gesunden Nieren, die verschiedenen Formen der Nierenersatztherapie, sowie die Entscheidung zur Dialysebehandlung beschrieben.

Im dritten Kapitel, werden kurz die Phasen des Krankheitsverlaufes vom Krankheitsbeginn, über Diagnosestellung bis hin zur terminalen Phase zusammengefasst. Jede Phase des Krankheitsverlaufes, bringt schwierige Aufgaben mit sich, indem der Patient besondere Unterstützung seitens der Pflegekraft und der Angehörigen benötigt.

Der Schwerpunkt dieser vorliegenden Abschlussarbeit im vierten Kapitel, ist die Veränderung der Lebensaktivitäten eines Dialysepatienten nach der Diagnosestellung, anhand des Pflegemodells nach Nancy Roper. Wie sich der Alltag des Dialysepatienten verändert und welche Maßnahmen aus pflegerischer Sicht gesetzt werden müssen, um den Patienten in seiner neuen Lebenssituation zu unterstützen, werden in diesen 12 Lebensaktivitäten nach dem Pflegemodell beschrieben.

Es soll auch den Pflegenden bewusst gemacht werden, dass sich der Patient in einer Lebenskrise befindet und somit ein gut geschultes Team vorhanden sein muss, um dem Patienten die dementsprechende Unterstützung gewährleisten zu können.

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	6
1.	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	7
2.	ANATOMISCHE GRUNDLAGEN DER GESUNDEN NIERE	8
2.1	Aufgaben der Niere	8
2.2	Erklärung „Dialysebehandlung“	9
2.3	Indikation zur Dialysebehandlung.....	9
2.4	Entscheidung zur Dialysebehandlung.....	12
3.	PHASEN DES KRANKHEITSVERLAUFES	14
3.1	Krankheitsbeginn	14
3.2	Diagnosestellung	14
3.3	Behandlungsphase	15
3.4	Chronische Krankheitsphase.....	16
3.5	Terminale Phase.....	16
4.	VERÄNDERUNG DER LEBENSAKTIVITÄTEN ANHAND DES PFLEGEMODELES NACH NANCY ROPER	17
4.1	Lebensaktivität Sicherheit	18
4.2	Lebensaktivität Schlafen	20
4.3	Lebensaktivität Sich bewegen.....	21
4.4	Lebensaktivität Sich sauber halten und kleiden	22
4.5	Lebensaktivität Essen und trinken.....	24
4.6	Lebensaktivität Ausscheidung.....	29
4.7	Lebensaktivität Körpertemperatur regulieren	30
4.8	Lebensaktivität Atmung, Herz und Kreislauf.....	31
4.9	Lebensaktivität Sich beschäftigen	32
4.10	Lebensaktivität Kommunikation	33
4.11	Lebensaktivität Sexualität/ Sich als Frau oder Mann fühlen	34

4.12	Lebensaktivität Sinn finden und Sterben	35
5.	ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT.....	37
6.	LITERATURVERZEICHNIS	39

0. VORWORT

Schon seit Beginn meiner Arbeit auf der Dialysestation am LKH Villach, begeistert mich die Kombination aus Technik und Pflege und der sehr persönliche Zugang zu den Dialysepflichtigen Patienten. Am meisten beschäftigt mich, ob und wie fern sich die psychische und physische Situation des Patienten im Laufe der Dialysetherapie verändert. Im Rahmen der Abschlussarbeit habe ich die Möglichkeit, meine Erlebnisse und auch Erfahrungen zu Papier zu bringen. Es ist mir eine große Freude, über das Arbeiten und den Umgang mit chronisch kranken Dialysepatienten zu schreiben.

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die mir während meiner Ausbildung besondere Geduld und Ausdauer entgegengebracht haben. Mein aufrichtiges Dankeschön gebührt meiner Betreuerin Frau Christine Schaller-Maitz, welche mich mit sehr viel Zeit und Rücksicht, bei der Abschlussarbeit beraten und unterstützt hat.

Meiner Familie die mich motiviert und unterstützt haben, sei hiermit ein herzliches Dankeschön ausgesprochen. Weiteres möchte ich mich bei meiner Freundin Manuela Noiges, für das Korrekturlesen der Arbeit bedanken.

Um einen besseren Lesefluss der Abschlussarbeit zu ermöglichen, ist nur eine Form des Geschlechtes angegeben, es sind sowohl das männliche als auch das weibliche Geschlecht gemeint.

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG

In der vorliegenden Abschlussarbeit, geht es um die Auseinandersetzung und um die Begegnung im Alltag mit einem chronisch kranken Patienten. Diese stellt wohl eine der schwierigsten und wahrscheinlich auch anspruchsvollsten Aufgaben einer Pflegekraft dar. Der Umgang, sowie die Pflege und Betreuung eines solchen Patienten, verlangt daher ein hohes Maß an Fachwissen und Kompetenz von Seiten einer Pflegekraft. Besonders wichtig im Umgang mit einem dialysepflichtigen Patienten ist es, auf seine Probleme und Bedürfnisse eingehen zu können und seine Lebensqualität zu fördern. Im Vordergrund steht daher, eine ganzheitliche und bedürfnisorientierte Pflege. Der chronisch kranke Patient befindet sich am Anfang der Krankheit meist in einer Lebenskrise, die sich über lange Zeit hinaus zögern kann. Er muss sich immer neuen Herausforderungen und Belastungen die sich im Laufe der Jahre ergeben, gegenüber stellen (Anmerkung des Verfassers).

Dadurch ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- ***Wie verändert sich der Alltag des Patienten nach der Entscheidung zur Dialysebehandlung?***
- ***Welche Maßnahmen sind aus der Sicht der Pflegekraft zu setzen, um den Patienten zu unterstützen?***

Diese Fragestellungen, werden im Rahmen dieser Abschlussarbeit beantwortet. Die Bearbeitung der angeführten Fragestellungen, erfolgt durch das Studium aktueller wissenschaftlicher Quellen, aber nicht nur Fachliteratur, sondern auch aktuelle Internetquellen werden dazu herangezogen. Um einen Einblick in das Krankheitsbild eines dialysepflichtigen Patienten zu ermöglichen, werden in den ersten Kapiteln die anatomische Grundlagen der Niere, sowie die Dialysetherapie und die Phasen des Krankheitsverlaufes kurz beschrieben.

2. ANATOMISCHE GRUNDLAGEN DER GESUNDEN NIERE

Die beiden Nieren haben ein bohnenförmiges Aussehen, liegen paarig angelegt links und rechts der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. Die beiden Nieren haben eine Größe von ca. elf Zentimetern und wiegen 120g bis 200g. Die rechte Niere liegt meist einige Zentimeter tiefer als die linke, da sie von der Leber etwas verdrängt wird. Am Hilus treten die versorgenden Blutgefäße sowie Nerven und Lymphgefäße ein und aus und das Nierenbecken verengt sich zum Harnleiter. Die Nieren sind von einem Fettpolster aus Bauchfett umgeben. Der Fettpolster wird abgegrenzt von einem bindegewebigen Sack, dem Faziensack. Dieser umgibt auch die Nebenniere, eine kleine endokrine Drüse, die sich am oberen Nierenpol befindet (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 4).

2.1. Aufgaben der Niere

Die Niere hat folgende Funktion:

- Ausscheidung entstehender Körperschlacken
- Regulation des Blutdruckes durch Bildung des Enzyms Renin
- Aufrechterhaltung des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basenhaushaltes
- Bildung des Hormons Erythropoetin für die Bildung von roten Blutkörperchen
- Produktion von Vitamin D für die Knochen (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 16)

Durch die Erkrankung der Nieren, kommt es im Körper zur Ansammlung von Wasser und Giftstoffen. Die Nieren können die Reinigung und die Aufrechterhaltung des Wasserhaushaltes, nicht mehr oder nicht ausreichend erfüllen. Zu viel Wasser und Giftstoffe im Blut, führen zu Funktionsstörungen in nahezu allen Organen. Ohne die Funktion der Nieren kann der Mensch nicht überleben. Eine Dialysebehandlung muss deshalb die Funktion der Nieren in weiteren Teilen übernehmen (vgl. Bach 2003, S. 6).

2.2 Erklärung „Dialysebehandlung“

Der Begriff „dialysis“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Auflösung, Trennung“ (<http://www.flexikon.doccheck.com>, 22.01.2012). Die Dialyse ist ein Blutreinigungsverfahren, die die Aufgaben der Niere übernimmt und dem Körper Elektrolyte, Stoffwechselprodukte und Wasser entzieht. Die Dialyse ist ein sicheres Verfahren, dass über einen langen Zeitraum die Nierenfunktion ersetzen kann. Allerdings leistet jede Dialyse, nur einen geringen Teil der normalen Nierenfunktion, die jedoch ausreichend ist (vgl. Bach 2003, S. 6).

Die Nieren sind Hochleistungsorgane des Körpers. 1,25 Liter Blut strömt pro Minute durch die Nieren und werden dort gefiltert. $1,25 \times 60 \text{ min} \times 24 \text{ h} = 1800 \text{ l/Tag}$. Die Nieren filtern aus den 1800 Litern Blut, 200 Liter Primärharn heraus und im zweiten Schritt wird diese Menge durch Resorption auf 1% Sekundärharn reduziert, welcher ausgeschieden wird (vgl. www.dierotesäule.de, 23.5.2012).

2.3 Indikation zur Dialysebehandlung

Wann mit einer Dialysebehandlung begonnen werden sollte, entscheidet der Arzt anhand des Allgemeinzustandes im Zusammenhang mit verschiedensten Laborwerten. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit, Appetitlosigkeit, beginnende Luftnot, Übelkeit, Erbrechen und Wasseransammlungen in den Beinen und des Gesichts, zeigen eine Unterfunktion der Nieren. Der Blutdruck ist meist erhöht und mit Medikamenten nicht mehr zu beeinflussen. Laboruntersuchungen zeigen konstant hohe Werte von Kreatinin, Harnstoff und meist auch Kalium. In manchen Fällen steigt der Grad der Vergiftung auch ohne äußere Anzeichen. Der Beginn der Therapie wird vorgezogen, um weitere Komplikationen vorzubeugen (vgl. Bach 2003, S. 8f).

Es werden drei verschiedene Formen der Nierenersatztherapie unterschieden:

- **Hämodialyse**
- **Peritonealdialyse**
- **Transplantation**

Bei der **Hämodialyse** wird das mit Giftstoffen angereicherte Blut aus dem Körper in die so genannte „künstliche Niere“ geführt. Das Kernstück ist ein Filter zur Blutreinigung, der Dialysator. Das Blut wird zum Dialysator gebracht, dort von Giftstoffen und zu viel Wasser befreit und wird danach wieder zurück in den Körper geleitet. Das Blut wird außerhalb des

Körpers durch ein Schlauchsystem geleitet, das mit einer Maschine verbunden ist. Die eigentliche Entgiftung findet nicht in der Maschine statt, sondern im Filter (vgl. Bach 2003, S. 11).

