



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Angewiesen sein“

Der Aufwachprozess nach Analgosedierung
auf Intensivstationen aus Sicht der PatientInnen

Verfasserin

Johanna Stübegger

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Doktor Monika Linhart

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Literaturquellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde im In- oder Ausland vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version und stimmt mit dem von der Begutachterin beurteilten Exemplar überein.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist das Resultat der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Aufwachen aus dem künstlichen Tiefschlaf auf Intensivstationen, welcher mir mit einem fremden Blick neue Impulse aufzeigte. Da ich schon seit längerer Zeit auf einer anästhesiologischen Intensivstation in Wien als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester beschäftigt bin, konnte durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema meine Sensibilität diesbezüglich verschärft und die so genannte „Betriebsblindheit“ durchbrochen werden. Mein Vorwissen und meine beruflichen Erfahrungen halfen mir während der Untersuchung den Prozess besser zu verstehen, wobei die Herausforderung darin bestand, nichts in die Daten hinein zu interpretieren.

An dieser Stelle möchte ich mich herzlichst bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Doktor Monika Linhart bedanken, die mir stets mit wertvollen Tipps bei der Realisierung der Diplomarbeit zur Seite stand. Als Spezialistin auf dem Gebiet der Grounded Theory unterstützte sie mich durch ihre fachliche Kompetenz und ihre unermüdliche Begeisterung für das Thema. Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet und ich erhielt konstruktive Hinweise um mit dem Datenmaterial zurecht zu kommen.

Ein herzlicher Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, da sie mir in dieser Zeit durch gute Gespräche und Diskussionen immer wieder wertvolle Anreize lieferten und mich somit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt all meinen aufgeschlossenen Gesprächspartnern und Gesprächspartnerinnen für ihre Bereitschaft über diese sensible Thematik zu sprechen. Nur durch ihre Offenheit und Kooperation konnte diese Arbeit zustande kommen.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Auf Intensivstationen liegen schwerkranke Menschen, welche für einen individuellen Zeitraum analgosediert, das heißt mit Medikamenten in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt, und beatmet werden. Erst wenn der kritische Zustand überstanden und ein/e PatientIn stabil ist, kann langsam die Medikation zurück genommen werden, womit die Entwöhnung vom Respirator und der Aufwachprozess beginnen. Das Prozedere des Aufwachens kann sehr unterschiedlich verlaufen und diverse Probleme bereiten. Jedoch ist bis jetzt kaum bekannt, wie sich diese Probleme auf das körperliche und psychosoziale Wohlbefinden auswirken. Dieser Umstand betont die Notwendigkeit, mehr über den Aufwachprozess und die damit verbundenen Abläufe aus der Sicht der Betroffenen in Erfahrung zu bringen, sodass das professionelle Behandlungsteam, aber auch Angehörige, aktiver in den Prozess eingreifen können.

Ziel: Das Ziel dieser Studie war es, den Prozess, welchen IntensivpatientInnen beim Aufwachen nach Analgosedierung durchlaufen, zu erkennen und zu beschreiben, um Ansatzpunkte für Unterstützungsmaßnahmen zu identifizieren.

Methode: Es wurden zehn halbstandardisierte Interviews mit ehemaligen IntensivpatientInnen, deren Durchschnittsalter 45 Jahre betrug, geführt. Die Datensammlung und Analyse erfolgten nach der Methode der Grounded Theory. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung und der kleinen Stichprobe konnte die Datensättigung nicht erreicht werden.

Erkenntnisse: Insgesamt zeichneten sich drei Hauptkomponenten ab, welche in Bezug auf den Aufwachprozess eine entscheidende Rolle spielen: Einflussfaktoren, Konsequenzen und Strategien. Der Begriff „Einflussfaktoren“ umfasst wiederum drei Aspekte, welche sowohl positiv wie auch negativ auf den Prozess einwirken können: das Behandlungsteam, die Umgebung und die Angehörigen. Als „Konsequenzen“ des Prozesses konnten sowohl physische als auch psychosoziale Dimensionen heraus gefunden werden. Weiters zeigte sich auch die Kommunikation als belastende Konsequenz dieses Thema betreffend. „Strategisch“ konnten drei Gruppen identifiziert werden, welche als Ansatzpunkte für eine positive

Einflussnahme auf den Prozess sorgen könnten. Das wären einerseits das gesamte Behandlungsteam, andererseits die Angehörigen und in eher minimalem Ausmaß die Personen selber.

Schlussfolgerung: Die gewonnenen Erkenntnisse betonen die Komplexität des Aufwachprozesses, welcher stark von der individuellen Wahrnehmung des Einzelnen geprägt wird, und das körperliche und psychosoziale Wohlbefinden in unterschiedlicher Weise beeinflusst. Die Sensibilität für und das Wissen über die möglichen Probleme und Schwierigkeiten der Betroffenen könnten vom professionellen Behandlungsteam aufgegriffen, und zu prophylaktischen Maßnahmen und somit Linderung beitragen.

Abstract

Background: At an intensive care unit patients are seriously ill. What makes an adequate analgesia and sedation necessary for an individual period means they are kept in an artificial coma due to drugs and need invasive mechanical ventilation. If the critical condition has been stabilised and the patient is stable, it is possible to reduce the medication, so the process of awakening and weaning can begin. This procedure may prove different and can cause a variety of problems. However it is hardly known yet, how these influence physical and psychological well-being. Therefore it emphasises the necessity of better knowledge about the process of awakening and the connected cycle from the point of view of the person involved. Thereafter the professional team of the intensive care unit ward and also the next of kin are able to influence the whole sequence more actively.

Aim: The aim of this study was to realize and describe the process which intensive care patients go through and identify the first signs for support measures.

Method: Ten previous intensive care patients, the average age 45 years, were interviewed using open ended, semi-structured questions. Grounded Theory has been chosen as research method, which guided through the process of data collection and analysis. Due to time restriction and too small sample, theoretical saturation has not been reached.

Results: Findings showed three main components playing a decisive role in the process of awakening: influencing factors, consequences and strategies. The item "influencing factors" again contains three aspects to appeal both positive and negative to the process. These are the treating team, the environment and the next of kin. As "consequences" of the process physical as well as psychosocial dimensions were found. Furthermore communication represented a stressful matter concerning this theme. "Strategically" it was possible to identify three groups possibly being starting points for a positive influence on the process. This could be the whole treating team on one hand, on the other one the next of kin, and to a minimal extent the persons themselves.

Conclusion: The findings emphasize the complex nature of the awakening procedure which is strongly affected by the individual perception of each and every one, and guides the physical and psychosocial well-being in a different manner. The sensitivity and the knowledge about the possible problems and troubles of the person concerned could be released from the treating team, and therefore contributes to prophylactic measures and abatement.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	5
1.1 Hintergrund und Ausgangslage	5
1.2 Zielsetzung.....	5
1.3 Forschungsfragen	6
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	7
2.1 Definitionen	7
2.1.1 Intensivstation	7
2.1.2 Intensivmedizin	7
2.1.3 Bewusstseinszustände.....	8
2.1.4 Analgosedierung	10
2.2 Intensivtherapie / Allgemeine Aspekte.....	12
2.2.1 Überwachung des/der Intensivpatienten/-in.....	12
2.2.2 Beatmung / Weaning.....	13
2.3 Die Rolle von Intensivpflegepersonen	15
2.3.1 Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen	17
2.3.2 Körperpflege.....	18
2.3.3 Lagerung und Mobilisation	19
2.3.4 Endotracheales Absaugen	20
2.3.5 Ernährung	20
2.4 Der Aufwachprozess	21
2.4.1 Traum und Wirklichkeit.....	21
2.4.2 Erinnerungslücken und Orientierungsbeeinträchtigungen	23
2.4.3 Schlafstörungen	24
2.4.4 Zeit.....	25
2.4.5 Kommunikation	25
2.4.6 Hilflosigkeit.....	27
2.4.7 Ängste und Belastungsfaktoren.....	28
2.4.7.1 Furcht und Angst.....	28
2.4.7.2 Belastungen	29
2.4.7.3 Ängsten und Belastungen gegensteuern.....	31
2.4.8 Lebensfreude und Wille zum Kämpfen.....	32
2.4.9 Positive Atmosphäre	32
2.5 Psychosoziale Störungen des/der Intensivpatienten/-in.....	33

2.5.1 Wahrnehmungsstörungen.....	33
2.5.2 Akute organische Psychosyndrome	34
2.5.2.1 Sympathisches Hyperaktivitätssyndrom beim Weaning	36
2.5.2.2 Therapieansätze	36
2.5.3 Wahnhafte, tatsächliche und emotionale Erinnerungen	37
2.5.4 Posttraumatische Belastungsstörungen.....	39
2.6 Angehörige auf Intensivstationen	40
2.7 Das Intensivtagebuch	43
3. METHODE UND VORGEHENSWEISE.....	47
3.1 Grounded Theory.....	48
3.2 Durchführung der Interviews	51
3.2.1 Einschlusskriterien.....	51
3.2.2 Rekrutierung und „Informed Consent“	51
3.2.3 Beschreibung der TeilnehmerInnen	52
3.2.4 Datenerhebung	53
3.2.5 Datenanalyse.....	54
3.2.6 Gütekriterien	55
4. ERKENNTNISSE	58
4.1 Physische Dimension.....	59
4.1.1 Schmerzempfinden.....	59
4.1.2 Die Wahrnehmung des Tubus, des Absaugens und der Extubation.....	60
4.1.3 Durstgefühle	62
4.1.4 Essproblematik	63
4.1.5 Fixierung.....	65
4.1.6 Schwächegefühl	66
4.2 Psychosoziale Dimension	67
4.2.1 Die Wahrnehmung im Zusammenhang mit dem Zeitgefühl	68
4.2.1.1 Tag / Nacht.....	69
4.2.1.2 Erinnerungsvermögen.....	70
4.2.1.3 Rhythmus	72
4.2.2 Die Wahrnehmung im Zusammenhang mit der Orientierung	73

4.2.2.1 Realität.....	74
4.2.2.2 Träume.....	75
4.2.2.3 Halluzinationen.....	77
4.2.3 Ängste.....	78
4.2.4 Schlafprobleme	80
4.2.5 Die Wahrnehmung im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten	82
4.2.5.1 Schamgefühle	83
4.2.5.2 Angewiesen sein	85
4.2.5.2.1 Kaum negative Empfindungen	85
4.2.5.2.2 Die Abhängigkeit spüren	86
4.2.5.3 Informationen	87
4.2.5.4 Vertrauen	89
4.3 Kommunikation mit und ohne Tubus	91
4.4 Die Wahrnehmung der Umgebung.....	94
4.4.1 Lärm.....	95
4.4.2 Licht	96
4.5 Die Rolle der Angehörigen	96
4.5.1 Fördernde Faktoren.....	97
4.5.2 Hemmende Faktoren.....	98
4.6 Verarbeiten des Aufwachprozesses	99
4.6.1 Allgemeine Aspekte.....	99
4.6.2 Das Intensivtagebuch als Bewältigungsstrategie.....	101
4.6.2.1 Begrüßende Haltung	101
4.6.2.2 Ablehnende Haltung.....	102
4.7 Vorschläge für Verbesserungen	103
4.8 Abschließende Erklärung	105
5. DISKUSSION	111
6. IMPLIKATIONEN.....	118
6.1 Implikationen für die Pflege	118
6.2 Implikationen für die Pflegeforschung.....	119
7. STÄRKEN UND LIMITATIONEN DER ARBEIT	121
8. SCHLUSSFOLGERUNG	122
9. BIBLIOGRAFIE	124
10. ABBILDUNGS-TABELLENVERZEICHNIS	131

11. ANHANG	132
11.1 Interviewleitfaden.....	132
11.2 „Informed Consent“	134
11.3 Curriculum Vitae	138

1. EINLEITUNG

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Durch die ständigen Fortschritte in der Medizin überleben immer mehr Menschen schwere, lebensbedrohliche Akuterkrankungen, welche eine Aufnahme auf eine Intensivstation erfordern. Die betroffenen Personen sind oft mehrere Tage bis Wochen durch Medikamente in einen künstlichen Tiefschlaf versetzt. Die Aufgabe des professionellen Behandlungsteams besteht darin, während dieser Zeit alle notwendigen, meist sehr invasiven und belastenden Therapiemaßnahmen sowie Pflegehandlungen zu übernehmen. Erst wenn der kritische Zustand überstanden und ein/e PatientIn stabil ist, kann langsam die Analgosedierung zurück genommen werden, womit der Aufwachprozess beginnt.

In der Literatur findet man viele Publikationen über mögliche Probleme und Komplikationen während des Aufwachens aus dem künstlichen Tiefschlaf, jedoch wurden diese Themen hauptsächlich von medizinischer Seite beforscht. Allerdings lässt sich nur wenig Material zur Darstellung dieses Prozesses unter Einbeziehung der Betroffenen finden. Es gibt einige überwiegend englischsprachige Studien, welche sich mit dem Erleben und Erfahrungen von IntensivpatientInnen befassen, jedoch wurden diese Erkenntnisse weder auf Anwendungsmöglichkeiten in der deutschsprachigen Wissenschaft überprüft, noch gibt es bislang auf Deutsch Erkenntnisse zu diesen spezifischen Themenbereich. Aus diesen Gründen ist es essentiell, die Innensicht, also die subjektive Wahrnehmung der betroffenen Menschen heraus zu finden und beschreiben zu können, weil dadurch ein besseres Verständnis der Wirklichkeit der Personen möglich ist.

1.2 Zielsetzung

Die Ziele der Arbeit sind, mithilfe qualitativer Interviews, das bisherige Wissen über den Aufwachprozess zu erweitern und Strategien für das professionelle Be-

handlungsteam und eventuell für die Betroffenen selbst in Erfahrung zu bringen. Durch neue Erkenntnisse aus der Perspektive der ehemaligen IntensivpatientInnen, welche sowohl physische als auch psychosoziale Aspekte berücksichtigen, könnte das Intensivstationsteam für ein besseres Verständnis dieser für PatientInnen besonders intensiven Zeit, sensibilisiert werden. Weiters könnte ein Beitrag zur Qualitätssteigerung in der Betreuung von kritisch Kranken geleistet werden, wobei dies gleichzeitig eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bedeuten würde.

1.3 Forschungsfragen

Den Ausgangspunkt dieser Studie stellt die zentrale Forschungsfrage dar:

- Welche körperlichen und psychischen Probleme stehen während des Aufwachprozesses im Vordergrund?

Von dieser Forschungsfrage ausgehend, werden zur Vertiefung der Thematik noch weitere Unterfragen beforscht:

- Wie werden ärztliche und pflegerische Maßnahmen wahrgenommen?
- Wie funktioniert die Kommunikation (mit und ohne Beatmungsschlauch)?
- Wie wird die Umgebung wahrgenommen (Lärm, MitpatientInnen, BesucherInnen etc.)
- Welche Rolle spielen die Angehörigen?
- Wie wurde das Erlebte verarbeitet?

An dieser Stelle möchte die Forscherin betonen, dass sich diese Untersuchung hauptsächlich auf pflegerische Aspekte, die Intensivstation und den Aufwachprozess betreffend, bezieht.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Um ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, was sich hinter dem Thema „Analosedierung auf Intensivstationen“ verbirgt, werden im Rahmen des theoretischen Hintergrundes die grundlegenden Aspekte erläutert und der aktuelle Wissensstand dargestellt.

2.1 Definitionen

Zu Beginn werden alle für diese Diplomarbeit relevanten Begriffe erläutert.

2.1.1 Intensivstation

Unter Intensivstation wird eine spezielle Einheit für die intensive Diagnostik und Therapie lebensbedrohlich oder kritisch erkrankter PatientInnen verstanden. Dazu gehören zum Beispiel PatientInnen mit akutem Herzinfarkt, Polytrauma, schwerer akuter Blutung, Vergiftung, Verbrennungen, Schädel-Hirn-Trauma, bedrohlichen Atmungsstörungen oder Schock. (Striebel, 2009)

2.1.2 Intensivmedizin

Intensivmedizinische Maßnahmen können in Intensivtherapie, Intensivüberwachung und Intensivpflege unterteilt werden. Eine Hauptaufgabe der Intensivmedizin besteht in der Therapie, das heißt der Wiederherstellung beziehungsweise Erhaltung der bedrohten Vitalfunktionen und das exakte Überwachen, also Monitoring des/der Patienten/-in. Auf Intensivstationen wird ein weit über das normale Maß hinausgehender pflegerischer Aufwand betrieben. (Striebel, 2009)

2.1.3 Bewusstseinszustände

Unter klarem Bewusstsein (Wachsein) versteht man die Gesamtheit der psychischen Vorgänge, wie Ansprechbarkeit, zeitliche, räumliche und persönliche Orientiertheit. (Mahlmann, 2008)

Unter Bewusstseinsstörungen werden alle Abweichungen von der normalen Bewusstseinslage verstanden, die durch akute zerebrale Schädigungen bedingt sind. Schlafen ist eine physiologische Veränderung der Bewusstseinslage. (Mahlmann, 2008) Bei den Ursachen von Bewusstseinsstörungen werden primäre, das heißt intracranielle Ursachen (Schädel-Hirn-Trauma, zerebrale Raumforderung, Hirninfarkt, Hirnblutung, Meningitis, Alkoholfolgeerkrankung, Epilepsie etc.) und sekundäre, extracranielle Ursachen (Elektrolytstörungen, Nieren- oder Leberversagen, Stoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Intoxikationen etc.) unterschieden. (Schlachetzki & Horn, 2002)

Bewusstseinsstörungen werden in qualitative und quantitative Bewusstseinsstörungen unterteilt:

Bei qualitativen Bewusstseinsstörungen kommt es zu Bewusstseinsbeeinträchtigungen, -einengungen oder -verschiebungen, die am Verhalten einer Person und seinen Äußerungen zu erkennen sind. Sie können sich durch Absenzen (täglich häufig auftretende Bewusstseinspausen von 5-20 Sekunden), Dämmerzustand (traumähnliche Bewusstseinsbeeinträchtigung), Delir (Bewusstseinsbeeinträchtigung, Desorientiertheit, Halluzinationen, ängstliche Unruhe) oder dem Durchgangssyndrom (Verwirrtheit, Halluzinationen, wahnhaftige Ideen, häufig Fluchtgedanken etc.) zeigen.

Bei quantitativen Bewusstseinsstörungen werden vier Stadien der Tiefe der Bewusstseinsstörung unterschieden:

- Benommenheit: leichte Bewusstseinsbeeinträchtigung, beeinträchtigte Aufmerksamkeit, der/die PatientIn ist jederzeit erweckbar, Denken und Handeln ist verlangsamt, leichte Artikulationsstörungen
- Somnolenz: starke Benommenheit, Schläfrigkeit, erschwerte Weckbarkeit, Antriebslosigkeit, Störung der zeitlichen und örtlichen Orientierung

- Sopor: starker Grad der Bewusstseinsstörung, tiefschlafähnlich, völlige Desorientiertheit, nur durch starken Reiz erweckbar
- Koma: tiefe Bewusstlosigkeit, schwerster Grad der quantitativen Bewusstseinsstörungen, keine Reaktion auf Schmerzreize, lebensbedrohlich, eventuell Atemstörungen (Mahlmann, 2008)

Zur Beurteilung des Bewusstseinsgrades wird häufig die Glasgow-Koma-Skala (= Glasgow Coma Scale = GCS) herangezogen. Es wird die Fähigkeit einer Person gemessen, auf äußere Reize zu antworten, das heißt mit der Außenwelt zu kommunizieren:

Glasgow Coma Scale oder Glasgow-Koma-Skala

Antwortverhalten/Reaktion	Score
Augenöffnen	
Spontan	4
Auf Aufforderung	3
Auf Schmerzreiz	2
Kein Augenöffnen auf Schmerzreiz	1
Verbale Antwort	
Voll orientiert/prompt	5
Verwirrt, desorientiert	4
Verworren, unangemessen	3
Unverständliche Laute	2
Keine Antwort	1
Motorische Reaktion	
Adäquat auf Aufforderung	6
Gezielte Abwehr auf Schmerzreiz	5
Ungezielte Abwehr, Massenbewegungen	4
Beugesynergismen auf Schmerzreiz (Rigidität)	3
Strecksynergismen auf Schmerzreiz (Rigidität)	2
Keine Bewegung, schlaffer Muskeltonus	1
Summe	

Einteilung der Schweregrade in Abhängigkeit vom GCS-Wert	
GCS-Wert	Schweregrad
GCS Punkte 3–8 (bewusstlos)	Schweres Schädelhirntrauma (SHT)/Schwere Bewusstseinsstörung oder Koma
GCS Punkte 9–12	Mittelschweres SHT/ Mittelschwere Bewusstseinsstörung
GCS Punkte 13–15	Leichtes SHT/Leichte Bewusstseinsstörung

Tabelle 1: Glasgow Koma-Skala (Mayer, 2011)

Die Aktionen sind nach Reaktionsmöglichkeiten abgestuft. Als höchste Punktzahl können, bei uneingeschränktem Bewusstsein, 15 Punkte erreicht werden; Werte unter 8 Punkte deuten auf eine schwere Hirnfunktionsstörung hin. (Larsen, 1999)

2.1.4 Analgosedierung

Analgesie (Schmerzausschaltung) und Sedierung (Dämpfung von Funktionen des zentralen Nervensystems durch Beruhigungsmittel) sind wesentliche Bestandteile der intensivmedizinischen Behandlung und relevant für das Outcome der PatientInnen. (Martin, Bäsell, Bürkle, Hommel, Huth, Kessler, Kretz, Putensen, Quintel, Tonner, Tryba, Scholz, Schüttler, Wappler & Spies, 2005)

Unter Analgosedierung versteht man eine Dauernarkose. Der Grad der Analgosedierung hängt von der Schwere der Erkrankung und dem Bewusstseinszustand des Individuums ab. PatientInnen sollen weder Schmerzen durch diagnostische, therapeutische oder pflegerische Maßnahmen erfahren, noch sollen sie psychisch durch Angst oder Wacherleben leiden. (Schara, 2008)

Weitere wichtige Ziele der Analgosedierung betreffen die Ausschaltung schwerer psychischer Belastungen, die Gewährleistung narkotischer Stadien (zum Beispiel zur Therapie eines kritisch erhöhten intracraniellen Drucks), die Steuerung der Entwöhnungsphase von der maschinellen Beatmung und die Wiedererlangung der Koordination nach erfolgreich therapierter Grunderkrankung (zum Beispiel die Wiederherstellung eines normalen Schlaf-Wach-Rhythmus) etc. (Kleinschmidt, 2008) Ein/e IntensivpatientIn soll kooperativ, angst- und schmerzfrei sein, damit er/sie die zur Behandlung seiner/ihrer Erkrankung erforderlichen Maßnahmen

stressfrei toleriert und im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten aktiv unterstützt. (Martin et al., 2005)

Die Überwachung der Sedierungstiefe gestaltet sich bei kritisch kranken PatientInnen schwierig, neben indirekten vegetativen Reaktionen wie Tränenfluss, Pupillenweite, Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz ist eine sorgfältige Überwachung des Analgesie- und Sedierungsniveaus mit Scoringsystemen unerlässlich, um sowohl Über- als auch Unterdosierungen zu vermeiden. (Martin et al., 2005)

Es gibt verschiedene Skalen zur Einstufung des Sedierungsgrades bei IntensivpatientInnen, zum Beispiel die RAMSAY-Skala:

Score	Beschreibung	Beurteilung
0	wach, orientiert	wach
1	agitiert, unruhig, ängstlich	zu flach
2	wach, kooperativ, Beatmungstoleranz	adäquat
3	schlafend, aber kooperativ (öffnet Augen auf laute Ansprache oder Berührung)	adäquat
4	tiefe Sedierung (öffnet Augen auf laute Ansprache oder Berührung nicht, aber prompte Reaktion auf Schmerzreize)	adäquat
5	Narkose (träge Schmerzreaktion auf Schmerzreize)	tief
6	tiefes Koma (keine Reaktion auf Schmerzreize)	zu tief

Tabelle 2: RAMSAY-Skala (Gerdas, 2004)

Die RAMSAY-Skala dient als zuverlässiges Instrument zur Beurteilung der Sedierungstiefe, welche in sieben Kategorien eingeteilt werden kann. Eine sehr tiefe Sedierung sollte nur wenigen speziellen Indikationen vorbehalten bleiben, als Optimum wird ein Ziel-RAMSAY-Wert von 2 (- 3) angesehen. (Martin et al., 2005)

Je nach Dauer der Sedierung wird eine Unterscheidung in Kurzzeitanalgesiedierung (bis zu 24 Stunden), mittellange Analgesiedierung (1-3 Tage) und Langzeitanalgesiedierung (> 3 Tage) getroffen. Während der Akutphase (unmittelbar posttraumatisch oder postoperativ) ist eine vegetative Stabilisierung und Entlastung des/der Patienten/-in durch maximale Analgesie und Sedierung erforderlich, wo-

durch der Sauerstoffverbrauch der einzelnen Organsysteme gesenkt wird. (Kleinschmidt, 2008)

Die Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit ist bei sedierten und komatösen PatientInnen verändert. Reize können sowohl abgeschwächt als auch verstärkt wahrgenommen und die Botschaft anders interpretiert werden, als es bei klarem Bewusstseinszustand der Fall wäre. (Horbach, 2008) Menschen sind in sehr vielschichtigerer und differenzierterer Weise wahrnehmungsfähig, als gemeinhin angenommen wird. (Salomon, 1994) Bewusstlosigkeit kann als eine besondere Form des *Bewusst-Seins* und nicht als dessen Nichtvorhandensein verstanden werden. (Dörner, 1994)

2.2 Intensivtherapie / Allgemeine Aspekte

Der Alltag auf Intensivstationen wird bestimmt von Notfallsituationen, Aufnahmen und Versorgung Schwerstverletzter, dem pflegerischen Handeln, dem stationären Ablauf sowie von therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen. (Brunke, 2007)

2.2.1 Überwachung des/der Intensivpatienten/-in

Bei IntensivpatientInnen sind vor allem die Herz-Kreislauf-Funktion, die Atmung, der Säure-Basen- sowie der Wasser-Elektrolyt-Haushalt und die Blutgerinnung klinisch, apparativ und gegebenenfalls laborchemisch sowohl von ÄrztInnen als auch vom Pflegepersonal zu überwachen. Neben dem kontinuierlichen Monitoring der Herzfrequenz und des Rhythmus (Elektrokardiogramm – EKG) wird der Blutdruck entweder nichtinvasiv nach Riva Rocci (RR) oder durch die invasive arterielle Druckmessung vorgenommen. Vorzugsweise wird die Arteria radialis am Unterarm punktiert. Das Ziel besteht in der kontinuierlichen Erfassung und Dokumentation des systolischen und diastolischen Blutdrucks, sowie des arteriellen Mitteldrucks. Zusätzlich ermöglicht das Drucksystem die Entnahme von Blut zum Bei-

spiel für arterielle Blutgasuntersuchungen. Die Pulsoximetrie stellt ein nicht invasives und einfach zu handhabendes Verfahren zur kontinuierlichen Bestimmung der arteriellen Sauerstoffsättigung des Hämoglobins dar. (Striebel, 2009)

Jede/r kritisch kranke IntensivpatientIn erhält einen mehrlumigen zentralen Venenkatheter, dessen Spitze in der Vena cava kurz vor der Einmündung in den rechten Vorhof des Herzens liegt. Dadurch kann der zentrale Venendruck gemessen werden, welcher Aussagen über vorhandenes intravasales Volumen ermöglicht und Rückschlüsse auf die Leistung des rechten Ventrikels zulässt. Über andere Schenkel können gleichzeitig Infusionen und Medikamente (zum Beispiel Katecholamine) verabreicht werden. (Striebel, 2009)

Die apparative Überwachung kann lediglich die klinische Beobachtung ergänzen, diese aber nicht ersetzen. Alle Parameter werden immer in Kombination mit dem klinischen Erscheinungsbild beurteilt. (Mahlmann, 2008) Es gilt zu vermeiden, dass der/die PatientIn auf die Vitalfunktionen und die Körperlichkeit reduziert wird. (Brunke, 2007)

2.2.2 Beatmung / Weaning

Ein Großteil der IntensivpatientInnen muss vorübergehend künstlich beatmet werden. Eine Indikation zur Beatmung besteht bei Spontanatmung ohne ausreichende Sauerstoffaufnahme über die Lungen und/oder einer unzureichenden Kohlenmonoxidatmung. Das heißt, der Grund für eine therapeutische Beatmung ist oftmals eine respiratorische Insuffizienz, deren Ursachen eine zentrale Atemlähmung zum Beispiel aufgrund einer Depression des Atemzentrums durch Medikamente, einer Schädigung des Atemzentrums durch ein Schädel-Hirn-Trauma oder eines Hirntumors, sein könnten. Weitere Ursachen für Störungen der Ventilation und des pulmonalen Gasaustausches könnten eine periphere Atemlähmung, zum Beispiel aufgrund einer hohen Querschnittslähmung oder der Wirkung von Muskelrelaxantien; eine pulmonale Insuffizienz aufgrund eines Lungenödems, Pneumonie, Atelektasen etc.; oder eine gestörte Atemmechanik beispielsweise durch Rippense-

rienfrakturen, sein. Eine längerfristige Beatmung kann über einen Endotrachealtubus (Schlauch über Mund, selten Nase) oder über ein Tracheostoma (operative Öffnung der Luftröhre) erfolgen. (Striebel, 2009)

Die Beatmung über einen Endotrachealtubus erfordert für die Dauer der Intubation eine optimale Analgosedierung mit einer kontrollierten Dämpfung des Bewusstseins und einer adäquaten Analgesie. Das Ziel der Analgosedierung besteht darin, eine Synchronisation zwischen Beatmungsgerät und dem beatmeten Menschen zu erreichen, um damit ein „fighting“ und im Extremfall die Erschöpfung der Atemmuskulatur zu vermeiden. Die moderne Strategie der Analgosedation strebt einen optimalen Komfort ohne Stress für den/die Patienten/-in bei minimalen Nebenwirkungen und Nebeneffekten an. Zu Letzterer gehört das Vermeiden der übermäßigen Akkumulation von Pharmaka oder zu tiefer oder prolongierter Medikamentenwirkung, die die Aufwachphase unnötig verlängern. (Kelbel, Schönhofer, 2007) Eine Trachealkanüle wird von PatientInnen besser toleriert als der Endotrachealtubus und in den meisten Fällen ist eine raschere Entwöhnung vom Respirator möglich. (Striebel, 2009)

Es werden vier Formen der Atmung / Beatmung unterschieden:

- kontrollierte Beatmung
- Mischformen aus Beatmung und Spontanatmung (assistierte / kontrollierte Beatmung)
- unterstützte Spontanatmung
- reine Spontanatmung (Striebel, 2009)

Mit der Entwöhnung vom Beatmungsgerät (weaning) einer langzeitbeatmeten Person sollte so früh als möglich begonnen werden, um eine Schwächung der Atemmuskulatur durch Inaktivierung zu verhindern und Komplikationen zu vermeiden. Der Prozess beginnt mit der graduellen Reduktion der maschinellen Ventilation und der entsprechenden Zunahme der Spontanatemaktivität. Eine Faustregel lautet: Das Weaning vom Respirator dauert beim/bei der langzeitintubierten Patienten/-in ungefähr so lange, wie die Zeitspanne zwischen der Intubation und dem

Beginn der Entwöhnung. Die wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Entwöhnung vom Respirator besteht im Gleichgewicht zwischen der notwendigen und der möglichen Atemarbeit. Das Weaning wird auch bei nicht ansprechbaren, unkooperativen PatientInnen durchgeführt, allerdings kann die Extubation (Entfernung des Beatmungsschlauches) erst nach Rückkehr der Schutzreflexe (zum Beispiel Schluckreflex) erfolgen. Während des Weanings muss eine engmaschige Kontrolle der Blutgasanalyse vorgenommen werden. (Striebel, 2009)

Bei tracheotomierten PatientInnen, die wach und kooperativ sind sowie einen funktionierenden Schluckreflex haben, kann eine Sprechkanüle eingesetzt werden. Indem die PatientInnen ihre eigene Stimme hören, werden sie in ihrer eigenen Persönlichkeit bestärkt. Sie sehen es als Zeichen der Erholung und dadurch wird ihre Motivation gesteigert. (Eckerblad, Eriksson, Kärner & Edéll-Gustafsson, 2009)

Das Erlebnisfeld von PatientInnen, die künstlich beatmet wurden, ist durch eine geschwächte Erinnerung, Kommunikationsprobleme, dem Gefühl der Isolation und zwischenzeitlicher Verwirrtheit gekennzeichnet. Die Erlebnisse und deren Sinn sowie Bedeutung unterscheiden sich von PatientIn zu PatientIn. (Moesmand, 2002)

2.3 Die Rolle der Intensivpflegepersonen

Die wichtigsten Aufgaben des Pflegepersonals betreffen den eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich. Dazu gehören beispielsweise:

- kontinuierliche Beobachtung und Überwachung schwerstkranker und ateminsuffizienter PatientInnen
- Planung und Durchführung allgemeiner und spezieller pflegerische Maßnahmen unter Beachtung der vorgegebenen Qualitätskriterien

