

# Pflegediagnosen am Beispiel der Alzheimer Erkrankung

**Michael Günnewig; RbP**

**Pflegegutachter/ Pflegesachverständiger**

**Lehrer für Pflegeberufe**

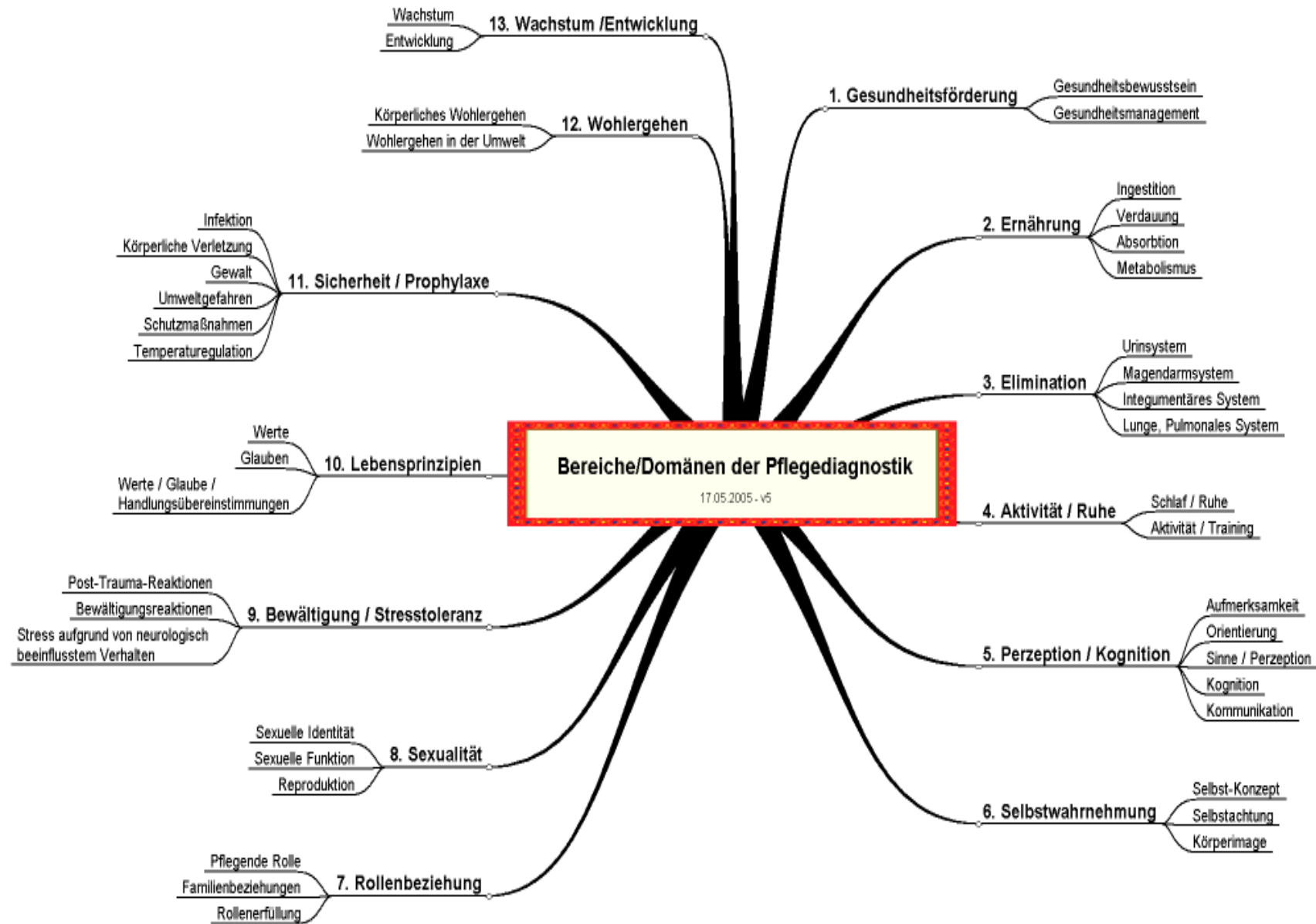
**Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und  
Anästhesie**

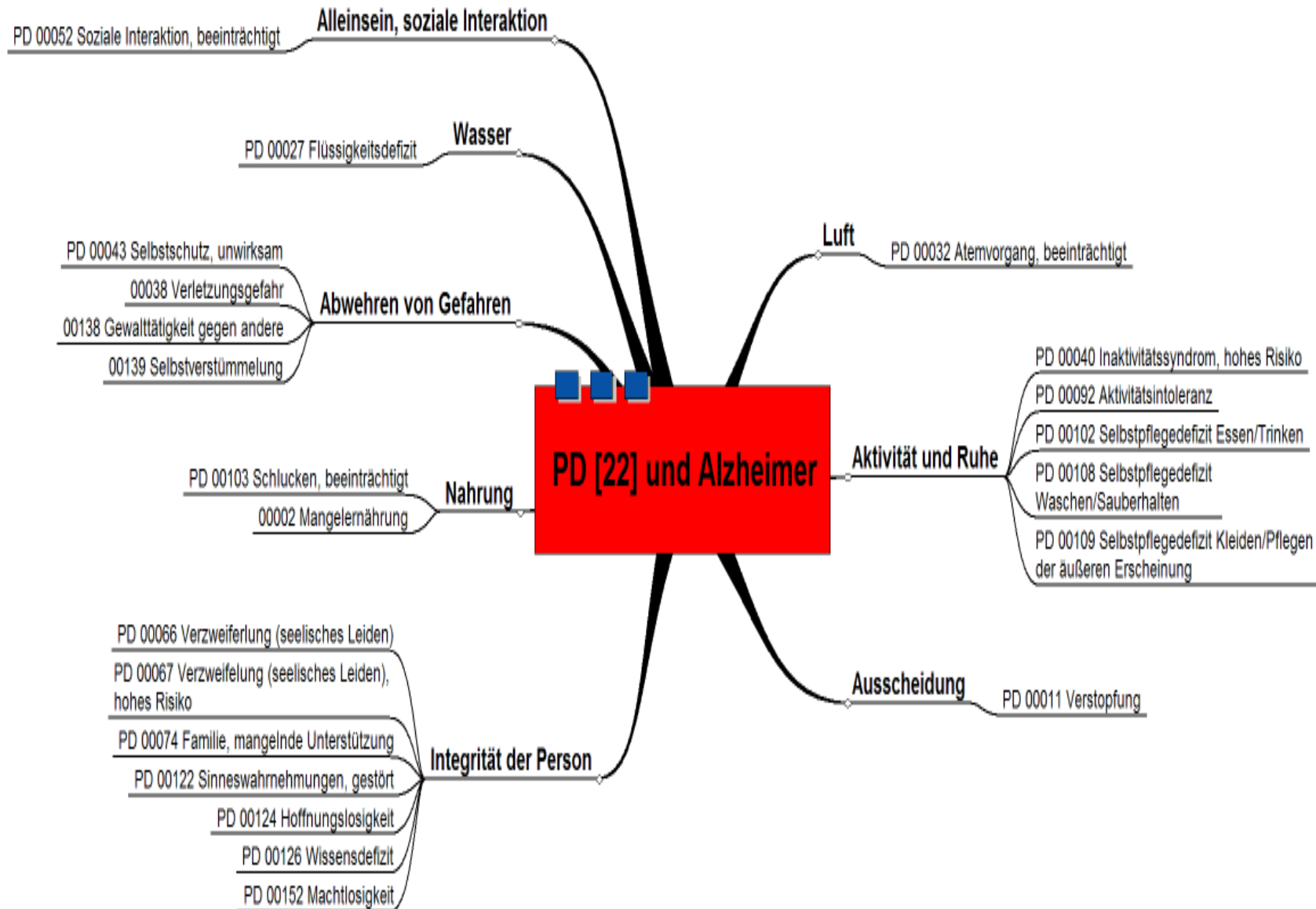
**„Die Grenze meiner Sprache ist die Grenze  
meiner Welt.“**

**Dieser Satz des Philosophen Wittgenstein kann auch für den Pflegeberuf  
übernommen und angepasst werden:**

**„Die Grenze meiner Pflegesprache ist die  
Grenze meiner Pflege“**

# Alzheimer und Pflegediagnosen





## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 I

**Definition:** Der Zustand, bei dem ein Patient in ungenügender, übermäßiger oder unwirksamer Art an sozialen Kontakten beteiligt ist.

#### Ätiologie (mögliche Ursachen)

- Wissensdefizit oder beeinträchtigte Fähigkeit, die Möglichkeiten zu nutzen, welche die Teilnahme an der Gemeinschaft fördern
- Therapeutische Isolation
- Soziokulturelle Unterschiede
- Eingeschränkte körperliche Mobilität (z.B. neuromuskuläre Krankheit)
- Umweltbedingte Einschränkungen (Wohnverhältnisse, Verlust des Arbeitsplatzes)
- Kommunikationsbarrieren (z.B. Kopfverletzung, Schlaganfall, neurologische Zustände, Psychosen, Medikamente, Psychiatrische Veränderungen, Suchtkrankheit)
- Veränderte Denkprozesse
- Fehlen von Bezugspersonen
- Störungen des Selbstbildes

## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 **II**

#### Symptome (Merkmale, Kennzeichen)

##### *aus der Sicht des Patienten*

- Aussagen über die Unfähigkeit, ein zufriedenstellendes Gefühl der Zugehörigkeit, der Anteilnahme, des Interesses zu erleben
- Spricht über Unbehagen in sozialen Situationen
- Aussagen der Familie über veränderte Interaktionsgewohnheiten

##### *aus der Sicht der Pflegeperson*

- Beobachtete Anwendung erfolgloser Verhaltensweisen bei sozialen Interaktionen
- Gestörte Interaktion mit Seinesgleichen, Familie und/oder anderen Personen
- Erkennen von Unbehagen in sozialen Situationen
- Beobachtete Unfähigkeit ein zufriedenstellendes Gefühl der Zugehörigkeit, der Anteilnahme, des Interesses zu erleben

## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 **III**

#### Patientenbezogene Pflegeziele

1. Der Patient spricht aus, dass ihm die Faktoren, welche die sozialen Interaktionen verursachen oder fördern, bewusst sind.
2. Der Patient erkennt und spricht über kritische Verhaltensweisen gegenüber anderen.
3. Der Patient zeigt eine normale Interaktion zwischen sich und den Bezugspersonen.
4. Der Patient beteiligt sich an positiven Veränderungen im sozialen Verhalten und in zwischenmenschlichen Beziehungen.
5. Der Patient erkennt realistisch Bedürfnisse und kommuniziert in einem angemessenen Verhalten.
6. Der Patient zeigt eine gesteigerte Interaktion mit anderen.
7. Der Patient lernt neue Verhaltensweisen, welche eine erfolgreiche Interaktion ermöglichen.

## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 **IV**

#### Maßnahmen

##### I. Ermitteln der ursächlichen/begünstigende Faktoren

1. Besprechen Sie mit dem Patienten die Sozialanamnese, um festzustellen, wann Veränderungen im sozialen Verhalten oder in Beziehungen aufgetreten sind (z.B. Verlust oder längerfristige Krankheit einer Bezugsperson, Stellenverlust, Statusänderungen [hierarchisch oder finanziell], ungenügende Bewältigungsformen und Anpassung an eine Entwicklungsphase im Leben [Ehe, Geburt, Adoption]).
2. Informieren Sie sich über die medizinische Anamnese und achten Sie dabei auf Stressoren (z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Alzheimer'sche Krankheit), psychische Krankheiten (z.B. Schizophrenie), Medikamente/Suchtmittel und Behinderungen durch Unfälle).
3. Beachten Sie die soziokulturellen Gegebenheiten und daraus resultierende Veränderungen (ethnische/religiöse Praktiken).
4. Informieren Sie sich bei Familie, Bezugspersonen, Freunden, Mitarbeitern über beobachtete Verhaltensänderungen.
5. Ermitteln Sie, welche Sozialverhaltensmuster in der Familie bestehen.
6. Ermutigen Sie den Patienten, Gefühle des Unbehagens über soziale Situationen auszudrücken und beobachten Sie etwaige ursächliche Faktoren oder wiederkehrende Muster.



## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 V

#### II. Erkennen des Ausmaßes der Beeinträchtigung

1. Bauen Sie eine therapeutische Beziehung auf: positive Wertschätzung des Betroffenen, aktives Zuhören, geschützter Rahmen, um sich mitteilen zu können.
2. Fordern Sie den Patienten auf, seine Probleme und Interpretationen zu verbalisieren. Hören Sie aktiv zu, um Zeichen der Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit, Furcht, Angst, Trauer, Wut, Gefühle des Ungeliebtseins oder des nicht Liebenswertseins, Probleme mit der sexuellen Identität, gezielten oder ungezielten Hass zu erkennen.
3. Erkennen und beschreiben Sie möglichst objektiv soziale und zwischenmenschliche Verhaltensweisen, achten Sie dabei auf Sprachmuster, Körpersprache im therapeutischen Umfeld und in den normalen Lebensumständen (in der Familie, bei der Arbeit, im sozialen Umfeld, in der Freizeit).
4. Erkennen Sie Fähigkeiten des Patienten zur Bewältigung von Problemen und seine Abwehrmechanismen.
5. Erkennen Sie, ob der Patient das Opfer von destruktivem Verhalten ist, oder aber, ob sein Agieren gegen sich selbst und/oder gegen andere gerichtet ist. (*PD 9.2.2. Gewalttätigkeit gegen andere, hohes Risiko*)
6. Beziehen Sie den neurologisch beeinträchtigten Patienten, wenn möglich, in individuelle und/oder Gruppeninteraktionen mit ein.

## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 **VI**

**III. Unterstützung des Patienten/Bezugspersonen, die beeinträchtigten sozialen/zwischenmenschlichen Interaktionen zu erkennen und positive Veränderungen zu bewirken**

- 1. Geben Sie dem Patienten/Bezugsperson Gelegenheit, mühevollen Situationen aufzuzeigen.**
- 2. Stellen Sie ein Vertrauensverhältnis zum Patienten her und bauen Sie eine therapeutische Beziehung auf (Bezugsbetreuung).**
- 3. Beziehen Sie den Patienten und die Bezugspersonen in die Pflegeplanung mit ein und lassen Sie dem Patienten einen Entscheidungsfreiraum.**
- 4. Vergleichen Sie Verhaltensweisen, die von Betreuern/Mitarbeitern beobachtet worden sind.**
- 5. Helfen Sie dem Patienten bei Verhaltensweisen, die geändert werden sollen, Prioritäten zu setzen.**
- 6. Finden Sie mit dem Patienten Möglichkeiten heraus, Veränderungen bei den sozialen Interaktionen/Verhaltensweisen zu bewirken. Nutzen Sie dabei vorhandene Ressourcen.**
- 7. Beteiligen Sie sich an Rollenspielen von sozialen Situationen, und besprechen Sie die notwendigen Veränderungen.**

## Die Pflegediagnose „Soziale Interaktion, beeinträchtigt“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00052 **VII**

**III. Unterstützung des Patienten/Bezugspersonen, die beeinträchtigten sozialen/zwischenmenschlichen Interaktionen zu erkennen und positive Veränderungen zu bewirken**

8. Geben Sie direkt und sofort positive Rückmeldungen bei positiven sozialen Verhaltensweisen und Interaktionen. Involvieren Sie alle Personen, die an der Pflege beteiligt sind: Familienmitglieder, Bezugspersonen und Therapiegruppen.

9. Arbeiten Sie mit dem Patienten daran, grundlegende negative Selbstbilder zu korrigieren, um Barrieren bei positiven sozialen Interaktionen zu mildern.

10. Informieren Sie über die Möglichkeiten einer Familientherapie. (Soziale Verhaltensweise und zwischenmenschliche Beziehungen betreffen nicht nur den Einzelnen).

**IV. Fördern des Wohlbefindens**

1. Helfen Sie dem Patienten, die Verantwortung für das eigene Verhalten zu tragen. Fordern Sie den Patienten bei Bedarf dazu auf, empfundene Emotionen bei sozialen Interaktionen niederzuschreiben und besprechen sie diese Notizen.

2. Unterstützen Sie den Patienten, positive soziale Fähigkeiten zu entwickeln (Rollenspiele, positive Bestätigung, Üben von Fähigkeiten in Begleitung, positive Rückmeldungen)

3. Informieren Sie sich über Veranstaltungen, an denen der Patient später zur Förderung von positiven Verhaltensweisen die er anstreben möchte, teilnehmen kann (Sprachkurse, Malen, ... ).

4. Unterstützen Sie eine laufende Familien- oder Individualtherapie, nach Absprache mit dem Betreuungsteam.

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. 3. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 344 bis 347)

## **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 I**

**Definition:** Mangelhafte Fähigkeit, Sinn und Bestimmung im Leben durch Einklang mit sich selbst, anderen, Kunst, Musik, Literatur, Natur oder einer übergeordneten Macht zu erfahren und zu integrieren.

### **Ätiologie (mögliche Ursachen)**

- Selbstentfremdung
- Einsamkeit /soziale Entfremdung
- Angst
- Soziokulturelle Entbehrung
- Eigener Tod und Sterben oder von anderen
- Schmerzen
- Veränderungen im Leben
- Eigene oder chronische Erkrankung von anderen

## Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 II

Symptome (Merkmale, Kennzeichen)

aus der Sicht der Pflegeperson

*Beziehung zu sich selbst*

○ Drückt Mangel aus an:

○ Hoffnung

○ Sinn und Zweck des Lebens

○ Frieden/Ruhe

○ Akzeptanz

○ Verzicht

○ Liebe

○ Sich selbst vergeben können

○ Zufriedenstellendes Streben nach dem Zusammenhang der Dinge im Leben, Glück, Mut, Ärger, Schuldgefühle, Schwäche in der Bewältigung

## Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“

### NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 **III**

#### *Beziehung zu anderen*

- Lehnt Interaktionen mit geistlichen Führungen ab
- Lehnt Interaktionen mit Freunden, Familie ab
- Spricht von einer Trennung des Unterstützungssystems
- Drückt Entfremdung aus

#### *Beziehung zu Kunst, Musik, Literatur, Natur*

- Unfähigkeit, bisherige Kreativität zum Ausdruck zu bringen  
[singen, Musik hören, lesen, schreiben]
- Kein Interesse an der Natur
- Kein Interesse am Lesen
- Kein Interesse am Lesen spiritueller Literatur

## **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 IV**

### ***Bezeugungen zu übergeordneten Mächten***

- **Unfähigkeit zu beten**
- **Unfähigkeit an religiösen Aktivitäten teilzunehmen**
- **Drückt aus, sich von Gott abgewendet zu haben oder zornig zu sein**
- **Unfähigkeit für überweltliche Erfahrungen**
- **Bittet darum einen geistlichen Führer (Priester) zu sehen**
- **Plötzliche Veränderung des spirituellen Handelns**
- **Unfähigkeit zur inneren Einkehr**
- **Drückt aus ohne Hoffnung zu sein, ist leidend**

## **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 V**

### **Patientenbezogene Pflegeziele**

- 1. Der Patient spricht ein erhöhtes Selbstwertgefühl und Hoffnung für die Zukunft aus.**
- 2. Der Patient äußert eine Verminderung von Angst und Schuldgefühlen.**
- 3. Der Patient demonstriert Selbsthilfe und Teilnahme an der Pflege.**
- 4. Der Patient sucht die soziale Interaktion und beteiligt sich an Gruppenaktivitäten.**
- 5. Der Patient drückt, betreffend Glaubensfragen, Zufriedenheit und Zuversicht aus.**
- 6. Der Patient spricht aus, sich selbst ohne Schuldzuweisungen zu akzeptieren.**
- 7. Der Patient übt seine religiösen/spirituellen Praktiken ohne schädigenden Einfluss auf seine Gesundheit aus.**



# **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“**

## **NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 VI**

### **Maßnahmen**

#### **I. Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Faktoren**

- 1. Ermitteln Sie die religiöse/geistige Einstellung des Patienten.**
- 2. Beachten Sie Klagen des Patienten/Bezugsperson(en), Angstäußerungen, Besorgnis vor der Entfremdung von Gott; Aussagen, dass die Krankheit/Situation eine Bestrafung für Fehlverhalten sei.**
- 3. Achten Sie auf Äußerungen über die Unfähigkeit, einen Lebenssinn, einen Grund zum Leben zu finden.**
- 4. Beobachten Sie das Verhalten des Patienten und registrieren Sie eventuelle Verhaltensänderung (siehe Symptome).**
- 5. Ermitteln Sie den Missbrauch von Medikamenten und Suchtmitteln.**
- 6. Ermitteln Sie Gefühle der Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit und fehlender Motivation zur Selbsthilfe.**
- 7. Ermitteln Sie das Selbstwertgefühl, den Lebenssinn, die Fähigkeit Beziehungen einzugehen.**
- 8. Ermitteln Sie, ob und in welcher Form ein Unterstützungssystem für Patient/Bezugsperson(en) vorhanden ist.**
- 9. Erkennen Sie, ob religiöse Glaubensgrundsätze oder transkulturelle Aspekte vorhanden sind, die einen Einfluss auf die Pflege und persönlichen Bedürfnisse haben und ob diese einen Konflikt zwischen Glauben und Therapie hervorrufen.**

## **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 VII**

### **Maßnahmen**

- II.                      Unterstützen des Patienten /der Bezugsperson(en), mit Gefühlen/ Situationen umzugehen**
- 1. Bauen Sie eine therapeutische Beziehungen.**
  - 2. Begegnen Sie dem Patienten mit Empathie und versuchen Sie dabei nicht Ihre persönlichen Wertvorstellungen und Ihre spirituelle Haltung argumentativ einzubringen.**
  - 3. Beteiligen Sie sich in therapeutische Form an Problemlösungen bei auftretenden Konflikten (transkulturelle Pflege).**
  - 4. Schaffen Sie eine Atmosphäre, die das freie Äußern von Gefühlen und Sorgen zulässt.**
  - 5. Vermitteln Sie die Bereitschaft des Pflegeteams, die Befriedigung geistig-religiöser Bedürfnisse zu unterstützen.**
  - 6. Setzen Sie Grenzen bei aggressiven/destruktiven Verhaltensweisen.**
  - 7. Beziehen Sie Patient/Bezugsperson(en) aktiv in den Pflegeprozess ein.**
  - 8. Verwenden Sie Kommunikationsmethoden (aktives Zuhören, klientenzentrierte Gesprächsführung, Entlastungsgespräch), um den Patienten in der Lösungsfindung zu unterstützen.**
  - 9. Signalisieren Sie Bereitschaft zuzuhören, wenn der Patient Selbstzweifel, Schuld oder andere belastende Gefühle ausdrücken möchte.**
  - 10. Überwachen Sie bei Vernachlässigung die körperliche Pflege.**

## Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 **VIII**

### Maßnahmen

11. Informieren Sie sich über entsprechende Ressourcen zur Hilfeleistung (z.B. Psychotherapie, Anonyme Alkoholiker/Anonyme Drogensüchtige, seelsorgerische Beratung usw.).

12. Vgl:

*PD 00069 Bewältigungsformen (Coping) des Betroffenen, ungenügend*

*PD 00125 Machtlosigkeit*

*PD 00119 Selbstwertgefühl, chronisch niedrig*

*PD 00120 Selbstwertgefühl, situationsbedingt niedrig*

*PD 00153 Selbstwertgefühl, situationsbedingt niedrig, hohes Risiko*

*PD 00053 Soziale Isolation*

*PD 00125 Hoffnungslosigkeit*

*PD 00138 Gewalttätigkeit gegen andere, hohes Risiko*

*PD 00140 Gewalttätigkeit gegen sich, hohes Risiko*

*PD 00150 Suizid, hohes Risiko*

## **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 IX**

### **III. Fördern des Wohlbefindens**

- 1. Unterstützen Sie den Patienten, Zielvorstellungen zu entwickeln, um mit dem Leben/der Krankheitssituation zurechtzukommen.**
- 2. Unterstützen Sie den Patienten bei der Suche nach dem Sinn des Lebens.**
- 3. Helfen Sie bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien, um mit den Krankheitsbelastungen und den notwendigen Veränderungen der Lebensweise fertig zu werden.**
- 4. Ermöglichen Sie die Ausübung von religiösen Aktivitäten.**
- 5. Kontaktieren Sie auf Wunsch Seelsorger für die Durchführung von bzw. für die Assistenz bei, geistig-religiösen Ritualen.**
- 6. Stellen Sie einen geeigneten Bereich für Gebete, Medikamente und Besuche von Seelsorgern zur Verfügung.**
- 7. Helfen Sie dem Patienten bei der Erkennung spiritueller Ressourcen (nehmen Sie z.B. Kontakt mit Seelsorger und Psychotherapeuten auf, die qualifiziert sind und Erfahrungen im Umgang mit speziellen Problemen wie z.B. Suchtmittelmissbrauch, Suizid haben).**
- 8. Bestellen Sie eine Diät, die den religiösen Vorschriften entspricht, sofern diese die Gesundheit nicht gefährden.**

## **Die Pflegediagnose „Verzweiflung (seelisches Leiden)“ NANDA Taxonomie Kennziffer: 00066 X**

### **IV. Maßnahmen in der Kinder- und Jugendlichenpflege**

1. Bieten Sie dem Kind die Möglichkeit, seinen gewohnten geistig-religiösen Ritualen nachzugehen (Abend- und Morgengebete, Kirchenbesuch).
2. Besprechen Sie mit dem Kind, ob die momentane Erkrankung seinen Glauben verändert hat (Wunsch nach Gebet).
3. Erklären Sie dem Kind, dass Unfälle oder Erkrankungen keine Strafe Gottes für „Missetaten“ sind.
4. Unterstützen Sie heranwachsende Jugendliche bei ihren Versuchen, geistig-religiöse Lehren zu verstehen.
5. Für Eltern mit Konflikten in Bezug auf die Behandlung ihres Kindes: Ermutigen Sie Eltern, die die Behandlung ihres Kindes aus religiösen Gründen verweigern, alternative Therapien zu überlegen (z.B. Operationstechniken ohne Bluttransfusionen).
6. Unterstützen Sie individuelle Entscheidungen, auch wenn diese im Widerspruch mit Ihren eigenen Wertvorstellungen stehen.
7. Ermöglichen Sie Eltern und Kind, auf Wunsch geistigen Beistand herbeizurufen.
8. Ermutigen Sie Eltern und Kind, belastende Gefühle auszudrücken.

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. dritte. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 646 bis 650)

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 I**

### Definition

Der Zustand, bei dem ein Patient verminderte oder veränderte Fähigkeiten aufweist, sensorische Reize zu empfangen und zu interpretieren, begleitet von einer verminderten, übermäßigen, verzerrten oder beeinträchtigten Reaktion auf diese Reize.

### Ätiologie (mögliche Ursachen)

- ○ **Veränderte sensorische Wahrnehmung**
- ○ **Exzessive Umweltstimuli**
- ○ **Psychischer Stress (*Eingeschränkte Wahrnehmung aufgrund von Angst*)**
- ○ **Veränderte Reizaufnahme, Reizüberflutung und/oder -verarbeitung (z.B. *Neurologische Erkrankung [z.B. Schlaganfall], psychiatrische Erkrankung, Verletzung, veränderter Zustand der Sinnesorgane, Unfähigkeit zu kommunizieren, zu verstehen, zu sprechen oder zu reagieren, Schlafmangel, Schmerz*)**

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 II**

### **○Ungenügende umweltbedingte Reize**

· **○Biochemische Veränderungen, die die Wahrnehmung beeinträchtigen (z.B. illusionäre Verkennungen, Halluzinationen)**

⑩ ➤ ***Endogene (Elektrolytverschiebung, erhöhter Harnstoff, Keratinin, Blutzucker, erhöhtes Ammoniak, Hypoxie)***

⑩ ➤ ***Exogene Stimulation oder Sedative mit Einfluss auf das Zentralnervensystem (Medikamente usw.) bewusstseinsverändernde Mittel***

· **○Veränderungen des Elektrolyt-Haushalts**

· **○ Behandlungsbedingte (z.B. Isolierung, Intensivpflege, Bettruhe, Extensionen, behindernde Erkrankungen, Inkubator ...)**

· **○ Sozial bedingte (z.B. Institutionalisierung, Alter, chronische Krankheiten, monotone Umgebung, Arbeitsbedingungen, übermäßiger Lärmpegel, Sicht, Temperatur, Entzug von Zuwendung)**

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 III**

### **Symptome (Merkmale, Kennzeichen)**

#### **aus Sicht des Patienten**

- **○ *Angst***
- **○ *Hinweise auf ein verändertes Körperbild***
- **○ *Aussagen über eine Veränderung der Sinnesschärfe (z.B. *Lichtempfindlichkeit, Hypo-/Hyperästhesien*<sup>[1]</sup>, vermindelter/veränderter Geschmacksinn, Unfähigkeit, die Lage der Körperteile wahrzunehmen, Hörstörungen)***
- **○ *Schmerz***
- **○ *Müdigkeit***



**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

### **NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 IV**

aus der Sicht der Pflegeperson

- ○ **Eingeschränktes Konzentrationsvermögen**
- ○ **Einschränkungen des Hörvermögens**
- ○ **Veränderung der gewohnten Reaktion auf Reize (*emotionale Reaktion*)**
- ○ **Unruhe, Gemessene Veränderungen der sensorischen Empfindung**
- ○ **Reizbarkeit, Desorientierung bezüglich Zeit, Ort, Person**
- ○ **Verändertes Problemlösungsverhalten**
- ○ **Veränderte Verhaltensmuster**
- ○ **Veränderte Kommunikationsmuster**
- ○ **Halluzination: *optisch, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch***
- ○ **Einschränkungen des Sehvermögens**
- ○ ***Veränderung des Muskeltonus***
- ○ ***Motorische Fehlkoordination***
- ○ ***Veränderter Gleichgewichtssinn (z.B. Meniere-Syndrom<sup>[2]</sup>)***
- ○ ***Apathie, Niedergeschlagenheit***
- ○ ***Wahnvorstellungen***

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122**



### **Patientenbezogene Pflegeziele**

- 1. Der Patient spricht aus, seine Bedürfnisse bezüglich Sinneswahrnehmungen zu erkennen und eine Reizüberflutung und/oder Mangel an Reizen wahrzunehmen.
- 2. Der Patient zieht sich keine Verletzung zu.
- 3. Der Patient ist bei der Gestaltung seines Behandlungsplanes aktiv miteinbezogen.
- 4. Der Patient erlangt oder bewahrt den gewohnten Bewusstseinszustand.
- 5. Der Patient erlangt oder bewahrt den gewohnten Bewusstseinszustand.
- 6. Der Patient erkennt sensorische Störungen und entwickelt Strategien damit umzugehen.
- 7. Der Patient erkennt und äußert Faktoren, die Veränderungen der sensorischen Fähigkeiten/Wahrnehmung begünstigen.
- 8. Der Patient erkennt und nutzt vorhandene Ressourcen.

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 VI**

### **Maßnahmen**

#### **I. Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Faktoren**

- 1. Ermitteln Sie zugrundeliegende Ursachen für Veränderungen in der Wahrnehmung (visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch).
- 2. Überprüfen Sie die Sprechfähigkeit und die Reaktion auf einfache Aufforderungen und auf schmerzhaft Reize.
- 3. Ermitteln Sie das sensorische Empfindungsvermögen (Kälte, Wärme, Bewegungsempfindungen und Lagekontrolle der Körperteile).
- 4. Achten Sie auf Verhaltensreaktionen (z.B. Halluzinationen, Affektlabilität, Verwirrtheit, Desorientiertheit, Niedergeschlagenheit).
- 5. Achten Sie bei Risikopatienten auf Verlust/Veränderungen der sensorischen Empfindung/Wahrnehmung (z.B. ataktischer Gang, Schwindel), auf Nebenwirkungen von Medikamenten, verändertes Gleichgewicht.
- 6. Informieren Sie sich über Laborwerte (z.B. Elektrolyte, Blutgasanalyse, Blutspiegel von Medikamenten).

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 VII**

### **Maßnahmen**

#### **II. Vermeidung von Komplikationen und Verletzungen**

- 1. Überprüfen Sie, ob der Patient in der Lage ist, die Rufanlage zu betätigen.**
- 2. Sorgen Sie für entsprechende Sicherheitsvorkehrungen.**
- 3. Achten Sie auf Wirkung bzw. Nebenwirkung der medikamentösen Therapie (Blutdruckmittel, Sedativa usw.).**
- 4. Beschreiben Sie, bzw. geben Sie dem Patienten taktile Information über die Lage seiner betroffenen Körperteile (beim Liegen, beim Sitzen, beim Bewegen).**
- 5. Vgl.:**

***PD 00035 Körperschädigung, hohes Risiko***

***PD 00038 Verletzung, hohes Risiko***

***PD 00123 Halbseitige Vernachlässigung***

**Die Pflegediagnose „Sinneswahrnehmung, gestört (im Detail angeben)  
Visuell, akustisch, kinästhetisch, gustatorisch, taktil, olfaktorisch“**

**NANDA Taxonomie Kennziffer: 00122 VIII**

### Maßnahmen

#### III. Fördern des Wohlbefindens

1. Unterstützen Sie den Patienten/Bezugsperson(en), wirksame Bewältigungsformen zu erlernen.
2. Erarbeiten Sie mit dem Patienten Alternativen im Umgang mit den Empfindungsstörungen.
3. Planen Sie die Pflege mit dem Patienten und beteiligen Sie Bezugsperson(en).
4. Informieren Sie bei der Entlassung über notwendige Sicherheitsvorkehrungen.
5. Informieren und organisieren Sie soziale Unterstützung bzw. Selbsthilfegruppen (vgl.: *PD 00053 Soziale Isolation*).
6. Vgl.:  
*PD 00146 Angst*  
*PD 00130 Denkprozesse, verändert*  
*PD 00051 Kommunikation, verbal beeinträchtigt*

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. dritte. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 627 bis 631)

# PFLEGE- Alzheimer Erkrankung DIAGNOSEN

**Die Alzheimer Erkrankung** ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns. Es handelt sich um eine progressive Demenz, die charakterisiert ist durch einen großen Verlust von Zellen des zerebralen Kortex und anderer Bereiche. Symptome sind Verhaltensänderungen, Gedächtnisstörungen und beeinträchtigte intellektuelle Fähigkeiten. Die Veränderungen des Gehirns sind verbunden mit einer Atrophie der Großhirnrinde, senilen Plaques und neurofibrillären Veränderungen. Die genaue Ursache ist unbekannt, man vermutet jedoch, dass die Erkrankung genetisch, viral oder autoimmun bedingt ist. Der Schweregrad der Demenz liegt in der klinischen Beurteilung; die Diagnose der Alzheimer Erkrankung wird erst nach Jahren der Evaluation der vorhandenen Kennzeichen und Symptome gestellt. **Die Pflege konzentriert sich auf die Beratung bezüglich der Sicherheit und der Behandlungsempfehlungen und auf die Aufrechterhaltung der kognitiven, sozialen, körperlichen und psychologischen Funktionsfähigkeit.**

## Definition der Demenz nach DSM-III-R

- A. Störung des Kurz- und des Langzeitgedächtnisses**
- B. Mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:**
  - Störung des abstrakten Denkens
  - Störung der Urteilsfähigkeit
  - Sprachstörungen, Handfertigkeitenstörungen, Erkennstörungen, Persönlichkeitsveränderungen
- C. Die Störungen von A. und B. müssen so ausgeprägt sein, dass sie spürbar die Fähigkeit zu arbeiten oder normale soziale Aktivitäten mit anderen zu betreiben stören**
- D. Sie dürfen nicht ausschliesslich im Rahmen eines akuten Verwirrtheitszustandes (Delir) auftreten**
- E. Entweder 1. oder 2. erfüllt:**
  - 1. Hinweise auf spezifische zerebrale Ursache aufgrund spezieller Untersuchungen
  - 2. Keine Hinweise auf psychische Störung wie Depression, Schizophrenie, Paranoia



## **Schweregrad der Demenz**

### **Leicht**

**Fähigkeit unabhängig zu leben ist erhalten  
persönliche Hygiene ist intakt  
Urteilsfähigkeit ist relativ intakt  
Fähigkeit Arbeiten und soziale Kontakte auszuüben  
ist aber deutlich beeinträchtigt**

### **Mässig**

**unabhängige Lebensführung ist gefährlich  
Betreuung ist in einem gewissen Umfang notwendig**

### **Schwer**

**kontinuierliche Betreuung und Überwachung ist  
notwendig**

# **Symptome der Demenz I**

## **Amnesie**

**Gedächtnisverlust, Erinnerungslosigkeit  
betrifft das Kurz- und später auch das Langzeitgedächtnis  
Unfähigkeit neue Informationen aufzunehmen und früher  
aufgenommene Informationen abzurufen**

## **Desorientierung**

**zeitliche und/oder örtliche und/oder situative und/oder  
autopsychische Orientierungsstörung**

## **Störung der räumlichen Orientierung**

**Schwierigkeiten beim Auffinden von Räumen und bei  
der Orientierung im Freien**

## Symptome der Demenz II

### **Störung des abstrakten Denkens**

**Formal: Beeinträchtigung der Denkprozesse v.a. des schlussfolgernden Denkens**

**Inhaltlich: kreisende Gedanken oder Erfinden von Begebenheiten (Konfabulationen) oder wahnhafte Gedanken**

### **Störung der Urteilsfähigkeit**

**beeinträchtigte Fähigkeit in beruflichen und nicht-beruflichen Angelegenheiten vernünftige Entscheidungen zu treffen**

**Gefahrensituationen werden nicht angemessen erkannt bzw. eingeschätzt**

**soziale Regeln werden nicht mehr beachtet**

## Symptome der Demenz III

### **Aphasie**

**Verlust des aktiven Sprachgebrauchs und des passiven Sprachverständnisses infolge Erkrankung des Sprachzentrums im Gehirn**

### **Apraxie**

**Unfähigkeit sinnvolle und zweckmässige Bewegungen und Handlungen auszuführen bei intaktem Bewegungsapparat ("Werkzeugstörungen")**

### **Agnosie**

**Nicht-Wiedererkennen, Wahrnehmungsstörung bzw. Informationsverarbeitungsstörung trotz normaler Funktion der Sinnesorgane**

## Symptome der Demenz IV

### **Störung der Verhaltens- und Handlungssteuerung**

**Verhaltensweisen und Handlungen, die aus mehreren Schritten oder Sequenzen bestehen, können nicht mehr geplant und vollzogen werden**

**Konsequenz: Perseverieren von Verhaltensweisen**

### **Persönlichkeitsveränderungen**

**Änderungen oder Akzentuierungen von vorbestehenden Charakterzügen und Persönlichkeitseigenschaften  
emotionale Labilität**

**Beeinträchtigung der Impulskontrolle**

**Konsequenz: impulsives Verhalten, aggressives Verhalten**

# Symptome der schweren Demenz

## **Hypermetamorphosis**

Versuch alles zu berühren

## **Bulimie**

übermässiges, unkontrolliertes Essen

## **Klüver-Bucy-Syndrom (= bi-temporale Läsion)**

Hyperoralität (alles wird in den Mund genommen)

Verlust von Gefühlsäusserungen oder überstarke Gefühls-  
äusserungen im Sinne emotionaler Abstumpfung bzw. von  
Explosivreaktionen

Hypersexualität

Bulimie

visuelle und auditorische Agnosie (Nicht-Erkennen visueller und  
auditiver Informationen)

Hypermetamorphosis

# Diagnostisch richtungsweisender Zeitverlauf

## Stunden oder Tage

toxische Stoffwechsel-Demenz  
akute Meningitis  
Gefäßstörungen im Gehirn  
Schädeltraumen  
Alkohol-Intoxikation  
Depressionen

## Wochen bis Monate

expansive intrakranielle Prozesse  
chronische Meningoenzephalitis  
Schädeltraumen  
chronischer Alkoholismus  
Depressionen  
Schilddrüsen- und Hypophysenstörungen  
Normaldruck-Hydrozephalus  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

## Jahre

senile Demenz / Morbus Alzheimer  
Morbus Pick / Frontotemporale Demenz  
Demenz + Parkinson-Syndrom  
Chorea Huntington  
Arteriopathie-bedingte Demenz  
Neuro-Lues

## Jahrzehnte

chronische Psychosen

# PFLEGEDIAGNOSEN NACH NANDA

**N**

**North**

**A**

**American**

**N**

**Nursing**

**D**

**Diagnosis**

**A**

**Association**



# ENTWICKLUNG DER PFLEGEDIAGNOSTEN

**USA**

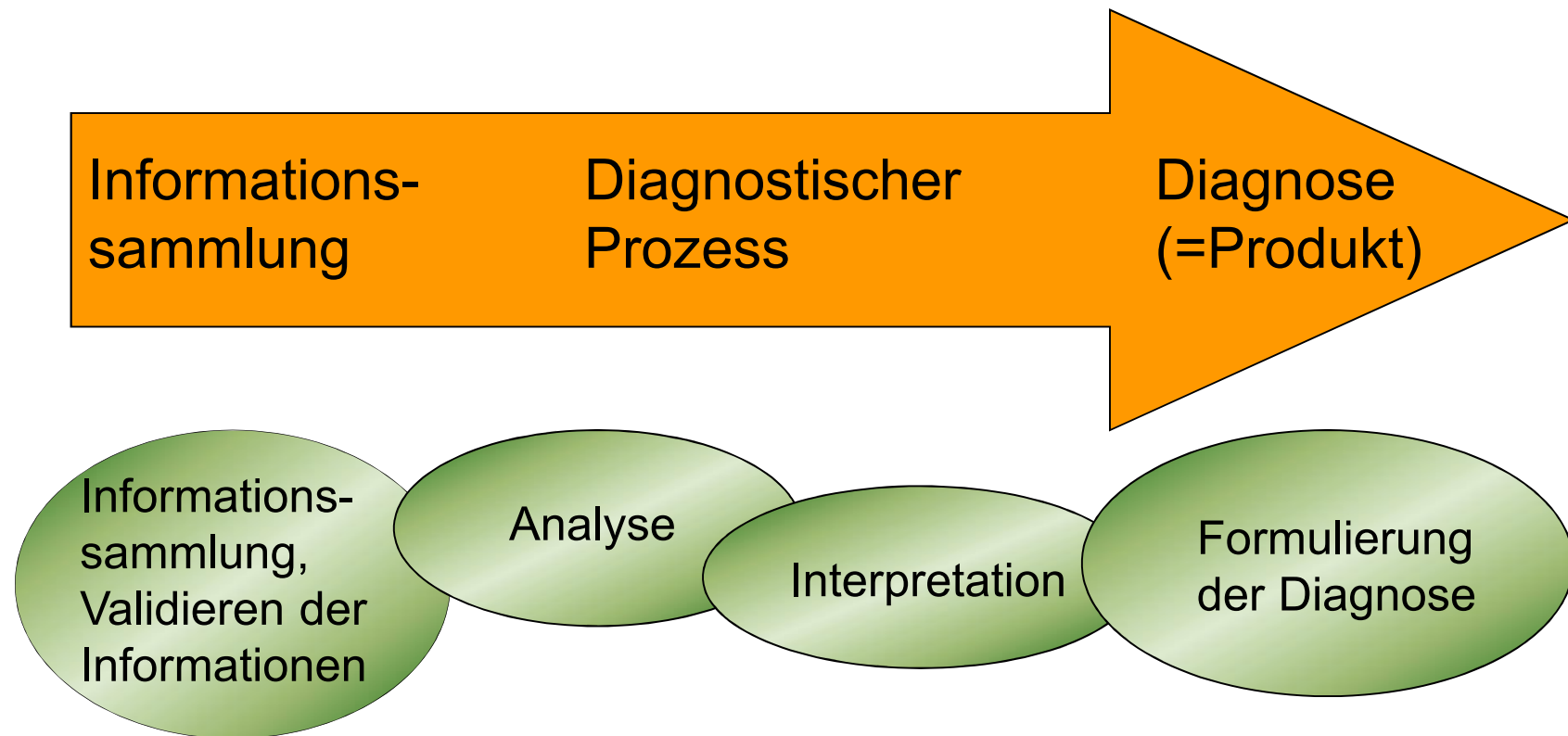
1950 Mc Manus  
1953 V. Frey  
1973 1. ANA-Konferenz  
1982 NANDA  
4/1998 13. NANDA-Konferenz  
4/2000 14. NANDA-Konferenz

Entwicklung der Pflegediagnosen

**EUROPA**

1993 ENDA  
5/1995 ACENDIO  
1996 ICNP Alpha Version  
1999 ICNP Beta Version  
3/2001 ACENDIO Konferenz Berlin  
2/2002 Internat. Workinggroup ICNP, NANDA, NIC, NOC, ICIDH-2, OMAHA, ISO, CEN,....  
Nursing data Projekt Schweiz

# DIAGNOSTISCHER PROZESS U. DIAGNOSTISCHES PRODUKT



# PFLEGEDIAGNOSEN UND PFLEGEWISSEN

**Pflegewissen** besteht aus:

- Kenntnissen über das **klinische Erscheinungsbild** und die **Entstehung** der mittels Pflegediagnosen charakterisierten Probleme
- **theoretischem Hintergrundwissen**
- Kenntnissen über die entsprechende **pflegerische Unterstützung** bzw. **Behandlung**.

(Christoph ABDERHALDEN)

# BEDEUTUNG DES BEGRIFFS „DIAGNOSE“

***Diagnose* kommt aus dem Griechischen und bedeutet**

**unterscheiden.**

**Laut dem „Großen Brockhaus“ bedeutet *Diagnose***

**Unterscheidung**

**Erkenntnis**

**Erkennung**

# PFLEGEDIAGNOSEN UND BERUFSENTWICKLUNG

- Pflegediagnosen dienen zur Beschreibung des **Fach- und Wissensgebietes** der Pflege.
- Alle Pflegediagnosen zusammen definieren damit auch den **Zuständigkeitsbereich** der Pflege.
- Die Beschreibung des Fachgebietes ist eine wesentliche Grundlage für die **Berufsentwicklung** (**Professionalisierung, berufliche Autonomie**)
- Pflegediagnosen definieren die **Position der Pflege im interdisziplinären Kontext**.
- Pflegediagnosen bilden eine wichtige Grundlage für die **Pflegeforschung**, unter anderem für die Forschung nach effektiven und effizienten Pflegemaßnahmen.

## WARUM PFLEGEDIAGNOSEN?

- einheitliche **Fachsprache**
- einheitliches **Berufsbild**
- einheitliche **Pflegeanamnese**
- einheitliche **Pflegeproblembenennung**
- standardisierte **Pflegemaßnahmen**
- Sicherung der **Pflegekontinuität**
- **ganzheitliche Pflege** des Patienten
- Integration des **Ressourcenansatzes**
- Leistungserfassung per EDV - **Pflege-Budgets**
- **Pflegeforschung** und **Evaluation**

## ZIELE DER VERWENDUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN (1)

Die professionelle Anwendung von Pflegediagnosen schafft **einheitliche Richtlinien und Voraussetzung** für:

- ein transparentes **Pflegeangebot**
- **standardisierte Auswahl** von Pflegemaßnahmen
- die **Evaluation** der Pflege
- **Qualitätssicherung** in der Pflege
- die Integration des **Ressourcenansatzes**
- **professionellere Kommunikation** in der Pflege bei der Problem-, Ziel und Maßnahmenformulierung

## ZIELE DER VERWENDUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN (2)

---

- Sicherung der **Pflegekontinuität**
- Pflege des **ganzen Patienten** (Abkehr von der Behandlung der Anzeichen und Symptome medizinischer Störungen)
- weitere **Professionalisierung** des Pflegeberufes
- bessere **rechtliche Absicherung**
- **Pflegeleistungserfassung** per EDV
- **Sicherung der Einnahmen** des Pflegebereichs
- Überblick über den **eigenständigen Aufgabenbereich** der Pflege
- **Pflegeforschung und -wissenschaft**



# WARUM NANDA-PFLEGEDIAGNOSEN ?

- Sie sind **weit verbreitet** und werden **häufig verwendet**
- Sie werden seit 1973 **ständig weiterentwickelt**
- Sie sind **international anerkannt**
- Sie ermöglichen **nationalen und internationalen Vergleich**
- **Leistungsbezogene Fallpauschale** gründen auf ihnen

## WAS IST EINE PFLEGEDIAGNOSE (1) ?

- Eine Pflegediagnose ist die **klinische Beurteilung der Reaktion** von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf **aktuelle** oder **potentielle** Probleme der **Gesundheit** oder im **Lebensprozess**.
- Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur Auswahl von **Pflegehandlungen** und zum Erreichen erwarteter **Pflegeziele**, für welche die Pflegeperson die **Verantwortung** übernimmt.

(Definition der **NANDA** von 1990)

## WAS IST EINE PFLEGEDIAGNOSE (2) ?

Eine Pflegediagnose ist eine kurz und präzise formulierte Aussage über **pflegerelevante Aspekte** des **Gesundheitszustandes** und des **Gesundheitsverhaltens** von Menschen, die auf **systematischer Datensammlung** (subjektiver und objektiver Daten) beruht.

Pflegediagnosen beschreiben:

- die **Folgen der Krankheit/Behandlung** z. B. auf die ATL's, auf die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse etc.
- die **individuellen Reaktionen der Betroffenen** auf gesundheitliche Risiken, Krankheiten und Behandlungen.
- weshalb Individuen oder Gruppen Pflege benötigen.

# FUNKTIONEN VON PFLEGEDIAGNOSEN

Alle Pflegediagnosen, die auf einen bestimmten Patienten zutreffen, beschreiben die Gründe, weshalb er Pflege benötigt - sie beschreiben den **Pflegebedarf**.

Aus den Pflegediagnosen lassen sich die erforderlichen **Pflegeleistungen** und **Pflegeinterventionen** ableiten.

In den Pflegediagnosen sind die Informationen zusammengefasst, die alle, an der Pflege beteiligten Personen benötigen. Das ist insbesondere bei **Transferierungen** wichtig.

Die Pflegediagnosen sollen eine **effektive und effiziente Kommunikation** über den Zustand von Patienten aus pflegerischer Sicht ermöglichen.

# PFLEGEDIAGNOSEN UND MEDIZINISCHE DIAGNOSEN

## Pflegediagnosen

werden von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gestellt und beschreiben, warum jemand mit **Gesundheitsproblemen, Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen** Pflege braucht.

## Medizinische Diagnosen

werden vom Arzt gestellt und **beschreiben Gesundheitsprobleme oder Krankheiten** und beschreiben, warum jemand medizinische Behandlung braucht.

Pflegediagnosen und medizinische Diagnosen ergänzen einander zu einer **umfassenden Beschreibung** der gesundheitlichen Situation eines Patienten aus **verschiedenen Perspektiven**.



## UNTERSCHIEDE ZW. PFLEGEDIAGNOSEN UND MEDIZINISCHE DIAGNOSEN

PFLEGEDIAGNOSE	MEDIZINISCHE DIAGNOSE
Bezeichnung für menschl. Reaktionen auf Gesundheitsprobleme	Bezeichnung für Krankheiten bzw. Organstörungen
Beschreibt Familie (Beziehung) als Funktionseinheit (z.B. Familienbeziehung, gestört)	Beschreibt die Krankheit meist ohne Berücksichtigung der sozialen Beziehungen
Können sich laufend ändern (abhängig vom Reaktionsmuster)	Bleiben gleich (bis die Krankheit geheilt ist)
Bezieht sich auf das Verhalten und auf Reaktionen	Bezieht sich auf pathophysiologische Veränderungen
Rechtliche Zuständigkeit: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	Rechtliche Zuständigkeit: Mediziner



## Alzheimer und Pflegediagnosen

# PFLEGEDIAGNOSEN

### 00118 Körperbild, Störung [Verdachts-Pflegediagnose]

Ein Zustand, bei dem ein Patient eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers hat. (Eine Störung der inneren bzw. mentalen Abbildung des eigenen Körpers, des eigenen Körperschemas, des „Selbstkonzeptes“.)

### 00124 Hoffnungslosigkeit [Aktuelle Pflegediagnose]

Der subjektive Zustand eines Patienten, in dem er nur limitierte oder keine Handlungsalternativen oder persönliche Wahlmöglichkeiten erkennen kann. Der Patient ist unfähig vorhandene Ressourcen für seine Interessen zu nutzen.

### 00150 Suizid, hohes Risiko [Hoch-Risiko-Pflegediagnose]

Der Zustand, bei dem ein Patient dem Risiko ausgesetzt ist, sich selbst eine lebensbedrohliche Körperschädigung zuzufügen.

### 00167 Selbstbild, Bereitschaft zur Verbesserung [Wellness-Diagnose]

Ein Zustand einer positiven Selbstwahrnehmung und Vorstellung von sich selbst, der Wohlbefinden ermöglicht und der darüber hinaus verbessert werden kann.



# PRAKTISCHES BEISPIEL ZUR UNTERSCHIEDUNG

PFLEGEDIAGNOSEN	MEDIZINISCHE DIAGNOSE
PD 00040 „Inaktivitätssyndrom“ <i>Syndrom-Pflegediagnosen</i>	G 30.- Alzheimer Erkrankung
PD 00124 „Hoffnungslosigkeit“ <i>Aktuelle Pflegediagnose</i>	F 00 Demenz F 00 bis F 03
PD 00150 „Suizid, hohes Risiko“ <i>Hoch-Risiko-Pflegediagnose</i>	F 00.0 Demenz bei Alzheimer mit frühem Beginn < 65 Jahre
PD 00118 „Körperbild, Störung“ <i>Verdachts-Pflegediagnose</i>	
PD 00167 „Selbstbild, Bereitschaft zur Verbesserung“ <i>Wellness-Pflegediagnose</i>	F 00.01 Demenz bei Alzheimer mit spätem Beginn > 65 Jahren



## BEZEICHNUNGEN VON PFLEGEDIAGNOSEN

**Pflegediagnosen tragen eine Bezeichnung.**

**Das ist ein Begriff oder ein Satz, der ein  
Gesundheits-konzept beschreibt.**

**Diese Bezeichnung kann von einem näher  
bestimmenden Wort begleitet werden. Etwa einem  
passenden Adjektiv zur Erläuterung der  
Bezeichnung.**

**z.B. Elterliche Pflege - ungenügend  
Atemvorgang - ungenügend  
Schlucken - beeinträchtigt**

# ÄTIOLOGISCHE FAKTOREN

**Ätiologische Faktoren** sind Gegebenheiten, die sich bei der Analyse der Aufnahmedaten des Patienten ergeben.

Wenn eine Pflegediagnose gestellt wird, fügt man meist eine Bemerkung zu den ätiologischen Faktoren (**ätiologische Aussage**) an.

Diese sind Zustände oder Umstände, die zur Entwicklung oder Fortdauer der Pflegediagnose beitragen. Sie werden auch **beigefügte Faktoren** genannt.

# ÄTIOLOGISCHE FAKTOREN

## 1. Pathophysiologische Faktoren

(biologische oder psychologische)

z. B. Verlust eines Körperteils oder kognitive Beeinträchtigung

## 2. Behandlungsbedingte Faktoren

z. B. Extension/Gipsverbände oder schmerzhafte Behandlung

## 3. Situationsbedingte Faktoren

(durch die Umgebung oder Personen bedingt)

z. B. Stress, Kleidung, feuchte Körperoberfläche oder Schlafunterbrechung

## 4. Alters- und entwicklungsbedingte Faktoren

z. B. geringer Nährstoffbedarf oder Verlust der Hautelastizität  
(nach CARPENITO)

# FUNKTION VON ÄTIOLOGISCHEN AUSSAGEN

Die ätiologische Aussage soll Zustände beschreiben, die von **Pflegehandlungen** beeinflusst werden können.

Sie sollen **keine** Wiederholung der medizinischen Diagnose sein.

Dadurch helfen sie, die **richtigen Pflegemaßnahmen** zu bestimmen.

## PRAKTISCHE BEISPIELE

### **PD SCHLAFSTÖRUNGEN**

**Ä:** Nächtlicher Husten; Schmerzen

### **PD MUNDSCHLEIMHAUT VERÄNDERT**

**Ä:** Nebenwirkungen der Chemotherapie

### **PD MANGELERNÄHRUNG**

**Ä:** Schmerzen im Mund, Übelkeit, Erschöpfung

### **PD HOFFNUNGSLOSIGKEIT**

**Ä:** Immer wieder auftretende Komplikationen bei der Erkrankung

### **PD KÖRPERLICHE MOBILITÄT, BEEINTRÄCHTIGT**

**Ä:** Schwäche der unteren Extremität

## KENNZEICHEN ODER SYMPTOME

Als Kennzeichen oder Symptome gelten die **subjektiven und objektiven Daten**, die zur Identifizierung eines bestimmten Problems führen.

Symptome oder Kennzeichen **stützen** oder **bestätigen** eine Pflegediagnose und bestärken die Pflegeperson in der Richtigkeit ihrer Entscheidung.

# TYPEN VON PFLEGEDIAGNOSEN

## Die NANDA unterscheidet

- **Verdachts-Pflegediagnosen**
- **Aktuelle Pflegediagnosen**
- **Hoch-Risiko-Pflegediagnosen**
- **Wellness- oder Gesundheitsdiagnosen**
- **Syndrompflegediagnosen**

# ZUSAMMENSETZUNG EINER AKTUELLEN PFLEGEDIAGNOSE

<b>Problem oder Titel</b>	<b>Körperliche Mobilität</b>
<b>Bestimmungswort</b>	<b>beeinträchtigt</b>
<b>Ätiologie (Ursache, Umstände)</b>	<b>gestörte körpereigene Wahrnehmung und Unvermögen, betroffene Körperseite zu bewegen</b>
<b>Symptome</b>	<b>schlechte Rumpfkontrolle schlaffer Muskeltonus der</b>
<b>Lokalisation</b>	<b>rechte oberen und unteren Extremität</b>



# AKTUELLE PFLEGEDIAGNOSE - KÖRPERLICHE MOBILITÄT

**Problem oder Titel**

**Hoffnungslosigkeit**

**Bestimmungswort**

**chronisch**

**Ätiologie (Ursache,  
Umstände)**

**Gefühl, aufgegeben zu  
sein.**

**Längerfristiger Stress**

**Sich verschlechternder  
körperlicher Zustand,  
körperliches Versagen**

**Symptome**

**Verbale Hinweise**

**Seufzen**

# AKTUELLE PFLEGEDIAGNOSE - HAUTDEFEKT BESTEHEND

<b>Problem oder Titel</b>	<b>Hautdefekt</b>
<b>Bestimmungswort</b>	<b>bestehend</b>
<b>Ätiologie (Ursache, Umstände)</b>	<b>Streßinkontinenz</b>
<b>Symptome</b>	<b>Gerötete, entzündete Haut</b>
<b>Lokalisation</b>	<b>Perineum</b>

# PD KÖRPERLICHE MOBILITÄT, BEEINTRÄCHTIGT

## DEFINITION

Eingeschränkte Fähigkeit eines Patienten, sich ohne Hilfe zu bewegen.

## ÄTIOLOGIE (Mögliche Ursachen)

- Unlust sich zu bewegen (Aktivitätsintoleranz)
- fehlende Kraft und Ausdauer
- Schmerzen, Missbehagen
- beeinträchtigte Wahrnehmung und Denken
- neuromuskuläre Beeinträchtigung (Parese, Plegie, MS etc. )
- muskuloskeletäre Beeinträchtigungen (Frakturen, Kontrakturen, Muskelatrophie etc.)
- Bettruhe, Ruhigstellung einer Extremität
- Angst
- Niedergeschlagenheit

## PD ANGST

### DEFINITION

Ein vages, unsicheres Gefühl, dessen Ursache dem Patienten oft unklar und/oder unbekannt ist.

### ÄTIOLOGIE (Mögliche Ursachen)

- Unbewusster Konflikt mit grundsätzlichen Werten, Glaubensfragen und Lebenssinn
- situative und/oder entwicklungsbedingte Krisen
- zwischenmenschliche Übertragung
- Bedrohung des Selbstkonzeptes - subjektiv oder objektiv
- Todesangst - subjektiv oder objektiv
- Bedrohung oder Veränderung des Gesundheitszustandes (terminale Erkrankung), der Rollenfunktion, der Umgebung (Sicherheit), der Interaktionsmuster, des sozioökonomischen Status
- unerfüllte Bedürfnisse

## PD FURCHT

### DEFINITION

Furcht ist ein Gefühl des Schreckens, das sich auf eine erkennbare, für den Patienten bedeutende Ursache bezieht.

### ÄTIOLOGIE (Mögliche Ursachen)

- unheilbare Krankheit; langdauernde Invalidität
- sensorische und/oder kognitive Beeinträchtigung
- Todesbedrohung am Ende einer Krankheit
- Hospitation (OP, Anästhesie, Bestrahlung) und deren Auswirkungen
- geplante Untersuchungen
- neue Umgebung und/oder neue Behandlungspersonen
- Wissensdefizit
- fehlende Unterstützung bei Bedrohung
- Sprachbarrieren/Unfähigkeit zu kommunizieren

# PD AKTIVITÄTSINTOLERANZ

## DEFINITION

Die Unfähigkeit eines Patienten einfache Tätigkeiten auszuführen, weil nicht genügend physische oder psychische Kraft vorhanden ist.

## ÄTIOLOGIE (Mögliche Ursachen)

- Allgemeine Schwäche
- bewegungsarme Lebensweise (Adipositas)
- Bettruhe oder Immobilität
- Aktivität wird wegen Schmerzen oder Atemnot häufig unterbrochen
- beeinträchtigtes Lernvermögen
- psychische Veränderungen (veränderter Gemütszustand)

# ZUSAMMENSETZUNG EINER HOCH-RISIKO-PFLEGEDIAGNOSE

## **Problem oder Titel**

**Suizid,  
hohes Risiko**

---

## **Definition**

Der Zustand, bei dem der Patient dem Risiko ausgesetzt ist, sich selbst eine lebensbedrohliche Körperschädigung zuzufügen.

---

## **Risikofaktor**

**Suizidversuche in der  
Anamnese,**

**Impulsivität**

**Sammeln von Medikamenten**

# ZUSAMMENSETZUNG EINER WELLNESS-PFLEGEDIAGNOSE

**Klinische Beurteilung** eines Individuums (einer Gruppe oder Gemeinde), deren Gesundheitszustand sich in einem **Übergangsstadium** zu einem besseren Gesundheitszustand befindet. (NANDA)

Eine Wellness-Pflegediagnose wird gestellt, wenn der Patient/Klient seinen **Gesundheitszustand verbessern** möchte und/oder einen **optimalen Gesundheits-zustand** erreichen will.

Eine entsprechende Formulierung lautet z. B.:

**Möglichkeit einer verbesserten körperlichen Fitness**



## BEISPIEL EINER WELLNESS-PFLEGEDIAGNOSE

<b>Problem oder Titel</b>	<b>Selbstbild, Bereitschaft zur Verbesserung</b>
<b>Definition</b>	Ein Zustand, einer positiven Selbstwahrnehmung und Vorstellung von sich selbst, der Wohlbefinden ermöglicht und der darüber hinaus verbessert werden kann.
<b>Voraussetzungen</b>	Der Patient drückt Bereitschaft aus, das Selbstbild zu verbessern.
<b>Maßnahmen</b>	Betonen Sie die Wertigkeit einer gepflegten äußeren Erscheinung und beraten Sie den Patienten diesbezüglich.

# ZUSAMMENSETZUNG EINER SYNDROM-PFLEGEDIAGNOSE

Eine Syndrom-Pflegediagnose ist der Pflegediagnosetitel für eine **charakteristische Ansammlung** (Cluster) von Pflegediagnosen, die **fast immer gemeinsam** auftreten und ein **bestimmtes klinisches Bild** ergeben.

Der Titel enthält einen Hinweis auf die Ursache.

## Syndrom-Pflegediagnosen ...

- sind durch **akute und langfristige Phasen** gekennzeichnet
- haben **soziale, emotionale und körperliche** Komponenten
- sind **komplexe klinische Zustände**, die einer pflegefachlichen Einschätzung und Pflegeintervention bedürfen.

# BEISPIEL EINER SYNDROM- PFLEGEDIAGNOSE

## Beispiel: **PD Inaktivitätssyndrom, hohes Risiko**

PD Hautdefekt, hohes Risiko

PD Verstopfung

PD Sinneswahrnehmungen,  
verändert

PD Gewebeschädigung

PD Machtlosigkeit

PD Aktivitätsintoleranz,  
hohes Risiko

PD Atemvorgang, ungenügend

PD Infektion, hohes Risiko

PD Mobilität, körperlich  
beeinträchtigt

PD Verletzung, hohes Risiko

PD Körperbild, Störung

# ZUSAMMENSETZUNG EINER VERDACHTS-PFLEGEDIAGNOSE

**Vermutetes Problem**

**Verdacht auf Körperbild-  
störung**

**Ätiologie oder beein-  
flussende Faktoren**

**Körperliche Veränderung in  
Verbindung mit einer  
Mastektomie**

Eine Verdachtspflegediagnose beschreibt ein **vermutetes Problem**, für das zum betreffenden Zeitpunkt **noch keine ausreichenden Daten** vorliegen.

Sie ist eine **vorläufige** Pflegediagnose, die durch **weitere Daten** entweder in eine aktuelle Pflegediagnose umgewandelt wird, oder als diagnostische Möglichkeit ausscheidet, weil die relevanten Kennzeichen fehlen.

# WAS EINE PFLEGEDIAGNOSE NICHT IST !

Eine Pflegediagnose ist ...

- ... **kein** Problem mit Geräten oder Gegenständen.
- ... **kein** Problem einer Pflegeperson mit einem Patienten.
- ... **kein** Pflegeziel.
- ... **keine** Pflegemaßnahme.
- ... **keine** medizinische Diagnose oder Behandlung.

# SCHWIERIGKEITEN MIT PFLEGEPROBLEMEN

- Pflegeprobleme werden oft **nicht erkannt**
- Pflegeprobleme werden **uneindeutig**, ungenau formuliert
- **Unterschiedliche Begriffe** für ein und dasselbe Problem
- Jeder versteht unter bestimmten Begriffen etwas anderes
- Probleme sind oft **ohne Symptome** beschrieben
- Probleme sind oft **ohne Ursachen** beschrieben
- Es fehlen oft Begriffe zur **Benennung von Problemen**
- Pflegeprobleme sind oft als **medizinische Diagnosen** beschrieben
- Pflegeprobleme berücksichtigen nicht **Familien und soziale Gemeinschaften**
- Mangel an **einheitlicher Fachterminologie**

# WARUM PFLEGEDIAGNOSEN UND NICHT PFLEGEPROBLEM?

**Diagnosen** werden  
aufgrund von

- *wissenschaftlichen*
- *systematischen*  
(*taxonomischen,*  
*vergleichbaren*)
- *zielgerichteten*
- *methodischen*
- *ganzheitlichen*
- *objektiven*

Ansätzen formuliert.

**Probleme** werden  
oft aufgrund von

- *Versuch und Irrtum*
  - *Tradition*
  - *Intuition*
  - *Subjektivität*
- formuliert.

## BEMERKUNGEN ZUR BEDEUTUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN

**„Wenn wir den Gegenstand der Pflege, die  
pflegerischen Probleme, Ziele und  
Handlungen nicht benennen, dann können wir  
sie auch nicht kontrollieren, nicht finanzieren,  
beforschen, unterrichten und in  
berufspolitische Forderungen umsetzen.“**

*Norma M. Lang, amerikanische Pflegeprofessorin*





Danke