Bei dieser Art der Nierenersatztherapie ist es erforderlich, dass der Patient je nach Arztanordnung zwei bis drei Mal wöchentlich für vier bis fünf Stunden ins Dialysezentrum kommt, um die harnpflichtigen Substanzen, welche sich in den dialysefreien Tagen angereichert haben, aus dem Körper zu filtrieren (Anmerkung des Erfassers).

Um eine qualitative Hämodialyse durchzuführen, benötigt der Patient einen gut funktionierenden Gefäßzugang. Man unterscheidet zwischen akuten und chronischen Gefäßzugängen:

Akute Gefäßzugänge

Er ermöglicht die rasche, nicht längerfristig geplante Dialyse, z.B. bei Patienten mit akutem Nierenversagen. Dieser Gefäßzugang ist zeitlich nur begrenzt verwendbar und muss bei einer länger geplanten Dialyse durch einen chronischen Gefäßzugang ersetzt werden. Der verbreitetste akute Gefäßzugang ist der sogenannte Shaldon Katheter. Der Shaldon Katheter hat einen großen Innendurchmesser und besteht aus Polyurethan, einem festen Material, sodass er den Anforderungen für einen hohen Blutfluss gewachsen ist. Zur Platzierung des Shaldonkatheters gibt es drei Möglichkeiten: Vena femoralis, Vena subclavia oder Vena jugularis interna (vgl. Nowack et al. 2003, S. 54).

Chronische Gefäßzugänge

Der permanente Gefäßzugang ist induziert, wenn die Langzeitdialyse notwendig wird. Die Brescia-Cimino-Fistel, entsteht durch eine chirurgisch hergestellte Verbindung (Anastomose) zwischen Arteria radialis und Vena cephalica am Unterarm. Der von der Anastomose körperwärts laufende Venenabschnitt, wird als Fistel bezeichnet, der sich durch das abgezweigte Blut ausweitet und wandstärker wird. Eine neu angelegte Fistel sollte vor der Erstpunktion eine Reifungszeit von zwei bis acht Wochen haben. Bei frühzeitigen Punktionen, kann es zu Einblutung und Stenosierung kommen und die Fistel kann dauerhaft geschädigt werden. Für den Erfolg einer Fistel, sind ausreichende Gefäßverhältnisse entscheidend. Komplikationen können auftreten, wenn Verkalkungen der Arterie vorliegen oder die Venen durch Punktionen narbig geschädigt wurden (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 60).

Bei den synthetischen Shunts, wird zwischen Arterie und Vene eine aus Kunststoff bestehende Gefäßprothese eingeführt. Diese kommen erst zum Einsatz, wenn eine Fistel nicht mehr konstruierbar ist, wie z.B. schlechten Gefäßverhältnissen bei Patienten mit Diabetes mellitus oder arterieller Verschlusskrankheit. Synthetische Shunts sind im Gegensatz zur Fistel sofort zu punktieren. Infektionen, Thrombosen sowie Verengungen treten häufiger auf als bei den Fisteln. Die Dauer der Funktion ist geringer als bei der Brescia-Cimino-Fistel (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 60).

Jeder Patient sollte seinen Shunt mehrmals am Tag selbstständig kontrollieren. Beim Tasten wird ein leichtes Pulsieren und ein Schwirren gespürt. Die Haut sollte bis auf die Einstichstellen unauffällig und frei von Entzündungszeichen sein (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 60).

Bei Patienten, bei denen die Gefäßverhältnisse die Anlage eines Dialyseshunt nicht mehr zulassen, werden sogenannte permanente Venenkatheter gelegt. Der Zugang erfolgt über die Vena jugularis. Die Katheterspitze, sollte im Bereich der oberen Hohlvene in den rechten Vorhof zu liegen kommen. Es stehen einlumige und doppelumige Modelle zur Verfügung (vgl. Nowack et al. 2003, S. 59ff).

Bei der **Peritonealdialyse** wird das Bauchfell als Filterfunktion von Giftstoffen benutzt. Das Blut wird mit Hilfe des Bauchfells gereinigt. Über einen Katheter der in der Bauchwand eingenäht wird, wird die Dialysierflüssigkeit (Dialysat) in die Bauchhöhle eingelassen. Es kommt zum Stoffaustausch zwischen den Blutgefäßen des Bauchfells und der Dialysierflüssigkeit. Gift- und Mineralstoffe strömen in das Dialysat (vgl. Bach 2003, S. 12).

Der Zuckergehalt, der sich in der Dialysierflüssigkeit befindet, bindet Wasser an sich und entzieht dem Körper überschüssige Flüssigkeit. Die angereicherte Flüssigkeit mit Giftstoffen, wird nach einigen Stunden wieder durch den Katheter abgelassen und durch eine neue Dialysierlösung ersetzt. Die Flüssigkeit bleibt in der Regel 24 Stunden in der Bauchhöhle, wobei diese alle sechs Stunden erneuert wird. Bei dieser Art von Nierenersatztherapie, ist keine Maschine erforderlich (vgl. Bach 2003, S. 12).

Wichtig bei dieser Form ist es, auf Hygienerichtlinie und ein hygienisches Arbeiten zu achten, um Komplikationen zu reduzieren, da die Gefahr einer Entzündung des Bauchfells sehr hoch ist. Diese Dialyseform hat den Vorteil, dass der Patient im Gegensatz zur Hämodialyse, aufgrund einer kontinuierlichen Entgiftung, meist eine bessere

Lebensqualität besitzt. Wenn der Patient gut eingeschult ist, kann er dies selbstständig zu Hause durchführen (Anmerkung des Erfassers).

Während es sich bei der Hämodialyse und der Peritonealdialyse nur um eine unvollständige Nierenersatztherapie handelt, stellt die **Nierentransplantation** dasjenige Behandlungsverfahren dar, welches dem Patienten das ganze physiologische Funktionsspektrum einer gesunden Niere zurückgibt. Die Entscheidung eines Patienten zur Nierentransplantation ist ein Prozess, der sich auch bei dringlicher medizinischer Indikation, über einen längeren Zeitraum erstrecken kann. Ein Patient der sich gut an die Dialyse angepasst hat, gibt die Sicherheit einer vertrauten Behandlungsmethode zugunsten der Nierentransplantation auf, dass ihm zwar ein hohes Maß an Leistungsfähigkeit und Lebensqualität zurückgibt, ihn jedoch auch mit neuen Problemen konfrontiert. In erster Linie liegen diese in der notwendigen Immunsuppression und deren möglichen Folgeschäden. Dem Patienten muss bewusst sein, dass der Erfolg der Transplantation von seiner Mitarbeit, der regelmäßigen Einnahme der Medikamente und der Compliance in Form von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen abhängt (vgl. Breuch 2003, S. 390f).

2.4 Entscheidung zur Dialysebehandlung

Hierbei spielen medizinische Aspekte, die eigene Disziplin und die Lebensumstände eine wesentliche Rolle. Hämodialyse und Peritonealdialyse sind alternative Behandlungsverfahren die Vorteile und Nachteile mit sich bringen. Fällt die Entscheidung für die Peritonealdialyse, bedeutet das eine weitgehende Unabhängigkeit von der Maschine und einer Dialyseeinrichtung. In der Regel gehen die Patienten einmal im Monat zur Kontrolle. Diese Form der Therapie erfordert ein hohes Maß an Eigenverantwortung und setzt ein individuelles Training voraus (vgl. Bach 2003, S. 13).

Bei der Hämodialyse, wird in einem Dialysezentrum unter fachlicher Betreuung die Blutreinigung durchgeführt und es bedeutet eine weitgehende Abhängigkeit von der Maschine und dem Pflegepersonal. In manchen Fällen ist die Hämodialysebehandlung auch nach entsprechenden Training in Form der Heimhämodialyse möglich (vgl. Bach 2003, S. 13).

Die erste Begegnung mit der Dialyse ist für den Patienten von hoher Bedeutung. Ängste, Hoffnungen und Befürchtungen werden seine Stimmungslage beeinflussen. Der Patient

betrifft eine ihm bis dahin unbekannte Lebenswelt, die einen großen Teil seines zukünftigen Lebens ausmachen wird (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 98f).

Er ist noch der Fremde, derjenige der sich nicht auskennt. Es handelt sich um eine Situation der Verunsicherung und Orientierungslosigkeit. Für den ersten Kontakt zwischen Patienten und Pflegekraft, ist es sinnvoll, sich in einen ruhigen und geschützten Raum zurückzuziehen. Nach einem gemeinsamen Gang durch die Dialyse, bekommt der Patient den ersten Eindruck der Station. Nach einer gemeinsamen Besichtigung durch die Dialyse, ist der Patient voller Eindrücke über die er eventuell sprechen möchte. Dieses Gespräch ist sicherlich ein erster Zugang zum Patienten. Wenn ein Angehöriger den Patienten zu diesem ersten Treffen begleitet, ist es für den Patienten weniger aufregend und angsterzeugend. Die Anwesenheit eines Vertrauten bewirkt, dass der Schritt in die neue Lebenssituation etwas leichter fällt. Der Patient ist nicht allein und steht dem Fremden nicht wehrlos gegenüber (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 98f).

Am Anfang der Dialyse ist alles ungewohnt und neu. Die Abläufe werden bald zur Routine, da es bei jeder Dialyse gleich abläuft. Bei der Dialyse werden nicht nur Giftstoffe entfernt, sondern auch überschüssiges Wasser. Der Arzt berechnet ein sogenanntes Trockengewicht, damit der Körper nicht zu viel oder zu wenig Wasser enthält (vgl. Bach 2003, S. 20ff).

Das Trockengewicht ist der Zustand nach der Dialysebehandlung, bei dem alles überschüssige Wasser entfernt ist. Wenn zu viel Wasser entfernt wird, so ist der Patient zu „trocken“. Das heißt, ihm fehlt Wasser und es kommt zu Krämpfen, Blutdruckabfällen und Unwohlsein. Wenn zu wenig Wasser entfernt wird, kommt es zu Ödemen, Atemnot und Hypertonie (vgl. www.nze-lingen.de, 23.5.2012).

Bei vielen Patienten kommt es nach einigen Wochen zur Stabilisierung der Blutdruckwerte, sodass auch einige Blutdruckmedikamente reduziert werden könnten. Eine exakte Überwachung des Wasserhaushaltes, ist nur durch das regelmäßige Wiegen vor und nach der Hämodialyse möglich. Nach dem Wiegen, machen es sich die Patienten auf Liegen oder Betten bequem. Vor, während und nach der Behandlung, werden regelmäßig Blutdruckkontrollen durchgeführt. Die Maschine wird bereits vom Pflegepersonal vorbereitet (vgl. Bach 2003, S. 20ff).

