

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG
FAKULTÄT WIRTSCHAFT UND SOZIALES
DEPARTMENT PFLEGE UND MANAGEMENT
DUALER STUDIENGANG PFLEGE (B.A.)

*Mögliche Erklärungsansätze für die
Wirkungsweise des Intensivtagebuchs aus
salutogenetischer Sicht*

Qualifikationsarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts in der Pflege

Tag der Abgabe: 30. Mai 2017

Vorgelegt von: Laura Beschmann

Matrikelnummer: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

Betreuende Prüfende: Katharina Straß, Dipl. Pflegepädagogin
Zweiter Prüfender: Bernd Sens- Dobritsch, Dipl. Medizinpädagoge

„Was hat man also zu tun, damit der Schaden minimal ist, daß der Schmerz gelindert wird?“

- Aaron Antonovsky (1997), S. 131

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <u>Inhaltsverzeichnis</u> | <u>I</u> |
| <u>Abbildungsverzeichnis</u> | <u>III</u> |
| <u>Tabellenverzeichnis</u> | <u>IV</u> |
| <u>Anhangsverzeichnis</u> | <u>V</u> |
| <u>1 Einleitung</u> | <u>1</u> |
| 1.1 Problemdarstellung | 1 |
| 1.2 Zielsetzungen | 2 |
| 1.3 Methodik | 3 |
| <u>2 Die Intensivstation</u> | <u>5</u> |
| 2.1 Setting | 5 |
| 2.2 Definitionen | 6 |
| 2.2.1 Beatmung | 6 |
| 2.2.2 Sedierung | 6 |
| 2.2.3 Verarbeitung | 8 |
| 2.3 Der Intensivaufenthalt für den Patienten | 8 |
| 2.3.1 Patientenerfahrungen | 8 |
| 2.3.2 Gesundheitliche Auswirkungen eines Intensivaufenthalts | 10 |
| <u>3 Das Intensivtagebuch</u> | <u>14</u> |
| 3.1 Das Konzept | 14 |
| 3.1.1 Idee, Format und Zeitaufwand | 14 |
| 3.1.2 Inhalt | 15 |
| 3.1.3 Indikation | 17 |
| 3.2 Wirksamkeit des Intensivtagebuchs | 17 |
| 3.2.1 Patientenerfahrungen | 17 |
| 3.2.2 Wirkungen auf gesundheitliche Folgen einer Intensivtherapie | 19 |
| <u>4 Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky</u> | <u>22</u> |
| 4.1 Überblick | 22 |
| 4.2 Kohärenzsinn | 24 |
| 4.2.1 Verstehbarkeit | 26 |
| 4.2.2 Handhabbarkeit | 26 |
| 4.2.3 Bedeutsamkeit | 27 |
| 4.2.4 Forschungen zum Kohärenzsinn | 27 |
| 4.3 Generalisierte Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite | 28 |

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <u>5</u> | <u>Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese</u> | <u>30</u> |
| 5.1 | Perspektivwechsel: der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit..... | 30 |
| 5.2 | Verarbeitung des Intensivaufenthalts..... | 31 |
| 5.2.1 | Stärkung des Kohärenzsinns..... | 31 |
| 5.2.2 | Stärkung des sozialen Systems | 36 |
| <u>6</u> | <u>Fazit und Ausblick</u> | <u>38</u> |
| | <u>Literaturverzeichnis:.....</u> | <u>VI</u> |
| | <u>Anhang</u> | <u>XIII</u> |
| | <u>Eidessstaatlicher Erklärung</u> | <u>XVII</u> |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abb.: 1. Zielpyramide (eigene Darstellung)..... | 2 |
| Abb.: 2. Stufenschema der intensivmedizinischen Versorgung (eigene Darstellung in Anlehnung an: Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S.12)..... | 5 |
| Abb.: 3 Sedierungsformen (eigene Darstellung) | 7 |
| Abb.: 4 Post Intensive Care Syndrome nach Needham et al. (2012) | 10 |
| Abb.: 5 Probleme nach Intensivaufenthalt (eigene Darstellung in Anlehnung an Svennigsen et al.,2015, S. 4)..... | 11 |
| Abb.: 6 Gesundheits - Krankheits- Kontinuum (eigene Darstellung nach: Antonovsky, 1997, S. 23)..... | 23 |
| Abb.: 7 Zusammenhang GRR - Stressor - SOC (eigene Darstellung in Anlehnung an Antonovsky, 1997, S.43) | 28 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|
| Tab. 1: Suchbegriffe | XIII |
| Tab. 2: PIKO Schema zur Wirkung des Intensivtagebuchs | XIII |
| Tab. 3: Suchhistorie PubMed nach Interventionsstudien zum Intensivtagebuch | XIV |
| Tab. 4: Literaturübersicht sortiert nach Inhalten | XV |

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: SuchbegriffeXIII
Anhang 2: PIKO Schema.....XIII
Anhang 3: Suchhistorie.....XIV- XV
Anhang 4: Studienübersicht mit inhaltlichem Schwerpunkt.....XV-XVI

1. Einleitung

1 Einleitung

1.1 Problemdarstellung

Ein Aufenthalt auf der Intensivstation stellt ein potentiell einschneidendes und traumatisches Ereignis für Patienten¹ und ihre Angehörigen dar (Schmidt, 2014, o.S.). In Deutschland wurden im Jahr 2015 rund zwei Millionen Fälle intensivmedizinisch behandelt, wovon ungefähr ein Viertel beatmet wurden (Statistisches Bundesamt, 2016). Durch die oft lebensbedrohliche Situation des Patienten können als Konsequenz aus einem Intensivaufenthalt auch Jahre nach der Entlassung psychische, physische und kognitive Einschränkungen resultieren (Davidson et al., 2013, S. 32). Solche Beeinträchtigungen, die bei Patienten und ihren Angehörigen nach einem Intensivaufenthalt vorkommen können, werden in einem Symptomkomplex zusammengefasst und als *Post- Intensive Care Syndrom* (PICS) bezeichnet (Davidson et al., 2013, S. 34). Je nach Studiendesign ergeben sich für das PICS unterschiedliche Prävalenzdaten. Physische Beeinträchtigungen, insbesondere Muskelschwäche und eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, ein Jahr und mehr nach Intensivaufenthalt zeigen 25- 80% der Patienten, die länger als vier Tage beatmet wurden. 30- 80% zeigen kognitive Beeinträchtigungen, welche sich primär durch eine eingeschränkte Gedächtnisleistung sowie Planungs- und Problemlösungsfähigkeit zeigen. Die psychischen Beeinträchtigungen, die in dieser Theis schwerpunktmäßig behandelt werden, befassen sich hauptsächlich mit posttraumatischen Stress, Depressionen, Angst, Halluzinationen, Alpträumen und Schlafstörungen (Harvey, Davidson, 2016, S.382). So zeigt jeder Fünfte Intensivpatient ein Jahr nach Entlassung Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Parker et al., 2015, S.1121). Auf Grundlage dessen bedarf es geeigneter Interventionen, die das Auftreten psychischer Folgen eines Intensivaufenthalts verhindern oder das Risiko dessen Entstehung minimieren. An dieser Stelle ist das aus Dänemark stammende Konzept des Intensivtagebuchs zu nennen. In dem Tagebuch werden tägliche Ereignisse und Fortschritte hauptsächlich von Pflegenden² und Angehörigen für beatmete und sedierte Patienten schriftlich festgehalten und direkt an die Person adressiert. Diese kann das Tagebuch im Nachhinein lesen und es als Möglichkeit der Rekonstruktion, der Aufarbeitung und zur Bewältigung der Zeit auf der Intensivstation verwenden (Nydahl, Knück, Egerod 2015, S.89). Im Jahre 2015 arbeiteten in Deutschland 44 Intensivstationen mit dem Konzept des Intensivtagebuchs und neun planten deren Einführung (Nydahl, Knück, Egerod 2015, S.90). Zahlreiche Studien zeigen den positiven Effekt der Intensivta-

¹ Zur besseren Lesbarkeit beinhaltet die männliche Form stets auch die weibliche.

² Zur besseren Lesbarkeit beinhaltet die weibliche Form stets auch die männliche.

1. Einleitung

gebücher auf ausgewählte Symptome des PICS (Knowles, Terrier, 2009; Jones et al., 2010; Nydahl, Knück, 2010b). Bislang ist die genaue Wirkungsweise des Intensivtagebuchs jedoch nicht vollständig erforscht. Engström, Grip und Hamrén (2009) beziehen Elemente aus der Salutogenese nach Antonovsky auf das Intensivtagebuch. Heindl und Bachlechner (2015) erklären die Wirkungsweise, indem sie eine Parallele zu Copingprozessen ziehen. Genauere Ansätze liegen bisher jedoch nicht vor.

1.2 Zielsetzungen

Auf Grundlage der beschriebenen Problematik widmet sich diese Bachelor Thesis im ersten Schritt der Frage nach den psychischen Folgen eines Intensivaufenthalts und den bisherigen Evidenzen zur Wirksamkeit des Intensivtagebuches auf ausgewählte Symptome des PICS. Im zweiten Teil der Arbeit werden mögliche Erklärungsansätze für dessen Wirksamkeit auf der Salutogenese nach Aaron Antonovsky herausgearbeitet. Hieraus resultiert die folgende Forschungsfrage:

Wie könnte sich die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs in Bezug auf die Verarbeitung eines Intensivaufenthalts aus salutogenetischer Sicht erklären lassen?

Für die Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage orientiert sich diese Thesis an der Zielpyramide, die der Abb. 1 zu entnehmen ist:

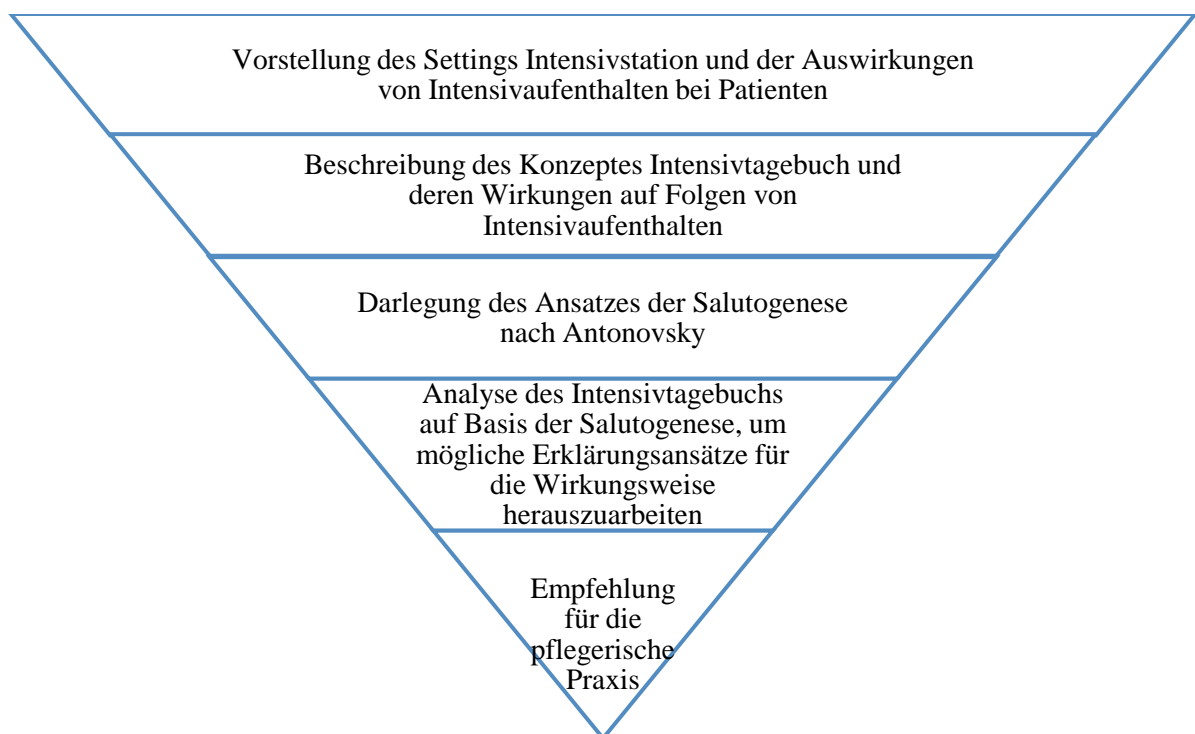


Abb.: 1. Zielpyramide (eigene Darstellung)

1. Einleitung

1.3 Methodik

Um diese Arbeit methodisch zu fundieren und sich der Thematik zu nähern, erfolgt zunächst eine Handsuche in Google und -scholar, mit der sich das Konzept des Intensivtagebuchs vertraut gemacht wurde. Dieses wird durch eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank Medline mithilfe eines geeigneten PIKO Schemas (s. Anhang 2) und operationalisierte Suchbegriffe in englischer und deutscher Sprache (s. Anhang 1) ergänzt, welche mit den Bool'schen Operatoren AND, OR und NOT verknüpft werden. Aus dieser Suche ergeben sich qualitative und quantitative Studien zum Intensivtagebuch, die sich mit Inhaltsanalysen und der Struktur sowie Wirkungen auf bestimmte Symptome beschäftigen (s. Anhang 3). Die Literatur zu den psychischen Auswirkungen von Intensivaufenthalten wird primär per Handsuche gefunden, sekundär über systematische Literaturrecherche.

Weiter wurde mit Peter Nydahl vom Universitätsklinikum Kiel ein Gespräch zur Schwerpunktsetzung und zur relevanten Literatur geführt. Die Auswahl basiert hierbei auf der Tatsache, dass es sich beim Intensivtagebuch um ein Instrument handelt, das nur auf psychische Auswirkungen von Intensivaufenthalten wirken kann. Somit fließen hauptsächlich Studien ein, die derartige Symptome fokussieren. Weiter teilt sich die gefundene Literatur in Studien, die das Tagebuch im Hinblick auf inhaltliche Strukturen darstellen und die Wirksamkeit auf ausgewählte Effektgrößen untersuchen. Erstere haben quantitativ weniger Eingang in diese Thesis, da die inhaltliche Auseinandersetzung nicht schwerpunktmäßig behandelt wird. Hierbei als relevanter eingestufte Literatur zeigen sich Studien, die methodisch eine Inhaltsanalyse vorgenommen haben und eine relativ hohe n- Anzahl aufweisen.

Bei der Auswahl der Studien zur Wirkung des Intensivtagebuchs wird sich zum einen an der Bewertung der Studien, die Nydahl und Knück (2010) in ihrer Übersichtsarbeit vorgenommen haben orientiert, zum anderen auf die Gütekriterien Validität, Objektivität und Reliabilität hin untersucht. Hierbei dient die Checkliste zur Beurteilung von Interventionsstudien von Behrens und Langer als Grundlage (Behrens, Langer, 2010, S. 228ff.). Da es sich beim PICS um eine „neue Entität“ (Tempel, Pfeifer, 2013, S. 1221) handelt, wird hier die Auswahl nach den wissenschaftlichen Gütekriterien durch die geringe Anzahl an Literatur limitiert. Hierdurch wird zwar die Aussage einzelner Studien begrenzt, eine Tendenz ist aber dennoch ableitbar.

Die verwendete Literatur zur Salutogenese basiert vor allem auf Antonovskys Werk *Salutogenese– zur Entmystifizierung der Gesundheit* (1997) und den darin zu findenden

1. Einleitung

Literaturhinweisen. Durch eine Recherche im Campus Katalog, einer Handsuche in Google und -scholar sowie bei Medline wird dieses mit aktuelleren Ergebnissen ergänzt. Dem Anhang 4 ist eine Tabelle mit der hauptsächlich verwendeten Literatur und dem inhaltlichen Fokus zu entnehmen.

Um in die Thematik einzusteigen, sollen zunächst das Setting „Intensivstation“ vorgestellt und zentrale Begriffe dieser Thesis definiert werden.

2. Die Intensivstation

2 Die Intensivstation

2.1 Setting

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) definiert die intensivmedizinische Versorgung als „Überwachung und/ oder Behandlung von Patienten mit gefährdeten bzw. gestörten Vitalfunktionen“ (DGAI. zit. nach: Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S. 11). In einem multiprofessionellen Team arbeiten vor allem Ärzte, Pflegende und Therapeuten eng zusammen, um Patienten mit lebensbedrohlichen Einzel- oder Multiorganerkrankungen und/ oder nach schweren chirurgischen Eingriffen zu stabilisieren (Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S. 11).

Auf Basis zunehmender Modernisierungs- und Technisierungsprozesse ist die intensivmedizinische Behandlung ein leistungsfähiger und spezialisierter Bestandteil unseres Gesundheitssystems geworden, der die Behandlung kritisch kranker Menschen ermöglicht (Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S. 10). Mit einer wachsenden Anzahl möglicher Behandlungsoptionen und -verfahren steigt der Behandlungserfolg und die Nachfrage nach qualitativ hochwertiger medizinischer und pflegerischer Versorgung. So erhöhte sich in den letzten Jahren das Lebensalter derer, die auf der Intensivstation behandelt werden. Was vor Jahrzehnten noch als infauste Diagnosen mit schlechter Prognose bezeichnet wurde, wird nun durch intensivmedizinische Maßnahmen therapierbar. Daraus ableitbar ist, dass die Intensivmedizin zum einem im Bewusstsein der Bevölkerung häufig als der Inbegriff des medizinischen Fortschritts verstanden wird, zum anderen mit der sog. „Gerätemedizin“, die als inhuman und nicht patientenorientiert gilt, assoziiert wird (Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S. 11).

Da die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten aufgrund personeller, struktureller und finanzieller Ressourcen begrenzt sind, ist es notwendig die regionale und krankenhausinterne Verteilung sinnvoll zu gestalten. Daraus resultiert eine vorgegebene Struktur, die der Abb. 2 zu entnehmen ist.

