



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Angst vor der Operation

-

Pflegerelevante Interventionen zur Angstbewältigung
und –reduktion“

verfasst von

Lisa Forstner, BSc.

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: A 057/122
Studienrichtung: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
betreut von: FH-Prof.in Mag.a Dr.in Roswitha Engel

DANKSAGUNG

In erster Linie möchte ich meiner Betreuerin Frau Dr. Roswitha Engel danken, die mich trotz ihrer wenigen freien Zeit bei meiner Diplomarbeit unterstützt hat. Des Weiteren gilt mein Dank auch Frau Veronika Kleibel, Bibliothekarin der Privatklinik Rudolfinerhaus, die mich tatkräftig bei der Literaturrecherche unterstützte.

Und natürlich gebührt auch meiner Familie und meinen Freundinnen großer Dank, die mich durch Zuspruch und eifriges Korrekturlesen unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1. Definition Angst.....	6
2.2. Ursachen der Angst.....	9
2.3. Symptome der Angst	10
2.4. Umgang mit Angst	12
3. Präoperative Angst.....	16
3.1. Begriffsverständnis von präoperativer Angst.....	16
3.2. Sicht der PatientInnen	20
3.3. Sicht der Pflegepersonen	24
3.4. Instrumente zur Angstmessung.....	28
3.4.1. The State Trait Anxiety Inventory (STAI).....	28
3.4.2. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS).....	29
3.4.3. Visual Analogue Scale.....	32
3.4.4. The Yale Preoperative Anxiety Scale (für Kinder)	34
4. Interventionen	35
4.1. Organisationsbezogene Maßnahmen.....	35
4.2. Pflegerelevante Maßnahmen.....	40
4.2.1. Anamnese.....	41
4.2.2. Information.....	42
4.2.2.1. Mündliche Information	43
4.2.2.2. Schriftliche Information	48
4.2.3. Beratung	56
4.3. Komplementäre Maßnahmen	64
4.3.1. Aromatherapie	65
4.3.2. Musiktherapie	69
4.3.3. Akupunktur/-pressur	71
4.4. Sonstige Maßnahmen.....	74
5. Schlussfolgerungen	76
6. Literaturverzeichnis.....	82

1. Einleitung

Menschen, die ins Krankenhaus kommen, um einen operativen Eingriff vornehmen zu lassen, finden sich in einer Umgebung wieder, in der es manchmal hektisch zu gehen kann. Hinzu kommt, dass sie meist nicht wissen, was auf sie zukommt, zum Beispiel welche Untersuchungen sie noch vor der Operation machen müssen. Des Weiteren machen sich viele PatientInnen Sorgen, wie die Operation verlaufen wird und ob sie danach Schmerzen haben oder gar körperlich beeinträchtigt sein werden (Allen et al., 2002). PatientInnen schildern von der Angst vor der Narkose, dass sie beispielsweise nicht mehr aufwachen oder dass sie die Kontrolle über ihren Körper verlieren (Susleck et al., 2007). Des Weiteren haben sie keinen Einfluss auf die Zeit. Sie vergeht entweder zu schnell, um sich gut auf die Operation vorbereiten zu können oder zu langsam aufgrund der langen Wartezeiten vor den Untersuchungen oder dem Eingriff (Allen et al., 2002; Susleck et al., 2007).

Menschen erleben meist Ängste in Situationen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen oder in denen sie sich ausgeliefert sehen (Bühlmann, 2004).

Wie zu erkennen ist, können die Ängste der PatientInnen im Krankenhaus sehr vielfältig sein. Die PatientInnen haben jedoch nicht nur vor etwas Bestimmten Angst, wie zum Beispiel der Operation, sondern erleben in dem Zusammenhang viele verschiedene Angstgefühle (Bühlmann, 2004).

Am Morgen der Operation, erleben 50 Prozent der PatientInnen eine hohe Zustandsangst („trait anxiety“) (Allen et al., 2002).

Das bedeutet, dass es in solchen Situationen von großer Bedeutung ist, dass die Pflegepersonen sensibel vorgehen und auf die Ängste der PatientInnen eingehen. Wichtig ist, nicht nur die Ängste der Betroffenen zu bemerken, sondern auch zu versuchen diese zu verringern.

Die häufigsten Interventionen, die Pflegepersonen zum Angstabbau der PatientInnen einsetzen, sind die Gabe von anxiolytischen Medikamenten und Informationsmaßnahmen. Entspannungstechniken, Musik, Fantasiereisen und andere stressreduzierende Techniken werden von den Pflegepersonen als weniger wichtig erachtet und in der Praxis kaum eingesetzt. Dies kann möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass die Pflegepersonen zu wenig wissen über angstreduzierende Maßnahmen und es darüber auch noch nicht viele Forschungsergebnisse gibt (Frazier et al., 2003).

Diese Arbeit wird sich daher damit beschäftigen, welche Maßnahmen es gibt, die Pflegepersonen anwenden können, um die präoperative Angst von PatientInnen positiv beeinflussen zu können. Dabei möchte die Verfasserin die Prämedikation in den Hintergrund stellen und andere pflegerelevante Interventionen aufzeigen.

Das Forschungsinteresse der Autorin zu diesem Thema ist im Rahmen ihrer Erfahrungen, die sie als Studentin und später als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im „Stationsalltag“ gemacht hat, entstanden. Die Verfasserin erlebte es öfter, dass PatientInnen zur Aufnahme kamen und wenige Stunden später sollte die Operation stattfinden. Davor musste der/die PatientIn noch diverse Untersuchungen hinter sich bringen, somit blieb wenig Zeit sich psychisch auf die bevorstehende Operation vorzubereiten. Hinzu kam oft noch, dass die PatientInnen teilweise vom Operateur oder vom Anästhesisten unzureichend aufgeklärt wurden, was die bereits vorhandene Angst meist noch steigerte. Die Personen, die zu einem geplanten Eingriff ins Krankenhaus kommen, fallen großteils unter die „selbstständigen“ PatientInnen. Dieses Wort „selbstständig“ wird im Pflegealltag teilweise so verstanden, dass der/die PatientIn keine Hilfe benötigt. Aber wie bereits erwähnt, brauchen gerade Menschen, die auf eine geplante Operation warten, Hilfe und Zuwendung. Und genau dieses Eingehen auf die Bedürfnisse und Ängste der PatientInnen fällt unter den Aufgabenbereich von Pflegepersonen. Nur leider kommt es in der Praxis hin und wieder vor, dass diese Ängste nicht bemerkt werden oder die

Zeit fehlt, darauf einzugehen. Daher möchte die Verfasserin in ihrer Arbeit auf diese Problemlage aufmerksam machen und Lösungsansätze bieten, wie Pflegepersonen die Angst eines/r Patienten/in verringern können.

Daher beschäftigt sich diese Arbeit mit der Angst der PatientInnen vor einer Operation und beleuchtet im Speziellen die pflegerischen Interventionen, die diese Ängste reduzieren oder verhindern können.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

- Welche Maßnahmen können Pflegepersonen setzen, um PatientInnen mit präoperativer Angst effektiv zu unterstützen und wie wirksam sind diese?

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, führte die Verfasserin eine eingehende Literaturrecherche durch.

Die Literaturrecherche fand hauptsächlich in den Datenbanken Pubmed, Science Direct, Springer Link, Wiley Online Library, Cochrane Library und Cinahl statt. Außerdem wurde Literatur in der Bibliothek der Universität Wien, der Medizinischen Universität, der Fachhochschule Campus Wien und der Bibliothek des Privatkrankenhauses Rudolfinerhaus gesucht. Die Verfasserin verwendete hauptsächlich den Suchbegriff „preoperative anxiety“ und fügte Begriffe, wie „patients“, „information“, „aromatherapy“, „music“ und einige weitere der Suche hinzu. Darüber hinaus wurde die Suche eingegrenzt auf Literatur, die in den letzten fünfzehn Jahren veröffentlicht wurde, also zwischen 1998 und 2012. Nur in Bezug auf die Instrumente zu Angstmessung wurde eine Ausnahme gemacht und ältere Studien verwendet, da diese Instrumente noch immer Aktualität haben und oft für die wissenschaftliche Forschung herangezogen werden.

Es wurden hauptsächlich Studien zum Thema „Information“ gefunden, ansonsten stellte sich die wissenschaftliche Datenlage zur präoperativen Angst eher spärlich dar.

Ziel der Arbeit ist es nun, die aktuelle Forschungslage zusammenzufassen und klar darzustellen. Im Detail bedeutet dies, die präoperative Angst näher zu beschreiben und einen Überblick zu geben, welche Maßnahmen für Pflegepersonen hilfreich sind, die Angst vor einer Operation bei PatientInnen zu reduzieren.

Im Allgemeinen soll das Interesse für dieses Thema geweckt werden, vor allem, weil es bisher in der Praxis kaum zur Sprache kommt. Und vielleicht wird mit dieser Arbeit erreicht, dass die Sensibilität von Pflegepersonen aber auch von anderen Berufsgruppen gegenüber den Ängsten von PatientInnen gesteigert wird und mehr darauf eingegangen wird.

2. Theoretischer Hintergrund

Die mögliche Angst der PatientInnen vor einer Operation und deren Bewältigung wird kaum in der Praxis, wie auch in pflegewissenschaftlicher Literatur beachtet. Daher wird das Thematisieren der präoperativen Angst zum Leitgedanken dieser Arbeit.

Als zentraler Begriff dieser Arbeit lässt sich die „präoperative Angst“ ableiten. Um ein Grundverständnis für diesen Begriff zu erlangen, wird in der Arbeit zuerst die Angst allgemein beschrieben. Sie wird von mehreren Seiten beleuchtet, das heißt, es wird näher darauf eingegangen, wie Angst definiert wird, welche Symptome Betroffene zeigen und wie sie mit ihren Ängsten umgehen.

2.1. Definition Angst

Angst ist laut Bühlmann (2004) ein Grundgefühl des Menschen, welches zur menschlichen Existenz gehört. Angst kann in den verschiedensten Lebenslagen auftreten, meistens in Situationen, in denen sich der Mensch bedroht oder ausgeliefert fühlt oder denen er sich nicht gewachsen fühlt.

NANDA International definiert Angst als ein „Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung, das von einer autonomen Reaktion begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekannt Quelle); eine Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Maßnahmen zum Umgang mit der Gefahr einzuleiten.“

(Berger, Mosebach & Wieteck, P., 2008, S.259)

Angst signalisiert uns also, dass eine Gefahr droht. Alle Dinge und Situationen des Lebens können uns Angst machen, es kommt nur darauf an, wie viel Macht wir diesen zuschreiben und ob wir es zulassen, dass sie Überhand nehmen und uns ängstigen (Flöttmann, 2005).

Flöttmann (2005) behauptet, dass Angst auch ein Produkt der Phantasie des Menschen sein kann. Er bezeichnet dies als nicht reale Angst. Er nennt als Beispiel die Angst vor Spinnen. Es haben viele Menschen Angst vor Spinnen, obwohl diese Angst unbegründet ist, weil die Tiere meist klein und harmlos sind, in Europa zumindest. Ein noch besseres Beispiel wäre vielleicht die Angst vor Mäusen.

Diese nicht realen Ängste können sich zu Angstneurosen weiterentwickeln und bedürfen häufig ärztlicher beziehungsweise psychotherapeutischer Behandlung. Eine reale Angst hingegen tritt zum Beispiel bei einem Ausbruch eines Feuers auf. Hier ist es normal und unter Umständen lebenswichtig, Angst zu empfinden (Flöttmann, 2005).

Und was ist die „normale“ Angst und ab wann wird sie „krankhaft“? Fabian (2010) beschäftigt sich mit dieser Frage und versucht eine Trennlinie zwischen diesen beiden Begriffen zu ziehen. Er beschreibt die „normale“ Angst als eine Angst, die bewusst ist und nicht verleugnet wird. Außerdem bestimmt sie nicht das Leben und die Beziehungen eines Menschen zu anderen, im Gegensatz zu der krankhaften Angst. Des Weiteren gilt es als normal, wenn sich die Betroffenen schlussendlich selbst mit der ursächlichen Angst auseinandersetzen (Fabian, 2010).

Definition in der Pflege

Stefan, Allmer, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Michalek, Pandzic, Schalek und Tomacek (2009) entwickelten in ihrem Werk POP[®] - PraxisOrientierte Pflegediagnostik die Pflegediagnosen „Angst“ und „Angst, Risiko“. Erstere

Pflegediagnose wird beschrieben als „Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch Gefühle der Bedrohung und Unsicherheit erlebt, deren Ursachen ihm unklar oder unbekannt sind.“ (Stefan et al., 2009, S.746). Die Zweite, eine sogenannte Risikodiagnose, unterscheidet sich dadurch, dass der Mensch „nur“ einem Risiko ausgesetzt ist, diese Gefühle – wie oben beschrieben - zu erleben. Das bedeutet es besteht noch keine Angst, aber ein gewisses Risiko liegt vor. Die Autoren formulierten dazu einige Risikofaktoren, wie zum Beispiel beeinträchtigte Orientierung, Gefühl der Überforderung, geringes Selbstwertgefühl, ungenügende Bewältigungsformen, Stress, Schmerzen und viele mehr. Als Pflegeperson gilt es mögliche Risikofaktoren bei PatientInnen zu erkennen, aber auch die Ressourcen der PatientInnen festzustellen, um präventive Maßnahmen einleiten zu können. Stefan et al. (2009) unterteilen die Ressourcen in körperlich-funktionelle, psychische und soziale Ressourcen. Eine psychische Ressource wäre beispielsweise, dass der Patient fähig ist über seine eigenen Gefühle zu sprechen. Wenn die Risikofaktoren und die Ressourcen definiert und festgehalten sind, kann die Pflegeperson Nah- und Fernziele formulieren und daraus ableitend Maßnahmen beschreiben (Stefan et al., 2009).

Die Pflegediagnose „Angst“ ist in ihrem Inhalt der Risikodiagnose ähnlich, nur wird hier davon ausgegangen, dass das Pflegephänomen Angst bereits besteht, und es gilt die möglichen Ursachen, Symptome und Ressourcen zu erkennen, um Maßnahmen festlegen zu können. Stefan et al. (2009) stufen die Angst dabei in geringfügig, mäßig, ausgeprägt und panisch ein. Außerdem betonen die Autoren, dass die Angst von der Furcht abzugrenzen ist. Die Furcht unterscheidet sich dadurch, dass eine reale Bedrohung wahrgenommen wird und im Gegensatz zur Angst nicht diffus und auf etwas Bestimmtes gerichtet ist (Stefan et al., 2009).

Angst ist ein beunruhigendes Gefühl. Der Betroffene kann aber oftmals nicht den Grund für seine Beunruhigung nennen, während bei der Furcht die Gefahrenquelle meist eindeutig ist. Angst ist eher ein Zustand, sie ist ständig

da, wenn auch manchmal im Hintergrund und ist im Gegensatz zur Furcht meist nicht räumlich und zeitlich begrenzt (Rachman, 2000).

Trotzdem ist es schwierig, klar zwischen dem Gefühl „Angst“ und der „Furcht“ zu unterscheiden, da sie sich sehr ähneln und die beiden Begriffe im deutschen Sprachgebrauch oftmals synonym verwendet werden (Bühlmann, 2004).

Becker (2011) unterscheidet nicht nur die Furcht und die Angst, sondern fügt noch als dritten zu unterscheidenden Begriff die „Ängstlichkeit“ hinzu. Ängstlichkeit ist in ihrem Werk beschrieben, als eine Persönlichkeitseigenschaft und eine Prädisposition, die Personen dazu veranlasst, viele Situationen als bedrohlich zu empfinden (Becker, 2011).

2.2 Ursachen der Angst

Wie bereits erwähnt, können viele Situationen und Ereignisse im Leben eines Menschen angstausslösend sein. Es bereitet zum Beispiel einem Menschen Angst, wenn er keine Zukunftsperspektive hat oder seinen Lebenssinn verliert. Womöglich hat er/sie zusätzlich ein schwaches soziales Umfeld, das ihn/sie in schwierigen Lebenslagen nicht unterstützen kann. Persönliche Eigenschaften, wie ein geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Selbstkontrolle oder innerliche Unruhe können Ängste hervorrufen (Stefan et al., 2009). Berger et al. (2008) drücken es etwas allgemeiner aus. Faktoren, die Einfluss auf die Angst haben können, sind Veränderungen oder eine Bedrohung des ökonomischen Status, des Umfeldes, des Gesundheitszustandes, des Interaktionsmusters, der Rollenfunktion oder des Rollenstatus (Berger et al. 2008).

Weitere Ursachen können laut Stefan et al. (2009) eine beeinträchtigte Orientierung, ein veränderter Denkprozess, mangelnde kognitive Fähigkeiten oder eine angeschlagene Gesundheit sein. In Bezug auf die Gesundheit können auch somatische Beschwerden, Schmerzen oder Stress angstausslösend sein. Andere Ursachen für Angst sind, wenn sich jemand in

einer situations- oder entwicklungsbedingten Krise befindet, oder er/sie das Gefühl hat, die Situation nicht meistern zu können. Die beiden letzten Punkte könnten ebenso in Zusammenhang mit nicht ausreichenden Bewältigungsformen stehen. Schwierigkeiten in privaten und beruflichen Beziehungen können gleichfalls Ängste hervorrufen. Stefan et al. (2009) beschreiben noch weitere mögliche Ursachen, wie zum Beispiel Suchtmittelmissbrauch, unerfüllte Bedürfnisse oder Manipulation.

2.3. Symptome der Angst

„Angst ist eine Art von Emotion mit den spezifischen Merkmalen: Gefühle von Bedrohung, Gefahr oder Leiden ohne bekannte Ursache begleitet von Panik, sinkender Selbstsicherheit, steigender Muskelanspannung, steigendem Puls, blasser Haut, verstärktem Schwitzen, Handschweiß, erweiterte Pupillen und bebender Stimme.“ (Hinz, Dörre, König & Tackenberg, 2003, S.210)

Diese weitere Definition von Angst lässt deutlich werden, dass dieses Gefühl mit vielen Symptomen einhergeht. Da Angst nicht immer eindeutig zu erkennen ist, ist es wichtig, im Bilde über die verschiedenen Ausprägungen und Merkmale von Angst zu sein.

NANDA International teilt die Angst in verschiedene Merkmale ein und zwar in verhaltensbezogene, gefühlsbezogene, physiologische und kognitive Kennzeichen und unterscheidet zwischen dem sympathischen und dem parasympathischen Nervensystem (Berger et al., 2007).

Verhaltensbezogene Symptome sind beispielsweise eine verminderte Leistungsfähigkeit oder wenn der/die Betroffene sich Sorgen macht über veränderte Lebensereignisse. Ein anderes Anzeichen für Angst ist die Rast- und Ruhelosigkeit, indem der Mensch zum Beispiel „herumzappelt“, „umherblickt“ oder ziellose Bewegungen macht (Berger et al., 2007). Flöttmann (2005) beschreibt es als Veränderung der Verstandesfunktion, damit meint er, dass es für Menschen, die Angst haben, schwierig sein kann, die Kräfte des

Verstandes zu nutzen. Redewendungen wie „Vor Angst den Verstand zu verlieren“ erscheinen in diesem Zusammenhang recht passend. Die Angst kann unsere Wahrnehmung und die Konzentrationsfähigkeit beeinflussen. Zum Beispiel ein Schüler, der Prüfungsangst hat, ist trotz seines Bemühens in seiner Lern- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt (Flöttmann, 2005).

Gefühlsbezogene Symptome, die der Mensch in Zusammenhang mit Angst zeigt, können Besorgnis, Hilflosigkeit, Reizbarkeit, Unsicherheit, Nervosität oder Beunruhigung sein.

Die physiologischen Symptome können sich äußern durch Zittern, verstärktes Schwitzen, angespannte Gesichtszüge oder allgemein erhöhte Anspannung (Berger et al., 2008).

Stefan et al. (2009) fügen noch weitere körperliche Symptome hinzu. Aus Sicht der PatientInnen sind dies beispielsweise vermehrter Harn- und Stuhldrang, Müdigkeit, Mundtrockenheit und Bauchschmerzen. Aus Sicht der Pflegepersonen können Symptome bei PatientInnen, wie zum Beispiel eine zitternde Stimme, Übelkeit und Erbrechen, Gewichtsverlust und Muskelanspannung auftreten. Wenn der/die Betroffene Angst hat, lässt sich meist eine erhöhte Herzfrequenz feststellen, der Blutdruck sinkt oder steigt, die Pupillen sind erweitert und die Atmung ist schneller und flacher (Stefan et al, 2009). Flöttmann (2005) erwähnt außerdem mögliche Schlafstörungen, Schwindelgefühle, ein Engegefühl im Hals oder Störungen der Atmung, wie zum Beispiel Hyperventilation, die in Zusammenhang mit der Angst auftreten können.

Die meisten der eben erwähnten Symptome beschreibt NANDA International ebenfalls unter den Punkten sympathisches und parasympathisches Nervensystem. Die letzte Kategorie, die NANDA International definiert, sind die kognitiven Merkmale der Angst. Diese können sich ausdrücken durch Verwirrtheit, Vergesslichkeit, Verminderte Lern- und Konzentrationsfähigkeit (Berger et al., 2007).

Barnow, Freyberger, Fischer und Linden (2000) fassen die oben erwähnten Symptome gut zusammen. Die AutorInnen beschreiben die Angst als eine natürliche Reaktion des Menschen, die sich in verschiedenen Ebenen seines Verhaltens äußert. Angst engt die Wahrnehmungsfähigkeit, das Denken und das Fühlen ein. Angst zeigt sich im Verhalten durch Flucht oder Vermeidung und Angst äußert sich durch körperliche Symptome, wie zum Beispiel Herzrasen, Schwitzen oder Zittern (Barnow et al., 2000).

2.4. Umgang mit Angst

Angst wird als unangenehm empfunden und die meisten Betroffenen versuchen etwas dagegen zu unternehmen. Wie ein Mensch mit seiner Angst umgeht ist jedoch davon abhängig, wie er in der Vergangenheit auf Ängste reagiert hat und ob dies zu positiven oder negativen Resultaten geführt hat. Je nachdem entscheidet sich der- oder diejenige wieder für dasselbe Verhaltensmuster oder nicht (Rachmann, 2000).

Eine Reaktion auf Angst kann laut Flöttmann (2005) zum Beispiel Angriff, Flucht oder Bindung sein. Menschen, die in Angriff gehen, versuchen ihre Angst zu überspielen, indem sie mutig oder gar übermütig handeln. Ihnen ist ihre Angst meist nicht vollends bewusst. Flöttmann (2005) vergleicht die Menschen, die in Angriff übergehen, mit Hunden, die zu so genannten Angstbeißern werden.

Geht ein Mensch nicht in die Angriffshaltung, so entscheidet er sich meist für die Flucht. Dieses Verhalten ist nicht nur bei uns Menschen, sondern vor allem im Tierreich zu beobachten. Ist ein Tier in Gefahr, wehrt es sich entweder, oder es flieht. Bei Menschen kann aus diesem Fluchtverhalten ein Vermeidungsverhalten entstehen. Laut Rachmann (2000) bedeutet dies zum Beispiel, dass der Mensch in einer bestimmten Situation Angst bekommt und davor flieht. Er ist somit dem unangenehmen Gefühl entkommen. Er wird daher sehr wahrscheinlich daraus lernen, es zu vermeiden überhaupt wieder in solch eine Situation zu kommen. Er stellt sich nicht seiner Angst, sondern geht ihr

gewissermaßen aus dem Weg. Er hat sich daraus schlussfolgernd ein Vermeidungsverhalten angewöhnt. Der Mensch mag zwar glücklich sein mit seinem neuen Verhaltensmuster, aber die ursprüngliche Angst ist in ihm nach wie vor vorhanden.