Die Dialysebehandlung ist zum größten Teil ein komplikationsloses Verfahren, dennoch können vereinzelt Komplikationen auftreten. Subjektive Beschwerden wie z.B. kalter Schweiß, Schwindel, Unruhe sollten dem Arzt oder dem Pflegepersonal mitgeteilt werden (vgl. Bach 2003, S. 23).

3. PHASEN DES KRANKHEITSVERLAUFES

Der Verlauf einer Krankheit ist für den betroffenen ein sehr bewegender Prozess. Dieser Prozess gliedert sich in mehrere Phasen, die jeweils anders bewältigt werden müssen. Der subjektive Prozess verläuft nicht gerade parallel zum körperlichen Krankheitsgeschehen. Einige Menschen sind körperlich krank, ohne sich krank zu fühlen. Andere Menschen halten sich für krank, jedoch ist eine körperliche Störung nicht nachzuweisen. Jede Phase des Krankheitserlebens bringt besondere Aufgaben und mögliche Krisen mit sich. Einen großen Einfluss haben Diagnose, Behandlung und Besserung der Symptome (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 35).

3.1 Krankheitsbeginn

Am Beginn des Krankheitserlebens, wird eine Veränderung wahrgenommen: „Etwas stimmt nicht mehr“. Schmerzen treten auf, der Patient fühlt sich müde und matt und kann sich nicht mehr richtig bewegen. Das Dahinleben ohne Schmerzen und Beeinträchtigung ist unterbrochen. Wenn der Betroffene diese Veränderungen als Symptome wahrnimmt, wird er zumeist versuchen, selbst eine Diagnose zu stellen. Aufgrund dieser Laiendiagnose entscheidet der Patient ob er ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen soll, oder ein Abklingen der Symptome abwartet. Je stärker die Schmerzen und je sichtbarer die Symptome sind, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass um Hilfe gesucht wird. Eine wichtige Rolle zu Beginn des Krankheitsprozesses spielen Angehörige, Freunde oder sonstige Ratgeber, die den betroffenen beraten und beeinflussen. Diese Personen können das Aufsuchen einer geeigneten Versorgungsstelle beschleunigen (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 35ff).

3.2 Diagnosestellung

Die Diagnose ist eine Schwelle im Krankheitserleben, da sie Klarheit über den körperlichen Zustand bringt. Der Betroffene erfährt, ob er gesund oder krank ist. Vor der Diagnosestellung verspüren viele Menschen Angst, vor allem wenn sie mit der Möglichkeit einer schweren Erkrankung rechnen. Hierzu kommt die oftmals unangenehme oder schmerzhafteste Prozedur der Untersuchungen, die oft in einer fremden und unpersönlichen Umgebung durchgeführt werden. Angst und Unsicherheiten können größer werden, je länger der Prozess der Diagnosestellung dauert. Aufklärung des Patienten sowie Information über die einzelnen Untersuchungsschritte, mögliche Schmerzen und Unannehmlichkeiten können dagegen helfen. Wird eine Krankheit diagnostiziert, so

erfährt der Patient auch etwas über die Prognose und die weitere Behandlung. Patienten reagieren auf die Diagnose unterschiedlich: mit Erleichterung, Schock, Angst, Misstrauen oder anderen Gefühlen (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 38f).

Einigen Patienten fällt es zunächst schwer, die Diagnose zu verstehen und zu akzeptieren. Andere werden unvollständig über ihren Zustand aufgeklärt, verstehen die medizinischen Fachausdrücke nicht oder trauen sich nicht, noch einmal nachzufragen. Es sollte in jedem Fall überprüft werden, ob der Patient alle Erklärungen verstanden hat (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 38f).

3.3 Behandlungsphase

Nach der Diagnose weiß der Patient, dass er krank ist und muss lernen sich auf die Krankheit einzustellen. Dazu gehört, dass sich der Patient mit den Schmerzen, Beschwerden und Beeinträchtigungen abfindet. Schmerzen und Unannehmlichkeiten, die von weiteren Untersuchungen und der Pflege ausgehen können, kommen noch hinzu. Der Krankenhausaufenthalt bringt zusätzlich ungewohnte Umgebung, die wenig Privatsphäre lässt. Einschränkungen, Schmerzen und Beschwerden führen zu einer gewissen Unsicherheit. Der Patient weiß nicht, wie die Krankheit verlaufen wird. Wenn ihm diese Belastung zu viel wird, kann es zur Regression kommen (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 39f).

Regression ist das Zurückfallen in frühere, kindliche Verhaltensweisen. Sie tritt auf, wenn die bestehende Situation für den Betroffenen unerträglich erscheint und er keine Möglichkeit sieht, die anstehenden Probleme zu bewältigen (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 63).

Im Krankenhaus ist der Patient mit einer Vielzahl von Betreuungspersonal konfrontiert, die unterschiedlich wichtig für ihn sind. Die Abhängigkeit von Ärzten und Pflegepersonal, ist eine weitere Aufgabe die der Patient akzeptieren muss. Die Kontrolle über den körperlichen Zustand muss zumindest teilweise abgegeben werden. Wenn das nicht gelingt, kann es möglicherweise zu erlernter Hilflosigkeit kommen. Die Folge ist, dass sich der Patient aufgibt und resigniert. Durch Information und möglichst viel Entscheidungsfreiraum, kann diesem entgegengewirkt werden (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 39f).

3.4 Chronische Krankheitsphase

Krankheiten ohne weitere Folgeerscheinungen bewirken vorübergehende Beschwerden, die nach ihrem Abklingen meist wieder vergessen sind. Ganz anders ist es bei chronischen Krankheiten, deren Dauer bzw. Verlauf nicht abzusehen ist. Der Patient muss lernen mit den Einschränkungen zu leben, und er muss auf Verschlechterungen gefasst sein. Die körperliche Leistungsfähigkeit kann weiter abnehmen, sodass er immer mehr auf Hilfe angewiesen ist. Durch die Anforderung, regelmäßige Behandlungen und Medikation einzuhalten, wird der Patient ständig an seine Krankheit erinnert. Selbsthilfegruppen können Informationen und praktische Tipps bringen, sowie auch der Kontakt zu Gleichbetroffenen (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 42).

3.5 Terminale Phase

Der herannahende Tod löst bei allen Menschen Ängste aus: vor dem Unbekannten und vor dem Verlust der Familie, der Freunde und des eigenen Körpers (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 43).

„Nach Kübler-Ross verläuft der Sterbeprozess in fünf Phasen: Nicht wahrhaben wollen, Zorn, Verhandeln, Depression und Zustimmung“ (Fürstler/Hausmann 2000, S. 43).

Krisen treten dann auf, wenn der Patient in einer dieser Phasen verharrt, d.h. über die Verleugnung oder den Zorn nicht hinauskommt. Von entscheidender Bedeutung ist dabei die Unterstützung durch Angehörige. Der behandelnde Arzt, muss den Patienten über seinen Zustand vollständig aufklären. Das Pflegepersonal aber auch Seelsorger können den Patienten durch Gespräche und manchmal auch nur durch ihre Anwesenheit am Ende seines Lebens eine wichtige Stütze sein (vgl. Fürstler/Hausmann 2000, S. 43).

In den nächsten Kapiteln werden die Lebensaktivitäten anhand des Pflegemodells nach Nancy Roper bearbeitet und es wird dargestellt, wie das Pflegepersonal die daraus resultierenden pflegerischen Maßnahmen setzen kann (Anmerkung des Erfassers).

4. VERÄNDERUNG DER LEBENSAKTIVITÄTEN ANHAND DES PFLEGEMODELES NACH NANCY ROPER

Das Modell beschreibt die Pflege anhand von fünf Elementen. Das erste Element ist die **Lebensspanne**. Es beschreibt, wann die Pflege wirksam werden kann. Im Modell wird der Zeitraum von der Empfängnis, über die Geburt bis hin zum Tod dargestellt.

Im Zentrum des Modells sind als ein zweites Element die **zwölf Lebensaktivitäten** eingeteilt (vgl. <http://www.krankenpflegedienst-janssen.de>, 07.02.2012).

12 Lebensaktivitäten nach Nancy Roper:

1. Lebensaktivität Sicherheit
2. Lebensaktivität Schlafen
3. Lebensaktivität Sich bewegen
4. Lebensaktivität Sich sauber halten und kleiden
5. Lebensaktivität Essen und trinken
6. Lebensaktivität Ausscheidung
7. Lebensaktivität Körpertemperatur regulieren
8. Lebensaktivität Atmung, Herz und Kreislauf
9. Lebensaktivität Sich beschäftigen
10. Lebensaktivität Kommunikation
11. Lebensaktivität Sexualität/Sich als Frau oder Mann fühlen
12. Lebensaktivität Sinn finden und sterben (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 181ff)

Im dritten Element wird die Ausprägung des Hilfebedarfs, dem **Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum**, dargestellt. Nicht einzelne Symptome sind maßgeblich für Roper, sondern der individuelle Bedarf eines Menschen an Hilfeleistung durch andere. Der Pflegebedarf kann mit Hilfe des Kontinuums festgelegt werden. Es kann festgelegt werden, in welchem Ausmaß der Patient Unterstützung braucht und genau diese wird geleistet. Dem Patienten bleibt dadurch ein Teil seiner Unabhängigkeit erhalten und er

kann weitere Fähigkeiten dazu gewinnen. Solch eine aktivierende Pflege, kann enorme Steigerung der Lebensqualität mit sich bringen (vgl. <http://www.krankenpflegedienst-jassen.de>, 07.02.2012).

Das vierte Element beschreibt die **fünf Einflussfaktoren** auf die Lebensaktivitäten und das Kontinuum. Diese Einflussfaktoren sind: 1. Körperliche, 2. Psychische, 3. Soziokulturelle, 4. Umgebungsabhängige, 5. Politisch-ökonomische. Die individuelle Ausrichtung der Pflege wird nochmals besonders deutlich unterstrichen. Die Bedürfnisse müssen dem Patienten zugeschnitten werden und zeigen auf, dass Pflege nicht standardisiert angeboten werden kann. Die Bedeutung der einzelnen Lebensaktivitäten können durch diese Einflussfaktoren erheblich verändert werden (vgl. <http://www.krankenpflegedienst-jassen.de>, 07.02.2012).

Das fünfte Element zeigt wohin die Pflege führen soll, nämlich zur **Individualität** des Menschen in seinem Leben. Das Prinzip der Pflege ist es, soviel Hilfe wie nötig, aber so wenig wie möglich anzubieten. Die Element der Pflege stellen ebenso die Elemente des Lebens dar (vgl. <http://www.krankenpflegedienst-jassen.de>, 07.02.2012).

