



Liebe Leserin, lieber Leser,

herzlich willkommen bei der neuen Pflegefachzeitschrift **pflegen:palliativ**.

Während die Anforderungen für die Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen ins fast Unermessliche steigen, bemühen sich Pflegendе in der stationären und ambulanten Versorgung, die pflegebedürftigen Menschen möglichst gut und qualitativ anspruchsvoll zu pflegen und zu begleiten. Dabei möchte ich Sie als Herausgeberin mit der neuen Pflegefachzeitschrift **pflegen:palliativ** gerne unterstützen.

Aus meiner jahrelangen eigenen Pflege Tätigkeit weiß ich sehr gut, mit welchen Aufgaben Pflegendе in ihrem Alltag konfrontiert sind. Die neuen gesetzlichen Regelungen zur palliativen Versorgung bringen Verwirrung und Unsicherheit in die Pflege landschaft – dort, wo dringend Orientierung und Handlungsfähigkeit benötigt wird. Und Pflegendе fragen sich zu Recht: «Welche zukünftigen Aufgaben und Herausforderungen müssen wir uns stellen?» und «Wie sollen wir das alles bewältigen?»

pflegen:palliativ stellt deshalb praxistaugliche und praxisrelevante Interventionen vor, die durch ihre wissenschaftliche Abstützung auch nachweisen, dass sie die Situation für die Patienten, die Bewohner und die Klienten – wo auch immer Schwerkranke und Sterbende gepflegt und betreut werden – verbessern. In der Rubrik Workshop

zeigen Experten Schritt für Schritt, wie spezielle praktische Maßnahmen durchgeführt werden. Das Materialpaket enthält konkrete Arbeitsinstrumente, die direkt in der alltäglichen Arbeit eingesetzt werden können.

pflegen:palliativ wendet sich in erster Linie an ausgebildete Pflegepersonen. Dabei möchte ich betonen, dass die Pflege die vielfältigen Herausforderungen in der palliativen Versorgung nicht alleine bewältigen kann. Ein gemeinsames Handeln verschiedener Disziplinen für das Wohl der Pflegebedürftigen steht im Zentrum und stellt eine wichtige Grundvoraussetzung dar. Und das ist gut so. Mit der neuen Zeitschrift soll jedoch vor allem die Arbeit der Pflege im Zentrum stehen. Pflege ist eine Disziplin, die einen wichtigen und eigenen Beitrag zur palliativen Versorgung leistet. Hier möchte ich Ihnen neue Impulse geben und Ihnen zeigen, wie verantwortungsvoll und vielfältig diese Arbeit sein kann. Ich lade Sie ein, Ihr pflegerisches Handeln zu reflektieren und Ihr Wissen auf den neuesten Stand zu bringen. Dabei wünsche ich Ihnen viel Spaß.

ELKE STEUDTER

pflegen: palliativ

Zeitschrift für die professionelle Pflege unheilbarer und sterbender Menschen

Heft 1 **Schmerz** erscheint Anfang 2009



DAS MATERIALPAKET enthält

- ▶ **AUDIO-CD**
mit Musik und Bilderreisen
zur Entspannung und
zur Linderung von Schmerzen.
- ▶ **POSTER**
Schmerzstandard des DNQP

Schauen Sie schon jetzt in Artikel hinein:

- ELKE STEUDTER**
2 **Schmerzen lindern ohne Medikamente**
- HEIKE WAWERSICH**
7 **Stressabbau in fünf Minuten**
aus dem Beitrag:
Über den täglichen Umgang mit Schmerz
- ANTJE MILLÁN**
8 **Schmerzerfassung und Schmerztherapie**
aus dem Beitrag:
Schmerz und Schmerztherapie bei Kindern

Vorschau auf die Beiträge:

- LILIANE JUHLI**
12 **schreibt über das Loslassen
und Abschiednehmen**
- Workshop:**
PETER NIELAND
13 **zeigt das richtige Lagern
und Mobilisieren**

In der ersten Ausgabe lesen Sie außerdem:

THOMAS MONTAG
Schmerz in der palliativen Pflege

ELKE STEUDTER
**Assessment und
Schmerzmanagement**

KLAUS MARIA PERRAR
**Medikamentöse Behandlung
von Schmerz**

PETER OFFERMANN
Den Schmerz weglachen?