- fachgerechte Lagerung der PatientInnen
- Inhalationstherapie, Bronchialtoilette
- Verabreichen enteraler und parenteraler Ernährung
- psychosoziale Betreuung in Bezug auf den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich
- Pflegedokumentation
- Kontrolle, Funktionsprüfung und Bedienen von Geräten
- Erkennen und Beseitigen von Gerätestörungen
- Vorbereitung und Assistenz bei ärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen
- Mitwirkung an der kardiopulmonalen Wiederbelebung einschließlich der Defibrillation
- Mitwirkung an allen Anästhesieverfahren
- Gebarung von Arzneimitteln
- Teilnahme an Stationsvisiten
- Arbeiten im multiprofessionellen Team
- etc. (Striebel, 2009)

Der/Die akute und kritisch erkrankte PatientIn ist dadurch charakterisiert, dass sich seine/ihre Lebenssituation plötzlich und unerwartet verändert beziehungsweise verschlimmert hat, oder dass er/sie für einen bestimmten Zeitraum die Kontrolle über seine/ihre eigene Situation aufgeben muss. Ein wesentliches Kriterium der Pflege von akut und kritisch Kranken in hochtechnologischen Umgebungen besteht in der Herstellung eines therapeutischen Umfeldes, das von den Ressourcen des/der Patienten/-in und der Angehörigen sowie der besonderen Situation ausgeht. Die Pflege soll dazu beitragen, dass lebenswichtige Funktionen erhalten beziehungsweise wieder gewonnen werden, und dass der/die PatientIn frühzeitig in eine rehabilitative Phase kommt sowie die persönliche Kontrolle seiner Situation wieder übernehmen kann. Eine Voraussetzung für die Pflege kritisch Kranker auf Intensivstationen ist ein ganzheitliches Menschenbild, das heißt absoluter Respekt vor der Integrität des Individuums. Akut und kritisch erkrankte Menschen berichten, dass ihnen die Fürsorge, die sie während der Krankheit und der Behandlung

erhielten, viel bedeutete. Die Pflegekraft soll neben der Wahrnehmung von wichtigen Überwachungs- und Interventionsaufgaben dem/der Patienten/-in und seinen/ihren Angehörigen das Gefühl geben, sich persönlich um sie zu kümmern. (Moesmand, 2002)

2.3.1 Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen

Sicherheit entsteht durch Kontrolle und erlebte Wirksamkeit sowie durch Vorhersagbarkeit. Wenn PatientInnen erleben, dass bestimmte Aktivitäten in regelmäßiger Reihenfolge immer wieder auftreten, erfahren sie dadurch Sicherheit. (Nydahl & Bartoszek, 2003) Die Kontinuität des behandelnden Personals, welches die tägliche Betreuung übernimmt, in Kombination mit der Kompetenz des Teams, erhöht das Gefühl der Sicherheit. Diese Kompetenz zeigt sich durch Geschicklichkeit, der Art, wie gesprochen wird, und wie Berührungen und Hilfestellungen statt finden. Starke Sicherheitsgefühle können auch nahe Angehörige und das betreuende Personal vermitteln, indem sie bei der Notwendigkeit einer Unterstützung rasch zur Stelle sind. (Wahlin, Ek & Idvall, 2009; Foster, 2010)

Sicherheit und Vertrauen kann bei bewusstseinsgestörten Personen auch durch die so genannte „Initialberührung“ beziehungsweise „Berührungsgeste“ ermöglicht werden. PatientInnen werden durch eine ritualisierte Kontaktaufnahme und –beendigung, zum Beispiel Berührung an der rechten Schulter, mit gleichzeitiger verbaler Information, auf Aktivitäten vorbereitet. Bei allen PatientInnen, die ihr Umfeld nicht selbst kontrollieren können, wird durch eine ritualisierte Begrüßung und Verabschiedung Respekt, Sicherheit und Vertrauen gezeigt. (Nydahl et al., 2003)

Die Krankheitseinsicht und das –erleben eines/r Intensivpatienten/-in stellen eine Basis dar, um Vertrauen zum Intensivteam und der Behandlung aufbauen zu können. Wie schnell PatientInnen Vertrauen aufbauen können, hängt mit generellen Erfahrungen mit dem Phänomen „Vertrauen“ zusammen und welche individuellen Bedingungen für den Einzelnen notwendig sind, um fremden Personen vertrauen zu können. Die Wertschätzung der eigenen Person sowie das rücksichtsvolle Ver-

halten vom Pflegepersonal, ÄrztInnen und den Angehörigen erweisen sich als vertrauensfördernde Grundlage. Indem sich PatientInnen ernst genommen fühlen und Pflegende ihre Versprechen, welche sie gemacht haben, einhalten, wird der Vertrauensaufbau erleichtert. (Besendorfer, 2004)

2.3.2 Körperpflege

Die Durchführung einer angemessenen Körperpflege beim/bei der Intensivpatienten/-in ist eine wichtige Aufgabe des Pflegepersonals. Das Ziel besteht darin, die Haut zu reinigen und die Schutzfunktion aufrecht zu erhalten, um das Risiko von Infektionskrankheiten zu minimieren (zum Beispiel Dekubitusprophylaxe [siehe 2.3.3], Kreislaufaktivierung, Pilzprophylaxe etc.). Die Ganzkörperpflege bietet gleichzeitig die Möglichkeit der intensiveren Krankenbeobachtung und Kontaktaufnahme zum Individuum. Zusätzlich wird durch Berührung das Wohlbefinden der PatientInnen gefördert. Der pflegerische Aufwand orientiert sich an den Bedürfnissen des/der Patienten/-in, auf eine ausreichende Analgesie nach Arztanordnung wird geachtet. Die Bettwäsche sollte mindestens einmal täglich vollständig gewechselt werden und zusätzlich bei jeder Verunreinigung mit Körpersekreten beispielsweise nach starkem Schwitzen bei Fieber oder Diarrhoe. Beim Wäschewechsel ist darauf zu achten, dass weder der Endotrachealtubus, noch intravenöse oder arterielle Katheter, Thoraxdrainagen, der Blasenkatheter oder sonstige Schläuche dislozieren. Die für den Wechsel der Bettwäsche notwendigen Lagerungsmanöver werden von zwei Pflegepersonen ausgeführt. (Striebel, 2009)

Verbandwechsel der Wunde(n) und/oder diverser Katheter und Sonden finden im Rahmen der Körperpflege statt, und zusätzlich bei Bedarf. Das Ziel eines sterilen Verbandwechsels besteht im Verhindern einer Keimbesiedelung und Infektion. (Striebel, 2009)

Die transurethrale Urinableitung über Blasenkatheter zur genauen Bilanzierung des Flüssigkeitshaushalts gehört bei IntensivpatientInnen zum Standard. Die Infektionsgefahr soll durch die tägliche Katheter- und Intimpflege reduziert werden.

Katheter mit Temperatursensor ermöglichen neben der Drainagefunktion die kontinuierliche Überwachung der Blasentemperatur. (Lösch, 2001)

Die Körperpflege wird von vielen PatientInnen als nicht angenehmes Ereignis empfunden, manche frieren, fühlen sich extrem schwach, zeigen wenig Interesse, finden es erniedrigend, beschämend und/oder belastend. (Besendorfer, 2004)

2.3.3 Lagerung und Mobilisation

Bei längerfristigen, stärkeren Druck auf bestimmte Hautpartien besteht bei immobilisierten, stark sedierten und/oder komatösen IntensivpatientInnen die Gefahr der Entwicklung eines Dekubitus. („Wundliegen“). Auch PatientInnen mit schlechter Kreislaufsituation und Katecholamintherapie (vor allem Noradrenalin®) neigen aufgrund der geringen Hautdurchblutung beziehungsweise der Vasokonstriktion zu Dekubitalulzera (Druckgeschwüre, Gewebeschädigungen der Haut). Besonders gefährdete Stellen sind Körperbereiche, bei denen der Knochen beziehungsweise Knorpel direkt unter der Haut liegt (zum Beispiel Fersen, Kreuzbein, Ellenbogen, Schulterblätter, Hinterkopf, Ohrmuscheln etc.). Zu den vorbeugenden Maßnahmen zählen die Druckentlastung durch Verwendung von Spezialbetten oder Antidekubitusmatratzen, regelmäßige, patientInnen- und krankheitsadaptierte Lagewechsel und eventuelle Hilfsmittel wie Pölster, Schaumstoffe oder Gelkissen. Zur Steigerung der Hautdurchblutung eignen sich neben der täglichen Körperpflege Maßnahmen wie regelmäßige Einreibungen, Abklopfen und/oder Massieren gefährdeter Regionen. (Striebel, 2009) Die Lagerung und Mobilisation des/der Intensivpatienten/-in ist abhängig von der Pathogenese, der physischen und psychischen Belastbarkeit und dem Therapieziel. Bei frühzeitigem Beginn der Maßnahmen bleiben die Muskulatur und die Beweglichkeit der Gelenke erhalten, das Selbstwertgefühl der PatientInnen und das Wohlbefinden werden gesteigert. Aktives Bewegen bei Menschen, welche die eigene Kraft nutzen können und dürfen, ist der passiven Bewegungstherapie immer vorzuziehen, sofern es der Zustand der Person zulässt. (Krüger, 2008)

2.3.4 Endotracheales Absaugen

Beim/Bei der intubierten oder tracheotomierten Patienten/-in wird mittels Auskultation festgestellt, wann ein endotracheales Absaugen nötig ist. Es kann durch eine unzureichende Anfeuchtung der Atemluft, durch eine Funktionseinschränkung des Flimmerepithels (reinigt die Atemwege von Staub und Schmutz) sowie durch eine gestörte Expektoration (Abhusten) zur Sekretretention (Ansammlung von Schleim) kommen. Das Absaugmanöver sollte nicht länger als 10–15 Sekunden dauern. Vor allem bei schwerkranken PatientInnen mit hoher Sauerstoffkonzentration kann es bei längeren Absaugmanövern zu schweren Hypoxämien (erniedrigter Sauerstoffgehalt im arteriellen Blut) und auch Bradykardien (Herzfrequenz unter 60/min) kommen. (Striebel, 2009) Der durch den Tubus oder der Trachealkanüle ausgelöste Hustenreiz ist für IntensivpatientInnen sehr störend, vor allem nachts. Manche Personen empfinden die Prozedur des Absaugens als sehr unangenehm und leiden unter Kurzatmigkeit, andere wiederum fühlen sich erleichtert, weil sie wieder frei durchatmen können. Das regelmäßige Umlagern des Tubus beziehungsweise das Reinigen und Verbinden des Tracheostomas geht oftmals mit starkem Hustenreiz und Schmerzen einher. (Foster, 2010)

2.3.5 Ernährung

Die Indikation zur künstlichen Ernährung besteht nicht nur bei bereits vor dem Intensivstationaufenthalt mangelernährten PatientInnen, sondern auch bei jenen ohne den Zeichen der Mangelernährung. Sedierte oder komatöse IntensivpatientInnen werden entweder parenteral ernährt (intravenöse Ernährung unter Umgehung des Gastrointestinaltraktes) oder enteral über den Gastrointestinaltrakt mittels Sonden. Die enterale Ernährungstherapie weist die geringsten Komplikationen auf, da sie über den natürlichen Zugangsweg zugeführt wird, wobei die Darmfunktion als Selektions- und Steuerorgan erhalten bleibt. Darüber hinaus neutralisiert die enterale Nahrungszufuhr die Magensäure und verbessert die schützende Schleimschicht, wodurch sich eine bessere Stressulcusprophylaxe erzielen lässt als mit Medikamenten. Sobald eine ausreichende Darmfunktion vorhanden ist,

sollte rein enteral ernährt werden. Das wichtigste Ziel der künstlichen Ernährung besteht in der Minimierung des Ausmaßes der Katabolie, denn ein erhöhter Proteinabbau könnte zu verzögerter Wundheilung und vermindeter Infektabwehr aufgrund eines Mangels an Immunglobulinen führen. Je nach Krankheitsbild und neurologischem sowie körperlichem Zustand kann schon am nächsten Tag nach der Extubation, bei Vorhandensein einer suffizienten Atmung, schrittweise mit dem oralen Kostaufbau begonnen werden. (Striebel, 2009)

2.4 Der Aufwachprozess

Beim Erwachen aus dem Koma, aus einer längeren Sedierung, muss die eigene, körperliche Identität erst wieder aktualisiert und bestätigt werden. Gerade nach Veränderungen durch Operationen und Unfällen kann es zu erheblichen Verunsicherungen kommen. „Wie fühle ich mich an? Bin ich noch ganz? Bin ich noch eine Einheit, kann ich mich abgrenzen von der Umwelt?“ Ein schwieriger Prozess, der in einer fremden Umwelt geschieht, mit vielen unbekannt Menschen, denen der eigene Körper scheinbar unkontrollierbar ausgeliefert ist. (Nydahl et al., 2003)

Bei IntensivpatientInnen können zwei Phasen unterschieden werden:

Die erste Aufwachphase dient der Orientierung und es dominiert die Frage: „*Was ist geschehen?*“ Die zweite Phase dreht sich um das „*Wie geht es weiter?*“ Es gibt keine definierten Zeiten, in denen ein/e PatientIn diese Phasen durchläuft und dieser Verarbeitungsprozess vollzieht sich – auch mit Rückschritten – eher rhythmisch. Viele PatientInnen brauchen Unterstützung und Sicherheit, damit sie einen neuen Lebenssinn und neue Perspektiven entwickeln können. (Nydahl et al., 2003)

2.4.1 Traum und Wirklichkeit

Nach längerer Sedierung können Traum und Wirklichkeit ineinander verwoben wirken und PatientInnen haben Schwierigkeiten zu unterscheiden, was der Realität und was eher einem Traum entspringt. Der regelmäßige Lagerungswechsel

und die Mobilisation in einen Lehnstuhl fördern die Abgrenzung zwischen Traum und Realität. (Ny Dahl et al., 2003) Träume von IntensivpatientInnen werden als sehr belastend geschildert und selten erinnert sich jemand an einen schönen, angenehmen Traum. Die detaillierten Erinnerungen von IntensivpatientInnen sind, im Gegensatz zu allnächtlichen Träumen vieler Menschen, auch nach langer Zeit noch gegenwärtig. Mögliche Ursachen dafür könnten Nebenwirkungen der sedierenden und analgesierenden Medikamente, unzureichende Sedierung oder die Diagnose des Durchgangssyndroms (siehe 2.5.2) sein. (Besendorfer, 2004)

Magarey und McCutcheon (2005) identifizierten vier Punkte, die nahezu alle IntensivpatientInnen durchmachen: Der *Wechsel von Traum und Realität* verbunden mit Verwirrtheit, Alpträumen und Halluzinationen, welche als sehr real in Erinnerung bleiben. *Finsternis und Helligkeit* entpuppten sich ebenfalls als gegensätzliche Empfindungen. Finsternis verbinden Betroffene mit Angst und Isolation, wogegen mit Helligkeit Frieden und Licht assoziiert wird. *Kraftlosigkeit und Hoffnung* stellen ein weiteres Thema dar, das IntensivpatientInnen betrifft. Die Erfahrungen, keine Kontrolle über das, was passiert, zu haben, aufgrund des Beatmungsschlaues nicht sprechen zu können, ans Bett „gefesselt“ zu sein und sich kaum bewegen zu können/dürfen, führen zum Gefühl der Kraftlosigkeit. Durch verschiedene Medikamente, vor allem Sedativa und Analgetika, fühlen sich die PatientInnen schwach und energielos. Diese Kraftlosigkeit bedingt zusammen mit der Unmöglichkeit zu kommunizieren die Isolation, und damit das Entstehen von Stress und Ängsten. Der vierte Punkt betrifft das Thema „*Tod*“. PatientInnen beschreiben Träume von bereits verstorbenen Menschen aus ihrem Umfeld und dies erzeugt Angst, vor allem, weil sie es mit ihrem eigenen Tod verbinden oder glauben, dass sie schon gestorben sind. Pflegepersonen können Stress und Ängste von IntensivpatientInnen minimieren, indem sie viel Informationen geben und diese regelmäßig wiederholen, zum Beispiel Aufklärung über Aufenthaltsort, Pflegehandlungen, weiteres Prozedere und so weiter. Alpträume, Halluzinationen und Verwirrtheit sind einschneidende Erfahrungen, und viele PatientInnen brauchen bei der Bewältigung individuelle psychologische Betreuung, um sich vollkommen zu erholen.

2.4.2 Erinnerungslücken und Orientierungsbeeinträchtigungen

Intensivstationen stellen eine Umgebung dar, in der alltägliche und vertrauliche Situationen kaum vorkommen. Den grundlegenden Bedürfnissen nach Essen und Schlafen wird nur unzureichend oder durch künstlichen Ersatz begegnet, wodurch gewohnte Strukturen und selbstverständliche Vorgänge verschwinden. (Pinkert, 2004) PatientInnen, die im Vorhinein wissen, dass sie, zum Beispiel postoperativ, auf einer Intensivstation behandelt werden, können sich auf den Aufenthalt vorbereiten. Sie empfinden den Bewusstseinsverlust und die damit verbundenen Erinnerungslücken weniger beeinträchtigend als PatientInnen, die unvorbereitet, im Zusammenhang mit einem akuten, lebensbedrohlichen Ereignis, zum Beispiel aufgrund eines Unfalls, auf eine Intensivstation aufgenommen werden. Sowohl die kritische Erkrankung als auch die analgosedierenden Medikamente können Orientierungsbeeinträchtigungen, Erinnerungslücken und belastende Träume zur Folge haben, mit denen IntensivpatientInnen nach dem Wachwerden konfrontiert werden. Alle IntensivpatientInnen streben danach, die nichterinnerbare Zeit zu strukturieren und die Ereignisse mithilfe vertrauensvoller Personen zu rekonstruieren, um die Orientierung wieder zu erlangen und Erinnerungslücken schließen zu können. Sie sind auf vertrauensvolle und glaubhafte Aussagen von „ErinnerungsvertreterInnen“, zum Beispiel Angehörigen, ÄrztInnen und Pflegepersonen, angewiesen. (Besendorfer, 2004)

Ob sich ein/e PatientIn krank oder gesund fühlt, nachdem er/sie wieder aufgewacht ist, beeinflusst die Einsichtsfähigkeit zur Erkrankung und zur Behandlung auf der Intensivstation. Das Erleben des eigenen Befindens während des Krankheitsprozesses hat Auswirkungen auf die Strukturierung der Zeit und Rekonstruktion der Ereignisse. Wenn sich ein Mensch lebensbedrohlich erkrankt fühlt, fällt es ihm/ihr leichter, nicht erinnerbare Ereignisse, wie zum Beispiel eine weitere, nicht geplante Operation, zu akzeptieren. (Besendorfer, 2004)

2.4.3 Schlafstörungen

IntensivpatientInnen erleben vielfältige Störungen des Schlafs. Diese Störungen betreffen vor allem die Verminderung der Quantität, der Qualität und der Kontinuität des Schlafs. Während dem Pflegepersonal bei der Einschätzung und Vermeidung von Schlafproblemen eine zentrale Rolle zukommt, kann die Qualität des Schlafs nur von der Person selbst ermessend werden, und bezieht individuelle und subjektive Erfahrungen in die Beurteilung mit ein. Schlafstörungen können zu einem verlängerten Heilungsverlauf und zusätzlicher Medikalisierung führen. (Pinkert, 2004)

Schmerzen sind die häufigste Ursache für Schlafstörungen auf Intensivstationen. Einen weiteren Störfaktor stellt die Angst dar, denn viele IntensivpatientInnen haben Angst einzuschlafen, weil sie befürchten, nicht mehr aufzuwachen. Negative Auswirkungen haben auch viele Medikamente, die zur Behandlung notwendig sind. Weiters werden der Lärm beispielsweise durch MitpatientInnen, Monitor- und Perfusoralarme sowie Pflegehandlungen mit direktem PatientInnenkontakt verbunden mit Helligkeit, als schlafstörend angegeben. Andererseits wiederum werden Schlafunterbrechungen aufgrund pflegerischer Maßnahmen bei gedämpftem Licht, zum Beispiel das Umlagern und/oder Absaugen, nur als kurze Störungen empfunden. (Frisk & Nordström, 2003; Crunden, 2010) Vor allem PatientInnen, die maschinell mit einem Endotrachealtubus beatmet werden, klagen häufig über Einschlaf- und Durchschlafstörungen, aufgrund von Würgereizen und Unwohlsein. (Rotondi, Chelluri, Sirio, Mendelsohn, Schulz, Belle, Im, Donahoe & Pinsky, 2002)

IntensivpatientInnen verbringen in der Nacht viele Stunden in wachem Zustand, dies führt zu einer verlängerten Zeitwahrnehmung. Es entsteht ein Gefühl der Langeweile, weil in den nächtlichen Stunden nichts geschieht, was die Zeit ausfüllen oder überbrücken könnte. Indem sich Betroffene auf den bewussten Ablauf der Zeit konzentrieren, verlängert sich diese umso mehr. Sie nehmen eine passive, abwartende Haltung ein und hoffen, dass nach der Verlegung auf eine allgemeine Station die Schlafstörungen beendet sein werden. (Pinkert, 2004)

2.4.4 Zeit

Menschen sind nicht nur soziale, sondern auch raum- und zeitgebundene Wesen. Sie benötigen zeitliche Ankerpunkte, um den Bezug zur Realität nicht zu verlieren und sich als Teil dieser Realität zu begreifen. In der Zeiterfahrung spiegelt sich letztlich die Wahrnehmung der eigenen Existenz wider. (Pinkert, 2004)

Der Zeitbegriff wird von IntensivpatientInnen oftmals anders erlebt oder es herrscht überhaupt kein Zeitgefühl. Betroffene berichten über verlorene Zeiten, bei manchen sind es nur ein bis zwei Tage, bei anderen sind es gleich mehrere Wochen. Aufgrund des Verlustes für Zeit und Realität fühlen sich kritisch Kranke von der Welt ausgegrenzt. (Johnson, John & Moyle, 2006) In der Studie von Neubert, Bohrer und Koller (2004) klagen die Befragten über fehlende Orientierungsmöglichkeiten. Regelmäßig wiederkehrende Tagesaktivitäten (Körperpflege, Mobilisation, Krankengymnastik etc.) und tageszeitlich festgelegte Pflegemaßnahmen bilden Zeitmarker, die PatientInnen Orientierungsrahmen geben und durch Konditionierungsprozesse die physiologische abendliche Ermüdung fördern, um somit das Einschlafen zu erleichtern. Im Zeitraum zwischen 22 Uhr und 5 Uhr sollten nur solche Interventionen stattfinden, die im Rahmen der Pflege- und Therapieplanung unaufschiebbar sind.

Viele möchten zur besseren Orientierung einen Kalender und eine Uhr in der Nähe wissen, andere wiederum reagieren traumatisch, weil betont wird, wie langsam die Zeit vergeht. (Moesmand, 2002)

2.4.5 Kommunikation

Die Intensivstation ist der medizinische Bereich mit dem höchsten Bedarf an Kommunikation und zugleich der Ort, der jeder Art von Kommunikation die größten Hürden entgegenstellt. Als mögliche Kommunikationshindernisse können die organischen und seelischen Auswirkungen der Erkrankung selbst, therapiebedingte Kommunikationshindernisse (Sedierung, Intubation, Beatmung), Störungen im Beziehungsmuster zwischen PatientIn und Behandlungsteam, sprachliche Barriere-

ren (Fachsprache, fremdsprachige PatientInnen) sowie Zeitdruck, Überbeanspruchung und Ausbildungsdefizite beim betreuenden Personal vorherrschen. (Geisler, 2002)

Wenn Sprache nicht angewandt und/oder verstanden werden kann, beispielsweise durch Bewusstseinsbeeinträchtigung, Aphasie, Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit, sind Pflegepersonen auf nonverbale Formen der Kommunikation angewiesen. (Horbach, 2008)

IntensivpatientInnen befinden sich in einer besonderen Situation und manchmal sind sie weder imstande sich zu artikulieren, noch können sie Informationen verstehen. Die meisten sedierten oder bewusstlosen kritisch kranken Menschen können jedoch hören, und verstehen das Gesprochene. Sie sind aber unfähig, ihre Gedanken und Gefühle oral zu kommunizieren. PatientInnen, die sich in der akuten Situation nicht mitteilen können, fühlen sich oftmals entmündigt, isoliert und abgeschnitten von dem, was sich abspielt. (Moesmand, 2002) Es gelingt nur selten von den Lippen abzulesen, somit versiegen in vielen Fällen die Gesprächsbemühungen oder beschränken sich auf sachliche Informationen und Fragen zu aktuellen Beschwerden. Ein/e PatientIn hat kaum Möglichkeiten, die Art und Weise der Mitteilung zu gestalten oder Gefühle und Empfindungen auszudrücken. (Freitag, 2000)

Laut Alasad und Ahmad (2005) besteht die Schwierigkeit für das Pflegepersonal in der Ein-Weg-Kommunikation mit bewusstlosen PatientInnen, die keine Antwort geben können. Mit bewusstlosen und sedierten Menschen wird weniger kommuniziert als mit wachen Personen und es finden weniger Interaktionen statt. Manche Pflegepersonen betreuen lieber sedierte PatientInnen, weil sie die Kontrolle behalten und nicht durch lange Gespräche und Fragen über Pflegehandlungen etc. in ihren Aktivitäten unterbrochen werden. Eine inadäquate Kommunikation zwischen Personal und PatientInnen resultiert in einem erhöhten Stresslevel und Angst für Letztere. Ein weiterer Grund wäre, dass aufgrund der vielen verschiedenen Handgriffe, welche oftmals eine hohe Konzentration erfordern, auf das Sprechen vergessen wird.

Die Aufgabe des Pflegepersonals besteht darin, Gespräche mit PatientInnen zu führen, die in unterschiedlichem Grad bei Bewusstsein sind und einen Zugang zur Wahrnehmung des/der Patienten/-in zu finden. Es ist dabei auf kleinste Reaktionen des Individuums aus den Bereichen Körperhaltung, Bewegung, Mimik, Gestik und Atmung zu achten. Die Interpretation der kleinen Reaktionen erfordert Erfahrung, Sensibilität und Ausdauer. Bei wachen PatientInnen kann die nonverbale Kommunikation mittels Bilder-, Buchstaben- oder Schreiftafel unterstützt werden. (Moesmand, 2002) Dass viele PatientInnen aufgrund der extremen Müdigkeit trotz Kommunikationshilfsmittel scheitern, und dadurch die Frustration gesteigert wird, erkannten Logan und Jenny (1997).

2.4.6 Hilflosigkeit

Hilflosigkeit ergibt sich aus der mangelnden Kontrolle des/der Patienten/-in über seine/ihre Situation, den fehlenden Möglichkeiten zur Kommunikation, der Schwäche, sich nicht selber umdrehen zu können und so weiter. Für PatientInnen, die bei Bewusstsein sind, kann es demütigend sein, bei der persönlichen Hygiene auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. (Moesmand, 2002)

Viele PatientInnen sind stark von Apparaten abhängig und können nur schwer davon getrennt werden, zum Beispiel beim Abtrainieren der voll kontrollierten Beatmung. Ein/e PatientIn vertraut den Geräten, wenn er/sie dem Behandlungsteam vertraut, dasselbe gilt auch für Angehörige. PatientInnen und Angehörige fühlen sich sicher, wenn sie darauf vertrauen können, dass die Apparate funktionieren und das betreuende Personal damit umgehen kann. Allerdings empfinden es PatientInnen als traumatisch, wenn sich das Intensivstationsteam nur um die Apparate kümmert. Es zeigt wenig Respekt vor dem Menschen und verstärkt die Entfremdung in der Situation. (Moesmand, 2002)

Visiten oder PatientInnengespräche, die im Zimmer stattfinden, erfordern stets die Einbindung des/der Patienten/-in. Es soll nicht über, sondern mit ihm/ihr gesprochen werden, sonst fühlt sich der/die Betroffene wie ein beobachtetes Tier im Zoo,

und die Situation wirkt für ihn/sie bedrohlich und frustrierend. Das gilt auch für schlafende beziehungsweise komatöse PatientInnen. Häufig kommt es zu Fehlinterpretationen durch mitgehörte Gesprächsfetzen am eigenen oder am Nachbarbett. (Russell, 1999; Crunden, 2010) Der Verlust von Autonomie, Unabhängigkeit und Privatsphäre resultiert im Gefühl des Ausgeliefertseins. Die Konfrontation mit anderen PatientInnen und das Miterleben des Leidens anderer verursacht unausweichlich die Auseinandersetzung mit dem eigenen Schicksal. Eine wichtige Voraussetzung, die eigene Abhängigkeit und Hilflosigkeit auszuhalten und sich nicht schutzlos ausgeliefert, sondern sicher und geborgen zu fühlen, stellt das Vertrauen dar. (Pinkert, 2004) Wenn die Persönlichkeit des Individuums geachtet und als solche wahrgenommen wird, fühlt sich die Person sicherer und Ängste werden reduziert. (Crunden, 2010)

2.4.7 Ängste und Belastungsfaktoren

Der Aufenthalt auf Intensivstationen löst bei PatientInnen Unsicherheit und Ängste aus, die sich auf das psychische Befinden und den Behandlungsverlauf auswirken. (Horbach, 2008)

2.4.7.1 Furcht und Angst

Befürchtungen und Ängste sind die häufigsten Reaktionen bei IntensivpatientInnen. Furcht beschreibt eine bestimmte Bedrohung, die von außen kommt oder in der Zukunft liegt, während Angst bei unbestimmter Bedrohung existenzieller Bedürfnisse entsteht. Die Quelle der Furcht ist meistens erkennbar, wobei sich die Quelle der Angst als unsicher und diffus erweist. Ein/e PatientIn kann wegen starker Reize wie Lärm, Schlaflosigkeit, sozialer Isolation, erzwungener Immobilität und Schmerzen psychischen Stress empfinden. Als besonders beängstigend werden Alarme der Überwachungsanlagen empfunden, da die Person ständig daran erinnert wird, dass etwas falsch laufen könnte. (Moesmand, 2002)

IntensivpatientInnen haben Angst ausgeliefert zu sein, sich nicht wehren und die Situation nicht kontrollieren zu können. Oftmals kommen die Scham vor zur Schaustellung des Körpers und der Verlust der Intimsphäre beängstigend dazu. Weiters werden Ängste durch die ständige Anwesenheit zunächst fremder Personen, unbekannter Apparate, der Ungewissheit über den Therapieverlauf, der Aufenthaltsdauer, eventuelle Komplikationen oder bleibende Schäden ausgelöst. (Horbach, 2008) Angstzustände können sich in körperlichen Symptomen wie Tachykardien (Herzfrequenz > 100), Blutdruckschwankungen, Schweißausbrüchen und Unruhe äußern. (Neubert et al., 2004) Indem PatientInnen informiert und diese Reize identifiziert werden, können Ängste und Befürchtungen reduziert werden. Durch mitfühlendes Eingehen auf die Ängste der PatientInnen und Beruhigung sowie gegebenenfalls Ablenkung, kann das Wohlbefinden gesteigert werden. (Horbach, 2008)

2.4.7.2 Belastungen

Laut Geisler (2002) lassen sich psychische Belastungen durch die Intensivmedizin in drei Gruppen einteilen:

1. Kommunikationsprobleme
2. Erschöpfung, Desorientierung und Verwirrung
3. Angst, Panik und Besorgnis,

wobei Kommunikationsverlust und Informationsmangel die höchste Stressbelastung für IntensivpatientInnen bilden.

Belastungen der IntensivpatientInnen betreffen meist das ständige Auf-dem-Rücken-liegen, Durst, Schmerzen, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, gleich bleibende monotone Geräuschkulisse und mangelnde Verständigungsmöglichkeiten. (Nydahl et al., 2003) In der Untersuchung von Neubert et al. (2004) gaben PatientInnen mit einer Intensivaufenthaltsdauer von weniger als drei oder länger als sechs Tagen stärkere Schmerzen an. Männer klagten eher über Schmerzen als Frauen. PatientInnen, die weniger Ängste verspürten, bewerteten den empfundenen Schmerz deutlich geringer als PatientInnen mit ausgeprägten Angstgefühlen.

Ebenso fühlten sie sich während dieser Liegedauer weniger häufig durch schwer kranke MitpatientInnen gestört. Weiters erkannten sie, dass der Bekanntheitsgrad von Geräuschen einen entscheidenden Einfluss für die Einschätzung als Störfaktor hat. Unbekannte Geräusche beispielsweise Monitoralarmede, Beatmungsgeräte oder kinetische Betten, wurden im Vergleich zu bekannten Geräuschen wie Gespräche oder Musik, als weitaus unangenehmer bewertet.

