

Kolloqium

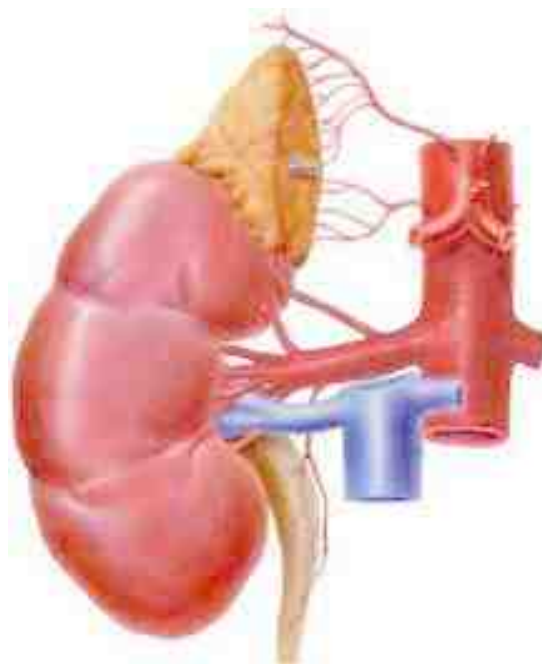
Thema:

Grundlagen und Modelle beruflichen Lebens nach der Pflgetheorie von Monika
Krohwinkel am Beispiel der Glomerulonephritis

Annkathrin Lodewick
Susanne Weber
Steffen Bönigk

Dozent: Hr. H.-B. Köster

Abgabe: 29.06.2008



Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung -----	1
2. Fallbeispiel -----	2
3. Glomerulonephritis -----	3
3.1. Akute Glomerulonephritis	
3.2. Chronische Glomerulonephritis	
4. Niereninsuffizienz -----	7
4.1. Entstehung	
4.2. Ursachen	
4.3. Diagnose	
4.4. Vier Stadien der Niereninsuffizienz	
5. Dialyse/Shunt -----	9
5.1. Hygiene	
5.2. Komplikationen	
5.3. Heimdialyse	
5.4. Peritonealdialyse	
5.5. Durchführung der Peritonealdialyse	
5.6. Ablauf der Peritonealdialyse	
5.7. Ambulante und Automatische Peritonealdialyse	
6. Nierentransplantation -----	14
7. Monika Krohwinkel -----	15
7.1. Biografie	
7.2. Kernaussagen	
7.3. Strukturmodell	
7.4. Konzepte	
8. Pflegeplanung -----	19
8.1. Kommunizieren	
8.2. Sich Bewegen	
8.3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten	
8.4. Sich pflegen	
8.5. Essen und Trinken	
8.6. Ausscheiden	
8.7. Sich kleiden	
8.8. Wachsein und schlafen	
8.9. Sich beschäftigen	
8.10. Sich als Mann oder Frau fühlen	
8.11. Für eine sichere Umgebung sorgen	
8.12. Soziale Bereiche des Lebens sichern	
8.13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen	
9. Fazit -----	29
9.1. Retrospektive	
10. Quellenangaben -----	30

1 Einleitung

In unserer Gruppenarbeit haben wir uns mit **Grundlagen und Modellen beruflichen Pflegens** befasst.

Anhand eines Fallbeispiels, in der eine Patientin mit chronischem Nierenversagen beschrieben wird, erstellten wir eine Pflegeplanung, welche auf dem **Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen** von Monika Krohwinkel basiert.

Hierzu befassten wir uns zu Beginn mit den Besonderheiten von Krohwinkels Pflegetheorie, mit den theoretischen Grundlagen zum Thema Glomerulonephritis und Nierenversagen.

Hinzu kamen Informationen zu Shuntanlage, Dialyse und Nierentransplantation.

Zusätzlich gehört zu unserer Gruppenarbeit die Anlage einer eigenen Internetseite im Stil der Wikipedia.

Die Arbeit erledigten wir zum Teil in der Schule, zum Teil gemeinsam zu Hause und zusätzlich per "Internet-Konferenz" und jeweils eigenen Recherchen, u.a. auch im Krankenhaus / Intranet, Informationen über die Station 2a/P.

Für unsere Pflegeplanung haben wir uns auf die unserer Meinung nach **wichtigsten** Pflegeprobleme im Bezug auf die Pflegetheorie nach Monika Krohwinkel konzentriert. Hierbei sind wir besonders auf die emotionale und soziale Lage der Patientin eingegangen und haben passend zu ihrer im Fallbeispiel beschriebenen Situation realistische aktuelle und potentielle Pflegeprobleme gesucht.

Wäre die Patientin eine reale Person würden wir gerne zusätzliche Informationen von ihrem persönlichen Umfeld (Mann, Eltern, Geschwister, Freunde) über sie einholen, zudem natürlich auch den behandelnden (Haus-)Arzt befragen.

2 Fallbeispiel

Helga Reiter ist eine 35jährige Grafikerin, die im Bereich der Werbewirtschaft arbeitet.

Zur Zeit ist sie freie Mitarbeiterin eines Grafikstudios, welches eine große Werbeaktion für einen Süßwarenhersteller betreut. In der Vergangenheit hat sie den Arbeitsplatz häufig gewechselt, da es ihr nicht gelungen ist eine feste Anstellung zu erhalten. Dies soll jetzt anders werden.

In dem Studio, in dem die Patientin arbeitet wird in absehbarer Zeit eine Stelle frei, um die sie sich gemeinsam mit einer anderen freien Mitarbeiterin beworben hat. Frau Reiter liebt ihren Beruf über alles und identifiziert sich mit ihrem Arbeitsplatz. Ihr Arbeitsplatz ist "ihre Welt".

Für ihren Lebensunterhalt wäre diese Tätigkeit nicht unbedingt notwendig, da sie mit einem gut verdienenden Fußball-Profi verheiratet ist. Die berufliche Zukunft ihres Mannes ist allerdings etwas ungewiss, da seine aktive Laufbahn langsam zu Ende geht. Immerhin begrüßt es Frau Reiter, dass ihr Mann dann nicht mehr so viel auf Reisen sein muss. Ihr Mann allerdings hat ein Ausklingen seiner sportlichen Karriere in einem "Fußball-Entwicklungsland" für sich noch nicht ganz ausgeschlossen.

Seit mehr als zehn Jahren leidet Frau Reiter an einer chronischen Glomerulonephritis. Sie hat seit dieser Zeit ein fortschreitendes Nierenversagen mit allen Anzeichen der Retention harnpflichtiger Substanzen. Die Kombination aus Diät und Diuretika hat ihr bislang geholfen mit den Anforderungen des täglichen Lebens zu Recht zu kommen. Allerdings ist ihre Erkrankung an ihrem Arbeitsplatz nur einer guten Freundin bekannt, da Frau Reiter nicht möchte, dass man "übertrieben" Rücksicht auf sie nimmt.

Bei ihrem letzten Arztbesuch hat der behandelnde Arzt ihr mitgeteilt, dass mittelfristig für sie nur eine Dialysebehandlung bzw. Nierentransplantation als weitere Therapie in Frage kommt. Dazu muss allerdings kurzfristig ein Shunt angelegt werden. Sie ist wegen dieser Diagnose sehr niedergeschlagen. Ein Leben an der Dialyse kann sie sich überhaupt nicht vorstellen. Obwohl sie seit Jahren von der fortschreitenden Niereninsuffizienz betroffen ist, sind ihre Kenntnisse über die Dialysetherapie und das Transplantationsverfahren zudem sehr lückenhaft.

Sie lernen Frau Reiter am Vorabend der Shunt-OP kennen. Sie kommt zu Ihnen auf die Station, weil am nächsten Tag ein Cimino-Shunt am linken Unterarm angelegt werden soll. Sie wirkt unfreundlich auf Sie und ist kurz angebunden.

Herr Reiter befindet sich zur Zeit der Aufnahme seiner Frau in einem Trainingslager in Uruguay.

3 Glomerulonephritis

Eine Glomerulonephritis ist eine abakterielle Entzündung der Nieren, mit primärer Schädigung der Glomeruli, den so genannten Nierenkörperchen.

In der Fachwelt wird die Glomerulonephritis nach und nach durch den Begriff "Glomerulopathie" abgelöst, also "Erkrankung der Glomeruli".