Im folgenden Unterkapitel werden die intensivmedizinisch geprägten Begriffe „Beatmung“ und „Sedierung“ definiert. Dieses

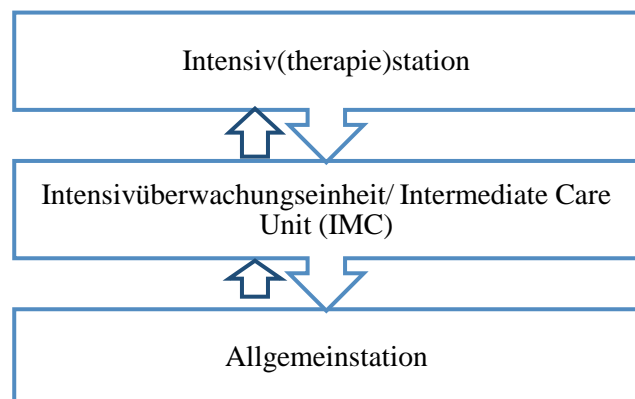


Abb.: 2. Stufenschema der intensivmedizinischen Versorgung (eigene Darstellung in Anlehnung an: Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S.12)

2. Die Intensivstation

erfolgt, da ausschließlich sedierte und beatmete Patienten ein Intensivtagebuch erhalten. Der Begriff der „*Verarbeitung*“ wird in der Forschungsfrage verwendet, weshalb es notwendig ist, diesen kurz zu klären.

2.2 Definitionen

2.2.1 Beatmung

„Die Beatmung ist ein medizinisches Verfahren, das der Unterstützung oder dem Ersatz einer unzureichenden oder nicht vorhandenen Spontanatmung dient.“ (Hircin, o.J.)

Die Indikation zur Beatmung wird gestellt, wenn der Gasaustausch nicht mehr adäquat gewährleistet ist. Dies ist häufig bei respiratorischer Insuffizienz der Fall, welche im Zusammenhang mit verschiedenen ätiopathogenetischen Faktoren auftreten kann. Zu diesen gehören Störungen der Belüftung bzw. der Ventilation der Lunge, der Durchblutung resp. Perfusion des Lungengewebes sowie Störungen im Ventilations- Perfusions- Verhältnis, beispielsweise als Folge einer Pneumonie. Grundsätzlich kann der Patient invasiv oder nicht- invasiv (NIV), beispielsweise mithilfe einer CPAP- Atemmaske, beatmet werden. Als Voraussetzung für die letztere Variante müssen Schutzreflexe und ausreichende Vigilanz gegeben sein (Jahn et al., 2014, S. 77). Die invasive Beatmung ist notwendig, wenn die respiratorische Insuffizienz so massiv ist, dass eine NIV zur Ventilation der Lunge und zum suffizienten Gasaustausch nicht ausreichend ist. In diesem Fall besteht die Möglichkeit der Intubation *„Bei der Intubation wird ein Endotrachealtubus, i.d.R. unter Sicht durch den Kehlkopf in die Trachea vorgeschoben.“* (Schäfer et al., 2015, S. 51). Dieses erfolgt oral oder nasal. Eine Intubation ist nur bei der notfallmäßigen Beatmung, zur Beatmung während einer Narkose, zur kurzzeitigen Beatmungstherapie und zur Beatmung während einer Untersuchung indiziert (Schäfer et al., 2015, S. 51). Als invasive Beatmungsform ist auch die Tracheotomie, bei der die Trachea vorderseitig eröffnet wird, gängig. Dieses erfolgt, wenn eine Intubation nicht möglich oder eine Langzeitbeatmung absehbar ist (Schäfer et al., 2015, S. 93).

2.2.2 Sedierung

Je nach Fachbereich unterscheiden sich die Definitionen von dem Terminus „Sedierung“. Während einige Definitionen Sedierung als eine „*Technik*“ forcieren, sprechen andere von einem „*Bewusstseinszustand*“. Dieses hängt ebenso von der Intention der Sedierung ab: Während in der Intensivmedizin diese primär ein Mittel zum Zweck ist (d.h. Möglichmachen einer Behandlung, Schonung des Kreislaufs, Stoffwechselreduktion, Senkung der Hirnaktivität), stellt Sedierung in der Palliativmedizin einen Ansatz dar, Menschen am

2. Die Intensivstation

Lebensende vor schädigenden Symptomen zu schützen (Weixler, Paulitsch, 2003, S. 21). Die Sedierung umfasst allgemein einen „*neurophysiologischen Zustand bestehend aus Anxiolyse, Hypnose und Amnesie*“ (Weixler, Paulitsch, 2003, S.21). Bei der Anxiolyse handelt es sich um „*die Reduktion einer physischen oder emotionalen Reaktion auf eine reale oder wahrgenommene Gefahr*“ (Weixler, Paulitsch, 2003, S.21). Von Hypnose wird gesprochen, wenn die motorische Aktivität auf ein Minimum beschränkt wird, sodass sich ein schlafähnlicher Zustand einstellt. Amnesie meint die Einschränkung von wahrzunehmende Inhalten und Erinnerungen (Weixler, Paulitsch, 2003, S.21).

Abb. 3. zeigt das Kontinuum der Sedierung mit entsprechender Zunahme der Tiefe. Die minimale Sedierung umfasst einen medikamentös induzierten Zustand, bei dem der Patient auf verbale Anforderungen reagiert. Atmung und Kreislauffunktion bleiben unbeeinflusst. Die moderate (Analgo-) Sedierung bezeichnet einen medikamentös hergestellten Zustand, während dem der Patient zielgerichtet und zweckmäßig auf verbale und taktile Stimulation reagiert. Atmung, Herz-

kreislauffunktion und protektive Reflexe bleiben erhalten. Der Zusatz Analgo- basiert auf dem Wort Analgesie, was in der Schmerztherapie das Ausschalten von Schmerzen meint. Bei der tiefen (Analgo-)Sedierung wird medikamentös eine Bewusstseinstäubung herbeigeführt, aus welcher der Patient nur durch schmerzhafte und wiederholte Stimulation erweckbar ist. Diese Sedierungstiefe wird häufig bei den intubierten Patienten auf der Intensivstation angestrebt. Die Spontanatmung kann beeinträchtigt sein, weshalb der Patient hier assistierende Maßnahmen benötigt. Die kardiovaskulären Funktionen bleiben davon unberührt. Von einer Allgemeinanästhesie wird gesprochen, wenn medikamentös ein Zustand herbeigeführt wird, aus dem der Patient durch Schmerzstimuli³ nicht erweckbar ist. Die Atmung ist in jedem Fall beeinträchtigt, ebenso weisen die kardiovaskulären Funktionen unter Umständen Unterstützungsbedarf auf. Je nach Sedierungsdauer und -tiefe werden primär das Narkotikum Propofol oder Benzodiazepine zur Sedierung verwendet. Diese können mit Schmerzmedikation kombiniert werden (bspw. Piritramid, Fentanyl) (Weixler, Paulitsch, 2003, S.23).

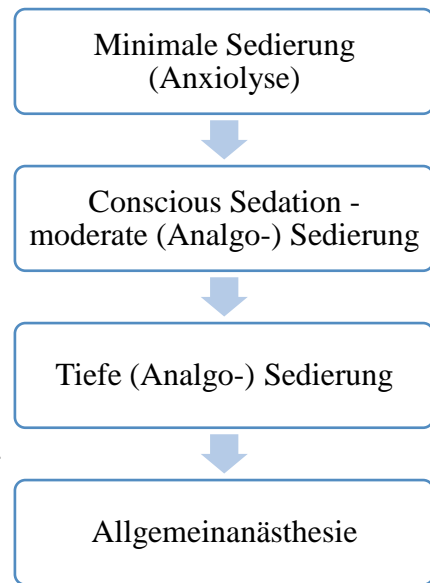


Abb.: 3 Sedierungsformen (eigene Darstellung)

³ Stimulus: Dies meint einen Reiz zur Aktivierung eines Verhaltens (Springer Gabler Verlag, o.J.)

2. Die Intensivstation

Beatmung und Sedierung umfasst Begriffe, die in der intensivmedizinischen Behandlung geläufig sind und die Indikation zur Erhaltung eines Intensivtagebuchs stellen. Da das Intensivtagebuch eine Hilfe zur „Verarbeitung“ der Intensivzeit ist, soll dieser Begriff zunächst geklärt werden.

2.2.3 Verarbeitung

Dem Duden zufolge sind die Termini „*Verarbeitung*“ und „*Bewältigung*“ synonym zu verwenden (Duden, o.J.a). Bewältigung meint im psychologischen Sinne das Fertigwerden mit Konflikten und Schwierigkeiten (Hechhausen, 1989, S. 119). Das Bedeutungswörterbuch des Dudens setzt das Verb „*verarbeiten*“ mit „*etwas geistig bewältigen*“ gleich (Duden, 1985, S. 695). Dieses hängt eng mit dem englischen Begriff „*Coping*“ (von *engl.: to cope with*= bewältigen, überwinden) zusammen, was eine Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen meint, die der Auseinandersetzung mit Anforderung und belastenden Situationen dienen (Häcker, Stampf 1994, S. 138). Von Coping ist vor allem in der medizinischen Psychologie die Rede, wo auch häufig von Copingressourcen und -strategien gesprochen wird. Das Intensivtagebuch ist ein pflegerisches Instrument und stellt keine eigene Copingstrategie dar, sondern wirkt im Coping lediglich unterstützend (Heindl, Bachlechner, 2015, S. 99). Aufgrund dessen fokussiert diese Arbeit das Intensivtagebuch als Hilfe bzw. Angebot zur Verarbeitung der Intensivzeit, da diese für Patienten häufig eine klassische Krisensituation darstellt (Schmidt, 2014, o.S.). Solche Erfahrungen sind auf multifaktorielle Ursachen zurückzuführen, die aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden können. Aus medizinischer Sicht kann es im Nachgang an einen Intensivaufenthalt zu verschiedenen physischen und psychischen Beeinträchtigungen kommen, auf welche der Punkt 2.3.2 genauer eingeht. Was ein solch kritisches und existenzielles Ereignis für die Patienten bedeutet und wie sie das Setting Intensivstation wahrnehmen, soll im folgenden Punkt erörtert werden.

2.3 Der Intensivaufenthalt für den Patienten

2.3.1 Patientenerfahrungen

Eggers und Bollenbach (2013) tragen zusammen, dass sedierte Patienten, obwohl sie augenscheinlich nicht kommunizieren, Aspekte aus ihrer Umwelt auf- und wahrnehmen. Zwar können sie diese oftmals nicht in einen logischen Kausalzusammenhang bringen, jedoch erinnern sich die Patienten im Nachhinein an einzelne Fragmente aus der Zeit des Intensivaufenthalts (Eggers, Bollenbach, 2013, S. 43). Griffiths und Jones (2001) sprechen in diesem Zusammenhang von „*delusional memories*“, d.h. traumhafte, aber als real emp-

2. Die Intensivstation

fundene Erinnerungen (Griffiths, Jones, 2001, S. 345). So klagen mehr als ein Fünftel der Patienten (22,5%) über Alpträume und 12,8% berichteten „*strange things*“ gesehen zu haben (Alasad, Tabar, Ahmad, 2015, S.859). Patienten berichten in diesem Zusammenhang von traumhaften Erinnerungen, bei denen sich Realität und Illusion vermischt. Als Beispiel berichtet eine Patientin, sie habe geträumt, sie wäre ein harpunierter Wal, der große Schmerzen erleide. In Wirklichkeit empfand sie diesen Schmerz beim Legen eines zentralen Venenzugangs (Wüstenhagen, 2015, S. 1). Es wird diskutiert, ob ein Zusammenhang zwischen den real erlebten Träumen und dem Einsatz von Stresshormonen (Katecholaminen) unter Pharmaka zur Sedierung (bspw. Midazolam) existiert (Schelling, 2008, S. 229).

Zudem empfinden es Menschen auf der Intensivstation als besonders belastend, wenn sie sich nicht als Person angesprochen fühlen und daraufhin unangekündigt Tätigkeiten durchgeführt werden, wie durch spontane Berührungen und überraschendes Bewegungen. Patienten berichten, dass sie sich als Reaktion in sich zurückzogen und versuchten das Umfeld auszublenzen (Eggers, Bollenbach, 2013, S. 43). Hierbei kommt häufig noch das Schmerzempfinden hinzu, wie beim überraschenden Ziehen einer Drainage (Eggers, Bollenbach, 2013, S. 43).

Ein weiterer Faktor, der von Hinton (2016) thematisiert wird, ist die Lautstärke auf der Intensivstation. Nach Vorgaben der World Health Organization (WHO) sollte die Lautstärke auf einer Intensivstation nicht höher sein als in einer Bibliothek, was einem Schalldruckpegel von 35 Dezibel (dB) entspricht. Eine Studie aus Großbritannien zeigt in diesem Zusammenhang Werte von bis zu 85dB auf Intensivstationen, was ungefähr der Lautstärke auf einer Hauptstraße entspricht (Darbyshire, Young, 2013). Bei Dauerbelastung kann es bei solcher Lautstärke zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Ab 80dB kann es zu einer Minderung des Hörvermögens sowie psychischen Auswirkungen in Form von Stress kommen (Bayerisches Landesamt für Umwelt, 2017, S. 5-6). Der Lärm auf der Intensivstation erschwert es den Patienten in der Phase der Genesung Ruhe zu finden. Die vorkommenden Alarme empfinden die Patienten als beängstigend und verwirrend. Einerseits stören sie zusammen mit dem kontinuierlichen Vorhandensein von Licht den Tag- Nacht-Rhythmus, andererseits berichtet Hinton, dass das fehlende Wissen über deren Bedeutung Angst und Unsicherheit auslösen (Hinton, 2016, S. 1):

2. Die Intensivstation

“The beeping of the life support systems communicates to staff that is all well or that something is wrong and needs their urgent attention. As a patient you can’t distinguish between these” (zit. nach: Hinton, 2016, S. 1).

Der Tag– Nacht Rhythmus wird weiter durch gängigen Arbeitsabläufe gestört, welche keine Rücksicht auf Ruhezeiten nehmen, was zusätzlich Stress beim Patienten impliziert (Eggers, Bollenbach, S.43). Dieses wird dadurch bestätigt, dass knapp die Hälfte der Patienten (46,8%) während des Aufenthalts nicht wussten, ob es Tag oder Nacht war (Alasad, Tabar, Ahmad, 2015, S.859).

2.3.2 Gesundheitliche Auswirkungen eines Intensivaufenthalts

Mit zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin, steigt die Anzahl der Patienten, die einen Intensivaufenthalt überleben. Solch existenzielle Erfahrungen machen es notwendig, sich mit den möglichen physischen, psychischen und sozialen Folgen einer Intensivtherapie zu beschäftigen (Tempel, Pfeifer, 2013, S. 1221). Needham et al. (2012) fassten solche Auswirkungen in einem Symptomkomplex zusammen und bezeichneten diesen als *Post- Intensive- Care- Syndrome* (PICS). Dieses Syndrom umfasst verschiedenen neuropsychiatrischen und körperlichen Symptome, welche bei Patienten und/ oder deren Angehörigen (Family – PICS= PICS- F) nach einem Intensivaufenthalt auftreten können (s. Abb.4.). Einzelne Krankheitsbilder des PICS werden im Folgenden genauer beschrieben. Hierbei liegt der Fokus nicht auf den physischen Folgen einer Intensivbehandlung, sondern auf den mentalen und psychischen Auswirkungen. Weiter wird im Rahmen der Arbeit nicht auf das PICS- Familie eingegangen.

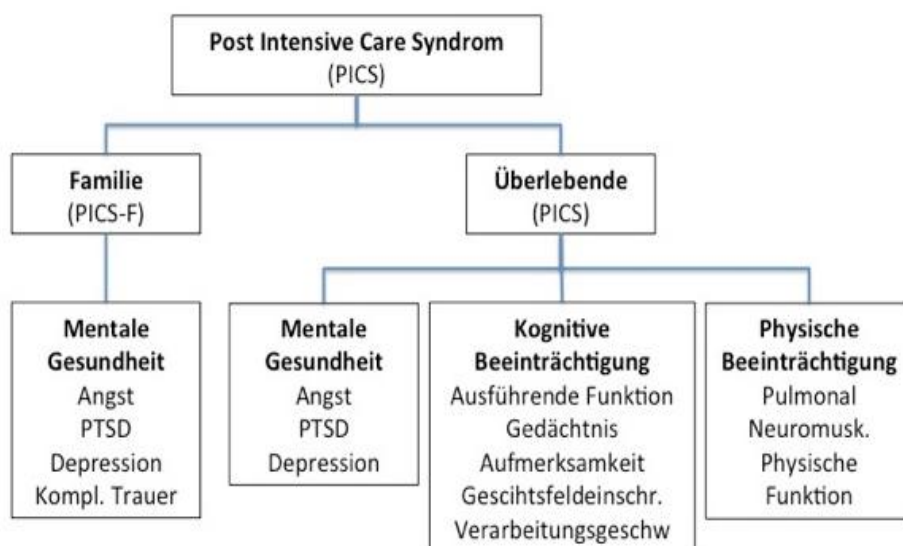


Abb.: 4 Post Intensive Care Syndrome nach Needham et al. (2012)

2. Die Intensivstation

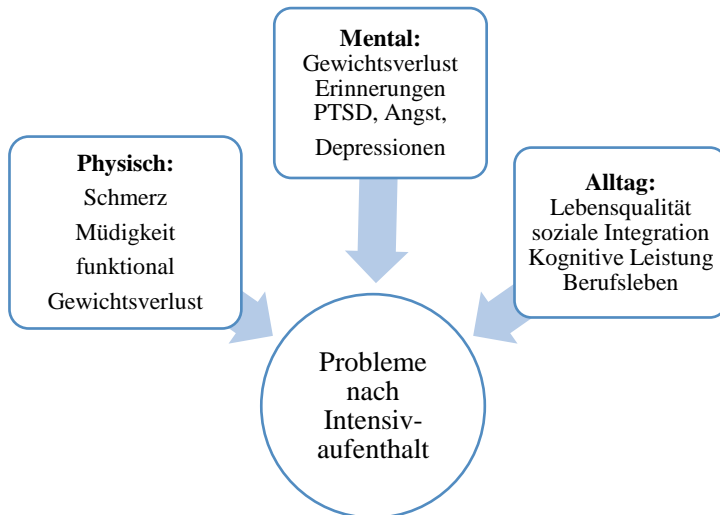


Abb.: 5 Probleme nach Intensiv-aufenthalt (eigene Darstellung in Anlehnung an Svernignsen et al., 2015, S. 4)

In Abb. 5 werden die verschiedenen Dimensionen der Auswirkungen von Intensivbehandlungen dargestellt und die Hauptprobleme zusammengefasst.

