

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

24. November 2008 – 27. November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Interaktion durch Kommunikation

Aspekte der Kommunikation mit dem beatmeten Patienten

vorgelegt von: Melanie Kriz
Landeskrankenhaus Klagenfurt
2. Medizinische Intensivstation

begutachtet von: OSr. MMag. Christine Leber-Anderwald
Landeskrankenhaus Klagenfurt
Bildungszentrum

12. 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, am 12. 10. 2009

Kurzzusammenfassung

In der vorliegenden Abschlussarbeit wird mit Hilfe qualitativer und literarischer Hilfsmittel der Versuch unternommen, die Bedeutsamkeit der Kommunikation für den Intensivpatienten, im Besonderen für den wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten zum Ausdruck zu bringen. Die Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patienten kann nur durch eine gut funktionierende Kommunikation erfolgreich sein und dies ist wesentlich für den Genesungsprozess des Patienten. Der hohe Stellenwert der Technik im Intensivbereich birgt die Gefahr, dass der Mensch in den Hintergrund gerät. Diese Abschlussarbeit soll jede in der Intensivpflege tätige Person zum Reflektieren und Überdenken des eigenen Verhaltens und Handelns anregen, sowie Möglichkeiten aufzeigen, wie die Interaktion durch eine in den Arbeitsalltag integrierte und durchdachte Kommunikation verbessert werden kann. Die Bedürfnisse des menschlichen Lebens sollten stets wichtiger sein als die Ausschöpfung der technischen Möglichkeiten.

Abstract

With the help of qualitative and literary accessories, this thesis tries to express the significance of communication for the intensive care patient, in particular if the patient is awake and mechanically ventilated or intubated. Successful interaction between the nursing staff and the patient can only be ensured through efficient communication, which is crucial for the recovery of the patient. The high significance of technology in the area of intensive care leads to the inherent danger that the humanity of the patient ceases to be the top priority. This thesis intends to encourage every person working in intensive care to reflect on their own behavior and reconsider their actions, as well as to identify possibilities how communication, well thought out and integrated into the typical work day, can benefit the interaction between nursing staff and patients. The needs of human life should always be more important than tapping the full potential of available technology.

Abbildungsverzeichnis

Nr.	Benennung der Abbildung	Seite
Abb. 1	Ergebnis zur Frage 1	Seite 37
Abb. 2	Ergebnis zur Frage 2	Seite 38
Abb. 3	Ergebnis zur Frage 3	Seite 39
Abb. 4	Ergebnis zur Frage 4	Seite 40
Abb. 5	Ergebnis zur Frage 5	Seite 41
Abb. 6	Ergebnis zur Frage 6	Seite 42

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	07
1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	09
2. KOMMUNIKATION UND INTERAKTION	10
2.1 Begriffsdefinitionen	10
2.2 Bedeutung der Kommunikation für den gesunden Menschen	10
2.3 Kommunikationsmodelle	11
2.3.1 Paul Watzlawick	11
2.3.2 Friedemann Schulz von Thun	13
2.4 Verbale und nonverbale Kommunikation	14
3. BEDEUTUNG DER KOMMUNIKATION FÜR DEN WACHEN, BEATMETEN BZW. INTUBIERTEN INTENSIVPATIENTEN	16
3.1 Gespräche auf der Intensivstation	16
3.2 Die Situation des Patienten	17
3.2.1 Angst	20
3.2.2 Orientierungslosigkeit	21
3.3 Kommunikationsschwierigkeiten	22
3.3.1 Störungen der Kommunikation nach Schulz von Thun	23
3.3.2 Kommunikationshindernisse von Seiten des Personals	24
3.4 Folgen mangelnder Kommunikation auf die Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal	26

4.	ERFOLGREICHE INTERAKTION DURCH KOMMUNIKATION	29
4.1	Kommunikationsziele in der Intensivbetreuung	29
4.2	Grundregeln im Gespräch mit dem Intensivpatienten	30
4.3	Möglichkeiten der Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten	33
4.4	Datenerhebung mittels Fragebogen	35
4.4.1	Zur Entstehung des Fragebogens	35
4.4.2	Hypothese des Verfassers	36
4.4.3	Auswertung der Befragungsergebnisse	37
4.4.4	Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen der Hypothese und den Befragungsergebnissen	43
5.	KOMMUNIKATION ALS PLANBARER PROZESS IN DER INTENSIVPFLEGE	44
5.1	Integration in den Pflegealltag	44
5.2	Mögliche Formulierungen von Pflegediagnosen	45
5.2.1	Kommunizieren, verbal, beeinträchtigt	45
5.2.2	Bewältigungsformen des Betroffenen, ungenügend	46
5.2.3	Schwierigkeiten in der Ausführung	46
5.3	Zukunftsperspektiven in der Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten	47
6.	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG	48
7.	AUSBLICK UND ZUKUNFTSVISIONEN	50
8.	LITERATURVERZEICHNIS	51
9.	ANHANG	53
	Anhang 1: Fragebogen	53
	Anhang 2: Die psychologische Betreuung von Intensivpatienten - Das Wiener Modell	55

VORWORT

In meiner vierjährigen Berufserfahrung im LKH Klagenfurt auf der 2. Medizinischen Intensivstation fiel mir auf, dass es immer wieder Probleme in der Interaktion zwischen Pflegepersonen und Patienten gibt. Zu beobachten ist, dass es bei Patienten, die aus dem künstlichen Tiefschlaf erwachen und aufgrund der Beatmung und Intubation nicht in der Lage sind, verbal zu kommunizieren, zu Angstzuständen, Orientierungslosigkeit und Hilflosigkeit kommen kann. Für uns in der Pflege äußern sich diese Gefühlszustände dieser Patienten häufig in Aggressivität, Verwirrtheit und Ablehnung. Meiner Meinung nach rückt die Kommunikation und das eigentliche Ziel der Pflege, nämlich die Ganzheitlichkeit des Menschen, immer mehr in den Hintergrund. Die Kommunikation und das Ausschöpfen verschiedenster Kommunikationsmittel kommen gerade im Intensivbereich zu kurz. Natürlich darf nicht außer Acht gelassen werden, welchen Stress- und Belastungsfaktoren das Personal ausgesetzt ist, allerdings sollte dies keine Ausrede sein. Ich gehe in der vorliegenden Abschlussarbeit näher auf die Auswirkungen mangelnder Kommunikation ein und weise darauf hin, dass mit wenigen Mitteln die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten gut funktionieren kann und dass sich somit auch die Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten deutlich verbessern könnte. Mir ist es ein besonderes Anliegen aufzuzeigen, dass wir als Pflegepersonen mit Menschen arbeiten und nicht mit Erkrankungen und Geräten. Wenn wir darüber nachdenken, wie wichtig die Kommunikation für gesunde Menschen ist, dann wird einem vielleicht bewusst werden, dass gerade bei kranken oder beeinträchtigten Menschen der Kommunikation eine noch größere Bedeutung zukommt.

Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Frau OSr. MMag. Christine Leber-Anderwald, für die großartige Unterstützung bei der Entstehung meiner Arbeit. Sie half mit, meine Gedanken auf den Punkt zu bringen und die Diskussionen mit ihr eröffneten mir oft neue Gesichtspunkte, die wertvoll für den Inhalt meiner Arbeit sind. Außerdem gilt mein Dank dem Team der 2. Medizinischen Intensivstation für die Mitarbeit bei dem von mir erstellten Fragebogen, sowie Christof Tschinkel und Karl Heinz Rainer, die mir bei der Erstellung der Arbeit ebenfalls mit Rat und Tat zur Seite standen.

Zu Beginn der vorliegenden Abschlussarbeit wird ein Gedicht eingebracht, in dem ich versucht habe, meine Gedanken zu diesem Thema darzustellen.

SPRICH MIT MIR!

Ich wache auf.
Das grelle Licht an der Decke blendet mich.
Ist hier jemand?

Ich höre Stimmen,
nehme verschwommen Personen wahr.
Sieht mich jemand? Spricht jemand mit mir?

Jemand berührt meinen Arm, ändert seine Position.
Es schmerzt in der Schulter und ich möchte schreien.
Etwas würgt mich
und ich bekomme kein Wort heraus.
Ich habe Angst.

Die Stimmen entfernen sich.
Kommen wieder näher.
„Ich werde sie jetzt absaugen, husten sie kräftig mit“
Es würgt mich plötzlich, ich möchte mich wehren.
Was geht hier vor?

Wo bin ich eigentlich? Mir ist so kalt.
Jetzt ist es dunkel,
und ich höre summen und surren.
Bin ich gefangen?

Ich habe Angst, möchte weglaufen,
aber ich kann mich nicht bewegen.
Ich fühle mich allein.

Ich bin allein.

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG

Die Kommunikation im Intensivbereich gestaltet sich aufgrund von therapiebedingten Kommunikationshindernissen, sprachlichen Barrieren, organischen und seelischen Auswirkungen der Erkrankung sowie Zeitdruck, Überbeanspruchung und Ausbildungsdefiziten beim Behandlungsteam sehr schwierig. In der neurologischen, psychiatrischen und geriatrischen Pflege sowie bei Patienten im Koma oder Wachkoma und im Palliativbereich nimmt die Kommunikation ein zentrales Thema ein. Kommunikationsschwierigkeiten treffen allerdings auch jene Patienten, die auf der Intensivstation aus dem künstlichen Tiefschlaf erwachen. Patienten, die keine neurologischen oder psychischen Auffälligkeiten zeigen sind dennoch in einer Ausnahmesituation. Kommunikationsprobleme führen hierbei einerseits zu einer gestörten Interaktion zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten, andererseits zu einem verlängerten Genesungsprozess. Bei diesen Patienten besteht die Kommunikation meist aus Aufforderungen und Informationen von Seiten des Pflegepersonals, wodurch eine wechselseitige Beziehung nur erschwert bis gar nicht herzustellen ist. Es ist jedoch gerade in diesem Bereich wesentlich, Kommunikationsprobleme zu erkennen, diese wenn möglich zu beseitigen und somit die Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patient und gleichzeitig die Genesung des Patienten zu fördern.

Mit der vorliegenden Abschlussarbeit wird der Versuch unternommen, **folgende Forschungsfragen** zu beantworten:

Welche Kommunikationsprobleme treten im Umgang mit dem beatmeten Patienten auf und welche Auswirkungen hat dies einerseits auf den Patienten und andererseits auf die Pflegeperson sowie die Interaktion beider?

Kann die Kommunikation in der Pflege als planbarer Prozess gestaltet werden und wie kann dieser die Interaktion zwischen dem beatmeten Patienten und der Pflege verbessern?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurden verschiedene Literatur, das Internet sowie Artikel aus Fachzeitschriften herangezogen. Zusätzlich wurde für diese Thematik ein Fragebogen erarbeitet und ausgewertet.

2. KOMMUNIKATION UND INTERAKTION

2.1 Begriffsdefinitionen

Menche versteht unter Interaktion die wechselseitige Beziehung und Kommunikation zwischen verschiedenen Personen oder Gruppen. Die Kommunikation wird als das In-Verbindung-Stehen von Menschen bzw. die Verständigung untereinander durch Übermittlung von Informationen und Botschaften beschrieben, welche auf verbalem und nonverbalem Wege geschehen kann. (Vgl. Menche, et al, 2001:62,75)

Die Interaktion hängt direkt mit der Kommunikation zusammen. Für eine erfolgreiche Interaktion gelten dieselben Bedingungen wie für eine erfolgreiche Kommunikation. Als erfolgreich gilt die Interaktion bzw. die Kommunikation dann, wenn die Erwartungen der Beteiligten und somit deren Bedürfnisse erfüllt wurden.

(Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Interaktion; 12.05.2009)

Die Kommunikation ist für den Menschen lebensnotwendig, da sie die Basis jeder Gemeinschaft darstellt und der Mensch ohne Gemeinschaft und die verschiedenen Verbindungen nicht überleben kann. (Vgl. Menche, et al, 2001:75)

Ein Mensch kann sich nur zu einem Individuum entwickeln, wenn ein ausreichender Kontakt mit einem anderen Menschen besteht. Diese menschliche Kommunikation bildet von der Geburt an einen wesentlichen Teil im Leben der Menschheit.

(Vgl. Specht-Tomann, Tropper, 2007:3)

2.2 Bedeutung der Kommunikation für den gesunden Menschen

Wie im Kapitel 2.1 beschrieben, ist die Kommunikation für den Menschen lebensnotwendig. Hierbei kann nicht gewählt werden, ob man kommunizieren möchte oder nicht. Bei jeder Begegnung mit einem anderen Menschen kommt es zum Austausch von Informationen. Dies geschieht auf verbalem und nonverbalem Wege, auf dessen Unterschiede im Verlauf dieser Arbeit noch näher eingegangen wird. (Vgl. Millar, Burnard, 2002:430)

Im Allgemeinen werden drei Motive unterschieden, weshalb der Mensch bestrebt ist, miteinander zu kommunizieren. Es handelt sich dabei um das Bedürfnis, zwischenmenschliche Nähe und Vertrautheit herzustellen und zu halten, sich in seiner Welt zu orientieren sowie andere Menschen zu bestimmten Verhaltensweisen zu veranlassen. Alle drei Motive bilden ein Motivationsbündel und sind eng miteinander verbunden. Der Mensch muss sich, anders als andere Lebewesen, die notwendigen Umgangserfahrungen mit der ihn umgebenden Welt erst aneignen, wobei ein großer Teil des Wissens und Könnens aus den Erfahrungen anderer Menschen gewonnen werden.

(Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation#Kommunikationsmotive>; 12.05.2009)

2.3 Kommunikationsmodelle

Viele Wissenschaftler versuchen in verschiedenen Kommunikationsmodellen und -theorien die Bedeutung der Kommunikation zu erklären. Zu den bekanntesten Wissenschaftlern hierbei gelten **Paul Watzlawick**, der gemeinsam mit seinen Mitarbeitern ein Kommunikationsmodell konzipierte, welches auf fünf Grundsätzen (Axiomen) beruht sowie **Friedemann Schulz von Thun**, dessen Kommunikationsmodell als Vier-Seiten-Modell bezeichnet wird.

2.3.1 Paul Watzlawick

Die Kommunikationstheorie von Paul Watzlawick beruht auf fünf Axiomen, welche die Regeln für eine funktionierende Kommunikation bedingen. Laut Watzlawick kann jede Störung in der Kommunikation auf ein Handeln gegen diese Axiome zurückgeführt werden.