ELKE STEUDTER
**Wissen in Kürze:
Total Pain**

Schmerzen lindern ohne Medikamente

«Ich habe Schmerzen! Können Sie mir helfen?»
Welche Pflegekraft kennt diese Frage nicht! Was tun, wenn akut kein Arzt erreichbar ist? Wenn verordnete Schmerzmittel scheinbar nicht ausreichen oder gar nicht wirken? Hier bieten nicht-medikamentöse Interventionen Pflegenden Handlungsmöglichkeiten in ihrem Kompetenzbereich.

VON ELKE STEUDTER

Schmerzen gehören zu den unangenehmsten und mit Angst besetzten menschlichen Erfahrungen. Dabei hat Schmerz als akut auftretendes Ereignis durchaus seinen Sinn. Als wichtige Schutzfunktion bewahrt er uns oft vor noch schwerwiegenderen Schädigungen oder Verletzungen. Ganz anders der Schmerz, der immer da ist, bei dem lediglich die Intensität wechselt, der zum Alltag von unheilbar kranken und sterbenden Menschen noch immer da-

zugehört. Dieser chronische Schmerz hat längst seinen Sinn verloren, er ist unnützlich. Daher ist eines der zentralen Ziele in der Pflege von Menschen mit chronischen Leiden und in der letzten Phase des Lebens, den Schmerz auszuschalten. Und falls dies nicht gänzlich gelingt, den Schmerz wenigstens auf ein für die Betroffenen erträgliches Maß zu reduzieren.

Obwohl ein umfassendes Schmerzmanagement in der palliativen Pflege angestrebt wird und als wichtige Grundlage für die Arbeit mit den Pa-

tienten oder Klienten gilt, zeigt die Praxis häufig Situationen, in denen die Schmerztherapie nicht erfolgreich durchgeführt wird.

Teamarbeit ist gefragt

Ein Grund dafür könnte sein, dass sich verschiedene Disziplinen die Aufgaben im Schmerzmanagement teilen. So verordnet die Ärztin die Schmerzmittel, die Pflegenden jedoch sind für die Schmerzerfassung und deren Dokumentation, die Verabreichung der Schmerzmittel und für die Kontrolle der erfolgreichen Schmerzlinderung zuständig. Für eine erfolgreiche Therapie ist hier eine gute Zusammenarbeit entscheidend.

Pflegende benötigen grundlegende Kenntnisse über die gängigen Schmerzmittel und deren Nebenwirkungen. Nur so können sie möglichst früh auftretende Pflegeprobleme er-

Alternative Interventionen: **1** Kutane Stimulation durch Kälte oder Wärme; **2** Entspannung, z.B. durch Musik; **3** Ablenkung, z.B. durch fernsehen.



Fotos: 1. und 2.: Martina Heskamp, 3.: © Hans Wiedl

kennen und behandeln. Hinzu kommt, dass sich pflegebedürftige Menschen häufig mit ihren Fragen und Wünschen an Pflegende richten. In einem beratenden Gespräch sollten Pflegende auf die wichtigsten Aspekte im Rahmen ihrer Kompetenzen informieren können, z. B. dass morphinhaltige Schmerzmittel eine Obstipation begünstigen oder dass es zu Beginn der Behandlung zu Übelkeit und Müdigkeit kommen kann.

Aus verschiedenen Gründen kann es vorkommen, dass Pflegende nicht auf Schmerzmedikamente zurückgreifen können. In Institutionen, in denen nicht immer ein Arzt anwesend ist (z. B. bei einem sterbenden Bewohner im Pflegeheim oder in der ambulanten palliativen Pflege) können unvorhergesehene Schmerzzustände nicht immer mit Medikamenten behandelt werden. Vor allem dann nicht, wenn keine entsprechende Reservemedikation verordnet wurde. Im anderen Fall möchte die betroffene Person eventuell keine Schmerzmittel. Oft äußern sie dann Bedenken wie «Ich kann doch nicht noch mehr Medikamente einnehmen». Die Angst vor einem «zuviel an Schmerzmittel» findet man auf Seiten der Betroffenen, aber auch auf Seiten der Pflegenden.

