

MICHAEL GÜNNEWIG

PFLEGEDIAGNOSE: KÖRPERBILDSTÖRUNG NACH SCHWEREN BRANDVERLETZUNGEN

1. EINLEITUNG

Florence Nightingale stellte bereits 1859 fest, „es sei unendlich viel über den Einfluss der Seele auf den Körper geschrieben und gesagt worden, und sie wünschte sich, dass ein bisschen mehr über die Auswirkung nachgedacht würde, die der Körper auf die Seele hat“ (vgl. Mave Salter; 1998).

Wir wissen alle, wenn wir verliebt sind, dass die beschwingte Seele einen positiven Einfluss auf unseren Körper hat. Wir können mehr leisten als vorher. Wir nehmen Angelegenheiten leichter, die vorher auf unsere Seele gedrückt haben. Viele Verliebte sehen die Welt durch eine gefärbte Brille und fühlen sich wie auf einer Wolke.

Nun stellen Sie sich vor, dass Sie etwas Liebgewonnenes verlieren. Der Verlust lastet auf ihrer Seele. Sie werden für einen „angemessenen“ Zeitraum weniger leistungsfähig sein. Je nach seelischer Belastung kann das einen Moment oder Tage, Wochen oder gar Monate andauern. In bestimmten Fällen können seelische Belastungen auch Jahre anhalten und bedürfen dann sicherlich professioneller Hilfe durch einen geschulten Psychologen.

Wir wissen alle, wie oft wir am Patientenbett mit unseren psychologischen Kenntnissen und einem gesunden menschlichem Mitgefühl dem Patienten und seinen Angehörigen beistehen müssen. Der Patient, den wir betreuen, ist aus seinem Leben herausgerissen, wie jeder Unfallpatient. Das bedeutet, dass er sich Sorgen macht über seinen Arbeitsplatz, seine Familie, seine Kinder und Angehörigen, wie auch über Freunde. All das sind Sorgen, die unsere Arbeit auf den Intensivstationen für Schwerbrandverletzte erschweren können, wenn wir sie ignorieren.

Ich muss an dieser Stelle nicht ausführlich betonen, dass wir mehr als Krankenpflege am Behandlungsbett des Schwerbrandver-

letzten ausüben. Das soll aber nicht Schwerpunkt meines Vortrags sein.

Ich will meinen Vortrag auf einen Aspekt lenken, den wir berücksichtigen sollten. Viele von uns wissen, besonders die, die bereits sehr viele Jahre am Behandlungsbett des brandverletzten Patienten stehen, was auf den Patienten und seine Angehörigen zukommen wird. Auf den Intensivstationen sehen wir nicht unmittelbar die sich noch entwickelnden Entstellungen, es sei denn, dass sie durch das Unfallmuster bereits hervorgerufen wurden, wie zum Beispiel die Verstümmelungen nach besonders schweren Verbrennungen oder nach Traumen durch elektrischen Strom, wo unmittelbar nach dem Trauma betroffene Extremitäten amputiert werden müssen, will man das Leben des Betroffenen erhalten. Der behandelnde Arzt stellt die erforderlichen medizinischen Diagnosen, aus denen sich dann das medizinische und pflegerische Tun ableiten lässt. Wir alle kennen die medizinischen Diagnosen, die sich auf den Verbrennungspatienten beziehen können. Bei nicht so ausgedehnten Verbrennungen kann der verletzte Körper die sich entwickelnden Probleme teilweise selber kompensieren. Bei sehr ausgedehnten Verbrennungen kommen zu der medizinischen Diagnose „Verbrennung“ = L 55.0 - L 55.2 [leichte bis schwer Verbrennung] noch weitere Neben-Diagnosen hinzu. Es können Diagnosen gestellt werden, die das Gehirn [Hirnödem], das Herz [I 46.0 = Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung, z. B. nach Stromunfall]], die Lungen [Inhalationstrauma], den Verdauungstrakt [Stoffwechselstörungen, Energieverwertungsstörungen, Unterernährung] und besonders die Nieren [Flüssigkeitsmangel - Niereninsuffizienz] betreffen. Hinzu kommen kann dann noch das generelle Problem der Infektion bis zur Sepsis. All diese Probleme können durch qualifiziert eingeleitet Maßnahmen minimiert oder gar verhindert werden. Über das praktische

pflegerische Tun will ich an dieser Stelle nicht berichten. Ich will mein Augenmerk auf einen Bereich lenken, den wir noch nicht in unseren täglichen Blickwinkel gerückt haben.

Ich meine hier das Arbeitsfeld der Pflegediagnosen!

Es lassen sich auch Pflegediagnosen bereits auf der Intensivstation von kompetenten Fachpflegekräften stellen. Zu nennen ist hier zum Beispiel die Pflegediagnose [PD] „Verwirrtheit“, die in der NANDA-Taxonomie die Kennnummer 8.2.2. hat, oder die PD 1.2.2.1. „Körpertemperatur, verändert, hohes Risiko“ [der Patient kann seine Körpertemperatur nicht mehr aufrecht halten].

2. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Diagnose kommt aus dem Griechischen und bedeutet unterscheiden.

Laut dem „DUDEN“ bedeutet *Diagnose*: Unterscheidung, Erkenntnis, Erkennung
Das Wort „Diagnose“ steht heute auch für einen Beurteilungsvorgang, auch im Kraftfahrzeuggewerbe.

„Pflege ist Diagnose und Therapie menschlicher Reaktion auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme ...

„Eine Definition des Begriffs „Diagnose“ lautet: Analyse der Natur eines Gegenstands“ (Morris, 1978 IN: Pflegediagnosen... 2001, Seite 47)

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.

Was Pflegediagnosen leisten können

- 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.

Schwierigkeiten mit Pflegeproblemen

- Pflegeprobleme werden oft nicht erkannt.
- Pflegeprobleme werden uneindeutig, ungenau formuliert.
- Es gibt 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.
- Es noch ein Mangel an einer einheitlicher Fachterminologie.

[vgl. SEPP; 1999]

Das 4-Phasenmodell (Yura & Walsh/WHO)	
Einschätzung	Assessment
Planung	Planning
Durchführung	Intervention
Bewertung	Evaluation

Das 5-Phasenmodell
1. Einschätzung
2. Pflegediagnose
3. Planung
4. Durchführung
5. Bewertung/Evaluation

6 Stufen des Pflegeprozesses	
1. Pflegerische Einschätzung	Pflegeanamnese, Krankenbeobachtung, körperliche Untersuchung
2. Pflegediagnose	Pflegediagnosetitel, Ätiologie, Symptome und Zeichen
3. Pflegeziel	Pflegepriorität, erwünschtes Pflegeergebnis
4. Planung	Pflegemaßnahmen
5. Durchführung	der Pflege
6. Evaluation	Bewertung der Pflegeergebnisse

(vgl. SEPP; 1999)

Die NANDA ist eine Nordamerikanische Vereinigung von Pflegekräften für die Erstellung von Pflegediagnosen. Neben dieser Vereinigung gibt es den ICN (*International Council of Nursing [Internationale Vereinigung der Pflegenden]*), in dem fast alle Pflegeorganisationen der Welt vereint sind. Der ICN hat die ICNP herausgegeben.

Die NANDA-Pflegediagnosen

Die 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.

Die NANDA-Pflegediagnosen sind weit verbreitet und werden häufig verwendet. Sie werden seit 1973 ständig weiterentwickelt, sind international anerkannt und erlauben nationale und internationale Vergleiche bezogen auf die Vergleichbarkeit von pflegerischer Leistung.

1993 wird in Europa die ENDA (European Nursing Diagnosis Association) gegründet, und im November 1993 gründet sich in der ENDA die ACENDIO (Association for

Common European Nursing Diagnosis, Intervention and Outcomes).
(vgl.: Clift; 1994)

3. HERKUNFT DER PFLEGEDIAGNOSEN

1953 beschreibt *Virginia Frey* in einer amerikanischen Pflegefachzeitschrift den Begriff *Pflegediagnose*.