Diese Entzündung (Erkrankung) wird jedoch nicht direkt durch Krankheitserreger verursacht, sondern durch bestimmte Immunreaktionen.

Glomeruli sind winzige Gefäßknäule, welche in der Nierenrinde liegen. Sie filtern das Blut und reinigen es von Schadstoffen und unerwünschten Abbauprodukten des Stoffwechsels. Diese werden im Primärharn ausgeschieden. In den nachgeschalteten Nierenkanälen werden dem Primärharn dann Elektrolyte entzogen, zB Natrium und Kalium. Der übrige Urin wird Sekundärharn genannt. Dieser sammelt sich im Nierenbecken und läuft von dort aus in die Blase und ausgeschieden wird.

Die Glomerulonephritis ist eine eher seltene Nierenkrankheit - Nierenbeckenentzündungen beispielsweise gibt es sehr viel häufiger. Allerdings ist sie dann oft folgenschwer, denn in 10% der Fälle führt die Erkrankung zu einer dauerhaften Niereninsuffizienz, die im schlimmsten Fall nur noch mit Hilfe der Dialyse bis hin zur Nierentransplantation behandelt werden kann.

In der Praxis erscheint es am sinnvollsten, die Glomerulonephritis in eine akute und eine chronische Form zu unterscheiden, da die wissenschaftliche Einteilung der verschiedenen Glomerulonephritisformen kompliziert erscheint.

3.1 Akute Glomerulonephritis

Die akute Glomerulonephritis ist eine abakterielle Nierenentzündung, die immer beidseitig auftritt, häufig im Rahmen einer fehlgeleiteten Immunreaktion.

Die Inkubationszeit beträgt hier ca. 1-4 Wochen nach der Infektion.

Sie wird auch postinfektiöse akute Glomerulonephritis genannt, welche meist mit guter Prognose behaftet ist.

In seltenen Fällen tritt eine rasche Verschlechterung der Nierenfunktion ein, welche schnell in ein dialysepflichtiges Nierenversagen münden kann (rasch progrediente Glomerulonephritis, (RPGN),

auch perakute Glomerulonephritis.)

Ursachen/Krankheitsentstehung

Bei der akuten postinfektiösen Glomerulonephritis bilden sich nach der Erkrankung Antikörper gegen die Krankheitserreger.

Meist sind dies β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A, also Streptokokkeninfektionen.

Die Antikörper bilden dann Komplexe mit den Antigenen der Bakterien, die im Blutstrom in die Niere getragen werden, wodurch eine Entzündung der Glomeruli hervorgerufen wird.

Auch bei der RPGN spielen immunologische Vorgänge eine Rolle.

Klinik

Bei der akuten postinfektiösen Glomerulonephritis kommt es nach der Inkubationszeit (s.o.) nach einer zunächst „banalen“ Infektion zu einem erneut starken Krankheitsgefühl.

Eine Niereninsuffizienz macht sich an verschiedensten Organsystemen bemerkbar. Die Betroffenen leiden unter Schwäche, Abgeschlagenheit und Konzentrationsschwierigkeiten. In den Gliedern und der Lunge bilden sich Ödeme, was zu Atemnot führen kann. Kopfschmerzen, subfebrile Temperaturen oder Fieber und Rückenschmerzen sind ebenfalls eine mögliche Konsequenz.

Die hohen Kaliumwerte verursachen Herzrhythmusstörungen, Blutbildung und Blutgerinnung sowie die Verdauung sind gestört und der Blutdruck steigt. Auch eine Hämaturie ist möglich.

Im Blut reichern sich zudem harnpflichtige Substanzen wie Kreatinin und Harnstoff an, der Elektrolyt- (Natrium, Kalium) und der Säure-Basen-Haushalt laufen aus dem Ruder.

Die Schädigung der Niere kann so weit fortschreiten, dass die Nierenkörperchen nicht mehr in der Lage sind, ihre Reinigungs- und Filterfunktion zu erfüllen. Die Glomeruli produzieren weniger Primärharn, die Urinmenge sinkt, die Niere wird insuffizient. Somit muss das Blut außerhalb des Körpers "gewaschen" werden

Ohne eine solche Dialyse sterben die Betroffenen im so genannten urämischen Koma.

Diagnostik

Die Glomerulonephritis verläuft oft "stumm" und wird deshalb erst spät erkannt.

Die Niere kann die Schädigung der Glomeruli sehr lange kompensieren: Bis die harnpflichtigen Substanzen Kreatinin und Harnstoff im Blut ansteigen, müssen 60 % des Nierengewebes zerstört sein.

Den ersten Hinweis erhält der Arzt oft bei den routinemäßigen Urinuntersuchungen mit den Teststreifen, die Blut und Eiweiße im Urin anzeigen. Hiernach wird der Urin auf eine Mikro- oder Makrohämaturie überprüft, eine unterschiedlich starke Proteinurie sowie eine evtl. Leukozyturie.

Besteht der Verdacht auf eine Glomerulopathie, folgt eine Sonografie (Ultraschalluntersuchung) der Nieren.

Funktionstests wie die Bestimmung der Harnmenge und der Kreatinin-Clearance geben Aufschluss über die Nierenfunktion.

Weitere Laboruntersuchungen wie die Blutgerinnungsprüfung und Röntgenaufnahmen helfen, das Ausmaß der Erkrankung festzustellen.

Pflege

Die Pflege des Patienten dient der Vermeidung von Komplikationen bzw. ihrem frühzeitigen Erkennen:

- Bettruhe – bei Hypertonie, Ödemen oder deutlichem Krea-anstieg
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus und Kontrakturenprophylaxe
- Engmaschige Vitalzeichenkontrolle
- Beobachtung des Urins / Fl.menge, Konzentration, Bilanz!
- Blutbildkontrollen (v.a. Kreis-wert, Harnstoff, Elektrolyte)
- Ernährung: Reduktion der Kochsalz-, Flüssigkeits und Eiweißzufuhr – Patient muss zudem auf kaliumhaltige Nahrungsmittel verzichten
- Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nur leichte körperliche Tätigkeiten

Prognose

Die postinfektiöse Glomerulonephritis heilt bei ca. 75% der Erwachsenen und 90 % der Kinder aus.

Bei der RPGN hängt dies wesentlich vom Zeitpunkt des Therapiebeginns ab und von eventuellen Grunderkrankungen.

3.2 Chronische Glomerulonephritis

Die chronische Glomerulonephritis wird oft zufällig bei einer Urinuntersuchung entdeckt, die Patienten fühlen sich oft völlig gesund. Es kann jedoch auch zu einem pseudoakuten Nierenversagen kommen (scheinbar akut).

Meist liegt eine Mikrohämaturie und eine Proteinurie vor, mit fortschreitendem Krankheitsverlauf

kommt es zu einer Hypertonie und weiteren Zeichen des chronischen Nierenversagens.

Eine spezifische Behandlung der chronischen Form ist meist nicht möglich. Eine zusätzliche Schädigung der Nieren z.B. durch Hypertonie oder nierenschädigende Arzneimittel (z.B. Paracetamol) muss vermieden werden.

Wichtig ist die körperliche Schonung des Patienten.

Es wird eiweißarme Kost empfohlen, da vermutet wird, dass eine zu hohe Eiweißzufuhr die noch funktionierenden Glomeruli überlastet.

Kochsalzeinschränkung und die Begrenzung der Trinkmenge können nicht unbedingt empfohlen werden, da sich durch eine Dehydratation (Austrocknung) die Nierenfunktion weiter verschlechtern kann.

Prognose

Die Prognose der chronischen Glomerulonephritis ist schlecht.

Die meisten Patienten werden hier dialysepflichtig.

Begriffserklärungen

Hämaturie: Im Urin befinden sich rote Blutkörperchen. Bei geringen, nur im Labor nachweisbaren Mengen spricht man von einer Mikrohämaturie. Bei der Makrohämaturie sind die Beimengungen so massiv, dass sich der Urin rötlich verfärbt.

Proteinurie: Eiweiße (Proteine) treten aus den Glomeruli in den Harn über. Bei großen Mengen wird der Urin unter Umständen schaumig.

CAVE: Bei älteren Patienten kann durch die Oligurie mit anschließender Überwässerung das Herz überfordert werden, hier kann es zu Lungenödemen kommen- führt zur ATEMNOT!

