

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

November 2008 – November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Humane Sterbebegleitung auf Intensivstationen

Unter besonderer Berücksichtigung der
pflegerischen Schwerpunkte und
Kommunikationshilfen für die
Begleitung von Angehörigen

vorgelegt von: Melanie Fischer
LKH - Klagenfurt
Intensiv - Süd

begutachtet von: DGKS Tanja Schlömmer, PA
LKH - Klagenfurt

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄHRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder die begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur, sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der, der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Melanie Fischer

Klagenfurt, Oktober 2009

[Text eingeben]

[Text eingeben] [Text eingeben]

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Abschlussarbeit beschäftigt sich mit den Phänomenen „ humane“ Sterbebegleitung auf Intensivstationen. Explizit wird anhand der bedürfnisorientierten Pflege der professionelle Umgang mit moribunden Intensivpatienten skizziert. Gerade im Bereich der intensiv-anästhesiologischen Gesundheits- und Krankenpflege ist der Umgang mit Tod und Sterben Teil der Tätigkeit. Für Angehörige ist die Situation auf einer Intensivstation oftmals eine sehr drückende und wird deswegen oft falsch wahrgenommen und erlebt. Angst, Trauer sowie eine ungewohnte, fremde Umgebung und Situation sorgen dafür, dass das Gesagte nicht immer so verstanden wird wie es von der gesprochenen Person gemeint wurde. Hierfür werden zwei Kommunikationsmodelle beschrieben, die sich mit der „Sender – Empfänger – Ebene“ auseinandersetzen. Wichtig ist es zu verstehen, wie es zu einer zwischenmenschlichen Begegnung durch unsere Sprache kommen kann und wodurch das Gesagte beeinflusst werden kann. Grundlegende Kommunikationsgrundlagen sind der beste Weg zu einem erfolgreichen Gespräch zwischen Pflegepersonal und den oft so verletzten Angehörigen. Alle Gespräche sind individuell, dass darf nicht außer Acht gelassen werden. Deswegen ist für eine optimale Gesprächsführung nicht nur ausschließlich Fachwissen sondern auch eine besonderes Einfühlungsvermögen seitens der Pflegenden erforderlich.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

EEG	Elektroenzephalogramm
O2	Sauerstoff
Pat.	Patient
ZNS	Zentrales Nerven System

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	7
1.	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMDARSTELLUNG	8
2.	Bedeutung von Tod und Sterben für den Menschen	9
2.1	Wann ist ein Mensch tot?	9
2.2.1	Der klinische Tod	9
2.2.2	Der Hirntod.....	10
2.2.3	Der biologische Tod	10
2.2	Das Sterben als ein Teil des Lebens	10
2.3	Der Sterbeprozess	11
2.4	Die Terminalphase	11
2.4.1	Verstärkter Rückzug nach innen.....	12
2.4.2	Zunehmende Bewusstseinsbeeinträchtigung.....	12
2.4.3	Veränderung der Atmung	13
2.5	Stadien des Sterbens nach Dr. Kübler Ross	13
2.5.1	Nicht wahrhaben wollen/ leugnen	14
2.5.2	Zorn.....	14
2.5.3	Verhandeln.....	14
2.5.4	Depression	15
2.5.5	Zustimmung	15
2.6	Zusammenfassung	15
3.	„Sterben und Tod“ in der täglichen Praxis der Intensivkrankenpflege	17
3.1	Körperpflege und Lagerung.....	17
3.2	Mögliche Ursachen und Pflegeinterventionen bei trockener Mundschleimhaut.....	19
3.3	Besonderheiten und Pflegeschwerpunkte bei Atemnot	21
3.4	Spezielle Pflege bei sterbenden Beatmungspatienten.....	22
3.5	Ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.....	24
3.6	Spezielle Pflege bei Obstipation	24
3.7	Notwendige Pflege an Sterbenskranken in verschiedenen Bewusstseinslagen.....	25
3.8	Pflegetips und Hilfsmittel für schlafgestörte Moribunde	27
3.9	Die Thematik „ Schmerz“ auf Intensivstationen	28
3.10	Psychologische Betreuung ablebender Intensivkranker	28
3.11	Zusammenfassung	29

4.	KOMMUNIKATIONSHILFEN FÜR ANGEHÖRIGE VON STERBENDEN UND FÜR PFLEGEKRÄFTE AUF INTENSIVSTATIONEN.....	30
4.1	Angehörige und Intensivstation.....	30
4.2	Die Bedeutung von Bezugspersonen für die Patienten.....	30
4.3	Herzklopfen und Tränen der Schwere Gang zur Intensivstation.....	31
4.4	Der Einlass zum Sterbenden.....	31
4.5	Kommunikation mit den Angehörigen	32
4.6	Kommunikationsmodelle.....	33
4.6.1	Das einfache Modell	33
4.6.2	Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun.....	34
4.6.3	Die vier Ohren von Schulz von Thun:.....	34
4.7	Grundlagen der Gesprächsbegegnung	35
4.8	Arten der Gesprächsführung.....	35
4.8.1	Beraterzentriertes Gespräch:.....	35
4.8.2	Klientenzentriertes Gespräch:.....	36
4.9	Verhaltensweisen im Gespräch.....	36
4.10	Zusammenfassung	37
5.	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG	38
6.	LITERATURVERZEICHNIS.....	41

0. VORWORT

Ich habe mich mit dem Thema humanes Sterben auf der Intensivstation auseinandergesetzt, da ich in meiner bisherigen Berufslaufbahn mit der Thematik Sterben im stationären Intensivbereich alltäglich konfrontiert wurde. Somit konnte ich mir ein Bild davon machen, wie wichtig eine professionelle und empathische Begleitung in den letzten Phasen des Lebens ist. Gerade Menschen die sich im letzten Stadium des Lebens befinden, benötigen eine umfangreiche Betreuung. Oft werden sie von starken Schmerzen und Ängsten geplagt, oder können sich nicht mehr mitteilen und haben so keine Möglichkeit mit den Angehörigen verbal in Kontakt zu treten. Dies ist für die Familien oft sehr dramatisch, deswegen ist es sehr wichtig, die Betroffenen zu begleiten und zu betreuen. Das erweist sich für die Pflegenden oft als sehr schwierig, da man mit Erschütterung, Trauer, Verzweiflung, Aggression und Angst konfrontiert wird. Ich habe mich entschlossen, diese Thematik genauer zu explorieren, um ein fundiertes theoretisches Wissen zu erlangen, und damit Bedingungen schaffen, die es den Kranken und den Angehörigen ermöglichen, die Zeit des Sterbens als eine besonders wertvolle Zeit zu erleben. Sie sollen diese individuell gestalten, Abschied zu nehmen und vor allem am Leben teilnehmen können und das bis zuletzt. Sei es eine Fahrt am Balkon, in die Natur oder auch das Recht auf Rückzugsmöglichkeiten für den Sterbenden und dessen Angehörige. Neben Wissen und Können bedarf es gerade im Bereich der Intensivpflege auf Seiten der Professionalisten der sogenannten „Herzensbildung“, oder um es mit den Worten des Psychologen Carl Rogers auszudrücken: „Der Empathie, Wertschätzung und Kongruenz“.

Mein besonderer Dank gilt meiner betreuenden Lehrerin, Tanja Schlömmner, für die Begleitung und professionelle Unterstützung während des Erstellens dieser Abschlussarbeit. Weiters möchte ich Fr. Simone Arnold für das Korrekturlesen danken. Zum Abschluss möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freundinnen und Freunden bedanken, die zum Gelingen dieser Abschlussarbeit einen besonderen Beitrag geleistet haben.

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMDARSTELLUNG

Ein Patient auf einer Intensivstation stirbt meist ganz im Stillen inmitten des hektischen Betriebs einer hochtechnisierten, übermedikamentösen Medizin in kahlen, sterilen Räumen abgeschirmt von der Peripherie nach kurzem rasanten oder langem Kampf der Ärzte und des Pflegepersonals. Eine Intensivstation ist ein medizinischer Bereich, der einen sehr hohen Bedarf an Kommunikation aufweist und benötigt aber auch parallel der Ort ist, wo einer Kommunikation jeglicher Art, Hindernisse entgegenstellt werden. Ein häufig bestehender Kommunikationsverlust und Informationsmangel bildet die größte und stärkste Belastung für den sterbenden Intensivpatienten und dessen Angehörige. Die Qualität der Intensivmedizin und der pflegerischen Betreuung hängt in hohem Maße von der kommunikativen Interaktion zwischen dem Patienten, Angehörigen, Ärzten und dem Pflegepersonal ab, um den Moribunden individuell nach seinen Bedürfnissen zu pflegen und zu betreuen. Die Intensivmedizin ist auf den ersten Blick weder „human“ noch „inhuman“, entscheidend ist, dass sie ihre eigentlichen Schwerpunkte und Ziele verfolgt, die menschlichen Bedürfnisse jedoch nicht außer Acht lässt. Die Verdeutlichung von Humanität unter den sehr profunden Bedingungen vitaler Bedrohungen und sämtlicher ärztlicher, technischer, pharmazeutischer Ressourcen für den Sterbenskranken, ist nur sehr schwer möglich. Der entscheidende Garant für eine menschliche Sterbebegleitung ist, dass man dem Patienten mit Empathie und Wertschätzung gegenüber tritt, seine Bedürfnisse erfüllt und ihn ganzheitlich betrachtet und seine Schmerzen lindert. Eine Sterbebegleitung in deren Mittelpunkt der Mensch und nicht die vielen medizinischen Möglichkeiten stehen, kann als „humane“ Begleitung und Pflege bezeichnet werden.

Die vorliegende Abschlussarbeit widmet sich explizit dieser Thematik. Handlungsleitend ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wie gestaltet sich eine bedürfnisorientierte Sterbebegleitung auf der Intensivstation?
- Welche Formen der Kommunikationshilfen stehen dem betreuenden Pflegepersonal der Intensivstation zur Verfügung?

Die Beantwortung der Fragestellungen wurde anhand von Literaturrecherchen erarbeitet.

2. Bedeutung von Tod und Sterben für den Menschen

Grundlegend eignen sich alle Menschen in ihrem Leben Verhaltensweisen an, um mit schwerfälligen Konfliktsituationen umgehen zu können. Das Auseinandersetzen mit der eigenen Endlichkeit des Lebens kann zu einer unüberwindbaren Krise werden. Der Tod stellt nicht nur das Ende des Lebens dar, er ist als die letzte Aufgabe oder Prüfung, die uns das Leben stellt zu sehen. Es ist ein Reifungsprozess, mit diversen unterschiedlichen Phasen und Bedürfnissen, der uns an Erfahrungen und Erkenntnissen gewinnen lässt.

2.1 Wann ist ein Mensch tot?

Als letzte natürliche Lebensphase des Menschen, sowie das Erlöschen der Lebensfunktionen, an deren Ende der Tod steht, wird weltweit als Sterben bezeichnet. Der Tod definiert das „ENDE“ des menschlichen Lebens. Beim Feststellen des Todes werden unsichere, sowie sichere Anzeichen unterschieden. Von unsicheren Todeszeichen wird bei einer Abkühlung der Extremitäten, Hautblässe, keiner erkennbaren Atmung oder Puls gesprochen. Hingegen gehört das Auftreten von Totenflecken, Totenstarre, Starre der Pupillen und ein Verwesungsgeruch zu den so genannten sicheren Anzeichen des Todes. Der Tod eines Menschen wird durch einen Arzt festgestellt, indem er den irreversiblen Atem- und Kreislaufstillstand feststellt, wodurch es zu einer Schädigung des ZNS kommt (vgl. Kulbe, 2008, S. 14).

2.2.1 Der klinische Tod

Von einem klinischen Tod wird gesprochen, wenn es zu einem Atem- und Kreislaufzustand kommt, welcher durch eine Reanimation reversibel ist (vgl. Kulbe, 2008, S. 14). Hierbei ist der Mensch zwar klinisch tot, kann aber durchaus wieder ins Leben zurückgeholt werden. Auf einer Intensivstation treten diese Akutsituationen häufig auf und nicht immer ist eine Reanimation mit Erfolg gekrönt. Damit tritt der Pat. in die nächste Phase des Sterbens ein, dem biologischen Tod.

2.2.2 Der Hirntod

Wenn es zu einer irreversiblen Gesamtschädigung des Gehirnes kommt, jedoch parallel das Herz- Kreislaufsystem künstlich für z.B. eine Organexplantation erhalten wird, spricht man von einem Hirntod. Festgestellt wird dieser von einem Neurologen mittels EEG (vgl. Kulbe, 2008, S. 14). Der Gesetzgeber legt hierbei den Zeitpunkt fest, an dem der Pat. für Tod zu erklären ist. Dieser sehr spezielle Bereich der Sterbebegleitung wäre sicher eine interessante Thematik, soll aber nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein.

2.2.3 Der biologische Tod

Bei einem Ende aller Organ- und Zellfunktionen wird ein biologischer Tod definiert (vgl. Kulbe, 2008, S. 14). Der Pat. ist damit verstorben und damit endet auch die medizinische Betreuung des Pat. Die Pflege ist in den meisten Fällen damit jedoch nicht abgeschlossen. Beim Pat. wird noch eine grobe Körperpflege durchgeführt und er wird in einen Verabschiedungsraum gebracht. Dort haben nun Angehörige die Möglichkeit, sich vom Betroffenen in Ruhe zu verabschieden. Die Betreuung der Angehörigen in dieser Phase ist meist für das Pflegepersonal psychisch sehr anstrengend, da man immer mit seiner eigenen Vergänglichkeit und den persönlichen Ängsten und Gefühlen konfrontiert wird. In diesem Bereich der Pflege spielt die Kommunikation eine große Rolle.

2.2 Das Sterben als ein Teil des Lebens

Äußerst wichtig ist es den Tod selbst und das Sterben zu unterscheiden. Es muss verstanden werden, dass dies zwei verschiedene Dinge sind. Das Sterben ist ein Teil des Lebens, im Gegensatz dazu steht der Tod am Ende des Sterbeprozesses und zugleich am Ende des Lebens. Witkowski hat das Sterben als einen „dritten Zustand“ bezeichnet, nicht mehr zu leben jedoch, auch noch nicht tot zu sein. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass dem nicht zugestimmt werden kann, da sterbende Menschen leben, sie leben oft in einer noch nie dagewesenen Intensität. Das Sterben muss nicht zwangsläufig ein kurzer Prozess sein, dieser kann sich auch über einen längeren Zeitraum wie Wochen und Monate erstrecken (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 42).

2.3 Der Sterbeprozess

Der Sterbeprozess ist sehr abstrakt und steht am Ende des Lebens. Die Frage wann der Sterbeprozess beginnt, hat einen fast schon philosophischen Charakter. Erstaunlich ist es zu wissen, dass über den Sterbeprozess nur sehr vage formulierte Definitionen sowie Grundlagenforschungen vorliegen, wobei im Gegensatz dazu über den Hirntod, Nahtoderfahrungen oder über die Veränderungen beim absterben einer Zelle bedeutend mehr geforscht und geschrieben wurde.

In der Medizin beginnt das Sterben dann, wenn die elementaren Körperfunktionen unaufhaltsam zu versagen beginnen. Aufgrund der Ausrichtungen zu „Heilen“ tut sich die Medizin oft sehr schwer damit, den bereits begonnenen Sterbeprozess zu akzeptieren.

Aus biologischer Sicht nähert man sich mit jedem Tag dem Tod. Hier spricht man vom Beginn des Sterbens mit dem absterben der ersten Zelle, welches schon bei der Geburt einsetzt.

Wenn ein Mensch unmittelbar vor dem Tod steht und sich dieser Todesbedrohung bewusst ist, beginnt in der Psychologie das Sterben. In dieser Phase wird sein Erleben und Verhalten vom immer näherkommenden Tod bestimmt (vgl. Nagele, Feichtner, 2009[Seel 2001] S. 42f).

2.4 Die Terminalphase

Wie teilen Pflegende ihren Kollegen mit, dass ein Patient sterbend ist? Es gibt keine eindeutigen sprachlichen Begriffe, um zu beschreiben, dass der Sterbeprozess eines Menschen begonnen hat. Bei den Dienstübergaben wird oft von einer deutlichen Verschlechterung des Patienten gesprochen. Jedoch sind es nicht die körperlichen Beschwerden, da der Betroffene in einem „entspannteren“ Zustand ist, der Tod scheint dennoch ein großes Stück näher gekommen zu sein. Dieser ebengenannte Zustand wird sehr oft als eine Verschlechterung bezeichnet. Die Frage die es zu stellen gilt ist, ob dies wirklich als Verschlechterung zu bezeichnen ist. Ist es eine Scheu uns mit diesem Bereich des Lebens auseinanderzusetzen, da die Gesellschaft meist keine Worte dafür findet?

Es ist zu kritisieren, dass bis heute noch keine sichere Definition zu diesem Bereich besteht, denn es muss nicht bedeuten, dass mit dem letzten Atemzug der Sterbeprozess beendet ist. Viele Organ- wie Körperfunktionen bleiben noch Tage bis Wochen nach diesem Ereignis erhalten. Es setzt einen gewissen Grad an Erfahrung voraus, um die Veränderungen in der beginnenden Terminalphase zu erkennen. Pflegende erlangen meist durch die intensive Nähe zum Patienten eine sehr sensible Wahrnehmung (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 43f). Vor allem im Intensivpflegebereich mit seiner besonderen Pflege und Nähe ist diese Erfahrung von Vorteil, um den Patienten in der Sterbephase begleiten zu können.

2.4.1 Verstärkter Rückzug nach innen

Eine Art innerer Rückzug des betroffenen Menschen ist oft am Beginn der Sterbephase zu bemerken. Immer mehr Dinge, die für diese Menschen zuvor sehr von Interesse waren, verlieren nun immer mehr an Bedeutung. Verbale Äußerungen werden nur mehr getätigt wenn es die Notwendigkeit verlangt. Wenn Patienten oft sehr teilnahmslos und passiv wirken, ist im Inneren sehr wohl ein sehr aktives Geschehen im Gange. Es scheint als wäre dieser Mensch um vieles mehr mit sich selbst beschäftigt.

Für die Angehörigen ist es nicht immer einfach, diesen innerlichen Rückzug des Betroffenen zu akzeptieren. Hier spielt eine gute Information sowie eine fachliche Unterstützung der Angehörigen eine wichtige Rolle (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 45). Im besonderem auf einer Intensivstation, wo die Kommunikation oft grundlegend erschwert ist, kann dieser Rückzug nach innen mit einer Verringerung von Äußerungen die Pflege deutlich erschweren. Auch hier spielt die Erfahrung und die Professionalität eine große Rolle, diesen Zustand zu erkennen und auch akzeptieren zu können.

2.4.2 Zunehmende Bewusstseinsintrübung

In der zweiten Phase kommt es zu immer stärkeren Bewusstseinsintrübungen des sterbenden Menschen. Dieser ist nun nur mehr sehr schwer weckbar. Die Pflege sowie auch die Medizin haben in dieser Phase eine sehr wichtige Aufgabe für den Patienten. Es ist äußerst bedeutsam dafür zu sorgen, dass dieser nicht durch Schmerzen in seiner Auseinandersetzung mit sich selbst gestört wird.

Die Bewusstseinsbeeinträchtigung ist nie gleichbleibend. Menschen die seit Tagen oder Wochen in einem komaähnlichen Zustand liegen, werden plötzlich wieder wach und sind fähig, ein paar Worte zu sprechen. Reaktionen auf für sie sehr nahe stehende Menschen, sind in der Regel eine der Letzten. Es kann jedoch auch vorkommen, dass sie die Bezugspersonen gar nicht mehr wiedererkennen. Angehörige oder Bezugspersonen spielen nun eine große Rolle, es ist wichtig für den Betroffenen eine Unruhe, also ein ständiges Kommen und Gehen im Zimmer zu vermeiden. Oftmals ist es auch günstig den Sterbenden einige Zeit alleine zu lassen, wobei zu bedenken ist, ihm/ ihr vorher Bescheid zu geben. Nur weil sie nicht mehr in der Lage sind sich zu äußern, hat dies keineswegs zu bedeuten, dass diese Betroffenen die gesprochenen Worte nicht mehr verstehen. Es ist zu beachten, dass man sich den sterbenden Menschen langsam nähert und sich in einfachen Worten ausdrückt um ihnen die Aufnahme des Gesagten zu erleichtern (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 45f).

2.4.3 Veränderung der Atmung

Vor dem Tod kann es zu einem Auftreten von gewissen Atemmustern kommen. Zu der Cheyne-Stokes-Atmung vermag es aufgrund einer Schädigung des Atemzentrums kommen. Diese ist oft ein Vorbote für die sogenannte Schnappatmung. Hier kommt es nur noch zu einzelnen schnappenden Atemzügen, welche meist unmittelbar vor dem Tod auftreten (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 46).

2.5 Stadien des Sterbens nach Dr. Kübler Ross

Die Psychiaterin Dr. Kübler Ross hat die Probleme des Sterbens Mitte der 80er Jahre in die breite Öffentlichkeit gebracht. Um den Prozess des bewussten Erlebens des Sterbens in Phasen darzustellen, hatte sie die Hilfe von 200 Patienteninterviews.

Durch die wechselnde seelische Verfassung der Sterbenden sind fünf Phasen geprägt. Eine Phase steht für mögliche emotionale Reaktionen und Verarbeitungsweisen, die unterschiedlich intensiv sein können. Dass die Betroffenen die Phasen nicht linear, sondern auch zirkulär durchleben können, sowie dass sich die Phasen wiederholen können und sich in ihrer Intensität unterscheiden können, davon ging Kübler Ross aus (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 47).

2.5.1 Nicht wahrhaben wollen/ leugnen

Es kommt zu einem Versuch der Betroffenen, die Erkenntnis von sich abzuwehren. Die gesamte Tragweite der Situation können sie für sich nicht wahrnehmen. Es kann auch zum Glauben einer Fehldiagnose sowie der Verwechslung der Untersuchungsunterlagen kommen. Wichtig ist es für den Betroffenen, dass eine Gesprächsbereitschaft signalisiert wird. Die Pflegenden sowie auch die Angehörigen müssen eine Abwehr des Sterbenden als eine Bewältigungsstrategie akzeptieren und auch respektieren (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 47).

2.5.2 Zorn

Der betroffene Mensch ist oft erfüllt von Wut, Neid und Zorn. Die Wut kann ihren Ursprung darin haben, dass plötzlich alle Pläne und Zukunftsaussichten ein Ende haben sollen. Der Neid richtet sich meist gegen diejenigen, die das Leben ungestört und ohne Krankheitseinflüsse genießen können. Aggressionen sind meist gegen sich selbst, können jedoch auch gegen die Umwelt oder einzelne Personen wie auch Pflegepersonen gerichtet sein. Die Aggression wird meist in einer Betreuungsunzufriedenheit geäußert wie z.B. die Mahlzeit, das Zimmer oder Personen des Teams betreffend. Negative Gefühle sollten in dieser Phase unbedingt zugelassen werden. Der Betroffene muss das Gefühl haben seine eigene Unzufriedenheit ausdrücken zu dürfen. Für die Pflegenden sowie auch für Angehörige ist es wichtig, den Zorn des Sterbenden nicht persönlich zu nehmen. Es ist äußerst wichtig für das gesamte Team sich abgrenzen zu können. Eine Supervision bietet eine gute Möglichkeit, solche Situationen im Team zu besprechen und somit zu verarbeiten (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 47f).

2.5.3 Verhandeln

In der Phase des Verhandeln versuchen die Betroffenen einen Aufschub noch etwas mehr von ihrer Lebenszeit zu erlangen. Sie glauben in diesem Stadium durch ihr besonderes Zutun noch etwas mehr Zeit zu gewinnen. Der religiöse Faktor spielt hier eine bedeutsame Rolle. Das Bitten um weitere Therapiemöglichkeiten, mit dem Versprechen alle Verordnungen genauestens einzuhalten sowie das Ablegen diverser Gelübde, können ein Zeichen für das Verhandeln sein. Die Pflegenden sollten die übersteigerte Hoffnung nicht nehmen, jedoch auf keinen Fall nähren. Aktives Zuhören kann eine Erleichterung für den Sterbenden bedeuten (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 48).

2.5.4 Depression

Den Betroffenen wird klar, dass sie alles verlieren, welches ihnen ein sinnerfülltes Dasein bereitet. Innerlich nehmen diese von ihren Träumen, Plänen, Zielen sowie von ihren Mitmenschen Abschied. Dies verursacht tiefe Traurigkeit, bietet jedoch die Möglichkeit für den Betroffenen, noch wichtige Dinge, die noch offen stehen mit ihren Mitmenschen zu klären. Hier kann es zu einem innerlichen Rückzug des Patienten kommen. Sie beginnen sich von ihren Bedingungen zu lösen. Dieser Rückzug kann etwas sehr schmerzhaftes für die Angehörigen sein. Sie leiden nicht nur unter den drohenden Verlust ihres geliebten Mitmenschen, sondern empfinden dies oft als Distanzierung ihnen gegenüber.

Bedeutsam hierbei ist es die Trauer zuzulassen. Gespräche sollten angeboten werden. Das Angebot von unterstützenden Maßnahmen für die Erledigung letzter Dinge ist für den Sterbenden oft von großer Bedeutung. Pflegende sollten die Unterstützung der Angehörigen in dieser oft sehr schwierigen Phase nicht außer Acht lassen (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 48).

2.5.5 Zustimmung

Nach einer gründlichen Auseinandersetzung mit ihren Emotionen, kommen die Betroffenen letztendlich zu einer Akzeptanz über ihr Ableben. Der betroffene Mensch hat in dieser Phase ein gesteigertes Ruhebedürfnis und die Kommunikation zur Außenwelt ist meist mit Gesten bzw. auf wenige Worte beschränkt. Zu beachten ist in dieser Phase, dem Betroffenen die Ruhe zu ermöglichen, den Rückzug zu akzeptieren. Der Erkrankte sollte möglichst wenig gestört werden (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 49).

2.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu beachten, das Sterben und der Tod als Ende des Lebens nicht dasselbe sind. Um zu sterben muss der Betroffene zuerst den Sterbeprozess durchleben, welcher zum Leben gehört. Um den Menschen in der Terminalphase zu erkennen benötigt man ein gewisses Maß an Erfahrung. Pflegende bekommen meist durch die enge Zusammenarbeit mit dem Patienten ein sensibleres Gespür. Diese kann dann dabei mithelfen, den Patienten in diesen letzten Phasen optimal betreuen zu können, ohne selbst dabei zu stark emotional involviert zu werden.

Die Psychiaterin Dr. Kübler Ross hat mit rund 200 Patienteninterviews versucht, den Sterbeprozess in fünf Phasen aufzuteilen. Dieser umfasst das Nicht wahrhaben wollen/leugnen, den Zorn, das Verhandeln, die Depression und die Zustimmung. In jeder dieser Phasen ist es wichtig, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen, sowie die Emotionen zuzulassen, jedoch nicht zu verstärken oder diese zu unterdrücken. Gerade in dem Bereich der Pflege ist es von großer Bedeutung, die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu kennen und darauf aufbauend die individuelle Pflege zu planen. Da nicht jeder Betroffene, der auf die Intensivstation aufgenommen wird, bei klarem Bewusstsein ist, und seine Bedürfnisse mitteilen kann, gibt es in diesem Bereich mehrere Hilfsmittel. Die dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen, um Informationen über die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zu bekommen. Dies wären der Aufnahmezustand mit den 12 Aktivitäten des täglichen Lebens nach Nancy Roper (AtLs) und der biographische Anamnesebogen. Diese Informationen werden im professionellen Pflegegespräch mit den Angehörigen erfasst. An Hand dieser Informationen wird nun die individuelle Pflege geplant.

Im nächsten Kapitel, wird nun auf die bedürfnisorientierten Pflegemaßnahmen, die bei einem Moribunden Intensivpatienten zu planen sind näher eingegangen. Die Pflegeinterventionen werden global betrachtet und erläutert, da nicht jeder im Sterben liegende Intensivpatient tracheotomiert oder beatmet ist.

3. „Sterben und Tod“ in der täglichen Praxis der Intensivkrankenpflege

In diesem Kapitel wird die Thematik der pflegerischen Sterbebegleitung auf einer Intensivstation genauer exploriert. Die Pflegetätigkeiten, die Betreuung und Begleitung orientieren sich nach verschiedenen Bedürfnissen des Sterbenden in verschiedenen Abschnitten und Zuständen. „Ein Bedürfnis ist das Verlangen oder der Wunsch, einen empfundenen oder tatsächlichen Mangel Abhilfe zu schaffen“.¹ Die Bedürfnisse eines Menschen müssen stets zu ermöglichen versucht und respektiert werden. Sie fördern die Genesung oder tragen zu einem friedlichen Tod bei (vgl. Menche et al., 2001, S. 43).

3.1 Körperpflege und Lagerung

Körperpflege und Hautpflege wird nicht nur bei Schwerkranken oder im Sterben liegenden Menschen durchgeführt, sondern auch bei Verstorbenen. Der Sinn dieser Körperpflege wird begründet mit der Vermeidung von Gewebe-, Haut- und Nervenschäden, mit der Anregung der natürlichen Hautfunktionen wie Schutz, Wärme, Anregung der Blutzirkulation usw. Eine Ganzkörperwaschung dient natürlich auch dem Wohlbefinden des Moribunden. Es können spezielle Pflegetätigkeiten angewendet werden. Auf der Intensiv – Süd werden diverse Waschungstechniken aus der basalen Stimulation angewandt. Erfahrungsgemäß wirkt sich das sehr beruhigend, angstlösend und entspannend auf die Betroffenen aus. Gerade bei einem ablebenden Menschen oder Bewußtseinseingetrübten, ist dies oft ein guter Zugang um in Kontakt zu treten und eine nonverbale Pflegebeziehung aufzubauen. Während des Waschvorgangs ist darauf zu achten, die anderen Körperregionen gut abzudecken, da sie aufgrund der verminderten Hautfunktionen zum frieren neigen, um so eine Unterkühlung des oftmals kachektischen Körpers zu vermeiden. Nach dem reinigen und frottieren der Haut, wird die Hautpflege durchgeführt mittels Pflegecremen oder Ölen. Die individuellen Wünsche sollten immer berücksichtigt werden. Es ist zu erwähnen, dass das Prinzip der Körperpflege bei Sterbenden und Todkranken anders betrachtet werden muss als bei Leicht- oder Schwerkranken (vgl. Luley, 2001, S. 51f).

¹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Bed%C3%BCrfnis>

Todkranke zu pflegen und zu betreuen bedeutet für ihre Seele den Geist und ihren Körper Wohlbefinden zu verschaffen. Die Thematik „Schmerz“ spielt natürlich auch eine immense Rolle. Es muss bei allen pflegetherapeutischen Tätigkeiten darauf geachtet werden. Sterbende leiden oft große Schmerzen und reagieren auf Berührungen oder Lagewechsel sehr sensibel. Die Thematik „Schmerz“ wird in den nachfolgenden Punkten genauer exploriert. Wenn Menschen im Sterben liegen und am Ende ihres Lebens angekommen sind freuen sie sich und lächeln einen dankbar an. Wenn man ihnen mitteilt: „Ich schaffe ihnen gerne Linderung“, oder „Es freut mich, wenn ich ihnen die Hand halten kann, oder ihnen den Rücken zu massieren“. Wenn man die letzten Tage eines Menschen mit Wohlbehagen und ganzheitlicher Pflege ausfüllen möchte bedarf es nicht nur pflegerischen Tuns. Es muss ein Umdenken stattfinden, dass die Bedürfnisse ablebender Patienten gegenüber dem Zeitplan einer klinischen Institution Vorrang haben, im Besonderen Intensivabteilungen. Bei der Wahl der Art der Lagerung des Moribunden im Spezialbett kommt es darauf an, dass der Patient nicht auf Monitorkabeln, Schläuchen, Temperatursonden ect. aufliegt. Es wird auch für ungünstig gehalten, die Manschette des Blutdruckapparates ständig am Arm zu belassen. Es können Druckstellen und Blutergüsse entstehen besonders bei marastischen Sterbenskranken. Der Katheterschlauch sollte zwischen den Beinen liegen, gegebenenfalls auf den Oberschenkel, wegen des geringen Drucks. Die Katheterleitung sollte nicht unter Ober- und Unterschenkel verlaufen, nur wenn ein Polster unterlegt wird, um Hautpartien zu schützen und die Durchgängigkeit des Katheters zu gewährleisten. Die Magensonde muss ebenfalls freigelagert sein, nicht unter Kopf oder im Gesicht. Infusionsschläuche werden gesichert unter Berücksichtigung der Bewegungsfreiheit. Somit wird verhindert dass sich die Schläuche vom Venenkatheter lösen können. Patienten mit dissoziierten Hirntod oder sterbende Intensivkranke mit apallischem Syndrom, die mit einem medikamentös aufrechterhaltendem Herz-Kreislauf-System leben und am Beatmungsgerät angeschlossen werden und eventuell hämodialysiert werden, müssen besonders bequem gelagert werden. Die Seitenlage eignet sich zur Prävention und Vermeidung von Wundliegen und zum mobilisieren des Bronchialsekrets. Bei Patienten die im Sterben liegen, kommt es dabei auf den Allgemeinzustand an. Wenige Minuten vor dem Ableben sollte kein Lagewechsel mehr durchgeführt werden, diese Zeit sollte den Angehörigen gegeben werden, um die letzte Zeit miteinander verbringen zu können und sich zu verabschieden. Der Stationsbetrieb hat hier etwas in den Hintergrund zu treten (vgl. Luley, 2001, S. 51fff).

Dies erweist sich oft als schwierig. Es wäre deswegen von Vorteil wenn es z. B. auf Intensivstationen einen extra Raum geben würde, wo der Moribunde und seine Angehörigen sowie Pflegende die Möglichkeit hätten, in Ruhe zu pflegen, begleiten und sich zu verabschieden, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden (vgl. Luley, 2001, S. 51ff).

Der Lagewechsel sollte mittels zwei Pflegepersonen erfolgen. Es bedarf an Zeit, Können, Geduld und Empathie. Davor ist eventuell ein Schmerzmittel zu verabreichen. Ein Lagewechsel kann als sehr anstrengend und schmerzhaft empfunden werden. Die Informierung vor und während Pfl egetätigkeiten gilt für ansprechbare sowie für bewusstlose Patienten (vgl. Luley, 2001, S. 51ff).

3.2 Mögliche Ursachen und Pflegeinterventionen bei trockener Mundschleimhaut

Beim Fortschreiten des Sterbeprozesses, haben die Patienten ein reduziertes Durstgefühl und somit eine eingeschränkte Flüssigkeitsaufnahme. Dies hat eine trockne Mundschleimhaut zur Folge. Dadurch kommt es zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen und schmerzhaften Missempfindungen. Oftmals kann Mundtrockenheit eine Nebenwirkung von Opioiden, Antidepressiva, Antiemetika, Anticholinergika, Antihistaminika, Spasmolytika und Diuretika sein, die die Speichelproduktion vermindern. In der terminalen Phase ist die Mundatmung eine weitere Disposition für das austrocknen der Mundschleimhaut. Das Symptom der Mundtrockenheit kann durch eine explizite Mund- und Lippenpflege gelindert werden. Es muss berücksichtigt werden, dass der lindernde Effekt dieser Maßnahme manchmal nur für eine kurze Zeit anhält. Die regelmäßige Einschätzung und Beurteilung der Mundschleimhaut kann durch Skalen und Protokolle erfolgen und ermöglicht eine übersichtliche Dokumentation. Eine angemessene Mundpflege, durch in erster Linie häufiges und intensives anfeuchten, sowie kontinuierliche Pflege der Lippen, um ein quälendes Durstgefühl zu verhindern und für Wohlbefinden zu sorgen. Diese Interventionen sind stündlich, bis sogar halbstündlich durchzuführen. Angehörige übernehmen sehr gerne den Part der Mundpflege, da sie mit dieser Zuwendung etwas zum Wohlbefinden des Betroffenen beitragen können (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S.120f).

Weiters werden mögliche Pflegeinterventionen bei Mundtrockenheit (Xerostomie) aufgezählt:

- Wenn möglich für ausreichende Flüssigkeitszufuhr sorgen
- Anfeuchten der Mundschleimhaut mit diversen Flüssigkeiten, mittels Pipetten
- Gabe von synthetischem Speichel
- Mundgerechte gefrorene Fruchtstückchen lutschen lassen
- Eiswürfel aus verschiedenen Fruchtsäften anbieten
- Mundspülung mit Stomatitis- Lösung
- Verschiedene Teesorten bereitstellen (Salbei, Kamille, Pfefferminz)
- Schlagrahm, Olivenöl, Butter oder süßes Mandelöl im Mund zergehen lassen
- Lieblings Eissorten anbieten, Kaugummis bereitstellen
- Spülen mit Eibischwurzel oder Teebaumöl
- Lippen mit Rosenhonig, Panthenol, Vaseline, Butter oder Olivenöl einfetten

(vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S. 121f)

Der Sterbende Intensivpatient ist sehr oft intubiert oder tracheotomiert, das Infektionsrisiko ist somit erhöht, die Mundpflege hat deswegen einen besonderen Stellenwert, um präventiv einer Infektion entgegenwirken zu können. Auf Intensivstationen wird die Mundpflege bei intubierten Patienten laut Standards und Richtlinien durchgeführt, z. B. mit Chlorhexidien 1%. Die Lippenpflege ist auch sehr wichtig, da sie durch den Tubus einer erhöhten Druckbelastung ausgesetzt werden, diese kann mit Bepanthen oder individuellen Lippenbalsam durchgeführt werden. Wenn der intubierte oder tracheotomierte Patient bei Bewusstsein ist, können natürlich einige der oben angeführten Hilfsmittel sehr gut eingesetzt werden.

3.3 Besonderheiten und Pflegeschwerpunkte bei Atemnot

Diverse Gründe für eine Dyspnoe können z. B. Lungencarcinome, Metastasen, eine eingeschränkte Lungenfunktion, Pneumonie, Polytraumen mit Lungenkontusionen und Pleuraergüsse sein. Starke Schmerzen können die Atmung auch einschränken. Das Gefühl der Atemnot ist immer mit einer lebensbedrohlichen Angst vor dem Erstickten verbunden. Für die Patienten ist es vor allem wichtig, nicht in den Teufelskreis aus Angst und Atemnot zu kommen. Bei Angstzuständen fängt man automatisch an, hektisch zu atmen und bekommt so das Gefühl noch weniger Luft zu bekommen. Dann folgt wiederum die Panik vor dem Erstickten. Pflegende spielen eine große Rolle bei der Begleitung und Betreuung Sterbender mit Atemnot. In erster Linie gilt es Ruhe zu bewahren und diese auch auszustrahlen. Das erweist sich oftmals als schwierig, da Moribunde mit Luftnot rasch Hektik und Unruhe bei allen Beteiligten verbreiten. Zur medikamentösen Linderung der Atemnot eignet sich besonders gut Morphin, wegen der angstlösenden und beruhigenden Wirkung. Es eignen sich aber auch Tranquilizer und Neuroleptika. Für den Sterbeprozess ist eine veränderte Atmung charakteristisch. Ein tachypnoeisches Atemmuster kann abgelöst werden von langen Atempausen. Sterbende, stark verschleimte Patienten haben häufig eine sehr geräuschvolle Atmung, das „Todesrasseln“. Angehörige empfinden das sehr belastend und es macht ihnen Angst. Sie denken der Betroffene ringe mit dem Tod und quäle sich. Die Angehörigen in dieser Situation zu begleiten ist eine wesentliche Rolle des Pflegepersonals.

Es muss aufgeklärt werden, dass die Rasselatmung durch Verschleimungen entsteht, die nicht mehr abgehustet werden können. Das Todesrasseln wird fälschlicherweise oft mit qualvollem Erstickten gleichgestellt (vgl. Kulbe, 2008, S. 24)

In weiterer Folge werden Pflegeschwerpunkte und Tipps bei Dyspnoe aufgelistet:

- Beim Patienten bleiben, berühren, Ruhe ausstrahlen, gemeinsames durchstehen
- Aufgeregte Angehörige aus dem Zimmer bitten
- Oberkörperhochlagern, Fenster öffnen, eine Atemerleichternde Position finden
- O₂-Gabe bei Bedarf
- Vernebler mit ätherischen Ölen aufstellen

- Auffordern zum Abhusten, tracheotomierte Patient bei starker Verschleimung absaugen
- Anwendung von Einreibungstechniken mit ätherischen Ölen
- Beruhigende Musik anmachen, Entspannungsübungen anwenden (vgl. Kulbe, 2008, S. 24)

Der intubierte beatmete Patient ist meistens sediert und hat eine ausreichende Schmerztherapie. Die Dyspnoe kann in diesem Fall auch über das Beatmungsgerät reguliert werden. Ein korrektes Absaugen von Trachealsekret, die Gabe von medikamentösen Inhalationen und ein Lagewechsel sind auch förderliche Maßnahmen um einer Dyspnoe beim beatmeten Patienten entgegenzuhandeln.

3.4 Spezielle Pflege bei sterbenden Beatmungspatienten

Es gibt für den Arzt eine sogenannte Behandlungspflicht zur Intubation und Beatmung bei Schwerverkranken und vom Tode bedrohten Patienten, die sich in tiefer Bewusstlosigkeit befinden. Wie dies bei Sterbenden ausgedehnt werden kann, ist letztendlich eine Frage juristischer Bestimmungen und hängt von der ethischen und moralischen Einstellung der hauptverantwortlichen Entscheidungsträger ab. Wegen dieser gesellschaftlich legitimierten Fakten, wird bei einer großen Menge der Sterbenden und Todkranken auf den Intensivabteilungen all der intensivmedizinische Aufwand betrieben. Bei Leicht- und Schwerverkranken hat dies auf alle Fälle seine Berechtigung.

Bei Pflegeinterventionen des respiratorischen Systems, muss auf eine präzise Mundpflege geachtet werden, zur Prävention und Verhinderung von aufsteigenden Infektionen. Die Tubuspflege und die Bronchialtoilette erfolgt durch einwandfreies absaugen. Dies geht einher mit einer Drehung des Kopfs, dadurch wird der Schleim aus den beiden Bronchialästen mobilisiert. Der Nasen-Rachen-Raum wird mit einem dünnen Absaugkatheter von mukösen und sekretorischen Ansammlungen befreit. Das Pflegepersonal muss auf das Feuchthalten der Atemwege achten und das regelmäßige Ablassen des Kondenswasser aus dem Schlauchsystem, um ein zurückfließen des Wassers in den Tubus zu verhindern. Die angefeuchtete Luft des Respirators hat das Ziel, die physiologische Befeuchtung der Einatemungsluft durch Nase und Rachen zu ersetzen. (vgl. Luley, 2001, S54ff)

Sonst können sich im Tracheo-Bronchialsystem schnell feste Borken bilden. Bei einer kontrollierten Beatmung, werden teilweise Medikamente die der Muskelrelaxion und der Beruhigung dienen, verabreicht. Es bedarf auch mehr an pflegerischer Überwachung, als es ohnehin schon bei assistiert-beatmeten Patienten der Fall ist. Aus welchen Gründen auch immer, ein Sterbenskranker vom Respirator entwöhnt und zur Spontanatmung veranlasst wird, dann ist es die besondere Aufgabe des Arztes und des Pflegepersonals, emotionale Sicherheit zu geben. Oft hat ein Betroffener nicht mehr lange zu leben und soll (oder möchte) voraussichtlich nicht mehr erneut intubiert und maschinell beatmet werden. Eine Pflegeperson sollte immer in ständiger Anwesenheit sein und gegebenenfalls aus der Atemnot helfen. Falls das stets risikoreiche, aber human erwünschte weanen vom Beatmungsgerät eingeleitet und die Frequenz der einzelnen Spontan-Beatmungsversuche intensiviert werden, muss der allgemeine Zustand (Vitalzeichen, Mimik, Schwitzen, Zyanose) kontrolliert und beobachtet und das Bewusstsein kontrolliert werden. Ist der Patient ansprechbar und kann sich artikulieren, sollte man ihn fragen, ob und wie er das alleine atmen aushält. Die Betreuer leiten und unterstützen während der Spontanatmungsversuche. Bei auftretendem Lufthunger und beeinträchtigter Atmung, bedingt durch atmen gegen den Takt des Beatmungsgerätes, müssen die Einstellungen des Respirators auf dem Atemzustand des ablebenden Intensivpatienten angepasst werden. Bei der assistierten Beatmungsform kann durch Einatmungsbewegungen ein dezenter Unterdruck im Gerät erzeugt und dadurch eine Einatmungsphase ausgelöst werden so wird der Beginn der Einatmung bestimmt.

Der Respirator übernimmt die weitere Arbeit und vertieft den Spontanatemzug. Das durchführen von Pneumonieprophylaxen ist besonders hervorzuheben, wie Inhalationen, V-A-T-I – Lagerungen, einreiben mit Salben, abklopfen, anfeuchten und anwärmen der Luft, Atemgymnastik uvm.

Die nächsten Punkte beinhalten Beispiele für Beobachtungsparameter einer ungenügenden Beatmung:

- Vegetative Symptomatik (Schwitzen, kalte Extremitäten)
- Körperliche Unruhe, Verwirrungszustände
- Tachypnoeisches-Atemmuster, erhöhte Herzfrequenz, verschlechterte Blutgaswerte
- O₂-Mangel, erkennbare Zyanose (vgl. Luley, 2001, S54ff)

3.5 Ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Menschen die Schwerkrank sind verlieren zunehmend die Lust am Essen. In vielen Fällen sind es nur noch wenige Lieblingsspeisen, die sie oft in geringen Mengen zu sich nehmen. Im Besonderen hat sich die Gabe von Vanilleeis oder Zitroneneis bei Patienten die gar nichts mehr essen können oder wollen bewehrt. Sie empfinden es als sehr wohltuend. Angehörige belastet die zunehmende Ablehnung der Nahrung sehr. Es bestehen Ängste und Sorgen, der Moribunde könnte verhungern oder verdursten. Zu ernähren bedeutet auch, am Leben zu erhalten und ist eine ganz unmittelbare Art der Fürsorge und Hilfe. Ernährung kann in einer gewissen Phase für Schwerkranke eine weitere Belastung darstellen. Ein sehr wichtiger Punkt ist, den Angehörigen über diese Vorgänge aufzuklären, damit sie nicht versuchen den Kranken zum Essen zu drängen. Als hilfreich erweist sich wenn Pflegende die Angehörigen aufklären, wenn das ernähren nicht mehr möglich ist. Sanfte Massagen der Hände und Füße, oder das einfache Danebensitzen, die stille Präsenz wird als besonders wohltuend und unterstützend empfunden. Bei einer unzureichenden Flüssigkeitszufuhr wird für den Sterbenden das Feuchthalten der Mundschleimhaut zu einem großen Bedürfnis. Die unzureichende orale Flüssigkeitszufuhr wird mittels Infusionstherapie und Nährlösungen über die Vene (Parenteral) unterstützt (vgl. Nagele, Feichtner, 2009 S. 54f).

3.6 Spezielle Pflege bei Obstipation

Verstopfung ist ein häufig auftretendes und hartnäckiges Symptom bei Sterbenden. Einige Ursachen dafür können Bewegungsmangel, Nebenwirkungen von Medikamenten, Schwäche, Scham oder die Grunderkrankung sein. Aus pflegerischer Sicht ist es wichtig, über Obstipation ein Protokoll zu führen um einen eventuellen Ileus auszuschließen. Völlegefühl, Bauchweh oder kolikartige Schmerzen sind häufig auftretende Begleiterscheinungen. Es werden prophylaktisch Abführmittel verabreicht, Klistiere werden seltener verabreicht, da sie sehr belastend für den Körper sind. Spätfolgen einer langen Einnahme von Laxanzien sind bei Sterbenskranken nicht zu fürchten. Im Vordergrund steht ihr Wohlbefinden (vgl. Kulbe, 2008, S. 23f).

Auf den Intensivstationen werden zusätzlich Wärmewickel, Einläufe, Kolonmassagen und aktive oder passive Bewegungsübungen durchgeführt. In vielen Fällen sind Sterbende auf ihren Stuhlgang fixiert, sie verschieben so ihr Problem. Sie verdrängen die unheilbare Krankheit und den bevorstehenden Tod. Auch hier bietet das Symptom eine Alternative sich der Thematik Sterben und Tod anzunähern (vgl. Kulbe, 2008, S. 23f). Bei einem sedierten beatmeten Patienten kommt es sehr oft zu Obstipationsproblemen, da sie auf Grund hoher Sedierungsmedikamente eine reduzierte Darmperistaltik aufweisen.

3.7 Notwendige Pflege an Sterbenskranken in verschiedenen Bewusstseinslagen

Bewusstlose und schutzlose Todkranke bedürfen seitens des Pflegepersonals einer sehr genauen Beobachtung der Atmung, des Herz-Kreislaufsystems-Systems, der Lage des Bewusstseins, Schmerzempfindungen, Ausscheidung, Sekretabflüssen und Vitalzeichen, sowie die Durchführung der Grundpflege und speziellen Pflege. Für das Fachpersonal von Intensivstationen ist es von Bedeutung, dass sie die im Koma befallenen Patienten trotzdem als Persönlichkeit und Mitglied der Gesellschaft ansehen. In einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit, erschlafft die Kiefer-, Mundboden- und Kehlkopfmuskulatur. Die Zunge die zurücksinkt verlegt den Eingang in die Luftröhre. Magensaft und oral zusammenfließender Speichel führen nicht nur zu einer mechanischen Atembehinderung. Sie begünstigen bei nicht ansprechbaren Moribunden, mit nicht vorhandenen Schutzreflexen und Abwehrreflexen ein eindringen von flüssigen oder festen Sekreten beim einatmen in die Lunge. Wenn man solchen Bewusstlosen keine Magensonde oder Beatmungstubus legen würde, droht ihnen eine Gefahr durch ersticken (vgl. Luley, 2001, S. 69ff).

Um einem Betroffenen in tiefer Bewusstlosigkeit eine gute Sterbebegleitung zu sein, bedeutet für die Intensivkrankenschwester, die Emotionen, Gedanken, Empfindungen sowie alle anderen Bedürfnisse des Erkrankten vorzusehen. Sie zu beantworten in Form von der Unterstützung der Atmung, des Ansprechens, der Vitalparameterüberwachung, das einbeziehen von Prophylaxen und ausreichender Schmerzmedikation, um so Linderung zu verschaffen.

Im Stadium der Benommenheit werden äußere Reize wahrgenommen. Die allgemeine Reaktion ist stark verlangsamt, lückenhaft und ungenau. Sie können sich z. B. an den Transport ins Krankenhaus nicht erinnern, wachen dann ganz verwundert im Krankenhaus auf und fragen warum sie hier sind. Sie möchten wieder nach Hause um dort zu sterben. Kurz darauf fallen sie wieder in eine Teilnahmslosigkeit oder werden bewußtseinseingetrübt.

Ist ein Patient somnolent, schläft er nach Ansprache immer wieder weg. Der soporöse, vom sterben befallene Betroffene, kann immer wieder geweckt werden. Für wenige Augenblicke, kommt er zu voller Bewusstseinsklarheit. Bei verwirrten Patienten gilt ein ständiges Bemühen bei Pflegetätigkeiten, Ansprache, Aufklärungen, Geduld und Empathie. Dies sind die Säulen für eine bestmögliche Sterbebegleitung von Intensivpatienten. Verbale Äußerungen am Patientenbett müssen sehr vorsichtig und bedacht getroffen werden. Ein komatös erscheinender Mensch, versteht angeblich doch oft das Gesprochene von Arzt und der betreuenden Personen, ohne das er Fragen stellen oder antworten kann. Befindet sich der Sterbende unter künstlicher Beatmung in einem Verwirrtheitszustand, könnte die Ursache ein Sauerstoffmangel sein. In diesem Fall muss die O₂-Konzentration am Beatmungsgerät höher eingestellt werden. Kontrollen der Blutgase zeigen ob der Sterbende ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird. Verwirrtheitszustände können auch durch eine Minderbelüftung der Lunge entstehen z. B. durch zu langes Absaugen, mit subjektiv empfundener Angst des Luftmangels, bis hin zum Gefühl des Erstickens (vgl. Luley, 2001, S. 69ff).

3.8 Pflegetips und Hilfsmittel für schlafgestörte Moribunde

Ist die Sedierung und Relaxierung bei kontrolliert Beatmeten nicht ausreichend, muss das Medikamentenmanagement und die an den Bedürfnissen Sterbender orientierte Einstellung der Beatmungsgeräte geändert werden. Bevor man diese Korrekturen vornimmt, sollten im Vorfeld Einschlafhilfen berücksichtigt werden z. B. Vermeidung unnötiger Geräuschkulissen, das aufreißen von Verpackungsmaterialien vermeiden. Dies sollte im Arbeitsraum erfolgen, auf Wunsch des Patienten Fenster schließen und Vorhänge vorziehen, Ohropax geben, unnötige Lichtbelästigung meiden. In Absprache mit dem diensthabenden Arzt können technische und pflegerische Tätigkeiten am Todkranken minimiert werden. Wie z. B. herunterstellen der Alarmgrenzen, pausieren der Blutdruckmessung mittels Manschette, das abbauen technischer Gerätschaften die entbehrlich sind.

Die Beatmungsmaschine muss so eingestellt werden, dass ein stressiges aufwachen erspart wird. Es ist Vorsicht geboten bei einer sparsamen Durchführung der Bronchialtoilette, da der Betroffene durch eine Überansammlung von Sekret durch Luftnot aufwachen kann.

Patienten die nicht tief bewusstlos sind, erhalten bei assistierter Beatmung oft nur kleine Mengen an Sedativa und/oder Analgetika, die nach Bedarf und nicht in regelmäßigem Rhythmus substituiert werden. Wenn der Moribunde unter dem Nicht-Schlafen-Können leidet, werden notfalls stärkere Mittel gegeben. Wenn sich eine Atemdepression entwickelt, oder der Betroffene durch ein Barbiturat, Sedativum oder Hypnotikum eine paradoxe Reaktionsweise entwickelt, d.h. der Patient wird unruhig, halluzinogen und aggressiv, muss das aktuelle Medikament abgesetzt werden und ein anderes verabreicht werden. Bei der Gabe eines Schlafmittels muss dessen Tolerierung, Gewöhnung und Wirksamkeit beobachtet werden. Beruhigende warme Ganzkörperwaschungen können ebenfalls einen Entspannungszustand einleiten. Auch das anbieten von Tees oder Lieblingsmusik kann förderlich sein. Pflegepersonen und Ärzte sind bedacht, dass die sterbenden Patienten ohne Schmerzen, ruhig und leicht beatmet werden. Die Sedierung ist erst dann als optimal zu sehen, wenn die Atemfrequenz tief genug gewählt wurde, ohne das Lufthunger empfunden wird. Beim absaugen sind außer der Hustenreflex noch andere Körperbewegungen zu sehen (vgl. Luley, 2001, S. 71fff).

3.9 Die Thematik „ Schmerz“ auf Intensivstationen

Egal wie die Schmerzen sich auswirken, das Intensiv-Pflegepersonal, der Arzt und der betroffene Patient sollten wenn möglich gemeinsam entscheiden, welche Medikamente oder Kombinationspräparate am besten geeignet sind. Analgetika sollten kontinuierlich und regelmäßig verabreicht werden, bevor der Schmerz wieder eintritt. Der Injektionsplan sollte von einem erfahrenen Mediziner erstellt und den Empfindungen und Bedürfnissen des Sterbenden angepasst werden. Erfahrungsgemäß berichtet das Intensivpersonal darüber, dass sich nur schmerzfreie und entspannte Patienten leicht beatmen lassen. Bei Schmerzen z. B. durch häufiges absaugen ist zusätzlich zum analgetischen Medikament ein sedierendes zusätzlich zu verabreichen. Vor Pflegetätigkeiten empfiehlt sich eventuell eine Gabe von einer Zusatzdosis eines Analgetikums. Der ausgezehnte Moribunde empfindet dies oft als sehr schmerzhaft und anstrengend (vgl. Luley, 2001, S. 68).

3.10 Psychologische Betreuung ablebender Intensivkranker

Das Grundelement eines angemessenen seelischen Begleitens Sterbender ist das Vorhandensein einer vertrauensvollen, solidarischen Beziehung, sowie Verständnis für manchmal auch ungerechtfertigt erscheinender Gefühle und Reaktionen. Auch das Miteinbeziehen der Angehörigen ist von großer Bedeutung. Ist der Sterbende ansprechbar und wach, kann der Betreuende versuchen auf Fragen bezüglich des Sinn des Lebens, Ängsten, Sorgen oder unerledigten eingehen. Die Angehörigen sollten auf jeden Fall in die Sterbesituation miteinbezogen werden. Das Pflegepersonal kann Liebe, Treue und Fürsorge nie zur Gänze ersetzen. Durch die immens hohen Anforderungen und angewachsenen Arbeiten, durch eine Folge der wachsenden Medizintechnologie, wird man als Pflegeperson oft genug an die Grenze eigener Kraft und Zeit stoßen, damit man den Moribunden noch genügend Kommunikation anbieten kann. Weitere Ansätze für die Linderung der Sterbesituation sind das Geben und aussprechen von Hoffnung kombiniert mit der intensivpflegerischen Betreuung. Bei Schicksalsschlägen und menschlichen Grenzsituationen in unseren Krankenanstalten hat es sich erwiesen, dass außer einer weitherzig gehandhabten Besuchszeitenregelung das einbeziehen von Angehörigen einen hohen Stellenwert hat. Die Zusammenarbeit kann sich äußern in der Hilfe zuführender Mahlzeiten, Mundpflege und Haarpflege.

Die Pflegepersonen müssen darauf achten, dass sich die Angehörigen nicht überfordern. Das aushalten von Sterbemilieu-Situationen, ist für das betreuende Team sehr belastend und bedarf an ausreichenden Angeboten der Teamsupervisionen. Klagen die Todkranken über heftige Schmerzen, sollte man bei der Gabe eines Medikaments den verbalen Hinweis geben „ gleich wird es besser werden“, das heisst, das zur physischen Ebene von pflegerischer Hilfe eine ebenso seelische Therapie notwendig ist. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass man den Betroffenen bei kleinen Pflegeverrichtungen miteinbezieht und auf seine Ressourcen eingeht. Das kann in Form von Trinkbecher halten, leichte Bewegungsübungen oder den Mund auswischen erfolgen. Wenn es der Zustand des Patienten ermöglicht im prämortalen Stadium mit pflegerischer Unterstützung in den Lehnstuhl mobilisiert zu werden, mit den Blick in die Natur, wo Sonne, Licht und Wolken wahrgenommen werden können, ist das für den Betroffenen ein wundervolles Geschenk. Damit sich ein Intensivpatient nicht einsam und alleine fühlt, kann das Pflegepersonal zur Verfügung stehende freie Zeit für ein Gespräch nützen und alle Pflgetätigkeiten mit reden begleiten. Auch ein regelmäßiges Nachfragen ob ein Wunsch besteht oder alles in Ordnung ist kann Sicherheit vermitteln. Wichtig zu erwähnen ist, dass das bereitstellen von persönlichen Gegenständen wie Radio, Fernsehgerät und Lektüre tolle Hilfsmittel sind für ein Wohlbefinden zu sorgen. Wenn erwünscht, kann ein Sterbender Beistand vom Krankenhauspfarrer bekommen, wenn der Betroffene selbst sich nicht mehr mitteilen kann und seine Wünsche äußern kann, können die Angehörigen diesbezüglich gefragt werden, ob das erwünscht wäre. Moribunde sind oftmals mit vielen Ängsten besetzt z. B. das Gefühl verlassen zu werden oder nichts mehr Wert zu sein. Folgen dieser Ängste können Resignation oder seelischer Rückzug sein. Pflegepersonen müssen in diesen Situationen viel Empathie und Sicherheit aufbringen. Wenn sich ein Patient nicht mehr verbal ausdrücken kann, hilft es Verständigungshilfen, wie Notizblock oder Magnetbuchstaben hinzuzuziehen (vgl. Luley, 2001, S. 75-81).

3.11 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde speziell auf die Bedürfnisse von Sterbenden Menschen eingegangen. Es werden Pflegeschwerpunkte auf Intensivstationen aus ganzheitlicher Sicht beschrieben. Hilfestellungen und Tipps bei dieser oft sehr schwierigen Betreuung werden näher gebracht, um in der täglichen Praxis angewendet werden zu können.

4. KOMMUNIKATIONSHILFEN FÜR ANGEHÖRIGE VON STERBENDEN UND FÜR PFLEGEKRÄFTE AUF INTENSIVSTATIONEN

4.1 Angehörige und Intensivstation

Als betroffene der Intensivstation sind die Angehörigen als Menschen zu betrachten, welche sich in eine Tiefe persönliche Krise begeben und sich mit einer bedrohlichen unbekanntem Situation konfrontieren müssen.

Seitens der Angehörigen kommt es oft zu unterschiedlichen Reaktionen bezüglich der Intensivbehandlung, welche für das Personal eine hohe Flexibilität erfordert. Eine einfühlsame Einführung, Anleitung und Eingewöhnung in die Belange der intensivmedizinischen und pflegerischen Behandlung bedeutet die Betreuung der Angehörigen. Diese haben oft die größte innere Nähe zu den Betroffenen, und somit auch das Vertrauen, leider nur selten verfügen diese über den richtigen Überblick und das Verständnis für den Verlauf der Erkrankung.

Es kommt zu einer fehlenden Abgrenzung von dem eigenen Erleben des Geschehens. In den seltensten Fällen kann der Betroffene seine Bedürfnisse und Nöte mit ihnen teilen, da dieser glaubt, sie noch mehr damit zu belasten (vgl. Luley, 2008, S. 17).

4.2 Die Bedeutung von Bezugspersonen für die Patienten

Zum wesentlichen Teil ist das Leben sowie das Sterben durch die Interaktion mit der sozialen Umwelt eines jeden Menschen geprägt. Die Angehörigen sind meist mit dem Patienten durch eine langjährige gemeinsame Vergangenheit verbunden, und können ihn angesichts der Konfrontation mit dem Tod, emotionale Stabilität und Sicherheit vermitteln. Individuelle Signale können oft schneller gedeutet werden. Angehörige sind in den häufigsten Fällen die direkte Bezugsperson für den schwer Kranken, dies macht es zu einer noch bedeutsameren Aufgabe diese zu stützen und zu begleiten. Wenn nicht das soziale Umfeld des Patienten umfassend miteinbezogen wird, wird es uns nur kaum gelingen den Patienten umfassend und mit allen seinen Bedürfnissen zu betreuen (vgl. Nagele, Feichtner, 2009, S 176f).

4.3 Herzklopfen und Tränen der Schwere Gang zur Intensivstation

Der unendlich lang erscheinende Weg zu der Intensivstation, die dunklen Gänge, steril gehalten, verummtes Personal, der Geruch in der Luft, es schnürt einen alles zu, man ringt nach Luft, seelisch am Ende durch die telefonische Nachricht die man kurz zuvor erhalten hat.

Angehörige die solch schwere Schicksalsschläge zu verkraften und zu bewältigen haben, laufen Gefahr selbst zu Grunde zu gehen. Solche Leitgeprüfte müssen durch Kompensationsmöglichkeiten unterstützt und begleitet werden. Dies geschieht meist durch das Fachpersonal der Intensivstation. Die Aufgabe in der Begleitung von Angehörigen, intensivpflichtiger Patienten, bezieht sich auf die Linderung der Tränen und der fast untragbaren Last auf den Schultern der Angehörigen. Wie Sprichwörter schon sagen: „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ oder „Der eine trägt des andern Schmerz“.

Der Warteraum für Angehörige sollte prinzipiell eine gewisse Behaglichkeit ausstrahlen. Wichtig ist unter anderen eine freundliche Stimme an der Sprechanlage mit der Durchsage des Namens der Pflegeperson, Blumen, Bilder Spielecke für Kinder, Getränkeautomat oder Getränke auf Wunsch aushändigen (vgl. Luley, 2008, S. 24).

4.4 Der Einlass zum Sterbenden

Die Pflegefachkraft geht den Angehörigen entgegen und achtet darauf das die Tür nicht all zu schwungvoll aufgerissen wird. Die Begrüßung beginnt mit einem Händedruck bzw. mit anderen nicht zu aufdringlichen Gesten. Es ist darauf zu achten, dass der Name mit der jeweiligen Funktion genannt wird. Es kann hilfreich sein, wenn die oftmals etwas längere Wartezeit begründet oder erklärt wird. Bei älteren Angehörigen ist darauf zu achten, das Hilfe angeboten wird wie z.B. das Tragen von Taschen. Hilfreich ist es wenn der Zustand des Patienten schon vor Eintritt in das Zimmer durch den Arzt erklärt wird. Im Zimmer ist es wichtig das Sitzgelegenheiten angeboten werden. Arbeitsorganisatorisch ist es bedeutend genügend Zeit für den Angehörigen bereit zu stellen. Aus Sicherheitsgründen für den Patienten, ist darauf zu achten, dass Kabel und Schlauchsysteme so gelegt werden, um Stolperfallen zu vermeiden.

Zu berücksichtigen ist eine Schaffung einer positiven und freundlichen Atmosphäre im Zimmer, Geduld und Verständnis zeigen, sowie eine Gesprächsbereitschaft symbolisieren. Bei Intubierten oder tracheotomierten Patienten ist es für den Angehörigen wichtig das ihm verschiedene Möglichkeiten der Kommunikationsarten aufgezeigt werden (vgl. Luley, 2008, S. 26ff).

4.5 Kommunikation mit den Angehörigen

Kommunikation kommt aus dem lateinischen communicatio und steht für einer der wichtigsten Formen sozialer Interaktionen. Besonders in Krisensituationen besteht unter den Angehörigen ein gesteigertes Bedürfnis, sich unter einander austauschen zu können. Dadurch wird versucht, den Mangel an Interaktion, an fehlenden Begegnungen aufzuheben. Durch das „Aussprechen“ kommt es zu einem Stück Auseinandersetzung mit dem was ihnen widerfahren ist.

Für die Bewältigung grenzsituativer Erfahrungen muss Kommunikation, die Leiterfahrung erfassen und durch den Regelkreis der Ich-Du-Solidarität ein tragfähiger Boden bereitet werden. Angehörige verspüren oft den Wunsch, die Bedrohung, die existentiellen ableitungen Anderen gegenüber zur Sprache bringen zu können. Der „Andere“ als ein freundliches Gegenüber, ist oft hilfreich dem Betroffenen das Alleinsein, sein abrutschen ins Grübeln oder qualvoller sich im kreisdrehender Gedanken zu lindern.

In der Stunde der Not, des Sterbens, darf sich der Angehörige nicht als Einzelgänger vergraben.

Für Angehörige ist die Fähigkeit von Kommunikationsfähigkeiten verbunden den Anderen in seiner ganzen Person wahrzunehmen, die Gefühle des Anderen zu spüren und sich in ihn hinein zu versetzen. Dies können wir mit Hilfe der Sprache, mit der wir beim Zuhören, den Bildern, Klängen und Gefühlen freien Lauf lassen (vgl. Luley, 2008, S. 33f).

4.6 Kommunikationsmodelle

Folgend wird ein sehr simples praxisbezogenes Modell angeführt, um Möglichkeiten aufzuzeigen, die die Kommunikation mit Angehörigen von sterbenden Patienten auf Intensivstationen erleichtern.

4.6.1 Das einfache Modell

Der Kommunikationsprozess funktioniert vereinfacht gesagt, indem eine Nachricht vom Sender zum Empfänger gesandt wird.

Den Adressant, der eine kommunikative Handlung initiiert und mit dieser bestimmten Intention verbindet den Empfänger als Ziel des kommunikativen Aktes. Die Botschaft die Vermittelt werden soll gelangt über ein bestimmtes Medium vom Sender zum Empfänger. Gemeint wird hiermit die Stimme, ein Brief sowie Gesten und Mimik. Der Kommunikationsprozess ist erst dann vollständig abgeschlossen, wenn eine Verständigung zwischen den beiden Kommunikationspartnern entstanden ist.

Die Kenntnisse dieses Modelles sollen Pflegende sowie Angehörige erkennen lassen das der Kommunikationsprozess etwas Individuelles und nur schwer Gliederbares ist, sowie vergegenwärtigen das zwischen Sender und Empfänger ein missverstehen auftreten kann.

Pflegekräfte sollen ihre eigenen bereitgestellten Kommunikationsressourcen bei der Sterbebegleitung effizient einsetzen können.

Kommunikation steht für die Zwischenmenschliche Verständigung durch die Verbindungskomponenten und wechselseitiger Informationsaustausch in Form sozialen Handelns durch den Sender und den Empfänger (vgl, Luley, 2008, S. 41f).

4.6.2 Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun

Für eine gründliche Analyse von Kommunikationssituationen bietet der Psychologe Schulz von Thun (geb. 1944) eine Hilfestellung durch sein Modell an.

Zusätzlich zur Inhalts und Beziehungsebene geht er von weiteren vier Ebenen aus. Ein Sender sowie Empfänger ist auch in diesem Modell die Grundlage eines Kommunikationssystems. Beiderseits ist hier jedoch die Nachricht aus vier Botschaften zusammengesetzt.

- Über die eigentliche Sache
- Über die derzeitige Verfassung des Sprechers
- Beziehungsebene zwischen Partnern
- Der Appell als Einflussnahme auf das Fühlen, Denken und Handeln des Empfänger einer Nachricht (vgl. Luley, 2008, S. 43)

4.6.3 Die vier Ohren von Schulz von Thun:

- Sachohr:
Was ist der Inhalt des gesprochenen, worüber wird informiert?
- Selbstoffenbarungsohr:
Welchen Inhalt gibt der Sender von sich kund? Um Welche Person handelt es sich hier, von den ich diese Information erhalte?
- Beziehungsohr:
In welchem Verhältnis stehen Sender und Empfänger zu einander?
- Appellohr:
Aus welchem Anlass soll der Empfänger über diese Nachricht informiert werden?

Wenn sachliches Differenzieren auf die zwischenmenschliche Ebene rutscht kommt es zu einer Störung der Kommunikation auf der Sender-Empfänger-Ebene.

Wichtig für den Alltag ist es, dass mit dem Sachohr rationalisiert wird, jedoch sollte man auf einer emotionalen Ebene bleiben. Die sachliche Richtigstellung von falschen Informationen ist von großer Bedeutung.

Angehörige neigen dazu gesagte Dinge sehr Persönlich und als Angriff auf die Eigene Person zu beziehen. Das Beziehungsohr herrscht mit der Nachricht so empfindlich vor, dass selbst neutrale Botschaften persönlich übergewichtet werden.

Zu hinterfragen gilt, welche Kommunikationsstörung zwischen den Parteien herrscht. Angehörige sowohl auch das Personal sollten sich um alternative Verhaltensweisen bemühen. Oft hängt es von der Stimmung der jeweiligen Partei ab auf welches „Ohr“ das Geäußerte erreicht wird.

Generell kann davon ausgegangen werden, dass für eine gute kommunikative Beziehung vorschnelles Verhalten nicht dienlich ist (vgl. Luley, 2008, S. 43ffff).

4.7 Grundlagen der Gesprächsbegegnung

Wichtig für ein erfolgreiches Gespräch zwischen Fachpersonal und den Angehörigen ist der Ort des Treffens sowie von welcher Seite der Partei das Gespräch eröffnet wird. Begonnen werden sollte immer seitens der Pflegekraft, der Raum sollte Ruhe und soweit möglich ein Persönlichkeit ausstrahlen. Sicherzustellen ist das ein störungsfreies Gespräch geführt werden kann, sowie ausreichend Zeit vorhanden ist. Dem Angehörigen sollte ein Getränk angeboten und Pausen berücksichtigt werden.

Der Weg des Gespräches beginnt bei der Problemsuche überleitend zur Durcharbeitungsphase, folgend sollten Perspektiven aufgezählt werden, schlussendlich bezieht sich das Gespräch auf die Verbleibphase mit einem Ziel.

Ein richtiges Fachwissen über die Grundregeln der Kommunikation ist Voraussetzung für den Gesprächsdialog. Wünschenswert wäre es dem Ort des Zusammentreffens mehr Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Luley, 2008, S. 69).

4.8 Arten der Gesprächsführung

Unterschieden werden zwei verschiedene Arten der fachlichen Gesprächsführung welche nun genauer aufgegliedert werden:

4.8.1 Beraterzentriertes Gespräch:

In dieser Gesprächsform lenkt die beratende Person, in unseren Fall die Pflegefachkraft das Gespräch. Es werden alternative Einstellungen aufgezeigt und Hilfen bei der Umsetzung angeboten. Die Methoden eignen sich vorwiegend für Krankenhausbereiche sowie medizinspsychologische Beratungsstellen.

4.8.2 Klientenzentriertes Gespräch:

In der zweiten aufgezählten Gesprächsform versuchen die Ratgeber, die um Hilfe suchenden (Angehörigen) sich ihre eigenen Bedürfnisse und Emotionen zu besinnen. Diese Versuchen nach Lösungen zu suchen und Ermessensspielräume zu nutzen (vgl. Luley, 2008, S. 69).

4.9 Verhaltensweisen im Gespräch

Das Gespräch zwischen der Beratenden und Rat suchenden Person basiert auf Akzeptanz und Wertschätzung. Gemeint wird damit, dass die Angehörigen angenommen werden wie sie sind. Durch dieses Verfahren wird Vertrauen vermittelt und ermöglicht es dem um Hilfe suchenden, bestehende Beklommenheit ab zu legen.

Die Wertschätzung beinhaltet, dass man dem Angehörigen wohlwollend gegenübersteht, sich seine Erlebnisse und Eindrücke auch anhört, wenn sie den eigenen Erlebten und vor allem wissen widersprechen. Im Gesprächspartner eine autonome Person zu sehen und ihn zu respektieren, bedeutet diese im Gespräch anzunehmen. Das Gegenüber ist ein Mensch mit einer eigenen Biographie und Lebensleistung.

Wünschenswert wäre es wenn das Fachpersonal so geschult wäre, dass sie die üblichen Stigmatisierungskampagnen und Herabwürdigungen Seelisch zerbrechlicher einzuordnen wissen. Bedingungslosigkeit ist der eigentliche Weg zur Akzeptanz.

Bei einer zu geringen Wertschätzung kann es zu einem überstülpen von der Beratung kommen. Gemeint wird hiermit beispielsweise „Ich an Ihrer Stelle würde...!“. Ebenfalls kann es zu einer Entwürdigung des Gesprächspartners kommen. Der Angehörige könnte in diesem Fall eine Ablehnung verspüren und somit käme es zu einem Verlust des Selbstvertrauens. Vermieden werden sollte ebenfalls immer der Satz „Brauchen sie nicht ich erledige das schon“, hierbei könnte es zu einem Gefühl des nicht Gebraucht werden kommen. Das Gespräch droht in diesem Fall zu scheitern (vgl. Luley, 2008, S. 69f).

4.10 Zusammenfassung

Für Angehörige ist die Situation auf der Intensivstation oft eine sehr schwere und wird aus diesem Grund oft falsch wahrgenommen und erlebt. Angst, Trauer sowie eine ungewohnte Umgebung sorgen dafür, dass Gesagte nicht immer so verstanden wird wie von der Gesprochenen Person gemeint wurde. Beschrieben worden sind hierfür zwei Kommunikationsmodelle die sich mit der „Sender – Empfänger – Ebene“ auseinandersetzen. Wichtig ist es, zu verstehen wie es zu einer zwischenmenschlichen Begegnung durch unsere Sprache kommen kann und wodurch das Gesagte beeinflusst werden kann. Berücksichtigt man diese Erkenntnisse und beachtet ein Paar grundlegende Kommunikationsgrundlagen so ist dies der beste Weg zu einem erfolgreichen Gespräch zwischen Pflegepersonal und den oft so verletzten Angehörigen. Jedes Gespräch besitzt seine Individualität, dies darf nie vergessen werden, aus diesen Gründen ist für eine optimale Gesprächsführung nicht nur ein Fachwissen sondern auch ein besonderes Einfühlungsvermögen seitens der Pflegenden erforderlich.

5. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Zu Beginn dieser Arbeit wird auf die Bedeutung des Todes, auf die Definition des Todes und auf den Sterbeprozess von Dr. Kübler Ross näher erläutert. Weiters wird auf das Sterben und den Tod in der täglichen Intensivpraxis eingegangen. Der Schwerpunkt dieses Kapitels bezieht sich auf die Fertigkeiten des Personals sowie die Tätigkeiten die den Pflegenden bei einem Sterbenden Intensivpatienten, täglich begleiten.

Das Letzte beschriebene Kapitel bezieht sich auf Kommunikationshilfen für Angehörige von Sterbenden und für Pflegepersonen. Dieses Kapitel beinhaltet die Grundlagen der Gesprächsführung sowie Arten der Gesprächsführung und Verhaltensweisen im Gespräch

Handlungsleitend ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wie gestaltet sich eine bedürfnisorientierte Sterbebegleitung auf der Intensivstation?
- Welche Formen der Kommunikationshilfen stehen dem betreuenden Pflegepersonal der Intensivstation zur Verfügung?

Die Erkenntnisse nach Beendigung dieser Abschlussarbeit lauten wie folgt:

Es ist zu beachten, dass das Sterben und das Ende des Lebens (der Tod) nicht dasselbe sind. Um den Tod zu erreichen, muss der Betroffene zuerst den Sterbeprozess durchleben. Um diesen jedoch in der Terminalphase zu erkennen, benötigt man ein gewisses Maß an Erfahrung, sowie eine ausgeprägte Sensibilität. Die Psychiaterin Dr. Kübler Ross hat mit rund 200 Patienteninterviews versucht den Sterbeprozess in fünf Phasen aufzuteilen welche das Nicht wahrhaben wollen/ leugnen, den Zorn, das Verhandeln, die Depression und die Zustimmung umfassen. In jeder dieser Phasen ist es Wichtig auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen, sowie die Emotionen zu zulassen jedoch nicht zu verstärken oder diese zu unterdrücken. Gerade in diesem Bereich der Pflege ist es von Großer Bedeutung die Individuellen Bedürfnisse der Patienten zu kennen und darauf aufbauend, die individuelle Pflege zu planen. Da nicht jeder Betroffene der auf die Intensivstation aufgenommen wird bei klarem Bewusstsein ist, und seine Bedürfnisse mitteilen kann gibt es in diesem Bereich mehrere Hilfsmittel die dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen um Informationen über die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zu bekommen. Dies wären der

Aufnahmestatus mit den 12 Aktivitäten des täglichen Lebens nach Nancy Roper und der biographische Anamnesebogen. Diese Informationen werden dann im professionellen Pflegegespräch mit den Angehörigen erfasst. An Hand dieser Informationen wird nun die individuelle Pflege geplant.

Weiters ist es von großer Bedeutung Bedürfnisorientierte Pflegehandlungen beim Sterbenden Patienten für die tägliche Praxis zu finden.

Für Angehörige ist die Zeit des Betroffenen auf der Intensivstation meist eine sehr Schwere. Aus diesem Grund kommt es oftmals dazu, dass das Gesprochene nicht so wahrgenommen wird, wie es der Gesagte gemeint hat. Aus diesem Grund werden zwei Kommunikationsmodelle die sich mit der „Sender“ – „Empfänger“ Rolle Beschäftigen. Wichtig für den Pflegenden ist es zu verstehen, warum das Gesprochene oftmals falsch wahrgenommen wird. Wie kommt es zu einer Zwischenmenschlichen Begegnung zwischen zwei Personen durch unsere Sprache, und wodurch kann diese beeinflusst werden? Berücksichtigt man diese Erkenntnisse und beachtet ein paar grundlegende Kommunikationsgrundlagen, so ist die Pflegekraft auf den besten Weg für ein erfolgreiches Gespräch mit den oft so überforderten Angehörigen. Jedoch nicht nur ein Optimales Fachwissen, sondern auch ein gesteigertes Fachwissen für die Pflegenden, ist hierfür von großer Bedeutung.

„Man kann nicht, nicht Kommunizieren“⁽²⁾ wie schon Paul Watzlawick sagte. Damit ist gemeint, dass schon die Berührung am Handgelenk eine Form der Kommunikation, zwischen den Betroffenen und der Pflegeperson hervorruft.

Um den Sterbenden in seinen letzten Stunden eine optimale, bedürfnisorientierte Betreuung zu ermöglichen ist es äußerst wichtig, sich die Zeit zu nehmen und es sich ins Bewusstsein zu rufen, dass der Betroffene jede Pflegerische Tätigkeit wahrnimmt.

Oftmals ist es eine gute Idee, sich zu fragen, „Wie würde ich denn gerne Sterben“? Das Sterben sowie der Tod ist ein Teil von unserem Täglichen Leben, und die Pflegenden sollten sich dies immer im Bewusstsein halten, damit es zu einer Optimalen Versorgung des Sterbenden kommen kann. Nur das Bewusst werden lassen, des Todes, Bringt uns dazu die schon mehrmals oben genannte Sensibilität aufzubringen, um den Patienten in der Terminalfase zu erkennen und somit auf die Bedürfnisse und Sterbephasen einzugehen.

² <http://www.spiritrelease.ch/html/interessantes/watzlawick.html>

Die Kreativität der Pflegenden spielt oftmals eine große Rolle. Wenn nun kein Raum zur Verfügung steht um den Sterbenden in den letzten Phasen zu begleiten, sowie für das Abschied nehmen der trauernden Angehörigen, so muss eben einer geschaffen werden. Ob nun mit der Hilfe von sogenannten Barawans oder mit anderen Hilfsmittel ist jeden selbst überlassen.

Sollte es zum alleinigen Ausscheiden aus dem Leben des Patienten kommen, sollte die Kommunikation seitens der Pflegenden jedoch nicht zum Stillstand kommen, Niemand kann sagen in wie weit der Betroffene das gesagte noch versteht.

Die Pflegenden bilden oft ein sogenanntes „Bindeglied“ zwischen den Patienten und den Angehörigen. Dies ist für das Fachpersonal oftmals eine Sehr schwierige Aufgabe. Dies erfordert ein besonderes Einfühlungsvermögen um den Betroffenen sowie den Angehörigen das Sterben zu erleichtern.

Für die Zukunft wäre es noch von Vorteil wenn der Bauplan einer Intensivstation schon unter der Berücksichtigung eines extra Sterbezimmers geplant wird. Trotz jeglicher Kreativität seitens des Fachpersonals kann die Intimsphäre nur in einem eigenem Verabschiedungszimmer am besten gewahrt werden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

A. KULBE, (2008), Sterbebegleitung, Hilfen zur Pflege Sterbender, 1. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München

F. LULEY, (2001), Humanes Sterben innerhalb und außerhalb der Intensivstationen, 1. Auflage, Hagen Brigitte Kunz Verlag

F. LULEY, (2008), Kommunikationshilfen für Angehörige von Sterbenden und für Pflegekräfte auf Intensivstationen, 1. Auflage, Reinhold Kolb Verlag, Manheim

MENCHE et al. (2001), PFLEGE HEUTE, 2. Auflage, Pflege Heute, Urban und Fischer Verlag, München.

S. NAGELE, A. FEICHTNER, (2009) Lehrbuch der Palliativpflege, 2. Überarbeitete Auflage, Facultas Verlag, Wien