Harvey und Davidson (2016) zeigen, dass weniger als 10% der Intensivpatienten, die mehr als vier Tage lang beatmet wurden, nach einem Jahr wieder uneingeschränkt selbstständig sind. So benötigten 50% der Intensivpatienten und 75%

der Beatmeten ein Jahr nach der Entlassung weiterhin Unterstützung in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ATLs)⁴. Ebenso ist die Hälfte der Intensivpatienten, die wegen respiratorischen Störungen behandelt worden sind, noch nicht wieder ins Berufsleben zurückgekehrt (Harvey, Davidson, 2016, S. 383). Eine als Folge der Intensivbehandlung erworbene Muskelschwäche (engl. *ICU– acquired weakness*) zeigt sich bei 35% der beatmeten Patienten und bei 50% derer, die während des Aufenthalts unter einer Sepsis litten (Davidson, Harvey, 2013, S. 32).

Da es sich beim Intensivtagebuch um ein pflegerisches Instrument handelt, welches primär auf die psychischen Folgen eines Intensiv-aufenthalts Einfluss nehmen kann (Nydahl et al, 2011, S. 3), werden diese im Folgenden zusammenfassend dargestellt. Hierbei soll die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf der posttraumatischen Belastungsstörung und der Depression nach Intensiv-aufenthalt liegen. Im Anschluss soll auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität eingegangen werden.

Nach der International Classification of Diseases (ICD-10) gliedert sich die Belastungsreaktion in eine akute und eine chronifizierte Variante. Erstere wird als akute Belastungsreaktion in F43.0 im ICD- 10 deklariert und wie folgt definiert:

⁴ ATL: „[...] bezeichnet einen Kernbegriff aus einem Pflegemodell, das von Juliane Juchli 1977 entwickelt wurde“. Damit sind alle Aktivitäten gemeint, die sich auf den alltäglichen Verrichtungen beziehen; sie beschreiben die Grundbedürfnisse des Menschen (MDK, o.J.)

2. Die Intensivstation

„Die akute Belastungsreaktion ist [...] eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt“ (ICD– 10, F43.0).

Die posttraumatische Belastungsstörung (engl. *posttraumatic stress disorder*= PTSD) tritt nach einem belastenden Ereignis mit einer Latenz auf, die Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist i.d.R. länger als bei der akuten Belastungsreaktion. Sie wird nach dem ICD- 10 F43.1 definiert:

„[Die PTSD, d. Verf.] entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD– 10, F43.1.).

Als typische Symptome gelten das wiederholte Erleben des Traumas in Form von Flashbacks bzw. Nachhallerinnerungen, in Träumen oder Albträumen. Weiter charakterisiert sich die PTSD durch ein Gefühl der Stumpfheit und der Betäubung sowie Teilnahmslosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen. Vegetativ treten häufig Vigilanzsteigerungen, eine übermäßige Schreckhaftigkeit sowie Schlafstörungen auf. Angst und Depression koexistieren häufig mit einer PTSD (ICD – 10, F43.1.).

Eine Metaanalyse von Parker et. al (2015), welche 40 Artikel einschloss (n-gesamt= 4260 Patienten), ergibt eine Prävalenz für PTSD Symptome von 22- 24% ein Monat bis ein Jahr nach dem Intensivaufenthalt. Somit erleidet im Durchschnitt jeder fünfte Patient im Nachgang eines Intensivaufenthalts eine PTSD (Parker et. al., 2015, S. 1125). Die Metaanalyse identifiziert zwei starke Prädiktoren, die mit PTSD assoziiert werden: Sedierung und frühe Erinnerungen an traumatisch empfundene Ereignisse aus der Intensivzeit. Es ist unklar, ob eine Sedierung mit Benzodiazepinen selbst das Risiko eine PTSD zu entwickeln erhöht oder ob Patienten mit präorbider gesteigerter Angst nur mehr Sedierung benötigen. Weiter korreliert eine positive Psychopathologie vor der Intensivbehandlung mit dem Auftreten von PTSD Symptomen danach (Parker et. al, 2015, S. 1125).

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen und zeichnet sich durch eine gedrückte Stimmung und eine Verminderung von Antrieb und Aktivität aus (ICD 10, F32.-). Nach Intensivaufenthalt zeigen Davydow, Gifford und Desai (2009) zufolge 28% der Patienten

2. Die Intensivstation

nach einem bis zwölf Monaten klinische Symptome einer Depression. Aus einer Metaanalyse von Rabiee et al. (2016) mit 42 eingeschlossenen Artikeln (n- gesamt= 4113 Patienten) geht hervor, dass jeder Dritte im Zeitraum von zwölf Monaten nach Entlassung klinisch relevante Symptome einer Depression aufweist (Rabiee, 2016, S. 1).

Die Faktoren, die das PICS als mögliche Folgen einer Behandlung auf der Intensivstation zusammenfasst, münden in die Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (engl.: *health related quality of life* =HRQOL)⁵.

Die 2016 publizierte, prospektive Observationsstudie von McKinley et al. eruiert auf Grundlage valider Instrumente die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Intensivpatienten sechs Monate nach ihrer Entlassung, Hierbei orientiert sie sich an physische, psychischen und sozialen Aspekten, wie bspw. Schmerz, körperliche Funktionalität, generelle Gesundheit, Vitalität, Belastbarkeit oder emotionale Gesundheit. Weiter bezieht die Studie zur Beurteilung der HRQOL mögliche Angst-, Depressions- oder PTSD- Symptome ein. Ebenso wird die Schlafgesundheit und mögliche Erinnerungen an den Intensivaufenthalt in Form von Geräuschen, belastenden Ereignissen und Zufriedenheit mit der Versorgung eingeschlossen. Die Studie umfasst 193 Patienten von drei verschiedenen Intensivstationen aus Australien. Sechs Monate nach der Entlassung weisen knapp ein Drittel der Patienten einen mittelmäßigen bis unzureichenden Gesundheitszustand (24.6%) auf (McKinley et al., 2016, S. 55). Insgesamt zeigt sich eine niedrigere HRQOL als bei der restlichen (australischen) Bevölkerung. Deutlich wird, dass die Schwere der Erkrankung, die Länge des Intensivaufenthalts und die Schlafqualität nach sechs Monaten die primären Determinanten der empfundenen Lebensqualität sind (McKinley et al., 2016, S. 56). Ebenso die Einschränkung der physischen und mentalen Belastbarkeit sowie die daraus resultierende Rollenverteilung in sozialen Systemen zeigt sich als stressauslösend und wirkt sich somit negativ auf die HRQOL aus (McKinley et al., 2016, S. 57).

Erkennbar wird, dass aus einem Intensivaufenthalt verschiedene psychische und soziale Folgen für den Patienten resultieren können. Daraus resultiert die Notwendigkeit geeigneter Interventionen, die dessen Auftreten verhindern und/ oder reduzieren. Das Intensivtagebuch stellt hier einen Ansatz dar, welcher im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

⁵ HRQOL: Der Begriff wurde ab 1980 geprägt mit dem Ziel “to encompass those aspects of overall quality of life that can be clearly shown to affect health— either physical or mental” (zit. nach: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2016).

3. Das Intensivtagebuch

3 Das Intensivtagebuch

3.1 Das Konzept

3.1.1 Idee, Format und Zeitaufwand

Das Intensivtagebuch ist ein in den 1980er Jahren in Dänemark entwickeltes Konzept, welches zum Ziel hat psychische und mentale Auswirkungen von Intensivaufenthalten bei Patienten zu lindern (Nydahl, Knück, Egerod, 2015, S. 89). Hierbei setzt es einerseits bei bereits bestehenden Folgen wie bspw. einer Depression an, andererseits kann auch eine präventive Wirkung nicht ausgeschlossen werden (Egerod et al, 2012, o.S)

Bei dem Intensivtagebuch handelt es sich um eine pflegerische Intervention für sedierte und beatmete Patienten auf der Intensivstation, die Ereignisse des Tages verständlich zusammenfasst (Nydahl et al, 2014, S.38). Im englischsprachigen Raum wird das Intensivtagebuch als „*Intensive Care Unit- Diary*“ (ICU- Diary) oder als „*patient diary*“ bezeichnet (Knück, Nydahl, 2008, S. 249-250).

Bisher gibt es noch kein einheitliches Format für das Intensivtagebuch, welches sich als universell einsetzbar erwiesen hat. Zumeist werden (Ringbuch-) Hefter im A4 oder A5 Format verwendet. Möglich sind außerdem fertige Tage- oder Notizbücher (Knück, Nydahl, 2008, S. 252).

Das Tagebuch ist primär eine pflegerische Methode, um dem Patienten die Ver- und Aufarbeitung des Intensivaufenthalts zu erleichtern. Ebenso können Angehörige, Freunde und anderes medizinisches Personal in das Tagebuch schreiben. Durch Eintrag des Namens und des Datums kann der Patient im Nachhinein erkennen, wer wann geschrieben hat. Die Eintragungen von den Angehörigen erscheinen für diese selbst sowie für den Patienten besonders wichtig (Knück, Nydahl, 2008, S.251). Der Patient erkennt so, dass er in der Zeit der Erkrankung nicht alleine war und Unterstützung durch die Angehörigen erhielt (O’Gara, Pattinson, 2016, S.4). Roulin, Hurst und Spirig (2007) weisen darauf hin, dass das Ausformulieren von Beobachtungen und Sorgen für die Angehörigen eine Hilfe zur Bewältigung sein kann (Roulin, Hurst, Spirig, 2007, S. 893). Ebenso ist auch eine Weiterführung des Tagebuchs durch den Patienten zielführend. Das Schreiben könnte eine Copingstrategie⁶ zur Bewältigung der Erfahrungen auf der Intensivstation sein (Knück, Nydahl, 2008, S. 251; Rier, 2000, S. 68f.).

⁶ Coping (Bewältigung): „alle kognitiven, emotionalen und behaviouralen Anstrengungen, die dazu dienen Belastung und Stress zu bewältigen“ (Trautmann- Sponsel zit. nach Städtler, T. 1998, S, 124).

3. Das Intensivtagebuch

In einer 2014 publizierten Untersuchung von Nydahl et al. wird der Zeitaufwand für das Schreiben des Intensivtagebuchs untersucht. Hier dauerte das Schreiben eines alltäglichen Eintrags im Durchschnitt 5,31 Minuten, während das Verfassen des Ersteintrags mit 9,33 Minuten länger ausfiel. Erkennbar ist, dass sich die Zeit je nach Erfahrung der Pflegekraft bzgl. des Schreibens des Tagebuchs unterscheidet. Pflegenden, die ihren ersten Eintrag verfassen, benötigen im Durchschnitt 4,47 Minuten, während solche mit Vorerfahrung 6,13 Minuten brauchen (Nydahl et al., 2014, S. 40). Zu Beginn empfehlen Nydahl und Knüick (2010) ein- bis dreimal pro Schicht einen Eintrag zu verfassen, bei stabilen Verläufen genügt einmal täglich (Nydahl, Knüick, 2010b, S. 32).

3.1.2 Inhalt

Zur inhaltlichen Ausgestaltung ist vorab anzumerken, dass die Einträge den Patienten direkt ansprechen. Der erste Eintrag stellt eine hervorgehobene Relevanz dar, da er dokumentiert, wie und warum der Patient aufgenommen wurde. Dies ist notwendig, da Patienten sich oftmals daran nicht erinnern können. Ebenso dient der erste Eintrag dazu dem Patienten auf das Ziel des Intensivtagebuchs aufmerksam zu machen (Nydahl, Knüick, 2010b, S.31). Nachstehend ein Beispiel für einen möglichen ersten Eintrag:

„Hallo Frau xy,

Sie sind heute Morgen zu Hause zusammengebrochen und Ihr Mann hat gleich den Notarzt gerufen, der Sie sofort ins Krankenhaus gebracht hat. Sie sind sehr erschöpft gewesen und mussten künstlich beatmet werden. Dazu bekommen Sie Medikamente, die Sie tief schlafen lassen. Viele Patienten berichten nach so einem Schlaf, dass Sie geträumt hätten. Vielleicht tun Sie das auch. Damit Sie diese Träume verstehen können und wissen, was in der Zeit passiert ist, schreiben wir das Tagebuch für Sie. Wir hoffen, dass es mal eine Hilfe für Sie sein wird.“ (zit. nach: Nydahl, Knüick, 2010a, o.S.).

Weiter befassen sich die nächsten Einträge mit dem täglichen Zustand des Patienten, Ereignissen, Entwicklungsschritten, Besuchen und Interessen des Patienten (Börse, Tiere, Fußball, Politik etc.) (Nydahl, Knüick, 2010b, S. 32). Der Schreibstil wird von Egerod und Christensen (2010) als *„persönlich, beruhigend, erzählend und unterstützend“* umschrieben (Egerod, Christensen, 2010, S. 1452). Es erweist sich als sinnvoll, gelegentlich reflexive Fragen zu integrieren: *„Wir fragen uns, über was sie nachdenken?“* (zit. nach: Knüick, Nydahl, 2008, S. 251). Diese können den Patienten anregen, ihren Erinnerungen und Erfahrungen im Nachhinein Sinn und Bedeutung zu geben, indem eine erneute Auseinander-

3. Das Intensivtagebuch

setzung mit dem Erlebten gefördert wird (Knück, Nydahl, 2008, S. 251). Die reflexiven Fragen können zusätzlich mit Umweltbeschreibungen kombiniert werden:

„Am Fuß Ihres Bettes ist eine Maschine, die ein tickendes Geräusch von sich gibt. Andere Patienten haben gesagt, es würde sich wie ein Bootsmotor anhören. Ich frage mich, wie sich das für Sie anhört?“ (zit. nach: Knück, Nydahl, 2008, S. 251).

Nach Knück und Nydahl (2008) führen solche offenen Fragestellungen dazu, dass Patienten zu einer selbstbestimmten Rekonstruktion ihrer Erinnerung angeregt werden, sodass sie in der Lage sind ihre Erinnerungslücke mit der eigenen, subjektiven Wirklichkeit in Einklang zu bringen. Hierbei gehe es nicht darum, die Erinnerungen von außen zu rekonstruieren (Knück, Nydahl, 2008, S. 251).

Inhaltlich identifizieren Roulin, Hurst und Spirig (2007) vier Hauptthemenbereiche: *„sharing the story, sharing the presence, sharing feelings, and sharing through support“*. Somit erweist sich das Intensivtagebuch zum einen als Informationsmittel für Angehörige und den Patienten, zum anderen als Möglichkeit Mitgefühl, Anteilnahme und Beistand zum Ausdruck zu bringen (Roulin, Hurst, Spirig, 2007, S. 893). Perier et al. (2013) erweitern dies in einer phänomenologischen Analyse um die Perspektive des Personals, das mit dem Intensivtagebuch arbeitet. Zum einen stellt das Intensivtagbuch auch hier eine Möglichkeit der Informationsgabe und der Anteilnahme dar, zum anderen reduziert es die zwischenmenschliche Distanz und kann somit für das Personal ein Weg des Zugangs zu den Angehörigen und dem Patienten darstellen (Perier et al., 2013, S. 2; Combe, 2005, S. 34).

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zug die Verwendung von Fotos, die die Umgebung und den Patienten zeigen. Zwar wird dies aus pflegerischer Perspektive kontrovers diskutiert (Egerod et al., 2007, S. 159), jedoch geben die Patienten im Nachgang ein durchweg positives Feedback. Nach Combe (2005) hilft es den Patienten sich ein realistisches Bild von sich selbst und dem Zustand ihrer Erkrankung zu machen sowie zu verstehen, warum ihre Genesungszeit langwierig war (Combe, 2005, S. 33). Weiter können falsche Vorstellungen von der Umgebung wie auch Träume und Halluzinationen mit der Realität abgeglichen werden (Storli, 2007, S.47). Photographien von und mit Angehörigen im Setting Intensivstation haben zudem den Effekt, dem Patienten zu vermitteln, dass er in der Zeit auf der Intensivstation nicht alleine ist (Combe, 2005, S. 33).

3. Das Intensivtagebuch

3.1.3 Indikation

Ein Intensivtagebuch wird bei Patienten eingesetzt, die aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung sediert und beatmet werden müssen. Hierbei hat sich in der Literatur ein Sedierungs- und Beatmungszeitraum von mehr als drei Tagen etabliert. Weiter muss ein Überleben des Patienten erwartet werden. Bei einigen Krankheitsbildern ist dieser Zeitraum besser zu kalkulieren als bei anderen, sodass direkt am ersten Tag mit den Einträgen begonnen werden kann. Erstreckt sich der Sedierungs- und Beatmungszeitraum unerwartet über mehr als drei Tage, müssen die ersten Einträge retrospektiv geschrieben werden (Knück, Nydahl, 2008, S. 251). Combe (2005) zeigt auf, dass Tagebücher ebenso für Angehörige von Verstorbenen hilfreich sind. Die Familien seien froh, die letzten Tage genau zu rekonstruieren, um sich an ihren Angehörigen besser erinnern zu können (Combe, 2005, S. 34).

