

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Departement Pflege und Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Pflege bei „Post – Stroke – Depression“

Bachelor-Thesis

Vorgelegt von:

Vanessa Fromme

■■■■■■■■■■

■■■■■■■■■■

Matrikelnr.:

■■■■■■

Abgabetermin:

01.06.2016

Betreuende Prüfende:

Prof. Dr. Uta Gaidys

Zweite Prüfende:

Angela Büttner-Beinlich

"Ich kann das nicht empfehlen. Das ist 'ne
Höllenarbeit und eigentlich ein Fulltime-Job, so ein
Schlaganfall."

~ Gaby Köster, 2011 ~

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungsverzeichnis.....	I
II. Abkürzungsverzeichnis.....	II
1. Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung	1
1.2 Zielstellung.....	2
1.3 Fragestellung	3
2. Methoden.....	3
2.1 Experteninterviews.....	3
2.1.1 Kontakt und Setting.....	4
2.1.2 Stichprobe	4
2.1.3 Leitfaden.....	5
2.1.4 Datenerhebung.....	5
2.1.5 Datenauswertung und -analyse.....	5
2.2 Systematische Literaturrecherche.....	7
3. “Post-Stroke-Depression”	7
3.1 Definition und Symptome	8
3.2 Prävalenz	9
3.3 Diagnostik und Assessment	10
3.4 Ursachen.....	13
3.5 Risikoeinschätzung	14
3.6 Verlauf und Folgen	14
3.7 Therapie und Prävention.....	15
4. Ergebnisse der Interviews	15
4.1 Pflege auf neurologischen Stationen.....	16
4.1.1 „Gute“ Pflege.....	16
4.1.2 Herausforderungen.....	17
4.1.3 Spezielle Pflege auf der Stroke Unit.....	18
4.2 Folgen nach einem Schlaganfall	19
4.2.1 Für betroffene Patienten.....	19
4.2.2 Für die Angehörigen	20

4.3	Wahrnehmungen der psychischen Verfassung	20
4.3.1	Symptome	20
4.3.2	Genderunterschiede im Krankheitserleben	22
4.3.3	Ursachen	22
4.3.4	Diagnostik einer PSD	23
4.3.5	Pflegerische Assessmentinstrumente	25
4.4	Rahmenbedingungen der Pflege	25
4.5	Maßnahmen bei psychischen Veränderungen	26
5.	Diskussion der Ergebnisse	28
6.	Limitationen	35
7.	Schlussfolgerung	36
8.	Literaturverzeichnis	III
III.	Anhang	VII
A.	Interviewleitfaden	VII
B.	Einverständniserklärung	VIII
C.	Transkribierte Interviews	IX
D.	Codebaum	XXII
E.	Hospital Anxiety & Depression Scale	XXIII
F.	Eidesstattliche Erklärung	XXIV

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagnosekriterien der ICD-10 als Äquivalent zur Major- und Minordepression des DSM V (Quelle: Wipprecht, 2013, S.312).....	9
Abbildung 2: Differentialdiagnostisch von einer PSD abzugrenzende neuropsychiatrische Syndrome (Quelle: Kapfhammer, 2011, S.256)	11

II. Abkürzungsverzeichnis

ADW	Albertinen – Diakoniewerk
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dt.: Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)
DVMB	Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (dt. Fragebogen zur Angst und Depressivität in der somatischen Medizin)
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
ICD – 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (dt.: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
MAV	Mitarbeitervertretung
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
PSD	Post-Stroke-Depression
TIA	Transitorische Ischämische Attacke
WHO	World Health Organization (dt.: Weltgesundheitsorganisation)

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Der Schlaganfall stellt in Deutschland mit jährlich circa 196.000 Neuerkrankungen eine der häufigsten Todesursachen und eine der häufigsten Ursachen für eine erworbene Behinderung im Erwachsenenalter dar (Busch et al., 2013).

Auffallend ist zudem, dass jeder zweite bis zehnte Betroffene, in den USA ungefähr jeder dritte (Kronenberg, Katchanoy & Endres, 2006), nach einem Schlaganfall zusätzlich an einer Depression leidet.

Die Post-Stroke-Depression (PSD) hat vielfältige Ursachen, fest steht allerdings, dass ihre Folgen schwerwiegend sind. So verlängert sich beispielsweise die Krankenhausliegezeit eines Patienten¹. Das Sterblichkeitsrisiko vergrößert sich zudem bei einer Kombination von Schlaganfall und Depression (Fiedler, Köhrmann & Kollmar, 2013). Zudem weisen Patienten mit einer PSD größere funktionelle Einschränkungen auf, die kommunikativen Fähigkeiten sind stärker beeinträchtigt, die Patienten weisen eine schlechtere Chance auf, ihre Arbeit wieder aufzunehmen und die kognitive Leistungsfähigkeit wird doppelt belastet (Fiedler, Köhrmann & Kollmar, 2013).

Die Diagnose PSD wird selten gestellt, was eine adäquate und gezielte antidepressive Behandlung erheblich erschwert (Berg et al., 2009).

Pflegende sind dafür zuständig, den Patienten in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)² zu unterstützen und auf den Verlust von Autonomie und Abhängigkeit von fremder Hilfe nach dem Schlaganfall einzugehen. Sie stehen aus dem interdisziplinären Team am engsten in Kontakt zu den Patienten und deren Angehörigen und können bei der Diagnostik erster depressiver Begleiterscheinungen hilfreich sein wie eine Studie von Berg et al. (2009) nachweist. Demnach identifizierten Pflegepersonen alle Patienten, die später

¹ Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

² Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli stellen ein konzeptionelles Modell der Pflege dar. Die 12 ATL sind: wach sein und schlafen, sich bewegen, sich beschäftigen, Essen und Trinken, Ausscheiden, Körpertemperatur regulieren, atmen, Für Sicherheit sorgen, Waschen und Kleiden, kommunizieren, Sinn finden im Werden, Sein und Vergehen, Kind, Frau oder Mann sein (Pschyrembel, 2002).

tatsächlich eine manifeste Depression entwickelten, beurteilten aber auch einige Patienten falsch positiv (Berg et al., 2009).

Folglich ist der Einsatz von Assessmentinstrumenten wie Depressionsskalen in der pflegerischen Anamnese abzuwägen, da die Nebendiagnose „Depression“ nicht immer in der ärztlichen Anamnese erfasst wird (Schlöndorf, 2013).

Die Thematik PSD ist von hoher Relevanz für die pflegerische Praxis, da sich jede Pflegeperson, nicht nur auf einer Stroke Unit oder einer neurologischen Station, früher oder später mit Schlaganfallpatienten und dem Thema der PSD konfrontiert wird. Zudem berichten viele Pflegenden den Umgang mit stark antriebsgeminderten Patienten als belastend zu empfinden (Schlöndorf, 2013). Die Sichtweise der Pflegenden auf die psychische Situation der Schlaganfallpatienten sowie die Realisierung der Anwendung vorhandener Assessmentinstrumente muss erfasst werden.

Dies soll im Rahmen einer Bachelorarbeit im dualen Studiengang Pflege (BA) an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Kooperation mit dem Albertinen–Diakoniewerk (ADW) erfolgen. Das Thema wurde aus dem persönlichen Interesse und der hohen Bedeutung für die zukünftige pflegerische Arbeit der Autorin gewählt, da diese ihr Gesundheits- und Krankenpflegeexamen auf einer neurologischen Station absolviert. In einem Praxiseinsatz auf einer Stroke Unit konnte die Verfasserin erste Eindrücke in das Gebiet „Schlaganfall“, in der Akutversorgung und anschließenden Rehabilitation gewinnen und wurde hier kontinuierlich mit dem Verlust der Selbstständigkeit der Patienten und die damit verbundenen Auswirkungen auf die psychische Verfassung konfrontiert.

1.2 Zielstellung

Das primäre Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es die subjektive Wahrnehmung der Pflegenden hinsichtlich der psychischen Situation von Schlaganfallpatienten im stationären Setting aufzuzeigen. Hieraus ergeben sich gegebenenfalls Empfehlungen für die Praxis zur weiteren Umsetzung und Verwendung von Assessmentinstrumenten zur Identifizierung einer PSD und deren möglichen Nutzen auf bestimmten Stationen (Stroke Unit und Neurologie des Albertinen-Krankenhauses).

Das sekundäre Ziel der Autorin ist es, ein studiengangspezifisches Thema mit dem Bezug zum beruflichen Handlungsfeld „Pflege“ unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden und Erkenntnissen in einem vorgegebenen zeitlichen Rahmen selbstständig zu bearbeiten. Es soll zudem ein Erkenntnisgewinn der Autorin über das Krankheitsbild, dessen Epidemiologie und mögliche Assessmentinstrumente erfolgen, um auf die eigene pflegerische Tätigkeit im praktischen Examen auf einer neurologischen Station vorbereitet zu sein.

1.3 Fragestellung

Aus der Problembeschreibung und Zielstellung lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

Wie beurteilen Pflegende die psychische Situation von Schlaganfallpatienten im stationären Setting in ihrem pflegerischen Alltag?

Die Fragestellung zielt einerseits darauf ab, die subjektive Sichtweise der Pflegenden zu der psychischen Situation von Schlaganfallpatienten im stationären Setting zu betrachten (*welche Symptome?*), andererseits auf die Art und Weise, wie die Pflegenden zu dieser Sichtweise und Beurteilung kommen (*wie? womit? wodurch?*).

2. Methoden

2.1 Experteninterviews

Um die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten näher gehend zu betrachten und die subjektive Sichtweise von Pflegenden aufzuzeigen, wurden drei halbstrukturierte qualitative Interviews mit Pflegenden auf der Stroke Unit und der neurologischen Station im Albertinen-Krankenhaus, welches den Ausbildungsbetrieb der Autorin darstellt, durchgeführt.

Ein halbstrukturiertes Interview wird verwendet, wenn der Forscher Antworten auf die relevanten Fragen, die er bereits kennt, benötigt. Diese Technik gewährleistet, dass der Interviewer alle benötigten Informationen erhält, aber dennoch die Freiheit der Teilnehmer in ihren Antworten gewährleistet wird (Morse & Field, 1998).

Das qualitative Design wurde im Gegensatz zur quantitativen Methode gewählt, um die Erfahrungen und das Erleben von Menschen, die im Umgang mit Schlaganfallpatienten sind, darzustellen und um unbekannte Aspekte mittels detaillierter Beschreibungen aufzuzeigen, da passende Messinstrumente in dieser Hinsicht fehlen (Brandenburg, Panfil & Mayer, 2013).

2.1.1 Kontakt und Setting

Es wurde zunächst der Kontakt zu zwei Interviewpartnerinnen hergestellt. Bei den Interviewpartnerinnen handelt es sich um examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, welche im Albertinen-Krankenhaus tätig sind. Eine Teilnehmerin wurde zu einem späteren Zeitpunkt rekrutiert.

Die Pflegedirektorin Frau Anette Weinert wurde am 09.02.2016 mit der Frage der Notwendigkeit eines Ethikantrags via Email kontaktiert. Frau Weinert verwies an ein entsprechendes Antragsformular, welches von der Albertinenschule gemeinsam mit der Mitarbeitervertretung (MAV) entwickelt wurde. Dies wurde über die Schulleitung Frau Schiller bezogen und in ausgefüllter Form am 29.02.2016 an die MAV gesendet. Dem Antrag wurde am 03.03.2016 von der MAV zugestimmt.

Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Stationen im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen statt.

2.1.2 Stichprobe

Bei den interviewten Expertinnen handelt es sich um drei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, welche den Prinzipien der Stichprobenauswahl in der qualitativen Forschung entsprechen: Nützlichkeit und Angemessenheit (Morse & Field, 1998). Diese Teilnehmer erfüllten die Kriterien, da sie ihr Interesse an dem Thema und der Anfertigung der Bachelor-Thesis offenkundig zeigten und zu Äußerungen bereit waren. Zudem existierte durch den bereits bestehenden Kontakt ein Vertrauensverhältnis und die Interviewpartnerinnen befinden sich durch ihre Position als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit langjährigen neurologischen Erfahrungen in einer Expertenposition bezüglich des Themas (Morse & Field, 1998).

2.1.3 Leitfaden

Die Interviews basieren auf einem Leitfaden (siehe Anhang A), welcher die Aspekte des Forschungsthemas, die nach Möglichkeit zur Sprache kommen sollen in Fragevorschlägen zusammenstellt. Die Fragestellungen wurden aus dem Interesse der Autorin und der ersten Sichtung der Literatur gebildet.

2.1.4 Datenerhebung

Vor dem Beginn der Interviewführung wurde eine Hypothese hinsichtlich der gewünschten Ergebnisse gebildet. Es wurde angenommen, dass die psychische Belastung von Schlaganfallpatienten größer ist, als bei Patienten ohne einen Schlaganfall und sie dazu neigen Depressionen zu entwickeln. Weiterhin wird angenommen, dass die psychische Verfassung durch die Pflegenden zwar wahrgenommen wird, sich dem auf Grund von Rahmenbedingungen der Pflege, wie zeitliche und personelle Faktoren, nicht adäquat gewidmet werden kann, wobei Assessmentinstrumente zur Identifizierung einer PSD nützlich sein könnten.

Das erste Interview wurde am 12.04.2016 und das zweite und dritte Interview am 13.04.16 geführt. Die dritte Interviewpartnerin erklärte sich spontan an dem Termin für ein Interview bereit. Die Interviewpartnerinnen wurden im Vorfeld darüber aufgeklärt, dass die Interviews anonym behandelt werden, die Teilnahme freiwillig ist und sie ihre Teilnahme jederzeit zurück ziehen können. Der Interviewerin liegen die unterschriebenen Einverständniserklärungen (siehe Anhang B) zur digitalen Aufzeichnung und zur Nutzung von Auszügen der Interviews für die vorliegende Arbeit vor. Die Interviews wurden mittels einem in der HAW ausgeliehenen digitalem Diktiergeräts (Olympus Digital Voice Recorder WS-812) aufgezeichnet. Die Interviewdauer betrug von 15:40 bis 24:04 Minuten.

2.1.5 Datenauswertung und -analyse

Die aufgezeichneten Interviews wurden anschließend mit der Transkriptionssoftware f4 transkribiert. Die vorliegenden, überprüften und korrigierten Interviews (siehe Anhang C) wurden anschließend mittels der Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse „MAXqda 2007“, welche kostenfrei über die Computerpools der HAW zur Verfügung gestellt

wird, kodiert.

Unter dem Vorgang des „Coding“ versteht man das Identifizieren und Zusammenfassen von Hauptaussagen oder Hauptmerkmalen (Brandenburg, Panfil & Mayer, 2013).

Die erste Version des Codebaums wurde nach dem ersten Lesen der Interviews mittels der erhobenen Daten erstellt. Die anfänglichen Kategorien wurden so allgemein wie möglich nach den Bezeichnungen der Interviewten formuliert, später wurden Unterkategorien entwickelt. Als kleinste zu analysierende Einheit wurde ein Satz gewählt. Weitere Verbesserungen der Codierung erfolgten im Prozess der Datenauswertung und Inhaltsanalyse. Am Ende wurde eine gewisse Datensättigung erreicht, da sich keine neuen Codierungs-Kategorien ergaben. Der endgültige Codebaum ist dem Anhang (siehe Anhang D) zu entnehmen.

Zur Überprüfung der im Vorhinein gebildeten Hypothese (siehe 2.1.4), oder Widerlegung der Annahme wurde in den Codes nach Gemeinsamkeiten und Gegensätzen der Antworten der Interviewpartner gesucht, um Daten zur Beantwortung der Fragestellung zu extrahieren.

Hier erfolgte ein Umformulieren und Kürzen bedeutungsgleichen Stellen sowie ein Zusammenstellen der identifizierten Kategorien (Brandenburg, Panfil & Mayer, 2013).

Diese gefundenen Ergebnisse wurden mit weiterer fachspezifischer Literatur überprüft, um die Ergebnisse in den Kontext der Forschung einzubetten.

Diesen Vorgang bezeichnet man in der qualitativen Forschung als theoretische Verifikation, da somit neue Erkenntnisse oder Überschneidungen hinsichtlich der Resultate dargestellt werden (Morse & Field, 1998).

Das hier beschriebene Vorgehen entspricht der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Um die Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit der gewählten Methode zu wahren, wurden die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) hinzugezogen.

Diese beinhalten die Glaubwürdigkeit und den Wahrheitswert der Untersuchung, die Anwendbarkeit auch in anderen Kontexten und Situationen, die Konsistenz der Ergebnisse bei gleichen Testpersonen in ähnlichem Umfeld und die Neutralität und Begründbarkeit der Untersuchung (Lincoln & Guba, 1985).

2.2 Systematische Literaturrecherche

Um einen theoretischen Hintergrund zum Thema Schlaganfall, PSD und Assessmentinstrumenten zu erlangen und den aktuellen Forschungsstand zu erheben, erfolgte neben der Interviewführung eine systematische Literaturrecherche in den allgemein bibliographischen Datenbanken Cinahl und Medline. Zu Beginn der Suche wurden Hauptsuchbegriffe sowie Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt, die den Rahmen für die zu analysierende Literatur bilden.

Die Suchstrategie umfasste die Hauptsuchbegriffe („stroke“, „depression“, „post-stroke-depression“, „stroke assessment“, „nursing“ „mental health“), welche mit den Bool'schen Operatoren „OR“/„AND“ verknüpft wurden, um die vorhandene Trefferanzahl einzugrenzen.

Um eine Vielzahl an Studien und Beiträgen zur Thematik PSD zu erhalten, wurden keine Limits in beiden Datenbanken gesetzt. Anhand der Sichtung von Titel und Abstract wurden Studien daraufhin ein- bzw. ausgeschlossen und nur Artikel gewählt, deren Volltexte durch die HAW beziehbar sind. Des Weiteren erfolgte eine Handrecherche in den Fachbibliotheken Hamburgs sowie im Internet zum Thema Schlaganfall und Depression.

3. “Post-Stroke-Depression”

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Literaturrecherche und somit der theoretische Bezugsrahmen einer PSD hinsichtlich der Pathophysiologie und Ätiologie, sowie Auftreten und Folgen einer Depression nach einem Schlaganfall dargestellt werden. Zudem wird näher auf die Diagnose- und Assessmentmöglichkeiten eingegangen, da in der weiteren Arbeit ein Bezug zu der subjektiven Art und Weise der Beurteilung durch Pflegende erfolgen soll.

Unter dem Begriff “Schlaganfall” fasst man grob fokale zerebrale Ischämien und intrazerebrale Hämatomate sowie Subarachnoidalblutungen zusammen (Winter & Hacke, 1998). Die häufigste Ursache ist die Unterbrechung der Blutzufuhr durch Thromben in den zuführenden Blutgefäßen, und somit der Sauerstoff- und Nährstoffzufuhr zum Gehirn. Dies wiederum führt zu fokalen oder globalen

Störungen der zerebralen Funktion und Symptomen, die 24 Stunden oder länger andauern oder gar zum Tode führen können (Bonita, 1992). Abzugrenzen ist der Schlaganfall von einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA), die sich in vorübergehenden, anfallartigen Symptomen zeigt, die sich spätestens nach 24 Stunden zurückbilden. Patienten nach einer TIA haben ein Schlaganfallrisiko von 25-29% in den ersten fünf Jahren. (Grond, 2005).

Schlaganfallpatienten werden in der Regel auf neurologischen Stationen oder im Akutfall auf Stroke Units, also spezialisierten Schlaganfall-Einheiten, versorgt. Eine Kombination aus Akuttherapie, früher Rehabilitation (Therapien) und sozialdienstlichen Leistungen wird dort durch ein multiprofessionelles Team realisiert. In Deutschland gibt es seit Mitte der 1990er Jahre Stroke Units. Inzwischen bestehen über 200 nach den Richtlinien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft zertifizierte Stroke Units (Fiedler, Köhrmann & Kollmar, 2013).

3.1 Definition und Symptome

Eine der häufigsten frühen und langfristigen Komplikationen nach einem Schlaganfall stellt eine PSD, also eine Depression nach einem Schlaganfall dar.

Eine Depression wird nach Pschyrembel (2002) als psychiatrische Störung der Affektlabilität mit depressiven Episoden definiert. Hierbei müssen mindestens zwei der Hauptsymptome und zwei weitere Symptome vorliegen, die mindestens zwei Wochen anhalten. Die Hauptsymptome sind: gedrückte Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit sowie Antriebsstörung. Weitere Symptome stellen Denk- und Konzentrationsschwierigkeiten, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, motorische Hemmung oder Unruhe, Suizidgedanken oder suizidales Verhalten, Schlafstörungen, Appetitminderung oder -steigerung dar (Pschyrembel, 2002).

Bislang gibt es keine einheitliche Definition der PSD, allerdings lässt sich anhand der Diagnosekriterien des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM V)" und ICD-10 (Abb.1) ein klinisch signifikanter depressiver Zustand ableiten, welcher anhand dieser Kriterien zuverlässig diagnostiziert werden kann (American Psychiatric Association, 2013; Kapfhammer, 2011).