Das Modell ermöglicht es, die Pflegeprobleme, die Bedürfnisse und die Ressourcen eines Menschen zu erfassen. Im Rahmen der Dialysebehandlung, wird der Patient immer nur für einen kurzen Zeitraum beobachtet. Die Kommunikationsfähigkeit vieler Patienten infolge von Angst und Unwissenheit ist häufig eingeschränkt. Viele Dialysepatienten leiden an schweren körperlichen Behinderungen, welche die Eigenwahrnehmung beeinträchtigen. Deswegen ist es von Seiten der Pflegenden von großer Bedeutung, auf Pflegeprobleme und Fragen des Patienten zu achten um dementsprechend reagieren zu können (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 181f).

4.1. Lebensaktivität Sicherheit

Ein Grundbedürfnis des Menschen ist das Bedürfnis nach Sicherheit. Dieses Gefühl umfasst sicher vor Gefahr und Schaden zu sein, sowie die kommenden Ereignisse bewältigen zu können. Es kann durch Faktoren wie Akzeptanz, Anerkennung oder Vertrauen gefördert werden. Ein guter Freundeskreis, fester Arbeitsplatz, sind von großer Bedeutung. Durch eine chronische Krankheit, wie es bei einem Dialysepatienten der Fall ist, kann das Gefühl von Sicherheit verloren gehen. Das vor der Erkrankung bestehende Selbstverständnis, sein Leben selbst zu planen ist erschüttert (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 182f).

Die Erkrankung schränkt Mobilität und Wahrnehmung ein, Kraft und Ausdauer sind herabgesetzt. Das Wissen, lebenslanglich von der Dialysebehandlung abhängig zu sein, bringt dem Patienten das Gefühl hilflos ausgesetzt zu sein. Er muss sich dem Pflorgeteam und den Ärzten gegenüber erst ein Vertrauen aufbauen. Der gewohnte Tagesrhythmus wird den Dialyseterminen untergeordnet (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 182f).

Dem Patienten in seinem Sicherheitsbedürfnis zu unterstützen hat einen enormen Einfluss auf die physische, psychische und soziale Rehabilitation des Patienten. Die Integration eines neuen Patienten im Dialysezentrum, eine professionelle Durchführung der Behandlung, Aufklärung über die Therapie und deren Komplikationen, unterstützen den Patienten in seinem Sicherheitsbedürfnis und verringern Abhängigkeitsgefühle und Ängste. Ein Gespräch mit anderen Patienten oder in einer Selbsthilfegruppe, kann unter anderem sehr hilfreich sein. Angehörig sollten wenn möglich mit einbezogen werden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 182f).

Wo Angst und Hoffnung zugleich auftreten und wo Tod und Leiden im Raume stehen, da scheinen Rituale den Patienten den notwendigen Halt zu geben. Viele Patienten haben den Dialysealltag ritualisiert. Vertraute Rituale sind für den Patienten äußerst wichtig, sie sind für ihn ein Zeichen der Zugehörigkeit und verstärken das Gefühl der eigenen Identität (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 182f).

Rituale eines Dialysepatienten sind z.B.:

- Kissen und Decken liegen immer am selben Platz
- eventuell die gleiche Pflegeperson zum punktieren einsetzen
- Pflaster müssen immer an derselben Stelle befestigt werden
- viele Patienten ziehen zur Dialyse gerne Privatkleidung an
- Zeitstrukturen einhalten (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 28f)
- Fernsehen/Zeitung lesen (Anmerkung des Verfassers)

Angst als ständiger Begleiter gehört zum Leben wie Essen und Trinken. Angst ist ein sinnvolles Warnsignal, das die Aufmerksamkeit auf etwas Bedrohliches lenkt. Gefühle drücken Patienten ganz unterschiedlich aus. Angst auslösende Situation können z.B. sein: Shuntprobleme, Schmerzen, Blutdruckabfälle während der Dialyse, Unsicherheit des

Pflegepersonals, Maschinenprobleme während der Dialyse, Punction des Shunts, Atemnot oder Herzbeschwerden (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 38ff).

Der Shunt ist die Lebensader für den Patienten. Er wird im Allgemeinen vom Patienten wie ein Heiligtum bewacht, aber gleichzeitig wird er auch als verunstaltendes, nicht zum Körper gehörendes Merkmal empfunden. Er erinnert ständig an die Dialyse und durch die Aneurysmen die Aufmerksamkeit von anderen Menschen auf sich zieht. Es entsteht eine Art Hassliebe zum Arm, ähnlich mit der Beziehung zur Pflegekraft die den Arm punktiert (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 38ff).

Es ist sinnvoll, zu Beginn der Dialyse vor allem für sehr ängstliche Patienten zwei Bezugspersonen zu benennen, die sich hauptsächlich um den Patienten kümmern, ihn punktieren und für Ratschläge zu Verfügung stehen. Im Team sollte ein Zeitpunkt festgelegt werden, um den Kreis der Punktierenden zu erweitern. Es ist wichtig zur allgemeinen Angstreduktion, den Patienten in den Vorgang mit einzubeziehen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 38ff).

Den Patienten über jeden Schritt aufklären und mit ihm reden, so ist er auch abgelenkt. Man kann auch eine zweite Pflegeperson hinzuziehen, sodass jemand die Hand des Patienten hält und mit ihm redet (Anmerkung des Erfassers).

4.2 Lebensaktivität Schlafen

Ausreichender und erholsamer Schlaf ist eine Grundvoraussetzung für die Erholung von Körper und Geist. Physische und psychische Defizite können durch einen ausgeprägten Schlafmangel verstärkt werden. Auch der nächtliche Gang an den Kühlschrank infolge der Schlaflosigkeit und die daraus entstehenden Gewichtszunahmen wird in diesem Zusammenhang nachvollziehbar. Eine Ursache, die bei Dialysepatienten Schlafstörungen hervorrufen kann, ist der Juckreiz. Dieser kann sich gerade in der Nacht unter der warmen Decke verschlimmern. Die Ursache dafür ist bisher nicht bekannt, daher stehen die Pflegenden diesem Problem meist hilflos gegenüber. UV- Bestrahlungen und die Einnahme von Antihistaminika können die Beschwerden lindern. Da die Haut der Patienten häufig sehr trocken ist, kann mit rückfettenden Lotionen der Juckreiz etwas gelindert werden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 183f).

Kühlende Umschläge oder Franzbrandwein können Lokalthérapeutisch angebracht werden. Auf die Einstellung der Kalzium-Phosphat-Werte sollte geachtet werden, da der

Hyperparathyreoidismus eine häufige Ursache für Juckreiz sein kann (vgl. Nowack et al. 2003, S. 164).

Es ist auch wichtig, im Rahmen der Pflegeanamnese bei der Aufnahme des Patienten nach dem individuellen Schlafrhythmus zu fragen, um einen tolerierbaren Dialysetermin zu planen. Viele Patienten schlafen während der gesamten Dialyse. Einerseits ist dies eine gute Möglichkeit den Schlafmangel nach zu holen, aber andererseits entsteht dadurch auf diese Weise ein Schlaf-wach-Rhythmus, der die Schlafstörungen verstärken kann. Ein zu hoch eingestelltes Trockengewicht führt schnell zu Atemnot, ein zu niedriges Trockengewicht führt zu Muskelkrämpfen. Beides tritt meist in der Nacht auf, wenn der Patient liegt (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 183ff).

Begleiterkrankungen die unterschiedlich ausgeprägt sind, können ebenso den Schlaf stören. Hierzu zählen Spätkomplikationen, z.B. schmerzhafte Entzündungen der peripheren Nerven, und unwillkürliche Bewegungen der Beine (Restless Legs). Es gibt bei vielen Begleiterkrankungen keine einfachen pflegerischen oder medikamentösen Mittel, trotzdem sollte dem Patienten das Gefühl übermittelt werden, dass danach gesucht wird. Damit kann das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und des Allein-gelassen-Werdens vorgebeugt werden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 183ff).

Das Ausfüllen eines Schlaftagebuchs über 2 Wochen kann den Grund der Schlafstörungen deutlicher machen. Der Patient trägt jeden Tag die Zubettgehzeit, die Aufstehzeit, nächtliche Wachdauer, Gesamtschlafdauer und subjektives Erholt sein am Morgen ein. Das Tagebuch gibt somit erste Hinweise zum Schlafumfeld (vgl. Hörl/Wanner 2004, S. 450).

4.3 Lebensaktivität Sich bewegen

Mit fortschreitender Nierenfunktionsstörung, nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit immer mehr ab. Ursachen sind die im Körper verbleibenden Stoffwechselprodukte sowie die Folgeerkrankungen der Nierenfunktionsstörung (vgl. <http://www.phv-dialyse.de>, 12.02.2012). Viele Patienten leiden durch die Vergiftung des Körpers trotz Dialysebehandlung an einem Gefühl der chronischen Müdigkeit und sind deshalb in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 186f).

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Patienten vor Beginn einer Dialysebehandlung als auch bereits dialysepflichtige Patienten, erheblichen Gewinn durch Sport und Bewegung erzielen. Die Ausdauer und Leistungsfähigkeit steigen, Muskelkraft und Koordination verbessern sich. Störungen im Knochenhaushalt und Herz-Kreislauf-

Erkrankungen können im Zusammenhang mit der Nierenerkrankung positiv beeinflusst werden (vgl. <http://www.phv-dialyse.de>, 12.02.2012).

Die Absprache mit dem behandelnden Arzt ist unbedingt erforderlich. Er kennt den Gesundheitszustand und kann entscheiden, welche Art von Training für den Patienten geeignet ist. Sport und Bewegungstraining kann auch unter Anleitung während der Dialysebehandlung durchgeführt werden. (vgl. <http://www.phv-dialyse.de>, 12.02.2012). Mit Hilfe eines Bettergometers, einer Art Fahrrad, können Dialysepatienten während der Behandlung trainieren. Mit diesem können die Beine im Bedarfsfall auch passiv bewegt werden. Neben dem Ausdauertraining können auch gymnastische Übungen zur Verbesserung der Kraft und der Koordination in das Programm einbezogen werden. Der Sport während der Dialyse ist für die meisten Patienten die einzige umsetzbare Form des kontinuierlichen Trainings (vgl. <http://www.hagen-diers.com>, 26.5.2012).