Auf Basis des vorgestellten Konzepts des Intensivtagebuchs stellt sich die Frage nach einer Wirkungsweise auf die verschiedenen psychosozialen Auswirkungen von Intensivaufenthalten. Dieses wird im Folgenden zunächst aus Perspektive des Patienten betrachtet. Im Nachgang werden die Wirkungen bei einzelnen psychische Erkrankungen und der gesundheitsbezogene Lebensqualität herausgearbeitet.

3.2 Wirksamkeit des Intensivtagebuchs

3.2.1 Patientenerfahrungen

Von dem Konzept des Intensivtagebuchs scheinen Angehörige und Patienten im Hinblick auf die Verarbeitung der Zeit kritischer Krankheit zu profitieren (Nydahl et al, 2011, S. 1). Nydahl et al. (2011) untersuchen in einer fragebogenbasierten Evaluationsstudie (n=25) wie die Patienten das Intensivtagebuch bewerten. Insgesamt bewerten die Probanden das Tagebuch als positiv. Obwohl die Betroffenen angeben zunächst überrascht gewesen zu sein, als sie das Intensivtagebuch erhielten und über die Intention aufgeklärt wurden, motivierten die Probanden die Untersucher mit dem Schreiben des Tagebuchs künftig fortzuführen (Nydahl, et al., 2011, S. 3). Explizit die Hilfe zum Verstehen der Intensivzeit wird von fast allen Patienten hervorgehoben, welches anhand der folgenden Aussagen deutlich wird:

„Um das Geschehene zu verstehen, war das Intensivtagebuch eine große Hilfe für mich.“

„Habe keine eigene Erinnerung an die Intensivstation, so habe ich sie erhalten.“

(zit. nach: Nydahl et al, 2011, S. 3).

3. Das Intensivtagebuch

In der Studie von Combe (2005) werden 35 Patienten zwei, sechs und zwölf Monate nach Entlassung in strukturierten Interviews zu ihren Erfahrungen mit dem Intensivtagebuch befragt. Die Patienten berichten, dass ihnen das Intensivtagebuch dabei hilft, zurück ins alltägliche Leben zu finden. Für einige stellt es eine Reflexions- bzw. Debriefingmethode⁷ dar, mit der sie die Zeit verarbeiten und anhand der Daten und Ereignisse in einen chronologischen Zusammenhang bringen können (Combe, 2005, S. 34).

O’Gara und Pattinson (2016) explorieren in qualitativen Interviews (n=8) mit Patienten ein bis drei Jahre nach der Entlassung von der Intensivstation die Wirkung des Intensivtagebuchs. Die Probanden berichten, dass die Intensivzeit sich „*verloren*“ und wie „*ein Kampf anfühlt*“ (O’Gara, Pattinson, 2016, S. 3). Das Tagebuch helfe ihnen dabei, die Zeit im Nachhinein zu rekonstruieren. Die Autoren resümieren, dass den Patienten durch das Lesen klar wurde, in was für einem kritischen Zustand sie sich befunden haben. Diese Einsicht wirke sich nun auf die Wertschätzung ihres eigenen Lebens und die Dankbarkeit gegenüber dem Personal und den Angehörigen aus. Zudem erkennen die Patienten durch das Tagebuch, dass sich in einer Zeit, in der sie sich ausgeliefert und verletzlich fühlten, um sie gekümmert worden ist. Darüber hinaus macht das Tagebuch Erfolge und Fortschritte sichtbar, worin eine Quelle der Motivation für die Genesungszeit liegen kann. Alpträume und verzerrte Erinnerungen können durch das Tagebuch abgeglichen werden. Alle Probanden berichten, dass die Einträge von Familienmitgliedern für sie besonders bewegend und für die Verarbeitung hilfreich waren. Insgesamt schlussfolgern die Autoren, dass das Tagebuch einen wichtigen Beitrag zur emotionalen und psychischen Genesung leisten kann (O’Gara, Pattinson, 2016, S. 3-5).

Storli und Lind (2009) führen qualitative Interviews (n=24) durch und zeigen auf, dass das Tagebuch Reflexionen induziert und Gespräche über die Zeit der Intensivstation öffnet. Auf Patienten wirkt das Tagebuch vertrauensenerweckend und fürsorglich. Patienten zeigen sich dankbar für das Engagement und nehmen das Tagebuch als nachhaltig „*gute Pflege*“ wahr (Storli, Lind, 2009, S. 55ff.).

Engström, Grip und Hamrén (2009) untersuchen die Erfahrungen mit dem Intensivtagebuch in qualitativen Interviews (n=9) und identifizieren dabei vier Hauptkategorien: „*being afraid and being deeply touched, appreciating close relatives’ notes, a feeling of unreality*“

⁷ Debriefing: „*das Nachbereiten und die gemeinsame Analyse einer wichtigen Situation, [oder, d. Verf.] eines Ereignisses*“ (Stangl, 2017, o.S.).

3. Das Intensivtagebuch

and gaining coherence“ (zit. nach: Engström, Grip, Hamrén, 2009, S. 63). Das erste Lesen verbanden die Probanden mit starken emotionalen Reaktionen, die von Freude über das Überleben bis hin zur Überraschung und Entsetzen über das Geschehene reichen. Es fällt ihnen beim ersten Lesen schwer fortzufahren, sodass die Probanden erst zu einem späteren Zeitpunkt weiterlesen können. Zudem berichten die Patienten, dass besonders die Einträge der Angehörigen für sie von zentraler Bedeutung sind. Dies begründen sie vor allem damit, dass Angehörige sich auf die alltäglichen Aspekte fokussiert haben, wohingegen das Personal häufig medizinische Belange beim Schreiben in den Vordergrund stellt. Ebenso beschrieben die Patienten beim Lesen ein Gefühl der Irrealität, da sie sich an viele Ereignisse aus der Zeit der Intensivstation nicht oder nur marginal erinnern können. Besonders wichtig für die Patienten erscheint die persönliche und humane Sprache, in der die Einträge verfasst sind (Engström, Grip, Hamrén, 2009, S. 63-64). Die Autoren fazitieren, dass das Intensivtagebuch für die Patienten eine Art Sinngebung für das Leiden bedeuten kann, was sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken kann. Da die Zeit auf der Intensivstation nicht als verloren und bedeutungslos angesehen wird, könnte es für den Patienten leichter sein wieder in den gewohnten Alltag zurückzufinden (Engström, Grip, Hamrén, 2009, S. 65).

Als negative Assoziationen werden vor allem die Aufregung und die starken emotionalen Reaktionen beim ersten Lesen beschrieben (Nydahl, Knück, 2010b, S. 32). Die anzunehmende Vermutung, dass es durch die Beschreibung der Ereignisse erst zu Flashbacks kommen kann, verneinen Nydahl und Knück (2010). Eher komme es zu Abmilderung der Symptome (Nydahl, Knück, 2010b, S. 32).

Nachstehend wird die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf die unter 2.3.2. beschriebenen Folgen von Intensivaufenthalten wie PTSD, Angst, Depression und die gesundheitsbezogene Lebensqualität betrachtet.

3.2.2 Wirkungen auf gesundheitliche Folgen einer Intensivtherapie

Die Behandlung als potentiell traumatisch eingestufte Behandlung auf der Intensivstation kann starke Reaktionen, wie Angst, Hilflosigkeit und Grauen hervorrufen (Jones et al., 2010, S.1.). Dies kann in Kombination mit Flashbacks, Vermeidung der Situation und reduzierter Alltagskompetenz⁸ zur Diagnose der PTSD führen. Jones et al. (2010) untersuchen die Wirkung des Intensivtagebuchs in Bezug auf die Ausbildung einer PTSD in einer

⁸ Alltagskompetenz meint, „dass ein Erwachsener die alltäglichen Aufgaben innerhalb seiner Kultur selbstständig und unabhängig in einer eigenverantwortlichen Weise erfüllen kann.“ (MDK, o.J.)

3. Das Intensivtagebuch

randomisierten und kontrollierten Interventionsstudie. Betrachtet werden Intensivpatienten, die mehr als 72 Stunden sediert und beatmet worden sind und die vorher keine psychischen Störungen aufwiesen (n=352). Die Interventionsgruppe erhielt das Tagebuch einen und die Kontrollgruppe drei Monate nach Entlassung. Beide Gruppen werden auf Symptome der PTSD mithilfe des ICU- Memory Tool⁹ getestet mit dem Ergebnis, dass nach drei Monaten 13,1 % der Patienten der Kontrollgruppe und 5% in der Interventionsgruppe neu auftretende Symptome einer PTSD aufweisen (p=0,02) (Jones et al. 2010, S. 6). Die Autoren resümieren auf Grundlage der Daten, dass Patienten, die einen Monat nach Entlassung PTSD Symptome verzeichnen, von dem Intensivtagebuch am stärksten profitieren (Jones et al., 2010, S.10).

Knowles und Terrier (2009) untersuchen in einer randomisierten und kontrollierten Interventionsstudie den Effekt des Intensivtagebuchs auf Depressionen und Angstzustände. Hierzu rekrutieren sie 36 Patienten, die länger als 48 Stunden auf der Intensivstation verblieben sind. Den Probanden der Interventionsgruppe wird das Tagebuch im Rahmen eines Nachsorgebesuches (Follow- Up Besuch) durch eine Pflegende zwei Wochen nach Entlassung überreicht und das erste Lesen gemeinsam mit diesem gestaltet, sodass der Patient Rückfragen stellen kann. Vor (Messzeitpunkt I) und nach (Messzeitpunkt II) Erhalt des Tagebuchs werden die Depression- und Angstwerte anhand des Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹⁰ gemessen. In der Kontrollgruppe erhalten die Probanden das Tagebuch erst nach dem zweiten Messzeitpunkt. In der Interventionsgruppe kommt es zu einer Verringerung der Angst und Depression nach dem HADS. Vor Erhalt des Tagebuchs sind die Werte für Angstzustände in der Interventions- und Kontrollgruppe (~40%) nahezu gleich. In der Interventionsgruppe liegt dies zum Zeitpunkt II bei 11,1% (vgl. Kontrollgruppe: 38,9%). Zum Zeitpunkt I weisen in der Interventionsgruppe 38,9% und 55,6% in der Kontrollgruppe nach dem HADS eine Depression auf. In der Interventionsgruppe sinkt dieses nach Erhalt des Tagebuchs auf 16,7% (vgl. Kontrollgruppe 44,4%) (Knowles, Tarrier, 2009, S. 185-188). Damit ist eine signifikante Reduktion der Angst- (p < 0,05) und Depressionswerte (p < 0,005), aufgrund der Intervention Intensivtagebuch im Rahmen eines Nachsorgebesuches zu verzeichnen (Knowles, Terrier, 2009, S. 184). Die Autoren schlussfolgern somit eine Wirksamkeit des Intensivtagebuchs auf psychische Folgen eines

⁹ *ICU Memory Tool*: Jones et al. haben ein Instrument zur Beurteilung der Erinnerung an den Intensivaufenthalt entwickelt (Jones et al., 2010, S. 1).

¹⁰ *HADS* umfasst „[...] ein kurzes, rasch zu bearbeitendes und gut akzeptiertes Selbstbeurteilungsverfahren mit je sieben alternierend dargebotenen Angst- und Depressionsitems.“ (Herrmann-Lingen, 2010)

3. Das Intensivtagebuch

Intensivaufenthalt, betonen jedoch die zentrale Bedeutung professioneller, psychischer Nachbetreuung von Intensivpatienten, wie bspw. im Rahmen eines Nachsorgeprogramms (Knowles, Terrier, 2009, S. 190).

Bäckman et al. (2010) untersuchen in einer nicht- randomisierten, prospektiven Studie die Auswirkungen des Intensivtagebuchs auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Rekrutiert werden 262, wovon 38 ein Tagebuch im Rahmen eines Nachsorgebesuches (Interventionsgruppe) und 224 keines erhalten. Mithilfe des *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form* (SF-36)¹¹ erfassen die Autoren 6, 12, 24 und 36 Monate nach Entlassung die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Probanden. Nach sechs Monaten weist die Interventionsgruppe signifikant höhere Scoringwerte in den Kategorien generelle Gesundheitswahrnehmung und Vitalität, sowie höhere Werte beim körperlichen Summenwert¹² auf ($p < 0,05$) (Bäckman et al., 2010, S. 5). Zudem finden die Autoren heraus, dass ein längerer Intensivaufenthalt mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach 6, 12, 24 und 36 Monaten assoziiert wird (Bäckman et al., 2010, S. 7).

Verschiedene Studien reißen mögliche eher spekulative Erklärungsansätze für die dargelegte Wirkung des Intensivtagebuchs an. Eine Arbeit von Engström, Grip und Hamrén (2009) zieht als möglichen Erklärungsansatz für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs die Parallele zum Köhärenzgefühl nach Antonovsky. Sie widmen sich der Ausführung dessen nur kurz, sodass auf Grundlage dieser Studie das Ziel entstand, die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Basis der Salutogenese genauer zu untersuchen. Um dies zu realisieren, soll im nachstehenden Kapitel die Salutogenese mit dem Schwerpunkt des Kohärenzsinns und den Generalisierten Widerstandsressourcen und -defiziten zunächst kurz vorgestellt werden.

¹¹ *SF- 36*: Dieser zielt als krankheitsübergreifendes, international einsetzbares Verfahren auf die Erfassung der subjektiven Gesundheit bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab [...]. [Er] besteht aus 36 Items mit zwei- bis sechsfach abgestuften Antwortmöglichkeiten, die den acht Skalen (1) Körperliche Funktionsfähigkeit, (2) Körperliche Rollenfunktion, (3) Körperliche Schmerzen, (4) Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, (5) Vitalität, (6) Soziale Funktionsfähigkeit, (7) Emotionale Rollenfunktion sowie (8) Psychisches Wohlbefinden zugeordnet sind.“ (Bullinger, Kirchberger, 1998)

¹² Dies meint, die Summen der Kategorien 1-4 des SF-36 addiert (Bullinger, Kirchberger, 1998).

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

4 Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

4.1 Überblick

Die gesundheitswissenschaftliche Orientierung der Salutogenese (von lat. *Salus*: gesund; griech. *Genese*: Entstehung) nach dem israelisch– amerikanischen Gesundheitssoziologen Aaron Antonovsky stammt aus den neunziger Jahren und beschreibt allgemein die Kräfte, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln (Schüffel et al, 1998, S. 2). Bevor die Theorie zusammenfassend dargestellt wird, erfolgt ein kurzer biographischer und geschichtlicher Exkurs, der beschreibt, wie der Gedanke der Salutogenese entstand.

Aaron Antonovsky, der 1923 in Brooklyn geboren wurde, diente in der Zeit des zweiten Weltkriegs an der Seite der Alliierten. Nach Beendigung des Krieges nahm er das Studium der Soziologie auf, welches er mit Doktorgrad abschloss. 1960 emigrierte er nach Israel und arbeitete am Institut für Angewandte Sozialforschung in Jerusalem. Im Rahmen dieser Tätigkeit untersuchte er mit einigen Kollegen in den sechziger und siebziger Jahren die Anpassung von Frauen an die Menopause. Die Probanden waren Teil fünf ethnischer Gruppen in Israel und zwischen 45 und 54 Jahren alt. Die Untersuchung fokussierte soziologische und sozialpsychiatrische Fragestellungen und intendierte zunächst keinen Zusammenhang mit dem Holocaust. Eine der Gruppen der Probanden bestand aus Frauen, die aus Mitteleuropa nach Israel emigriert waren. Hiervon war ein Teil der Frauen vor 1939, also vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs und der andere Teil nach 1945, also nach dem Krieg nach Israel ausgewandert. Basierend auf dieser Tatsache beschloss das Forscherteam diese beiden Gruppen im Hinblick auf ihre Anpassungsfähigkeit an die Menopause zu vergleichen. Dabei hypothesierten sie, dass die Gruppe, die den Holocaust mit- und überlebt hatten, sich relativ schlechter an die Menopause anpassen konnte. Zwar wurde die Hypothese durch die Ergebnisse bestätigt, jedoch hatte sich eine erhebliche Minderheit (29%) von den Holocaust Überlebenden sehr gut an die Menopause adaptiert. Von nun an interessierte sich Antonovsky für die Frage, woher diese 29% die Kraft genommen haben, sich positiv auf die neue Lebensphase einzustellen, obgleich ihnen doch solch traumatische Ereignisse widerfahren waren (Antonovsky, 1997, S. 15; Maoz, 1998, S. 13).

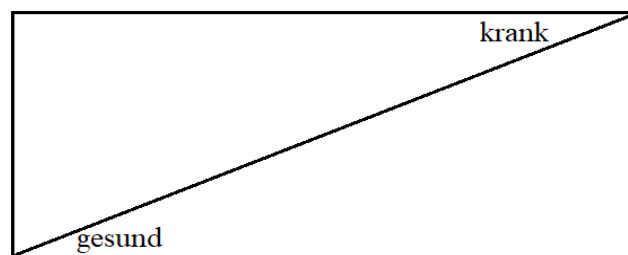
In diesem Zug distanziert sich Antonovsky von einer rein krankheitsbezogenen Sichtweise und stellt die Frage nach der Entstehung von Gesundheit trotz omnipräsenter Anforderun-

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

gen und Stressoren.¹³ Auf Grundlage dessen entstand eine der zentralen salutogenetischen Fragestellungen: „*Wie können wir eher Gesundheit als Krankheit erklären?*“ (zit. nach: Antonovsky, 1997, S.22). Antonovsky erklärt diesen Perspektivwechsel von einer krankheitsbezogenen, d.h. pathogenetischer (von: *altgriech. Páthos*: ‚Leiden(schaft)‘; *génésis*: Entstehung) zu einer salutogenetischer Perspektive mit einer Metapher: Das Leben verglich er mit einem Fluss, in dem die Menschen schwimmen und dessen Gefahrenquellen in Form von Verschmutzungen, Strudeln und Stromquellen sie in variierender Stärke ausgesetzt sind. Die Pathogenese stellt sich die Frage, wie Ertrinkende aus dem Fluss zu retten sind, während die Salutogenese fragt, wie der Mensch im Fluss des Lebens gute Schwimmer werden (Antonovsky 1997, S. 92).