Kreatinin: Abbauprodukt des Stoffwechsels. Wird in konstanter Menge in den Muskeln gebildet, nur über den Urin ausgeschieden und gehört somit zu den ausscheidungspflichtigen Substanzen. Der Begriff "Clearance" kommt aus dem Englischen und bedeutet "klären".

Kreatinin-Clearance: Hier bestimmt man neben der Urinausscheidung die Krea-Konzentrationen im Blut und im Urin. Wenn der Kreatinin-Wert im Blut beispielsweise hoch und im Urin hingegen niedrig ist, deutet dies auf eine unzureichende Filterleistung der Niere hin. In die Berechnung zählen außerdem Alter, Geschlecht und Größe ein. Die Krewerte im Blut werden in mg/dl angegeben. Ein Anstieg der Krewerte und damit niedrigere Clearance-Werte zeigen eindeutig das Nachlassen der Nierenfunktion an.

4 Niereninsuffizienz

Der Funktionsverlust der Niere wird als Niereninsuffizienz bezeichnet.

Tritt der Funktionsverlust plötzlich und zeitlich begrenzt auf, so wird er als "akut" bezeichnet.

Vollzieht sich der Verlust langsam über längere Zeit, so spricht man von "chronisch".

4.1 Entstehung

Die Reduktion der Nierenfunktion vollzieht sich oft schleichend und unbemerkt. Die Niere kann nicht ausreichend genug Primärharn bilden, das Nierengewebe ist geschädigt, harnpflichtige Substanzen werden ausgeschieden.

Fallen die Nieren vollständig aus, so spricht man von terminalem Nierenversagen. Werden in diesem Stadium keine Gegenmaßnahmen ergriffen, kommt es zu einer Vergiftung des Körpers innerhalb kurzer Zeit. Dies kann tödlich für den Patienten enden, sofern keine adäquaten Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden.

4.2 Ursachen

- Nierenschädigung durch Diabetes mellitus - in über 20% der Fälle
- Chronische Glomerulonephritis in ca. 20% der Fälle
- chronische Nieren- und Nierenbeckenentzündungen in ca. 15% der Fälle
- Nierenschädigung durch Bluthochdruck in ca. 10% der Fälle
- angeborene Nierenfehlbildungen mit zahlreichen Zysten in ca. 10% der Fälle; die Grunderkrankung führt in der Regel ab dem 40. Lebensjahr zur Niereninsuffizienz
- Schädigung durch chronischen Schmerzmittelmissbrauch in ca. 5% der Fälle
- Erkrankung der Blutgefäße inklusive Nierengefäße oder der systemische Lupus Erythematodes (SLE). SLE ist eine Bindegewebserkrankung, die auch die Nieren betrifft
- nicht klassifizierte Ursachen in ca. 15% der Fälle

4.3 Diagnose

- Bestimmung des Kreatiningehaltes im Blut
- Bestimmung der Kreatinin-Clearance
- Bildgebende Verfahren wie Ultraschall und Computertomographie (CT), diese Verfahren dienen auch der Verlaufskontrolle

4.4 Vier Stadien der Niereninsuffizienz

Latenzstadium

In diesem Stadium ist die Nierenfunktion leicht eingeschränkt. Das Stadium ist zunächst symptomlos. Die Blutwerte der harnpflichtigen Substanzen sind normal.

Kompensierte Retention

Das Zurückhalten von Substanzen im Blut, die eigentlich ausgeschieden werden müssten, bezeichnet man auch als Retention. Eine vollständige Ausscheidung der harnpflichtigen Substanzen ist nicht mehr möglich. Ihre Werte im Blut erhöhen sich, bleiben aber stabil.

Präterminale Niereninsuffizienz

Kontinuierlicher Anstieg der harnpflichtigen Substanzen, Symptome der fehlenden Nierenfunktion treten jedoch nur wenig auf. - Urämie:

Terminale Niereninsuffizienz

Filterleistung der Niere geht gegen Null. Um zu verhindern, dass der Körper vergiftet, müssen die harnpflichtigen Substanzen nun durch Dialyse aus dem Blut gefiltert werden.

Erste Folgen einer Niereninsuffizienz: (s. auch Glomerulonephritis)

- Bluthochdruck
- Leistungsabnahme
- Ödeme
- Allgemeinsymptome

Symptome im fortgeschrittenen- und Endstadium

- Wadenkrämpfe
- Foetor uraemicus (Mundgeruch nach Urin)
- Neurologische Symptomen wie Sensibilitätsstörungen, Konzentrationsschwäche, Verwirrtheit bis hin zur Bewusstlosigkeit
- Perikarditis (Entzündung des Herzbeutels), die tödlich verlaufen kann
- Hautbeteiligung: Bei längerer terminaler Niereninsuffizienz leiden die Betroffenen oftmals unter einer gelblichen Verfärbung der Haut sowie Hautjucken, beides resultiert aus der Einlagerung von Harngiften (ausscheidungspflichtige Substanzen) in der Haut

5 Dialyse/Shunt

Ich wünsche mir ein normales Leben, ein freies Leben, ohne Dialyse und dem ganzen Drumherum.

(Aussage eines Dialysepatienten)

Patienten, die an einer chronischen Niereninsuffizienz leiden, müssen mehrmals pro Woche dialysiert werden.

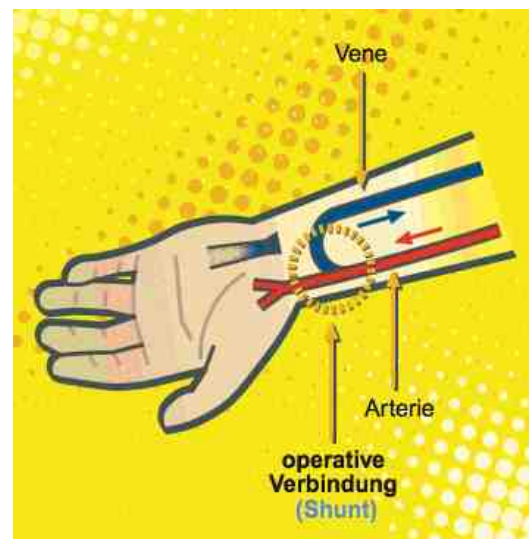
Die **Hämodialyse** ist derzeit die gebräuchlichste Methode der Nierenersatztherapie.

Sie erfordert zwei großkalibrige Gefäßzugänge, die problemlos punktierbar sein müssen und ausreichend Blutvolumen führen müssen (min. 350ml/min).

Reicht ein kurzfristiger Gefäßzugang, so ist dies über einen zentralvenösen Katheter möglich.

Bei Langzeitdialysepatienten muss ein spezieller Gefäßzugang gelegt werden. Hier erhalten die Patienten meist operativ einen subkutanen Brescia-Cimino-Shunt, welcher über einen Kurzschluss eine Arterie mit einer Armvene verbindet (A. radialis mit V. cephalica)

Bei der Hämodialyse muss dem Organismus eine größere Menge Blut entnommen werden. Die natürlichen Blutgefäße des Menschen sind dafür jedoch nicht geeignet: In den Venen, die direkt unter der Haut liegen, ist der Blutfluss nicht ausreichend. In den Arterien ist dagegen der Blutdruck zu groß. Außerdem liegen sie deutlich tiefer und sind daher schwer zu finden. Deshalb wird bei einer kleinen Operation eine Kurzschlussverbindung zwischen einer Arterie und einer Vene geschaffen, meistens im Unterarmbereich.



Hierdurch wird der Druck in der Vene erhöht, welche sich dadurch nach einiger Zeit ausweitet (Ausdickung). Es entsteht eine gute Punktionsmöglichkeit für die Gefäßzugänge die zur Dialyse notwendig sind.

Ziel der Hämodialyse ist es, das Blut des Patienten von Stoffwechselprodukten zu reinigen und Wasser zu entfernen.

Hierzu wird das Blut über ein Schlauchsystem entlang einer semipermeablen Membran in den Dialysator geleitet. Die Membran hält Blutzellen und Eiweiße des Blutes zurück, ist aber durchlässig für kleinmolekulare Substanzen wie Urämietoxine und Elektrolyte.

An der anderen Seite der Membran strömt in Gegenrichtung das Dialysat vorbei, eine Elektrolytlösung, in der die wichtigsten Elektrolyte in der Konzentration vorgegeben sind, auf welche das Patientenblut korrigiert werden soll.

