

SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER PFLEGE BEI NIERENERSATZTHERAPIE

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Die Förderung der Compliance des
Patienten mit chronisch
dialysepflichtiger Niereninsuffizienz**

vorgelegt von: Wartbichler Maria
Dialyseinstitut Dr. Wilfried Jilly

begutachtet von: DGKS Radif Christine
Schule für
Gesundheits- und Krankenpflege

Juli/2012

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in meiner 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. Diese Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Feldkirchen, 15. Juli 2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die Diagnose „Chronisch dialysepflichtige Niereninsuffizienz“ stürzt viele Patienten in eine Krise und sie empfinden sie als existentielle Bedrohung. Angst ist für viele Betroffene ein ständiger Begleiter. Patienten durchleben die Phasen der Krisenverarbeitung, brauchen Zuwendung, verständliche Aufklärung und Informationen, um sich sicher zu fühlen

Das Pflegepersonal muss über die Bedeutung, Dialysepatient zu sein, Bescheid wissen, um ihn mit Empathie, Wertschätzung und Respekt in seiner schwierigen Situation unterstützen zu können. Patienten dürfen nicht als „schwierig“ abgestempelt werden, sondern benötigen, je nach ihrer emotionalen Verfassung professionelle Hilfestellung. Die patientenorientierte Beratung bietet dem Pflegepersonal die Möglichkeit, die Probleme und Bedürfnisse der Patienten zu erfahren und konstruktive Lösungsmöglichkeiten anzubieten.

Ziel ist eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal, welche die Betroffenen zur Eigenverantwortung führt und so die Lebensqualität verbessert. Das Wahrnehmen der subjektiven Leiden der Patienten, sowie durch die Anwendung der in dieser Abschlussarbeit enthaltenen Ratschläge und Hinweise, wird es möglich sein, die Compliance des Patienten mit chronisch dialysepflichtiger Niereninsuffizienz zu fördern bzw. zu erhalten.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

APD	Automatisierte Peritonealdialyse
CAPD	Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse
ESRD	End Stage Renal Disease, terminale Niereninsuffizienz
PD-Lösung	Peritonealdialyse-Lösung
UF	Ultrafiltration

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	7
1. EINLEITUNG	8
2. CHRONISCH DIALYSEPFLICHTIGE NIERENINSUFFIZIENZ	10
2.1. Definitionen	10
2.2. Ätiologie	10
2.3. Möglichkeiten der Nierenersatztherapie	11
2.3.1. Hämodialyse	11
2.3.2. Peritonealdialyse.....	12
2.3.3. Nierentransplantation	14
3. BERATUNG UND INFORMATION DES PATIENTEN	15
3.1. Die erste Begegnung und das Erstgespräch	15
3.2. Patientenorientierte Beratung	17
3.3. Praxistipps für die Gestaltung eines Beratungsgesprächs	18
4. DIE BEDEUTUNG DER DIALYSE FÜR DEN PATIENTEN	20
4.1. Erscheinungsformen einer Krise	22
4.1.1. Psychische Zustände (subjektive Merkmale).....	22
4.1.2. Somatische Zustände (objektive Merkmale)	22
4.2. Phasen der Krisenverarbeitung	23
4.2.1. Die Abhängigkeitsphase	23
4.2.2. Die Befreiungsphase	24
4.2.3. Die Autonomiephase.....	25
4.3. Angst als ständiger Begleiter	25
4.3.1. Die Angst des Dialysepatienten	26
4.3.2. Den Patienten helfen, mit der Angst umzugehen.....	26
4.4. Abhängig von Maschine und Pflegepersonal	27

4.5. Der Shunt	28
4.6. Änderung der Ess- und Trinkgewohnheiten.....	28
4.7. Soziale Kontakte.....	30
4.8. Verlust der Berufstätigkeit.....	30
5. DIE COMPLIANCE DES DIALYSEPATIENTEN	32
5.1. Definition	32
5.2. Die Förderung der Compliance des Dialysepatienten	32
5.3. Das Modell der Transaktionsanalyse	34
5.4. Regression - zurück in frühkindliches Verhalten	36
5.5. Der Umgang mit erkannter Aggression.....	37
5.5.1. Aggressionsmerkmale.....	38
5.5.2. Aggressionsauslösende Faktoren.....	38
5.5.3. Praxistipps für den Umgang mit aggressiven Patienten	39
5.6. Der Umgang mit erkannter Depression.....	39
5.6.1. Anzeichen einer Depression	40
5.6.2. Depressionsauslösende Faktoren.....	40
5.6.3. Konstruktiver Umgang mit Depression.....	41
5.7. Rituale als Orientierungshilfen	42
5.8. Weitere Probleme des Dialysepatienten	43
5.8.1. Umgang mit dem Durstgefühl	43
5.8.2. Begleiterkrankungen der Dialysebehandlung	44
6. TEAMARBEIT ZUM WOHLER DER PATIENTEN.....	45
6.1. Teamfähigkeit	45
6.2. Teambesprechungen	46
7. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT	47
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	49

0. VORWORT

Im Rahmen meiner mehr als zweijährigen Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in einem privaten Dialyseinstitut und bei Gesprächen mit Kolleginnen fiel mir immer wieder auf, dass das Patientenverhalten im Umgang mit der Situation „chronisch dialysepflichtige Niereninsuffizienz“ ein sehr unterschiedliches und den Krankheitsverlauf beeinflussendes ist.

Obwohl der Gang, drei mal pro Woche, in das Dialyseinstitut, Durstgefühl, Diätvorschriften, andauernde Medikation und drohende soziale Vereinsamung die Betroffenen quält, erlebe ich Patienten, die innerlich ausgeglichen sind und mit ihrer Krankheit und dem sozialen Umfeld gut zurechtkommen. Diese zeigen sich durch wohlüberlegte Flüssigkeits- und Nahrungsmittelaufnahme sowie bei der Einhaltung von Therapieplänen kooperativ. Sie sind während der Dialyse kommunikativer, am Leben interessiert und wirken psychisch ausgeglichen. Sie haben ihren Lebensmut nicht verloren. Warum ist das so und was kann ich tun um diese positive Haltung zu verstärken?

Unzufriedenheit, Selbstmitleid, Aggressivität, soziale Isolation, keine Bereitschaft während der Behandlung mitzuarbeiten und die Haltung: „Das Pflegepersonal ist schuld“, bezeichnet meist die andere Gruppe der Patienten. Gewichtszunahmen, ständige Probleme mit zu viel eingelagerter Flüssigkeit, Mangel an Disziplin und das Vergessen, die Medikamente einzunehmen, machen diesen Patienten und damit auch dem Pflegepersonal große Probleme. Lebensfreude ist in so einem Umfeld ein Fremdwort. Wie kann ich als Pflegeperson diesen Menschen in ihrer verfahrenen Situation helfen, damit sie wieder zu ihrer Lebensfreude zurück finden? So entschloss ich mich meine Abschlussarbeit zu diesem Thema zu verfassen, um damit meinen Kolleginnen und auch Pflegekräften auf anderen Dialysestationen eine Hilfestellung zu bieten.

Mein besonderer Dank für die wertvolle Hilfe bei der Erstellung dieser Abschlussarbeit gilt meiner Lehrerin, Frau Christine Radif, akademisch geprüfte Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege. Weiters bedanke ich mich recht herzlich bei meinem Gatten, Herrn Josef Wartbichler, für das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Feldkirchen, am 15. Juli 2012

Maria Wartbichler

1. EINLEITUNG

Die Diagnose „Chronisch dialysepflichtige Niereninsuffizienz“ stürzt viele Patienten in eine tiefe Lebenskrise. Sie müssen lernen, ihr Leben neu zu organisieren. In dieser schwierigen Situation braucht jeder Patient professionelle Unterstützung. Verständliche und einfühlsame Aufklärung, sowie Informationen über die zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden, sind unerlässlich. Dieses, damit der Patient die Vorgänge während der Dialyse versteht und sich so seine Ängste verringern. Der Patient braucht Zeit, um das Bevorstehende zu realisieren.

Patienten, die bereits über Monate oder Jahre in Behandlung sind, benötigen immer wieder Beratung und Unterstützung. Folgeerkrankungen, psychische und physische Probleme müssen ernst genommen werden, um die Compliance des Patienten aufrecht zu erhalten bzw. zu verbessern. Das soziale Umfeld des Patienten spielt dabei eine wesentliche Rolle, weshalb Angehörige in diesen Prozess mit einbezogen werden sollten.

Es scheint aber, dass sich viele Patienten mit ihrer Situation nie abfinden können. Sie hadern ständig mit ihrem Schicksal. An den Verlust ihrer Selbständigkeit, die Abhängigkeit von einer Maschine, Diätvorschriften und an die ständigen Medikamenteneinnahmen können sie sich einfach nicht gewöhnen. Angst scheint ihr ständiger Begleiter zu sein. Häufige Folge davon ist aggressives und forderndes Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal. Da die Tätigkeit des Pflegepersonals in direkter Verbindung zur unangenehmen Behandlung steht, muss oder sollte das unkorrekte Verhalten mancher Patienten gegenüber dem Pflegepersonal einleuchten.

Dialysefachkräfte sollten ein offenes Ohr für die Probleme und Ängste ihrer Patienten haben. Nur so ist es möglich, ihnen unterstützend zur Seite zu stehen. Um die Compliance zu fördern, muss der Patient ernst genommen und ausreichend informiert werden.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Womit kann Pflege die Compliance des Patienten mit chronisch dialysepflichtiger Niereninsuffizienz fördern?

Zu Beginn dieser Abschlussarbeit wird beschrieben, was unter der „Chronisch dialysepflichtigen Niereninsuffizienz“ verstanden wird und welche Grunderkrankungen dazu führen. Weiters werden in Kapitel 2 die möglichen Behandlungsverfahren erklärt.

Der erste Kontakt mit der Dialysestation und das Erstgespräch sind entscheidend für das Wohlbefinden des Patienten während der Behandlung. Es gilt ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Pflegepersonal und dem Patienten aufzubauen. Durch eine patientenorientierte Beratung erhält er Informationen über die Medikamenteneinnahme, die Shuntpflege und die erforderliche Diät. Patientengerechte Erklärung der Vorgänge während des Dialyseverfahrens hilft, Ängste abzubauen.

In Kapitel 4 wird erläutert, was es heißt, plötzlich ein Dialysepatient zu sein. Die Abhängigkeit von Maschine und Pflegepersonal, Verlust der Selbständigkeit und Angst als ständiger Begleiter sowie drohende soziale Isolation, können in eine schwere Krise führen. Immer wieder auftretende physische Probleme können die Motivation zur Mitarbeit verringern.

Die Bereitschaft zur Mitarbeit wird im Kapitel 5 über die Compliance des Patienten näher betrachtet. Um die Compliance des Patienten fördern zu können, muss das Pflegepersonal bestimmte Reaktionen, wie Regression, Aggression oder Depression verstehen und richtig damit umgehen. Das Zulassen von sogenannten Ritualen und individuelle Ratschläge können zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen. Das Auftreten physischer Begleiterkrankungen der Dialyse erfordert die Behandlung durch den Nephrologen.

Das letzte Kapitel „Teamarbeit zum Wohle des Patienten“, widmet sich der Frage, wie wichtig gute Teamarbeit des Pflegepersonals für das Wohlbefinden des Patienten ist. Regelmäßige Teambesprechungen dienen einer guten Kommunikation und helfen bei der Organisation des Dialysealltags.

Als Grundlage für diese Abschlussarbeit diente die Auswertung der im Literaturverzeichnis angeführten Literatur.

2. CHRONISCH DIALYSEPFLICHTIGE NIERENINSUFFIZIENZ

In den folgenden Unterkapiteln werden zwei mögliche Definitionen, die Ursachen sowie die Behandlungsmöglichkeiten der chronisch dialysepflichtigen Niereninsuffizienz beschrieben. Grundsätzlich lassen sich mehrere Definitionen in der Literatur finden. Die Verfasserin hat sich für zwei von ihnen entschieden.

2.1. Definitionen

„Fortschreitende irreversible Abnahme der glomerulären Filtrationsrate durch Verlust funktionsfähiger Nephrone auf dem Boden unterschiedlicher Nierenerkrankungen“ (Gerlach/Wagner/Wirth 2000, S. 491).

„Unter einer terminalen Niereninsuffizienz (ESRD) versteht man das letzte Stadium eines irreversiblen, chronisch progredienten Nierenfunktionsverlustes mit Rückgang der glomerulären, tubulären und endokrinen Funktion der Niere. Es erfordert eine Behandlung mittels einer Nierenersatztherapieform oder einer Nierentransplantation“ (Geberth/Nowack 2011, S. 8).