Ein weiteres häufiges Problem in der Praxis ist die Frage, wie ich die Zeit zwischen der Schmerzäußerung und dem Wirkungseintritt der Medikamente am besten überbrücken kann. Hier sind die Pflegenden gefordert. So kann beispielsweise eine nicht-medikamentöse Intervention durchgeführt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sie möglichst einfach und ohne allzu großen Aufwand angewendet werden kann, dass sie erfolgreich ist und dass der Patient sie im individuellen Fall annimmt. Denn nicht jede «Intervention ohne Tablette» ist auch bei jedem Menschen angebracht. Im Idealfall lässt sich aus der zuvor erhobenen **Schmerzbiografie** die bevorzugte Strategie ermitteln.

Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches nicht-medikamentöses Schmerzmanagement ist eine vertrauensvolle Patient-Pflegende-Beziehung und die vorbehaltlose Annahme, dass die geäußerten Schmerzen auch tatsächlich bestehen. Hier gilt: «Der

Schmerzbiografie

Bei Personen, die neu stationär oder ambulant palliativ gepflegt werden, empfiehlt es sich, eine Schmerzbiografie zu erheben. Diese Art der Biografie fragt – neben der aktuellen Schmerzerfassung – auch nach dem früheren Umgang mit Schmerzen: Welche Strategien haben üblicherweise dazu beigetragen, dass der Schmerz nachgelassen hat? Welche Aktivität/welches Verhalten hat den Schmerz verstärkt?

Auch die Frage, wie die Familie mit Schmerzen umgegangen ist bzw. wie man dazu erzogen wurde (z. B. «man muss auch was aushalten können», «ein Indianer kennt keinen Schmerz» o. Ä.), kann wichtige Hinweise auf das aktuelle Verhalten und erfolgreich einzusetzende Interventionen geben. Besonders wichtig sind die schriftlichen Notizen im Rahmen der Schmerzbiografie, wenn die betroffenen Personen aufgrund ihres Gesundheits- bzw. Krankheitszustands nicht mehr in der Lage sind, dies verbal mitzuteilen. In dieser Situation erleichtert es die Pflege ungemein, wenn auf die beschriebene Erhebung zurückgegriffen werden kann.

Gate-control-Theorie

Übersetzt bedeutet dieser Begriff etwa «Kontrollschrankentheorie».

Entwickelt wurde dieses Konzept bereits 1965 von Melzack & Wall (in: McCaffery, Beebe & Latham, 1997). Die beiden Forscher entdeckten, dass der Körper über ein eigenes Schmerzhemmsystem verfügt.

Die Weiterleitung der Schmerzimpulse kann durch die Aktivierung der dicken myelinisierten Nervenfasern gehemmt werden. Am eindrücklichsten tritt dieser Mechanismus bei schwer verletzten Menschen – z. B. nach einem Unfall – zutage. Über die gate-control nimmt der Verletzte die Schmerzen zunächst nicht wahr. In vielen Fällen ist dies überlebenswichtig, z. B. um sich aus dem Auto zu befreien. Inzwischen ist bekannt, dass verschiedene Aktivitäten den Tor schließenden Mechanismus unterstützen. So wirkt sich beispielsweise die Hautstimulation positiv aus. Ganz automatisch reiben sich viele nach einem Stoß oder Sturz die betroffene Stelle. Durch die zusätzliche Reizgebung wird der Schmerz quasi «überreizt», er wird weniger deutlich wahrgenommen. Denn das Gehirn ist nur in der Lage, eine bestimmte Menge an Reizen auf einmal zu verarbeiten. Im Gegenzug kann ein bestimmtes Verhalten das Tor wieder öffnen. Die Folge ist ein wieder einsetzender Schmerz.

So verstärken Unruhe und Stress häufig die Schmerzen.

Mensch, der Schmerzen angibt, hat Recht.» So sollten Schmerzen immer ernst genommen werden, auch wenn kurz vorher ein Schmerzmittel verabreicht wurde. Sollen Schmerzen nicht nur mit Medikamenten gelindert werden, bieten die alternativen Methoden folgende Interventionen:

- ▶ Kutane Stimulation, z. B. oberflächliche Anwendung von Wärme und Kälte
- ▶ Ablenkung und Imagination
- ▶ Entspannung

Diese Interventionen können beim akuten Schmerz, z. B. während eines Verbandwechsels, oder bei chronischen Schmerzen eingesetzt werden. Dabei bedienen sich die Interventionen jeweils dem gleichen Prinzip: sie nutzen das Prinzip der **gate-control**. Sie können einfach erlernt werden und lassen sich ohne großen Aufwand in die tägliche Pflege integrieren. Voraussetzung dafür ist, dass sich die betreffende Person darauf einlassen kann. (→ S. 6)