Eine Diffusionskraft entsteht, und zwar durch den Konzentrationsunterschied zwischen Patientenblut und Dialysat.

Die Diffusion findet solange statt bis der Konzentrationsunterschied abgebaut ist.

Zusätzlich wird dem Körper durch das Abpressen von Wasser und den hydrostatischen Druck (Ultrafiltration) Wasser entzogen. Ist die Dialyse abgeschlossen, so wird das entgiftete Blut wieder dem Körper zugeführt.

Um Blutgerinnsel zu vermeiden wird das Blut heparinisiert.

Damit die Blutwäsche effektiv stattfinden kann und der Patient nicht zu häufig und lange dialysiert werden muss, sollten etwa 250-350 ml Blut pro Minute durch den Dialysator geleitet werden.

Meist ist dreimal pro Woche eine 3-5 stündige Dialyse notwendig.

Ist eine Shuntanlage am Unterarm nicht möglich, kann auch in der Ellenbeuge oder am Oberarm ein Shunt angelegt werden, in extrem seltenen Fällen auch am Oberschenkel oder am Schlüsselbein.

5.1 Hygiene

Damit der Shunt lange erhalten bleibt, muss er sorgfältig behandelt werden. Bei der Punktion sind sehr genaue Hygienevorschriften einzuhalten.

Achtung: Zwischen den Dialysen ist darauf zu achten, dass der Blutfluss im Shunt nicht durch Druck von außen unterbrochen wird. Deshalb sollten keine Blutdruckmessungen am Shuntarm erfolgen, und der Shunt sollte möglichst niemals mit einer straffen Binde umwickelt werden.

Auch Blutabnahmen am Shuntarm sind zu vermeiden, da die dafür vorzunehmende Stauung mittels Stauschlauch den Blutfluss auch im Shunt behindert.

Darüber hinaus besteht aufgrund des großen Drucks, mit dem das Blut im Shunt fließt, bei einer offenen Verletzung des Shunts ein hohes Verblutungsrisiko.

In unkomplizierten Fällen kann ein Dialyseshunt jahrelang benutzt werden. Er wird in der Regel

auch nach einer möglichen Nierentransplantation belassen. Er wird nicht zurückoperiert, für den Fall, dass der Patient später wieder an die Dialyse zurückzukehren muss.

5.2 Komplikationen

Da der Patient zwischen den Dialysen fast keine Flüssigkeit ausscheidet, muss dem Körper sehr viel Wasser entzogen werden. Dies kann zu Kreislaufproblemen führen

Ein Hirnödem ist möglich, da ein Osmolaritätsanfall durch die schnelle Harnstoffentfernung hervorgerufen werden kann

Herzrhythmusstörungen

Allergische Reaktionen (z.B. gegen bestimmte Membranbestandteile)

Sepsis, Abszessbildung durch mangelnde Hygiene

Blutungsgefahr, v.a. an Punktionsstelle, durch erhöhte Heparinisierung.

5.3 Heimdialyse

Bei der Heimdialyse steht das Dialysegerät bei den Patienten zu Hause. So wird der Patient vom Dialysezentrum unabhängiger.

Vorraussetzung ist, dass stets ein Arzt erreichbar ist, und dass der Patient in Krisensituationen im Dialysezentrum dialysiert werden kann.

5.4 Peritonealdialyse

Die Peritonealdialyse ist eine weitere Variante der künstlichen Blutwäsche, wird jedoch eher selten angewendet.

Während bei der Hämodialyse das Blut außerhalb des Körpers gereinigt wird, benutzt man bei der Peritonealdialyse das gut durchblutete Bauchfell (Peritoneum) des Patienten als körpereigene Filtermembran.

Bei der Peritonealdialyse dient das eigene Bauchfell des Patienten, das Peritoneum, als Filter zur Reinigung des Blutes. Je nach Körperbau und Größe beträgt die Gesamtoberfläche des Peritoneums ein bis zwei Quadratmeter. Das Bauchfell hat ähnliche Eigenschaften wie die Membranen des Dialysators: Durch seine Poren kann es bestimmte Stoffe hindurchlassen und andere zurückhalten.

Von den weltweit mehr als 1,5 Millionen Dialysepatienten nutzen etwa 165.000 die Peritonealdialyse.

Manchmal ist die Peritonealdialyse nur für eine bestimmte Zeit notwendig, manchmal auf Dauer.

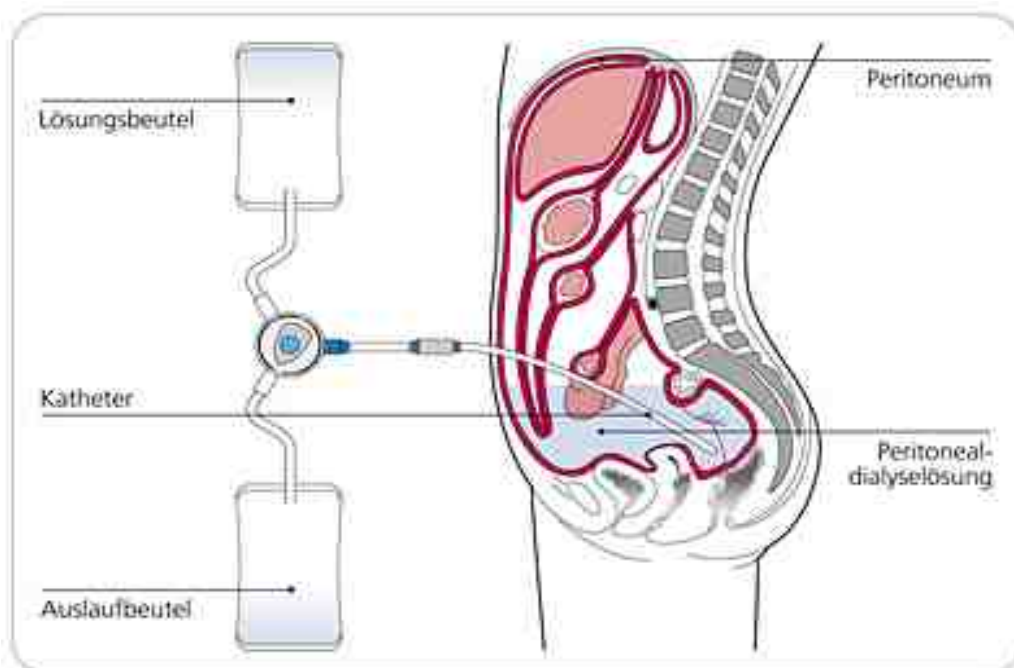
Die Peritonealdialyse wird vom Patient selbstständig zu Hause durchgeführt, was eine flexiblere Gestaltung des Tagesablaufes ermöglicht. Außerdem kann er ein weitgehend normales und beschwerdefreies Leben führen. Zudem sind die Patienten in der Nahrungsaufnahme weniger eingeschränkt als bei der Hämodialyse. Jedoch besteht ein permanentes Infektionsrisiko durch den in der Bauchhöhle liegenden Katheter.

Die Peritonealdialyse ist ein der Hämodialyse gleichwertiges Behandlungsverfahren.

5.5 Durchführung der Peritonealdialyse

Bei der Peritonealdialyse wird das Peritoneum als Blutfilter eingesetzt. Das Peritoneum ist eine gut durchblutete, halbdurchlässige Membran, die die Bauchhöhle auskleidet und viele Organe überzieht. Über einen Katheter wird Dialyseflüssigkeit in die Bauchhöhle eingefüllt. In dieser Dialyseflüssigkeit ist eine andere Konzentration an Substanzen, als im Blut. Nach dem Prinzip der Osmose werden sie dem Blut entzogen und gelangen in die Bauchhöhle.

Nach einigen Stunden wird die Dialyseflüssigkeit mit den Harnbestandteilen wieder aus der Bauchhöhle abgelassen.