Major Depression/Depressive Episode	Minor Depression/Dysthymie
Zur Diagnosestellung einer depressiven Episode sind mind. 2 von 3 der Hauptsymptome notwendig. Von den Zusatzsymptomen müssen je nach Schweregrad vorhanden sein: <i>leicht:</i> mind. 2 Zusatzsymptome <i>mittelschwer:</i> mind. 3–4 Zusatzsymptome <i>schwer:</i> mind. 4 Zusatzsymptome (und alle 3 Hauptsymptome)	Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mind. 2 Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor. Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mind. 3 Symptome vorliegen.
Hauptsymptome:	Symptome:
<ul style="list-style-type: none"> – gedrückte, depressive Stimmung – Verlust von Interesse oder Freude – Antriebsmangel 	<ul style="list-style-type: none"> – verminderter Antrieb oder Aktivität – Konzentrationschwierigkeiten – Neigung zum Weinen – Schlaflosigkeit – Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten – Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung – Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit – Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit – sozialer Rückzug – verminderte Gesprächigkeit – erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden
Zusatzsymptome:	
<ul style="list-style-type: none"> – vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen – negative u. pessimistische Zukunftsperspektiven – verminderte Konzentration u. Aufmerksamkeit – Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen od. Suizidhandlungen – Müdigkeit, Energieverlust – Schlafstörungen – vermindertes Appetit – Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit 	

Abbildung 1: Diagnosekriterien der ICD-10 als Äquivalent zur Major- und Minordepression des DSM V (Quelle: Wipprecht, 2013, S.312)

Demnach zeigt sich die depressive Symptomatik bei Patienten mit einer PSD in Symptomen, die auch in einer Studie von Kouwenhoven et al. (2011) beschrieben werden: Traurigkeit, Pessimismus, Verlust von Freude, Gedanken an vergangene Misserfolge, Gefühle von Schuld oder Bestrafung, Selbsthass, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Agitiertheit, Interessenverlust, Unentschlossenheit, Gefühle der Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlafstörungen, Irritiertheit, Veränderungen des Appetitverhaltens, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit, Erschöpfung und depressive Gedanken.

Die Ergebnisse von Townend et al. (2010) fassen dies noch mal zusammen. So berichten sie, dass die depressive Symptomatik der Patienten nach neun Monaten (24 von 81 befragten Patienten) in unterschiedlichen Gefühlen zum Ausdruck kommt. Zum einen fühlen die Patienten sich traurig, frustriert und eingesperrt in ihrem Körper, durch die zum Teil körperlichen und neurologischen Behinderungen. Zum anderen machen sie sich Sorgen über Aktivitäten, welche sie nicht mehr ausüben können, wie die ATL, Freizeitaktivitäten oder soziale Kontakte. Viele äußerten zudem sich müde, energie- und kraftlos zu fühlen. Andere fühlten sich vor allem hilflos, nutzlos und abhängig von fremder Hilfe (Townend et al., 2010).

3.2 Prävalenz

Nach Langhorne & Duncan (2000) treten Depressionen in 16 % der Fälle kurzfristig nach dem Schlaganfallereignis auf. Nach Sacco et al. (1997) gehören

Depression in 32 % der Fälle zudem zu den langfristigen Konsequenzen.

In einer weiteren Studie von Townend et al. (2009) zeigt sich, dass 33 % der Patienten nach einem Schlaganfall im ersten Monat Depressionen entwickeln. Nach neun Monaten waren noch 30 % von einer zusätzlichen Depression betroffen.

Kouwenhoven et al. (2011) schlossen zwölf Studien zur Erfassung der Prävalenz einer PSD in ihrer Übersichtsarbeit ein und kamen zu dem Ergebnisse, dass das Auftreten einer PSD innerhalb eines Monats in den Studien von 11 bis 55 % schwankt.

Unterschiedliche methodische Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik und eine uneinheitliche Definition einer PSD, sowie bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien der Stichproben führen zu dieser schwankenden Prävalenz (Kapfhammer, 2011).

3.3 Diagnostik und Assessment

Die Begriffe „Diagnostik“ und „Assessment“ weisen viele Gemeinsamkeiten auf, allerdings zeigt sich, dass die Diagnostik eine medizinische Aufgabe ist, wohingegen das Pflegeassessment eine zentrale pflegerische Aufgabe darstellt (Reuschenbach, 2011).

Unter dem Begriff Diagnostik versteht man ein medizinisches Verfahren, welches die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung, Labor- und mikrobiologische Diagnostik, apparative Verfahren sowie differenzialdiagnostische Überlegungen erfasst. (Pschyrembel, 2002).

Reuschenbach (2011) bezeichnet ein Assessment als „abwägende, bewertende, von Erfahrungswissen und analytischen Prozessen beeinflusste Einschätzung“.

„Pflegeassessment ist die Einschätzung pflegerelevanter Variablen und Phänomene zum Zweck der Bewertung und/oder der nachfolgenden Handlungsinitiierung“ (Reuschenbach, 2006). Dabei ist es unabhängig davon, ob die Einschätzung oder der Erkenntnisgewinn durch die Anwendung von Assessmentinstrumenten oder ohne entsteht (Reuschenbach, 2011).

Die Diagnosestellung einer PSD gestaltet sich schwierig, weswegen viele Patienten mit PSD unbehandelt bleiben. Nach Dohmen et al. (2006) stellt eine PSD im Jahr 2006 eine relativ neue Erkrankung dar und wird somit nicht von den

Professionellen wahrgenommen.

So wird eine PSD in der Routinediagnostik nur unzureichend beachtet und es liegen weder neurologische noch psychiatrische Leitlinien oder Standards für das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf eine PSD vor. Die Diagnose wird meistens aus dem subjektiven Empfinden der Ärzte gestellt (Pilars et al., 2012). Zudem fehlt wie in Kapitel 3.1 dargestellt eine einheitliche Definition der PSD, da eine Depression nach einem Schlaganfall oft als reaktiv und somit als „normal“, ohne Krankheitswert eingeschätzt wird (Wipprecht & Grötzbach, 2013).

Viele somatische Symptome, wie Energiemangel, Müdigkeit, Appetitverlust und Schlafstörungen, könnten Ausdruck der zugrunde liegenden körperlichen Folgen des Schlaganfalls sein (Kapfhammer, 2011). Auch stimmungsunabhängige Symptome wie kognitive Beeinträchtigungen (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten oder psychomotorische Hemmungen) könnten unabhängig von einer Depression bestehen. Zudem könnten spezielle affektive Symptome wie z.B. Affektinkontinenz³ mit Zwangsweinen leicht als depressive Affektlabilität⁴ fehlinterpretiert werden (Bogousslavsky, 2003).

Differentialdiagnostisch müssen des Weiteren die in Abbildung 2 aufgeführten Diagnosen abgeklärt werden. Auf diese kann im Folgenden nicht näher eingegangen werden. Eine ausführliche Erläuterung findet sich in dem Artikel von Kapfhammer (2011) in dem Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie.

Delir	Psychose
Agitiertheit	Anosognosie
Aphasie	Anosodiaphorie
Affektive Dysprosodie	Schlafstörung
Apathie	Zentrales Poststroke-Schmerzsyndrom
Affektinkontinenz	Organische Persönlichkeitsstörung
Angst	Poststroke-Demenz
Katastrophenreaktion	
Manie	

Abbildung 2: Differentialdiagnostisch von einer PSD abzugrenzende neuropsychiatrische Syndrome (Quelle: Kapfhammer, 2011, S.256)

³ verminderte Beherrschung der Affekte mit inadäquat starken Affektäußerungen (Pschyrembel, 2002)

⁴ Senkung der Schwelle zur Affektauslösung mit raschem Wechsel der emotionalen Stimmung (Pschyrembel, 2002)

Im angloamerikanischen Raum wird auf verschiedene Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente zur Diagnose einer Depression zurückgegriffen, die für das Assessment einer PSD modifiziert werden können (Wipprecht & Grötzbach, 2013).

Häufig werden Skalen zur Fremdeinschätzung und strukturierte klinische Interviews und Fragebögen für die Patienten eingesetzt (Wipprecht & Grötzbach, 2013).

Berg et al. (2009) vergleichen in ihrer Studie einige Assessmentmöglichkeiten einer PSD. Die Untersuchung empfiehlt keins der Instrumente unabhängig von den anderen einzusetzen, sondern eine Kombination von Selbst- und Fremdeinschätzung durchzuführen (Berg et al., 2009; Frühwald, Löffler & Baumhackl 1999). Einschätzungen durch bevollmächtigte Vertreter sollten mit Vorsicht erfolgen und die Verwendung von visuellen Skalen bei Patienten mit Aphasie⁵ und anderen kognitiven Beeinträchtigungen kann nicht empfohlen werden (Berg et al., 2009).

Für den deutschsprachigen Raum werden zur Diagnose einer PSD Skalen empfohlen, die in der deutschen Version validiert worden sind und deren Reliabilität für die PSD in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte (Wipprecht & Grötzbach, 2013). Dies trifft beispielsweise auf die „Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)“, die 1983 von Zigmond und Snaith veröffentlicht wurde, zu (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Zigmond & Snaith, 1983).

Die HADS-D⁶ erfasst vor dem Hintergrund einer körperlichen Erkrankung sowohl eine ängstliche als auch eine depressive Symptomatik, die nach einem Schlaganfall eine hohe Komorbidität aufweisen können (Spalletta, Ripa & Caltagirone, 2005; Schmidt & Löttgen, 2004).

Die HADS (siehe Anhang E) beinhaltet 14 Items auf zwei Subskalen, von denen sieben Items Angst und sieben Items Depression messen. Die Bewertung erfolgt auf 4-Punkte-Skalen (von 0-3), die den Grad der Beschwerden wiedergeben. Die Antworten beziehen sich auf die Beschwerden der vergangenen Woche, weswegen eine Anwendung in regelmäßigen Abständen vorgegeben wird.

⁵ zentrale Sprachstörung nach (weitgehend) abgeschlossener Sprachentwicklung (Pschyrembel, 2002)

⁶ dt. Fassung der HADS; Fragebogen zur Angst und Depressivität in der somatischen Medizin (Herrmann-Lingen et al., 2011)

Die Items auf jeder der beiden Subskalen werden dann addiert, das Scoring der Angst- und der Depressionsskala erfolgt jeweils separat. Werte ≤ 7 gelten als unauffällig, Werte von 8 – 10 als grenzwertig und Warnhinweis, wohingegen Werte ≥ 10 als auffällig gelten (Reuschenbach, 2011; Gupta, 2012).

Dieses Verfahren ist international anerkannt und findet eine breite Anwendung. Als Vorteile werden die leichte Handhabbarkeit, die Kürze der Durchführung von etwa zwei bis sechs Minuten und die Tatsache, dass der Patient sie selbst ausfüllen kann, gesehen (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011).

3.4 Ursachen

Eine PSD hat nach heutigem Kenntnisstand eine multifaktorielle Genese, das heißt vielfältige Gründe können für das Auftreten einer PSD verantwortlich sein. So ist die genaue Ursache trotz zahlreicher Studien nicht zureichend geklärt, jedoch geht man von einer Kombination von organischen Vorgängen und psychischer Reaktion aus (Wipprecht & Grötzbach, 2013).

Einige Autoren gehen auf Grund der Schädigung im Gehirn von einer Störung der Neurotransmitter aus, die eine fehlerhafte Signalübertragung verursacht (Kapfhammer, 2011). Jedoch wird auch die Freisetzung entzündungsfördernder Zytokine⁷, die chronische Entzündungen im Gehirn verursachen können, diskutiert (Kapfhammer, 2011). Als weitere Ursache könnte ein genetisch höheres Auftreten von depressiven Störungen innerhalb einer Familie sein (Wipprecht & Grötzbach, 2013). Des Weiteren spielen zerebrovaskuläre Veränderungen im Gehirn (Schmidt, 2010) sowie soziale Einflüsse eine Rolle (Frühwald, Löffler & Baumhackl, 1999; Hackett & Anderson, 2005).

Eine PSD kann zudem als eine individuelle Reaktion auf körperliche Behinderung zurückzuführen sein. So zeigt sich in der Studie von Townend et al. (2010), dass Patienten, die depressiv sind, eine geringere Akzeptanz der Behinderung zeigen und Veränderungen schlechter akzeptieren können, als nicht depressive Patienten (Townend et al., 2010).

Themen wie Bedrohung, Angst vor Behinderung oder Vitalitätsverlust, Furcht vor

⁷ Zytokine = von vielen Zellarten gebildete und sezernierte Proteine, die das Verhalten oder die Eigenschaften anderer Zellen ändern (Psychrembel, 2002)

körperlichem Kontrollverlust und vor Autonomieverlust, sowie Todes- und Trennungsangst (Kapfhammer, 2011) stellen eine Herausforderung für die Erkrankten dar. Diese emotionale Krankheitsverarbeitung stellt eine normale Reaktion in der psychischen Verarbeitung dar. Allerdings kann die Trauer schnell pathologische Qualität annehmen und in eine Depression übergehen, wenn sie nicht nur vorübergehend sondern andauernd auftritt (Volk et al., 1998; Kapfhammer, 2011).

3.5 Risikoeinschätzung

Die Systematische Übersichtsarbeit von Hackett und Anderson (2005) bezüglich Prädiktoren von Depression nach einem Schlaganfall zeigt auf, dass vor allem körperliche Behinderung und funktionelle Beeinträchtigungen, die Schwere des Schlaganfalls und kognitive Beeinträchtigungen auslösend für Depressionen wirken können (Hackett & Anderson, 2005).

Weitere Risikofaktoren, wie das weibliche Geschlecht, psychische Vorerkrankung, rezidivierende Schlaganfälle sowie eine Aphasie, können das Auftreten einer PSD begünstigen (Hackett & Anderson, 2005).

Die Studie von Townend et al. (2009) zeigt zudem, dass die Einstellung der Patienten eine große Rolle bei der Entstehung einer PSD spielt. So neigen Patienten mit mehr Hoffnung, Zuversicht und Kontrolle dazu, emotional weniger gestresst zu sein (Townend et al., 2009).

3.6 Verlauf und Folgen

Eine PSD kann sowohl akut, als auch postakut auftreten, chronisch verlaufen und ist häufig schon im ersten Monat nach Krankheitsbeginn feststellbar (Schmidt, 2010). Ein Verlauf der PSD gestaltet sich häufig langwierig und kompliziert, so wird eine Remission oft erst zwischen ein und zwei Jahren nach dem Ereignis beobachtet (Kapfhammer, 2011).

Bereits bestehende PSD gelten als Risikofaktor für einen erneuten Schlaganfall und gehen mit einer hohen Suizidalität einher, da Depressionen Auswirkungen auf die Lebensführung und somit auch Lebensqualität der Patienten haben (Hackett & Anderson, 2005)

Zudem wird der Rehabilitationserfolg und die Prognose der Schlaganfallpatienten

mit PSD schlechter eingeschätzt als bei nicht-depressiven Patienten (Ostir et al., 2011). Des Weiteren gibt es einen Zusammenhang zwischen Depression und kognitiven Leistungseinbußen (Hackett & Anderson, 2005).

3.7 Therapie und Prävention

Zur Behandlung einer PSD wird eine Kombination aus psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und medikamentöser Behandlung empfohlen (Schmidt, 2010). Bereits frühzeitig nach dem Schlaganfall wird zur Prävention auch bei nicht depressiven Patienten die Gabe von Antidepressiva empfohlen (Wipprecht & Grötzbach, 2013). Die Studie von Narushima und Robinson (2003) zeigt, dass nur ein frühzeitiger Einsatz von Antidepressiva im ersten Monat nach dem Schlaganfall imstande war, die negativen Langzeitfolgen einer PSD zu mindern.

4. Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden die Interviewpartnerinnen⁸ und Ergebnisse der Interviews bezüglich der codierten Themenbereiche vorgestellt.

Bei **Interviewpartnerin A** handelt es sich um eine 64 Jahre alte Krankenschwester, die seit über 40 Jahren in der Pflege tätig ist. Sie ist seit ihrem Examen auf der damals psychiatrisch – neurologischen Station im Albertinen-Krankenhaus tätig. Auch auf der rein neurologischen Station war sie jahrelang tätig, bis sie vor 16 Jahren eine Leitungsposition einnahm.

Bei **Interviewpartnerin B** handelt es sich um eine 26-jährige Gesundheits- und Krankenpflegerin, die seit vier Jahren auf der Stroke Unit im Albertinen-Krankenhaus tätig ist. Sie hat eine Fortbildung in der neurologischen Pflege absolviert.

Die **Interviewte C**, 40 Jahre alt, arbeitet seit acht Monaten auf der Stroke Unit des Albertinen – Krankenhauses und war vorher jahrelang in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung tätig. Ihr Vater lag aufgrund eines Schlaganfalls zur Zeit der Interviewführung auf der neurologischen Frührehabilitation des Albertinen-Krankenhauses.

⁸ Im Folgenden werden Synonyme für Interviewpartnerinnen, wie Pflegende oder Interviewte benutzt.

4.1 Pflege auf neurologischen Stationen

4.1.1 „Gute“ Pflege

Die Interviewpartnerinnen A, B und C wurden hinsichtlich ihrer subjektiven Meinung befragt, was für sie die Pflege auf einer neurologischen Station mit Schlaganfällen und in diesem Kontext „gute“ Pflege bedeutet.

Für die Interviewte C stellt „gute“ Pflege auf einer neurologischen Station eine patientenorientierte und individuelle Pflege dar, allerdings sieht sie Unterschiede je nach Ausbildungsort der Pflegenden. Für sie ist es wichtig, dass der Patient mit allen seinen Bedürfnissen sowohl medizinisch, pflegerisch als auch therapeutisch gut versorgt ist: *„Also, dass ich als verantwortliche Pflegekraft im Prinzip mich um meine Patienten kümmer’ vom Hacken bis zum Nacken sozusagen, um das medizinische, um das pflegerische, um alles, um was weiß ich, Diagnostik, Therapie und so weiter und so fort. Also dieses Komplett-Rundum-Sorglos-Paket“* (Interview C, Z.17-21).

Des Weiteren ist es für die Pflegende C wichtig, einen guten Bezug und individuellen Kontakt zu ihren Patienten herzustellen und sie *„dort abzuholen, wo [sie] steh[en]“* (Interview C, Z. 22-23): *„Wenn du jetzt einen Oberstufenlehrer da hast oder du hast eine Hausfrau, die sieben Kinder geboren hat, also irgendwo musst du ja individuell auf diese Menschen eingehen können und ich persönlich glaube, dass ein Kontakt gelungen ist, also wenn man so eine persönliche Beziehung herstellen kann und man problemfrei miteinander umgehen kann“* (Interview C, Z. 24-28). Für die Pflegende C spielt zudem das Thema Vertrauen eine große Rolle, Patienten müssen sich gut aufgehoben fühlen und ihre Ängste und Sorgen der zuständigen Pflegenden mitteilen können (Interview C, Z. 28-30), wodurch auch das Thema „Krankenhaus“ eine nicht ganz so angsteinflößende Rolle für den Patienten spielt. Zudem steht die körperliche pflegerische Versorgung im Mittelpunkt, wie zum Beispiel die Haut- und Mundpflege der Patienten, um das Wohlbefinden zu steigern (Interview C, Z. 32-36). Für Pflegende B allerdings steht nicht die körperliche, pflegerische Aufgabe (*„von Kopf bis Fuß zu waschen“*, Interview B, Z. 21-24) im Vordergrund, sondern abschätzen zu können, was der Patient gerade benötigt: einen individuellen Kontakt herstellen, ein Gespräch anbieten (Interview B, Z. 24-27).

Darüber hinaus ist es der Pflegenden C wichtig, geeignete (Prophylaxe-)

Maßnahmen durchzuführen, um Sekundärschäden wie Spastiken oder Kontrakturen durch eine Hemiparese zu vermeiden (Interview C, Z. 39 - 43). Für Pflegende A stellt ein aufmerksamer Kontakt auf Augenhöhe mit dem Patienten (Interview A, Z. 90-96) eine „gute Pflege“ dar. Hinzu kommt eine gewisse Grundhaltung den Patienten gegenüber, um sie zu begleiten und in ihren Ressourcen unterstützen und fördern zu können (Interview A, Z. 20-22). Ferner stellt „gute Pflege“ für die Pflegende A gleichzeitig die Zusammenarbeit mit den Angehörigen dar, da sie ebenso von den Auswirkungen des Schlaganfalls und der Neuorganisation des Lebens der Betroffenen beteiligt sind (Interview A, Z. 24-26). Wichtig ist zudem die verbale, wie nonverbale Kommunikation mit den Patienten, auch wenn sie schwerstbetroffen sind (Interview A, Z. 97-101). Die Menschen würdevoll, aufmerksam und mit Achtung und Respekt zu behandeln, stellt für Pflegende A einen großen Baustein „guter“ Pflege dar (Interview A, Z. 102 & Z. 90-96).

4.1.2 Herausforderungen

Die Interviewpartnerinnen A, B und C wurden hinsichtlich der Frage zu den für sie schwersten Herausforderungen mit den Klienten befragt.

Herausforderungen der neurologischen Pflege sahen die Pflegenden vor allem in den Bereichen der intensiven Arbeit mit schwerstbetroffenen Menschen und in der Organisation der Pflege.