2.2. Ätiologie

Die Ursache für die chronische Niereninsuffizienz liegt in den Grunderkrankungen

- Diabetes mellitus Typ II
- Vaskuläre Nephropathie
- Glomerulonephritis
- Interstitielle Nephritis
- Zystennieren
- Systemerkrankungen
- Diabetes mellitus Typ I
- Hereditär/Kongenital (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 9).

2.3. Möglichkeiten der Nierenersatztherapie

Zu den Verfahren der Nierenersatztherapie zählen die Hämodialyse, die Peritonealdialyse und die Nierentransplantation. Die Verfahren müssen dem Patienten ausführlich vorgestellt und erläutert werden. Der Zeitpunkt für den Beginn der erforderlichen Nierenersatztherapie kann nicht immer genau vorher gesagt werden. Ist eine genaue Terminplanung nicht möglich, muss er Patient darüber informiert werden. Eine vorzeitige Nierenersatztherapie kann plötzlich erforderlich werden. Über jedes Aufklärungsgespräch hat eine ausführliche Dokumentation zu erfolgen (vgl. Geberth/Nowack 2011, S.14ff).

Der Betroffene befindet sich zu diesem Zeitpunkt in einer absoluten Ausnahmesituation. Er kann mit der großen Menge an Informationen überfordert sein und braucht Zeit, um diese zu verarbeiten. Es können auch mehrere Aufklärungsgespräche notwendig werden, um alle Fragen zu beantworten und Ängste zu nehmen (Anmerkung der Verfasserin).

Ob Hämodialyse oder Peritonealdialyse als Nierenersatztherapie gewählt wird, hängt vom Patientenwunsch, Begleit- und Vorerkrankungen sowie von der häuslichen Situation ab.

Viele Patienten bevorzugen die Hämodialyse, da die festgelegten wöchentlichen Behandlungstermine dem Bedürfnis eines strukturierten Zeitplanes entgegen kommen. Die Peritonealdialyse erfordert die aktive Mitarbeit des Patienten. Nach eingehender Schulung muss er imstande sein, den Dialysatbeutel unter Berücksichtigung der hygienischen Anforderungen, eigenständig wechseln zu können. Behandlungsprobleme muss er selbständig und rechtzeitig erkennen (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 16).

Mit der Vorbereitung des Patienten für das Dialyseverfahren kann zeitgleich mit der Vorbereitung für eine Nierentransplantation begonnen werden. Eine Lebendspende ermöglicht eine Transplantation bereits vor dem Einsetzen der Dialysepflicht (vgl. Geberth/Nowack 2011. S. 17).

2.3.1. Hämodialyse

Die Hämodialyse ist ein extrakorporales Verfahren und derzeit die gebräuchlichste Behandlungsform der Nierenersatztherapie. Innerhalb des Dialyseapparates befindet sich eine semipermeable Kunststoffmembran, durch die das Blut des Patienten geleitet wird. An der Außenseite dieser Membran strömt gegenläufig eine Elektrolytlösung, die Dialysierflüssigkeit, vorbei. Der Konzentrationsunterschied zwischen dem Patientenblut und der Dialysierflüssigkeit bewirkt eine Diffusionskraft. Auszuscheidende, harnpflichtige Substanzen diffundieren so lange in die Dialysierflüssigkeit, bis der

Konzentrationsunterschied zwischen Patientenblut und Dialysierflüssigkeit abgebaut ist. Die Dialysierflüssigkeit enthält wichtige Elektrolyte in der Konzentration, auf die das Patientenblut korrigiert werden soll (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 1134).

„Zusätzlich wird dem Körper in der Regel durch Ultrafiltration, d. h. durch Abpressen von Wasser durch hydrostatischen Druck, Wasser entzogen“ (Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 1134).

Wöchentlich sind normalerweise drei Behandlungstermine über drei bis fünf Stunden notwendig. Um der Bildung von Blutgerinnseln im Dialyseapparat vorzubeugen, muss das Blut des Patienten zu Beginn der Behandlung heparinisiert werden (vgl. Menche/Bazlen/Kommerell 2001, S. 1134).

Zur Durchführung der Hämodialyse benötigt der Patient einen Gefäßzugang, der einen ausreichenden Blutfluss ermöglicht. Hierfür wird vorzugsweise eine arteriovenöse Fistel an der nicht dominanten oberen Extremität angelegt. Es erfolgt die Anlage eines Cimino-Brescia-Shunts, durch eine End-zu-Seit-Anastomose einer Vene auf eine Arterienseite. Die operativ angelegte Fistel benötigt etwa drei bis sechs Wochen um sich auszubilden, um dann punktiert werden zu können. Eine weitere Möglichkeit für die Durchführung der Hämodialyse bietet ein Dauerkatheter. Darunter versteht man einen doppelumigen Katheter, der in einer großen Vene (Vena jugularis interna, Vena femoralis) platziert wird (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 16).

Zeigen sich bei einem Patienten schlechte Gefäßverhältnisse, kann durch eine Gefäßprothese ein Gefäßzugang hergestellt werden (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 17).

2.3.2. Peritonealdialyse

„Urämietoxine und Wasser werden aus dem Blut der peritonealen Kapillaren von einer in die Bauchhöhle eingelassenen Lösung, der Peritonealdialyse-Lösung, aufgenommen und mit diesem nach einer gewissen Verweilzeit entfernt. Die PD-Lösung enthält Elektrolyte, Puffer und osmotisch wirksame Moleküle, meist Glukose. Parietales und viszeriales Peritoneum fungieren als Dialysemembran, über die der Stoffaustausch mittels Diffusion, Ultrafiltration (UF) und konvektivem Transport abläuft“ (Geberth/Nowack 2011, S. 176).

Der Austausch des Dialysats erfolgt über einen permanent implantierten Peritonealkatheter. Durch den Katheter muss ein schmerzfreier und möglichst vollständiger Austausch des Dialysats möglich sein. Der Katheter gliedert sich in drei Abschnitte. In der Bauchhöhle liegt der intraperitoneale Katheterabschnitt. Der intramurale

Abschnitt beschreibt den Anteil, der in der Bauchwand platziert ist. Der dritte Abschnitt ist der extrakorporale Katheteranteil, der auf der Haut fixiert wird. An diesem Katheterabschnitt erfolgt der Anschluss des Peritonealsystems, über den der Austausch des Dialysats statt findet (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 182f).

Für die Durchführung der Peritonealdialyse stehen folgende Verfahren zur Verfügung. Bei der kontinuierlichen ambulanten Peritonealdialyse (CAPD) ist die Bauchhöhle ständig mit Dialysat gefüllt. Bei den automatisierten Verfahren (APD) zirkuliert das Dialysat pumpengesteuert über einen Cycler durch die Bauchhöhle des liegenden Patienten.

Die CAPD wird vom Patienten ohne maschinelle Unterstützung unter Nutzung der Schwerkraft durchgeführt. Der Dialysatwechsel erfolgt vier Mal täglich mit einem Volumen von jeweils zwei Litern. Der Abstand zwischen den einzelnen Dialysatwechseln beträgt tagsüber vier Stunden, nachts acht Stunden. Für Patienten mit ausreichend erhaltener Diurese ist die CAPD besonders gut geeignet. Die Vorteile der CAPD bestehen in einer konstanten Therapie und einer guten Volumenkontrolle. Sie ist kostengünstig, einfach durchführbar und erfordert keinen technischen Aufwand. Nachteile ergeben sich durch die zeitliche Belastung für die Dialysatwechsel untertags und die höheren Peritonitisraten als bei der APD (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 187).

Bei der APD wird der liegende Patient über einen PD-Katheter mit dem Cycler verbunden, der mittels einer elektrisch betriebenen Pumpe den Dialysataustausch vornimmt. Der Cycler wird mit der erforderlichen Dialysatmenge in Form von Beuteln bestückt. Er ist mit einem Verteiler-Schlauchsystem mit dem PD-Katheter des Patienten verbunden. In den Nachtstunden vollzieht sich über einen programmierten Einlauf- und Auslaufzyklus der Austausch des Dialysats (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 188).

„Der Cycler reguliert Ein- und Auslaufvolumen automatisch, gibt optischen und akustischen Alarm bei Störungen und stoppt den weiteren Dialysataustausch bei Unregelmäßigkeiten“ (Geberth/Nowack 2011, S. 188).

Am Morgen erfolgt die Entleerung des Abdomens, tagsüber hat der Patient ein „trockenes Peritoneum“. Dieses Verfahren eignet sich besonders für Patienten mit einer hohen peritonealen Permeabilität. Nachteile sind höhere Kosten durch die Notwendigkeit einer Maschine und die schlechtere Clearance größerer Moleküle, z.B. Kreatinin, als bei der CAPD (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 189).

2.3.3. Nierentransplantation

Zur Vorbereitung für eine Nierentransplantation gehört die Erhebung einer internistischen, chirurgischen und psychosozialen Anamnese. Die Durchführung einer ausführlichen körperlichen Untersuchung ist notwendig, sowie der Zahnstatus und der periphere Pulsstatus müssen beachtet werden.

Patienten wissen häufig über Nutzen und Risiken einer Organtransplantation nicht bescheid und sie haben keine Kenntnis über Ablauf und Umfang einer solchen Prozedur (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 260).

„Noch immer besteht häufig die über die Medien verbreitete Meinung, eine Transplantation sei mit einer „Heilung“ gleichzusetzen. Es gilt, dem Patienten mögliche Kontraindikationen, sämtliche Risiken und Nachteile, aber auch die Vorteile dieses Verfahrens verständlich darzulegen“ (Geberth/Nowack 2011, S. 260).

Bei den Verfahren der Nierenersatztherapie ist die Beratung und Information für den Patienten von größter Bedeutung. In Kapitel 3 wird diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

3. BERATUNG UND INFORMATION DES PATIENTEN

Wie bereits in Kapitel 2.3. erwähnt, spielt die Aufklärung und die Information des Patienten eine wesentliche Rolle. In der Praxis hat es sich gezeigt, dass Patienten häufig eine falsche Vorstellung von den Vorgängen während eines Dialyseverfahrens oder der Nierentransplantation haben. Zum Beispiel war eine Patientin der Meinung, sie würde bei jeder Hämodialyse zwei Liter Blut verlieren. Ihr war nicht klar, dass sie Wasser und Urämietoxine verliert. Hier zeigt sich die Wichtigkeit einer verständlichen Aufklärung, besonders bei Behandlungsbeginn eines Patienten mit chronisch dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (Anmerkung der Verfasserin).

3.1. Die erste Begegnung und das Erstgespräch

Die erste Begegnung mit der Dialysestation ist für den Patienten von großer Bedeutung. Er betritt eine unbekannte Welt. Befürchtungen, Ängste und Hoffnung sind seine Begleiter. Der Patient befindet sich in einer Situation großer Verunsicherung und Orientierungslosigkeit. Wichtig ist, den Patienten behutsam auf seine neue Lebenssituation vorzubereiten. Um Schwellenängste abzubauen und Orientierung zu geben, bieten einzelne Dialysestationen Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige an. Häufig wird für die Kontaktaufnahme ein Erstgespräch geplant. Hierbei kann der Patient die Ärzte und das Pflegepersonal kennen lernen. Durch einen gemeinsamen Rundgang mit einer Pflegekraft durch die Dialyse erhält der Patient einen ersten Eindruck von der Atmosphäre auf der Station (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 98).

„Nach diesem Rundgang ist der Patient voller Eindrücke, über die er möglicherweise sprechen möchte. Dies ist sicherlich ein erster, situationsadäquater Zugang zum Patienten. Eine entsprechende Frage, wie etwa: „Ich habe das Gefühl, Sie haben bei unserem Rundgang eine ganze Reihe von Eindrücken bekommen. Was hat Sie denn am meisten beeindruckt?“ könnte als Gesprächseröffnung dienen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 99).

Für dieses Gespräch ist der Rückzug mit dem Patienten in einen geschützten Raum erstrebenswert (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 98).

Die Pflegekraft sollte auf die Themenwünsche des Patienten eingehen und das Gespräch sollte von Souveränität und Takt geprägt sein. Sie darf ihr Gegenüber nicht in die Enge treiben oder falsche Hoffnungen wecken (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 99).

Inhalt des Erstkontaktes sind die Themen, die der Patient liefert. So kann sich die Beraterin ein Bild über den Wissensstand, Ängste und Befürchtungen machen. Es sollte dem Patienten Raum zum Ankommen gewährt werden. Notwendige Sachinformationen können später vermittelt werden (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 102).

Als Leitfaden für ein Erstgespräch können folgende Punkte hilfreich sein:

Stellen Sie sich persönlich mit Namen beim Patienten und seinen Angehörigen vor. Formulieren Sie offene Fragen, die den Patienten zum Erzählen anregen. Achten Sie auf die Gefühle und die Aufnahmefähigkeit des Patienten. Geben Sie dem Patienten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Durch die notwendigen Informationen erhält der Patient eine Orientierungshilfe und seine Ängste verringern sich. Fragen Sie den Patienten: „Wer unterstützt Sie?“ Wichtig ist auch zu klären, wer den Patienten in sozialrechtlichen Belangen und bei der Ernährungsumstellung unterstützt. Finden Sie heraus, welche Vorkenntnisse und Vorstellungen der Patient zum Thema „Dialyse“ hat (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 103).