Vier mögliche Interventionsmethoden

Oberflächliche Kälte- und Wärmeanwendung als kutane Stimulation

Die Anwendung von Kälte/Wärme ist bei richtiger Handhabung einfach und ungefährlich durchzuführen. Sie kann ohne großen Aufwand oder Hilfsmittel auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Bei der Anwendung sollte Folgendes – über Aspekte wie Information und Ruhe hinaus – beachtet werden:

- ▶ Die betreffende Person sollte wählen zwischen warm und kalt. Häufig gibt es Vorlieben bzw. Abneigungen. Ist der pflegebedürftige Mensch nicht fähig sich zu äußern, sollte sorgsam auf Merkmale des Unwohlseins geachtet und die Maßnahme eventuell sofort beendet werden. Kontraindikationen müssen bekannt sein und beachtet werden.
- ▶ Die betreffende Person sollte entspannt gelagert werden.
- ▶ Kein direkter Hautkontakt mit warmen, kalten oder geeisten Materialien, sondern diese immer in ein Tuch oder in einen dafür geeigneten Beutel stecken.
- ▶ Keine Anwendung auf entzündete, verletzte oder sonst geschädigte Haut.
- ▶ Die Maßnahme kann auch erfolgreich sein, indem man nicht die direkt schmerzende Stelle, sondern ein nahe gelegenes Areal behandelt. Auch die Headzonen können behandelt werden. Unter den nach dem englischen Neurologen Henry Head benannten Zonen versteht man

Hautareale, die bestimmten inneren Organen zugeordnet werden. Eine Beeinflussung dieser inneren Organe ist über die äußerlich zugänglichen Headzonen möglich.

- ▶ Auch die gegenüberliegende Seite des Körpers (kontralateral zur Schmerzstelle) kann behandelt werden.
- ▶ Falls möglich sollte eine intermittierende Anwendung erfolgen. Die betreffende Person bestimmt den individuellen Wechselrhythmus zwischen Auflage der warmen oder kalten Kompresse und keiner Anwendung.
- ▶ Wird Eis angewendet, sind folgende Punkte unbedingt zu beachten:
 - nicht länger als zehn Minuten anwenden, auf Zeichen wie Blässe, Taubheitsgefühl, Frösteln achten und die Maßnahme gegebenenfalls vorzeitig beenden.
- ▶ Während der Anwendung ist auf Zeichen von Unwohlsein oder Anspannung zu achten. Besteht das Gefühl, die Intervention bewirkt den gegenteiligen Effekt, sollte die Maßnahme abgebrochen werden.
- ▶ Bei normalem Verlauf sollte nach fünf bis zehn Minuten erfragt werden, ob die Anwendung hilft.
- ▶ Falls die Intervention gut toleriert wird, der Erfolg jedoch ausbleibt, kann zunächst die Hautstelle gewechselt oder mehrere Kompressen eingesetzt werden.
- ▶ Nach der Anwendung sollte der Patient ruhen. (McCaffery, Beebe & Latham, 1997)

Entspannung gegen den Schmerz

Eine häufig eingesetzte Intervention gegen Schmerz ist die Entspannung. Entspannung kann als Zustand relativer Schmerz- und Angstfreiheit verstanden werden (McCaffery, Beebe & Latham, 1997). In dieser Situation werden die Körperfunktionen normal aufrechterhalten, das autonome Nervensystem jedoch wird in seiner Aktivität gedrosselt. Im entspannten Körperzustand wird der Sauerstoffverbrauch reduziert, die Atmung wird langsamer und tiefer, Puls, Blutdruck und Muskelspannung werden gesenkt. Verschiedene Maßnahmen können eingesetzt werden, um diesen Zustand zu erreichen. Dabei ist wichtig, die tatsächliche Entspannung grundsätzlich von der Ablenkung zu unterscheiden. So ist fernsehen, lesen oder sich anderweitig zu beschäftigen nicht automatisch mit Entspannung gleichzusetzen, können diese jedoch fördern. In vielen Fällen muss die Entspannung erst erlernt werden, z. B. Meditation, Yoga oder autogenes Training. Patienten sollten gezielt danach gefragt und – wo möglich –