Die Salutogenese basiert auf der Grundannahme, dass der menschliche Organismus sich prototypisch in einem dynamischen Zustand heterostatischen Ungleichgewichts befindet. Das heißt, dass die Unordnung bzw. Entropie fortlaufend zunimmt. Somit befindet sich der Mensch stetig in einem zunehmenden Alterungs- und Abbauprozess (Antonovsky, 1997, S. 22).

Ein zentraler Aspekt der Salutogenese ist die Verwerfung einer dichotomen Klassifizierung von Gesundheit und Krankheit. Der Mensch als Individuum ist nicht entweder gesund oder krank, sondern integriert in Zeiten von Krankheit einen Teil „Rest- Gesundheit“. Hierzu schreibt er: „*Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund*“ (zit. nach: Antonovsky, 1989, S. 53). Somit kann Gesundheit und Krankheit fortlaufend nicht mehr als statischer Zustand zu einem beliebigen Zeitpunkt beschrieben werden, sondern versteht sich als ein stetiger Prozess auf



einem Gesundheits– Krankheits– Kon-
tinuum (s. Abb. 6). Eine solche Kontinuums-
Perspektive führt nach Antonovsky zu einer
ganzheitlichen Betrachtung der Ätiologie einer Erkrankung. Eine dichotome Herange-
hensweise bewirkt hingegen ein Verkennen der Ätiologie von Gesundheits- bzw. Krank-
heitszuständen und integriere den gesunden Teil des Individuums nicht in den Genesungs-

Abb.: 6 Gesundheits- Krankheits- Kontinuum (eigene Darstellung nach: Antonovsky, 1997, S. 23)

¹³ Stressoren sind nach Antonovsky „eine von innen oder von außen kommende Anforderungen an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts eine nicht automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert.“ (Antonovsky, 1997, S.43)

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

prozess. Krankheit ist in einem biopsychosozialen Kontext zu verstehen und die Genesung impliziert die Auseinandersetzung mit der Biographie, Erfahrungen und dem sozialen Umfeld des Patienten (Schüffel et al., 1998, S. 2). Die Kontinuums- Idee ermöglicht die Einbeziehung und das tiefergehende Verständnis der Kausalität von Gesundheits- bzw. Krankheitszuständen (Antonovsky, 1997, S. 25, 28).

Daran schließt ein weiterer Kernaspekt der Salutogenese an: Im Gegensatz zur Fokussierung auf Stressoren fragt die Salutogenese nach Gesundheitsfaktoren. Diese tragen direkt oder indirekt zur Bewegung in Richtung des gesunden Pols bei und stellen Copingressourcen^{14 15} dar (Antonovsky, 1997, S. 29-30).

Außerdem sind Stressoren als omnipräsent zu akzeptieren. Diese müssen nicht zwangsläufig negative Auswirkungen haben. Basierend auf dem Konzept von Hans Selye kann Stress auch im positiven Sinne verstanden werden, was Selyes dann als „Eustress“ bezeichnet (vgl. Selye 1956, 1976). Eustress meint Stress, der den Organismus positiv beeinflusst, als zu bewältigende Herausforderung empfunden wird und somit die Leistungsbereitschaft und Motivation steigert. Antonovsky fügt hier hinzu, dass die Interpretation, ob ein Stressor als negativer Stress oder Eustress empfunden wird, vom Charakter des Stressors und von der erfolgreichen Adaption des Individuums abhängt (Antonovsky, 1997, S. 26-27). Wenn von Adaption die Rede ist, sind nach Antonovsky Ressourcen wie Liebe, Spiel, Bedeutung, Willen und soziale Strukturen denkbar, die im Umgang mit Stressoren förderlich sind (Antonovsky, 1997, S. 27).

Dem eigentlichen Kernstück der Salutogenese, dem Kohärenzsinn, widmet sich das nächste Kapitel.

4.2 Kohärenzsinn

Der *sense of coherence* (SOC); das Kohärenzgefühl bzw. der Kohärenzsinn¹⁶ kann als das Auswahlkriterium beschrieben werden, mit welchem der Mensch ein Faktor als Ressource identifiziert und mit welchem er dessen Wirkung erklären kann. Das SOC beschreibt eine

¹⁴ *Coping*: vgl. S. 14

¹⁵ *Ressourcen* können materieller, immaterieller, emotionaler, kognitiver, physischer, sozialer, spiritueller, biologischer, psychologischer, sozialer und ökologischer Natur sein. In der Salutogenese meint Ressourcen „jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiteren Spektrums von Stressoren wirksam ist“ (Antonovsky, 1997, S.16)

¹⁶ In Bezug auf den Ausdruck „*sence of coherence*“ gibt es keine einheitliche deutsche Übersetzung. So werden in dieser Arbeit die am häufigsten verwendeten Begriffe SOC, Kohärenzsinn und Kohärenzgefühl synonym verwendet.

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Weltansicht, eine „*globale Orientierung*“¹⁷ (Antonovsky, 1997, S. 16), die eine „*Hauptdeterminate*“ dafür bildet, wo der Mensch sich auf dem Gesundheits- Krankheits-Kontinuum befindet und wie er sich in Richtung des gesunden Pols bewegt (Antonovsky, 1997, S. 34).

Das Kohärenzgefühl wird in seinen Grundzügen im Kindesalter angelegt und festigt sich etwa bis zum 30. Lebensjahr. Danach ist es nach Antonovsky schwer, das SOC im Sinne einer Stärkung oder Schwächung zu verändern. Dieses wäre nur im Rahmen extremer Umbrüche der kulturellen, sozialen oder strukturellen Lebensbedingungen möglich (Antonovsky, 1997, S. 92 ff.). Das Kohärenzgefühl hat zur Folge, dass der Mensch mit belastenden Ereignissen, Traumata und Rückschlägen einen Umgang findet und entsprechende Copingressourcen aktivieren kann (Maoz, 1998, S. 13). Das SOC bildet keine eigene Copingstrategie, sondern kann übergeordnet als Steuerungsprinzip angesehen werden. Eine Person mit einem starkem SOC wählt somit aus einer Vielzahl von Copingstrategien die auf den Stressor zutreffendste aus und entsprechend gut mit Spannungszuständen umgehen (Antonovsky, 1997, S. 130). Somit ist das SOC nach Antonovsky prädiktiv für das Coping (Antonovsky, 1997, S. 73).

Weiter kann das SOC als eine Lebenshaltung beschrieben werden, die im Leben eines Menschen salutogen wirkt. Maoz (1998) definiert dies wie folgt:

Das SOC beruht „*auf einem persönlichen, individuellen Gefühl und auf Überzeugungen und Werten, aber auch auf Erkenntnis, Auffassungsgabe, Verständnis, Erfahrung und aktiver Auseinandersetzung, also auf einer emotionalen- kognitiven Mischung, die sich im Individuum zu einem Schema ‚kristallisiert‘ hat*“ (zit. nach: Maoz, 1998, S. 14).

Antonovsky fasst zusammen, dass das SOC ausdrückt,

„*in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß* [sic]

- 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind*
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*

¹⁷ Mit dem Ausdruck „*global*“ beschreibt Antonovsky seine Ansicht, dass ein starkes Kohärenzgefühl auf alle Lebensbereiche übertragbar ist. Er geht von der Hypothese aus, dass ein (starkes oder schwaches) SOC nicht in einem Lebensbereich auftreten und sich in einem anderen auf einem differenten Niveau befinden kann (Antonovsky, 1997, S. 79).

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

3. *diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen*“ (zit. nach: Antonovsky 1997, S. 3).

Das SOC setzt sich somit aus drei Komponenten zusammen, die jeweils einen Punkt der Definition meinen: *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit*. Das folgende Unterkapitel soll diese kurz vorstellen.

4.2.1 Verstehbarkeit

Antonovsky selbst beschreibt diese kognitive Komponente des SOC mit dem Ausmaß, in welchem interne und externe Stimuli als sinnhaft und geordnet, also als konsistente Informationen wahrgenommen werden. Personen, die ein hohes Maß an *Verstehbarkeit* (engl. *comprehensibility*) aufweisen, gehen davon aus, dass zukünftige Stimuli als vorhersagbar angesehen werden können oder dass sie zumindest eingeordnet und erklärt werden können (Antonovsky 1997, S. 34). Informationen werden demnach nicht als chaotisch, ungeordnet oder zufällig aufgefasst, sondern als schlüssig, strukturiert und klar (Schüffel et al, 1998, S. 3). Die Komponente *Verstehbarkeit* setzt Stimuli somit in einen sinnhaften Kontext und kann als „*solide Fähigkeit, die Realität zu beurteilen*“ angesehen werden (Antonovsky 1997, S. 34-35).

4.2.2 Handhabbarkeit

Handhabbarkeit (engl. *manageability*) umfasst die kognitiv– emotionale Komponente des SOC und beschreibt das Ausmaß, in dem das Individuum wahrnimmt, dass es geeignete Ressourcen zur Bewältigung von Stressoren besitzt. Dies meint Ressourcen, die der eigenen Kontrolle unterliegen bzw. solche die von legitimierte Anderen, wie bspw. Freunde, Ehepartner, Kollegen, Gott, Geschichte, Kultur, Arzt, ausgehen. Diese Komponente forciert die Handlungsfähigkeit und die eigene Bereitschaft Ressourcen zu mobilisieren und aktivieren. Menschen mit einem niedrigen Maß an *Handhabbarkeit* lassen sich leichter in eine Rolle des „*Pechvogels*“ drängen, empfinden sich selbst als passives und hilfloses Opfer (Antonovsky 1997, S. 35). Hingegen empfinden Personen mit einem hohen Maß an *Handhabbarkeit* Vertrauen, dass sie selbst aktiv mit Stressoren umgehen können (ebd.). Ein hohes Maß an *Handhabbarkeit* hängt eng mit der Komponente der *Verstehbarkeit* zusammen. Das Gefühl über ausreichend Ressourcen zu verfügen, um vor Anforderungen bestehen zu können, setzt voraus, dass die Person eine Vorstellung von diesen Anforderungen besitzt (Antonovsky 1997, S. 37).

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

4.2.3 Bedeutsamkeit

Bedeutsamkeit (engl. *meaningfulness*) beschreibt die motivationale Dimension des SOC und wird von Antonovsky als Ausmaß bezeichnet, in dem das eigene Leben emotional als sinnvoll empfunden wird. Demnach sind Probleme und Anforderungen es wert, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und Zeit in sie zu investieren. Der Mensch mit einer hohen Bedeutsamkeitskomponente empfindet sich selbst als involviert in die Prozesse des Schicksals. Bedeutsamkeit impliziert die Sinngebung von Stimuli und daraus resultierend die Motivation und den Willen in Ereignisse und Handlungen emotional zu investieren. Personen mit einem niedrigen Grad an *Bedeutsamkeit* sind handlungsunfähiger, demotiviert und unbeteiligter. *Bedeutsamkeit* meint somit ein tatsächliches Interesse und Anteilnahme. Antonovsky wertet diese Komponenten als zentral, denn ohne sie sind *Verstehbarkeit* und *Handhabbarkeit* von kurzer Dauer (Antonovsky 1997, S. 35, 38).

Nachdem sich in den 90er Jahren Antonovskys gesundheitswissenschaftliche Orientierung der Salutogenese verbreitet hatte, häuften sich Untersuchungen und Studien, die den Kohärenzsinn erklären bzw. belegen wollten. Solche, die den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und dem SOC forcieren, sind unter 4.2.4. zusammengefasst.

4.2.4 Forschungen zum Kohärenzsinn

Die Forschung zum Kohärenzsinn zeigt, dass das SOC positiv mit der Copingvariante „konstruktiven Denken“ und negativ mit dem kognitiven Bewältigungsstil „Resignation“ korreliert (Franke, 1997, S. 172), woraus ableitbar ist, dass Personen mit einem starken SOC eher einen aktiven Bewältigungsstil anstreben. Ebenso sind hohe Korrelationen zwischen dem SOC und seelischer Gesundheit, sowie Konzepten wie Selbstwertgefühl und Optimismus feststellbar (Franke, 1997, S. 172). Deutlich werden zudem in unterschiedlichen Studie die Korrelation zwischen dem SOC und positiven Aspekten der Gesundheit wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (vgl. Chamberlain, Petrie, Azariah 1992; Anson et al., 1993; BzgA, 2001, S.44). Eine Untersuchung von Lundberg (1997) an einer schwedischen Bevölkerungsstichprobe (n=4390) konnte in diesem Zusammenhang bestätigen, dass Personen mit einem niedrigen SOC ein 3,5fach höheres Risiko haben, psychische Beschwerden zu entwickeln als solche mit einem ausgeprägten Kohärenzsinn (Lundberg, 1997, S. 821, BzgA, 2001, S: 44). Ebenso konnte eine negative Korrelation mit Angst nachgewiesen werden (McSherry, Holm, 1994, S. 476ff.). Weitere Untersuchungen bestätigen den Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit sowie Depressivität und niedrigen SOC-Werten. McSherry und Holm (1994) wiesen in einer Untersuchung an 60 Studierenden

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

nach, dass Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl in Belastungssituation weniger physiologischen (gemessen an Pulsfrequenz, Hauttemperatur, Hautleitwiderstand) und subjektiven Stress empfinden. Daran anknüpfend nahmen die Probanden mit niedrigen SOC Werten weniger ihre eigenen personellen, sozialen, materiellen und psychologischen Ressourcen wahr (McSherry, Holm, 1994, S. 476ff., BzGA, 2001, S. 44). Hinsichtlich der Entwicklung des SOC nach dem 30. Lebensjahr ist die Studienlage bislang heterogen. Sicher ist nur, dass Antonovskys Aussage diesbezüglich kritisch zu werten ist und der genaueren Überprüfung in Form von geeigneten Studien bedarf (Franke, 1997, S. 182).

Das nachstehende Kapitel befasst sich mit den generalisierten Widerstandsressourcen und –defiziten, die nach Antonovsky Einfluss auf das SOC nehmen.

4.3 Generalisierte Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite

Wie bereits angerissen lösen Stressoren Spannungszustände aus. Dies erfordert eine Spannungsverarbeitung, in der der Stimuli als neutral, pathologisch oder salutogen, d.h. gesundheitserzeugend eingestuft wird. Die Bewertung des Stressors als salutogen hängt davon ab, ob der Stressor für das Individuum verstehbar erscheint, ob Ressourcen zur Verarbeitung vorliegen und ob der Anforderung

Bedeutung beigemessen werden kann. Ist dieses nicht gegeben, wird die Person den Stressor als defizitär, ängstigend und damit pathogenetisch einordnen. Eine neutrale Bewertung wäre denkbar, wenn das Individuum dem Stressor subjektiv keine Bedeutung beimisst; er somit für die Person nicht von Relevanz ist und keine Gefahr der Gesundheit darstellt (Antonovsky, 1997, 39). Demnach hängt die Bedrohung eines Stressors von der

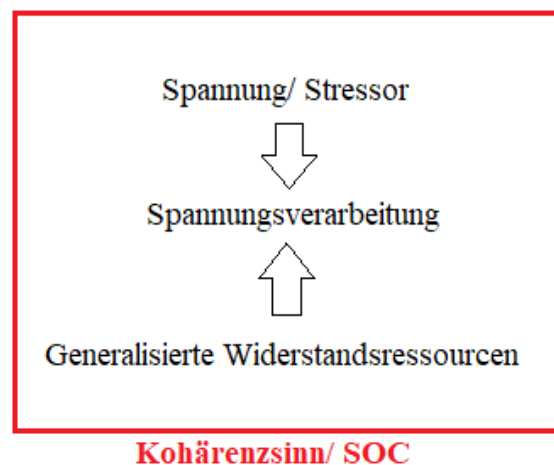


Abb.: 7 Zusammenhang GRR - Stressor - SOC (eigene Darstellung in Anlehnung an Antonovsky, 1997, S.43)

Stärke des SOC einer Person ab (Antonovsky, 1997, S.45). Viele Stressoren, die parallel auftreten und die vom Individuum als potentiell bedrohlich bewertet werden, führen automatisch zu einer signifikanten Schwächung des SOC (Antonovsky, 1997, S. 43). Faktoren, die diese Spannungsverarbeitung positiv beeinflussen, bezeichnet Antonovsky als *Generalisierte*¹⁸ *Widerstandsressourcen* (engl. *Generalized Resistance Resources*, GRRs).

¹⁸ Antonovsky bezeichnet die GRRs als *generalisiert*, da sie auf alle Situation übertragbar sind (Antonovsky, 1997, S.43).

4. Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Diese können körperlicher (Kondition, stabiles Immunsystem), materieller (Geld, Dienstleistungen), psychischer und personaler (Wissen, emotionale Stabilität, Selbstwertgefühl), interpersonaler (soziale Bindungen) und kultureller (Glaube) Natur sein (Stöckel, 2007, S. 27). Die Abwesenheit von GRRs kann zu einem Stressor für das Individuum werden. Das SOC fungiert hier übergeordnet als Auswahlkriterium, welche Ressource (GRR) genutzt werden soll, um einen Stressor zu bewältigen (s. Abb. 7.) Als Stressor bezeichnet er in diesem Zusammenhang *Generalisierte Widerstandsdefizite* (engl. *Generalized Resistance deficit*, GRD), d.h. die Abwesenheit von GRRs (Antonovsky, 1997, S. 43). Resümierend ist zu sagen, dass GRRs Lebensbereiche darstellen, die das SOC stärken, hingegen GRDs den Kohärenzsinn eher schwächen. Somit sind die GRRs und GDRs die primären Determinanten des SOC, welches wiederum entscheidend für die Fähigkeit einer Person ist, mit Spannung umzugehen (Antonovsky, 1997, S. 45).

Das nachfolgende Kapitel widmet sich der Übertragung der Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf zentrale Aspekte der Salutogenese. Die salutogenetische Orientierung stellt hierbei eine Art Reflexionsfolie dar, auf dessen Basis mögliche Ansätze zur Erklärung der Wirkungsweise des Intensivtagebuchs herausgearbeitet werden. Die Ausführungen bilden mögliche Ansätze und intendieren nicht, das Intensivtagebuch in seiner Wirkungsweise vollständig zu erklären. Aus den Ergebnissen werden in Kapitel 6 mögliche Resultate für die pflegerische Praxis abgeleitet.

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

5 Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

5.1 Perspektivwechsel: der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit

Bezugnehmend auf Kapitel 2, in dem beschrieben wird, dass der technisch orientierte Bereich „Intensivstation“ häufig mit dem eher negativ akzentuierten Wort der „Gerätemedizin“ assoziiert wird, (Grünewald, Stolecki, Ullrich, 2005, S. 11) erleben Patienten die Zeit häufig als belastendes Ereignis. Vor allem die Geräusche, der gestörte Tag- Nacht- Rhythmus, bedingt durch Helligkeit und Lärm, das eingeschränkte Bewusstsein sowie unangekündigte Bewegungen und Berührungen und Schmerzen stellen hierbei stressauslösende Faktoren dar (Hinton, 2016; Eggers, Bollenbach, 2013; Griffiths, Jones, 2001; Alasad, Tabar, Ahmad, 2015).

Vor diesem Hintergrund erscheint das Intensivtagebuch als eine persönlich orientierte und humane Methode, die beim Patienten im Nachhinein das Gefühl der Objektivität und Standardisierung revidieren könnte. Das Intensivtagebuch berührt die Menschen und sie erleben es als außergewöhnliches Engagement, welches die Fürsorge und das Engagement der Angehörigen und des Personals verdeutlicht (Storli, Lind, 2009, S.45, O’Gara, Pattinson, 2016, S.3). Roulin (2007) bezeichnet vor diesem Hintergrund das Schreiben des Tagebuchs als „gute Pflege“ (Roulin, 2007, S.293). So konzentriert sich die Pflegekraft in den Minuten des Schreibens vollständig auf ihre persönliche Wahrnehmung des Patienten und auf eventuelle Begegnungen mit den Angehörigen. Hieraus ist ein zunehmender Fokus auf die Individualität und eine Patientenorientierung ableitbar.

In diesem Zusammenhang spricht Antonovsky von der ganzheitlichen Wahrnehmung des Menschen und nicht im Sinne der Pathogenese ein Konzentrieren auf die konkrete Krankheitsursache, was Antonovsky plakativ als „*Herzinfarkt auf 504*“ beschreibt (zit. nach: Antonovsky, 1997, S. 23). In qualitativen Interviews äußerten Patienten, dass der „*personal and human touch*“, in dem die Tagebücher verfasst sind, besonders wichtig war, um die Inhalte zu verstehen (zit. nach: Engström, Grip, Hamrén, 2009, S.64). Aus salutogenetischer Sicht kann Gesundheit und Krankheit nur im psychosozialen Kontext unter Einbeziehung der Biographie, des sozialen Umfeld und der Erfahrungen verstanden werden (Antonovsky, 1997, S. 25, 28). So integriert das Intensivtagebuch persönliche, nicht- medizinische Aspekte und hilft, die ganzheitlich Perspektive auf den Patienten zu fördern. Dieses wird durch die Perspektive, die aus den Einträge der Angehörigen hervorgeht, noch erweitert. Daran anknüpfend ist es denkbar, dass das Intensivtagebuch Gesprä-

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

che anregt und den Informationsaustausch zwischen Pflegekraft und Angehörigen während des Intensivaufenthalts stärkt. So entsteht im Sinne Antonovskys ein Verständnis der Kausalität von Krankheitszuständen und das patienten-, biographieorientierte, individuelle und ganzheitliche pflegerische Arbeiten wird gestärkt.

In Addition dazu könnte die zentrale Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf eine Stärkung des Kohärenzsинns zurückzuführen sein (Engström, Grip, Hamrén, 2009, S.65). Dieses wird im nachfolgend entsprechend der drei Komponenten des SOC's erläutert, wobei von der Grundannahme ausgegangen wird, dass eine Person mit einem starken SOC leichter mit Stress und Spannung umgehen kann (Antonovsky, 1997, S. 45).

5.2 Verarbeitung des Intensivaufenthalts

5.2.1 Stärkung des Kohärenzsинns

Die *Verstehbarkeit*, welche von Antonovsky als die kognitive Komponente des SOC's eingestuft wird und die davon ausgeht, dass Stimuli vorhersagbar bzw. erklärt und eingeordnet werden können, kann im Rahmen des Intensivtagebuchs wie folgt gedeutet werden (Antonovsky 1997, S. 34):

Wie bereits erwähnt, können sich einige Patienten an den Intensivaufenthalt nicht oder nur marginal erinnern (Nydahl et al, 2011, S. 3) - die Zeit erscheint Betroffenen als „verloren“ (O’Gara, Pattinson, 2016, S. 3). Vor diesem Hintergrund beschreiben Patienten das Tagebuch als eine Möglichkeit die Zeit des Intensivaufenthalts im Nachhinein aufzuarbeiten und zu rekonstruieren (Engström, Grip, Hamrén, 2009, S.64). Jones et al. (2010) mutmaßten, dass das Tagebuch hilft, Erinnerungslücken im Nachhinein zu füllen und illusionäre (Alp-) Träume mit den Tagebucheinträgen abzugleichen (Jones et al., 2010, S.2). Es ist für Betroffene notwendig, die Zeit der Intensivstation chronologisch durchzugehen, sowie Hintergründe zu erfahren (Engström, Grip, Hamrén, 2009, S.64). Dieses erscheint im Zusammenhang mit dem Entstehen einer PTSD besonders wichtig, da frühe Alpträume und Flashbacks eindeutig mit dem Auftreten einer PTSD in Zusammenhang gebracht werden (Parker et. al, 2015, S. 1125). In Addition ist die Erkrankung Ausdruck eines belastenden Ereignisses mit außergewöhnlicher Bedrohung (vgl. ICD – 10, F43.1.), welches vom Individuum nicht verarbeitet werden konnte. Hinzu kommen Gefühle der Hilflosigkeit, des Kontrollverlusts und der Abhängigkeit vom Personal, welche als Folge zu einer PTSD führen können (Heindl, Bachlechner, 2015, S. 93). Daraus resultiert, dass das Intensivtagebuch die Komponente der *Verstehbarkeit* fördert, in dem es wie ein „*Fenster zur Vergan-*

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

genheit“ (zit. nach: Heindl, Bachlechner, 2015, S.96) Ereignisse in einen sinnvollen, chronologischen Kontext setzt und so die Genesungsdauer und Befindlichkeit erklärt. Ebenso fungiert es als Abgleich mit Erinnerungslücken, Alpträumen und „*delusional memories*“ (vgl. Griffiths, Jones, 2001, S. 345). Jones et al. (2010) hypothesierten, dass sich durch erneutes Lesen die Gedanken in Bezug auf den Intensivaufenthalt ändern, das autobiographische Gedächtnis angesprochen und so der empfundene Stress reduziert wird. Dieses könnte auf eine ähnliche Wirkungsweise wie die kognitive Verhaltenstherapie zurückzuführen sein, bei der über ein Bewusstmachen, eine Überprüfung und eine Korrektur irrationaler Kognition zu einem konkreten Handeln übergeleitet wird (Jones et al., 2010, S. 2). In diesem Zusammenhang kann das Tagebuch als eine „*debriefing-session*“ gesehen werden. Durch die Reflexion des Geschehenen wird ein aktiver Copingstil gefördert (Jones et al., 2010, S.8). Die Rekonstruktion der Zeit bewirkt eine zunehmende *Verstehbarkeit*, da der Patient erkennt, wie und warum die Intensivzeit stattgefunden hat. Hierdurch wird der entsprechende Stressor erklärbar und schlüssig (vgl. Kap. 4.2.1.).

Im Sinne der *Verstehbarkeit* ist zudem die Möglichkeit über potentiell traumatische und belastende Ereignisse ins Gespräch zu kommen. Das Intensivtagebuch fördert im direkten und indirekten Sinne Möglichkeiten der Kommunikation: Zum einen entsteht eine Kommunikation im nonverbalen Sinne zwischen Patient und Eintragem, direkt zwischen den Parteien, die in das Tagebuch schreiben und beim Aushändigen des Tagebuchs zwischen dem Patienten und den eintragenden Personen. Somit erfolgt der Austausch auf mehreren Ebenen. Beim Lesen selbst regt das Tagebuch Gespräche an und ist somit dialogöffnend (vgl. Storli, Lind, 2009, S. 55ff.). Verbale und nonverbale Auseinandersetzungen, Kontaktaufnahmen und Dialoge sind in diesen Kontext als eine mögliche Strategie zur Verarbeitung des Intensivaufenthalts zu werten.

Ausgehend von der Annahme, dass „*die Rekonstruktion sozialer Wirklichkeit nur im Kontext der erlebten Realität von Betroffenen möglich ist*“ (zit. nach: Heindl, Bachlechner, 2015, S. 95), soll an dieser Stelle auf die *narrative based medicine*¹⁹ verwiesen werden. Diese geht davon aus, dass die Thematisierung der eigenen Krankheitsgeschichte (*illness narratives*) für eine gelingende Bewältigung notwendig ist (Corsten, Hardering, 2015, S.

¹⁹ Die *narrative Medizin* versteht die Erkrankung als Teil der Lebensgeschichte des Patienten. Nach Greenhalgh und Hurwitz (1998) wird dies folgendermaßen definiert: „*Narrative provides meaning, context, perspective for the patient's predicament. It defines how, why, and what way he or she is ill. It offers, in short, a possibility of understanding which cannot be arrived at by any other means.*“ (Greenhalgh, Hurwitz, 1998, S: 48)

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

4). Hierbei wird explizit auf die Krankheitsgeschichte aus der subjektiven Perspektive des Patienten als Ausgangspunkt für Dialoge und Auseinandersetzungen hingewiesen. Im Rahmen der Verarbeitung des Intensivaufenthalts erscheint es für den Patienten notwendig, zu erkennen, welche Bedeutung die Erkrankung im Alltag hat. Das Tagebuch dient hier als Abgleich und als Annäherung an die tatsächliche Realität im Vergleich zur illusionären Erinnerung. Des Weiteren fungiert es als Ausgangspunkt, von dem der Patient die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheitsgeschichte antritt. Dieser Punkt wird außerdem durch die gezielte Integration reflexiver Fragen gefördert (vgl. Knück, Nydahl, 2008, S. 251).

Die Rekonstruktion der Zeit, das Abgleichen mit Erinnerungen und Träumen, den Zugang zur eigenen Krankheitsgeschichte als Quelle der Bewältigung, sowie der für Gespräche und Reflexionen öffnende Charakter des Tagebuchs können als eine Förderung der ersten Komponente des SOCs *Verstehbarkeit* gedeutet werden. Es gibt viele Ansätze dafür, dass das Tagebuch zu einem tieferen Verständnis der Erkrankung im Kontext der eigenen Lebensgeschichte führt, was die zunehmende Akzeptanz der Krankheit als ein Teil der Biographie bewirkt.

Die Synthese der Komponente der *Handhabbarkeit* kann als die Dimension gedeutet werden, die sich mit der handlungsweisenden Dimension des Intensivtagebuchs beschäftigt. Nach Antonovsky umfasst diese Dimension des SOCs die Wahrnehmung geeigneter Ressourcen zur Bewältigung von Stressoren. Durch das Intensivtagebuch werden dem Patienten bereits inne liegende Ressourcen, also generalisierte Widerstandsressourcen, direkt und indirekt angesprochen und so eventuell aktiviert. Direkt sichtbar wird für den Patienten durch die Einträge der Familie die soziale Unterstützung, das Gefühl der Liebe, Zugehörigkeit und das Gefühl der Fürsorge der Angehörigen und des Personals (O’Gara, Pattinson, 2016, S. 3; Engström, Grip, Hamrén, 2009, S.65). Weiter können Hobbys und Interessen (bspw. Sportergebnisse, tagespolitische Ereignisse etc.) integriert werden, die dem Patienten nach der Zeit der Intensivstation bei der Reorganisation zurück in den Alltag helfen (Nydahl, Knück, 2010b, S. 32; Heindl, Bachlechner, 2015, S. 96). Indirekt verweist das Tagebuch mit dem Festhalten von Fortschritten und dem Prozess der Genesung auf die internen Ressourcen des Patienten. Durch die schrittweise Annäherung hin zu dem gesunden Pol des Gesundheits- Krankheits- Kontinuum wird dem Patienten verdeutlicht, dass er aus sich heraus Ressourcen mobilisieren kann, die den Prozess der Genesung fördern. Demnach verdeutlicht das Intensivtagebuch, wie eine Art des Beweises, dem Patien-

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

ten seine externen und internen Ressourcen, die bei der Verarbeitung der Zeit kritischer Krankheit hilfreich sein können (vgl. Kap. 4.2.2.; 4.3.).

Die Komponente der *Bedeutsamkeit* wird im Rahmen der Salutogenese als die Sinngebung von belastenden Ereignissen verstanden (Antonovsky 1997, S. 35). In Bezug auf das Intensivtagebuch kann hieraus Folgendes abgeleitet werden: Durch das Lesen der Ereignisse im Intensivtagebuch kann dem Leiden im Nachgang Sinn und Wert gegeben werden. So setzt eine Bedeutungsbeimessung ein Verständnis der existenziell bedrohlichen Erkrankungen des Patienten voraus (vgl. Antonovsky 1997, S. 36-38). O’Gara und Pattinson (2016) fanden in diesem Zusammenhang heraus, dass das Intensivtagebuch Erfolge sichtbar macht. In der Sinngebung und dem Erkennen von Erfolgen könnte eine Quelle der Motivation liegen (O’Gara, Pattinson, 2016, S. 6).

Darüber hinaus kann auch die Präsenz der Angehörigen, die durch das Tagebuch sichtbar wird, im Kontext der Bedeutungskomponente gedeutet werden: Der Patient könnte so erkennen, dass er wichtig ist, dass Menschen für ihn hoffen und dass er geliebt wird. Es ist denkbar, dass die Betroffenen sich hierdurch im Prozess der Genesung besser motivieren können.

Im Rahmen der Salutogenese erscheint diese Bedeutungsbeimessung von zentraler Bedeutung: Wenn der Patient keine aktive Auseinandersetzung anstrebt und versucht, die Zeit der Intensivstation zu verdrängen, ist eine Mobilisierung von Ressourcen und ein erfolgreicher Copingprozess unwahrscheinlicher (vgl. Antonovsky 1997, S. 35-38).

In Addition ist aus der Komponente der *Bedeutsamkeit* eine Zukunftstendenz ableitbar. Patienten berichten, dass das Tagebuch ihnen half, wieder zurück in den Alltag zu finden (Combe, 2005, S. 34). Mithilfe des Tagebuchs als Reflexionsinstrument könnten Erkenntnisse für die Zukunft abgeleitet werden. Ebenso sind aus den Ereignissen, die das Tagebuch beschreibt, potentielle Handlungsempfehlungen für den Patienten zu gewinnen. So sind nächste Schritte für den Patienten eventuell auf Grundlage der chronologischen Einträge denkbar, obgleich sie das Tagebuch nicht konkret benennt. Annehmbar ist, dass das Tagebuch den Patienten hilft entlang des Prozesses weiterzumachen. Darüber hinaus spielt der Aspekt der Hoffnung in die Komponente der Bedeutsamkeit hinein: Nydahl und Knück (2010b) forcieren dies wie folgt:

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

„Schon während der Zeit der lebensbedrohlichen Krise wird an die Zukunft gedacht und diese für den Patienten wie auch die Angehörigen geplant, es wird eine Perspektive und damit Hoffnung entwickelt“ (zit. nach: Nydahl, Knück, 2010b, S. 36).

Hoffnung trägt in der Zeit der lebensbedrohlichen Erkrankung bei Patienten und Angehörigen zur Bewältigung bei (Dekempe, 2016, o.S.). Zudem vermittelt das Intensivtagebuch dem Betroffenen im Nachhinein, dass in der Zeit schwerster Erkrankung an seine Genesung und somit an ihn geglaubt wurde. Dies könnte die Bedeutsamkeitsbeimessung nachträglich unterstützen (vgl. Kap. 4.2.3.)

Aus der Analyse der Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Basis der Salutogenese ist Folgendes zu resümieren: Die eigentliche Idee des Intensivtagebuchs, die Rekonstruktion der Zeit, ist im Sinne einer Förderung der *Verstehbarkeit* anzusehen. Hieraus resultieren weitere positive Effekte, die den Abgleich von Realität und Erinnerungen, die patientengestützte Narration und ein tieferes Verständnis der Erkrankung im lebensgeschichtlichen Zusammenhang implizieren. *Handhabbarkeit* wird durch das Intensivtagebuch im Sinne einer internen und externen Ressourcenverdeutlichung verstanden. Die nachträgliche *Bedeutsamkeitsbeimessung* kann im Zuge des Intensivtagebuchs erstens durch das erneute Lesen und das Begreifens des gesundheitlichen Zustands, zweitens durch das Vermitteln einer Zukunftsperspektive und von Hoffnung erreicht werden.