Wie bereits erwähnt, geht Flöttmann (2005) davon aus, dass durch Angst nicht nur die klassischen Verhaltensmuster, Angriff oder Flucht, sondern auch Bindung hervorgerufen wird. Damit meint der Autor, dass Menschen mit Angst oft das Bedürfnis haben, in eine sichere Umgebung zu flüchten. Und ein sicherer Ort ist für die meisten das eigene Zuhause beziehungsweise die eigene Familie. Meistens ist es die Mutter, bei der die Kinder Zuflucht suchen, sie vermittelt ihnen Geborgenheit und Sicherheit. Angst bewirkt daher eine starke Bindung an andere Menschen, die vorwiegend nächstehende Personen sind. Angst kann aber auch dazu führen, dass Menschen, die sich kaum oder gar nicht kennen, zusammenhalten und sich gegenseitig unterstützen, beispielsweise wenn sie von einer Katastrophe bedroht werden.

Solch eine stark hervorgerufene Bindung kann natürlich auch ins Negative kippen, wenn zum Beispiel ein Kind „überängstlich“ erzogen wird und damit stark an das Elternhaus gebunden wird, sodass es sich nicht mehr in die Welt hinaus traut (Flöttmann, 2005).

Wie gehen nun Pflegepersonen mit ängstlichen PatientInnen am besten um? Zuerst muss die Angst, zum Beispiel im Rahmen der Anamnese oder der weiteren Betreuung, festgestellt werden. Die Ausprägung der Angst kann mittels Skalen erfasst werden. Wichtig ist von Seiten der Pflegepersonen, dass sie Informationen zu den PatientInnen und ihren Ängsten sammeln und herausfinden, was die Ursache ihrer Angst ist. Des Weiteren sollten die Pflegepersonen über die Ressourcen und die Bewältigungsstrategien der PatientInnen Bescheid wissen (Bühlmann, 2004; Stefan et al., 2009).

Bühlmann (2004) nennt einige Interventionen, die PatientInnen helfen können ihre Ängste zu minimieren. Eine Möglichkeit wäre, den/die Patienten/in zu

unterstützen sich seiner/ihrer eigenen Angst zu stellen, um so etwas Distanz zu ihr gewinnen zu können und sie schlussendlich akzeptieren zu können.

Vielen PatientInnen hilft es, wenn ihnen die Pflegepersonen Sicherheit vermitteln und ihnen zeigen, dass sie für sie da sind. Manchen möchten wiederum von ihren Ängsten abgelenkt werden und gezwungen werden einer Beschäftigung nach zu gehen. Eine andere Möglichkeit wäre die Angst durch Medikamente zu dämpfen, dies ist jedoch lediglich eine Symptombekämpfung und behandelt nicht die Ursache der Angst (Bühlmann, 2004).

Auch Stefan et al. (2009) leiten einige pflegerische Maßnahmen aus der Pflegediagnose Angst ab. Sie schlagen vor, eine therapeutische Beziehung zu dem/der Patienten/in aufzubauen, indem die Pflegeperson seine/ihre Angst ernst nimmt und anerkennt. Die Pflegeperson soll dem/der Betroffenen die Möglichkeit bieten, seinen/ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen und ihn/sie unterstützen, die Bedeutung der Gefühle zu ergründen. Manchmal kann es auch die Aufgabe von Krankenpflegepersonen, die PatientInnen wieder in die Realität zurückzuholen. Entspannende Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Massage oder Aromapflege, können dem/der Patienten/in helfen sich zu beruhigen. Ist der/die Betroffene schon in einem eher panischen Zustand, ist es wichtig, bei ihm/ihr zu bleiben bis die Angst abgenommen hat. Die Pflegepersonen sollten darauf achten, dass der/die Patient/in nicht zu vielen Reizen ausgesetzt ist, damit er/sie zur Ruhe kommen kann, um dann mit ihm/ihr sein destruktives Verhalten zu erörtern und neue Bewältigungsstrategien finden zu können (Stefan et al., 2009).

Als weiteren wichtigen Punkt erachten Stefan et al. (2009) das Fördern der Kommunikation und der Beziehung. Dazu zählt, dass die Pflegepersonen den PatientInnen Beratung anbieten und sie in den Pflegeprozess miteinbinden. Dies bedeutet, dass sie gemeinsam mit ihnen Ziele erarbeiten und sie über Maßnahmen zur Angstreduktion informieren. Darüber hinaus, sollte das Krankenpflegepersonal die PatientInnen bei der Durchführung der Maßnahmen professionell begleiten und alle Schritte des Pflegeprozesses dokumentieren (Stefan et al., 2009).

Als weitere Intervention wird das Fördern des Wohlbefindens des/der Patienten/in beschrieben. Dies geschieht wiederum durch Information über Bewältigungsstrategien und angstauslösende Faktoren. Darüber hinaus ist es wichtig die Ressourcen der PatientInnen zu nützen und Fähigkeiten zu entwickeln, um die negativen Gedanken der PatientInnen auszuschalten. Eine weitere Möglichkeit wäre dem/der Patienten/in das Führen eines Angsttagebuches vorzuschlagen. Auch sportliche Aktivitäten können dazu beitragen, dass der/die Betroffene Ängste abbaut. Treten öfters Angstzustände bei PatientInnen auf, können die Pflegepersonen über Therapiemöglichkeiten informieren (Stefan et al., 2009).

Im Allgemeinen ist zu sagen, dass vor allem vertrauensvolle Beziehungen mit Pflegepersonen, aber auch mit Angehörigen den PatientInnen eine große Unterstützung bieten (Bühlmann, 2004).

3. Präoperative Angst

3.1. Begriffsverständnis von präoperativer Angst

Die Ursachen für Angst im Krankenhaus können vielfältig sein. Bühlmann (2004) führt an, dass in der Literatur häufig folgende Ursachen angegeben werden:

Die Angst....

- vor dem Spitaleintritt
- vor Schmerzen
- vor bestimmten Behandlungen
- vor bevorstehenden chirurgischen Eingriffen, [...]
- vor der Verlegung von der Intensivstation auf die Bettenstation (Sicherheitsverlust)
- vor persönlichen Veränderungen
- vor vorübergehender oder dauernder Invalidität
- vor Trennung von der Familie
- vor dem Tod.

(Bühlmann, 2004, S.85-86)

Steht ein/e Patient/in kurz vor einer Operation, hat er/sie nicht nur Angst vor dem Eingriff an sich, sondern viele andere Ängste mischen bei ihm/ihr mit, darunter gehören auch einige der oben genannten Ängste. Jeder Mensch bringt eine andere Vorgeschichte in das Krankenhaus mit und jeder geht anders mit seinen Ängsten um.

Hammer (2009) interviewte sechs PatientInnen zu deren Angsterleben vor und nach einer aortokoronaren Bypassoperation und stellte dabei fest, dass sich die TeilnehmerInnen ganz unterschiedlich mit ihrem Eingriff auseinandersetzten. Die einen erzählten offen von ihren Gefühlen und Ängsten, andere vermieden

es eher sich mit diesen auseinanderzusetzen, zeigten ihre Angst aber durch Emotionen oder durch eine religiös motivierte Schicksalsergebenheit. Der Glaube an Gott, der PatientInnen durch schwierige Zeiten helfen kann, gehört laut Studie von Vargas, Maia und Dantas (2006) durchaus zu den positiven Gefühle. Insgesamt zeigten fünf von sechs PatientInnen eine mäßige bis sehr starke Angst und die Sechste war vor der Operation zumindest verunsichert (Hammer, 2009).

Die Ängste, die PatientInnen vor einer Operation schildern, können teilweise sehr vielfältig sein. Sie betreffen einerseits die präoperative Phase, wie zum Beispiel die Angst vor der langen Wartezeit bis zur Operation (Allen, Carr, Barrett, Brockbank, Cox & North, 2002; Perks, Chakravarti & Manninen, 2009). Die Ängste können sich andererseits auch direkt um die Operation drehen. PatientInnen äußerten die Sorge, in der Narkose keine Kontrolle mehr über ihren Körper zu haben oder eventuell nicht mehr aus der Narkose aufzuwachen (Hammer, 2009; Susleck, Willocks, Secrest, Norwood, Holweger, Davis, Myhan & Trimpey, 2007). Dies weist auf die Angst vor dem Tod hin, die bei vielen PatientInnen eine große Rolle spielt. Vor allem bei PatientInnen, die sich einer Herzoperation unterziehen, ist dies eine vordergründige Angst (Heikkilä, Paunonen, Laippala & Virtanen, 1998; Hammer, 2009).

Betroffene äußern außerdem Angst vor Schmerzen, die während oder nach dem operativen Eingriff auftreten könnten (Mitchell, 2008). Viele machen sich außerdem Sorgen in Bezug auf den postoperativen Verlauf, wie zum über etwaige körperliche oder psychische Schäden (Perks et al., 2009). Sie äußern die Angst vor Komplikationen oder die Angst nach der Operation pflegebedürftig zu sein (Hammer, 2009).

Daraus ist zu erkennen, dass sich PatientInnen vor einem Eingriff oft mit mehreren Ängsten konfrontiert sehen.

Wie oben bereits erwähnt, spielt auch die Vorgeschichte eines jeden Menschen eine große Rolle für das Angsterleben. Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto, Bandeira und Ferreira (2001) stellten beispielsweise in einer

Querschnittstudie fest, dass eine vorangegangene Operation das Angstrisiko reduziert. Faktoren, die das Risiko, Angst vor einem Eingriff zu haben, erhöhen, können psychiatrische Erkrankungen oder vorangegangene Krebserkrankungen sein. Des Weiteren wurden Assoziationen mit einem hohen Angstrisiko und einer negativen Vorstellung über die Zukunft, sowie Rauchen in der Vergangenheit festgestellt. Ein mittelmäßiges Risiko für die präoperative Angst stellen heftige depressive Symptome, eine hohe „trait-anxiety“¹, starke Schmerzen, eine mittelgroße Operation, das weibliche Geschlecht und zwölf oder mehr Jahre Bildung dar (Caumo et al., 2001).

Die Menschen entwickeln in ihrem Leben ihre eigene Strategie, um mit ihren Ängsten umzugehen. Hammer (2009) unterscheidet zwischen dem Hauptverhalten und dem Nebenverhalten. Unter Hauptverhalten wird das Verhalten verstanden, durch das seine StudienteilnehmerInnen den Großteil der Angst reduzieren konnten. Als Nebenverhalten werden die anderen Bewältigungsstrategien bezeichnet, die von den Interviewten erwähnt wurden. Hammer (2009) traf deswegen die Unterscheidung, weil jede/r seiner interviewten PatientInnen mehrere Verhaltensweisen zeigte. Laut dem Autor sind die Begriffe jedoch nicht als statisch anzusehen, sondern das Hauptverhalten kann sich postoperativ beispielsweise in ein Nebenverhalten umwandeln und umgekehrt. Als Hauptverhalten bezeichnet Hammer (2009) Vertrauen und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung. Die PatientInnen berichteten, dass der Glaube an Gott oder der Glaube an die Medizin und ihre ExpertInnen, ihnen Vertrauen schenkte. Unter sozialer Unterstützung verstanden die meisten TeilnehmerInnen den Beistand des/der Ehepartners/in. Diese Unterstützung konnte sich durch körperliche Nähe beziehungsweise Anwesenheit oder durch Gespräche zeigen. Die EhepartnerInnen zeigten sich in dieser Studie als wichtigste Bezugspersonen, jedoch berichtete ein/e Patient/in auch von der Unterstützung durch eine Nonne und zwei Personen schilderten die Unterstützung durch Angestellte des Krankenhauses.

¹ dieser Begriff wird als habituelle Angst oder auch als „Ängstlichkeit“ übersetzt.

Hammer (2009) beschreibt sieben unterschiedliche Nebenverhaltensweisen. Als erstes nennt er die Vermeidung von beängstigenden Gedanken durch Ablenkungsverhalten, welches geistige oder körperliche Beschäftigungen sein können. Drei der PatientInnen versuchten sich Informationen über die Operation von verschiedenen Quellen zu beschaffen. Andere Bewältigungsstrategien waren das Treffen von Vorkehrungen für einen möglichen Tod oder zu wissen, nicht alleine betroffen zu sein. Als weiteres bewusstes Nebenverhalten wurden sowohl die soziale Unterstützung, als auch die aktive Gesinnung und die Betonung einer optimistischen Gesinnung beschrieben. Hammer (2009) nennt außerdem unbewusste Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel das Verleugnen der Krankheit oder der Bedrohung durch die Operation, die jedoch auf reiner Interpretation des Autors beruhen.

Als Folgen von präoperativer Angst werden viele verschiedene Dinge in Betracht gezogen. Einige Studien behandeln beispielsweise die Fragestellung, ob präoperative Angst Einfluss auf die postoperativen Schmerzen hat. Kain, Sevarino, Alexander, Pincus und Mayes (2000) stellten fest, dass die Angst von PatientInnen sowohl direkt als auch indirekt die Schmerzen nach der Operation beeinflusst. Die präoperative Angst hat einen direkten Einfluss auf die unmittelbaren postoperativen Schmerzen, diese wiederum beeinflussen die Schmerzen, die der/die Patient/in auf der Station erlebt. Haben die PatientInnen Schmerzen während ihres postoperativen Aufenthaltes im Krankenhaus, ist es ebenfalls sehr wahrscheinlich, dass sie Schmerzen zu Hause haben. Die präoperative Angst sagt folglich indirekt postoperative Schmerzen im Krankenhaus und zu Hause voraus (Kain et al., 2000). Schadewaldt und Nielsen (2011) konnten wiederum nicht bestätigen, dass die präoperative Angst ein Prädiktor für postoperative Schmerzen ist. Munafo und Stevenson (2001) fanden im Zuge einer systematischen Literaturübersicht zwölf Studien, die von einer Verbindung zwischen der Angst vor der Operation und den Schmerzen danach berichteten. Die Autoren möchten jedoch die Ergebnisse nicht verallgemeinern, da die Studienpopulationen sehr unterschiedlich sind und kein

Basisindex für Schmerzverhalten und –ausdruck eingesetzt wurde (Munafo & Stevenson, 2001).

Eine Studie von Van den Bosch, Moons, Bonsel und Kalkman (2005) stellte fest, dass präoperative Angst Einfluss auf postoperative Übelkeit und Erbrechen haben kann. Es stellte sich jedoch nur eine schwache, aber signifikante Verbindung heraus (Van den Bosch et al., 2005).

Eine etwas allgemeinere Aussage trafen Cohen, Fouladi und Katz (2005). Sie kamen in einer Untersuchung zu dem Schluss, dass präoperative psychosoziale Faktoren, postoperative Schmerzen und den Bedarf an Morphium beeinflussen (Cohen et al., 2005).

3.2. Sicht der PatientInnen

Allen, Carr, Barrett, Brockbank, Cox und North (2002) führten eine Studie mit 80 weiblichen Patientinnen durch, die sich einer gynäkologischen Operation unterzogen, um die Prävalenz und Ausprägungen der Angst prä- und postoperativ zu erörtern. Es wurde sowohl mit quantitativen, als auch mit qualitativen Methoden gearbeitet. Die Angst der Patientinnen wurde mittels der „State Trait Anxiety Inventory“ (STAI) und der „Visual Analogue Scale“ (VAS)² erfasst. Es zeigte sich, dass die Angst der Patientinnen in der Nacht vor der Operation bis zur Anästhesie ständig zunahm und am ersten postoperativen Tag deutlich wieder zurückging. Insgesamt waren rund fünfzig Prozent der Probandinnen sehr ängstlich am Morgen der Operation.

Die qualitativen Ergebnisse der Studie entstanden durch ein semistrukturiertes Interview, welches eine Woche nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mit den Patientinnen geführt wurde. Das Ziel war es, die Erfahrungen der Teilnehmerinnen noch besser zu verstehen. Hierbei wurden lediglich 44 Patientinnen erfolgreich interviewt. Sie wurden zu den vier Hauptthemen

² diese Messinstrumente werden im Kapitel 3.4. noch näher erläutert.

befragt: Ursachen der Angst, Linderung der Angst, persönliche Bewältigungsstrategien und Verbesserung im Angstmanagement (Allen et al., 2002).

Die Ursachen der Angst aus Sicht der Patientinnen waren vielfältig. Eine berichtete Ursache waren fehlende Informationen, die sich auf den Aufenthalt, das Verfahren während der Operation und den Heilungsverlauf bezogen. Teilweise erhielten die Probandinnen auch falsche Informationen von Personen aus Gesundheitsberufen. Im Gegensatz dazu berichteten Teilnehmerinnen, die selbst im Gesundheitssystem tätig sind, dass ihre Angst deswegen zunahm, weil sie genau wussten, was auf sie zukam. Das heißt sowohl falsche Informationen, als auch zu wenige oder zu viele Informationen können angstausslösend sein (Allen et al., 2002).

Viele Patientinnen machten sich auch Sorgen über die Komplikationen im Zuge der Operation oder der Narkose, über die Nebenwirkungen der Medikamente und über mögliche postoperative Infektionen. Einige äußerten Bedenken, dass etwas Unerwartetes passieren könnte, wie zum Beispiel physisch oder psychisch anders als üblich aufgrund der Narkose zu reagieren. Die Sorge nach der Operation Schmerzen zu haben, wird in der Studie von Allen et al. (2002) als weitere Ursache für Angst benannt.

Ein weiteres Problem stellen die fehlende Zeit und die Wartezeit dar. Die Patientinnen berichteten, dass sie zu wenig Zeit hatten, sich auf den Krankenhausaufenthalt vorzubereiten, da sie teilweise erst zwei Wochen vorher Bescheid bekamen. Eine Mutter musste beispielsweise noch eine Betreuung für ihre Kinder organisieren. In Bezug auf die Wartezeit äußerten Probandinnen, dass die Zeit am Tag vor der Operation, in der nichts getan wird, zum Beispiel, wenn die Patientinnen am Sonntag gekommen sind, ihre Angst noch mehr steigert. Aber vor allem die Wartezeit bis zur Einschleusung in den Operationssaal, wird als angsteinflößend empfunden. Gilmartin und Wright (2008) schreiben in ihrer Studie, dass sich viele ihrer ProbandInnen in dieser Zeit sehr verlassen gefühlt haben und Ansprache gebraucht hätten, sich jedoch die Krankenschwestern nicht um sie gekümmert haben.

Ein anderes Problem, welches Allen et al. (2002) identifizierten, stellte für manche Probandinnen die Unruhe im Krankenhaus dar. Sie konnten deswegen nicht gut schlafen oder sich untertags nicht erholen. Anderen wiederum war es zu ruhig, sie fühlten sich isoliert und bemängelten nichts tun zu können außer zu lesen. Eine weitere ausschlaggebende Ursache, die die Angst vor der Operation erhöht, ist aus Sicht der Patientinnen die Verzögerung der Operation oder wenn sie vor der Aufnahme erfahren, dass doch kein Bett frei ist (Allen et al., 2002).

Die Beziehung zu den ÄrztInnen und den Pflegepersonen ist vielen Menschen, die im Krankenhaus liegen wichtig. Verläuft diese nicht nach ihrem Wunsch, so steigert es bei manchen noch mehr das Angstgefühl vor der Operation. Die Patientenrolle anzunehmen, ist für viele nicht leicht, weil sie ihre eigene Unabhängigkeit aufgeben müssen und – wie einige Interviewte schilderten – sich hilflos und verletzlich fühlen, was wiederum zur Ängstlichkeit führt. Einige Patientinnen berichteten, dass sie nicht als „nervende“ oder schwierige Patientinnen von den Pflegepersonen oder den Zimmernachbarinnen angesehen werden wollten und sich daher, nur wenn es wirklich wichtig oder dringend war, sich trauten den Schwesternruf zu betätigen (Allen et al., 2002). Zuallerletzt wird in der Studie von Allen et al. (2002) noch eine weitere Ursache von Angst benannt und zwar die Sorge um Familie, Freunde oder Mitpatientinnen. Eine Patientin berichtete beispielsweise, dass sie sich Sorgen um ihren Mann machte, der alleine zuhause war und dass sie traurig war, den Geburtstag ihres Sohnes verpasst zu haben.

Anhand dieser zahlreichen Beispiele, die in der Studie aufgezeigt werden, ist gut zu erkennen, dass viele verschiedene Ereignisse und Umstände dafür verantwortlich sein können, dass präoperative Angst ausgelöst oder gesteigert wird.

Vargas, Maia und Dantas (2006) führten eine qualitative Studie mit 20 männlichen Patienten durch, die sich einer Herzoperation unterzogen. Das Ziel der Studie war es, die Gefühle der Patienten zu identifizieren, als sie die

Neuigkeit erfahren, dass sie operiert werden müssen und später, als sie sich in der präoperativen Phase befanden. Die Patienten wurden zu diesen beiden Zeitpunkten in einem semistrukturierten Interview befragt. Es wurden laut den AutorInnen deswegen nur männliche Patienten befragt, weil erstens mehr Männer von Herzkrankheiten betroffen sind und zweitens, um Fehler in der Auswertung zu vermeiden, da die Möglichkeit besteht, dass Frauen anders reagieren als Männer.

Die Ergebnisse der Befragung ergaben zwei Hauptkategorien: 1. Gefühle der Besorgnis und 2. positive und hoffnungsvolle Gefühle. Ersteres drückte sich in den Interviews meist durch Gefühle, wie zum Beispiel Furcht, Angst oder Sorge aus. Andere Patienten äußerten wiederum Argwohn oder Nervosität gegenüber den Neuigkeiten, sich einer Operation unterziehen zu müssen. Die Patienten sprachen in den Interviews aber nicht nur von den negativen Gefühlen, sondern auch von positiven. Diese hoffnungsvollen und positiven Gefühle traten meist in der präoperativen Phase auf, im Gegensatz zu den Gefühlen der Besorgnis, die meist beim Erhalt der Neuigkeit über die Operation aufkamen. Die sogenannten positiven und hoffnungsvollen Gefühle schließen hier die Hoffnung auf Heilung und Rehabilitation mit ein. Dazu zählt auch die Ruhe, die durch den Glauben an Gott oder durch einen Mitpatienten, der eine ähnliche Operation überstanden hat, hervorgerufen wurde. Die Gewissheit, dass die Operation lebensnotwendig ist, und die damit verbundene Gelassenheit sind weitere positive Gefühle (Vargas et al., 2006).

Daraus schlussfolgernd, sind die meisten Patienten anfangs sehr besorgt und haben Angst vor der Operation, bis sie schließlich akzeptieren, dass sie operiert werden müssen und sie eine positivere Einstellung gegenüber dem Eingriff erlangen (Vargas et al., 2006).

Susleck, Willocks, Secrest, Norwood, Holweger, Davis, Myhan und Trimpey (2007) untersuchten in einer phänomenologischen Studie die Erfahrung im Zuge der Narkose aus der Sicht von PatientInnen. Zehn TeilnehmerInnen, fünf männliche und fünf weibliche, wurden befragt, wie sie die Zeit vor, während und nach ihrem Eingriff erlebt haben. Die Interpretation der Ergebnisse ergab, dass

Kontrolle das Hauptthema war. Der Begriff Kontrolle wurde in Beziehung zu drei weiteren Kategorien gesetzt, diese lauten „Andere“, „Selbst“ und „Zeit“. Die Kontrolle über sich selbst, wie zum Beispiel die Möglichkeit noch eigene Entscheidungen treffen zu können, wurde von einigen TeilnehmerInnen als wichtig erachtet. Es wurden aber auch negative Erfahrungen in Bezug auf diese Kategorie gemacht. Das heißt PatientInnen berichteten vom Verlust ihrer Selbstkontrolle, weil sie sich beispielsweise im Zuge der Narkose hilflos fühlten. Manche hatten Angst, die Kontrolle über ihren Körper zu verlieren. Eine Teilnehmerin schilderte beispielsweise, dass sie ihre Menstruation hatte und es ihr nicht erlaubt war, ein Tampon während der Operation zu tragen, was für sie sehr peinlich war. Auch der Tod wurde von vielen PatientInnen angesprochen. Kontrolle in Bezug auf „Andere“ wurde erfahren, indem die TeilnehmerInnen sich entweder abhängig von anderen Personen, zum Beispiel den Krankenschwestern fühlten oder, dass sie die Kontrolle anderen übertrugen, indem sie auf ihre/n Arzt/Ärztin oder auf eine höhere Macht vertrauten. Die dritte Kategorie „Zeit“ zeigte sich dadurch, dass die TeilnehmerInnen meinten, sie haben keinen Einfluss auf die Zeit. Manche hielten die lange Wartezeit nicht aus und versuchten die Zeit zu beschleunigen, andere wiederum beunruhigte es, dass sie nicht wussten, was als Nächstes auf sie zukommt (Susleck et al., 2007).