Weitere mögliche Belastungsfaktoren sind: die Störung der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie das verletzte Körperbild und Körperintegrität, zum Beispiel bei UnfallpatientInnen. Die Störung des Tag-/Nachtrhythmus durch die engmaschigen Kontrollen, der Beleuchtung in der Nacht beziehungsweise konstantes Licht, und die eingeschränkte Mobilität aufgrund der Kabel und Schläuche, werden ebenfalls als störend angegeben. Reizüberflutung durch unbekannte Geräusche, Alarmtöne diverser Geräte, deren Bedeutung meistens im Unklaren bleibt, und mangelnde Information des/der Patienten/-in führen zur Besorgnis über den eigenen Gesundheitszustand, Unruhe und Unsicherheit. Die Sorge um die Zukunft, das Kommunikationsdefizit trotz ständig anwesendem Personal und das häufig wechselnde Betreuungsteam (Schichtdienste), sind stark belastende Faktoren der IntensivpatientInnen. (Schreiner & Weiss, 2004; Horbach, 2008) Viele IntensivpatientInnen spüren eine hektische Betriebsamkeit und ein angespanntes Klima. Die Ursachen liegen zum Teil in der hohen Geräuschkulisse auf der Station, aber auch in der Art des Umgangs des betreuenden Personals mit den Menschen. Manche Betroffene fühlen sich abgefertigt – durch den standardisierten Arbeitsrhythmus des Stationsbetriebes – und in ihren Bedürfnissen nicht wahrgenommen. (Pinkert, 2004)

Die Präsenz eines Beatmungsschlauches wird unterschiedlich wahrgenommen: manche Personen erleben den endotrachealen Tubus und die sie umgebende Technologie nicht bewusst, andere fühlen sich sehr irritiert, unwohl und gestört. Für die meisten IntensivpatientInnen verursacht der Tubus das meiste Unbehagen und Panik, gefolgt von dem Gefühl des Erstickens beim Absaugen, den Halschmerzen, der Mundtrockenheit und dem Lärm. Die Abhängigkeit von Beatmungsmaschinen und anderen technischen Equipment lässt qualvolle Überle-

bens- und Todesängste in einer für sie fremden Welt aufkommen, und stellt einen Indikator für die Schwere ihrer Krankheit oder Verletzung dar. (Logan et al., 1997; Rotondi et al., 2002; Johnson et al., 2006)

PatientInnen mit eingeschränkter Bewusstseinslage werden häufig mit unangenehmen Eingriffen und Manipulationen, zum Beispiel Umlagerung oder Absaugen, überrascht. Diese Unvorhersehbarkeit unangenehmer Ereignisse kann dazu führen, dass jede Annäherung als potentielle Bedrohung erlebt wird. (Köllner & Deister, 2001) Die Tatsache, zukünftige Ereignisse nicht vorhersehen und abschätzen zu können, führt bei PatientInnen zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins. Ihnen wird bewusst, dass sie weder wissen, was mit ihnen geschehen wird, noch dass sie einen Einfluss darauf nehmen können. (Pinkert, 2004) Im Zweifelsfall sollte das Behandlungsteam immer davon ausgehen, dass der/die PatientIn bei Bewusstsein ist, und jedes angekündigte Vorhaben sollte zeitnah geschehen. (Köllner et al., 2001)

2.4.7.3 Ängsten und Belastungen gegensteuern

Kommunikation ist der entscheidende Garant für eine wirklich „humane“ Intensivmedizin, in deren Mittelpunkt der Mensch und nicht die extreme Ausnutzung medizinisch-technischer Möglichkeiten steht. (Geisler, 2002) Durch genaue Erklärungen und Anweisungen über bevorstehende Aktivitäten erfahren die PatientInnen Beruhigung, welche wiederum in weniger Angst und Unsicherheit resultiert. IntensivpatientInnen erachten es als wichtig, vollständig und ehrlich betreffend ihrer Krankheit und den weiteren Behandlungsverlauf aufgeklärt zu werden. Sie wollen als menschliche Wesen wahrgenommen werden und vom Intensivstationsteam die zentrale Aufmerksamkeit erhalten. Die Bereitschaft des Personals zur Ermutigung und Aufheiterung von akut kritisch Kranken wird als wesentlicher Wohlfühlfaktor angegeben. (Hofhuis, Spronk, Stel, Schrijvers, Rommes & Bakker, 2008)

2.4.8 Lebensfreude und Wille zum Kämpfen

Dass die Lebensfreude und der Wille zum Kämpfen als notwendige Eigenschaften zur Beibehaltung von innerer Stärke und Kraft dienen, fanden Logan et al. (1997) sowie Wahlin et al. (2009) heraus. Die Lebensfreude und der Kampfgeist können sich aber rasch ändern, je nachdem, welche Erfahrungen PatientInnen machen und was um sie herum passiert. Wichtige Faktoren, die beide Eigenschaften fördern, sind eine optimistische und starke Persönlichkeit, Engagement und die Einstellung, sich selbst nicht aufzugeben, positive spirituelle Erfahrungen sowie das Behalten des Gefühls von Hoffnung und guter Laune. Für die meisten PatientInnen sind Familienangehörige, Freunde oder sogar Haustiere wertvolle Motivatoren, um sich bei der Überwindung der Krankheit mehr anzustrengen.

2.4.9 Positive Atmosphäre

PatientInnen wünschen sich eine friedliche, harmonische Umgebung, inklusive dem angemessenen Verhalten, der angepassten Sprache und Lautstärke des Personals sowie Pausen zwischen den verschiedenen Aktivitäten. Lachen und Humor fördern die positive Atmosphäre und PatientInnen wollen als Teil des Teams angesehen werden. Positives Feedback vom betreuenden Personal erhöht das Selbstwertgefühl, wogegen Hoffnungslosigkeit und vollkommene Abhängigkeit die Selbstachtung eher schwächen. Kongruente und mitfühlende Signale des Pflegepersonals sind für die Entstehung einer guten Pflege-PatientIn-Beziehung für IntensivpatientInnen wichtig. Diese fördert den gegenseitigen Respekt, das Angenommen werden als Teammitglied und die verstärkte Mitarbeit bei der Genesung. (Wahlin et al., 2009)

2.5 Psychosoziale Störungen des/der Intensivpatienten/-in

Viele IntensivpatientInnen zeigen Störungen des Bewusstseins. Die wichtigsten Risikofaktoren sind:

- Sedativa, Opioidanalgetika und andere Medikamente
- Schädel-Hirn-Trauma
- Alkohol-, Drogenentzug (Striebel, 2009)

2.5.1 Wahrnehmungsstörungen

Habituation ist der Prozess, in welchem sich die Wahrnehmung einer Person an eine nahezu immer gleiche reizarme oder reizüberflutende Situation degenerierend anpasst. In einem Zustand, in dem analgosedierte und beatmete PatientInnen sich nicht mehr beziehungsweise nur sehr eingeschränkt bewegen können, wird die Wahrnehmung des Körpers und der Umwelt immer undeutlicher. Die oftmals notwendige Rückenlage und zusätzlich teilweise erforderliche Fixierung erlauben nur eine Blickrichtung an die meist weiße Decke, wodurch es nach längerer Zeit zum Phänomen der „Schneeblindheit“ kommen kann, und visuelle Eindrücke nicht mehr verarbeitet werden. Aufgrund der gleich bleibenden Reizsituation können Missempfindungen, Sinnesveränderungen und verzerrte Interpretationen auftreten, die zu Orientierungsstörungen oder schweren Identitätskrisen führen. Weitere Folgen der Habituation könnten räumliche und zeitliche Desorientierung, Kommunikationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten bis zum Identitätsverlust sein. Deckenobjekte scheinen näher zu kommen oder sich rhythmisch zu bewegen, Stimmen und Geräusche können fehl interpretiert werden. Manche PatientInnen sehen Dinge, die nicht da sind, beispielsweise Spinnen an der Decke, andere erleben Vergangenes als real. Weiters können auch aufgrund der Medikamente oder sonstiger möglicher Ursachen wie Dehydratation, Sauerstoffmangel, Hypotonie, Hyper- oder Hypoglykämie etc. und aufgrund altersbedingter Einschränkung des Gehörs, Wahrnehmungsstörungen auftreten. (Nydahl et al., 2003)

2.5.2 Akute organische Psychosyndrome

Akute organische Psychosyndrome, auch Durchgangssyndrome, Intensivbehandlungssyndrome (ICU-Syndrom) oder akutes Delir genannt, sind auf Intensivstationen häufig anzutreffen und therapeutisch oft schwierig und komplikationsreich zu behandeln. Sie betreffen die PatientInnen, das Betreuungsteam, die Angehörigen und die medizinische Therapie. (Köllner et al., 2001) Im angloamerikanischen Raum entwickeln bis zu 70 % intensivmedizinisch und intensivpflegerisch behandelte PatientInnen im Laufe ihres Aufenthaltes auf einer Intensivstation psychische Auffälligkeiten im Sinne deliranter Syndrome. (Köberich & Spitz, 2003)

Die Ursachen sind multifaktoriell, es handelt sich meist um eine Kombination individueller biologischer, psychologischer und situationsabhängiger Faktoren. Besonders anfällig für die Entwicklung eines organischen Psychosyndroms sind PatientInnen, die bereits eine zerebrale Vorschädigung aufweisen (Schädel-Hirn-Trauma, Alkohol-, Nikotin- oder Drogenabhängigkeit, psychiatrische Vorerkrankungen). Durchgangssyndrome treten häufig postoperativ auf, zum Beispiel aufgrund des Flüssigkeitsverlustes, Infektionen, Fieber, Sauerstoffmangelversorgung, pharmakologische Einflüsse (Schmerzmittel, Psychopharmaka) sowie aufgrund situativer Aspekte (Schlaflosigkeit, Schmerzen, unspezifische Stressfaktoren). Das Auftreten von Psychosyndromen ist nicht zwingend von der Dauer der Intensivbehandlung abhängig. (Köllner et al., 2001)

Es gibt mehrere Unterscheidungen:

- Affektives Durchgangssyndrom (deutliche Stimmungsschwankungen, vor allem depressive Verstimmungen und übermäßige Reizbarkeit, Angst)
- Amnestisches Durchgangssyndrom (Merkfähigkeitsstörungen, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Konfabulation – bedeutet das Ausfüllen von Erinnerungslücken mit frei erfundenen Inhalten)
- Paranoides Durchgangssyndrom (Wahnvorstellungen, Halluzinationen)
- Delirantes Durchgangssyndrom (hochgradige Antriebssteigerung)
- Apathisches Durchgangssyndrom (hochgradige Antriebsminderung)

Diese verschiedenen Formen können fließend ineinander übergehen. (Striebel, 2009) Aufgrund der diffusen Symptome (Unruhe, Desorientierung, Wahnvorstellungen etc.) und der verminderten Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit ist die genaue Unterscheidung zwischen einem Entzugssyndrom, einem organischen Psychosyndrom, einer Angst- oder depressiven Symptomatik erschwert oder sogar unmöglich. (Krauseneck, Krähenmann, Heimendahl, Schelling & Padberg, 2007) Akute organische Psychosen sind gewöhnlich vorübergehend und reversibel, wenn die Ursache nicht mehr besteht und intensivtypische Belastungsfaktoren reduziert werden. (Striebel, 2009)

Ein Beispiel: Ein Patient glaubte im Mittelalter auf einem Schlachtfeld zu sein. Er stellte sich tot, um sich nicht den Feinden – gemeint waren die Behandelnden – auszuliefern. Die Töne des Respirators deutete er als Pferdeschnaufen, andere Geräusche assoziierte er mit dem Rasseln von Schwertern, Säbeln und weiteren Waffen. In seiner Verkennung der Situation deutete er das Hämofiltrationsgerät als Bombe, die ständig zu explodieren drohte. (Schara, 2008) PatientInnen erinnern sich unter den Bedingungen des Komas häufig an Gefühle des Gefangenseins und der Todesbedrohung. (Hannich, 1994)

Eine belgische Studie weist auf ein höheres Mortalitätsrisiko für Personen mit Delirium hin, sowie eine verminderte Lebensqualität in allen Bereichen. (Rompaey, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, Elseviers & Bossaert, 2009)

Viele IntensivpatientInnen mit Bewusstseinsstörungen zeigen unkoordinierte Eigenbewegungen, sie liegen häufig quer im Bett, lassen die Beine durchs Bettgitter hängen und versuchen ständig nach etwas zu greifen. Da sich diese Menschen oftmals lebensnotwendige Zugänge selbst entfernen, wirken ÄrztInnen und Pflegenden diesen Prozessen mit Medikamenten und/oder Fixierungen entgegen. Dadurch werden die Betroffenen noch mehr in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und es entsteht ein Teufelskreis. (Brunke, 2007)

Kommunizieren, Orientierung schaffen und Bewusstsein für die Umgebung entwickeln könnten Schlagworte der Prävention und Behandlung deliranter Syndrome

sein. Die Aufgabe der Pflegekräfte besteht in der Erkennung der Symptome und deren Ursachen, um diese so zu beeinflussen, dass der/die PatientIn seine/ihre Orientierung in der fremden Umgebung wieder findet. (Köberich et al., 2003)

2.5.2.1 Sympathisches Hyperaktivitätssyndrom beim Weaning

Die kontrollierte maschinelle Beatmung des/der Intensivpatienten/-in kann nur unter ausreichender Analgosedierung, meist mit Opioiden (Schmerzmittel) und Benzodiazepinen (Beruhigungs- und Schlafmittel), durchgeführt werden. Mit zunehmender Dauer der Analgosedierung kann aufgrund einer Toleranzentwicklung eine Dosissteigerung erforderlich sein. Oftmals müssen zu einem nicht unerheblichen Teil andere Substanzgruppen zur Erreichung einer optimalen Sedierung supplementiert werden. Beim Absetzen dieser Medikamente tritt ein opioid- sowie benzodiazepinbedingtes Entzugssyndrom auf, das dem Alkoholentzugsdelir sehr ähnlich ist. Klinisch imponiert dieses so genannte sympathische Hyperaktivitätssyndrom (SHS) durch Hypertonie, Tachykardie, Tachypnoe mit Atemfrequenzen von mehr als 40/min, Zittern, Schwitzen, Agitiertheit und motorische Unruhe, sowie fehlende Kooperation des Individuums bei erhöhtem Sauerstoffverbrauch des Organismus. (Walz, Möllenhoff & Muhr, 1999) Entzugssyndrome verstärken sich in Bezug auf ihren Schweregrad insbesondere nachts. (Martin et al., 2005)

2.5.2.2 Therapieansätze

Der überwiegende Teil der Entzugssymptome kann durch die kontinuierliche Gabe von Clonidin[®] über einen Perfusor günstig beeinflusst werden, wogegen die Tachypnoe meist unverändert bleibt. Die Weaningphase verfolgt das Konzept, die Respiratorunterstützung, die Zahl der maschinellen Atemzüge sowie deren Synchronisation mit dem Atemrhythmus des/der Patienten/-in den wechselnden, individuellen Bedürfnissen anzupassen. Der maschinelle Atemanteil sollte dabei nur so groß wie nötig sein und kontinuierlich reduziert werden. Durch die zusätzliche Gabe des Opioids Sufentanil[®] wird die Senkung der Atemfrequenz ermöglicht. (Walz et al., 1999)

2.5.3 Wahnhaft, tatsächliche und emotionale Erinnerungen

Laut Ringdal, Johansson, Lundberg und Bergbom (2006) kann zwischen wahnhaften Vorstellungen, tatsächlichen Geschehnissen und gefühlsmäßigen, emotionalen Erinnerungen unterschieden werden. Signifikante Einflussfaktoren für *wahnhaft* Erinnerungen sind: junge PatientInnen unter 50 Jahre, Intensivstationaufenthalt länger als drei Tage, Temperatur über 38 Grad Celsius, Serum-Hämoglobin unter 100g/l, Niereninsuffizienz, Operation, Beatmung, Sedierung mit Propofol und Benzodiazepinen sowie Analgesie mit Opioiden. Diese PatientInnen haben meistens keine klare Erinnerung an den Aufwachprozess auf der Intensivstation sondern eher Träume und Albträume. Die meisten *tatsächlichen* Erinnerungen betreffen die Besuche von Familienmitgliedern. Bei den *gefühlsmäßigen* Erinnerungen steht der Schmerz an erster Stelle.

In der Untersuchung von Roberts, Rickard, Rajbhandari und Reynolds (2007) können sich die meisten IntensivpatientInnen an tatsächliche Ereignisse und Träume während ihres Intensivstationaufenthaltes erinnern. Die drei einschneidendsten Erlebnisse betreffen durchgeführte Maßnahmen (Röntgenaufnahmen im Bett, Dauerkatheter, Endotrachealtubus, Thoraxpunktion), das Personal (vor allem 24-Stunden-Betreuung, nette/r Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutInnen) und das Wohlbefinden (Durst, Schmerzen, Sicherheit). Es stellte sich heraus, dass sich PatientInnen mit Delirium signifikant weniger oft an tatsächliche Erlebnisse oder an den Transfer auf eine Normalstation erinnern. Immer wieder erleiden sowohl PatientInnen mit als auch ohne Delirium schwere Folgen des Intensivstationaufenthaltes, welche sich nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch auf die Familie negativ und belastend auswirken. Der psychologischen Genesung ist demnach ein genau so hoher Stellenwert einzuräumen, wie der körperlichen Erholung.

Löf, Berggren und Ahlström (2008) führten drei und zwölf Monate nach der Entlassung von der Intensivstation Interviews mit Betroffenen durch, um die Erinnerungen der PatientInnen über die Erfahrungen während der kritischen Krankheit zu evaluieren. Weiters interessierte sie, ob, beziehungsweise wie sich individuelle

Erinnerungen in diesem Zeitraum veränderten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Erinnerungen an den Krankheitsverlauf sowohl nach drei, als auch nach zwölf Monaten erheblich, detailliert und stark waren. Die ehemaligen IntensivpatientInnen wussten nicht, warum sie auf der Intensivstation lagen, was passiert war, und was real war und was nicht. Sie spürten, dass sie schwer krank waren und hätten sterben können, dies löste Angst und Furcht aus. Nach der Extubation fühlten viele Personen ein Gefühl der Leere und fielen in ein schwarzes Loch. Es kostete große Anstrengung die Orientierung und die Kontrolle über die Situation wieder zu gewinnen. Es gab Unterschiede in der Beschreibung von unangenehmen Gefühlen: nach zwölf Monaten waren diese weniger emotional und intensiv, wogegen dem Gefühl der Sicherheit auf der Intensivstation und der Aufmerksamkeit, Hilfsbereitschaft und professionellen Betreuung des Behandlungsteams (ohne sich an Namen oder Gesichter zu erinnern) sowie den Angehörigen, mehr Beachtung geschenkt wurde. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Menschen generell angenehme Erlebnisse in Erinnerung behalten und unangenehme vergessen wollen. Viele unangenehme Emotionen waren mit Halluzinationen, Albträumen und der Überzeugung des bevorstehenden Todes assoziiert. Gefühle des Aufgebens, der Energielosigkeit, der Resignation und Hoffnungslosigkeit waren nach drei Monaten dominant, konnten aber auch nach zwölf Monaten noch genau beschrieben werden.

Die Erkenntnis über die Schwere der überlebten Erkrankung und die Gefahr, daran zu versterben, war nach zwölf Monaten stärker ins Bewusstsein gerückt, als nach drei Monaten. Die ehemaligen PatientInnen sprachen nach drei Monaten kaum über die Aufgeregtheit, Verwirrtheit und dem unruhigen Verhalten. Erst nach zwölf Monaten berichteten sie über beschämende Gefühle, mögliche Gründe könnten Scham- und Schuldgefühle sein. Kritisch kranke Menschen haben lang anhaltende unangenehme, manchmal wahnhaftige Erinnerungen an die Intensivbehandlung und in Folge könnten posttraumatische Belastungsstörungen (siehe 2.5.4) auftreten. (Löf et al., 2008)

2.5.4 Posttraumatische Belastungsstörungen

Als Folge massiv einschneidender, eventuell lebensbedrohlicher Extremsituationen und Ereignisse kann eine posttraumatische Belastungsstörung, auch posttraumatisches Stresssyndrom oder post traumatic stress disorder – PTSD, auftreten. Es handelt sich dabei um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf eine extreme Belastung, die sich oftmals erst nach dem Verlassen der Intensivstation zeigt. Kernsymptome sind die wiederholten unausweichlichen Erinnerungen, Träume beziehungsweise Albträume und Flashbacks, in denen irrealer Erinnerungen wieder erlebt werden; emotionaler oder sozialer Rückzug mit Verlust der Lebensfreude sowie ein Zustand vegetativer Übererregbarkeit, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung wird dann gesprochen, wenn die Störung mindestens einen Monat anhält. (Köllner et al., 2001) Nicht jede traumatisierte Person entwickelt eine posttraumatische Belastungsstörung, das heißt neben Merkmalen des Traumas müssen andere Faktoren an der Entstehung der Störung beteiligt sein. (Krauseneck et al., 2007)

Posttraumatische Belastungsstörungen scheinen vor allem von der Dauer des Aufenthalts und der Beatmung abhängig zu sein, nicht vom Geschlecht oder der Schwere der Erkrankung. Je länger PatientInnen auf Intensivstationen bleiben, desto höher steigt das Risiko, an einer PTSD zu erkranken, vor allem, wenn sie sich nicht oder kaum an den Aufenthalt auf der Intensivstation erinnern. (Knüick & Nydahl, 2008) Nydahl (2006) führt dies darauf zurück, dass in wachem Zustand eine bessere Verarbeitung der Erlebnisse stattfindet.

Die Folgen einer PTSD können in einer schlechteren Lebensqualität bestehen, mit Problemen im Alltag, am Arbeitsplatz und/oder im persönlichen Umfeld (zum Beispiel Eheprobleme). Viele Betroffene benötigen professionelle psychologische Hilfe, um die Depressionen oder Phobien bewältigen zu können. (Knüick et al., 2008)

2.6 Angehörige auf Intensivstationen

Angehörige und PatientIn sind Menschen, die einander gefühlsmäßig nahe stehen und eine Beziehung gegenseitiger Abhängigkeit und Gemeinsamkeit pflegen. (Moesmand, 2002) Der Begriff „Angehörige“ umfasst jene, die von den Betroffenen als ihnen zugehörig, als ihre Familie wahrgenommen werden, wobei es sich nicht um ein traditionelles Verständnis von Familie handeln muss. (Metznig, 2004)

Indem Angehörige mit einer akuten und kritischen Krankheit einer vertrauten Person konfrontiert werden, beginnt ein Prozess voller Angst, Furcht und Verzweiflung. Sowohl der/die PatientIn als auch die Angehörigen können eine traumatische Krise durchleben. *„Unter einer traumatischen Krise versteht man eine Situation, in der die physische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit oder grundlegende Lebensmöglichkeiten bedroht sind“* (Cullberg, 1994 zitiert nach Moesmand, 2002 S 51). Eine Krise kann in vier Phasen geteilt werden: die Schockphase und Reaktionsphase bilden die akute Phase oder Krise, die Bearbeitungsphase und die Phase der Neuorientierung sind nicht klar voneinander getrennt. (Moesmand, 2002)

Angehörige sind für IntensivpatientInnen die einzigen Vertrauten in einer extrem schwierigen Situation in fremder Umgebung, und stellen ein Bindeglied zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowie zur Außenwelt, dar. Nahestehende Menschen haben existentielle Bedeutung und geben dem/der Patienten/-in Vertrautheit, Sicherheit und menschliche Wärme. Sie fungieren als starke Motivatoren, weil sie dem kranken Menschen signalisieren, dass er/sie nicht vergessen wird, und dass es sich lohnt, weiter zu kämpfen. Indem sie vom Alltag erzählen und PatientInnen aufmuntern, dienen sie als soziale Stütze und bringen Abwechslung in den monotonen Tagesrhythmus. Das Zusammensein und Sprechen mit nahen Angehörigen ist ein wesentlicher Beitrag, um verwirrte Personen wieder in die Realität zurück zu führen und die Orientierung wieder zu gewinnen. (Moesmand, 2002) Während der Beatmungsphase herrscht eine erschwerte Kommunikation vor, dies ist für beide, PatientInnen und Angehörige, quälend. Die Familie

erlebt den/die Patienten/-in im Wechsel von verstehbaren und nicht nachvollziehbaren Äußerungen oder Gesten, dazu herrscht oftmals Unruhe vor, womit das Fixieren der Hände notwendig werden kann. (Freitag, 2000)

Für das therapeutische Team sind Angehörige eine wichtige Ressource, um über den bisherigen Gesundheitszustand, Behandlungen, Allergien etc. zu berichten. Sie können von Gewohnheiten und Interessen des Individuums erzählen und wie er/sie früher schwierige Situationen bewältigt hat. (Moesmand, 2002) Laut Nydahl und Rothaug (2010) sind Angehörige sowohl Mitbetroffene wie auch mögliche Co-TherapeutInnen.

Engström und Söderberg (2007) unterstreichen in ihrer Untersuchung die Wichtigkeit der Anwesenheit naher Angehöriger auf Intensivstationen. Die Kernaussage „Bestätigung erfahren“ wird mit sechs Unterpunkten erläutert:

- Information und Aufklärung erhalten, zum Beispiel über den Aufenthaltsort und das Geschehen, ebenso Informationen über die Welt außerhalb des Krankenhauses.
- Das Gefühl des Verstandenwerdens: Für PatientInnen ist es schwierig und frustrierend, wenn sie aufgrund des Beatmungsschlauches nicht sprechen können. Nahe Angehörige versuchen intensiver, sie zu verstehen zum Beispiel durch Lippen lesen, oftmals sind keine Worte notwendig um die Gesten zu interpretieren.
- Das Gefühl von Sicherheit besteht durch die Anwesenheit von nahen Angehörigen. PatientInnen nehmen ihre Stimmen wahr und spüren die Berührungen, wogegen ihre Abwesenheit die Einsamkeit verstärkt und manche zählen die Stunden bis zum nächsten Besuch.
- Kraft spenden und Willenskraft stärken: Angehörige werden als Grund für das Fortsetzen der anstrengenden Behandlung angeführt. In Momenten der Schwäche und des Aufgebenwollens sind es die Angehörigen, die IntensivpatientInnen wieder aufrichten und motivieren.
- Möglichkeiten haben: Die Einbindung und die Unterstützung naher Angehöriger ist für kranke Menschen von großer Bedeutung. Falls möglich, bevor-

zugen sie die Hilfe von vertrauten Personen als vom betreuenden Personal, und diese Motivation führt zu einer rascheren Rehabilitation.

- Beziehungen wertschätzen: IntensivpatientInnen realisieren, wie wichtig die Unterstützung naher Angehöriger für sie ist und die Beziehungen werden durch die intensive Begegnung, in der die Angehörigen viel Zeit aufwenden, verstärkt.

Auch Metzging (2004) fand heraus, dass Angehörige, ohne viel tun zu müssen, im subjektiven Erleben der Betroffenen zum Überleben beitragen, indem sie ihnen Mut zusprechen, welcher als Stärkung des Überlebenswillens beschrieben wird. IntensivpatientInnen wünschen sich emotionalen Beistand, welcher im Wesentlichen mit Nähe und Berührung assoziiert wird. Es besteht das Bedürfnis nach der Anwesenheit einer vertrauten Person, wodurch Gefühle von Sicherheit und Beruhigung entstehen. „Da zu sein“ vermittelt, unabhängig von den Gründen zur Aufnahme, das Gefühl, angenommen und geschützt zu werden sowie Trost und Ruhe zu finden. Einen anderen Aspekt des emotionalen Beistands stellt die Anteilnahme dar. Anteil am Schicksal eines Anderen zu haben und zu nehmen setzt eine Beziehung, meist eine vertraute Bindung zu diesem Menschen, voraus. Einen praktischen Beistand können Angehörige leisten, indem sie PatientInnen durch die Übernahme verschiedener Rollen entlasten und unterstützen, zum Beispiel Verantwortung für Wohnung und/oder Haustiere übernehmen, Kleidung oder persönliche Dinge organisieren etc.

Es gibt allerdings auch Grenzen in Bezug auf Besuch und Besuchende. Einschränkungen von BesucherInnen stehen immer im Zusammenhang von sozialen Rollen und Vertrautheit zwischen den Personen. Je schlechter es PatientInnen geht, je mehr sie sich mit sich selbst und der Erkrankung auseinandersetzen, je ungeschützter und ausgelieferter sie sich fühlen, desto eingegrenzter wird der Kreis derer, die willkommen sind und gebraucht werden. Besonders Menschen, zu denen im Alltag eine rein berufliche Beziehung besteht, eventuell noch dazu durch hierarchische Unterschiede gekennzeichnet, sind auf der Intensivstation unerwünscht. (Metzging, 2004)

Sofern es PatientInnen als notwendig erachten, während der Besuchssituation eine bestimmte Rolle aufrecht zu erhalten, Konversation zu betreiben und ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit und Konzentration aufbringen zu müssen, werden Besuche als anstrengend und erschöpfend erlebt.

Diese Aspekte erscheinen vor dem Hintergrund der Gesamtsituation, die durch eine Veränderung gewohnter Rollen, Schutzlosigkeit, Intimität und Mangel an Privatsphäre gekennzeichnet ist, nur allzu verständlich. (Metzing, 2004)

2.7 Das Intensivtagebuch

Eine Krankheit und Behandlung auf einer Intensivstation wird von Mensch zu Mensch verschieden bewältigt. Somatische Krankheiten lösen häufig emotionale Reaktionen aus oder reaktivieren frühere Krisen. Es besteht ein Unterschied, ob jemand plötzlich schwer erkrankt, aber sich trotzdem noch bewegen und ausdrücken kann, oder ob jemand, beispielsweise durch einen Unfall, den Kontakt mit der Umwelt verliert. Ein Merkmal der akuten und kritischen Erkrankung ist die Ungewissheit, sie wird als bedrohlich erlebt, denn das Gefühl der persönlichen Kontrolle über die Situation zu haben wird begrenzt, und das Gefühl der Hilflosigkeit verstärkt. Die Bewältigung einer Krankheit hängt von Faktoren wie Alter, Persönlichkeit und Einstellung zur Krankheit, der Prognose und dem Umfeld ab. (Moesmand, 2002)

Die Behandlung schwerkranker PatientInnen erfordert oftmals einen langen Aufenthalt auf der Intensivstation und es sind meist sehr invasive und belastende Therapiemaßnahmen nötig. Vorübergehend besteht eine komplette Abhängigkeit von technischen Apparaten und dem Behandlungsteam. Damit verbunden sind vielfältige belastende Eingriffe und Pflegemaßnahmen, die zu einer erheblichen physischen, aber auch psychischen Belastung mit Ängsten, Depressionen, Halluzinationen, Albträumen oder kognitiven Einschränkungen führen können. Vor allem Ängste und Depressionen können nach einer Intensivtherapie regelhaft beobachtet werden, welche mit erheblichen Konsequenzen für das physische und

psychische Wohlbefinden der Betroffenen im Langzeitverlauf assoziiert werden, und das tägliche Leben enorm beeinträchtigen. Ursächlich sind oftmals die fehlende Wahrnehmung des Intensivstationsteams hinsichtlich der Psychotraumatisierung sowie die fehlenden präventiv-therapeutischen Konzepte. Nach der Verlegung auf die Normalstation wird der/die individuelle PatientIn seitens des intensivmedizinischen Betreuungsteams in der Regel nicht weiter verfolgt. (Janssens & Graf, 2009)

IntensivpatientInnen haben meistens eine lückenhafte Erinnerung bezüglich ihrer Zeit auf der Intensivstation und haben nachher das Bedürfnis, die Lücke sowohl zeitlich als auch inhaltlich zu füllen. Es besteht das Bedürfnis zu erfahren, was in der Zeit, während sie die Kontrolle verloren haben, passiert ist. Für die Bewältigung der schweren Krise ist es wichtig, dass Betroffene ihre Erlebnisse Wirklichkeit werden lassen und ihnen einen Sinn verleihen. (Moesmand, 2002)

Um den für eine belastungsarme Verarbeitung der Erlebnisse notwendigen Kontext zur Realität herzustellen, eignen sich prospektiv geführte PatientInnentagebücher. (Janssens et al., 2009) In Skandinavien und England wurde im Rahmen der intensivtherapeutischen Nachsorge („follow-up“) diese einfache, aber wirksame Möglichkeit entwickelt, mit der die Lebensqualität ehemaliger beatmeter IntensivpatientInnen gesteigert werden kann. Im deutschsprachigen Raum wird meist die Bezeichnung „Intensivtagebuch“ gewählt, da der Begriff „PatientInnentagebuch“ zu unspezifisch wäre, weil auch andere Einrichtungen, ohne Sedierung und Beatmung, solche Tagebücher führen. Intensivtagebücher werden während der Intensivtherapie durch das Pflegepersonal und eventuell auch durch die Angehörigen täglich geführt. Das Eintragen und Ausformulieren von Beobachtungen, Gedanken und Sorgen stellt für die Angehörigen gleichzeitig eine Hilfe zur Bewältigung dar. Jede Eintragung wird namentlich gezeichnet, damit später eruiert werden kann, wer wann etwas geschrieben hat. (Knück et al., 2008)

IntensivpatientInnen haben Erinnerungen, miterlebte Szenen und Träume in ihrem Bewusstsein abgespeichert, aber keine Zeitstruktur. Somit sind sie nicht sicher, ob

Erlebnisse aus der Erinnerung real erlebt wurden, ob es sich um Reaktionen eines bewusstlosen Menschen auf reale Begebenheiten oder ob es sich um Träume handelt. (Steins, 2000) Es besteht die Möglichkeit, dass sie sich an Situationen erinnern, die objektiv nicht stattgefunden haben, für sie aber real waren und ebenso als real erlebtes Ereignis erinnert werden. Das Bild einer sehr kritischen Lebenszeit ist in einzelne Puzzleteile zerbrochen und die PatientInnen versuchen, dieses Bild zu rekonstruieren, merken aber, dass wichtige Teile fehlen oder manche Teile gar nicht ins Bild passen. Solche Tagebücher können durch Beschreibungen von patientInnenzentrierten Informationen bei der Aufarbeitung und Einordnung bedrohlicher Erinnerungen helfen sowie zu einem besseren Verständnis des Schweregrades der Erkrankung beitragen. (Knück et al., 2008)

Das Tagebuch wird innerhalb einer Woche nach der Verlegung durch eine Intensivpflegeperson übergeben, es wird zusammen mit dem/der Patienten/-in gelesen und alle Fragen werden besprochen. Die meisten PatientInnen äußern sich sehr positiv über das Tagebuch und bedauern, dass diese Dokumentation in den Step-down-Einheiten nach der Verlegung von der Intensivstation nicht weiter fortgeführt wird. (Janssens et al., 2009)

Durch eine genauere, detaillierte Beschreibung der vorgefallenen Ereignisse könnte die Qualität der Intensivtagebücher verbessert werden. Viele PatientInnen erkannten erst im Nachhinein, wie schlecht es um sie stand und wie gut für sie gesorgt wurde. Nur wenige PatientInnen lehnen das Tagebuch ab in der Hoffnung, die gesamten Erlebnisse schleunigst zu vergessen. Es gilt weiter zu erforschen, in welchem Zeitrahmen der optimale Übergabezeitpunkt des Tagebuches stattfinden soll. (Knowles & Tarrier, 2009) Weiters erfordert dieses „ganzheitliche“ Konzept viel Zeit und persönliches Engagement der MitarbeiterInnen sowie in vielen Teilen auch eine Veränderung der Betriebskultur des ganzen Behandlungsteams. (Janssens et al., 2009)

IntensivpatientInnen und ihre Angehörigen könnten zu „follow-up meetings“ eingeladen werden, um ihre Erlebnisse mit dem professionellen Team zu besprechen.