1973 erfolgte die erste Konferenz der ANA (American Nursing Association) zur Klassifizierung von Pflegediagnosen.

1977 findet die dritte Konferenz zur Klassifizierung von Pflegediagnosen statt.

1982 findet die fünfte Konferenz statt und die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) wird gegründet.

1984 wird von Shoemaker eine Definition der Pflegediagnosen vorgelegt.

1987 unterstützt die ANA die NANDA als die für Klassifizierung von Pflegediagnosen zuständige Organisation.

1987 gibt M. Gordon eine Definition heraus: „Eine Pflegediagnose ist eine Aussage, die ein aktuelles oder potentielles gesundheitliches Problem beschreibt, das zu behandeln Krankenpflegepersonen berechtigt und befähigt sind“.

1988 veröffentlicht CARPENITO und 1990 ALFARO eine Definition.

1990 wird die offizielle Definition der NANDA veröffentlicht:

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

1993 Gründung der ENDA (European Nursing Diagnosis Association)

1995 ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnosis, Intervention and Outcomes)

1996 erscheint die Alpha Version von ICNP

1998 13. NANDA - Konferenz

1999 erscheint die Beta-Version von ICNP

2000 14. NANDA - Konferenz

2001 ACENDIO - Konferenz in Berlin

2002 Internationales Treffen von: ICNP, NANDA, NIC, NOC, ICIDH-2, OMAHA, ISO, CEN, ...

(vgl. Stefan, H.; 2000; Seite 11 ff)

Wie lassen sich Pflegediagnosen von medizinischen Diagnosen unterscheiden?

Während sich *die medizinische Diagnostik* im Wesentlichen mit der funktionellen Störung und deren organischen Regulationsmechanismen befasst, ist *die pflegerische Diagnostik auf die Feststellung der vorliegenden Handlungsproblematik der betroffenen Person und der handlungsbezogene Regulationsmechanismen ausgerichtet.*

„Eine Pflegediagnose beschreibt Probleme des Patienten und nicht die Schwierigkeiten, vor denen die Pflegefachkraft bei der Planung und Ausführung der Pflegemaßnahmen steht“.

(Gordon, M. 2001, Seite 35)

Pflegediagnostik ist Handlungsdiagnostik!

Pflegediagnose	Medizinische Diagnose
<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung für menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung für Krankheiten bzw. Organstörungen
<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibt Familie (Beziehung) als Funktionseinheit (z.B. Familienbeziehung, gestört) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibt die Krankheit meist ohne Berücksichtigung der sozialen Beziehung
<ul style="list-style-type: none"> • Können sich laufend ändern (abhängig vom Reaktionsmuster) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bleiben gleich (bis die Krankheit geheilt ist)
<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf das Verhalten und die Reaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezieht sich auf pathophysiologische Veränderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Zuständigkeit: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtlicher Zuständigkeit: Mediziner

ICNP – NANDA – Unterschiede

Merkmale	ICNP über 2500 Begriffe definiert (Beta-Version)	NANDA 155 Pflegediagnosen
Projekt von	ICN	NANDA
Pflegetheorien/-modelle	Neutral	In manchen Pflegediagnosen enthalten
weltweite Klassifikation	Vom ICN getragen	von WHO abgelehnt
EDV	Unbedingt nötig in der Praxis	auch ohne EDV anwendbar
Orientierung	handlungsorientiert	zum Teil theoriegeleitet
Klassifikation	Pflegephänomene, (Dimensionsbeschreibung in 5 Stufen) Pflegehandlungen	Pflegediagnosen

Erstellung	Pflegephänomene: Achsen A, B und G müssen enthalten sein Pflegehändlungen: Achse Handlungstyp muss enthalten sein Pflegergebnis: muss täglich eingestuft werden	Merkmale (Symptome), Risikofaktoren müssen vorliegen, eine Ursache sollte beschrieben sein
Pflegeziel	Pflegediagnose im Zeitverlauf (5 Stufen zur Beurteilung aus NOC)	je nach Literatur sind Pflegeziele vorgeschlagen, auswählbar (ergänztbar oder werden frei formuliert) und evaluierbar
Ursachen für Pflegediagnosen	keine Zuordnung, frei formulierbar	sind zugeordnet, sollten beschrieben sein bei aktuellen PD's (pflegerelevant!)

Häufige Pflegediagnosen in der Kinder-/Intensivpflege

Rang	Kinderintensivpflege	Intensivpflege
1.	Beeinträchtigteter Gasaustausch	Schmerz
2.	Gefahr einer veränderten Körpertemperatur	Beeinträchtigteter Gasaustausch
3.	Ineffektive Reinigungsfähigkeit der Atemwege	Infektionsgefahr
4.	Ineffektiver Atemvorgang	Verminderte Herzleistung
5.	Infektionsgefahr	Gefahr eines beeinträchtigteten Hautzustandes
6.	Ernährungsmangel	Flüssigkeitsüberschuss
7.	Beeinträchtigteter Hautzustand	Veränderte kardiale Gewebedurchblutung
8.	Gefahr eines beeinträchtigteten Hautzustandes	Ineffektive Reinigungsfähigkeit der Atemwege

Gordon, Marjory & Sabine Bartholomeyczik: Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. Urban & Fischer; München, Jena. 2001, Seite 118 f

Rang	Bei beatmeten Patienten
1.	Infektionsgefahr
2.	Gewebeschädigung
3.	Selbstpflegedefizit
4.	Aktivitätsintoleranz
5.	Beeinträchtigteter Gasaustausch
6.	Ungenügendes Freihalten der Atemwege
7.	Ungenügender Atemvorgang
8.	Körperlich beeinträchtigte Mobilität
9.	Beeinträchtigte verbale Kommunikation

Vogel, R. et. al. ; 1994

4. BEDEUTUNG DER PFLEGEDIAGNOSEN FÜR DAS PFLEGEMANAGEMENT

Pflegediagnosen stehen nicht einfach für sich allein da, sondern sie sind ein Typ von Aussagen der Pflege.

Aussagen der Pflege beschreiben:

- Den Gesundheitszustand von Patienten aus pflegerischer Sicht (inklusive der Gesundheitsprobleme und deren Ursachen)
- Behandlungsziele
- Geplante und erbrachte Pflegeleistungen
- Behandlungsergebnisse

Pflegediagnosen beschreiben den Gesundheitszustand der Patienten aus Sicht der Pflege. Es werden jene Aspekte des Ge-

sundheitszustandes beschrieben, die pflegerisches Handeln erforderlich machen.

Pflegediagnosen begründen, weshalb eine bestimmte Pflege eingeleitet wird. Ohne eine solche Begründung lässt sich schwerlich feststellen, ob die durchgeführte Pflegehandlung im Hinblick auf die Gesundheit wirksam oder unwirksam, notwendig oder nicht notwendig, nützlich oder direkt schädlich war (vgl. Mortensen. In: Fischer; 2001; Seite 25 ff). Der Leistungsbedarf sollte von Kriterien abgeleitet werden, die vom Leistungserbringer nicht oder nicht wesentlich beeinflusst werden können. Gesundheitszustand oder gesundheitliche Probleme bei Behandlungsaufnahme wären solche Kriterien, die dem Leistungserbringer vorgegeben sind, die er also als solche nicht beeinflussen kann.