Pflegende C beschreibt es als anstrengend die Pflege zwischen Therapie, Diagnostik und Ärzten angemessen zu organisieren und durchzuführen: *„Du hängst zwischen den Therapeuten, du hängst zwischen der Diagnostik, du hängst zwischen den Ärzten, und alles rundum bist du, sozusagen. Das ist so einmal so eine ganz logistische, organisatorische Herausforderung auch wirklich das unter einen Hut zu bekommen“* (Interview C, Z. 56-59). Unter diesen gegebenen Voraussetzungen eine für sich selbst zufriedenstellende Pflege zu leisten, stellt eine Herausforderung für die Pflegende C dar. Zudem ist auch der Umgang mit schwer beeinträchtigten Patienten schwierig (Interview C, Z. 61-62). Hinzukommend stellen die Rahmenbedingungen auf einer Stroke Unit gewisse Herausforderungen dar, so muss beispielsweise innerhalb von 72 Stunden die Diagnostik durchgeführt werden, um die Liegezeiten der Patienten gering zu

halten, so dass eine hohe Durchlaufquoten an Patienten auf einer Stroke Unit herrscht. Sowohl Pflegende C als auch Pflegende B erleben die zeitlichen Rahmenbedingungen als große Herausforderung und Belastung in der neurologischen Pflege und finden es schwierig eine Kontinuität in der Versorgung eines Patienten herzustellen (Interview C, Z. 64-71).

Auch Pflegende A sieht die Herausforderungen in dem zeitlichen Faktor der Versorgung von Patienten, so dass eine gewisse Diskrepanz zwischen der eigenen Haltung und den eigenen Werten und der tatsächlich durchführbaren Pflege besteht (Interview A, Z. 77-81).

Belastend und herausfordernd für Pflegende empfindet Pflegende A auf einer neurologischen Station zudem die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten (Interview A, Z.136-137).

4.1.3 Spezielle Pflege auf der Stroke Unit

Zwei der interviewten Pflegenden sind auf der Stroke Unit tätig. Ihre Antworten beschreiben die Arbeit und Herausforderungen auf einer Stroke Unit, womit sie sich hinsichtlich der Akutversorgung von den Antworten der Pflegenden A auf einer normalen neurologischen Station unterscheiden.

Auf einer Stroke Unit hat man laut Pflegender B weniger Patienten und ein anderes Zeitkontingent als auf einer Normalstation zur Verfügung (Interview B, Z. 14-16). Auf einer Akutstation wie der Stroke Unit geht es um die direkte medizinische Versorgung des Patienten, um auf Veränderungen seines Gesundheitszustandes einzuwirken ohne dabei die Menschlichkeit zu verlieren (Interview B, Z. 16-19). So stellt die besondere Aufgabe auf einer Stroke Unit auch die nahe Arbeit am Patienten, der eine Grenzsituation erlebt hat und nun auf Pflege angewiesen ist, dar (Interview B, Z. 8-11).

Pflegende C erachtet die Aufgabe, den Patienten die Angst und Bedrohung vor dem Krankenhaus zu nehmen, als wichtig (Interview C, Z. 194-199). Dies wird durch Erklärungen hinsichtlich der Situation der Akutüberwachung auf einer Stroke Unit mit Monitoring⁹ und Infusionen erreicht. Für die Pflegende C ist es zudem

⁹ Beobachtung, Kontrolle und Erfassung lebenswichtiger Körperfunktionen des Patienten während der Operation, in der Aufwachphase, auf einer Intensivereinheit oder postoperativ auf der Station (Pschyrembel, 2002)

wichtig, dass auf einer Stroke Unit, welche die erste Anlaufstelle für die Erkrankten darstellt, der nahtlose Übergang zur Rehabilitation beginnt (Interview C, Z.49-51). Beide Pflegende sehen die Berechtigung der Medizin in der Akutversorgung zur Bewahrung des Patienten vor Sekundärschäden, allerdings sehen sie auch die Menschlichkeit im Vordergrund (Interview B, Z.18; Interview C, Z. 203-208). Wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben stellen auch die kurzen Liegezeiten eine Herausforderung dar, um eine kontinuierliche Versorgung der Patienten auf der Stroke Unit zu gewährleisten (Interview C, Z. 64-71).

4.2 Folgen nach einem Schlaganfall

Die Folgen nach dem Schlaganfall sind sehr unterschiedlich. Je nach betroffener Person (Patient, Angehörige) sind die Folgen in den weiteren Punkten beschrieben.

4.2.1 Für betroffene Patienten

Pflegende C sah die größte Folge in der Angst vor einer langfristigen Abhängigkeit von dritten Personen, die die Pflege des Betroffenen sicherstellen müssen und die damit verbundene Angst vor Pflegebedürftigkeit (Interview C, Z.75-77). Zudem sind die direkten Folgen nach dem Schlaganfall auf einer Stroke Unit wie die Realisierung des Ereignisses und beginnende Krankheitsverarbeitung (Interview C, Z.87-91). Für Pflegende B stellt zudem die Akutsituation eine große Herausforderung für die betroffenen Patienten dar, da sich ihr körperlicher Zustand ändert und sie auf fremde Hilfe angewiesen sind und komplett aus ihrem gewohnten Alltag herausgerissen werden (Interview B, Z.31-39). So steht die verlorene Selbstständigkeit im Vordergrund.

Auch für Pflegende A stellt der Verlust der Selbstständigkeit die größte Folge nach dem Schlaganfall dar, da die Grundbedürfnisse und ATL durch körperliche Einschränkungen nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können: *„Also zum Beispiel was sehr einschneidend ist, ich kann nicht mehr aufstehen, ich kann meine Hand nicht bewegen, ich [...] kann nicht mehr laufen, ich habe Mühe mich auszudrücken oder ich kann vielleicht gar nicht [mehr] richtig sprechen oder ich kann [keine] normale Nahrung zu mir nehmen“* (Interview A, Z.44-47). All dieses könnte unter einem existenziellen Erleben und zwar jeden Tag, jede Stunde, jede

Minute zusammengefasst werden (Interview A, Z. 48-49).

4.2.2 Für die Angehörigen

Pflegende B sieht die Angehörigen als Co-Partner der Patienten, die durch das gleiche Ereignis wie die Erkrankten betroffen sind. Man muss sie mit als Patienten sehen, da sie die gleiche psychische Unterstützung wie die Patienten benötigen, sei es durch Gespräche oder andere Maßnahmen (Interview B, Z.33-39). Pflegende A sieht auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen als wichtig an, da sie ebenso von den Auswirkungen des Schlaganfalls und der Neuorganisation des Lebens der Betroffenen beteiligt sind (Interview A, Z. 24-26).

4.3 Wahrnehmungen der psychischen Verfassung

Die subjektive Wahrnehmung der psychischen Verfassung der Patienten variiert je nach Pfleger. Pflegende A würde die Vermutung aufstellen, dass mindestens 80% der Schlaganfallpatienten sowie deren Angehörige von existenziellen Ängsten und Sorgen sowie leichten Depressionen betroffen sind (Interview A, Z.60-62). Pflegende B vermutet, dass bei jedem Patienten, der einen Schlaganfall oder die Diagnose „Verdacht auf einen Schlaganfall“/TIA hat, die Psyche beeinträchtigt ist (Interview B, Z. 44-47). Sie würde annehmen, dass man bei 75% aller Patienten mit einem Schlaganfall eine psychische Veränderung wahrnehmen kann (Interview B, Z.74-76). Dies manifestiert sich für die Pflegende schon in den ersten 72 Stunden anhand des beobachtbaren Verhaltens der Patienten (Interview B, Z.73-74).

Pflegende C vertritt die Meinung, dass man nicht verallgemeinern kann, dass jeder Mensch, der einen Schlaganfall erlebt hat, auch an einer Depression erkrankt (Interview C, Z.119-121).

4.3.1 Symptome

Für die Pflegenden zeigt sich die psychische Verfassung der Patienten in einem breiten Spektrum.

So beschreibt Pflegende A eine Traurigkeit und unvermitteltes Weinen der Patienten, an denen man die beeinträchtigte psychische Verfassung wahrnehmen kann (Interview A, Z.27).

Pflegende B bewertet die psychische Verfassung anders, indem sie aussagt, dass jeder Patient unterschiedlich und individuell reagiert und es eine Vielzahl an Anzeichen einer psychischen Störung nach einem Schlaganfall gibt (Interview B, Z.57-65). So gibt es einige Patienten, die ein aggressives Verhalten zeigen, beispielsweise durch Schlagen, Beißen, Kratzen oder verbalen Äußerungen (Interview B, Z.57-58). Andererseits gibt es auch Menschen, die anfangen ihre Situation zu überspielen, in dem sie alles ins Lächerliche ziehen oder sehr offensiv mit ihrer Situation umgehen (Interview B, Z.58-60). Wiederum gibt es auch Patienten, die mit einem Rückzug reagieren, nicht mehr sprechen, nichts mehr essen, nichts mehr trinken und ein depressives Verhalten zeigen (Interview B, Z.63-65). Die Pflegende B bemerkt zudem eine Reduktion der Fröhlichkeit und des Lachens. Für die Pflegende B beginnt somit schon eine Entwicklung einer Depression, da es zu Veränderungen des gewohnten Lebens führt (Interview B, Z.75-82).

Für Pflegende B stellt es eine Seltenheit dar, wenn Patienten im akuten Zustand wahrnehmen, dass das Schlaganfallereignis psychisch auf sie eingewirkt hat (Interview B, Z.162). Für B gehört das Erleben zu einem Reifungsprozess des Patienten (Interview B, Z.162-163). Er muss erst einmal die akute Situation wahrnehmen, diagnostische Maßnahmen auf sich wirken lassen und gewisse Therapieschritte (bspw. Operationen, PEG-Anlage, Nahrungskarenz, Verlegungen auf andere Stationen) akzeptieren (Interview B, Z.163-167).

Pflegende C beschreibt es als normalen Bestandteil der Krankheitsverarbeitung und Erleben im Umgang mit Menschen, wenn Patienten mit unterschiedlichen Verhaltensmustern zum Umgang mit dem Ereignis reagieren. So gibt es Patienten, die depressiv, „zu Tode betrübt“ sind und mit einer gedrückten Stimmung reagieren, sich zurückziehen und viel weinen (Interview C, Z.143; Z.149-151). Dann gibt es aber auch oft Patienten, die anfangen eine nicht-authentische Fassade aufrecht zu erhalten und „den Pausenclown spielen“ (Interview C, Z.148-153). Für Pflegende C. müssen depressive Patienten nicht zwangsläufig „in der Ecke sitzen und weinen“ (Interview C, Z.162-164).

Für die Pflegenden B und C tritt die psychische Veränderung schon direkt nach dem Ereignis ein, dennoch glauben sie, eine PSD lässt sich erst in der Zeit nach der Stroke Unit diagnostizieren (Interview B, Z.197-169; Interview C, Z.188-193; Z.208-210).

Pflegende B äußert kritisch, dass nicht beachtete psychische Veränderungen durch die Pflegenden und das interdisziplinäre Team, zu einem weiteren Rückzug der Patienten führen und sie durch negative Erfahrungen im Krankenhaus bei weiteren Krankheitssymptomen weder einen Arzt noch ein Krankenhaus aufsuchen werden. Dies führt wiederum dazu, dass Krankheiten verschleppt werden und sich die Folgekomplikationen und –schäden verschlimmern (Interview B, Z.144-156).

4.3.2 Genderunterschiede im Krankheitserleben

Die Pflegenden A, B und C wurden gefragt, ob sie Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Krankheitserleben wahrnehmen.

Pflegende B sieht einen gewissen Unterschied im Krankheitserleben zwischen Männern und Frauen. Frauen reagieren eher durch einen ablenkenden Bewältigungsstil (Interview B, Z. 173-175; Z.188-189) wohingegen Männer durch „*Nicht-Wahrhaben-Wollen*“ (Verleugnung) mit Zorn und Ärger reagieren. Hierbei wird ersichtlich, dass sich hinter der aggressiven Fassade lediglich Angst und depressive Symptome verbergen (Interview B, Z.189-193). Diese Aussage wird durch Pflegende A bestärkt. So reagieren Männer ihrer Meinung nach eher mit Aggressivität wodurch erkenntlich wird, dass das eigentliche Krankheitserleben kaschiert oder kompensiert werden muss (Interview A, Z.63-69).

Für Pflegende A existiert der gewisse Unterschied zwischen Männern und Frauen je nach Ausprägung der Persönlichkeit (Interview A, Z.62-63). So sind Frauen, der Interviewten nach, eher betroffen und traurig und Männer reagieren durch einen Rückzug.

Für Pflegende C besteht lediglich ein Unterschied von Mensch zu Mensch und kein konkreter Unterschied zwischen den Geschlechtern (Interview C, Z.148-149).

4.3.3 Ursachen

Ausschlaggebend für die Entstehung der beschriebenen Symptome sehen die Pflegenden vor allem die Einbettung in dem sozialen Umfeld sowie die Persönlichkeit der Patienten (Interview B, Z. 43; Interview C, Z.119-121). Pflegende C ergänzt auch die Schwere des Schlaganfalls und der neurologischen

sowie körperlichen Ausfälle als wichtig bei der Entstehung zu erachten (Interview C, Z.119-121).

Für Pflegende C stellt die Entwicklung einer Depression einen Bestandteil des normalen Prozesses der Krankheitsverarbeitung dar. Der Prozess beinhaltet die Realisierung des Ereignisses sowie den Umgang mit schweren Beeinträchtigungen und neurologischen Ausfällen. Da es einer kompletten Neuorganisation des Lebens bedarf mit den Ausfällen zu leben und von fremder Hilfe abhängig zu sein (Interview C, Z.134-144).

Pflegende B sah neben der Angst vor Abhängigkeit (Interview B, Z. 51-52) auch die Angst und das Wissen über mögliche Folgen und die Machtlosigkeit gegenüber der Beeinflussung als ausschlaggebend für Veränderungen im psychischen Erleben: *„Und das ein kleiner Schlaganfall wie die TIA ein Vorbote für einen großen Schlaganfall sein kann, und dass das im Hinterkopf spielt 'Ich hab schon mal einen Schlaganfall gehabt, ich kann noch einen kriegen, ich kann danach ein Pflegefall werden, ich kann daran sterben'“* (Interview B, Z.47-49).

4.3.4 Diagnostik einer PSD

Die Pflegenden wurden befragt, anhand welcher Kriterien die Pflegenden oder die Ärzte die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten wahrnehmen und ob die Pflegenden hinsichtlich des Themas ausreichend sensibilisiert sind.

Interviewpartnerin B sieht Schwierigkeiten in der Diagnostik einer PSD durch die Stationsärzte. Die Visiten fallen häufig zu kurz aus und den *„Ärzten mangelt es an Fachwissen hinsichtlich psychischer Erkrankungen und Kenntnis über die Patienten“* (Interview B, Z.95-98).

Pflegende B nimmt wahr, dass die Pflegenden die Ärzte auf Veränderungen im Wesen der Patienten hinweisen müssen. Pflegende können das Patientenverhalten besser einschätzen, da sie den meisten Kontakt zu den Patienten haben und sie prozessübergreifend kennenlernen (Interview B, Z.98-103).

Pflegende B beurteilt die psychische Verfassung der Erkrankten durch den wahrgenommenen Kontakt mit ihnen (Interview B, Z.106-107) und mittels Intuition, beispielsweise das Unwohlsein des Patienten (Interview B, Z.108). Trotz

mangelnder zeitlicher Ressourcen lässt sich eine depressive Symptomatik im erlebten Kontakt mit dem Patienten feststellen. Allerdings findet Pflegende B es schwierig eine manifestierte PSD im Akutstadium zu diagnostizieren (Interview B, Z.205-206).

Für sie stellt die Übergabe einen wichtigen Faktor in der Feststellung des psychischen Zustandes der Patienten dar, da dort gemeinsam besprochen und diskutiert wird, wie alle drei Schichten, und somit unterschiedliche Pflegekräfte, den Zustand des Patienten beurteilen (Interview B, Z.111-118). Zudem findet sie die Arbeit im interdisziplinären Team und Morgenbesprechungen mit den Therapeuten (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) und den Stationsärzten bedeutend, da die Therapeuten ebenso wie die Pflegekräfte die aktuelle Verfassung der Patienten wahrnehmen müssen, um mit ihnen arbeiten zu können und die Therapie zu beginnen (Interview B, Z.123-129).

Für die Pflegende A werden ebenfalls sämtliche physischen und psychischen Aspekte eines Patienten während der Übergabe ausgetauscht und anschließend, auch außerhalb der Übergabe, gemeinsam besprochen. Pflegende A nimmt die psychische Verfassung ebenfalls mittels Intuition („*Bauchgefühl*“) wahr und setzt eine gewisse Beobachtungsgabe der Pflegenden voraus, um das Patientenverhalten richtig einordnen und beurteilen zu können (Interview A, Z.6-11).

Pflegende C beurteilt die psychische Verfassung ähnlich wie Pflegende A und B. So ist für sie ebenfalls Menschenkenntnis und ihre Intuition entscheidend, ob und wie sie die psychische Verfassung der Patienten wahrnimmt. Ihrer Meinung nach gehört es zur Profession der Gesundheits- und Krankenpfleger/in, im Laufe der Berufserfahrung eine gewisse soziale Kompetenz zu entwickeln: *„viel mit Menschen ist einfach Bauchgefühl. Und ich glaube als Krankenschwester, oder als Gesundheits- und Krankenpfleger [...] entwickelst [du] mit der Zeit [...] so eine soziale Kompetenz [...] je mehr du mit Menschen zu tun hast, also gut einige sind da auch total unbegabt, das will ich nicht ausschließen, aber ich glaube im Allgemeinen entwickelt man eigentlich wirklich so ein Auge für die Menschen, was mit denen Sache ist“* (Interview C, Z.169-175).

Für Pflegende B ist bei der Beurteilung der psychischen Komponente vor allem das Verhalten der Patienten ausschlaggebend, zum Beispiel beobachtbare Verhaltensweisen, Mimiken und Gestiken. Für sie gehört diese Wahrnehmung zu

dem normalen Kontakt mit dem Patienten (Interview C, Z.177-183).

4.3.5 Pflegerische Assessmentinstrumente

Die Pflegenden wurden hinsichtlich ihrer Kenntnisse bezüglich vorhandener Assessmentinstrumente zur Erhebung einer PSD befragt.

Laut der Pflegenden A werden keine Assessmentinstrumente bezüglich der psychischen Verfassung auf der neurologischen Station verwendet (Interview A, Z.158).

Der Pflegenden B sind Assessmentinstrumente in der Hinsicht ebenfalls nicht bekannt. Sie zweifelt zudem den Nutzen von Skalen an, da ein Standard nicht für alle Patienten gleichermaßen anzuwenden ist und die Ergebnisse nicht gleich gültig sind: *„Und es gibt bestimmt irgendwelche Skalen von irgendwelchen Schwestern, Pflegeexperten, die was ausgeführt haben, es ist nur schwer einen Patienten in genau so einen Standard reinzuprügeln, wenn der Standard nicht passt. Und es geht einfach darum, wie nimmt eine Pflegekraft ihn wahr, wie nimmt die zweite Pflegekraft ihn wahr, wie nimmt die dritte Pflegekraft ihn wahr, also diese drei Schichten, die wir fahren und probieren daraus nach 24 Stunden ein Konzept zu haben, um zu sagen, der Patient ist anstrengend, der Patient ist überfordert, der Patient ist unterfordert, der Patient ist in sich zurück gezogen. Und das ist eigentlich so das Instrument der Krankenpflege, dass man sagt in der Übergabe 'da gefällt mir was nicht, pass mal bitte auf' und wir arbeiten nicht nach Skalen, weil das einfach nicht einzuschätzen ist“* (Interview B, Z.109-118).

Pflegende C findet es ebenfalls schwierig standardisierte Assessmentinstrumente zur Beurteilung der psychischen Verfassung anzuwenden, da sie kein Vertreter vieler *„Checklisten“* ist und darin keinen Nutzen sieht, da vieles ihrer Meinung nach durch Intuition und Menschenkenntnis zu beurteilen ist (Interview C, Z.244-249).

4.4 Rahmenbedingungen der Pflege

Die Pflegenden wurden in den Interviews gefragt, ob die psychische Komponente der Schlaganfallpatienten im klinischen Alltag zur Kenntnis genommen wird. Hieraus ergaben sich einige Hinweise bezüglich der Rahmenbedingungen in der

Pflege.

Für die Pflegende A besteht einerseits eine gewisse Diskrepanz zwischen dem, was Pflegende leisten möchten und dem, was sie aufgrund von Zeitmangel leisten können (Interview A, Z.77-81). Andererseits definiert die Erfassung der psychischen Komponente der Erkrankten eine grundsätzliche Haltung und Einstellung, die Grundvoraussetzung ist, um in der neurologischen Pflege zu arbeiten (Interview A, Z.20).