5.6 Ablauf der Peritonealdialyse

Patient füllt 2- 3 Liter sterile Dialyselösung über Katheter in Bauchhöhle ein

Substanzen, die ausgeschieden werden sollen wandern vom Blut durch das Peritoneum in die Dialyselösung

Weitere Aufgabe

Dem Körper soll überschüssiges Wasser entzogen werden (Ultrafiltration)

Dialyselösungen enthält Glukose (Zucker)

Durch osmotischen Vorgang wandert Wasser in die Dialyselösung und kann so entfernt werden

Nach 4 - 5 Std ist das Dialysat (Dialyselösung) mit Giftstoffen gesättigt

Wird abgelassen durch Katheter in Bauchraum und ersetzt durch frische Dialyselösung

Vorteile

Entspricht weitgehend der natürlichen Arbeitsweise der Niere, entgiftet den Körper den Körper kontinuierlich

Patient gmit weniger Nebenwirkungen rechnen

Während der Dialyse ist der Patient mobil und kann seiner gewohnten Tätigkeit und Beruf nachgehen

Nachteile

hohes Maß an Eigenverantwortung

Patient muss auf sorgfältige Hygiene achten

Dialysat regelmäßig prüfen

Katheterausgang regelmäßig prüfen

(die Katheteraustrittsstelle kann sich leicht infizieren und eine Peritonitis hervorrufen)

Jeder Patient muss ein Dialyseprotokoll führen, das regelmäßig ermittelte Werte von Blutdruck, Körpergewicht und Flüssigkeitsausscheidung enthält.

Alle 8- 12 Wochen geht der Patient zur Kontrolle in ein Dialysezentrum.

5.7 Ambulante und Automatische Peritonealdialyse

Für die Peritonealdialyse stehen zwei verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung:

Bei der kontinuierlichen ambulanten Peritonealdialyse (englisch abgekürzt CAPD) wechseln die Patienten mit Hilfe eines Beutelsystems etwa vier bis fünf Mal am Tag selbst die Dialyselösung.

Bei der automatischen Peritonealdialyse (APD) übernimmt dies ein Dialysegerät (Cycler) und ermöglicht dadurch eine Behandlung über Nacht.

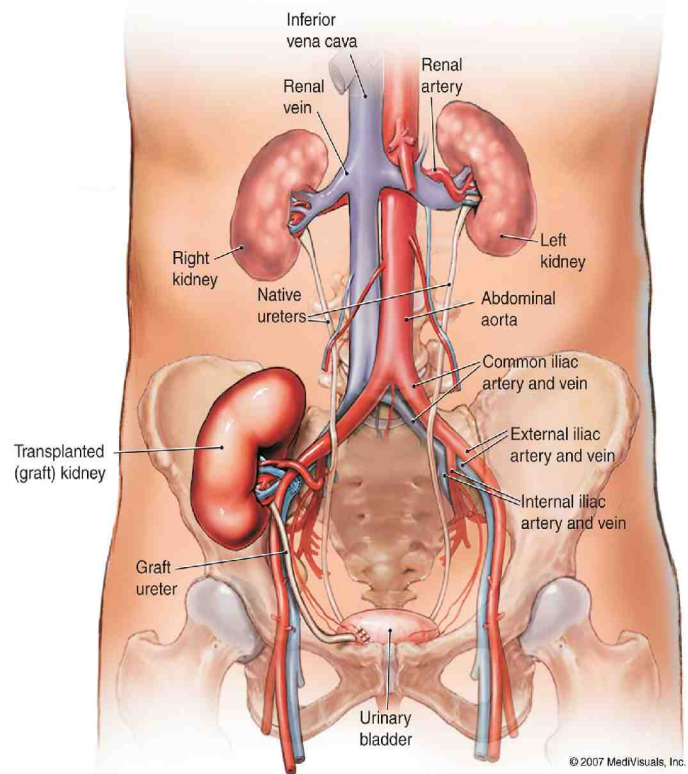
Achtung: Während der Peritonealdialyse verliert der Körper Vitamine und Eiweiß und nimmt im Gegenzug Kalorien auf, da das Dialysat in der Regel Zucker enthält. Wichtig ist deshalb, auf eine ausgleichende Ernährung zu achten.

6 Nierentransplantation

Die Nierentransplantation ist neben der Dialyse eine Behandlungsmöglichkeit in der Nierenersatztherapie und wird durchgeführt bei terminaler Niereninsuffizienz bzw. Verlust beider Nieren. Der Vorteil gegenüber der Dialysetherapie ist eine deutlich höhere körperliche Leistungsfähigkeit, mehr Unabhängigkeit und somit eine bessere Lebensqualität für den Patienten.

Transplantiert werden Organe von hirntoten Organspendern und von Lebendspendern. Die Erfolgsaussichten einer Nierentransplantation sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Die OP ist inzwischen ein häufiger Eingriff; z.B. werden jährlich in den USA 25.000 Nieren – in Deutschland über 2.000 transplantiert. Die durchschnittliche Funktionszeit einer transplantierten Nieren liegt bei etwa 9 Jahren, es gibt aber auch Nieren, die nach 20 oder mehr Jahren noch eine gute Funktion aufweisen. Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten der akuten Abstoßung fallen die Erfolge bei der Verlängerung des Langzeitorganüberlebens deutlich geringer aus. Die Überlebenszeiten der transplantierten Patienten sind trotzdem heute deutlich größer als die der Dialysepatienten. Nierentransplantierte müssen, sofern das Spenderorgan nicht dasselbe genetische Material besitzt (Spende an Zwilling) ein Leben lang Medikamente nehmen, die die Abstoßung verhindern (Immunsuppression).

Zuletzt ist die Nierentransplantation auch aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten zur Zeit die günstigste Lösung: Eine erfolgreiche Nierentransplantation kostet inkl. der Nachsorge im ersten Jahr etwa soviel wie zwei Jahre Dialyse.



7 Monika Krohwinkel

Das Modell von Monika Krohwinkel wird sehr stark beeinflusst von den Pflegetheoretikerinnen Orem, Rogers, Peplau, Travelbee, Henderson, Logan und Thierney. Inspiriert wurde sie auch von Theorien der Psychologen Maslow und Rogers.

7.1 Biographie

1941 in Hamburg geboren

Abschluss einer Hebammen - und Krankenpflegeausbildung in Deutschland und in England

1984 - 1988 Studium der Pflegewissenschaft und der Erziehungswissenschaft in Manchester

Tätigkeit als Hebamme und Krankenschwester im In - und Ausland

Tätigkeit als Lehrerin für Pflegepraxis, Pflegepädagogik, Pflegeforschung und Pflegewissenschaft in pflegerischen Aus - und Weiterbildungsinstituten

stellvertretende Direktorin der Agnes - Karll Krankenpflegehochschule des DBfK

1988 - 1991 Übernahme des Forschungsprojektes: "Der ganzheitliche Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken"

1988 Aufbau des Agnes - Karll Instituts für Pflegeforschung, in der Funktion als Instituts - und Forschungsleiterin

1993 Gründungsprofessorin für Pflegewissenschaften

Übernahme von Beratungstätigkeiten zur Entwicklung einer professionellen Pflegepraxis, Pflegeforschung in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen und Organisationen

Seit **1993** Mitglied der interdisziplinären Ethikkommission im DBfK und des Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

Bis **1999** Tätigkeit als Professorin für Pflegewissenschaft im Fachbereich Pflege - und Gesundheitswissenschaften an der Evangelischen Fachhochschule in Darmstadt.

1993 Veröffentlichung der 13 AEDLs

Anstoß zur Entwicklung eines Rahmenmodells zur fähigkeitsorientierten, fördernden Prozesspflege gab das erste staatlich geförderte deutsche pflegespezifische Forschungsprojekt.

Förderungsanlass war das neue Krankenpflegegesetz von 1985, welches eine geplante, systematische und umfassende Prozesspflege im stationären Bereich forderte, um die gesetzlichen

Ausbildungsziele zu erreichen.

7.2 Kernaussagen

Monika Krohwinkel macht folgende Kernaussagen in ihrem Konzept der fördernden Prozesspflege:

Mensch

Als Mensch wird der Bewohner sowie die Bezugspflegeperson bezeichnet. Krohwinkel sieht den Menschen als „einheitliches, integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit seiner Identität und Integrität“ (Rogers, 1970). Der Mensch ist ein durch Erfahrung geprägtes Lebewesen und er ist fähig, sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen unabhängig von Alter, Krankheit und Behinderung.

Umgebung

In der ganzheitlichen Sicht ist die Umgebung der wesentliche Faktor für das Leben, Gesundheit und Wohlbefinden. Mensch und Umgebung sind wechselseitig beeinflussende Systeme. Zur Umgebung zählen neben allen Lebewesen, auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren. Der Bedarf an Veränderungen der Umgebung wird besonders deutlich im Bereich der Rehabilitation und bei Einzug in ein Seniorenheim.