sollten diese Ansätze in den Pflegealltag integriert werden. In vielen Situationen sind diese Interventionen jedoch nicht zu realisieren (körperliche Schwäche usw.). Als sehr erfolgreiche Intervention haben verschiedene Studien die Wirkung von Musik nachgewiesen (z. B. Good, 1996). Dabei zeigte sich Harfen- und Flötenmusik als ausgesprochen erfolgreich. Wache und ansprechbare Patienten können über einen Kopfhörer die Musik hören. Bei wahrnehmungseingeschränkten Patienten oder in einer fortgeschrittenen Phase im Sterbeprozess sollten die Kopfhörer auf dem Kissen neben dem Kopf liegen, damit auch Außengeräusche wahrgenommen werden können und es zu keinen auditiven Irritationen oder desorientierenden Zuständen kommt. Die Musik sollte gezielt – auch mehrmals am Tag – eingesetzt werden, keinesfalls jedoch ständig zu hören sein. Eine mögliche Reizüberflutung verstärkt die Schmerzen oder der Einsatz verliert bei Daueranwendung seine schmerzlindernde, entspannende Wirkung.

Ablenkung als strukturierte Pflegehandlung

Eine weitere nicht-medikamentöse Intervention ist die Ablenkung. Durch sie wird der Schmerz an den Rand des Bewusstseins gedrängt, da sich die Aufmerksamkeit auf andere Reize verlagert. Die Methode der Ablenkung kann eingesetzt werden, wenn bestimmte Pflegehandlungen durchgeführt werden sollen, die möglicherweise kurzfristig mehr Schmerzen auslösen, z. B. Verbandwechsel, Lumbalpunktion, Drainagen entfernen, schwierige Venenpunktion oder Mobilisation. Darüber hinaus können sie gezielt auch bei andauernden Schmerzen eingesetzt werden, die jedoch nicht länger als eine Stunde lang bestehen sollten (McCaffery, Beebe & Latham, 1997). Auch hier gilt, dass die Ablenkung die Schmerzmedikamente nicht ersetzt, und dass die nötigen Mittel verabreicht werden müssen. Die Ablenkung sollte geplant und strukturiert durchgeführt werden, da ein unkontrollierter Einsatz mehr zur Verwirrung der Patienten beiträgt als dass sie positiv auf das Schmerzempfinden wirkt. Vor der Maßnahme sollen die Patienten informiert und über den Zweck der Intervention aufgeklärt werden. Kontraindikationen sind abzuklären und eine mögliche Hypersensibilität gegen Reize auszuschließen (z. B. bei Patienten mit Störungen des zentralen Nervensystems). Ablenkung wirkt dadurch, dass der Patient sich für eine gewisse Zeit auf andere Reize konzentriert. Diese Reize können für alle Sinneswahrnehmungen – visuell, auditiv, olfaktorisch, taktil (Sehen, Hören, Riechen, Fühlen) –

angeboten und entsprechend erfasst werden. Häufig haben die Personen bereits eigene Ablenkungsstrategien entwickelt; diese Vorlieben sollten berücksichtigt werden. Sehend gelingt eine Ablenkung über starre oder bewegte Bilder (Wandbild beschreiben während des Verbandwechsels, Fernsehsendung verfolgen lassen). Dem Geruchssinn können verschiedene Düfte als Ablenkung angeboten werden. Dabei ist unbedingt darauf zu achten, dass es zu keiner Dauerbeduftung kommt. Vorher sollte geklärt werden, gegen welche Düfte mögliche Aversionen bestehen – nicht jede Person hat die gleichen Duftvorlieben. Als taktile Ablenkungen können verschiedene Stoffe oder Materialien in die Hand genommen und die Oberflächen und Beschaffenheiten erfühlt werden. Auch Gespräche führen oder gemeinsames Singen – je nach Bewusstseinszustand des Patienten – können erfolgreich als Ablenkung eingesetzt werden (Nagele & Feichtner, 2005). Eine Ablenkungsintervention sollte immer gemeinsam mit dem Patienten begonnen und beendet werden, das heißt, beiden ist stets klar, wann Ablenkung gesucht wird und wann diese Intervention zu Ende ist. Dies vermittelt Sicherheit und lässt Ablenkung nicht als Dauerzustand erscheinen. Pflegende sollten unbedingt beachten, dass nach beendeter Ablenkung die Schmerzen wieder ins Zentrum der Aufmerksamkeit des Patienten rücken und sich diese wieder einstellen können.