Für Pflegekraft B stellt es, abhängig vom Arbeitspensum, eine Schwierigkeit dar psychische Veränderungen im Detail festzustellen. Es wird versucht die psychischen Komponenten der Patienten im pflegerischen Alltag wahrzunehmen und Gespräche, auch für Angehörige, anzubieten. Dennoch räumt Pflegende B ein, dass einige Leute „*dabei einfach unter gehen*“ (Interview B, Z.85-89.). Dies wird durch Pflegende A bestätigt, die es wichtig findet, mit Angehörigen und Patienten zu kommunizieren, dass man sich gerne mehr Zeit nehmen würde, die auf Grund von hohem Arbeitspensum nicht gegeben ist (Interview A, Z.83-90).

Für Pflegende C ist es außerdem schwierig innerhalb der kurzen Liegezeit auf einer Stroke Unit (siehe 4.1.3) eine ausgeprägte Depression nach einem Schlaganfall zu behandeln. Allerdings ist es die pflegerische Aufgabe, die erste Situation nach dem Ereignis aufzufangen (Interview C, Z.187-193).

4.5 Maßnahmen bei psychischen Veränderungen

Die Interviewten wurden gefragt, welche Maßnahmen bei dem Feststellen einer depressiven Symptomatik eingeleitet werden.

Pflegende B sieht den Nutzen der Behandlung einer depressiven Symptomatik mit Antidepressiva, da eine Depression die Entwicklung und die Fähigkeiten einer Person unterbinden kann und somit die Förderung seiner Ressourcen gemindert ist (Interview B, Z.206-210). Hier widerspricht sich die Pflegekraft allerdings, da sie im weiteren Verlauf bemerkt, dass der Einsatz von Antidepressiva vorsichtig erfolgen sollte, da durch die Anwendung der Antrieb der Patienten gemindert wird, was wiederum für die Therapiefortschritte kontraproduktiv sei (Interview B, Z.221-222). Zudem wird der Einsatz von Antidepressiva genauestens ab gewägt, da die langfristigen Folgen auf einer Akutstation wie der Stroke Unit nicht feststellbar sind

und sich erst zu einem späteren Zeitpunkt manifestieren (Interview B, Z.218-221). Pflegende A hingegen berichtet, dass die Ärzte die psychische Verfassung der Patienten wahrnehmen und gegebenenfalls auch Antidepressiva eingesetzt werden (Interview A, Z.148-149).

Auf der Stroke Unit werden andere Medikamente eingesetzt, um den Patienten bei aggressiven oder unruhigen Zuständen zu beruhigen. So werden beispielsweise Beruhigungsmittel zur Nacht verordnet, damit der Tag-Nacht-Rhythmus eingehalten wird und die Patienten tagsüber Kraft für die Therapien haben (Interview B, Z.209-213; Z. 216-218).

Pflegende C lehnt aus ihrer persönlichen Meinung gegenüber Medikamenten den Einsatz von Antidepressiva ab, da eine depressive Verstimmung ihrer Meinung nach Bestandteil der normalen Krankheitsverarbeitung ist (Interview C, Z.226-230).

Für Pflegende A spielt vor allem der Austausch im interdisziplinären Team mit Therapeuten, Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitern und Seelsorgern eine große Rolle bei der Behandlung von psychischen Veränderungen von Schlaganfallpatienten (Interview A, Z.128-131). So würde sie schätzen, dass ein- bis zweimal pro Woche ein Seelsorger auf der Station erscheint, damit geeignete Patienten für Gesprächsangebote eruiert werden können (Interview A, Z.131-135). Auch Pflegende B berichtet, dass regelmäßig der hauseigene Pastor für Angehörigen- oder Patientengespräche zur Verfügung steht (Interview B, Z.131-141).

Anders als die Pflegenden A und B beurteilt Pflegende C, das Erscheinen und Anfragen von Seelsorgern auf der Stroke Unit mangelhaft: *„ich habe jetzt in der Zeit, wo ich hier arbeite, das sind jetzt acht Monate, einmal einen Seelsorger hier gesehen. Der ist tatsächlich hier her gekommen und hat gefragt, ob er irgendwie mal ein Gespräch anbieten darf. Da war ich völlig überfordert und hab gedacht 'Ach du je, oh je, und jetzt muss ich mir jemanden aus den Rippen schneiden“* (Interview C, Z.234-238).

Für Pflegende C beginnt der Anfang der Therapie mit dem Zuhören: *„Im Prinzip ist es einfach nicht, dass ich spreche, sondern, dass man zuhört, das ist eigentlich das wichtigste, glaube ich, bei, gerade wenn jemand irgendwie depressiv verstimmt ist und, oder mit seinen Ängsten da zu kämpfen hat, und ich glaube das ist es in erster Linie, wenn sie bei uns liegen. Dann glaube ich ist dein Auftrag*

tatsächlich, einfach nur da zu sein und vielleicht auch mal eine Hand zu halten und einfach zu zuhören. Also ich glaube mit viel reden wird man da nichts, so ne“ (Interview C, Z.216-221).

Für sie ist es demnach wichtig, Gespräche mit dem Patienten zu suchen und zu führen, ihm aktiv zuzuhören und gegebenenfalls Neuropsychologen und Seelsorger mit in den Prozess einzubinden (Interview C, Z.212-214 und Z.230-233). Dies gestaltet sich durch die unzureichende Vernetzung der Seelsorger im Team und den neurologischen Beeinträchtigungen der Patienten (Aphasie) schwierig. Für sie wäre eine bessere Organisation von einem regelmäßigen Besuchsdienst oder die Arbeit von Ehrenamtlichen („grüne Damen“ im Albertinen-Krankenhaus), die die Zeit für Gespräche mit dem Patienten haben, sehr sinnvoll, um die psychische Belastung der Patienten aufzufangen und zu minimieren (Interview C, Z.239-244).

Für Pflegende C ist es wie in Kapitel 4.1.3 dargestellt, besonders wichtig die Angst des Patienten vor dem Aufenthalt im Krankenhaus durch die Beziehungsgestaltung zu reduzieren (Interview C, Z.194-203).

5. Diskussion der Ergebnisse

Zur Bearbeitung der Fragestellung werden die Ergebnisse der Interviews (siehe Kapitel 4) nun mit den Ergebnissen der Literaturrecherche (siehe Kapitel 3) in einen Kontext gesetzt, um eine Aussage treffen zu können, wie Pflegende die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten beurteilen. Die hier gewonnenen Erkenntnisse werden ausschließlich auf die Fragestellung hin diskutiert. Alle weiterführenden Erkenntnisse aus den Ergebnissen werden im Fazit bearbeitet.

Der subjektiven Wahrnehmung der Pflegenden hinsichtlich des Vorkommens einer PSD liegen ebenso wie in der Literatur starke Schwankungen zugrunde. Für zwei der Pflegenden beträgt der Anteil an subjektiv wahrgenommenen psychischen Veränderungen zwischen 75-90%. Eine der Pflegenden würde definitiv sagen, dass 80-90% der Patienten von Ängsten und Sorgen und somit leichten Depressionen betroffen sind, eine weitere Pflegende würde behaupten, bei allen Patienten sei die Psyche betroffen und 75% würden Anzeichen einer PSD

vorweisen. Wobei eine andere Pflegende dies nicht verallgemeinern würde, womit ihrer Meinung nach nicht jeder Patient mit einem Schlaganfall eine PSD entwickelt (Interview A, Z. 60-62; Interview B, Z. 44-47 und Z. 74—76; Interview C, Z.134-144).

Die schwankenden Prozentzahlen der Prävalenz in den Interviews und auch in der Literatur lassen sich zum einen durch die Uneinigkeit der Definition einer PSD, der unklaren Abgrenzung zu der normalen Krankheitsverarbeitung und der Verwendung unterschiedlicher Erhebungsmethoden und –zeitabständen der Studien erklären (Hackett & Anderson, 2005; Berg et al., 2009).

Für die Pflegende B gehört das Erleben des Schlaganfalls zu einem Reifungsprozess des Patienten (Interview B, Z.162-163).

Ähnlich wie Interviewerin C in ihrem Interview betont: *„[...] also meines Erachtens gehört das zu einer gesunden Krankheitsverarbeitung zu, dass man sich irgendwie Gedanken darüber macht, wie wird mein Leben jetzt weitergehen. Das ist natürlich dann auch eine komplette Neuorganisation irgendwie, ich muss mit meinen Ausfällen leben lernen und ich muss damit lernen von anderen abhängig zu sein und ich glaube, wenn ich von mir persönlich ausgehe, halte ich das für relativ normal, dass man da auch Phasen hat, wo man zu Tode betrübt ist“* (Interview C, Z.134-144), sieht auch die Literatur eine Trauer über erlebte Verluste durch ein traumatisches Erlebnis als eine normale Reaktion an. Jedoch kann der Übergang zur Depression fließend sein (Volk, Travers & Neubig., 1998).

Die Pflegenden nehmen die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten ähnlich wie die Literatur als eingeschränkt durch das Ereignis wahr. Für die Pflegenden zeigen sich die psychischen Beeinträchtigungen in der gedrückten, depressiven Stimmung (*„zu Tode betrübt“*), durch Traurigkeit, unvermitteltes/vermehrtes Weinen, Rückzug und Isolation. Patienten, die vorher vielleicht viel gelacht haben, werden zumeist ruhiger (Aktivitätsverlust) (Interview A, Z.27; Interview B, Z.57-65 und Z.75-82; Interview C, Z.143 und Z.149-151).

Die psychische Belastung zeigt sich auch in aggressiven Verhalten (Schlagen, Beißen, Kratzen, verbalen Äußerungen) (Interview B, Z.57-58). Einige Patienten nutzen zudem die Methode des Überspielens und Fassadierens, indem sie den

Ernst der Situation verkennen und sarkastisch reagieren (Interview B, Z.58-60; Interview C, Z.143; Z.149-151). Diese subjektive Wahrnehmung der interviewten Pflegenden zeigt Übereinstimmungen mit den in Kapitel 3.1 in Abb. 1 dargestellten Kriterien der ICD-10 und DSM V Diagnosestellung einer klinischen Depression (WHO, 1992; American Psychiatric Association, 2013).

Zwei der Pflegenden sahen hierbei deutliche Unterschiede zwischen dem Verhalten von Männern und Frauen, wie in Kapitel 4.3.2 aufgezeigt (Interview B, Z. 173-175; Z.188-193, Interview A, Z.63-69).

Die Literatur bestätigt, dass Frauen prädisponiert dafür sind, eine Depression zu entwickeln. Eine mögliche Erklärung könnte das häufigere Vorkommen von Frauen in der älteren Bevölkerung sein (Hackett & Anderson, 2005).

Die hier beschriebenen Verhaltensweisen und geschlechtsspezifischen Unterschiede der Patienten erinnern an die fünf Phasen der Krankheitsbewältigung¹⁰, welche bereits von der Pflegenden C angesprochen wurden: 1. Schock/Verleugnung ("Nicht-wahrhaben-wollen"), 2. Aggressionen, Zorn, Wut, 3. Depression und Angst, 4. Verhandeln mit dem Schicksal und 5. Akzeptanz und Annehmen (Hager & Ziegler, 1998).

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass jeder Mensch anders und individuell auf Krankheitserleben reagiert. So wurde von der deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) (1999) vier unterschiedliche Bewältigungsstile im Umgang mit Krankheiten beschrieben: Ein verleugnender Bewältigungsstil, der Vermeidung und Ablenkung als führende Strategien nutzt; Ein sinnsuchender Bewältigungsstil, der der Erkrankung durch Grübeln einen gewissen Inhalt zuschreiben möchte, sowie die Frage nach Schuld und Strafe; Ein aktiver Bewältigungsstil, wobei der Betroffene die Krankheit als bewältigbare Herausforderung ansieht und sich problemorientiert und informiert mit seiner Krankheit auseinandersetzt. Ein weiterer Bewältigungsstil beschreibt, die Suche nach sozialer Einbindung und

¹⁰ Krankheitsbewältigung/Krankheitsverarbeitung/Coping (engl.: to cope = fertig werden mit) = "Verhalten zur Bewältigung schwieriger Situationen; med. von Bedeutung als Krankheitsbewältigung v.a. bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen oder zweifelhafter Prognose; erfolgreiches Coping ist für den Verlauf vieler Erkrankungen von entscheidender Bedeutung und setzt neben der Stabilität einer therapeutischen Beziehung v.a. unterstützende Faktoren des sozialen Umfelds, ein von Schuldzuweisungen freies Krankheitskonzept und ein günstiges Krankheitsverhalten voraus" (Pschyrembel, 2002).

sozialer Unterstützung zur Krankheitsbewältigung (DVMB, 1999).

Am gefährlichsten wird der sinnsuchende Bewältigungsstil beschrieben, da er den schnellsten Weg in die Depression und Resignation darstellt (DVMB, 1999). Dieser Bewältigungsstil korreliert mit den beschriebenen Genderunterschieden im Krankheitserleben zwischen Frauen und Männern und könnte eine weitere Erklärung sein, weswegen Frauen häufiger von einer PSD betroffen sind als Männer.

Für alle Pflegenden spielt die Persönlichkeit des Menschen sowie die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und die Schwere der neurologischen Ausfälle eine große Rolle bei der Entstehung von Depressionen (Interview B, Z. 42-43; Interview C, Z. 94-96 und Z. 134-144).

Des Weiteren ist die Realisierung des Ereignisses und Neuorganisation des gewohnten Alltags ein belastender Faktor für die Patienten. Als belastend nehmen Patienten zudem das Wissen über das Auftreten eines neuen Schlaganfalls und den damit einhergehenden Folgen wahr (Interview A, Z. 44-47; Interview B, Z. 31-39 und Z. 47-49; Interview C, Z.75-77, Z.87-91 und Z.134-144).

Dies wird, wie in 3.4 dargestellt, auch durch die Ergebnisse der Literatur hinsichtlich der Ursachen einer PSD belegt. So entsteht eine PSD aus dem Zusammenspiel vielfältiger Gründe, wie organische Prozesse im Körper (Kapfhammer, 2011; Wipprecht & Grötzbach, 2013), sowie genetische Prädisposition und sozialen Einflüssen. Eine PSD kann aber auch, wie die Interviewten ebenfalls beschreiben, eine Reaktion auf körperliche Behinderung sein (Townend et al., 2010; Hackett & Anderson, 2005).

Für die Pflegenden entstehen diese psychischen Beeinträchtigungen vor allem durch die Angst vor langfristiger Abhängigkeit seitens Angehöriger und dritter Hilfspersonen und der Angst vor Pflegebedürftigkeit (Interview B, Z. 51-52). Für die Pflegende C stellt Angst den wichtigsten Faktor im Umgang mit Schlaganfallpatienten dar (Interview C, Z. 75-77). Die Literatur zeigt auf, dass depressive Syndrome vor allem während der ganz akuten Phase nach dem Schlaganfall mit starken Angstaffekten korrelieren (Kouwenhoven, et al., 2011).

Für die Pflegenden steht fest, dass Patienten, deren psychische Veränderung in

der pflegerischen Praxis nicht wahrgenommen werden, in Zukunft kein Krankenhaus oder Arzt mehr aufsuchen werden und mit einem Rückzug reagieren. Grund hierfür könnte sein, dass die Patienten sich nicht als vollwertige Mitglieder des Behandlungsprozesses fühlen (Interview B, Z.144-156). Hierdurch werden sich die Folgeschäden und die Remission des Schlaganfalls verschlechtern (Hackett & Anderson, 2005).

Die befragten Pflegenden beurteilen die mentale und psychische Verfassung der Patienten nach einem Schlaganfall als eine Herausforderung in der Arbeit mit ihnen (Interview A, Z.136-137). Dies kann durch die Literatur unterstützt werden (Schlöndorf, 2013). Ebenso wie Berg et al. (2009) würden die Pflegenden, die Pflege aus dem interdisziplinären Team als wichtigste Profession im direkten Umgang und am meisten in Kontakt mit den Patienten beurteilen. Somit stellen sie einen wichtigen Baustein in der Erkennung und Beurteilung der psychischen Verfassung dar (Interview B, Z.98-103).

Zur Feststellung der aufgezeigten psychischen Veränderungen des Patienten nutzen die interviewten Pflegenden ihre Profession und Erfahrung, um das Verhalten des Patienten zu deuten. Ihrer Meinung nach gehört zur Profession der Pflege mit der Berufserfahrung eine gewisse soziale Kompetenz und eine gewisse Intuition für Menschen zu entwickeln. Diese wirkt unterstützend bei der richtigen Einordnung des wahrgenommenen Kontaktes, des beobachtbaren Verhaltens und der Mimik, Gestik und verbaler Äußerungen (Interview B, Z.106-108; Interview C, Z.169-175 und 177-183).

Wichtig für die Diagnostik einer PSD ist auch der rege Austausch im interdisziplinären Team während und außerhalb der Übergaben über die psychosozialen Faktoren des Patienten (Interview B, Z.111-118 und Z.123-129; Interview A, Z.6-11).

Auf der Stroke Unit des Albertinen Krankenhauses werden einmal wöchentlich die Norton-Skala¹¹ sowie der Barthel-Index¹² angewandt. Zudem wird die National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) zur Feststellung körperlicher und

¹¹ Schema zur Beurteilung eines Dekubitus (Psyhyrembel, 2002)

¹² Index zur Ermittlung der Funktionen des täglichen Lebens (Cassier-Woidasky, Nahrwold & Glahn, 2014)

neurologischer Defizite (Cassier-Woidasky, Nahrwold & Glahn, 2014) in der akuten Phase viermal täglich durchgeführt (eigene Beobachtung).

Diese somatisch orientierten Skalen erfassen die komplexe psychische Situation nach einem einschneidenden Ereignis nicht.

Pflegerische Assessmentinstrumente hinsichtlich der Beurteilung der psychischen Verfassung sind auf den neurologischen Stationen nicht bekannt und werden von den interviewten Pflegenden nicht angewandt (Interview A, Z.158; Interview B, Z.109-118; Interview C, Z.244-249). Dies könnte einerseits an dem für die Pflegenden fraglichen Nutzen (Interview B, Z.109-118) und andererseits an den zeitlichen Ressourcen zur Anwendung der Instrumente liegen.

Die Pflegenden kritisieren, dass bestimmte wahrgenommene Bereiche, wie der individuelle Kontakt zu den Patienten, nicht durch Assessmentinstrumente abgedeckt werden können (Interview B, Z.109-118; Interview C, Z.244-249).

Dennoch ist der Einsatz von Assessmentinstrumenten abzuwägen, da die Literatur Assessmentinstrumente zur Feststellung einer PSD als unterstützend zur Patientenbeobachtung erachtet (Reuschenbach, 2011). Sie strukturieren und erfassen den Ist-Zustand eines Patienten systematisch und leiten das weitere pflegerische Vorgehen ab, sind somit Grundlage pflegerischen Handelns. Dies hat zudem rechtliche Hintergründe, da somit ein Begründungsrahmen für pflegerisches Handeln geschaffen wird. Durch die Anwendung von Assessmentinstrumenten werden, trotz mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen, Prioritäten in der Pflege gesetzt und sie besitzen somit eine gewisse Steuerungsfunktion (Reuschenbach, 2006).

So könnte bspw. die in Kapitel 3.3 vorgestellte HDMS-D nützlich sein, um ängstliche wie depressive Syndrome zu erfassen, da eine hohe Korrelation zwischen Angst und Depression besteht (Kouwenhoven, et al., 2011).

Die vorgestellte Skala berücksichtigt, die von den Pflegenden in den Interviews angesprochenen Bereiche wie allgemeine Befürchtungen, Sorgen, fehlende Motivation, Lebensfreude, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs (Reuschenbach, 2011). Lediglich die Bereiche Nervosität, motorische Spannungen, Entspannungsdefizite wurden von den Pflegenden nicht angesprochen.

Durch die Anwendung könnte eine Vergleichbarkeit von Daten, Darstellung von Verläufen und eine leichtere Vermittelbarkeit der Ergebnisse im Gegensatz zur rein qualitativen Einschätzung entstehen (Reuschenbach, 2011). Die Pflegenden äußern, dass die Übergabe und der Austausch im Team ein wichtiges Instrument zur Einschätzung des psychischen Zustands der Patienten darstellt. Dies ist jedoch kritisch zu betrachten, da diese Methode starken Verzerrungen unterworfen ist, so können die Bewertungen je nach beurteilender Person abweichen. Assessmentinstrumente können hier unterstützen, indem sie die Zuordnung anhand klarer Kriterien ermöglichen (Reuschenbach, 2006). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass viele PSD–Studien beispielsweise Patienten mit Aphasie oder Demenz nicht mit einschließen (Kapfhammer, 2011). Reuschenbach (2011) betont jedoch auch, dass jede Einschätzung unabhängig davon, ob sie mit oder ohne die Anwendung von Assessmentinstrumenten entsteht, ein Pflegeassessment darstellt.

Durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten könnte die Sensibilisierung der Pflegenden hinsichtlich des Themas der PSD zunehmen, da die Beobachtung des Patienten, seiner Interaktion und seines Verhaltens Voraussetzung für die Beurteilung mittels Instrumenten ist. So sollten sich der Einsatz eines Assessmentinstruments und eine ganzheitliche Einschätzung des Patienten ergänzen, da die hermeneutische Kompetenz nicht ersetzt werden kann (Reuschenbach, 2006).

