

## Projektarbeit

<b>Thema</b>	Dialyse und Kommunikation Der Wunsch, den Dialysepatienten zu verstehen
<b>Kurs</b>	Nephrologische Pflege 5 14.12.2004 - 30.05.2006
<b>Weiterbildungsstätte</b>	Akademie der Gesundheit Berlin Brandenburg e. V.
<b>Projektteam</b>	Cornelia Böttcher Dialysepraxis Dr. Kühn/ Dr. Moesenthin Tangermünde - Genthin Anja Kersting Dialysepraxis am Reichstag Berlin Mitte Maria Magdalena Timm Dialysepraxis Dr. Hansen - Schmidt Berlin - Spandau
<b>Kursleitung</b>	Diplom-Medizin-Pädagogin Sabine Hartrodt
<b>Mentorin</b>	Diplom-Medizin-Pädagogin Angelika Tinius

<b>Gliederung</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Themenbegründung</b>	<b>4</b>
<b>1.2 These</b>	<b>4</b>
<b>2. Die Gesamtsituation des Dialysepatienten</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Lebensveränderungen durch die Dialyse</b>	<b>6</b>
<b>2.1.1 Physische Probleme</b>	<b>7</b>
<b>2.1.2 Psychische Probleme</b>	<b>8</b>
<b>2.1.3 Soziale und familiäre Probleme</b>	<b>9</b>
<b>2.1.4 Auswirkungen auf die Lebensqualität</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Phasen im Krankheitsverlauf</b>	<b>11</b>
<b>2.2.1 Prädialytischer Zeitraum</b>	<b>11</b>
<b>2.2.2 Dialytischer Zeitraum</b>	<b>12</b>
<b>3. Verhaltensmöglichkeiten</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Allgemeine „schwierige“ Verhaltensweisen</b>	<b>13-14</b>
<b>3.2 Spezielle Verhaltensweisen, mit denen wir häufig in der Dialyse zu tun haben</b>	<b>15-16</b>
<b>4. Umgang mit schwierigen Situationen</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Allgemeine Leitlinien</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Leitlinien von Fein/ Schneider</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Reaktionen, die durch schwierige Verhaltensweisen im Pflegepersonal ausgelöst werden</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Nähe und Distanz</b>	<b>21</b>
<b>4.5 Fallbeispiele aus unserem beruflichen Alltag</b>	<b>22-24</b>
<b>5. Weiterführende Hilfsmöglichkeiten</b>	<b>25-28</b>
<b>6. Fazit</b>	<b>29</b>
<b>7. Schlussbemerkung</b>	<b>30</b>
<b>8. Literaturempfehlung</b>	<b>31</b>
<b>9. Quellenangaben</b>	<b>32</b>
<b>10. Erklärung</b>	<b>33</b>

## **1. Einleitung**

Sowohl zu dem Thema Dialyse, als auch zu dem Thema Kommunikation gibt es eine Menge Lektüre, doch die Kombination beider Themen ist selten. Deshalb wollen wir in unserer Projektarbeit das Thema

„Dialyse und Kommunikation –  
Der Wunsch, den Dialysepatienten zu verstehen“

bearbeiten.

In diesem Skript findet sich ein kurzer einleitender Teil über die Situation des Dialysepatienten, ein Teil über allgemeine Kommunikation, über verschiedene wissenschaftliche und andere veröffentlichte Arbeiten und unsere Einschätzungen, wie ein guter Umgang mit Dialysepatienten am besten vollzogen werden kann.

Wir wünschen uns, dass sowohl Kollegen als auch Angehörige von Dialysepatienten dieses Skript zur Hand nehmen und es ihnen hilfreich im Umgang mit Dialysepatienten ist.

### **1.1 Themenbegründung**

Da wir zu Beginn unserer Tätigkeit in der Dialyse den Ausspruch

„Dialysepatienten sind schwierig“

zu hören bekamen, und auch wir im Laufe unserer beruflichen Entwicklung feststellen mussten, dass sich der Umgang mit Dialysepatienten schwierig gestalten kann, haben wir uns entschlossen, uns in unserer Projektarbeit mit diesem Thema auseinander zu setzen. Wir haben Fachliteratur gelesen und uns mit dem Thema „schwierig“ befasst. Bei unseren Recherchen sind wir auf Untersuchungen gestoßen, in denen festgestellt wurde, dass ein Großteil der Dialysepatienten physischen und psychischen Veränderungen unterliegen.

Daraufhin suchten wir nach Wegen, die es ermöglichen, den Umgang mit und die Situation für Dialysepatienten zu verbessern. Wir stellten fest, dass dies nur möglich ist, wenn wir schwierige Verhaltensweisen überhaupt erkennen und verstehen und wir den Dialysepatienten durch positive Beeinflussung, Optimierung seiner Lebensqualität sowie gefühlsmäßige Zuwendung unterstützen. Deshalb kamen wir im Laufe unserer Arbeit zu der Erkenntnis:

„Der Umgang mit Dialysepatienten ist eine große Herausforderung!“

## **1.2 These**

Unsere Arbeitshypothese lautet

„Dialysepatienten sind schwierig“.

Wir werden diese These belegen oder zu dem Fazit kommen, dass diese Aussage so nicht stimmt.

## **2. Die Gesamtsituation des Dialysepatienten**

Der Dialysepatient gehört mit seiner Grunderkrankung zur großen Gruppe der chronisch Kranken, die alle, je nach Krankheitsbild, psychische Besonderheiten aufweisen.

Sie sind jedoch durch die Kombination bestimmter Faktoren in einer ganz prekären Situation und unterscheiden sich durch diese von allen anderen chronisch kranken Menschen.

So schwankt das Befinden eines Dialysepatienten in einem 48-Stunden- Intervall, was körperliche und psychische Konsequenzen hat. Insbesondere leidet er unter der starken Erschöpfung direkt nach der Behandlung.

Es gibt keine Phase des Ausruhens. Auch bei guter Compliance ist kein Aussetzen der Therapie möglich. Non Compliance führt zu einer direkten körperlichen Reaktion bis hin zur Lebensgefahr (zum Beispiel: Hyperkaliämie).