Es wäre nicht nur für die Betroffenen ein positiver Ansatz der Bewältigung, sondern auch für das Intensivstationsteam ein Feedback über das Verhalten und den Umgang mit kritisch Kranken und deren Angehörigen. (Russell, 1999)

Menschen mit Intensivstationserfahrung berichten retrospektiv in der Regel über negative Ereignisse positiver als sie ursprünglich empfunden wurden. Ein/e PatientIn, der/die am Beginn seiner/ihrer Erkrankung steht, schätzt seine/ihre Situation negativer ein, als eine Person, welche am Ende der Erkrankung schon symptomfreie Intervalle zeigt. (Neubert et al., 2004)

3. METHODE UND VORGEHENSWEISE

Das Aufwachen nach Analgosedierung auf Intensivstationen und die damit einhergehenden möglichen Komplikationen, Probleme und Belastungen wurden vor allem von medizinischer Seite schon ausführlichst untersucht. Wogegen aus der Sicht der Betroffenen, welche direkt in die Studie einbezogen wurden, eher wenig Material vorhanden ist. Der qualitative Forschungsansatz erschien als der beste Weg, um die Forschungsfragen dieser Arbeit zu beantworten. Bei der qualitativen Forschung steht immer die subjektive Sichtweise des Individuums im Vordergrund. Aus den gesammelten Daten, welche vom subjektiven Empfinden des Einzelnen ausgehen und das individuelle Erleben beschreiben, werden Konzepte und Theorien entwickelt. Das Ziel qualitativer Forschung besteht nicht in der Überprüfung von Theorien, sondern in der Theoriebildung, indem vom Besonderen auf das Allgemeine geschlossen wird. Dies wird als induktives Vorgehen bezeichnet, wobei die Interpretation von Ereignissen und das Verstehen menschlicher Erfahrungen im Mittelpunkt der Forschungen stehen. Die Phänomene des menschlichen Erlebens sollen möglichst ganzheitlich und von innen heraus, also subjektiv, erfahren und verstanden werden. Die Datenerhebung erfolgt in der qualitativen Forschung offen, das heißt, es wird nicht detailliert festgelegt, welche Daten erhoben werden, und die Datenerhebung und –auswertung stellen einen flexiblen Prozess dar, welcher während der Untersuchung weiter entwickelt wird. Die bedeutendsten Ansätze der qualitativen Forschung sind die Grounded Theory, die Phänomenologie, die Ethnographie und die objektive Hermeneutik. (Mayer, 2007)

„Das Interview kommt vor allem bei qualitativen Forschungsprojekten häufig zum Einsatz, um Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle der TeilnehmerInnen in Erfahrung zu bringen.“ (Mayer, 2007, S 173) Bei qualitativen Interviews handelt es sich immer um nicht (oder halb) standardisierte, persönliche, mündliche Befragungen. Es werden fast ausschließlich offene Fragen gestellt und der Interviewstil ist „weich“, das heißt, der/die InterviewerIn versucht, durch empathisches

Verhalten, respektvolles Auftreten und interessiertes Zuhören ein Vertrauensverhältnis zur befragten Person her zu stellen. (Mayer, 2007)

Das Forschungsinteresse dieser Diplomarbeit bestand darin, etwas über die Erlebnisse, Gefühle und Gedanken von ehemaligen IntensivpatientInnen durch Schilderungen aus deren subjektiver Sicht zu erfahren. Damit ergab sich die methodische Notwendigkeit, die Betroffenen nach ihrem Erleben auf der Intensivstation zu befragen, damit sie die Möglichkeit hatten, ihre Geschichten zu erzählen. Der Aufwachprozess könnte nicht verstanden werden, wenn die PatientInnen während der Zeit auf der Intensivstation ausschließlich beobachtet würden, da nur die Außensicht erforschbar wäre. In dieser Arbeit wurde mit Hilfe der Grounded Theory versucht, das Durchleben des Aufwachprozesses zu beschreiben und sichtbar zu machen, und somit neue Erkenntnisse bezüglich Veränderungen oder Verbesserungen von ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen zu erforschen. Diese Methode eignete sich für den Untersuchungsgegenstand am besten, da sie darauf ausgerichtet ist, heraus zu finden, wie bestimmte soziale Prozesse ablaufen.

3.1 Grounded Theory

Die Methode der Grounded Theory wurde erstmalig in den 1960er Jahren von den Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt. Die Basis bildet der symbolische Interaktionismus, welcher davon ausgeht, dass Menschen auf Grund der Bedeutungen handeln, die sie Dingen geben. (Mayer, 2007)

Die Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, welche induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird. Es sollen gesellschaftliche Prozesse aus der Perspektive der menschlichen Interaktion dargestellt werden. (Mayer, 2007) Bei dem systematischen Verfahren stehen die Datensammlung, Analyse und die Theorieentwicklung in wechselseitiger Beziehung zueinander, sie verlaufen zyklisch, das heißt, die Datensammlung und Datenanalyse wechseln sich ab. Ein wichtiger Begriff ist in diesem Zusammenhang das theoretische

Sampling. Es bedeutet, dass nach der Auswertung der ersten Interviews jene Datenquellen, Stichproben etc. ausgewählt werden, welche eine theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen. Das Ziel der Grounded Theory ist das systematische Erstellen erklärender Theorien für das menschliche Verhalten und für soziale Prozesse, welche dem Untersuchungsgegenstand gerecht werden. Die Forschungsergebnisse sollen die Wirklichkeit theoretisch darstellen und einen Rahmen für das Handeln bilden. (Strauss & Corbin, 1996; Glaser & Strauss, 2008)

Zu Beginn des Forschungsprozesses wird eine Forschungsfrage zum Untersuchungsgegenstand formuliert, welche den Schwerpunkt bestimmt und den Einstieg erleichtert. Sie dient als Wegweiser, damit der/die ForscherIn nicht vom Forschungsinteresse abschweift und stellt eine Handlungs- und Prozessorientierung dar. (Strauss & Corbin, 1996)

Ein häufig mit der Grounded Theory in Zusammenhang gebrachtes Charakteristikum stellt die theoretische Sensibilität dar. Diese bezieht sich auf die persönliche Fähigkeit des/der Forschers/-in ein Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten zu entwickeln, sowie die Fähigkeit, Zusammenhänge zu verstehen und das Wesentliche vom Unwesentlichen zu trennen. Die Sensibilität wird vom vorangegangenen Literaturstudium, vom theoretischen Kontextwissen und von persönlichen und/oder beruflichen Erfahrungen der forschenden Person beeinflusst, zudem entwickelt sich diese während des Forschungsprozesses durch die Auseinandersetzung und das Bearbeiten der Daten. (Strauss & Corbin, 1996; Glaser & Strauss, 2008)

Bei Untersuchungen, welche nach der Methode der Grounded Theory durchgeführt werden, finden neben der Fachliteratur auch nichtfachliche Literatur beispielsweise Briefe, Biographien, Zeitungsartikel oder ähnliche Materialien Verwendung. Diese können vor Beginn der Forschungsstudie wertvolle Anregungen und Ergänzungen leisten, welche nicht vernachlässigt werden sollten. (Strauss & Corbin, 1996)

Grundsätzlich gibt es bei der Grounded Theory drei Haupttypen des Kodierens – das „offene“, das „axiale“ und das „selektive“ Kodieren.

- a) Der Prozess der Datenanalyse beginnt mit dem „offenen“ Kodieren, wobei das Aufbrechen, Untersuchen, Vergleichen und Kategorisieren des Datenmaterials im Vordergrund steht. Es werden Fragen über Phänomene in den Daten gestellt, ebenso werden die eigenen und fremden Vorannahmen über Phänomene überprüft oder neue Erkenntnisse erforscht. Ähnliche Eigenschaften oder Vorfälle werden benannt und zu Kategorien gruppiert, wodurch sich Bezüge abzuzeichnen beginnen.
- b) Beim „axialen“ Kodieren werden wiederholt auftauchende Muster oder Beziehungen aufgedeckt und Verbindungen zwischen den einzelnen Kategorien gesucht. Somit setzen sich Daten, welche nach dem „offenen“ Kodieren gefunden wurden, neu zusammen. Durch die gezielte Analyse werden Zusammenhangsmodelle entwickelt, daraufhin werden schon kodierte, wie auch neue Texte systematisch kodiert.
- c) Das „selektive“ Kodieren schließt im letzten aus zu führenden Schritt an das „axiale“ Kodieren an. Die identifizierten Schlüsselkategorien werden weiter untersucht. Den Mittelpunkt bildet die Herauskristallisierung der Kernvariablen des untersuchten Phänomens. (Strauss & Corbin, 1996)

Die qualitative Forschung arbeitet im Allgemeinen mit kleineren Stichproben als die quantitative Forschung, welche allerdings eingehender studiert werden. Die Datensättigung kann bei der Grounded Theory als Leitprinzip angesehen werden, welches in Bezug auf den Umfang von Stichproben in der qualitativen Forschung einen Orientierungsrahmen bildet. Von der Datensättigung kann gesprochen werden, wenn durch weitere Datenerhebungen keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können. (Mayer, 2007)

3.2 Durchführung der Interviews

Dieses Kapitel beinhaltet die Einschlusskriterien zur Studie und die Art der Rekrutierung sowie die Beschreibung der TeilnehmerInnen. Des Weiteren folgt eine kurze Erklärung zur Datenerhebung und –analyse. Im Anschluss werden die Gütekriterien der qualitativen Forschung erläutert, wobei ein besonderes Augenmerk bei der Auseinandersetzung mit der Reflexivität liegt.

3.2.1 Einschlusskriterien

Folgende Mindestkriterien waren auf der Suche nach potentiellen InterviewpartnerInnen relevant:

- ein mindestens einwöchiger Aufenthalt auf einer Intensivstation, welcher die Analgosedierung und Beatmung erforderte
- Volljährigkeit
- keine krankheitsbedingten kognitiven Beeinträchtigungen (Demenz, Verwirrtheitszustände etc.), welche das verbale Äußern über die Erlebnisse auf der Intensivstation nicht zuließen
- das Vermögen der InterviewpartnerInnen, die deutsche Sprache zu verstehen und sich in ihr auszudrücken
- freiwillige Teilnahme an der Studie, welche mittels einer Einverständniserklärung eingeholt wurde

3.2.2 Rekrutierung und „Informed Consent“

Die Auswahl der InformantInnen erfolgte gezielt und zweckgebunden, das bedeutet, dass nicht, wie in statistischen Auswahlprozeduren, Repräsentativität angestrebt wird, sondern vielmehr typische „Fälle“ in bestimmten Situationen berücksichtigt werden. (Mayer, 2007)

Ein Großteil der InterviewteilerInnen wurde auf jener Intensivstation aufgenommen, wo die Forscherin selbst als Intensivpflegekraft tätig ist. Somit konnten

die Adressen aller, die Einschlusskriterien erfüllenden, Probanden gesammelt und per Informationsbrief Kontakt aufgenommen werden. Wenigen InterviewpartnerInnen wurde einige Tage nach der Verlegung von der Intensivstation der Brief persönlich ausgehändigt und ein Informationsgespräch geführt. Andere InterviewpartnerInnen konnten durch bekannte Personen von ArbeitskollegInnen kontaktiert und über das Vorhaben aufgeklärt werden. Die Antwort der TeilnehmerInnen erfolgte meistens telefonisch, selten per E-Mail. Beim Informationsgespräch wurde nochmals der Zweck der Studie erklärt sowie auf die freiwillige Teilnahme, die Anonymität und vertrauliche Behandlung der Daten, als auch die Möglichkeit, das Interview jederzeit abzubrechen, hingewiesen. Nach der Zusage zur Teilnahme an der Studie wurde ein für die GesprächspartnerInnen zeitlich passender Termin für das Interview vereinbart. Schlussendlich konnten zehn InterviewteilerInnen rekrutiert werden.

Zu Beginn des Gesprächs wurde die Einverständniserklärung im Einzelnen mit den TeilnehmerInnen durchbesprochen. Sie hatten die Möglichkeit, Fragen zur Studie sowie zur Person der Untersucherin zu stellen. Sie erhielten alle Informationen, welche den Sinn der Studie noch einmal darlegten, um sie für ihr Mitwirken zu begeistern. Weiters wurde gesondert darauf hingewiesen, dass das Gespräch mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet wird, wobei es den Personen jedoch freistand, die digitale Aufnahme zu verweigern. Bei dieser Untersuchung hatte die Forscherin bei jedem Interview die Erlaubnis, es aufzuzeichnen. Am Ende des Gesprächs wurde nach den Prinzipien des „Informed Consent“ die von der Forscherin vorgefertigte Erklärung unterschrieben und jede/r TeilnehmerIn erhielt ein Exemplar (siehe Anhang 11.2).

3.2.3 Beschreibung der TeilnehmerInnen

Insgesamt erklärten sich zehn Personen bereit, über ihre Erfahrungen des Aufwachprozesses auf Intensivstationen zu berichten. Die Geschlechterverteilung gestaltete sich folgendermaßen: sechs Frauen und vier Männer stimmten einer Teilnahme zu. Die Altersspanne der InterviewpartnerInnen reichte von 24 bis 88

Jahre. Bezüglich der Familienverhältnisse lässt sich anführen, dass sechs der UntersuchungsteilnehmerInnen ledig, drei verheiratet und eine Person verwitwet waren. Sieben TeilnehmerInnen waren noch berufstätig, die drei anderen befanden sich in Pension. Vier der befragten Personen hatten Kinder. Die Dauer des Intensivstationaufenthaltes betrug im Durchschnitt vier Wochen, wobei der kürzeste Aufenthalt 9 Tage und der längste 7 Wochen dauerte. Der Zeitpunkt des Intensivstationaufenthaltes lag bei keinem/r Gesprächspartner/-in länger als ein Jahr zurück.

3.2.4 Datenerhebung

Bei der Datenerhebungsmethode, welche in dieser Diplomarbeit angewendet wurde, handelte es sich um halbstandardisierte beziehungsweise semi-strukturierte Interviews mit offenen Fragen. Bei halbstandardisierten Interviews wird der Gesprächsverlauf durch einen vorgefertigten Interviewleitfaden vorgegeben, wobei jedoch die Reihenfolge und Formulierung der Fragen variieren, also der jeweiligen Interviewsituation angepasst werden kann. (Mayer, 2007)

Die Interviews wurden bei Personen, die sich noch im Krankenhaus befanden, im Aufenthaltsraum der Station durchgeführt, bei anderen TeilnehmerInnen entweder in deren Wohnung oder in einem gemütlichen Kaffeehaus.

Die Datenerhebung erfolgte von Mai bis Oktober 2010. Die Gespräche dauerten (ohne Nachgespräch) zirka ein bis zwei Stunden. Es war immer eine angenehme Gesprächsatmosphäre gegeben und bei drei TeilnehmerInnen war der/die Lebensgefährte/-in anwesend, welche sich nicht am Gespräch beteiligten.

Zu Beginn eines jeden Interviews wurden der Zeitpunkt und die Dauer des Intensivstationaufenthaltes, sowie die Diagnosen erhoben. Die meist offen gestellten Fragen beinhalteten Themen zu körperlichen und psychischen Problemen während des Aufwachens auf der Intensivstation. Es wurde die Wahrnehmung der Orientierung und die erschwerte Kommunikation hinterfragt. Weiters wurden die

Empfindungen bezüglich der Besuche und wie das Erlebte verarbeitet wurde, angesprochen.

Wie bereits erwähnt, gaben alle InterviewpartnerInnen das Einverständnis dazu, das Gespräch mit einem Aufnahmegerät aufzuzeichnen, welches danach transkribiert wurde. Nach jedem Interview wurden persönliche Notizen, Memos genannt, über bedeutsam erscheinende Aspekte und Eindrücke gemacht.

3.2.5 Datenanalyse

Bei der Auswertung der Daten wurde stets darauf geachtet, die Anonymität der InterviewteilnehmerInnen zu wahren, indem alle die Personen identifizierenden Daten entfernt wurden. Danach wurde mit der Analyse des Datenmaterials nach der Methode der Grounded Theory begonnen. Nach der Transkription wurde Zeile für Zeile beziehungsweise Absatz für Absatz offen kodiert. Die identifizierten Codes wurden durch Vergleichen hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den Aussagen zu Oberbegriffen, sprich Konzepten, zusammengefasst und aus ähnlichen Phänomenen wurden Kategorien und Subkategorien gebildet. Dadurch konnte die Anzahl der Einheiten, mit denen weiter gearbeitet wurde, reduziert werden. Im nächsten Schritt wurde versucht, durch die Erstellung von Verbindungen zwischen den gebildeten Kategorien die Daten auf eine neue Art zusammenzusetzen. Durch das Formulieren von Fragen und das In-Beziehung-Setzen von Subkategorien zu einer Kategorie sollte so viel wie möglich von der Komplexität des Prozesses erfasst werden. Schließlich konnte durch die gewonnenen Erkenntnisse ein erstes Erklärungsmodell zum Aufwachprozess auf Intensivstationen erstellt werden.

Da lediglich zehn Interviews geführt wurden und somit die Datensättigung nicht erreicht werden konnte, musste der Auswertungsprozess nach dem axialen Kodieren abgebrochen werden. Der letzte Schritt, das selektive Kodieren, konnte nicht mehr durchgeführt werden, womit auch die Identifizierung der Kernvariable ausblieb.

3.2.6 Gütekriterien

Mithilfe der Gütekriterien können Forschungsergebnisse hinsichtlich ihrer Qualität und die wissenschaftlich korrekte Vorgangsweise beurteilt werden. Die traditionellen wissenschaftlichen Gütekriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Validität und Reliabilität) können nicht ohne Weiteres für die qualitative Forschung übernommen werden. In der qualitativen Forschung gibt es keine einheitlichen Gütekriterien, welche von allen ForscherInnen gleichermaßen anerkannt werden. Trotz Unterschiede bezüglich der Anzahl, Bezeichnung und Priorität der Kriterien bleibt die Kernaussage bei allen gleich. (Mayer, 2007)

Mayer beschreibt drei Gütekriterien, welche für die Beurteilung von qualitativen Forschungsarbeiten heran gezogen werden können:

- *Glaubwürdigkeit*
- *Folgerichtigkeit*
- *Angemessenheit* (Mayer, 2007, S 101)

Die Glaubwürdigkeit stellt ein Kriterium zur Beurteilung dar, ob die Interpretationen und die Darstellungen von dem/der ForscherIn aus der Sicht der TeilnehmerInnen beziehungsweise anderer mit der Wissenschaft betrauter Personen korrekt sind. (Mayer, 2007)

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurden die Datenanalyse und die Ergebnisse laufend mit der Betreuerin Doktor Linhart besprochen. Des Weiteren lässt sich durch Vergleiche mit der gefundenen Forschungsliteratur die Richtigkeit der Daten überprüfen.

Mit dem Kriterium der Folgerichtigkeit kann festgestellt werden, ob die Forschungsarbeit von Beginn bis zum Ende für den/die LeserIn nachvollziehbar ist. (Mayer, 2007)

Da die Formulierung der Forschungsfragen und der weitere Verlauf der einzelnen Schritte während der Analyse in dieser Untersuchung dokumentiert, und die Er-

kenntnisse detailliert beschrieben wurden, gilt auch dieses Kriterium als erfüllt. Durch das etappenweise Vorgehen können die Gedanken der Forscherin zusammen mit den Zitaten, welche die Fakten darstellen, sowie die Entstehung des Erklärungsmodells nachvollzogen werden.

Unter dem Kriterium der Angemessenheit versteht man die Exaktheit, mit welcher die Wirklichkeit der UntersuchungsteilnehmerInnen wieder gegeben wird. Durch ausführliche und detaillierte Beschreibungen sollen die LeserInnen erkennen, wie wichtig die Erkenntnisse für die Praxis sind. (Mayer, 2007)

Die subjektive Wirklichkeit der InterviewpartnerInnen wurde sehr ausführlich beschrieben und mit passenden Interviewauszügen untermauert. Das Kriterium der Angemessenheit wurde somit in dieser Arbeit erfüllt.

Ein weiteres wichtiges Grundprinzip der qualitativen Forschung stellt die Reflexivität dar. Sie soll die theoretische Sensibilität ergänzen, indem das Bewusstsein dafür geschärft wird, dass der/die ForscherIn die Datengewinnung durch jegliche Vorerfahrungen auf diesem Gebiet sowie der eigenen Einstellung zum Thema, und auch auf Grund des Verhaltens während der Interviews, beeinflusst werden kann. Dieses Hintergrundwissen soll den/die ForscherIn dazu befähigen, die Interviewsituation derart zu gestalten, sodass keine verzerrten Daten gewonnen werden. Die Reflexivität bezieht sich somit auf die permanente Überprüfung der Beziehung zwischen dem/der ForscherIn und der untersuchten Person, sowie auf das Verhältnis zwischen dem Forschungsprozess und den gefundenen Ergebnissen. (Hall & Callery, 2001)

Da die Forscherin seit dreizehn Jahren auf einer Intensivstation arbeitet, war es gerade für diese Untersuchung enorm wichtig, sich auf die Reflexivität einzulassen. Damit das Vorwissen, die Erfahrungen und die eigene Einstellung zu diesem Thema die Datenerhebung und die Auswertung so wenig wie möglich beeinflussen, war es sehr hilfreich, die sich entwickelnden Kategorien und vermuteten Zusammenhänge mit der Betreuerin zu diskutieren. Es sollte nicht die Sicht der Intensivschwester, sondern die Perspektive der Betroffenen wahrgenommen und

dargestellt werden. Die Forschungsliteratur wurde nur zu Beginn bearbeitet und danach fand eine Lösung von den gefundenen Ergebnissen statt. Weiters wurde versucht, durch Ausklammern eventueller Begründungen für bestimmte Vorfälle, die Daten als Ganzes aus der Perspektive der Betroffenen zu verstehen, und als Sprachrohr der InterviewteilnehmerInnen zu fungieren.

4. ERKENNTNISSE

Der Aufwachprozess nach Analgosedierung auf Intensivstationen läuft nicht nach definierten Zeiten ab, sondern richtet sich nach dem individuellen kranken Menschen. Bei den befragten Personen waren keine spezifischen Aufwachphasen feststellbar. Eine zu Beginn von fast allen InterviewpartnerInnen getätigte Aussage lautete: „*Von der Intensivzeit kann ich Ihnen aber nicht viel erzählen*“ oder „*Ich weiß nichts mehr*“. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Analgosedierung nicht abrupt, sondern schrittweise reduziert wird, und sich der Verlauf sowie die Länge des Aufwachprozesses unterschiedlich gestalten können.

Problematiken, die sich während dieser Zeit für die betroffenen PatientInnen ergaben, können in körperliche und psychosoziale Dimensionen unterteilt werden. Während sich körperliche Probleme meist auf Schmerzen und den Beatmungsschlauch bezogen, zeigten sich psychosoziale Probleme sehr deutlich durch das fehlende Zeitgefühl und der mangelnden Orientierung. Ein weiteres Konfliktpotential stellte die Kommunikation während der Beatmungszeit dar. Welche wichtige Rolle die Angehörigen einnahmen wurde von allen befragten Personen kommentiert. Das Verarbeiten des Erlebten thematisierten einige InterviewteilnehmerInnen stärker, andere wiederum erwähnten es kaum.

Bei näherer Betrachtung des Interviewmaterials konnten mit Hilfe der Methode der Grounded Theory Gemeinsamkeiten bezüglich des Aufwachprozesses gefunden werden. Im Folgenden sollen nun die Erfahrungen, welche die befragten ehemaligen IntensivpatientInnen gemacht haben, in verallgemeinerter Form, belegt durch eindrucksvolle Zitate aus den Interviews, dargestellt werden.

4.1 Physische Dimension

Unter diesem Punkt werden jene Kategorien angeführt, welche sich mit Problemen und Gegebenheiten den Körper betreffend, beschäftigen. Darunter fallen die Schmerzen, der Beatmungsschlauch und das damit verbundene Prozedere, die Durst- und Essproblematiken, die Fixierung der Arme und Schwächegefühle.

4.1.1 Schmerzempfinden

Da IntensivpatientInnen meistens große Operationen oder Verletzungen hinter sich haben, stellt das Thema „Schmerzen“ eine wichtige Komponente dar. Es gibt zwar mehrere Parameter, wonach sich das Personal richten kann, um Schmerzfreiheit zu garantieren beziehungsweise Schmerzen in einem tolerablen Rahmen zu halten (Höhe der Herzfrequenz und des Blutdrucks, Unruhe trotz Analgosedierung etc.), jedoch besteht das Problem in der Unmöglichkeit der Schmerzäußerung seitens der PatientInnen aufgrund des Beatmungsschlauches oder der Trachealkanüle, und oftmals auch wegen dem Dämmerzustand, in dem sie sich befinden.

Die meisten befragten Personen gaben an, während der Beatmungszeit keine Schmerzen gehabt zu haben oder sich nicht mehr daran erinnern zu können. Allen Befragten war bewusst, dass sie Medikamente gegen Schmerzen erhalten haben.

Ein Interviewpartner formulierte dies treffend:

„Ich hab eigentlich keine Schmerzen empfunden, ich weiß nicht, ob ich welche gehabt habe, aber ich erinnere mich zumindest nicht daran ... Ich war immer an den Infusionen, ich hab sicher genug Schmerzmittel gekriegt.“

Die befragten Personen gaben teilweise erwartete Antworten, das heißt, sie gingen grundsätzlich davon aus, dass auf der Intensivstation Schmerzen vorherrschen und dazu gehören. Im weiteren Verlauf des Interviews äußerten die Befrag-

ten jedoch Widersprüche bezüglich ihrer Aussagen zur direkt gestellten Frage über Schmerzen, denn es traten trotzdem mehrmals Situationen auf, wo Schmerzen eine besondere Rolle einnahmen.

Ein interviewter Mann berichtete über sein Schmerzempfinden:

„Ich bin ständig schlecht gelegen, weil mir ständig irgendwas weh getan hat, da hinten. Ich hab immer jemanden gebraucht, der mich aufstellt und wieder flacher legt, weil es hat in Wahrheit alles weh getan.“

Eine Interviewpartnerin schilderte ihre Strategie, wie sie mit ihren Schmerzen während der Beatmungszeit umgegangen ist, wie folgt:

„Ich hab mich so ruhig wie möglich in dem Bett verhalten, dass ich das irgendwie durchstehe, in einer Schonhaltung. Der Druckschmerz im Hals, der war irgendwie dauernd und ich hab's echt vermieden zu schlucken, weil das so weh getan hat.“

4.1.2 Die Wahrnehmung des Tubus, des Absaugens und der Extubation

Erfahrungen, die IntensivpatientInnen mit der Beatmung und dem damit verbundenen Prozedere erlebten, blieben sehr beeindruckend in Erinnerung. Den Beatmungsschlauch beschrieben die meisten befragten Personen als extrem unangenehm, da er als störender Fremdkörper im Mund und Rachen gespürt wurde, oftmals wurden auch Atemnot und Schmerzen angegeben. Interessanterweise verspürten nur wenige InterviewteilnehmerInnen die Unterstützung der Atmung durch das Beatmungsgerät.

Eine befragte Frau schilderte ihre Erinnerung an den Tubus und die Beatmung wie folgt:

„Der Tubus hat so gedrückt im Hals, mir ist vorgekommen, als tät da ein Eisen drinnen stecken, ein dickes Eisenrohr, so hat sich das angefühlt, ich hab gespürt, es atmet wer für mich, und das war komisch.“

Die Bronchialtoilette – das Absaugen über den Beatmungsschlauch – stellt eine notwendige Routinepflegemaßnahme dar, weil es für intubierte beziehungsweise tracheotomierte PatientInnen unmöglich ist, das Trachealsekret auszuhusten. Wie häufig diese Maßnahme durchgeführt wird, hängt vom/von der jeweiligen Patienten/-in ab, manchmal reicht es drei Mal in 24 Stunden abzusaugen. Je wacher ein/e PatientIn ist, desto häufiger ist das Absaugen erforderlich, da sich aufgrund der verstärkten Fremdkörperwahrnehmung (Tubusintoleranz) vermehrt Sekret ansammelt.

Alle InterviewpartnerInnen beschrieben den Vorgang des Absaugens über den Tubus als äußerst unangenehm. Durch den Absaugschlauch entstand ein Würge- und Hustenreiz, zusätzlich wurde von einigen befragten Personen ein Erstickengefühl angegeben. Jedoch erwähnten alle InterviewpartnerInnen die anschließende Erleichterung, sodass das Atmen wieder besser funktionierte.

Ein Interviewteilnehmer äußerte dazu folgendes:

„Die unangenehmste Sache auf der Intensivstation war diese Verschleimung, die das ausgelöst hat. Und wenn es nach mir gegangen wäre, hätte der Herr Pfleger diesen Schleim alle zwei Minuten absaugen können. Das war ein Erstickengefühl, ein Verschleimungsgefühl, das man von einer Erkältung kennt, es war Atemnot, das war furchtbar. ... Der Vorgang der Absaugung war am Anfang grauslich, aber dann eine unheimliche Erleichterung. Und dadurch, dass ich mit Medikamenten so voll gepumpt war wahrscheinlich, war das jetzt auch nicht so unangenehm, dieses Absaugen. ... Das hat erstens sehr kurz gedauert und hat irrsinnige Erleichterung gebracht, also das heißt, das hab ich gern in Kauf genommen, damit das weg ist.“

Je länger die Beatmung im vermeintlich „wachen Zustand“ eines/r Intensivpatienten/-in notwendig erscheint, aufgrund neurologischer Defizite, dem Krankheitsbild etc., desto eher können sich diese Personen später an den Tubus oder die Trachealkanüle und das Absaugen erinnern. Der Beatmungsschlauch wird für gewöhnlich ehest möglich entfernt, sobald der/die PatientIn sowohl neurologisch als auch von der Atemmechanik her in der Lage ist, suffizient zu atmen.

Fast keiner der interviewten Personen konnte sich an den Vorgang der Extubation erinnern, lediglich zwei Betroffene wussten noch, wie erleichtert sie waren, den störenden Fremdkörper im Mund los zu sein. Sie schilderten den Vorgang als sehr schmerzhaft, auch noch die nachfolgenden Tage. Anschließend verursachte das Fehlen der Unterstützung durch das Beatmungsgerät Unbehagen:

Eine Frau erinnerte sich daran wie folgt:

„Die Extubation war grauenvoll, hat extrem wehgetan, auch noch die nachfolgenden Tage. ... Wie's mir das gezogen haben, hab ich das Gefühl gehabt, na was soll ich jetzt machen? Jetzt haben die mir was weggenommen, was ich brauche, also die Beatmungsmaschine war schon eine Hilfe.“

4.1.3 Durstgefühle

IntensivpatientInnen leiden während der Zeit der Beatmung häufig unter Durstgefühlen. Das könnte zum einen daran liegen, dass sich während der intensivmedizinischen Behandlung Ödeme (Wassereinlagerungen im Gewebe) angesammelt haben, welche durch die Verabreichung von Abführmittel ausgeschwemmt werden sollen. Das Ziel besteht meistens im Erreichen einer ausgeglichenen Kumulativbilanz, diese wiederum verursacht das häufig quälende Durstgefühl.