Zur Beantwortung der Fragestellung „**wie beurteilen Pflegende die psychische Situation von Schlaganfallpatienten im stationären Setting in ihrem pflegerischen Alltag?**“ kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die Pflegenden im ausgewählten Setting die psychische Verfassung beeinträchtigt durch das Schlaganfallereignis beurteilen. Sie nehmen die Patienten als traurig mit gedrückter, depressiver Stimmung wahr, was sich wiederum in Affektlabilität durch unvermitteltes und vermehrtes Weinen zeigt. Einige Patienten reagieren mit einem Rückzug, Aktivitätsverlust und Isolation auf das Ereignis und die damit einhergehenden Einschränkungen. Andere Patienten reagieren wiederum durch aggressives Verhalten oder übermäßiger guter Laune als Ausdruck ihrer psychischen Abgeschlagenheit. Diese Beurteilung erfolgt aus der Profession,

Erfahrung, Menschenkenntnis, Beobachtung und Austausch mit Kollegen und sozialer Kompetenz heraus. Die Pflegenden sind durch ihren intensiven und vertrauensvollen Kontakt mit den Patienten ein wichtiger Bestandteil zur Diagnosestellung einer PSD.

Im ausgewählten Setting werden keine geeigneten Assessmentinstrumente zur Diagnosestellung einer PSD angewandt und der Nutzen wurde als fraglich und der Einsatz als nicht notwendig dargestellt. Die Literatur hingegen empfiehlt eine Kombination aus Selbst – und Fremdeinschätzungsskalen zur systematischen Erfassung eines Zustands.

Durch die recht offene Haltung des Interviews und Nachfragen der Interviewerin wurde eine möglichst ausführliche Beantwortung der Fragestellung erhofft. Ein qualitatives Design hat sich zur Beantwortung der Fragestellung in der Hinsicht bewährt, da die subjektiven Meinungen und Haltungen von erfahrenen Pflegenden und somit neue Erkenntnisse bezüglich des Themas gewonnen werden konnten und jeder Studienteilnehmer einen wichtigen Aspekt zur untersuchten Thematik beiträgt.

Allerdings zeigen sich hier auch einige Probleme des qualitativen Designs, auf die in den Limitationen näher eingegangen wird.

6. Limitationen

Die Beantwortung der Fragestellung ist nicht eindeutig und im übertragenden Sinn für andere Krankenhäuser oder Institutionen repräsentativ, da lediglich drei Pflegende von zwei verschiedenen Stationen eines Hauses interviewt wurden. Diese geringe Stichprobengröße setzt sich aus mangelnden zeitlichen Ressourcen im Rahmen der Anfertigung einer Bachelor-Thesis und der zeitlichen Ressourcen und Motivationen von möglichen Interviewpartnern zusammen. Die Stichprobengröße ist zudem durch die unterschiedlichen Vorerfahrungen und -kenntnisse der Interviewpartner nicht repräsentativ;- eine der Interviewpartnerinnen ist seit 16 Jahren nicht mehr im direkten Kontakt mit den Patienten („am Bett“) tätig, sondern bestückt eine Leitungsposition. Zudem konnten sich zwei der Pflegenden im Vorfeld mit dem Thema der PSD vertraut

machen, wohingegen eine Pflegende spontan interviewt wurde. Die Ergebnisse könnten zudem durch das Führen von zwei Interviews direkt nacheinander und die Voreingenommenheit und ggf. Beeinflussung der Interviewerin verfälscht sein. Eine Pflegende spricht teilweise nicht aus ihrer subjektiven, professionellen Sicht sondern durch ihre persönliche Betroffenheit aus der Angehörigen-Sicht.

Zudem spielen die Interviewbedingungen eine entscheidende Rolle. Die Ergebnisse der Interviews sind unter der Hinsicht zu betrachten, dass die Autorin keinerlei Vorerfahrungen hinsichtlich der Interviewführung und -auswertung besitzt. Da sie in der qualitativen Methode als Erhebungsinstrument gilt, sind die Qualität und Quantität der Daten und die Gründlichkeit der Analyse von ihr abhängig. Die Interviewerin stellte aus Interesse quantitative Fragen, die in einer qualitativen Methode nicht angebracht sind.

Die Literaturrecherche konnte aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit und durch den zeitintensiven Auswertungsprozess der Interviews nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Literaturrecherche wurde zudem ausschließlich in den Datenbanken Medline und Cinahl, sowie in den Hamburger Bibliotheken und im Internet durchgeführt.

Die zitierten Forschungsergebnisse in dieser Arbeit stammen vermehrt aus dem angloamerikanischen Raum, sind aber größtenteils auf den deutschen Pflegekontext zu übertragen, da bereits einige deutschsprachige Adaptionen und Übersetzungen von Assessments und Pflegeinterventionen vorliegen.

7. Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einer beeinträchtigenden Folgekomplikation für Schlaganfallpatienten, der PSD. Ungefähr jeder dritte Betroffene entwickelt nach einem Schlaganfall zusätzlich eine Depression. Die PSD hat große Auswirkungen für den Patienten selbst und für das Gesundheitswesen.

Ziel der vorliegenden Bachelor-Thesis war es, die subjektive Wahrnehmung der Pflegenden hinsichtlich der psychischen Situation von Schlaganfallpatienten im stationären Setting aufzuzeigen, um die Fragestellung „**Wie beurteilen Pflegende im stationären Setting in ihrem pflegerischen Alltag die psychische**

Verfassung von Schlaganfallpatienten?“ zu beantworten.

Zu diesem Zweck wurden drei leitfadengestützte qualitative Interviews mit Pflegenden auf neurologischen Stationen sowie eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Bei der Literaturrecherche ergab sich, dass die Diagnose PSD selten gestellt wird, da es keine einheitliche Definition des Begriffs sowie kein einheitliches diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf eine PSD gibt.

Pflegende stehen aus dem interdisziplinären Team am engsten in Kontakt zu den Patienten und deren Angehörigen, wodurch sie bei der Diagnostik erster depressiver Begleiterscheinungen hilfreich sein können.

Aus der Literaturrecherche heraus ist der Einsatz von geeigneten Assessmentinstrumenten in der pflegerischen Anamnese abzuwägen. Es musste festgestellt werden, dass die interviewten Pflegenden anders als die Literatur die Anwendung und den Nutzen von Assessmentinstrumenten kritisch betrachteten und für nicht nützlich beurteilten.

Was die subjektive Beurteilung der Pflegenden hinsichtlich der psychischen Verfassung der Patienten betrifft, so konnte anhand der Interviews aufgezeigt werden, dass die Pflegenden psychische Veränderungen anhand von verschiedenen Kriterien wahrnehmen. Eine PSD zeigt sich durch vielfältige Symptome und kommt sehr individuell zum Ausdruck und ist ggf. geschlechtsabhängig.

Abschließend kann darauf geschlossen werden, dass die Fragestellung mittels der gewählten Methoden unter Berücksichtigung der Limitationen (siehe Kapitel 6) beantwortet werden kann.

Empfehlungen für die Praxis könnten die Einführung eines standardisierten Diagnostikverfahrens in der Klinik, wie die HADS-D (siehe Kapitel 3.3), sein. Diese wäre hilfreich, um das Vorliegen sowie den Schweregrad von psychischen Leiden bei Schlaganfallpatienten zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren. Allerdings kann hierbei die Vermutung aufgestellt werden, dass die Anwendung durch gegebene Rahmenbedingungen oder persönliche Auffassungen der Pflegenden auf unterschiedliche Ergebnisse schließen lässt.

Des Weiteren sollten in einer weiteren Arbeit die vorgeschlagenen Maßnahmen der Interviewten auf ihre Evidenz hin überprüft werden, um wiederum Empfehlungen für die Praxis aussprechen zu können. So gaben die Pflegenden an, es könnte hilfreich sein, einen gemeinsamen Kenntnisstand von Pflegenden und Mitgliedern des interdisziplinären Teams hinsichtlich des Themas Schlaganfall und Depressionen zu schaffen. Diesbezüglich könnten Fortbildungen zu Themen wie Depressionen/PSD, Kommunikation mit Schlaganfallpatienten, aktives Zuhören, Früherkennung von psychischen Störungen und Assessmentinstrumenten erfolgen, um unterschiedliche Ausbildungsstände der Pflegenden zu vereinheitlichen.

Zudem sollte das Einführen der Bezugspflege durch eine konstante und einfühlsame Pflegende ab gewägt werden, um ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegender und Patient zu schaffen.

Andererseits müssten Sozialarbeitern zum interdisziplinären Team zugezogen werden, um die Patienten in ihr soziales Umfeld einzugliedern. Das soziale Umfeld stellt einen wichtigen Faktor für den Patienten dar, um mit dem Schlaganfallereignis umzugehen. Seelsorger sollten im Krankenhaus besser im interdisziplinären Team vernetzt sein, um den Patienten begleitende Gespräche anzubieten.

Der Einsatz von Antidepressiva sollte trotz der gegensätzlichen Meinungen zur Anwendung von Fachärzten erwägt werden. Ebenfalls kann die Vermittlung an Neuropsychologen oder eine Psychotherapie sinnvoll sein.

In einer weiteren Arbeit müsste überprüft werden, inwieweit die hier vorgeschlagenen Empfehlungen und Maßnahmen für die Praxis evidenzbasiert anzuwenden sind und das vorgeschlagene Assessmentinstrument auf seine Anwendbarkeit im Albertinen-Krankenhaus untersucht werden. Des Weiteren könnten Fragestellungen wie: „Wie lässt sich eine bessere Anschlussversorgung nach einem Schlaganfallereignis in der Praxis realisieren?“, „Wie aussagekräftig sind vorhandene Assessmentinstrumente in der Pflege zur Post-Stroke-Depression?“ oder „Wie lässt sich eine bessere Anwendung von Assessmentinstrumenten zur Post-Stroke-Depression durch Pflegefachpersonen in der stationären pflegerischen Praxis realisieren?“, untersucht werden.

Insgesamt lässt sich aus der Arbeit ableiten, dass die Thematik der PSD von hoher Relevanz für die pflegerische Praxis ist, da, auf Grund von der hohen Prävalenz eines Schlaganfalls, nicht nur Pflegende auf neurologischen Stationen mit Schlaganfallpatienten konfrontiert sind und die PSD einen großen Einschnitt in die pflegerische Praxis darstellt. Zudem zeigt die Arbeit Grenzen der pflegerischen Arbeit durch gegebene Rahmenbedingungen, wie verkürzte Liegezeiten, organisatorische Herausforderungen, Zeit- und Personalmangel, auf.

Wie Gaby Köster (2011) es im Eingangszitat formuliert, gilt es die Patienten bei ihrer „*Höllenarbeit*“ zu unterstützen. Insofern steht zu hoffen, dass sich die Rahmenbedingungen der Pflege ändern, um „gute“ neurologische Pflege durchführen und auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können, um Folgeschäden wie eine PSD zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen.

8. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association** (Hrsg.) (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., & Kaste, M.** (2009). Assessment of Depression After Stroke: A Comparison of Different Screening Instruments. *Stroke*, 40(2), 523-529.
- Bogousslavsky, J.** (2003). Emotions, mood and behavior after stroke. *Stroke*, 25(1), 84.
- Bonita R.** (1992). Epidemiology of stroke. *Lancet*, 339(8789):342-344.
- Brandenburg, H., Panfil, E. & Mayer, H.** (2007). *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Busch, M., Schienkiewitz, A., Nowossadeck, E., & Gößwald, A.** (2013). Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 656-660
- Cassier-Woidasky, A., Nahrwold, J. & Glahn, J.** (Hrsg.) (2012). *Pflege von Patienten mit Schlaganfall. Von der Stroke Unit bis zur Rehabilitation*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.** (Hrsg.) (1999), *Krankheitsbewältigung aus psychologischer Sicht*. Verfügbar unter: <http://www.bechterew.de/?id=1139> [2016; 28.05.16].
- Dohmen, C., Garlip, G., Sitzer, M., Siebler, M., Malevani, J., Kessler, K., & Huff, W.** (2006). Post-Stroke-Depression. Algorithmus für ein standardisiertes diagnostisches Vorgehen in der klinischen Routine. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 74(5), 257-262.
- Fiedler, C., Köhrmann, M. & Kollmar, R.** (Hrsg.) (2013). *Pflegewissen Stroke Unit*. Berlin: Springer.
- Frühwald, S., Löffler, H., & Baumhackl, U.** (1999). Depressionen nach zerebrovaskulären Ereignissen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 67(04), 155-162.
- Grond, E.** (2005). *Kompendium der Alters-Psychiatrie und Alters-Neurologie für Altenpfleger/innen*. 4. Auflage. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Gupta, A.** (2012). *Assessmentinstrumente für alte Menschen. Pflege- und Versorgungsbedarf systematisch einschätzen*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Hackett, M. & Anderson, C.** (2005). Predictors of Depression after Stroke: A Systematic Review of Observational Studies. *Stroke*, 36(10), 2296-2301.
- Hager, K. & Ziegler, K.** (1998). Studien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(1), 9-15.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith R.** (2011). *HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin*. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Kapfhammer, H.** (2011). *Poststroke-Depression: Diagnostik Epidemiologie, Verlauf und Ätiopathogenese*. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 12(3), 254-261.
- Köster, G.** (2011). *Gaby Köster: „Ich mach das nicht zweimal. Das ist mir zu blöd“*. Verfügbar unter: <http://www.klatsch-tratsch.de/2011/09/17/gaby-koster-ich-mach-das-nicht-zweimal-das-ist-mir-zu-blod/> [2016; 28.05.16]
- Kouwenhoven, S., Kirkevold, M., Engedal, K., & Kim, H.** (2010). Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Disability And Rehabilitation*, 33(7), 539-556.
- Kouwenhoven, S., Kirkevold, M., Engedal, K., & Kim, H.** (2011). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(8), 1726-1737.
- Kronenberg, G., Katchanov, J., & Endres, M.** (2006). Poststroke-Depression. *Der Nervenarzt*, 77(10), 1176-1185.
- Langhorne, P. & Duncan, P.** (2000). Does the organization of postacute stroke care really matter?. *Stroke*, 32(1):268-74
- Lincoln, N., Brinkmann, N., Cunningham, S., Dejaeger, E., De Weerd, W., & Jenni, W., Mahdzir, A., Putman, K., Schupp, W., Schuback, B. & De Witt, L.** (2013). Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up. *Disability And Rehabilitation*, 35(2), 140-145.
- Lincoln, Y. & Guba, E.** (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.
- Mayring, P.** (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Morse, J., Field, P., & Zegelin, A.** (1998). *Qualitative Pflegeforschung*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Narushima K., Kosier J. & Robinson, R.** (2002). Preventing of post-stroke depression: A 12 week double-blind randomized treatment trial with 21 month follow-up. *J Nerv Ment Dis* 190(5): 296–303.

- Ostir, G., Berges, I., Ottenbacher, A., & Ottenbacher, K.** (2011). Patterns of Change in Depression After Stroke. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 59(2), 314-320.
- Pilars de Pilar, M., Abholz H., Becker, N. & Sielk, M.** (2012). Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? Eine qualitative Studie. *Psychiatr Prax.* 39(2):71-78
- Pschyrembel, W.** (2002). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin: De Gruyter.
- Reuschenbach, B. & Mahler, C.:** *Pflegeassessment - Was ist das? Definitionen, Skalen, Instrumente, Methoden für die Pflege*. Verfügbar unter: <http://www.pflegeassessment.de/> [2016; 28.05.16].
- Reuschenbach, B.** (2011). *Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments*. In Reuschenbach, B. & Mahler, C. (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Bern: Verlag Hans Huber. S. 27-46
- Sacco R., Shi T., Zamanillo M. & Kargman. D.** (1994). Predictors of mortality and recurrence after hospitalized cerebral infarction in an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study. *Neurology.* 44(4):626-34
- Schlöndorf, H.** (2013). NiedergeSCHLAGen. *Die Schwester Der Pfleger*, 13(12), 1194-1196.
- Schmidt R, Löttgen J.** (2004). Offensichtliche und somatisierte psychische Störungen nach Schlaganfall – Ergebnisse aus der Studie »Depressive Störungen nach Schlaganfall«. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). Internetausgabe des Tagungsbandes zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. Verfügbar unter: http://forschung.Deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_13_reha-kolloqu.pdf [2004; 28.05.16]
- Schmidt, R. (2010).** Depressive Störungen nach Schlaganfall. Die körperlichen Schädigungen modifizieren das Erscheinungsbild. *Psychiatrie & Neurologie* 1 +2: 10-12
- Spalletta, G., Ripa, A. & Caltagirone, C.** (2005). Symptom Profile of DSM-IV Major and Minor Depressive Disorders in First-Ever Stroke Patients. *J Geriatr Psychiatry*, 13(2):108-115
- Steinmayr, R. & Reuschenbach, B.** (2011). *Erfassung von Angst im Krankenhaus*. In Reuschenbach. B. & Mahler, C. (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Bern: Verlag Hans Huber. S. 441-458
- Townend, E., Tinson, D., Kwan, J. & Sharpe, M.** (2010). 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 24(6), 555-564.

- Volk, S., Travers, H. & Neubig, H.** (1998). *Depressive Störungen. Diagnostik, Ursachen, Psycho- und Pharmakotherapie*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer
- Winter, R. & Hacke, W.** (1998). Ischämischer Schlaganfall. *Der Internist*, 39(6), 623-643.
- Wipprecht, M. & Grötzbach, H.** (2013). Poststroke-Depression bei Aphasie: Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. *Neurologie & Rehabilitation*, 19(5), 310-320.
- World Health Organization** (Hrsg.) (1992) *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO
- Zigmond, A. & Snaith, R.** (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6): 361-370.

III. Anhang

A. Interviewleitfaden

1. Was macht für Sie die Pflege auf einer Stroke-Unit/neurologischen Station (vor allem mit Schlaganfallpatienten) aus?
2. Was bedeutet „gute Pflege“ in diesem Kontext für Sie?
3. Mit welchen Folgen haben die Betroffenen und die Angehörigen Ihrer Meinung nach am stärksten zu kämpfen nach dem Schlaganfall?
4. Zu der psychischen Verfassung: Wie nehmen Sie die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten wahr?
5. Nehmen Sie da Unterschiede zwischen Männern und Frauen wahr?
6. Denken Sie dem wird im klinischen Alltag genug Beachtung geschenkt?
7. Denken Sie, die Pflegenden sind in der Hinsicht sensibilisiert?
8. *Kennen Sie vorhandene Assessmentinstrumente zur Erhebung einer Depression nach einem Schlaganfall?*

B. Einverständniserklärung



Einverständniserklärung zum Interview

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der Bachelorarbeit „Pflege bei Post-Stroke-Depression“ an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Interviews informiert. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen, weitere Interviews/Anfragen ablehnen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Studierenden Vanessa Fromme in Schriftform gebracht wird. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Person anonymisiert. Mir wird außerdem versichert, dass das Interview in wissenschaftlichen Veröffentlichungen nur in Ausschnitten zitiert wird, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der in den Interviews mit meinen Erzählungen entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen mich nicht als Person erkennbar macht.

