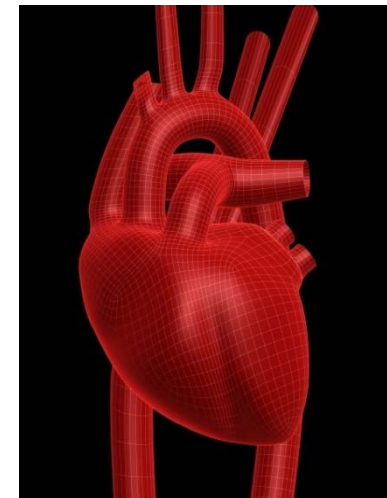


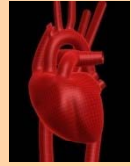
Chancen einer fallorientierten biographischen Pflegediagnostik

bei chronisch herzkranken Patienten in der kardiologischen Rehabilitation.

Miriam Tariba Richter

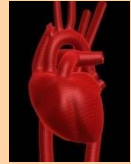
1. Oktober 2009





*„Ne´ Currywurst mit Pommes und ein Bier pro Halbzeit,
das wird doch noch gehen?“*





Die kardiologische Rehabilitation

Krankheitsbild:

- überwiegend koronare Herzerkrankungen, wie z. B. Herzinfarkt
- hohe Mortalität, dauerhafte Invalidität, Pflegebedürftigkeit, Erwerbslosigkeit und Einschränkung der Lebensqualität
- Re-Infarktgefahr bei ca. 20% (bmbf 2006)

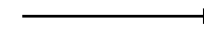
Risikofaktoren:

- Unbeeinflussbare Faktoren: Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, ...
- Beeinflussbare Faktoren zu 90%: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zigarettenkonsum, psychosozialer Stress, ...

Behandlung: medikamentös + invasiv (RKI 2006) +



Änderung der Verhaltens- als auch Verhältnisbedingungen



82% Rückbildung arteriosklerotischer Verengungen (Benesch 1996 + Rüdell 1997)

Ziele der Rehabilitation (SGB IX):

- Körperliche Mobilität und soziale Integration des Menschen (Reha. vor Erwerbslosigkeit, Reha. vor Pflegeabhängigkeit)

Pflegerische Aufgaben:

- Prophylaxen, Prävention, edukative Verfahren, der Anleitung und Beratung und der Überleitung zur ambulanten Weiterbehandlung, Hilfe zur sozialen Integration
- individuelle Situation der betroffenen Menschen, ihre Einschränkungen, aber auch ihre Selbstpflegefähigkeiten müssen in ihr pflegerisches Handeln integriert werden

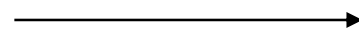
(Lauber, Schmalstieg 2004)



Probleme der kardiologischen Rehabilitation:

- medizinlastig und zugrunde liegende Ursachen werden zu wenig berücksichtigt (Rauch 2007)
- auf vermehrt auftretende Ängste (Pollack et al. 2005) , Depressionen (Barth et al 2005), und Hoffnungslosigkeit (Herrmann-Lingen et al 2008; Rüdell 1997) wird zu wenig eingegangen
- Reha.-Motivation ist oft gering (Horres-Sieben 2004) und die Rationalität oder vermeintliche Irrationalität der Handlungsentwürfen wird oft nicht aufgedeckt (Gerhardt 1999)
- geschlechts-, alters- und sozialbedingte Unterschiede bei den Lebensbedingungen, Erwartungen, der Motivation und der sozialen Unterstützung werden nicht berücksichtigt (bmbf 2008 + Grande et al 2002)

Forderung:



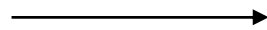
Individuellere Anpassung der Rehabilitation



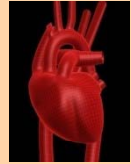
Kritik Pflegeprozess:

- kybernetischer Kreislauf erster Ordnung (Schrems 2003; 2008)
- Pflegediagnosen werden aus diskurstheoretischer Sicht und aufgrund der Begrifflichkeit kritisch diskutiert (Powers 1999)
- reduktionistische Anwendung der Anamnese (Walther 2001)
- Frage-Antwort Gespräch, welches subjektive Bedeutung von Krankheit und Gesundheit nicht erfahren lässt, sowie wichtige Probleme und Ressourcen werden verkannt (Iwert 2003)
- Erleben von Angst, Schmerz, Unsicherheit wird ungenügend verbalisiert (Backs und Lenz 1998)
- Ressourcen und psychosoziale Probleme werden zu wenig berücksichtigt (Kesslering 1999)

Forderung:



verstehende, phänomenologisch-biographische Diagnostik (Friesacher 1999)



Forschungsprojekt:

Die narrative Anamnese im Rahmen einer biographischen „Diagnostik“ im pflegerischen Setting der stationären kardiologischen Rehabilitation
- Eine konzeptuelle Entwicklung -

Hauptfragestellung:

- Wie lassen sich individuelle Probleme und Ressourcen im pflegerischen Setting der kardiologischen Rehabilitation erfassen?
- Welche Auswirkungen haben diese auf den Pflegeprozess, die Patienten und Pflegenden?