Manche InterviewteilnehmerInnen hatten einige Zeit nach der Extubation Schwierigkeiten mit dem Schlucken, womit ein weiterer Grund für das Trinkverbot und folglich dem quälenden Durstgefühl bestand. Mundpflegestäbchen zum Befeuch-

ten des Mundes sowie Infusionen wurden als Kurzlösung zur Beseitigung der Mundtrockenheit wahrgenommen.

Eine Interviewpartnerin erinnerte sich an das Gefühl des Verdurstens wie folgt:

„Ich hab unendlich viel Durst gehabt und die haben mir nichts zum Trinken gegeben, ich hab immer geglaubt, ich muss verdursten, und die haben immer gesagt, sie können mir nichts geben, weil ich kann nicht schlucken und das war furchtbar, das ist mir bis heute in Erinnerung geblieben. Dann haben sie mir diese Wattestäbchen gegeben, nach denen hab ich dann dauernd gebettelt.“

Ein weiterer Grund für das Durstgefühl bestand durch die Sauerstofftherapie über die Gesichtsmaske, welche die unangenehme Mundtrockenheit zur Folge hatte.

Eine Person beschrieb dies folgendermaßen:

„Durst hab ich schon gehabt, hab immer nur einen Schluck bekommen und mit dem Staberl zum Nassmachen ist es dann schon besser geworden, weil ich bin durch die Inhalation von dem Sauerstoff sehr ausgetrocknet.“

4.1.4 Essproblematik

Alle InterviewpartnerInnen äußerten Probleme betreffend der Nahrungszufuhr. Manche mussten eine Nahrungskarenz einhalten, welche ihnen nicht schwer fiel, andere erinnerten sich daran, keinen Appetit gehabt zu haben. Zusätzlich wurde neben der Appetitlosigkeit die Übelkeit angesprochen, welche oftmals schon nach zwei Bissen auftrat. Ein weiteres Problem bestand in der Einschränkung des Geschmacksinns, wonach einige InterviewteilnehmerInnen äußerten, dass alles gleich geschmeckt hatte.

Eine Interviewpartnerin erinnerte sich daran wie folgt:

„Es waren sämtliche abdominelle Werte ziemlich erhöht, die Niere, erhöhte Pankreaswerte, erhöhte Leberwerte, und dann ist es darum gegangen, dass ich essen soll, und wenn diese Werte erhöht sind, dann reagiert der Körper, es ist einem einfach nur sauschlecht und man kann einfach nichts essen. ... Es hat mir nur gegraust, ich hab nie Hunger auf irgendwas gehabt.“

Schluckstörungen beziehungsweise das neuerliche Erlernen des Schluckens aufgrund des Kraftverlustes nach langer Analgosedierungszeit wurden von mehreren InterviewpartnerInnen geschildert. Das Schlucken musste wieder trainiert werden, oftmals brauchten die Betroffenen bei der Nahrungsaufnahme motorische Unterstützung.

Eine Interviewteilnehmerin äußerte darüber folgendes:

„Ich hab nicht schlucken können nachher, die haben immer gesagt, ich darf mich nicht verschlucken, und dadurch hab ich mich noch mehr verschluckt. Das hab ich wieder erlernen müssen, das Schlucken. Ich hab keinen Löffel halten können, ich hab die Hand nicht heben können, ich bin gefüttert worden.“

Trotz dieser Probleme kam es vor, dass ein Gusto auf etwas Bestimmtes auftrat.

Ein Interviewteilnehmer schilderte dies folgendermaßen:

„Ich hab ja nichts zum Essen und Trinken bekommen wegen dem Verschlucken, und meine Frau hat mir erzählt, da lachen wir heute noch darüber, das erste, was ich gesagt habe, nachdem ich aufgewacht bin war, gebt mir ein Bier und eine Zigarette. Ich hab aber natürlich keines gekriegt.“

4.1.5 Fixierung

Auf Intensivstationen erhalten die meisten PatientInnen auch noch an den letzten Tagen vor der Verlegung analgosedierende Medikamente, da häufig eine Unruhe, oftmals gepaart mit Orientierungslosigkeit, besteht und damit die Gefahr der (meist) unabsichtlichen Entfernung wichtiger Zugänge und Drainagen.

An die Schutzfixierung der Arme zur eigenen Sicherheit konnten sich die meisten InterviewteilnehmerInnen im Nachhinein nicht mehr erinnern. Viele wussten es nur durch Erzählungen von Angehörigen, die zu Besuch waren. Wenige der befragten Personen konnten sich an die fixierten Arme erinnern, schilderten diese Maßnahme jedoch nicht als unangenehm.

Eine ältere Dame erinnerte sich zwar an die Fixierung, nicht jedoch an die Umstände, welche diese erforderten:

„Ich war eine Nacht angebunden mit so breiten Maschen. Hat mich nicht gestört, ich weiß nicht mehr, was ich gemacht habe, hab ich was ange stellt oder nicht, das hab ich nicht mitgekriegt.“

Die Fixierung der Arme ist vor allem in der Anfangszeit der Aufwachphase notwendig, da die Wahrnehmung der Realität mehr oder weniger eingeschränkt ist. Alle befragten Personen sahen die Notwendigkeit der Fixierungsmaßnahme ein, damit es nicht zu einer Selbstschädigung kommt.

Ein Interviewpartner schilderte sein Verständnis für die Situation wie folgt:

„Ich bin an den Armen fixiert gewesen, am Anfang hab ich es eh nicht mitgekriegt, und dann war's wegen dem Tubus, weil ich mir den die ganze Zeit raus reißen wollte, weil ich so Erstickungsängste gehabt habe. Damit ich mich nicht selber verletze, das ist mir gesagt worden. ... Man ist noch nicht da, da ist was Unangenehmes und das möchte man weghaben, und da geht's natürlich nicht ohne Fixierung, das sehe ich schon ein.“

Nur zwei der zehn befragten Personen empfanden die Fixierung als sehr störend. Da sie keine Freiheit mit den Armen hatten, fühlten sie sich gefangen.

Ein Mann beschwerte sich wie folgt:

„Ich hab den immer wegreißen wollen, im Delirium oder was weiß ich, und dann haben's mich mit den Händen ans Bett gefesselt. ... Na klar stört einen das, wenn man da fixiert ist, da kommt man sich vor wie ein Verbrecher mit Handschellen, man kann sich ja nicht mal umdrehen, man hat dann ja keine Freiheit mit den Händen.“

4.1.6 Schwächegefühl

Mehrere der befragten ehemaligen IntensivpatientInnen beklagten die extreme Müdigkeit, welche wahrscheinlich auf den körperlichen Zustand und die Medikation zurückzuführen war. Nicht nur Pflegemaßnahmen schienen für die Betroffenen sehr anstrengend zu sein, sondern auch das Augen öffnen, das Sprechen, einen Löffel oder Zeitung halten und so weiter. Das Sitzen wurde am häufigsten als sehr anstrengend erwähnt.

Eine Interviewpartnerin erinnerte sich an die Müdigkeit folgendermaßen:

„Ich war so müde, ich hab nicht klar denken können die erste Zeit, ich war so unter Medikamenteneinfluss. ... Das Reden hat mich so irrsinnig angestrengt, ich hab immer das Gefühl gehabt, dass ich die Augen zu hab die ganze Zeit, ich war zwar munter, aber das Augenaufmachen war so anstrengend, das war erst die letzten zwei, drei Tage in der Intensiv, wo ich dann die Schwestern gesehen hab.“

Ein anderer Interviewteilnehmer schilderte seine Probleme mit der Koordination und der Feinmotorik wie folgt:

„Den Wecker hab ich runter geschmissen, weil ich Koordinationsprobleme gehabt habe, ich hab Abstände noch nicht einschätzen können, das war recht schwierig. Ich hab ewig gebraucht, bis ich es geschafft habe, den Fernseher einzuschalten, bis ich die richtige Taste endlich mal getroffen habe, also das war mit der Koordination noch nicht so leicht und auch mit dem Sehen nicht.“

Eine andere Interviewpartnerin erzählte, dass ihr die Kraftlosigkeit des Körpers erst auf der Normalstation bewusst geworden ist:

„Ich hab nicht mal die Hände in die Höhe heben können, also ich war so k. o. Das man so schnell k. o. gehen kann, hätte ich mir nicht gedacht. Ich hab's aber erst wie ich runterkommen bin gemerkt, vorher nicht.“

4.2 Psychosoziale Dimension

Wann genau der Aufwachprozess begann, konnten die befragten Personen nur selten genau sagen, manche waren sich dessen früher, andere später bewusst. Hinzu kam, dass viele zwar schon ansprechbar waren, adäquate Antworten gaben, sehr kooperativ und orientiert wirkten, aber dennoch im Nachhinein nicht wussten, was, wann los war. Dies lässt sich auf den Entzug von den Medikamenten während der Analgosedierungszeit zurückführen, manchmal kommen noch andere Substanzen aus der Vorgeschichte eines Menschen dazu. Deshalb erlebt jede/r PatientIn die Aufwachphase individuell, je nach Abbaugeschwindigkeit der Medikamente und dem körperlichen Zustand, setzt die Bewusstheit früher oder später wieder ein.

Alle befragten ehemaligen IntensivpatientInnen schilderten subjektive Wahrnehmungsprobleme in diversen Ausprägungen und verschiedenen Bereichen. Die häufigsten Probleme betrafen das Zeitgefühl, die Orientierung, Ängste sowie die

Wahrnehmung pflegerischer Tätigkeiten. Diese werden in weiterer Folge dargestellt.

4.2.1 Die Wahrnehmung im Zusammenhang mit dem Zeitgefühl

Während der Aufwachphase stellte für alle befragten Personen die fehlende Zeitorientierung das zentrale Thema dar. Das Verwischen des Gefühls für die Zeit trat vor allem zu Beginn des Erwachens immer wieder in den Vordergrund.

Ein Interviewpartner brachte dies wie folgt zum Ausdruck:

„Ich hab überhaupt kein Zeitempfinden gehabt, wenn Sie mir sagen, ich bin in der Früh eingecremt worden, sag ich ja, wenn Sie mir sagen, ich bin am Abend eingecremt worden, sag ich ja. Aber ich weiß nicht, welche Uhrzeit war.“

Die InterviewpartnerInnen vermuteten auch, dass sie noch nicht so wach waren, dass sie die Zeit hätten verarbeiten können:

„Am Anfang in der Aufwachphase verliert man das Zeitgefühl, da vergisst man ja alles sofort wieder.“

Weiters berichteten die InterviewteilnehmerInnen auch über Probleme beim Einschätzen der Zeitdauer, zum Beispiel wie viele Stunden oder Tage die fehlende Zeitwahrnehmung anhielt. Als Ursache nannten die befragten Personen den hohen Schlafbedarf und die damit verbundene fehlende Zeit.

Ein befragter Mann schilderte die Zeitwahrnehmung wie folgt:

„Ich hab so viel geschlafen, ich hab gar nicht viel mitgekriegt, ich hab gar nicht gewusst, dass ich drei Wochen auf der Intensivstation war, das ist mir nachher gesagt worden, die Zeit ist mir so schnell vergangen.“

Ein weiterer Grund für das Fehlen des Gefühls für die Zeit bestand durch das unscharfe Sehen und das veränderte Hörvermögen.

Eine Interviewpartnerin beschrieb dies folgendermaßen:

„Es war, wie wenn man die ganze Zeit durch ein Milchglas sieht, ich hab nicht gut gesehen, ich hab das Gefühl gehabt, ich hab nicht wirklich was gehört oder nur manche Sachen, das hat nicht so funktioniert, und sonst hab ich nichts machen können.“

Da die Zeitorientierung in der Aufwachphase ein großes Thema darstellte, wäre anzunehmen, dass eine Uhr zur besseren Einschätzung der Lage hilfreich gewesen wäre. Ein Grund, warum dem nicht unbedingt so war, zumindest nicht zu Beginn der Aufwachphase, bestand in dem Gefühl der Betroffenen, dass die Zeit noch langsamer verging. Da der Schlafbedarf noch sehr hoch war und die Personen hauptsächlich durch verschiedene Behandlungsmaßnahmen „gestört“ wurden, stellte sich eine gewisse Gleichgültigkeit bezüglich dem Datum und der Uhrzeit ein.

Eine Interviewteilnehmerin bestätigte dies wie folgt:

„Ich hab nirgends wo eine Uhr gesehen, mir war’s ziemlich wurscht, wie spät es ist. Ich hab noch irrsinnig viel geschlafen. Einmal sagte ich zu einer Schwester, ich weiß nicht, wie lange ich schon da bin, ich weiß ja nicht mal, welches Datum ist.“

4.2.1.1 Tag / Nacht

Aufgrund der fehlenden Zeitorientierung konnte oftmals nicht zwischen Tag und Nacht unterschieden werden. Die befragten Personen gaben an, während der Aufwachphase sehr viel geschlafen zu haben, somit sei auch das Gefühl für die Tageszeit verloren gegangen.

Ein Interviewpartner beschrieb dies wie folgt:

„Ob Tag oder Nacht war, konnte ich nicht unterscheiden, die letzten Tage schon, weil da war's dunkel, am Anfang hab ich das Dunkel gar nicht mitgekriegt, da hab ich eh nur geschlafen. Die letzten drei, vier Tage hab ich dunkel und hell unterscheiden können und dadurch wahrscheinlich abgeleitet, ob Tag oder Nacht ist.“

Einige InterviewpartnerInnen erinnerten sich an Vorhänge zwischen den PatientInnenpositionen, welche das Tageslicht abschirmten, und der darauf zurückzuführenden Sichtbehinderung. Weiters wurde mehrmals die erschwerte Erkennung der Farben angegeben, wobei sich die befragten Personen fast immer an die Farben grün und weiß erinnern konnten.

Eine befragte Frau formulierte ihre Erinnerungen daran wie folgt:

„Das verschwommene Sehen war schiach, am Anfang hab ich gar nichts gesehen, weil da waren die Vorhänge, glaub ich. Am Anfang hab ich überhaupt nur grün und weiß gesehen, also dieses grün von den Operationskitteln und das weiß von den Wänden, und da hab ich mich überhaupt nicht ausgekannt.“

4.2.1.2 Erinnerungsvermögen

Das Erinnerungsvermögen scheint zu Beginn der Aufwachphase sehr eingeschränkt zu sein, da alle InterviewpartnerInnen Erinnerungslücken aufwiesen. Mehrere befragte Personen schilderten Situationen oder Gespräche, welche sie kurz darauf oder am nächsten Tag wieder vergessen hatten. Dies betraf den Besuch von nahen Angehörigen ebenso, wie gegebene Informationen. Die Betroffenen selbst glaubten aber, alles aufgenommen zu haben, wobei sie bald darauf feststellen mussten, dass dem nicht so war. Oftmals hatten befragte ehemalige

IntensivpatientInnen auch Probleme, dasselbe betreuende Personal am nächsten Tag wieder zu erkennen und/oder deren Namen zu wissen.

Ein Interviewpartner berichtete über seine Erinnerungslücken folgendes:

„Ich hab ja ständig was vergessen, ich hab Besuch bekommen und die Leute haben mir was erzählt, und am nächsten Tag hab ich das vergessen gehabt. ... Es waren immer so viele Leute da, und immer abwechselnd, ich hab selber nicht mehr in Erinnerung gehabt, wer am Vortag da war.“

An das Aufwachen konnten sich die meisten befragten Personen nicht genau erinnern. Für viele stellte die Rekonstruktion dieser Zeit im Nachhinein ein größeres Problem dar.

Ein Interviewteilnehmer erzählte von Erinnerungen ans Aufwachen folgendes:

„Eigentlich kann ich mich nicht mal daran erinnern, dass ich aufgewacht bin, also wie das genau vonstatten gegangen ist. Ich kann mich zwar dunkel erinnern, irgendwann hab ich die Augen aufgemacht, aber eigentlich, das erste Mal wirklich erinnern kann ich mich, als meine Partnerin gekommen ist. Das ist alles sehr verschwommen. Ich kann mich an die ganzen störenden Sachen erinnern, dass ich mich nicht ausgekannt habe, dass ich was im Hals gehabt habe, dass da nichts funktioniert hat, und dass ich mich nicht bewegen hab können, das war ein eindrucksvolles Erlebnis von der Intensivstation.“

Auf die Frage nach dem generellen Erinnerungsvermögen über die Zeit auf der Intensivstation gaben sieben von zehn befragten Personen an, sich teilweise noch relativ gut an den Intensivstationaufenthalt erinnern zu können, lediglich drei Befragte behaupteten nichts oder nur sehr wenig von der Zeit damals zu wissen. Alle

InterviewpartnerInnen konnten sich, wenn überhaupt, erst am letzten oder einen Tag vor der Verlegung bewusst an die Abläufe erinnern.

4.2.1.3 Rhythmus

Der fehlende Rhythmus ergab sich laut den befragten Personen aus dem Verlust der Zeitorientierung und den Erinnerungslücken. Die meisten InterviewteilnehmerInnen empfanden einen gleich bleibenden Tagesablauf als angenehm, obwohl sie betonten, vor allem zu Beginn der Aufwachphase nicht immer gewusst zu haben, was los war. Doch auch für diese Zeit vermuteten sie, dass ein gleich bleibender Rhythmus wahrscheinlich vorteilhafter wäre.

Eine interviewte Frau schilderte dies wie folgt:

„Das Beste waren die Sachen, die immer konsequent passiert sind, immer gleich. Alles was sich wiederholt, am Anfang kriegt man das nicht so mit, aber Teile kriegt man schon mit, und alles was gleich bleibt und sich immer wieder wiederholt und immer dieselben Leute, das ist gut. Wenn sich das immer ändert, dann ist das total überfordernd.“

Der relativ gleich bleibende Tagesablauf der Standardmaßnahmen stellte für die InterviewpartnerInnen eine große Hilfe dar, um sich besser darauf einstellen zu können. Dies betraf auch die Besuchszeiten, welche vor allem im „wacheren“ Bewusstseinszustand als wichtiger Fixpunkt im Tagesablauf eingeplant wurde.

Eine befragte Person drückte dies folgendermaßen aus:

„Ein Rhythmus ist schon wichtig, weil man wartet auf das und es geht so über, und man weiß dann schon was kommt.“

Weiters erlebten InterviewpartnerInnen den Ablauf eines routinierten Tagesprogramms als angenehmer, weil die täglichen Pflege- und Behandlungsprozedere

als unvorstellbar anstrengend empfunden wurden und das Wissen um die täglichen Geschehnisse für die Kräfteinteilung hilfreich war.

Eine Interviewpartnerin beschrieb dies wie folgt:

„Ein Rhythmus ist schon wichtig, weil du musst dir die Kraft so einteilen, du hast ja keine, und es ist alles unvorstellbar anstrengend.“

4.2.2 Die Wahrnehmung im Zusammenhang mit der Orientierung

Die befragten Personen gaben an, während der Aufwachphase in einem Trancezustand gewesen zu sein und alles nur total verschwommen wahrgenommen zu haben.

Ein Großteil der InterviewteilnehmerInnen erzählte, weder örtlich oder zeitlich, noch zur Person orientiert gewesen zu sein. Manche erzählten von kurzen hellen Augenblicken, wo sie Geschehnisse bewusst wahrgenommen haben. Vor allem jene Personen, die aufgrund einer Notoperation nichts von dem postoperativen Intensivstationaufenthalt gewusst haben, hatten große Schwierigkeiten heraus zu finden, wo sie sich befanden und was passiert war. Welche Verletzungen die Betroffenen davon getragen hatten und wie lange die Tiefschlafphase tatsächlich dauerte, konnte oftmals erst nach der Intensivstationzeit realisiert werden.

Eine befragte Frau formulierte die Schwierigkeit wie folgt:

„Du kennst dich voll nicht aus. Du weißt nicht, ob du am Leben bist, ob du schon tot bist, wo du bist, was passiert ist, wann ist was. Es ist alles komplett durcheinander und ein einziges Chaos. ... Bis ich dann irgendwann mitgekriegt hab, dass ich nicht daheim bin, dass ich irgendwo hingekommen bin, wo ich mich nicht auskenne, das hat lange gedauert.“

Die befragten Personen taten sich am Anfang des Aufwachens mit der räumlichen Orientierung im Zimmer schwer. Oftmals durften sie nicht seitlich gelagert werden,

mussten die ganze Zeit am Rücken liegen und erfuhren dadurch eine erhebliche Sichteinschränkung.

Ein Interviewteilnehmer erinnerte sich daran wie folgt:

„Was ganz am Anfang war, dass ich geglaubt hab, ich stehe. Ich hab überhaupt kein räumliches Empfinden gehabt. Das war noch mit dem Beatmungsschlauch. Das war so im Halbschlaf, ich hab auch das Zimmer nicht wirklich wahrgenommen, dass das ein Vier-Bett-Zimmer ist, das hab ich räumlich nicht ganz erfassen können, wie groß das ist, da hab ich mir cirka die ersten fünf Tage wirklich schwer getan. Ich bin immer am Rücken gelegen, und das, was ich gesehen hab, war so die Perspektive.“

Das Aufklären über die Situation durch das betreuende Personal ist eine wichtige Komponente, damit den betroffenen Menschen ein Orientierungsrahmen gegeben werden kann, sie rascher Klarheit erlangen und somit ruhiger werden. Indem Fragen, das Langzeitgedächtnis betreffend, gestellt werden, kann eruiert werden, inwieweit eine Person orientiert ist.

Eine Interviewpartnerin erinnerte sich daran folgendermaßen:

„Die haben mich gefragt, ob ich Kinder habe, hab ich gesagt, ja drei, dann haben's mich gefragt, wie alt die sind, ich glaub, das haben's mich dreihundert mal gefragt, zum Abchecken, ob ich ganz dicht bin oder so.“

4.2.2.1 Realität

Ein weiterer häufig genannter Punkt war die unsichere Einschätzung der Realität. Die befragten Personen erzählten von Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen der Realität und Träumen. Für sie stellte die Traumwelt, in der sie lebten, die Realität dar, sie konnten sich in dem Moment nicht vorstellen, dass es nicht die Wahrheit sein sollte. Sogar trotz Informationen hatten sie in dieser Zeit

oftmals keine Erklärung dafür, was das alles bedeuten hätte können. Sie wussten nicht, ob sie sich selbst noch Vertrauen konnten und gaben einen wellenlinienförmigen Verlauf dieser Zustände an.

Eine Interviewpartnerin schilderte ihre Realitätserlebnisse wie folgt:

„Mir war nie klar, ob ich träume oder Halluzinationen hab, oder ob ich wach bin. ... Ich weiß nicht, ist es wahr, ist es Halluzination, war ich munter, war ich nicht munter, ich weiß es nicht, das sind die Sachen, wo ich eigentlich nicht wirklich weiß, wie, was, wann.“

4.2.2.2 Träume

Mit Ausnahme von einer Interviewteilnehmerin hatten alle befragten Personen Erinnerungen an Träume, welche sie mehr oder weniger schwer belastet haben. Viele erzählten, dass sie von einem Traum in den nächsten gerutscht seien, sich eingesperrt fühlten und dass es sich für sie wie ein innerlicher Kampf anfühlte. Bei manchen Erzählungen von Träumen ließ sich deutlich heraus hören, dass tatsächliche Geschehnisse in Träume eingebaut oder verarbeitet wurden.

Eine Interviewteilnehmerin schilderte ihre Träume in Zusammenhang mit der Fixierung der Arme folgendermaßen:

„Ich bin immer irgendwo eingeschlaucht, in so ein Schlauferl. Dann hab ich mir gedacht, ich komm schon wieder nicht heraus. ... Dann bin ich munter worden im Clio, also in meinem Unfallauto. Da oben war's Dach abgeschnitten und da bin ich drinnen gelegen, und da hab ich wieder nicht raus können, weil ich schon wieder wo eingefädelt hab.“

Viele Träume wurden von den befragten Personen zu Beginn der Aufwachphase während der Orientierungslosigkeit als real wahrgenommen. Erst wenn die Reali-

tät wieder bei vollem Bewusstsein wahrgenommen wurde, bestand Klarheit über Traum und Wirklichkeit.

Eine Interviewpartnerin meinte dazu:

„Das war aber alles so im Traum nicht? Aber für mich war's voll realistisch, wie wenn das wirklich vorgekommen wäre, das ist komisch. ... Das das Träume waren, ist mir erst bewusst geworden, wie ich wieder ganz klar war, auf der Normalstation oder zu Hause.“

Später kamen Träume im Zusammenhang mit der Intensivstation nur mehr selten vor. Eine befragte Frau erklärte dies wie folgt:

„Ich träume überhaupt nichts mehr vom Fixiert sein, ich hab das rausgekriegt und jetzt kann ich das auch besser verstehen, die Zusammenhänge, aha das war darum. Ich hab keine Alpträume und gar nichts mehr. Ich weiß jetzt, das war alles erdacht, erfunden in meiner eigenen Welt sozusagen.“

Eine Interviewpartnerin plagten auch lange Zeit nach dem Intensivstationaufenthalt Alpträume, welche noch immer eine Belastung darstellen:

„Alpträume hab ich auch noch, jetzt schon weniger, aber immer wieder. Ich träume von allem, also am Anfang war's der Heli, dann war's immer vom Sterben, dann war's von den Patienten, die mit mir auf Reha waren, denen alles gefehlt hat, Füße, Arme oder Kopf gefehlt. Dass mich wer abholt, weil ich den Tod übersprungen hab, und dass ich das aber nicht überspringen hätte dürfen, und lauter so Sachen. Die Träume kommen immer wieder.“

4.2.2.3 Halluzinationen

Die meisten InterviewpartnerInnen glaubten, dass neben den Medikamenten, Geräusche, welche nicht zugeordnet werden konnten, für Träume und Halluzinationen verantwortlich waren. Wie schon oben erwähnt, nahmen die betroffenen PatientInnen diese Phantasien und Träume als Realität wahr. Im Nachhinein wurden Träume und Halluzinationen nur selten als schlimm bezeichnet, weil sie immer nur so kurz andauerten.

Eine Interviewpartnerin erzählte über ihre Halluzinationen folgendermaßen:

„Ich hab so viele Halluzinationen gehabt beim Aufwachen. Irgendwann ist mir eine Schwester erschienen, die hat gesagt, das ist ihre Tochter und ihre Enkelin, jetzt hab ich mir gedacht, meine Tochter hat eine Tochter gekriegt, mit zehn Jahren ist das zwar unwahrscheinlich, aber man glaubt, das ist wahr. ... Ich hab auch halluziniert, dass sich mein Sohn den Kopf aufgeschnitten hat mit einer Haarschneidemaschine, eine tiefe Wunde, dann haben's ihn verbunden, und dann hat er so einen viereckigen Pappendeckel gekriegt, das hab ich alles halluziniert. ... Manchmal hab ich Sachen gesehen, die eigentlich nicht da waren.“

Ein anderer Interviewteilnehmer schilderte seine Halluzinationen wie folgt:

„Die Geräte und die Geräusche in Kombination mit den Halluzinationen, die ich gehabt habe, also ich hab ja lange Zeit nicht gewusst, dass ich auf der Intensivstation bin, ich hab glaubt, ich bin in einem medizinischen Forschungslabor und die nehmen da Organe raus. Ich hab geglaubt, ich werde da herangezüchtet zur Organspende, und auch meine Nebenpatienten. Diese Halluzinationen waren sehr prägend, an die kann ich mich erinnern.“

Dieser Interviewpartner versuchte, eine strategische Maßnahme zu setzen, damit er der von ihm vermuteten Organentnahme entkam:

„Ich hab versucht, mich schlafend zu stellen, mich ruhig zu verhalten, weil ich könnte ja der nächste sein.“

4.2.3 Ängste

Ängste bezogen sich bei den ehemaligen IntensivpatientInnen in der Aufwachphase eher auf aktuelle Geschehnisse. Der Dämmerzustand, die fremde Umgebung samt den undefinierbaren Geräuschen und die Träume beziehungsweise Halluzinationen bewirkten, dass die verschiedensten Tätigkeiten nicht bewusst wahrgenommen wurden, aber aufgrund von kurzen wachen Augenblicken, Schmerzen, Unbehagen etc. festgestellt werden konnte, dass irgendetwas nicht in Ordnung war. Solange die Orientierungslosigkeit anhielt, beschrieben einige InterviewteilerInnen, dass sie Angst vor einer Gefangenschaft hatten, weil sie spürten, dass sie von dort nicht weg konnten. Zukunftssorgen oder –ängste wurden erst viel später, manchmal erst nach Wochen, auf der Normalstation oder in der Rehabilitationsklinik aktuell.

Eine Interviewpartnerin schilderte dies folgendermaßen:

„Dieses nicht alles mitbekommen, aber doch so viel, dass man feststellen kann, es stimmt irgendetwas nicht, da hab ich voll die Angst gehabt, ja und alle möglichen Phantasien und Vorstellungen, und alles fremd und so. ... Ich hatte viel Angst in der Munterwerdenphase und dann beim Verlegen auf die andere Station, das war furchtbar. Zuerst das Atemproblem, dann mit dem Schlucken, dann mit dem Verdursten lassen und dann, dass ich nicht genau gewusst habe, wo sie mich hinbringen, dann der Heli, also es war eigentlich alles irgendwie mit Angst verbunden. ... Die Ängste waren immer auf das Aktuelle bezogen, erst viel später hab ich

dann Zukunftsängste entwickelt, aber da war ich dann schon bei der Rehabilitation.“

Alle befragten Personen gaben an, dass die Ängste hauptsächlich während der Dämmerphase auftraten, weil aufgrund des wechselnden Wach-/Schlafrythmus die Orientierungslosigkeit vorherrschte. Wenn die Realität wieder bewusst wahrgenommen wurde und die wichtigsten Fragen geklärt waren, ließen sich Ängste minimieren oder lösten sich vollständig auf.

Ein Interviewpartner erzählte über seine Ängste zu Beginn des Aufwachens wie folgt:

„Ängste hab ich nur ganz am Anfang gehabt, wo ich nicht gewusst habe, wo ich bin, also bevor das geklärt war, da hab ich mir gedacht, wo bin ich jetzt, was ist das da überhaupt, was ist da passiert? Aber das ist dann relativ schnell geklärt worden und mit den ersten bekannten Gesichtern waren dann meine Ängste auch weg.“

PatientInnen, die vor der Operation wussten, dass sie postoperativ auf der Intensivstation aufgenommen werden, beschrieben ihre Ängste anders als jene nach einer Notoperation. Das Wissen von dem notwendigen Eingriff stellte einen gewissen Anhaltspunkt dar, um sich schneller in der neuen Situation zu Recht zu finden. In diesen Fällen wurden präoperative Ängste beschrieben und sorgenvolle Gedanken an die Zukunft schon während des Intensivstationaufenthaltes durchlebt.

Eine befragte Interviewpartnerin, die von dem geplanten postoperativen Intensivstationaufenthalt gewusst hatte, schilderte ihre Ängste folgendermaßen:

„Angst hab ich sehr stark vor der Operation gehabt, ich hab nicht eine Todesangst gehabt, also es wäre mir egal gewesen, wenn ich sterbe, vorm Sterben hab ich keine Angst. ... Ich hab Angst gehabt, dass ich als Trottel aufwache oder dass ich so behindert bin, dass ich mich selber nicht mehr

versorgen kann, dass ich ein Leben lang abhängig bin, dass ich wen zum Waschen brauche oder ins Pflegeheim muss, dass ich nicht mehr heim kann in meine Wohnung. Ich hab mir auf der Intensivstation Sorgen um die Zukunft gemacht.“

Dem Pflegepersonal kommt bei der Verminderung und Bewältigung der Angst eine entscheidende Rolle zu. Die tägliche Bewusstmachung auch scheinbar unnötiger Ängste der PatientInnen, zum Beispiel die Angst aus dem Bett zu fallen, könnten durch Bettgitter ausgeräumt werden. Vertraute Stimmen von Angehörigen wirken sich ebenfalls sehr positiv und beruhigend auf verängstigte PatientInnen aus.

Ein Beispiel dafür hörte sich so an:

„Ich hab die erste Zeit schon Angst gehabt, aber dann hab ich immer die Stimme von meinem Mann gehört und hab Bruchstücke von Gesprächen mitgekriegt, da hab ich dann eigentlich keine Angst mehr gehabt.“

Indem das betreuende Personal Sicherheit vermittelt und ein täglicher Arbeitsrhythmus eingehalten wird, können Ängste minimiert werden. Eine wesentliche Komponente betrifft die wiederholte Informationsweitergabe und Beruhigung, dadurch fühlen sich die betroffenen Menschen nicht so sehr alleine oder im Stich gelassen. Als sehr wichtig kristallisiert sich die Information heraus, dass der Aufenthalt auf der Intensivstation kein Dauerzustand ist, sondern nur vorübergehend. Ein weiterer Aspekt, der von mehreren befragten Personen genannt wurde, betraf das Brennen lassen eines kleinen Lichts, denn damit konnten sie sich in der Finsternis schneller und besser orientieren.