Besonders wichtig herauszuarbeiten ist, dass nach Antonovsky ein starkes SOC nicht von außen konstruiert werden kann und nach dem 30. Lebensjahr weitestgehend als gefestigt anzusehen ist (Antonovsky, 1997, S. 92 ff.). Zwar wird dieses in der Forschung kontrovers diskutiert, jedoch ist davon auszugehen, dass das Tagebuch alleine nicht im Sinne einer wesentlichen Verstärkung des SOC's zu verstehen ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es die Komponenten des Kohärenzsinn's nur fördern bzw. konkret ansprechen, wenn die entsprechenden Anlagen bereits vorhanden sind. Eine Person mit einem rigiden SOC wird durch das Intensivtagebuch nicht zu einem wesentlichen stärkeren kommen. Das Tagebuch ist somit unterstützend zu werten. Wie gut ein Patient die Möglichkeiten des Tagebuchs nutzen kann, entscheidet sich je nach Stärke seines SOC's.

Aus den unter 4.2.4 zusammen getragenen Forschungsergebnissen lässt sich resümieren, dass Intensivpatienten mit hohen SOC Werten einen eher aktiven Copingstil anstreben, optimistischer in die Zukunft blicken und weniger Stress und Angst empfinden. Das Intensivtagebuch kann vor diesem Hintergrund durch die indirekte und direkte Ansprache der

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

Komponenten des SOC als Moderation, als Ausgangspunkt und Hilfsmittel im Rahmen eines Bewältigungsprozesses gewertet werden. Anzunehmen ist, dass Patienten mit einem hohen SOC das Tagebuch besser für sich nutzen können, als solche mit niedrigen Werten. Aus der Korrelation mit dem Selbstwertgefühl ist ableitbar, dass Menschen mit stark ausgeprägten SOC mehr Eigeninitiative aufbauen und das Tagebuch somit gezielter in ihren Verarbeitungsprozess integrieren können. Hingegen wird erkennbar, dass besonders Menschen mit niedrigen SOC Werten, die tendenziell ein höheres Risiko für psychische Krankheiten haben und durch Belastungen eher Stress empfinden, entsprechend auf Nachsorgeprogramme wie das Intensivtagebuch angewiesen sind. Diese Menschen tragen ein höheres Risiko psychische Folgen einer Intensivtherapie zu entwickeln, woraus ableitbar ist, dass ihnen verstärkt Aufmerksamkeit zu schenken ist (vgl. Kap. 4.2.4).

Eine weitere mögliche zentrale Wirkungsweise könnte auf der Integration der Familie und der Angehörigen in den Verarbeitungsprozess basieren. Dieses führt das nachstehende Kapitel aus.

5.2.2 Stärkung des sozialen Systems²⁰

Die Familie und das soziale System haben Einfluss auf die Behandlung und die Erkrankung des Intensivpatienten. Obgleich psychosoziale Faktoren in der Intensivmedizin bislang keine zentrale Rolle eingenommen haben, gewinnen sie zunehmend an Bedeutung (Heindl, Bachlechner, 2015, S. 93). Eine Studie von Jaenichen et al. (2012) untersuchte die körperlichen und psychische Langzeitfolgen von Patienten und Angehörigen nach intensivmedizinischer Behandlung im Rahmen einer schweren Sepsis. Die Ergebnisse zeigen, dass zwei Drittel der Patienten und Angehörigen hohe posttraumatische Symptomwerte aufweisen. Ebenfalls fallen starke dyadische Zusammenhänge zwischen Patienten und deren (Ehe-) Partnern im Hinblick auf körperliche und neuropsychiatrische Beschwerden, sowie Lebensqualität auf. Zudem ist eine signifikant negative Korrelation zwischen Resilienz²¹ und Langzeitfolgen von Intensivtherapie feststellbar (Jaenichen et al, 2012, S. 335ff.; Tempel, Pfeiffer, 2013, S. 1223).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Erkrankung des Patienten im psychosozialen Kontext unter Einbezug der Familie und der Angehörigen zu verstehen ist (vgl. Antonovsky, 1997, S. 25, 28). So kann das Intensivtagebuch als eine Möglichkeit angese-

²⁰ Mit „sozialen System“ sind der Patient, die Angehörigen und Verwandte gemeint. Hierbei geht es um die Beziehungen innerhalb des Patienten– Angehörigen– Verhältnisses.

²¹ Resilienz meint die „psychische Widerstandskraft und Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen“ (Duden Online, o.J.b).

5. Mögliche Erklärungsansätze für die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs auf Grundlage der Salutogenese

hen werden, das soziale System zu stärken. Soziale Bindungen sind nach Antonovsky als eine generalisierte Widerstandsressource (vgl. Kap. 4.3) anzusehen, die im Rahmen einer Stressverarbeitung förderlich ist und das Kohärenzgefühl stärken kann. Heindl und Bachlechner (2015) untersuchen, wie das Intensivtagebuch im gemeinsamen Aufarbeitungsprozess von Patienten und Angehörigen angewendet wird: Nach der Entlassung kommt es im Rahmen des Verarbeitungs- und Aufarbeitungsprozesses zu einer Reorganisation, die durch eine Neuordnung bzw. Wiederherstellung des Alltags gekennzeichnet ist (Heindl, Bachlechner, 2015, S.96).

„Das Intensivtagebuch stellt das Fenster in die Vergangenheit dar und hilft den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen bei der Reorganisation des Erlebten in das Leben“ (zit. nach: Heindl, Bachlechner, 2015, S.96).

Zudem betonen Heindl und Bachlechner (2015) den Aspekt, dass Angehörige und Patienten den Intensivaufenthalt *gemeinsam* erleben. Das *gemeinsame* Erleben der Zeit kritischer Krankheit kann so im Copingprozess als Ressource dienen: *„Gemeinsam entwickeln sie eine autobiographische Erinnerung“* (zit. nach: Heindl, Bachlechner, 2015, S.97).

Eine weitere positive Auswirkung ist, dass die Angehörigen durch das Intensivtagebuch einen wichtigen Beitrag im Genesungsprozess leisten. Das Tagebuch bedeutet für die Angehörigen Präsenz und die Möglichkeit, Beistand zu leisten. Dieser Punkt vermittelt, zusammen mit der Möglichkeit Ereignisse im Nachhinein stets nachlesen zu können, Sicherheit (Heindl, Bachlechner, 2015, S.98).

Resümierend ist zu sagen, dass das Intensivtagebuch die Angehörigen direkt in den Genesungsprozess integriert, wodurch diese zum einen für sich einen spürbaren Beitrag leisten können, zum anderen die Zeit schweren Krankheit deutlich, d.h. in niedergeschriebener Form, zusammen erlebt wird. Aus letzterem resultiert, dass eine gemeinsame Erinnerung geschaffen wird, welches eine Coping- Strategie darstellen kann (Heindl, Bachlechner, 2015, S.99). So sind die Angehörigen als soziales System für den Patienten in zweifacher Weise als Ressource zu werten: Zum einen durch ihre Präsenz und das Schreiben in dem Tagebuch. Hierdurch wird dem Patienten verdeutlicht, dass er nicht alleine und dass Menschen ihn begleiten. Zum anderen im indirekte Sinne durch das Schaffen einer gemeinsamen Erinnerung und durch das gemeinsame Erleben eines belastenden Ereignisses. Das Tagebuch wirkt hier als Mittel, um diese beiden Ressourcen zu integrieren und dem Patienten im Rahmen der Verarbeitung des Intensivaufenthalts zu verdeutlichen.

6. Fazit und Ausblick

6 Fazit und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, die Frage nach einer möglichen Wirkungsweise des Intensivtagebuchs im Hinblick auf die Verarbeitung eines Intensivaufenthalts aus salutogenetischer Sicht zu beantworten.

Es zeigt sich, dass ein Intensivaufenthalt psychische und soziale Folgen nach sich ziehen kann, die im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung jedoch nicht im Fokus stehen (Heindl, Bachlechner, 2015, S. 93). So erleidet beispielsweise im Nachgang an einen Intensivaufenthalt jeder Fünfte eine PTSD und jeder Dritte klinisch relevante Symptome einer Depression (s. Kap. 2). Hier stellt das Intensivtagebuch eine Möglichkeit dar, psychischen Folgen von Intensivaufenthalten zu reduzieren oder präventiv wirksam zu werden (Tempel, Pfeifer, 2013, S. 1223). So erleichtert es den Wiedereinstieg in den Alltag, dient als Abgleich mit Erinnerungsfragmenten, regt Reflexionen an und hilft Ereignisse in einen chronologischen Zusammenhang zu bringen. Zudem macht es Erfolge sichtbar und hilft im Nachhinein die Zeit kritischer Erkrankung zu verstehen. Durch das Intensivtagebuch werden neu auftretende PTSD Symptome, sowie das Auftreten von Depression und Angst reduziert (s. Kapitel 3.2.).

Diese Wirkungsweise lässt sich auf Grundlage der Analyse des Intensivtagebuchs auf Basis der Salutogenese primär auf eine Stärkung bzw. Förderung des Kohärenzsinn zurückführen (Engström, Grip, Hamrén, 2009, S. 65). Das Tagebuch regt im Sinne der Verstehbarkeit Reflexionen an, die dem Patienten den Weg zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Zeit kritischer Krankheit ebnen. Dieses geschieht durch die chronologische Rekonstruktion der Zeit das Begreifen der Erkrankung im lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Dieses bildet den Ausgangspunkt für einen aktiven Bewältigungsstil. Weiter verdeutlicht das Intensivtagebuch dem Patienten im Zuge der Handhabbarkeit innere und äußere Ressourcen, die im Prozess der Verarbeitung unterstützend wirksam werden können. Die Bedeutungsbeimessung wird durch das Tagebuch insofern gefördert, dass dem Leiden im Nachhinein ein Sinn gegeben werden kann. Ebenso die Verdeutlichung der sozialen Unterstützung durch die Einträge der Angehörigen und die Komponente der Hoffnung tragen zur Bedeutungsbeimessung bei. Das Tagebuch ist im Sinne des SOC als eine Ressourcenverdeutlichung, -mobilisation und -förderung bzgl. drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zu deuten. Es kann das SOC hingegen nicht vollständig aufbauen oder wesentlich verstärken, sondern nur unterstützend wirksam werden.

6. Fazit und Ausblick

Weitere mögliche Ansätze zur Erklärung der Wirksamkeit lassen sich auf die Stärkung des sozialen Systems zurückführen. Durch das Tagebuch wird eine spürbar - niedergeschriebene- gemeinsame Erinnerung von Patienten und Angehörigen geschaffen, die als Copingstil fungieren kann. Ebenso leitet es zu einem Perspektivwechsel über: In dem hochfunktionalisierten Bereich Intensivstation fühlt sich der Patient durch das Tagebuch verstärkt in seiner Individualität und Ganzheitlichkeit wahrgenommen (s. Kapitel 5).

Aus diesen Ausführungen sind verschiedenste Empfehlungen für die pflegerische Praxis ableitbar:

Wenn davon ausgegangen wird, dass das Intensivtagebuch tatsächlich auf eine Stärkung des Kohärenzsinn zurückzuführen ist, erweist es sich als sinnvoll, diesen noch gezielter durch das Tagebuch anzusprechen. Denkbar wäre hier, dass durch Angehörigengespräche Ressourcen (Hobbys, Interessen etc.), sowie Persönlichkeitsmerkmale, Wesenszüge und Ansichten herausgearbeitet werden, um diese in die Einträge gezielter zu integrieren. Dieses wäre auch im Rahmen eines standardisierten Bogens, den Angehörige auf freiwilliger Basis ausfüllen, möglich. Ebenso ist auch eine Erfassung des SOC's vor Beginn der Intensivtherapie (z.B. bei geplanten Eingriffen wie Herzoperationen) mithilfe des von Antonovsky entwickelten „*Sense of Coherence Scale*“²² denkbar, um den nachträglichen Unterstützungsbedarf des Patienten zu ermitteln. Deutlich wird im Rahmen vieler Studien, dass das Tagebuch eine professionelle psychologische Nachsorge nicht ersetzen kann, sondern nur ergänzend zu werten ist (Aitken et al., 2013, o.S.).

Einige Studien zeigen die zentrale Rolle von Angehörigen auf der Intensivstation und in den Tagebucheinträgen (Combe, 2005, S. 34; O’Gara, Pattinson, 2016, S. 3-5; Engström, Grip, Hamrén, 2009, S. 65). Diese stellen eine generalisierte Widerstandsressource dar, welche im Rahmen des SOC's wirksam werden kann. Vor diesem Hintergrund erscheint es empfehlenswert, Angehörige stärker in das Setting Intensivstation zu integrieren und zu begleiten. Dieses kann rein struktureller (Aufenthaltsraum) und/ oder personeller (Sozialarbeiterin/ Psychologin zur Begleitung von Angehörigen) Natur sein. Kontrovers wird bislang die Anwesenheit von Familienmitgliedern bei Notfallinterventionen diskutiert. Eine Untersuchung von Jabre et al. (2013) untersuchte die Anwesenheit von Angehörigen bei kardiopulmonarer Reanimation. Hierbei zeigten die Personen, die die Reanimation gesehen

²² Die *Sense of Coherence Scale* ist ein 1987 von Antonovsky entwickelter Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzsinn bestehend aus 29 Items (vgl. Antonovsky, 1997, S:192)

6. Fazit und Ausblick

hatten, signifikant geringere Frequenzen von PTSD Symptomen im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Des Weiteren werden in der Literatur im Rahmen der Rehabilitation der Intensivzeit *Follow-Up Besuche* diskutiert, welche in Skandinavien und Großbritannien bereits Anwendung finden. Hierbei wird der Intensivpatient von einer Pflegenden zwei bis drei Monate nach der Entlassung besucht, um Fragen zu klären, das Intensivtagebuch zu überreichen und über Erfahrungen ins Gespräch zu kommen. Einige Modelle integrieren zudem ein Assessment, wo u.a. Schlafqualität, körperliche und psychische Befindlichkeit erfasst werden. In diesem Rahmen ist auch ein erneuter Besuch auf der Intensivstation möglich. Hierdurch soll der Wiedereinstieg in den Alltag erleichtert und möglichen Problemen präventiv vorgebeugt werden (Egerod et al, 2012, o.S.). Solche Nachsorgeprogramme sind vor dem Hintergrund steigender Zahlen sedierter und beatmeter Patienten²³, und Folgen von Intensivaufenthalten (PICS) anzustreben.

Limitiert wird diese Arbeit durch fehlende Studien, die die Wirkungsweise des Intensivtagebuchs eindeutig auf eine Stärkung des Kohärenzsинns zurückführen. Hier sind Untersuchungen nötig, die sich mit differenten SOC- Niveaus in Zusammenhang mit dem Auftreten psychischer Erkrankungen nach Intensivaufenthalten beschäftigen. Nichtsdestotrotz ist aus der Synthese der Salutogenese auf das Intensivtagebuch im Rahmen dieser Thesis eine Tendenz ableitbar, die einen Zusammenhang stark vermuten lässt.

Resümierend ist das Intensivtagebuch eine wirksame pflegerische Methode, um psychische Folgen von Intensivaufenthalten zu reduzieren, indem es als Ausgangspunkt für Verarbeitungsprozesse fungieren kann. Es gibt viele Ansätze dafür, dass diese zentrale Wirkungsweise auf eine Stärkung der drei Komponenten des SOCs und des sozialen Systems zurückzuführen ist. Zukünftig ist weiteren Ansätzen zur Prävention von psychischen Folgen einer Intensivtherapie bei Patienten und Angehörigen, wie bspw. Angehörigeneinbindung, Ressourcenaktivierung und psychologische Nachbetreuung, Aufmerksamkeit und Bedeutung zu schenken.

²³ Die Anzahl der Patienten, die auf der Intensivstation sediert und beatmet worden sind, lag 2002 bei 283.870 und 2015 bei 412.923 (Statistisches Bundesamt, 2016).