Methodisches Design:

- Aktionsforschung (Hart, Bond 1995; Moser 2003; Höhmann 2002; ...)
- Biographieforschung:



Biographieorientierte Diagnostik:

- basiert auf der Biographieforschung aus der interpretativen qualitativen Sozialforschung
- Biographieforschung rekonstruiert das „Gewordensein“ von Erlebnissen im Gesamtzusammenhang des Lebens – individuelle Bedeutung (Rosenthal 2008)
- Biographieforschung untersucht zusätzlich die Wechselwirkung von Biographien durch gesellschaftliche Strukturen, Geschlechterverhältnisse, soziale Milieus, Institutionen, ... und wie diese Strukturen in der Lebensgeschichte aktiv genutzt, gestaltet und verändert werden (Hanses 2009)
- Anwendung in handlungsorientierten Feldern, z. B. der Sozialen Arbeit (Hanses 2000; Fischer 2004; Fischer, Goblirsch 2004)
- **Erhebungsmethode** ist eine narrative Gesprächsführung, welche sich an das narrative Interview (n. Schütze 1983) anlehnt:
 - autobiographische Stegreiferzählung
 - offene Interviewart mit „freier“ Wahl eine Erzählung zu gestalten
 - Relevanzstruktur des Erzählenden
 - konsequente Perspektive auf das Subjekt



- **Auswertungsmethode** in Anlehnung an Rosenthal 2008:
 - zielt auf die Zusammenhänge der objektiven (erlebten) und der subjektiven (erzählen) Daten ab, welche erst einmal getrennt analysiert und dann aufeinander bezogen werden
 - objektive Daten: z. B. männlich, 1929 in Danzig geboren, Pferdezüchter
 - subjektive Daten: z. B. „ ... *das Blöde ist ja, man muss ja vieles aufgeben und alles was ich an Sport gemacht habe, muss ich aufgeben, ich wüsste auch nicht mehr, wo ich mich noch drüber freuen sollte, das ist weg, das ist als wenn da oben einer was abgedreht hat, man glaubt es nicht ...*“ (Herr HB)

Leitfragen für Globalhypothesen:

- Welche **Bedeutung** haben die Ereignisse für den Erzähler?
- Über welche **Ressourcen** verfügt der Erzähler (z. B. Krankheits- oder Alltagsbewältigung)?
- Welche **Probleme** hinsichtlich der Erkrankung oder dem Umgang mit der Erkrankung werden lassen sich rekonstruieren?



Chancen einer biographischen Diagnostik:

Fremdverstehensprozesse des Pflegepersonals:

- Integration von subjektiven und individuellen Problemen und vor allem Ressourcen (z. B. individueller, objektiver, kontextbezogener Faktoren) für eine individuellere Rehabilitationsplanung
- dadurch Anregung für Unterstützung bei Veränderungen des Lebensstils und mögliche Reduzierung von Re-Infarkten
- Vermeidung von sozialer Ungleichheit und spezifischere Anpassung der Behandlung
- Orientierung an der Therapiemotivation

Selbstverstehensprozesse der Patienten:

- Selbstverstehensprozesse im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Erkrankung und dem „Gewordensein“ werden ermöglicht
- Förderung der Rehabilitationsmotivation, Nachhaltigkeit von Maßnahmen, Stärkung von Empowerment, ...



- Fordert und fördert eine kommunikative Basis, bzw. den Beziehungsaufbau
- Einlassen auf Verstehensprozesse ist bereits der Beginn von Interventionen
- Grundlage für Beratung zur Stärkung der Selbstverantwortung und autonomen Entscheidung

- Möglicher Nutzen für die Überleitung von stationärer Rehabilitation zur ambulanten Versorgung
- Möglicher interdisziplinärer Nutzen für weitere rehabilitative Maßnahmen, wie berufliche Wiedereingliederung oder Neuorientierung