Gesundheit und Krankheit

Monika Krohwinkel definiert Krankheit und Gesundheit als dynamischen Prozess. Die Pflegekräfte konzentrieren ihre Arbeit nicht nur auf medizinisch defizitäre Befunde, sondern sie beziehen die Ressourcen des Menschen mit ein, die es zu stützen, zu fördern und zu erhalten gilt. Als Gesundheit wird die Lebensqualität bezeichnet, die der pflegebedürftige Mensch für sich als Wohlbefinden und Unabhängigkeit definiert.

Pflege

Die primär pflegerische Zielsetzung des Modells ist das Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität des pflegebedürftigen Menschen in seinen Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens. Um dies umzusetzen, sind insbesondere die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und/oder ihre persönliche Bezugsperson (Angehörige/Lebenspartner/Freunde) gezielt zu erfassen, zu stützen und zu fördern.

Diese Ziele bleiben bestehen, unabhängig davon, ob der pflegebedürftige Mensch gesund, krank, behindert oder sterbend ist.

Der professionellen Pflege stehen fünf grundlegende Methoden zur Hilfeleistung zur Verfügung:

- Für den pflegebedürftigen Menschen handeln
- Ihn Führen und Leiten
- Für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist
- Ihn unterstützen
- Den pflegebedürftigen Menschen und seine Bezugsperson anleiten, beraten, unterrichten und fördern

7.3 Das AEDL Strukturmodell

Krohwinkel bringt pflegerische Bedürfnisse in Zusammenhang mit Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens, die sie in Ihrem Modell beschreibt. Sie benennt 13 Bereiche, die untereinander in Wechselbeziehung stehen, aber keiner Hierarchie unterliegen. Um den Menschen ganzheitlich zu sehen, muss neben der jeweils einzelnen Betrachtung jeder AEDL auch ihre Auswirkungen auf die anderen AEDL Bereiche berücksichtigt werden.

AEDL

- Kommunizieren können
- Sich bewegen können
- Vitale Funktionen aufrecht erhalten
- Sich pflegen können
- Essen und Trinken können
- Ausscheiden können
- Sich kleiden können
- Ruhen, Schlafen und sich entspannen können
- Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können
- Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können
- Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können
- Soziale Bereiche des Lebens sichern und Beziehungen gestalten können
- Mit den existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Eine Besonderheit stellen die die existentiellen Erfahrungen des Lebens dar. Der Mensch hat im Laufe seines Lebens eine Reihe von Erfahrungen gesammelt, negative wie positive, die sich in ähnlichen Situationen auf sein Leben auswirken. Erfahrungen aus seinem früheren Leben können die Zufriedenheit, das psychische Wohlbefinden und die körperliche Verfassung beeinflussen.

7.4 Konzepte

Monika Krohwinkel macht folgende Kernaussagen in ihrem Konzept der fördernden Prozesspflege:

Mensch

Die Patientin ist eine 35-Jährige Grafikerin und arbeitet als freie Mitarbeiterin in einem Grafikstudio. Ihre Arbeit und ihre Karriere sind ihr sehr wichtig; ihre Arbeit ist „ihre Welt“. Sie ist verheiratet mit einem Fußball-Profi welcher, da sich seine aktive Laufbahn dem Ende neigt, über eine letzte aktive Phase in einem Fußball-Entwicklungsland nachdenkt.

Umgebung

Die Patientin lebt mit ihrem Ehemann. In ihrem beruflichen Umfeld weiß nur eine gute Freundin von ihrer Erkrankung. Die Patientin lebt in finanziell abgesicherten Verhältnissen, müsste z.B. aus Existenzgründen nicht arbeiten gehen.

Gesundheit und Krankheit

Die Patientin leidet seit 10 Jahren an einer chronischen Glomerulonephritis. Sie hat ein fortschreitendes Nierenversagen mit allen Anzeichen einer Retention harnpflichtiger Substanzen. Sie hält Diät und nimmt Diuretika ein, was bisher gut geholfen hat. Die Patientin spricht ungern über ihre Erkrankung da sie damit nicht im Mittelpunkt stehen möchte. Zudem hat sich die Patientin bisher sehr wenig mit der Erkrankung und eventuell folgenden Therapien befasst.

Pflege

Die Pflege muss die Patientin motivieren, sich mit der Krankheit auseinander zu setzen. Sie soll anleiten, beraten, unterrichten und fördern. Dabei müssen die Fähigkeiten und Ressourcen der Patientin erkannt und ihre „Nutzung“ forciert werden. Dazu ist aktives und emphatisches Zuhören, gründliches Beobachten sowie eine umfassende Sicherung der prozessfördernden Pflege nötig. Die Einbeziehung der Angehörigen und Freunde ist unabdingbar. Es ist nötig, die Patientin existenzfördernde Erfahrungen (z.B. Vertrauen, Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Hoffnung) machen zu lassen um ihre eigene Antriebskraft und Motivation zu erhöhen.

8 Pflegeplanung

Die Pflegeplanung ist unterteilt in die AEDLS nach Monika Krohwinkel

8.1 Kommunizieren

Problem: Patientin ist sehr verschlossen und spricht nicht über die Erkrankung

Ressource: Patientin ist in der Lage zu sprechen. Patientin kann theoretisch einsehen, dass Kommunikation über die Erkrankung positiv sein kann.

Ziel: Patientin kann, sofern gewünscht, es nötig ist, bei Bedarf, in der Lage sein darüber zu reden.

Maßnahme:

- Gesprächsbereitschaft signalisieren
 - später ggf. Konsil mit Seelsorge, Psychologe, am besten auch mit Ehemann
 - Kontakte / Broschüren zu Selbsthilfegruppen
 - mit positiv denkender Mitpatientin zusammenlegen
 - Patient ermuntern Besuch einzuladen
-

Problem: Patientin ist auf sich allein gestellt, braucht eine vertraute Person

Ressource: Patientin kann kommunizieren

Ziel: Patientin hat Kontakt mit einer vertrauten Person und kann mit dieser reden

Maßnahme:

- Freundin bitten Kontakt zwischen Patientin und Ehemann herzustellen
 - Vertrauensperson von Personal ins Zimmer schicken
 - "Besuchsdienst" organisieren
-

Potentielles Problem: Patientin ist heiser durch Extubation

Ziel: Heiserkeit vermeiden. Intakte Trachealschleimhaut.

Ressource: Patientin kann Heiserkeit angeben

Maßnahme:

- Kühlen nach AVO
- Medikamente nach AVO

8.2 Sich bewegen

Problem: Patientin kann auf Grund des Shunts bestimmte Aktivitäten nicht mehr ausführen.

Ressource: Patientin kann verstehen, sich mitteilen und ist compliant.

Ziel: Patientin fühlt sich nicht eingeschränkt.

Maßnahme:

- Alternativen aufzeigen / Aufklärung
- Informieren über richtigen Umgang mit dem Shunt bei Freizeitaktivitäten und im Alltag

8.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

Potentielles Problem: Ruhedyspnoe

Ressource: Patientin ist compliant, kann sich bei körperlichen Auffälligkeiten melden.

Ziel: Patientin fühlt sich ausreichend mit Sauerstoff versorgt.

Maßnahme:

- Oberkörper hoch lagern
- für locker sitzende Kleidung sorgen
- Lymphdrainagen
- Fenster auf, Licht dimmen
- O₂-Gabe nach AVO

Problem: Somnolenz / Desorientiertheit auf Grund der dekompensierten Retention

Ressource: Patientin kann kommunizieren; kann (nach Erklärung) Symptome frühzeitig äussern

Ziel: frühzeitiges Erkennen, Arztinfo

Maßnahme:

- regelmäßig Gespräche mit Patientin führen um Bewusstseinslage zu kontrollieren. Dabei achten auf:
- Verständlichkeit der Antwort
- Blickkontakt/ öffnen der Augen
- zeitl./ örtl./ räuml. Orientiertheit
- ausführen von einfachen Aufforderungen (z.B. Bewegungen)
- spontane Reaktionen? muss Patientin geweckt werden?

