

ABSCHLUSSARBEIT
HÖFA 1

Copingstrategien bei chronisch kranken Patienten

Ausbildungsstätte: UNIVERSITÄTSSPITAL BASEL
Autorin: Birgit Hache, Kantonsspital Bruderholz
Mentorin: Kristin Adler
Kursleitung: Verena Rudin
Abgabedatum: 20.07.2007

Zusammenfassung

Im klinischen Alltag wird immer deutlicher, dass die Zahl chronisch kranker Menschen steigt. Da die Kosten im Gesundheitssystem steigen, wird von jedem Einzelnen erwartet, die Verantwortung für seine Gesundheit wahrzunehmen und für sich Sorge zu tragen. Durch die Natur der chronischen Krankheit sind diese Patienten jedoch gezwungen, häufiger die Hilfe eines Spitals oder einer anderen medizinischen Einrichtung in Anspruch zu nehmen. In der vorliegenden Arbeit wird anhand einer Literaturrecherche die Frage bearbeitet „Wie können Pflegende handlungsorientierte Copingstrategien bei chronisch kranken Patienten fördern?“ Eventuell kann dadurch die Zahl der Rehospitalisationen gesenkt werden. Zuerst wird erklärt wie die Fragestellung ausgewählt wurde und welche Gruppen ausgeschlossen werden. Anschließend folgen theoretische Grundlagen und die Vorstellung des Konzepts Coping. Mögliche Bewältigungsaufgaben und Ziele der Pflegeinterventionen werden vorgestellt, ebenso wie Pflegeinterventionen zu konkreten Bewältigungsaufgaben. In den Schlussfolgerungen werden die Bedeutung für den Beruf und eventuelle Auswirkungen auf die zukünftige Berufsentwicklung angesprochen. Auch die Bedeutung für Betroffene und deren Alltag wird dargelegt. Die Konsequenzen und weitere Forschungsansätze werden aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. Warum dieses Thema.....	1
1.2. Eingrenzung der Arbeit	2
1.3. Methode.....	2
1.4. Ziel meiner Arbeit	2
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN	3
2.1. Coping / Bewältigung	3
2.2. Bewältigungsformen.....	3
2.3. Bewältigungsressourcen.....	6
2.4. Ziele von Pflegeinterventionen im Bereich Coping	7
2.5. Mögliche Bewältigungsaufgaben bei chronischer Krankheit.....	9
2.6. Pflegeinterventionen.....	11
3. SCHLUSSFOLGERUNGEN	12
4. PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN BEIM BEARBEITEN DER ARBEIT	15
5. AUSBLICK	16
LITERATURVERZEICHNIS	17

1. Einleitung

1.1. *Warum dieses Thema*

In meinem klinischen Alltag werde ich immer häufiger mit Patienten konfrontiert, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Nicht immer ist diese auch der Grund für den Spitalaufenthalt, dennoch kann sie erheblichen Einfluss auf den Behandlungsverlauf nehmen. Eine bessere medizinische Versorgung ermöglicht es, viele Krankheiten nicht zu heilen, jedoch deren Verlauf zu verlangsamen oder positiv zu beeinflussen. Die Sterblichkeit sinkt und Krankheiten, die früher tödlich endeten werden chronisch. Eine chronische Krankheit ist ein Zustand der gesundheitlichen Beeinträchtigung, der sich nicht durch eine einfache Operation oder eine zeitlich begrenzte medikamentöse Behandlung beheben lässt. Zwei allgemeingültige Feststellungen können getroffen werden:

1. „Der chronisch Kranke¹ erlebt eine Beeinträchtigung seiner geistig-körperlichen und/oder seelischen Funktionen. Diese Beeinträchtigung kann sich über zahlreiche Funktionssysteme erstrecken“ (Turk et al., 1980 in Fitzgerald Miller 2003, S.22).
2. „Die krankheitsbedingten Probleme des Klienten lassen sich niemals völlig beheben“ (Fitzgerald Miller 2003, S.22).