Geführte Reise mit Bildern – Imagination

Ähnliches gilt für die Imagination. Der Begriff leitet sich vom Lateinischen «imago» ab und bedeutet Vorstellungskraft oder bildhaft anschauliches Denken (Nagele & Feichtner, 2005). Über die Technik der inneren Bilder wird versucht, den Schmerz zu lindern. Auch hier greift das Prinzip der Ablenkung. Die therapeutische Imagination wird von Fachpersonen wie Psychotherapeuten o. Ä. durchgeführt. Aber auch in der palliativen Pflege kann die geführte Bilderreise als schmerzlindernde Maßnahme von Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Auch hier sind bestimmte Voraussetzungen unbedingt zu beachten.

Die Imagination sollte gezielt ein- bis zweimal täglich eingesetzt werden. Der Patient ist über Sinn und Zweck der Maßnahme zu informieren. Dabei sollten bereits gemachte Erfahrungen mit dieser Intervention berücksichtigt werden. Eine Bilderreise sollte nicht länger als 20–30 Minuten dauern, da es über diesen Zeitraum hinaus für den Patienten mögli-

cherweise schwierig wird, sich darauf einzulassen. Sie wird mit dem Patienten begonnen und muss immer abgeschlossen werden. Keinesfalls ist der Patient unvorhergesehen aus der Imagination «zu reißen». Dies könnte Unbehagen und Unruhe auslösen. Daher sollte vorher das Team über die geplante Handlung informiert werden. Eine erfolgreich geführte Bilderreise lässt dem Zuhörer immer die Wahl. Formulierungen wie «Stellen Sie sich einen Ort vor, an dem Sie sich wohlfühlen und wo Sie ausruhen möchten» sind Anweisungen wie «Sie befinden sich im Wald, auf einer Wiese oder über den Wolken» unbedingt den Vorzug zu geben. Möglicherweise verbindet die Person unangenehme Erlebnisse mit dem vorgeschlagenen Ort. Daher ist es wichtig, dass die Person sehr individuell angesprochen bzw. ihr selbst die Wahl gelassen wird. Personen mit Angststörungen können unter Umständen Schwierigkeiten haben, sich auf eine Imagination einzulassen, da sie das Gefühl des Kontrollverlusts erleben.



Bei sehr starken Schmerzen kann sich verständlicherweise kaum ein Entspannungszustand einstellen, auch die Ablenkung gelingt eventuell weniger gut. In solchen Fällen muss der Schmerz erst medikamentös auf ein erträgliches Maß reduziert werden, um diese Maßnahmen überhaupt durchführen zu können.

Geplante Interventionen verständlich erklären

Bevor die nicht-medikamentöse Intervention zur Schmerzlinderung eingesetzt werden kann, müssen bestimmte Vorbereitungen getroffen werden. Zunächst ist die betreffende Person zu informieren. Die Intervention sollte in wenigen Sätzen verständlich erklärt werden. Der Pflegebedürftige muss der Intervention zustimmen. Die Person sollte nicht überredet werden. In einigen Fällen kann es sinnvoll sein, die

Intervention nicht vollständig durchzuführen, sondern zunächst nur in Teilen zu zeigen oder zu üben. So hat der Pflegebedürftige die Möglichkeit, sich an den Ablauf zu gewöhnen und kann entscheiden, ob er sich darauf einlassen will oder nicht. Eventuell ist vorab zu klären, ob eine Kontraindikation vorliegt. Pflegende sollten deutlich machen, dass sie die geäußerten Schmerzen auf jeden Fall ernst nehmen. Erklärt werden sollte auch, dass diese Interventionen nur eine bestimmte Zeit lang wirken und dass sie auf keinen Fall die Schmerzmittel ersetzen. Im besten Fall ergänzen sie die bisherige Schmerztherapie. Die Maßnahme sollte in ruhiger, ungestörter Atmosphäre durchgeführt werden können. Dauernde Unterbrechungen durch Zimmereintritte oder Telefonläuten sollten vermieden werden. Ein Schild an der Tür mit «Bitte nicht stören – Behandlung» und die Information an die anderen Pflegenden sorgen für die nötige Ruhe.