Eine Therapie die die Körperwahrnehmung fördert, ist die sogenannte Homunculus Therapie, die in den Stunden indem der Patient an der Dialyse ist durchaus anzuwenden wäre. Sie beschreibt den anatomischen Teil im Gehirn, der den motorischen und sensiblen Bereich der Körperwahrnehmung repräsentiert. Die Homunculus Therapie ist eine Einreibung der Hände und der Füße mit einer bestimmten Vorgehensweise, Zeit, Druck und einem Berührungsschema. Dadurch kann der Mensch seine Balance, sein Körperbild, Körperschema und Körpergefühl erhalten oder wiedererlangen (vgl. <http://www.lkh-stolzalpe.at>, 12.05.2012).

Viele Dialysepatienten sind infolge ihres hohen Alters oder auf Grund einer Zweit- oder Dritterkrankung nicht in der Lage, an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen. Sie benötigen Unterstützung und Hilfestellung z.B. beim Wiegen vor und nach der Behandlung, beim Betreten und Verlassen des Dialysezentrums. Für sie bietet sich während der Behandlung die Möglichkeit einer aktiven oder passiven Krankengymnastik. Auf die Gefahr einer Dislokation der Punktionskanüle ist jedoch zu achten (vgl. Breuch et al. 2008, S. 383).

4.4 Lebensaktivität Sich sauber halten und kleiden

Das persönliche Wohlbefinden eines Menschen hängt stark von Äußerlichkeiten ab. Ein krankhaft verändertes Körperbild, vor allem ein wahrnehmbarer Körpergeruch, erschwert die Aufnahme von sozialen Kontakten. Die chronische Urämie und die Ablagerungen der harnpflichtigen Substanzen im Gewebe, haben erheblichen Einfluss auf das Erscheinungsbild von Dialysepatienten. Bei einem Dialysepatienten ist der urämische Körper ein Zeichen für eine zu geringe Dialyseeffektivität. Die Unterstützung bei der

Körper-und Hautpflege stellt einen entscheidenden Punkt dar, um die Befindlichkeit der Patienten zu verbessern. Der urämische Körper-und Mundgeruch ist für den Patienten äußerst unangenehm. Langjährige Dialysepatienten erkennt man an einem gelb-grau vorgealterten Hautkolorit und an einer sehr trockenen und schuppigen Haut. Es empfiehlt sich, die Haut mit rückfettenden Lotionen zu behandeln und beim Duschen oder Baden Ölzusätze zu verwenden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 186ff).

Viele Patienten leben allein. Sie sind häufig nicht mehr in der Lage, die Körperpflege selbstständig durchzuführen. Da das Pflegepersonal gerade für ältere Patienten häufig die einzigen Kontakte sind, ist es von großer Bedeutung, dass die Pflegenden die Entwicklung der Körperhygiene genau beobachten, um eventuell Hilfestellungen organisieren zu können, wie z.B. in Form von ambulanten Pflegediensten (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 186ff).

Für dialysepflichtige Patienten ist es wichtig, den Shunt bzw. die Katheteraustrittsstelle hygienisch einwandfrei zu pflegen. Das Risiko von möglichen Komplikationen kann somit gering gehalten werden. Vor allem Infektionen können bei der Dialyse zu einem Problem werden. Dies gilt für die Hämodialyse sowie für die Peritonealdialyse. Gewisse Verhaltensregeln sollten Dialysepatienten zur eigenen Sicherheit immer befolgen (vgl. <http://www.phv-dialyse.de>, 12.02.2012).

Empfehlungen für den Patienten mit Dialyseshunt

- nach einer Shuntoperation den Arm schonen und hochlagern
- keine einengende Kleidung, Gegenstände wie Uhren am Shuntarm tragen
- keine Injektionen und Blutabnahmen am Shuntarm durchführen lassen
- Blutdruckmessung dürfen nicht am Shuntarm durchgeführt werden
- einen Tag vor der Dialyse den Shuntarm schonend mit Wasser und Seife reinigen (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 62)

Empfehlungen für den Patienten mit Peritonealdialysekatheter

- der Beutelwechsel sollte immer an einem sauberen Ort stattfinden. Türen und Fenster müssen geschlossen bleiben, um Zugluft zu vermeiden. Das Anlegen eines Mundschutzes ist zu empfehlen
- Hände gründlich waschen und desinfizieren. Schmuck an den Händen und Unterarmen sollte dabei nicht getragen werden
- die Anschlüsse am Beutel, dürfen während des Beutelwechsels nicht berührt werden
- beim Verbandswechsel dürfen keine Verunreinigungen an die Katheteraustrittsstelle gelangen
- die Katheteraustrittsstelle auf Entzündungszeichen wie Druckempfindlichkeit, Rötung und Schwellung überprüfen
- nach dem Duschen oder an jedem zweiten Tag, sollte der Verband gewechselt werden
- nach dem Duschen sollte die Haut gründlich getrocknet werden, damit sie nicht aufweichen kann. An der Katheteraustrittsstelle sollte die Haut mit sterilen Kompressen trocken getupft werden
- alkoholische Reinigungsmittel sollten nicht verwendet werden. Es kann zur Schädigung des Kathetermaterials kommen
- Bäder sollten vermieden werden, da sich die Haut aufweicht und das Badewasser kann zu einer Infektion führen. Schwimmen ist möglich, wenn der Katheter komplett mit einem wasserdichten Pflaster abgeklebt wird (vgl. <http://www-phv-dialyse.de>, 12.02.2012)

4.5 Lebensaktivität Essen und trinken

Der niereninsuffiziente Patient ist gezwungen wegen seiner unzureichenden bis fehlenden Ausscheidung, seine Ernährungsgewohnheiten umzustellen und seine Trinkmenge der Restausscheidung anzupassen. Dies ist der schwerwiegendste Einschnitt in die Lebensqualität des Patienten. Ein gemütliches Zusammensein unter Freunden beinhaltet in der Regel ein gemeinsames Essen und Trinken. Der Patient muss sich an die Einschränkungen halten und fühlt sich deshalb oft von der Gesellschaft ausgeschlossen. Es kommt zusätzlich durch die zunehmende Urämie zu einem ausgeprägten Appetitmangel und schließlich zu Gewichtsverlust (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 188f).

Während der Dialyse gehen Aminosäuren und wasserlösliche Vitamine verloren, die durch eine adäquate Ernährung ersetzt werden müssen. Die wesentliche Aufgabe in der Ernährung besteht einerseits darin Kalium, Phosphat und Flüssigkeit anzupassen, und andererseits ausreichend Kalorien und Eiweiß zuzuführen (vgl. Nowack et al. 2003, S. 288).

Für den Patienten ist es oft von großer Bedeutung, einen Termin mit dem Diätologen zu vereinbaren, um wichtige Informationen über die Lebensmittel und ihre Inhaltsstoffe zu erfahren. Im nachfolgenden Inhalt, wird auf einzelne wichtige Inhaltsstoffe eingegangen (Anmerkung des Verfassers).

Energie

Der Energiebedarf ist abhängig von Alter, Geschlecht und körperlicher Betätigung und liegt zwischen 20 und 40 kcal pro kg Körpergewicht. Bei Nierenkranken ist auf eine ausreichende Energiezufuhr zu achten. Der Energiebedarf liegt bei etwa 35 kcal pro kg Normalgewicht. Wird dem Körper nicht genügend Energie zu geführt, baut der Körper Eiweißreserven ab. Es steigen harnpflichtige Substanzen wie Harnstoff an und die unzureichende Energiezufuhr führt zur Malnutrition (Fehl- oder Mangelernährung). Sie ist meist gekennzeichnet durch einen Gewichtsverlust. Weiteres geht eine Malnutrition mit einer höheren Infektanfälligkeit einher (vgl. Leopold 2004, S.17). Die Ausgewogenheit zwischen ausreichender Zufuhr von Kalorien und hochwertigen Protein mit der Nahrung einerseits und Natrium-, kalium- und fettarmer Ernährung andererseits, ist oftmals schwierig. Bei einer Mangelernährung sind die Laborparameter Cholesterin, Transferrin und Albumin deutlich erniedrigt (vgl. Breuch 2003, S. 51).

Eiweiß (Proteine)

Eiweiße sind wichtige Grundbausteine aller Körperzellen, vor allem der Muskulatur, des Blutes und verschiedener Überträgerstoffe. Eiweißkörper sind aufgebaut aus zwanzig verschiedenen Aminosäuren. Acht müssen mit der Nahrung zugeführt werden. Die übrigen zwölf kann der Körper selbst aufbauen. Proteine sind in pflanzlichen und tierischen Nährstoffen enthalten. Der Patient sollte hier auf hochwertiges Eiweiß wie Fisch, Fleisch, Eier und Milchprodukte zurückgreifen. Günstig sind auch hochwertige Eiweißkombinationen, aus tierischen und pflanzlichen Eiweißen, z.B. Hülsenfrüchte und Milch, Kartoffel und Ei, Vollkornbrot und Milchprodukte, Fleisch/Fisch mit Getreide. Viele

Dialysepatienten nehmen mit ihrer Nahrung zu wenig Eiweiß zu sich. Ursächlich sind dafür meist die Abnahme des Appetits, Infektionen und fehlende Geschmacksempfindung (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 120).

Eine zu geringe Eiweißzufuhr führt zu einem Abbau von Muskelgewebe, sodass eine normale körperliche Belastung fast unmöglich ist. Auch Hormone bestehen aus Eiweiß, z.B. Insulin, Albumin und Transferrin. Zu erwarten bei Eiweißmangel sind Ödemeinlagerungen und eine Zunahme der renalen Anämie. Wundheilung von neuen Geweben wird verzögert, wenn der Albumingehalt 20-30% unterhalb der Norm liegt (vgl. Breuch 2003, S. 336f).

Kalium

Die Kaliumausscheidung erfolgt zum größten Teil über die Niere. Je nach Restfunktion der Nieren, kann der Kaliumwert im Blutserum ansteigen. Um die täglich anfallenden Kaliummengen auszuscheiden, benötigt die Niere etwa 1 Liter Urin. Durch die geringe Ausscheidung von Kalium, kommt es zu einer Hyperkaliämie, also zu einem erhöhten Kaliumspiegel im Blut. Besonders kaliumreich sind Säfte, Gemüse, Nüsse, Obst, Salat, Kartoffeln und Vollkornprodukte. Kaliumarm sind Lebensmittel wie Fette, Zucker, Weißmehl, Teigwaren und polierter Reis (vgl. Nowack et al. 2003, S. 290).

Empfehlungen zur Speiseplangestaltung

- Kräuter haben einen sehr hohen Kaliumgehalt. Wenn sie in kleinen Mengen eingesetzt werden haben sie keinen nennenswerten Einfluss auf die Erhöhung des Kaliumspiegels im Blut.
- Zum Verfeinern von Gerichten sind zwei Esslöffel frische Pilze erlaubt. Gebackene Champignons haben einen hohen Gehalt an Kalium. Pilze aus der Dose haben einen geringeren Anteil an Kalium.
- Am Wochenende sollten Reis, Nudeln oder Spätzle als Beilage verwendet werden, anstatt Kartoffeln.
- Kochen in viel Wasser entfernt größere Kaliummengen aus Gemüse, Obst und Kartoffeln. Beim Garen oder kochen mit wenig Wasser geht kaum Kalium verloren (vgl. Leopold 2004, S. 45).