Ort, Datum

Unterschrift

C. Transkribierte Interviews

Interview A

Interview A vom 12.04.16 (17:07 min)	
I: "So ja also wie eben schon gesagt halt geht es ein bisschen um die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten und da wär' meine erste Frage so, was für dich die Arbeit hier auf 'ner neurologischen Station vor allem mit Schlaganfallpatienten so ausmacht?" <00:00:17>	1 2 3
B1: "Auf der neurologischen Station sind ja vermehrt schwer betroffene Menschen, Patienten, und das macht es schon zu einer besonderen Pflege, das heißt man muss sehr gut beobachten können, man muss nach meiner Meinung auch, das mögen, man muss da einen Zugang zu haben, dass man auch einen sehr engen Kontakt, also in dem Sinne auch Berührungen in dem Sinne schon auch körperlich zum Teil, aber auch sonst den Patienten sehr nahe kommt und die Patienten auch mir nahe kommen, so. Das muss man nicht nur akzeptieren sondern auch das bejahen, weil der Patient nach meiner Meinung das merkt, mit welcher Haltung man bei der Arbeit ist. Das ist so. Und das glaube ich so ist für mich das wenn man sich auch hier bewirbt, hab ich auch gefragt so 'Habt ihr euch bewusst für die Neurologie entschieden? Habt ihr euch schlaue gemacht, was das für Patienten sind?' Und ich hab dann auch in den letzten Jahren die Mitarbeiter so ausgesucht in dem Sinne, dass sie auch gesagt haben 'Ja ich habe mir bewusst die neurologische Station ausgesucht', weil das eben eine besondere, intensive Arbeit mit schwerstbetroffenen Menschen ist. So würde ich das so umschreiben." <00:01:49>	4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
I: "Also macht das für dich auch gute Arbeit, gute Pflege aus, wenn man diese Beziehung irgendwie zulässt zu den Patienten?" <00:01:55>	18 19
B1: "Ja, ich würde sagen auf Augenhöhe und auch vor allem ist mir die Haltung mir wichtig, dass man auch sagt so, 'ich will den Patienten begleiten, ich will aber gleichzeitig auch die Ressourcen des Patienten fördern' und was auch ganz wichtig ist bei diesen Menschen oder bei diesen man sagt ja 'es hat mich der Schlag getroffen', das ist ja nicht nur für den Patienten eine [...], was häufig auch das ganze Leben auf den Kopf stellt, sondern auch für die Angehörigen und das bedeutet, dass ich da einen Blick für den Patienten aber gleichzeitig auch für die Angehörigen habe. Damit man auch in dem Sinne, wenn jemand, also, das ist ja auch das Thema, wenn jemand traurig ist oder unvermittelt weint, manchmal ist es ja auch. gehört es zum Krankheitsbild dazu, aber auch berechtigterweise so ich kann zum Beispiel nicht mehr richtig sprechen, ich kann nicht mehr alleine essen, ich kann meine Hand nicht mehr bewegen. Das ist schon ein einschneidendes Erlebnis, aber gleichzeitig ja stellt es das ganze Leben auf den Kopf. Wir haben jetzt zum Beispiel einen jüngeren Patienten, also voreinigem, wenn man noch vielleicht so unter 60 ist. So ältere die so über 75, 80 sind, da ist mir das nicht so bewusst oder wird das nicht so sichtbar, aber bei jüngeren, dass sie wirklich dann auch psychisch sehr betroffen und getroffen sind, so in dem Sinne auch gleich mit. Und das ist wichtig, das auch mit, das man als Pflegende da auch ganz dicht dran ist und auch merkt, wenn sich sehr Patient dahin gehend äußert, aber auch so Anzeichen macht so in dem Sinne, er ist unter Stress, er ist traurig. Das finde ich sehr wichtig bei der neurologischen Pflege in dem Sinne." <00:03:50>	20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
I: "Ja. Das wäre auch so meine nächste Frage gewesen, ungefähr so, was glaubst du mit welchen Folgen haben die Patienten auch die Angehörigen auch am meisten so zu kämpfen?" <00:03:57>	39 40 41
B1: "Einfach so, dass die Selbstständigkeit häufig, das nicht mehr gegeben ist, dass auch diese Selbstbestimmtheit also zum Beispiel die Grundbedürfnisse sind zum Teil nicht mehr, kann man nicht mehr für sich, ja, erledigen. Also zum Beispiel was sehr einschneidend ist, ich kann nicht mehr aufstehen, ich kann meine Hand nicht bewegen, ich habe, kann nicht mehr laufen, ich habe Mühe mich auszudrücken oder ich kann vielleicht gar nicht richtig mehr sprechen oder ich kann nicht mehr normale Nahrung zu mir nehmen. Also das sind ja existenzielle würde ich sagen, Erlebnisse beziehungsweise ist es ein existentielles ja	42 43 44 45 46 47 48

Erleben und zwar jeden Tag, jede Stunde, jede Minute." <00:04:55>	49
I: "Ja. Dann ist auch kein Wunder, dass sich das auch auf die Psyche des Menschen auswirkt." <00:05:01>	50 51
B1: "Genau." <00:05:01>	52
I: "Ja. Wie würdest du jetzt die psychische Verfassung wahrnehmen? Also eben hast du gesagt, dass viele Patienten auch mal weinen zwischendurch. Würdest du jetzt, also könntest du eine grobe Schätzung abgeben wie oft oder wie oft Menschen so niedergeschlagen sind, einfach davon oder vielleicht auch einige Menschen, die es vertuschen also durch gute Laune oder irgendwie aber doch innerlich irgendwie..." <00:05:27>	53 54 56 57 58 59
B1: "Also ich würde behaupten, dass es 80% bestimmt sind der Menschen, dass sie, oder sogar vielleicht noch mehr, also mindestens 80 bis 90 % der Menschen trifft das existenziell, so würde ich sagen und auch die Angehörigen. Es reden nicht alle darüber, es zeigen auch nicht alle Menschen, dass sie so betroffen und so traurig sind. Häufig die Männer die eher da nicht drüber reden. Eher die Frauen, dass sie dann das zeigen und Männer reagieren manchmal auch mit Aggressivität oder mit anderem Verhalten wo man weiß so oder merkt, das ist auf Grund ihrer Erkrankung oder man, manchmal bedeutet es auch ein Innehalten oder ein wie man so sagt, zurücktreten, um zu, selber sich zu überlegen, ja warum handelt er jetzt so oder warum reagiert er jetzt so. <00:06:30>	60 61 62 63 64 65 67 68 69
I: „Ja.“ <00:06:30>	70
B1: „...und es wird uns als Pflegende gleich immer häufig [klopfen] bewusst“. <00:06:37>	71 72
[Unterbrechung; telefonieren]	
I: "Ja, eben hattest du schon ein bisschen auf den Unterschied zwischen Männern und Frauen irgendwie zu sprechen gekommen, das wäre auch noch ne Frage von mir gewesen, dass halt Männer dann auch eher aggressiv reagieren und Frauen doch eher nach außen ihre Traurigkeit zeigen. Glaubst du denn, dass dem so im pflegerischen Alltag genug Beachtung geschenkt wird?" <00:00:22>	73 74 75 76 77
B1: "Das ist ne schwierige Frage, also das ist diese Diskrepanz zwischen dem, was wir möchten, was wir können und was wir, genau was wir möchten und was wir können. Also die Pflegekräfte oder auch die Krankenschwester, Krankenpfleger sehen es sehr wohl aber häufig kann man aus Zeitmangel in dem Sinne auch gar nicht so reagieren, wie man das möchte. Was ich andererseits sage, und dabei, das finde ich sehr wichtig, ist die Haltung der Pflegekräfte das allerwichtigste. Mit welcher Intention, mit welchen Werten geh ich zur Arbeit, behandel ich den Menschen, bin ich beim Patienten, so. Und ich bin so jemand, der dann auch eher offen sagt, wenn ich dann so weiß, ich habe zehn oder zwölf oder noch mehr Patienten zu versorgen und ich merke es ist eng, und ich möchte bei dem Patienten wirklich auch die Zeit haben und ich merke, ich kann es nicht. Dass ich sage ,so heute sind Sie so der erste und ich nehm mir ganz viel Zeit, morgen wird es anders sein, weil morgen dann der andere der erste ist'. Und so, dass man dann so auch schon den Patienten mit rein nimmt in den, bisschen in den Tagesablauf oder in meinen Plan, in Führungsstrichen, der Plan wird natürlich häufig auch umgestoßen, aber dass er auch weiß, warum ich vielleicht jetzt nur fünf Minuten Zeit hab mich ihm wirklich zu zuwenden. Aber diese Zuwendung kann auch erfolgen, wenn ich die Körperpflege mache, wenn ich Handlungen an dem Patienten durchführe, wenn ich auch nur fünf Minuten da bin, weil ich sag ja immer so, schon ihn in die Augen zu schauen und ganz da zu sein mit meiner ganzen Person, schon das ist wichtig und das merkt der Patient. Das kommt unmittelbar rüber und wenn man keine Zeit hat und es dann nicht kommuniziert, kommt es auch rüber. Und wenn eine Unruhe erstmal da ist auf Station, das ist so als wenn Patienten das hinter den Türen mitbekommen und dann ist es so wie so'n Schneeballsystem, was sich in Gang setzt. Also wichtig ist auch die Kommunikation, nonverbal, aber auch verbal mit diesen Patienten und auch wenn man den Eindruck hat häufig, es kommt gar nicht so viel an. Trotzdem mit dem Patienten zu kommunizieren und	78 79 80 81 82 83 84 85 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 101 102

wirklich auch ihn als Mensch würdevoll und mich Achtung und Respekt zu behandeln." <00:03:04>	103
I: "Ja, klingt gut. Ist nur manchmal wirklich nicht machbar in der Praxis. Also diese Haltung schon, die sollte man mitbringen <00:03:16>	104 105
B1: "Also diese Haltung ist eine Grundvoraussetzung, eine grundsätzliche Einstellung, glaube ich. Trotzdem bin ich auch nicht, jeder nicht frei davon, dass man merkt, so man gerät in die Hektik, man gerät in, dass man selber fahrig wird, das ist menschlich, ja. Und dann aber gleichzeitig denke ich, natürlich muss das im Rahmen bleiben, zu kommunizieren, ja ich würde mir doch eigentlich mehr Zeit nehmen, es ist schade, heute habe ich nicht die Zeit aber morgen versuche ich mir da die Zeit zu nehmen' und auch mit den Angehörigen das zu kommunizieren. Also das darf nicht Überhand nehmen, aber gleichzeitig den klar zu machen, ich bin nicht froh darum oder es macht mir auch keinen Spaß, dass ich jetzt die Zeit nicht habe, ne, die ich eigentlich haben möchte." <00:04:13>	106 107 108 109 110 111 112 113 114
I: "Ja, Okay. Wie sind die Pflegenden hier so sensibilisiert für diese psychische Ebene der Patienten? Also würdest du sagen, dass wird auch in der Übergabe auch über die Patienten kommuniziert oder werden da die körperlichen Aspekte [...]" <00:04:32>	115 116 117
B1: " Ja. Also es werden alle Aspekte betrachtet und auch kommuniziert, wenn jemand besonders traurig ist und auch zusammen überlegt, könnten wir da vielleicht noch mal einen Seelsorger holen. <00:04:45>	118 119 120
[Telefon klingelt; Unterbrechung]	121
I: "Ja, wie oft kommt das denn hier ungefähr vor, dass so'n Sozialarbeiter oder irgendwie wie nennt man das, Psychologen?" <00:00:10>	122 123
B1: "Seelsorger" <00:00:10>	124
I: "Seelsorger, genau das war's. Nicht Sozialarbeiter." <00:00:13>	125
B1: "Sozialarbeiter kommt auch, die klären ja häufig dann auch die häusliche Situation, wenn der Patient nach Hause entlassen wird oder häufig auch die Reha, das ist ja auch schon, da kann man ja dann auch für den Patienten und auch für die Angehörigen was tun. Also von daher holen wir den auch und das ist auch wichtig, dass die mit eingebunden sind, und die gehören ja auch zu dem, unseren so genannten interdisziplinären Team, Therapeuten, Ärzte, Pflege, Sozialarbeiter, Seelsorgen und der gehört ja auch mit dazu. Dass kann ich jetzt so gar nicht sagen, so ein- zweimal in der Woche schon. Und der kommt manchmal auch zur Übernahme, Übergabe und fragt auch, dann mindestens so zweimal in der Woche kommt der und fragt ist, steht irgendwas an, ist irgendwas sehr wichtig. Oder gehen wir die einzelnen Patienten durch und dann wird das besprochen." <00:01:07>	126 127 128 129 130 131 132 133 134 135
I: "Ja. Hast du das Gefühl, dass jetzt die Pflegenden hier auf Station das auch als belastend empfinden, wenn die Patienten ja, depressive Verstimmungen haben?" <00:01:21>	136 137
B1: " Doch, das sehen die schon als belastend und als herausfordernd und wird auch im Team, auch außerhalb der Übergabe drüber gesprochen, wie hast du den wahr genommen, ich hab das so wahr genommen'. Und das find ich, also das denke ich, ist auch wichtig, dass man das dann auch zum Thema macht und nicht es runterschluckt, runterschlucken ist glaube ich nicht so gut und auch nicht so gesund, sondern auch diese Sachen im Team oder auch mit einzelnen Kollegen bespricht, um da auch selber für sich eine Klarheit zu bekommen oder auch 'ne ja vielleicht auch Hilfestellung oder auch dass man sagt, so wir hätten die Idee, dass wir das und das noch machen könnten. So." <00:02:08>	138 139 140 141 142 143 144 145
I: "Glaubst du, oder weißt du, ob hier schon einige Patienten mit Antidepressiva schon behandelt werden oder wird das von den Ärzten auch eher...? <00:02:19>	146 147
B1: "Doch, mit den Ärzten wird das ja auch besprochen und auch wahrgenommen und hier werden auch solche Medikamente eingesetzt." <00:02:27>	148 149

I: "Okay" <00:02:27>	150
B1: "Kann ich aber nicht sagen, wie wie viel das auch..." <00:02:31>	151
I: "Ne, ne. Das ist auch nicht so wichtig." <00:02:31>	152
B1: "Oder auch, dass der Arzt dann sagt so, ich nehme wahr, könnte man noch jemanden dazu holen, also das wird schon auch in den Besprechungen oder auch außerhalb der Übergaben schon auch thematisiert. Ja." <00:02:53>	153 154 155
I: "Das ist jetzt nicht so wichtig, aber weißt du, ob es hier Assessmentinstrumente gibt, die irgendwie so ne, ob so Depressionsskalen angewendet werden oder...?" <00:03:04>	156 157
B1: "Für unserer Station nicht, nein. Könnte ich jetzt nicht mit ja beantworten." <00:03:10>	158
I: "Okay. Ja gut. Fällt dir sonst noch etwas ein?" <00:03:15>	159
B1: "Also die Neurologie ist eine, so würde ich sagen, besondere pflegerische Herausforderung, das ist das eine. Aber andererseits sieht man dann wenn die Patienten intensiv betreut werden, also interdisziplinär, das ist mir ganz wichtig, dass man auch die Fortschritte sieht und auch positive Verläufe und das macht auch dann sehr viel Freude und ist so eine Sinnhaftigkeit also wichtig ist ja auch bei unserer Arbeit als Pfleger, als Krankenschwester, Krankenpfleger, dass man eine Arbeit, oder ich eine Arbeit tue, die Sinn hat und dass, ich bin ja auch schon viele Jahre über 40 Jahre Krankenschwester, und das muss ich sagen, dass ist das auch, was mich gehalten hat, dass ich eine Arbeit tue, die Sinn hat, die sinnhaft ist, die Sinn gibt. So würde ich sagen, so. Häufig bekommt man mehr zurück als man gegeben hat. So würde ich auch sagen. Wenn man mit Herz dabei ist und ich behaupte, dass sind hier, sonst kann man hier nicht arbeiten, alle da so hier auf der Station." <00:04:31>	160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171
I: "Ja, das spiegelt sich dann ja auch wieder auf den Patienten. Das war's eigentlich so von meiner Seite" <00:04:45>	172 173
B1: "Bitteschön" <00:04:45>	174
I: "Dankeschön" <00:04:45>	175

Interview B

Interview B 13.04.16 (15:40 min)	
I: "Ja, so wie du weißt geht es halt in meinem Interview ein bisschen um die psychische Verfassung von Schlaganfallpatienten und da hätte ich erstmal eine allgemeine Frage und zwar, was für dich hier so die Arbeit auf der Station ausmacht, oder allgemein auf einer neurologischen Station mit Schlaganfallpatienten?" <00:00:22>	1 2 3 4
B2: "Die Arbeit für mich macht aus, dass du nah am Patienten bist, beim Patienten der eine Grenzsituation erlebt hat und auf Pflege angewiesen ist und aber auch auf Menschlichkeit angewiesen ist, was teilweise auf Normalstationen verloren geht. Und dieses mit dem Menschen zu arbeiten und zu sehen auch wie er durch deine Handlungen die zu vollzieht positiv sich daraus entwickelt, sprich er fängt selber wieder an sich zu bewegen, er erkennt einen mit Gestik, Mimiken, was auf chirurgischen Stationen leider untergeht. Das ist so für mich Neurologie." <00:00:57>	5 6 7 8 9 10 11
I: "Und würdest du da noch mal differenzieren zwischen der Stroke Unit und größeren neurologischen Stationen?" <00:01:04>	12 13
B2: "Der Unterschied ist einfach, auf einer Stroke Unit hast du mehr, weniger Patienten und hast ein anderes Zeit-, Taktgefühl, als wenn du auf einer Normalstation bist, wo es viel um Pflege geht und Waschen. Und auf einer Akutstation bist du direkt beim Patienten, betreust	14 15 16

ihn mit, siehst Veränderungen zum positiven oder zum negativen und kannst sofort eingreifen. Das macht halt die Stroke Unit aus und auch die Akutmedizin da drin." <00:01:29>	17 18
I: "Und was würde für dich jetzt so gute Pflege ausmachen?"	19
B2: "Gute Pflege macht für mich aus, wenn ich an Patienten ran gehen kann, ihn vernünftig begrüßen kann und mir für die Handlungen auf den Patienten bezogen Zeit nehmen kann. Sprich es geht gar nicht jedes Mal darum, den Patienten von Kopf bis Fuß zu waschen, sondern es geht vielmehr um diesen Kontakt. Also man sieht, was der Patient braucht, ob er heute mehr einen Redebedarf hat, und ob man die Grundpflege nach hinten stellt, oder der Patient sagt 'ich möchte das heute alles nicht' und man merkt, da ist ein Defizit drin und fragt welche Grenzen sind da und das man einfach Gespräche anbieten kann und es gar nicht hauptsächlich um die Pflege geht." <00:02:10>	20 21 22 23 24 25 26 27
I: "Was glaubst du, sind für dich hier so die größten Probleme, die die Personen und auch die Angehörigen nach dem Schlaganfall haben?" <00:02:18>	28 29
B2: "Diese Akutsituation, das Leute von, ich sage mal, fit, körperlich unbeeinträchtigt, auf einmal auf Hilfe, fremde Hilfe angewiesen sind und aus ihrer Situation und ihrem Alltag komplett rausgerissen werden und das die Angehörigen zu Co-Partnern werden in dem Moment. Sie sind, man muss sie mit betrachten, man sieht sie mit als Patienten mit an, weil sie eigentlich genau die selbe Unterstützung brauchen wie der Patient, nur in einem anderen Maße, ob nun von der Psyche her aufgefangen, ob nun von Handlungen her, oder einfach ein Redebedarf. Und da muss man einfach gucken, dass man Patient plus Angehöriger zusammen in eine Partnerschaft bringt, dass sie nicht ganz in dieses tiefe Loch reinfallen: 'ich kann nichts mehr, ich bin nichts mehr, ich will nicht mehr', weil diese Selbstständigkeit verloren gegangen ist." <00:03:05>	30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
I: "Was würdest du zu der psychischen Verfassung sagen von den Schlaganfallpatienten, wie nimmst du das wahr?" <00:03:12>	40 41
B2: "Also es kommt immer drauf an, was der Patient für ein Umfeld hat, davon mach ich das ganz viel ab, was man auch mitkriegt. Die Psyche zu sagen, ist bei jedem Patienten, der einen Schlaganfall hat oder der Diagnose 'Verdacht auf einen Schlaganfall' hat, ist beeinträchtigt, weil das ein Ereignis ist, was keiner mit beeinträchtigen kann und doch eigentlich alle wissen, wie es ausgehen kann. Und das ein kleiner Schlaganfall wie die TIA ein Vorbote für einen großen Schlaganfall sein kann, und dass das im Hinterkopf spielt 'ich hab schon mal einen Schlaganfall gehabt, ich kann noch einen kriegen, ich kann danach ein Pflegefall werden, ich kann daran sterben'" <00:03:47>	42 43 44 45 46 47 48 49
I: "Also durch die Angst, die Folgen?" <00:03:47>	50
B2: "Durch die Angst, durch die Folgen, aber auch durch die Angst, abhängig von anderen zu sein." <00:03:52>	51 52
I: "Dieser Autonomieverlust." <00:03:54>	53
B2: "Genau" <00:03:56>	54
I: "Und wie zeigt sich das so hier, die psychische Verfassung?" <00:04:01>	56
B2: "Also es ist ganz unterschiedlich, wir haben Patienten, die aggressives Verhalten an Tag legen, mit Schlagen, Beißen, Kratzen, verbal werde, wir haben Leute, die probieren, eine Situation zu überspielen, wo man schon sagt, na, das geht ins manische schon fast rüber, alles ins Lächerliche ziehen. Wir haben Patienten, die einen offen und ehrlich angucken und sagen 'ich hab einen Schlaganfall gehabt', die die Situation in dem akuten Moment wahrnehmen und sie auch probieren zu verarbeiten, wo man aber im Nachhinein merkt, das das doch ziemlich mehr an der Psyche geknappt hat, als wie jetzt. Und man hat die Patienten, die sich komplett zurück ziehen, die nicht mehr anfangen zu sprechen, nicht mehr essen, nicht mehr trinken und eigentlich ein depressives Verhalten aufzeigen." <00:04:43>	57 58 59 60 61 62 63 64 65