Breites Spektrum an pflegerischen Maßnahmen

Mit den beschriebenen Interventionen steht Pflegenden eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung, um Schmerzzuständen auch nicht-medikamentös zu begegnen. Mit der nötigen Erfahrung und einem vorangegangenen Assessment können Pflegenden diese Maßnahmen den Patienten anbieten und durchführen. Bei Unsicherheiten sollte der Arzt informiert werden. Gerade in Situationen, in denen plötzlich und unvorhergesehen Schmerzen auftreten, kann dem Patienten so eine Intervention angeboten werden und man steht den Schmerzen möglicherweise weniger ausgeliefert gegenüber. Pflegende sollten die Maßnahmen aktiv in den Pflegealltag integrieren und damit die medikamentösen Therapien um wertvolle Möglichkeiten ergänzen. Voraussetzung dafür ist die sorgfältige Beobachtung des Patienten und die gründliche und nachvollziehbare Dokumentation der Pflegehandlung. Alle am Prozess Beteiligten sind angemessen und nachhaltig zu informieren; dazu gehören der Patient, seine Angehörigen, Ärzte. Noch unerfahrene Pflegenden sollten sich diese Maßnahmen zeigen und erklären lassen. Im Rahmen von Fallbesprechungen kann geprüft werden, ob die vorgestellten Interventionen für die Patienten eine sinnvolle Alternative und Ergänzung sein können. ■

Literatur

GOOD, M. (1996)
Effects of relaxation and music on post-operative pain. A review.
Journal of Advanced Nursing 24, 905–914

NAGELE, S. | FEICHTNER, A. (2005)
Lehrbuch der Palliativpflege.
 Wien: Facultas

MCCAFFERY, M. | BEEBE, A. | LATHAM, J. (1997)
Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis.
 Wiesbaden: Ullstein



ELKE STEUDTER
 Pflegefachfrau
 Diplom Berufspädagogin
 Pflegewissenschaft/
 Soziologie
 info@steudter.net

aus dem Beitrag:

Über den täglichen Umgang mit Schmerz

VON HEIKE WAWERSICH

In der Pflege von chronisch- und schwerkranken oder sterbenden Menschen gibt es immer wieder Situationen, die Pflegende unvorbereitet mit aller Wucht treffen; Situationen, die tief berühren und emotional in unterschiedlichster Art alles fordern. Was können Pflegende in der Hektik des Arbeitsalltags tun, um handlungsfähig zu bleiben und gleichzeitig Stress abzubauen?

Atemübungen sind hier eine gute Möglichkeit. Schon wenige Minuten der gezielten Entspannung können dazu beitragen, Emotionen kurzfristig zu verringern und den Stress nicht auf andere Situationen zu übertragen. Ob in einer kleinen Pause am offenen Fenster, im PKW, zwischen der ambulanten Versorgung von zwei Patienten oder an einem anderen beliebigen Ort: Nachfolgende Übung ist jeder Zeit durchführbar.

Genauso gut wirken vergleichbare Übungen aus dem autogenen Training oder aus anderen fernöstlichen Entspannungstechniken. Jeder sollte sich hier wirklich auf die Suche nach seiner ganz persönlichen Technik begeben, die er dann im Notfall einsetzen kann. Auch hier gilt der Grundsatz: «Wer gut vorbereitet in eine Prüfung geht, kann sie auch bestehen!» ■



HEIKE WAWERSICH
Diplompsychologin
heike.wawersich@freenet.de

Stressabbau in fünf Minuten

Atemübungen

- Begeben Sie sich an einen möglichst ungestörten Ort, eventuell öffnen Sie ein Fenster.
- Stellen oder setzen Sie sich bequem hin. Wenn Sie möchten, schließen Sie dabei die Augen.
- Legen Sie Ihre Hände auf Ihren Bauch und kommen Sie mit einigen Atemzügen zur Ruhe. Versuchen Sie sich zu entspannen.
- Beobachten Sie Ihren Atem. Dann atmen Sie bewusst langsam durch die Nase ein und lassen die Luft in die ganze Lunge strömen; dabei soll sich die Bauchdecke wölben.
- Denken Sie dabei, dass Sie mit dem Einatmen neue frische Energie aufnehmen. Beim Ausatmen versuchen Sie loszulassen und weiter zu entspannen.
- Wiederholen Sie die Übung einige Male, bis Sie die Wirkung spüren.

Am besten funktioniert diese Übung, wenn man sie schon in weniger belastenden Situationen geübt hat.