1992 sagte Norma M. Lang [amerikanische Pflegewissenschaftlerin]: „Wenn wir den Gegenstand der Pflege, die pflegerischen Probleme, Ziele und Handlungen nicht benennen, dann können wir sie auch nicht kontrollieren, finanzieren, beforschen, lehren und in berufs- und gesundheitspolitische Forderungen und Richtlinien umsetzen“. (vgl. Häussle; 1999)

Pflegediagnosen machen gesundheitliche Probleme von Patienten, die aus pflegerischer Sicht zu erkennen, zu benennen und zu lösen sind, begreifbar. Sie tragen zur Begriffsbestimmung und Fachsprachenentwicklung in der Pflege bei. Wie wesentlich diese Entwicklung ist, zeigt sich darin, dass der Weltbund der Pflegenden [ICN] 1994 ein Dokument veröffentlicht, in dem folgender Satz festgeschrieben wurde: „Ohne eine eigene Fachsprache bleibt die Pflege unsichtbar“ (ICN: In: Häussle; 1999). Hierdurch wird deutlich, dass durch das Fehlen einer diagnostischen Fachsprache die Pflegepraxis auf einzelne Pflegemaßnahmen, die im Rahmen von Pflegeinterventionen durchgeführt werden, und standardisierte Pflegeziele, die die Individualität einer Person und menschliche Reaktionsweisen missachten, reduziert bleibt.

Am häufigsten zu beobachten sind:

- Bestimmte Pflegeprobleme werden nicht erkannt oder übersehen.
- Pflegeprobleme werden nicht eindeutig oder ungenau formuliert.

- Unterschiedliche Begriffe werden für ein und das selbe Problem benutzt.
- Jeder versteht unter einem bestimmten Begriff etwas anderes.
- Gerade junge Pflegekräfte und Auszubildende im Pflegeberuf benennen zu viele Einzelprobleme und können diese nicht zusammenfassen, da die Zusammenhänge für sie oft noch nicht erkennbar sind.
- Das Vorliegen eines bestimmten Problems wird nicht mit Kennzeichen und Symptomen belegt.
- Pflegeprobleme werden mit medizinischen Diagnosen, Behandlungsverfahren, Symptomen und Pflegeinterventionen verwechselt.
- Letztendlich fehlt es an einer einheitlichen Fachterminologie.

In Österreich schreibt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz für alle Pflegenden vor, dass eine nachvollziehbare Dokumentation über den gesamten Pflegeprozess verpflichtend erfolgen muss. Die Pflegediagnose stellt in diesem Prozess die Grundlage für die Aufstellung von Pflegezielen, die Planung von Pflegeinterventionen und Pflegemaßnahmen sowie die Bewertung des Zielerreichungsgrades dar (vgl. Häussle, 1999).

Professionell Pflegende beschäftigen sich mit mehr als nur mit Erkrankungen und Pfletechniken. Sie befassen sich mit der gesamten Bandbreite menschlicher Reaktionen/Verhaltensmuster auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme. Dieser komplexe und weitgefaste Bereich der Praxis erfordert nicht nur die kontinuierliche Überprüfung der Effektivität der daraus abgeleiteten pflegetherapeutischen Maßnahmen, sondern setzt auch ein gezieltes Qualitätsmanagement voraus.

1. Verhaltensmuster: Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit
2. Verhaltensmuster: Ernährung und Stoffwechsel
3. Verhaltensmuster: Ausscheidung
4. Verhaltensmuster: Aufrechterhaltung der Energie
5. Verhaltensmuster: Kognition [Erkenntnis] und Perzeption [Sinneseindruck]
6. Verhaltensmuster: Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept

7. Verhaltensmuster: Rollen und Beziehungen
8. Verhaltensmuster: Sexualität und Reproduktion
9. Verhaltensmuster: Bewältigungsverhalten und Stresstoleranz
10. Verhaltensmuster: Werte und Überzeugungen
11. Verhaltensmuster: Sicherheit und Schutz (safty – protection)
12. Verhaltensmuster: Wohlbefinden (comfort)

[nach Marjory Gordon; 2001]

Pflegediagnosen eröffnen für die Pflegeforschung ein reiches und praxisorientiertes Betätigungsfeld. Das Spektrum reicht von der Entdeckung und Beschreibung pflegerrelevanter Phänomene, der Begriffsbildung und Begriffsanalyse über Validitäts- und Reliabilitätsprüfung hin bis zu epidemiologischen Studien.

Wenn wir uns den Pflegeprozess anschauen, dann braucht es zur Auslösung von Pflegeleistungen die Beurteilung des Gesundheitszustandes und die Festlegung von Pflegezielen (Tab. 1).

Aus dieser Auflistung wird deutlich, dass die Pflegediagnose nur einen Teil des bekannten Pflegeprozesses darstellt. Es ist mitunter gegeben, dass an einem Patienten mit der medizinischen Diagnose „schwere Verbrennung“ viele Pflegediagnosen gestellt

werden können. So lassen sich folgende Pflegediagnosen exemplarisch hervorheben:

Diagnosetitel	Taxonomie-kennzahl
Infektion, hohes Risiko	1.2.1.1.
Urinausscheidung verändert	1.3.2.
Gewebedurchblutung verändert	1.4.1.1.
Flüssigkeitsvolumen, unausgeglichen, hohes Risiko	1.4.1.2.
Mundschleimhaut, verändert	1.6.2.1.1.
Hautdefekt, hohes Risiko	1.6.2.1.2.2.
Körperbildstörung	7.1.1.
Hoffnungslosigkeit	7.3.1.
Wissensdefizit [im Detail angeben]	8.1.1.
Selbstverstümmelung, hohes Risiko	9.2.2.1.

Die Pflegediagnose „Körperbild, Störung“ hat in der NANDA-Taxonomie die Kennziffer 7.1.1.

„*Definition:* 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“] (M. Gordon; 2001).

Pflegeprozess	Tätigkeiten	Informationen
Sammlung von Daten, Pflegeanamnese	Gespräche, Untersuchungen	Aktueller Zustand
Pflegediagnose(n) Erkennen von Problemen und erforderlichen Maßnahmen	Analyse der Daten, Beurteilung der Pflegeprobleme	Aktueller Zustand
Pflegeziele, Zielsetzung	Prioritäten setzen, Ziele festlegen	angestrebter Zustand
Planung der Maßnahmen, Pflegeinterventionen	Maßnahmen wählen und planen	Erforderliche Leistungen
Umsetzung	Durchführung der geplanten Maßnahmen	Erbrachte Leistungen
Auswertung, Evaluation	neue Einschätzung	neuer aktueller Zustand

TABELLE 1

Ätiologie (mögliche Ursachen)

- Biologisch/physisch:
Wahrnehmungsstörungen (beeinträchtigte sensorische oder kognitive Fähigkeiten), körperliches Trauma/Verstümmelung, Schwangerschaft, körperliche oder psychische Veränderung aufgrund von biochemischen Substanzen [Medikamente],
- Psychosoziale Ursachen [z.B. seelisches Trauma]
- Kulturelle oder spirituelle Gründe
- Wahrnehmungsstörungen
- Entwicklungsbedingte Veränderungen
- Behandlungsbedingte Faktoren [z.B. Abhängigkeit von Apparaten, Operationen]

Symptome (Merkmale, Kennzeichen):

- A. Verbale Reaktion auf tatsächliche oder wahrgenommene Veränderung der Erscheinung, Form und/oder Funktion des Körpers
- B. Nonverbale Reaktion auf tatsächliche oder wahrgenommene Veränderung der Erscheinung, Form und/oder Funktion des Körpers

Punkt A oder B muss vorhanden sein, um die Pflegediagnose *Körperbild, Störung* stellen zu können.