I: "Und wie würdest du einschätzen, also die Patienten sind ja jetzt nicht so lange hier auf der Station, wie oft sich so etwas zeigt, oder wie schnell man so was irgendwie feststellen kann, beurteilen kann?" <00:04:54>	67 68 69
B2: "Es ist immer ganz unterschiedlich. Also wie gesagt, vom Menschen her und vom sozialen Umfeld, aber man kann es eigentlich ziemlich schnell bei den Patienten feststellen. Ich würde sagen, nicht in den ersten 24 Stunden, aber sobald man Patienten für 72 Stunden hier behält, kann man schon sehen, welches Verhalten sie an den Tag legen und ich würde fast sagen, dass bei 75% aller Patienten mit einem Schlaganfall, egal, ob oder ohne irgendwelche nachkommenden, dass man das merkt. Es fängt an, dass die Leute sich etwas zurück ziehen, ruhiger sind, vieles ganz anders beobachten, vielleicht vorher viel gelacht haben, das so weiter reduziert haben, wo ein Außenstehender gar nicht so in dem Moment, im ersten Moment so drauf kommt, da ist ja irgendwas passiert, wo aber Leute, die einen besser kennen, sagen 'du sag mal, was ist eigentlich mit dir los', und da fängt für mich schon diese Depression nach einem Schlaganfall an, weil das was mit jemandem macht, und dadurch führt es zu einer Veränderung des gewohnten Lebens und damit führt es zum Einschnitt in die Psyche und damit führt es eigentlich schon zu so einer Art Depression." <00:05:55>	70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82
I: "Und hast du das Gefühl, das dem hier so im pflegerischen Alltag genug Beachtung geschenkt wird?" <00:06:02>	83 84
B2: "Es ist schwer und es kommt drauf an, was für ein Arbeitspensum man hat, aber wir probieren das eigentlich so gut wie möglich mit wahr zu nehmen und wir bieten Gespräche an, wir versuchen die Angehörigen mit einzubeziehen, dass wir alle ein großes Team bilden. Aber man muss auch ganz ehrlich sagen, es gehen auch Leute dabei einfach unter." <00:06:20>	85 86 87 88 89
I: "Ja, wobei man hier ja noch mal mehr Zeit hat als auf Normalstation." <00:06:28>	90
B2: "Genau" <00:06:28>	91
I: "Wie nimmst du das so wahr, na gut, die Patienten sind jetzt halt wirklich nicht so lange hier, aber auch von den Ärzten irgendwie kommuniziert, halt beachtet überhaupt?" <00:06:37>	92 93 94
B2: "Ich glaube von den Ärzten kann es nicht beachtet werden, also einige Ärzte merken das natürlich, dass da was nicht stimmt, aber ganz viele werden erst auffällig darauf, wenn wir Pflegekräfte was sagen. Die Ärzte sind am Patienten fünf Minuten am Tage, oder sind mal in den Untersuchungen dran und kennen diesen Patienten gar nicht. Wir kennen ihn von der Aufnahme her, wir kennen ihn wie wir ihn übernommen haben, wir kennen ihn von den Tagen, wir kennen ihn über Nacht. Und können einfach Patienten besser einschätzen, weil die Ärzte, a. die Zeit dafür nicht haben, b. auch nicht die Qualifikation." <00:07:06>	95 96 97 98 101 102 103
I: "Ja. Weißt du, ob es irgendwelche Instrumente gibt, oder irgendwas, wie kann man das, so was beurteilen irgendwie die psychische Verfassung?" <00:07:19>	104 105
B2: "Also wir machen das a. davon aus, wie ist der Patient im Kontakt zu uns, ist er passiv, ist er aktiv, ist er gemindert, ist er gesteigert von der Wahrnehmung her. Und es ist auch ganz viel Bauchgefühl. Also eine Krankenschwester merkt, wenn es ihren Patienten nicht gut geht, auch wenn viel zu tun ist. Und es gibt bestimmt irgendwelche Skalen von irgendwelchen Schwestern, Pflegeexperten, die was ausgeführt habe, es ist nur schwer einen Patienten in genau so einen Standard reinzuprügeln, wenn der Standard nicht passt. Und es geht einfach darum, wie nimmt eine Pflegekraft ihn wahr, wie nimmt die zweite Pflegekraft ihn wahr, wie nimmt die dritte Pflegekraft ihn wahr, also diese drei Schichten, die wir fahren und probieren daraus nach 24 Stunden ein Konzept zu haben, um zu sagen, der Patient ist anstrengend, der Patient ist überfordert, der Patient ist unterfordert, der Patient ist in sich zurück gezogen. Und das ist eigentlich so das Instrument der Krankenpflege, dass man sagt in der Übergabe 'da gefällt mir was nicht, pass mal bitte auf' und wir arbeiten nicht	106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117

nach Skalen, weil das einfach nicht einzuschätzen ist." <00:08:15>	118
I: "Das wäre jetzt auch noch eine Frage von mir gewesen, wie das hier zur Sprache kommt, also wie sensibilisiert man auch dafür ist. Aber das kenn ich auch hier von der Übergabe, dass da auch drüber gesprochen wird und auch zwischendurch, wenn einem irgendwas komisch vorkommt, dass dann auch mit seinen Kollegen darüber spricht." <00:08:31>	119 120 121 122
B2: "Genau. Und das fällt ja auch den Therapeuten auf, sprich da ist ja diese Comprehensive, was da mit drinnen ist für die Pflegekräfte, für die Therapeuten, da kriegen die Ärzte dann auch noch mal so einen Input. Und Pflege und Therapeuten setzen sich auseinander und dann wird geguckt, was habt ihr gesehen, was hab ich gesehen, wie ist euch das aufgefallen, weil eine gute Therapeutin muss gucken, in was für einer Verfassung ist der Patient, und danach kann sie erst die Therapie starten und so arbeiten wir Pflegekräfte ja auch." <00:08:57>	123 124 125 126 127 128 129
I: "Werden hier auch Seelsorger oder irgendwas so zu Rate gezogen?" <00:09:02>	130
B2: "Ja, wir haben regelmäßig Pastor Schrupf hier unten, der entweder für Angehörige da ist oder aber auch für die Patienten und in Härtefällen, wenn man Patienten hat, wo es heißt, eigentlich die Patienten dürfen gehen, die Ärzte können sie aber nicht gehen lassen, weil sie sagen, 'ja, wir müssen noch alles tun' oder ganz ehrlich gesagt, die Pauschale noch nicht errechnet worden ist, das über das Maß hinweg geht, wo denn selbst wir Pflegekräfte beim Pastor anrufen und sagen 'wir brauchen mal ein Gespräch', weil es nicht nur bei Pastor Schrupf um die Seelsorge geht, sondern auch noch um die Ethik, und das ist eine Sache, die auf einer Akutstation ziemlich groß bewahrt werden muss, was ist ethisch vertretbar, was kann ich als Pflegekraft vertreten, was kann ich den Angehörigen zumuten, aber was kann ich auch dem Patienten hauptsächlich zumuten? Und dafür sind Seelsorger auch ganz gut und deswegen haben wir sie öfter hier." <00:09:54>	131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141
I: "Was könntest du dir vorstellen, was für welche Folgen für den Patienten entstehen, wenn man da dem irgendwie nicht zugewandt ist, das ignoriert oder (...)" <00:10:03>	142 143
B2: "Also es ist so, dass die Patienten sich zumachen werden, sie mauern sich ein, sie mauern sich zurück. Und sie werden, wenn sie Krankheitssymptome mal haben sollten für irgendetwas nicht sofort wieder einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen, weil diese negative Erfahrung einfach im Hintergrund ist, zu sagen 'ich wurde nicht gut behandelt, ich wurde nicht ernst genommen' und das führt dazu, dass Krankheiten oder Situationen verschleppt werden und, dass die Folgekomplikationen größer sind als das was es eigentlich ist. Es ist ein Zumachen, andere werden offensiv rum gehen und sagen 'das ist alles scheiße' also wirklich so dieses manisch-depressive und dann wieder sich zurück ziehen und wieder positiv. Ja es ist, wenn man einen Patienten nicht fachgerecht behandelt, auch nicht von der Psyche her, oder vom Reden oder vom pflegerischen her, ist es so, dass ein Patient sich zurück zieht. Krankenschwestern sind Vertrauenspersonen genau auch wie Ärzte, und wenn dieses Vertrauen missbraucht wird, egal in welche Richtung, ist es so, dass der Patient kein Vertrauen mehr aufbauen kann." <00:11:04>	144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156
I: "Hast du das Gefühl, dass die Patienten das selber wahrnehmen, dass sie sich irgendwie verändern vom Wesen her oder (...)" <00:11:14>	157 158
B2: "Wir haben einige, die wirklich offen und ehrlich sagen 'ja, ich habe mich verändert' und dann fragt man, was ist der Hintergrund, kann ich Ihnen irgendwo behilflich sein. Bei einigen Patienten merkt man das erst im Nachhinein, wenn man sie durch Zufall irgendwie wieder im Haus trifft. Aber es ist eher selten, dass ein Patient sagt 'es hat was mit mir gemacht, jetzt akut gerade sondern es dauert, das ist ein Reifungsprozess. Erstmal verstehen, was ist passiert, die Untersuchungen sacken lassen, und dann zu erfahren, sie haben einen Schlaganfall, oder sie werden nicht mehr schlucken können, sie kriegen jetzt eine PEG-Anlage, sie kriegen alles andere, sie gehen auf Intensiv hoch, wir müssen sie verlegen, sie kommen da nicht wieder raus, sie müssen operiert werden. Ist für einen Patienten, glaube ich, dass er erst nach der Zeit auf einer Stroke Unit akut wahrnehmen kann, und was einen dann auch so verändert." <00:11:58>	159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169

I: "Glaubst du da gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern, also vorhin hattest du ja schon gesagt, dass einige eher aggressiv reagieren, das könnte ich mir jetzt auch eher für die Männer vorstellen." <00:12:09>	170 171 172
B2: "Genau, also es ist (...) Frauen sind glaube ich von der Natur geprägt, oder werden von der Gesellschaft so gelebt, das starke Geschlecht. Wir schaffen das alles, keine Beschwerden äußern. Und wenn Beschwerden da sind, das zu reduzieren und Männer sind (...)" <00:12:25>	173 174 175 176
I: "Frauen oder Männer jetzt? Frauen" <00:12:25>	177
B2: "Frauen. Und Männer sind wieder dieses andere starke Geschlecht, wo man sagt 'die sind kräftig, die schaffen das, Muskelarbeit, alles ist super und Männer weinen nicht'. Das sind beides starke Geschlechter, aber beides muss man unterteilen, Frauen sind die, die Kinder zur Welt bringen, und Männer sind die, die hart arbeiten und nicht weinen. Und das ist das, was in der Gesellschaft, glaube ich, dazu führt, dass Frauen eher nichts sagen oder sich zurück ziehen und alles positiv probieren darzustellen und Männer sind die, die ins tiefe Loch fallen, weil sie in dem Moment 'die Schwachen' sind." <00:12:56>	178 179 180 181 182 183 184
I: "Hätte ich mir irgendwie anders vorgestellt, also dass Frauen halt eher weinen oder eher das nach außen hin zeigen." <00:13:05>	185 186
B2: "Kommt auf den Typ drauf an, aber es ist wie gesagt von jedem unterschiedlich, aber wir haben ganz viele Frauen da, die sagen, 'jetzt habe ich einen Schlaganfall, jetzt muss ich den Kopf hochhalten, das Leben geht weiter und wir schaffen das, egal wie' und bei Männern merkt man dann so 'das kann doch jetzt wohl nicht sein, ich hab doch wohl keinen Schlaganfall, sie wollen mich doch wohl verarschen, was erzählen sie mir eigentlich für eine Scheiße hier gerade' und werden dann im Ton lauter und werden aggressiver und irgendwann merkt man im Hintergrund, dass hinter der Fassade, dass einfach alles bröckelt. Das ist diese deutsche Gesellschaft wie man sie kennt." <00:13:37>	187 188 189 190 191 192 193 194
I: "Ja" <00:13:37>	195
B2: "Ne, Frauen tun, machen. Und Männer sind die starken und Männer zeigen keine Gefühle und Frauen bringen Kinder auf die Welt und die schaffen ja alles." <00:13:48>	196 197
I: "Ja." <00:13:50>	198
B2: "Ja. So ist das." <00:13:50>	199
I: "Traurig." <00:13:50>	201
B2: "Traurig." <00:13:52>	202
I: "Das war es eigentlich schon von meinen vorbereiteten Fragen. Weiß nicht, ob du noch irgendwas hinzuzufügen hast, oder (...) noch irgendwas zu bemerken hast?" <00:14:06>	203 204
B2: "Nein, also es ist schwer eine Depression direkt festzustellen, wie gesagt, aber es fängt damit an, es fängt mit der Beobachtung der Pflegekraft auf der Akutstation an, es fängt auch damit an gegebenenfalls eine Depression rechtzeitig mit Medikamenten zu unterbinden, weil eine Depression hemmt jemanden in der Entwicklung oder in der Förderung seines, das was er kann oder was er erlernen muss und damit muss man teilweise leider auf die medikamentöse Therapie mit zurück greifen, das heißt, wenn sie aufgereggt sind und das nicht schaffen, kriegen sie Tavor vielleicht oder zur Nacht Seroquel, damit der Körper nachts runterfahren kann, damit sie nicht wach sind, damit dieser Tag-Nacht-Rhythmus wieder in Gange kommt, dass sie die Kraft am Tage haben." <00:14:48>	205 206 207 208 209 210 211 212 213
I: "Wie oft wird hier so mit richtigen Antidepressiva gearbeitet? Eher selten oder?" <00:14:53>	214 215

B2: "Selten eher. Also wir probieren das mit Tavor erstmal so ein bisschen zu reduzieren oder mit Seroquel zur Nacht, wenn man merkt dieser Patient kommt in eine Aggression mit rein, kriegt er Risperdal, vielleicht Melperon. Aber nichts womit wir den Patienten sofort auf Antidepressiva einstufen, weil die Folgen davon, die jetzt akut zu sehen sind, sind in sechs Wochen vielleicht ganz anders zu sehen und damit ist man auf einer Stroke Unit sehr, sehr vorsichtig. Und da muss man gucken, auch in der Frühreha, wie weit ist es förderlich, weil Antidepressiva auch den Antrieb meistens mindern, ist es eher kontraproduktiv." <00:15:29>	216 217 218 219 220 221 222
I: "Ja, das war es eigentlich." <00:15:40>	223

Interview C

Interview C vom 13.04.16 (24:02 min)	
I: "Ja, wie du eben schon gelesen hast, geht es in meiner Bachelorarbeit halt um Depressionen nach Schlaganfall. Und da wollte ich so ein bisschen die subjektive Sichtweise von Pflegenden erfassen, wie sie so die psychische Situation von Schlaganfallpatienten wahrnehmen. Ja. Bist du bereit?" <00:00:28>	1 2 3 4
B3: " Ja." <00:00:28>	5
I: "Also, erstmal habe ich so eine allgemeine, oder eine oberflächliche Frage: Was für dich so die Pflege auf einer Stroke Unit oder auch allgemein auf einer neurologischen Station mit Schlaganfallpatienten ausmacht?" <00:00:39>	6 7 8
B3: "Was die Pflege ausmacht?" <00:00:44>	9
I: "Ja. Was für dich auch gute Pflege auf so einer Station ist." <00:00:46>	10
B3: "Oh, da scheiden sich die Geister. Das ist eine ganz schwierige Frage eigentlich. Weil da kommt ja im Prinzip so ein bisschen zum Tragen, was für dich selber gute Pflege bedeutet. Und das geht ja von Pflegeperson zu Pflegeperson total auseinander. Und es kommt, denke ich, auch immer darauf an, das sprengt ja dein Gerät hier, wo bin ich ausgebildet worden und wo lag da auch der Schwerpunkt. So in der allgemeinen Klinik ist vielleicht der Schwerpunkt anders, als jetzt, was weiß ich, in der psychiatrischen Klinik oder so. Also für mich ist, gute Pflege ist im Prinzip patientenorientiert. Da geht es bei mir los. Also das ich als verantwortliche Pflegekraft im Prinzip mich um meine Patienten kümmere vom Hacken bis zum Nacken sozusagen, um das medizinische, um das pflegerische, um alles, um was weiß ich, Diagnostik, Therapie und so weiter und so fort. Also dieses Komplett-Rundum-Sorglos-Paket. Also das finde ich, das gehört, das ist ein ganz großer Baustein. Für mich ist es wichtig, dass ich einen guten Bezug, oder einen guten Kontakt zu dem Patienten irgendwie gewinne, also dass ich versuche immer, den da abzuholen, wo er steht. Du musst ja auch im Prinzip immer individuell mit jemandem umgehen. Wenn du jetzt einen Oberstufenlehrer da hast oder du hast eine Hausfrau, die sieben Kinder geboren hat, also irgendwo musst du ja individuell auf diese Menschen eingehen können und ich persönlich glaube, dass ein Kontakt gelungen ist, also wenn man so eine persönliche Beziehung herstellen kann und man problemfrei miteinander umgehen kann sozusagen. Also, wenn der Patient sich irgendwie gut aufgehoben fühlt und vielleicht auch seine Sorgen und Nöte mir anvertrauen kann und wenn, also dieses Thema Krankenhaus nicht ganz so angsteinflößend für diesen Patienten ist. Das ist für mich ganz wichtig. Dann kommt natürlich so die körperliche Versorgung hinzu. Mir ist es wichtig, dass der Patient erstens körperlich gut gepflegt ist, also das heißt, dass sein Hautzustand gut ist, das also Schleimhäute in Ordnung sind, da denke ich jetzt gerade insbesondere an die Mundpflege, dass es nicht verborgt ist, was weiß ich, das der Patient gekämmt ist und was weiß ich, rasiert oder solche Geschichten. Das also der Patient sich in seiner Haut auch wohl fühlen kann. Wenn jemand verschwitzt, mit wildem Haar und Dreitagebart da rum sitzt und Borken im Mund hat, so würde ich mich persönlich nicht wohl fühlen. Es gibt sicherlich Patienten, die das tun, aber das ist ja eigentlich eher die Ausnahme. Also der körperliche Zustand ist also auch ein wichtiger Teil, und für mich ist auch wichtig, dass Patienten, die neurologisch beeinträchtigt sind, keine Sekundärschäden bekommen. Also, dass, sprich, dass, wenn Patienten mit einer Hemiparese da rum liegt und einen hohen Muskeltonus hat, dass ich zum Beispiel die Positionierung dementsprechend anpasse, dass	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42

also der Patient nicht mit einer spastischen Hemiparese daraus geht, aus dieser Geschichte.	43
Für mich beginnt auch auf einer Stroke Unit der nahtlose Übergang zur Rehabilitation.	44
Für mich ist es zum Beispiel auch wichtig, da scheiden sich auch hier auf der Station die Geister,	45
dass die Patienten nicht in ihrem Flügel-Nachthemdchen rum liegen, sondern vielleicht in	46
ihrer eigenen Kleidung, das man die zum Beispiel tagsüber durchaus auch anzieht und eben	47
mobilitiert. Das macht hier nicht jeder. Das sehen ganz viele ganz unterschiedlich. So für	48
mich, ich habe lange in der Reha gearbeitet, in der neurologischen Reha, für mich ist es	49
wichtig, dass der Patient eben tagsüber eine Jogginghose anzieht und nicht unbedingt den	50
ganzen Tag im Bett liegt, auch mit Monitoring." <00:04:39>	51
I: "Ja. Was sind für dich so die Herausforderungen, gerade mit Schlaganfallpatienten?"	52
<00:04:45>	53
B3: "Also die Herausforderung auf dieser Station ist eigentlich das alles unter einen Hut zu	54
kriegen, weil du hängst ja als Pflegekraft irgendwie in der Mitte. Du hängst zwischen den	56
Therapeuten, du hängst zwischen der Diagnostik, du hängst zwischen den Ärzten, und alles	57
rundum bist du, sozusagen. Das ist so einmal so eine ganz logistische, organisatorische	58
Herausforderung auch wirklich das unter einen Hut zu bekommen. Eine Herausforderung ist	59
sicherlich eben, was ich eben schon sagte, eben gute Pflege zu leisten bei einem erhöhten	60
Zeitdruck, bei Patienten, die manchmal eben vielleicht auch durch ihre Stoffwechselsituation	61
im Kopf eben nicht ganz klar sind, die vielleicht die Therapieziele, die ich oder die wir als	62
Team haben irgendwie nicht ganz nachvollziehen können, irgendwie doch irgendwie gut	63
umzusetzen. Was die ganze Sache eben nicht ganz einfach macht, ist eben, schon die	64
erhöhte Anforderung, einmal die Liegezeiten der Patienten gering zu halten, du hast deine	65
maximalen 72 Stunden, um die ganze Diagnostik da durchzunageln irgendwie. Und na ja,	67
also du hast ja im Prinzip immer irgendwie den Zeitfaktor im Nacken oder dann hast du	68
irgendwas angefangen mit dem Patienten und es läuft gut, du hast ihn mobilisiert und in den	69
nächsten fünf Minuten wird der Patient verlegt. Also das finde ich schon irgendwie schwierig	70
so im Alltag. Also da wirklich Kontinuität auch zu haben." <00:06:26>	71
I: "Auch irgendwie so ein rundes Ding, was ein auch selber zufrieden stellt irgendwie. Was	72
glaubst du, mit welchen Folgen haben die Schlaganfallpatienten und auch die Angehörigen	73
am meisten zu kämpfen?" <00:06:38>	74
B3: "Ja, ich glaube das ist, denke ich schon, die große Angst vor Abhängigkeit, vor einer	75
langfristigen (...), ja, langfristigen Abhängigkeit von dritten Personen, die im Prinzip die	76
Versorgung, Pflege sicherstellen müssen. Ich glaube, das ist eigentlich, denke ich die größte	77
Angst. Im Moment ist es ja so, dadurch, dass mein Vater hier in der Frühreha liegt, kann ich	78
also im Prinzip die Situation der Angehörigen im Moment also extrem gut nachvollziehen,	79
also wie sich die andere Seite auch anfühlt. Und das ist tatsächlich so, dass, es hängt	80
natürlich von den Menschen ab, aber eigentlich durch die Bank weg, habe ich noch nie einen	81
Menschen kennengelernt, der irgendwie einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung hat oder	82
was auch immer, der sich darüber freut, wenn er pflegebedürftig ist. Also definitiv noch nie.	83
Und ich glaube das ist wirklich das größte Problem, was die Menschen haben, dass sie ganz	84
genau wissen..." <00:07:41>	85
I: "Durch die ganzen körperlichen..." <00:07:43>	86
B3: "Okay, mit einer Hemiparese bin ich eingeschränkt und gerade auf einer Stroke ist	87
natürlich, das ist der erste Aufenthalt nach dem Ereignis und die Patienten haben natürlich	88
überwiegend auch damit zu kämpfen, das erstmal zu realisieren, was ist das jetzt, wird das	89
so bleiben, wird sich die Situation verbessern, was habe ich da eigentlich für Optionen. Also	90
das ist schon denke ich für die Patienten schwierig." <00:08:15>	91
I: "So, jetzt auch zu dieser Angst irgendwie vor Abhängigkeit. Also wie nimmst du allgemein	92
die psychische Verfassung von den Patienten hier wahr?" <00:00:09>	93
B3: "Also das glaube ich, kann man überhaupt nicht verallgemeinern. Das ist von Mensch zu	94
Mensch so was von unterschiedlich und dann kommt es natürlich auch ganz darauf an, was	95
hat der Patient da für Ausfälle. Na, es gibt durchaus den Menschen, sage ich mal, der mit	96