Phosphor

Phosphor befindet sich im Körper hauptsächlich in den Knochen und Zähnen. Dialysepatienten müssen sich phosphorarm ernähren. Die Phosphatzufuhr soll im Bereich von 0,8 – 1,2g Phosphor liegen. Phosphor kommt in fast allen Lebensmitteln vor. Anders als beim Kalium, wird Phosphor beim Kochen nicht aus den Lebensmitteln herausgelöst und kann durch die Dialyse nur teilweise aus dem Blut entfernt werden. Besonders phosphorreiche Lebensmittel sind: Eidotter, Fisch und Fischwaren, Schokolade, Nüsse, Kakao, Marzipan, Nougat, Hülsenfrüchte, Käse, Milch und Milchprodukte (vgl. Leopold 2004, S. 50ff).

Dialysepatienten müssen sogenannte Phosphatbinder einnehmen. Phosphatbinder sind Medikamente, die den weiteren Anstieg des Phosphatspiegels im Blut verhindern. Sie müssen mit dem ersten Bissen jeder phosphorreichen Nahrung eingenommen werden (vgl. Leopold 2004, S. 50ff).

Viele ältere Patienten sind nicht mehr in der Lage, sich selbstständig ausreichend zu ernähren. Das Dialysezentrum bietet oft die einzige Möglichkeit, wo der Patient eine warme Mahlzeit zu sich nehmen kann. Den Patienten über den Wirkmechanismus, die Bedeutung und den Einnahmemodus von phosphatbindenden Medikamenten informieren. Oftmals werden diese Medikamente gar nicht oder zur falschen Zeit eingenommen (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 189f). Warum könnte man nicht z.B. im Aufenthaltsraum auf der Dialysestation, zu den Mahlzeiten eine Schüssel mit Phosphatbindern auf den Tisch stellen? Somit würden die Patienten immer daran erinnert werden, die Phosphatbinder einzunehmen (Anmerkung des Verfassers).

Kochsalz und Natrium

Natrium ist hauptverantwortlich für die Regulation des Wasserhaushaltes im Körper. Die Salzmenge pro Tag beträgt vier bis sieben Gramm Kochsalz. Besonders salzhaltige Speisen sind: gesalzene Fische, Salzgebäck, Fertigsuppen, geräucherte Teigwaren (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 126).

„Die Zufuhr von Kochsalz ist eng mit Auswirkungen auf den Wasserhaushalt korreliert. Der Natriumhaushalt wird über die Nieren geregelt. Salz bindet Wasser im Körper, beeinflusst die Gefäßweite, wirkt sich auf die Blutdruckregulation aus und steigert den Durst“ (Nowack et al. 2003, S. 292).

Bluthochdruck und Ödem erfordern meist eine Kochsalzreduktion. Kochsalzersatzmittel (Diätsalz) dürfen bei einer kaliumarmen Diät nicht verwendet werden, da diese Salze aus reinem Kalium hergestellt werden (vgl. Nowack et al. 2003, S. 292f).

Flüssigkeitszufuhr

Die Restharmmenge ist von Patienten zu Patienten völlig verschieden. Mit zunehmender Dialysedauer nimmt die Restharmmenge in der Regel weiter ab, bis oftmals keine Harnausscheidung mehr erfolgt. Die mit der Nahrung aufgenommene Flüssigkeitsmenge muss mittels Dialyse entfernt werden, da über Stuhl, Schweiß und Atmung nur geringe Mengen ausgeschieden werden können (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 124).

Faustregel für die tägliche Flüssigkeitsmenge: Harnmenge in 24 Stunden plus 500ml bis maximal ein Liter Flüssigkeit am Tag. Das tägliche Wiegen ist unverzichtbar (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 124).

Kaliumarme Durstlöscher sind Leitungswasser, Mineralwasser, Kräuter- und Früchtetees oder auch Zitronenwasser. Der Kalium bzw. Phosphorgehalt muss bei Fruchtsäften, Kakao, Cola, Milch, Buttermilch, Bier und Wein berücksichtigt werden. Gegen den gelegentlichen Genuss von Alkohol ist unter Berücksichtigung der Flüssigkeitsbilanz nichts einzuwenden (vgl. Nowack et al. 2003, S. 294).

Empfehlungen im Umgang mit Durst

- Eiskügelchen oder Zitronenscheiben lutschen
- Zuckergehalt freies Kaugummi kauen
- Vermeiden von salzigen und süßen Nahrungsmitteln
- Medikamente sollten mit dem Essen eingenommen werden
- Warme oder heiße Getränke trinken
- Essen statt Trinken (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 67)
- Kleine und schmale Trinkgläser benutzen
- Nicht unkontrolliert aus Flaschen trinken
- Tagesmenge in Flaschen richten und verteilt über den Tag trinken (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 158)

- Langsam trinken
- Mit einem Pflegestift Lippen feucht halten
- Mundsprays aus der Apotheke verwenden (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 158)

Ernährungs- und Flüssigkeitsberatung ist ein wichtiger und langwieriger Prozess, in dem die Umstellung der Ernährung in kleinen Schritten begleitet werden muss. Es ist wichtig, den Patienten zu ermutigen, ihn die Notwendigkeit der Maßnahmen zu erläutern und bereits kleinste Erfolge positiv zu verstärken. Die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, die Ernährungsgewohnheiten eines Patienten zu erfassen um eine an den Bedingungen angepasste Ernährung zu finden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 189ff).

4.6 Lebensaktivität Ausscheidung

Die Ausscheidung von Stoffwechselprodukten erfolgt beim Menschen über den Magen-Darm-Trakt, die Nieren und die ableitenden Harnwege, außerdem über die Atemwege und Lunge. Aufgrund der Niereninsuffizienz kommt es beim Dialysepatienten zu einer mangelhaften bis fehlenden Ausscheidung von Flüssigkeit und harnpflichtigen Substanzen über die Niere. Nach dem Wasserentzug durch die Dialysebehandlung, fühlt der Patient sich müde und ausgelaugt. Große Gewichtszunahmen im dialysefreien Intervall erschweren die Dialysebehandlung und die Patienten haben häufig Blutdruckabfälle, Krämpfe und Übelkeit (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 160).

Eine noch vorhandene Restausscheidung ermöglicht dem Patienten eine größere Trinkmenge. Um diese Restharnausscheidung lange zu erhalten, ist eine sensible Einstellung des Trockengewichts von großer Bedeutung. Bedingt durch die verminderte Urinausscheidung haben vor allem weibliche Patienten durch aufsteigende Keime ein höheres Risiko, Harnwegsinfektionen zu entwickeln. Eine regelmäßige Intimtoilette mit milden Pflegezusätzen ist deshalb besonders wichtig. Nach Verlust der Nierenfunktion kommt es infolge von Durchblutungsstörungen des Darms, Bewegungsmangel, einer gestörten Flüssigkeitsbilanz zu Beeinträchtigung im Magen-Darm-Trakt in Form von Obstipation (vgl. Katschnig/Katschnig 2008, S. 160).

Empfehlungen zur Unterstützung der Darmflora

- langsam kauen und essen
- hochwertige Pflanzenöle verwenden
- gesäuerte Milchprodukte wie Buttermilch, Sauermilch am Vormittag essen
- am Morgen ein kleines Glas abgekochtes lauwarmes Wasser trinken
- regelmäßige Bewegung (Katschnig/Katschnig 2008, S. 160)

4.7 Lebensaktivität Körpertemperatur regulieren

Die physiologische Körpertemperatur des Menschen befindet sich zwischen 36°C und 37°C. Das Wohlbefinden ist bei jedem Menschen sehr individuell ausgeprägt. Viele Dialysepatienten sind nicht mehr in der Lage, auf veränderte Umweltbedingungen mit einem Anstieg oder Abfall zu reagieren. Durch die Urämie ist die Temperaturregulation im Zentralnervensystem gestört. Die durchschnittliche Körpertemperatur bei Dialysepatienten befindet sich im unteren Normbereich oder darunter. Durch die Dialysebehandlung selbst, kommt es zu einer aktiven Beeinflussung der Körpertemperatur. Trotz Erythropoetintherapie verstärkt die noch immer vorhandene Anämie zusätzlich die Kälteempfindlichkeit von Dialysepatienten (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 191f).

Patienten die schon länger an der Dialyse sind, erwarten oft von den Pflegenden, gerade in den kalten Jahreszeiten, die Dialysattemperatur auf 37,0°C oder 37,5°C zu erhöhen. Es muss beachtet werden, dass die Erhöhung der Kerntemperatur oftmals Blutdruckabfälle aufgrund der Absenkung des peripheren Gefäßwiderstands zur Folge hat. Es ist wichtig, den Patienten darüber zu informieren (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 191f).

Dialysepatienten sind besonders infektionsgefährdet. Der zu erwartende Temperaturanstieg findet bei vielen Dialysepatienten nicht statt. Es ist somit auch bei normaler Körpertemperatur nicht auszuschließen, dass der Patient eine Infektion durchmacht. Den Patienten sorgfältig auf andere Anzeichen einer Infektion wie eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes, ein Blutdruckabfall oder lokale Entzündungszeichen beobachten (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 191f).

An der Hand des Shuntarms kann es zu einer peripheren Ischämie (Mangeldurchblutung) kommen. Diabetiker und ältere Patienten mit allgemeiner Gefäßsklerose sind am häufigsten betroffen. Diese Durchblutungsstörung, zieht häufig Kälte- und

Schmerzempfindung in der Hand des Shuntarms nach sich. Während der Dialyse verstärkt sich die Symptomatik, da die Blutpumpe zusätzlich arterielles Blut aus dem Hohlhandbogen saugt und dadurch die Symptome verstärkt. Einigen Patienten hilft in solchen Fällen das Anziehen von warmen Handschuhen während der Dialyse oder auch zu Hause (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 191f).

4.8 Lebensaktivität Atmung, Herz und Kreislauf

Die ungehinderte Funktion von Herz-Kreislauf-System und Lunge ist abhängig von einer intakten Nierenfunktion und somit bei einer Erkrankung der Niere auch direkt beeinträchtigt. Typische Komplikationen der Niereninsuffizienz, wie Lungenödem und renale Anämie, führen immer wieder zu Atemnotzuständen. Blutdruckabfälle, Herzrhythmusstörungen und eine akute Verschlechterung einer oft bereits vorgeschädigten Herzfunktion, sind für einen großen Teil der lebensbedrohlichen Zwischenfälle verantwortlich (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 193f).

Hohe Gewichtszunahmen belasten das Herz-Kreislauf-System und führen zu Atemnot. Im Extremfall kann es zum Lungenödem kommen, das lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Die Atemnot tritt häufig erst nachts verstärkt auf. Es besteht zumeist eine hohe Hemmschwelle des Patienten Notdienste zu alarmieren. Wichtig ist, den Patienten über zuständige Notdientesteinrichtungen zu informieren, im Falle einer Komplikation während der dialysefreien Tage (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 193f).

Die Sauerstoffaufnahme ist durch die renale Anämie beeinträchtigt, auch bei intakter Lungenfunktion. Dialysepatienten sind häufiger von Atemwegsinfekten betroffen. Über die Lunge versucht der Körper die saure Stoffwechsellage durch Erhöhung der Atemfrequenz zu kompensieren. Durch die Anpassung von Bicarbonat in der Dialysierflüssigkeit, wird die Übersäuerung wieder ausgeglichen (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 193f).

Der Herzrhythmus wird durch Schwankungen der Blutelektrolyte, insbesondere durch Kaliumschwankungen beeinträchtigt. Ein „zu gut“ funktionierender Shunt fordert das Herz zu Höchstleistungen heraus. Zu hohe Durchflussvolumina am Shunt erhöhen die Blutmenge, die das Herz pro Zeit zu pumpen hat. Dies führt zur Herzmuskelhypertrophie, auf Dauer zur Überlastung und Erschlaffung des Herzmuskels und schließlich zur Herzinsuffizienz (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 193f).

„Essentiell ist bereits in frühen Stadien der Niereninsuffizienz eine völlige Nikotinkarenz, da sich die Hinweise verdichten, dass Nikotin nicht nur ein wichtiger kardiovaskulärer Risikofaktor ist, sondern ebenfalls einen eigenständigen Progressionsfaktor der chronischen Niereninsuffizienz darstellt“ (Nowack et al. 2003, S. 254).

4.9 Lebensaktivität Sich beschäftigen

Körperliche und intellektuelle Beschäftigung sind ein Grundbedürfnis des Menschen. In der heutigen Gesellschaft definiert sich ein Mensch fast ausschließlich über seine Freizeitaktivitäten und über seine Arbeit. Der Mensch kann jedoch nur dann einer Beschäftigung nachgehen, wenn Organe Hand in Hand zusammenarbeiten. Durch die Urämie sind fast alle Organe in ihrer Funktion beeinträchtigt und führt zu Einbußen der Leistungsfähigkeit sowohl auf geistiger als auch auf der körperlichen Ebene. Die Einschränkungen haben für den Dialysepatienten schwerwiegende Konsequenzen (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 195f).

Viele Menschen definieren ihren sozialen Status über ihre berufliche Tätigkeit. Der Verlust der Arbeitsfähigkeit erschüttert den Patienten erheblich. Der Verlust führt vor allem bei männlichen Patienten zu Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu Depressionen. Die meisten Frauen nehmen ihre Rolle als Hausfrau trotz Erkrankung weiter wahr. Alle Möglichkeiten um ein Arbeitsverhältnis aufrecht zu halten, sollten ausgeschöpft werden. Die Dialysezeiten sollten entsprechend vor allem bei berufstätigen Patienten angepasst werden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 195f).

Die Teilnahme an sportlicher Beschäftigung in der Freizeit, ist aus vielen Gründen für den Dialysepatienten erschwert. Nach der Behandlung sind viele Patienten müde und erschöpft und sind somit nicht mehr in der Lage, an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen. Die Teilnahme an Freizeitangeboten sind meist mit Kosten verbunden, die der Patient sich unter Umständen nicht mehr leisten kann. Die Erkrankung engt auch die Möglichkeit einer Reise ein, da am gewünschten Urlaubsort immer eine Dialyseeinrichtung vorhanden sein muss (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 195f).

Grundsätzlich für den Häm- wie auch für den Peritonealdialysepatient, gibt es die Möglichkeit, Ferien im In- und Ausland zu verbringen. Ein guter Allgemeinzustand und problemlose Dialysen, sind eine Voraussetzung um zu verreisen. Eine frühzeitige Anmeldung beim Dialysezentrum ist unbedingt erforderlich, denn die freien Dialyseplätze sind sehr knapp geplant. Ist der Platz zugesagt, erfolgt eine schriftliche Anmeldung mit den aktuellen Befunden und einem Dialyseprotokoll durch den Stationsarzt. In den

meisten Fällen übernimmt die Sozialversicherung die Kosten für die Reise oder gewährt zumindest einen Zuschuss. Informationen über Dialysestationen mit Feriodialysemöglichkeiten liegen meist auf der Station auf, aber auch Reisebüros haben Kataloge speziell für Dialysereisen (Anmerkung des Erfassers).

Eine häufige Beschäftigung während der Dialyse ist das Fernsehen. Brett- und Kartenspiele sind eine Unterhaltungsreiche Möglichkeit, um die Dialysezeit angenehmer zu gestalten. Aber auch Gesprächstherapien durch das Pflegepersonal ist für den Patienten eine gute Möglichkeit, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Der Einsatz von Klinik Clowns, bringt durchaus Abwechslung in den Dialysealltag des Patienten. Die Clowns schenken den schwerkranken Patienten einen Hauch von Lebensfreude um für kurze Zeit ihr Leid und ihre Schmerzen zu vergessen (Anmerkung des Erfassers).

4.10 Lebensaktivität Kommunikation

Menschen kommunizieren über viele Faktoren wie Gestik, Gesichtsausdruck und Körperhaltung. Es ist nicht möglich in einer Zwischenmenschlichen Beziehung nicht zu kommunizieren. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, d.h., nicht nur was ich dem anderen mitteile, sondern auch wie ich es ihm mitteile gestaltet die Situation. Eine wichtige Rolle spielt die Persönlichkeitsstruktur. Es gibt introvertierte und extrovertierte, sprachgewandte und weniger sprachgewandte, selbstbewusste und gehemmte Menschen. Die chronische Niereninsuffizienz ist eine Herausforderung an die Kommunikations- und Beziehungsmuster aller Pflegenden eines Erkrankten. Neben dem enormen Informationsbedarf zur Erkrankung selbst, können Behinderungen wie Seh- und Hörstörungen zusätzlich zu einer Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit führen. Die vorhandene Vergiftungssituation des Körpers, lässt die Patienten schnell ermüden und reduziert die Konzentrationsfähigkeit (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 196ff).

Viele Patienten haben schon eine lange Krankheitskarriere durchlaufen. Sie verstehen gerade am Anfang die Zusammenhänge und Auswirkungen ihrer Erkrankung nicht ausreichend, da ihnen die Informationen fehlen. Die medizinische Fachsprache schüchtert viele Patienten ein. Sie trauen sich nicht Fragen zu stellen und wollen nicht undankbar oder schwer von Begriff erscheinen. Durch Phantasien und Vermutungen werden Informationslücken ersetzt. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Pflegenden ist von großer Bedeutung (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 196ff).

Die Aufgabe der Pflegenden ist es, Informationen zum einen dem Aufnahmevermögen, der Mitdenkfähigkeit und dem Vorwissen des Patienten anzupassen und zu ermitteln was der Patient wirklich von den erhaltenen Informationen aufgenommen hat. Es ist wichtig, dass der Patient sich nicht in die Rolle eines unvernünftigen Kindes gedrängt fühlt, dass keinerlei Verantwortung übernehmen kann und überwacht werden muss (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 196ff).

Die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patient sollte in einer vertrauensvollen Atmosphäre stattfinden. Für viele vereinsamte Patienten bieten die Menschen im Dialysezentrum die einzige Möglichkeit, ihrem Bedürfnis nach Kommunikation nachzukommen. Es ist die Aufgabe der Pflegenden, die Kommunikation mit den Patienten durch Ansprache, aktives Zuhören und durch Gespräche aktiv zu gestalten. Das Reduzieren von Geräuschkulissen und das kommunikationsfreundliche Platzieren der Dialysegeräte, können leicht verbesserte Voraussetzungen für Gespräche geschaffen werden. Es ist wichtig, die Angehörigen der Patienten in die Kommunikation mit einzubeziehen. Durch die Informationen von Angehörigen, wird es ermöglicht, die Probleme eines Patienten besser zu verstehen (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 196ff).

4.11 Lebensaktivität Sexualität/ Sich als Frau oder Mann fühlen

Die Sexualität ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Persönlichkeit. Bei Niereninsuffizienten Patienten ist die Sexualität stark beeinträchtigt. Sexuelle Funktionsstörungen können schon mit Beginn der Erkrankung auftreten und verstärken sich mit zunehmender Urämie. Es kommt zu Lipido-, Erektions-, Potenz- und Orgasmusstörungen. Als Ursache werden in erster Linie biologische Faktoren verantwortlich gemacht aber auch psychische Faktoren (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 199f).

Die sexuelle Beziehung in einer Partnerschaft bleibt nicht unberührt und verschlechtert sich in der Regel. Das sexuelle Verlangen lässt spürbar nach. Durch die Störungen des Körperbildes, wird das eigene Selbstwertgefühl angegriffen. Es treten Ängste auf, inwieweit der Partner den Erkrankten akzeptiert. Die Suche nach einem neuen Partner ist für einen chronisch Kranken erschwert (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 199f).

Über die eigene Sexualität wird in der Gesellschaft nicht gesprochen, dies vergrößert die Probleme für Dialysepatienten. In ärztlichen Beratungsgesprächen taucht das Thema Sexualität in der Regel nicht auf. Um sexuelle Funktionsstörungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient oder Pflegenden und Patient zu thematisieren, ist die Schaffung einer

offenen und vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre erforderlich. Nur dann sind gezielte Aufklärungen sowie medizinische Unterstützung möglich. Gespräche wie diese, sollten nicht im Behandlungszimmer während der Dialyse stattfinden (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 199f).

Schwangerschaften während der Dialysebehandlung sind möglich, jedoch sollte der Schritt gut überlegt sein. Die Gesundheit von Mutter und Kind sind gefährdet. Während der Dialysebehandlung haben Frauen keine normale Regelblutung. Verantwortlich dafür ist zum einen der hohe Kreatininwert, zum anderen der gestörte Hormonhaushalt. Ein frühzeitiges Erkennen der Schwangerschaft ist aufgrund des gestörten Zyklus ein besonderes Problem. Schwangerschaften unter Dialysebehandlung werden als Risikoschwangerschaft eingeschätzt. Eine sorgfältige Überwachung der Schwangerschaft in Zusammenarbeit mit dem Nephrologen und Gynäkologen ist unumgänglich. Während der Schwangerschaft kommt es häufig zu Komplikationen während der Dialyse. Die Dialysezeit muss verlängert werden, da es häufig zu Volumenproblemen kommt. Viele Frauen leiden unter Hypertonie und Anämie. Bei vielen Patientinnen kommt es zu Fehlgeburten. Dennoch kommt es vor, dass Dialysepatientinnen auch gesunde Kinder zur Welt bringen. Häufig kommen diese jedoch zu früh und wiegen weniger als Kinder von gesunden Müttern (vgl. <http://www.endlich-erwachsen.de>, 16.02.2012).

Erforderlich bei dieser Schwangerschaft, ist die enge Zusammenarbeit vom Dialyseteam und Geburtshelfern. Erhebung der Kontrollbefunde während der Schwangerschaft und die engmaschigen Ultraschalluntersuchungen sind unumgänglich. Im Hinblick auf das Risiko der Frühgeburt, sollte die frühzeitige Gabe der Lungenreife mit Cortison erfolgen (vgl. Hör/Wanner 2004, S. 468f).

4.12 Lebensaktivität Sinn finden und Sterben

Eine der kritischsten Phasen im Leben eines Patienten ist der Beginn der Dialysebehandlung. Er markiert den Zeitpunkt des Organversagens und den Beginn der Nierenersatztherapie, ohne die ein Leben nicht mehr möglich ist. Die Anpassung an die veränderte Lebenssituation ist von zwei Grundkonflikten bestimmt: Die lebenslange Abhängigkeit von einer Maschine, sofern eine Nierentransplantation nicht möglich ist, und die ständige Todesbedrohung (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 200f).

Die lebensnotwendige Dialysebehandlung bestimmt zum großen Teil den Alltag und lässt sich nicht vergessen. Es ist störend und bringt immer neue Ängste mit sich. Der zweite

Grundkonflikt, ist die ständige Todesbedrohung durch auftretende Komplikationen und Störungen während der Dialysebehandlung (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 200f).

Zusätzlich kommt auch der Tod von Mitpatienten hinzu, mit denen die Patienten viele Stunden im Dialysezentrum verbracht haben. Der Dialysebeginn hat jedoch auch positive Momente. Durch den Beginn der Behandlung verbessert sich die urämische Symptomatik, der Patient fühlt sich zunächst körperlich und geistig leistungsfähiger und die Unsicherheiten haben zunächst ein Ende (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 200f).

Mit Fortschreiten der Erkrankung kann sich der Zustand jedoch wieder verschlechtern und die Leistungsfähigkeit nimmt wieder ab. Komplikationen wie Juckreiz, Shuntverschluss, Muskelkrämpfe, Blutdruck- und Knochenprobleme, erschweren die psychische und soziale Rehabilitation. Krankheit als lebensbedrohlicher Zustand führt zwangsläufig zu einer Auseinandersetzung mit Leben und Tod (vgl. Breuch/Servos 2007, S.200f).

Mit dem Dialysebeginn kommt der Zeitpunkt, an dem der Patient über den Tod und den Sinn des Lebens nachdenkt. Beides sind weitestgehend tabuisierte Themen, mit denen sich der Mensch nur im engsten Kreis auseinandersetzt. Auch in den Dialyseeinrichtungen werden diese Probleme äußerst selten besprochen, obwohl der Umgang mit dem Tod ein fester Bestandteil des beruflichen Erlebens ist (vgl. Breuch/Servos 2007, S. 200f).

5. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

Die erste Begegnung mit der Dialyse, ist für den Patienten von hoher Bedeutung. Ängste, Hoffnungen und Befürchtungen werden seine Stimmungslage beeinflussen. Zu Beginn der Diagnosestellung, weiß der Patient oft nicht, wie er den weiteren Krankheitsverlauf bewältigen wird. Der Patient benötigt oft einen längeren Zeitraum, um die Veränderung in seinem Leben zu akzeptieren. Wichtig ist auch, das Ausmaß der Unterstützung einschätzen zu können, um den Patienten weder über noch unterfordern. Die Individualität und Selbstständigkeit, sollten soweit als möglich aufrechterhalten bleiben.

Ein Resultat meiner Arbeit ist, dass durch kompetente Fachkräfte, die Ängste des Patienten bereits im Vorfeld reduziert oder verringert werden können. Angst als ständiger Begleiter gehört zum Leben wie Essen und Trinken. Eine Angst auslösende Situation kann z.B sein: Shuntpunktion. Die Praxis zeigt, dass es sehr sinnvoll ist, zu Beginn der Dialyse vor allem bei sehr ängstlichen Patienten, zwei Bezugspersonen zu benennen, die hauptsächlich für die Punktion und für Ratschläge zu Verfügung stehen.

Auch die Miteinbeziehung der Angehörigen, spielt eine große Rolle. Für den Patienten verändert sich die Lebensplanung von einem Tag auf den anderen. Sie beginnt bei Alltagseinschränkungen, bis hin zur verringerten Mobilität oder Schlafstörungen.

Der Zustand des Patienten, kann sich jederzeit verschlechtern. Die vertrauten Rituale sollten solange wie nur möglich beibehalten bleiben. Vertraute Rituale verstärken das Gefühl der eigenen Identität.

An oberster Stelle, steht die Kommunikation zwischen Patient und Pflegefachkraft. Wie die Praxis zeigt, ist das Fernsehen eine häufige Beschäftigung während der Dialyse. Jährlich verbringt der Patient etwa 600 bis 1000 Stunden an der Dialyse. Diese Zeit sollte für den Patienten effektiver genutzt werden. Gespräche, Kartenspiele aber auch die Kommunikation unter den Patienten, würden die Dialysezeit angenehmer gestalten. Um die Kommunikation unter den Mitpatienten zu fördern, kann man diejenigen Patienten die sich gut verstehen und gerne kommunizieren, nebeneinander positionieren.

Der niereninsuffiziente Patient ist gezwungen, seine Ernährungsgewohnheiten und seine Trinkmenge umzustellen. Das ist der schwerwiegendste Einschnitt in die Lebensqualität eines Dialysepatienten. Ernährungs- und Flüssigkeitsberatung, ist ein wichtiger und langwieriger Prozess. Die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, die Ernährungsgewohnheiten eines Patienten zu erfassen, um eine an den Bedingungen angepasste Ernährung zu finden. Dem Patienten nichts verbieten, sondern im klar zu

machen, dass er alles essen darf, jedoch in Maßen. Die Praxis zeigt, dass ein Gespräch zwischen Patient und Diätologen bezüglich der Ernährung, sehr wichtig ist, um die Ernährung individuell auf den Patienten abzustimmen. Weiteres wird der Patient darüber informiert, dass er bestimmte Lebensmittel reduzieren oder meiden sollte. Durch die individuelle Pflege und Behandlung jedes einzelnen, kann auf seine speziellen Bedürfnisse, Ressourcen und Wünsche eingegangen werden.

Für mich bedeutet Pflege, etwas Gutes zu tun. Den Patienten zu unterstützen, ihn beizustehen in schweren Momenten und ihm das Gefühl zu vermitteln, dass er etwas Besonderes ist.

In den einzelnen Kapiteln wurden die Veränderungen des Patienten durch die Dialyse und die Maßnahmen der Pflegekraft um den Patienten zu unterstützen, angeführt. Meine Forschungsfragen wurden sehr detailliert beantwortet und zeigen, dass der Alltag des Patienten massiv verändert ist und dass es ausreichende Maßnahmen gibt, um den Patienten zu unterstützen und zu helfen.

Durch diese Arbeit wurde aufgezeigt, dass die Betreuung des Patienten eine große Herausforderung darstellt und dass viele Aspekte beachtet werden müssen, um den Patienten eine ganzheitliche Pflege gewährleisten zu können.

Diese Arbeit erbrachte mir die Erkenntnis, dass es wichtig ist, die Probleme des Patienten zu kennen, damit man die Situation, in der sich der Patient befindet, besser verstehen zu können. Wenn man Sorgen und Ängste des Patienten kennt, kann man diese richtig einschätzen und ihm somit eine optimale Pflege gewährleisten.

Durch eine starke Willenskraft des Patienten, Unterstützung seiner Familie und des Pflegepersonals, kann es dem Patienten gelingen, ein wertvolles und erfülltes Leben mit hoher Lebensqualität zu führen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

BACH, D., (2003): Was will ich wissen über Erstdialyse, Janssen-Cilag GmbH, Neuss.

BREUCH, G., SERVOS, W., (2007): Dialyse für Einsteiger, 1. Auflage, Urban&Fischer Verlag, München.

BREUCH, G., KLEY, S., SASSE, R., (2003): Fachpflege Nephrologie und Dialyse, 3. Auflage, Urban&Fischer Verlag, München.

FÜRSTLER, G., HAUSMANN, C., (2000): Psychologie und Sozialwissenschaft für Pflegeberufe 2, 2. Auflage, Facultas Universitätsverlag, Wien.

HÖRL, W., WANNER, C., (2004): Dialyseverfahren in Klinik und Praxis, 6. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

KATSCHNIG, H., KATSCHNIG, B., (2008): Den Jahren Leben geben, 1. Auflage, Verlagshaus der Ärzte, Wien.

LEOPOLD, M., (2004): Essen und Trinken für Nierenkranke, 1. Auflage, Verband der Dipl. DiätassistentInnen&ernährungsmedizinischen BeraterInnen, Wien.

NOWACK, R., BIRCK, R., WEINREICH, T., (2003): Dialyse und Nephrologie für Pflegeberufe, 2. Auflage, Springer Verlag, Wien.

SOKOL, CH., HOPPENWORTH, U., (2006): Arbeiten mit Dialysepatienten, 1. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

INTERNETQUELLEN

<http://www.flexikon.doccheck.com/Dialyse>, 22.01.2012, 20:36 Uhr

http://www.krankenpflegedienst-janssen.de/html/body_nancy_roper.html, 07.02.2012, 10:47 Uhr

<http://www.phv-dialyse.de/alltag/sport/>, 12.02.2012, 17:03 Uhr

<http://www.phv-dialyse.de/alltag/koerperpflege/index08607.html>, 12.02.2012, 15:55 Uhr

<http://www.endlich-erwachsen.de/wissen/schwangerschaft-und-dialyse>, 16.02.2012, 15:12 Uhr

http://www.dierotesäule.de/rs/front_content.php?idcat=47, 23.5.2012, 11:13 Uhr

http://www.nze-lingen.de/index.php?id=ratgeber_haemodialyse#c172, 23.5.2012, 11:57
Uhr

<http://www.lkh-stolzalpe.at/cms/beitrag/10037554/2296719>, 12.05.2012, 8:46 Uhr

<http://www.hagen-diers.com/projects/architecture/dialyse/dialyseeinrichtungen.pdf>,
25.5.2012, 10:18 Uhr