

Die Pflegediagnose „Denkprozess, verändert“

NANDA Taxonomie Kennziffer: 00130

Thematische Gliederung: Integrität der Person

Definition

Der Zustand, bei dem ein Patient eine Störung der kognitiven Abläufe (Situation richtig erkennen, verarbeiten und zuordnen) und der kognitiven Vorgänge erlebt.

Ätiologie (mögliche Ursachen)

(In Entwicklung durch die NANDA)

- ***Physiologische Veränderungen, Altern, Hypoxie, Kopfverletzungen***
- ***Hirnorganische Veränderungen***
- ***Schlafentzug***
- ***Psychische Konflikte***

Symptome (Merkmale, Kennzeichen)

aus der Sicht des Patienten

- ***Veränderte Wahrnehmung***
- ***Wahnvorstellungen***

aus der Sicht der Pflegeperson

- Kognitive Dissonanz (Differenz zwischen Denken und Handeln)
- Gedächtnisdefizit /-probleme (*Desorientierung bezüglich Zeit, Ort, Person, Umstände und Ereignisse*)
- Ungenaue Interpretation
- Erhöhte oder verminderte Aufmerksamkeit
- Ablenkbarkeit (*Ereignisse und Bedeutungen werden auf die eigene Person bezogen*)
- Unangepasste, unrealistisches Denken
- Kognitive Störung (*beeinträchtigte Fähigkeit, Gedanken nachzuvollziehen, Probleme zu lösen, rational zu denken, abstrakt oder begrifflich zu denken*)
- Konfabulation (*Erzählung meist zufälliger Einfälle, ohne Bezug zur jeweiligen Situation*)
- Unangemessenes, soziales Verhalten

Patientenbezogene Pflegeziele

1. Der Patient erkennt Veränderungen im Denken und Verhalten.
2. Der Patient zeigt Verhaltensweisen/Veränderungen der Lebensweise, um Veränderungen des geistigen Zustandes vorzubeugen oder dies auf ein Mindestmaß zu beschränken.
3. Der Patient erkennt Maßnahmen, um wirksam mit der Situation umgehen zu können.
4. Der Patient versteht und spricht über die ursächlichen/ begünstigenden Faktoren.
5. Der Patient wahrt den gewohnten Realitätssinn.

Maßnahmen

- I. Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Faktoren**
 - 1. Ermitteln Sie Faktoren, die von Bedeutung sind (z.B. organisches Psychosyndrom [akut/chronisch], Alzheimer Krankheit, Hirndruck, Infektionen, Mangelernährung, sensorische Verluste, Delirium).**
 - 2. Ermitteln Sie den Medikamenten- /Suchtmittelkonsum, der möglicherweise Nebenwirkungen bzw. veränderte Gedankenabläufe und veränderte sensorische Wahrnehmung verursacht.**
 - 3. Ermitteln Sie die Nahrungszufuhr/Ernährungsstand.**
 - 4. Beobachten Sie das Auftreten von Verfolgungswahn, Wahnvorstellungen und Halluzinationen.**

- II. Ermitteln des Ausmaßes der Beeinträchtigung**
 - 1. Ermitteln Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung beim Denkvermögen. Gedächtnis, bei der Orientierung in Bezug auf Person/Ort/Zeit.**
 - 2. Beobachten Sie die Konzentrationsspanne/Ablenkbarkeit.**
 - 3. Beachten Sie Veränderungen im Verhalten, wie persönliche Vernachlässigung. Beobachten Sie eine verlangsamte und/oder verwaschene Sprache.**
 - 4. Sprechen Sie mit der Bezugsperson über die Vorgeschichte, über das gewohnte Denkvermögen, Gesamtdauer des Problems und sammeln Sie andere sachdienliche Informationen.**
 - 5. Ermitteln Sie den Angstzustand in der gegebenen Situation.**

III. Vorbeugen von weiterem Abbau und Fördern des bestmöglichen Denkvermögens

- 1. Leisten Sie situationsbezogenen Mithilfe bei der Therapie der zugrundeliegende Probleme (z.B. bei Anorexie, erhöhtem Hirndruck, Schlafstörungen usw.).**
- 2. Überwachen und dokumentieren Sie die Vitalzeichen nach Bedarf.**
- 3. Führen Sie bei Bedarf eine neurologische Überwachung durch (Gerstenbrand-Skala, Glasgow-Koma-Skala). Beobachten Sie dabei Veränderungen der Bewusstseinslage.**
- 4. Informieren Sie sich über die Laborwerte bezüglich metabolischer Alkalose, Hypokaliämie, Ammoniakspiegel, Infektionszeichen usw.**
- 5. Prüfen Sie die Fähigkeit des Patienten, Mitteilungen aufzunehmen und sich selbst mitzuteilen. Benutzen Sie andere Möglichkeiten, wenn der Patient nicht verbal kommunizieren kann.**
- 6. Informieren Sie den Patienten über Zeit/Ort/Person als Orientierungshilfe.**
- 7. Führen Sie regelmäßig Schriftproben durch, um Unterschiede festzustellen.**
- 8. Sorgen Sie für Sicherheitsvorkehrungen (z.B. Bettseitenteile, Polsterungen) und kontrollieren Sie diese.**
- 9. Beobachten Sie Verhaltensweisen, die auf Gewalttätigkeit schließen lassen und unternehmen Sie die entsprechenden Schritte.**
- 10. Überwachen Sie die medikamentöse Therapie.**
- 11. Sorgen Sie dafür, dass die Bezugsperson(en) Informationen erhalten.**
- 12. Beziehen Sie die Familie/Bezugsperson(en) in die Planungsschritte mit ein.**