4.2.4 Schlafprobleme

Damit der Genesungsprozess bei IntensivpatientInnen voran schreitet, ist eine ausreichende Ruhe- und Erholungszeit notwendig. Während einige InterviewteilerInnen angaben, auf der Intensivstation gut geschlafen zu haben und noch

wussten, dass sie Medikamente dafür erhalten haben, gab der Großteil der befragten Personen der Geräuschkulisse die Hauptschuld für Schlafprobleme. Das betraf verschiedenste Geräte und Alarmer, aber auch andere PatientInnen im Zimmer.

Eine Frau meinte dazu folgendes:

„Die häufigste Ursache für Schlafprobleme war, dass es so laut war, neben mir die Frau, das Bett und alles, hat mich schon irgendwie gestört, die Geräuschkulisse war zeitweise nicht erträglich für mich.“

Ängste und das Kreisen der Gedanken um eine Operation oder sonstige Situationen wurden als weitere Ursache für Schlafprobleme beschrieben, welche eine Interviewteilnehmerin wie folgt ausdrückte:

„Ich konnte drei Tage überhaupt nicht schlafen, es war ja eine große Risiko-Operation, entweder – oder. Und da macht man sich schon Gedanken, ich hab an nichts gedacht als an die Operation.“

Einige InterviewpartnerInnen gaben dem gestörten Tag-/Nachtrhythmus die Schuld für Schlafschwierigkeiten. Da sie auch tagsüber immer wieder kurz einschliefen, waren sie abends nicht müde und oftmals führten auch Medikamente nicht oder nur kurzzeitig zum gewünschten Schlaf.

Ein befragter Mann schilderte seine Erlebnisse folgendermaßen:

„Tagsüber hab ich immer wieder so eine halbe Stunde geschlafen, da kommt ja auch was zusammen, und dann ist man am Abend nicht müde, und auf die Schlafpulver hab ich eigentlich überhaupt nicht mehr geschlafen, überraschenderweise, die haben bei mir nichts geholfen. Das war wirklich störend, und mit der Zeit ohne Schlaf wird man müde und die Zeit vergeht dann nicht.“

4.2.5 Die Wahrnehmung im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten

Die pflegerischen Maßnahmen auf Intensivstationen umfassten ein breites Spektrum, welches den befragten IntensivpatientInnen meistens nicht bewusst war. Viele nahmen pflegerische Maßnahmen gar nicht oder erst wenige Tage vor der Verlegung bewusst wahr. Auch wenn mehrere befragte Personen angaben, nicht gut gehört und/oder gesehen zu haben, blieben ihnen noch gut die Berührungen in Erinnerung.

Ein Mann erinnerte sich folgendermaßen:

„Pfleßmaßnahmen waren sehr gut, das ist der Geruch und die Berührung. ... An die Einzeltätigkeiten und wer und wie, kann ich mich nicht mehr erinnern, aber es hat alles gut funktioniert und war sehr behutsam, wegen dem Kreislauf, hab ich auch gut vertragen, es ist alles sehr langsam gegangen.“

Alle befragten Personen gaben an, mit der pflegerischen Betreuung sehr zufrieden gewesen zu sein. Eine Interviewpartnerin konnte sich noch außerordentlich gut an einzelne Pflegemaßnahmen erinnern:

„Ich bin immer gefragt worden, ob ich auf der Seite liegen möchte. Die haben mir immer einen Polster hinten und einen vorn gegeben, dann haben's immer gefragt, dicke Decke oder nur den dünnen Bezug, ich bin eigentlich immer gefragt worden und das hat immer gepasst. ... Ich bin in einen Sessel gesetzt worden oder Querbett, das hat mich wahnsinnig angestrengt. Die Füße haben weh getan, weil da hab ich irgendwelche Schuhe gekriegt, die mir mein Mann gekauft hat, damit ich keinen Spitzfuß krieg. ... Das hab ich erst ganz zum Schluss mitgekriegt, dass ich gewaschen werde und so, erst die letzten drei, vier Tage. Das Eincremen mit der Decubitussalbe gegen das Wundliegen war angenehm. Mir ist der Kopf gewaschen worden mit so einem komischen aufblasbaren Waschbe-

cken. Das war angenehm, weil dann hat der Kopf nicht mehr so gejuckt, ich hab ja immer so wahnsinnig geschwitzt und mir sind die Haare so stark ausgegangen. ... Ich kann mich eigentlich nur erinnern, dass ich mich selber gedreht habe, dass ich gedreht worden bin, kann ich mich nicht erinnern. ... Dass man so betreut wird, so intensiv, das ist schon angenehm.“

Ein Großteil der befragten Personen konnte sich an die Mobilisation in einen großen Sessel erinnern. Obwohl die meisten das Sitzen als anstrengend beschrieben, empfanden sie das Verlassen des Bettes als angenehme Abwechslung. Auch die Körperpflege und eventuelle Verbandwechsel wurden als Ablenkung wahrgenommen, damit die Zeit schneller verging.

Ein Interviewteilnehmer schilderte dies wie folgt:

„Das heraußen Sitzen war am Anfang anstrengend, aber es war eine angenehme Abwechslung. Dann hab ich alles gesehen und die Wirbelsäule und der Hintern waren mal ein bissl entlastet, weil man doch lang liegt. Für die Lunge, glaub ich, hat's mir auch gut getan das Sitzen, ja und einen Fernseher hab ich auch kriegt. ... Man liegt dort und wartet, da ist es dann sehr angenehm, wenn was passiert, wie zum Beispiel waschen oder so irgendwas, da ist wenigstens ein bissl was los.“

4.2.5.1 Schamgefühle

Die meisten InterviewpartnerInnen hatten keine Schamgefühle in Erinnerung beziehungsweise erst dann, wenn sie die Realität bewusster wahrnahmen. Einige meinten, der Umgang mit dem Thema Nacktheit, Harn- und Stuhlinkontinenz etc. wäre für die betreuenden Personen der Alltag und nichts Außergewöhnliches, sondern eine Selbstverständlichkeit. Auch die Art des Umgangs und Einfühlungsvermögen spielten in diesem Bereich eine gewichtige Rolle.

Eine Frau äußerte sich dazu wie folgt:

„Es ist schon ein bissl komisch, wenn man von wem anderen gewaschen wird, das ist irgendwie blöd, aber da musste ich durch. Erst als ich munterer war, war's unangenehm, vorher war's mir wurscht, weil ich's nicht so mitgekriegt hab.“

Auf Intensivstationen ist das Pflegepersonal besonders verantwortlich dafür, dass die Intimsphäre der PatientInnen gewahrt bleibt, da sie aufgrund der Analgosedierung und/oder Körperschwäche nicht selber dazu imstande sind.

Eine Interviewpartnerin schilderte ihre negativen Erfahrungen dahingehend wie folgt:

„Wenn du gerade angefangen hast mit dem Waschen und grad nass bist, dann kommen die Ärzte, und tun da herum visitieren, und dann liegt man da, wie auch immer gerade, in welcher Stellung, und es bleibt dir auch nichts anderes übrig, vielleicht kann man irgendwas darüber legen, ich weiß nicht, ob das immer möglich war, ich bin mir da gar nicht so sicher, und das war dann schon unangenehm. Also nicht so wegen dem Pfleger, der einen betreut, sondern, wenn dann fremde Personen ins Zimmer kommen, und da gehören für mich auch die Ärzte dazu, weil die Körperpflege ist ja ein Akt zwischen dir und dem Pfleger. Und sagen kann man auch nichts, wenn man den Schnorchel im Mund hat.“

Weiters erzählte dieselbe Interviewteilnehmerin über die Hinnahme der Abläufe:

„Das war unangenehm, aber mit der Zeit war's mir dann auch irgendwie wurscht, glaub ich, weil ich kann's eh nicht ändern, es ist nun mal so. Du brauchst in der Hinsicht echt einen breiten Rücken, weil auch später dann, im Röntgen oder wo.“

4.2.5.2 Angewiesen sein

Bei dieser Kategorie konnte wiederum festgestellt werden, dass unterschiedliche Wahrnehmungen das Phänomen betreffend, mit dem Bewusstheitszustand des/der Intensivpatienten/-in zusammenhängen.

4.2.5.2.1 Kaum negative Empfindungen

Ein Großteil der befragten IntensivpatientInnen empfand das Angewiesen sein am Beginn der Aufwachphase als überhaupt kein Problem, weil sie es nicht bewusst registrierten. Ein anderer Grund, warum die befragten Personen keine negativen Empfindungen daran wahrnahmen, lag an der intensiven Betreuung und der Tatsache, dass immer schnell jemand zur Stelle war. Den letzt genannten Faktor erwähnten die InterviewteilnehmerInnen vor allem im Vergleich mit den peripheren Stationen. Außerdem bestand ein gewisser Gewöhnungseffekt, da für die Betroffenen offensichtlich wurde, dass die notwendigen Aktivitäten noch nicht alleine zu schaffen waren. Weiters rückte das Angewiesen sein in den Hintergrund, wenn man die täglichen Fortschritte sah.

Ein Interviewpartner erzählte von seinen Erlebnissen wie folgt:

„Am Anfang war’s kein Problem, weil da hab ich ja noch nicht so viel mitbekommen. Je munterer ich worden bin, umso schwieriger ist es worden und desto schlechter ist es mir ergangen. ... Das Angewiesen sein ist klarerweise unangenehm, aber an das gewöhnt man sich relativ schnell. Man sieht, man kann eh nichts tun. Die Hilfe war gar nicht so arg, weil es war eigentlich eh schon alles gemacht, es war der Blasenkatheter und der Stuhlkatheter gelegt, Waschen und Rasieren, ich hab mich schnell daran gewöhnt. ... Man kann jeden Tag ein bissl mehr selber machen, aber über einen längeren Zeitraum möchte ich es nicht haben. Wenn man dann die Fortschritte sieht, ist das kein Problem.“

4.2.5.2.2 Die Abhängigkeit spüren

Beim anderen Teil der InterviewpartnerInnen stellte sich durch das bewusste Erleben der Abhängigkeit eine gewisse Unbehaglichkeit ein, welche akzeptiert werden musste. Den Betroffenen war jedoch klar, dass sie Hilfe brauchten, weil sie unterschiedliche Aktivitäten unmöglich alleine schafften, und sich nur schwer wehren konnten.

Die befragten Personen schilderten das Angewiesen sein betreffend den Tages- und Nachtablauf, die Positionierung und Funktion der Glocke, den Zeitpunkt und die Art der Mahlzeit, Umlagerungen etc. Es war deutlich zu vernehmen, dass IntensivpatientInnen gezwungen waren, sich nach den Anweisungen und Abläufen des betreuenden Personals zu richten, welche manchmal sogar als Machtdemonstrationen wahrgenommen wurden.

Eine Interviewpartnerin schilderte ihre Erlebnisse folgendermaßen:

„Eine Glocke gab’s schon, aber die ist oft nicht in der Position, wo man sie bräuchte. Der eine tut’s dort hin, der andere tut’s dort hin, jeder hat seine eigene Methode und glaubt, seine ist die Beste. ... Manche Sachen waren aus der Sicht des Personals irgendwie manchmal nicht anders zu regeln, ihre Termine waren die richtigen. ... Das mit dem Essen war eine Katastrophe, weil’s immer gesagt haben: ‘Sie müssen essen’, und ich hab aber nicht können, aber es ist schon eine Abhängigkeit, weil wenn mir der nichts anderes zur Verfügung stellt und ich hab das Gefühl, ich verhungere schon, dann bin ich total ausgeliefert.“

Als die InterviewpartnerInnen noch intubiert waren, konnten sie keine Laute von sich geben und es bestand immer wieder das Gefühl des Nichtverstandenwerdens. Auch später, als das Sprechen wieder möglich war, wurde hin und wieder über geäußerte Wünsche und Anliegen hinweg gegangen. Für die Betroffenen führten diese Situationen zu Unzufriedenheit und Frustration.

Eine Frau schilderte ihre Verzweiflung wie folgt:

„Ich hab das Gefühl gehabt, es hört mir eh keiner zu, und irgendwann gibst dich auf innerlich, du siehst, du kannst es sowieso nicht ändern, du wünschst dir nur, dass die Zeit vergeht. ... Und dann hab ich mir gedacht, nein, das kannst du nicht machen, weil du brauchst ja noch mal was von denen.“

Die Lageveränderungen von IntensivpatientInnen gehören zu den Standardpflegemaßnahmen und sind vor allem bei PatientInnen während des Weanings für die Lungenfunktion, als Kreislauftraining und zur Orientierungsfindung sehr wichtig.

Eine Interviewpartnerin erläuterte, dass sie den Sinn der Pflegehandlungen verstanden hatte, aber trotzdem war das Angewiesen sein auf das Personal deutlich heraus zu hören:

„Manchmal war's anstrengend, weil es dann irgendwann zum weh tun anfängt, trotz der Spezialmatratze, und weil es lang dauert, bis die wieder kommen. Du weißt, du musst so liegen, damit die Lunge besser belüftet ist und so, was bleibt dir über, und ich bin besonders oft auf der linken Seite gelegen. ... Ich muss sowieso da im Bett bleiben, wie festgenagelt.“

4.2.5.3 Informationen

Das Intensivstationspersonal (ÄrztInnen, Pflegepersonen, PhysiotherapeutInnen und andere Personen vom Behandlungsteam) spricht regelmäßig mit den PatientInnen, auch während verschiedene Tätigkeiten durchgeführt werden. Auch mit komatösen und/oder vor allem mit verwirrten PatientInnen wird viel gesprochen. Da die Aufnahmefähigkeit der Informationen oftmals begrenzt ist, müssen Informationen, die besonders wichtig sind, mehrmals wiederholt werden.

Ein Interviewpartner erinnerte sich daran wie folgt:

„Informationen hab ich schon viel gekriegt und auch meine Angehörigen. Ich hab auch gewusst, wie lange ich da bin, das hab ich dann schon alles erfahren. Auch mit dem Beatmungsschlauch ist mir schon Vieles gesagt worden, es ist mir nachher dann noch mal erzählt worden, weil ich hab mir kurz nach dem Munterwerden nicht alles gemerkt.“

Ein Interviewteilnehmer wusste zwar von einer geplanten Operation, jedoch war ihm trotz des aufklärenden Gesprächs einiges unklar. An Fragen, die ihm durch den Kopf gingen, erinnerte er sich wie folgt:

„Ich hab mir gedacht, warum liege ich auf einmal da? Was haben die gemacht mit mir? Ich bin ja hergekommen wegen einem Abszess im Hals, bei der Zunge, dann wurde auf einmal die Lunge operiert und ein Stück vom Darm weggenommen, das hab ich gar nicht mitgekriegt am Anfang.“

Interessanterweise meinten einige InterviewteilnehmerInnen, dass sie keine genauen Informationen über ihren körperlichen Zustand wissen wollten.

Ein Interviewpartner schilderte dies folgendermaßen:

„Ja, freilich hab ich Informationen bekommen, eigentlich hab ich das gar nicht so wissen wollen, ich hab das gar nicht mitgekriegt momentan, dass ich auf der Intensivstation bin, ich hab geglaubt, ich bin in einem normalen Krankenzimmer. Wie gesagt, das war eigentlich gar nicht so interessant für mich, das war Nebensache.“

Andererseits erwähnten einige InterviewpartnerInnen, dass sie gerne mehr Informationen und Geschichten vom betreuenden Personal gehört hätten. Sie betonten auch die Wichtigkeit des mehrmaligen Wiederholens, da es aufgrund der gedämpften Bewusstseinslage nicht möglich war, sich alle Gesprächsinhalte zu merken. Ein weiterer Punkt, der von einigen befragten Personen angegeben wurde,

betrifft das Gefühl des Alleinseins und das erschwerte Registrieren, wenn jemand bei ihnen eine kurze Tätigkeit verrichtete.

Eine Interviewpartnerin kommentierte ihre Erfahrungen mit den Informationen vom Personal wie folgt:

„Das Pflegepersonal hat mit mir gesprochen und erklärt was passiert ist. Ich hätte gerne mehr gewusst und öfter. Weil nach dem einem Mal, wo ich weiß, dass man mit mir geredet hat, hab ich nicht genau gehört was, also ich hab immer das Gefühl gehabt, ich hör nicht gut und ich sehe nichts. ... Dann ist immer jemand zum Bett gekommen und immer wieder weg gegangen und ich hab das Gefühl gehabt, die gehen immer nur hin und gleich wieder weg und keiner sagt mir was. Wenn ich es mir aussuchen könnte, dann hätte ich gerne jemanden gehabt, der bei mir sitzt und länger mit mir spricht und nicht gleich wieder weg geht, weil da ist man so alleine.“

4.2.5.4 Vertrauen

Generell stellten die InterviewteilnehmerInnen dem betreuenden Personal betreffend der Behandlung ein gutes Zeugnis aus. Damit eine positive Pflege-Beziehung zwischen dem Personal und einem/r Patienten/-in aufgebaut werden konnte, war das Vorhandensein von Vertrauen entscheidend. Für den Vertrauensaufbau förderlich nannten mehrere InterviewpartnerInnen die Freundlichkeit des Personals. Dass sich die betreuende Pflegeperson vorstellt, empfanden fast alle InterviewteilnehmerInnen als wichtig, da diese eine Bezugsperson für PatientInnen darstellte und die ganze Situation persönlicher wurde. Besonders hervorgehoben beim Vertrauensaufbau wurde der Aspekt, dass sich die Pflegeperson ausreichend Zeit nahm, viel redete und erklärte, auch während Pflegemaßnahmen durchgeführt wurden. Wichtig erschienen auch die Art und Weise, wie gesprochen wurde, sowie der Sympathiefaktor.

Eine Interviewteilnehmerin schilderte dies folgendermaßen:

„Vertrauen entsteht aus Patientensicht, jetzt in meinem Fall, wenn man sich mit jemand beschäftigt. Reden, also die können schon was machen, aber dann sollen sie sich mit dem Patienten normal unterhalten, so wie mit jedem anderen auch. Wenn sie kommen und erklären, was sie machen, ist das schon beruhigend. ... Namen sind schon wichtig, wenn das nicht ist und es wird nur gemacht beim Patienten, dann ist das nicht fair und unpersönlich.“

Natürlich hing es auch vom Bewusstseinszustand des Individuums ab, inwieweit der Vertrauensprozess voran schritt. Solange bei den befragten IntensivpatientInnen die Verwirrtheit vorherrschte, war das Vertrauen noch nicht da beziehungsweise berichteten sie von einem Gefühl der Abhängigkeit und der Gefangenschaft.

Eine ehemalige Patientin beschrieb ihre Erfahrung:

„Vom Vertrauen her bin ich sicher, dass das da war, sobald die Halluzinationen weg waren, dann hab ich überhaupt keine Angst mehr gehabt, im Gegenteil, ich war von Anfang an recht positiv eingestellt, und es war auch immer wer für mich da.“

Je öfter ein/e PatientIn von denselben Pflegepersonen und ÄrztInnen betreut wurde, desto eher entstand ein gegenseitiges Vertrauen. Auch eine gewisse Lockerheit in dieser, für IntensivpatientInnen schweren und oftmals schmerzhaften Zeit, wurde als angenehm empfunden. Einen weiteren wichtigen Punkt zum Thema Vertrauensaufbau stellten die ehrlichen und offenen Gespräche über die Krankheitssituation und den weiteren Verlauf dar, welche vor allem von ÄrztInnen geführt wurden.

Eine Interviewteilnehmerin schilderte ihre Meinung zum Thema Vertrauen folgendermaßen:

„Vertrauen hab ich schon gehabt, das entwickelt sich. Wenn ich jemand drei Mal hintereinander sehe, hab ich mehr Vertrauen, als wenn ich jemand nur selten sehe, aber das ist ja irgendwie auch logisch, weil das ist ja im normalen Lebens auch so. ... Wenn jemand lustig und lockerer ist und einen Schmääh drauf hat, hab ich mehr Vertrauen, als wie wenn einer nur so schnell macht, nichts sagt und wieder geht.“

Ein wichtiger Aspekt um Vertrauen zu erwecken bestand in der vorhandenen Kompetenz des Personals. Indem sich IntensivpatientInnen sicher und gut aufgehoben fühlten, sowie Vertrauen in das gesamte System hatten, und alles automatisiert und gut eingespielt wirkte, wurden unbehagliche Momente verringert oder ausgeschaltet.

Ein Interviewpartner beschrieb dies wie folgt:

„Ich hab schon das Gefühl gehabt, dass die kompetent sind, selbst, wenn da mal etwas Unvorhergesehenes passiert, dass die schon wissen, was zu tun ist. Ich hab mich wirklich sehr gut aufgehoben gefühlt.“

4.3 Kommunikation mit und ohne Tubus

Mehrere InterviewpartnerInnen gaben an, während der Beatmungszeit über den Tubus gröbere Probleme beim Kommunizieren gehabt zu haben. Sie hatten Schwierigkeiten sich bemerkbar zu machen und es bereitete ihnen Unbehagen, sich nicht äußern zu können. Die Fragen zur Kommunikation beantworteten alle zehn InterviewpartnerInnen in Bezug auf die Angehörigen. Sie bedachten in erster Linie nicht die Gespräche mit ÄrztInnen und dem Pflegepersonal, welche erfahrener auf die Mimik, Augen- und Kopfbewegungen sowie sonstige Körpersignale achteten, und versuchten, diese zu verstehen.

Fragen des Personals konnten meistens mit Kopfbewegungen beantwortet werden, das Blinzeln der Augenlider und das Lippenlesen funktionierten eher selten.

Bei wacherer Bewusstseinslage versuchten sich die meisten InterviewteilnehmerInnen mittels Handzeichen verständlich zu machen. Dabei fühlten sie sich jedoch häufig missverstanden, was zu Hektik, Ärger und Unzufriedenheit führte.

Ein Mann schilderte seine Erfahrungen mit der Kommunikation während der Beatmungszeit wie folgt:

„Damals hab ich noch nicht sprechen können, am Anfang war ich zu schwach, um Handzeichen zu geben. Später hab ich mich dann schon ausdrücken können mit den Händen, aber natürlich so undeutlich, dass niemand was verstanden hat. Ich hab meine Freunde und Familie, die mich besuchen waren mit Handzeichen nur sehr wenig verständigen können, also die haben eigentlich nie gewusst, was ich meine. ... Über die Augen hab ich nicht versucht, zu kommunizieren, das hätten die noch weniger verstanden.“

Das Schreiben mit einem Stift auf einem Schreibblock beschrieben viele InterviewteilnehmerInnen als schwierig, weil die Feinmotorik und Koordination fehlten. Oftmals waren sie zusätzlich durch allgemeine Schwäche, Verbände oder angeschwollene Hände beeinträchtigt. Teilweise entstand nur ein unleserliches Gekritzel mit der Folge, dass die IntensivpatientInnen unverstanden zurück blieben. Eine andere Möglichkeit war bei ausreichender Kraft in den Armen das Buchstabieren der Wörter mittels einer Buchstabentafel.

Ein Interviewpartner erinnerte sich an diese Zeit folgendermaßen:

„Die Verständigung war ganz schlecht, mit ja und nein deuten ist es gegangen, aber mit dem Schreiben, das ist wahnsinnig schwer gewesen. Die Feinmotorik hat gefehlt, vor allem in den Fingern. ... Mit einem dicken Filzmarker hab ich mir leichter getan, weil man ihn besser halten kann. Aber wie dann der Tubus heraußen war, hab ich sofort eine Stimme gehabt und hab auch alles sagen können.“

Einige befragte Personen erwähnten, dass sie aufgrund der Müdigkeit oder eines störenden Lichts meistens die Augen geschlossen hatten. Ihrer Meinung nach nahm das Pflegepersonal an, sie würden schlafen und deshalb wurde weniger mit ihnen gesprochen.

Eine Frau formulierte ihre Erlebnisse wie folgt:

„Ich glaub, das wichtigste wäre, dass man mit den Leuten redet, dass man denen auch was erzählt. Dass man nicht einfach so tut, als würden die nur da liegen und schlafen, und man braucht sich eh nicht irgendwie mit denen abgeben. Dass man sie nicht so ausschließt vom Alltag. Und dass man nicht immer sagt: Komapatienten kriegen nichts mit. Das hasse ich, am liebsten hätte ich ein Schild dort hingehängt auf die Intensivstation, wo draufsteht, Komapatienten kriegen sehr wohl was mit.“

Nach der Extubation waren viele InterviewpartnerInnen sofort wieder in der Lage zu sprechen, und waren positiv überrascht, weil sie es selber nicht erwartet hätten. Allerdings schilderten auch einige befragte Personen die Schwierigkeiten beim Kommunizieren nach dem Entfernen des Beatmungsschlauchs. Für das erschwerte Sprechen waren einerseits die Müdigkeit und andererseits die schwache Stimme verantwortlich.

Eine Frau erzählte darüber folgendermaßen:

„Am Anfang hab ich nicht gut reden können, das Reden hat mich so irrsinnig angestrengt, ich hab immer das Gefühl gehabt, dass ich die Augen zu hab die ganze Zeit.“

Die Bedeutung der Kommunikation des gesamten Behandlungsteams kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Immer wieder taucht in den verschiedensten Kategorien die Wichtigkeit der Informationsgabe und des Austausches auf. Ein

Beispiel wäre das Problem der Schmerzäußerung während der Beatmungszeit, indem das betreuende Personal häufig gezielt danach fragt.

4.4 Die Wahrnehmung der Umgebung

Wie oben bereits erwähnt, erlebten die InterviewteilnehmerInnen häufig eine reduzierte Wahrnehmung, gepaart mit Träumen und Halluzinationen. Vielen bereitete das verschwommene Sehen nach längerer Tiefschlafphase Probleme. Das Erkennen von Farben dürfte ebenfalls zu Beginn für Schwierigkeiten und Verwirrungen gesorgt haben. Grundsätzlich nahmen die ehemaligen IntensivpatientInnen bei „wacherem“ Bewusstseinszustand zwar andere PatientInnen im Raum wahr, konnten aber nur selten genauere Aussagen über Geschehnisse machen. Nur wenige wussten über Diagnosen der anderen PatientInnen bescheid. Zwei InterviewteilnehmerInnen haben vernommen, dass ein/e andere/r PatientIn im Zimmer verstorben war. Als Vorteil des Vier-Bett-Zimmers wurde die häufigere Anwesenheit des betreuenden Personals angegeben, welche von den Betroffenen als Bekräftigung des Sicherheitsgefühls verspürt wurde. Weiters wurden auch Stresssituationen des Personals als solche wahrgenommen und registriert.

Eine Interviewpartnerin erinnerte sich an stressige Situationen wie folgt:

„Das kriegst schon mit, wenn Stress ist. Das ist eher unangenehm, weil du genau weißt, jetzt ist alles andere vorrangig, und für dich hat jetzt sicher keiner Zeit. Es waren ein paar Mal so Situationen, wo ich genau gewusst habe, jetzt sind alle irgendwo, aber dass ich deswegen schlechter betreut worden bin, das kann ich nicht sagen.“

Eine Interviewteilnehmerin konnte sich sogar an eine Röntgenuntersuchung erinnern:

„Ich hab ein CT gehabt, das hab ich mitgekriegt, die Hitze im Körper und den metallenen Geschmack.“

4.4.1 Lärm

Auf Intensivstationen gibt es viele Lärmquellen, zum Beispiel das Jammern oder Schreien von BettenachbarInnen, das Surren von Spezialmatratzen, diverse Alarmer von Geräten, zum Beispiel das Dialysegerät, und nicht zuletzt erzeugt auch das Personal selbst Lärm. Jedoch wurde der Lärm nicht von allen befragten Personen als störend angegeben, sondern sogar als willkommene Abwechslung. Die häufigen Alarmer von Überwachungsmonitoren wurden von den befragten Personen als nicht besonders störend empfunden, weil sofort reagiert wurde und das Piepsen nur kurz gedauert hatte. Die befragten Personen gaben an, dass sie während der Aufwachphase Geräusche nicht zuordnen konnten und dies Ängste verursachte. Je wacher sie wurden, desto stärker hatten sie die Geräuschkulisse miterlebt. Dies war zwar sehr störend, jedoch erfolgte bei den meisten InterviewpartnerInnen kurz darauf die Verlegung auf die Normalstation. Einige Personen konnten sich an ein Radio erinnern, wodurch sie Informationen von der Außenwelt aufnehmen. Außerdem war es aufgrund der regelmäßigen Zeitangabe hilfreich für die Zeitorientierung. Allerdings gab es auch Aussagen, dass es nach längerer Zeit störend war. Wirklich positiv wurde das Radio hören erst bei vollkommener Orientierung und selbst gesteuerter Einstellung empfunden.

Eine Aussage zum störenden Lärm aufgrund des Dialysegerätes und des Schreiens anderer PatientInnen lautete:

„Die Dialyse war schon laut, das Säcke aufreißen und aufhängen, und noch schlimmer hat mich der gestört, der so geschrien hat nebenan, der war furchtbar.“

4.4.2 Licht

Bei (Pflege-)Maßnahmen, welche in der Nacht durchgeführt wurden, war es erforderlich das Licht aufzudrehen. Dies hatte oftmals die Störung des Schlafs von „wachernen“ IntensivpatientInnen zur Folge. Andererseits gaben auch einige interviewte Personen an, dass ein kleines Licht sogar angenehm war, weil sie sich besser orientieren konnten und heimeliger fühlten. Nur wenige der befragten TeilnehmerInnen beklagten sich über ein störendes Licht, welches sie dazu veranlassete, die Augen geschlossen zu halten.

Eine Frau erzählte ihr Erlebnis wie folgt:

„Da war so ein orange grünes Licht, das mich geblendet hat, und draußen am Gang war diese Neonlampe, die sich in mein Auge gebohrt hat.“

4.5 Die Rolle der Angehörigen

Der Besuch auf der Intensivstation stellt für Angehörige ebenso eine Ausnahmesituation dar, wie für die PatientInnen. Viele sind überfordert, haben Berührungsängste und wissen nicht, wie sie reagieren sollen. Meistens schauen die IntensivpatientInnen verändert aus, wegen der Zugänge und Verbände, und weil sie vielleicht Gewicht zugenommen haben. Oftmals ist die Stimme schwach, und aufgrund der Sauerstoffmaske im Gesicht kann das Gesagte nur schwer verstanden werden. Es kann vor allem bei älteren PatientInnen vorkommen, dass Familienangehörige nicht erkannt und für jemand anderer gehalten werden.

Damit die Kranken nicht überfordert werden und auch aufgrund der Platzverhältnisse, dürfen pro PatientIn zwei BesucherInnen gleichzeitig im Zimmer anwesend sein. Es gibt zwar fixe Besuchszeiten, es werden aber, sofern es notwendig erscheint, immer wieder Ausnahmen gemacht, auch außerhalb der Besuchszeiten auf die Intensivstation zu kommen. Allerdings werden die Angehörigen kurz weg

geschickt, falls bei einem/r Patienten/-in plötzlich behandlungsintensivere Instabilitäten oder Pflegemaßnahmen anfallen. Die näheren Angehörigen erhalten medizinische und pflegerische Auskunft über den Gesundheitszustand des kranken Menschen.

Die Besuche wurden von den InterviewteilnehmerInnen großteils positiv und unterstützend beurteilt. Jedoch gab es andererseits auch kritische Situationen, welche die befragten Personen als negativ und mühsam beschrieben.

4.5.1 Fördernde Faktoren

Bei allen interviewten ehemaligen IntensivpatientInnen überwog die Freude über Besucher und Besucherinnen. Sie betonten, wie wichtig nahe stehende Angehörige waren, auch in der Zeit, die sie aufgrund der Medikamente im Tiefschlaf verbrachten und nicht bei Bewusstsein waren. Bei tiefer analgosedierten PatientInnen konnten während der Besuchszeit häufig Herzfrequenz- und Blutdruckerhöhungen, sowie unruhigere Atemmuster beobachtet werden. Vor allem in der Aufwachphase stellten bekannte Stimmen eine große Hilfe dar, sich besser orientieren zu können und eventuelle Ängste zu besänftigen. Die regelmäßige Anwesenheit naher Angehöriger vermittelte den Betroffenen eine Vertrautheit in der fremden Umgebung. Die befragten IntensivpatientInnen konnten sich meistens nicht mehr an Besuche erinnern, sie wussten nicht, wer, wann, wie lange da war und erinnerten sich selten daran, was gesprochen wurde. Dies könnte beispielsweise mit den Medikamenten und/oder dem Entzug von ebendiesen zusammenhängen. Selten gab eine befragte Person an, die Besuchszeiten seien zu kurz. Durch das oftmals nicht bewusste Wahrnehmen der (Besuchs-)Zeiten waren IntensivpatientInnen nicht oder nur schwer in der Lage, die Länge der Besuchszeit einzuschätzen.

Eine Interviewteilnehmerin erinnerte sich folgendermaßen:

„Die hab ich gar nicht mitgekriegt, das ist mir alles erzählt worden nachher. Besuche sind wahrscheinlich schon angenehm, weil ich angeblich re-

agiert hab, das sagen alle, und sie haben auch alle geglaubt, ich krieg das mit. Ich persönlich hab aber nicht gewusst, dass jemand von denen da ist, aber wahrscheinlich hab ich irgendwie doch was mitgekriegt und schätz auch, dass es gut ist. ... Auch wenn man vielleicht dann in einem Traum wieder weg schläft, aber das ist ein kurzer Moment, wo man trotzdem einen Lichtblick hat.“

4.5.2 Hemmende Faktoren

Es gab geteilte Antworten über die Anstrengung der Besuche, einerseits meinten einige befragte Personen Besuche seien überhaupt nicht anstrengend, zu kurz und eine willkommene Abwechslung. Andererseits jedoch wurde die Situation häufig als sehr anstrengend beschrieben, da von den PatientInnen eine hohe Konzentration abverlangt wurde und diese, je nach Tagesverfassung, schwanken konnte. Es kam bei einigen InterviewpartnerInnen mehrmals vor, dass sie aufgrund der extremen Müdigkeit ihre Angehörigen nach Hause schickten.