3.3. Sicht der Pflegepersonen

Über die Sichtweise von Pflegepersonen in Bezug auf die präoperative Angst von PatientInnen hat die Verfasserin dieser Arbeit nur wenig Literatur in den Datenbanken finden können.

Frazier, Moser, Riegel, McKinley, Blakely, Kyungeh und Garvin (2002) führten mit 783 „Critical-Care Nurses“, das sind Pflegepersonen die im Intensiv- oder Herzüberwachungsbereich arbeiten, eine Befragung durch. Dazu entwickelten die AutorInnen ein eigenes Instrument, den „Critical Care Nurse Anxiety Identification and Management Survey“. Die Befragung setzt sich aus vier

Teilen zusammen. Der erste Teil besteht aus 61 klinischen Indikatoren für Angst, die nach einer 5 Punkte-Likert Skala von „nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“ bewertet werden sollen. Danach sollen die fünf wichtigsten Indikatoren in eine Rangordnung gebracht werden. 71,3% der befragten Krankenpflegepersonen hielten die Messung von Angst für sehr wichtig. Nur zwei der Indikatoren wurden als „sehr wichtig“ eingestuft, das heißt sie erhielten einen Durchschnittswert von 4,5 oder mehr. Diese waren die Agitation und die Verbalisierung der Angst des/der Patienten/in. Die Agitation wurde als wichtigster Indikator für Angst gewertet, danach folgten der erhöhte Blutdruck und die erhöhte Herzfrequenz. Auf Platz vier landete die Verbalisierung der Angst und auf Platz fünf die Ruhelosigkeit. Interessanterweise sind die ersten zwei Indikatoren physiologische Variablen, was die Autoren vermuten lässt, dass sich die Krankenpflegepersonen mehr auf ihre Fähigkeit verlassen, die körperlichen Symptome zu erkennen (Frazier et al., 2002).

Im Jahr 2003 veröffentlichten Frazier, Moser, Daley, McKinley, Riegel, Garvin und Kyungeh den zweiten Teil ihrer Studie. Dieser Teil behandelt erstens die Erforschung der Vorstellung der „Critical-Care“ Krankenpflegepersonen über die Wichtigkeit eines Angstmanagements. Zweitens handelt er von Berichten der Krankenpflegepersonen über die Strategien, welche sie für das Angstmanagement einsetzen. Die Resultate der Studie zeigen, dass die meisten Krankenpflegepersonen Angstmanagement für wichtig erachten und glauben daraus Vorteile ziehen zu können. Ein Großteil der Befragten hält die Angst bei kritischen PatientInnen für lebensbedrohlich oder schädlich.

Im weiteren Verlauf der Umfrage mussten die Pflegepersonen 23 Interventionen des Angstmanagements beurteilen, wie oft sie die jeweiligen Maßnahmen in der Praxis umsetzen. Sie konnten von 1 = nie bis 7 = immer bewertet werden. Die Interventionen wurden in pharmakologische und nicht pharmakologische eingeteilt. Die Letzteren bestanden wiederum aus Informations- und Kommunikationsmaßnahmen und aus Präsenz der Familie oder anderen zur Unterstützung. Darüber hinaus zählten stressreduzierende

Techniken, wie zum Beispiel Musik hören oder Therapeutic Touch ebenfalls dazu (Frazier et al. 2003).

Es stellte sich heraus, dass die am häufigsten vorkommenden Interventionen zur Angstreduzierung, die Gabe von anxiolytischen Medikamenten und die PatientInnen über ihren Zustand und Verlauf zu beruhigen, waren. Weitere häufige Maßnahmen waren, Informationen zu geben, ruhig und langsam mit den PatientInnen zu sprechen und mitfühlende Berührungen. Zu 61-80% stellen die „Critical-Care Nurses“ sicher, dass ihre PatientInnen eine adäquate Schmerztherapie erhalten und versuchen die PatientInnen zu ermuntern ihre Ängste zu verbalisieren. Die Krankenpflegepersonen geben außerdem an, häufig einfache Begriffe zu verwenden und die Informationen zu wiederholen. Darüber hinaus versuchen sie mit ängstlichen PatientInnen mehr Zeit zu verbringen und ihnen mehr Kontrolle zu geben, indem sie in der Pflege Entscheidungen treffen dürfen. Als eine weitere häufige Intervention stellte sich die Reduktion von Stressoren aus der Umwelt heraus (Frazier et al. 2003).

Die Krankenpflegepersonen hielten folgende Interventionen zur Angstreduktion für weniger wichtig: positives Feedback für Bewältigungsmaßnahmen; die Familie zu Besuch bitten; der Familie uneingeschränkten Besuch erlauben; der Familie Besuch zu erlauben, wenn der/die Patient/in instabil ist; geistliche Beratung anzubieten und zu organisieren, und bei dem/der Patienten/in zu sitzen oder jemanden zu haben, der bei ihm/ihr sitzt. Die Verwendung von Musik oder von Entspannungstechniken wurde nur mit 12-40% als weniger wichtig eingeschätzt. Die am wenigsten vorkommenden Maßnahmen waren das Biofeedback, geführte Fantasiereisen, Meditation und Therapeutic Touch (Frazier et al. 2003).

Daraus schlussfolgernd, waren die häufigsten eingesetzten Interventionen entweder pharmakologische Maßnahmen oder Informations- und Kommunikationsmaßnahmen. So genannte stressreduzierende Techniken, wie Musik oder Fantasiereisen, werden sehr wenig im klinischen Alltag der Befragten eingesetzt. Dies könnte laut Frazier et al. (2003) daran liegen, dass

die Krankenpflegepersonen darüber zu wenig Wissen haben und, dass es noch zu wenig relevante Forschungsergebnisse gibt. Der Besuch der Familie wird ebenfalls von den Pflegepersonen als weniger wichtig erachtet. Das könnte nach den Interpretationen der Autoren daran liegen, dass die Pflegepersonen Bedenken haben, der Besuch könnte den/die Patienten/in zu sehr erregen und so den körperlichen Zustand negativ beeinträchtigen (Frazier et al. 2003).

Alle Interventionen zur Angstreduktion erscheinen sinnvoll. Es besteht jedoch laut Frazier et al. (2003) noch Forschungsbedarf, welche Maßnahmen bei welchen PatientInnen effektiv sind.

Eine Studie von Heikkilä, Paunonen, Laippala und Virtanen (1998) zeigte sehr interessante Ergebnisse in Bezug auf die Wahrnehmung von Krankenpflegepersonen auf die Ängste von PatientInnen. Genauer gesagt, wurden sowohl PatientInnen, die sich einer Angiographie der koronaren Herzgefäße unterzogen, als auch Krankenpflegepersonen zu 26 Items befragt. Die Erhebungszeitpunkte fanden vor und nach der Untersuchung statt. Die Pflegepersonen beantworteten den Fragebogen erst nach ihrer jeweiligen Schicht, nachdem die PatientInnen ihn ausgefüllt hatten. Die 26 Items mussten von beiden Gruppen nach einer 10-Punkte Likert Skala bewertet werden, von 1 = keine Angst bis 8-10 = hohe Angst, wobei die Krankenpflegepersonen noch die zusätzliche Auswahloption „nicht identifiziert“ hatten (Heikkilä et al., 1998).

Allgemein zeigte sich, dass es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Auffassung der Angst des/der Patienten/in gab. Die Krankenpflegepersonen schätzten die Angst der PatientInnen nämlich zweimal so hoch wie die Betroffenen selbst ein. Die Ängste, die die Krankenpflegepersonen am häufigsten nicht identifizieren konnten, waren die Angst vor sexuellen Problemen, die Angst vor Verlust des Einkommens und die Angst vor dem Tod. Bei der Befragung der PatientInnen sowohl vor als auch nach der Angiographie kam heraus, dass die Angst vor dem Tod bei den PatientInnen auf Platz drei liegt und die Angst vor einem Verlust des Einkommens auf Platz zehn. Nicht nur diese beiden Ängste wurden von den Krankenpflegepersonen unterschätzt, sondern auch die Angst vor

Schmerzen, vor einem Bypass, immobil im Bett zu sein, vor einer Koronarangioplastie und die Angst weg von zuhause und den Angehörigen zu sein. Die Krankenpflegepersonen hielten die Angst vor den Untersuchungsergebnissen für die größte Angst der PatientInnen vor der Koronarangiographie. Diese erhielt nur Platz fünf bei den PatientInnen, die wiederum am meisten Angst hatten, einen Bypass zu bekommen. Die Angst vor der Unsicherheit über die Krankheit nahm bei beiden Gruppen Platz zwei vor dem Eingriff und Platz vier nach dem Eingriff ein. Interessanterweise schätzten Krankenpflegepersonen, die älter als fünfzig Jahre waren, und die, die weniger Zusatzausbildungen hatten, bestimmte Ängste der PatientInnen richtiger ein (Heikkilä et al., 1998).

Im Allgemeinen zeigten die Resultate laut Heikkilä et al. (1998), dass die Pflegepersonen die Ängste der PatientInnen vor der Angiographie über- und danach unterschätzten. Trotzdem waren die ersten zehn Plätze ziemlich deckungsgleich bei beiden Untersuchungsgruppen (Heikkilä et al., 1998).

3.4. Instrumente zur Angstmessung

3.4.1. The State Trait Anxiety Inventory (STAI)

Die „State Trait Anxiety Inventory Scale“ (STAI) wurde bereits 1970 von Spielberger et al. entwickelt. Einige Jahre später übersetzten Laux, Glanzmann, Schaffner und Spielberger (1981) das Messinstrument ins Deutsche. Der STAI besteht aus zwei Fragebögen mit jeweils zwanzig Items. Der erste Fragebogen befasst sich mit der „state anxiety“, also mit der aktuellen Angst und die anderen zwanzig Items mit der habituellen Angst, der „trait anxiety“. Die einzelnen Items bestehen aus kurzen Selbstaussagen. Die Testperson muss eine Auswahl treffen, was auf seinen oder ihren aktuellen Gefühlszustand zutrifft. Er/Sie kann zwischen vier verschiedenen Antwortmöglichkeiten wählen,

zwischen trifft „überhaupt nicht“, „wenig“, „ziemlich“ oder „sehr“ zu. Die Fragebögen bestehen aus jeweils sieben negativ und dreizehn positiv formulierten Items. Die Punkte der Items werden zusammengerechnet und insgesamt kann ein Gesamtscore zwischen zwanzig und achtzig erreicht werden.

Dieses Messinstrument gibt daher den momentanen Gefühlszustand wieder. Laut Laux et al. (1981) ist der STAI flexibel und in allen Situationen, in denen Angst relevant ist, einsetzbar. Die Testpersonen benötigen keine bestimmten Voraussetzungen, um den Fragebogen auszufüllen. Für jeden Fragebogen brauchen sie zirka drei bis sechs Minuten Zeit.

Der STAI kann im klinischen Bereich und im Bereich der Forschung eingesetzt werden. Er ist außerdem eines der am häufigsten eingesetzten Messinstrumente (Laux et al., 1981) und wird in der Literatur oft als „goldener Standard“ beschrieben.

3.4.2. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Moerman, van Dam, Muller und Oosting (1996) entwickelten ein neues Messinstrument, die „Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale“ (APAIS). Sie kritisierten an der „State-Trait Anxiety Inventory“ (STAI) von Spielberger et al., obwohl es sehr oft zur Angstmessung herangezogen wird, dass er zu umfangreich und für den stressigen klinischen Alltag, in dem dem/der Patienten/in oft wenig Zeit hat, ungeeignet ist.

Sie erkannten außerdem, dass vielen PatientInnen die Angst vor der Operation zu schaffen macht und dass ein großer Informationsbedarf von Seiten der PatientInnen besteht. Daraus schlussfolgernd, fassten die Autoren den Beschluss ein neues Instrument zu entwerfen, welches aus wenigen Items besteht, aber zugleich die Angst und den Informationsbedarf der PatientInnen feststellen soll (Moerman et al., 1996).

Es entstand die „Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale“ (APAIS), bestehend aus sechs Items, welche Jahre später von Berth, Petrowski und Balck (2007) ins Deutschsprachige übersetzt wurden:

1. I am worried about the anaesthetic.	1. Ich mache mir Sorgen über die Anästhesie.
2. The anaesthetic is on my mind continually.	2. Die Anästhesie geht mir ständig durch den Kopf.
3. I would like to know as much as possible about the anaesthetic.	3. Ich möchte so viel wie möglich über die Anästhesie wissen.
4. I am worried about the procedure.	4. Ich mache mir Sorgen über die Operation.
5. The procedure is on my mind continually.	5. Die Operation geht mir ständig durch den Kopf.
6. I would like to know as much as possible about the procedure.	6. Ich möchte so viel wie möglich über die Operation wissen.

Abb. 1: Items of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale English and German version, Berth et al., 2007, S. 3

Die Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale wurde nun mit Hilfe von 320 PatientInnen getestet. 200 der ProbandInnen mussten zusätzlich die zwanzig Items der STAI, die die Zustandsangst behandeln, beantworten, um sicherzugehen, dass das neue Instrument tatsächlich die Angst misst.

Bei der APAIS behandeln vier der sechs Items die Angst vor der Anästhesie und vor der Operation, die anderen zwei Items (Frage 3 & 6) repräsentieren den Informationsbedarf. Jedes Item beziehungsweise jede Frage kann von 1 bis 5 bewertet werden. Die Angstskala, die sich aus der Beantwortung der Fragen 1, 2, 5 und 6 ergibt, kann sich auf einer Gesamtpunktzahl von vier bis zwanzig erstrecken. Bei der Informationsbedarfsskala können nur zwei bis zehn

Punkte erreicht werden, da sie nur aus Item 3 und 6 besteht (Moerman et al., 1996).

Die Ergebnisse der Angstsкала zeigten, dass Frauen mehr Angst hatten vor der Operation und der Anästhesie als Männer. Interessant war, dass sich die Angst bei Männern, die bereits eine Operation hatten, verringerte. Bei den weiblichen TeilnehmerInnen wurde allerdings festgestellt, dass es keinen Unterschied macht, ob sie schon Erfahrungen mit operativen Eingriffen gemacht haben oder nicht. Des Weiteren ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Alter, Art der Operation und der Punktzahl der Angstsкала, ebenso bei der Informationsbedarfssкала. Hingegen der Erwartungen von Moerman et al. (1996), konnte durch die Befragung nicht klar zwischen der Angst vor der Operation und der Angst vor der Anästhesie getrennt werden. Die AutorInnen erklärten dies damit, dass die Angst der PatientInnen diffus ist und nicht klar auf die Operation oder die Anästhesie fokussiert werden kann.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass es einen Unterschied für den Bedarf an Informationen macht, ob der/die Patient/in bereits eine Operation hatte oder nicht. Die TeilnehmerInnen, die noch nie operiert wurden, hatten eine deutliche höhere Punktezahl, also einen höheren Informationsbedarf.

Die PatientInnen wurden in der Skala, die den Bedarf an Information errechnet, in drei Gruppen eingeteilt. Die ProbandInnen, die zwei bis vier Punkte erzielten, benötigten keine oder nur wenige Informationen, sie wurden von den Autoren als „blunters“ bezeichnet. In die zweite Gruppe fielen die, die fünf bis sieben Punkte hatten. Sie hatten einen mittelmäßigen Bedarf an Information. Die TeilnehmerInnen mit acht bis zehn Punkten wollten so viel Information wie möglich bekommen, sie wurden die „monitors“ genannt. Darüber hinaus stellten Moerman et al. (1996) und später Berth et al. (2007) fest, dass Personen mit einem höheren Informationsbedarf auch mehr Angst haben. Die meisten PatientInnen hatten einen mittleren oder einen hohen Informationsbedarf.

Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass ab einem Wert von elf Punkten bei der Angstsкала der APAIS von einer Angstsituation gesprochen werden kann (Moerman et al., 1996).

Die APAIS erwies sich außerdem als reliables und valides Messinstrument. Dies stellte sich auch in einer Studie von Berth et al. (2007) heraus, die die APAIS ins Deutsche übersetzten und prüften. Die Autoren verglichen die deutsche Version mit anderen Fragebögen und fanden heraus, dass eine hohe Korrelation mit inhaltsnahen Angstfragebögen besteht und eine niedrige Korrelation mit inhaltsferneren Messinstrumenten (Berth et al., 2007).

Insgesamt ist das Instrument einfach zu handhaben und die PatientInnen benötigen nur wenige Minuten zum Beantworten der Fragen. Darüber hinaus lässt sich mit der APAIS schnell feststellen, ob der/die PatientIn Angst hat und in welchem Ausmaß er/sie Informationen benötigt (Moerman et al., 1996; Berth et al., 2007).

3.4.3. Visual Analogue Scale

Die Visual Analogue Scale (VAS) ist ein Instrument, welches versucht Einstellungen oder Eigenschaften messbar zu machen. Phänomene, wie zum Beispiel Schmerz, aber auch Angst, sind schwer in Kategorien einzuordnen, daher geht die VAS von einem Kontinuum aus. Das bedeutet, dass beispielsweise der Schmerz auf einem Kontinuum von „kein Schmerz“ bis „sehr starker Schmerz“ liegt. Dieses Kontinuum wird normalerweise als 100mm lange horizontale Linie dargestellt, an deren Ende sich jeweils beschreibende Wörter finden. Der/Die Patient/in muss nur eine Stelle auf der Skala markieren, wo er/sie glaubt, dass es seinen/ihren Zustand widerspiegelt (Gould, Kelly, Goldstone & Gammon, 2001).

How severe is your pain today? Place a vertical mark on the line below to indicate how bad you feel your pain is today.

No pain | _____ | Very severe pain

Abb. 2: Visual Analogue Scale, Gould et al., 2001, S. 706

Die Punkteanzahl wird schlussendlich festgestellt, indem die Millimeter von dem linken Ende bis zu der Markierung gemessen werden. Dieses Messinstrument ist ebenfalls geeignet, um einen Verlauf sehen zu können, zum Beispiel in Bezug auf das Schmerzgeschehen der einzelnen PatientInnen (Gould et al., 2001).

Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl und Scheidegger entwickelten 2000 eine Visual Analogue Scale, die die Angst und die Bedenken der PatientInnen einschätzen kann:

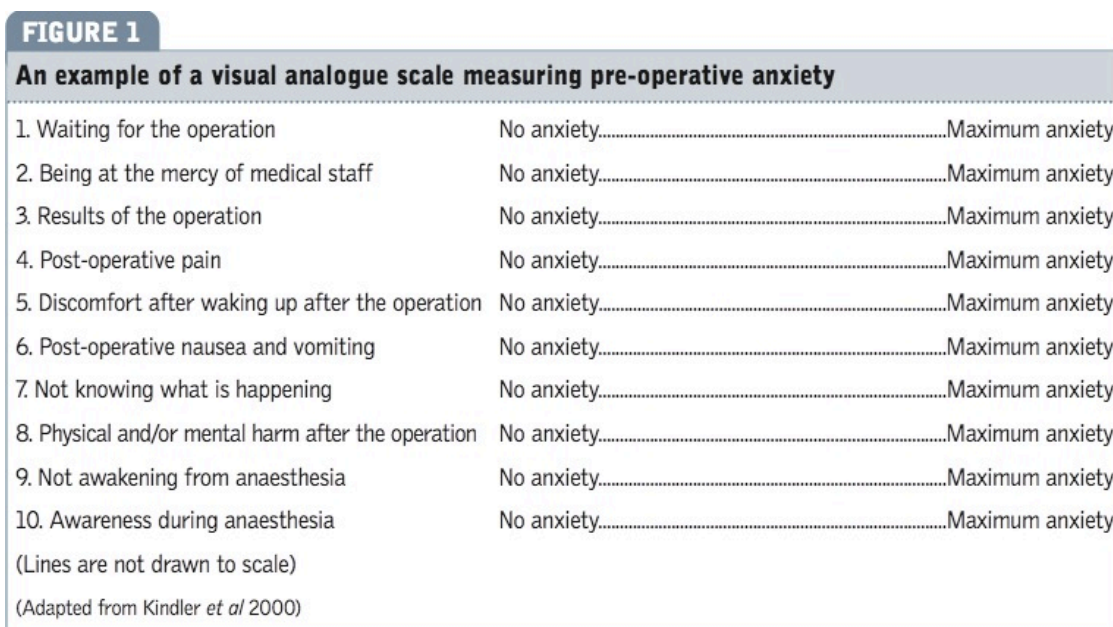


Abb. 3: Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale, Pritchard M., 2010, S. 42

Die VAS kann sowohl präoperativ, als auch postoperativ eingesetzt werden. Postoperativ kann herausgefunden werden, wie ängstlich der/die Patient/in war, dazu muss die VAS leicht adaptiert werden, indem die ersten zwei Fragen herausgenommen werden. Insgesamt umfassen die zehn Fragen drei Bereiche: Angst vor dem Ungewissen, Angst sich krank zu fühlen und Angst um das eigene Leben. Das macht es möglich, nicht nur das gesamte Angstlevel festzustellen, sondern auch zu differenzieren, wovor der/die Patient/in mehr

Angst hat. Die VAS von Kindler et al. (2000) hat den Vorteil, dass sie eine einfache Methode ist, um Angst zu ermitteln und die PatientInnen nur zirka fünf Minuten zum Ausfüllen benötigen. Daher kann dieses Messinstrument ebenfalls gut in den klinischen Alltag implementiert werden (Pritchard, 2010). Krankenpflegepersonen eignen sich gut, um die Visual Analogue Scale mit den PatientInnen durchzuführen, da sie die meiste Zeit mit ihnen verbringen. Sie haben auch die Möglichkeit auf die Bedenken des/der Patienten/in einzugehen und weitere Maßnahmen einzuleiten, wie beispielsweise ihnen mehr Informationen zu geben oder den Anästhesisten auf die Ängste hinzuweisen.

3.4.4. The Yale Preoperative Anxiety Scale (für Kinder)

Kain, Mayes, Cicchetti, Bagnall, Finley und Hofstadter (1997) kritisieren an der State-Trait Anxiety Inventory, von der es auch eine Version für Kinder gibt, dass die Befragung zu viel Zeit benötigt und erst bei Kindern ab fünf Jahren angewendet werden kann. Daraus entstand die Idee, eine neue Messmethode zu erfinden, um die Angst von Kindern feststellen zu können. Anhand von Beobachtungen entwickelten Kain et al. (1997) die Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS), die schon bei Kindern ab einem Alter von zwei Jahren angewendet werden kann. Dieses Instrument stellte sich als reliabel und valide dar, im Vergleich zu der State-Trait Anxiety Inventory Scale, dem sogenannten goldenen Standard. Die YPAS kann präoperativ, aber auch bei der Einleitung der Narkose eingesetzt werden und benötigt weniger als eine Minute. Die Skala besteht aus fünf Kategorien (Aktivität, emotionale Ausdrucksstärke, Erregungszustand, Vokalisation, Inanspruchnahme der Eltern), die aus insgesamt 22 Items bestehen (Kain et al., 1997).