einer relativ kleinen Beeinträchtigung, also wo ich jetzt als Pflegekraft sagen würde, 'okay, damit kann man leben' also ich beschäftige mich ja mit diesem Thema ja eben schon etwas länger und man macht sich selber ja auch Gedanken darüber, wie würdest du jetzt vielleicht mit so einer Situation umgehen und wenn ich mir jetzt vorstelle, okay ich habe da jetzt nur eine leichte Schwäche in der linken Hand, dann glaube ich würde ich verhältnismäßig gut leben können. Andere Menschen wiederum sehen das ganz anders. Das kommt ja dann auch ganz darauf an, wie ist das in dem Alltag irgendwie organisiert. Wenn ich jetzt ein Rechtshänder bin und ich bin darauf angewiesen, was weiß ich, jeden Tag zu schreiben oder (unv.) was mit zu machen. Dann ist das für den natürlich eine riesige Beeinträchtigung. Dann gibt es diese Patienten, die was weiß ich, eine Aphasie haben und irgendwie in ihrem Leben zurechtkommen müssen und einen langen therapeutischen Weg vor sich haben, wie sie sich vielleicht wieder verständigen können" <00:01:30>	97 98 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110
[Unterbrechung] <00:01:30>	111
B3: "Ja, und dann gibt es ja diese Patienten, die überhaupt nicht beeinträchtigt sind, die im Prinzip überhaupt nicht verstehen, dass sie tatsächlich irgendwie einen Infarkt im Gehirn hatten, das da irgendwie tatsächlich ein Areal ist, was irgendwie minderdurchblutet ist. Und dass da tatsächlich irgendwie das Risiko besteht, dass sowas wiederkommt. Also, wenn sie jetzt, keine Ahnung so eine passagere Wortfindungsstörung hatten und das ist innerhalb von ein paar Stunden wieder erledigt. Die meisten begreifen gar nicht, dass das da wirklich so ein Warnschuss war, der in der nächsten Zeit zu einem richtig dicken Schlaganfall führen kann. Also ich glaube, das ist wirklich ganz unterschiedlich. Es kommt eben auf den Ausfall an, auf eben das persönliche Umfeld, wie nehme ich das wahr, also das man jetzt generell sagen kann, ein Schlaganfallpatient ist depressiv, das glaube ich kann man nicht, definitiv nicht. Also dafür gibt es zu viele, die eine leichte Durchblutungsstörung hatten. Das ist ja auch schon zum Thema, oder zum Krankheitsbild des Schlaganfalls irgendwie zählt. Aber letztendlich glaube ich, kann man das nicht verallgemeinern. Natürlich gibt es auch die Patienten, die das, habe ich jetzt gerade bei meinem Vater erlebt vorgestern, klarer Moment, zum ersten Mal hat er begriffen 'Schlaganfall' und ist also ganz persönlich für ihn so ein absolutes No-Go, hat es wirklich realisiert, 'ich hab da jetzt einen Schlaganfall gehabt, ich lieg jetzt hier im Krankenhaus, es wird ein irre langer Weg' und da hast du, da hab ich richtig gemerkt, okay, das ist eine, zumindest eine depressive Verstimmung. Also das ist glaube ich, wirklich ganz unterschiedlich. Und ich glaube, dieses depressive, das kommt glaube ich auch erst später..." <00:01:54>	112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131
I: "Ja, also hier ist ja erstmal die Akutphase, erstmal alles stabilisieren." <00:01:57>	132
B3: "Ja also ich glaube, die müssen das erstmal sozusagen realisieren und das ist ja ein Prozess, das dauert ja ein bisschen. Und ich glaube, dass diese Krankheitsverarbeitung und dazu gehört meines Erachtens auch Depression, weil letztendlich, wenn ich wirklich so schwer beeinträchtigt bin und ich hab da meine neurologischen Ausfälle, dann muss ich damit erstmal umgehen lernen und da wirst du, und das halte ich für absolut normal. Ich halte das für eine absolute (...), also meines Erachtens gehört das zu einer gesunden Krankheitsverarbeitung dazu, dass man sich irgendwie Gedanken darüber macht, wie wird mein Leben jetzt weitergehen. Das ist natürlich dann auch eine komplette Neuorganisation irgendwie, ich muss mit meinen Ausfällen leben lernen und ich muss damit lernen von anderen Menschen abhängig zu sein und ich glaube, wenn ich von mir persönlich ausgehe, halte ich das für relativ normal, dass man da auch Phasen hat, wo man zu Tode betrübt ist." <00:02:57>	133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144
I: " Also glaubst du, dass zeigt sich eher in diesem 'Zu-Tode Betrübt Sein' hier, also dass Menschen sich zurück ziehen, dass sich darin eher so diese depressive Episode zeigt oder durch andere (...)?" <00:03:11>	145 146 147
B3: "Also ich glaube, es gibt, jein, es gibt Menschen, es ist ja auch, das ist ja, wenn du mit Menschen zu tun hast, erlebst du die unterschiedlichsten Reaktionen. Es gibt depressive Menschen, die sich tatsächlich zurück ziehen und irgendwie mit gedrückter Stimmung zu tun haben oder auch viel weinen. Das haben wir ja hier auch ganz oft. Aber es gibt auch diese Menschen, die auf einmal den Pausenc clown machen, wo du ganz genau weißt, okay, das ist	148 149 150 151 152

da jetzt gerade nicht authentisch, was da geht. Und die anfangen wirklich zu Fassadieren. Also da wirklich so eine blendend strahlende Fassade aufrecht erhalten. Ich hatte gerade vor kurzem so einen Patienten hier, der schon vor Jahren, ich glaube einen blutigen Schlaganfall hatte, und irgendwie jetzt noch mal so einen ischämischen Ereignis. Und der hatte, sitzt schon seit Jahren im Rollstuhl, hat auch seine Frau verloren und hat eine spastische Hemiparese gehabt. Und der war wirklich ganz klassisch würde ich das sagen. Der hatte eine ganz tolle Fassade, der hat also gescherzelt und gemacht und getan und also immer da diesen Clown gemacht, aber in den Momenten, wo du nicht hingeschaut hast, also ist die Fassade zusammengebrochen und da konntest du also wirklich super beobachten, also dass der eigentlich wirklich zu Tode betrübt ist, so. Also die gibt's auch. Also depressive Patienten müssen nicht zwangsläufig in der Ecke sitzen und weinen und die Mundwinkel nach unten haben. Also das nicht. Also ich glaube da, wenn man ein einigermaßen Gespür für Menschen hat, kann man auch hinter die Fassade gucken. Also der war wirklich so ein Paradebeispiel." <00:04:54>	153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166
I: "Wie nimmst du so was wahr, also allgemein durch einfach deine Profession, dass du durch deine Haltung, dass du mit Herz dabei bist und durch Beobachtung?" <00:05:07>	167 168
B3: "Ja, also viel ist Bauchgefühl, also das stell ich immer wieder fest. Viel mit Menschen ist einfach Bauchgefühl. Und ich glaube als Krankenschwester, oder als Gesundheits- und Krankenpfleger oder wie auch immer das da jetzt heißt, ist natürlich, du entwickelst, du hast es nicht von Anfang an, aber du entwickelst mit der Zeit, denke ich, so eine soziale Kompetenz einfach. Je mehr du mit Menschen zu tun hast, also gut einige sind da auch total unbegabt, das will ich nicht ausschließen, aber ich glaube im Allgemeinen entwickelt man eigentlich wirklich so ein Auge für die Menschen, was mit denen Sache ist. So, ich mein, wenn du Kontakt mit deiner Freundin hast und die, der geht es nicht gut und die tut so als wäre alles prima, dann merkst du das auch irgendwie. Also das sind ja so Verhaltensweisen, die dir dann irgendwie komisch vorkommen. Und wo du denn vielleicht einen zweiten Blick genauer hinwirfst. Ich glaube, es kommt einfach je mehr Berufsjahre du auf dem Buckel hast, desto eher nimmst du vielleicht auch was wahr. So das denke ich gehört einfach irgendwie mit dem Kontakt dazu. Natürlich gehört auch Beobachtung dazu, wie was weiß ich, was äußert der da, aber du musst natürlich auch zwischen den Zeilen lesen, ne. Wie ist die Gesichtsmimik, wie ist die Körperhaltung und so solche Geschichten." <00:06:33>	169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183
I: "Und glaubst du, dass dem hier im pflegerischen Alltag genug Beachtung geschenkt wird? Also hier ist es jetzt schwierig, weil die Patienten wirklich nur ein paar Tage da sind." <00:06:46>	184 185 186
B3: "Ich glaube das ist die hohe Kunst auf der Stroke. Dass du hochmedizinische Behandlungen mit Menschlichkeit verbindest. Dass du in drei Tagen keine ausgewachsene Depression behandeln kannst, ist klar. Das funktioniert einfach nicht. Aber du kannst zumindest versuchen, diese erste, dieses erste (...)" <00:07:25>	187 188 189 190
I: "Gespür oder (...)" <00:07:25>	191
B3: "Mir fehlt gerade das Wort. Ja, irgendwie, also diese erste Situation, so dieses nach dem Ereignis im Prinzip so ein bisschen aufzufangen. Und ich glaube das gehört auch mit zu unserer Aufgabe. So, dass man, wie eingangs schon gesagt, dieses Thema Krankenhaus ebenso ein bisschen die Bedrohung zu nehmen, weil für viele Menschen ist es einfach eine Bedrohung. Im Prinzip auch dieses, was wir im Prinzip machen, mit diesen ganzen Monitoring, mit diesen ganzen Infusionen, mit diesen ganzen Kabeln, die für viele Menschen ja wirklich eine große Belastung sind, ebenso gut zu erklären, dass sie das auch verstehen und das nachvollziehen können, dass das zu ihrem besten geschieht, so. Also dass sie im Prinzip so von Anfang an eigentlich das Gefühl haben 'Okay, der vertrau ich da jetzt mal. Und ich finde das alles eigentlich gar nicht so schlimm. Und ich kann mich da irgendwie drauf einlassen'. Ich glaube, das gehört mit zu unserer Aufgabe. Und das medizinische das ist ja eben oftmals das Problem, dass das so einen extrem hohen Stellenrang hat, so, aber das sehe ich persönlich anders. Ich glaube, natürlich hat die Medizin ihre Berechtigung, das ist ja auch unser Auftrag auch zur Überwachung und eben Penumbra-Rettung da zu betreiben, das ist alles schön und gut, aber es darf eben halt das Menschliche auch nicht zu kurz	192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207

kommen. Und ich glaube damit ist eigentlich dann schon viel gemacht. Und der Rest sozusagen, Krankheitsverarbeitung, das fängt natürlich auf der Stroke an, aber letztendlich wird es dann nachher auf der Reha oder wie auch immer irgendwie(...)" <00:09:12>	208 209 210
I: "Deutlicher" <00:09:13>	211
B3:"(...) weitergeführt. Dafür gibt es dann ja eben auch die Neuropsychologen, die sich ja letztendlich damit auch auseinander setzen. Ich bin kein Neuropsychologe. Ich kann im Prinzip nur wirklich den Anfang machen, so ne." <00:09:24>	212 213 214
I: "Was machst du denn da zum Anfang, einfach Gespräch suchen oder (...)" <00:09:28>	215
B3: "Im Prinzip ist es einfach nicht, dass ich spreche, sondern, dass man zuhört, das ist eigentlich das Wichtigste, glaube ich, bei, gerade wenn jemand irgendwie depressiv verstimmt ist und, oder mit seinen Ängsten da zu kämpfen hat, und ich glaube das ist es in erster Linie, wenn sie bei uns liegen. Dann glaube ich ist dein Auftrag tatsächlich, einfach nur da zu sein und vielleicht auch mal eine Hand zu halten und einfach zu zuhören. Also ich glaube mit viel reden wird man da nichts, so ne." <00:09:57>	216 217 218 219 220 221
I: "Könntest du dir vorstellen, so was schon früher, also jetzt gerade hier in der Akutphase, schon früher festzustellen durch irgendwie wieder ein Assessmentinstrument oder irgendwie schon, dass man früher schon irgendwas einleitet? Hilfe, weiß nicht, Seelsorger oder irgendwas, Antidepressiva. Schwer zu sagen, ne?" <00:10:18>	222 223 224 225
B3: "Das ist wirklich schwer zu sagen. Ich glaube nicht, also Antidepressiva halte ich nicht unbedingt für das Mittel der Wahl, aber ich bin kein Psychiater, weil wie ich schon gesagt habe, ich bin der Meinung, dass das zur Krankheitsverarbeitung einfach dazu gehört. Und da, glaube ich, eigentlich eher, ich meine gut, ich bin auch so eine Ökotrilla, die dann irgendwie also nicht unbedingt ein Fan von Medikamenten ist. Insofern glaube ich eigentlich, dass Gespräch, oder eben das aktive Zuhören, sozusagen. Oder eben Neuropsychologie beziehungsweise auch eben seelsorgerliche, oder seelsorgerische heißt es ja wohl, Betreuung, also das glaube ich ist wesentlich sinniger. Das ist aber eben immer die Frage, bei uns ist es ja insofern, wirklich total erschwert, dass die Seelsorger zum Beispiel, ich habe jetzt in der Zeit, wo ich hier arbeite, das sind jetzt acht Monate, einmal einen Seelsorger hier gesehen. Der ist tatsächlich hier her gekommen und hat gefragt, ob er irgendwie mal ein Gespräch anbieten darf. Da war ich völlig überfordert und hab gedacht 'Ach du je oh je, und jetzt muss ich mir jemanden aus den Rippen schneiden', so in dem Stil. Also das ist einfach nicht gut organisiert, ich finde, dass dieses Netz enger zu, das glaube ich, ist sinnvoll. Dass man zum Beispiel auch so einen Besuchsdienst hat, weißt du, wo dann im Prinzip mal Leute kommen, so was weiß ich, Ehrenamtliche wie die grünen Damen da vorne oder was weiß ich, die dann mal kommen und 'ich würde mal gerne jemanden besuchen'. Und das dann eben ganz regelmäßig zu machen. Ich glaube, das finde ich sinnvoll. Ja, also dass im Prinzip Leute da sind, die auch tatsächlich die Zeit für eben Gespräche haben. Also ich weiß nicht, ob es nützt irgendeine Liste auszufüllen und zu sagen 'Okay, also heute hat der mal einen Punkt für, weiß ich nicht, weinerliches Aussehen oder irgendwas'. Keine Ahnung wie so was aussieht, aber also ich finde auch immer so, sicherlich haben irgendwelche Checklisten oder so ihre Berechtigung, aber irgendwo (...), ob man dann alles in Checklisten packt, ich weiß nicht, ich bin da nicht unbedingt ein Freund von." <00:12:40>	226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249
I: "Vieles hast du ja auch gesagt, ist eher Bauchgefühl und (...)" <00:12:43>	250
B3: "Ja, also das denke ich." <00:12:45>	251
I: "(...) nur weil jetzt jemand 20 Punkte auf einer Depressionsskala hat, muss er nicht unbedingt (...)" <00:12:53>	252 253
B3: "Du, es kann ja im Prinzip auch ein erlerntes Verhalten sein. Es gibt ja Menschen, die genießen das ja förmlich, ne. Also davon gibt es ja genug, die irgendwie, weiß ich nicht, wo es irgendwie Beschäftigung ist, oder so. Die gibt es ja auch. Aber so, ich weiß nicht. Ich glaub wirklich, dass also, dass so dieses, ja, eigentlich müsste mehr Zeit sein, und entweder stellt man mehr Krankenschwestern ein [Telefonklingeln]" <00:13:20>	254 255 256 257 258

I: "Also mehr Zeit müsste da sein." <00:00:04>	259
B3: "Ja, also entweder, was weiß ich, organisiert man eben tatsächlich Leute, die die Zeit dafür haben, sich da mal ans Patientenbett zu setzen. Oder man sorgt dafür, dass man ausreichend Personal hat, damit man dann eben auch die Zeit für ein Gespräch hat, so ne. Also das ist so, aber wenn man eben an qualifiziertem Personal spart, dann muss man sich nicht wundern, dass eben gerade diese Dinge auf der Strecke bleiben und dass durch die Ärzte wird ja eben das medizinische in den Vordergrund gesetzt oder gerückt und dann bleiben eben diese zwischenmenschlichen Dinge auf der Strecke. Irgendwo kannst du ja nicht mehr als arbeiten." <00:00:42>	260 261 262 263 264 265 266 267
I: "Joa, das war es eigentlich so von meiner Seite." <00:00:49>	268
B3: "Das war es. Na, das ist doch schon mal (...)" <00:00:50>	269
I: "Hast du sonst noch irgendwelche Anmerkungen? Irgendwas, was dir noch einfällt zu dem Thema." <00:00:55>	270 271
B3: "Ne, ich glaube, ich habe alles gesagt." <00:00:58>	272

D. Codebaum	
Codesystem	79
• neurologische Pflege	2
○ besondere Herausforderungen	4
○ Belastung	4
○ "gute" Pflege	6
○ Diskrepanz / Herausforderungen	3
○ Pflege auf der Stroke Unit	4
• Folgen nach Schlaganfall	3
○ Angehörige	2
○ Patienten	3
• Wahrnehmung der psychischen Verfassung	6
○ Diagnostik von Ärzten	2
○ Diagnostik durch Pflegenden	3
○ Assessmentinstrumente	3
○ Symptome	6
▪ Ursachen	4
▪ abhängig von	3
▪ Krankheitsverarbeitung	2
▪ Unterschiede zwischen Mann und Frau	2
• Maßnahmen	4
○ Antidepressiva	3
▪ andere Medikamente	2
○ Besprechung im Team	3
○ Seelsorger	2
○ Sozialarbeiter	1
• Folgen bei Nicht-Beachten der psychischen Verfassung	2

E. Hospital Anxiety & Depression Scale

Tabelle 1: Fragebogen zur Angst und Depressivität in der somatischen Medizin (eigene Darstellung, modifiziert nach Gupta, 2012, S.176-179)

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	Meistens Oft Von Zeit zu Zeit / gelegentlich Überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	Ganz genau so Nicht ganz so sehr Nur noch ein wenig Kaum oder gar nicht
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	Ja, sehr stark Ja, aber nicht allzu stark Etwas, aber es macht mir keine Sorgen Überhaupt nicht
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	Ja, so viel wie immer Nicht mehr ganz so viel Inzwischen viel weniger Überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	Einen Großteil der Zeit Verhältnismäßig oft Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft Nur gelegentlich / nie
Ich fühle mich glücklich.	Überhaupt nicht Selten Manchmal Meistens
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	Ja, natürlich Gewöhnlich schon Nicht oft Überhaupt nicht
Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.	Fast immer Sehr oft Manchmal Überhaupt nicht
Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	Überhaupt nicht Gelegentlich Ziemlich oft Sehr oft
Ich hab das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.	Ja, stimmt genau Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum Ich kümmere mich so viel darum, wie immer
Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.	Ja, tatsächlich sogar Ziemlich Nicht sehr Überhaupt nicht
Ich blicke mit Freude in die Zukunft.	Ja, sehr Viel weniger als früher Deutlich weniger als früher Kaum bis gar nicht
Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.	Ja, tatsächlich sehr oft Ziemlich oft Nicht sehr oft Überhaupt nicht
Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.	Oft Manchmal Eher selten selten

F. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis zu dem Thema "Pflege bei 'Post-Stroke-Depression'" selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, habe ich kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Fassung noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin