

# **Bachelorarbeit**

Vorgelegt von: Pongratz Elisabeth

Geb. am 3.12.1966

## **Coping von Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen auf einer Intensivstation**

---

Medizinische Universität Graz

Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Institut für Pflegewissenschaft, Billrothgasse 6, 8010 Graz

### **Begutachtung**

Ao.Univ.-Prof.in Dr.in phil. Ursula Wisiak

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Auenbruggerplatz 2/ 6, 8036 Graz

Im Rahmen der Lehrveranstaltung: Gesprächsführung

Vorgelegt im Juli 2013

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Des Weiteren erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 01.07.2013

Unterschrift:



Pongratz Elisabeth

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung/ Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Material und Methoden</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Definition Coping</b> .....	<b>6</b>
<b>4 Das transaktionale Bewältigungsmodell von Lazarus</b> .....	<b>7</b>
4.1 Primäres Bewerten/ Einschätzen .....	8
4.2 Sekundäres Bewerten.....	8
4.3 Bewertung und deren Vorbedingung.....	9
4.4 Bewältigung .....	10
4.5 Bewältigungsstrategien .....	10
4.5.1 Problemfokussierter Ansatz .....	10
4.5.2 Emotionsfokussierter Ansatz.....	11
<b>5 Stressoren auf einer Intensivstation</b> .....	<b>11</b>
<b>6 Coping</b> .....	<b>14</b>
6.1 Emotionale und soziale Unterstützung .....	14
6.2 Emotionale Bewältigung.....	19
6.3 Verständnissuche .....	19
6.4 Problemlösung.....	26
6.5 Die Rolle der Familie.....	21
6.6 Vertraut sein, sich kümmern .....	24
6.7 Ablenkung.....	25
6.8 Information, Kultur, spirituelle Unterstützung.....	29
6.9 Neubewertung.....	21
<b>7 Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse</b> .....	<b>31</b>
<b>8 Schlussfolgerung</b> .....	<b>34</b>
<b>9 Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>37</b>
<b>10 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>39</b>

## **Zusammenfassung**

Die Bedürfnisse von PatientInnen sowie deren Angehörigen auf einer Intensivstation erfordern unterschiedliche Methoden von Krankheitsbewältigung. Das transaktionelle Stressmodell (Lazarus 1966; Lazarus / Folkman, 1984) beschreibt Coping als kontextbezogenen persönlichen Bewertungsprozess der Wahrnehmung und der Verarbeitung stressbedingter Belastungen. Multiple Stressoren wie beispielsweise die Plötzlichkeit des Geschehens, Schmerzen, Angst, eine fremde Umgebung, ein Wechsel von Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb der Familie und dauernde Unsicherheit bedingen die Wahl der Copingmethoden, wie auch soziokulturelle, politische und ökonomische Strukturen. Die Untersuchungen ergaben emotionale, soziale und spirituelle Unterstützung, Vertrauen, Information, Verständnis und Neubewertung als wichtigste Bewältigungsstrategien im Umfeld eines lebensbedrohlichen Krankheitsverlaufes. Die Rolle der Familie spielt hierbei eine zentrale Schlüsselposition. Frühestmögliche Unterstützung, das Erkennen von Bedürfnissen Schwerstkranker sowie deren Angehörigen, eine konsistente gute Kommunikation, umfassende Aufklärung, Empathie, sowie eine ganzheitliche Betrachtungsweise pflege- und therapierelevanter Interaktionen sind Empfehlungen zur Bewältigung krankheitsbedingter Lebenskrisen von IntensivpatientInnen sowie deren Angehörigen.

## **Abstract**

The individual needs of patients as well of their relatives in an intensive care unit (ICU) demand different methods of how to cope with their illness. The transactional stress model (Lazarus 1966; Lazarus / Folkman, 1984) describes coping as a context related personal evaluation process of cognition and the handling of stress related pressure. Multiple stressors as for example sudden events, pain, fear, unknown surroundings, change of role and responsibilities within the family and constant insecurity account for the choice of methods of how to cope, as well as sociocultural, political and economic structures. The analysis showed emotional, social, and spiritual support, confidence, information, understanding and the reevaluation as the most important strategies to cope with the situation in connection with life threatening courses of diseases. The role of the family plays a key position. Earliest possible support, the recognition of the needs of seriously ill people as well as of their relatives, a constantly good communication, a comprehensive information, empathy as well as an overall approach towards care and therapy relevant interaction are recommendations to overcome life crises of patients of intensive care units and their relatives caused by illness.

# 1 Einleitung

Immer mehr Menschen können durch die Fortschritte in der Intensivmedizin und Pflegeforschung gesundheitliche Krisen überstehen. Im Jahr 2011 wurden an den österreichischen Krankenanstalten rund 831 400 Bettenbelagstage an den unterschiedlichen Intensiveinheiten der Fachabteilungen ermittelt (Statistik Austria, 2011). Die Auswirkungen und die Bewältigung eines Intensivaufenthaltes auf die Betroffenen sind komplex.

Nagl-Cupal (2010) stellt in seinem Forschungsbeitrag über die Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation fest, dass nicht nur der Erkrankte selbst, sondern auch immer die Familie von Krankheit betroffen ist. Die Konfrontation mit einer lebensbedrohenden Erkrankung erfordert von den betroffenen Personen Ausgleichsmechanismen in physischer, mentaler und sozialer Hinsicht. Diese benötigen und entwickeln unterschiedliche Methoden, um multiple Belastungen während des Krankheitsverlaufes handhaben zu können. Diese zu bewerkstelligen stellt eine Voraussetzung für eine Perspektive auf ein bewältigbares Leben während und nach einer überstandenen Erkrankung dar, möglicherweise sogar unter veränderten erschwerten Bedingungen.

Das Umfeld einer Intensiveinheit und therapeutische Entscheidungen mit daraus resultierenden Handlungen menschlicher Tragweite, stellen das gesamte Betreuungsteam immer wieder vor neue Herausforderungen einer erfüllenden, manchmal aber auch frustrierenden Arbeit. Gemäß langjähriger persönlicher Erfahrungen als Diplomkranken- und Gesundheitsschwester an einer chirurgischen Intensivstation eines Schwerpunktkrankenhauses, erfordern die Bedürfnisse Schwerstkranker besondere Sensibilität; psychische und physische Belastbarkeit, sowie Geduld und Enthusiasmus vonseiten des gesamten multiprofessionellen Teams, um den komplexen Ansprüchen Schwerkranker und der Betreuung der Angehörigen gerecht zu werden. Fachkompetenz und Empathie bilden eine Basis für effiziente Hilfestellungen im emotionalen Chaos einer aus dem Alltag herausgerissenen kritisch erkrankten Person sowie deren Familie. Besendorfer (2001) erforschte, dass wie sich Kranke sowie deren Angehörigen während ihres Aufenthaltes auf Intensivstationen fühlten unter anderem davon abhinge, wie diese Wertschätzung erlebten, inwieweit ihre Bedürfnisse ernstgenommen wurden und ob es ihnen gelang, Vertrauen zu Personen aufzubauen. Gelingt die Beziehung MitarbeiterIn/ PatientIn auf Grundlage dieser drei Bedingungen, sind PatientInnenen auch toleranter

gegenüber unangenehmen pflegerelevanten Maßnahmen; moralische Unterstützung sowie Anteilnahme tragen bei zu einem menschlichen Umfeld in einer technisierten und deprivierten Umgebung einer Intensivstation.

Das Interesse an Strategien, wie Kranke und deren Bezugspersonen auf einer Intensivstation ihre schwierige Lage meistern, initiierte den Entschluss, die vorliegende Bachelorarbeit dem Thema „Coping von IntensivpatientInnen sowie deren Angehörigen“ zu widmen. Unerwähnt bleibe auch nicht, dass die Auseinandersetzung mit diesem Thema eine Form der persönlichen Psychohygiene über die Arbeit als Kranken- und Gesundheitschwester darstellt.