Trotz Dialysetherapie leidet der Patient fortdauernd unter den Symptomen und Folgen der Urämie.

Die massive Maschinenabhängigkeit äußert sich einerseits durch die Ängste bei Maschinenalarmen und andererseits durch die Tatsache, dass sich das eigene Blut im Schlauchsystem außerhalb des Körpers befindet. Selbst im Urlaub oder bei Heimdialyse muss sich der Nierenkranke immer wieder zur Maschine begeben. Dialyse ist einerseits eine lebensverlängernde Maßnahme andererseits auch lebensrettend.

Beim Aussetzen der Therapie würde der Betroffene unweigerlich sterben.

Als bisher einzige Möglichkeit in der Nierenersatztherapie stellt die Dialysebehandlung eine langfristige Lebenseinschränkung dar.

Ein Ausweg aus dieser Situation ist die Transplantation. Aber auch diese Alternative birgt Probleme in sich. Sowohl lebenslange Medikamenteneinnahme als auch die Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass das Fremdorgan entweder den Tod eines anderen Menschen voraussetzt oder meist ein naher Angehöriger ein gesundheitliches Risiko eingeht.

### **2.1 Lebensveränderungen durch die Dialyse**

Wie bei kaum einer anderen Krankheit erlebt der Patient mit terminaler Niereninsuffizienz bei Dialysebeginn eine Reihe von Abhängigkeiten, die viele Aspekte seines Lebens verändern. Bei akut auftretenden Erkrankungen (zum Beispiel rapid progrediente Glomerulonephritis, Morbus Wegener) kann das innerhalb von Tagen bis wenige Wochen aus völliger Gesundheit heraus der Fall sein.

Der Dialysepatient erlebt den Konflikt zwischen dem Wunsch nach Unabhängigkeit – diese ist für Verwirklichung eines normalen Lebens essentiell – und der Realität, d.h. einer dauernden Abhängigkeit von Maschinen und Personal.

Traumatisch ist nicht die Abhängigkeit an sich, sondern die Unmöglichkeit, diese Abhängigkeit aktiv zu beeinflussen.

Nachfolgend führen wir die physischen, psychischen und sozialen Hauptprobleme der Dialysepatienten auf.

### **2.1.1 Physische Probleme**

Im Laufe der chronischen Niereninsuffizienz treten Probleme in den unterschiedlichen Bereichen auf:

- Hämatologische Störungen führen zu Anämie, erhöhter Infektanfälligkeit und Blutungsneigung. Deutlich spürbar sind für den Patienten Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Kopfschmerzen.
- Kardiovaskuläre Folgen sind koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathie und arterielle Hypertonie. Sie äußern sich in Luftnot, Beinödemen und verminderter Belastbarkeit.
- Osteopathische Veränderungen entstehen durch Störungen im Calcium – Phosphat – Vitamin D – Haushalt. Erkennbar sind sie als Knochen –, Zahn – und Muskelbeschwerden.
- Gastroenterologische Probleme sind Übelkeit, Erbrechen, Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung und Gewichtsverlust.
- Endokrinologische Folgen haben deutliche Auswirkungen auf die Bereiche Entwicklung und Wachstum sowie Sexualität und Fortpflanzung.
- Neurologische Störungen bei Dialysepatienten sind zum Beispiel Restless-Legs-Syndrom und Polyneuropathie.
  
- Sonstige Störungen können außerdem Hautveränderungen (Juckreiz und trockene Haut) und Schlafprobleme sein. Zusätzlich können Komplikationen wie Shuntinfektion, Shuntverschluss bei Hämodialyse, Muskelkrämpfe, Kreislaufprobleme und Peritonitis bei Peritonealdialyse auftreten.

### **2.1.2 Psychische Probleme**

Die Psyche eines Dialysepatienten wird durch viele Kriterien belastet. Das Wissen um eingeschränkte Lebenserwartung und die fehlende Heilungsaussicht machen für ihn die Zukunft unsicherer, sie ist nicht planbar.

Die Abhängigkeit von der Maschine und dem Pflegepersonal widerstreben seinem natürlichen Wunsch nach Unabhängigkeit.

Die Ängste vor zahlreichen Komplikationsmöglichkeiten und Risiken und vor allgemeinen Veränderungen (körperlich-ästhetisch, sozial) nehmen ihm das Gefühl der Sicherheit.

Außerdem muss sich der Dialysepatient mit der Umstrukturierung des bisherigen Lebens befassen. Auch eventuelle Minderwertigkeitsgefühle und das Verlieren von geistiger Wendigkeit gefährden die psychische Stabilität.

### **2.1.3 Soziale und familiäre Probleme**

Durch die Dialysepflichtigkeit verändert sich das gesamte soziale und familiäre Umfeld.

Im Arbeitsbereich gibt es massive Einschnitte wie Teilzeitarbeit, Umschulung, Kündigung oder Berentung, was auch zu finanziellen Einbußen führt.

Im Privatleben kann es zu Rollenveränderungen kommen, die durch Umverteilung der Arbeitsbereiche verursacht werden; der bisher arbeitende Partner muss jetzt zu Hause einige ungewohnte und ungeliebte Tätigkeiten übernehmen; der jetzt arbeitende Partner erhält ein ganz anderes Selbstbewusstsein. Die notwendigen Dialysezeiten können einen Verlust an Kontakten und sozialen Bindungen nach sich ziehen; Urlaubsplanungen müssen sich nach Dialysegesichtspunkten richten. Somit verändert die Krankheit das gesamte Umfeld. Zusätzlich wird die Partnerschaft auch durch sexuelle Störungen belastet.

#### **2.1.4 Auswirkungen auf die Lebensqualität**

Die geschilderten Symptome und Probleme haben Auswirkungen auf die Lebensqualität. Zwischen Lebensqualität und Morbidität/ Mortalität besteht ein enger Zusammenhang.

Die Kenntnisse dieser Zusammenhänge sind hilfreich bei dem Versuch, den Dialysepatienten und seine Situation zu verstehen, und Voraussetzung dafür, dem Anspruch einer nephrologische Fachkraft gerecht zu werden.