Problem: Hypertonie, Ödembildung

Ressource: Patientin kann Symptome nach Erklärung erkennen und äußern

Ziel: frühzeitiges Erkennen der Symptome

Maßnahme:

- Mindestens einmal pro Schicht Blutdruckkontrolle
- einmal pro Schicht Gewichtskontrolle
- Diuretika, ACE-Hemmer, Heparin nach AVO

Potentielles Problem: Gefahr von postoperativem Fieber da Wundinfektion

Ressource: Patientin ist orientiert, kann sich bei Fieberzeichen melden

Ziel: Frühzeitige Erkennung

Maßnahme:

- Postoperative Vitalzeichenkontrolle
- Verbandswechsel und Wundkontrolle regelmäßig

Potentielles Problem: Gefahr einer postoperativen Kreislaufschwäche

Ressource: Kreislauf präoperativ stabil halten

Ziel: Beschwerden lindern und frühzeitig erkennen

Maßnahme:

- Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle nach OP-Anordnung(Puls, RR, Hautfarbe, Atemfrequenz), bei Abweichung Arztinfo- **Achtung:** Blutdruckmessung immer auf NICHT operierter Seite, da dies ansonsten zu Schmerzen führen könnte.

Potentielles Problem: Gefahr der postoperativen Nachblutung

Ressource: Patientin kann sich melden

Ziel: Nachblutung erkennen und frühzeitig verhindern

Maßnahme:

- Regelmäßige Kontrolle von Verband

- Patientin auffordern sich bei Nachblutung zu melden

8.4 Sich pflegen

Für die AEDL "Sich pflegen" besteht kein aktuelles Pflegeproblem, da die Patientin mobil ist und auch postoperativ nach Shuntanlage keine Einschränkungen für die Körperpflege zu erwarten sind.

8.5 Essen und trinken

Problem: Patientin muss Diät einhalten, leidet unter Einschränkung der Nahrungsmittel (Reduktion von Kalium, Kochsalz, Eiweiß)

Ressource: Patientin kann kognitiv verstehen warum die Diät nötig ist.

Ziel: Patientin kann mit Einschränkung der Diät leben. Fühlt sich trotz Einschränkung gut und wohlschmeckend ernährt.

Maßnahme:

- Gesprächsbereitschaft signalisieren
- Ernährungsberatung anbieten
- Diätassistenz
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen herstellen
- Informationsmaterial aushändigen
- Küche anweisen, abwechslungsreiche Mahlzeiten anzubieten

Problem: Übelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen

Ressource: Patientin kann sich melden

Ziel: Wohlbefinden steigern, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall vermindern

Maßnahme:

- Magenschonende Nahrung
- Wunschkost
- Patientin anhalten in kleinen Mengen zu essen, langsam zu essen und gründlich zu kauen
- Paspertin, Vomex nach AVO

8.6 Ausscheiden

Problem: Patientin entwickelt Harnwegsinfekt auf Grund von Oligurie

Ressource: Patientin kann sich bei Schmerzen melden

Ziel: Harnwegsinfekt frühzeitig erkennen

Maßnahme:

- Patientin auffordern sich bei Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen zu melden
 - Uricult und U-Status nach AO
 - Flüssigkeitsbilanzierung
-

Problem: Hämaturie mit Risiko der Blasentamponade

Ressource:

Patientin kann sich bei Schmerzen melden

Kann Urin beobachten

Ziel: Indikation der Blasentamponade frühzeitig erkennen und verhindern

Maßnahme:

- Patientin auffordern sich bei Schmerzen zu melden
 - Patientin zum Trinken anregen, um Spülung der Blase zu fördern
 - Antikoagulantengabe nach AVO
 - Nach Indikation Blasenspülung nach AVO
-

Potentielles Problem: Patientin friert postoperativ

Ressource: Patientin soll sich wohl fühlen, soll nicht frieren

Ziel: Patientin kann sich äußern

Maßnahme:

- variieren zwischen dicker und dünner Decke
- Fenster öffnen/schließen
- Nachthemdwechsel ermöglichen
- EAG
- Bettwäschewechsel

- kühle Getränke anbieten

8.7 Sich kleiden

Potentielles Problem: Patientin fühlt sich in ihrer Kleiderwahl beeinträchtigt, da sie aus Rücksicht auf den Shunt keine enge Armbekleidung mehr tragen darf

Ressource: Patientin ist compliant, sieht Notwendigkeit ein

Ziel: Patientin fühlt sich gut gekleidet und gepflegt

Maßnahme: Optisch ansprechende Alternativen zu enger Kleidung aufzeigen

8.8 Wachsein und schlafen

Problem: Patientin kann präoperativ nicht einschlafen auf Grund von Angst vor Zukunft und Angst vor OP

Ressource: Patientin kann sich mitteilen

Ziel: Patientin kann erholsam schlafen

Maßnahme:

- für ruhige Umgebung sorgen (Vorhänge schließen, Fenster schließen falls Lärm eindringt...)
- gedimmtes Licht
- beruhigende Getränke anbieten (z.B. Fencheltee (keine Milch auf Grund des Eiweißes))
- Gesprächsangebote
- Ablenkung (Lesen, Fernsehen, Entspannungsmusik)
- Schlafmedikation nach AVO

8.9 Sich beschäftigen

Die Patientin hat aktuell wichtigere medizinische Probleme, die eine Hinwendung zum Thema „sich Beschäftigen“ nicht indizieren.

8.10 Sich als Mann oder Frau fühlen

Potentielles Problem: Patientin fühlt sich durch Shunt in ihrer Sexualität eingeschränkt, findet keinen Gefallen an der Verdickung der Vene

Ressource: Patientin ist in der Lage ihre Meinung zu ändern und kann Lebensumstände akzeptieren lernen

Ziel: Patientin soll den Umständen entsprechend mit ihrer Sexualität umgehen lernen

Maßnahme:

- Psychologen einschalten
- Gesprächsbereitschaft signalisieren
- Patientin wird dazu angehalten mit dem Ehepartner zu reden, evtl. Paartherapeut

8.11 Für eine sichere Umgebung sorgen

Problem: Patientin ist über Krankheitsbild und anstehendes OP-Verfahren nicht informiert und dadurch unsicher und irritiert.

Ressource: Patientin verfügt über ausreichend kognitive Fähigkeiten.

Ziel: Patientin ist informiert und fühlt sich sicher.

Maßnahme:

- Patientin Gespräch anbieten
 - Informationsmaterial zur Verfügung stellen
 - auf offene Fragen eingehen
 - mehrfach pro Schicht nach Befinden erkundigen
 - Arztgespräch arrangieren
 - mit positiv denkender Mitpatientin zusammenlegen
-

Problem: Patientin hat Angst vor Eingriff

Ressource: Patientin verfügt über ausreichend kognitive Fähigkeiten.

Ziel: Patientin fühlt sich sicher.

Maßnahme:

- Gesprächsbereitschaft signalisieren
 - Aufklärung über Verlauf der nächsten Tage wie es pflegerisch weitergeht
 - Kompetenz / Ruhe ausstrahlen
 - auf Wünsche / Befinden eingehen
-

Problem: Patientin hat Angst vor weiterem Krankheitsverlauf und fühlt sich unsicher.

Ressource: Patientin verfügt über ausreichend kognitive Fähigkeiten.

Ziel: Patientin fühlt sich den aktuellen Gegebenheiten entsprechend sicher und angstfrei. Kann Krankheit akzeptieren.

Maßnahme:

- auf Befinden eingehen
 - mit positiv denkender Mitpatientin zusammenlegen
 - Informationsmaterial aushändigen
-

Potentielles Problem: Patientin empfindet Shunt als Fremdkörper

Ressource: Patientin verfügt über ausreichend kognitive Fähigkeiten.

Ziel: Patientin kann Shunt annehmen

Maßnahme:

- Gespräch mit anderen Shuntpatienten ermöglichen
- Kontakt zu Dialysezentrum herstellen
- Umgang mit Shunt erklären
- Informationsmaterial aushändigen
- Arztgespräch arrangieren
- Demonstrationen und Übungen zu Umgang mit dem Shunt

8.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern

Problem: Patientin hat Angst vor sozialer Isolation/ Einschränkungen in der Freizeit (Freunde, Ausflüge, Hobbys/Sport etc.)