Da die Kosten im Gesundheitssystem steigen, wird von jedem Einzelnen erwartet, die Verantwortung für seine Gesundheit wahrzunehmen und für sich Sorge zu tragen. Durch die Natur der chronischen Krankheit sind diese Patienten jedoch gezwungen, häufiger die Hilfe eines Spitals oder einer anderen medizinischen Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Dies ist ein großer Wirtschaftsfaktor, einerseits durch die verlorene Arbeitskraft, andererseits durch die hohen Gesundheitskosten. Nicht alle diese Rehospitalisierungen sind notwendig. Manchmal entstehen sie durch Unwissenheit oder Unsicherheit im Umgang mit der Erkrankung. Das Ziel des therapeutischen Teams sollte also sein, den Patienten möglichst gut auf den

¹ Auch wenn im Text ein männliches Genus genannt wird, beziehen sich die Aussagen gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Alltag mit einer chronischen Krankheit vorzubereiten. Viele Pflegende sind unsicher wie sie den Patienten darin unterstützen können. Ich werde mich daher mit der Frage beschäftigen:

Wie können Pflegende handlungsorientierte Copingstrategien bei chronisch kranken Patienten fördern?

1.2. Eingrenzung der Arbeit

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen habe ich mich auf chronisch kranke Erwachsene ohne psychische Erkrankungen beschränkt. Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten ist sehr spezifisch und wäre ausreichend für eine weitere Arbeit über dieses Thema. Ebenso habe ich Patienten mit einer Demenzerkrankung außer Acht gelassen.

1.3. Methode

Ich habe meine Fragestellung mittels einer Literaturrecherche bearbeitet. Durch Handsuche in der Bibliothek, Empfehlungen von Literatur durch das HöFa Modul „chronische Krankheit“ und Stichwortsuche (Coping / Bewältigung / Strategie / chronische Krankheit) im Internet habe ich verschiedene Quellen zur Bearbeitung auswerten können. Zuerst behandle ich theoretische Grundlagen des Konzepts Coping und stelle dann mögliche Pflegeinterventionen vor.

1.4. Ziel meiner Arbeit

Ziel meiner Arbeit ist es, Pflegenden Copingstrategien und Möglichkeiten, wie sie den Patienten in seinen Copingstrategien unterstützen können aufzuzeigen. Dadurch hoffe ich die Unsicherheit im Umgang mit Coping und chronischer Krankheit zu mindern.

Durch die Vorstellung des Konzepts Coping möchte ich auch die Rolle des Patienten näher beschreiben und zeigen, wie wichtig seine Mitarbeit und Motivation ist.

Ich möchte Instrumente und Interventionen vorstellen, die uns den pflegerischen Alltag mit chronischen Kranken erleichtern und uns in der Unterstützung dieser Patienten in unserer Arbeit helfen.

2. Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel werden theoretische Grundlagen zu dem in der Literatur gefundenen Konzept Coping erklärt. Ausserdem werden mögliche Copingaufgaben und Pflegeinterventionen vorgestellt.

2.1. Coping / Bewältigung

Der Begriff Coping leitet sich vom Englischen „to cope with“ ab und bedeutet, jemandem oder etwas gewachsen sein, fertig werden, bewältigen, meistern (Baldegger, 2000). Ob ein Weg gefunden werden kann, mit der chronischen Krankheit zu leben, sogar glücklich zu leben, hängt davon ab, wie der Patient und sein soziales Umfeld mit den krankheitsbedingten Anforderungen umgehen.

Der Patient muss lernen, angemessen mit ihnen umzugehen. Dabei kann es sich um externe Stimuli, wie Schmerzen oder um interne psychische Phänomene, wie eine Bedrohung des Körperbildes handeln. „Ziel der Bewältigung ist es, das Problem zu meistern, zu kontrollieren oder aufzulösen“ (Weismann et al, 1976/77, in Fitzgerald Miller, 2003, S. 36). Die krankheitsbedingten Behinderungen sind nicht rückgängig zu machen, aber Bewältigungsstrategien können helfen die Auswirkungen abzumildern. In dieser Arbeit ist der Begriff Coping mit Bewältigung gleichzusetzen. Coping wird gern als Schlüsselkonzept bezeichnet, um die Auswirkungen von belastenden Situationen auf Gesundheit und emotionaler Stabilität zu untersuchen. Es steht in engem Zusammenhang mit den Konzepten Krise, Stress, und kritische Lebensereignisse.

2.2. Bewältigungsformen

Der Prozess der Bewältigung läuft zuerst unbewusst ab. Eine Situation wird bewertet (besteht Gefahr oder nicht?), erst dann werden Handlungsalternativen abgewogen (was kann ich tun?). Nach erfolgter Reaktion gibt es drei Möglichkeiten: Wir meistern die Situation, wir finden uns damit ab oder es kommt zu einer Krise. Wenn wir die Situation meistern, werden wir unser Verhalten auch in anderen Situationen testen. Haben wir damit weiterhin Erfolg, so stärkt das unser Selbstvertrauen. Aber auch das

Abfinden mit einer Situation kann eine Bewältigung bedeuten. Wir passen unsere Ziele und unsere Lebenssituation an eine nicht zu ändernde Tatsache an. Eine Krise kann ebenfalls eine Bewältigung bedeuten, wenn der Betroffene gestärkt und ohne bleibende Schäden aus ihr hervorgeht (siehe S. 5, Abbildung 1, Prozess nach Richard S. Lazarus). Jeder Mensch reagiert unterschiedlich und jeder Mensch hat unterschiedliche Bewältigungsformen, die es zu berücksichtigen gilt. Deshalb ist es wichtig, dem Patienten seine eigene Strategie finden zu lassen, und nicht, eine von uns für gut befundene Strategie aufzuzwingen.

Selbstständigkeit zu trainieren. Akkommodation bedeutet, seine Ziele der neuen Situation und neuen Gegebenheit anzupassen. Das Problem lässt sich nicht beseitigen, zum Beispiel das Umgestalten in eine rollstuhlgerechte Wohnung.

Die Berner Bewältigungsformen, von Heim et al. (1986) entwickelt, unterscheiden emotions-, problem- und handlungsorientierte Formen. Beispiele für handlungsbezogene Bewältigungsformen sind aktives Vermeiden, Zupacken oder sozialer Rückzug. Kognitionsbezogene Bewältigungsformen sind, abzulenken, Humor zu zeigen oder nach einem Sinn zu suchen bzw. etwas einen Sinn zu geben. Schliesslich gibt es noch emotionsbezogene Beispiele, wie Schuldzuweisung, Wut oder Resignation. Jede Person verfügt über ein bestimmtes Repertoire an Bewältigungsformen. Die Bewältigung ist dann effektiv, wenn unangenehme Emotionen wie Angst, Furcht, Trauer oder Schuldgefühle möglichst gering gehalten werden; es kann dann auch Hoffnung entstehen, das Selbstwertgefühl wachsen und Beziehungen können gewahrt werden. Das Wohlbefinden bleibt erhalten oder wird sogar noch erhöht. Ebenso wichtig sind die Erhaltung der Funktionsfähigkeit im Alltag und die Veränderung des Problemstatus. Es macht auch einen Unterschied, wer die Effektivität beurteilt. Für Pflegende ist es oft wichtig, die Symptome zu reduzieren und die Compliance² des Patienten zu fördern, während Betroffene häufig Wohlbefinden und Lebensqualität als wichtiger erachten. Sehr wichtig ist subjektive Bedeutung, die der Betroffene seiner Krankheit beimisst. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob der Kranke eine Bedrohung in seiner Krankheit sieht, oder ob er sie für unwichtig ansieht (Fitzgerald Miller, 2003).

2.3. Bewältigungsressourcen

Als Ressource bezeichnet man all das, was durch seine Verfügbarkeit die Bewältigung von einem kritischen Ereignis erleichtert (Baldegger, 2000). Die

² Compliance: Die Bereitschaft der Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuarbeiten. Ebenso zählt dazu das Ausmaß in dem das Verhalten der Patienten bezüglich der Einnahme von Medikamenten, der Befolgung von Diätvorschriften und der Veränderung der Lebensweise mit den ärztlichen Anordnungen übereinstimmt. Non-Compliance bezeichnet das Gegenteil. (Winkler, 2000)

Ressourcen sind bei jedem individuell verschieden und in unterschiedlicher Anzahl vorhanden. Zu den Ressourcen zählen soziales Netz, Gesundheitszustand, materielle Güter und positives Selbstkonzept. Ein Fehlen von Ressourcen wird als Defizit bezeichnet. Gerade diese Gruppe braucht vermehrt Unterstützung, da sie anfälliger für Stress ist. Eine der wichtigsten Ressourcen ist das soziale Netz und die Qualität der Beziehungen. Lebensgemeinschaften, egal welcher Art, fällt es leichter Probleme zu lösen da sie sich gegenseitig austauschen und ergänzen können. Der emotionale Rückhalt stärkt beide Teile und fördert die Motivation, das kritische Ereignis zu bewältigen. Auch ein positives Selbstkonzept wirkt sich unterstützend auf unsere Bewältigungsfähigkeit aus. Nur wer sich selbst als wertvoll empfindet, wird sich bemühen seinen Gesundheitszustand zu verbessern (Salter, 1998).

2.4. Ziele von Pflegeinterventionen im Bereich Coping

Alle Tätigkeiten die in den Bereich Coping führen, sind einer Krisenintervention nahe. Deshalb ist es wichtig, den Patienten zu kennen und einschätzen zu können. Hier ist der Einbezug der Angehörigen unbedingt nötig. Erschwert wird das Erkennen von Copingstrategien durch das Fehlen der Biografie des Betroffenen. Der Patient selbst oder dessen Angehörige können hier Auskunft geben über bisheriges Problemlösungsverhalten. Das Erstellen eines Pflegeassessments kann hilfreich sein, um Bereiche mit unwirksamen Coping zu entdecken.

Bewusstmachen

Ein erster Schritt in Richtung Bewältigung ist das Bewusstmachen der Krankheitssituation, der Bedeutung und Belastung für den Alltag und auch der vorhandenen Ressourcen. Erkennt der Patient seine Ressourcen, fällt es ihm oft leichter weitere Ressourcen zu mobilisieren.

Erfassen

Ein weiterer Schritt ist das Erfassen von Bewältigungsstrategien in der Vergangenheit und das Prüfen, ob sie in der aktuellen Situation hilfreich und einsetzbar sind. Auch das Beobachten der aktuellen Bewältigungsstrategie ist notwendig. Vielleicht hat der Patient bereits unbewusst, begonnen eine Strategie einzusetzen.

Unterstützung

Die Wahrnehmung der Situation und der damit eingetretenen Veränderung braucht eine intensive Auseinandersetzung. Oftmals ist hier eine intensive Betreuung durch Pflegepersonal nötig. Manchmal scheint es, als würde der Patient die Situation verdrängen. Vermeidung darf jedoch nicht mit Verdrängung verwechselt werden (Fitzgerald Miller, 2003) . Der Patient beginnt sich langsam mit der Situation auseinanderzusetzen. Kurzfristig bewahrt ihn die Vermeidung vor einem Schock oder einem Zusammenbruch. Langfristig kann dieser Bewältigungsstil jedoch nicht erfolgreich sein, da er verhindert, dass lebenswichtige Therapieentscheide getroffen werden. Zeigt der Patient hier, dass er überfordert ist und nicht in der Lage, die Krise zu bewältigen, ist es unsere Aufgabe, rechtzeitig Fachpersonen einzuschalten.

Einbezug

Der Einbezug der Familie in eine adäquate Pflege und Betreuung ist für den Erfolg der Bewältigung sehr wichtig. Sind sie doch eine wichtige Ressource für den Patient und eine wichtige Informationsquelle für das Pflegepersonal. Auch die Angehörigen müssen die neue Situation und mögliche Veränderungen bewältigen.

Sichtweise

Der wichtigste Schritt für die Pflege ist es, den chronisch Kranken ein realistisches Ziel entwickeln zu lassen. Seine Vorstellungen von der Realität mögen zu Beginn der Bewältigung nicht mit denen der Pflege oder des sozialen Umfeldes übereinstimmen. Eine realistische Einschätzung ist jedoch wichtig um neue, erreichbare oder alte, angepasste Ziele zu erreichen und zur Normalität und zum Alltag zurückzukehren.

Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten

Der Patient muss lernen, seine Entscheidungen selbst zu treffen und die Verantwortung für sein Handeln wieder völlig selbst zu übernehmen. Dazu braucht er Informationen über die Erkrankung und das Behandlungsregime. Pflegende sollten den Patienten animieren möglichst früh seine Möglichkeiten zu nutzen und so sein Selbstwertgefühl steigern. Hat der Betroffene das Gefühl, er hat die Kontrolle und die Macht über Entscheidungen, steigert dies die Motivation an der Therapie und dem Erfolg mitzuarbeiten.

Entlastung

Emotionale Entlastung und das Vermitteln von Entspannungstechniken erleichtern den Umgang mit den negativen Konsequenzen der chronischen Krankheit. Die Auseinandersetzung mit der Ungewissheit des zukünftigen Verlaufs der Krankheit oder des möglichen Todes wird erleichtert.

2.5. Mögliche Bewältigungsaufgaben bei chronischer Krankheit

Streben nach Normalität

Ein Ziel eines jeden Betroffenen ist ein möglichst „normaler“ Alltag. Normalität im Alltag bedeutet für die Betroffenen, die Zeichen und Symptome der Krankheit unter Kontrolle zu halten (Fitzgerald Miller, 2003). Kann sich der Betroffene beweisen, dass er genauso leistungsfähig ist wie sein Umfeld, stärkt das sein Selbstbewusstsein.