Ein Interviewpartner verdeutlichte dies wie folgt:

„Über Besuch hab ich mich immer gefreut, ich war teilweise aber froh, wenn sie wieder gegangen sind, wenn's wirklich schon sehr anstrengend war. Wenn's einfach zu viel reden, die Erwartung eines Besuchers ist, dass sie jetzt eine normale Kommunikation, Diskussion mit mir führen können, das geht aber nicht, weil ich geistig wahrscheinlich unter Umständen noch nicht so wach bin und vielleicht hab ich grad ein Schmerzmittel gekriegt, dann bin ich sowieso froh, wenn ich nichts reden muss.“

Einige InterviewteilnehmerInnen erzählten, dass sie die Unsicherheit, welche ihre BesucherInnen ausstrahlten, wahrnehmen konnten. Weiters beschrieben sie das Gefühl, sich mit den Anwesenden unterhalten zu müssen, als ob sie denen eine Rechenschaft fürs Kommen schuldig wären.

Eine Interviewpartnerin erzählte von ihren Erinnerungen folgendermaßen:

„Mir ist vorgekommen, die kommen und schauen mich alle nur an, die wollen eigentlich mit mir gar nichts zu tun haben, die berühren mich nicht und stehen im Sicherheitsabstand. Ich hab so verändert ausgesehen, mit meine 88 Kilo, total verschollen, oder vielleicht hab ich sogar noch mehr gehabt, keine Ahnung, aber das kriegt ja selber nicht mit. ... Geredet haben sie schon auch ein bisschen. Wenn einer da steht, auf den kannst du eingehen und er auch auf dich, aber sobald da mehr als einer dastehen, da hast das Gefühl, wie soll ich die jetzt alle unterhalten?“

4.6 Verarbeiten des Aufwachprozesses

Während ein Großteil der befragten InterviewpartnerInnen angab, dass die Ereignisse, welche sie auf der Intensivstation erlebt hatten, keine negativen Auswirkungen mehr auf sie ausüben, erzählten andere Betroffene von dem Wunsch nach der Aufarbeitung der Geschehnisse. Wobei festgehalten werden kann, dass die Bewältigung des Erlebten nicht nur mit den Vorkommnissen von damals zusammenhängt, sondern auch vom Outcome samt eventuellen verbliebenen Behinderungen oder Schmerzen sowie der persönlichen Lebenseinstellung einer Person.

4.6.1 Allgemeine Aspekte

IntensivpatientInnen verarbeiteten die Erlebnisse von ihrem Intensivstationaufenthalt unterschiedlich. Während die meisten interviewten Personen relativ erinnerungslos und/oder sorgenfrei weiterlebten, trugen einige vor allem mit der psychischen Aufarbeitung größere Probleme davon. Diese traten erst so richtig bewusst zu Tage, wenn endlich Zeit zum Nachdenken vorhanden war und wurden als schwierig, mühsam und langwierig beschrieben. Eine Frau erzählte, dass sie mehr als ein Jahr später noch immer Alpträume, welche mit der Intensivstation zusammenhängen, verfolgen. Einige InterviewpartnerInnen bekamen schon auf

der Intensivstation psychologische Unterstützung, meinten aber, dass es teilweise noch zu früh war, die Erlebnisse zu verarbeiten.

Eine Interviewpartnerin erzählte ihre Geschichte wie folgt:

„Die Aufarbeitung des Psychischen ist das härteste, es ist viel härter als irgendwelche motorischen Verletzungen, viel schwieriger, weil für die Motorik macht man die Reha und dann funktioniert's wieder, und bei der Psyche muss man erst draufkommen. Du kannst es nicht kontrollieren und du kannst es nicht einfach ignorieren und so tun, als wäre es nicht da, weil es holt dich immer wieder ein. ... Dann war ich zu Hause und es hat nichts funktioniert. Ich hab mich in der Wohnung nicht zurecht gefunden, das war alles zu viel und schwierig. Obwohl ich daheim war, hab ich mich überhaupt nicht gefreut, gar nicht.“

Einige InterviewteilnehmerInnen betonten die Wichtigkeit von Gesprächen mit nahen Angehörigen und Freunden. Indem über verschiedenste Vorkommnisse geredet wurde, konnte alles leichter verarbeitet werden. Doch nicht immer stießen mitteilungsbedürftige PatientInnen auf offene Ohren, wie diese Frau schilderte:

„Ich spreche ein bissl mit Freunde darüber, aber das versteht keiner. Kaum redest was oder sagst irgendwas zwei Mal, was für mich in der Vergangenheit liegt, dann heißt es schon, kram nicht immer die alten Sachen hervor. Ich hab das noch nicht verarbeitet, ich kann das auch nicht so schnell verarbeiten.“

Vor allem jüngere ehemalige IntensivpatientInnen bedachten die Auswirkungen des Intensivstationaufenthaltes, gefolgt von der langen Krankenhaus- und Rehabilitationszeit, auf die Familienangehörigen. Sie sorgten sich um ihre Kinder, welche die schwere Erkrankung eines Elternteils miterlebt hatten und verarbeiten mussten. Es stand wiederum die hohe Bedeutung des Redens über diese Zeit im Mittelpunkt.

Eine Frau formulierte ihre Gedanken wie folgt:

„Ich hab nachher nie geträumt davon, es ist schwerer für mich zu verarbeiten, was meiner Familie passiert ist, weil die ja darunter gelitten haben, dass ich weg bin, und dass sie geglaubt haben, ich sterbe und so. Ich verdränge das nicht, ich finde es auch angenehm, wenn man darüber reden kann.“

4.6.2 Das Intensivtagebuch als Bewältigungsstrategie

Die relativ neue Idee des Intensivtagebuchs zur Unterstützung beim Verarbeiten des Erlebten, welches in den skandinavischen Ländern und auch in Deutschland in mehreren Kliniken geführt wird, fanden nur vier von zehn befragten Personen interessant und hilfreich. Das Intensivtagebuch wurde jedoch nicht tatsächlich angewendet, sondern nur theoretisch besprochen.

4.6.2.1 Begrüßende Haltung

Während einige InterviewpartnerInnen annahmen, dass es über sie keine Einträge gäbe, weil jeden Tag das gleiche Programm ablief, begrüßten andere die Möglichkeit, das Versäumte nachzulesen und zu rekonstruieren. Da ein Intensivstationaufenthalt als einschneidendes und gravierendes Erlebnis geschildert wurde, wo aufgrund des Medikamenteneinflusses Vieles nicht bewusst erlebt werden konnte, und Träume und Halluzinationen mit der Realität vermischt wurden, könnte eine Auflistung der Abläufe sowie weitere Informationen dazu beitragen, Gedanken und Erinnerungen zu ordnen.

Eine Interviewpartnerin meinte dazu folgendes:

„Das Intensivtagebuch wäre gut, außerdem weiß man in der Zeit, die man versäumt hat, was da war. Man kann das Bild irgendwie vervollständigen und ich hab ja Erinnerungsdefizite, ich weiß nichts mehr und nachher ist

das nur so ein Geplätscher, ein bisschen was weiß ich, viel ist weg. Vieles weiß ich nur aus Erzählungen, aber nicht aus der eigenen Erinnerung und so könnte man die Zeit, wo man geschlafen hat, rekonstruieren, also ich würde das schön finden.“

Die zeitliche Zuordnung von Abläufen und durchgeführten Maßnahmen würde ersichtlich und könnte besser nachvollzogen werden.

Eine Frau schilderte dies wie folgt:

„Du hast keinen Begriff von der Zeit, im Nachhinein ist das wie eine Minute aber, du hast dann keine Vorstellung davon, dass du jetzt zwei Wochen geschlafen hättest, und das sagen sie dir dann irgendwann, und dann denkst dir, aha ich hab jetzt zwei Wochen geschlafen, aha ich hab eine Nachblutung und ein Nierenversagen gehabt. Ich hab mir gedacht, wow, da ist so viel passiert in der Zeit, und ich hab nichts dazu getan, die haben so viel gemacht, ich wurde defibriert und so weiter.“

4.6.2.2 Ablehnende Haltung

Die Ablehnung des Intensivtagebuchs begründeten sechs der zehn befragten Personen mit dem Vorhandensein des Entlassungsbriefes und Aufzeichnungen der Angehörigen. Außerdem wurde betont, dass sie die Erlebnisse von dieser Zeit so schnell wie möglich vergessen und nichts mehr damit zu tun haben wollten.

Eine Frau äußerte sich dazu wie folgt:

„Ich will es gar nicht wissen, ich will an diese Sachen nicht mehr erinnert werden, ich will das alles vergessen und ich will mein Leben wieder so haben, wie es vorher war, und alles andere lasse ich hinter mir.“

Die Zeitfrage war eine weitere Begründung für die Ablehnung des Intensivtagebuchs. Unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt haben die wenigsten TeilnehmerInnen nachgeforscht, was wirklich passiert war. Sie waren noch zu stark mit ihrer Genesung beschäftigt, sodass Erlebnisse aus der Intensivzeit für sie in der Vergangenheit lagen.

Ein Interviewpartner erläuterte folgendes:

„Richtig aufgewacht bin ich erst am Weißen Hof, es ist, glaub ich, einfach die Zeit noch nicht reif, ich bin noch so mit mir selber beschäftigt von der Rehabilitation her, und dass was weitergeht. Vielleicht ist es eine Zeitfrage, vielleicht würde ich in fünf Jahren auf dieselbe Frage antworten: ja, das möchte ich unbedingt wissen, aber im Moment zählt das für mich nicht, im Moment zählt, dass ich wieder ganz gesund werde. Ich weiß nicht, ob mir in fünf Jahren so ein Intensivprotokoll viel bringen würde, mehr als eine Erinnerung wäre es nicht.“

4.7 Vorschläge für Verbesserungen

Generell lässt sich zusammenfassen, dass die interviewten IntensivpatientInnen mit der Betreuung sehr zufrieden waren. Nur drei von zehn Befragten äußerten Vorschläge, welche ihrer Meinung nach verändert und somit verbessert gehörten. Diese werden in weiterer Folge zusammenfassend dargestellt.

Es scheint sehr wichtig zu sein, dass sich das betreuende Personal mehr Zeit nimmt, sich mit den PatientInnen abzugeben. Durch das namentliche Vorstellen wurden Berührungspunkte seitens der IntensivpatientInnen abgebaut und die Situationen persönlicher. Außerdem wurde betont, dass mehr geredet werden sollte, auch während verschiedenste Tätigkeiten durchgeführt werden. Die häufige Wiederholung von Informationen unterschiedlichster Art (Tag, Datum, Uhrzeit, Aufenthaltsort, Grund des Aufenthalts etc.) sei essentiell. Es wäre vorteilhaft, wenn ver-

schiedenste Geschichten aus dem Alltag erzählt würden, damit die PatientInnen einen Eindruck bekämen, was „draußen“ passiert. Das Vorlesen kurzer Geschichten wäre eine abwechslungsreiche Maßnahme, welche auch Angehörige übernehmen könnten, damit die Zeit schneller vergeht.

Soweit die Möglichkeit besteht, sollte der Lärmpegel auf das Minimum reduziert werden, dadurch wäre die Einhaltung der erforderlichen Ruhephasen gewährleistet, außerdem könnten eventuelle Ängste vermieden werden.

Eine Interviewpartnerin formulierte ihre Wünsche wie folgt:

„Dass mehr gesprochen wird mit dem Patienten, und dass man sich vorstellt. Dass man ihnen auch was erzählt, zum Beispiel beim Umlagern, was man draußen sieht, dass man einen Eindruck kriegt, was passiert. Wenn man munter wird hat man die volle Panik, weil man nicht weiß, wo man ist und kennt sich überhaupt nicht aus, und wird so schnell mit dem Außen konfrontiert. Ich hätte das gerne gehabt, dass mich wer den ganzen Tag voll quatscht und mir alles mögliche erzählt. Ich denk mir, irgendwas speichert man schon.“

Einige ehemalige IntensivpatientInnen wollten keine Angaben zu Verbesserungen machen, weil ihnen der Einblick ins System fehlt und sie glücklicherweise keine negativen Erfahrungen gemacht haben. Eine befragte Frau äußerte dies wie folgt:

„Ich weiß ja gar nicht, was die alles zu tun haben, ich kann's ja gar nicht beurteilen.“

4.8 Abschließende Erklärung

Mit dem folgenden Erklärungsmodell sollen die Erkenntnisse, welche im Rahmen dieser Arbeit gewonnen werden konnten, noch einmal optisch dargestellt werden. Es soll in anschaulicher Weise verdeutlichen, wie IntensivpatientInnen den Aufwachprozess erleben und welche Faktoren auf das im Zentrum dieser Abbildung stehende Phänomen – dem Aufwachprozess – wirken, sowie diesbezüglich eine entscheidende Rolle spielen.

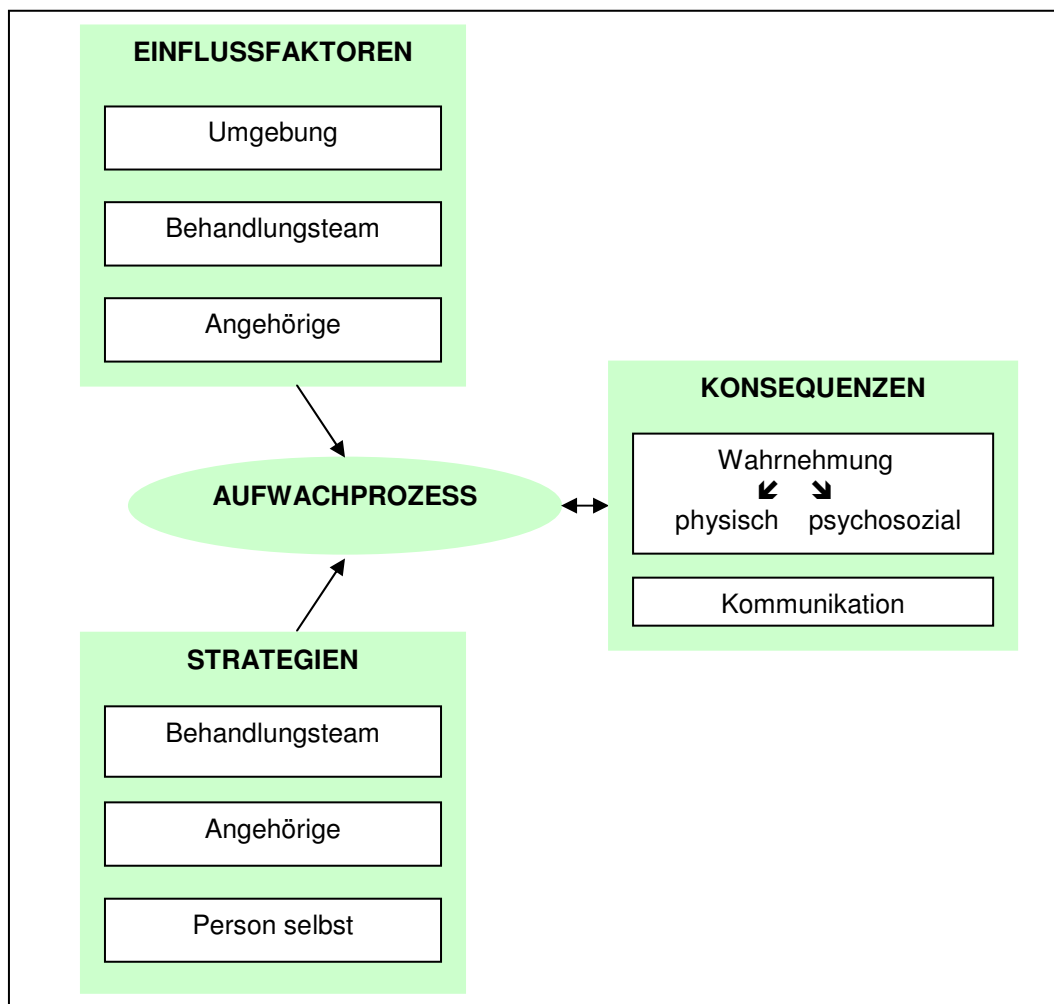


Abbildung 1: Erklärungsmodell zum Aufwachprozess

Da der Kontext des Prozesses immer derselbe Ort ist, nämlich die Intensivstation, und die Notwendigkeit derselben sowie die Analgosedierung unabwendbar dazu gehören, lassen sich keine bestimmten Auslöser feststellen. Der Fokus liegt demnach bei der Konzentration auf die Einflussfaktoren und den Konsequenzen. Diese werden in weiterer Folge dargestellt:

1. Der erste, sehr bedeutende ***Einflussfaktor*** betrifft die Umgebung. In den Interviews wirkte sich die Wahrnehmung des Umgebungslärms sowie des Lichts sowohl positiv als auch negativ aus. Positiv wird der Lärm bei Personen mit besserer Wahrnehmung der Realität beschrieben. Einerseits wird das betreuende Personal als Lärmverursacher positiv wahrgenommen, weil durch die Anwesenheit das Sicherheitsgefühl verstärkt wird. Andererseits stellen diverse Lärmquellen eine Ablenkung für die PatientInnen dar, denen die Zeit oftmals zu langsam vergeht. Ebenso wird in diesem Bewusstseinszustand das Radio als angenehme Abwechslung befunden. Auch ein schwaches brennendes Licht in der Nacht stört kaum, da eine bessere Orientierung und die Sicht auf eine Uhr möglich sind.

Negativ wird der Umgebungslärm vor allem zu Beginn der Aufwachphase bezeichnet, weil damit viele Träume, Halluzinationen und Ängste verbunden sind. Das Problem besteht in der Wahrnehmungseinschränkung, wodurch sich die Betroffenen meistens nicht auskennen und die Geräusche nicht zuordnen können. Ein störendes grelles Licht kann für PatientInnen sehr unangenehm sein und sie dazu veranlassen, die Augen geschlossen zu halten, damit es erträglicher wird. Dadurch könnte aber die Umwelt annehmen, dass der/die Betroffene schläft, und deshalb weniger Gespräche führen. Weiters lässt sich, die Umgebung betreffend, feststellen, dass Stresssituationen auch bei tieferer Analgosedierung von PatientInnen wahrgenommen werden.

2. Das gesamte professionelle Behandlungsteam stellt einen weiteren wichtigen sowohl positiv als auch negativ wahrgenommenen Einflussfaktor dar. Da IntensivpatientInnen aufgrund der eingeschränkten Wahrnehmung

durch die Analgosedierung auf Unterstützung angewiesen sind, übernimmt das betreuende Personal während dieser Zeit alle notwendigen Aktivitäten, als Beispiel könnten die Körperpflege und Umlagerungen angeführt werden. Diese sind oftmals mit Schmerzen und Unbehagen verbunden, wobei jedoch in den meisten Fällen die Einsicht zur Notwendigkeit verschiedener Maßnahmen besteht. Es ist jedoch anzumerken, dass auch hier die Wahrnehmung der Abläufe stark vom Bewusstseinszustand abhängt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich IntensivpatientInnen, wenn überhaupt, nur in den letzten ein bis zwei Tagen vor der Verlegung bewusst an Einzelpersonen und Einzeltätigkeiten erinnern können. Als positiv lässt sich die freundliche und intensive Betreuung heraus hören, allerdings werden die geringe Mitbestimmungsmöglichkeit und das Abhängigkeitsgefühl als negativer Faktor erwähnt.

3. Der nächste bedeutende Einflussfaktor betrifft die Rolle der Angehörigen. Sie stellen die einzigen Vertrauenspersonen für die Betroffenen dar und wirken somit schon aufgrund ihrer Anwesenheit beruhigend. Auch wenn das Erinnerungsvermögen der IntensivpatientInnen meistens stark eingeschränkt ist, werden BesucherInnen als willkommene Abwechslung wahrgenommen.

Es kann jedoch vorkommen, dass sich PatientInnen durch zu viele oder zu lange Besuche überfordert fühlen und nach einiger Zeit lieber ihre Ruhe haben wollen. In diesen Fällen werden Besucher nach Hause geschickt, entweder von den PatientInnen selbst, und falls dies noch nicht möglich ist, vom betreuenden Personal.

Als **Konsequenzen**, welche in dieser Arbeit ermittelt werden konnten, lassen sich mehrere Dimensionen heraus arbeiten. Vordergründig steht die Erkenntnis, dass die Wahrnehmung des Aufwachprozesses sehr stark vom Bewusstseinszustand des Einzelnen abhängt. Der doppelseitige Pfeil zeigt an, dass Wechselwirkungen möglich sind, das heißt, durch den Prozess des Aufwachens ergeben sich Konsequenzen, welche sich wiederum auf den Prozess auswirken könnten.

1. An erster Stelle steht die Wahrnehmung der physischen Komponente. Dazu gehören das Schmerzempfinden, die Wahrnehmung des Tubus und des Absaugens, die Durst- und Essproblematiken, die Schutzfixierung sowie die Schwächegefühle. Diese häufig auftretenden körperlichen Probleme können durch alle Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke verursacht werden. Ein Beispiel wäre das Absaugprozedere, welches vor allem bei relativ bewusstem Zustand als unangenehm sowie einen Husten- und Würgereiz verursachend, empfunden wird, anschließend jedoch ein leichteres Durchatmen ermöglicht, weil der störende Schleim weggesaugt wurde.
2. Als zweiter Punkt wird die Wahrnehmung der psychosozialen Situation dargestellt. Hierbei geht es vor allem um das Zeitgefühl, die Orientierung, Ängste, Schlafprobleme und wie pflegerische Tätigkeiten wahrgenommen werden. Ein Beispiel wäre die Abhängigkeit vom betreuenden Personal, welche aufgrund der allgemeinen Kraftlosigkeit durch das Gefühl des Angewiesenseins verstärkt werden kann. Die subjektiv erlebte Realität, welche für die Betroffenen auch während diverser Verwirrtheitszustände im Rahmen der Aufwachphase die einzige Wirklichkeit für sie darstellt, wird von Mensch zu Mensch verschieden wahrgenommen.
3. Als weitere Konsequenz mehrerer Einflussfaktoren, allen voran aber aufgrund des Beatmungsschlauchs, stellt die erschwerte Kommunikation eine hauptsächlich negative Erfahrung dar. Aufgrund der Unmöglichkeit während der Beatmungszeit zu sprechen, kommt es immer wieder zu Missverständnissen, Ärger und/oder Resignation seitens der PatientInnen. Das Behandlungsteam formuliert meistens sachlich relevante Fragen, womit eine scheinbar ausreichende Kommunikation sichergestellt werden kann. Hingegen versuchen Angehörige oftmals einen Dialog zu führen, welcher seitens der PatientInnen nicht stattfinden kann. Die Unverständlichkeit der Lippen- und Handbewegungen führt bei den Betroffenen nach einiger Zeit zu Erschöpfung und Unzufriedenheit, welche durch Gereiztheit zum Ausdruck kommen kann.

Folgende **Strategien** konnten identifiziert werden:

1. Das Behandlungsteam stellt den Schwerpunkt der strategischen Maßnahmen dar. Hier wiederum ist der wichtige Aspekt des Sprechens mit dem Individuum hervor zu heben, auch bei tieferer Analgosedierung. Das gilt für ÄrztInnen, Pflegepersonen sowie PhysiotherapeutInnen und sonstige Personen vom Behandlungsteam. Sie sind die wichtigsten InformantInnen und können dadurch Unsicherheiten und Ängste reduzieren. Durch den behutsamen und einfühlsamen Umgang während verschiedenster Behandlungsmaßnahmen können Schmerzen, Ängste, Halluzinationen etc. verringert oder sogar verhindert werden. Da die PatientInnen selber nur wenige strategische Maßnahmen setzen können, ist das Intensivteam gefordert, durch den Wissensgewinn den Fokus verstärkt auf die Einflussfaktoren, die Konsequenzen und die Strategien zu richten, um somit dem Prozess besondere Beachtung zu schenken.
2. Eine weitere Strategie zeigt sich in der wichtigen Bedeutung der Angehörigen für die Betroffenen. Als vertraute Personen sind sie ein wichtiger Ankerpunkt in einer fremden Umgebung, geben Sicherheit und tragen, aufgrund der festgesetzten Besuchszeiten, zum Wiedererlangen einer täglichen Routine bei. Nach der Intensivstationzeit, oftmals sogar erst nach dem Krankenhausaufenthalt nehmen Angehörige bei der Verarbeitung der Erlebnisse als ZuhörerInnen und GesprächspartnerInnen eine wichtige Position ein. Sie sind wichtige InformantInnen und LückenfüllerInnen, welche über die Ereignisse während des Tiefschlafs berichten können.
3. Die betroffenen Personen selbst haben wenige Möglichkeiten, strategische Maßnahmen zu setzen. Durch Kabel, Schmerzen, allgemeine Schwäche und eventuelle Fixierungen sind sie in ihren Bewegungen eingeschränkt. Ein Beispiel die Schmerzreduktion betreffend, bestünde in der Einnahme einer Schonhaltung, wobei allerdings nicht das Durchhalten im Vordergrund steht, sondern das Verständlichmachen des Vorhandenseins von Schmer-

zen. Einen weiteren Punkt bildet, je nach Bewusstheitszustand, die Kooperation mit dem Behandlungsteam, denn je höher die Compliance eines/r Patienten/-in ist, desto eher funktioniert die Zusammenarbeit, beispielsweise könnten Fixierungsmaßnahmen unterlassen werden.

5. DISKUSSION

Da es aus medizinischer Sicht schon viel Material zum Thema Intensivmedizin und IntensivpatientInnen gibt, lag der Fokus dieser Arbeit bei der Wahrnehmung des Aufwachprozesses aus der PatientInnensicht. Die übergreifende Fragestellung dieser Arbeit bezog sich darauf, welche körperlichen und psychischen Probleme während des Aufwachprozesses im Vordergrund standen. Es galt heraus zu finden, was in den Menschen vorging, welche sich auf der Stufe zwischen Realität und Bewusstlosigkeit befanden, die undefinierbare äußere Vorgänge wahrnahmen, diese aber auf eine Weise jenseits der konkreten Realität erlebten. Mit Hilfe der aus den Interviews gewonnenen Daten werden nun Erkenntnisse dieser Arbeit mit der Literatur verglichen.

Aus PatientInnensicht sind keine Aufwachphasen feststellbar, da es viele Einflussfaktoren gibt, welche sich auf den Prozess auswirken. Darunter fällt beispielsweise der Umgebungslärm, welcher vor allem zu Beginn des Aufwachens zu Verwirrungen und Ängsten führen kann. Das behandelnde Personal kann aufgrund der verschiedenen Maßnahmen ebenso zu Stresssituationen für die Betroffenen beitragen. Da die Wahrnehmung mehr oder weniger beeinträchtigt ist, stellt das Intensivstationmilieu vor allem während der tieferen Analgosedierungszeit viele unbekannte Faktoren dar, welche sich negativ auf die Wahrnehmung und/oder den Zustand der Betroffenen auswirken könnten. Nydahl und Bartoszek (2003) beschrieben die Anfangszeit des Aufwachens als schwierigen Prozess in einer fremden Umwelt. Die vielen unbekannt Menschen, denen sie scheinbar unkontrollierbar ausgeliefert sind, verstärken ihre Unsicherheit noch mehr.

Als wesentliche, wenn nicht die wichtigsten Punkte überhaupt für IntensivpatientInnen, kristallisierten sich der Vertrauensaufbau mit dem betreuenden Personal und dem Vermitteln von Sicherheit, unabhängig vom Bewusstseinszustand des Menschen, heraus. Diese zwei Komponenten gehören unweigerlich zusammen. Indem sich das Team vorstellt, einen respektvollen Umgang pflegt und wichtige

Informationen liefert, fühlen sich die Kranken wohler und besser aufgehoben. Wahlin, Ek und Idvall (2009) fanden heraus, dass das Vertrauen durch Bezugspersonen, welche hauptsächlich die Betreuung übernehmen, verstärkt werden kann. Außerdem wäre eine positive Atmosphäre, das angemessene Verhalten des Teams und Humor sehr hilfreich. Indem das Intensivpersonal Wissen vermittelt und kompetent auftritt, steigt das Sicherheitsgefühl.

Ein Aspekt, welcher in dieser Arbeit zum Thema Vertrauen mehrmals erwähnt wurde, besteht in der Freundlichkeit des Intensivteams. Dies betrifft nicht nur Informationsgespräche, sondern auch, dass sich jemand Zeit nimmt für Gespräche über Alltägliches.

Die Körperpflege wird häufig als unangenehmes Ereignis erlebt, häufig aufgrund von Schmerzen, dem Sichtbarwerden der eigenen Schwäche, der Beschämung und Belastung. (Besendorfer, 2004) Das betreuende Personal hat darauf zu achten, dass die Integrität des Einzelnen gewahrt bleibt und wenn notwendig vorab Medikamente verabreicht, damit Schmerzen in einem tolerablen Rahmen bleiben oder hinten gehalten werden.

Ein weiterer Aspekt, der in dieser Arbeit gefunden wurde, bezieht sich auf die häufig angesprochene positive Abwechslung aufgrund verschiedenster Maßnahmen, beispielsweise das Verlassen des Bettes durch die Mobilisation in einen Sessel, Verbandwechsel und so weiter. Es wurde hervor gehoben, dass dadurch die Zeit schneller vergeht. Die Körperpflege wird als Aktion zwischen zwei Menschen angesehen – dem/der Patienten/-in und der betreuenden Pflegekraft. Alle anderen Teammitglieder werden während dieser Pflegehandlung als Außenstehende bezeichnet, welche in dieser Zeit unerwünscht sind. Ein erster Schritt wäre, die Beziehungsgestaltung zwischen PatientInnen und den Pflegenden zielgerichtet zu überdenken und sich die Bedeutung für die PatientInnen bewusst zu machen, um neue Perspektiven für Veränderungen, im Sinne der Erleichterung für die PatientInnen, zu eröffnen. Weiters wurde ein Thema angesprochen, welches in der gefundenen Literatur kaum Erwähnung fand, nämlich das Gefühl des Angewiesenseins. Die Abhängigkeit vom Personal kam in verschiedenen Situationen zum Ausdruck und kristallisierte sich erst bei besserer Wahrnehmung der Realität als

unangenehm und teilweise sehr belastend heraus. Ein Versuch, das Abhängigkeitsgefühl zu verringern bestünde darin, die Betroffenen so viel wie möglich selber agieren zu lassen und sie, so weit als möglich, in Entscheidungen über Pflegemaßnahmen einzubinden. Indem wiederholt erklärt würde, wie und warum bestimmte Abläufe funktionieren, kämen Machtgefühle erst gar nicht auf.

Der Schleim, welcher aufgrund der tiefen Analgosedierung und/oder des Tubus nicht vom Betroffenen selbst abgehustet werden kann, wird, je nach Notwendigkeit, in regelmäßigen Abständen abgesaugt. An diese Prozedur erinnerten sich ehemalige IntensivpatientInnen mit Schauern, weil es unangenehm und starke Husten- und Würgereize bedingte. Jedoch wurden die anschließende Erleichterung und das freie Durchatmen positiv erwähnt. Diese Aussagen treffen sich mit den Erkenntnissen aus der Studie von Foster, 2010.

Ein für IntensivpatientInnen sehr ungutes Erlebnis stellt die fehlende Zeitwahrnehmung dar. Viele wissen nicht, wie lange dieser Zustand schon anhält, oftmals vermischen sie zusätzlich ihre Träume mit der Realität. (Johnson, John & Moyle, 2006) Indem den Betroffenen mehrmals täglich Zeitmarker signalisiert werden, zum Beispiel durch den relativ gleich bleibenden Tagesablauf, Besuchszeiten etc., können Konditionierungsprozesse geschaffen werden, welche zur zeitlichen Orientierung beitragen. (Neubert, Bohrer & Koller, 2004)

Eine Sichtweise von dieser Arbeit, welche sich mit der Forschungsstudie von Moesmand (2002) deckt, zeigt sich in der Möglichkeit eine Uhr zur Verfügung zu haben. Während einige damit eine bessere Zeitorientierung verbinden, reagieren andere traumatisch, weil sie das Gefühl haben, dass die Zeit extrem langsam vergeht.