Nachfolgend erläutern wir die Phasen im Krankheitsverlauf, die der Betroffene in seinem Anpassungsprozess durchleben kann.

## **2.2 Phasen im Krankheitsverlauf**

### **2.2.1 Prädialytischer Zeitraum**

Patienten, die konservativ behandelt werden und nicht unvorbereitet mit der Dialyse konfrontiert werden, können sich vorab auf ihre Erkrankung und deren Verlauf einstellen. Sie haben die Chance, aktiv an der Verzögerung des Dialysebeginns durch Einhalten der medikamentösen und diätetischen Richtlinien mitzuwirken. Weiterhin können sie rechtzeitig durch eine Shunt- oder Katheteranlage auf den nahenden Dialysebeginn vorbereitet werden.

Patienten mit akutem Nierenversagen, die intensivmedizinisch versorgt werden müssen, kommen unvorbereitet in diese Situation, haben jedoch die Möglichkeit, dass die Nierenfunktion wieder einsetzt.

Den Patienten aus Risikogruppen, die für die Dialyse prädisponiert sind, die jedoch falsch oder unzureichend versorgt wurden, ist die Chance sowohl auf Verzögerung des Dialysebeginns als auch auf vorherige Auseinandersetzung mit und Einstellung auf Nierenersatztherapie genommen.

### **2.2.2 Dialytischer Zeitraum**

Der Patient wird je nach prädiälytischem Verlauf mehr oder weniger massiv mit seiner Krankheit konfrontiert. Zu den bisherigen Einschränkungen kommen nun die Dialysetermine dazu. In diesem Zeitraum sind 3 Anpassungsperioden zu beobachten. Die Übergänge sind fließend, der Patient kann zwischen den Phasen in beiden Richtungen wechseln.

### **Honey – Moon – Periode**

Diese Phase kann bis zu sechs Monate dauern. Durch die Dialyse erlebt der Patient eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit, welche sich durch wiederkehrende Lebensfreude, Hoffnung und Zufriedenheit äußert. Die Therapieform Dialyse wird in dieser Phase vom Patienten positiv aufgenommen.

### **Periode der Ernüchterung und Entmutigung**

Der Patient nimmt die Lebensveränderungen durch seine Erkrankung bewusst wahr. Er bemerkt, dass die Dialyse sich nicht problemlos in den Alltag integrieren lässt. Die positiven Gefühle der Honey – Moon – Periode werden durch Schuld- und Schamgefühle aufgrund der Krankheit verdrängt. Es treten Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit auf, die je nach Persönlichkeit durch Resignation, Depression, Trotz oder Aggression zum Ausdruck gebracht werden.

### **Periode der Langzeitanpassung**

Der Patient beginnt, sich mit den Einschränkungen und immer wieder auftretenden Komplikationen auseinander zu setzen und seine Krankheit zu akzeptieren. Jetzt ist er offen für Angebote und Möglichkeiten, die sich trotz seiner Erkrankung bieten. Die Bereitschaft, sich aktiv und compliant zu verhalten, ist in dieser Phase am höchsten.

Jede terminale und irreversible Krankheit stellt eine besondere Situation dar.

Diese Krise bedroht mehr oder weniger überraschend die Lebensziele und/ oder Lebenserwartungen, die bis dahin erreichbar schienen. Eine Krisensituation beansprucht psychische Reserven und Anpassungsmöglichkeiten in einer Art und Weise, wie der Betroffene sie vorher noch nicht erfahren hat.

Dieses Wissen um die Hintergründe sollte die nephrologische Fachkraft für bestimmte Verhaltensweisen des Patienten sensibilisieren.

### **3. Verhaltensmöglichkeiten**

In der alltäglichen Praxis kommt es oft zur pauschalisierten Bezeichnung „schwieriger Patient“, da sich Pflegende täglich mit bestimmten Verhaltensweisen auseinander setzen müssen.

→ Bereits an diesem Punkt haben wir uns entschieden, nicht mehr vom schwierigen Patienten zu sprechen, sondern von schwer zu bewältigenden Verhaltensweisen.

#### **3.1 Allgemeine „schwierige“ Verhaltensweisen**

Einige Autoren haben dazu Kriterien aufgestellt:

##### **Peterson, 1967, beschreibt Patienten mit schwierigem Verhalten**

- als fordernd, nicht kooperativ, undankbar
- emotionale und psychische Bedürfnisse können nicht befriedigt werden.

##### **Groves, 1978, unterteilt Patienten mit schwierigen Verhaltensweisen in:**

Die Abhängigen

- haben einen unstillbaren Hunger nach Aufmerksamkeit
- wollen ständig Zuwendung
- sind „Dauerredner“

→ Das zugrunde liegende Gefühl ist Vernachlässigungs- und Trennungsangst

#### Die Forderer

- glauben, dass sie nicht die beste ihnen zustehende Behandlung bekommen
- üben Druck aus durch Verleumdung, gerichtliche Androhungen

→ Hier liegt die Befürchtung vor, wertlos zu sein

#### Die Ablehner

- konfrontieren ihren Arzt mit immer neuen Symptomen
- nehmen oft Behandlungen, Operationen und Arztbesuche in Anspruch

→ Der Ablehner leidet unter Verlustängsten

#### Die Selbstdestruktiven

- haben alle Hoffnung auf Erfüllung ihrer Lebenswünsche aufgegeben
- sehen in der Selbstzerstörung den einzigen Weg zur Selbstbehauptung

→ Sie sind oftmals misshandelte Kinder, daraus resultieren Vernichtungswünsche  
Laut Miller, 1990, zeigen Patienten mit schwierigem Verhalten

- Konkurrenzverhalten; sie wollen die Aufmerksamkeit der Pflegekraft gewinnen, die sich gerade mit einem anderen Patienten beschäftigt
- Stress erzeugendes Verhalten, danach kann sich ein Mensch bedroht fühlen

#### Smith/ Hart, 1994, vertreten die Meinung, der schwierige Patient

- signalisiert, dass er mit dem, was für ihm getan wurde, nicht zufrieden ist
- beklagt sich, nörgelt herum, fordert Aufmerksamkeit
- nimmt Pflegenden häufig in Anspruch, auch wenn diese versuchen, ihm auszuweichen

#### Herrhausen, 2005

„Wird die Schwierigkeit einer Person als Symptom verstanden, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen, lässt sich vermeiden, dass der schwierige Patient schwierig bleibt“.