Umstellung von Alltag und Lebensstil

Um die Symptome unter Kontrolle zu halten muss der Erkrankte eventuell seine bisherige Routine und seine Gewohnheiten ändern. Durch Umstrukturierung der Gewohnheiten wird die Krankheit zu etwas „normalem“ und ist damit zu bewältigen. Der Kranke lernt, wodurch seine Symptome verschlimmert werden. Normalität bedeutet auch, dass soziale Kontakte gepflegt und Hobbys wieder aufgenommen werden. All diese Tätigkeiten wie Streben nach Normalität, Beweisen der Leistungsfähigkeit, Erhalten der Routine zeigen Patienten, dass sie mit „Gesunden“ gleich ziehen können.

Erhalten eines positiven Selbstkonzepts

Dieser Beweis stärkt das Selbstbewusstsein und fördert eine positive Einstellung. Der chronisch Kranke kann sich so ein positives Selbstkonzept und Selbstwertgefühl erarbeiten und erhalten, damit er sein neues Körperbild und sein Selbstbild in Übereinstimmung bringt. Dadurch lässt der Betroffene auch nicht zu, dass die Krankheit zu seiner neuen Identität wird.

Erlernen von Selbstpflegekompetenzen

Das klingt zunächst einfach, jedoch werden die meisten chronischen Krankheiten von unangenehmen Umständen begleitet. Solche Unannehmlichkeiten können Symptome wie Schmerzen, Einhalten einer Diät,

oder die Therapie selbst, z.B. Dialyse, sein. Auch das Erlernen von Selbstpflegekompetenzen, um den Alltag und die Behandlung selbst zu bewältigen, kann zu einer Krise führen. Dem Patienten kann die Selbstpflege wie ein nicht zu überwindendes Hindernis erscheinen.

Rollenveränderung

Zusätzlich können diese Veränderungen zu einer neuen Rollenverteilung führen. Rollenverteilung oder Rollenveränderung bedeutet, alte Rollen aufzugeben, z.B. Familienoberhaupt, und neue Rollen anzunehmen bzw. zu erlernen. Sich in die Rolle des abhängigen Hilfsbedürftigen hineinzufinden, und dabei ein positives Selbstkonzept zu behalten, scheint eine der schwierigsten Bewältigungsaufgaben überhaupt (Fitzgerald Miller, 2003) . Die Rollenveränderung und Verlust von bisherigen Fähigkeiten führen meist zu Trauer.

Chronische Trauer

Chronisch Kranke und ihre Angehörigen trauern über eine Vielzahl von Verlusten. Solche Verluste sind z.B. Träume welche nicht mehr verwirklicht werden können oder nachlassende soziale Kontakte. Ebenso können sie über den Verlust oder die Einschränkung von physischen Fähigkeiten wie Organfunktionen oder Mobilität trauern. Trauerarbeit hilft, diese Verluste zu verarbeiten und anzunehmen. Zum Trauern gehört auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod (Fitzgerald Miller, 2003). Die Unsicherheit über Zukunft und Verlauf wird ein ständiger Begleiter für Familie und Betroffene. Kann der Patient wieder neue Zukunftspläne schmieden und Ziele formulieren, zeigt er damit sein hohes Maß an Bewältigungskompetenz.

Veränderung der sozialen Beziehung

Die Krankheit beansprucht unter Umständen viel Zeit, und bestimmt einen großen Teil des Denkens. Das kann bedeuten, dass sich die Anzahl der sozialen Kontakte verringert und das soziale Netz dünner wird. Es muss mehr Energie und Arbeit in soziale Beziehungen investiert werden. Soziale Beziehungen werden gebraucht, um physische und emotionale Bedürfnisse zu befriedigen.