Ressource: Patientin kann sich mitteilen, kann über Ängste reden

Ziel: Patientin soll weitestgehend in normales Leben integriert sein, soll Hobbys ausüben können und Freizeit wahrnehmen können

Maßnahme:

- Selbsthilfegruppen, Psychologe, Gespräche mit Angehörigen - Motivationsprogramm, Selbstbewusstsein aufbauen
- Alternativen aufzeigen, sozusagen Ersatzhobbys suchen, welche die Shuntfunktion nicht beeinträchtigen bzw. nicht zu viel körperliche Aktivitäten erfordern
- Patientin dazu auffordern, sich weiter zu informieren und sich jederzeit Hilfe und Tipps zu holen

8.13 Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Problem: Patientin hat Angst um Fortbestehen ihrer Ehe auf Grund ihrer Erkrankung - Reisen/ Auslandsaufenthalt

Ressource: Patientin kann über ihre Ängste reden - kann sich insbesondere ihrem Mann mitteilen

Ziel: Patientin soll den Umständen entsprechend mit der Angst umgehen können, soll ihre Ehe nicht ständig gefährdet sehen

Maßnahme:

- Patientin auffordern sich ihrem Mann mitzuteilen – evtl. in Zusammenkunft mit einem Psychologen oder Paartherapeuten
 - Ehemann darüber aufklären, dass die Patientin nicht überall mit hinkommen kann, da die Dialyse nach den in Deutschland gegebenen Umständen und Hygienemaßnahmen nicht international ebenbürtig durchgeführt werden kann, was eine Verschlechterung der Lebensqualität seiner Frau mit sich trüge
 - möchte Patientin dennoch einen Auslandsaufenthalt planen, so sollte man sie informieren. als auch dazu anhalten sich jederzeit sonst selbst zu informieren
-

Problem: Patientin hat Zukunftsängste da sie befürchtet, ihre Arbeit zu verlieren

Ressource: s.o.

Ziel: Patientin soll die gegebenen Umstände akzeptieren können. Patientin ist informiert über Arbeitsmöglichkeiten mit Dialyse.

Maßnahme:

- Patientin auch über die Möglichkeit einer Peritonealdialyse aufklären, so wäre sie in der Lage ihren Lebensrhythmus eigenständiger als mit der Hämodialyse zu gestalten // Nachteil wäre jedoch dann wieder der sexuelle Faktor - sie würde sich unattraktiver fühlen
 - Arbeitgeber informieren, vll. kann eine Teilzeitarbeit geschaffen werden, die es der Patientin ermöglichen würde, neben der Dialyse auch noch arbeiten zu können sofern dies möglich ist
 - Patientin anregen, sich zu diesem Thema weiter zu informieren (z.B. Selbsthilfegruppen)
-

Problem: Patientin hat Angst zu sterben

Ressource: Patientin kann kommunizieren

Ziel: Patientin setzt sich mit dem Thema Tod auseinander und kennt eigene Prognose.

Maßnahme:

- Selbsthilfegruppen/ Gespräche mit anderen Betroffenen
 - Gespräche mit Angehörigen
 - auf Wunsch Seelsorge
 - Aufklärung durch Ärzte
 - Gesprächsbereitschaft signalisieren
-

Problem: Patientin scheut die Auseinandersetzung mit der Krankheit (war bisher immer gesund, Krankheit gilt für sie als Tabu)

Ressource: Patientin kann kommunizieren und verstehen, ist fähig ihre Meinung zu ändern.

Ziel: Patientin soll mit ihrer Krankheit umgehen können.

Maßnahme:

- Patientin dazu anhalten Gedanken über sich und ihre Krankheit zuzulassen
- Patientin Gespräche anbieten
- Selbsthilfegruppen, Gespräche mit ebenso Betroffenen, Psychologe

9 Fazit

Das Fallbeispiel befasst sich mit einer Frau welche mitten im Leben steht, einen ansprechenden Beruf ausübt und in ihrem Leben bisher wenige Erfahrungen mit eigener Krankheit und Unzulänglichkeit gemacht hat. Die Erkrankung "zwingt" sie erstmals, sich mit diesen Themen auseinander zu setzen.

Hier sehen wir eine gute Verbindung zu der Pflgetheorie nach Monika Krohwinkel. Zum einen handelt es sich hierbei um eine chronische Erkrankung und auf Menschen mit einem langen Behandlungsbedarf zielt die Pflgetheorie von Krohwinkel ab. Zum anderen spielen für die Patientin aus dem Fallbeispiel ihr Mann und ihre Freunde eine zentrale Rolle, gerade weil sie sich ihnen nicht gut mitteilen kann wenn es um ihre Erkrankung geht. Ihre Bezugspersonen müssen daher auch vom Pflegepersonal "aufgenommen" und mit Hilfe von Gesprächen und ähnlichem mit der neuen Situation vertraut gemacht werden.

Die zentralen Begriffe nach Krohwinkel; aktives Zuhören, Beteiligung, gründliche Beobachtung und zudem Förderung der Selbstpflegekompetenz sowie allgemein der Fähigkeiten eines Patienten passt unserer Meinung nach also sehr gut. Ein chronisch Kranker **muss** sich mit seiner Situation befassen und auseinander setzen. Zudem sollte er seine Pflege soweit als möglich selber übernehmen um aktiv zu bleiben und die Verantwortung für sich selber nicht zu verlieren. Dies alles halten wir für die Patientin aus unserem Fallbeispiel für zwingend notwendig da ihr unter Umständen ein sehr langer Lebensabschnitt mit einer Krankheit bevorsteht welchen sie nur aktiv und auch zufrieden erleben kann wenn sie sich selber einbringt, mit der Krankheit befasst und ihren Mann/ ihre Freunde nicht außen vor lässt.

9.1 **Retrospektive**

Im Rückblick auf die Bearbeitung des Kolloquiums sehen wir im Allgemeinen keine Probleme. Der strukturelle Ablauf einer Gruppenarbeit ist für uns Routine geworden, wir wissen wie wir uns optimal organisieren können und verstehen es, mit unterschiedlichen Arbeitsweisen einzelner Gruppenmitglieder umzugehen. Jeder kann seine Vorteile einbringen und so die Arbeit der Gruppe bereichern. Konflikte, ob inhaltlich oder organisatorisch, werden im Gespräch konstruktiv gelöst und erreichen oftmals sogar eine Steigerung der Arbeits- und Inhaltsqualität.

Alles in allem hat die Bearbeitung der Aufgabe uns Spaß gemacht, insbesondere die Nutzung des Internets und unserer selbst gegründeten Plattform. Inhaltlich fiel uns die Bearbeitung des Kolloquiums nicht schwer, da wir uns mit dem behandelten Thema zeitnah im Unterricht befasst haben und uns viele Informationsquellen zur Verfügung standen.

10 Quellenangaben

Zu Shunt:

<http://www.niere.org/Public/Dialyse/Shunt.html>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Shunt>

[http://de.wikipedia.org/wiki/Shunt_\(Medizin\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Shunt_(Medizin))

<http://www.netdokter.de/ratschlaege/untersuchungen/shunt.htm>

Pflege Heute

Zu Hämodialyse:

<http://www.netdokter.de/ratschlaege/untersuchungen/haemodialyse.htm>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Dialyse>

http://www.nierenbuch.de/6_dialyse/5140_haemodialyse.htm

http://cms.uk-koeln.de/kinderneurologie/content/fuereltern/haemodialyse/index_ger.html

Pflege Heute S. 1090ff.

Zu Peritonealdialyse:

<http://www.netdokter.de/ratschlaege/untersuchungen/peritonealdialyse.htm>

<http://www.fresenius.de/internet/fag/de/faginpub.nsf/Content/Peritonealdialyse>

Pflege Heute S. 1098 ff

Zur Niereninsuffizienz:

<http://www.gesundheit.de/krankheiten/niere-harnwege/niereninsuffizienz/index.html>

<http://flexikon.doccheck.com/Niereninsuffizienz>

http://www.netdokter.de/krankheiten/fakta/nierenversagen_akutes.htm

<http://www.gbe-bund.de/glossar/Niereninsuffizienz>

<http://www.medizinfo.de/nieren/niereninsuffizienz/start.shtml>

Zu Monika Krohwinkel:

<http://www.alfeld.de/home/altenpflege/aedls.html>

http://de.wikipedia.org/wiki/Monika_Krohwinkel

<http://www.treffpunkt-altenpflege.de/krohwinkel.htm>

http://www.pflegewiki.de/wiki/Monika_Krohwinkel

<http://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/pflegekonzept-monika-krohwinkel.php>

<http://www.pqsg.de/seiten/lexikon/lexikon-krohwinkel.htm>