Ein weiteres Ergebnis dieser Untersuchung stimmt mit vorhergehenden Studien überein, nämlich, dass Menschen, welche von einem geplanten Intensivstationaufenthalt bescheid wissen, besser mit dem Bewusstseinsverlust und den Erinnerungslücken umgehen können, als solche, die unvorbereitet, zum Beispiel aufgrund eines Unfalls, in dieser Umgebung aufwachen. Sehr ähnlich verhält es sich

auch mit den Ängsten, wobei auch hier PatientInnen, welche präoperativ bescheid wissen, weniger Ängsten ausgesetzt sind und besser damit umgehen können. (Besendorfer, 2004)

Ängste treten verstärkt auf, solange sich die IntensivpatientInnen noch in einem Bewusstseinszustand befinden, welcher die Realität nicht deutlich erklärbar macht für sie. Interessanterweise divergieren die Aussagen dieser Arbeit in Bezug auf die stärksten Ängste mit der gefundenen Literatur. Während in der Studie von Moesmand (2002) die Alarme von Überwachungsanlagen im Vordergrund standen, gaben die Betroffenen in dieser Untersuchung an, vor allem während der kompletten Orientierungslosigkeit Ängste verspürt zu haben. Die Aussagen verlaufen konträr zu jenen der gefundenen Studie, da die befragten Personen sogar meinten, diese Alarme dauerten immer nur sehr kurz an, und hatten die Anwesenheit des Personals zur Folge, was wiederum zur Verstärkung des Sicherheitsgefühls beitrug. Allerdings wurde das Wahrnehmen, dass jemand nur kurz zum Bett kam, und ohne etwas zu sagen, wieder ging, als unangenehm und teilweise beängstigend beschrieben. Diese Situationen könnten beispielsweise auftreten, wenn ein Teammitglied einen Alarm quittiert und/oder eine kurze Intervention durchführt. Indem mit wenigen Worten erklärt würde, was getan wird, könnten solche Unklarheiten beseitigt werden.

Für das Intensivteam ist es unumgänglich, durch wiederholte Informationen über den Aufenthaltsort, der vergangenen und akuten Ereignisse sowie den weiteren Verlauf, mögliche Unsicherheiten und Ängste auszuräumen. Auch Angehörige tragen zur Angstreduktion bei, indem sie durch vertraute Stimmen und dem Vermitteln von Zuversicht eine wichtige Stütze für die Betroffenen darstellen.

Träume und vor allem Halluzinationen bleiben ehemaligen IntensivpatientInnen meistens sehr prägend in Erinnerung. Oftmals werden tatsächliche Geschehnisse in Träume eingebaut, welche erst bei vollkommen orientierter Bewusstseinslage analysiert und verarbeitet werden können. Träume und Halluzinationen aus dieser Zeit werden als sehr belastend geschildert und bleiben lange in Erinnerung. Nur sehr selten erinnert sich jemand an einen schönen, angenehmen Traum. (Besen-

dorfer, 2004) Weiters vollzieht sich bei vielen Betroffenen ein Wechsel zwischen Traum und Realität, sie wissen später lange nicht, ob bestimmte Ereignisse die Realität darstellten oder nur in ihren Träumen vorkamen. (Nydahl & Bartoszek, 2003)

Es besteht aufgrund der Erzählungen von mehreren Betroffenen über ihre Träume und Halluzinationen Grund zur Annahme, dass die Umwelt, das behandelnde Personal sowie Angehörige auf Träume und Halluzinationen von IntensivpatientInnen einwirken, welche wiederum zu Ängsten führen könnten. Auch Gefühle der Gefangenschaft und des Festgehaltenwerdens stellen eine große Belastung dar. Daher ist in diesen Bereichen so weit als möglich dafür zu sorgen, dass ungünstige Einflussfaktoren aus dem Weg geräumt werden.

Entgegen der gefundenen Studie von Frisk und Nordström (2003), welche an erster Stelle Schmerzen als die häufigste Ursache für Schlafprobleme angab, gefolgt von Ängsten und dem Lärm, wurde in dieser Untersuchung eindeutig der Lärm als größter Verursacher genannt. Die Geräuschkulisse setzte sich aus mehreren Faktoren zusammen, einerseits die verschiedensten Geräte samt dazu gehörigen Alarmen, das monotone Surren der Spezialbetten, das Behandlungsteam, andere PatientInnen im Zimmer und so weiter. Das Ziel sollte in der so weit als möglichen Vermeidung beziehungsweise Verminderung der Lärmquellen liegen. Ein weiterer Faktor, welcher in dieser Untersuchung vor allem bei „wacherem“ Bewusstseinszustand als Verursacher von Schlafstörungen zum Vorschein kam, betraf das Grübeln über vergangene oder bevorstehende Ereignisse, welche häufig mit Ängsten und Sorgen verbunden waren. Das betreuende Team kann durch empathische Gespräche zur Linderung der Ängste und zur Beruhigung beitragen.

Die Kommunikation mit analgosedierten und intubierten beziehungsweise tracheotomierten PatientInnen stellt die größte Herausforderung für das Intensivteam dar. Aufgrund der fehlenden Antwort bei tiefer Bewusstlosigkeit, wird das betreuende Personal dazu verleitet, nicht in dem Ausmaß wie üblich mit dem Individuum zu sprechen. (Alasad & Ahmad, 2005) Bei wacherem Bewusstseinszustand fühlen

sich die Betroffenen oftmals aufgrund des Beatmungsschlauchs, und damit der Unmöglichkeit sich mitzuteilen, entmündigt und isoliert. (Moesmand, 2002)

Für das Betreuungsteam ist es unerlässlich, mit allen PatientInnen intensive Gespräche zu führen, unabhängig von der Sedierungstiefe und dem Feedback. Es kann nicht oft genug erwähnt werden, wie wichtig das Sprechen mit tiefer analgosedierten IntensivpatientInnen ist, da auch bei ihnen die Möglichkeit besteht, etwas mitzubekommen. Als professionell Geschulte sollte ein Zugang zur individuellen Wahrnehmung einer Person gefunden und auf kleinste Reaktionen geachtet werden. Indem das Personal gezielt Fragen stellt, beispielsweise nach Schmerzen, der Lage, dem Wohlbefinden etc., wird IntensivpatientInnen das Antworten durch Kopf- oder Augenbewegungen erleichtert. Im Hinblick darauf muss betont werden, wie wichtig es ist, sich ausreichend Zeit zu nehmen und Geduld aufzubringen, damit die Chance einer erfolgreichen Verständigung gewahrt bleibt.

Wie schon oben erwähnt, sind nahe Angehörige wichtige Vertrauenspersonen, liefern emotionalen Beistand und Wärme. Verwirrte Menschen können mit ihrer Hilfe häufig rascher die Orientierung wieder erlangen. (Moesmand, 2002) Die erschwerte Kommunikation ist für beide, dem kranken Menschen und den Angehörigen, unzufriedenstellend, wobei oftmals die Gesichtszüge ohne Worte abgelesen und richtig interpretiert werden können. (Engström & Söderberg, 2007)

Ein wichtiger Aspekt, welcher in der bearbeiteten Literatur nicht vorkam, betrifft die Möglichkeit der negativen Einwirkung eines oder mehrerer Angehöriger. In dieser Untersuchung zeigte sich mehrmals, dass sich IntensivpatientInnen zeitweise überfordert fühlten und den Besuch als zu anstrengend erlebten. Es kam selten, aber doch vor, dass BesucherInnen heim geschickt wurden, entweder vom/von der Patienten/-in selbst oder vom betreuenden Personal.

Angehörige könnten bewusst als Unterstützung des Personals eingesetzt werden. Selbstverständlich ist eine Anleitung der Tätigkeiten, welche sie durchführen dürfen, unerlässlich, beispielsweise feuchte Tücher auf die Stirn legen, Mundpflege durchführen, gefährdete oder trockene Hautstellen eincremen, etwas erzählen oder vorlesen, das Massieren bestimmter Hautpartien etc.

Die Erlebnisse eines Menschen auf Intensivstationen können langwierige Folgen in Form von physischen und psychischen Belastungen mit sich tragen, welche das Alltagsleben stark beeinträchtigen. (Janssens & Graf, 2009) Dieses Faktum bestätigt wiederum, wie wichtig beim gesamten Intensivstationsteam die Bewusstmachung der vielen beeinflussenden Faktoren auf den Aufwachprozess ist. Dadurch könnte in gewissen Situationen durch korrektes Reagieren und/oder Ausschalten störender Verursacher in den Prozess und somit in den weiteren Verlauf eingegriffen werden. Eine weitere Möglichkeit beim Aufarbeiten des Erlebten positiv beizutragen, bestünde im Führen eines Intensivtagebuchs. Nicht nur das Intensivpersonal, sondern auch die Angehörigen sollten tägliche Abläufe und Gegebenheiten dokumentieren. In dieser Arbeit bewerteten zwar weniger als die Hälfte der befragten ehemaligen IntensivpatientInnen das theoretisch besprochene Intensivtagebuch als positive Bewältigungsstrategie, jedoch wäre ein tatsächlich durchgeführter Versuch wünschenswert und viel aussagekräftiger.

6. IMPLIKATIONEN

Im folgenden Kapitel werden die Implikationen für die Pflege sowie für die Pflegeforschung thematisiert.

6.1 Implikationen für die Pflege

Ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit, neben der Beantwortung der Forschungsfragen und dem Versuch der Darstellung des Aufwachprozesses bestand darin, sowohl das vorhandene Erfahrungswissen der Intensivcrew als auch neue Erkenntnisse zu verschriftlichen. Gerade im Pflegebereich gibt es nach wie vor viele Tätigkeiten und Situationen, welche aufgrund der Kenntnis aus Erfahrungen oder nach dem Bauchgefühl respektive der Intuition gemeistert werden. Indem Forschungsergebnisse publiziert und in der Pflegepraxis implementiert werden, gelingt ein wichtiger Schritt Richtung Steigerung der Qualität in der Pflege. Diese und weitere Ergebnisse anderer Studien, den Aufwachprozess auf Intensivstationen betreffend, sollten in der Sonderausbildung zur Intensivpflegekraft sowie im Medizinstudium beziehungsweise der ärztlichen Fachausbildung verankert werden, damit ein Basiswissen über verschiedene Probleme und Wahrnehmungen während der Aufwachphase vorherrscht.

Es ist unerlässlich, der Thematik des Aufwachprozesses mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der modernen Technologie auf Intensivstationen betrifft die Tatsache, dass der Mensch als Individuum im Mittelpunkt stehen muss. Indem das Intensivbehandlungsteam mehr Verständnis über die Einflussfaktoren und Konsequenzen des Aufwachprozesses erlangt, wäre ein prophylaktisches Eingreifen beziehungsweise Ergreifen von abfedernden Maßnahmen möglich, welche sich positiv auf die Betroffenen auswirken. Durch das spezifische Wissen über Abläufe während des Aufwachprozesses und welche Wahrnehmungen Betroffene durchleben können, wird das Behandlungsteam sensibler und kann frühzeitig effizient reagieren, besonders bei Bewältigungsstrate-

gien, welche vom Team beeinflussbar sind. Beispielsweise ist es sehr bedeutend, wie groß der Einfluss des Intensivstationsteams auf den Umgebungslärm ist, dies betrifft die Lautstärke der Gespräche, aber auch die Bedienung von Geräten und das Einstellen der Alarmgrenzen. Weiters wird der hohe Bedarf an Kommunikation und Informationsgabe betont sowie die mehrmalige Wiederholung wichtiger Hinweise, unabhängig von der Sedierungstiefe eines/einer Patienten/-in. Durch das namentliche Vorstellen, Freundlichkeit und kompetentes Auftreten wird der Vertrauensaufbau gefördert und Berührungängste gemildert.

Das Betreuungspersonal sollte über die bedeutende Rolle der Angehörigen bescheid wissen und erkennen, wo diese als Ressource eingesetzt werden könnten. Jedoch ist es ebenso die Aufgabe des Personals, falls ein/e PatientIn überfordert erscheint, Grenzen zu setzen und Angehörige wegzuschicken.

Ein wichtiges Kriterium des Pflegepersonals besteht in der Offenheit für Neues, zum Beispiel dem Intensivtagebuch. Die Erfolge in skandinavischen Ländern und in einigen Krankenanstalten in Deutschland zeigen auf, wie wichtig ein solches Instrument für die Bewältigung des Intensivstationaufenthaltes sein könnte.

6.2 Implikationen für die Pflegeforschung

Aufgrund der kleinen Stichprobe von zehn Personen und der dadurch nicht erreichten Datensättigung, kann das in dieser Arbeit entwickelte Erkenntnismodell lediglich als Basis angesehen werden.

Als Implikation für die Forschung kann festgehalten werden, dass weitere Untersuchungen bezüglich individueller Strategiemeasures, welche die Betroffenen selber entwickelt hatten um mit ihren Problematiken umzugehen, genauer nachgefragt gehören. Auch der Einsatz des Intensivtagebuches in der Praxis, sowie die (erhoffte) Unterstützung beim Verarbeiten des Erlebten, wären erforschenswert.

Ein weiteres Thema, welches nicht nur im Zusammenhang mit dem Aufwachprozess auf Intensivstationen interessant wäre, betrifft die Abhängigkeit der PatientInnen vom betreuenden Personal. Es besteht ein Unterschied zwischen Abhängigkeit und Macht, bei letzterer wird die Abhängigkeit ausgenutzt. Zeitweise zeigte sich die Abhängigkeit beziehungsweise das Angewiesen sein in den Aussagen der InterviewteilnehmerInnen besonders stark, welche als Machtausübung wahrgenommen wurde. Es wäre interessant, in diese Richtung genauer nachzufragen, ob die Betroffenen nur das Gefühl hatten oder ob tatsächlich Macht ausgeübt wurde. Dies kann in dieser Arbeit nicht dargestellt oder belegt werden, da es die Forscherin leider verabsäumt hat, diesen Punkt genauer zu erkunden. Vielleicht handelt es sich aber nur um ein individuelles Gefühl der Forscherin.

7. STÄRKEN UND LIMITATIONEN DER ARBEIT

Da bei der vorliegenden Arbeit lediglich zehn Interviews durchgeführt wurden, konnte die Methode der Grounded Theory nicht in ihrem vollen Umfang ausgeführt werden. Die Datensättigung wurde nicht erreicht, wodurch das selektive Kodieren nicht stattgefunden hatte und somit keine Kernvariable ausfindig gemacht werden konnte. Auf Grund der geringen Datenmenge konnte lediglich ein erster Versuch eines Erklärungsmodells, jedoch noch keine Theorie erstellt werden, um die physischen und psychosozialen Probleme während des Aufwachprozesses auf Intensivstationen darzustellen.

Als weiterer Schwachpunkt könnte der Ort des Geschehens angesehen werden, da der Großteil der InterviewteilnehmerInnen auf derselben Intensivstation lag. Es wäre interessant, Befragungen von ehemaligen IntensivpatientInnen von anderen Stationen durchzuführen und eventuelle Unterschiede ausfindig zu machen.

Eine Stärke liegt in dieser Arbeit in der sehr heterogenen Gruppe bezüglich des Alters und der Diagnosen der InterviewteilnehmerInnen, wodurch eine enorme Datenvielfalt erreicht werden konnte. Da bei sieben von zehn befragten Personen der Intensivstationaufenthalt erst maximal sechs Monate vergangen war, konnten sich die meisten Betroffenen, vor allem bei genauer Nachfrage, noch sehr gut an Details wie Träume, Ängste etc. erinnern.

Positiv fällt auch die Breite des Themas auf, wodurch sehr viele Aspekte den Aufwachprozess betreffend, berücksichtigt wurden. Als weitere Stärke der Untersuchung wird die Forscherin selbst angeführt, weil auf Grund der Berufserfahrung Erzählungen von den befragten Personen rascher erfasst wurden und ein besseres Verständnis vorherrschte.

8. SCHLUSSFOLGERUNG

Der Aufwachprozess auf Intensivstationen stellt eine komplexe Angelegenheit dar, welche von Person zu Person subjektiv erlebt und somit individuell interpretiert wird. Es sind zwar keine definierten Aufwachphasen feststellbar, jedoch werden die Belastungen zu Beginn der Aufwachphase aufgrund der eingeschränkten Bewusstheit und den damit verbundenen Problemen anders beschrieben, als später, wenn die Realität wieder besser wahrgenommen werden kann. Die Erfahrungen aus der subjektiven Sicht der Betroffenen darzustellen und dadurch das bestehende Wissen zu erweitern, war das Hauptziel dieser Untersuchung.

Da das Erleben des Aufenthaltes auf einer Intensivstation von außen häufig nicht erkennbar ist, sollte mithilfe von qualitativen Interviews mit betroffenen Personen unter Anwendung der Methode der Grounded Theory versucht werden, ein Erklärungsmodell über den Aufwachprozess zu entwickeln.

Im Rahmen dieser Untersuchung konnte festgestellt werden, dass es beim Aufwachen nach Analgosedierung größtenteils um das Verwischen des Zeitgefühls, die Unkenntnis darüber, was passiert sein könnte, und das stark eingeschränkte Erinnerungsvermögen geht. Erst bei besserer Wahrnehmung der Realität werden eventuell vorhandene Schmerzen sowie die Durst- und Essproblematiken präsenter, ebenso werden die meist unangenehmen Gefühle des Angewiesenseins ins Bewusstsein gerufen.

Für das Intensivbehandlungsteam ist vor allem die Bewusstmachung der Einflussfaktoren, sowie deren Auswirkungsmöglichkeiten von hoher Bedeutung. Die Verantwortung, welche dem gesamten Betreuungsteam zukommt, muss erkannt und ernst genommen werden. Indem das Personal weiß, welche strategischen Maßnahmen frühzeitig gesetzt werden könnten, wären Verbesserungen möglich, damit das Aufwachen kein „böses Erwachen“ wird. Weiters kann festgehalten werden,

dass Angehörige einen wichtigen Beistand für IntensivpatientInnen in dieser schwierigen Zeit darstellen.

Den Abschluss bildet ein treffendes Zitat einer Interviewpartnerin, welches den Titel dieser Diplomarbeit verdeutlicht:

„Ich glaub, wenn man munterer wird, dann schaltet sich das Bewusstsein wieder voll ein, und man muss dann Unterscheidungen treffen, also angefangen von Farben bis hin zu vielen Menschen, die man sieht, und man kennt aber niemanden. Man hat Angst und man ist aus der vertrauten Umgebung heraus gerissen, also von zu Hause, und mit dem muss man erst mal fertig werden. Und dann kommt dazu, dass man eigentlich gar nicht so genau weiß, was passiert ist. Und wehren kannst dich auch nicht. Ich hab das machen müssen, wie es die anderen wollten.“

9. BIBLIOGRAFIE

Alasad J., Ahmad M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (4): 356-362

Besendorfer A. (2004). "Ich wusste ja nicht, was passiert war ...". Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. *Intensiv*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 12: 241-246

Brunke A. (2007). Erfahrungen, Erlebnisse und Erleben des analgosedierten, beatmeten Patienten. *Intensiv*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 15: 166-179

Crunden E. (2010). A reflection from the other side of the bed – An account of what it is like to be a patient and a relative in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26: 18-23

Dörner K. (1994). Leben mit Bewusstsein? Eine Annäherung. In C. Bienstein, A. Fröhlich (Hrsg.) *Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte*. (S 10-15) 2. Auflage, Düsseldorf, Verlag Selbstbestimmtes Leben

Eckerblad J., Eriksson H., Kärner A., Edéll-Gustafsson U. (2009). Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation – A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25: 225-232

Engström A., Söderberg S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (6): 569-576

Foster A., (2010). More than nothing: The lived experience of tracheostomy while acutely ill. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26: 33-43

Freitag E., (2000). Was und wie Patienten erleben. Von der Notwendigkeit einer psychosozialen Begleitung. In H. Strätling-Tölle (Hrsg.) *50 Tage intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*. (S 73,74) Frankfurt am Main, Mabuse Verlags GmbH

Frisk U., Nordström G. (2003). Patient's sleep in an intensive care unit – patients' and nurses' perception. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19: 342-349

Geisler L. (2002). *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. 4. erw. Auflage. Frankfurt am Main. pmi Verlag AG

Gerdes A. (2004). *IntensivCareUnit. Ramsay Sedation Score*. Zugriff am 02. März 2010 unter <http://www.intensivcareunit.de/rss.html>

Glaser B., Strauss A. (2008). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. 3. Auflage. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.). Aldine Transaction

Hall W., Gallery P. (2001). Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. *Qualitative Health Research*, 11 (2): 257-272

Hannich H.-J. (1994). Beziehung und Interaktion mit Bewusstlosen. In C. Bienstein, A. Fröhlich (Hrsg.) *Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte*. (S 51) 2. Auflage, Düsseldorf, Verlag Selbstbestimmtes Leben

Hofhuis J., Spronk P., Stel H. van, Schrijvers A., Rommes J., Bakker J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24: 300-313

Horbach A. (2008). Psychosoziale Betreuung. In E. Knipfer, E. Kochs (Hrsg.) *Klinikleitfaden Intensivpflege*. (S 63, 69) 4. Auflage. München, Jena, Elsevier Urban & Fischer Verlag

Janssens U., Graf J. (2009). Angst und Depression nach Intensivbehandlung: Hilfe durch ein Patiententagebuch? *IntensivNews Forum für Intensiv- und Notfallmedizin*, Jg. 13 (2): 8-10

Johnson P., John W., Moyle W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (5): 551-558

Kelbel C., Schönhofer B. (2007). Beatmung und Analgosedierung. Ventilation and Analgo-Sedation. *Pneumologie*, 61: 357-362

Kleinschmidt S. (2008). Analgesie, Sedierung, Relaxation und Therapie von Psychosyndromen. In H. Burchardi, R. Larsen, R. Kuhlen, K.-W. Jauch, J. Schölmerich (Hrsg.) *Die Intensivmedizin*. (S 304). 10. überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Knowles R., Tarrier N. (2009). Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: A randomized controlled trial. *Critical Care Medicin*, 37 (1): 184-191

Knück D., Nydahl P. (2008). Das Intensivtagebuch in Deutschland. *Intensiv*, 16: 249-255

Köberich S., Spitz C. (2003). Das Intensive-Care-Unit-Syndrom. Pflegerische Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Patienten mit deliranten Syndromen auf einer Intensivstation. *Intensiv*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 11: 58-64

Köllner V., Deister A. (2001). Psychosoziale Probleme und therapeutische Ansätze in der Intensivmedizin. In Burchardi H., Larsen R., Schuster H-P., Suter P.M. (Hrsg.) *Intensivmedizin*. (S 37, 38, 42). 8. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Krauseneck T., Krähenmann O., Heimendahl J. von, Schelling G., Padberg F. (2007). Psychiatrische Erkrankungen auf der Intensivstation – Teil III. Psychische Reaktionen, affektive Erkrankungen und Angststörungen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 3: 180-187

Krüger L. (2008). Mobilisation und Lagerung. In E. Knipfer, E. Kochs (Hrsg.) *Klinikleitfaden Intensivpflege*. (S 180-181). 4. Auflage. München, Jena, Elsevier Urban & Fischer Verlag

Larsen R. (1999). *Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger*. 5. vollst. überarb. erw. Auflage. Berlin, Springer Verlag

Löf L., Berggren L., Ahlström G. (2008). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 month. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24: 108-121

Lösch E. (2001). Pflege des Intensivpatienten. In Burchardi H., Larsen R., Schuster H-P., Suter P.M. (Hrsg.) *Intensivmedizin*. (S 69). 8. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Logan J., Jenny J. (1997). Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. *Heart & Lung*, 26: 140-147

Magarey J., McCutcheon H. (2005). „Fishing with the dead“ – Recall of memories from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21: 344-354

Mahlmann A. (2008). Monitoring. Beobachten und Überwachen von Bewusstseinszuständen. In E. Knipfer, E. Kochs (Hrsg.) *Klinikleitfaden Intensivpflege*. (S 100-101) 4. Auflage. München, Jena, Elsevier Urban & Fischer Verlag

Martin J., Bäsell K., Bürkle H., Hommel J., Huth G., Kessler P., Kretz F. J., Putensen C., Quintel M., Tonner P., Tryba M., Scholz J., Schüttler J., Wappler F., Spies C. (2005). Analgesie und Sedierung in der Intensivmedizin – Kurzversion. S2-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed*, 46: 1-20 DIOmed-Verlags GmbH

Mayer H. (2007). *Pflegeforschung anwenden*. 2. Auflage. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayer K. C. (2011). *Glasgow Coma Scale*. Zugriff am 05. Jänner 2011 unter http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=647

Metzing S. (2004). Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts auf einer Intensivstation. In A. Abt-Zegelin (Hrsg.) *Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing*. (S 191-212) Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Moesmand A. M., Kjollesdal A. (2002). *Pflege von Akutkranken*. Psychosoziale Betreuung von Notfall- und Intensivpatienten, Patienten vor/nach OP und ihrer Angehörigen. München, Jena, Urban & Fischer Verlag

Neubert T., Bohrer T., Koller M. (2004). Wie erleben Patienten den Aufenthalt auf einer chirurgischen Intensivstation? Eine prospektive Beobachtungsstudie aus Sicht der Pflege. *Intensiv*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 12: 120-129

Nydahl P., Bartoszek G. (2003). *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Auflage. München, Jena, Urban & Fischer Verlag

- Nydahl P. (2006). Sedierung. Mehr als nur tiefer Schlaf. *Pflegen Intensiv*, 3: 20-25
- Nydahl P., Rothaug O. (2010). Ein Pflegebeatmungskonzept – Teil 1. Orientierung am Patientenerleben. *Intensiv*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 18: 75-81
- Pinkert C. (2004). Das subjektive Erleben von Schlafstörungen bei Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation. In A. Abt-Zegelin (Hrsg.) *Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing*. (S 44-58) Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Ringdal M., Johansson L., Lundberg D., Bergbom I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit – Experienced by patients with physical trauma. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22: 346-354
- Roberts B., Rickard C., Rajbhandari D., Reynolds P. (2007). Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission – a multicentre cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9): 1669-1677
- Rompaey B. van, Schuurmans M., Shortridge-Baggett L., Truijen S., Elseviers M., Bossaert L. (2009). Long term outcome after delirium in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 3349-3357
- Rotondi A., Chelluri L., Sirio, C. Mendelsohn A., Schulz R., Belle S., Im K., Donahoe M., Pinsky M. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30 (4): 746-752
- Russell S., (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4): 783-791

Salomon F. (1994). Bewusstsein und Bewusstlosigkeit aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht. In C. Bienstein, A. Fröhlich (Hrsg.) *Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte.* (S 31) 2. Auflage. Düsseldorf, Verlag Selbstbestimmtes Leben

Schara J. (2008). Das Erleben der Intensivmedizin. In T. Junginger, A Pernecky, C.-F. Vahl, C. Werner (Hrsg.) *Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen.* (S 17-22). Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Schlachetzki F., Horn M. (2002). Der neurologische Notfallpatient. In K. Taeger, G. Rödiger, U. Finsterer, U. Roth, C. Stoll (Hrsg.) *Grundlagen der Anästhesiologie und Intensivmedizin für Fachpflegepersonal. Band II Allgemeine und spezielle Anästhesie, Intensivmedizin.* 4. Auflage. (Kap. 14.2 S 16) Wiesbaden, Wissenschaftliche Verlagsabteilung Abott GmbH

Schreiner M, Weiss G. (2004). Was Patienten in der Intensivstation wahrnehmen und erleben. *Pflegezeitschrift*, 3: 4-9

Steins B. (2000). Erinnerungen aus dem Koma. In H. Strätling-Tölle (Hrsg.) *50 Tage intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus.* (S 47) Frankfurt am Main, Mabuse Verlags GmbH

Striebel H. W. (2009). *Anästhesie – Intensivmedizin – Notfallmedizin: für Studium und Ausbildung.* 7. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer

Wahlin I., Ek A-C., Idvall E. (2009). Empowerment in intensive care: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25: 332-340

Walz M., Möllenhoff G., Muhr G. (1999). Verkürzung der Weaningphase nach maschineller Beatmung durch kombinierte Gabe von Clonidin und Sufentanil. *Chirurg*, 70: 66-73

10. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Glasgow Koma-Skala (Mayer, 2011).....	9-10
Abbildung 2: RAMSAY-Skala (Gerdes, 2004)	11

Abbildung 1: Erklärungsmodell zum Aufwachprozess.....	104
---	-----

11. ANHANG

11.1 Interviewleitfaden

Einstiegsfrage: Können Sie sich noch gut an den Intensivstationaufenthalt erinnern? Wann? Wie lange?

- Schmerzen? – Wurde adäquat reagiert?
- Beatmung – Tubus/Tracheostoma, Absaugen, Atemnot
- Wie funktioniert die Kommunikation (mit und ohne Tubus, genügend Informationen und Aufklärung erhalten? Wie reagierten Sie, wenn Sie nicht einverstanden waren?)
- Wie werden ärztliche und pflegerische Maßnahmen wahrgenommen (Körperpflege, regelmäßiges Eincremen, Lagerungsmaßnahmen, Einsicht der Notwendigkeit, Schamgefühl, Fixierung etc.)?
- Ist Rhythmus entwickeln wichtig? (Uhr, Kalender)
- Angewiesen sein auf fremde Hilfe; Krankheits- und Schwächegefühl
- Wie erging es Ihnen mit der Abhängigkeit (vom Personal, [Beatmungs]-Maschinen etc.)? Haben Sie sich inmitten der Apparate und Maschinen sicher gefühlt – oder unsicher?
- Wie entsteht Vertrauen? Zu wem hatten Sie Vertrauen? Wodurch wird das Vertrauen beeinflusst? Welches sind ausschlaggebende Faktoren zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung?
- Schlafen (Was war die häufigste Ursache für Schlafprobleme?)
- Orientierungsschwierigkeiten – Tag/Nacht, Verwirrtheit
- Ängste (vorm Sterben, schwerem Leiden, vor Behinderung, Personen, Prozeduren etc.)? Sorge um Gesundheit und die weitere Zukunftsgestaltung etc.
- Wie wird die Umgebung (Mitanwesenheit Schwerkranker, Lärm, Besucher, Licht etc.) wahrgenommen?

- Welche Rolle spielen die Angehörigen (Freude, anstrengend, Besuchszeiten – zu kurz, passend, zu lang etc.)?
- Durst?
- Pflegerische Dienstübergabe – Infoweitergabe mitgehört?
- Wie wurde das Erlebte verarbeitet?
- Welche Bedeutung haben Träume und welche Unterstützung bräuchten Sie bei der Bearbeitung dieser Träume? Sind die Bilder der Intensivzeit noch präsent – oder vergessen?
- Theoretische Besprechung des Intensivtagebuchs
- Welche Verbesserungen könnten in die Intensivpflegepraxis implementiert werden?
- Was blieb Ihnen als besonders positiv/schön in Erinnerung? Spontane Antwort, bitte!
- Was blieb Ihnen als besonders negativ/schlimm in Erinnerung? Spontane Antwort!

11.2 „Informed Consent“



UNIVERSITÄT WIEN

**INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN**

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE**

mit dem Titel:

**DER AUFWACHPROZESS AUF INTENSIVSTATIONEN
AUS SICHT DER PATIENTINNEN**

Untersucherin:

Johanna Stübegger (a0602702)

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

Alser Straße 23

A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Frau Johanna Stübegger führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung des Aufwachprozesses nach Analgosedierung auf Intensivstationen durch. Sie sind gefragt worden an dieser Studie teilzunehmen, da Sie als betroffene Person wertvolle Informationen liefern können.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort mit Frau Stübegger treffen und sich mit ihr zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Frau Stübegger wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern, eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Stübegger jederzeit darum bitten, das Tonband für die Zeit der Beantwortung dieser Frage auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz)

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligten Forscherinnen werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Stübegger wird das Interview transkribieren, das heißt, sie wird alles, was Sie ihr erzählt haben, in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die Bedürfnisse und die Probleme von Menschen während des Intensivstationaufenthalts in Zukunft noch besser verstehen, und den Betroffenen auf diese Weise mehr Verständnis und bessere Unterstützung anbieten können.

Kosten / Kostenerstattung

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zu teil.

Fragen

Die Studie wurde Ihnen von Frau Stübegger erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Stübegger oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Johanna Stübegger

Tel.: 0650/xxx

Dr. Monika Linhart

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

Alser Straße 23

A – 1080 Wien

Tel.: 01/xxx

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht, die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift des/der Teilnehmer/in

Datum

Unterschrift der Untersucherin

11.3 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name, Vorname: Stübegger Johanna
Geburtsdatum: 16. November 1975
Geburtsort: Wiener Neustadt
Staatsbürgerschaft: Österreich
E-mail-Adresse: johanna.stuebegger@wienkav.at

Ausbildungen

2006-2011 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
mit Wahlfach BWL, Universität Wien
März 2006 Berufsreifeprüfung
2003-2006 Zweiter Bildungsweg, Volkshochschule Floridsdorf
Mai 2003 Diplom Anästhesie und Intensivpflege
2002-2003 Sonderausbildung der Intensivpflege an der Akademie für
Fortbildungen und Sonderausbildungen Bereich Pflege am
Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien
Sept. 1995 Diplom der allgemeinen Krankenpflege
1992-1995 Allgemeine Krankenpflegeschule am Sozialmedizinischen
Zentrum Ost der Stadt Wien
1990-1992 Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe,
Oberwart
1986-1990 Hauptschule Hochneukirchen
1982-1986 Volksschule Hochneukirchen

Berufserfahrung

seit April 1998 Abteilung für Anästhesiologie und allgemeine Intensiv-
medizin im Sozialmedizinischen Zentrum Ost, Wien
1995-1998 Allgemeine interne Station mit Gastroenterologie und
Hämato-Onkologie im Sozialmedizinischen Zentrum Ost,
Wien