2.6. Pflegeinterventionen

Die schwierigste Aufgabe der Pflegenden ist es, die Emotionen wie Wut, Trauer, Abwehr und Verdrängung von Patient und Familie auszuhalten. Bei all diesen sich plötzlich stellenden Aufgaben, den Veränderungen und der Ungewissheit der zuvor gesicherten Zukunft werden vor allem Geduld, Zeit und Ehrlichkeit verlangt. Wir sollten dem Patienten helfen, die Folgen seiner Krankheit in sein Leben zu integrieren (Baldegger, 2000). Ebenso sollten wir Raum und Zeit geben, subjektives Erleben der Krankheit zu schildern, die subjektive Sichtweise der Situation anhören (Baldegger, 2000). Der Betroffene braucht umfassende Informationen über die Eingriffe und die Therapie. Vor allem aber braucht er Zeit, dies zu verarbeiten. Aber die Zeit ist knapp und kostbar. Pflegende dürfen nicht zu lange damit warten, den Patienten weiter zu bringen, um neue Erfahrungen zu machen und neues Wissen zu generieren. Der Spitalaufenthalt wirkt viel zu kurz im Vergleich zu den anstehenden Neuerungen. Ein Heranführen in kleinen, aber schnellen Schritten an die Umsetzung notwendiger Veränderungen in der Lebensführung und im Verhalten wird notwendig. Dies führt dazu, dass der Patient sich langsam und doch zügig genug an die Gegebenheiten gewöhnen kann, ohne ein Gefühl der Überforderung zu entwickeln. Schulungen über Selbstpflegekompetenzen, z.B. Stoma, erleichtern den Alltag zuhause. Wann immer möglich sollte man kleine Ruhepausen einplanen und die Zeit für Gespräche nutzen. Dies gilt auch für Angehörige. Auch sie müssen erst lernen, die Situation zu bewältigen. Der Patient sollte ermutigt werden, wann immer möglich, die Kontrolle zu übernehmen. Es ist essentiell, den Patienten aktiv in Planungen und Entscheidungen zur Vorbereitung für den Alltag nach dem Spital einzubinden. Dies ist vor allem wichtig, wenn der chronisch Kranke schon länger betroffen ist, und bereits eigene funktionierende Strategien und Routinen hat. Zusätzlich können Adressen von spitalexternen Organisationen z.B. Spitex, Seop, oder weiterführende Stellen z.B. Lungenliga, die Unsicherheit vor der ersten Zeit zuhause nehmen.

3. Schlussfolgerungen

Wissen und reflektierte Erfahrung zum Thema Bewältigung können Pflegenden helfen, Menschen in belastenden Lebenssituationen kompetent zu unterstützen (Baldegger, 2000). Die Beschäftigung mit dem Thema macht auch deutlich, woher die Unsicherheit der Pflegenden stammt. Das Auseinandersetzen der Patienten mit den eigenen Copingstrategien, der neuen Situation und die Situation der Angehörigen, setzt starke Emotionen frei. Emotionen denen wir Pflegende häufig ausgesetzt sind und die wir nicht immer nachvollziehen können. Abwehr und Wut des Patienten, welchen wir doch nur unterstützen wollen, zu begegnen, standzuhalten und in eine Richtung zu lenken, in der sie den Patienten als Energie zur Verfügung steht, sind nicht immer leicht (Baldegger, 2000). Oft ist er nur einer unter vielen Patienten die Aufmerksamkeit und Kompetenz erfordern. Auch das Unterscheiden von Verdrängung und Vermeidung ist oft schwierig. Der Patient kommt nicht isoliert, sondern ist Teil eines sozialen Netzes, auch hier ist es schwierig die Bedürfnisse der Angehörigen und die der Pflege unter einen Hut zu bringen. Ist der Betroffene schon länger erkrankt hat er bereits eine Vielzahl von Strategien, welche nicht immer so einfach im Pflegealltag unterzubringen sind (Fitzgerald Miller, 2003). Manchmal ist auch unser Anspruch zu hoch. In unserem Kopf befindet sich eine Menge Fachwissen welches wir gerne an den Patienten weitergeben möchten. Wir „Wissen genau was gut ist“, für den Patienten in dieser Situation. Aber wissen wir das wirklich? Gelegentlich macht es Sinn nicht das ganze „Programm“ zu erwarten sondern mit dem Betroffenen Kompromisse zu finden. Wege die es ihm erleichtern, seine Krankheit „begreifbar“ und damit „bewältigbar“ zu machen. Der Aufenthalt im Spital ist kurz verglichen mit der Flut von Bewältigungsaufgaben die der Erkrankte vor sich hat. Diese kleinen Kompromisse zeigen dem Patienten, dass er in der Lage ist die neue Situation zu meistern. Somit stärken sie sein Selbstvertrauen und fördern das Anwenden von Copingstrategien in anderen Situationen. Nach und nach lernt der Betroffene seine Entscheidungen bezüglich der Krankheit, Therapie oder Symptome wieder selber zu managen und sich sicher zu fühlen. Je mehr wir Pflegende uns mit diesem Thema auseinandersetzen, desto mehr Sicherheit

und eigene Copingstrategien entwickeln wir im Umgang mit Betroffenen. Dadurch erhalten wir unsere Kompetenz und Handlungsfähigkeit und können auch Unterstützung bleiben. Wir strahlen mehr Sicherheit und Zuversicht aus. Es wird auch deutlich wie wichtig das Umfeld des Patienten für dessen Betreuung und Behandlungserfolg ist. Wir können lernen Angehörige als Ressource in Zeiten knappen Personals zu sehen und sie aktiv in die Pflege mit einbinden. Sie selbst fühlen sich ernst genommen und gut informiert, Ängste vor dem Austritt werden gemildert und eventuelle Probleme können bereits im Spital erkannt werden und nicht erst zuhause, wo sie womöglich die Situation zum Eskalieren bringen. Aber es kann uns auch die Sicherheit geben zu sagen: Hier ist ein Punkt erreicht, an dem weder wir, noch Patient weiter kommen.