4. Interventionen

Um die präoperative Angst von PatientInnen zu lindern, werden in der Literatur viele verschiedene Maßnahmen erläutert. Eine oft angewandte Methode ist die Gabe von Medikamenten, die die Angst der PatientInnen herabsetzen oder die Stimmung der PatientInnen aufhellen sollen (Bühlmann, 2004). Wie Frazier et al. (2003) feststellten, ist die häufigste Intervention gegen Angst die Gabe von anxiolytischen Medikamenten. Vor allem vor einer Operation erhält der/die Patient/in als Prämedikation meist eine Schlaftablette. In einem Großteil der Studien wurde festgestellt, dass sich die Prämedikation positiv auf die präoperative Angst auswirkt (Mitchell, 2003). Aber die Medikamente „wirken nicht auf die Ursachen der Angst, sondern überspielen die Symptome“ (Bühlmann, 2004, S.98).

Daher ist es der Verfasserin ein Anliegen andere hilfreiche Methoden zur Angstreduktion, die Pflegepersonen anwenden können, in dieser Arbeit in den Vordergrund zu stellen.

In den folgenden Unterkapiteln wird deshalb näher auf organisationsbezogene Maßnahmen und auf pflegerelevante Maßnahmen mit Schwerpunkt auf Information und Beratung eingegangen. Darüber hinaus werden komplementäre Methoden, wie zum Beispiel die Aromatherapie, die Musiktherapie und die Akupunktur beschrieben. Zum Schluss werden noch weitere Maßnahmen kurz erläutert, die ebenfalls zur Reduktion der präoperativen Angst von PatientInnen beitragen können.

4.1. Organisationsbezogene Maßnahmen

Im Klinikum Lippe-Lemgo in Nordrhein-Westfalen wurde 2000 ein Qualitätszirkel gegründet, um die präoperative Situation der PatientInnen zu verbessern. Stradner (2002) schreibt, dass der Weg des/der Patienten/in zum

Operationssaal ab der Indikationsstellung vom/von der Arzt/Ärztin beginnt und in der postoperativen Phase endet. Das oberste Ziel ist, die Ängste der PatientInnen abzubauen, unter anderem durch Verbesserung der Krankenhausatmosphäre und unter Einbeziehung der MitarbeiterInnen, um auch deren Zufriedenheit zu steigern und dadurch die Arbeitsabläufe zu verbessern. Der Qualitätszirkel führte im Krankenhaus eine Problemanalyse durch. Dabei stellten sich vier Hauptprobleme heraus, aus denen wiederum Verbesserungsmaßnahmen entwickelt wurden. Eines der Probleme war, dass die PatientInnen nicht genügend informiert waren. Dies sollte durch eine Patientenbroschüre und ein Patientenvideo zu dem Thema „Operation“ und durch eine Präsentation der Ergebnisse des Qualitätszirkels behoben werden. Außerdem wurde ein Patientenleitfaden entwickelt, der in den Praxen der einweisenden ÄrztInnen aufliegen soll. Der Leitfaden wurde mit Hilfe der MitarbeiterInnen des Qualitätszirkels und der HausärztInnen erstellt und ist auf alle PatientInnen ausgerichtet, egal ob sie chirurgisch oder konservativ behandelt werden. Der Leitfaden informiert darüber, was alles ins Krankenhaus mitgenommen werden soll, vom Medikamentenfahrplan bis zu Befunden, und welche Service- und Dienstleistungen im Krankenhaus in Anspruch genommen werden können. Diese Maßnahme wurde laut Stradner (2002) bereits erfolgreich in die Praxis umgesetzt.

Das zweite Hauptproblem, das sich aus der Problemanalyse ergab, war die mangelnde Achtung der Intimsphäre der PatientInnen. Es wurde ein Rundschreiben verfasst, welches erläutert, dass Pflegepersonen die Zahnprothesen, Brillen und Hörgeräte der PatientInnen in den Operationssaal mitgeben können. Die Operierten können somit, nachdem sie aus der Narkose aufgewacht sind, wieder mit ihren Hilfsmitteln alle ihre Sinnesfunktionen nutzen und sich mitteilen. Eine weitere Maßnahme zur Wahrung der Intimsphäre war, die PatientInnen nicht länger durch die Eingangshalle in Richtung OP zu schieben. Außerdem wurden Regeln zur Ein- und Ausschleusung in und aus dem Operationssaal aufgestellt und der Bau einer zweiten OP-Schleuse geplant (Stradner, 2002).

Das dritte Problem, das sich im Klinikum Lippe-Lemgo ergab, war der unkoordinierte Operationsablauf. Die Verbesserungsmaßnahmen lauten: eine qualifizierte und unparteiische OP-Koordination, eine Verbesserung der Patientenaufnahmen und ein Patiententerminplaner (Stradner, 2002).

Als letztes Problem kristallisierten sich die veralteten baulichen Strukturen heraus. Dem sollte entgegengewirkt werden, indem der Aufzug nur mehr für zu operierende PatientInnen zu benutzen ist. Des Weiteren sollte der Flur zum OP und die Zimmer der PatientInnen neugestaltet werden. Stradner (2002) erläutert, dass zwei Jahre nach der Gründung des Qualitätszirkels bereits der Patientenleitfaden, die Internetpräsentation, das Mitarbeiter Rundschreiben und die Aufzugbenutzung in die Praxis umgesetzt worden sind, die anderen Maßnahmen waren zu jenem Zeitpunkt in Arbeit (Stradner, 2002).

Der Verfasserin war es leider nicht möglich festzustellen, ob bis dato alle Verbesserungen im Klinikum Lippe-Lemgo realisiert wurden. Jedoch ist dieses Projekt ein gutes Beispiel, wie Strukturen in einem Krankenhaus umgestaltet und verbessert werden können.

Implementierung eines Pflegemodells

Eine andere Möglichkeit, die Angst der PatientInnen zu reduzieren, wäre die Implementierung eines Pflegemodells, welches eine fixe Struktur vorgibt und gleichzeitig effektiv im Angstmanagement ist.

Erci, Sezgin und Kaçmaz (2008) starteten den Versuch Peplau's Modell der interpersonalen Beziehungen in die pflegerische Praxis zu implementieren. Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie effektiv sich das Modell auf die prä- und postoperative Angst der PatientInnen auswirkt. Insgesamt wurden 120 PatientInnen, die in einem allgemeinen Krankenhaus in der Türkei operiert wurden, für die Studie herangezogen. 60 der ProbandInnen kamen in die Versuchsgruppe und die andere Hälfte in die Kontrollgruppe. Bei der

Versuchsgruppe wurde das Modell von Peplau angewandt, die anderen erlebten den normalen Ablauf im Krankenhaus (Erci et al., 2008).

Das Modell von Peplau läuft in vier Phasen ab, der Orientierungsphase, der Identifikationsphase, der Ausbeutungsphase und der Auflösungsphase. Die ForscherInnen begleiteten die PatientInnen durch alle vier Phasen.

In der Orientierungsphase ging es um die Annäherung zwischen den PatientInnen und den ForscherInnen. Alle TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe gaben an, dass sie einen professionellen Beistand brauchen würden. Sie identifizierten gemeinsam die Gesundheitsprobleme der PatientInnen und sprachen über die Symptome. Darüber hinaus erklärten sie ihnen den prä- und postoperativen Ablauf und informierten sie über die Operation. Die WissenschaftlerInnen fanden gemeinsam mit den PatientInnen heraus, dass deren größte Angst, die Angst vor der Invalidität war (Erci et al., 2008).

In der zweiten Phase, der Identifikationsphase, wurde die Beziehung zwischen Forscher/in und Patient/in weiter entwickelt. Dies geschah, indem die WissenschaftlerInnen näher auf die Ängste und die Gefühle der einzelnen Personen eingingen. Darüber hinaus, wurden die TeilnehmerInnen noch einmal genau über die prä- und postoperativen Maßnahmen, mögliche Komplikationen, die Ernährung, die Narkose, die Schmerzen und über vieles mehr informiert. Diese Gespräche halfen den PatientInnen und auch ihren Angehörigen, neue Zuversicht im Umgang mit ihrem Gesundheitsproblem und ihren Ängsten zu gewinnen und förderte deren Hoffnung und Optimismus (Erci et al., 2008).

In der nächsten Phase, der Ausbeutungsphase, machten sich manche PatientInnen ihre verfügbaren Ressourcen zu Nutze. Sie begannen sich ihre eigenen Antworten zu ihrem Gesundheitsproblem zu suchen. Die WissenschaftlerInnen übernahmen nun die Rolle der BeraterInnen und dienten als Informationsquelle. Das Verhältnis von den PatientInnen zu den ForscherInnen entwickelte sich zu einer therapeutischen und vertrauensvollen

Beziehung. Je mehr sie miteinander interagierten, desto behaglicher wurde den TeilnehmerInnen aus der Versuchsgruppe zumute (Erci et al., 2008).

In der Auflösungsphase, geht es um die Auflösung der Beziehung, indem der/die Patient/in unabhängig wird. Die ForscherInnen stellten sich weiterhin für die PatientInnen zur Verfügung, um ihnen Informationen und Ratschläge geben zu können. Sie boten ihnen Informationen zu Themen, wie Gesundheitserhaltung, Arbeit oder Lebensstil an. Die PatientInnen nahmen diese Angebote zwar noch in Anspruch, aber sie suchten nicht mehr nach ständiger Unterstützung (Erci et al., 2008).

Erci et al. (2008) führten zusätzlich Angstmessungen im Laufe der Studie durch. Diese Messungen erfolgten zu vier verschiedenen Zeitpunkten mittels der „Beck Anxiety Inventory“.

Die erste Messung fand statt, bevor irgendwelche Maßnahmen des Peplaus Modells umgesetzt wurden. Das Ergebnis zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Angstlevel der Versuchs- und der Kontrollgruppe. Die zweite Messung erfolgte einen Tag vor der Operation, als die Intervention schon appliziert wurde. Sie bewies eine deutliche Reduktion der Angst in der Versuchsgruppe im Gegensatz zu der Kontrollgruppe. Bei den letzten beiden Messungen, die am ersten postoperativen Tag und am Tag der Entlassung stattfanden, nahm die Angst der Versuchsgruppe weiterhin signifikant ab (Erci et al., 2008).

Die Anwendung von Peplau's Modell der interpersonalen Beziehungen erwies sich als effektiv in der Reduktion von präoperativer Angst bei PatientInnen. Als Studieneinschränkung nennen die AutorInnen, dass sie selbst sowohl die Implementierung der Maßnahmen in der Versuchsgruppe durchgeführt haben, als auch die Angstmessung in beiden Gruppen vollzogen haben (Erci et al., 2008).

4.2. Pflegerelevante Maßnahmen

Um pflegerische Interventionen besser planen zu können, ist es wichtig zuerst über die Angst der PatientInnen zu wissen und was ihnen am meisten hilft ihre Ängste abzubauen.

Zu letzterem Punkt stellten Allen et al. drei Themen fest, die den PatientInnen am meisten bei der Angstreduktion halfen: 1) die Menschen, 2) „vorbereitet sein“ und 3) ein gutes Schmerzmanagement (Allen et al., 2002).

Die Teilnehmerinnen³ der Studie gaben an, dass ihnen am meisten die Menschen in ihrer Umgebung wichtig waren. Ein Großteil der Patientinnen erwähnte die Angestellten des Krankenhauses, vor allem die Pflegepersonen, die durch ihre Fürsorge und Beratung dafür sorgten, dass sich die Patientinnen auf der Station wohlfühlten. Die Mitpatientinnen wurden ebenfalls als eine wichtige Quelle der Unterstützung betrachtet. Sie konnten mit ihnen Informationen und Erfahrungen austauschen, über ihre Gefühle sprechen und über ihre Symptome diskutieren. Einige Patientinnen gaben an, sich gegenüber ihren Mitpatientinnen leichter öffnen zu können als zum Beispiel der Familie. Trotzdem stellt die Familie einen wichtigen Faktor dar, der ebenfalls zur Linderung der Angst beitragen kann. Etwas, das manchen Patientinnen half, ihre Angst zu minimieren, war das Tragen von Make-up und eigener Kleidung auf der Station. Dadurch fühlten sich die Teilnehmerinnen nicht so sehr als Patientinnen, sondern vielmehr als sich selbst (Allen et al., 2002).

Das zweite Thema „vorbereitet sein“ lässt sich zusammenfassen aus den vorhergehenden Erfahrungen und dem Erhalt von Informationen. Die Patientinnen, die bereits den Ablauf im Krankenhaus oder von einer Operation kannten, waren weniger ängstlich. Zu der Reduktion der Angst trug außerdem bei, wenn die Patientinnen genau über die Vorgänge informiert wurden (Allen et al., 2002).

Der letzte Punkt, der von den Patientinnen als wichtig erachtet wurde, ist das Schmerzmanagement. Viele Patientinnen machten sich vor der Operation Sorgen über ihre postoperativen Schmerzen oder hatten zuvor schon schlechte

³ an der Studie nahmen ausschließlich weibliche Patientinnen teil.

Erfahrungen in Bezug auf Schmerzen gemacht. Daher war ein gutes Schmerzmanagement für sie von großer Bedeutung (Allen et al., 2002).

4.2.1. Anamnese

Um PatientInnen in ihrer Angst helfen zu können, müssen die Pflegepersonen zuerst die Ängste und Sorgen der PatientInnen erkennen. Dies kann nur im Rahmen einer genauen Pflegeanamnese geschehen. Viele PatientInnen trauen sich nicht über ihre Ängste zu sprechen, sind dann aber froh, wenn die Pflegefachkraft dieses Thema anschneidet. Ob der/die Patient/in Angst hat oder nicht, sollte zuerst im Rahmen der Pflegeanamnese festgestellt werden, um dann darauf aufbauend eine Pflegediagnose formulieren zu können und folglich Maßnahmen ableiten zu können. Eine Hilfestellung für die Einschätzung der Angst wären zum Beispiel die bereits erwähnten Angstmessinstrumente (Bühlmann, 2004). Die Visual Analogue Scale ist beispielsweise eine leichte und einfache Methode, um die Angstintensität zu messen.

Ackeret (2003) fand heraus, dass erstens in der Pflegeanamnese sehr viele Informationen gesammelt werden und einiges davon nicht einmal pflegerelevant ist und zweitens die Anamnese nicht vorsieht, auf die Ängste von PatientInnen einzugehen. Ein weiteres Problem ist die fehlende Zeit der Pflegepersonen für eine genaue Befragung des/der Patienten/in und für eine genaue Ausformulierung der Pflegediagnose Angst, vor allem bei PatientInnen, die nur eine kurze Zeit im Krankenhaus bleiben. Die Autorin empfiehlt daher eine Vereinfachung des Diagnoseprozesses. Außerdem meint Ackeret (2003), dass es für die Zukunft wichtig sei, die Pflegekräfte besser im Bereich der Pflegediagnostik zu schulen und sie in der Praxisumsetzung zu unterstützen. Eine weitere Empfehlung der Autorin ist, in Teamsitzungen zu besprechen, wie in „turbulenten“ Zeiten auf der Station trotzdem effizient Pflegeprobleme erhoben werden können (Ackeret, 2003).

4.2.2. Information

Wie bereits erwähnt, ist der Erhalt von Informationen wichtig für die Vorbereitung des/der Patienten/in und für die Reduktion seiner/ihrer Ängste.

Zu diesem Schluss kamen auch McDonald, Hetrick und Green (2008). Sie untersuchten in einer systematischen Literaturübersicht, welche Auswirkungen eine präoperative Schulung von PatientInnen vor einer Hüft- oder Knieoperation auf die Situation des Einzelnen hat.

Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Erhalt von Informationen vor der Operation einen positiven Einfluss auf die präoperative Angst der PatientInnen hat. Es ließen sich jedoch keine Zusammenhänge zwischen der Informationsgabe und der Aufenthaltsdauer, der postoperativen Mobilität und Schmerzen und der Zufriedenheit der PatientInnen feststellen. Des Weiteren wirkte sich die Schulung nicht auf die Compliance und die postoperativen Komplikationen sowie postoperativen Ängste aus (McDonald et al., 2008). Sjöling, Nordahl, Olofsson und Asplund (2003) stellten ebenfalls fest, dass die präoperative Informationsgabe die Angst, genauer gesagt die „trait-anxiety“ (habituelle Angst), minimieren konnte. Im Gegensatz zu McDonald et al. (2008) kamen sie zu dem Schluss, dass die Weitergabe von Informationen vor der Operationen auch zu weniger postoperativen Schmerzen und zu einer höheren Patientenzufriedenheit in Bezug auf das Schmerzmanagement beiträgt (Sjöling et al., 2003).

Allgemein ist es den meisten PatientInnen wichtig, Informationen rund um die Operationen zu erhalten. Kiyohara, Kayano, Oliveira, Yamamoto, Inagaki, Ogawa, Gonzales, Mandelbaum, Okubo, Watanuki und Vieira (2004) kamen zu dem Ergebnis, dass der Großteil der PatientInnen über ihre Diagnose und das Operationsverfahren Bescheid weiß. Es können jedoch nur rund 40 Prozent Angaben zu der Narkose machen, was jedoch weder die „state-anxiety“ (aktuelle Angst) noch die „trait-anxiety“ (habituelle Angst) beeinflusst. Das Einzige, das die aktuelle Angst positiv beeinflusst, ist das Wissen über das Operationsverfahren. Der Bildungsgrad der PatientInnen wiederum hat Einfluss

auf die „trait-anxiety“. Ansonsten wurde in der Studie noch festgestellt, dass die „state-anxiety“ bei den Frauen höher ist (Kiyohara et al., 2004).

Daraus schlussfolgernd ist zu sagen, dass die Informationsgabe an PatientInnen in den verschiedenen Studien unterschiedliche prä- und postoperative Auswirkungen hat. Sie haben aber alle etwas gemein, nämlich dass Informationen die präoperative Angst signifikant reduzieren können. Die Informationsgabe kann nun auf unterschiedlichem Wege passieren, zum Beispiel mündlich oder schriftlich.

4.2.2.1. Mündliche Information

Oft ist auf der Station so viel los, dass die Pflegepersonen kaum zu einem adäquaten Informationsaustausch mit den PatientInnen kommen. Die PatientInnen werden häufig erst am Tag der Operation im Krankenhaus aufgenommen und die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bemühen sich darum, dass noch alle Untersuchungen stattfinden und der/die Patient/in vorbereitet ist, bevor er/sie in den Operationssaal abgeholt wird. Dabei bleibt oftmals jene Zeit auf der Strecke liegen, die dafür erforderlich wäre, sich dem/der Patienten/in zu widmen und ihm/ihr alle notwendigen Informationen zu geben (Bailey, 2010). Trotz Zeitmangel sollte der/die Patient/in zumindest Basisinformationen rund um den chirurgischen Eingriff erhalten. Bailey (2010) schlägt vor, dass die PatientInnen darüber informiert werden, dass die Wartezeit sich verschieben kann und wer noch aller zu ihnen kommt vor der Operation. Des Weiteren sollten die PatientInnen wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie Fragen haben. Ein wichtiger Punkt ist auch, wie die Vorbereitung für die Operation abläuft. Laut Bailey (2010) sollten die PatientInnen Informationen über den intraoperativen Ablauf erhalten, wie zum Beispiel, dass die PatientInnen das Bett wechseln müssen oder, dass warme Decken verfügbar sind, da es im Operationssaal sehr kühl ist. Unter anderem erachtet die Autorin es auch als wichtig, die PatientInnen mit dem Gedanken vertraut zu machen, dass viele ungewöhnliche Geräte im OP stehen und dass

möglicherweise Leute kommen und gehen. Allen PatientInnen sollten diese Informationen zustehen. Die Pflegeperson kann anschließend noch nachfragen, ob die Informationen ausreichend waren oder ob er/sie noch etwas wissen möchte. Zur Angstreduktion kann auch die Aufklärung über postoperative Maßnahmen beitragen. Die Pflegeperson kann dem/der Patienten/in zusichern, dass auf seine/ihre Bedürfnisse und Schmerzen eingegangen wird und sie kann ihm/ihr beispielsweise die Handhabung der Schmerzskala erklären (Bailey, 2010).

Ein anderes Beispiel für den Informationsaustausch auf der Station mit den PatientInnen lieferten Egli-Hauri, Meier, Giltch Fischer und Mathis-Jäggi (2006). In einer Projektgruppe von acht Pflegefachpersonen wurde in Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen ein Schulungs- und Informationskonzept für kurzstationäre PatientInnen entworfen. Dieses Konzept war im Speziellen für PatientInnen auf der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung und der Augenheilkunde ausgerichtet. Die Idee des Projektes entstand aus dem Problem, dass die PatientInnen aufgrund ihres kurzen Aufenthaltes einen stressigen prä- und postoperativen Ablauf erleben. Die PatientInnen sind während ihres Aufenthaltes mit vielen Sorgen und Ängsten konfrontiert. Durch unterschiedliche Informationen, die sie im Krankenhaus erhalten, steigt ihre Unsicherheit. Daher setzte sich das Projekt von Egli-Hauri et al. (2006) zum Ziel, die PatientInnen einheitlich, umfassend und strukturiert zu informieren auf der Basis von aktuellem Pflegefachwissen. Zum Beispiel sollen die PatientInnen Anleitung für postoperative Verhaltensweisen bekommen, um schließlich wieder Selbstständigkeit zu erlangen und um zuhause alleine zurecht zu kommen (Egli-Hauri et al., 2006).

Das Konzept beschreibt die genauen Vorgänge vom Zeitpunkt des Spitalseintrittes bis zu der Entlassung. Es sieht vor, dass der/die Patient/in aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus schon zuhause Informationen erhalten soll. So genannte Merkblätter werden von einer Disponentin des Spitalbesuches verschickt. Diese Merkblätter enthalten Informationen zu prä- und postoperativen Verhalten, zu der Infrastruktur der Abteilung und

welche Unterlagen der/die Patient/in mitnehmen soll. Des Weiteren steht die Disponentin den PatientInnen telefonisch zur Verfügung, falls Fragen auftauchen sollten. Bei der Aufnahme des/der Patienten/in in das Krankenhaus erhält er/sie viele Informationen von verschiedenen Berufsgruppen. Eine Checkliste soll ihm/ihr helfen einen Überblick zu behalten. Diese Checkliste wird auch für die Dienstübergabe zwischen Früh- und Spätdienst hergenommen, damit der Informationsfluss für den/die Patienten/in gewährleistet ist. Wie bereits erwähnt sehen sich die PatientInnen vor einem Eingriff mit diversen Ängsten konfrontiert, daher wurde im Zuge dieses Projektes die Pflegeanamnese darauf abgestimmt. Darüber hinaus wurden Maßnahmen zur Reduktion der Angst erstellt. Eine Intervention ist beispielsweise, dass sich die PatientInnen den Aufwachraum ansehen können. Dies empfanden die PatientInnen, die an dem Projekt teilnahmen, als sehr hilfreich. Sie werden außerdem von den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen über den genauen prä- und postoperativen Ablauf aufgeklärt. Die PatientInnen erfahren etwas über schlaffördernde Maßnahmen, falls sie vor der Operation nervös sind und nicht einschlafen können. Um sie hinsichtlich der postoperativen Schmerzen zu beruhigen, sieht das Konzept von Egli-Hauri et al. (2006) außerdem vor, sie über das Schmerzmanagement aufzuklären.