Unter diesem Aspekt vergleicht sie den so genannten Idealpatienten (aus der Sicht des Personals)

- dieser passt sich den Bedürfnissen des Personals an
- verzichtet auf alle störenden Eigenarten und Bedürfnisse
- ist mit dem Maß an Kommunikation zufrieden, das ihm zugebilligt wird

mit dem so genannten schwierigen Patienten

- dieser fragt zu viel und passt sich nicht an
- hat eine überkritische Haltung
- reagiert unerwartet und unüblich
- stellt hohe Anforderungen an die Zuwendung des Teams
- hat eine ängstliche hypochondrische Grundhaltung

Schwieriges Verhalten resultiert aus einer Extremsituation. Auch der Krankheitsverlauf wirkt modulierend auf die Verhaltensweisen des Patienten. Manche Verhaltensweisen sind separat erforscht worden. Wir wollen hier die uns am wichtigsten erscheinenden Verhaltensformen erläutern.



### **3.2 Spezielle Verhaltensweisen, mit denen wir häufig in der Dialyse zu tun haben**

Neben den vielen positiven Aspekten bei der Arbeit mit den Dialysepatienten, wie zum Beispiel:

- Compliance
- Kooperation
- Freundlichkeit und
- Dankbarkeit,

die den Umgang mit ihnen angenehm gestalten, treten auch Verhaltensweisen auf, auf die wir im Folgenden näher eingehen möchten.

#### **Resignation**

Der Patient realisiert seine Situation. Er erkennt, dass eine Gesundung nicht möglich ist. Daraufhin entstehen Gefühle wie Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche bis hin zur Depression oder Regression.

Die Krankheit tritt in den Vordergrund, die restlichen Lebensbereiche verlieren massiv an Wichtigkeit.

#### **Depression**

Die Depression hat verschiedene Erscheinungsformen:

- körperliche und geistige Verlangsamung bis zur Antriebslosigkeit
- negative Äußerungen
- körperliche Vernachlässigung
- Verlust von Lebensfreude und Selbstwertgefühl
- sozialer Rückzug
- Angstgefühle
- suizidale und/ oder autoaggressive Tendenzen

#### **Regression**

Die Regression ist ein Abwehrmechanismus. Sie beschreibt das Wiederauftreten von Erlebnis- und Handlungsweisen aus früheren Entwicklungsphasen. Ziel ist die Bedürfnisbefriedigung/ Wunscherfüllung, die durch altersentsprechendes Verhalten nicht erreicht werden kann.

#### **Aggression**

Die Aggression ist ein Angriffsverhalten, welches sich gegen andere Menschen, Gegenstände oder das eigene Ich (Autoaggression) richtet.

Sie kann sich in Wut und/ oder Trotz äußern. Sprachlich tritt sie in Form von Schimpfen, Ironie und/ oder Zornesausbrüchen auf, körperlich in Form von Unmutsmimik, Unmutsgestik und tätlichen Angriffen auf.

#### **Non Compliance**

Die Non Compliance ist das Nichtbefolgen der therapeutischen Notwendigkeiten.

Ursachen sind:

- Einschränkung des Auffassungsvermögens und der Merkfähigkeit
- Verleugnung als Versuch, Dauerstress abzuwehren
- Enttäuschte Erwartungen betreffs der medizinischen Betreuung
- Ängste und Vorbehalte in Bezug auf Therapieform
- Krankheitsgewinn.

Wenn wir diese im Dialysealltag oft auftretenden Verhaltensformen verstehen lernen, gelingt es uns, den Patienten besser zu verstehen. Ursache für „unerwünschtes“ Verhalten ist oft der Versuch, sich der Konfrontation mit der Krankheit zu entziehen.

An diesem Punkt gilt es, den Patienten abzuholen.

#### **4. Umgang mit schwierigen Situationen**

Wir kennen nun die Gesamtsituation des Dialysepatienten auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene, sowie verschiedene Verhaltensmöglichkeiten.

Da es unser Ziel ist, dem Patienten Hilfestellung in seinem Anpassungsprozess an die Krankheit zu geben, sowie den Kontakt zum Patienten auch für uns angenehm zu gestalten, haben wir nach Möglichkeiten gesucht, mit schwierigen Situationen umzugehen.

Dabei haben wir uns mit einer Reihe von Fragen auseinander gesetzt.

1. Können wir wirklich zuhören?
2. Haben wir gelernt, Gespräche zu führen?
3. Respektieren wir unser Gegenüber?
4. Haben wir gelernt, unseren Arbeitsablauf den Bedürfnissen der Patienten anzupassen?
5. Gelingt es uns, zu den Patienten eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen?
6. Können wir in schwierigen Situationen mit unseren eigenen Gefühlen umgehen?
7. Holen wir uns in aussichtslos erscheinenden Situationen professionelle Hilfe?
8. Haben wir für uns persönlich unser Pflegeverständnis geklärt?

Wir haben uns diese Fragen ehrlich beantwortet und diskutiert. So sind die nachfolgenden Leitlinien entstanden, die wir als Grundlage für einen zufrieden stellenden Kontakt zum Patienten vorschlagen möchten:

##### **4.1 Allgemeine Leitlinien von Lena, Conny, Anja**

1. Schaffen sie eine positive, freundliche Grundstimmung.
2. Zeigen sie ihre eigenen Grenzen auf, um klare Verhältnisse in der Beziehung zu schaffen.
3. Akzeptieren sie auch die Grenzen des Patienten.
4. Versuchen sie ihr Gegenüber wertfrei zu akzeptieren.
5. Gehen sie mit Angriffen kompetent um, nehmen sie die Attacken nicht persönlich, auch wenn es schwer fällt.
6. Berücksichtigen sie individuelle Bedürfnisse nach Zuwendung.
7. Erkennen sie die Gefahr der Regression in eine kindliche Rolle.
8. Tolerieren sie den Wunsch des Patienten nach Gleichförmigkeit. Dialysepatienten lieben keinen Platzwechsel, keinen Personal- und keinen Maschinenwechsel, sie haben ein hohes Sicherheitsbedürfnis.
9. Fördern sie die Eigenverantwortung und die Selbstständigkeit des Patienten; nehmen Sie ihm nicht alles ab, zum Beispiel das Organisieren der Feriendialyse, das Vorbereiten des Platzes, die Desinfektion der Punktionsstelle
10. Schätzen sie die Möglichkeiten jedes einzelnen Patienten realistisch ein.
11. Bestärken sie eine positive Entwicklung.

12. Versuchen sie, bestimmte Situationen mit Humor zu entschärfen, ohne den Moment zu verpassen, an dem die Ernsthaftigkeit im Vordergrund stehen muss.
13. Nehmen sie sich Zeit für die Angehörigen der Patienten, schlagen sie ein Angehörigengespräch mit dem Arzt vor oder bieten sie Kontaktadressen von Hilfsorganisationen, Selbsthilfegruppen oder auch von Psychologen, Eheberatern an.
14. Erleichtern sie den Gesprächseinstieg, indem sie Fragen stellen.

#### **4.2 Leitlinien von Fein/ Schneider**

Auch der Fachliteratur haben wir Leitlinien entnommen, die als Rahmen für eine effiziente Pfl egetätigkeit dienen sollen.

Auszüge aus den Leitlinien Fein/ Schneider, 1995:

1. Zeigen sie Interesse
2. Bedrängen oder nötigen sie den Patienten nicht.
3. Seien sie ehrlich.
4. Bemühen sie sich, den Patienten zu verstehen.
5. Achten sie auf die „Kleinigkeiten“.
6. Beweisen sie ihre persönliche Integrität. In dem man Abwesende verteidigt, gewinnt man das Vertrauen des Anwesenden.
7. Haben sie keine Angst davor, sich zu entschuldigen.
8. Scheuen sie sich nicht vor einer Konfrontation, wenn sie gerechtfertigt ist. Das erfordert Sensibilität gegenüber den Empfindungen des Patienten.

Die Leitlinien deuten an, dass es nicht anzustreben ist, das Verhalten anderer Menschen direkt zu steuern, sondern das eigene Verhalten auf diesen Menschen auszurichten. Ehrlichkeit, Gesprächsbereitschaft und das Einlassen auf die individuellen Begebenheiten sind Grundlage dieses Prozesses.

Damit das gelingt, halten wir es für wichtig, Nähe und Distanz zu erlernen, sowie auf die Reaktionen vorbereitet zu sein, die schwierige bzw. unangenehme Verhaltensweisen in uns auslösen können.

#### **4.3 Reaktionen, die durch schwierige Verhaltensweisen im Pflegepersonal ausgelöst werden können**

Das Eingeständnis, dass es schwierige Verhaltensweisen gibt, ist von besonderer Bedeutung, auch wenn es mit Emotionen und Problemen verbunden ist. Clara (1996)\* hat die wichtigsten und häufigsten Reaktionen beim Pflegepersonal herausgearbeitet und damit unsere eigenen Gefühle angesprochen, die in schwierigen Situationen in uns auftauchen können.

Patienten mit für uns unangenehmem Verhalten können

- uns dazu bringen, die Beherrschung zu verlieren
- uns nötigen, Reaktionen zu zeigen, über die wir nicht glücklich sind
- Schuldgefühle in uns wecken
- bewirken, dass wir Gefühle wie Angst, Unruhe, Zorn, Frustration, Minderwertigkeit, Deprimiertheit entwickeln oder ähnliche negative Emotionen durchleben
- uns manipulieren, um ihren Willen durchzusetzen
- uns ihren Anteil der Arbeit aufbürden, vor allem, wenn sie selbst passiv bleiben.

Es ist unsere Aufgabe als Pflegekraft, unsere eigene Seite des wechselseitigen Kommunikationsprozesses in Ordnung zu halten.

Daher ist es wichtig zu wissen, dass solche Gefühle auftauchen können und zu lernen, mit ihnen umzugehen. Eine Möglichkeit ist das Erlernen von professioneller Nähe und Distanz.

\* Joy Duxbury „Umgang mit schwierigen Klienten leicht gemacht“

#### **4.4 Nähe und Distanz**

Nähe und Distanz stellen in Dialysen ein sehr zentrales Thema dar und spielen im Umgang mit den Patienten eine wichtige Rolle.

Pflegende müssen sich mit dieser Rolle auseinandersetzen. Da die Dialyse durch ihre zahlreichen Begleiterkrankungen auch dem Personal viele schmerzliche Situationen zumutet, besteht die Gefahr, Abwehr aufzubauen, welche zu viel Distanz aufweist, also unprofessionell ist.

Um auf der anderen Seite zu viel Nähe zu vermeiden, müssen persönliche Grenzen gesetzt werden.

Das Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz muss immer wieder neu ausbalanciert werden. Dafür ist es nötig, die Trennung der beruflichen von der persönlichen Rolle zu erlernen.

→ Professionelle Nähe und Distanz sind erlernbar. Dazu gehört die Fähigkeit, Empathie aufzubauen. Das bedeutet, die Gedanken und Gefühle eines anderen nachempfinden zu können. Der Zuhörende darf nicht die eigene Identität verlieren und nicht für den Anderen leiden.

→ Mitfühlen ja, mitleiden nein.

„Nachvollziehen fremden Erlebens ist die wichtigste Voraussetzung, um den Prozess des Helfens einzuleiten und um Beziehung und Nähe aufzubauen.“

Gladstein, 1983

#### **4.5 Fallbeispiele aus unserem beruflichen Alltag**

Mit dem Wissen, dass es manchen Patienten wirklich schwer fällt, effektiv zu kommunizieren, und sie daher Unterstützung benötigen, gelingt es uns jetzt besser, in einer unangenehmen Gesprächssituation konstruktiv zu reagieren. Die Fähigkeit, Beziehungen herzustellen, ist im alltäglichen Umgang mit Patienten notwendig. Da es kein Patentrezept gibt, müssen wir weiterhin situationsbedingt reagieren und all unser Wissen in unsere tägliche Arbeit integrieren.

Wie mit einer schwierigen Situation umgegangen werden kann, wollen wir an drei Fallbeispielen darstellen.

## **Fall A**

Frau A., eine sehr adipöse Pat., die zu Hause von ihrem gefühlsmäßig distanziert empfundenen Ehemann versorgt wird, ist in einer neuen Dialysepraxis. In der bisherigen wurde ihr ein Wechsel nahe gelegt, da sie so unzufrieden war.

Frau A. bringt zu jeder Dialysebehandlung sehr viel Gewicht mit, hat unter der Dialyse häufig Krämpfe und äußert auch sonst sehr viele Wünsche, die sofort erledigt werden sollen. Zu diesem Zweck benutzt sie permanent die Klingel, auch wenn Pflegepersonal im Zimmer ist, aber auf Ansprache nicht sofort zu ihr kommt.

Anfänglich reagierte das Pflegepersonal empört und kritisierte Frau A. wegen des ständigen Klingelns wegen Nichtigkeiten. Die Klingelei ging in verstärktem Maße weiter.

Dann nahm sich eine Pflegekraft die Zeit, in dem Moment, in dem Frau A. nicht klingelte, und fing ein kurzes Gespräch über ein beliebiges Thema an. Nach einigen Minuten verabschiedete sie sich wieder wegen anderer zu erledigender Arbeiten. Dieses Verfahren wurde noch mehrmals angewandt; beim Klingeln von Frau A. wurden die Handgriffe ohne kritische Äußerungen getätigt. Das Klingeln wurde weniger.

Als Frau A. wegen eines Infektes mit einem geringen Gewicht kam, wurde sie sehr gelobt. Langsam reduzierte Frau A. ihre Flüssigkeitszufuhr zwischen den Dialysen und freute sich über die immer wieder geäußerte Anerkennung.

Inzwischen kommt Frau A. fast immer mit guten Gewichten, bekommt ihren Platz und ihr Bett in immer derselben Art nach ihrem Wunsch eingerichtet, verschläft dann die meiste Zeit der Dialyse und beteiligt sich gerne, wenn sie wach ist, an Gesprächen. Die Klingel benutzt sie nur noch im Notfall.

Bedarf von Frau A.: Sicherheit, Anerkennung

Verhalten der Pflegekraft: Lob, Zuwendung

## **Fall B**

Herr B. ist ein recht unfreundlicher, häufig nörgelnder sehr negativ eingestellter Patient, der ein Alkoholproblem hat. Zur Dialyse bringt er sehr viel Gewicht mit, an die diätetischen Empfehlungen auch in Bezug auf seinen Diabetes mellitus hält er sich nicht; daher muss Herr B. eine verlängerte Dialysezeit in Kauf nehmen. Da er Spätaufsteher ist, kommt er nachmittags zur Dialyse.

Eines Tages war es aus organisatorischen Gründen notwendig, Herrn B. kurzfristig umzeterminieren. Die Pflegekraft rief deshalb um 10.00 Uhr vormittags bei Herrn B. zu Hause an.

P.k.: „Herr B., schön, dass ich sie erreiche! Heute haben wir ein großes Problem und hoffen, dass sie uns weiterhelfen können. Wir müssen jetzt einen Pat. mit starker Luftnot sofort dialysieren. Da ihr Platz im Moment frei ist, wollte ich sie bitten, dass sie heute zwei Stunden später kommen, also nicht um 13.00 Uhr sondern um 15.00 Uhr.“

Hr. B. (sehr laut): „Na toll, dann bin ich ja erst um 22.00 Uhr zu Hause! Das war mir klar, dass sie das sind; wer ist sonst so unverschämt und stört mitten im Frühstück. Immer soll ich einspringen, wenn etwas ist; das ist doch wirklich eine Sauerei!“

P.k.: „Dass ihnen das ungelegen kommt, glaube ich. Ich bin ja froh, dass sie schon wach waren und ich sie nicht auch noch geweckt habe. Sie kommen ja wegen ihrer langen Behandlungszeit sowieso schon so spät nach Hause; ich verstehe, dass es sie nervt, wenn es noch später wird. Könnten sie trotzdem so nett sein und ihren Termin nach hinten verschieben? Damit würden sie uns wirklich sehr helfen.“

Hr. B.(unwirsch): „Na ja, was soll ich sonst machen!“

P.k.: „Sie müssen nicht; dann suchen wir nach einer anderen Möglichkeit.“

Hr.B. (besänftigt): „Doch, ich mach das schon.“

P.k.: „Das ist sehr nett von ihnen. Wenn es ihnen recht ist, rufe ich gleich den Transport an, dass sie später abgeholt werden; dann können sie jetzt gleich weiter frühstücken! Vielen Dank und bis nachher!“

Später kommt Herr B., ist nett und freundlich, und sagt:

„Ich wusste schon, dass die Dialyse am Telefon ist; sonst ruft uns ja keiner an.“

Bedarf des Patienten: Aggressionsabbau, Geltungsbedürfnis

Verhalten der Pflegekraft: Verständnis äußern, Alternativen lassen

### **Fall C**

Herr C. ist ein berufstätiger Mann mittleren Alters, der sich mit der Dialyse nicht weiter beschäftigt, als dass er zur Behandlung kommt.

Immer wenn er die Dienst habende Pflegekraft sieht, fragt er: „Schwester, machst du bei mir wieder pieke – pieke?“ Beim Anschluss fragt er, ob die Dialysezeit nicht etwas verkürzt werden kann, da er heute keine Zeit oder Lust habe. Jede weitere Pflegeperson, die im Laufe der Behandlungszeit bei ihm vorbei kommt, wird gebeten, ihn abzuschließen oder die Zeit zu verkürzen.

Unter der Dialyse bewegt Herr C. seinen Shunt-Arm immer dann, wenn eine Pflegekraft in Erscheinung tritt. Die Bitte, etwas vorsichtiger mit dem Shunt-Arm umzugehen, schlägt er mit einem Lachen in den Wind.

Herr C. wurde nach der Dialyse zu einem Gespräch gebeten, das in einem separaten Raum auf zwei gleich hohen Stühlen und in netter Atmosphäre geführt wurde. Herrn C. wurden noch einmal die Komplikationen einer Shunt-Perforation erklärt, die Notwendigkeit der Dialysezeit anhand der Laborwerte aufgezeigt, und er wurde darum gebeten, die Zeit vor der Punktion schon mit den Vorbereitungen zu nutzen. Herr C. lernte die korrekte Desinfektion seines Shunt-Armes.

Heute bereitet Herr C. seinen Platz vor, legt den Stauschlauch an, desinfiziert seinen Shunt und fragt die Pflegekraft, die auf ihn zukommt: „Na, punktierst du mich heute? Aber bitte schön vorsichtig, dass es nicht weh tut!“

Verhalten des Patienten: Regression

Verhalten der Pflegekraft: Erwachsenen-Ebene hervorlocken, Machtbedürfnis (bei jedem Menschen vorhanden) so nutzen, dass eine gleiche Ebene da ist.

Ein kooperativer Prozess führt dazu, dass man Interessenkonflikte als ein gemeinsames Problem betrachtet, das es gemeinschaftlich zu lösen gibt. Dies erleichtert es, zu erkennen, dass die Interessen beider Seiten legitim sind und es notwendigerweise darum geht, eine Lösung im Sinne aller Beteiligten zu finden.

(Morton Deutsch, Distributive Justice)\*

\* Joy Duxbury „Umgang mit schwierigen Klienten leicht gemacht“

## **5. Weiterführende Hilfsmöglichkeiten**

Für Kollegen und auch Angehörige von Patienten, denen unsere praktischen Tipps nicht ausreichen, und die sich daher tiefer mit der Thematik befassen wollen, haben wir einige verschiedene Ansätze aus der Kommunikationspsychologie zusammengetragen.

Die Ansätze sind weder in der Aufzählung noch in der Beschreibung vollständig, sie sollen lediglich ein Anreiz sein, weiter zu lesen.

### **Sender – Empfänger – Modell nach Friedemann Schulz von Thun**

Nach diesem Modell enthält eine Nachricht vier Aspekte

- den Sachinhalt (oder: worüber ich informiere)
- den Beziehungsinhalt (oder: was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen)
- den Selbstoffenbarungsinhalt (oder: was ich von mir selbst kundgebe)
- den Appellinhalt (oder: wozu ich dich veranlassen möchte)

Der Sender teilt dem Empfänger etwas mit. Der Empfänger nimmt die Nachricht auf und interpretiert sie auf seine Weise. Um die Nachricht des Senders vollständig verstehen zu können, braucht der Empfänger vier Ohren

- das Sachohr (hört nur die Sachseite einer Nachricht)
- das Beziehungsohr (ist es zu groß, sieht die Person trotz beziehungsneutraler Nachricht einen Angriff auf ihre Persönlichkeit)
- das Selbstoffenbarungsohr (hört eine Nachricht unter dem Aspekt „was sagst du über mich“)
- das Appellohr (hört und fragt sich „was will der andere von mir“)

Ein und dieselbe Nachricht enthält viele Botschaften. Die Vielfalt dieser Botschaften lässt sich mit dem Sender-Empfänger-Modell ordnen. Missverständnisse (Der eine hat dies gesagt, der andere hat jenes gehört.) lassen sich trotzdem nicht vermeiden, denn die ankommende Nachricht bleibt zum großen Teil das eigene Werk des Empfängers.

### **Transaktionsanalyse nach Eric Burne**

Die Transaktionsanalyse ist ein psychoanalytisches Modell und basiert auf der Erkenntnis, dass die menschliche Persönlichkeit durch drei verschiedene Ichzustände geprägt ist:

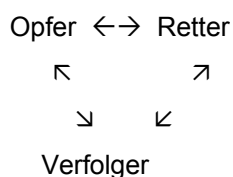
- das Eltern-Ich
- das Erwachsenen-Ich
- das Kind-Ich

Alle drei Zustände sind im menschlichen Verhalten vorhanden und beinhalten ein eigenständiges System von Gefühlen und Verhaltensweisen.

Das bewusste Erkennen des Ausgangspunktes der jeweiligen Transaktion kann Einfluss auf den Gesprächsverlauf und das Entschlüsseln der mitgeteilten Botschaft bewirken. Somit bewirkt diese Methode eine verbesserte Kommunikation und verbesserte zwischenmenschliche Beziehungen.

### **Das Drama-Dreieck nach Stephen Karpman**

Das Drama-Dreieck ist in Anlehnung an die Transaktionsanalyse nach Burne entwickelt worden und geht davon aus, dass Menschen unbewusst in eine bestimmte Rolle „schlüpfen“ und ihr Verhalten danach ausrichten.



Ein ungesundes Ausleben der drei Rollen steht einer erfolgreichen Kommunikation im Weg. Daher kann es den Umgang mit Patienten erleichtern, wenn man solche Muster erkennt.

### **Grundarten nonverbaler Signale nach Heron, 1990**

Auf der nonverbalen Ebene stellt die Körpersprache ein wichtiges Verständigungsmittel dar.

Sie hat eine zentrale Bedeutung für den zwischenmenschlichen Kontakt.

Körpersprache erfolgt über Mimik, Gestik und Körperhaltung. Über die Körpersprache werden wichtige Informationen gesendet, die auch im Umgang mit Patienten relevant sind.

Heron hat die Vielzahl von nonverbalen Signalen untersucht und wie folgt eingeteilt:

1. Anzeichen der Nachdenklichkeit
  - dazu gehören kurze Momente eines reflektierenden Ausdrucksverhaltens, in dem sich eine Fülle von Gedanken und Ideen offenbaren, zum Beispiel: Stirn runzeln, Kopf schräg stellen
2. Anzeichen des Sprechen - Wollens
  - d. h., Signale beachten, die der Patient über seinen Körper gibt, zum Beispiel: aufrecht Hinsetzen, Luft holen
3. Anzeichen von Emotionen
  - Kombination aus Nachdenklichkeit und Sprechen – Wollen
  - Hinweis auf Zorn, Sorgen, Ungeduld, Verwirrung
4. Anzeichen von Kartarsis
  - nonverbale Signale, die darauf hinweisen, dass ein Patient im Begriff ist, seinen Emotionen Ausdruck zu verleihen, zum Beispiel: Fäuste ballen, Tränen in den Augen
5. Anzeichen von Entfremdung
  - zeigen Patienten, die sich distanzieren und im Rückzug befinden, zum Beispiel: Blickkontakt abbrechen, Körper abwenden

### **Pflegemodelle,- theorien und konzepte**

Seit Florence Nightingale (1860) die „Theorien zur Erhaltung der Gesundheit“ aufgestellt hat, befassen sich Krankenschwestern aus verschiedenen Ländern mit den unterschiedlichsten Modellen und Konzepten.

So dienen uns heute unter anderem die Modelle von

- Henderson (14 Grundbedürfnisse des Menschen, 1996)
- Juchli (12 Aktivitäten des täglichen Lebens, 1973)
- Rooper (12 Lebensaktivitäten, 1976) und
- Krohwinkel (13 Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens, 1993)

als Grundlage für die Pflege.

Dadurch wird es möglich, die Pflegeprobleme, Bedürfnisse und Ressourcen eines Menschen unter ganzheitlichen Gesichtspunkten zu erfassen.

### **6. Fazit**

Die Dialysebehandlung bedeutet für den Patienten Dauerstress. Das Ausmaß, in dem der Patient diesen Stress erlebt, und die Fähigkeit, mit diesem Stress umzugehen, ist beeinflusst durch die Persönlichkeit des Betroffenen.

So reagiert jeder aus seinem seelischen Gleich- oder Ungleichgewicht heraus mit den unterschiedlichsten Verhaltensweisen und trifft damit auf unsere Gefühlswelt.

Unsere Aufgabe ist es, die eigene Seite des zweiseitigen Prozesses so zu gestalten, dass eine gute Kommunikation möglich ist. Wir müssen unsere Reaktion trotz Emotionen auf das Verhalten des Patienten ausrichten. Dazu gehört die ständige Suche nach Lösungsansätzen, um die Lebensqualität



des Patienten anzuheben sowie kontinuierliche Unterstützung und Hilfestellung, um ihm den Anpassungsprozess zu erleichtern.

Wir hoffen, dass es uns durch die Darlegung der Zusammenhänge zwischen Gesamtsituation Dialyse/psychologische Besonderheiten/ Ursache und mögliche Verhaltensformen gelungen ist, die These „Dialysepatienten sind schwierig“ widerlegt zu haben.

Wir kommen zu dem Fazit: „Der Umgang mit Dialysepatienten ist eine große Herausforderung“.

## **7. Schlussbemerkungen**

Da wir an unsere Arbeit den hohen Anspruch stellen, trotz Stress, finanzieller Engpässe, steigender Patientenzahlen und vieler anderer möglicher Faktoren patientenorientiert und fürsorglich zu handeln und zu kommunizieren, nehmen wir diese Herausforderung an.

Wir können den Dialysepatienten mit unserer Haltung, Einstellung, Aufmerksamkeit und unserem Verständnis dabei unterstützen, seine Situation zu bewältigen und möglichst schnell zu einer neuen Lebensqualität zurück zu finden.

Wir hoffen, dass es uns gelungen ist, Vorurteile abzubauen, Verständnis zu vermitteln und Interesse für diese Thematik zu wecken.

Auf eine geglückte Kommunikation!

Wir danken für Ihr Interesse.

## **8. Literaturempfehlung**

Um den Dialysepatienten verstehen zu lernen, empfehlen wir Bücher von Dialysepatienten.

Hier ein paar Tipps:

- David Salamun  
Willkommen im Dialysium  
Reisen auf eigene Gefahr  
1998 Drava Verlag Klagenfurth/ Celovec  
ISBN 3-85435-298-0
- Gerd Gronowski  
Unter uns  
1. Auflage 1993 Kirchheim Verlag  
ISBN 3-87409-073-6

## **9. Quellenangaben**

- Blutreinigungsverfahren Technik und Klinik, Herausgeber Hans Eduard Franz, Peter Altmeyer (Mitverfasser) 1. Auflage 1973 „Praxis der Dialysebehandlungen“ → A. Kaplan DE- Nour Psychologische Aspekte  
4. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1990
- Dialyse und Nephrologie für Pflegeberufe  
Rainer Nowack, Rainer Birck, Thomas Weinreich  
2. Auflage, Springer Verlag Berlin

- Dialyse für Pflegeberufe  
Hans E. Franz  
2. Auflage, Thieme Verlag, 1996
- Umgang mit „schwierigen“ Klienten leicht gemacht  
Joy Duxbury  
1. Auflage 2002, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen
- Miteinander reden Teil 1 und Teil 2  
Friedmann Schulz von Thun  
Originalausgabe 1989, Rowohlt Taschenbuchverlag, Hamburg
- Fachpflege für Nephrologie und Dialyse  
Gerd Breuch  
2. Auflage 2000, Urban und Fischer, München, Jena
- Psychosomatische Medizin  
Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien  
Michael Wirsching, Originalausgabe, Verlag C. H. Beck 1996, München
- Mit Patienten richtig reden  
Gesprächsführung im Krankenhaus  
Robert Jannick  
2. Auflage 1990, Bibliomed Med. Verlagsgesellschaft mbH
- Krankheit als Krise und Chance  
Warum wir krank werden und was wir daraus lernen für uns und für andere  
Edgar Heim  
MVG 1989, Taschenbuchausgabe
- Facharbeit der Fachschule für Pflege und Assistenzpersonal  
Nephrologisches Zentrum Traunstein  
Kathrin Schaffelhofer
- Spektrum der nephrologischen Pflege  
Nr. 02/2003  
Heike Duken „Nähe und Distanz“

## 10. **Erklärung**

Hiermit versichern wir, dass diese Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht wurden. Uns ist bekannt, dass eine Veröffentlichung dieser Arbeit, auch auszugsweise, der vorherigen ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung des Trägers der Weiterbildungsmaßnahme bedarf.

Berlin, den 01.12.2005

-----  
Cornelia Böttcher

-----  
Anja Kersting

-----  
Maria Magdalena Timm