Man kann nicht nicht kommunizieren

Nach Watzlawick findet Kommunikation statt, sobald sich zwei Personen wahrnehmen, da der anderen Person schon allein durch das Verhalten etwas mitgeteilt wird. Da sich der Mensch nicht nicht verhalten kann, ist es ihm auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. Dabei spielt auch die nonverbale Ebene und das Unbewusste eine Rolle. Dieses Axiom ist ebenfalls bekannt als metakommunikatives Axiom.

(Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Watzlawick>; 12.05.2009)

Inhalt und Beziehung

Laut Watzlawick werden Beziehungen geschaffen oder aufrechterhalten, sobald zwischenmenschliche Kommunikation stattfindet. Hierbei wird unterschieden zwischen dem Inhaltsaspekt, welcher die reine Sachinformation darstellt und dem Beziehungsaspekt, der etwas darüber aussagt, wie der Sender die Mitteilung des Empfängers verstanden haben möchte. Daraus folgt, dass die Interpretation des Inhaltes vom Beziehungsaspekt bestimmt wird. Somit ist die Beziehung von zwei Menschen für das gegenseitige Verständnis von großer Bedeutung.

Interpunktion

Darunter wird verstanden, dass es bei der zwischenmenschlichen Kommunikation keinen Anfang und kein Ende gibt, sie verläuft vielmehr kreisförmig. Bei einem Streit beispielsweise kann niemand genau angeben, wer wirklich angefangen hat. Diese Anfänge werden subjektiv gesetzt als so genannte Interpunktionen. Diese Interpunktionen setzt jeder für sich selbst und somit reagiert in der Kommunikation jeder Mensch auf den anderen.

(Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Watzlawick>; 12.05.2009)

Digital und analog

Unter der digitalen Art der Darstellung versteht Watzlawick die Sprache, das heißt, mit digitalen Elementen wird die Inhaltsebene vermittelt. Die analoge Darstellung umfasst beispielsweise die Mimik und Gestik, somit wird hierbei die Beziehungsebene vermittelt. Beide Kommunikationsformen gemeinsam finden sich nur im menschlichen Bereich, wobei die Kommunikation nur bei Übereinstimmung zwischen digitaler und analoger Botschaft gelingt und wenn beide Teile der Botschaft von den Kommunikationspartnern gleich interpretiert werden.

Symmetrisch oder komplementär

Symmetrische Beziehungsformen sind gekennzeichnet durch das Streben nach Gleichheit und die Verminderung von Unterschieden zwischen zwei Partnern, während sich komplementäre Interaktionen durch die Unterschiedlichkeit zweier Gesprächspartner auszeichnen, wie beispielsweise bei einem Gespräch zwischen Arzt und Pflegeperson.

(Vgl. Menche, et al, 2001:79)

2.3.2 Friedemann Schulz von Thun

Nach dem Psychologen Schulz von Thun enthält jede Nachricht vier Botschaften. Somit wird sein Kommunikationsmodell als Vier-Seiten-Modell oder auch Kommunikationsquadrat bezeichnet und beschreibt die Mehrschichtigkeit einer menschlichen Äußerung. Laut Schulz von Thun sendet ein Sender gleichzeitig vier Botschaften, welche der Empfänger mit vier verschiedenen Ohren empfangen kann, wobei jede einzelne der vier Ebenen missverstanden werden kann.

Die Sachebene

Hierbei handelt es sich um reine Sachaussagen, Daten und Fakten, welche der Sender klar und verständlich vermitteln sollte. Der Empfänger prüft mit dem Sachohr, ob die Botschaft der Wahrheit entspricht, relevant und ausreichend oder ergänzungsbedürftig ist. Diese Sachebene bedarf in einem eingespielten Team meist nur weniger Worte.

Die Selbstoffenbarung

Hierbei übermittelt der Sender entweder bewusst oder unbewusst etwas über seine Motive, Werte und Emotionen sowie über sein Selbstverständnis. Somit stecken in jeder Nachricht Informationen über die Persönlichkeit des Senders, worauf das Selbstoffenbarungs-Ohr des Empfängers hört.

Die Beziehungsebene

Auf dieser Ebene wird ausgedrückt, wie der Sender zum Empfänger steht und was er von ihm hält. Je nach Tonfall, Art der Formulierung und Körpersprache drückt der Sender entweder Respekt, Wertschätzung und Wohlwollen oder Verachtung und Gleichgültigkeit aus, wodurch sich der Empfänger entweder akzeptiert und respektiert oder herabgesetzt und bevormundet fühlt, je nach dem welche Botschaft im Beziehungs-Ohr des Empfängers ankommt. (Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell>; 20.04.2009)

Der Appell

Wenn sich ein Sender äußert, möchte er auch etwas bewirken. Somit soll eine Appell-Botschaft den Empfänger veranlassen, etwas auszuführen oder zu unterlassen. Diese Art der Beeinflussung kann entweder offen oder verdeckt als Manipulation geschehen. Der Empfänger hört diese Aussage mit dem Appellohr und fragt sich, was er aufgrund dessen denken, fühlen oder tun soll.

(Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell>; 20.04.2009)

Hiermit wird verdeutlicht, dass eine gute Kommunikation nicht rein von den gesprochenen Worten abhängt, sondern laut Watzlawick von der Beziehung zwischen den Kommunikationspartnern sowie der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Weiters ist es von Bedeutung welches Ohr bei jedem Menschen mehr oder weniger ausgeprägt ist, was im Kommunikationsmodell von Schulz von Thun beschrieben wurde. Die zwischenmenschliche Kommunikation nimmt somit einen zentralen Punkt im Leben eines jeden Menschen ein. Schon beim gesunden Menschen kann es zu Schwierigkeiten in der Kommunikation kommen, wenn man bedenkt, wie viele zwischenmenschliche Beziehungen rein durch Kommunikationsprobleme oder Missverständnisse scheitern. Für die Menschheit ist es selbstverständlich, miteinander kommunizieren zu können. Im Alltag könnte es sich kein Mensch vorstellen, nicht mit anderen Menschen durch die Sprache in Beziehung zu treten. Gerade diese Selbstverständlichkeit ist häufig der Grund dafür, dass sich gesunde Menschen wenig oder keine Gedanken darüber machen, was in einem Menschen vorgeht, dem es unmöglich ist, auf die für viele selbstverständliche Art und Weise zu kommunizieren. (Anm. des Verfassers)

2.4 Verbale und nonverbale Kommunikation

Unter **verbaler Kommunikation** versteht Menche die sprachgebundene Kommunikation. In der Gesellschaft wird darunter meist das gesprochene Wort verstanden, wobei diese Sprache neben Worten ebenfalls aus Zeichen oder sonstigen Informationsträgern wie beispielsweise Verkehrsschildern oder Bildsymbolen bestehen kann.

(Vgl. Menche, et al, 2001:75,76)

Die Sprache stellt ein einzigartiges Merkmal menschlicher Kommunikation dar und versetzt die Menschen in die Lage, Fragen zu stellen, Anordnungen, Informationen und Anweisungen zu geben, an informellen Gesprächen teilzunehmen oder persönliche Erfahrungen auszutauschen. Allerdings haben Worte nicht für jeden Menschen die gleiche Bedeutung und je nachdem wie ein Begriff in einem Satz verwendet wird, kann sich der Sinn der Aussage leicht ändern. Außerdem wird jede verbale Kommunikation von unbewussten nonverbalen Zeichen begleitet, wodurch das Gesagte vom Empfänger anders verstanden werden kann, als es vom Sender gewünscht ist. (Vgl. Millar, Burnard, 2002:440,441)

Unter **nonverbaler Kommunikation** wird der unbewusste Ausdruck von Empfindungen, persönlichen Überzeugungen und Einstellungen sowie Emotionen verstanden und sie ist fünfmal effektiver in der Vermittlung dieser Art von Nachrichten als die verbale Kommunikation. Das Gesagte muss hierbei mit dem unausgesprochenen Verhalten nicht immer übereinstimmen, wobei der Empfänger hierbei in der Regel die Worte ignoriert und die Nachricht aus dem Verhalten ableitet, welche in diesem Fall meist wahrheitsgetreuer ist als das bewusst gesprochene Wort. Innerhalb der nonverbalen Kommunikation gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Verhaltensweisen wie beispielsweise die Mimik, Gestik und Körpersprache, Blick und Blickkontakt oder auch die Körperhaltung. Ebenso hat die äußere Erscheinung und Kleidung einen Einfluss auf das Urteil, die gesendeten Informationen betreffend. Selbst die Sprache besitzt einen nonverbalen Anteil. So tragen beispielsweise Tonfall, Stimmlage, Sprachpausen, Sprechtempo und Betonung zum Informationsgehalt der übermittelten Nachricht bei. (Vgl. Millar, Burnard, 2002:441-443)

Eine Nachricht besteht demnach nicht nur aus den gesprochenen Worten, sondern die Übermittlung zum Empfänger wird immer durch den nonverbalen Anteil begleitet. Somit ergänzen sich diese zwei Kommunikationskanäle ständig und beeinflussen den Ausgang eines Gespräches bewusst und unbewusst. Viele Menschen werden beispielsweise aufgrund ihrer Körperhaltung als sympathisch oder unsympathisch eingestuft. Ebenso entsteht meist aufgrund des nonverbalen Verhaltens der erste Eindruck eines Menschen, häufig wird das Urteil schon gefällt, bevor der Gegenübersitzende ein Wort gesprochen hat. Diese zwei Kommunikationskanäle sind somit ausschlaggebend für eine gelungene Kommunikation, führen allerdings auch häufig zu Missverständnissen und Kommunikationsproblemen. (Anm. des Verfassers)

3. BEDEUTUNG DER KOMMUNIKATION FÜR DEN WACHEN, BEATMETEN BZW. INTUBIERTEN INTENSIVPATIENTEN

Im Kapitel 2 wurden Begriffsdefinitionen vorgenommen sowie das Kommunikationsmodell von Paul Watzlawick und von Friedemann Schulz von Thun vorgestellt, um die Bedeutung der Kommunikation und Interaktion für den gesunden Menschen hervorzuheben. Im folgenden Kapitel geht es nun um die Bedeutung der Kommunikation für den beatmeten Patienten sowie um die häufigsten Kommunikationsprobleme und deren Auswirkungen auf die Interaktion zwischen dem Pflegepersonal und dem beatmeten Patienten.

3.1 Gespräche auf der Intensivstation

Intensivpatienten befinden sich aufgrund ihrer schweren Erkrankung objektiv in einer Extremsituation. Diese Ausnahmesituation erfordert ein besonderes Abwehr- und Anpassungsverhalten. Der Mensch ist in dieser Situation weitgehend vom Pflegepersonal sowie den Ärzten abhängig, das körperliche Befinden ist schwer gestört oder zumindest beeinträchtigt. Weiters kommt es zum Verlust der gewohnten Verfügbarkeit über den eigenen Körper und soziale Verflechtungen, sowie bisherige Lebensbeziehungen werden weitgehend unterbrochen. (Vgl. Larsen, 2004:703)

Die Intensivstation ist der medizinische Bereich mit dem höchsten Bedarf an Kommunikation und zugleich der Ort, an dem die meisten Kommunikationshindernisse auftreten, auf die in diesem Kapitel noch näher eingegangen wird. Der Kommunikationsverlust sowie der Informationsmangel bilden laut Linus Geisler die stärkste Belastung für Intensivpatienten. Von einer humanen Intensivbehandlung kann nur gesprochen werden, wenn die Kommunikation eine zentrale Rolle spielt und somit der Mensch und nicht die extreme Ausnutzung medizinisch-technischer Möglichkeiten im Mittelpunkt steht.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap28_intensiv.html; 03.07.2009)

Die Kommunikationswünsche der Patienten sind einerseits auf die aktuelle Situation und die Zukunftsperspektiven ausgerichtet, andererseits besteht auch der Wunsch, das eigene Leben zu reflektieren, da für Patienten auf einer Intensivstation das Leben aktuell bedroht und der Tod greifbare Realität ist. Hier ist vom Behandlungsteam besonders das aktive Zuhören von großer Bedeutung. Kommunikation zählt zu den Grundbedürfnissen des Menschen und der Wunsch nach Kommunikation ist gerade in Extremsituationen sehr ausgeprägt und kann die Funktion des letzten Ankers darstellen, an dem alles hängt und der alles hält. (Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Nun stelle man sich einen wachen Intensivpatienten vor, dem es aufgrund der Situation, dass er intubiert und beatmet ist, nicht möglich ist, seine Gedanken, Sorgen und Ängste auszusprechen. Es ist ihm unmöglich Fragen zu stellen, seine Gefühle zu äußern oder körperliche Beschwerden und Schmerzen mitzuteilen. Gerade auf diese Patienten, die meistens als „stabil“ eingestuft werden, sollte ein besonderes Augenmerk gelegt werden und genau hierbei ist Kreativität, Einfühlungsvermögen und Zeit von großer Bedeutung.

(Anm. des Verfassers)

3.2 Die Situation des Patienten

Wie zu Beginn des Kapitels beschrieben, befindet sich der Intensivpatient in einer Extremsituation. Erst in den letzten Jahren wurde durch Befragungen und Studien zumindest im Ansatz deutlich, was Intensivpatienten erleben, fühlen, hoffen und leiden, und welche Fragen und Ängste sie bewegen. Hierbei ergaben die meisten Untersuchungen aus den verschiedenen intensivmedizinischen Bereichen, dass die Mehrzahl der Patienten die Intensivbehandlung als positiv erlebte. Ebenso wurde verdeutlicht, wie unterschiedlich das Pflegepersonal und die Patienten die Behandlung beurteilen. Beispielsweise gaben Patienten an, dass sie die Ankunft auf der Intensivstation sowie die ersten Behandlungsmaßnahmen und die apparative Überwachung als eher beruhigend als beängstigend empfanden, wobei das Pflegepersonal glaubte, dass die Patienten durch die technischen Maßnahmen besonders beunruhigt wären.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap28_intensiv.html; 03.07.2009)

Bei einer Untersuchung von einer Gruppe aus österreichischen Anästhesiologen und Intensivmedizinern, welche das „Wiener Modell“ zur psychischen Betreuung schwerkranker Patienten entwickelten, zeigte eine Untersuchung, dass der Informations- und Kommunikationsmangel von den Patienten als am höchsten stressbelastend empfunden wurde. Diese Untersuchungen zeigen einerseits, dass der Kommunikations- und Informationsmangel einen hohen Belastungsfaktor darstellen. Es lässt sich allerdings gleichzeitig erkennen, dass mit einfachen Mitteln dieser Belastungsdruck gemindert werden könnte.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap28_intensiv.html; 03.07.2009)

Das Wiener Modell

Prof. Dr. rer. Medic. Hans-Joachim Hannich, Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie stellte dem Verfasser einen Artikel zur Verfügung, welcher den Inhalt des Wiener Modells näher beschreibt. Der auslösende Moment für die Entwicklung dieses Modells war ein 17-jähriges schwerkrankes Mädchen, welches vollkommen gelähmt und ohne Apparate unfähig war zu Atmen. Dieses Mädchen wurde 7 Monate lang bis zu seinem Tod begleitet. Ihr wurde alles Erdenkliche zur Kommunikation zur Verfügung gestellt und auch das Pflegepersonal zeigte ein vorbildliches Verhalten. Zum ersten Mal wurde diesem Mädchen eine junge Psychologiestudentin als Betreuerin zugeteilt. In diesem ersten Versuch agierte dieses kranke Mädchen als Lehrer. Das Wiener Modell zielt auf die Einzelbetreuung von schwerstkranken Intensivpatienten ab, die Kommunikation betreffend. Als Betreuer wurden Studenten der Bereiche Medizin und Psychologie ausgewählt, welche sozusagen den verlängerten Arm des Krankenpflegepersonals darstellten, da diese Betreuung im Verhältnis 1:1 funktionierte. Die Patienten wurden von den Studenten bis zur Entlassung, Verlegung oder bis zum Tod begleitet.

Der Vorteil dieser Betreuung ist, dass der Patient für den gesamten Aufenthalt eine Bezugsperson erhält, deren Aufgabe mit den Begriffen Dasein, Begleiten und emotionales Engagement am besten beschrieben werden kann. Auch Kritik blieb nicht aus, wie der Vorwurf, dass ärztliche und pflegerische Aufgaben weitergegeben wurden, wobei immer wieder betont wurde, dass die Einzelbetreuung der Intensivpatienten rein als Verlängerter Arm der Pflege und Medizin anzusehen ist. (Vgl. Anhang 2)

Zum besseren Verständnis folgt nun ein Beispiel von Klaus Ratheiser`s Sachbuch **Dauerfeuer**, welches die harte Realität auf Intensivstationen beschreibt. Eine 37jährige Frau mit einem Gehirntumor: *„Sie kann im Moment schauen, hören, fühlen, riechen, schmecken...Sie kann sich aber nicht mitteilen...Durch den Beatmungstubus sind ihre Stimmbänder blockiert. Sie kann nicht sprechen. Sich nicht kratzen. Nichts von sich geben. Nur schauen...Ihre Augen suchen Gesichter...doch sie kann mit ihren Blicken die Blicke der Gesichter nicht festhalten...niemand spricht mit ihr. Keiner schaut her...Wird sie heute Glück haben und einen Blickkontakt herstellen können?...An den Rändern ihrer Unterlider sammelt sich glitzernd die Tränenflüssigkeit...Aus Luisers Augenwinkeln treten jetzt Tränen heraus, links zuerst, und die zwei Tränen rollen ihr, beinahe im selben Moment, aus den Augen, über ihre Wangen. Morgen vielleicht.“* (Ratheiser, 2004:100,101)

Das Beispiel dieser Patientin macht in erschreckender Weise darauf aufmerksam, wie einsam und hilflos sich ein beatmeter Intensivpatient fühlen muss, wenn keine verbale Kommunikation stattfinden kann und eine nonverbale Verständigung vernachlässigt wird. (Anm. des Verfassers)

Wie bereits im Kapitel 3.1 erwähnt, stellt der Informations- und Kommunikationsmangel für Intensivpatienten den größten Belastungsfaktor dar. Zusammengefasst sind die Hauptbelastungsfaktoren auf Intensivstationen aus der Sicht des Patienten folgende:

- Fehlende Orientierungshilfen
- Fehlender Tag-Nacht-Rhythmus
- Konstante rhythmische Geräusche
- Sensorische Überstimulierung
- Lichtbelästigung
- Fehlen von Bezugspersonen
- Kommunikationsdefizite
- Chronischer Schlafentzug

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap28_intensiv.html; 03.07.2009)

3.2.1 Angst

Angst ist ein Gefühl, welches jedem Menschen mehr oder weniger bekannt ist. Es gibt unterschiedliche Definitionen für den Zustand der Angst, je nach dem, aus welchem Fachgebiet der Betrachter kommt, wie beispielsweise der Psychologie, Philosophie oder Theologie. Freud definiert Angst aus ärztlicher Sicht folgend: *„Angst ist ein unangenehmer emotionaler Zustand mit zumeist physiologischen Begleiterscheinungen, hervorgegangen aus einem Gefühl der Bedrohung, entweder konkret oder nicht objektivierbar“*. (http://www.linus-geisler.de/ap/ap14_angst.html#ap14a; 03.07.2009)

In der täglichen Arbeit auf einer Intensivstation wird man fast täglich mit Patienten konfrontiert, die an Angstzuständen leiden. Einerseits häufig die Angst vor der Erkrankung selbst und den damit verbundenen Einschränkungen, oder die Angst vor der Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod. Andererseits äußern Patienten auch häufig Angst vor den Behandlungsmaßnahmen, vor der Diagnose, aber auch Angst vor den Umgebungsgeräuschen und dem Ablauf auf der Intensivstation. (Anm. des Verfassers)

Die Angst der Patienten resultiert auch aus der eigenen Anonymität, welche einerseits die Architektur der Kliniken und Praxen und das Design der Technik, andererseits auch den dort ablaufenden Betrieb prägt. Die heutige Medizin ist kaum mehr in der Lage, das Gefühl von Geborgenheit zu vermitteln. Die Patienten sind zwar versorgt, aber nicht umsorgt. Die Angst, mit der ein Patient auf die ihn versorgende Institution und die ihn Betreuenden, sowie auf seine Krankheit reagiert, muss nicht immer eine adäquate Reaktion sein. Ob bei einem Patienten Angst vorliegt, wie viel Angst nach außen dringt und wie stark sie wirklich ist, kann nur schwer erfasst werden. Typische Abwehrformen sind beispielsweise Regression, Verdrängung, Verleugnung und Rationalisierung. Weiters gibt es laut Linus Geisler gibt es drei Hauptstrategien gegen die Angst. Zum einen geht es darum, Ängste zu vermeiden, statt diese auszulösen. Dies kann erreicht werden, in dem alles, worüber mit dem Patienten gesprochen wird, durchschaubar und möglichst unmissverständlich ist und in dem der Patient Fragen stellen und offen über seine Gedanken sprechen kann. Außerdem sollte alles, was die äußere und innere Isolation verstärkt und somit zum Gefühl der Verobjektivierung führt, vermieden werden. Nonverbale Signale wie Lächeln, Berührung und Hautkontakt beispielsweise sind einfache, stets verfügbare und sehr wirksame Instrumente zur Angstverhütung.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap14_angst.html#ap14a; 03.07.2009)

Eine weitere Hauptstrategie beinhaltet laut Linus Geisler die Erkennung und Differenzierung von Angst, wobei Ängste meist nicht von den Patienten ausgesprochen werden, sondern vielmehr am Verhalten wie beispielsweise Ablehnung, Verleugnung oder Rückzug zu erkennen sind. Der so genannte „schwierige“ oder „fordernde“ Patient ist ein typisches Beispiel für hintergründige und häufig unerkannte Ängste. Im Weiteren sollte eine Differenzierung der Angst erfolgen. Handelt es sich um Furcht, ist die Angst organisch bedingt oder beruht sie auf Missverständnisse? Natürlich muss dabei auch bedacht werden, dass es sich ebenfalls um neurotische oder psychotische Ängste handeln kann. Die dritte Hauptstrategie handelt vom Annehmen und Abbauen von Ängsten, wobei hierbei entscheidend ist, dass der Patient mit seiner Angst angenommen wird. Bei dieser Strategie spielen vor allem Gespräche eine zentrale Rolle. Es ist notwendig, die Angst behutsam, aber offen anzusprechen und dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass er mit all seinen Gedanken und Ängsten ernst genommen wird. Gerade in Situationen, die mit starker Angst besetzt sind und die gleichzeitig erhebliche Kommunikationsschwierigkeiten beinhalten, wie beispielsweise beim intubierten Patienten, ist es von großer Bedeutung, alle verbalen und nonverbalen Möglichkeiten der Kommunikation auszuschöpfen.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap14_angst.html#ap14a; 03.07.2009)

3.2.2 Orientierungslosigkeit

Laut Hannelore Gießen sei es leicht, jemanden in ein Koma zu versetzen, allerdings gestaltet sich das Zurückholen nicht immer einfach, da der Patient beim Aufwachen verschiedene Bewusstseinsstufen durchläuft, wobei es auch zu überschießenden Reaktionen kommen kann, wie einem Aufwachdelirium. Im diesem Stadium werden die Patienten desorientiert und beginnen extensiv zu träumen. Der Auslöser hierfür ist der Reboundeffekt nach Absetzen der Sedativa, welche die Phasen der Rapid Eye Movements während des Tiefschlafes unterdrücken. (Vgl. <http://www.traumland-its.de>; 04.07.2009)

Menche bezeichnet diese Schlafphase auch als paradoxer Schlaf, welcher einem Leichtschlaf ähnelt und durch schnelle Augenbewegungen unter den geschlossenen Lidern gekennzeichnet ist. In dieser Phase träumt der Mensch häufig und ist schwer weckbar. Für den Erholungswert des Schlafes ist weniger die Dauer sondern vielmehr der ungestörte Wechsel zwischen den Schlafphasen entscheidend. (Vgl. Menche, et al, 2001:170)

Patienten, welche nach dem künstlichen Tiefschlaf wieder erwachen, befinden sich häufig in einer Orientierungslosigkeit. Sie wissen nicht, wo sie sich befinden, was mit ihnen geschieht und sind auch zeitlich häufig desorientiert. Dabei muss bedacht werden, dass diesen Patienten die Zeit des Tiefschlafes abgeht und sie diese nicht einordnen können. Ein weiteres Problem in dieser Phase ist die Kommunikationseinschränkung durch den Tubus, der es diesen Patienten unmöglich macht, Fragen zu stellen. Stehen in dieser Zeit auch keine nonverbalen Kommunikationshilfsmittel zur Verfügung und hilft das Behandlungsteam dem Patienten nicht, seine Orientierung wieder zu finden, kommt es häufig zu Schwierigkeiten in der Interaktion. In vielen Fällen ist dann die Zusammenarbeit mit dem Patienten nur eingeschränkt möglich und nicht selten werden diese Patienten als „schwierige Patienten“, oder als „Patienten mit mangelnder Compliance“ bezeichnet. (Anm. des Verfassers)

Laut Menche sind die Symptome dieser Verwirrtheitszustände sehr unterschiedlich. Es kommt häufig zur Nahrungsverweigerung und zur Unfähigkeit zur Kooperation. Im Weiteren sind auch Weglauftendenzen und aggressive Handlungen zu beobachten, welche auch für den Patienten selbst gefährdend sind. (Vgl. Menche, et al, 2001:559)

Der Umgang mit diesen Patienten ist für die Pflege sehr belastend. Gerade diese fehlende Kooperation und das aggressive Verhalten verzögern den Genesungsprozess und nicht selten wird dadurch auch der Intensivaufenthalt verlängert. Je weniger Orientierung der Intensivpatient hat, desto größer ist die Gefahr, dass die Interaktion zwischen Pflegeperson und Patienten erheblich gestört ist, da der Patient den Sinn der mit ihm durchgeführten Handlungen nicht nachvollziehen kann und nicht in der Lage ist, die Bedeutsamkeit der Therapien und Behandlungsmaßnahmen zu verstehen. (Anm. des Verfassers)

3.3 Kommunikationsschwierigkeiten

Wie im Kapitel 3.1 erwähnt, ist die Intensivstation der Ort mit den meisten Kommunikationshindernissen. Diese können organische und seelische Auswirkungen der Krankheit selbst sowie therapiebedingte Kommunikationshindernisse wie beispielsweise die Siedierung oder Beatmung sein. Weiters kann es zu Kommunikationsschwierigkeiten durch Störungen der Beziehung zwischen Patient und Behandlungsteam, sprachliche Barrieren wie die Verwendung von Fachsprache oder bei ausländischen Patienten und durch Zeitdruck, Überbeanspruchung und Ausbildungsdefizite beim Behandlungsteam kommen.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

3.3.1 Störungen der Kommunikation nach Schulz von Thun

Im Kapitel 2.3.2 wurde auf das Vier-Seiten-Modell von Friedemann Schulz von Thun eingegangen, nach dem jede Nachricht vier Botschaften enthält. Schulz von Thun bezeichnet eine der häufigsten Kommunikationsstörungen als Sender-Empfänger-Problem. Hierbei handelt es darum, dass der Sender einen der vier Aspekte mehr betont als die anderen, der Empfänger allerdings nicht auf dem entsprechenden, sondern auf einem anderen der vier Ohren hört. Hier wird klar aufgezeigt, wie schnell Missverständnisse in der Kommunikation entstehen können. (Vgl. Menche, et al, 2001:80)

Gerade in der Betreuung von Intensivpatienten kann es immer wieder zu Kommunikationsschwierigkeiten kommen, einerseits durch die Kommunikationshindernisse von Seiten des Patienten, andererseits auch bedingt durch das falsche Verstehen von gesendeten Nachrichten. Im Umgang mit beatmeten wachen Intensivpatienten befindet sich das Pflegepersonal häufig in der Sachebene wobei es den Patienten über pflegerische und medizinische Maßnahmen informiert. In dieser Kommunikation ist allerdings zu bedenken, dass Aussagen, die für das Pflegepersonal aufgrund der Ausbildung alltäglich und logisch erscheinen, dem Patienten häufig Angst machen, weil dieser die Aussagen nicht verstehen kann. Zusätzlich kann es dazu kommen, dass sich der Patient überlegt, wozu ihn die Pflegeperson mit dieser Aussage auffordern möchte. Hierbei befindet sich der Patient als Empfänger der Nachricht auf der Appellebene.

Ein Beispiel hierzu aus der Praxis wäre folgendes:

Die Pflegeperson informiert den Patienten darüber, dass sie ihm jetzt den Schleim aus der Lunge absaugen wird. Der Patient reagiert mit Abwehr, da er nicht weiß, was er in dieser Situation zu tun hat und somit Angst empfindet. Um den Patienten zumindest einen Teil seiner Angst nehmen zu können, wäre es sinnvoll, nicht nur die Maßnahme anzukündigen, sondern den Patienten über die Notwendigkeit und den Ablauf aufzuklären. Beispielsweise könnte die Information wie folgt lauten: *„Herr M., ich muss Ihnen jetzt über Ihren Beatmungsschlauch im Mund den Schleim absaugen. Ich weiß, dass dies sehr unangenehm ist. Bitte versuchen Sie, ruhig zu atmen und kräftig mitzuhusten, wenn ich Sie dazu auffordere. So kann in einem Durchgang der gesamte Schleim abgesaugt werden und Sie können danach wieder ordentlich durchatmen.“* (Anm. des Verfassers)

Mit dieser Aussage befindet sich die Pflegeperson nicht rein in der Sachebene, sondern auch in der Beziehungsebene, in dem sie dem Patienten vermittelt, dass sie ihn ernst nimmt und ihm gegenüber Wertschätzung ausdrückt. Im Weiteren befindet sich die Pflegekraft auch in der Appellebene, weil sie den Patienten zum kräftigen Husten auffordert. Somit motiviert sie den Patienten zum aktiven Mitarbeiten und der Patient fühlt sich nicht wie ein Objekt, dass die Maßnahme über sich ergehen lassen muss. In den Augen des Verfassers kommen die Beziehungsebene und auch die Appellebene in der Kommunikation mit dem wachen beatmeten Patienten zu kurz und somit ist eine Interaktion zwischen Pflegeperson und Intensivpatienten nicht möglich. Auch der intubierte Patient kann bei pflegerischen Maßnahmen mitarbeiten, und wenn dieser wie im Beispiel nur kräftig mithustet. Von großer Bedeutung für den Intensivpatienten ist es, dass er als Subjekt gesehen wird und dass er sich mit seinen Ängsten verstanden fühlt. Nur auf dieser Basis kann eine erfolgreiche Interaktion zwischen Patienten und Pflegekraft stattfinden. (Anm. des Verfassers)

3.3.2 Kommunikationshindernisse von Seiten des Personals

In diesem Kapitel wurde bisher auf die Situation des Patienten eingegangen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten in der Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegeperson und Patienten. Im Folgenden werden die Kommunikationshindernisse von Seiten des Personals näher beschrieben, welches laut Geisler den zweiten Beziehungspartner, neben dem Patienten selbst, darstellt. Die Tätigkeit der Pflegeperson ist vorwiegend durch den ständigen, oft tief greifenden Kontakt mit Schwerstkranken und Sterbenden geprägt. Nicht selten entstehen dabei Gefühle der Enttäuschung, des Versagens, der Trauer und Schuld. Nicht nur für den Patienten sondern auch für das Pflegepersonal stellt die Tätigkeit auf einer Intensivstation eine Extremsituation dar, wobei eine Gewöhnung an diese Situation auch nach langjähriger Arbeit auf der Intensivstation nur begrenzt auftritt. Vielmehr kommt es zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien, durch welche die tägliche Arbeit auf der Intensivstation erst erträglich wird. Laut Geisler befindet sich das Pflegeteam „chronisch“ in einer Belastungssituation mit Dilemmacharakter. Der Patient wird entweder auf die Normalstation verlegt, wodurch dieser aus dem Blickfeld des Pflegeteams gerät und somit das Erfolgserlebnis nicht mehr sichtbar ist, oder der Patient verstirbt, wodurch Schuldgefühle ausgelöst werden und der Tod als Niederlage empfunden wird.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap29_intensiv.html; 03.07.2009)

Zu den Hauptbelastungsfaktoren des Behandlungsteams auf der Intensivstation zählen folgende:

- Hohe physische und fachliche Beanspruchung
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Konflikte im Team, mit Patienten und Angehörigen
- Zeitdruck
- Fremde und eigene Ängste
- Enttäuschung
- Versagens- und Schuldgefühle
- Die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap29_intensiv.html; 03.07.2009)

Durch diese Belastungsfaktoren wird die Extremsituation auf der Intensivstation veranschaulicht. In der Tätigkeit als Pflegeperson ist es häufig schwierig, den Sinn der Maßnahmen zu begreifen, vor allem wenn es für Patienten keine Prognose gibt. Jeder Mensch sucht nach dem Sinn seines Schaffens, so auch das Pflegeteam auf Intensivstationen. Häufig ist der Sinn der pflegerischen und medizinischen Maßnahmen die Schmerzfreiheit, sowie die Begleitung des Patienten auf seinem letzten Weg, wo die Pflegekraft häufig dafür Sorge trägt, dass der Patient sich wohl fühlt, Wünsche erfüllt werden und dass er beschwerdefrei ist. Gleichzeitig muss die Pflegekraft Akutsituationen bewältigen, sämtliche technische Geräte überwachen und die Angehörigen begleiten. Diese Situationen sind oftmals sehr belastend und erfordern Konzentration, Menschlichkeit und Fachwissen zugleich. (Anm. des Verfassers)

Laut Geisler gibt es eine Reihe von Abwehrmechanismen, welche sich im Pflegeteam entwickeln können und die die Beziehung zum Patienten belasten. Einerseits kann es zur vermehrten Zuwendung zu den Apparaten und dadurch zu einer „Vermeidung“ des Patienten, andererseits kann es auch zur Verleugnung kommen, welche sich durch Überspielen der belastenden Situation durch rauhen, distanzierten, unterkühlten Ton oder durch deplazierten Humor äußert. Ebenfalls ist in manchen Fällen ein emotionaler Rückzug beobachtbar, was durch hohe Aktivität und somit Überspringen depressiver oder trauriger Stimmungen gekennzeichnet ist. (Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap29_intensiv.html; 03.07.2009)

Als letzten Abwehrmechanismus gibt Geisler die Verschiebung an, welche sich beispielsweise so äußern kann, dass Pflegepersonen als größten Einzelstressfaktor nicht den Tod um sie herum, sondern das schwere Heben der Patienten angeben.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap29_intensiv.html; 03.07.2009)

Um solche Abwehrmechanismen zu vermeiden, ist es sinnvoll, dass sich jede Pflegeperson mit ihren eigenen Ängsten auseinandersetzt. Außerdem ist es von großer Bedeutung, dass sich jeder Einzelne im Behandlungsteam wohl fühlt und über seine Gedanken und Gefühle sprechen kann. Wünschenswert wären Supervisionen oder auch häufigere Teambesprechungen, in denen nicht nur Formales besprochen wird, sondern in denen Ängste, belastende Situationen und die Gefühle des Teams oder Einzelner im Team angesprochen werden können. Im Weiteren wären Fortbildungen zu dem Themenbereich Intensivstation, wie beispielsweise Burn-Out-Prophylaxe, Kommunikation im Team und mit dem Patienten, Umgang mit belastenden Situationen oder Umgang mit den eigenen Ängsten wünschenswert. (Anm. des Verfassers)

3.4 Folgen mangelnder Kommunikation auf die Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal

Wie zuletzt beschrieben gibt es sowohl Kommunikationshindernisse von Seiten der Patienten als auch von Seiten des Pflegepersonals. Durch diese Schwierigkeiten in der Kommunikation kommt es häufig zu Problemen in der Interaktion zwischen den beiden. Liedtke schreibt in ihrem Beitrag, dass die Interaktion zwischen Pflegepersonen und Intensivpatienten häufig auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet, da die Bedürfnisse von beatmeten und nicht beatmeten Patienten sehr unterschiedlich sind. Wichtig ist es vor allem, dass die primären Bedürfnisse wie etwa Durst, Hunger und Schmerz zuerst befriedigt werden müssen, bevor sich der Patient mit seiner Erkrankung und Situation auseinandersetzen kann. Intubierte Patienten können ihre Emotionen nicht auf verbalem Wege äußern und somit stauen sich die Gefühle des Patienten auf. Durch dieses Unvermögen, sich mitteilen zu können, kann es beim Patienten zu starken Frustrationsgefühlen, Angst und Unbehagen kommen. (Vgl. Liedtke, 2006:13,14)

Wenn es bei Patienten zu diesen Gefühlen kommt, ist eine Motivation zur Mitarbeit kaum möglich. Dies wiederum löst beim Pflegepersonal ebenfalls Gefühle der Frustration aus, wodurch eine Zusammenarbeit mit dem Patienten nur erschwert erreicht werden kann. Die Patienten ziehen sich zurück und die Pflegeperson verrichtet die Arbeiten, die notwendig sind, damit der Patient versorgt ist. Dies lässt sich häufig als Prozess beobachten, indem Patienten und Pflegepersonen sich immer weiter von einander entfernen. Bedingt dadurch, dass die Pflegeperson nicht weiß, was der Patient fühlt und denkt und der Patient nicht weiß, was von ihm erwartet wird und wie das Personal über ihn und seine Situation denkt, kann keine Interaktion entstehen. Eine Zusammenarbeit und eine somit positive Auswirkung auf den Genesungsprozess sind nicht möglich. (Anm. des Verfassers)

In beobachtenden Untersuchungen kristallisierte sich heraus, dass das Gesprächsverhalten von Seiten des Pflegepersonals in drei Arten eingeteilt werden kann. In erster Linie wurden Informationsgespräche geführt, danach Alltagsgespräche wie beispielsweise über das Wetter und am Schluss kamen die persönlichen Gespräche, worin es um psychische oder soziale Probleme des Patienten ging. Es wurde deutlich festgestellt, dass hauptsächlich Informationsgespräche geführt werden, und dass diese Art des Gespräches von den Pflegepersonen als zu ihrer Berufsausübung dazugehörig empfunden wird. (Vgl. Liedtke, 2006:15)

Informationsgespräche haben in der Arbeit mit dem wachen, intubierten Patienten einen hohen Stellenwert, in dem Maße, dass der Patient über medizinische und pflegerische Maßnahmen bescheid weiß. In diesem Zusammenhang hat diese Gesprächsart den Sinn, den Patienten aufzuklären und ihm somit die Angst vor notwendigen Maßnahmen reduzieren zu können. Allerdings dürfen persönliche Gespräche auf keinen Fall in den Hintergrund gedrängt werden. Denn um eine Beziehung zum Patienten aufbauen zu können, muss die Pflegeperson über seine Gedanken und Gefühle bescheid wissen und muss den Patienten in einem gewissen Maße kennen bzw. seine Reaktionen auf bestimmte Gegebenheiten einschätzen können. (Anm. des Verfassers)

Liedtke erwähnt in ihrem Beitrag, dass die emotionalen Befindlichkeiten des Patienten auch für das Personal stark belastend sind, allerdings betont sie gleichzeitig, dass das Personal nicht von der Interaktion mit dem Patienten abhängig ist, sondern in Gesprächen mit den Kollegen ihre Kommunikationsbedürfnisse stillen können. Häufig kommt es bei Patienten, die sich nicht verbal äußern können, dazu, dass sich die Kommunikation zwischen dem Personal verstärkt und der Patient dabei untergeht. Liedtke erwähnt, dass Patienten die sich verbal äußern können, mehr Zuwendung erhalten, als Patienten, welche dem Pflegepersonal verbal keine Anerkennung zukommen lassen können. (Vgl. Liedtke, 2006:16)

Jede Pflegeperson sollte sich hierbei Gedanken über die Notwendigkeit der Kommunikation mit dem wachen, intubierten Patienten machen und auch die Ziele dieser Kommunikation sollten überdacht werden. Das eigene Wohlbefinden in diesem Beruf ist natürlich nicht zu vernachlässigen, allerdings sollte dies nicht in der Form geschehen, dass der Patient dabei vernachlässigt wird. Vielmehr sollten Mittel und Wege gefunden werden, damit das Pflegepersonal unter den vorherrschenden Umständen mit Freude arbeiten kann, wie im Kapitel 3.3.2 beschrieben wurde. Die Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal kann somit nur dann funktionieren, wenn keiner der beiden Gesprächspartner frustriert ist und die Bedürfnisse beider erfüllt werden. Durch eine durchdachte und sinnvolle Kommunikation kann eine für beide Seiten befriedigende Interaktion entstehen, welche sich einerseits positiv auf den Genesungsprozess des Patienten auswirkt, andererseits das Personal zufrieden stellt, weil die Zusammenarbeit mit dem Patienten funktioniert und sie somit mit dem Patienten gemeinsam kleine und große Erfolge erleben.

(Anm. des Verfassers)

4. ERFOLGREICHE INTERAKTION DURCH KOMMUNIKATION

Das Kapitel 3. beschäftigte sich mit der Gesprächsführung auf Intensivstationen sowie mit der Situation des wachen, intubierten Patienten, dem es nicht möglich ist, auf verbalem Wege mit dem Pflegepersonal zu kommunizieren. Diesbezüglich wurde vor allem auf die Angst und die Orientierungslosigkeit näher eingegangen. Im Weiteren wurden die Kommunikationsschwierigkeiten in Zusammenhang mit dem Kommunikationsmodell von Schulz von Thun gebracht und auch die Situation und die Belastungsfaktoren des Pflegepersonals wurden beschrieben. Zum Schluss wurde auf die Folgen dieser Kommunikationsprobleme auf die Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patienten eingegangen und es folgte die Feststellung, dass nur durch sinnvolle und durchdachte Kommunikation eine befriedigende Interaktion stattfinden kann. Im folgenden Kapitel wird nun auf die Möglichkeiten effektiver Kommunikation näher eingegangen und es wird der Versuch unternommen, die Kommunikation mit dem wachen, intubierten Patienten als Prozess in den Pflegealltag zu integrieren. (Anm. des Verfassers)

4.1 Kommunikationsziele in der Intensivbetreuung

Laut Linus Geissler gibt es einige vorrangige Kommunikationsziele in der Betreuung von Intensivpatienten. Diese lauten folgend:

Setzen von Orientierungsmarken

Hierbei geht es um die Information des Patienten bezüglich des Datums und der Uhrzeit sowie über den Namen und die Funktion der einzelnen Teammitglieder. Im medizinischen Bereich sollte hierbei auch die Information über den Zweck und die voraussichtliche Dauer der Behandlung nicht fehlen.

Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und Verringerung von Ängsten

Das Selbstwertgefühl des Intensivpatienten ist häufig stark gestört und ebenso werden die Patienten häufig von Ängsten wie beispielsweise Verlust- und Trennungsängste oder Zukunfts- und Leidensängste geplagt.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Kontaktive Angebote und das Geben von Hoffnung

Das Pflegepersonal sollte präsent sein und dem Intensivpatienten dadurch Sicherheit geben. Wesentlich ist es auch, Kontakte anzubieten und nonverbale Signale zu senden und auch zu verstehen. Das Prinzip der Hoffnung ist in der Intensivbetreuung von großer Bedeutung und darf niemals vernachlässigt werden, denn selbst in der schwierigsten Situation hat jeder Mensch noch den berühmten „Funken Hoffnung“.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Gerade in Situationen, in denen dem Patienten nicht mehr auf medizinischem Wege geholfen werden kann, kann das Behandlungsteam und in diesem Falle vor allem das Pflegepersonal den Patienten in einer Form begleiten, die es ihm erleichtert, die Situation anzunehmen oder durchzustehen. Besonders durch eine einfühlsame und verständnisvolle Kommunikation können Ängste und Sorgen verringert werden und dem Patienten wird das Gefühl vermittelt, dass er in seiner Situation nicht alleingelassen wird. (Anm. des Verfassers)

4.2 Grundregeln im Gespräch mit dem Intensivpatienten

Im Umgang mit den Intensivpatienten gibt es eine Reihe von einfachen Regeln, wodurch die Ziele der Kommunikation mit dem Intensivpatienten erreicht werden können.

Den eigenen Namen nennen und den Patienten mit seinem Namen ansprechen

Hierzu äußerte sich ein ehemaliger Intensivpatient, dass jedes gesprochene Wort Gefühle der Vereinsamung und des Verlassenseins mindern und dass ein Intensivpatient kein Wort so gerne hört wie seinen eigenen Namen, denn jedem Menschen ist sein Name auf gewisse Art und Weise heilig. Wird der Patient nicht mit seinem Namen angesprochen oder wird der Name vergessen oder verwechselt, schürt dies die Angst, verwechselt zu werden. Diese Angst der Verwechslung gehört zu den Urängsten des Intensivpatienten. Wird der Patient mit seinem Namen angesprochen, so wird er als Individuum behandelt und nicht mehr als Nummer oder als Namensloser. Hierdurch kann beim Patienten wieder ein Stück Anonymität und Angst abgebaut werden. Wichtig wäre bei einer längerandauernden Intensivbehandlung ebenfalls, dass der Patient zumindest eine Bezugsperson dem Namen nach kennt.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Dem Patienten rasch notwendige Orientierungshilfen geben

Der Patient muss unmissverständlich und ruhig über Datum, Uhrzeit, Ort und Zweck der Intensivbehandlung informiert werden, denn gerade in der Atmosphäre einer Intensivstation kann das Zeitgefühl des Patienten stark gestört sein. Viele Patienten weisen Unruhezustände auf, wobei manche auf die Verwechslung von Tages- und Nachtzeit zurückzuführen sind. Diese Unruhezustände könnten durch diese einfachen Informationen vermieden werden. Ebenfalls sollten dem Patienten seine persönlichen Gegenstände wie beispielsweise die Uhr belassen werden, da dies die Orientierung ebenfalls fördert und die Abnahme aller persönlichen Gegenstände des Patienten an sich nur eine Unsitte darstellt. Im Weiteren sollte die Aufklärung über den Zweck der Intensivbehandlung so einfach wie möglich dargestellt werden, damit der Patient dies auch verstehen kann. Sehr beunruhigend ist es für Patienten, wenn sie nicht wissen, ob und in wie weit ihre Angehörigen benachrichtigt wurden. Deshalb sollte diesbezüglich unbedingt eine Information gegeben werden.

Eine einfache und verständliche Sprache benutzen

Gerade auf Intensivstationen ist die Auffassungsfähigkeit der Patienten häufig durch die Erkrankung und die Behandlung eingeschränkt und gerade in diesem Bereich kann jedes unverständliche oder missverständliche Wort intensive Angst auslösen. Es sollte selbstverständlich sein, dass beim Patientenbett wie beispielsweise bei der Visite mit dem Patienten gesprochen wird und nicht über ihn, denn das Sprechen über den Patienten, vor allem wenn er die Aussagen nicht verstehen kann, verstärkt wieder Gefühle der Angst und Isolation. Selbst wenn neben dem Bett des Patienten über ihn gesprochen wird, sollte er darüber aufgeklärt werden, damit er weiß, worüber das Behandlungsteam spricht.

Dem Patienten erklären, was geschieht und was geplant ist

Jede Maßnahme, auch die kleinste, sollte dem Patienten zumindest in groben Zügen erklärt werden. Dadurch werden Missverständnisse, Missdeutungen und vermeidbare Ängste reduziert. Es zählt zu den kommunikativen Todsünden, wenn Patienten ohne Aufklärung über Zweck und Bedeutung zu einer Untersuchung gefahren werden.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Eine positive Sprache verwenden

Häufig ist die Verfassung des Intensivpatienten durch Ängste, Depression und Resignation geprägt, daher ist jede Botschaft, die positiv formuliert werden kann, besonders wichtig. Diese Informationen müssen keinesfalls detailliert sein, sondern sollten klar und einfach formuliert werden, denn so wirken sie noch überzeugender, wie beispielsweise die Aussage „Mit dem bisherigen Verlauf bei Ihnen bin ich sehr zufrieden“ oder „Die Operation verlief gut“. Ebenso ist es wichtig, dass auch die kleinen Probleme des Patienten ernst genommen werden, da diese oft subjektiv quälender sein können, als das Hauptproblem. Vor allem das Ernst nehmen der kleinen Anliegen hat den psychologischen Effekt, dass es den Druck der größeren Probleme mindert und der Patient seine Situation möglicherweise als weniger hoffnungslos sieht.

Dem Patienten Hoffnung geben

Gerade im Intensivbereich ist alles, was die Hoffnung des Patienten stärkt, von großer Bedeutung. Fortschritte des Patienten, sind sie auch noch so klein, sollten nicht nur registriert, sondern dem Patienten auch mitgeteilt werden. Ebenso ist es wichtig, dass das Personal bei ungünstigen Verläufen oder Rückschritten seine Besorgnis nicht erkennen lässt. Der Patient benötigt während des Aufenthaltes auf der Intensivstation ein stabil und sicher wirkendes Behandlungsteam, welches im geeigneten Moment mit einer Spur Humor und Fröhlichkeit reagieren darf. Wenn es dem Patienten ein Anliegen ist, über Sinnfragen oder das Sterben und den Tod zu sprechen, sollten diese Gespräche auf keinen Fall abgewehrt werden. Bei solchen Gesprächen kommt dem Behandlungsteam die Aufgabe des aktiven Zuhörens und der Anwesenheit zu.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Diese Grundregeln der Kommunikation lassen sich bei wachen Intensivpatienten sehr gut durchführen. Beim wachen, intubierten Patienten allerdings muss die Überlegung getroffen werden, auf welchem Wege er seine Bedürfnisse, Gedanken und Ängste mitteilen kann, da er nicht in der Lage ist, ein Gespräch mit dem Arzt oder der Pflegeperson zu führen. Hierbei ist noch mehr Engagement und Einfühlungsvermögen sowie Flexibilität und Kreativität gefragt, um eine Kommunikation mit dem Patienten herzustellen, die seinen Bedürfnissen gerecht wird. (Anm. des Verfassers)

4.3 Möglichkeiten der Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten

Der Kommunikation im Pflegebereich wird eine große Bedeutung zugeschrieben. Hierbei geht es vor allem um die Gesprächsführung in der verbalen Kommunikation zwischen Patienten und Pflegeperson. Die Kommunikation dieser beiden Gesprächspartner ist allerdings über fünf Wege möglich, wobei der häufigste das gesprochene Wort ist. Ebenfalls zählen die Schrift, der Hautkontakt, Symbole und die Mimik zu den Kommunikationswegen.

Für den wachen intubierten, also nicht sprechfähigen Intensivpatienten spielt vor allem die schriftliche Kommunikationsform eine große Rolle. Hierbei genügt eine Schreibtafel und ein Filzstift oder beispielsweise eine Kreide. Der Nachteil bei dieser Art der Kommunikation ist der Zeitaufwand, der durch das Zureichen des Materials, das Schreiben lassen und das Entziffern des Geschriebenen in etwa zwischen 5 – 9 Minuten beträgt. Kommunikationstafeln stellen ebenfalls eine Erleichterung der Kommunikation zwischen dem sprechunfähigen Patienten und dem Pflegepersonal dar. Diese Tafeln enthalten wichtige Bedürfnisse des Patienten, und sind durch Fingerhinweise auf das Wort „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Selbst wenn ein Patient sprechunfähig und bewegungsunfähig ist, kann eine Kommunikation stattfinden, indem beispielsweise durch Blinzeln mit den Augen Antwort gegeben wird. Hier wird mit dem Patienten ausgemacht, dass ein einmaliges Blinzeln „Ja“ und ein zweimaliges Blinzeln „Nein“ bedeutet, wobei in dieser Situation selbstverständlich nur geschlossene Fragen gestellt werden können.

(Vgl. http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html; 01.07.2009)

Weitere Kommunikationshilfsmittel im Umgang mit dem wachen, beatmeten Patienten stellen Buchstabentafeln oder elektronische Kommunikationshilfsmittel dar, wobei vor dem Einsatz geklärt werden muss, ob der Patient lesen oder schreiben kann und ob er, wenn es sich um einen ausländischen Patienten handelt, die deutsche Sprache überhaupt versteht. Im Weiteren ist zu klären, ob der Patient Brillenträger ist oder ein Hörgerät besitzt. (Vgl. Larsen, 2004:1107)

Beim Einsatz von Kommunikationshilfsmitteln sind natürlich der eigenen Phantasie keine Grenzen gesetzt, so wäre es beispielsweise möglich, Symbolkärtchen zusammenzustellen, wobei der Patient der Pflegeperson lediglich das richtige Kärtchen zeigen muss. Zu beachten ist wie Larsen schon erwähnte, dass die Kommunikationshilfsmittel je nach Zustand des Patienten zu wählen sind. Deutlich wird, dass nicht nur die verbale Kommunikation einen hohen Stellenwert in der Intensivpflege hat, sondern ebenfalls nonverbalen Kommunikationswegen eine große Bedeutung zukommt. Werden dem Patienten verschiedene Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation angeboten, fühlt sich auch dieser Patient ernst genommen und es wird ihm das Gefühl vermittelt, dass seine Bedürfnisse und Wünsche für das Pflegepersonal wichtig sind.

Durch den gezielten und sinnvollen Einsatz der erwähnten Kommunikationshilfsmittel kann die Interaktion zwischen dem Intensivpatienten und dem Pflegepersonal erheblich verbessert werden, da die größte Barriere, die Kommunikationsschwierigkeiten, überwunden sind und somit auch der sprechunfähige Patient in der Lage ist, seine Wünsche zu äußern, was eine Zusammenarbeit mit der Pflegeperson deutlich erleichtert. Natürlich wird in der Kommunikation mit dem wachen beatmeten Patienten viel Einfühlungsvermögen, Zeit und Geduld von Seiten des Pflegepersonals gefordert, wobei hierbei bedacht werden muss, dass durch eine gute Zusammenarbeit mit dem Patienten und somit einer gelungenen Interaktion der Genesungsprozess des Patienten gefördert werden kann und Gefühle der Angst, Einsamkeit und Hilflosigkeit vermindert werden können. (Anm. des Verfassers)

Selbst wenn ein Intensivpatient nicht in der Lage ist, ein Gespräch auf verbale Art und Weise zu führen, kann er dies auf nonverbalem Wege tun. Folgendes Zitat ist für die Kommunikation mit Intensivpatienten sehr passend: *„Ein gutes Gespräch kann ein Geschenk sein, kann wie ein rettender Strohhalm wirken, kann neue Perspektiven eröffnen und Ordnung in chaotische Seelenzustände bringen.“* (Specht-Tomann, Tropper, 2007:97)

4.4 Datenerhebung mittels Fragebogen

Im Kapitel 4.4 sollen mit qualitativen Hilfsmitteln Resultate erarbeitet werden, um einerseits die Aufmerksamkeit, das Thema Kommunikation betreffend, zu erhöhen und um andererseits Ausgangswerte zu erhalten, die eine weitere Auseinandersetzung des Teams mit diesem Thema ermöglichen.

4.4.1 Zur Entstehung des Fragebogens

Durch die Beschäftigung mit dem Thema Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten stellte sich dem Verfasser die Frage, wie viel Interesse das Pflegepersonal auf Intensivstationen an diesem Thema hat bzw. wie viel Wissen über Kommunikationsmöglichkeiten mit dem beatmeten bzw. intubierten Patienten sowie den Einsatz von Kommunikationshilfsmitteln vorhanden ist, da in der Praxis häufig auffällt, dass die Kommunikation mit diesen Patienten in den Hintergrund gerät und viele Patienten nach dem Erwachen aus dem künstlichen Tiefschlaf Verwirrheitszustände aufweisen und häufig zeitlich und örtlich desorientiert sind. Im Weiteren sollte festgestellt werden, wie viel Bereitschaft vorhanden ist, die Kommunikation auf der Intensivstation als Prozess mittels Pflegediagnose in den Arbeitsalltag zu integrieren, da seit einiger Zeit für viele Bereiche wie beispielsweise die Haut, die Körperpflege und die Lagerung Pflegediagnosen erstellt und ausgeführt werden. Somit wurde ein Fragebogen mit sechs Fragen erstellt, um die Bedeutung der Kommunikation mit dem Patienten fürs Personal hervorzuheben und um die befragten Personen zu Diskussionen und Selbstreflexion, dieses Thema betreffend, anzuregen.

Zur Befragung wurde eine interne Intensivstation mit 22 Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern, mit Abzug der Personen, welche sich derzeit in Karenz befinden, herangezogen. Der Zeitraum der Befragung erstreckte sich über vier Wochen, in denen das Personal Zeit hatte, sich mit der Beantwortung des Fragebogens zu beschäftigen. Der verwendete Fragebogen wurde in Anlehnung an einen Fragebogen der Psychologie zum Themenbereich der Kommunikation erarbeitet, welcher von Bühler et al. erstellt wurde. Von 22 Personen füllten 18, dies entspricht einer Rücklaufquote von 81,8%, den Fragebogen aus. Die befragten Personen sind zwischen 21 und 50 Jahre alt und zwischen 8 Monaten und 20 Jahren auf der Intensivstation tätig.

4.4.2 Hypothese des Verfassers

Der Verfasser, welcher selbst auf der ausgewählten Intensivstation tätig ist, machte sich im Vorfeld Gedanken darüber, welche Resultate bei den einzelnen Fragen erzielt werden würden. Es wird angenommen, dass das Personal die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten als weniger wichtig bis wichtig einstufen würde. Im Weiteren wurde davon ausgegangen, dass mehr als 50% der Befragten keinen Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und dem Genesungsprozess des Patienten sehen. Bei der Frage, ob Kommunikationsprobleme die Interaktion zwischen Patienten und dem Pflegepersonal erschweren, ging der Verfasser davon aus, dass mehr als 80% der Teilnehmer an der Befragung mit Ja antworten würden. Weiters wurde angenommen, dass die Befragten bei der Frage nach den Ursachen von Seiten der Pflege für Kommunikationsprobleme hauptsächlich Stress und Zeitmangel angeben würden.

Bei der Frage, wie die Integration der Kommunikation als Prozess mittels Pflegediagnose in den Arbeitsalltag bewertet wird, war der Verfasser der Ansicht, dass mehr als 90% die Prozessgestaltung der Kommunikation als unwichtig bis weniger sinnvoll einstufen würden. Als letzte Frage, welche sich damit beschäftigte, welche Kommunikationshilfsmittel dem Personal bekannt sind, ging der Verfasser davon aus, dass die Buchstabentafel, die Schreiftafel sowie das Lippenlesen am häufigsten genannt wird.

Nach Beendigung der Befragung wurde mit Hilfe von Gesprächen mit den befragten Personen festgestellt, dass einige der Befragten die Frage 4, in der es um die Ursachen von Seiten der Pflege für Kommunikationsprobleme ging, nicht sofort verstanden haben und somit Diskussionen im Team entstanden. In den Ergebnissen jedoch fand sich keine falsche Interpretation der formulierten Frage. Die restlichen Fragen wurden vom Personal als klar und unmissverständlich angesehen. Zwei der befragten Personen sagten, dass sie durch die Teilnahme an der Befragung das erste Mal über das Thema Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten nachgedacht hätten, da laut ihrer Aussage aufgrund der vielen Aufgabengebiete bisher wenig Zeit blieb, um dieses Thema tiefgreifender zu behandeln.

4.4.3 Auswertung der Befragungsergebnisse

Der Fragebogen wird im Anhang 1 in seiner Gesamtheit wiedergegeben. Zum besseren Verständnis sind die einzelnen Fragen noch einmal angeführt, die Ergebnisse grafisch dargestellt und interpretiert.

Frage 1

Wie würden Sie persönlich die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten im Intensivbereich einschätzen?

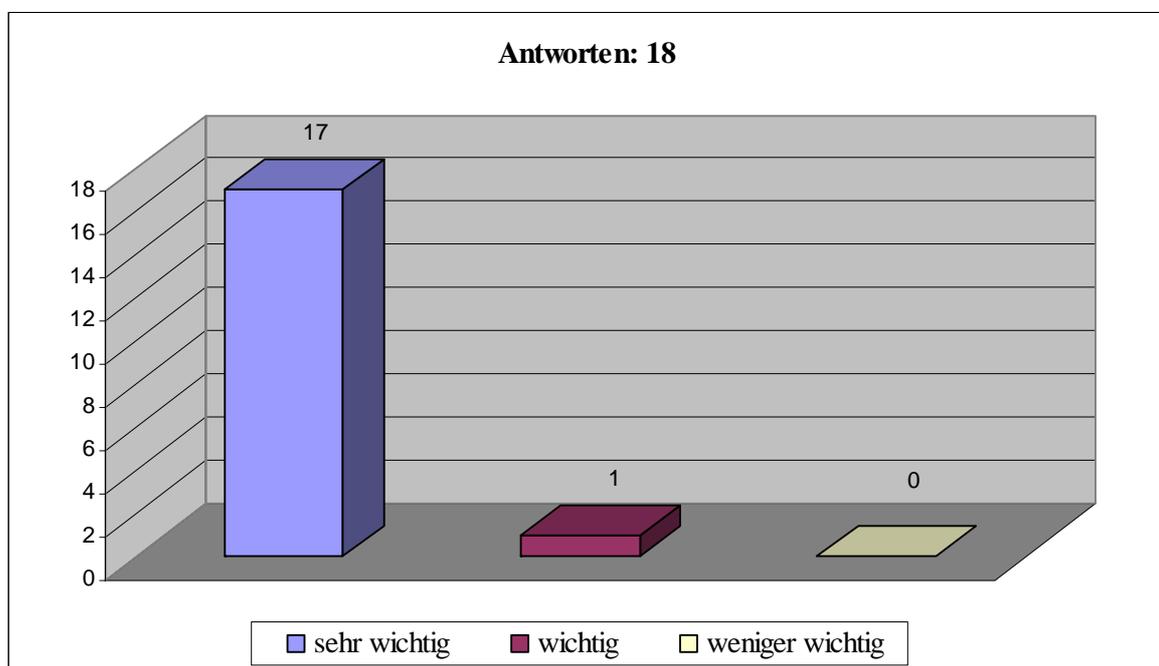


Abb. 1: Ergebnis zur Frage 1

Quelle: 2009, eigene Darstellung des Verfassers

Von insgesamt 18 befragten Personen gaben 17 (94,4%) an, dass ihnen die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten sehr wichtig ist. 1 Person (5,5%) stuft die Kommunikation mit diesen Patienten als wichtig ein und keiner der Befragten schätzte die Kommunikation als weniger wichtig ein. (Anm. des Verfassers)

Frage 2

Besteht Ihrer Meinung nach ein Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und dem Genesungsprozess des Patienten?

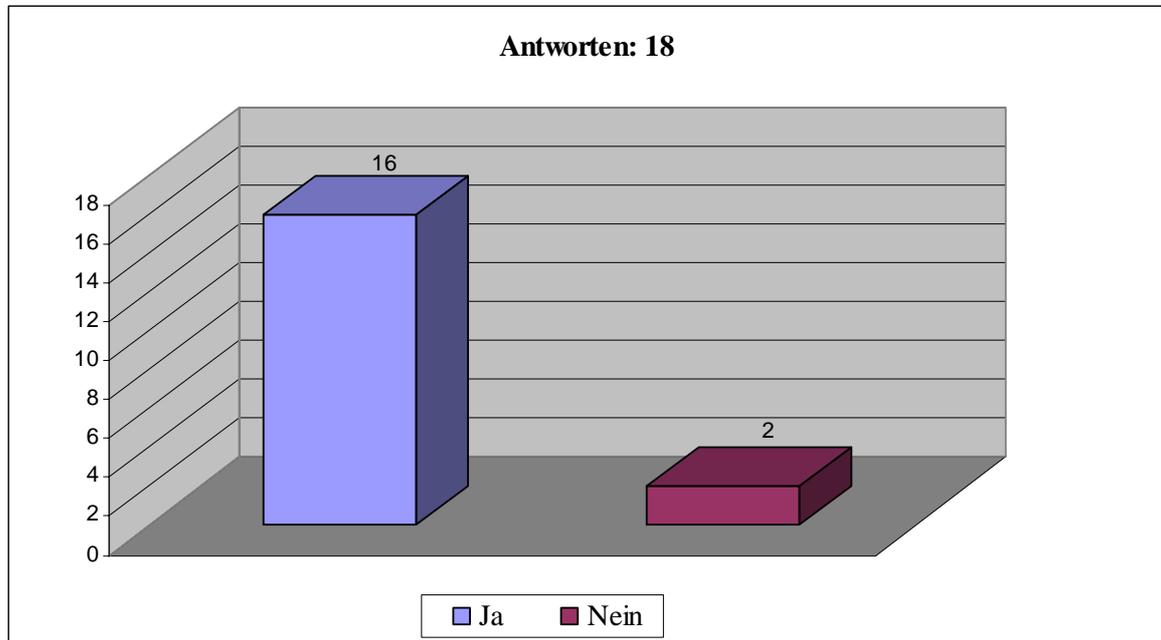


Abb. 2: Ergebnis zur Frage 2

Quelle: 2009, eigene Darstellung des Verfassers

Von insgesamt 18 befragten Personen gaben 16 (88,8%) an, dass ihrer Meinung nach ein Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und dem Genesungsprozess des Patienten besteht. 2 Personen (11,1%) verneinen dies. (Anm. des Verfassers)

Frage 3

Erschweren diese Kommunikationsprobleme die Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal?

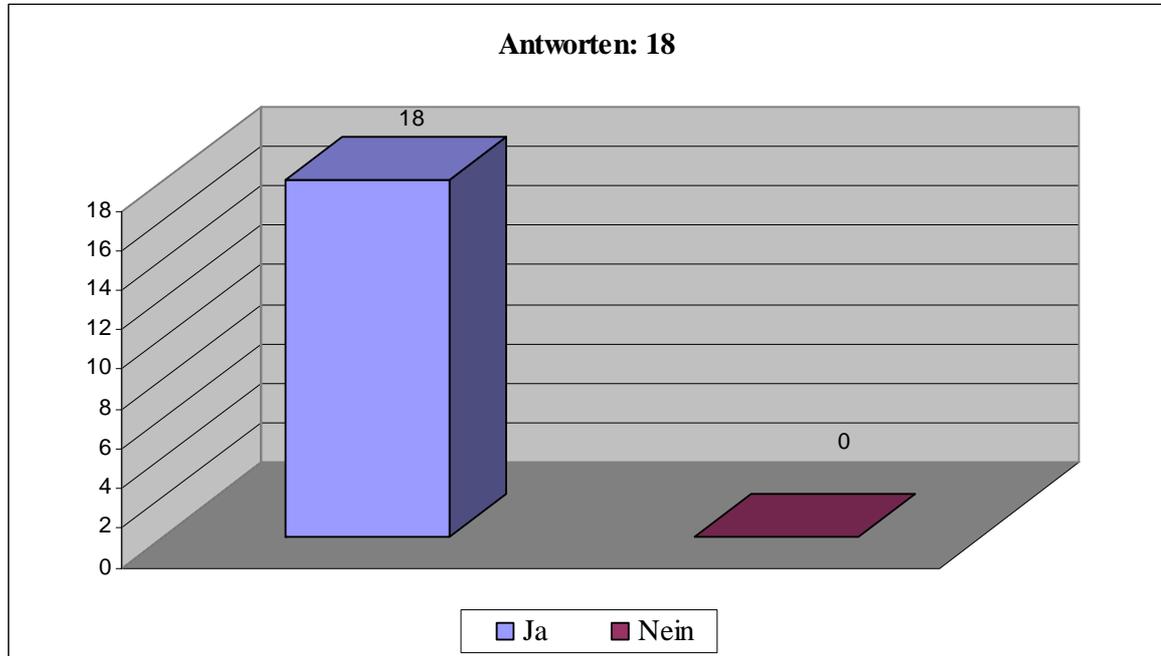


Abb. 3: Ergebnis zur Frage 3

Quelle: 2009, eigene Darstellung des Verfassers

Von den 18 Pflegepersonen, welche an der Befragung teilnahmen, gaben 18 Personen, das entspricht 100% an, dass Kommunikationsprobleme die Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal erschweren. (Anm. des Verfassers)

Frage 4

Welche Ursachen von Seiten der Pflege führen Ihrer Meinung nach zu Kommunikationsproblemen und dadurch zu einer gestörten Interaktion?

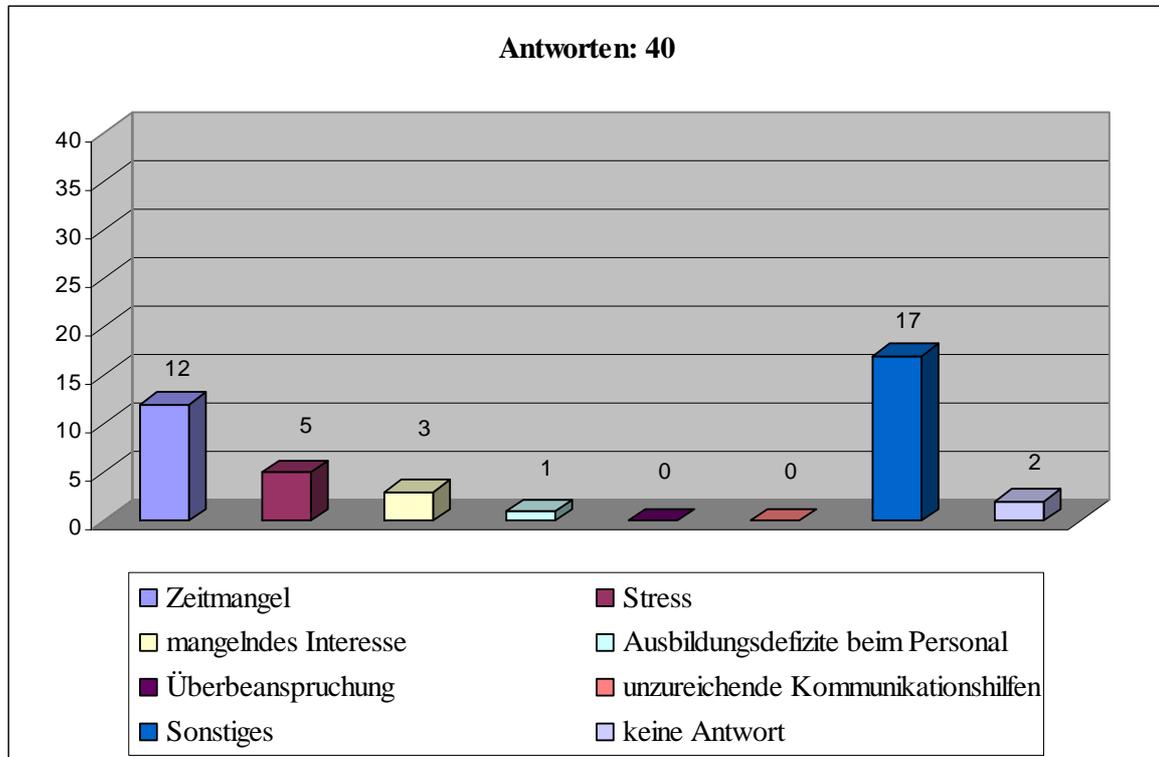


Abb. 4: Ergebnis zur Frage 4

Quelle: 2009, eigene Darstellung des Verfassers

Insgesamt wurden von den 18 befragten Personen 40 Antworten abgegeben, wobei Zeitmangel mit 12 Nennungen und Stress mit 5 Nennungen als die häufigsten Ursachen von Seiten der Pflege für Kommunikationsprobleme angesehen wurden. Mangelndes Interesse an der Kommunikation wurde von drei Personen erwähnt und Ausbildungsdefizite beim Personal wurden nur einmal genannt. Die Items der unzureichenden Kommunikationshilfen und die Überbeanspruchung wurden als Ursachen für Kommunikationsprobleme nicht erwähnt. Zwei Personen ließen diesen Punkt der Befragung ganz aus. Unter dem Punkt „Sonstiges“ in der Grafik wurden von den Befragten 17 Ursachen genannt, welche vom Verfasser nicht in die vorgegebenen Kategorien eingeordnet werden konnten. Mehrfachnennungen wurden hier berücksichtigt. (Anm. des Verfassers)

Frage 5

Wie würden Sie die Integration der Kommunikation als Prozess mittels Pflegediagnose in den Arbeitsalltag bewerten?

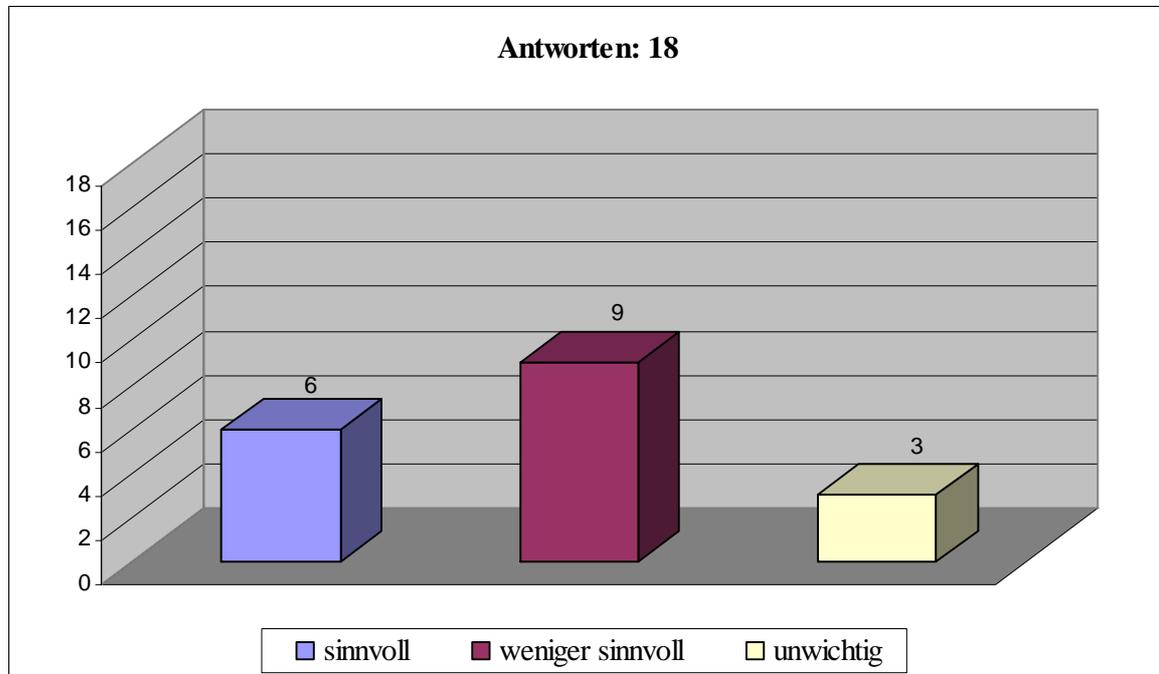


Abb. 5: Ergebnis zur Frage 5

Quelle: 2009, eigene Darstellung des Verfassers

Von 18 Personen, welche im Rahmen dieser Abschlussarbeit befragt wurden, erachten 6 Personen (33,3%) die Integration der Kommunikation als Prozess mittels Pflegediagnose in den Arbeitsalltag als sinnvoll, 9 Personen (50%) stufen die Integration als weniger sinnvoll eine und 3 Personen (16,6%) erachten die Kommunikation als Prozessgestaltung als unwichtig. (Anm. des Verfassers)

Frage 6

Sind Ihnen Kommunikationshilfsmittel im Umgang mit dem wachen, beatmeten bzw. intu-
bierten Patienten bekannt und wenn ja, welche?

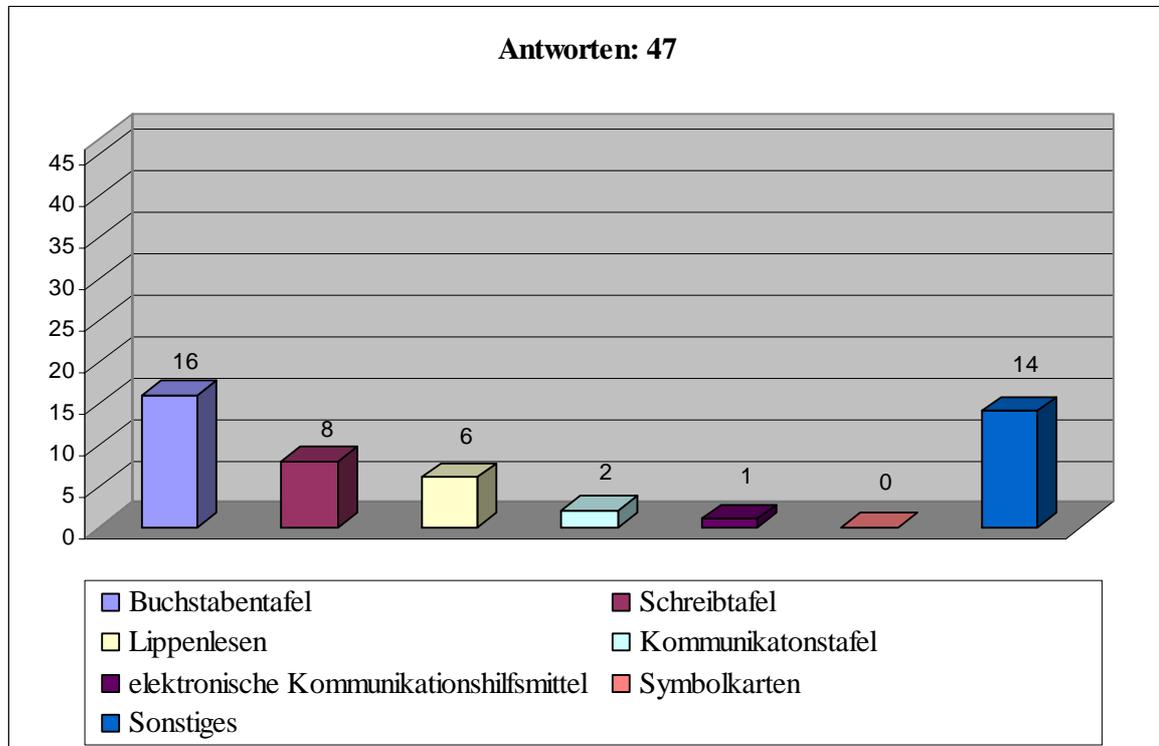


Abb. 6: Ergebnis zur Frage 6

Quelle: 2009, eigene Darstellung des Verfassers

Bei der Befragung wurden von den 18 Personen insgesamt 47 Antworten abgegeben. Von 16 Personen wurde die Buchstabentafel als Kommunikationshilfsmittel genannt, gefolgt von der Schreibtafel und dem Lippenlesen. Die Kommunikationstafel wurde nur zweimal als Kommunikationshilfsmittel genannt und nur eine Person erwähnte die elektronischen Kommunikationshilfsmittel. Die Symbolkarten wurden bei dieser Befragung nicht erwähnt. Unter dem Punkt Sonstiges in dieser Grafik wurden von den befragten Personen 14 Kommunikationshilfsmittel genannt, welche vom Verfasser nicht in die vorgegebenen Hilfsmittel eingeordnet werden konnten. Mehrfachnennungen wurden hier berücksichtigt. (Anm. des Verfassers)

4.4.4 Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen der Hypothese und den Befragungsergebnissen

Bei den Ergebnissen der Befragung kann zusammengefasst festgestellt werden, dass die Fragen 3, 4 und 6 mit der Hypothese des Verfassers übereinstimmen. Bei der Frage 1 stufen die befragten Personen die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten zu 94,4% als sehr wichtig ein, wobei der Verfasser davon ausging, dass die Mehrzahl der Pflegepersonen diese Thematik als weniger wichtig bis wichtig einstufen würden. Die Frage 2 zeigte deutlich, dass die Mehrheit der befragten Personen (88,8%) der Meinung sind, dass ein Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und dem Genesungsprozess des Patienten besteht, wobei der Hypothese des Verfassers nach mehr als 50% einen Zusammenhang verneinen würden. Bei der Frage 5 war der Verfasser der Ansicht, dass mehr als 90% der befragten Personen die Prozessgestaltung der Kommunikation als unwichtig bis weniger sinnvoll betrachten würden. Tatsächlich erachten 33,3% der befragten Pflegepersonen die Integration der Kommunikation mittels Pflegediagnose in den Arbeitsalltag als sinnvoll, wobei speziell auf dieses Ergebnis im nächsten Kapitel noch näher eingegangen wird.

5. KOMMUNIKATION ALS PLANBARER PROZESS IN DER INTENSIVPFLEGE

Als Pflegeprozess wird die an den ganzheitlichen Bedürfnissen des Menschen orientierte, laufend angepasste und systematische Pflege bezeichnet, wobei sich dabei zwischen dem Patienten und dem Pflegepersonal eine Beziehung entwickelt, welche auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet ist. Durch die Ausübung des Pflegeprozesses entsteht eine ganzheitliche, organisierte und individuelle Pflege.

(Vgl. <http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeprozess>; 27.08.2009)

Durch die professionelle Planung der Pflege kann die Qualität in der Ausübung des Pflegeberufes verbessert werden und es kommt zur Transparenz pflegerischen Handelns, wodurch Vergleiche angestellt werden können. Dies wiederum kann eine Verbesserung der Pflege bewirken. Erst durch eine strukturierte Planung und Durchführung der Pflege ist eine Forschung und somit Weiterentwicklung in diesem Bereich möglich. Aus Sicht des Verfassers unterstreicht die Ausübung des Pflegeprozesses die Professionalität der Pflege und es wird dadurch deutlich, dass die Pflege eine eigenständige Disziplin ist, welche nicht nur den Anordnungen anderer Berufsgruppen nachkommt, sondern die einen eigenständigen Aufgabenbereich in der Versorgung von Menschen umfasst. (Anm. des Verfassers)

5.1 Integration in den Pflegealltag

Bei der täglichen Arbeit mit der Erstellung von Pflegediagnosen sowie der Durchführung der Maßnahmen wirft sich dem Verfasser, durch die Beschäftigung mit der Thematik Kommunikation, die Frage auf, ob die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten überhaupt planbar ist und ob die Prozessgestaltung sich auf die Planung mittels Pflegediagnose beziehen muss. Beispielsweise bei der Körperpflege des Intensivpatienten gibt es Standards bzw. Richtlinien und immer wieder taucht der Satz „nach Art des Hauses“ auf. Die Kommunikation mit Intensivpatienten ist jedoch nach Annahme des Verfassers sehr individuell und kann somit nur schwer geplant werden. Durch die Beantwortung des Fragebogens war außerdem ersichtlich, dass die Umsetzung der Kommunikation als Prozess mittels Pflegediagnose nur von 33,3% der befragten Personen als sinnvoll erachtet wurde. Auf die Schwierigkeiten in der Umsetzung der geplanten Pflegediagnosen wird im weiteren Verlauf dieser Abschlussarbeit noch näher eingegangen.

(Anm. des Verfassers)

5.2 Mögliche Formulierungen von Pflegediagnosen

In diesem Abschnitt soll versucht werden, zwei Pflegediagnosen zu planen, welche sich in der Praxis auf den wachen, intubierten bzw. beatmeten Patienten umsetzen lassen.

Die im Anschluss folgenden Pflegediagnosen wurden aufgrund mangelnder Patientenressourcen theoretisch geplant.

Fiktiver Ausgang bei der Planung ist ein fünfzigjähriger Patient, der nach dem künstlichen Tiefschlaf erwacht ist und aufgrund des Tubus nicht in der Lage ist, sich verbal zu äußern. Der Patient ist allerdings in der Verfassung, dass er keine körperlichen oder neurologischen Defizite aufweist. Der Patient wirkt unruhig und deutet mit den Händen, da er sich nicht verbal mitteilen kann. (Anm. des Verfassers)

5.2.1 Kommunizieren, verbal, beeinträchtigt

Pflegediagnose 2.1.1.1 nach der Nanda-Taxonomie

„Definition: Der Zustand, bei dem ein Patient eine verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit hat, Sprache in der zwischenmenschlichen Kommunikation zu gebrauchen oder zu verstehen.“ (Stefan, Allmer, et al, 2000:283)

Ätiologie (mögliche Ursachen): Physische Hemmnisse durch Intubation

Symptome (Merkmale, Kennzeichen): Patient kann nicht sprechen

Ziele:

- Der Patient versteht mitgeteilte Instruktionen und Informationen
- Der Patient eignet sich eine Kommunikationsform an, mit der Gefühle und Bedürfnisse nonverbal mitgeteilt werden können

Maßnahmen:

- Kommunikation so klar wie möglich und mit einfachen Wörtern. Einsatz von nonverbalen Kommunikationshilfsmitteln (Schreibtafel und Symbolkarten)
- Dem Patienten für seine Antworten genügend Zeit lassen und eine ruhige, ungestresste Haltung vermitteln.
- Dokumentation von erfolgreichen Kommunikationsmethoden
- Information über individuelle Behandlungsmethoden

(Vgl. Stefan, Allmer, et al, 2000:283-286)

5.2.2 Bewältigungsformen des Betroffenen, ungenügend

Pflegediagnose 5.1.1.1. nach der Nanda-Taxonomie

„Definition: Herabgesetzte Fähigkeit des Patienten, den täglichen Anforderungen des Lebens zu genügen und/oder eine herabgesetzte Problemlösungsfähigkeit.“

(Stefan, Allmer, et al, 2000:430)

Ätiologie (mögliche Ursachen): Situationsbedingte Krise, Ungewissheit

Symptome (Merkmale, Kennzeichen): Änderung der gewohnten Kommunikationsmuster

Ziele:

- Richtige Einschätzung der momentanen Situation
- Der Patient akzeptiert Unterstützung von außen

Maßnahmen:

- Geben von Strukturierungshilfen in Form eines Tagesplanes
- Abläufe und Ereignisse auf einfache und präzise Weise erklären
- Für eine ruhige und angstfreie Umgebung sorgen
- Vertraute und benötigte Gegenstände in Reichweite stellen

(Vgl. Stefan, Allmer, et al, 2000:430-432)

5.2.3 Schwierigkeiten in der Ausführung

Die von Stefan und Allmer herausgenommenen Pflegediagnosen lassen sich nach Ansicht des Verfassers eher mit Grundregeln in der Gesprächsführung bzw. im Umgang mit dem wachen, beatmeten Intensivpatienten als mit praktisch umsetzbaren Maßnahmen vergleichen. In der Praxis wäre es sinnvoller, Maßnahmen wie den Einsatz von Kommunikationshilfsmitteln oder anderen nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten zu planen und umzusetzen. Weiters würde sich bei der Planung einer Pflegediagnose die Evaluation schwierig gestalten, welche in etwa jeden 4. bis 6. Tag erfolgen sollte. Sobald sich der Zustand des Patienten verbessert oder verschlechtert, verändern sich die Ressourcen bezüglich der Kommunikationsfähigkeit. So müsste die Pflegediagnose häufig täglich evaluiert und die Maßnahmen an den Zustand des Patienten neu angepasst werden. (Anm. des Verfassers)

Da im Rahmen dieser Arbeit die praktische Anwendung einer Pflegediagnose, die Kommunikation betreffend, nicht durchgeführt werden konnte, kann nicht gesichert gesagt werden, ob die Kommunikation als planbarer Prozess in der Pflege gestaltet werden kann. In der theoretischen Ausarbeitung dieser Thematik bzw. durch die Beschäftigung mit dem Thema Kommunikation kam der Verfasser zu der Ansicht, dass die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten sehr wohl in die Pflege integriert werden muss, allerdings nicht als geplante Pflegediagnose. (Anm. des Verfassers)

5.3 Zukunftsperspektiven in der Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten

Der hohe Stellenwert der Kommunikation in der Pflege des Intensivpatienten ist unumstritten. Als Zukunftsvision besteht der Wunsch, dass jede Pflegeperson sich der Bedeutung der Kommunikation mit dem wachen, intubierten Patienten und den Auswirkungen mangelnder Kommunikation auf die Interaktion zwischen Patient und Pflegeperson bewusst wird. Die Eigeninitiative zur themenspezifischen Weiterbildung ergibt sich aus dieser Bewusstwerdung von selbst. Sinnvoll wäre diesbezüglich das Angebot an Fortbildungen, welche vor allem auf verschiedene Kommunikationshilfsmittel und den Einsatz derer ausgerichtet sind. Jedem Patienten, dem es nicht möglich ist, verbal zu kommunizieren, sollten verschiedenste Kommunikationsmöglichkeiten angeboten werden, dies ist natürlich nur möglich, wenn die benötigten Hilfsmittel vorhanden sind und das Personal mit dem Umgang vertraut ist. Eine weitere Vision ist, dass neben der Buchstabentafel oder der Schreiftafel zumindest ein Sprachcomputer auf jeder Intensivstation vorhanden ist, da durch diese Technologie die nonverbale Kommunikation deutlich verbessert werden könnte.

Die Kommunikation auf der Intensivstation sollte täglich in den Pflegealltag einfließen. Kommunikation gekoppelt an geplante Pflegemaßnahmen sollte vermieden werden. Das Pflegepersonal sollte das eigene Verhalten und Handeln ständig überdenken und reflektieren und dies kann nur geschehen, in dem die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten thematisiert wird und jedem bewusst wird, dass durch eine gute Zusammenarbeit mit dem Patienten der Genesungsprozess gefördert werden kann und somit der Patient, aber auch das Pflegepersonal Zufriedenheit erfährt. (Anm. des Verfassers)

6. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Die Abschlussarbeit beschäftigt sich mit der Kommunikation in der Intensivpflege mit dem besonderen Augenmerk auf den wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten. Die verbale Kommunikation ist für gesunde Menschen in ihrem Alltag selbstverständlich. Niemand könnte es sich vorstellen nicht miteinander zu kommunizieren. Außerdem ist die Kommunikation und somit das Zwischenmenschliche lebensnotwendig. Laut Paul Watzlawick kann man nicht nicht kommunizieren, da Kommunikation schon stattfindet, wenn sich zwei Personen wahrnehmen. Somit findet auch zwischen dem wachen, intubierten Patienten und der Pflegeperson Kommunikation statt, auch wenn der Patient nicht in der Lage ist, sich verbal mitzuteilen.

Die Intensivstation stellt einen Ort dar, an dem höchster Bedarf an Kommunikation herrscht, der gleichzeitig ein Bereich mit den meisten Kommunikationshindernissen ist. Durch die Einwirkung von Medikamenten, die Erkrankung selbst sowie durch Intubation und Beatmung ist es vielen Patienten nicht möglich, ihre Gefühle und Bedürfnisse verbal zu äußern. Des Weiteren kommt es durch falsches Verstehen und durch die Wahl von fachspezifischen Begriffen häufig zu Kommunikationsstörungen, welche von Friedemann Schulz von Thun als Sender-Empfänger-Problem bezeichnet werden. Die Kommunikation von Seiten der Pflegeperson besteht häufig aus Informationen und Aufforderungen, die Kommunikation spielt sich somit meist auf der Sachebene ab. Die Beziehungs- sowie die Appellebene kommen in der Betreuung von Intensivpatienten zu kurz und dies führt zu Störungen in der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patienten.

Durch den Mangel an Kommunikation kommt es beim Patienten zu Gefühlen der Angst, des Unbehagens und der Frustration, da sich der Patient unverstanden fühlt. In dieser Situation ist es sehr schwierig, den Patienten zur Mitarbeit zu motivieren, deshalb kommt es ebenfalls beim Personal zu Frustrationsgefühlen. Unter diesen Voraussetzungen ist eine funktionierende Interaktion der beiden Partner nicht möglich und der Aufbau einer für beide notwendigen Beziehung zueinander ausgeschlossen. Weder die Bedürfnisse des Patienten, noch jene der Pflegekraft können somit erfüllt werden, der Patient leidet unter Angstzuständen und Orientierungslosigkeit und die Pflegeperson verrichtet die notwendigen Arbeitsschritte. Der Patient ist zwar versorgt, aber nicht umsorgt. In diesem Prozess entfernen sich die Pflegekraft und der Patient immer weiter voneinander.

Durch die Erstellung eines Fragebogens bezüglich der Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten wurde deutlich, dass dem Personal die Kommunikation mit diesen Patienten als wichtig erscheint und dass auch ein Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und dem Genesungsprozess des Patienten sowie der Interaktion zwischen Personal und Patienten gesehen wird. Zeitmangel und Stress wurden von den befragten Personen als die häufigsten Ursachen für Kommunikationsprobleme von Seiten der Pflege angesehen. Die Buchstabentafel wurde als Kommunikationshilfsmittel am häufigsten genannt, die elektronischen Hilfsmittel sowie die Kommunikationstafel und die Symbolkarten wurden kaum bis gar nicht erwähnt. Die Planung der Kommunikation als Prozess im Arbeitsalltag wurde von zwei Drittel als weniger sinnvoll bis unwichtig eingestuft.

Es kann nicht gesichert angenommen werden, dass die Kommunikation in der Pflege als planbarer Prozess mittels Pflegediagnose umgesetzt werden kann. In der Praxis konnte der Versuch der Umsetzung einer Pflegediagnose aufgrund mangelnder Patientenressourcen nicht durchgeführt werden. Bei der theoretischen Beschäftigung mit diesem Thema kristallisiert sich heraus, dass es sinnvoll ist, die Kommunikation in den Pflegealltag zu integrieren. Sie sollte täglich und bei jedem Kontakt mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten angewendet werden. Die Planung der Kommunikation mittels Pflegediagnose wird als weniger sinnvoll erachtet, wobei sich dies rein auf die theoretischen Überlegungen stützt. Durch die fehlende praktische Anwendung kann nicht beantwortet werden, ob die Prozessgestaltung mit Hilfe einer Pflegediagnose die Interaktion zwischen der Pflegeperson und dem Personal verbessern würde.

Zusammenfassend wurde die erste Forschungsfrage vollständig beantwortet. Die zweite Forschungsfrage konnte aufgrund mangelnder Patientenressourcen nur teilweise beantwortet werden, bildet allerdings den ersten Baustein für einen Entwicklungsprozess, welcher im Kapitel 7. näher beschrieben wird. Besonders im Intensivbereich ist darauf zu achten, dass mit Menschen und nicht mit Erkrankungen und technischen Geräten gearbeitet wird. Wenn das Pflegepersonal auf Intensivstationen darüber nachdenkt, wie wichtig die Kommunikation für gesunde Menschen ist, dann wird vielleicht ansatzweise deutlich, welche Bedeutung der Kommunikation bei kranken oder beeinträchtigten Menschen zukommt. Es liegt an jedem Einzelnen, sein Verhalten und Handeln im täglichen Arbeitsalltag zu reflektieren und zu überdenken...

7. AUSBLICK UND ZUKUNFTSVISIONEN

Aufgrund der Beschäftigung mit der Thematik Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten hat der Verfasser sein eigenes Handeln im Umgang mit Intensivpatienten reflektiert und überdacht. Durch die Erarbeitung des Fragebogens wurde das Team der 2. Medizinischen Intensivstation ebenfalls zur Diskussion bezüglich des Themas Kommunikation angeregt. Eine Zukunftsvision wäre, dass diesem Thema mehr Wertschätzung entgegengebracht wird und dass es zu einer Bewusstwerdung kommt, wie bedeutend die Kommunikation einerseits für den Patienten und seine Genesung, andererseits für die Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten ist. Die Befragungsergebnisse werden dem Team im Rahmen einer Dienstbesprechung vorgestellt, um eine weitere Diskussion auszulösen bzw. auftretende Fragen zu beantworten.

Für die Zukunft wäre es dem Verfasser ein Anliegen, dass an diesem Thema stationsintern weitergearbeitet wird. Es soll der Versuch unternommen werden, mit den Kollegen eine eigene Pflegediagnose zu erstellen und in der Praxis anzuwenden. Eine weitere Vision ist, dass die derzeitige Kommunikation mit dem Patienten verbessert wird, in dem Kommunikationshilfsmittel angeschafft und eingesetzt werden und das Personal diesbezüglich geschult wird. In diesem Rahmen sollten auch interne Fortbildungen zum Thema Kommunikation angeboten und besucht werden.

Die Kommunikation auf der 2. Medizinischen Intensivstation sollte von einem planbaren zu einem automatischen Prozess werden, sodass die Kommunikation mit dem Patienten und nicht über ihn stattfindet. Diese Abschlussarbeit hat in den Augen des Verfassers ihren Sinn gefunden, wenn sie eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema bewirkt und somit in erster Linie für den Patienten, aber auch für das Personal etwas verändert und verbessert.

8. LITERATURVERZEICHNIS

BEHRENS, Johann (Hsg), LIEDTKE, Anne Kathrin (2006): Kann der beatmete Patient aktiv kommunizieren? in Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 5. Jahrgang, Heft 1, Halle/Saale.

LARSEN, Reinhard (2004): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege, 6. Auflage, Berlin, Heidelberg, Springer Verlag.

MENCHE, Nicole, et al (2001): Pflege Heute, Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, 2. Auflage, München, Urban & Fischer.

MILLAR, Brian, BURNARD, Philip (Hsg) (2002): Intensivpflege – High-touch und High-tech, Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte, 1. Auflage, Bern, Hans Huber Verlag.

RATHEISER, Klaus (2004): Dauerfeuer, Das verborgene Drama von Ärzten, Schwestern und Pflegern, 1. Auflage, Wien, Seifert Verlag.

SPECHT-TOMANN, Monika, TROPPER, Doris (2007): Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag, 3. Auflage, Heidelberg, Springer Medizin Verlag.

STEFAN, Harald, ALLMER, Franz, et al (2000): Praxis der Pflegediagnosen, 2. Auflage, Wien, New York, Springer-Verlag.

BÜHLER, Karl-Ernst (2000): Test Psychologie, Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Haafstrasse 12, D-97082 Würzburg

Internetquellen

http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Interaktion (Zugriff am 12.05.2009 um 20:21 Uhr)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation#Kommunikationsmotive>

(Zugriff am 12.05.2009 um 20:17 Uhr)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Watzlawick> (Zugriff am 12.05.2009 um 20:13 Uhr)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Vier-Seiten-Modell> (Zugriff am 20.04.2009 um 15:10 Uhr)

http://www.linus-geisler.de/ap/ap28_intensiv.html (Zugriff am 03.07.2009 um 08:57 Uhr)

http://www.linus-geisler.de/ap/ap14_angst.html#ap14a (Zugriff am 03.07.2009 um 09:49 Uhr)

http://www.linus-geisler.de/ap/ap29_intensiv.html (Zugriff am 03.07.2009 um 09:00 Uhr)

http://www.linus-geisler.de/ap/ap30_intensiv.html (Zugriff am 01.07.2009 um 12:14 Uhr)

<http://www.traumland->

<its.de/index.php?view=article&catid=117%3Apresseartikel&id=132%3Agste-nach-dem-aufwa->

chen&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=342 (Zugriff am 04.07.2009 um 14:58 Uhr)

<http://www.ku-eichstaett.de/studiengaenge/lehramt/Fragebogen/Eingangserhebung.pdf>

(Zugriff am 20.08.2009 um 13:40 Uhr)

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeprozess> (Zugriff am 27.08.2009 um 08:58 Uhr)

9. ANHANG

Anhang 1: Fragebogen

FRAGEBOGEN INTERAKTION DURCH KOMMUNIKATION ASPEKTE DER KOMMUNIKATION MIT DEM BEATMETEN PATIENTEN

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meiner Sonderausbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege habe ich die Aufgabe eine Abschlussarbeit zu schreiben. Ich habe mich hierbei für das Thema Interaktion durch Kommunikation mit dem besonderen Augenmerk auf den beatmeten Patienten entschieden. Ein Teil meiner Arbeit beschäftigt sich mit der Ausarbeitung dieses Fragebogens. Daher benötige ich Ihre Mithilfe, indem Sie mir die nachstehenden Fragen beantworten.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben anonym behandelt.

Ich danke für Ihre Mithilfe.

Alter: _____

Im Intensivbereich tätig seit: _____

1.) Wie würden Sie persönlich die Kommunikation mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten im Intensivbereich einschätzen?

Sehr wichtig Wichtig Weniger wichtig

2.) Besteht Ihrer Meinung nach ein Zusammenhang zwischen Kommunikationsproblemen und dem Genesungsprozess des Patienten?

Ja Nein

3.) Erschweren diese Kommunikationsprobleme die Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal?

Ja Nein

4.) Welche Ursachen von Seiten der Pflege führen Ihrer Meinung nach zu Kommunikationsproblemen und dadurch zu einer gestörten Interaktion?

5.) Wie würden Sie die Integration der Kommunikation als Prozess mittels Pflegediagnose in den Arbeitsalltag bewerten?

Sinnvoll Weniger sinnvoll unwichtig

6.) Sind Ihnen Kommunikationshilfsmittel im Umgang mit dem wachen, beatmeten bzw. intubierten Patienten bekannt und wenn ja, welche?

Anhang 2: Die psychologische Betreuung von Intensivpatienten - Das Wiener Modell

Dieser Anhang befindet sich in gedruckter Version in der Abschlussarbeit, da er am Computer nicht eingefügt werden konnte.