aus Sicht des Patienten

- Verbale Äußerungen über Veränderung der Lebensweise
- Verbale Äußerungen über Angst vor Ablehnung oder Reaktionen anderer
- Verbale Äußerungen über Vergleich mit früherer Kraft, Dynamik und Erscheinung
- Verbale Äußerung über veränderte oder negative Gefühle zum eigenen Körper
- Gefühle der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Machtlosigkeit
- Ständige Sorge um die Veränderung oder den Verlust der eigenen Persönlichkeit
- Weigerung, die tatsächliche Veränderung anzuerkennen
- Betonung noch vorhandener Kräfte, erhöhter Leistung [Überzeichnung]
- Entpersonalisierung des Körperteils oder des Verlustes durch sächliche Fürwörter
- Erweiterung der körperlichen Grenzen durch Einverleibung von Gegenständen

aus Sicht der Pflegeperson

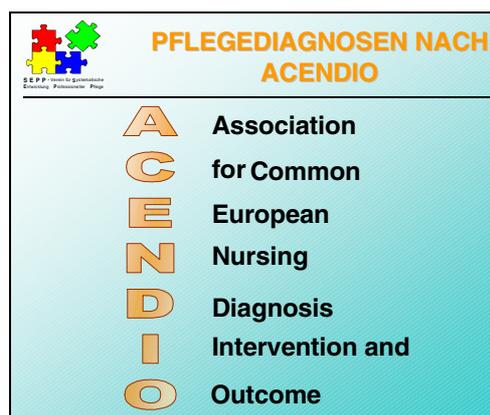
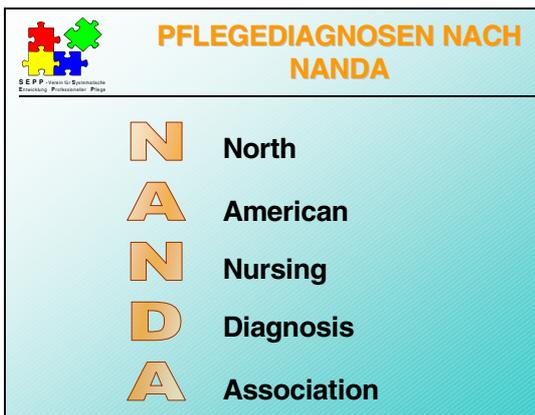
- Fehlender Körperteil
- Bestehende Veränderung in der Erscheinung, Form und/oder Funktion des Körpers
- Nichtbeachten /-berühren des betroffenen Körperteiles
- Verdecken oder Entblößen des Körperteiles [bewusst oder unbewusst]
- Trauma in Bezug auf den nicht funktionierenden Körperteil
- Veränderung der sozialen Anteilnahme
- Veränderung der Fähigkeit, das Verhältnis zwischen Körper und Umgebung räumlich einzuschätzen [räumliches Orientierungsvermögen]
- Unfähigkeit, innere/äußere Reize zu unterscheiden, Verlust der Ich-Grenzen

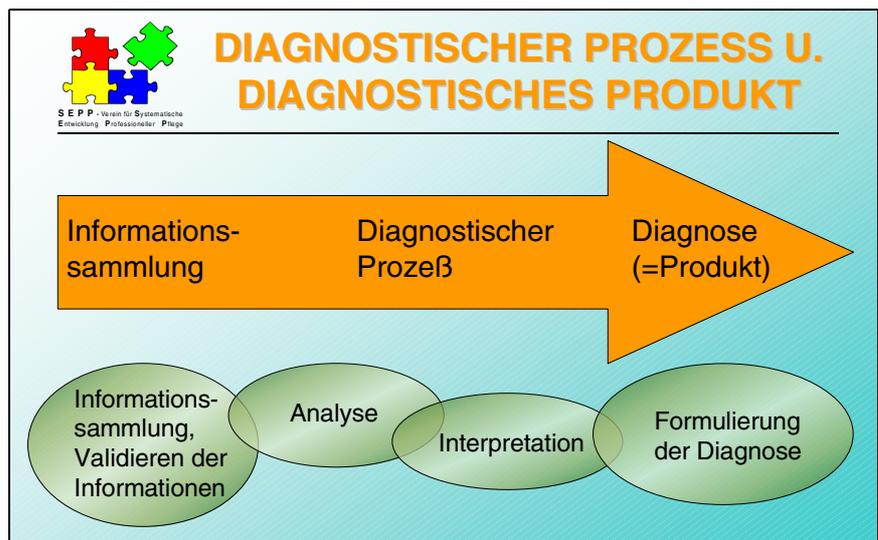
Patientenbezogene Pflegeziele

1. Der Patient nimmt sich in seiner Situation an [z.B. chronisch progressive Krankheit, Amputation, verminderte Unabhängigkeit, gegenwärtiges Gewicht, Auswirkungen der Therapie].
2. Der Patient spricht aus, die körperlichen Veränderungen zu verstehen.
3. Der Patient übernimmt neue Bewältigungsstrategien.
4. Der Patient berichtet über eine Verminderung der Angst.
5. Der Patient erkennt und integriert in angemessener Weise die Veränderung in seinem Selbstkonzept.
6. Der Patient zeigt durch sein Verhalten, dass er Eigenverantwortung übernimmt.
7. Der Patient benutzt auf wirksame Weise Hilfsmittel/Prothesen.

Maßnahmen

- I. Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Faktoren
 1. Ermitteln Sie bestehende pathophysiologische Zustände und/oder Situationen, die Auswirkungen auf den Patienten haben.
Anmerkung: Wenn die Veränderung des Körperbildes einen Zusammenhang mit einem neurologischen Ausfall [z.B. cerebralkulärer Insult] hat, vgl. *PD 7.2.1.1 Halbseitige Vernachlässigung*.
 2. Ermitteln Sie den Wissensstand des Patienten und das Ausmaß der Angst im Zusammenhang mit der Situation.





-
- WARUM
NANDA-PFLEGEDIAGNOSEN ?**
- SEPP - Verein für Systematische
Entwicklung Professioneller Pflege
- 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
- The diagram is titled 'WARUM NANDA-PFLEGEDIAGNOSEN?' and lists five reasons why Nanda nursing diagnoses are used. The reasons are: they are widely spread and used frequently; they have been continuously developed since 1973; they are internationally recognized; they allow for national and international comparison; and they are the basis for performance-related case rates.



WAS IST EINE PFLEGEDIAGNOSE (1) ?

(Definition der **NANDA** von 1990)

- 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.



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



PRAKTISCHES BEISPIEL ZUR UNTERSCHIEDUNG

PFLEGEDIAGNOSEN	MEDIZINISCHE DIAGNOSE
PD „Mobilität körperlich beeinträchtigt“ i. Z. m. starkem Tremor der Hände, g. d. verschütten beim Trinken, Schreibschwierigkeiten ...	Parkinson'sche Erkrankung
PD „Körperbild, gestört“ i. Z. m. den körperlichen Veränderungen, g. d. negative Äußerungen über den eigenen Körper ...	
PD „Selbstfürsorgedefizit beim Essen, Anziehen ...“	



TYPEN VON PFLEGEDIAGNOSEN

Die NANDA unterscheidet

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



ZUSAMMENSETZUNG EINER AKTUELLEN PFLEGEDIAGNOSE

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



ZUSAMMENSETZUNG EINER HOCH-RISIKO-PFLEGEDIAGNOSE

Problem oder Titel	Flüssigkeitsdefizit, hohes Risiko
Definition	Der Zustand, bei dem ein Patient der erhöhten Gefahr eines Flüssigkeitsverlustes ausgesetzt ist.
Risikofaktor	z. B. übermäßiger Verlust (etwa bei Verbrennung) oder vermindertes Durstgefühl



ZUSAMMENSETZUNG EINER VERDACHTS-PFLEGEDIAGNOSE

Vermutetes Problem	Verdacht auf Körperbildstörung
Ätiologie oder beeinflussende Faktoren	Körperliche Veränderung in Verbindung mit einer Verbrennung

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.

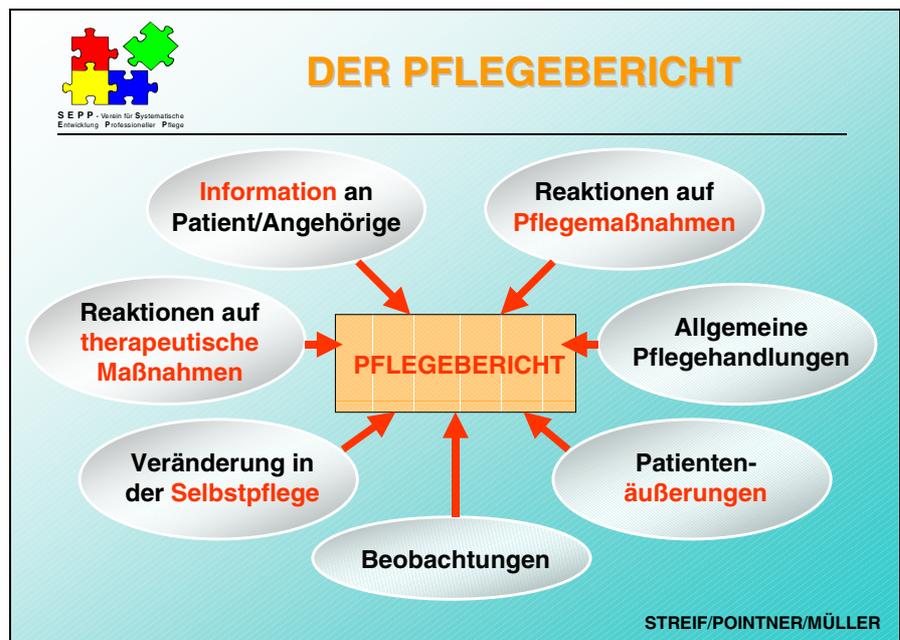
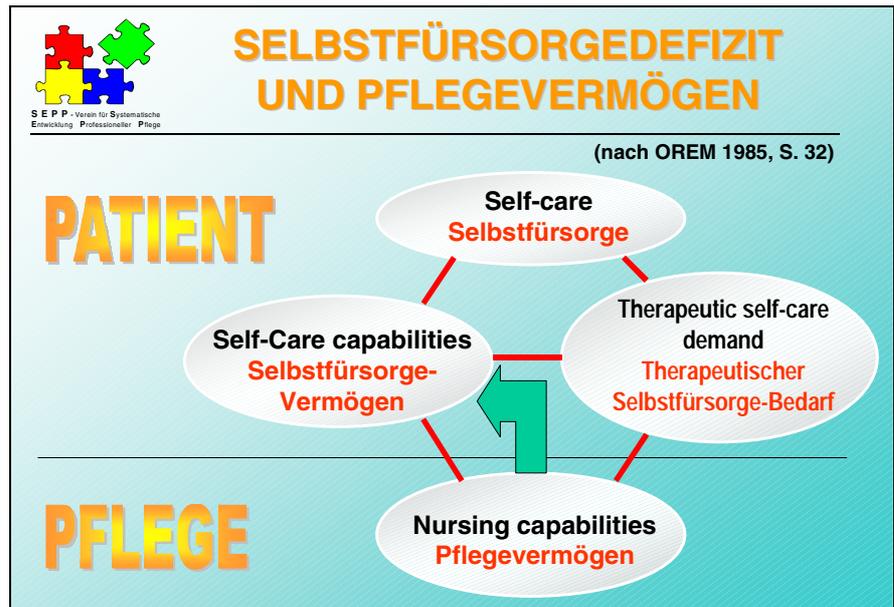


BEMERKUNGEN ZUR BEDEUTUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN

„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





- Lassen Sie den Patienten sich selbst beschreiben, achten Sie darauf, was positiv, negativ bewertet wird. Beachten Sie die Meinung des Patienten über Fremdbilder von ihm [Meinung Anderer].
- Beachten Sie die soziokulturellen Hintergründe/Wertvorstellungen.
- Achten Sie auf die Kommentare/Reaktionen des Patienten zur Situation. Je nach individuellen Bewältigungsformen empfinden Personen Situationen unterschiedlich belastend.
- Besprechen Sie mit dem Patienten, was die Veränderung/der Verlust für ihn bedeutet und wie er seine momentane Situation annimmt.
- Achten Sie auf Rückzugverhalten und Verneinung. Dies kann eine normale Reaktion auf die Situation oder aber ein Hinweis auf eine psychische Erkrankung sein. (Vgl. PD 5.1..1.1.3. Verneinung, unwirksam)

8. Achten Sie auf Verhaltensweisen, die auf eine gesteigerte Sorge um den Körper und seine Vorgänge hinweisen.
 9. Beobachten Sie Interaktionen des Patienten mit seinen Bezugspersonen. Verzerrungen des Körperbildes können von Familienmitgliedern unbewusst verstärkt werden. Ein möglicher sekundärer Krankheitsgewinn kann den Fortschritt hemmen.
 10. Schätzen Sie die psychischen/physischen Auswirkungen der Krankheit auf den Gemütszustand des Patienten ein [z.B. bei Erkrankungen des endokrinen Systems, Steroidtherapie usw.].
 11. Achten Sie auf den Konsum von Suchtmitteln/Alkohol, der auf Kompensationsmechanismen hindeuten kann.
 12. Achten Sie auf Stimmungsschwankungen.
 13. Achten Sie auf Zeichen des Trauerns und Zeichen einer schweren und langandauernden Niedergeschlagenheit.
 14. Erkennen Sie soziale Aspekte der Krankheit [z.B. von Infektionskrankheiten, Sterilität, chronischen Zuständen].
 15. Achten Sie auf akute/chronische Schmerzen.
- II. Unterstützen des Patienten / der Bezugspersonen, mit den Problemen des veränderten Körperbildes umzugehen
1. Schaffen Sie eine therapeutische Beziehung zum Patienten/zu den Bezugspersonen.
 2. Sprechen Sie mit dem Patienten über Sorgen und Ängste [vor Verstümmelung, Prognose, Ablehnung, sozialen Konflikten und Problemen im Umfeld].
 3. Ermutigen Sie den Patienten und die Bezugspersonen, einander ihre Gefühle mitzuteilen.
 4. Akzeptieren Sie Gefühle von Abhängigkeit, Trauer und Feindseligkeit und begegnen Sie dem Patienten mit Wertschätzung.
 5. Gehen Sie von der Annahme aus, dass alle Menschen auf Veränderungen ihres Aussehens empfindlich reagieren und vermeiden Sie stereotype klinische Aussagen und Haltungen.
 6. Setzen Sie Grenzen bei destruktiven Verhaltensweisen und helfen Sie dem Patienten bei der Erkennung positiver Verhaltensweisen, die zur Genesung beitragen.
7. Sorgen Sie für angemessene Informationen, entsprechend dem Bedürfnis/Wunsch des Patienten. Wiederholen Sie frühere Informationen.
 8. Informieren Sie schrittweise, so dass die Aufnahme erleichtert wird. Vergewissern Sie sich, ob die Informationen vom Patienten auch verstanden wurden.
 9. Schaffen Sie Gelegenheiten, sich Sorgen und Fragen anzuhören.
 10. Machen Sie Bezugspersonen darauf aufmerksam, dass sie sich ihrer Körpersprache in Bezug auf das Aussehen des Patienten bewusst werden [z.B. Ekel, Akzeptanz usw.].
 11. Ermutigen Sie den Patienten, sein betroffenes Körperteil anzusehen/zu berühren.
 12. Gestehen Sie dem Patienten zu, Abwehrstrategien zu benutzen, ohne dies zu verstärken oder abzuwehren [z.B. kann der Patient sich zu Beginn weigern, den Anus praeter anzuschauen. Die Pflegeperson bereitet den Patienten vor: „Ich werde Ihnen nun den Colostomiesack wechseln“ und beginnt mit der Tätigkeit].
 13. Helfen Sie dem Patienten, sich so zu kleiden, dass körperliche Veränderungen möglichst wenig sichtbar sind und unterstützen Sie ihn, das Aussehen zu verbessern.
 14. Unterstützen Sie den Patienten bei der Annahme seiner Situation.
 15. Ermutigen Sie die Familienmitglieder, den Patienten als „normal“, nicht als „behindert“ zu behandeln.
 16. Informieren Sie über die Möglichkeiten von unterstützenden Maßnahmen und Hilfsmitteln.
 17. Informieren Sie über die Hintergründe der Isolation und weiterer notwendiger Maßnahmen. Planen Sie Zeit für Gespräche ein.
 18. Geben Sie notwendige Unterstützung bei der persönlichen Pflege.
- III. Fördern des Wohlbefindens
1. Beginnen Sie so früh wie möglich mit der Beratung.
 2. Geben Sie positive Rückmeldung bei einzelnen Erfolgen [z.B. Gesichtspflege, Benutzung einer Prothese usw.].

3. Ermutigen und unterstützen Sie den Patienten, soziale Kontakte wiederaufzunehmen [telefonieren, Briefe schreiben].
4. Unterstützen Sie den Patienten, neu erlernte Strategien im Umgang mit der Beeinträchtigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu integrieren [z.B. während der Haushaltsarbeiten Übungen zu machen].
5. Ermutigen Sie den Patienten, eigene Entscheidungen zu treffen/eigene Stärken und Schwächen zu akzeptieren.
6. Schulen Sie Bezugspersonen im Gebrauch von Hilfsmitteln und in der Anwendung von Pflegetechniken.
7. Informieren Sie bei Bedarf über Selbsthilfegruppen/ Beratungen/ Therapien.
8. vgl. PD 6.4.2.1. *Postoperative Genesung, verzögert*;
PD6.4.2.2. *Gesundungsprozess, beeinträchtigt*.
(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: 2000; Seite 485 ff)

5. BEDEUTUNG DER PFLEGEDIAGNOSE „KÖRPERBILDSTÖRUNG“

Die Pflegediagnose „Körperbildstörung“ wurde bereits 1973 in die Liste der NANDA-Pflegediagnosen aufgenommen. Es handelt sich in erster Linie um eine Verdachtsdiagnose. Wir kennen auch aus der Medizin oder dem Handwerk den Begriff „Verdachtsdiagnose“. Mit geeigneten Mitteln wird sich dann die Fachfrau/der Fachmann auf „die Suche machen“, um den Verdacht bestätigen oder verwerfen zu können. Eine Verdachtsdiagnose beschreibt ein vermutetes Problem, für das zum betreffenden Zeitpunkt noch keine ausreichenden Daten vorliegen. Sie ist eine vorläufige Pflege-Diagnose, die durch weitere Fakten entweder in eine aktuelle Pflegediagnose umgewandelt wird, oder als diagnostische Möglichkeit ausscheidet, weil die relevanten Kennzeichen fehlen. Als relevante Kennzeichen sind hier die Verbalisierung tatsächlicher oder wahrgenommener Veränderungen am Körperbild zu nennen. Auch non-verbale Signale lassen den Verdacht zu, wenn z.B. der Patient bestimmte Körperregionen nicht mehr wahrnehmen will. Er betrachtet oder pflegt den Körperbereich nicht mehr.

Was gehört nun zu dem Begriff „Körperbild“?

Das Körperbild ist das geistige Bild des eigenen Körpers. Das Körperbild ist die Summe der bewussten und unbewussten Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper. Die Körperbildtheorie fußt auf folgenden Konzepten:

- I. Das Selbstkonzept
- II. Das Selbstwertgefühl
- III. Das Körperkonzept
- IV. Das Körperschema
- V. Das Körperbild und
- VI. Die Körperbildgrenze

Die einzelnen Konzepte sollen getrennt betrachtet werden. Es ist jedoch wichtig zu verstehen, dass sie zusammenwirken.

I. Das Selbstkonzept

Es besteht aus den kognitiven Anteilen der Selbstwahrnehmung; es ist die Gesamtheit dessen, was ein Mensch objektiv gesehen, über sich denkt.

II. Das Selbstwertgefühl

Es ist der affektive Anteil der Selbstbewusstheit oder die Einschätzung des eigenen Selbstwertes hinsichtlich seines Ausprägungsgrades. Das Selbstwertgefühl, ebenso wie das Selbstkonzept bezieht sich sowohl auf generelle als auch auf spezielle Gesichtspunkte. Jemand, der sich für eine gute Mutter, eine ausgezeichnete Studentin, eine wertvolle Freundin und eine überragende Pflegekraft hält, wird sich vermutlich aus diesem und anderen Gründen auch ansonsten für einen prächtigen Menschen halten.

III. Das Körperkonzept

Das Körperkonzept setzt sich aus mehreren Teilkomponenten zusammen, von denen das Körperschema und das Körperbild die wichtigsten sind.

IV. Das Körperschema

Das Körperschema entspricht der Vorstellung vom eigenen Körper als Objekt im Raum; so weiß jemand mit einem intakten Körperschema, wie weit die einzelnen Körperteile voneinander entfernt sind, welche Lage sein Körper in Bezug auf den Boden oder im Verhältnis zur Senkrechten einnimmt, und wie sich Bewegungen des Kör-

pers auf die ihn umgebenden materiellen Objekte auswirken.

V. Das Körperbild

Für Cohen (1991) gehören zu den Merkmalen, die sich auf das Körperbild auswirken, Körpergröße, Größenverhältnisse zwischen einzelnen Körperteilen, Sexualität, Hautfarbe und Beschaffenheit der Haut sowie die Gesichtszüge, womit die Aufzählung allerdings nicht erschöpft ist. Derbyshire (1986) zählt zu den Faktoren, welche Körperbildentstehung und Körperbilddynamik prägen und beeinflussen, genetische Vorbedingungen, Sozialisation, Mode, Kultur, Rasse, Bildung und Ausbildung sowie die Massenmedien. Smith (1984) weist darauf hin, dass gegenwärtige und frühere Wahrnehmungen und Einstellungen hinsichtlich Körperumfang, Funktion, Leistungsfähigkeit und Aussehen eine Rolle spielen.

VI. Die Körperbildgrenze

„Die Körperbildgrenze ist die Wahrnehmung des Menschen von den äußeren Grenzen seiner körperlichen Existenz beziehungsweise die Schnittstelle, welche die Grenze zwischen seinem Körper und der Umgebung bildet“ (Gilles. In: Salter; 1998).

6. AUFGABE FÜR DAS PFLEGEPERSONAL BEZOGEN AUF DIE PFLEGEDIAGNOSE UND IM UMGANG MIT DEM PATIENTEN UND/ODER SEINEN ANGEHÖRIGEN

Die Entwicklung des Körperbildes entsteht in der Kindheit und entwickelt sich während des ganzen Lebens weiter. Grundlage der Selbstwahrnehmung eines jeden Menschen sind die Einstellungen von Eltern, Klassenkameraden und später von anderen Erwachsenen. Das Selbstwertgefühl von Kindern entwickelt sich auf den Grundlagen, dass es von anderen geliebt wird, und für erbrachte Leistungen positive Rückmeldungen bekommt. Das Kind bekommt die Rückmeldung, dass es kompetent und leistungsfähig ist. Es bemerkt, dass sein Standpunkt respektiert wird und es andere Menschen beeinflussen kann. Aufgrund dieser Annahme stützen Kinder ihr Selbstwertgefühl nicht so sehr auf ihr Äußeres, sondern auf die Rückmeldung, ob sie angenommen werden, ob ihre Leistung anerkannt wird, ob sie sich

durchsetzen können, im Spiel und in der Schule. Bei Erwachsenen ist das anders. Erwachsene Menschen bekommen nicht so viele positive Rückmeldungen weshalb sie sich selber be- und verstärken müssen. Für einige Menschen ist das Erscheinungsbild von sehr großer Bedeutung. Diese Menschen müssen nach einem thermischen Trauma, bei dem Körperareale verletzt sind, die nur mit Narben abheilen werden und auch noch durch Kleidung nur sehr schlecht verborgen werden können, so das Gesicht und die Hände, mühevoll lernen, sich neu zu definieren. Aus Sicht der Patienten ist es besonders wichtig, dass das Pflegepersonal über die aktuellen Einstellungen nicht „hinaus sieht“, sondern sich den Fragen stellt oder qualifizierte Gesprächspartner vermittelt.

Als Pflegekräfte sehen wir viele entstellte Körper und haben uns an den Anblick zum Teil gewöhnt. Für den Patienten sind selbst kleinste Entstellungen fürchterlich. Patienten glauben, dass andere Menschen sie so sehen, wie sie sich empfinden. Wir sollten in den vielen Gesprächen, die wir mit den Patienten führen können, das geänderte Aussehen nicht verschweigen, aber wir sollten den Patienten darauf aufmerksam machen, dass das jetzige Erscheinungsbild nicht der letzte Stand ist, sondern eine Zwischenstation darstellt. Der Plastische Chirurg kann auf gezielte Fragen hingewiesen werden, so dass dem Patienten durch qualifizierte Antworten, in für ihn verständlicher Form, Angst genommen werden kann. Angst vor bleibenden hässlichen Entstellungen quälen den Patienten. Aufklärung beruhigt ihn und erleichtert allen Beteiligten die tägliche Arbeit. Darüber hinaus müssen Pflegekräfte dafür sorgen, dass der Patient:

- das Operationsfeld akzeptiert,
- diesen Bereich berühren und abtasten kann,
- einsieht, dass er die Pflege des beeinträchtigten Bereiches erlernen muss [z. B. die Hautpflege, Bewegungsübungen],
- die tägliche Pflege soweit wie möglich unabhängig und korrekt durchführen kann,
- das neu entstandene Körperbild reintegriert und sich an einen eventuell veränderten Lebensstil anpasst,

- das der Patient mit Hilfe geeigneter Fachleute neue Wertvorstellungen für sein Leben bekommen.

Zuzüglich zu diesen Punkten müssen die Pflegekräfte

- die Angehörigen rechtzeitig in die Pflege einbeziehen
- den Angehörigen die Kontakt zu Selbsthilfegruppen bekommen [siehe Anhang!],

Angesichts der Notwendigkeit, das veränderte Körperbild zu integrieren, weisen einige Autoren (Donovan, Pearce, Smithermann und Wassner) darauf hin, dass Erwartungen während des Anpassungsprozesses an eine Beeinträchtigung eine große Rolle spielen, und dass Patienten, die vorbereitet wurden, sich viel leichter an Veränderungen gewöhnen als solche, die ohne Vorwarnung damit konfrontiert werden. Es wird jedoch auch die Auffassung vertreten [MURRAY; 1972], dass eine erfolgreiche Anpassung nicht in jedem Fall erwartet werden kann, weil manche Menschen sich der Tatsache, dass ihr Körper Veränderungen erfahren hat, nicht stellen. Solche Menschen verleugnen die Veränderung und bleiben diesem regressiven Zustand verhaftet, oder sie entwickeln eine Psychose.

Eine Aussage einer Patientin ist mir noch immer gut im Ohr:

„Dass sie mich so annehmen, wie ich jetzt bin, hilft mir mehr als die Mitleidsbekundungen am Telefon. Sie schauen mir unter die Haut, die anderen fühlen sich von meinen Verletzungen abgestoßen. Ich habe Angst davor, entlassen zu werden, denn keiner will mich mehr in den Arm nehmen.“ Diese Aussage kann uns dazu anhalten, dass wir bei der Betreuung der uns anvertrauten Patienten auch daran denken müssen, dass wir in unsere Arbeit die Angehörigen einbeziehen müssen. Genau diesen Aspekt habe ich vor wenigen Tagen mit zwei Betroffenen besprochen. Sie haben mir unabhängig voneinander gesagt, dass die Einbeziehung der Angehörigen und ein stabiles Verhältnis zwischen Arzt/Schwester und Patient ein sehr wichtiges Element sei. Die Patienten brauchen auch während der Phase der Intensivpflege die streichelnde Hand eines sehr vertrauten Menschen. Diese Rolle können wir nicht einnehmen!

Ich bin mir darüber sehr bewusst, dass wir immer wieder das „Siegel der Hygiene“ hochhalten – müssen, aber wir müssen auch berücksichtigen, dass wir nicht VERBRENNUNGEN, sondern Patienten mit Brandverletzungen pflegen. Punktuell müssen wir abklären, in Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Berufsgruppen, inwieweit wir die Angehörigen in die Pflege einbinden können. Besonders bei Verbrennungen an der hinteren Körperpartie ist es dem Menschen nicht möglich, sich ausreichend selber pflegerisch zu versorgen. In diesem Zusammenhang können wir den Angehörigen langsam an die notwendigen pflegerischen Aktivitäten heranzuführen, um so die Berührungssängste zu mildern. Wir wissen auch, dass die Angehörigen Angst haben vor dem Zeitpunkt der Entlassung. Besonders bei schwerverletzten Kindern haben die Eltern davor Angst, dass sie der verletzten und entstellten Kinder wegen auch gemieden werden. Ich denke, dass wir den Eltern und den erwachsenen Patienten und seinen Angehörigen den Kontakt zu den bestehenden Selbsthilfegruppen geben müssen. Die Betroffenen können sich, besonders was den Zeitraum nach der Entlassung angeht, gegenseitig unterstützen. Die Selbsthilfegruppen pflegen regelmäßige Kontakte zu Fachleuten wie Psychologen, Ärzten, Seelsorgern, Sozialversicherungen, Berufsgenossenschaften etc.

Selbsthilfeorganisationen für Brandverletzte

Bundesinitiative für Brandverletzte e.V.
Dr. Ebelingstraße 26
31020 Salzhemmendorf
Tel. und FAX: 05153/1039
www.brandverletzte-leben.de

Elterninitiative brandverletzter Kinder e.V.
Laufer Straße 30a
90571 Schwaig
Tel. und FAX: 0911- 5075718
www.paulinchen.de

Besonders der Psychologe oder der Seelsorger sollten dem Patienten und seinen Angehörigen Bewältigungsstrategien aufzeigen. Bezogen auf das geänderte Körperbild lässt

sich ein Vergleich anstellen, der nicht so weit hergeholt ist, wie es im ersten Augenblick erscheinen mag. Ich meine hier die bekannten Sterbe-Phasen nach Kübler-Ross [1969].

Ihre aufgezeigten fünf Sterbe-Phasen helfen uns in allen Konfliktsituationen, die Gefühle anderer [der Patienten und seiner Angehörigen] nicht auf uns selbst gerichtet zu sehen. Wir kennen alle die Verwünschungen, die der Patient und seine Angehörigen überwiegend gegen das Pflegepersonal richtet, aber dies nur aus der Verzweiflung heraus. Es soll nicht als Beleidigung gemeint sein. Der Patient und seine Angehörigen brauchen ein Ventil, dem aber auch Grenzen gesetzt werden sollten.

1. Schock, Leugnen	= Nein!
2. Zorn, Wut	= Warum ich?
3. Verhandeln, Handeln	= Vielleicht doch nicht
4. Depression, Trauer, Erkennen	= Ja, ich - was bedeutet das für mich?
5. Annahme	= Angst vor Neuem, Überwindung möglich

Kübler - Ross hat auch erkannt, dass wir von Sterbenden viel für unser eigenes Leben lernen können.

(Vgl. Pruß, H. 1992, S. 20).