Informationen müssen dem Patienten verständlich mitgeteilt werden. Er ist mit einer Fachsprache konfrontiert, die er nicht kennt. Das Pflegepersonal ist sich dieser Fachsprache nicht immer bewusst. Hinzu kommt, dass die Aufnahmefähigkeit des Patienten durch Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit, Nervosität oder die Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit herabgesetzt sein kann (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 103f).

Informationsmaterial, in Form von Proschüren oder Zeitschriften, kann für den Patienten sehr hilfreich sein. Zu Hause, in vertrauter Umgebung, kann er das Material immer wieder durchlesen und sich so in Ruhe mit der Thematik auseinandersetzen. Durch die Beschäftigung mit seiner Erkrankung kommen immer wieder neue Fragen auf, die in weiteren Beratungsgesprächen beantwortet werden müssen. Betroffene sollten aufgefordert werden, ihre Angehörigen zu Untersuchungen und Beratungsgesprächen mitzunehmen (Anmerkung der Verfasserin).

3.2. Patientenorientierte Beratung

Die Beratung eines Dialysepatienten ist ein wesentlicher Bestandteil des Therapiekonzeptes. Sie dient sowohl der Informationsvermittlung als auch der psychosozialen Unterstützung in der Neuordnung veränderter Lebenssituationen. Ernährungsspezifische Umstellungen, Verhaltensänderungen und medizinisch-therapeutische Angelegenheiten sind der Hauptinhalt der Beratungsgespräche. Der patientenorientierte Beratungsansatz geht vom einzelnen Patienten und seinen Bedürfnissen aus (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 138f).

„Seine Bedürfnisse werden als prinzipiell berechtigt angesehen, auch wenn sie von den Regeln und Maßstäben der Umwelt (insbesondere der Dialysestation) abweichen. Voraussetzung für diesen Beratungsansatz ist die Bereitschaft, sich einfühlsam und verstehend auf die subjektive Wirklichkeit des Patienten einzulassen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 138).

Dafür ist es notwendig, ein Gespräch zu führen, in dessen Mittelpunkt die persönliche Lebenssituation des Patienten, unter den Bedingungen der chronischen Erkrankung, steht. Es gilt, die Ressourcen des Patienten zu erkennen, zu erhalten und zu fördern. Nicht zu unterschätzen ist für den Erfolg eines Beratungsgesprächs, wo es durchgeführt wird. Häufig kommt es aus der Situation heraus am Bett/Stuhl spontan zu einem Gespräch. Mitpatienten bringen sich mit Anregungen in die Unterhaltung ein. Dies hilft auch, die anfängliche Schwellenangst abzubauen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 138ff).

Durch die Gespräche der Patienten miteinander erfährt das Pflegepersonal manchmal, mit welcher unterschiedlichen Lösungsansätzen die Patienten an ihre Probleme herangehen. Diese Tipps können bei Bedarf an andere Patienten weitergegeben werden (Anmerkung der Verfasserin).

Einigen Patienten fehlt die nötige Ruhe, um sich während des Dialysebetriebes auf ein Gespräch konzentrieren zu können. Die Unterhaltung kann durch Störungen, wie das Läuten des Telefons oder Maschinenalarms, unterbrochen werden. Andere befürchten, dass Mitpatienten ihre Probleme hören könnten. Für diese Fälle kann es hilfreich sein, dem Patienten ein Gespräch in einem geschlossenen Raum (Beratungs- oder Arztzimmer) anzubieten. Patientenorientierte Beratung sollte nach Möglichkeit außerhalb der Dialysebehandlungen durchgeführt werden. Hier kann die Intimsphäre des Patienten gewahrt werden und er kann sich im Vorfeld Notizen machen. Angehörige können zu diesem Gespräch eingeladen werden. Anschauungsmaterial erleichtert die verständliche

Übermittlung von Informationen. Beratung in einem geschlossenen Raum wertet die Situation auf. Pflegekraft und Patient können sich voll auf das Gespräch konzentrieren. Schwierig wird es, wenn der Patient unfreiwillig anwesend ist. Eine absolute Blockade kann die Folge sein (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 140f).

Der Erfolg einer Beratung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ort und Zeitpunkt können die Gesprächsbereitschaft des Patienten erheblich beeinflussen. Eine schlechte Tagesverfassung oder momentane Probleme im sozialen Umfeld des Patienten können für ein förderliches Beratungsgespräch hinderlich sein. In Kapitel 3.3. werden einige Praxistipps für die Gestaltung einer Beratungssituation vorgestellt (Anmerkung der Verfasserin).

3.3. Praxistipps für die Gestaltung eines Beratungsgesprächs

Aus der Beratungspraxis und in Seminaren hat sich eine Reihe von Ratschlägen entwickelt. Diese können als Leitfaden für die Gestaltung eines Beratungsgesprächs heran gezogen werden.

- Zu Beginn sollte ein Beratungsziel festgelegt werden.
- Wann und wo wird das Gespräch geführt und wer nimmt daran teil?
- Werden Hilfsmittel benötigt?
- Zur Eröffnung des Gesprächs eine namentliche Begrüßung per Handschlag ausführen.
- Auf die richtige Sitzdistanz achten.
- Den Grund für die Beratung nennen.
- Die allgemeine Befindlichkeit des Patienten zur Sprache bringen.
- Die Familiensituation, Arbeit und Hobbys ansprechen. Gibt es gesellschaftliche Termine, an denen der Patient weiter teilgenommen möchte?
- Fragen zur Gesprächseröffnung ermutigen den Patienten zum Sprechen. Er erhält Raum zur Darstellung. Sein Grundbedürfnis nach Geltung und Entfaltung wird dadurch zufrieden gestellt und es entsteht eine gute Gesprächsbasis.

- Fragen, die mit „wer, wie, was, wann, warum“ anfangen, ermöglichen dem Patienten über seine Situation mit eigenen Worten zu berichten. Er erhält Gelegenheit zu erklären, was ihn belastet und bewegt.
- Im Hauptteil des Gespräches sollten lösungsorientierte Anregungen und Vorschläge überwiegen. Fehlverhalten sollte nicht immer wieder thematisiert werden. Vielmehr sollten die Vorteile hervorgehoben werden, die z.B. eine wohlüberlegte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit sich bringen.
- Kurze Pausen im Gespräch lassen den Patienten das Gesagte besser aufnehmen.
- Um Veränderungen herbeizuführen, kann die Strategie der „kleinen Schritte“ sinnvoll sein. Wichtig ist, den Patienten nicht zu überfordern oder ihn zu demotivieren.
- In der Abschlussphase werden alle Beteiligten gefragt, ob die für sie relevanten Themen besprochen wurden. Es wird ihnen Zeit gegeben, damit sie in Ruhe nachdenken können, ob es noch offene Fragen gibt (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 143f).

Jedes Beratungsgespräch und auch sonstiges Gespräch mit einem Patienten sollte durch Respekt und Empathie gekennzeichnet sein. Durch Wertschätzung erfährt der Patient, dass die Pflegekraft an seinem Wohlergehen interessiert ist. Sie schafft so eine Vertrauensbasis in der sich der Patient sicher und gut aufgehoben fühlt. Dieses positive Klima sollte die Compliance des Patienten verbessern.

Um das Verhalten eines Patienten in seiner schwierigen Situation zu verstehen und ein erfolgreiches Beratungsgespräch führen zu können, sollte sich jede Pflegekraft klar machen was es bedeutet, ein Dialysepatient zu sein. Sie muss sich der Veränderungen und Schwierigkeiten bewusst sein, denen der Patient ausgesetzt ist. Daher beschäftigt sich das nächste Kapitel mit der Bedeutung der Dialyse für den Patienten (Anmerkung der Verfasserin).

4. DIE BEDEUTUNG DER DIALYSE FÜR DEN PATIENTEN

In unserer Gesellschaft rangieren Gesundheit, Vitalität und Jugendlichkeit an höchster Stelle. Alter, Krankheit und Tod sind Tabuthemen. Um weiterhin ein wertvolles Mitglied der Gesellschaft zu sein, ist das Aufrechterhalten der Gesundheit eine Bedingung.

Kommt es vor diesem Hintergrund zum Einbruch des scheinbar selbstverständlichen Zusammenspiels der Organe und Organsysteme und währt dieser Zustand über einen längeren Zeitraum, kommt es im Allgemeinen zu einer Krise (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 18).

„Unter Krise versteht man eine Herausforderung, die sich nicht innerhalb einer angemessenen Frist lösen lässt, Schwierigkeiten, bei denen unsere üblichen Bewältigungsstrategien versagen“ (Edelmann-Walt 2007, S. 66f).

„Der Verlust der Gesundheit ist die Verlustkrise überhaupt, sie erschüttert den Menschen zutiefst und reißt ihn aus dem normalen Gang seines Lebens. Die Betroffenen werden durch die Erfahrung der leidvollen Erkrankung zu einer Veränderung in ihrem bisherigen Rollenverhalten gezwungen. Diese notwendigen Veränderungen lösen das Gefühl eines „belastenden Ungleichgewichts“ aus, das sich zwischen der subjektiven Bedeutung des Problems und seinen Bewältigungsmöglichkeiten bewegt und eine erhebliche Schwächung der gesamten Persönlichkeit bewirkt“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 18).

Die Situation ist gekennzeichnet durch eine wachsende Angst gegenüber den anstehenden Problemen, die der Patient in der momentanen Situation nicht lösen kann. Hilflosigkeit, Unsicherheit und emotionale Verwirrung verstärken diese Angst, die lähmend wirkt. Dazu kommt die Bedrohung, das Leben in Zukunft nicht mehr selbst gestalten zu können.

Der Beginn der Dialysebehandlung führt den Patienten in eine existenzielle Krise, die in eine traumatische Schockreaktion führen kann. Patienten beschreiben diese Situation mit dem Gefühl, als reiße ihnen jemand den Boden unter den Füßen weg oder die Welt gehe unter. Anderen fällt es schwer Hilfe anzunehmen, jemanden um etwas zu bitten oder sich etwas sagen zu lassen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 18).

Einige Patienten fühlen sich wie erstarrt, andere berichten von einer großen Leere oder dass sie sich eine Zeit lang nicht mehr spürten (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 29).

Gefühle der Todesangst und Unsicherheit überfordern die Leidensfähigkeit und die Stressbewältigungsmechanismen. Der Körper aktiviert Schutzmechanismen und so werden Gefühle vorübergehend aus dem Bewusstsein verdrängt. Patienten beschreiben diese Situation, als würden sie neben sich stehen. Viele hoffen, aus diesem Alptraum zu erwachen.

Plötzlich ist nichts mehr so, wie es einmal war. Das Selbstwertgefühl sinkt massiv. Das Vertrauen in die Funktionalität des eigenen Körpers ist erschüttert. Lebensperspektiven sind zerstört und der Lebenssinn wird in Frage gestellt. Denkvermögen, Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit sind vorübergehend schwer beeinträchtigt (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 18f).

Die Bedeutung Dialysepatient zu sein, hängt für jeden Menschen von unterschiedlichen Faktoren ab, wie dem Familienstand, der beruflichen Situation oder dem Lebensalter. Für jemanden, der noch eine Familie gründen möchte, stellt sich die Situation anders da, als für einen älteren Menschen, dessen Familienplanung bereits abgeschlossen ist. Das Erleben dieser Krise hängt von der bisherigen Lebensgeschichte ab und bereits gemachte Erfahrungen werden wieder aktualisiert. Dabei können Konflikt- und Krisenerfahrungen, die nicht verarbeitet wurden, die Situation zusätzlich erschweren. Der Patient reagiert nicht nur auf die gegenwärtige Krise (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 19).

Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens verschiedene Bewältigungsstrategien, um in Krisensituationen zurechtzukommen. Den Themen wie Lebensangst, Abhängigkeit, Kontrollverlust oder Todesbedrohung steht der Mensch meist unvorbereitet gegenüber. In dieser existenziellen Krise versagen meist die bewährten Strategien. Es entstehen Gefühle der Ohnmacht und Bedrohung.

Dialysepatienten, die durch die Todesbedrohung traumatisiert sind, entwickeln den Schutzmechanismus „Abschalten“. Sobald sie mit einem bestimmten Stimulus konfrontiert werden, wird dieser Schutzmechanismus aktiviert. So kommt es vor, dass ein Patient so tut als sei nichts geschehen, wenn ein Mitpatient stirbt. Es kann auch passieren, dass er genau in diesem Moment die Schwester ruft, weil sie etwas für ihn tun soll. Das Vorhandensein von Gefühlen kann als Bedrohung erlebt werden. Emotionen erinnern an die Unfähigkeit, angemessen reagieren zu können. Dies kann zu Aggression und Hilflosigkeit führen. Es fehlt den Betroffenen die Fähigkeit, Gefühle als Orientierungshilfe zu nutzen und so Situationen zu bewältigen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 19f).