Literaturverzeichnis:

Literaturverzeichnis:

- Aitken, L., Rattray, J., Hull, A., Kenardy, J., Brocque, R., Ullman, A. (2013). The use of diaries in psychological recovery from intensive care. In: *Critical Care* 17: 253, o.S.
- Alasad, J. P, Tabar,N., Ahmad, M. (2015) Patients experience of being in intensive care units. In: *Journal of Critical Care* 30. S. 859.e7–859.e11.
- Alfheim, H., Wheeler, M. (2007). Psychological consequences of critical illness: What is the long term impact on patients and how can nurses help?. In: *The World critical care Nursing*. Vol. 5 (4). S. 89-95
- Anson O, Paran E, Neumann L, Chernichovsky D. (1993). Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med*, 36(4). S. 419–427
- Antonovsky A. In: Franke, A. (1997) (Hrsg.). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt
- Antonovsky, A. (1983) *The Sense of Coherence: Development of a Research Instrument*. W.S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, Newsletter and Research Reports 1, S.22
- Bäckman, C.G., Orwelius, L., Sjöberg, F., Frederikson, M., Walther, S.M. (2010) Long-term effect of the ICU Diary concept on quality of life after critical illness. In: *Acta Anaesthesiol Scand*. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02230.x
- Bayerisches Landesamt für Umwelt (Hrsg.) (2017). *Lärm- Hören, messen und bewerten*. Online: http://www.lfu.bayern.de/umweltwissen/doc/uw_34_laerm_messen_bewerten.pdf (5.04.17)
- Behrens, J., Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Hans Huber, S. 228 ff..
- Bullinger, M. Kirchberger, I. (1998). SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand (PSYNDEX Tests Review). Online: <https://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9003482> (13.04.17)
- BzGA (2001) (Hrsg.) Bengel, J., Strittmacher, R., Willmann, H.- Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Band 6, erweiterte Neuauflage, S. 40-50

Literaturverzeichnis:

- Chamberlain K, Petrie K, Azariah R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology and Health*, 7: S. 301–310
- Combe, D (2005). The Use of patient diary in an intensive care unit. In: *British Association of Critical Care Nurses*. Vol. 10 (1). S. 31-34
- Corsten, S., Hardering, F. (2015). Biographisch-narrative Intervention bei Aphasie. In: *Sprachtherapie aktuell 2*. Online: http://www.sprachtherapie-aktuell.de/files/e2015-07_Corsten_Hardering.pdfhttp://www.sprachtherapie-aktuell.de/files/e2015-07_Corsten_Hardering.pdf (02.05.17)
- Darbyshire JL, Young JD (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. In: *Crit Care* 17:R187. doi:10.1186/cc12870 pmid: 24005004.
- Davidson, J., Harvey, M., Schuller, J., Black, G. (2013). Post Intensive Care Syndrom: What it is and how to prevent it. In: *American Nurse Today*. Vol. 8 (5). S. 32-38
- Davydow DS, Gifford JM, Desai SV (2009) Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Med*. 35, S. 796-809
- Dekempe, S. (2016). Studie zur Traumabewältigung: Das Prinzip Glaube und Hoffnung Online: http://www.deutschlandfunk.de/studie-zur-traumabewaeltigung-das-prinzip-glaube-und.886.de.html?dram:article_id=374099 (02.05.17)
- Duden (1985). *Bedeutungswörterbuch*. 2. überarbeitete Auflage, Mannheim: Dudenverlag, S.695
- Dudenredaktion (o. J.a) „Bewältigung“ auf Duden Online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Bewaeltigung> (12. 05.17)
- Dudenredaktion (o. J.b): „Resilienz“ auf Duden online: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz> (03.05.17)
- Egerod, I, Christensen, D. (2010). A Comparative Studie- Patient Diaries vs. Hospital Charts. In: *Qualitative Health Research*. 22 (10), S. 1446- 1456
- Egerod, I., Risomb, S., Thomsen, T., Storli. S., Eskerude, R., Holmef, A., Samuelsen, K. (2013) ICU-recovery in Scandinavia: A comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. In: *Intensive Crit Care Nurs* (2013),: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.10.005>
- Egerod I, Schwartz-Nielsen KH, Hansen GM, Laerkner E. (2007). The extent and application of patient diaries in Danish ICUs. In: *Nurs Crit Care* 12(3). S. 159–167

Literaturverzeichnis:

- Engström A, Grip K, Hamrén M. (2009). Experiences of intensive care unit diaries: 'touching a tender wound'. In: Nurs Crit Care. Mar-Apr;14(2), S.61-67
- Franke, A. (1997) Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In: Franke, A. (1997) (Hrsg.). Antonovsky A.: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt
- Greenhalgh T, Hurwitz B. (1999) Narrative based medicine - Why study narrative? In: BMJ 318, S. 48-50
- Griffiths, R. D., Jones, C. (2001). Filling the intensive care memory gap? In: Intensive Care Medicine, 27(2), S. 344-346
- Grünewald, M., Stolecki, D., Ullrich, L. (2005). Arbeitsfeld Intensivstation und Anästhesie. In: Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 10-12
- Harvey, M., Davidson, J. (2016). Post Intensive Care Syndrom - Right Care, right now... and later. In: Critical Care Medicine. Vol. 44 (2). S. 381-385
- Häcker, H. & Stapf, K. (1994). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans Huber, S. 138
- Heckhausen, H. (1989). Motivation und Handeln. München: Springer, S. 119
- Heindl, P., Bachlechner, A. (2015). Coping mit dem Intensivtagebuch – das Schaffen einer gemeinsamen Erinnerung. In: QuPuG 1 (2). S. 92-100
- Herrmann-Lingen, C. (2010). HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln. Online: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=27> (11.04.17)
- Hinton, L. (2016). The intensive care unit was so noisy I couldn't sleep. In: thebmj 353: i2150. S. 1-2
- Hircin, E. o.J. Beatmung. Online: <http://flexikon.doccheck.com/de/Beatmung> (02.05.17)
- ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index. World Health Organisation. Online: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> (06.04.17)

Literaturverzeichnis:

- Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, Tazarourte K, Bouilleau G, Pinaud V, Broche C, Normand D, Baubet T, Ricard-Hibon A, Istria J, Beltramini A, Alheritiere A, Assez N, Nace L, Vivien B, Turi L, Launay S, Desmaizieres M, Borron SW, Vicaut E, Adnet F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. In: The new England journal of medicine 368 (11), S. 1008-1018
- Jaenichen, D., Brunkhorst, F.M., Strauß, B. & Rosendahl, J. (2012). Körperliche und psychische Langzeitfolgen nach intensivmedizinischer Behandlung einer schweren Sepsis bei Patienten und Angehörigen. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 62, S. 335-343.
- Jahn, N.; Völker, T. , Laudi, S.; Kaisers, U. (2014). Beatmung auf der Intensivstation – eine Praxisanleitung. In: Aktuelles Wissen für Anästhesisten. Refresher Course Nr. 40, S. 77-85 Online: <http://www.ai-on line.info/abstracts/pdf/dacAbstracts/2014/2014-011-RC202.1.pdf> (4.4.17)
- Jones C., Bäckman C., Capuzzo M., Egerod, Flaatten, H., Granja, C., Rylander,C., Griffiths, R. (2010) Intensive care diaries reduce new onset posttraumatic stress disorder following critical illness: A randomised, controlled trial. In: Critical Care Medicine 2010; 14: R168, S. 1-10
- Knowles, R., Terrier, N. (2009). Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: A randomized controlled trial. In: Crit Care Med. 37 (1). S. 184 – 191
- Knück, D., Nydahl, P. (2008). Das Intensivtagebuch in Deutschland. In: Intensiv 16. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 249-255
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. Social Science and Medicine, 44, S. 821-831
- Maoz, W. (1998). Salutogenese. Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F., Schnyder, U. (Hrsg). (1998). Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., S. 13-15
- McSherry, W. C. & Holm J. E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. Journal of Clinical Psychology, 50, 476-487.

Literaturverzeichnis:

- McKinley,S., Fien, M., Elliott, R.,Elliott, D. (2016).Health- related quality of life and associated factors in intensive care unit survivors 6 month after their discharge. In: American Journal of critical care. Volume 25, (1), S. 52-58
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (o.J.). Aktivitäten des täglichen Lebens. Online: <http://www.mdk.de/914.htm> (14.04.17)
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (o.J.). Alltagskompetenz. Online: <http://www.mdk.de/817.htm> (11.04.17)
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2016). HRQOL Concepts. Online: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> (6.4.17)
- Needham DM, Davidson J, Cohen H. (2012) Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. In: Crit Care Med. Vol. 40(2); S. 502-509.
- Nydahl, P., Bäckmann, C., Bereuther, J., Thelen, J. (2014) Gut investierte Zeit. In: Pflege Intensiv 2. S. 38-41
- Nydahl, P., Knück, D. (2010a) Intensivtagebuch - Erste Implementierung. Online: http://www.intensivtagebuch.de/Intensivtagebuch/Vorlagen_files/TagebuchErsteImplementierung.pdf (9.05.17)
- Nydahl, P., Knück, D. (2010b). Träume und Traumata – eine systematische Übersichtsarbeit zur Wirkung des Tagebuches auf Intensivpatienten. In: DIVI. DOI 10.3238/DIVI.2010.0031 Dt. Ärzteverlag. S.31-37
- Nydahl, P., Knück, D., Bischoff, K., Fritsch, A. (2011). Das Intensivtagebuch war eine große Hilfe für mich. In: Pflege Intensiv (1)11, S. 1-4
- Nydahl, P., Knück, D., Egerod, I. (2015). Auf den Intensivstationen angekommen- das Intensivtagebuch in Deutschland. In: Die Schwester, Der Pfleger 54(7). S. 88-92
- O’Gara, G., Pattinson (2016). A qualitative exploration into the long-term perspective of patients receiving critical care diaries across the United Kingdom. In: Intensive Critical Care Nursing 36. Elsevier. S. 1-7
- Parker, A., Sricharoenchai, T., Rapaola,S., Schneck, K., Bienvenu, O., Needham, D. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illnes Survivors. A Metaanalysis. In: Critical Care Medicine Vol. 43 (5). S.1121-1129
- Perier, A., Revah-Levy, A., Bruel, C., Cousin, N., Angeli, S., Brochon, S., Philippart, F., Max, A., Gregoire, C., Misset, B., Garrouste-Orgeas, M. (2013). Phenomenologic

Literaturverzeichnis:

- analysis of healthcare worker perceptions of intensive care unit diaries. In: *Critical Care* 17:R13, S. 1-7
- Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. M., Huang, S., Dinglas, S, Bienvenu, V., Turnbull, A., Needham, D. (2016). Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Critical Care Medicine*. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001811. S.1-10
 - Rier, D. (2000) The missing voice of the critically ill: a medical sociologist's first-person account. In: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 22 (1) S. 68–93
 - Roulin MJ, Hurst S, Spirig R (2007). Diaries written for ICU patients. In: *Qual Health Res* 17. S 893-901.
 - Schäfer, S., Kirsch, F., Scheuermann, G., Wagner, R. (2015). *Fachpflege Beatmung*. 7. Auflage. München: Elsevier, S. 43-51, 93ff.
 - Schelling G.(2008) Post-traumatic stress disorder in somatic disease: lessons from critically ill patients. In: *Prog Brain Res*. 167. S. 229–23
 - Schmidt, K. (2014). Erst Intensivstation, dann PTSD. In: *Dt. Ärzteblatt Online*. Online: http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/852865/studie-erst-intensivstation-dann-ptbs.html (11.12.16)
 - Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F., Schnyder, U. (Hrsg). (1998). *Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., S. 2-7
 - Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill
 - Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Woburn (MA): Butterworth
 - Springer Gabler Verlag (Hrsg.), *Gabler Wirtschaftslexikon*, Stichwort: Stimulus, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/15467/stimulus-v7.html>
 - Städtler, T. (1988). *Lexikon der Psychologie*. Stuttgart: Verlag Körner. Online: <http://lexikon.stangl.eu/36/coping/> (11.04.17)
 - Stangl, W. (2017). Debriefing. *Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Online: <http://lexikon.stangl.eu/autor/> (02.05.17)

Literaturverzeichnis:

- Statistisches Bundesamt (2016). Krankenhausstatistik- Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Zweigstelle Bonn. Online: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbtol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=97879963&nummer=838&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=43654580 (11.12.16)
- Statistisches Bundesamt (2016). Krankenhausstatistik- Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Zweigstelle Bonn. Online: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/ XWD FORMPROC?TARGET=&PAGE= XWD_316&OPINDEX=6&HANDLER= XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE= XWD_344&D.000=3724 (08.05.17)
- Stöckl, F. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung - Grundlagen und Konzepte. In: Gesundheitsförderung. Unterricht Pflege. Podros Verlag. 1/2007. S. 26-27
- Storli S, Lind R. (2007). The meaning of patients' lived experience of being followed-up in living with experiences and memories from intensive care. In: Storli, S (Hrsg). Living with experiences and memories from being in intensive care – a lifeworld perspective. Dissertation for the degree of philosophiae doctor in health care. University of Tromsø
- Storli SL, Lind R. (2009). The meaning of follow- up in intensive care: patients' perspective. In: Scand J Caring Sci. Mar;23(1). S. 45–56
- Tempel, M., Pfeifer, M (2013). Das Post Intensive Care Syndrome – eine neue Entität? In: Dtsch Med, Wochenschr (138). S. 1221-1224
- Weixler, D., Paulitsch, K. (2003). Praxis der Sedierung. Wien: Facultas, S. 21-23
- Wüstenhagen. C. (2015). Während du schließt. In: Zeit Wissen. Nr. 4/2015. Online: <http://www.zeit.de/zeit-wissen/2015/04/intensivstation-tagebuch-kuenstliches-koma> (04.05.17)

Anhang

Anhang

Anhang 1: Suchbegriffe

Tab. 1: Suchbegriffe

| Deutsch | Englisch |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Intensivstation | Intensive Care Unit (ICU) |
| Intensivpatient | intensive care patient |
| Intensivtagebuch | Intensive Care Unit (ICU) Diary |
| Wirkung, Wirkungsweise | Effect, impact, outcome |
| - | Post Intensive Care Syndrom |
| Psychische, physische Auswirkungen/ Folgen | Psychologically/ emotional, physically/ somatic effects/ consequences |
| Genesung, Wiederherstellung | recovery |
| Rekonvaleszenz | convalescence |
| Angst | anxiety |
| Posttraumatische Belastungsreaktion/-störung | Posttraumatic stress disorder (ptsd) |
| Lebensqualität | quality of life |
| Gesundheitsbezogene Lebensqualität | health related quality of life |
| Depression | depression |
| Salutogenese | Salutogenesis |
| Wirkungsweise | Way of working |
| Coping | coping |
| Stressverarbeitung | stress processing |

Anhang 2: PIKO Schema

Tab. 2: PIKO Schema zur Wirkung des Intensivtagebuchs

| | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P | intensive care patient |
| I | Intensive Care Unit (ICU) Diary |
| K | No intervention |
| O | Recovery, Posttraumatic stress disorder (PTSD); Quality of life, Health related quality of life, coping, Stress processing, symptoms of depression |

Anhang 3: Suchhistorie

Tab. 3: Suchhistorie PubMed nach Interventionsstudien zum Intensivtagebuch

| Search | Add to builder | Query | Items found | Time |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| #19 | Add | Search ((Salutogenesis) AND effect of ICU Diary) OR way of working Intensive Care Diary | 3 | 04:04:23 |
| #18 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) AND effect of ICU Diary) OR impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) AND health related quality of life) OR quality of life | 297460 | 04:01:46 |
| #17 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) AND impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) OR effect of ICU Diary) AND health related quality of life) OR quality of life | 297460 | 04:00:48 |
| #16 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) AND effect of ICU Diary) OR impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) AND coping | 4 | 03:58:34 |
| #15 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) AND impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) OR effect of ICU Diary) AND depression | 6 | 03:58:10 |
| #14 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) AND effect of ICU Diary) OR impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) AND Posttraumatic stress disorder | 6 | 03:57:18 |
| #13 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) AND PTSD) OR impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) AND effect of ICU Diary | 5 | 03:55:01 |
| #12 | Add | Search (((((intensive care patient) OR ICU Patient) OR effect of ICU Diary) AND impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary) AND anxiety | 5 | 03:54:15 |
| #11 | Add | Search ICU Patient | 73020 | 03:53:38 |
| #10 | Add | Search coping | 139093 | 03:52:47 |
| #9 | Add | Search depression | 367604 | 03:52:36 |
| #8 | Add | Search health related quality of life | 297460 | 03:52:11 |
| #7 | Add | Search quality of life | 297460 | 03:52:05 |
| #6 | Add | Search Posttraumatic stress disorder | 32105 | 03:51:41 |

Anhang

| | | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| #5 | Add | Search PTSD | 32398 | 03:51:33 |
| #4 | Add | Search anxiety | 191846 | 03:51:25 |
| #3 | Add | Search impact of Intensive Care Unit (ICU) Diary | 15 | 03:50:50 |
| #2 | Add | Search effect of ICU Diary | 10 | 03:50:19 |
| #1 | Add | Search intensive care patient | 211039 | 03:49:19 |

Anhang 4: Studienübersicht mit inhaltlichen Schwerpunkt

Tab. 4: Literaturübersicht sortiert nach Inhalten

| Inhaltlicher Fokus | Studie |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PICS | Davidson et. al. (2013); Harvey, Davidson (2016); Tempel, Pfeifer (2013) |
| Psychische Auswirkungen von Intensivaufenthalten | Alfheim, Wheeler (2007), Parker (2015) Alasad, J. P, Tabar,N., Ahmad, M. (2015) Davydow DS, Gifford JM, Desai SV (2009) Jaenichen et al. (2012) MyKininley et al.(2016). Needham, Davidson, Cohen (2012) Parker et al (2015) Rabiee et al. (2016) |
| Inhaltsanalyse der Intensivtagebücher | Ergerod, Christensen (2009) |
| Verbreitung, Konzept, Ein- und Ausschlusskriterien Intensivtagebuch | Knück, Nydahl (2008); Nydahl, Bäckman, Bereuther, Thelen (2014); Nydahl, Knück, Egerod (2015); Eggers, Bollenbach (2013) |
| Wirkung des Intensivtagebuchs | Allgemein: Nydahl, Knück, Bischoff, Fritzsich (2011) Combe (2005) Knück, Nydahl (2010) O’Gara, Pattinson (2016) Roulin, Hurst, Spirig (2007) Storli, Lind (2007, 2009) PTSD: Jones et al. (2010) Petersson et al. (2015) Gesundheitsbezogene Lebensqualität: |

Anhang

| | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Bäckman, Orwelius, Sjöberg et al. (2010) Angst, Depression: Knowles, Tarrier (2009) |
| Salutogenese | Antonovsky(1997) Antonovsky, A. (1983) Maoz (1998) Schüffel et. al (1998) Stöckl, F. (2007) |
| Coping Intensivtagebuch/ Bezüge zur Salutogenese | Heindl, Bachlechner (2015); Engström, Grip, Hamrén (2008) Dekempe (2016) Corsten, Hardering (2015) |

Eidesstaatlicher Erklärung

Eidesstaatlicher Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig angefertigt und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Norderstedt, der 30.05.2017



Laura Beschmann