In den Gesprächen mit den Betroffenen hat mir eine Patientin ganz deutlich gesagt, dass sie diese Phasen durchlebt habe. Heute habe sie sich in einem neuen Körper zu rechtgefunden, ihn so angenommen, wie er heute ist. Auch ihre Wertvorstellungen haben sich deutlich geändert. Vom Äußeren haben sich die Schwerpunkte zum Inneren gewandelt. Sie geht davon aus, dass der Mensch mehr ist als eine körperliche Hülle.

Wir alle wissen um diese Aussagen aber sie auch zu leben, ist ein anderes!

7. RESÜMEE

Die Einweisung in eine Spezialstation für Schwerbrandverletzte erfolgt unplanmäßig und meistens nach einem Unglück in der

häuslichen Umgebung oder am Arbeitsplatz, manchmal infolge eines Hausbrands oder eines Verkehrsunfalls. Gelegentlich werden solche Verletzungen selbst herbeigeführt, wenn ein Patient einen *Selbsttötungsversuch* [PD: 9.2.2.2. *Gewalttätigkeit gegen sich, hohes Risiko*] unternimmt oder bei einem schizophrenen Schub eine Stimme hört, die ihm sagt, er solle den Gasherd anstellen. Unabhängig von den Ursachen bleiben die Folgen für den Betroffenen fast immer gleich. Wie bereits oben aufgeführt, durchleben Brandverletzte verschiedene Stadien nach dem Trauma. Nach Morse und O'Brien (1995) durchleben Brandverletzte vier Stadien:

- I. Stadium 1 - erhöhte Wachsamkeit
- II. Stadium 2 - Zusammenbruch: Auszeit
- III. Stadium 3 - Das Ertragen des Selbst: Konfrontation und Neuordnung
- IV. Streben nach Wiedergewinnung des Selbst: Integration von alten und neuen Persönlichkeitsanteilen

Kann man einen Menschen pflegen, oder muss man einen Menschen pflegen, auch wenn er nicht krank ist?

Was ist krank?

Wann ist ein Mensch krank?

Wann braucht ein Mensch oder eine Gruppe pflegerische Unterstützung?

Auf welche Grundlage ist dann das pflegerische Handeln gestellt?

- I. Situationen die pflegerisches Handeln erforderlich machen
- II. Hilfestellung bei der Bewältigung täglicher Aktivitäten
- III. Hilfestellung beim Lösen von Problemen des täglichen Lebens
- IV. Schulung des pflegerischen Laien, in Bezug auf sich oder seine Angehörigen

Die Auseinandersetzung mit den Pflegediagnosen ist für das Pflegepersonal in Zukunft unerlässlich. Lediglich die Auswahl der einzelnen Pflegediagnosen kann ausschlaggebend für die Intensivpflege sein. So sind alle Hochrisiko-Pflegediagnosen in jedem Fall zutreffend, weshalb sich Intensivpflegekräfte mit diesem Thema auseinandersetzen müssen. Wenn sich die Intensivpflege als eigenständiger Bereich neben der Intensivmedizin darstellen will, muss sie ihre Arbeit transparent und nachvollziehbar offen legen. In den

Diskussionen mit vielen Kollegen konnten mir die meisten Gesprächspartner nicht ausreichend beschreiben, was sie am Intensivpatienten tatsächlich tun. Wenn eine gemeinsame Sprache vorliegt, hat die Intensivpflegekraft Formulierungshilfen zur Dokumentation ihrer Arbeit am Patienten. Wir müssen nachweisen, was wir am Intensivpatienten machen und nicht Vertreter anderer Berufsgruppen. Die haben qua Position das Recht, von uns einen Nachweis zu verlangen.

Die Pflegediagnose „Körperbild – Körperbildstörung nach Verbrennungen“ ist in der Zeit nach der Intensivstation für den Patienten relevanter. Es ist jedoch für den Patienten und seine Angehörigen sehr wichtig, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen den Behandelnden und dem Behandelten und seinen Angehörigen aufgebaut und gepflegt wird. Wir haben in der Intensivpflege, besonders wenn die Patienten bis zur Entlassung im Intensivpflegebereich bleiben, die Möglichkeit, sehr viel „in Gang zu setzen“. Wir können mit der Pflegediagnostik ein Stück Professionalität gegenüber anderen Berufsgruppen aufzeigen und unsere Arbeit transparenter gestalten.

**Wir müssen beweisen, was wir können,
nicht andere!**

LITERATUR

1. Allmer F (2001) Einführung von Pflegediagnosen: Praxiserfahrungen aus Österreich. *Pflegezeitschrift* 54 (12): 865-868
2. Bruijns S, Buskop-Kobussen M (1999) Pflegediagnosen und -interventionen in der Kinderkrankenpflege. München, Jena: Urban & Fischer Verlag
3. Clift J (1994) Internationale Klassifikationssysteme. *Pflege aktuell*. DBfK - Verbandszeitschrift 48 (10): 594-595
4. Collier, McCash, Bartram (1998) Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Dt. Ausg. hrsg. von Jürgen Georg. [Übers.: Heide Börger]. Wiesbaden: Ullstein Medical
5. Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2002. Hrsg. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und Verband der privaten Krankenkassen (PKV)
6. Duden: Deutsches Universal Wörterbuch A - Z. 2. völlig neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich. Dudenverlag (1989)
7. Eveslage K (2002) Pflegediagnosen in der Praxis. *Heilberufe* 54: 18-19
8. Fischer W (2001) Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. 3. erweiterte Aufl. Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin
9. Friesacher H (2002) Pflegediagnosen. Eine Analyse. *intensiv* 8: 106-115
10. Georg J (1994) Erkennen, Benennen – Beurteilen. Eine Einführung in ein neues Konzept. *Pflege aktuell*. DBfK - Verbandszeitschrift 48 (10): 586-588
11. Gordon M (2001) Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis. 3. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer Verlag
12. Gordon M, Bartholomeyczik S (2001) Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München, Jena: Urban & Fischer
13. Häussle (1999) Pflegediagnosen aus der Sicht des Managements; o. O.
14. Höhmann U (1994) Pflegediagnosen. Babylonische Sprachverwirrung. Der Versuch einer Begriffbestimmung. *Pflege aktuell*. DBfK - Verbandszeitschrift 48 (10): 582-584
15. Höhmann U (1995) Pflegediagnosen – Irrweg oder effektives Instrument professioneller Pflegepraxis. Eschborn: DBfK
16. König P (2001) Geschichte und Entstehung von Pflegediagnosen. *Heilberufe* 53 (11): 28-29
17. Powers P (1999) Der Diskurs der Pflegediagnosen. Stuttgart, Bern: Hans Huber Verlag
18. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. Harald Stefan, u. a. 2. erweiterte und überarbeitete Aufl. Springer Verlag Wien 2000
19. Pruß H (1992) Sterben - eine Zeit des Lebens. *Krankenpflege* 46 (1): 19-22
20. Reimer W, Fueller F (2000) Das kleine Pflegediagnosenbuch. Universitätsverlag Ulm
21. Salter, Mave (1998) Körperbild und Körperbildstörung. Dt. Ausg. hrsg. von Angelika Abt-Zegelin und Jürgen Georg. [Übers.: Heide Börger. Bearb.: Rudolf Müller]. Wiesbaden: Ullstein Medical
22. Stefan H (1999) Folien – CD. Verein zur Systematischen Entwicklung Professioneller Pflege, Wien
23. Stefan H, Allmer F (2000) Praxis der Pflegediagnosen. Wien, New York: Springer Verlag
24. Vogel R, Kästner B, Bossard S (1994) Pflegediagnosen bei beatmeten Patienten. Eine Methode pflegerischer Problemlösung. *Pflege aktuell*. DBfK - Verbandszeitschrift 48 (10): 589-592

MICHAEL GÜNNEWIG
Weiterbildungsstätte für Fachkrankenpflege
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
D-45147 Essen
E-mail: michael.guennewig@uni-essen.de