Es wird deutlich, dass Schulungen von Personal und eventuell das Schaffen von Ressourcenpersonen nötig werden um die Konzepte und Theorien sinnvoll und wirksam in der Pflege einzusetzen. Auch Zeit und ein entsprechendes räumliches Umfeld sollten vorhanden sein, da viel Bedarf an Beratung, Schulung und Gespräch besteht. Das Team sollte sich Raum schaffen für Fallbesprechungen um schwierige Pflegeprobleme gemeinsam angehen zu können, oder einfach nur ihre Erfahrungen auszutauschen. Das „Miteinander“ und die Kommunikation erhalten einen neuen Schwerpunkt und sollten ebenfalls trainiert werden. Zu Beginn scheint es ein großer finanzieller Aufwand, senkt sich dadurch jedoch die Zahl der Rehospitalisationen und bleibt die Arbeitskraft des Patienten erhalten, hat sich der Einsatz gelohnt.

Vielleicht führt auch die Beschäftigung mit diesem Thema zu einem „Umdenken“ in der Krankenhausstruktur. Brauchen chronisch Kranke jedes Mal einen „Standardablauf“? Müssen sie alle Medikamente durch die Pflege verabreicht bekommen oder ist es nicht sinnvoller Kontrollen oder Tagesangebote zu schaffen, die einen geregelten Tages- und Arbeitsalltag zulassen. Durch Tagesangebote oder Kontrollen zuhause, bleibt es möglich, die Alltagsroutine zu erhalten. Die Fehlzeiten im Beruf können minimiert werden und Probleme können dort angegangen werden, wo sie entstehen, nämlich zuhause. Angewandte Copingstrategien und Therapierfolge können überprüft werden. Zudem ist es schwierig in einer Institution die nicht primär für chronisch Kranke ausgerichtet ist, einen Weg zu finden, da die vielen

Vorgaben und Abläufe nicht unbedingt für diese Patientengruppe abgeändert werden können. So werden viele Punkte im Tagesablauf festgelegt, ein Beispiel hierzu sind die Essenszeiten. Bei Tagesangeboten kann die Struktur flexibler gestaltet werden, ohne die Betreuung der anderen Patienten zu beeinträchtigen.

Wir sollten lernen in der Betreuung einer immer größer und auch jünger werdenden Krankheitsgruppe neue Wege zu gehen. Dadurch könnten neue Berufsaussichten für die Pflege und Einsparpotenzial im Gesundheitswesen geschaffen werden. Die Wirtschaft hat das Einsparpotenzial erkannt und bereits erste Maßnahmen ergriffen, wie z.B. Schonarbeitsplätze für chronisch kranke Personen einzurichten.

Schwierig werden Pflegesituationen in denen der „Erfolg“ der Pflege nicht deutlich sichtbar wird. Situationen in denen sich der Zustand der Patienten kontinuierlich verschlechtert, trotz aller Bemühungen, und trotz strengem Therapieregime. Wie bereits zu Beginn erwähnt, liegt es in der Natur der chronischen Krankheit, dass sie auch zum Tod führen kann. Diese Thematik beschäftigt chronisch Kranke immer wieder. Pflegende lassen diese Thematik gerne außen vor und versuchen sie zu verdrängen so lange es geht. Eine Sterbebegleitung wird nicht so erfolgreich angesehen wie eine Heilung und Entlassung in gutem körperlichem Zustand. Viele Patienten und Angehörige schätzen jedoch gerade diesen Teil unserer Arbeit. Sie fühlen sich begleitet, betreut und unterstützt. Angst vor Schmerzen oder Leid kann genommen oder zumindest gemildert werden. Hilflosigkeit in dieser Situation wird gemildert durch unsere Unterstützung. Wir sind auch nur Menschen, starke Emotionen sind in so einer Situation auch für uns normal, jedoch sollten wir uns zurückziehen, wenn wir merken, wir verlieren die Kontrolle über uns.

Manchmal sitzt die Wut und Trauer über den Verlust des Angehörigen so tief, dass die Familie ungerechtfertigte Vorwürfe macht, auch hier sollten wir uns auf unsere Professionalität besinnen und versuchen Ruhe zu bewahren.

4. Persönliche Erfahrungen beim Bearbeiten der Arbeit

Während der Beschäftigung mit diesem Thema musste ich mich durch Schwangerschaft mehr und mehr den eigenen körperlichen Grenzen stellen. Ich konnte ein Stück weit lernen und nun auch nachvollziehen wie es ist wenn der Körper deutliche Grenzen zieht und einfach stoppt. Es ist schwierig plötzlich gewohnte Alltagsroutine umzustellen, den Status quo aufrechtzuerhalten und die gleiche Leistung zu zeigen ohne das ein Bereich auf der Strecke bleibt. Zuerst beginnt man doch zu probieren die Grenzen zu erweitern in der gewohnten Routine weiter zu handeln um sich dann doch einzugestehen „ich kann nicht“. Erst hier beginnt der Bewältigungsprozess wirklich. Wenn es hier nicht gelingt das „ich kann nicht“ in ein „ich kann es so nicht, aber ich kann dafür ein besseres Resultat für mich erzielen“ umzuwandeln, wird es schwer ein positives Selbstkonzept aufrechtzuerhalten. Plötzlich muss man über Dinge nachdenken die bisher selbstverständlich waren. Ich frage mich nun zweimal ist der Patient wirklich „non-compliant“ oder muss ich nur einen anderen Weg einschlagen. Brauche ich wirklich das ganze Paket oder gibt es einen Kompromiss der uns beiden nutzt? Auch Angehörige haben für mich nun einen anderen Stellenwert. Ich bin eher bereit einen Vorgang oder ähnliches auch sechs Mal geduldig zu erklären, weil ich im Hinterkopf habe, zuhause ist niemand der diese Fragen beantwortet oder dem man über die Finger schauen kann. Auch die häufige Abwehr und das Misstrauen der Patienten gegenüber der Pflege und dem Behandlungsregime kann ich nun leichter aushalten, da ich nun den Mechanismus kenne, der dahinter steckt. Es gibt Unmengen an Literatur und Empfehlungen für diesen Bereich. Gleichzeitig war es aber auch schwierig aus der Flut von Literatur und Informationen den Blick für das Machbare zu behalten und mich nicht zu verlieren. Ich hoffe das sich in Zukunft mehr Konzepte und Theorien über Coping in der Praxis durchsetzen und somit ein spannendes neues Arbeitsfeld für uns auftut.

5. Ausblick

Das Thema Coping bietet viele weitere Ansätze deren Bearbeitung spannend ist. Manche Ansätze wie räumliche Struktur im Akutspital wurden bereits mehrmals angesprochen. Auch die Arbeit mit Kindern, die erst noch lernen mit kritischen Ereignissen umzugehen ist ein weites, spannendes Gebiet.

Eventuell lässt sich manches auch auf die Erwachsenenarbeit übertragen. Die Frage in wie weit sich eine verstärkte Prävention bei Gesundheitsthemen auf den Umgang mit chronischen Krankheiten auswirkt, oder sich sogar auf ein besseres Copingverhalten auswirkt scheint auch interessant.

Ein ebenso wichtiges Anliegen ist der Stellenwert von Gesprächen in der Pflege. Pflegenden fällt es einfacher die Funktion 3, also das Ausführen von ärztlichen Verordnungen auszuführen, anstatt Gespräche mit Patienten oder Angehörigen zu führen. Oft wird dies nicht als „Arbeit“ gesehen oder scheint nicht so wichtig wie andere technische Fertigkeiten wie Venenpunktionen oder Medikamente richten. Auch Bei Abrechnungsorganen scheint dies nur sehr gering eingeschätzt zu werden. Eine wissenschaftliche Studie zu diesem Thema ist ebenfalls ein gutes Forschungsgebiet.

Literaturverzeichnis

Baldegger, E. (2000). Bewältigung/Coping. In: Käppeli, S. (Hrsg):
Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3.
Bern: Hans Huber., S.125-145.

Fitzgerald Miller, J. (2003). Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden.
Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. Bern: Hans Huber.

Salter, M. (1998). Körperbild und Körperbildstörungen. Bern: Hans Huber.

Winkler, M. (2000). Compliance/Non-Compliance. In: Käppeli, S. (Hrsg):
Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3.
Bern: Hans Huber., S.245-270.