Allein im Bewusstsein dieses Wissens müssen Pflegekräfte Verständnis und Geduld für ihre Patienten aufbringen. Auch Patienten, die schon längere Zeit zur Dialyse kommen

und scheinbar mit ihrer Situation gut zurecht kommen, können bei familiären oder plötzlich auftretenden physischen Problemen wieder in eine Krise stürzen (Anmerkung der Verfasserin).

In dieser schweren Situation kommt es zu verschiedenen Erscheinungsformen einer Krise. Der Patient durchlebt verschiedene Phasen der Krisenverarbeitung. In den folgenden Unterkapiteln werden die Merkmale und die Phasen beschrieben und welchen Beitrag das Pflegepersonal zur Unterstützung leisten kann.

4.1. Erscheinungsformen einer Krise

Ein krisenhaftes Erleben ist gekennzeichnet durch psychische und somatische Zustände, die wesentliche Merkmale der Krisenverfassung eines Menschen sind.

4.1.1. Psychische Zustände (subjektive Merkmale)

„Erhöhte Anpassung, Erschütterung, Verzweiflung, Unsicherheit, Sorgen, Gefühle des Ausgeliefertsein, Angst vor unklarer Zukunft, Nervosität, Schlaflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Panikgefühle, verbale Äußerungen über Unfähigkeit, Unfähigkeit, etwas zur Lösung des Problems beizutragen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 20).

4.1.2. Somatische Zustände (objektive Merkmale)

„Herzklopfen, Tachykardie, erweiterte Pupillen, weiße, kalte Hände, Zittern, erregtes Umhergehen, Schwitzen, Schreien, Fluchen, angespannte Gesichtszüge, destruktives Verhalten gegenüber sich und anderen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 20).

In dieser Situation überwiegt das Gefühl der existenziellen Angst, die in das Gefühl der Ausweglosigkeit und Panik übergehen kann. Angst wird zum beherrschenden Grundgefühl, Selbstorganisationskräfte und Selbstreflexion versagen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 20).

Pflegekräfte müssen diese Merkmale richtig zuordnen und sie nicht bloß als eine Laune des Patienten sehen. Hinter diesen Zuständen steht ein Mensch, der sich in einer tiefen Krise befindet und Hilfe benötigt. Vorsichtig Fragen stellen und Zuhören können, führt häufig schon zu einer Entschärfung der Situation und beruhigt den Patienten. Jede Pflegeperson muss sich aber im Klaren sein, dass die einfache Frage: „Wie geht es Ihnen

heute?“ beim Patienten das Bedürfnis nach Mitteilung wecken kann und er Zeit für ein Gespräch fordert. Dann keine Zeit für den Patienten zu haben, würde ihn frustrieren und er hätte das Gefühl, er wird nicht ernst genommen. Er zieht sich zurück mit dem Gedanken, es interessiert eh niemanden wie es mir geht. Ein Rückschlag für die Zusammenarbeit mit dem Patienten (Anmerkung der Verfasserin).

Die Krisenmerkmale treten in der existentiellen Krise auf. Sie sind aber auch Bestandteil der Krisenverarbeitung, die jeder Patient unterschiedlich durchlebt.

4.2. Phasen der Krisenverarbeitung

Die bisherigen Bewältigungsstrategien und Lebenserfahrungen reichen nicht mehr aus, um mit dieser existenziellen Krise fertig zu werden. Daher sind neue Bewältigungsformen notwendig, die für den Betroffenen einen Lernprozess darstellen. Dieser Lernprozess weist eine typische Abfolge auf. Es werden drei Hauptphasen der Krisenverarbeitung unterschieden, die Abhängigkeitsphase, die Befreiungsphase und die Autonomiephase. Ein Patient kann eine Phase überspringen oder in einer Phase verharren. Bereits bewältigte Abschnitte können noch einmal durchlaufen werden (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 20f).

4.2.1. Die Abhängigkeitsphase

Diese Phase ist gekennzeichnet durch tiefe Hilflosigkeit. Verzweifelt wird nach Erklärungen gesucht. Der Betroffene stellt sich die Frage: „Was ist bloß los mit mir?“ Mit dem Gedanken, alles sei nur ein vorübergehendes Ereignis wird die Situation entdramatisiert (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 21f).

Es kommt zu einer Phase der Negierung. Der Patient kommt zur Überzeugung: „Das ist nicht möglich, da muss ein Fehler unterlaufen sein“. Passende Erklärungen liefert der Verstand: Ein paar Tage Ruhe und meine Nieren funktionieren sicher wieder. In so einem großen Krankenhaus können schon mal Fehler passieren. Meine Urinausscheidung funktioniert ja noch, die wollen nur ihre neuen Dialysegeräte amortisieren.

Diese Phase kann auch von großer Traurigkeit überschattet sein. Die Diagnose wird zur Gewissheit. Meist folgt eine Zeit der großen Niedergeschlagenheit. Alles erscheint dunkel und schwer, das Leben scheint keinen Sinn mehr zu haben. (vgl. Edelman-Walt 2007, S. 30).

Die Phase der Traurigkeit kann sich über Wochen bis Monate erstrecken. Für die weitere Krankheitsverarbeitung ist es wichtig, dass der Patient seine Trauer „ausleben“ kann. Das Wichtigste sind jetzt einfühlsame Gespräche und intensive Zuwendung. Fachliche Beratung und Informationsvermittlung erreichen den Patienten nur schwer (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 28).

Schließlich wehrt sich der Patient gegen die zunehmende Ohnmacht mit aggressivem Aufbegehren. Der Verlust der Gesundheit und der Autonomie beansprucht alle vorhandenen Ressourcen, um die aus den Fugen geratene Innenwelt zu stabilisieren (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 22).

„Ziel in dieser Phase ist zunächst eine gelungene Beziehungsaufnahme zum Patienten. Dies gibt ihm Sicherheit in der neuen Umgebung, die nicht zuletzt auch zur Angstreduktion beiträgt“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 22).

Die in Kapitel 3 beschriebenen Tipps für eine patientenorientierte Beratung kommen hier zum Tragen. Der Patient soll ermutigt werden zu sprechen und Fragen zu stellen, bevor er Phantasien entwickelt. Dem Patienten muss genügend Zeit zur Verarbeitung gegeben werden (Anmerkung der Verfasserin).

Je nach der Schwere des Krankheitszustandes und durch institutionelle Angebote und Möglichkeiten kommt der Patient frühestens nach ca. einem halben Jahr an der Dialyse in die Befreiungsphase.

4.2.2. Die Befreiungsphase

Der Patient versucht seinen bewussten und unbewussten Bedürfnissen nachzugehen und sich aus seiner hilflosen Behandlungssituation zu befreien. Diese Phase kann für das Dialysepersonal eine stressreiche Zeit sein. Die Autonomiebestrebungen des Patienten fordern das Pflegepersonal. Er sagt offen was er will und was nicht. Diese Zeit sollte genutzt werden, um den Patienten in Richtung wachsender Eigenständigkeit zu begleiten. Der Patient hat in den letzten Monaten Bekanntschaft gemacht mit ersten körperlichen Veränderungen. Über die Bedeutung der Gewichtszunahme zwischen zwei Dialysen ist er informiert. Laborwerte sind ihm nicht mehr fremd und erste Konflikte zwischen Therapieempfehlungen der Behandelnden und dem eigenen Verhalten flammen eventuell auf (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 23).

Diese Phase ist für die Förderung der Compliance wichtig. Der Patient kann zu Eigenverantwortung geführt werden und erhält einen Teil seiner Selbstbestimmung zurück (Anmerkung der Verfasserin).

4.2.3. Die Autonomiephase

Die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Dialysepersonal ist durch eine partnerschaftliche Umgangsform gekennzeichnet. Der Patient entscheidet mitverantwortlich über die Behandlungsmodalitäten und schätzt das Pflegepersonal in seiner Beraterkompetenz. Der Patient muss immer wieder motiviert werden und braucht auch weiterhin Unterstützung bei Verhaltensänderungen. Der Blick für die individuellen Belange jedes einzelnen Patienten darf durch die eintretende Routine nicht getrübt werden. Auch Patienten, die schon längere Zeit zur Dialyse gehen und sich scheinbar an das Leben mit der Erkrankung gewöhnt haben, brauchen motivierende, begleitende und stützende Hilfe (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 23f).

Hat ein Patient nun sein Leben neu geordnet, teilt er sich seine Kraft und Zeit gut ein und hält sich an die Therapieempfehlungen, so darf nicht übersehen werden, dass für viele Angst ein ständiger Begleiter ist. Viele Patienten haben große Schwierigkeiten von einer Maschine und vom Pflegepersonal abhängig zu sein. Andere fühlen sich durch den Shunt verunstaltet. Es kommt zur Verminderung des Selbstwertgefühls (Anmerkung der Verfasserin).

4.3. Angst als ständiger Begleiter

Angst gehört im Grunde genommen zum menschlichen Leben wie das Atmen. Sie ist ein wertvolles Alarmsystem und schärft die Wahrnehmung. Angst ist jedoch negativ behaftet und so wird sie häufig verleugnet oder überspielt (vgl. Edelman-Walt 2007, S. 42).

Problematisch wird es, wenn die Angst ein alles beherrschendes Gefühl wird und dadurch die Lebensqualität leidet. Dialysepatienten erleben immer wieder Zeiten, in denen das Thema Angst verstärkt auftreten kann.

4.3.1. Die Angst des Dialysepatienten

In der Dialyse kann Angst viele Formen annehmen und nicht immer ist sie als solche zu erkennen. Diese reichen von verbalen Äußerungen bis hin zu psychosomatischen Manifestationen. Ängste auslösen können Probleme mit dem Shunt, Schmerzen bei der Shuntpunktion, Alarme oder technische Probleme mit dem Dialysegerät, Komplikationen während der Dialyse und die Befürchtung, nicht transplantiert zu werden. Hinzu kommen die Sorge um die Familie und den Verlust körperlicher Fähigkeiten. Unsicherheit des Pflegepersonals oder Gespräche über Schwierigkeiten in der Dialyse führen ebenso zu großen Ängsten. Neuen Patienten an der Dialyse wird die Angst zugestanden (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 38f).

„Später wird erwartet, dass der Patient lernt, mit seiner Angst adäquat umzugehen. Verhält sich ein Patient – unabhängig von Alter, Intelligenz, Beruf etc. – über einen längeren Zeitraum hinaus panisch, wird er nicht selten der Kategorie „schwieriger Patient“ zugeordnet“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 39).

Vielen Patienten gibt die Nähe zu anderen Menschen Sicherheit und Identität. Ihre Angst beruht darauf, als Dialysepatient ausgegrenzt zu werden, nicht mehr dazu zugehören und auf sich allein gestellt zu sein. Andere haben ein starkes Selbstbewusstsein und haben Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung. Beständigkeit bedeutet für viele Menschen Sicherheit. Angst entsteht hier durch alles was sich verändert, was neu oder fremd ist. Dann gibt es noch diejenigen, welche den dringenden Wunsch nach immer Neuem haben. Routine, Einschränkungen und Endgültiges machen ihnen Angst (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 44f).

Diese zahlreichen Gründe für die Angst lassen schon die Schwierigkeit erkennen, dem Betroffenen wirklich zu helfen. Den Patienten einfach als „schwierig“ abzustempeln ist kontraproduktiv. Es muss versucht werden, dass sich der Patient seiner Angst stellt, sich mit ihr auseinandersetzt und lernt mit ihr umzugehen. Hier hilft vorsichtiges Ansprechen des Problems, aber noch wichtiger ist, den Patienten reden zu lassen und ihm zu zuhören (Anmerkung der Verfasserin).

4.3.2. Den Patienten helfen, mit der Angst umzugehen

Nicht selten werden die Ängste durch schreckliche Phantasien genährt. Gezielte Informationen über bestimmte Abläufe sind erforderlich, sofern ein Patient überhaupt aufnahmefähig und aufnahmewillig ist. Wichtig ist die Entspannung des Patienten. Bei

Anspannung verkrampft sich der ganze Körper und die Schmerzgrenze sinkt. Eine Shuntpunktion wäre dann für den Patienten noch schmerzhafter. Hilfreich kann es sein, den Patienten an den bisher zurückgelegten Weg in seiner Krankheitsbewältigung zu erinnern und welche Erfolgserlebnisse es gab. Wie ist er damals mit seiner Angst umgegangen? Auf diese Weise erinnert er sich an erworbene Bewältigungsstrategien, seine Kompetenzen und kann sich auf seine Kräfte besinnen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 40f).

Das Pflegepersonal muss bedenken, dass eine Angstreaktion eine Botschaft enthalten kann. Sie sollte sich die Zeit nehmen um heraus zu finden, was diese Botschaft mitteilen will und worauf sie begründet ist (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 46).

Wird Angst zu einer Krankheit die das Leben bestimmt, soll der Betroffene nicht zögern und fachliche Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 48).

„Zur allgemeinen Angstreduktion und als sicherheitsgebender Aspekt ist es wichtig, den Patienten in den Vorgang mit einzubeziehen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 41).

Von Seiten des Pflegepersonals ist es wichtig, den Patienten ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Ängste, die durch die Punktion des Shunts oder das Anschließen an das Dialysegerät entstehen, müssen mit den Patienten einfühlsam besprochen werden. Wenn die Angst auch nicht gänzlich verschwindet, so kann eine umfassende Aufklärung helfen, das Gefühl der Angst zu verringern (Anmerkung der Verfasserin).

4.4. Abhängig von Maschine und Pflegepersonal

Erlebt wird die Abhängigkeit von der Dialysemaschine durchaus zwiespältig. Der Konflikt entsteht zwischen dem Wunsch nach Unabhängigkeit und der Wirklichkeit, die dauernde Abhängigkeit von einer Maschine. Einerseits ist sie ein Leben spendendes Medium, andererseits steht der Patient unter ständiger Kontrolle. Die Maschine wird für mehrere Patienten verwendet und häufig ohne zu fragen ausgetauscht. Dies verursacht Stress und löst Angst aus. Auf Geräusche oder Alarme der Maschine reagiert der Patient ängstlich und unsicher. Ein Gefühl des Ausgeliefertsein und der Unsicherheit macht sich breit, da die Maschine nicht durch den Patienten bedient werden kann. Dadurch ist er von den Pflegepersonen abhängig. Auf die unterschiedlichen Stimmungen des Personals kann der Patient genauso ängstlich und unsicher reagieren, wie auf den Alarm des Dialysegerätes. Er erlebt die Anspannung einer Pflegekraft als existentielle Bedrohung (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 34f).

„Das Fachpersonal als „Bestandteil der Maschine“ – so der Anspruch des Patienten – sollte ohne emotionale Störungen funktionieren“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 35).

Die Reaktion des Patienten kann als Ablehnung oder als Machtspiel erlebt werden. Er wird häufig vom Team als grenzenlos und respektlos abgestempelt. Dies macht ihn noch fordernder und aggressiver gegenüber dem Pflegepersonal. Die Befindlichkeit des Patienten ist in beträchtlichem Maße vom Zustand der betreuenden Pflegekraft abhängig. Patient und Pflegekraft reagieren aufeinander (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 35).

4.5. Der Shunt

Der Shunt ist die Lebensader des Dialysepatienten. Er fungiert als Verbindung zwischen Blut und Dialysegerät. Allgemein wird er vom Patienten wie ein Heiligtum bewacht und behütet. Andererseits fühlt sich der Patient durch den Shunt verunstaltet. Aneurysmen ziehen die Blicke anderer Menschen auf sich. Der Shunt erinnert sie ständig an die Dialyse und so entwickelt sich eine Art Hassliebe zum Arm (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 39).

Bei einer Patientin mit einem Dauerkatheter wurde eine operative Shuntanlage geplant. Die Patientin lehnte den Eingriff jedoch ab. Bei näherem Nachfragen erklärte sie, sie habe bei anderen Patienten diese „Beulen“ gesehen und so etwas wolle sie nicht haben. Es gibt Patienten, die sogar im Sommer langärmelige Oberbekleidung tragen, um damit die Aneurysmen zu verdecken. Diese zwei Beispiele verdeutlichen, wie sehr Patienten den Shunt als Verunstaltung sehen. Verständliche Aufklärung über Verlauf und Funktion des Shunts, über Shunttraining und -pflege sowie über die Schonung des Shuntarms ist unbedingt notwendig (Anmerkung der Verfasserin).

4.6. Änderung der Ess- und Trinkgewohnheiten

Gewohnte Ernährungsweisen müssen aufgegeben werden, weil sie das Leben des Dialysepatienten gefährden. Dies bedeutet für den Betroffenen einen gravierenden Einschnitt in seine bisherige Lebensgestaltung. Er steht vor der Notwendigkeit, seine über viele Jahre eingeübten Essgewohnheiten zu ändern (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 58).

„Weil Essen und Trinken nicht nur der Nahrungsaufnahme dienen, sondern ein breites Spektrum verschiedenster Bedürfnisse befriedigen, ist mit der Verhaltensumstellung

notwendigerweise auch ein hohes Maß an Frustration verbunden“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 58).

So schwer es für den Einzelnen auch sein mag, Patienten müssen eine auf die Dialysebehandlung ausgerichtete Verhaltensänderung bei der Ernährungsweise einhalten, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit zu erhalten (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 58).

„Die Ernährung des Dialysepatienten muss jedoch auch aus biochemischer Sicht betrachtet werden. Aspekte wie der Kaliumwert im Blut, die Zufuhr von Phosphat, Natrium, Kalzium und Vitamin-D sowie das Gewicht werden mit dem Dialysepatienten besprochen und Konsequenzen für seine Ernährung gezogen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 59).

Durch ernährungs- und flüssigkeitsbedingte Belastungen zwischen den Dialysebehandlungen steigt die Menge der Giftstoffe im Körper an. Daraus entstehende Probleme können nur durch die Mitarbeit des Patienten reduziert oder vermieden werden. Tatsache ist jedoch, dass mehr als die Hälfte aller Patienten mit der konsequenten Umstellung des Ess- und Trinkverhaltens Probleme haben. Essen und Trinken gehören zu den Triebbedürfnissen. Von Geburt an meldet sich der Mensch bei Hunger und Durst, damit diese existenziellen Grundbedürfnisse befriedigt werden. Die Nahrungsaufnahme ist eine sich ständig wiederholende Handlung und es kommt zur Ausbildung von Gewohnheiten und Ritualen. Dieser Prozess wird in seiner Selbstverständlichkeit nicht mehr bewusst wahrgenommen und nur wenige Patienten haben Kenntnisse über die Nahrung und ihr Ernährungsverhalten. Die Gründe für ein bestimmtes Verhalten sind vielfältig. Nachstehend werden die wichtigsten Motive angeführt. Das Essverhalten lässt sich von kulturellen und traditionellen Einflüssen, dem Hungergefühl, dem Geschmacksanspruch, der Angebotslage, Gewohnheiten und ökonomischen Bedingungen leiten. Weiters spielen soziale Statusbedingungen, Essen in Stresssituationen oder als Belohnung sowie Gesundheitsüberlegungen und Verträglichkeit eine große Rolle. Für den Betroffenen bedeutet die Ernährungsumstellung häufig Verzicht, Frustration, Verlust von Lebensqualität, ständige Kontrolle durch die eigene Person, die Angehörigen und dem Pflegepersonal (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 58ff).

Der Beratung und Motivation des Betroffenen durch das Pflegepersonal kommt eine hohe Bedeutung zu. Im Spannungsfeld zwischen medizinischer Notwendigkeit und menschlicher Unzulänglichkeit begleitet es den Patienten bei seinem Lernprozess und unterstützt ihn in seiner schwierigen Situation (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 58).

4.7. Soziale Kontakte

Soziale Kontakte sind ein Teil der Lebensqualität und gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen. Es gibt verschiedene Gründe, warum sich die sozialen Kontakte eines chronisch kranken Menschen reduzieren. Manchmal ist es die mangelnde Sensibilität der Mitmenschen, die den Betroffenen verletzen und ihn zum Rückzug bewegen. Manche Menschen ziehen sich aus Beziehungen mit kranken Menschen zurück, weil sie mit dem Thema „Krankheit und Leid“ nicht umgehen können. Häufig liegt die Ursache beim Betroffenen selbst oder an den Folgen der Erkrankung. Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten, wie z.B. gemeinsames Radfahren oder Wandern, kann wegen mangelnder körperlicher Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt sein. Gesellschaftliche Ereignisse finden üblicherweise im Rahmen eines großen Essens statt. Die eingeschränkte Trinkmenge und Ernährungsvorschriften stellen für den Dialysepatienten eine große Herausforderung dar. Vielen Patienten erscheint es einfacher, solchen Aktivitäten fernzubleiben. Zu negativen Auswirkungen auf die sozialen Kontakte führen auch depressive Verstimmungen und Depressionen. Häufig haben Betroffene einfach keine Lust oder keine Zeit für zwischenmenschliche Kontakte (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 99).

Bei der Organisation der Dialysetermine sollte unbedingt darauf geachtet werden, diese so zu planen, dass der Betroffene auch weiterhin an gewohnten oder geliebten Aktivitäten teilnehmen kann. Das kann ein Treffen, einmal im Monat, im Kneipp-Verein sein oder das wöchentliche Kartenspiel mit Freunden. Vereine für Patienten mit Nierenerkrankungen organisieren Ausflüge für Betroffene. Angehörige sind zu diesen Unternehmungen auch eingeladen. Patienten sollten ermutigt werden, an diesen Aktivitäten teilzunehmen. Sie bringen Abwechslung in den Alltag und ermöglichen den Austausch mit anderen Betroffenen (Anmerkung der Verfasserin).

4.8. Verlust der Berufstätigkeit

Die Arbeit macht einen erheblichen Teil der Identität jedes Menschen aus. Sie gibt dem Leben Sinn und Inhalt. Arbeit strukturiert den Alltag und ermöglicht soziale Kontakte. Die Diagnose „Nierenkrank“ führt häufig zu einer Änderung der Stellung im Betrieb. Aufgrund reduzierter Leistungsfähigkeit und der Dialysetermine kann es erforderlich sein, Teilzeit zu arbeiten. Dies bedeutet zusätzlich finanzielle Einbußen. Durch auftretende Komplikationen und Infektanfälligkeit kann es vermehrt zu Krankenständen kommen. Betroffene sollten versuchen, ihren Arbeitsplatz zu behalten. In der Praxis hat sich gezeigt, dass auch nierentransplantierte Patienten sehr schwer eine neue Stelle finden.

Verliert ein Betroffener seinen Arbeitsplatz, sollte er die erzwungene Auszeit sinnvoll nutzen und nicht in Frustration und Langeweile versinken. Bewerbungen schreiben ermöglicht die Chance auf eine neue Arbeitsstelle (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 101f).

Den Arbeitsplatz zu verlieren bedeutet, nicht mehr gebraucht zu werden. Diese Situation kann beim Betroffenen wieder eine Krise auslösen. Will er wieder einer Berufstätigkeit nachgehen, soll er ermutigt werden, sich immer wieder um eine Anstellung zu bewerben (Anmerkung der Verfasserin).

In diesem Kapitel wurde beschrieben, was es bedeutet, ein Dialysepatient zu sein und wie er in seiner schwierigen Situation unterstützt werden soll. Ziel ist es, das Wohlergehen und die Compliance des Patienten zu erhalten und zu verbessern.

5. DIE COMPLIANCE DES DIALYSEPATIENTEN

Therapieerfolg, Wohlergehen und Lebensqualität des Patienten hängen maßgeblich von seiner Compliance ab. Wie vielschichtig die Probleme eines Dialysepatienten sein können, wurde in Kapitel 4 beschrieben. In Kapitel 5 werden weitere Möglichkeiten zur Förderung der Compliance und im Umgang mit Regression, Aggression und Depression aufgezeigt. Einleitend eine Definition der Compliance.

5.1. Definition

„Danach versteht man unter Compliance die Fähigkeit und die Bereitschaft des Patienten, sich an einen Therapieplan zu halten und aktiv an der Wiederherstellung der Gesundheit mitzuarbeiten. Zur Compliance gehören das Befolgen der Verordnungen bezüglich Medikamenten und Diät, aber auch die allgemeine Lebensführung, das Vermeiden schädlicher Aktivitäten und allgemein die Kooperation bei der Behandlung, wozu auch das pünktliche Erscheinen zur Dialyse gehört“ (Panfil 2004, S. 74).

5.2. Die Förderung der Compliance des Dialysepatienten

Die Compliance, als Resultat komplexer Interaktionen, wird durch folgende Faktoren beeinflusst:

- „die Beziehung zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten, die gekennzeichnet ist durch die Qualität der Kommunikation, dem Vertrauen und dem Wertkonflikt
- das Wahrnehmen der Krankheit und die dazugehörige individuelle Perspektive der Patientinnen mit dem Wissen über die Behandlung und die Krankheit sowie dem Selbstkonzept und den sozialen Rollen
- die Kultur und das Umfeld der Patienten, d.h. vor allem die familiären Werte und Bewältigungsstrategien sowie die ethischen Normen und die wirtschaftliche Lage.“ (Käppeli 2000, S.251).

Auf die Absicht des Patienten, mit den Pflegekräften und ihren Ratschlägen zu kooperieren, haben diese drei Punkte einen bestimmenden Einfluss. Diese können einen nützlichen Rahmen bilden, wenn das Pflegepersonal Interventionen plant, um die

Compliance zu steigern. Bei mangelnder Compliance liegt der Fehler nicht nur beim Patienten. Häufig werden Patienten, welche die Therapiepläne und Ernährungsvorschriften nicht einhalten, vom Pflegepersonal stigmatisiert. Das Verhalten des Patienten wird als Vorwand gebraucht, um sich nicht auf ernsthafte Probleme des Patienten einlassen zu müssen. Diese Stigmatisierung macht aus den Betroffenen unpopuläre Patienten und führt zu einem negativen Einfluss auf deren Behandlung (vgl. Käppeli 2000, S. 251).

Förderlich für die Compliance sind Symptome, welche die Lebensqualität beeinflussen und die mit therapeutischen Maßnahmen geheilt werden können. Bei Krankheitszeichen, bei denen eine Heilung nicht möglich ist, ist die Einhaltung des Therapieplanes vermindert. Die subjektive Wahrnehmung der Krankheitsschwere trägt sehr viel zum Befolgen respektive Nichtbefolgen der therapeutischen Maßnahmen bei. Der objektive Schweregrad einer Krankheit hat kaum Einfluss auf die Compliance (vgl. Käppeli 2000, S. 253f).

„Da eine tragfähige, kontinuierliche Beziehung zu den Patienten maßgeblich zur Compliance beiträgt, müssen sich die Pflegenden und das weitere medizinische Personal stets um eine solche bemühen. Auf der Basis einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Beziehung bieten sich verschiedene Möglichkeiten, das Verhalten der Patienten gegenüber medizinischen Ratschlägen positiv zu beeinflussen“ (Käppeli 2000, S. 254).

In dieser Beziehung zum Patienten ist ein großer Austausch von Informationen erforderlich. Unklare Informationen und Instruktionen können zur Verschlechterung der Compliance führen. Der Patient muss verstehen, was und weshalb etwas zu tun ist. Nicht zu unterschätzen ist der organisatorische Aspekt. Förderlich ist, wenn die Behandlung soweit als möglich von den gleichen Personen durchgeführt wird. Dies trägt zur Zufriedenheit des Patienten bei. Negative Auswirkungen entstehen durch lange Wartezeiten und hohe Behandlungskosten (vgl. Käppeli 2000, S. 254).

Häufig ist das Verhalten chronisch kranker Menschen von bewussten Entscheidungen geprägt. Diese sollen den Behandlungsplan so ändern, dass er sich in ihren gewohnten Lebensstil einfügen lässt. Patienten empfinden dieses Handeln als korrekt und das sie gute Arbeit leisten. Von der professionellen Seite werden diese Patienten als „schwierig“ taxiert. Sie sind non-compliant (vgl. Käppeli 2000, S. 257).

Chronisch erkrankte Menschen wünschen sich, die Kontrolle über die Therapie und die Erkrankung zu haben. Sie brauchen die nötige Kompetenz über ihre Krankheit. Um Verantwortung tragen zu können, benötigen sie Informationen über Wirkung,

Nebenwirkungen und die Begründung des Therapieplanes. Ein häufiges Kriterium für die Betroffenen ist, dass sie das tun können, was sie wollen oder wobei sie sich wohl fühlen (vgl. Käppeli 2000, S. 258).

Ein wichtiger Faktor in der Selbstpflege ist die eigene Verletzlichkeit und die ständige Angst vor Komplikationen, welche die Betroffenen versuchen unter Kontrolle zu halten. Das Wissen, dass die eigenen Möglichkeiten ausreichen, um der Therapie folgen zu können, vermindert die lähmende Angst. Motivation und gesundheitsfördernde Handlungen werden positiv beeinflusst, wenn Patienten erleben, dass die Einhaltung des Therapieplanes etwas nützt (vgl. Käppeli 2000, S. 258).

Die Therapiemotivation jedes Patienten sollte systematisch immer wieder neu eingeschätzt werden und in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Häufig glaubt das behandelnde Team, die Bedürfnisse der Betroffenen zu kennen, ohne sie eingehend befragt zu haben. Ziel der Einschätzung ist, die Ursachen für das Verhalten des Patienten zu erkennen. In Gesprächen müssen die Pflegekräfte Informationen sammeln, um sich ein Bild über die wichtigsten Ursachen, welche die Compliance fördern oder hindern, machen zu können. Der Patient soll befragt werden über das Erleben der bisherigen Therapie. Belastungen und Schwierigkeiten durch die verordnete Behandlung sollten in den Therapieplan Einklang finden. Sieht der Betroffene Möglichkeiten, dass sich in seinem Leben etwas ändern kann/muss? Welche Erwartungen hat der Patient an die Behandlung und an das behandelnde Team? Nimmt er die Medikamente nicht ein oder ändert er seine Maßnahmen, je nach seinem Befinden? Dem Patienten wird damit die Möglichkeit gegeben, ihre Meinung über die bisherige Therapie zu äußern und ihre Vorstellungen bezüglich künftiger Behandlungen dazulegen. Die Meinung entspricht dem subjektiven Empfinden, welches die Compliance erheblich beeinflusst (vgl. Käppeli 2000, S. 262f).

In Kapitel 3.2 wurden die Schwierigkeiten im Bezug auf die Informationsaufnahme des Patienten beschrieben. Ein weiteres Problem kann das Rollenverhalten der beteiligten Personen sein. Anhand des Modells der Transaktionsanalyse wird auf das Rollenverhalten der beteiligten Personen eingegangen.

5.3. Das Modell der Transaktionsanalyse

Die Transaktionsanalyse ist eine aus der Psychoanalyse abgeleitete Theorie und ein daraus folgendes psychotherapeutisches Verfahren, begründet vom amerikanischen Psychiater Eric Berne (vgl. Edelman-Walt 2007, S. 110).

In Kommunikationssituationen spielt die Rolle zwischen Sender und Empfänger eine besondere Rolle. Berne geht davon aus, dass in jedem Menschen drei Persönlichkeitsinstanzen vorhanden sind, die in unterschiedlichen Situationen abwechselnd agieren können. Er spricht vom Eltern-Ich, dem Erwachsenen-Ich und dem Kindheits-Ich, die alle wertvoll sind und zur vollwertigen Erwachsenen-Persönlichkeit gehören (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 62f).

„Im Eltern-Ich ist all das gespeichert, was die Eltern einst dem Kind vermittelten. Das Eltern-Ich lässt sich in ein Vater- und ein Mutter-Ich unterteilen oder in ein fürsorgliches oder kontrollierendes Eltern-Ich. Das Kind lernte durch diese Ge- und Verbote moralische Vorstellungen, geistige Haltungen, Liebe und Abneigung, Fürsorge und Bevormundung wie auch vorgefasste Meinungen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 62f).

Aus den vermittelten Hilfestellungen und Lebensweisheiten kann das Kind später als Erwachsener schöpfen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 63).

Das Erwachsenen-Ich hilft dem Menschen eigene Meinungen zu bilden, sollte im Idealfall Entscheidungen und Handlungen beeinflussen, zur Reflektion bestimmter Verhaltensweisen führen und diese gegebenenfalls verbessern. Das Erwachsenen-Ich klingt sachlich, feststellend, informierend und sucht um Auskunft. Die Kommunikation zwischen Sender und Empfänger erfolgt auf der gleichen Ebene.

Das Kindheits-Ich ist geprägt von Gefühlen und Reaktionen der Kindheit, die sich angepasst, unterwürfig, rebellisch oder natürlich präsentieren. Merkmale dieses Ich-Zustandes sind Spontaneität, Emotionen, Neid und Missgunst (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 63).

Im Bewusstsein dieses Wissens lassen sich Reaktionen des Patienten erklären. Kommt er mit zu viel Gewicht zur Dialyse so weiß er, dass die Pflegekraft negativ reagieren wird. Er hat ein schlechtes Gewissen und reagiert im Kindheits-Ich. Die Pflegeperson erwidert sein Verhalten im Eltern-Ich. Sie ermahnt ihn, schimpft vielleicht sogar mit ihm (Anmerkung der Verfasserin).

Der Patient antwortet mit Reaktionen, die er als Kind seinen strafenden Eltern gegenüber zeigte. Gefühle wie Enttäuschung, Ärger, Unzufriedenheit und Resignation können ausgelöst werden (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 63).

Eine Ansammlung von negativen Erfahrungen mit dem Pflegepersonal kann zu einer abschätzigen Haltung des Patienten führen und das Miteinander gestaltet sich schwierig. Erstrebenswert ist für beide Seiten eine Grundhaltung, die geprägt ist von Respekt sich

selbst und seinen Bedürfnissen gegenüber sowie gegenüber dem Gesprächspartner. Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten sind aber auch hier nicht ausgeschlossen. Der chronisch kranke Patient erhält jedoch die Möglichkeit, eine aktive, gestaltende Position zu erlangen (vgl. Edelmann-Walt 2007, S. 111f).

Gespräche sollten im Erwachsenen-Ich erfolgen und dürfen den Patienten nicht abwerten. Niemand wird gerne wie ein Kind behandelt. Es kann jedoch vorkommen, dass Betroffene in eine frühkindliche Verhaltensweise flüchten. Dieses Verhalten wird als Regression bezeichnet.

5.4. Regression - zurück in frühkindliches Verhalten

Durch die erfolgreiche Bewältigung einer Krise gewinnen Patienten wieder Selbstvertrauen. Dies führt zu einer Reifung der Persönlichkeit und dem Gefühl, das Leben wieder meistern zu können.

Eine unzureichend bewältigte Krise oder unbewältigte Ängste können den Patienten in eine Regression führen. Er erinnert sich an Krisensituationen in seiner Kindheit und aktiviert entsprechende „alte“ Verhaltensweisen, die ihm früher Sicherheit verschafft haben. Für die gegenwärtige Bedrohung ist dies eher unangebracht, da es den Betroffenen auf eine – meist frühkindliche – Stufe der Entwicklung zurücksetzt.

Regression wird ausgelöst durch Hilflosigkeit und der Konfrontation mit unbekanntem Themen sowie dem Bedürfnis nach Sicherheit. Der Patient sieht darin eine Möglichkeit, bedrohliche Gefühle abzuwehren (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 42).

Gekennzeichnet ist dieses Verhalten durch die Flucht in eine Phantasiewelt. Der Betroffene traut sich weniger zu und ist von emotionaler Zuwendung abhängiger. Führt dies zu dem Bedürfnis, wie ein Kleinkind gehegt und gepflegt zu werden, um die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals zu bekommen, wird er natürlich enttäuscht werden.

Regressives Verhalten erweist sich als schwierig bei der Arbeit mit Dialysepatienten. Es kommt vor, dass sich dieses Verhalten nur während der Aufenthaltsdauer an der Dialysestation zeigt. Als hilfreich erweist sich, ein Gespräch mit den Angehörigen zu führen. Im Alltag sind diese Patienten häufig aktiv und überhaupt nicht „hilflos“. Die Wahrnehmung der Angehörigen ermöglicht, die Beobachtung des Pflegepersonals zu ergänzen. Durch den Vergleich des unterschiedlichen Verhaltens, kann das Pflegepersonal seine Aufmerksamkeit auf die Ressourcen des Patienten lenken (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 42f).

„Die ressourcenorientierte Wahrnehmung des Patienten bewahrt die Pflegenden vor einer ausschließlich von defizitären Momenten bestimmten Begegnung“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 43).

Regressives Verhalten wird meistens als störend empfunden, ist aber bewusst wahrgenommen unerlässlich für die Krankheitsbewältigung und bedeutet auch Vertrauen und Zuneigung. Hat der Patient eine schöne, liebevolle Eltern-Kind-Beziehung erfahren, kann er das Betreuungsangebot des Pflegepersonals annehmen, fühlt sich nicht immer bevormundet oder zurechtgewiesen und reagiert freundlich. Eine beschwerliche, lieblose Kindheit, in der sich der Betroffene durch die Abhängigkeit ausgeliefert fühlte, führt zu einem angepassten oder aggressiv-trotzigem Verhalten. Bei der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal geht es darum, Recht zu behalten, keine Schuld zu haben und den Pflegepersonen Unfähigkeit vorzuhalten. Das Verhalten wechselt von Passivität bis hin zu Aggression. Pflegekräfte neigen schnell dazu, diese regressiven Tendenzen des Patienten zu verstärken. Sie reagieren mit Bemutterung, Belehrung oder mit Aggressivität (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 44ff).

5.5. Der Umgang mit erkannter Aggression

Nach einer längeren Phase des Schocks und der Trauer zu Beginn der Dialysebehandlung, reagieren die Patienten in der Regel mit Aggression. Der Verlust der Autonomie und der Selbstbestimmung führt zu Wut und Verzweiflung. Durch aggressives Verhalten wird die Wut abgebaut. Aggression kann eine strategische Funktion aufweisen, wenn der Patient damit seine Interessen massiv durchsetzt. Durch sein Verhalten erhält er die für ihn notwendige Beachtung und Anerkennung (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 46).

Eine weitere Funktion der Aggression können Schutz und Abwehr sein. Der Patient schützt seine Intimsphäre auf der Dialysestation und bekämpft Verletzungen seiner persönlichen Integrität.

Aggression wird als Spannungsreduktion verwendet. In der direkten Konfrontation werden aufgestaute Spannungen durch familiäre, berufliche oder finanzielle Probleme entladen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 47).

Folgende Merkmale lassen auf ein aggressives Verhalten schließen.

5.5.1. Aggressionsmerkmale

Aggressives Verhalten äußert sich durch Schimpfen, Drohen, Unmutsäußerungen, den Tonfall und die Stimmlage, sowie durch „den Gesprächspartner lächerlich machen“.

Weitere Merkmale sind Neid, Handgreiflichkeiten, Ignoranz, absichtliches Missverstehen, Rücksichtslosigkeit, Unmutsgesten und wenn Ratschläge nicht befolgt werden. Versteckte Aggression kann sich in Ironie äußern.

Weinen, anklagendes Jammern und Frustration als plötzliche Reaktion zählen zu den emotionalen Formen der Aggression (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 47).

Für die verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens gibt es unterschiedliche auslösende Faktoren, bedingt durch das Verhalten der Patienten, aber auch durch das Verhalten des Pflegepersonals.

5.5.2. Aggressionsauslösende Faktoren

Beim Patienten kann es zu aggressivem Verhalten aus folgenden Gründen kommen: Durch die Unterdrückung eigener Wünsche und vergebliche Versuche, eine Beziehung zum behandelnden Team aufzubauen. Weiters durch mangelnde Zuwendung und Aufmerksamkeit, Rivalität gegenüber Mitpatienten, Zwänge, Statusverlust, Rollenverlust in der Familie und die Verdrängung von Gefühlen. Aggressives Verhalten des Patienten erfordert eine Kontaktaufnahme, um dem Patienten zu erklären, wie sein Verhalten auf die Pflegepersonen und Mitpatienten wirkt (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 50f).

Beim Pflegepersonal gibt es eine Vielzahl an aggressionsauslösenden Faktoren. Im Folgenden werden die wichtigsten angeführt. Geduzt werden, ohne damit einverstanden zu sein, unerwünschte Berührungen und anstößige Bemerkungen, der Kontakt mit unsympathischen Patienten, Bemerkungen über persönliche Themen und unangenehme Gerüche eines Patienten. Erfolgte Abwertung im Team, das Ausspielen untereinander, ungerechte Bezahlung und wenig/keine Wertschätzung beinhalten ebenfalls Konfliktpotential (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 51).

In Kapitel 5.5.3 werden Praxistipps für den Umgang mit aggressiven Patienten vorgestellt.

5.5.3. Praxistipps für den Umgang mit aggressiven Patienten

Pflegepersonen sollten überprüfen, ob sie eine verstehende, akzeptierende Grundhaltung haben und auf ihre eigene Tagesverfassung achten. Betreuungsmodalitäten sind im Team abzustimmen und klare Grenzen sind zu setzen. Bereits gemachte Erfahrungen bei der Betreuung sollen genutzt werden. Patienten brauchen Lob und Zuwendung. Aggressives Verhalten sollte möglichst wenig persönlich genommen werden (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 50f).

Direkte Zuwendung bewirkt, dass sich der Betroffene als Individuum angenommen und respektiert fühlt. Sie reduziert die Anspannung und fördert das Gefühl von Sicherheit. Gespräche, Zeit geben und Beruhigung sind Pflegeinterventionen, die die Selbstkontrolle des Patienten fördern. Kann der Patient dabei sein Gesicht wahren, ist er eher dazu bereit von einem Standpunkt abzuweichen, den er ansonsten mit gesteigerter Aggressivität durchzusetzen versucht (vgl. Käppeli 2000, S. 238f).

„Ermutigung, die Gefühle von Ärger, Zorn, Feindseligkeit auf eine annehmbare Weise auszudrücken, ist wichtig. Eine Unterbindung kann die Aggressionen verstärken. Nicht die aggressiven Gefühle sind schlimm, sondern das falsche Ausleben, der unkontrollierbare Ausbruch. Ablenkung, die Ermutigung zu körperlichen Aktivitäten, die Anwendung von Entspannungstechniken sind weitere wirksame Strategien“ (Käppeli 2000, S. 239).

Aggression ist immer laut und fällt auf. Eine weitere Reaktion des Dialysepatienten kann der Rückzug ins Innere sein. Eine Depression verläuft leise und es besteht die Gefahr, dass sie nicht bemerkt wird (Anmerkung der Verfasserin).

5.6. Der Umgang mit erkannter Depression

Beim Dialysepatienten tritt die Depression, neben der Angst, als häufigste Gefühlsreaktion auf. Der Patient ist in seinem Ausdrucksverhalten gehemmt. Der Betroffene drückt damit aus, dass er der Krise nicht gewachsen ist (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 52).

„Depression ist eine Schutzfunktion der Seele, die einen Schutzraum benötigt, weil sie zu schwach ist, der Realität zu trotzen“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 52).

Die Depression ist eine Krankheit und nicht mit Verstimmung oder Trauer gleichzusetzen. Sie kann plötzlich auftreten oder sich schleichend entwickeln (vgl. Bojack 2003, S. 27).

Vorrangig klagt der Betreffende über Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Häufig halten Patienten eine Fassade aufrecht und überspielen ihre wahre

Stimmungslage. Durch Angstsymptome kann eine Depression im Verborgenen bleiben. Im Zusammenhang mit einer Depression kommen häufig tatsächliche körperliche Beschwerden hinzu. Die Depression wird als Begleiterscheinung abgetan, nicht als Erkrankung erkannt und somit auch nicht behandelt. Bei Zunahme der Symptome wird die Diagnose klarer. Die Depression soll so früh wie möglich erkannt werden. Dieses setzt die Kenntnis über das Beschwerdebild voraus (vgl. Bojack 2003, S. 33ff).

5.6.1. Anzeichen einer Depression

Frühe Anzeichen einer Depression sind unspezifisch. Psychosomatische Beschwerden können auf eine Depression hinweisen. Vielen Patienten fehlt der tägliche Antrieb. Sie empfinden keine Freude mehr und werden von einer inneren Gefühlskälte erfasst. Sie fühlen sich erschöpft und kraftlos. Somatische Beschwerden wie ein Engegefühl in der Herzgegend, Kopf- und Bauchschmerzen, Schwindel, Schweißausbrüche, Appetitlosigkeit, Magen- und Darmbeschwerden treten auf.

Gedächtnisschwäche und Konzentrationsschwierigkeiten sind kognitive Beschwerden. Pessimismus, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und die Unfähigkeit Entscheidungen zu treffen, können in Erscheinung treten. Agitiertheit ist ebenso möglich wie ein herabgesetztes Aktivitätsniveau. Selbstmordgedanken und Gedanken an den Tod müssen ernst genommen werden (vgl. Bojack 2003, S. 30ff).

Depressives Verhalten ist durch ein herabgesetztes Selbstwertgefühl gekennzeichnet, dieses korreliert mit Selbstvorwürfen. Aussagen, dass alles keinen Sinn mehr hat oder den Patienten das Gefühl beschleicht, er falle anderen nur noch zur Last, sind typisch. Manche Patienten möchten einfach sterben. Schädigendes Trink- und Essverhalten oder das Ignorieren der medizinischen Versorgung können zum Ausdruck bringen, dass der Patient nicht mehr leben will (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 52f).

Unterschiedliche Ereignisse im Rahmen der Krisenbewältigung des Dialysepatienten können eine Depression auslösen.

5.6.2. Depressionsauslösende Faktoren

Das Auftreten von Komplikationen, eine erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit, anhaltende Schmerzen und Juckreiz fördern depressive Verhaltensweisen. Die Unterstützung durch das Umfeld des Patienten reicht nicht aus und er fühlt sich einsam.

Berufliche und finanzielle Schwierigkeiten sowie Zukunftspläne, die aufgegeben werden müssen, gehören ebenso zu den auslösenden Faktoren. Hinzu kommen Ernährungsprobleme, Sexualstörungen, ständiges Durstgefühl und chronische Obstipation sowie persönliche Bedürfnisse, welche nicht befriedigt werden können. Die Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes ist für viele Patienten sehr belastend (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 53f).

Befindet sich der Betroffene zu lange oder zu oft im sogenannten „schwarzen Loch“, sollte das als Alarmzeichen vernommen werden. Er verliert die Perspektive und seine Identität. Reagiert das Pflegepersonal auf pessimistische und resignative Haltung mit Unverständnis, wird der Patient in seiner Selbstabwertung und Hoffnungslosigkeit bestätigt (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 54f).

5.6.3. Konstruktiver Umgang mit Depression

Durch Interventionsmöglichkeiten soll versucht werden, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

„Sie setzen allerdings eine grundsätzlich annehmende professionelle Haltung voraus, die nicht ins Mitleid führt, sondern zur Mitwirkung ermuntert:

- Positive Rückmeldungen geben: Die Aufmerksamkeit des Patienten nicht auf das lenken, was misslingt, sondern was gelingt
- Zielperspektiven ansprechen: Was will ich mit meinem Leben unter den Bedingungen der Dialyse anfangen? Was macht das Leben noch lebenswert?
- Aktivitäten vorschlagen: Körperliche und geistige Bewegungen, die den Patienten aus seiner Lethargie erlösen
- Möglichkeiten bereitstellen, die den Patienten in Kontakt mit anderen Patienten bringen
- Begrenzte medikamentöse Unterstützung (durch den Arzt) anbieten“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 55).
- Die Patienten werden in Gesprächen positiv unterstützt, indem die Pflegekraft auf Ton, Bewegung und immer wiederkehrende Worte achtet. Sätze sollten als Frage formuliert werden und nicht als Feststellung. Sie sollen als Angebot für den Patienten

verstanden werden. So erfährt der Patient weder Belehrung noch Bewertung, erlebt aber aktive Zuwendung (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 56).

Da sich depressive Patienten häufig leise verhalten, viel schlafen und auch sonst keine Forderungen stellen, besteht die Gefahr, dass sie in ihrem Gemütszustand alleine gelassen werden. Pflegekräfte sollten versuchen regelmäßig mit jedem Patienten ein Gespräch zu führen, um so auf Äußerungen, die auf eine Depression hinweisen, aufmerksam zu werden (Anmerkung der Verfasserin).

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Förderung der Compliance ist das Zulassen von Ritualen.

5.7. Rituale als Orientierungshilfen

Rituale geben Halt und Sicherheit, wenn die Wirklichkeit durch Angst, Kontrollverlust, Hoffnungslosigkeit, Gefahr und Leiden gekennzeichnet ist. Sie werden zu einem Teil der Identität. Sie geben der Zeit eine Struktur und sichern die individuelle Existenz. Rituale sind Hilfe, wo der Betroffene am Ende seiner Fähigkeiten ist. Der Alltag wird ritualisiert. Handlungen und Gesten beinhalten eine eigene Ordnung.

Rituale lösen häufig negative Empfindungen aus, da sie mit sinnentleerten Prozeduren in Verbindung gebracht werden. Regelmäßig wiederkehrende Handlungen fördern aber die Konzentration und verbinden die Beteiligten untereinander. Rituale lassen sich in jeder Kultur, jeder Gesellschaftsform und in jedem Lebensalter finden. Auf der Dialysestation bedeuten Rituale Sicherheit und Wohlfühl. Rituale sind ein Zeichen der Zugehörigkeit und sie werden zu einer entlastenden Funktion. Sie schaffen Vertrauen und schließlich scheint es, als gäbe es ein Grundbedürfnis nach Ritualen. Rituale schenken dem Betroffenen Zuversicht und Trost (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 28f).

Auf folgende Rituale legen die Patienten großen Wert:

- „Kissen und Decken müssen in einer bestimmten Art und Weise liegen (der Platz wird eingerichtet).
- Zeitstrukturen müssen eingehalten werden.
- Der Patient kommt eine halbe Stunde eher, setzt sich hin und beobachtet die Umgebung.
- Die gleiche Maschine sollte immer am gleichen Platz stehen.

- Bestimmte Wege werden eingehalten.
- Möglichst die gleiche Person zum Punktieren einsetzen.
- Rauchrituale ermöglichen (nach der Dialyse, bevor das Taxi kommt).
- Trink- und Essgewohnheiten sollten gewährleistet werden.
- Pflaster und Verbände müssen immer an der gleichen Stelle befestigt werden.
- Manche Patienten ziehen sich zur Dialyse um“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 29).

Durch die Möglichkeit, diese Rituale leben zu können, fühlt sich der Patient sicher und als Individuum akzeptiert. Rituale sind eine Konstante in Zeiten, in denen der Dialysepatient mit erneuten Problemen konfrontiert wird. Es sind wichtige Fixpunkte, die ihm Halt geben. Nach jahrelanger Dialysebehandlung treten unweigerlich weitere Probleme auf, die für die Patienten sehr belastend sind (Anmerkung der Verfasserin).

5.8. Weitere Probleme des Dialysepatienten

Hierzu ist anzumerken, dass viele dieser Probleme durch Begleiterkrankungen, die sich mit der Zeit bei der Dialysebehandlung entwickeln können, entstehen. Die hier angeführten physischen Probleme treten in mehr oder weniger ausgeprägter Form in Erscheinung. Sie bereiten den Patienten in unterschiedlichem Ausmaß Schwierigkeiten. Urämietoxine führen zu Veränderungen, die den gesamten Organismus betreffen. Der Patient erfährt häufig eine Verschlechterung seiner Lebensqualität. Starkes Durstgefühl und chronische Schmerzen werden von den Patienten häufig angeführt (Anmerkung der Verfasserin).

5.8.1. Umgang mit dem Durstgefühl

Für viele Patienten ist das ständige Durstgefühl ein großes Problem. Es entsteht durch die Verteilungsstörung zwischen dem intrazellulären und extrazellulären Raum. Der schnelle Wasserentzug während der Dialyse verursacht erneut ein starkes Durstgefühl (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 67).

Das Pflegepersonal kann den Patienten folgende Ratschläge geben:

„Saure zuckerfreie Bonbons, Eiswürfel, Zitronenscheiben lutschen, zuckerfreies Kaugummi kauen (Säure mindert den Durst, da sie den Speichelfluss anregt), Süßes oder Salziges vermeiden (würzen statt salzen), Medikamente mit dem Essen einnehmen, essen statt trinken, spülen, gurgeln, heiße oder warme Getränke trinken (von kalten wird mehr getrunken), kleine Dose Obst oder Obstkuchen aus dem Kühlschrank (Flüssigkeit abgekippt), kalter Wackelpudding“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 67).

Um den Patienten bei der Verhaltensänderung zu unterstützen, soll bei der Ernährungsberatung gemeinsam erörtert werden, wann der größte Verzicht bzw. Genuss erlebt wird. Am Anfang fällt es dem Patienten schwer eigene Ziele zu formulieren, dadurch wird aber das Bewusstsein für die eigene Verantwortung gefördert. Der Betroffene soll immer langsam aus einem Glas trinken, dabei die Trinkmenge und das Essverhalten notieren. Gespräche mit Mitpatienten führen häufig zu neuen Lösungsmöglichkeiten. Verringert sich die Ausscheidungsmenge, muss dies beim Trinkverhalten berücksichtigt werden. Das Pflegepersonal ist für die Betroffenen der wichtigste Ansprechpartner und Bindeglied zwischen den Zielen der Ernährungstherapie und Lebensqualität (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 67f).

5.8.2. Begleiterkrankungen der Dialysebehandlung

Die infolge der Dialysebehandlung entstehenden Begleiterkrankungen werden in dieser Abschlussarbeit angeführt. Dies ist deshalb so wichtig, da sie die Lebensqualität und die Compliance der Betroffenen wesentlich beeinflussen (Anmerkung der Verfasserin).

Es kommt zu Veränderungen des kardiovaskulären Systems, renaler Anämie und Gerinnungsstörungen. Gastrointestinale und endokrinologische Störungen, neurologische Probleme und Sexualfunktionsstörungen treten auf. Urämische Veränderungen der Haut sind für die Betroffenen ein großes Problem. Hinzu kommen die renale Osteopathie, die Infektanfälligkeit und eventuell entstehende Infektionen über den Gefäßzugang (vgl. Geberth/Nowack 2011, S. 145).

Die Behandlung der oben angeführten Begleiterkrankungen sowie der chronischen Schmerzen obliegt dem verantwortlichen Arzt bzw. dem Nephrologen, in Zusammenarbeit mit dem gesamten Pflorgeteam (Anmerkung der Verfasserin).

6. TEAMARBEIT ZUM WOHLER DER PATIENTEN

In Kapitel 4.4. wurde erklärt, dass der Patient die Anspannung oder gereizte Stimmung einer Pflegeperson als existenzielle Bedrohung empfindet. Nicht immer sind die Ursachen für Anspannungen im persönlichen Bereich der Pflegekräfte zu finden. Mangelnde Kommunikation im Team, Überforderung, Zeitmangel, ungerechte Dienst- und Urlaubspläne, ständige negative Kritik, niedrige Entlohnung und institutionelle Vorgaben können zu Spannungen und einem schlechten Arbeitsklima führen. Dissonanzen im Team übertragen sich auf die Patienten. Sie werden unsicher, unruhig und entwickeln Ängste (Anmerkung der Verfasserin).

Pflegekräfte sind die Anlaufstelle für alle Fragen und Probleme der Betroffenen. Sie sind unmittelbar mit den krisenhaften Entwicklungen und den emotionalen Erschütterungen der Kranken und ihrer Angehörigen konfrontiert. Daher ist die Einbindung in ein Team, das Unterstützung und Hilfestellung sowie die Möglichkeit des Austausches gibt, erforderlich. In Gesprächen mit Patienten, auch in konfliktträchtigen Situationen, kann der Einzelne mit dem Rückhalt aus dem Team rechnen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 133).

„Konstruktive Feed-backs aus dem Team, eine kontinuierliche fachliche Weiterbildung und regelmäßige Supervision stabilisiert das berufliche Selbstverständnis und hilft bei der Entwicklung einer professionellen Identität“ (Sokol/Hoppenworth 2006, S. 133).

6.1. Teamfähigkeit

Die Voraussetzung für Teamarbeit ist Teamfähigkeit. Dies erfordert von den Beteiligten einen sensiblen Wechsel von Nähe und Distanz in der Kommunikation. Durch die gegenseitige Öffnung wächst das Verständnis für den anderen. Dieser Wechsel ist auch das Erfahrungsfeld der Selbstdarstellung im Team einer Station (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 130).

Teamfähig zu sein setzt Kooperation, Kommunikation, Kritik- und Konfliktfähigkeit sowie Zuhören, Sensibilität und Kompromissbereitschaft voraus (Anmerkung der Verfasserin).

Teambesprechungen dienen der Kommunikation und Entschärfung von Konflikten innerhalb des Teams.

6.2. Teambesprechungen

Regelmäßige Teambesprechungen unterstützen die Organisation des Dialysealltags. Sie entschärfen Konflikte innerhalb des Teams. Teambesprechungen fördern die Mitbestimmung des Pflegepersonals und die Zunahme der Mitverantwortung jedes Mitarbeiters. Für ausgesprochene Probleme werden gemeinsam Lösungen gesucht. Teamentscheidungen werden besser akzeptiert. Jeder Mitarbeiter hat dadurch die Möglichkeit, den Arbeitsplatz mitzugestalten (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 134).

Themen einer Teambesprechung können allgemeine Problembehandlung, Anlegezeiten der Patienten, Arbeitsaufteilung, Patienteninformation und das Qualitätsmanagement betreffen (vgl. Sokol/Hoppenworth 2006, S. 134).

Ein Arbeitsklima, in dem sich jeder Mitarbeiter gut aufgehoben, vom Team unterstützt und akzeptiert fühlt, ist ein weiterer wichtiger Beitrag zur Förderung der Compliance des Patienten mit chronisch dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (Anmerkung der Verfasserin).

7. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

Der Verfasserin dieser Abschlussarbeit war es ein Anliegen, den Menschen mit der Diagnose „Chronisch dialysepflichtige Niereninsuffizienz“, das Leben mit der Krankheit zu erleichtern. In der Literatur wurde nach Hinweisen und Ratschlägen gesucht, um folgende Forschungsfrage zu beantworten:

„Womit kann Pflege die Compliance des Patienten mit chronisch dialysepflichtiger Niereninsuffizienz fördern?“

Der Zeitpunkt, ab dem die dauerhafte Dialysebehandlung notwendig wird, bedeutet für die Betroffenen die Konfrontation mit einer neuen Welt. Verunsicherung, Hoffnungslosigkeit und große Ängste sind ihre Begleiter. Die patientenorientierte Beratung hilft, den Patienten in der schwierigen Situation, verständliche Aufklärung, Information, konstruktive Lösungsmöglichkeiten sowie notwendige Hilfestellung anzubieten. Sicherheit geben und Ängste nehmen stehen an vorderster Stelle.

Im Rahmen der Krisenbewältigung durchleben die Patienten die Phasen der Abhängigkeit, der Befreiung und der Autonomie. Am Anfang steht der notwendige Beziehungsaufbau zwischen Patienten und Pflegepersonal. Die Betroffenen können zu Eigenverantwortung geführt werden und erhalten einen Teil ihrer Selbstbestimmung zurück. Ziel ist, eine Beziehung zwischen Patienten und Dialysepersonal, die eine partnerschaftliche Umgangsform beinhaltet.

In der Phase existentieller Bedrohung, der Negierung der Krankheit, tiefer Traurigkeit, Unsicherheit und Ohnmacht benötigen die Patienten eine einfühlsame Zuwendung, die gekennzeichnet ist durch Wertschätzung und Empathie. Schock und Trauer wechseln häufig in Wut, da die Patienten sich machtlos fühlen. So entstehende Spannungen werden durch aggressives und forderndes Verhalten abgebaut.

Für viele Betroffene bleibt Angst ein ständiger Begleiter. Übersteigt der Leidensdruck die Fähigkeit der Krisenbewältigung besteht die Gefahr einer Depression. Diese muss so früh wie möglich erkannt werden. Erwarten sich Patienten Zuwendung und Sicherheit durch ein Verhalten, das sich in früher Kindheit bewährt hat, befinden sie sich in einer Regression.

Änderung der Ess- und Trinkgewohnheiten, die Abhängigkeit von einer Maschine und vom Pflegepersonal, soziale Isolation, die Verunstaltung durch den Shunt und ständiges Durstgefühl bereiten vielen Patienten große Probleme. In jeder Situation ist das

Pflegepersonal erster Ansprechpartner und muss mit Informationen, Aufklärung und Ratschlägen zur Seite stehen. Hervorzuheben sind in Beratungsgesprächen die Fortschritte in der Therapie und das Gelingen. Rituale geben Halt und Sicherheit. Sie sind Orientierungshilfen und auf jeder Dialysestation zu beobachten. Den Patienten muss es ermöglicht werden, ihre Rituale leben zu können.

Die Patienten reagieren sensibel auf Anspannungen des Pflegepersonals. Sie werden unruhig und verunsichert. Ein Team, in dem jeder Unterstützung und die Möglichkeit zum Meinungsaustausch erhält, ist unerlässlich. Regelmäßige Teambesprechungen fördern die Mitsprache der Mitarbeiter und helfen in konflikträchtigen Situationen innerhalb des Teams.

Eine Beziehung zwischen Patienten und Dialysepersonal, die gekennzeichnet ist durch Wertschätzung, Empathie und Respekt, gepaart mit einfühlsamer Aufklärung, Informationen und konstruktiven Lösungsmöglichkeiten, führt zur Verbesserung der Lebensqualität und der Compliance der Patienten.

8. LITERATURVERZEICHNIS

Bojack, Barbara: Depression im Alter: 1. Auflage, Bonn, Psychiatrie-Verlag GmbH, 2003

Edelmann-Walt, Susanne: Gut leben mit chronischer Niereninsuffizienz: 1. Auflage, München, Urban & Fischer Verlag, 2007

Geberth, Steffen/Nowack, Rainer: Praxis der Dialyse: Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2011

Gerlach, Ulrich/Wagner, Hermann/Wirth, Wilhelm: Innere Medizin für Pflegeberufe: 5. völlig neu bearbeitete Auflage, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 2000

Käppeli, Silvia: Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber, 2000

Menche, Nicole/Bazlen, Ulrike/Kommerell, Tilman: Pflege heute: 2. Auflage, München, Jena, Urban & Fischer Verlag, 2001

Panfil, Eva-Maria: Fokus: Klinische Pflegeforschung: Beispiele quantitativer Studien: Hannover, Schlitersche Verlagsgesellschaft mbH & Co, KG, 2004

Sokol, Christina/Hoppenworth, Uwe: Arbeiten mit Dialysepatienten: Praxisbuch für Fachpersonal: Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2006