Im Zuge des Projektes wurden Informationen zu den verschiedenen Operationen gesammelt und es wurden Leitfäden für die Weitergabe von konkreten Informationen erstellt. Zum Beispiel können dann alle Pflegepersonen die PatientInnen einheitlich zu der Ernährung und den postoperativen Verhaltensweisen nach einer Mandeloperation informieren. Es ist laut Egli-Hauri et al. (2006) nicht nur wichtig strukturierte Informationen an die PatientInnen zu vermitteln, sondern sie vor allem vor dem Eingriff zu betreuen und auf ihre Ängste und Sorgen einzugehen. Postoperativ wird vor allem darauf geachtet dem/der Patienten/in Sicherheit und Wohlbefinden zu vermitteln durch gutes Schmerzmanagement, Arztvisiten und Erfragen seines/ihres Befindens. Das Konzept schließt auch die Entlassung der PatientInnen mit ein. Der Entlassungszeitpunkt wird mit dem/der Patienten/in

abgesprochen. Er/Sie erhält alles Notwendige für die Entlassung, wie zum Beispiel Rezepte und Entlassungsbrief, und ein Merkblatt, das noch einmal auf die postoperativen Verhaltensweisen hinweist und aufzeigt, was bei Komplikationen zu tun ist. Am Vorabend der Entlassung führen Arzt/Ärztin und Pflegeperson mit dem/der Patient/in ein abschließendes Gespräch, indem noch einmal die wichtigsten Dinge besprochen werden und etwaige Fragen geklärt werden (Egli-Hauri et al., 2006).

Das Projekt startete 2004 und wurde zwei Jahre später beendet und evaluiert. Zusätzlich wurde eine Patientenbefragung durchgeführt, die ergab, dass der Großteil der PatientInnen mit der Betreuung und dem Informationsaustausch im Krankenhaus sehr zufrieden war. Die Pflegepersonen waren ebenfalls froh über das Konzept, da es ihnen eine wichtige Orientierung hinsichtlich der Informationsweitergabe gab und sie dadurch besser Maßnahmen zur Angstreduktion oder für die Entlassungsplanung einleiten konnten. Das Schulungs- und Informationskonzept von Egli-Hauri et al. (2006) wurde bereits auf den Stationen des Universitätsspitals Zürich implementiert.

Eine ähnliche Maßnahme in Bezug auf die Patientenedukation untersuchten Papanastassiou, Anderson, Barber, Conover und Castellvi (2011). Für PatientInnen, die sich einer Wirbelsäulenoperation unterzogen, wurde eine so genannte „spine pre-care class“ geschaffen. Sie wurde von einem multidisziplinären Team aus ChirurgInnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aus dem orthopädischen Bereich, PhysiotherapeutInnen, Angestellten der Administration und der Aufnahme und Ärztinnen der inneren Medizin entwickelt. Das Ziel dieser Klasse ist es, die PatientInnen über den Ablauf im Krankenhaus zu informieren und sie auf die Operation vorzubereiten. Die „spine pre-care class“ wird von einer erfahrenen Krankenschwester der Orthopädie unterrichtet. Der Unterricht dauert zirka eine bis eineinhalb Stunden. Die PatientInnen erfahren Schritt für Schritt etwas über die Anmeldung, über den präoperativen Ablauf, die Operation selbst und über den postoperativen Verlauf. Den PatientInnen wird sogar Basiswissen

über die Anatomie der Wirbelsäule mit Hilfe eines Modells vermittelt. Darüber hinaus zeigt und erläutert die Pflegeperson ihnen verschiedene Gegenstände, die postoperativ eingesetzt werden, wie zum Beispiel Drainagen. Die PatientInnen erhalten außerdem Informationen zum Schmerzmanagement, genauer gesagt welche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen es gibt und wie der/die Patient/in am besten sein/ihr Schmerzlevel ausdrückt. Die Pflegeperson sichert ihnen aufgrund der guten Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und dem Krankenpflegepersonal ein effizientes Schmerzmanagement zu. Die PatientInnen erhalten eine Broschüre, die noch einmal in Kurzfassung die Informationen, die in der Klasse vermittelt wurden, wiedergeben. Der/die Patient/in kann daher immer auf die Informationen zurückgreifen und sich, falls weitere Fragen auftauchen, an die ÄrztInnen oder Pflegepersonen wenden (Papanastassiou et al., 2011).

Die „spine pre-care class“ wurde erstmals im April 2009 in einem Krankenhaus eingesetzt. Papanastassiou et al. (2011) begleiteten die Umsetzung der Patientenedukationsklasse von Oktober 2009 bis März 2010. In diesem Zeitraum nahmen 188 PatientInnen an der „spine pre-care class“ teil. 39% der aufgenommenen PatientInnen, die ebenfalls an der Wirbelsäule operiert wurden, nahmen nicht am Unterricht teil, aufgrund von fehlender Zeit oder weil es Koordinationsprobleme zwischen dem/der Patienten/in und dem Krankenhaus gab (Papanastassiou et al., 2011).

Nach dem Krankenhausaufenthalt wurden die PatientInnen per Telefon interviewt, wie zufrieden sie mit dem Schmerzmanagement waren und allgemein mit der Betreuung im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die PatientInnen der „spine pre-care class“ mit dem Schmerzmanagement zufriedener waren als die, die nicht am Unterricht teilnahmen. Bei der Zufriedenheit mit der allgemeinen Betreuung ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied (Papanastassiou et al., 2011).

Laut Papanastassiou et al. (2011) werden solche Patientenedukationsprogramme unter anderem auch implementiert, um die

präoperative Angst der PatientInnen positiv zu beeinflussen. Dazu wurden in dieser Studie leider keine Ergebnisse präsentiert.

4.2.2.2. Schriftliche Information

Schriftliche Informationen wie zum Beispiel Handouts oder Broschüren sind die klassischen Hilfsmittel im Krankenhaus. Sie informieren meistens über bestimmte Krankheiten und über mögliche Komplikationen, sowie Nebenwirkungen von Medikamenten oder über Verhaltensweisen von PatientInnen. Diese edukativen Hilfsmittel können dem/der Patient/in vorab nach Hause geschickt werden oder sie werden während des Aufenthaltes im Krankenhaus oder kurz vor der Entlassung von den Pflegepersonen überreicht. Oft liegen auch schriftliche Informationen in den Praxen der ÄrztInnen auf (London, 2010).

Die Vorteile von schriftlichen Materialien sind, dass sie standardisiert sind und der/die Patient/in immer auf diese Informationen zurückgreifen kann. Sie tragen zum interaktiven Lernen bei und der/die Patient/in kann sich die Informationen nehmen, die ihn/sie interessieren. Broschüren, Handouts und andere Materialien sind meist billig und können ohne großen Aufwand produziert und aktualisiert werden (London, 2010).

Die Nachteile von schriftlichen Informationen sind, dass der/die Patient/in lesen und verstehen können muss. Außerdem sollten sie an die Zielgruppe angepasst sein und zum Beispiel die Kultur oder die Lesekompetenz der PatientInnen miteinbeziehen. Des Weiteren sollten sie zum richtigen Zeitpunkt verfügbar sein (London, 2010).

Es werden nun verschiedene schriftliche und mediale Hilfsmittel, um den PatientInnen Informationen vermitteln zu können, beschrieben. Darüber hinaus wird untersucht, welchen Einfluss sie auf die präoperative Angst haben.

Internet

Heikkinen, Lein-Kilpi, Nummela, Kaljonen und Salanterä (2008) prüften den Erkenntnisstand von PatientInnen, die sich im Internet weiterbildeten, im Vergleich zu PatientInnen, die von Pflegepersonen informiert wurden.

Die Internet-Versuchsgruppe erhielt die Informationen über ihre Operation auf einer Website eines Krankenhauses. Beide Gruppen zeigten Wissensfortschritte. Die PatientInnen, die sich im Internet informierten, wiesen jedoch einen höheren Wissensstand auf, als die PatientInnen, die mündlich informiert wurden. Die AutorInnen vermuten, dass sich die PatientInnen der Versuchsgruppe besser weiterbilden konnten, weil sie die Möglichkeit hatten öfters ins Internet zu gehen, um sich Informationen zu holen. Währenddessen die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe nur ein Gespräch mit einer Pflegeperson hatten, in dem sie mit einer Vielfalt an Informationen konfrontiert wurden (Heikkinen et al., 2008).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Vorteil des Informierens über eine Internetwebsite darin besteht, dass den PatientInnen eine Fülle an Informationen bereitsteht, zu der sie ständig Zugang haben können.

Hering, Harvan, D'Angelo und Jasinski (2005) untersuchten in einer Pilotstudie ebenfalls die Auswirkung einer Internetwebsite auf PatientInnen. Sie stellten sich die Frage, ob der Erwerb von präoperativen Informationen über eine Internetwebsite die präoperative Angst und die Zufriedenheit mit der Anästhesie beeinflusst. Hering et al. (2005) konnten keinen Einfluss auf die präoperative Angst feststellen. Des Weiteren konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die allgemeine Zufriedenheit mit der Narkose dargelegt werden. Die PatientInnen, die jedoch zusätzlich ihre Informationen aus dem Internet bezogen, waren zufriedener mit der präoperativen Beratung zu der Narkose (Hering et al., 2005).

Video

Kesari, Kovisman, Cytron und Benjamin (2003) untersuchten in einer Studie die Auswirkungen einer medialen Veranschaulichung der Zystoskopie auf die Schmerzen und Ängste von PatientInnen. Sowohl die Versuchs- als auch die Kontrollgruppe wurden detailliert in mündlicher Form über die Vorgehensweise bei der Zystoskopie aufgeklärt. Zusätzlich konnten sich die TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe das Prozedere auf dem Fernseher anschauen. Es wurde weder eine Reduktion der Schmerzen noch der Angst festgestellt. Die AutorInnen sehen den Grund dafür in der vorhergehenden ausführlichen mündlichen Aufklärung der PatientInnen. Die Ängste und die möglichen Schmerzen wurden eventuell bereits dadurch reduziert (Kesari et al., 2003).

Ayral, Gicquere, Duhalde, Boucheny und Dougados (2002) konnten wiederum feststellen, dass der Erhalt von Informationen via Video die präoperative Angst signifikant reduzieren kann. Der Unterschied zu Kesari et al. (2003) ist, dass in dieser Studie die PatientInnen bereits vor ihrem Spitalsaufenthalt mündlich von Ihrem/r eigenen Rheumatologen/in über den Eingriff informiert wurden. Das Video schauten sich die PatientInnen der Versuchsgruppe erst am Tag der Operation an. In diesem Video wurden die TeilnehmerInnen der Studie über die präoperative Vorbereitung, den genauen operativen Ablauf und über das postoperative Vorgehen informiert. Ansonsten bekam sowohl die Versuchs- als auch die Kontrollgruppe keine zusätzlichen mündlichen oder schriftlichen Informationen. Es konnte ein signifikant niedrigeres Angstlevel in der Versuchsgruppe im Gegensatz zu der Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Die Angst der PatientInnen, die das Video sahen, war sogar um die Hälfte niedriger als bei den anderen PatientInnen. Außerdem konnten die AutorInnen feststellen, dass für die „Videogruppe“ der Eingriff als erträglicher empfunden wurde als für die Kontrollgruppe (Ayral et al., 2002).

Auch Jjala, French, Foxall, Hardman und Bedforth (2010) stellten eine signifikante Reduktion der Angst fest. In dieser Studie sahen die PatientInnen

der Versuchsgruppe ebenfalls ein Video und die Kontrollgruppe nicht. Es gab zwei sehr ähnliche Videos, von denen jeweils eines den PatientInnen präoperativ gezeigt wurde. Beide Videos enthielten eine prä- und postoperative Aufklärung eines/r Anästhesisten/in. Der einzige Unterschied lag darin, dass in dem einen Film ein männlicher Patient und in dem anderen Film eine Frau während der Operation begleitet wurde. Das Angstlevel der StudienteilnehmerInnen wurde prä- und postoperativ mittels Visual Analogue Scale und Spielbergers State Trait Anxiety Inventory gemessen. Die Angst war vor dem Film bei allen PatientInnen gleich. Nachdem das Video gezeigt wurde, waren die TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe weniger ängstlich als die in der Kontrollgruppe. Nach der Operation sank die Angst bei beiden Gruppen. Die Versuchsgruppe stellte sich jedoch wiederum als weniger ängstlich heraus als die Kontrollgruppe. 90 Prozent der PatientInnen, die den Film sahen, waren zufrieden mit dem Video und sahen es als wertvolle Informationsquelle. Beinahe 70 Prozent der ProbandInnen berichteten, dass sie sich direkt nach dem Film beruhigter fühlten (Jlala et al., 2010).

Des Weiteren konnten Sørlie, Busund, Sexton, Sexton und Sørlie (2007) in einer Studie feststellen, dass die Videoinformation vor einer Koronararterien-Bypass-Operation sogar noch ein Jahr danach positiven Einfluss auf die PatientInnen hatte. Im Speziellen berichteten die StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe über weniger Angst und ein besseres gesundheitliches Befinden als die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe. Hier ist hinzuzufügen, dass die Interventionsgruppe nicht nur Informationen via Video erhielten, sondern auch von einer eingeschulten Krankenpflegeperson (Sørlie et al. 2007).

Luck, Pearson, Madder und Hewett (1999) sowie Walsh, Curtis und Mylotte (2004) stellten ebenfalls in ihren Studien eine Reduktion der Angst der PatientInnen aufgrund der präoperativen Aufklärung durch Videos fest.

Wie Kesari et al. (2003) entdeckten auch Salzwedel, Petersen, Blanc, Koch, Goetz und Schuster (2008) keine signifikante Reduktion der Angst der PatientInnen durch Videoinformation. Das Video in der Studie von Salzwedel et

al. (2008) enthielt im Gegensatz zu den zuvor genannten Studien nur Informationen über den Ablauf der Narkose und die Risiken. Dieses Lehrvideo hatte zwar keinen Einfluss auf die Angst der PatientInnen, es bezweckte aber eine Verbesserung des Wissensstandes der PatientInnen. Eine weitere Studie konnte ebenfalls feststellen, dass ein kurzes interaktives Animationsvideo über die Anästhesie, keine signifikante Reduktion der Angst vor der Narkose bewirken konnte (Kakinuma, Nagatani, Otake, Mizuno & Nakata, 2011).

Danino, Chahraoui, Frachebois, Jebrane, Moutel, Herve und Malka (2005) untersuchten die Auswirkungen einer informierenden **CD-ROM** auf die Angst und das Wissen der PatientInnen. Die Versuchsgruppe bekam präoperativ eine CD-ROM, die Informationen über die Operation und Bilder über gute und schlechte Resultate und mögliche Komplikationen enthielt. Die PatientInnen in der Versuchsgruppe hatten signifikant weniger Angst präoperativ als die Kontrollgruppe. Die PatientInnen, welche die CD-ROM sahen, wussten außerdem deutlich mehr über den Zweck und den Ablauf der Operation Bescheid, jedoch nicht über die möglichen Komplikationen (Danino et al., 2005).

Broschüren & Handouts

Gillies und Baldwin (2001) führten eine Befragung zu einer Informationsbroschüre mit 103 PatientInnen durch. Die Broschüre enthielt Informationen über die Anästhesie. Die PatientInnen wurden befragt, ob die Broschüre sie beruhigte und mit wem sie darüber diskutierten. Insgesamt gaben 99 Prozent der Personen an, dass die Broschüre ihnen auf irgendeine Weise hilfreich war. Trotzdem meinten 35 Prozent aufgrund der Informationen zu einem gewissen Grad beruhigt zu sein. Der Großteil der PatientInnen diskutierte mit niemandem über die Broschüre. Weniger als ein Drittel sprach mit der Familie darüber und fast keiner wandte sich an die Pflegepersonen oder die AnästhesistInnen (Gillies & Baldwin, 2001).

Hinsichtlich Broschüren, die über das Vorgehen bei der Anästhesie aufklären, gaben PatientInnen an, dass sie keine detaillierten Informationen über die Narkosemittel benötigen (Oldman, Moore & Collins, 2004).

In einer anderen Studie bekamen KrebspatientInnen individuell zugeschnittene Informationsbroschüren über die Therapiemöglichkeiten, die Ernährung, Sexualität und vieles mehr. Mit diesen personalisierten Informationen wandten sich die PatientInnen vermehrt an andere Personen. Die AutorInnen der Studie assoziierten mit der individuellen Informationsbroschüre mehr soziale Unterstützung und daraus hervorgehend eine Reduktion der Angst der PatientInnen (Jones, Pearson, Cawsey, Bental, Barrett, White, White & Gilmour, 2006).

Eine weitere Studie untersuchte, ob durch die Verwendung eines Handouts Ängste von PatientInnen reduziert werden können. 387 PatientInnen wurden präoperativ schriftlich über ihre Ängste in Bezug auf die Qualifikation des/der Anästhesisten/in, den Tod und schwere Erkrankungen, und in Bezug auf postoperative Schmerzen und Übelkeit und Erbrechen befragt. Danach erhielten die StudienteilnehmerInnen ein einseitiges Handout, das sich auf die oben genannten Punkte bezog und sie darüber informierte. Nachdem sie es durchgelesen hatten, mussten sie denselben Fragebogen noch einmal ausfüllen. Die Ergebnisse der Umfrage zeigten, dass bei 160 PatientInnen die Ängste um zirka 50 Prozent abnahmen. Die am häufigsten berichtete Sorge war die Angst vor dem Tod, gefolgt von der Angst vor postoperativen Schmerzen. Die PatientInnen, die bereits davor eine Operation hatten, hatten anfangs die größte Angst und erlebten nach der Informationsgabe durch das Handout den größten Angstabbau (Fitzgerald & Elder, 2008).

Ivarsson, Larsson, Lührs und Sjöberg (2007) beleuchteten die präoperative Informationsgabe näher. Sie führten eine Studie mit 99 PatientInnen durch, die sich einer Herzoperation unterziehen mussten. Sie wurden in zwei Gruppen unterteilt, in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe. Die ProbandInnen der Kontrollgruppe erhielten Standardinformationen in

schriftlicher Version und eine Broschüre, die kurz die Vorbereitung und den Verlauf der Operation beschrieb, sowie praktische Ratschläge gab. Die Interventionsgruppe bekam dieselben Informationen und zusätzlich eine Broschüre, die umfassend über die möglichen Komplikationen der Operation informierte. Sie enthielt außerdem eine Kontaktadresse einer erfahrenen Krankenschwester. Die Broschüre sollte dem/der Patienten/in als Basis für Diskussionen mit dem/der Chirurgen/in dienen. Die PatientInnen wurden 10-14 Tage vor der Operation und ein zweites Mal acht Wochen nach der Operation befragt. Die Interventionsgruppe berichtete, dass sie froh war nähere Informationen über die Komplikationen und Risiken bekommen zu haben. Sie waren zufriedener und fühlten sich vorbereitet auf eventuelle Komplikationen und konnten dem/der Chirurgen/in spezifischere Fragen stellen im Gegensatz zu der Kontrollgruppe. Manche PatientInnen der Interventionsgruppe empfanden es aber auch als unangenehm, so direkt mit den verschiedenen Komplikationen konfrontiert zu werden. Einige sahen sich aufgrund dieser Informationen veranlasst, bestimmte Vorsichtsmaßnahmen zu treffen, wie zum Beispiel ihr Testament zu schreiben oder ihre Versicherungspolizzen zu überprüfen. Einige PatientInnen der Kontrollgruppe waren zufrieden mit den erhaltenen Informationen und die, die es nicht waren, informierten sich bei anderen PatientInnen, in Büchern oder im Internet. Andere wiederum wollten so wenig wie möglich über die Operation erfahren.

Die meisten der ProbandInnen beider Gruppen äußerten das Problem, dass sie zu wenig mündliche Informationen erhielten und mit den ÄrztInnen und Krankenpflegepersonen mehr Gespräche führen hätten wollen. Manche PatientInnen hätten gerne Informationen zu der Entlassung und der Vorgehensweise zuhause gehabt beziehungsweise jemanden, an den sie sich bei Fragen oder Problemen wenden können (Ivarsson et al., 2007).

Die Weitergabe von schriftlichen Informationen eignet sich vor allem bei tagesklinischen PatientInnen, wie zum Beispiel vor endoskopischen Eingriffen. Weil in dieser Situation die Zeit für eine ausreichende Informationsweitergabe meist fehlt, ist es sinnvoll den PatientInnen bereits vor ihrem Aufenthalt

schriftliche Informationen zukommen zu lassen. Studien zeigten eine signifikante Reduktion der Angst durch die Weitergabe von schriftlichem Informationsmaterial vor dem Eingriff (Van Zuuren, Grypdonck, Crevits, Vande Walle & Defloor, 2006; Kutlutürkan, Görgülü, Fesci & Karavelioglu, 2010).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass schriftliche Informationen sehr verbreitet sind und den PatientInnen helfen ein Hintergrundwissen zu erlangen. Bevor dem/der Patienten/in Informationsmaterialien ausgehändigt werden, sollte die Pflegeperson den Informationsbedarf und die Lern- und Lesefähigkeit des/der Einzelnen einschätzen. Um eine effektive Informationsweitergabe zu gewährleisten ist es von Vorteil, die PatientInnen aktiv einzubeziehen. Das bedeutet, dass die Pflegeperson entweder mit dem/der Patienten/in die Informationen gemeinsam durchgeht oder ihn/sie erst alleine durchlesen lässt und mit ihm/ihr anschließend alles bespricht. Dabei kann sich der/die Patient/in nützliche Notizen machen und eventuelle Fragen sofort klären. Darüber hinaus ist es wichtig zu überprüfen, ob er/sie alles verstanden hat. Schriftliche Materialien dienen den PatientInnen als gute Orientierungshilfe, für eine zufriedenstellende Beratung sind jedoch die Gespräche mit den Pflegepersonen nicht wegzudenken (London, 2010).

Ivarsson et al. (2007) stellten ebenfalls fest, dass schriftliche Informationen für die PatientInnen zwar wichtig sind, um sich im Vorfeld der Operation, am besten schon zuhause, Wissen aneignen zu können. Das mündliche Gespräch vor der Operation ist aber unumgänglich. Die AutorInnen schlagen vor, dass zuerst ein/e spezialisierte/r Krankenpfleger oder –schwester den/die Patienten/in auf die Operation vorbereitet und mit ihm/ihr während seines/ihres Aufenthaltes immer wieder Gespräche führt. Wichtig ist, dass die Krankenpflegepersonen sensibel gegenüber unausgesprochenen Fragen der PatientInnen sind. Nach der mündlichen Vorbereitung durch die Krankenpflegeperson, sollte anschließend der/die zuständige Arzt/Ärztin ein ausführliches Gespräch mit dem/der Patienten/in führen. Der wichtigste Punkt

ist es, die Informationsgabe zu optimieren und zu strukturieren, damit die PatientInnen sich sicher fühlen und die Pflegepersonen nicht zusätzlich mehr Arbeit haben (Ivarsson et al., 2007).

Wie viel Information ein/e Patient/in erhalten soll, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich (Lee & Gin, 2005). Wie bereits erwähnt, gibt es Menschen, die einen hohen Informationsbedarf haben, die sogenannten „monitors“. Die „blunters“ hingegen möchten eher wenige Informationen erhalten (Moerman et al., 1996). Bei ihnen würden zu viele Informationen wahrscheinlich zu einer Steigerung der Angst führen (Lee & Gin, 2005).

In Bezug auf das richtige Timing der Informationsgabe wurde nur eine passende ältere Studie gefunden (Lepczyk, Raleigh & Rowley, 1990). Diese sagt aus, dass es hinsichtlich der präoperativen Angst keine Unterschiede macht, ob die PatientInnen kurz vor der Operation oder noch vor ihrer Aufnahme in das Krankenhaus informiert wurden. Die PatientInnen, die schon zuhause aufgeklärt wurden, wiesen jedoch einen höheren Wissensstand über den prä- und postoperativen Verlauf auf (Lepczyk et al., 1990).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es besser ist den/die Patienten/in früher zu informieren (Lepczyk et al., 1990), damit er/sie Zeit hat sich Wissen anzueignen und eventuelle Fragen, die aufkommen, zu klären. Es ist aber individuell zu entscheiden, welche und wie viel Informationsgabe am besten für den/die einzelne/n Patienten/in ist (Lee & Gin, 2005).