- IV. Unterstützen des Patienten/der Bezugsperson(en), Bewältigungsstrategien zu entwickeln, wenn der Zustand irreversibel ist**
- 1. Wahren Sie eine angenehme, ruhige Atmosphäre und gehen Sie behutsam und ruhig auf den Patienten zu.**
 - 2. Geben Sie einfache Anweisungen, verwenden Sie kurze Wörter und einfache Sätze.**
 - 3. Hören Sie aufmerksam zu, um den Betroffenen Interesse und Wertschätzung zu vermitteln.**
 - 4. Wahren Sie eine realitätsorientierte Beziehung und ein Umfeld (Uhren, Kalender, persönliche Gegenstände, Dekorationen entsprechend der Jahreszeit).**
 - 5. Beschreiben Sie den Realitätsbezug präzise und stellen Sie unlogisches Denken nicht in Frage, dies kann zu defensiven Reaktionen führen.**
 - 6. Vermindern Sie provokante Stimuli, negative Kritik, Argumente und Konfrontationen, um Kampf-/Fluchtreaktionen zu vermeiden.**
 - 7. Überfordern Sie den Patienten nicht mit Aktivitäten und forcierter Kommunikation.**
 - 8. Respektieren Sie Individualität, Privatsphäre und Ruhebedürfnisse des Patienten.**
 - 9. Gehen Sie mit Körperkontakt umsichtig um, respektieren Sie persönliche Bedürfnisse. Beachten Sie dabei die Bedeutung des Körperkontaktes in physischer und psychischer Hinsicht.**
 - 10. Sorgen Sie für ausgewogene Ernährung. Ermutigen Sie den Patienten zu essen. Sorgen Sie für eine angenehme Atmosphäre und lassen Sie dem Patienten genügend Zeit zum Essen.**
 - 11. Lassen Sie dem Patienten vermehrt Zeit, um auf Fragen/Bemerkungen zu reagieren und einfache Entscheidungen treffen zu können.**
 - 12. Unterstützen Sie den Patienten/Bezugsperson(en) beim Trauerprozess über Ich-Verlust/Verlust von Fähigkeiten (z.B. bei Alzheimer-Krankheit).**
 - 13. Informieren Sie den Patienten über die Teilnahme an Selbsthilfegruppen.**

V. Fördern des Wohlbefindens

1. Helfen Sie mit, das für den Patienten entsprechende Therapie-/Rehabilitationsprogramm herauszufinden.
2. Erklären Sie die Wichtigkeit der Kooperation in der Therapie.
3. Fördern Sie eine soziale Eingliederung im Rahmen der individuellen Möglichkeiten.
4. Helfen Sie dem Patienten/der Bezugsperson(en) bei der weiteren Lebensplanung, wenn das Problem fortschreitend/längerfristig ist.
5. Verweisen Sie auf soziale Institutionen (z.B. Tageskliniken, Hilfsgruppen usw.).
6. Vgl.:

| | |
|------------------------|--|
| <i>PD 00102</i> | <i>Selbstpflegedefizit: Essen/Trinken</i> |
| <i>PD 00108</i> | <i>Selbstpflegedefizit: Waschen/Sauberhalten</i> |
| <i>PD 00109</i> | <i>Selbstpflegedefizit: Kleiden/Pflegen der äußeren Erscheinung</i> |
| <i>PD 00110</i> | <i>Selbstpflegedefizit: Ausscheiden</i> |
| <i>PD 00135</i> | <i>Trauern, unbewältigt</i> |
| <i>PD 00136</i> | <i>Trauern, vorzeitig</i> |
| <i>PD 00122</i> | <i>Sinneswahrnehmungen, gestört</i> |
| <i>PD 00024</i> | <i>Durchblutungsstörung</i> |

(vgl. Praxis der Pflegediagnosen: Springer Krankenpflege. stefan, allmer, eberl et al. dritte. vollst. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer Verlag Wien 2003; Seite 676 bis 670)