4.2.3. Beratung

Ohne Beratung in der Pflege geht es nicht. Die Beratung ist ein integraler Bestandteil des pflegerischen Handelns, denn bei jeder Handlung, die eine Pflegeperson durchführt, werden unweigerlich Informationen an den/die Patienten/in weitergeleitet. Außerdem erfordern alle pflegerischen Maßnahmen am/an der Patienten/in eine Erklärung. Zum Beispiel kann die Pflegeperson

nicht einfach dem/der Patienten/in eine Spritze geben, ohne ihn/sie über den Zweck der Handlung zu informieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Beratung ein Wesenszug der Pflege ist (London, 2010).

„Beratung, einschließlich Gesundheitsberatung in der professionellen Pflege, ist eine prozessual ablaufende Interaktion mit dem Ziel, in Zusammenarbeit mit einzelnen PatientInnen oder Patientengruppen Lösungen zu existierenden oder drohenden Problemsituationen zu erarbeiten. Es ist also ein auf die Person (face to face) bezogener Prozess der Entfaltung von Ressourcen und Aufbau von Kompetenzen für die jeweilige Problembewältigung.“ (Engel, 2011, S.38)

Die Beratung sollte sowohl pathogenetisch, also auf die Reaktionen von Krankheit bezogen, als auch salutogenetisch, auf die Erhaltung der Gesundheit, orientiert sein. Die Kommunikation in der Beratung lehnt sich an die klientenzentrierte Gesprächsführung an. Diese besagt, dass die wichtigsten Eigenschaften eines/r Beraters/in die Empathie, die Akzeptanz und die Echtheit sind (Engel, 2011).

Akzeptanz bedeutet, dass der/die Berater/in den/die Ratsuchende/n selbst und seine/ihre Aussagen akzeptiert. Zeigt der/die Berater/in zusätzlich Wärme und Verständnis, nimmt es dem/der Patienten/in die Angstgefühle und er/sie kann sich seinem/ihrer gegenüber leichter öffnen.

Das zweite Merkmal im Beratungsgespräch ist die Empathie. Empathie bedeutet Einfühlungsvermögen, das heißt der/die Berater/in versetzt sich in die Gefühle des/der Ratsuchende/n hinein. Darüber hinaus soll er/sie ihm/ihr helfen, seine Gefühle zu verbalisieren. Indem der/die Berater/in auf die Mimik und Gestik und auf die Aussagen des/der Patienten/in achtet, entdeckt er/sie vielleicht versteckte Gefühle und kann näher darauf eingehen (Bachmaier, Faber, Hennig, Kolb & Willig, 2011). Dabei ist es wichtig, dass ein Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz herrscht. Das bedeutet zum Beispiel, wenn der/die Berater/in zu sehr von seinen/ihren eigenen Gefühlen bewegt ist, wirkt sich das auch auf die Gefühle des/der Patienten/in aus. Daher

ist es wichtig, dass der/die Berater/in selbst ausgeglichen in das Gespräch geht, damit er sich ganz auf den/die Patienten/in einstellen kann. Der/Die Berater/in soll sich zwar den Gefühlen des/der Patienten/in öffnen, jedoch dabei so viel Distanz bewahren, dass er/sie selbst emotional stabil bleibt (Drewes, 2010).

Die Echtheit, oder von Bachmaier et al. (2011) als Kongruenz definiert, bedeutet, dass der/die Berater/in selbst seine eigenen Gefühle zurückhalten sollte, damit er den/die Ratsuchende/n nicht verwirrt. Es bedeutet aber auch, dass die Aussagen des/der Beraters/in nicht im Widerspruch zu seinen Gefühlen stehen sollen. Engel (2011) meint dazu, dass sich der/die Berater/in nicht hinter einer Fassade oder Maske verstecken soll.

Dies ist keine leichte Aufgabe für den/die Berater/in, vor allem, wenn er/sie anderer Meinung als sein/ihr Gegenüber ist (Bachmaier et al., 2011).

Welche Eigenschaften muss ein/e gute/r Berater/in in der professionellen Pflege noch haben?

Allem voran, sollte der/die Berater/in ein breites Basiswissen und ein spezielles Fachwissen zu dem Beratungsthema haben. Darüber hinaus sollte er/sie technische Kompetenzen aufweisen, wie zum Beispiel die Diagnosefähigkeit. Dies bedeutet, dass der/die Berater/in in der Lage ist, wichtige Informationen zu sammeln und zu bewerten, um schließlich das vorliegende Problem erfassen zu können und daraus Lösungen ableiten zu können. Daran schließt die zweite technische Kompetenz, die Problemlösungsfähigkeit. Sie beinhaltet das Erstellen von Lösungsvorschlägen und deren Implementierung und eventuelle Anpassung. Dies setzt eine gute Vorstellungskraft des/der Beraters/in voraus. Er/Sie muss außerdem in der Lage sein, alles für eine erfolgreiche Umsetzung in die Praxis zu organisieren, dies benötigt meist eine gewisse Risikobereitschaft und politische Gewandtheit (Norwood, 2002).

Für eine gelungene Interaktion zwischen Berater/in und dem/der Ratsuchenden sind soziale und kommunikative Fähigkeiten des/der Beraters/in von großer Bedeutung. Er/Sie muss nicht nur gut reden können, sondern auch dem/der Patienten/in aufmerksam zuhören können. Des Weiteren zählt dazu, offene

Fragen zu klären, nachzufragen, zusammenzufassen und Feedback zu geben, aber auch annehmen zu können (Norwood, 2002).

Der/Die Pflegeberater/in benötigt die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung zu dem/der Patienten/in aufbauen zu können und sie zu erhalten. Dies wird ermöglicht, indem der/die Berater/in offen gegenüber dem Standpunkt des Anderen ist und mit eventuellen Widerständen umgehen kann. Er/Sie muss aber auch damit umgehen können, dass das Problem oder dessen Lösung nicht gleich erkennbar ist. Die PflegeberaterInnen sollten außerdem damit rechnen, dass eventuell nicht alle erteilten Ratschläge von den PatientInnen angenommen werden. Dabei hilft es, wenn der/die Berater/in interessiert und selbstsicher wirkt und eine charismatische Persönlichkeit besitzt (Norwood, 2002). Er/Sie muss außerdem Professionalität an den Tag legen durch gutes Urteilsvermögen und Entscheidungsfähigkeit. Sie sollten wissen, welche Verantwortung und Verpflichtung sie eingehen. Gute PflegeberaterInnen kennen ihre eigenen Grenzen und wissen, wann sie sich an jemand anderen wenden sollen.

Um eine Beratung schlussendlich erfolgreich beenden zu können, benötigt es Flexibilität und Motivation von Seiten des/der Beraterin (Norwood, 2002).

Darüber hinaus ist es vorteilhaft bestimmte Gesprächstechniken im Beratungsprozess zu beherrschen, um ein besseres Beratungsergebnis zu erzielen. Engel (2011) unterteilt diese in direkte und nichtdirektive Gesprächstechniken.

Die direkten Gesprächstechniken äußern sich durch Fragenstellen der Pflegeperson und durch Vermittlung von Informationen, sowie durch Konkretisieren. Dabei wird das Gespräch hauptsächlich von dem/der Berater/in geführt und der/die Patient/in befindet sich in einer abhängigen Rolle. Der Vorteil dieser Technik ist, dass die Pflegeperson das Gespräch steuern kann, was in manchen Situationen notwendig erscheint. Eine nicht nichtdirektive Gesprächstechnik ist das aktive Zuhören, zu der das Paraphrasieren und das Verbalisieren gehört. Diese Methoden unterstützen den/die Patienten/in seine/ihre Probleme und Gefühle wiederzugeben (Engel, 2011).

In der Beratung werden oft beide Gesprächstechniken beziehungsweise Mischformen daraus angewendet.

Um ein besseres Verständnis für die Gesprächstechniken zu bekommen, wird nun näher auf die einzelnen Methoden eingegangen. Aktives Zuhören bedeutet – wie es der Begriff schon sagt – dem/der Ratsuchenden aufmerksam zuzuhören und ihm oder ihr Interesse entgegenzubringen. Durch Wiederholen des Gesagten geht der/die Berater/in sicher, ob er/sie sein/ihr Gegenüber richtig verstanden hat und zeigt ihm/ihr dadurch, dass er/sie ihn/sie versteht. Diese Technik wird Paraphrasieren genannt. Mittels Verbalisieren wird nicht nur auf die Sachinhalte, sondern auch auf die Gefühle des/der Patienten/in eingegangen, die er/sie im Gespräch andeutet. Die direktive Gesprächstechnik „Konkretisieren“ bedeutet, dass die Aussagen des/der Ratsuchenden noch einmal in klarer und vereinfachter Form wiedergegeben werden. Indem der/die Berater/in Fragen stellt, sammelt er/sie Informationen und kann das Gespräch in eine bestimmte Richtung lenken. Außerdem hat diese Technik den Zweck, dass sich der/die Patient/in mit der Problemsituation auseinandersetzen muss. Der Sinn einer Beratung ist jedoch nicht nur die Situation des/der Ratsuchenden zu erörtern, sondern ihm/ihr gezielt Informationen zu vermitteln. Dies kann im Rahmen einer Einzelberatung oder einer Gruppenberatung passieren (Engel, 2011).

Die Einzelberatung ist die kleinste Form der Beratung und setzt sich zusammen aus dem/der Patienten/in und dem/der Berater/in beziehungsweise Pflegeperson. Die Problemsituation des/der Patienten/in und seine Erfahrungen sind der zentrale Punkt der Beratung. Darüber hinaus wird auch der soziale Kontext des/der Patienten/in miteingebunden. Die Vorteile einer Einzelberatung sind laut Sickendiek et al. (2008), dass sich der/die Betroffene gegenüber einem Einzelnen leichter öffnen kann, gerade wenn es sich um ein unangenehmes Thema handelt. Des Weiteren wird eine Einzelberatung bevorzugt, wenn der/die Patient/in zu einer bestimmten Problemsituation gezielt

Hilfe sucht oder wenn sich der/die Patient/in jemanden wünscht, der nur ihm/ihr zur Seite steht (zit. n. Engel, 2011).

Die Gruppenberatung hingegen ist, vereinfacht gesagt, das Zusammentreffen mehrerer Personen, die sich über eine bestimmte Problemsituation austauschen. Sie macht sich die unterschiedlichen Erfahrungen und Einstellungen der einzelnen PatientInnen zu nütze, damit laut Sickendiek et al. (2008) gemeinsam Problemlösungen erarbeitet und diskutiert werden können. Es fällt den PatientInnen oft leichter über ihr Problem zu reden, wenn sie sehen, dass es anderen Menschen ähnlich ergeht. Vor allem in Bezug auf Tabuthemen trauen sie sich eventuell mehr dies in einer Gruppe zu besprechen (zit. n. Engel, 2011).

Wie geht die Beratungs- beziehungsweise Pflegeperson nun genau vor bei einer Beratung?

Zuerst muss ein Kontakt mit dem/der Patienten/in hergestellt werden. Der/die Berater/in sollte sich dem/der Ratsuchenden nicht aufdrängen. Oftmals gelingt auch ein Gespräch erst bei dem zweiten Versuch. Meistens kommen die PatientInnen von alleine und fragen um Rat, wenn sie merken, dass sie in ihrem Denken festgefahren sind. Beratung ist dann möglich, wenn der/die Patient/in bereit ist Hilfe anzunehmen (Drewes, 2010).

Laut Drewes (2010) sollte der/die Patient/in nicht sofort nach der Aufnahme von dem/der Berater/in aufgesucht werden, sondern sollte Zeit haben sich in seiner neuen Situation und Umgebung zu orientieren. Bei der ersten Kontaktaufnahme sollte sich der/die Berater/in vorstellen und ankündigen wann er/sie das nächste Mal kommt, um ein ausführliches Gespräch mit dem/der Patienten/in zu führen. Wird ein/e Patient/in in der Früh operiert, ist es meist sinnvoll das Beratungsgespräch am Vorabend zu machen, damit er/sie für die bevorstehende Nacht beruhigter ist (Drewes, 2010).

Um ein erfolgreiches Beratungsgespräch durchführen zu können, sollte die Pflegeperson auf bestimmte Rahmenbedingungen achten. Zum Beispiel sollten

sich der/die Berater/in und der/die Patient/in alleine und in Ruhe unterhalten können. Es ist jedoch nicht immer einfach dem hektischen Betrieb auf einer Station im Krankenhaus zu entgehen. Entweder der/die Berater/in findet einen geeigneten Raum oder er/sie bittet eventuell die MitpatientInnen aus dem Zimmer und hängt ein „Bitte nicht stören“ Schild an die Tür (Drewes, 2010). Die Pflegeperson sollte so gut wie möglich versuchen den Umgebungslärm zu reduzieren und Störungsfreiheit gewährleisten, indem er/sie beispielsweise das Telefon umleitet (Engel, 2011). Ein gutes Gespräch setzt außerdem Blickkontakt und eine dem/der Patienten/in zugewandte Haltung voraus. Dies signalisiert den PatientInnen Interesse an ihren Problemen (Drewes, 2010).

Engel (2011) beschreibt fünf verschiedene Beratungstypen, die je nach Situation des/der Patienten/in passend sind. Es gibt die aufklärende, die empfehlende, die kompetenzfördernde, die lösungserarbeitende und die komplexe Beratung.

Eines der Ziele der aufklärenden Beratung ist der Abbau von Ängsten bei PatientInnen. Daher erscheint dieser Beratungstyp im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit als geeignet.

Engel definiert die **aufklärende Beratung** folgendermaßen:

„Aufklärende Beratung liegt dann vor, wenn durch die bewusste, systematische Vermittlung begründeter Informationen ein bestimmter Wissen- bzw. Informationsstand bei den PatientInnen erreicht wird.“ (Engel, 2011, S.105)

Die aufklärende Beratung findet im Rahmen einer Einzelberatung statt. Die Pflegeperson versucht dem/der Patienten/in ein bestimmtes Wissen, zum Beispiel über die prä- und postoperativen Maßnahmen zu vermitteln. Der/Die Patient/in wird als aktive/r Gesprächspartner/in gesehen und kann Fragen stellen und Sorgen äußern. Die Beratung erfolgt meist mündlich, kann aber auch mit schriftlichen Informationsmaterialien verbunden werden (Engel, 2011). Die Beratung sollte in den Pflegeprozess integriert werden. Das bedeutet, dass zuerst im Rahmen der Pflegeanamnese der Informations- beziehungsweise der

Beratungsbedarf des/der Patienten/in eruiert wird. Aufgrund dessen wird das Problem identifiziert und darauf aufbauend die Ziele der Beratung festgelegt. Diese Ziele werden am Anfang des aufklärenden Beratungsgesprächs mit dem/der Patienten/in gemeinsam besprochen und eventuell verändert. Danach werden die Informationen zu dem Beratungsthema systematisch und strukturiert von der Pflegeperson vermittelt und eventuell mit Beispielen veranschaulicht. Der Inhalt der Beratung kann die Erklärung von pflegerischen Maßnahmen sein oder die Auseinandersetzung mit bestimmten schriftlichen Informationsmaterialien. Des Weiteren kann sich die aufklärende Beratung um die Vermittlung von positiven Verhaltensweisen drehen, falls der/die Patient/in ein selbstschädigendes Verhalten an den Tag legt. Ein Thema der aufklärenden Beratung kann auch die Reduktion von Angst vor medizinischen oder pflegerischen Eingriffen sein.

Nachdem dem/der Patienten/in von der Pflegeperson die relevanten Informationen vermittelt wurden, fasst diese noch einmal alles zusammen und geht auf etwaige Fragen ihres/r Gesprächspartners/in ein. Es können auch weitere Gespräche mit dem/der Patienten/in ausgemacht werden (Engel, 2011).

Ziel der aufklärenden Beratung kann die Reduktion von Ängsten sein, indem zum Beispiel der/die Patient/in genau über den Ablauf vor und nach der Operation informiert wird. Die Informationen sollten sowohl salutogenetisch als auch pathogenetisch orientiert sein. Weitere Ziele der aufklärenden Beratung sind, dass sich die PatientInnen aktiver und selbstbestimmter am Pflegeprozess beteiligen oder dass ein äquivalenter Informationsaustausch zwischen Berater/in und Ratsuchenden/r stattfindet. Des Weiteren kann die aufklärende Beratung auf die Optimierung der Selbstpflege der PatientInnen oder die Stärkung des Kohärenzgefühls abzielen (Engel, 2011).

Diese Beratungsform kann nicht nur bei PatientInnen, sondern auch bei Angehörigen oder gesunden Menschen eingesetzt werden.

Die Beratung ist dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einzuordnen. Sie ist eine wichtige

Methode, um den/die Patienten/in über pflegerische und medizinische Maßnahmen oder über sein Krankheitsbild zu informieren. Die Aufgabe der Pflegepersonen ist es die Wissensdefizite beziehungsweise den Beratungsbedarf der PatientInnen zu erkennen und sie gezielt zu beraten (Engel, 2011).

4.3. Komplementäre Maßnahmen

Eine komplementäre Maßnahme ist eine zu anderen Behandlungen ergänzende Methode. In der Literatur finden sich weitere Begriffe, wie zum Beispiel unkonventionelle oder alternative Pflegemethoden oder ganzheitliche Pflege. Was alles zu komplementären Pflegemaßnahmen gezählt werden kann, da sind sich viele uneinig. Erwähnt werden meistens die Aromatherapie, Wickel und Auflagen, Basale Stimulation, Kinästhetik, Therapeutic Touch, Massagen und chinesische Heilmethoden, wie zum Beispiel Shiatsu oder Akupressur. Einige dieser Methoden begründen sich auf jahrhundertealtem Wissen.

Durch die vermehrte Orientierung an der modernen „Schulmedizin“ waren manche komplementären Pflegemethoden eine Zeitlang verpönt. Mitte der Achtzigerjahre fanden sie dann wieder Anerkennung in der Pflege und der Trend in der Anwendung von komplementären Maßnahmen nimmt stetig zu, vor allem im Langzeitpflegebereich (Latour, 2006).

In den folgenden Unterkapiteln werden die Aromatherapie, der Einsatz von Musik und die Akupunktur beziehungsweise Akupressur näher beschrieben.

4.3.1. Aromatherapie

Die Aromatherapie ist ein Teilgebiet der standardisierten Phytotherapie. Die Phytotherapie ist die Wissenschaft von der Anwendung von pflanzlichen Arzneimitteln zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten.

Die Aromatherapie wiederum beschäftigt sich mit der Anwendung von Duftstoffen. Sie wird in der Komplementärmedizin zu einer immer beliebteren Methode (Steflitsch & Steflitsch, 2007). Diese Anwendung kann durch Inhalationen, Hautöle, Massageöle, heilende Umschläge, Mundspülungen, Bäder oder Duschgels und Shampoos erfolgen (Romer, 2007).

Den ätherischen Ölen wird eine physiologische, antimikrobielle und kosmetische Eigenschaft nachgesagt. Die Aromatherapie wird meistens eingesetzt, um Krankheiten und Beschwerden zu behandeln, zu lindern oder vorzubeugen (Steflitsch & Steflitsch, 2007). Da die Aromatherapie zu therapeutischen Zwecken eingesetzt wird, sollte der Ausübende ein/e Arzt/Ärztin oder ein/e Heilpraktiker/in⁴ mit einer absolvierten Weiterbildung in Aromatherapie sein. Es ist nämlich wichtig, Kenntnisse in der Anatomie und Physiologie des Menschen zu haben, so wie auch Wissen über die Pathologie und die Wirkungsweisen von Heilkräutern zu haben (Steflitsch & Steflitsch, 2007). Aber auch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind dazu berechtigt Aromapflege durchzuführen. Dies setzt voraus, dass sie eine Weiterbildung in Aromatherapie absolviert haben. Die Pflegeperson muss vor einer Anwendung von Aromaölen das Einverständnis des/der Patienten/in einholen. Die Durchführung von Aromapflege unterliegt dem eigen- oder mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Sind die Maßnahmen in Bezug auf die Aromatherapie dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen, so müssen diese im Rahmen des Pflegeprozesses dokumentiert sein. Die Pflegepersonen tragen die Verantwortung für ihr Handeln und sind verpflichtet, sich weiterzubilden und die Maßnahmen nach dem neuesten Wissensstand durchzuführen.

⁴ diese Berufsbezeichnung existiert nur in Deutschland, in Österreich gibt es diesen Beruf nicht.

Aromatherapeutische Maßnahmen, die dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich unterliegen, sind zum Beispiel die Anwendung von Aromaölen bei Wunden. In diesem Fall erteilt der/die Arzt/Ärztin die Anordnung und die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen tragen die Durchführungsverantwortung (Latour, 2006).

Eine Eigenschaft der Aromatherapie ist nun, dass sie entspannend und angstlösend wirkt. Sie kann somit als Ersatz von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka in Betracht gezogen werden. Ätherische Öle wie Bergamotte, Jasmin, Lavendel, Sandelholz, Weihrauch und einige mehr haben diese Wirkung (Steflitsch & Steflitsch, 2007). Lavendelöl ist beispielsweise eines der bedeutendsten Öle in der Aromatherapie. Es ist wissenschaftlich belegt, dass es eine schmerzstillende und wundheilende Wirkung hat. Außerdem ist es für seine beruhigende Wirkung bekannt und wird bei Angst und Nervosität, bei Anspannung, Schlafproblemen und Unruhe eingesetzt (Romer, 2007).

In einer Studie von Braden, Reichow und Halm (2009) wurde die Anwendung von Lavendelöl bei chirurgischen PatientInnen getestet. Es wurden eine Kontrollgruppe, die die standardmäßige präoperative Pflege erhielt, eine Lavendelöl-Versuchsgruppe und eine Jojoba-Placebogruppe miteinander verglichen. Die TeilnehmerInnen der Lavendelöl-Versuchsgruppe bekamen zuerst einen Wattebausch mit einem Tropfen unverdünntem Lavendelöl zu riechen. Der Wattebausch wurde dann auf dem Patientenhemd auf der Höhe des oberen Brustkorbes fixiert. Der/Die Untersucher/in trug zusätzlich unverdünntes Lavendelöl im Bereich des Fußpulses auf die Haut auf und bedeckte es mit einer schmalen Bandage zur Absorption. In der Placebogruppe wurde das gleiche Prozedere durchgeführt, mit der Ausnahme, dass Jojobaöl verwendet wurde, dem keine Wirkung nachgesagt wird. Das Ausmaß der Angst wurde mittels der „Visual Analogue Scale“ zum Zeitpunkt der Aufnahme der PatientInnen und bei dem Transfer in den Operationssaal gemessen (Braden et al., 2009).

Die Studie konnte beweisen, dass die olfaktorische und oberflächliche Anwendung von Lavendelöl die Angst zum Zeitpunkt des Transfers in den Operationssaal signifikant reduzieren konnte. Es zeigten sich außerdem keine signifikanten Unterschiede zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht (Braden et al., 2009). In einer weiteren Studie wurde die Wirksamkeit von Inhalationen mit Lavendelöl getestet. Das Angstlevel der PatientInnen wurde mit der „State Trait Anxiety Inventory“ von Spielberger vor und nach der Intervention gemessen. Die Angst der TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe, bei denen Aromatherapie angewandt wurde, war nach der Intervention deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe (Babashahi, Fayazi, Aghel & Haghhighizadeh, 2010).

Eine weitere Studie testete ätherische Öle an PatientInnen, um eine mögliche Reduktion der prä- und postoperativen Angst zu bewirken. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Die AutorInnen kritisierten an ihrer eigenen Studie, dass die Compliance der TeilnehmerInnen eher gering war und statt – wie vorgesehen – 200 Personen, schlussendlich nur 71 PatientInnen teilnahmen (Stirling, Raab, Alder & Robertson, 2007).

Cooke und Ernst (2000) kamen in einer systematischen Literaturübersicht zu dem Schluss, dass Aromatherapie einen sanften, vorübergehenden angstlösenden Effekt hat. Die positiven Auswirkungen der Aromatherapie sind möglicherweise nicht ausgeprägt genug, um sie als Behandlung von Angst in Betracht ziehen zu können (Cooke & Ernst, 2000).

Insgesamt erwies sich die Anwendung von Aromatherapie, vor allem von Lavendelöl, in mehreren Studien als erfolgreich bei der Angstreduktion von PatientInnen. Des Weiteren ist es eine einfache, mit wenigen Risiken verbundene und kosteneffektive Maßnahme (Braden et al., 2009).

Lavendelmilch kann beispielsweise nach einer basalstimulierenden Waschung eingesetzt werden. Hierzu ein kurzer Exkurs zu der **Basalen Stimulation**, einer

weiteren wichtigen pflegerischen Maßnahme (Kellnhauser, Schewior-Popp, Sitzmann, Geißner, Gümmer & Ullrich, 2004).

Die Basale Stimulation kann bei Ganzkörperwaschungen von PatientInnen entweder stimulierend oder beruhigend eingesetzt werden. Die beruhigende Waschung wird vor allem bei unruhigen oder hyperaktiven PatientInnen eingesetzt sowie bei Menschen mit Einschlafstörungen und Schmerzzuständen. Sie soll den PatientInnen vor allem Entspannung verschaffen, aber auch eine bessere Wahrnehmung des eigenen Körpers. Die Basale Stimulation im Sinne der beruhigenden Waschung sollte in einer ruhigen Atmosphäre stattfinden und nur von einer Pflegeperson durchgeführt werden. Die geeignete Wassertemperatur beträgt 37 - 40 Grad Celsius. Auch die Umgebungstemperatur sollte warm sein. Die Pflegeperson verwendet einen Waschlappen, mit dem er/sie den/die Patienten/in in Haarwuchsrichtung wäscht. Die Pflegeperson beginnt mit dem Brustkorb des/der Patient/in und arbeitet sich dann zu den Extremitäten vor. Um dem/der Patienten/in seine Körpergrenzen zu zeigen und besser wahrnehmen zu lassen, fährt die Pflegeperson mit ihren Händen den Konturen des Körpers nach. Wichtig ist, immer Kontakt mit dem Körper zu halten. Nach der beruhigenden Ganzkörperwaschung wird der/die Patient/in in Haarwuchsrichtung abgetrocknet und kann beispielsweise mit einer Lavendelmilch eingecremt werden. Bei all diesen Handlungen sollte die Pflegeperson wenig mit dem/der Patienten/in reden und für eine ruhige Umgebung sorgen, dann ist auch die beruhigende Wirkung der Waschung gewährleistet (Kellnhauser et al., 2004).

Die basale Stimulation im Zuge der Körperpflege, ist eine einfache Methode, um eine/n Patienten/in zu beruhigen und kann gut in den pflegerischen Alltag integriert werden.

4.3.2. Musiktherapie

Die Musiktherapie wird nach Oberegelsbacher (2008) folgendermaßen definiert: „Musiktherapie ist die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder seiner Elemente zu therapeutischen Zwecken. Sie ist immer in eine bewusst gestaltete therapeutische Beziehung eingebunden und verwendet nicht sprachliche und sprachliche Kommunikation sowie psychologische Mittel und Techniken.“ (zit. n. Decker-Voigt, Oberegelsbacher & Timmermann, 2008, S.18)

Die Musiktherapie dient dazu, die seelische, psychische oder physische Gesundheit wiederherzustellen und zu erhalten. Die Musiktherapie findet einzeln, in Gruppen oder mit Angehörigen statt und kann in allen Altersgruppen angewandt werden. Die Einsatzgebiete der Musiktherapie sind breit, sie reichen von der Neonatologie, Psychotherapie, Psychiatrie, neurologischen Rehabilitation, inneren Medizin, Onkologie, Geriatrie bis zu der Betreuung von Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen. Sie kann auch in der Palliativmedizin und im Hospiz eingesetzt werden (Decker-Voigt et al., 2008).

Der Einsatz von Musik im Krankenhaus kann ein guter Weg sein, um dem/der Patienten/in eine Umgebung zu schaffen, die Ruhe und Wohlbefinden vermittelt. Diese Methode reduziert nachweislich sowohl Angst als auch Schmerzen im perioperativen Setting (Nilsson, 2008).

Unter Musiktherapie wird in den folgenden beschriebenen Studien der Einsatz beziehungsweise das Hören von Musik verstanden. Es ist daher keine Intervention, welche die Anwesenheit eines/r Musiktherapeuten/in benötigt, sondern die auch von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt werden kann.

In einer Studie von Bringman, Giesecke, Thörne und Bringman (2009) wurden Musik und Prämedikation vor einer Operation miteinander verglichen. Die PatientInnen der Interventionsgruppe hörten eine Stunde vor der Operation bis kurz vor dem Transfer in den Operationssaal Musik. Sie hatten die Auswahl

zwischen sechs verschiedenen Musikrichtungen. Die Lieder wurden davor von einem/r professionellen Musiktherapeuten/in zusammengestellt. Der/Die Patient/in hörte sich die Musik, die auf einem CD-Player abgespielt wurde, mit Kopfhörern im Bett an. Die anderen StudienteilnehmerInnen bekamen die Standardprämedikation, ein Midazolampräparat, ebenfalls eine Stunde vor der Operation. Die Angst der PatientInnen beider Gruppen wurde mittels der „State Trait Anxiety Inventory“ vor der Intervention und kurz vor der Operation gemessen. Die Untersuchung ergab, dass das Hören von Musik, das Angstlevel der StudienteilnehmerInnen mehr senkte als die Prämedikation (Bringman et al., 2009).

Der Effekt von Musik wurde auch bei tagesklinischen PatientInnen getestet (Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos, 2005b). Gerade PatientInnen, die nur einen Tag im Krankenhaus verweilen, sind aufgrund der kurzen Vorbereitungszeit meist ängstlich. Die TeilnehmerInnen der Studie erhielten kurz vor ihrer Aufnahme einen Brief, mit der Bitte eine CD mit ihrer Lieblingsmusik mitzunehmen. Die meisten PatientInnen brachten eine CD mit ruhigen Liedern mit. Sie konnten für eine halbe Stunde vor der Operation ihre eigene Musik hören. Die StudienteilnehmerInnen mussten vor und nach der Intervention die „State Trait Anxiety Inventory“ Skala ausfüllen. Um einen Vergleich ziehen zu können, gab es noch eine Placebogruppe und eine Kontrollgruppe. Die Placebogruppe erhielt wie die Interventionsgruppe Kopfhörer, sie durften jedoch keine Musik hören. Die Kontrollgruppe erhielt die standardmäßige präoperative Vorbereitung. Schlussendlich konnte die Studie beweisen, dass Musik das „state anxiety level“, also die Zustandsangst, vor einer Operation signifikant reduzieren kann (Cooke et al., 2005b).

Die Musiktherapie zeigt eindeutig eine positive Wirkung auf die präoperative Angst. Eine nützliche Maßnahme wäre es, den/die Patienten/in vor der Operation seine eigene Musik hören zu lassen (Bailey, 2010). Vor allem bei PatientInnen, die einen kurzen Krankenhausaufenthalt und nur wenig Zeit für

die präoperative Vorbereitung haben, ist dies eine einfache Methode, um dem/der Patienten/in Ruhe zu vermitteln (Cooke, Chaboyer & Hiratos, 2005a). Es ist nicht in allen Einrichtungen ein CD-Spieler verfügbar und daher schlägt Bailey (2010) vor, kosteneffektive Wege zu finden, um Musik im präoperativen Setting zu ermöglichen.

Nichtsdestotrotz ist der Einsatz von Musik eine kostengünstige Methode, die kein extra Personal und kein teures Equipment benötigt. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Musiktherapie, im Sinne von Musik hören, eine sinnvolle und einfache Maßnahme ist, um die präoperative Angst von PatientInnen zu reduzieren (Nilsson, 2008).

4.3.3. Akupunktur/-pressur

Zu einer weiteren komplementären Maßnahme im klinischen Setting kann auch die Akupunktur gezählt werden. Die Ausbildung in Österreich umfasst 200 Unterrichtseinheiten inklusive drei Wochenenden Praxiserfahrung und wird mit einem Diplom abgeschlossen. Es können jedoch nur ÄrztInnen und PharmazeutInnen die Akupunkturausbildung absolvieren (Österreichische Gesellschaft für Akupunktur, 2010).

Die Akupunktur ist eine Methode der Traditionellen Chinesischen Medizin. Dabei werden an bestimmten Punkten am Körper dünne Nadeln in die Haut gestochen. Dies bewirkt eine Reizweiterleitung über so genannte Meridiane zu gewissen Regionen im Körper, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen. Unter der Akupunktur wird nicht nur das Setzen von Nadeln verstanden, sondern auch zum Beispiel das Massieren bestimmter Punkte (Akupressur), die elektrische Stimulationsakupunktur oder die Laserakupunktur (Stör & Irnich, 2009).

Im traditionellen Sinn soll die Akupunktur helfen Störfaktoren entgegenzuwirken und die Harmonie beziehungsweise Balance wiederherzustellen. In der westlichen Gesellschaft wird die Akupunktur hauptsächlich bei Schmerzen, bei funktionellen Störungen, aber auch beim Drogenentzug oder bei Allergien eingesetzt.

Die positive Wirkung dieser Methode konnte bei Kopfschmerzen und Schmerzen des Bewegungsapparates nachgewiesen werden. Im perioperativen Setting kann der Einsatz von Akupunktur helfen postoperative Schmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen zu reduzieren. Der Akupunktur wird außerdem eine anxiolytische Wirkung nachgesagt (Stör & Irnich, 2009).

In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass Akupressur bei PatientInnen geholfen hat, die gerade am Weg zum Krankenhaus mit der Ambulanz waren. Es nahmen 36 PatientInnen, die an einer gastrointestinalen Erkrankung litten und kurz vor einer Untersuchung standen, an der Studie teil. Die PatientInnen, die sich in der Versuchsgruppe befanden, erhielten während der Fahrt im Krankenwagen von einem eingeschulten Sanitäter eine Akupressur am Ohr. Die ProbandInnen der Kontrollgruppe erhielten die Ohrakupressur an einer erfundenen Stelle. Der zweite Sanitäter erfragte vor und nach der Intervention mittels Visual Analogue Scale die Befindlichkeit der TeilnehmerInnen. Die Untersuchung zeigte, dass sowohl die Angst vor dem Eingriff im Krankenhaus, als auch die Schmerzen während des Eingriffes signifikant geringer waren als in der Kontrollgruppe. Insgesamt stellte sich heraus, dass die PatientInnen, die Akupressur erhielten, deutlich optimistischer gegenüber ihren Untersuchungsergebnissen hinsichtlich ihrer Erkrankung waren (Kober, Scheck, Schubert, Strasser, Gustorff, Bertalanffy, Wang, Kain & Hoerauf, 2003).

In Bezug auf die anxiolytische Wirkung der Akupunktur im präoperativen Setting konnten nur zwei relevante Artikel gefunden werden.

Wang, Peloquin und Kain (2001) verglichen in ihrer Studie drei Gruppen mit unterschiedlichen Interventionen. Die erste Gruppe erhielt Akupunktur basierend auf der traditionellen chinesischen Medizin (TCM). Das bedeutet, es wurden drei Stellen am Ohr punktiert, die in Verbindung stehen mit verschiedenen Organen, die wiederum mit Angst und Furcht assoziiert werden. Die TeilnehmerInnen der zweiten Gruppe bekamen ebenfalls eine Ohrakupunktur an drei Punkten, die eine entspannende und sedierende

Wirkung auslösen sollen. Die restlichen PatientInnen erhielten eine Ohrakupunktur an drei Stellen, die keinerlei dokumentierte Effekte auf Angst haben. Die Untersuchung ergab, dass die zweite Gruppe signifikant weniger ängstlich war als die anderen beiden. Aus welchen Gründen auch immer, unterschieden sich die PatientInnen, die traditionelle chinesische Medizin erhielten, nicht signifikant sowohl von der zweiten als auch von der dritten Gruppe. Die AutorInnen vermuten, dass die TCM nicht effektiv war, weil die Akupunkturpunkte keine fixen Stellen sind, sondern bei jedem Menschen variieren können (Wang et al., 2001).

Die zweite Studie über Akupunktur bei präoperativer Angst wurde 2007 von Karst, Winterhalter, Münte, Francki, Hondronikos, Eckardt, Hoy, Buhck, Bernateck und Fink durchgeführt. Den TeilnehmerInnen stand allen ein Eingriff bei einem Zahnarzt bevor und sie erhielten zur Reduktion der Angst verschiedene Interventionen. Insgesamt wurden sie in drei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe erhielt eine Akupunktur an den entspannenden Punkten am Ohr, die andere erhielt eine Placebo-Akupunktur und die letzte bekam Midazolam intranasal verabreicht. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl die Akupunktur als auch die kurze Sedierung signifikant die Angst vor dem Eingriff reduzierte (Karst et al., 2007).

In drei Studien konnte bewiesen werden, dass die Akupunktur beziehungsweise Akupressur eine effektive Methode zur Reduktion der Angst ist, jedoch aufgrund der spärlichen Datenlage noch besser erforscht werden sollte.

Die Akupunktur ist außerdem eine sehr kosteneffiziente Methode, denn außer den Nadeln werden hauptsächlich Zeit und Ruhe gebraucht. Die Behandlung benötigt meist zwischen zehn und zwanzig Minuten mit einer anschließenden Ruhephase von mindestens zwanzig Minuten (Stör & Irnich, 2009). Auch wenn Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Akupunktur nicht selbst bei PatientInnen anwenden können, ist es von Vorteil über diese Methode Bescheid zu wissen, um bei Bedarf eine/n Arzt/Ärztin mit dieser Weiterbildung hinzuziehen zu können.

4.4. Sonstige Maßnahmen

Die **Nähe** und **Zuwendung** eines Menschen wirkt auf viele beruhigend und kann Angst mindern. Einfach dem/der Patienten/in die Hand zu halten, wäre beispielsweise eine geeignete Maßnahme. Genau dies versuchten Moon und Cho (2001) zu erforschen. Sie untersuchten PatientInnen, die sich unter Lokalanästhesie einer Kataraktoperation unterzogen. Die Krankenpflegeperson hielt vom Anfang bis zum Ende des Eingriffes die Hand des/der Patienten/in. Die ProbandInnen wurden in eine Versuchs- und in eine Kontrollgruppe eingeteilt. Prä- und postoperativ wurde die Angst der PatientInnen mit der „Visual Analogue Scale“ erfasst. Zusätzlich wurde der Blutdruck gemessen und im Blut der Epinephrin-, Norepinephrin- und der Kortisolwert und die Lymphozyten, Neutrophilen und natürlichen Killerzellen bestimmt (Moon & Cho, 2001).

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Anzahl der Personen, die von einer Angstreduktion sprachen, in der Versuchsgruppe deutlich höher war. Im Interview vor der Entlassung gaben über 70% der TeilnehmerInnen der Versuchsgruppe an, dass das Hände halten ihnen sehr geholfen hat ihre Angst zu mindern. Beim Blutdruck und den verschiedenen Blutwerten zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Nur das Epinephrin war in der Versuchsgruppe deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe (Moon & Cho, 2001). Die Studie zeigt auf, dass einfache und nichtinvasive Methoden beim Angstmanagement ebenfalls hilfreich sein können.

In einer Studie von Saadat, Drummond-Lewis, Maranets, Kaplan, Saadat, Wang und Kain (2006) zeigte sich, dass **Hypnose** die präoperative Angst von PatientInnen kurz vor einer Operation um 56 Prozent reduzieren konnte. Die Kontrollgruppe hingegen, die die „Standardpflege“ erhielt, erlebte eine Steigerung ihrer Angst um zehn Prozent (Saadat et al., 2006).

Auch **Reiki** und **Therapeutic Touch** - zwei Methoden die von Krankenpflegepersonen mit spezieller Weiterbildung durchgeführt werden können - können Ängste und Spannungen bei PatientInnen abbauen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass mit diesen Anwendungen der Verbrauch von angstlösenden Medikamenten reduziert werden kann. Zudem können Reiki und Therapeutic Touch auch Schmerzen lindern, Stress abbauen und die Krankheitsbewältigung positiv beeinflussen (Wildhaber, 2004).

Ein anderes einfaches Mittel, das hilfreich bei der Bekämpfung gegen die Angst sein kann, ist der **Humor**. Humor kann einem/r Patienten/in helfen Abstand zu seiner Krankheit oder der bevorstehenden Operation zu gewinnen. Humor bewirkt, dass der/die Patient/in sein eigenes Leiden „auf die Schaufel nimmt“ und sich somit von diesem besser distanzieren kann. Drewes (2010) fand dazu folgende passende Formulierung: „Humor ist also, wenn man trotzdem lacht.“ (Drewes, 2010, S. 102).

Dieses „Trotzdem“ bedeutet, dass sich der Betroffene trotz aller Widrigkeiten gegen sein Leiden wehrt. Mit Lachen versucht er sich davon zu befreien und seiner Angst den Rücken zuzukehren. Humor hilft nicht nur den PatientInnen, sondern auch den BeraterInnen und Pflegepersonen mit einer schwierigen Situation umzugehen. Er ermöglicht es außerdem, einen besseren Zugang zu den PatientInnen zu finden und sie zu einer aktiven Erarbeitung von Problemlösungsstrategien zu motivieren (Drewes, 2010).

5. Schlussfolgerungen

Die Menschen erleben oft Angst, wenn sie sich in neuen Situationen befinden, wie beispielsweise der erste Arbeitstag, oder wenn sie in eine Lage geraten, mit der sie nicht umgehen können. Angst ist ein Grundgefühl des Menschen und es ist ganz natürlich und manchmal auch lebenswichtig, sie zu empfinden. Die Angst wird meist als etwas Diffuses erlebt und es fällt vielen nicht leicht zu beschreiben, was ihnen eigentlich Angst macht.

Die Ursachen von Angst können vielfältig sein. Im Krankenhaus haben PatientInnen zum Beispiel Angst vor der Operation, vor Schmerzen, vor Invalidität oder vor dem Tod. Meist sehen sie sich sogar mit mehreren Ängsten konfrontiert. In Bezug auf die Angst vor der Operation hat der/die Patient/in meist nicht nur konkret vor dem Eingriff Angst, sondern auch vor dessen Folgen oder davor nicht mehr aus der Narkose aufzuwachen.

Den PatientInnen und ihren Ängsten muss im Krankenhaus begegnet werden. Eine der häufigsten Interventionen ist die Gabe von anxiolytischen Medikamenten, aber das kann nicht die Lösung des Problems sein. Diese Mittel dämpfen nur die Angst, sie bekämpfen aber nicht die Ursache. Was für Folgen es haben kann, wenn nicht auf die präoperative Angst eingegangen wird, ist noch zu wenig erforscht. Einige Studien berichten von einer Steigerung der postoperativen Schmerzen und von vermehrter Übelkeit und Erbrechen (Kain et al., 2000; Munafo & Stevenson, 2001; Van den Bosch et al., 2005).

Auf jeden Fall ist es wichtig, dass sowohl Pflegepersonen als auch ÄrztInnen auf die Ängste ihrer PatientInnen eingehen.

Am besten wird im Rahmen der Anamnese festgestellt, ob sich der/die Patient/in Sorgen über etwas macht. Die meisten Pflegeanamnesen sind jedoch nicht ausgerichtet auf die Erfassung von Angst. Daher müsste zuerst der Anamnesebogen adaptiert werden. Ein Vorschlag der Verfasserin wäre, ein Instrument zur Angstmessung in die Anamnese zu implementieren. Ein geeignetes Messinstrument wäre die „Amsterdam Preoperative Anxiety Scale“

(APAIS). Es stellt mit sechs Sachaussagen, die von 1 bis 5 von den PatientInnen bewertet werden müssen, relativ einfach fest, ob der/die Patient/in Angst vor der Operation oder vor der Anästhesie hat und ob er/sie sich diesbezüglich Informationen wünscht. Damit kann also nicht nur die Angst von PatientInnen festgestellt werden, sondern auch gleichzeitig der Informationsbedarf. Dies ist insofern wichtig, weil nicht alle PatientInnen viele Informationen erhalten wollen, sondern manche so wenig wie möglich erfahren wollen (Moerman et al., 1996).

Ein weiteres geeignetes und in der Praxis – vor allem zur Schmerzerfassung – bereits häufig eingesetztes Instrument ist die „Visual Analogue Scale“ (VAS). Hier muss der/die Patient/in lediglich auf einem Kontinuum von „keine Angst“ bis „maximale Angst“ sein/ihr derzeitiges Empfinden markieren. Die Adaptierung der VAS von Kindler et al. (2000) ist eine optimierte Version, die auf die verschiedenen Ängste der PatientInnen eingeht. Zum Beispiel erfragt sie die Angst vor der Wartezeit, vor den Ergebnissen der Operation, die Angst vor postoperativen Schmerzen und vieles mehr. Dieses Messinstrument hat den Vorteil, dass es bereits feststellt, wovor der/die Patient/in genau Angst hat. Dies ermöglicht den Pflegepersonen wiederum, schneller und effizienter beim Angstmanagement vorzugehen, weil sie das Problem kennen.

Während der Anamnese und pflegerischer Handlungen am/an der Patienten/in, kann die Pflegeperson zusätzlich auf Symptome für Angst achten. Die Angst kann sich bei den einzelnen Menschen unterschiedlich äußern. In der Literatur werden einige Symptome beschrieben, die es den Pflegepersonen erleichtern sollte, die Angst bei PatientInnen festzustellen. Häufig vorkommende Symptome sind zum Beispiel eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, Unruhe, Nervosität oder körperliche Anzeichen, wie Schwitzen, erhöhter Puls oder blasse Haut.

Mit Hilfe von Messinstrumenten, dem Erkennen von Symptomen und natürlich auch durch Befragung der PatientInnen, können Ängste festgestellt werden.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeperson kann nun die Pflegediagnose „Angst“ oder „Angst, Risiko“ erstellen. Im Rahmen des Pflegeprozesses können darauf aufbauend Maßnahmen und Nah- und Fernziele formuliert werden. Das Buch „POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik“ von Stefan et al. (2009) bietet dabei eine gute Unterstützung. Wichtig ist, dies alles schriftlich festzuhalten, um den Pflegeprozess transparent und nachvollziehbar zu machen und auch um Fortschritte sehen zu können.

Als nächsten Schritt können die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Maßnahmen einleiten, um die Angst der PatientInnen abzubauen. Damit gelangt die Verfasserin auch zu der Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit:

- Welche Maßnahmen können Pflegepersonen setzen, um PatientInnen mit präoperativer Angst effektiv zu unterstützen und wie wirksam sind diese?

Eine der wichtigsten und – wie es in der Literatur belegt wird – effektivsten Maßnahmen zur Reduzierung der präoperativen Angst ist die PatientInnen zu informieren. Um den PatientInnen die Angst vor der Operation nehmen zu können, sollten sie ausreichend über prä- und postoperative Abläufe, über die Operation selbst und mögliche Komplikationen und postoperative gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufgeklärt werden. Dies kann mittels schriftlicher Informationsmaterialien oder im Zuge eines mündlichen Gespräches passieren.

Schriftliche Materialien können Broschüren, Handouts oder die Informierung über das Internet sein. Heutzutage greifen immer mehr Menschen auf das Internet zurück, um sich Informationen zu holen. Leider laufen sie dabei Gefahr, falsche Informationen vermittelt zu bekommen. Daher wäre es eine gute Maßnahme, wenn das jeweilige Krankenhaus eine Homepage erstellt, die über die Abläufe und die verschiedenen Angebote der Institution informiert.

Handouts und Broschüren sind ein weiteres beliebtes edukatives Hilfsmittel. Sie liegen oft in Arztpraxen und Spitälern auf und informieren meist kurz und bündig

über einen bestimmten Sachverhalt. Sie sind sehr nützlich, da sie den PatientInnen ein Basiswissen vermitteln und sie auf diese immer leicht zurückgreifen können. Bei tagesklinischen Eingriffen wäre es von Vorteil für den/die Patienten/in, wenn er/sie schon zuhause die schriftlichen Informationsmaterialien erhalten würde, um sich besser für den Eingriff vorbereiten zu können. Es geht aus Studienergebnissen hervor, dass je früher PatientInnen Informationen erhalten, desto eher haben sie die Möglichkeit offene Fragen zu klären, indem sie sich weitere Informationen beschaffen oder sich an ÄrztInnen oder Pflegepersonen wenden (Lepczyk et al., 1990). Die Informierung des/der Patienten/in sollte aber nicht alleine aufgrund von schriftlichen Informationsmaterialien passieren, denn ein mündliches Gespräch mit einem/r der ÄrztInnen und Pflegepersonen darf nicht fehlen. Ein gutes Beispiel für eine Kombination von schriftlichen und mündlichen Informationen liefert Egli-Hauri et al. (2006). Sie verschickten Merkblätter an die PatientInnen zuhause. Diese erhielten Informationen über prä- und postoperatives Verhalten und darüber, was der/die Patient/in ins Krankenhaus mitnehmen muss. Im Krankenhaus wurden die PatientInnen vom/von der Arzt/Ärztin aufgeklärt und von einer Krankenpflegeperson noch einmal über den prä- und postoperativen Ablauf und über schmerzstillende und schlaffördernde Maßnahmen unterrichtet. Außerdem wurde dem/der Patienten/in eine Checkliste ausgehändigt, die besagt, welche Punkte er/sie noch vor der Operation erledigen muss. Darüber hinaus wurden im Rahmen dieses Projektes Leitfäden zu verschiedenen Operationen entwickelt, die es den Pflegepersonen ermöglichten, die PatientInnen einheitlicher und strukturierter zu informieren.

Dieses Konzept von Egli-Hauri et al. (2006) ist nach Meinung der Verfasserin eine gute Methode, um zu gewährleisten, dass die PatientInnen ausreichend aufgeklärt werden und um ihnen in Folge ihre Ängste zu nehmen. Die Merkblätter, die Checkliste und die Leitfäden zu den Operationen ermöglichen außerdem ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationsgabe und daher ein besseres Zeitmanagement, das bei einem hektischen Klinikbetrieb sehr wichtig sein kann. Darüber hinaus verhindern diese Hilfsmittel, dass die PatientInnen wichtige Informationen nicht erhalten.

Diese eben genannten schriftlichen Informationsmaterialien könnten gemeinsam in Arbeitsgruppen, bestehend aus Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und anderen verwandten Berufsgruppen, erstellt werden.

Wie bereits erwähnt ist ein informierendes und aufklärendes Gespräch von Seiten der Pflegepersonen unumgänglich. Die Wartezeiten vor Untersuchungen oder vor Operationen eignen sich gut für Gespräche mit den PatientInnen, vor allem weil die PatientInnen in dieser Zeit keine Beschäftigung haben und sich in ihre Angstgefühle eventuell hineinsteigern. Daher wäre zu diesem Zeitpunkt ein aufklärendes und beruhigendes Gespräch mit einer Pflegeperson sinnvoll. Dies könnte auch im Rahmen einer Beratung durchgeführt werden. Die Beratung hat den Vorteil, dass sie sich auf den Pflegeprozess stützt und daher wiederum ein strukturiertes Vorgehen ermöglicht. Darüber hinaus schafft die Beratungssituation gute Voraussetzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu dem/der Patienten/in. Durch empathisches Vorgehen der Pflegeperson, kann sich der/die Patient/in leichter öffnen und seine/ihre Gefühle äußern. Sinn und Zweck einer Beratung ist es, dass auf die Fragen, aber auch auf die Sorgen und Probleme des/der Patienten/in eingegangen wird. Die Beratung ist daher eine gute Methode, um die Ängste der PatientInnen zu reduzieren und um die PatientInnen in ihrer Situation zu stärken.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sowohl die Beratung beziehungsweise das mündliche Gespräch, als auch die Informationsweitergabe durch diverse schriftliche Materialien, effektive Maßnahmen zur Reduktion von präoperativer Angst bei PatientInnen sind.

Des Weiteren gibt es komplementäre Maßnahmen, die positiven Einfluss auf Angst haben und die von Pflegepersonen durchgeführt werden können.

Zum Beispiel hat die Anwendung von Lavendelöl im Rahmen der Aromatherapie eine beruhigende Wirkung auf die PatientInnen. Ferner ist das Hören von Musik vor der Operation eine gute Methode, um die Angst des/der

Patienten/in zu reduzieren. Auch die Akupunktur beziehungsweise Akupressur hat einen positiven Effekt auf die präoperative Angst.

Sowohl die Aromatherapie, das Hören von Musik und die Akupunktur können also die Ängste von PatientInnen reduzieren. In der aktuellen Forschungsliteratur konnten jedoch nur wenige Studien dazu gefunden werden, daher möchte die Verfasserin die Ergebnisse nicht verallgemeinern und die Maßnahmen als effektiv beschreiben. Zu diesen drei komplementären Bereichen besteht daher noch Forschungsbedarf.

Die eben genannten komplementären Maßnahmen haben augenscheinlich eine beruhigende Wirkung auf den/die Patienten/in und nach Meinung der Verfasserin, kann es nur Vorteile haben sie im pflegerischen Alltag einzusetzen. Dies setzt eine spezielle Weiterbildung der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson und das Einverständnis des/der Patienten/in voraus.

Alle Maßnahmen für den/die Patienten/in, ob Information, Beratung oder komplementäre Maßnahmen, vermitteln dem/der Patienten/in Zuwendung und Unterstützung. Etwas Zeit für ihn/sie zu haben und auf seine/ihre Probleme einzugehen, kann für den/die Patienten/in sehr wichtig sein und sich positiv auf ihn/sie auswirken.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zahlreiche Methoden gibt, um die präoperative Angst der PatientInnen zu senken, jedoch ist die aktuelle wissenschaftliche Datenlage dazu sehr spärlich. Es existieren zwar einige Artikel zu dem Thema präoperative Angst, die vor allem in „Journals“ aus dem Bereich der Anästhesie veröffentlicht wurden, jedoch konnte die Verfasserin nur wenige Studien zu pflegerischen Interventionen bei präoperativer Angst finden.

Der Mangel an wissenschaftlichen und aussagekräftigen Studien beweist, dass hier noch ein großer Forschungsbedarf vorliegt.

6. Literaturverzeichnis

Ackeret, D. (2003). Angst – und niemand reagiert. *Krankenpflege*, 9, 13-15.

Allen, S., Carr, E., Barrett, R., Brockbank, K., Cox, C., & North, N. (2002). Prevalence and patterns of anxiety undergoing gynaecological surgery. Project Report. Poole, England: Bournemouth University. Zugriff am 5. Februar 2012 unter <http://eprints.bournemouth.ac.uk/11680/1/Anxiety.pdf>

Ayral, X., Gicquere, C., Duhalde, A., Boucheny, D., & Dougados, M. (2002). Effects of video information on preoperative anxiety level and tolerability of joint lavage in knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatisms*, 47(4), 380-382.

Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal*, 92 (4), 445-460.

Babashahi, M., Fayazi, S., Aghel, N., & Haghizadeh, M.H. (2010). Effect of Aromatherapy on anxiety level among preoperative patients. *Scientific Medical Journal*, 9(5), 507-516.

Bachmair, S., Faber, J., Hennig, C., Kolb, R., & Willig, W. (2011). Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. 10. Auflage, Weinheim, Basel: Verlag Beltz.

Barnow, S., Freyberger, H.J., Fischer, W., & Linden, M. (2000). Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen - Formen, Ursachen und Behandlung. Bern: Hans Huber.

Becker, E. (2011). Angst. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Berger, S., Mosebach, H., & Wieteck, P. (Hrsg.).(2008). NANDA International Pflegediagnosen - Definitionen & Klassifikation 2009-2011. Bad Emstal: Recom Verlag.

Berth, H., Petrowski, K., & Balck, F. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) – the first trial of German version. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 4, 1-8.

Braden, R., Reichow, S., & Halm, M.A. (2009). The use of the essential oil lavandin to reduce preoperative anxiety in surgical patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(6), 348-355.

Bringman, H., Giesecke, K., Thörne, A., & Bringman, S. (2009). Relaxing music as pre-medication before surgery: a randomised controlled trial. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 759-764.

Bühlmann, J. (2004). Angst. In Käppeli, S. (Hrsg.), *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Band 1 (S.81-101). Bern: Verlag Hans Huber.

Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 341-352.

Caumo, W., Schmidt, A.P., Schneider, C.N., Bergmann, J., Iwamoto, C.W., Bandeira, D., & Ferreira, M.B.C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 298-307.

Cohen, L., Fouladi, R.T., & Katz, J. (2005). Preoperative coping strategies and distress predict postoperative pain and morphine consumption in women undergoing abdominal gynecologic surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 201-209.

Cooke, B. & Ernst, E. (2000). Aromatherapy - a systematic review. *British Journal of General Practice*, 50, 493-496.

Cooke, M., Chaboyer, W., & Hiratos, M. (2005a). Music and its effect on anxiety in short waiting periods: a critical appraisal. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 145-155.

Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005b). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 47-55.

Danino, A.M., Chahraoui, K., Frachebois, L., Jebrane, A., Moutel, G., Herve, C., & Malka G. (2005). Effects of an informational CD-ROM on anxiety and knowledge before aesthetic surgery: a randomised trial. *British Journal of Plastic Surgery*, 58, 379-383.

Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., & Timmermann, T. (2008). Lehrbuch Musiktherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Drewes, V. (2010). Der Eingriff. Beratung vor und nach einer Operation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Egli-Hauri, M., Meier, M., Giltch Fischer, U., & Mathis-Jäggi, F. (2006). Professionelle Information vermindert Angst. *Krankenpflege*, 7, 20-21.

Engel, R. (2011). Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Einführende Elemente, Methoden und Beispiele. Wien: Facultas Verlag.

Erci, B., Sezgin, S. & Kacmaz, Z. (2008). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 59-66.

Fabian, E. (2010). Anatomie der Angst - Ängste annehmen und an ihnen wachsen. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.

Fitzgerald, B.M. & Elder, J. (2008). Will a 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? *Journal of Surgical Education*, 65(5), 359-363.

Flöttmann, H.B. (2005). Angst - Ursprung und Überwindung. 5. Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Frazier, S.K., Moser, D.K., Riegel, B., McKinley, S., Blakely, W., Kyungeh, A.K., & Garvin, B.J. (2002). Critical Care Nurses' Assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. *American Journal of Critical Care*, 11, 57-64.

Frazier, S.K., Moser, D.K., Daley, L.K., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B.J. & Kyungeh, A. (2003). Critical Care Nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12, 19-27.

Gillies, M.A.M. & Baldwin, F.J. (2001). Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *European Journal of Anaesthesiology*, 18, 620-622.

Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418-2425.

Gottschalk, E. (2004). Bewältigung präoperativer Angst (Teil 1). *Intensiv*, 12, 14-19.

Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L., & Gammon, J. (2001). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 697-706.

Hammer, P.N. (2009). Angsterleben und Bewältigungsverhalten von Patienten und Ehepartnern vor und nach aortokoronarer Bypassoperation - eine Interviewanalyse. Dissertation. Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität, Medizinische Fakultät.

Heikkilä, J., Paunonen, M., Laippala, P., & Virtanen, V. (1998). Nurses' ability to perceive patients' fears related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1225-1235.

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Nummela, T., Kaljonen, A., & Salanterä, S. (2008). A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 73, 272-279.

Hering, K., Harvan, J., D'Angelo, M., & Jasinski, D. (2005). The use of a computer website prior to scheduled surgery (a pilot study): impact on patient information, acquisition, anxiety level, and overall satisfaction with anesthesia care. *AANA Journal*, 73(1), 29-33.

Hinz, M., Dörre, F., König, P., & Tackenberg, P. (2003). ICNP®: Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Ivansson, B., Larsson, S., Lührs, C., & Sjöberg, T. (2007). Patients perceptions of information about risks at cardiac surgery. *Patient Education and Counseling*, 67, 32-38.

Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., & Bedford, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374.

Jones, R.B., Pearson, J., Cawsey, A.J., Bental, D., Barrett, A., White, J., White, C.A., & Gilmour, W.H. (2006). Effect of different form of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial. *BMJ*, 332:942. Zugriff am 17. März 2012 unter <http://www.bmj.com/content/332/7547/942>

Kain, Z.N., Mayes, L.C., Cicchetti, D.V., Bagnall, A.L., Finley, J.D., & Hofstadter, M.B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: How does it compare with a „gold standard“? *Anesthesia & Analgesia*, 85, 783-788.

Kain, Z.N., Sevarino, F., Alexander, G.M., Pincus, S., & Mayes, L.C. (2000). Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 417-422.

Kakinuma, A., Nagatani, H., Otake, H., Mizuno, J., & Nakata, Y. (2011). The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia*, 112(6), 1314-1318.

Karst, M., Winterhalter, M., Münte, S., Francki, B., Hondronikos, A., Eckardt, A., Hoy, L., Buhck, H., Bernateck, M., & Fink, M. (2007). Auricular acupuncture for dental anxiety: controlled trial. *Anesthesia & Analgesia*, 104, 295-300.

Kellnhauser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geißner, U., Gümmer, M., & Ullrich, L. (2004). Thiemes Pflege. Professionalität erleben. 10. Auflage, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Kesari, D., Kovisman, V., Cytron, S., & Benjamin, J. (2003). Effects on pain and anxiety of patients viewing their cystoscopy to a detailed explanation: a controlled study. *BJU Journal*, *92*, 751-752.

Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000). The Visual Analog Scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia*, *90*, 706-712.

Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K., Oliveira, L.M., Yamamoto, M.U., Inagaki, M.M., Ogawa, N.Y., Gonzales, P.E., Mandelbaum, R., Okubo, S.T., Watanuki, T., & Vieira, J.E. (2004). Surgery Information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, *59*(2), 51-56.

Kober, A., Scheck, T., Schubert, B., Strasser, H., Gustorff, B., Bertalanffy, P., Wang, S.-M., Kain, Z.N., & Hoerauf, K. (2003). Auricular acupuncture as a treatment for anxiety in prehospital transport settings. *Anesthesiology*, *98*(6), 1328-1332.

Kutlutürkan, S., Görgülü, Ü., Fesci, H., & Karavelioglu, A. (2010). The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *47*, 1066-1073.

Latour, G. (2006). Alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden. Überblick und rechtliche Rahmenbedingungen im GuKG für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Master Thesis. Krems: Donau-Universität Krems.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar. Testmappe mit Handanweisung, Fragebogen STAI-G Form X 1 und Fragebogen STAI-G Form X 2. Weinheim: Beltz.

Lee, A. & Gin, T. (2005). Educating patients about anaesthesia - effect of various modes on patient's knowledge, anxiety and satisfaction. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 18, 205-208.

Lepczyk, M., Raleigh, E.H., & Rowley, C. (1990). Timing of preoperative patient teaching. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 300-306.

London, F. (2010). Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. 2. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Luck, A., Pearson, S., Maddern, G., Hewett, P. (1999). Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *The Lancet*, 11, 2032-2035.

McDonald, S., Hetrick, S.E., & Green, S. (2008). Pre-operative education for hip or knee replacement. *The Cochrane Library*, 4, 1-31.

Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 806-815.

Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 261-271.

Moerman, N., van Dam, F.S.A.M., Muller, M.J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82, 445-451.

Moon, J.-S. & Cho, K.-S. (2001). The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients und local anaesthesia. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 407-415.

Munafo, M. R. & Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery. Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 589-596.

Nilsson, U. (2008). The anxiety – and pain-reducing effects of music interventions - a systematic review. *AORN Journal*, 87 (4), 780-807.

Norwood, S.L. (2002). Pflege-Consulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.

Oldman, M., Moore, D., & Collins, S. (2004). Drug patient information leaflets in anaesthesia: effect on anxiety and patient satisfaction. *British Journal of Anaesthesia*, 92(6), 854-858.

Österreichische Gesellschaft für Akupunktur (ÖGA) (2010). Wien. Zugriff am 10. Dezember 2012 unter <http://www.akupunktur.at/>.

Papanastassiou, I., Anderson, R., Barber, N., Conover, C., & Castellvi, A.E. (2011). Effects of preoperative education on spinal surgery patients. *SAS Journal*, 5, 120-124.

Perks, A., Chakravarti, S., & Manninen, P. (2009). Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *Journal Neurosurgical Anesthesiology*, 21(2), 127-130.

Pritchard, M. (2010). Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale. *Nursing Standard*, 25(11), 40-44.

Pritchard, M.J. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard*, 23(51), 35-40.

Romer, M. (2007). Aromatherapie. Lexikon der heilsamen Düfte. Stuttgart: S. Hirzel Verlag.

Rachman, St. (2000). Angst: Diagnose, Klassifikation und Therapie. Bern: Verlag Hans Huber.

Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S.-M., & Kain, Z.N. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia & Analgesia*, 102, 1394-1396.

Salzwedel, C., Petersen, C., Blanc, C., Koch, U., Goetz, A.E., & Schuster, M. (2008). The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient anxiety and the duration of the preanesthetic interview: a randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia*, 106, 202-209.

Schadewaldt, V. & Nielsen, G.H. (2011). Die Vorhersage postoperativer Schmerzen – ein Nutzen für das perioperative Schmerzmanagement?. *Pflege*, 24(2), 125-136.

Schwewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2009). Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. 11. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Sickendiek, U., Engel, F., & Nestmann, F. (2008). Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim: Juventa.

Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplung, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51, 169-176.

Sørlie, T., Busund, R., Sexton, J., Sexton, H., & Sørlie, D. (2007). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery – a randomized trial. *Patient Education and Counselling*, 65, 180-188.

Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J., Hansmann, R., Jedelsky, A., Michalek, A., Pandzic, R., Schalek, K., & Tomacek, D. (2009). POP- Praxisorientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Wien, New York: Springer Verlag, 741-763.

Steflitsch, M. & Steflitsch, W. (Hrsg) (2007). Aromatherapie. Wissenschaft – Klinik – Praxis. Wien: Springer Verlag.

Stirling, L., Raab, G., Alder, E.M., & Robertson, F. (2007). Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 494-501.

Stör, W. & Irnich, D. (2009). Akupunktur. Grundlagen, Praxis und Evidenz. *Schmerz*, 4(23), 405-418.

Stradner, T. (2002). Der Weg des Patienten zum OP. *Die Schwester/ Der Pfleger*, 41(1), 30-32.

Susleck, D., Willocks, S., Secret, J., Norwood, B.K., Holweger, J., Davis, M., Myhan, G., & Trimpey, M. (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(1), 10-20.

Van Zuuren, F.J., Grypdonck, M., Crevits, E., Vande Walle, C., & Defloor, T. (2006). The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. *Patient Education and Counselling*, 64, 173-182.

Van den Bosch, J.E., Moons, K.G., Bonsel, G.J., & Kalkman C.J. (2005). Does measurement of preoperative anxiety have added value for predicting postoperative nausea and vomiting?. *Anesthesia & Analgesia*, 100, 1525-1532.

Vargas, T.V.P., Maia, E.M., & Dantas, R.A.S. (2006). Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(3), 383-388.

Walsh, J.C., Curtis, R., & Mylotte, M. (2004). Anxiety levels in women attending a colposcopy clinic: a randomised trial of an educational intervention using video colposcopy. *Patient Education and Counseling*, 55, 247-251.

Wang, S.-M., Peloquin, C., Kain, Z.N. (2001). The use of auricular acupuncture to reduce preoperative anxiety. *Anesthesia & Analgesia*, 93, 1178-1180.

Wildhaber, W. (2004). Wirksam bei Schmerz, Stress und Angst. *Krankenpflege*, 11, 32.

Abstract

PatientInnen, die sich im Krankenhaus einer Operation unterziehen müssen, erleben meist viele verschiedene Angstgefühle.

Dies kann die Angst vor dem Eingriff sein, die Angst vor der Narkose, die Angst vor den Folgen der Operation bis hin zu der Angst vor dem Tod.

Die Pflegepersonen haben die Möglichkeit auf die Ängste der PatientInnen einzugehen und ihnen mit unterschiedlichen Techniken zu helfen.

Die Forschungsfrage dieser Arbeit bezieht sich daher darauf, welche Maßnahmen Pflegepersonen setzen können, um PatientInnen mit präoperativer Angst zu helfen und wie wirksam diese sind.

Das Ziel der Arbeit ist effektive und pflegerelevante Interventionen zur Angstreduzierung darzustellen, basierend auf aktueller Forschungsliteratur. Ein weiteres Ziel ist es, Sensibilität in Bezug auf die Ängste der PatientInnen zu erreichen und Anregungen für die Praxis zu geben in Hinblick auf angstreduzierende Maßnahmen.

Patients who are going to have a surgery in hospital, experience most of the time a lot of different frightened feelings.

That's because of their fear of operation, the fear of anesthetic, the fear of the surgery's result until fear of death.

The nursing staff has the possibility to deal with the patients' fear and support them by means of different methods.

The thesis' question of research relies on practices nursing staff can take, to help patients suffering from preoperative fear and how effective they are.

The aim of this thesis is to present effective and relevant (- to nursing staff -) methods to reduce fear based on current research literature.

A further aim is to make people sensitive to the patients' fear and to set ideas which can be put into practice.

Lebenslauf

Lisa Forstner

Beruf

Diplomierte
Gesundheits- und
Krankenschwester



Praktika im Gesundheitsbereich

07/2011 – 08/2011	Mitarbeit in einem Health Center in Ruanda, Afrika
05/2011 – 06/2011	Intensivstation, Allgemeines Krankenhaus Wien
01/2011 – 01/2011	Wundambulanz, Krankenhaus Göttlicher Heiland, Wien
10/2010 – 12/2010	Geriatrische Frührehabilitation, Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Hamburg
09/2010 – 10/2010	Chirurgie, Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Hamburg
07/2010 – 07/2010	Akutgeriatrie, Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Wien
06/2010 – 07/2010	Mobile Hauskrankenpflege, Fond Soziales Wien
02/2010 – 03/2010	Chirurgische Ambulanz, Allgemeines Krankenhaus Wien
01/2010 – 02/2010	Gynäkologie, Kaiser Franz Josef Spital, Wien
09/2009 – 10/2009	Gynäkologie, Kaiser Franz Josef Spital, Wien
07/2009 – 07/2009	Chirurgie, Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Wien
04/2009 – 07/2009	Kardiologie, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
11/2008 – 02/2009	Geriatrizentrum Liesing, Wien
09/2006 – 09/2006	NÖ Landespflegeheim „Frohsinn“, Zwettl

Akademische Ausbildung

09/2008 – 07/2011

Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege
FH Campus Wien

Abschluss: Bachelor, DGKS

1. Bachelorarbeit: „Fibromyalgie – Einfluss auf das (Er)Leben und Stigmatisierung“
2. Bachelorarbeit: „Nutzen der Vakuumtherapie aus Sicht der PatientInnen und der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen“

10/2005 – Anfang
2013

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität
Wien

Abschluss: Magister

Schulbildung

09/1997 – 06/2005

Bundes- und Bundesrealgymnasium

Abschluss: Matura

Sprachkenntnisse

Deutsch
Englisch
Französisch
Latein

Muttersprache
Sehr gute Kenntnisse
Grundkenntnisse
Grundkenntnisse