Das Ziel der Literaturrecherche stellt die Ermittlung evidenzbasierter aktueller Literatur auf dem Gebiet von Copingstrategien auf Intensivstationen dar. Die Erkenntnisse darüber sollen die Pflegekompetenz im Verständnis ganzheitlicher Betreuung von Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige ergänzen und die Motivation stärken, kritisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige in der Bewältigung von krankheitsbedingten Lebenskrisen zu unterstützen, mit dem Ergebnis, professionellen Beistand als externe Ressource im Bedarfsfall anbieten zu können.

Zusammenfassend ergibt sich folgende Forschungsfrage: „Wie bewältigen Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige krankheitsbedingte Belastungen auf der Intensivstation?“

## **2 Material und Methoden**

Vorliegende Daten und Analysen ergaben sich anhand einer elektronischen Datenbankrecherche in den Datenbanken Medline, Pubmed, Cinahl und Cochrane Library. Folgende Keywords bilden die Basis der Literaturrecherche: „Coping, intensive care unit, family member, relative, critical care patient“. Im Anschluss daran wurde eine Literaturrecherche per Hand im Schneeballprinzip durchgeführt, indem das Literaturverzeichnis relevanter Studien auf bezugnehmende aktuelle wissenschaftliche Arbeiten verwies. Aufgrund des Fokus auf dem Terminus „Coping“ im Titel der Studien, ergaben sich nur wenige Treffer. Außerdem ermöglichte direkte schriftliche Kontaktaufnahme mit diversen AutorInnen den erfolgreichen Zugang zu ergänzendem relevanten Inhalt. Studien im asiatischen Raum fanden sich zahlreicher, entsprechende Arbeiten im deutschsprachigen Raum waren deutlich in der Minderheit.

Bewältigungsstrategien von Angehörigen waren häufiger untersucht, als die von Intensivpatienten und -patientinnen. Die Suche wurde mit Veröffentlichungen ab dem Jahr 2000 in deutscher und englischer Sprache limitiert, Kinder aus der Recherche ausgeschlossen.

Insgesamt wurden zwölf auf die Forschungsfrage bezogenen Originalstudien in die Arbeit aufgenommen. Der Aufbau der Arbeit beginnt mit der Definition und Darlegung des Begriffes „Coping“ und gelangt anschließend über einen kurzen Exkurs über die spezielle Problematik einer Intensivstation zu den Ergebnissen der unterschiedlichen Bewältigungstypen von Intensivpatienten und -patientinnen sowie deren Angehörigen.

### **3 Definition Coping**

Chronische und akute Erkrankungen setzen die Betroffenen umfassenden Belastungen aus, die es zu bewältigen gilt. Solche Belastungen umfassen Verletzungen der körperlichen Integrität und des Wohlbefindens, die Bedrohung der eigenen Zukunfts- und Lebenspläne, die Bedrohung des seelischen Gleichgewichts, Todesangst, sowie die Gefährdung der bisherigen sozialen und beruflichen Aktivitäten (Schüßler, 1993).

Der Begriff „Coping“ ist im Deutschen nicht wörtlich zu übersetzen und bedeutet sinngemäß „Stressbewältigung“ oder „Krankheitsbewältigung“. Die Literaturrecherche ergab zahlreiche Beschreibungen und Klassifikationen unterschiedlicher Bewältigungsverfahren, abhängig von dem zugrundeliegenden theoretischen Konstrukt, Konzeptbildungen divergieren. Aufgrund dieser Heterogenität sind die Ergebnisse kaum miteinander vergleichbar.

Zahlreiche Forscher befassen sich mit unterschiedlichen Erklärungsmodellen, um die Beziehung von Stress, Bewältigung und Gesundheit und deren Wechselwirkungen darzustellen. Gesundheitswissenschaften wie Psychologie, Medizin und Pflegeforschung erforschten Stress und dessen Bewältigung als wichtige Einflussfaktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken. Stress führt zum Ausbruch zahlreicher Erkrankungen, zu einer Verschlimmerung von Symptomen und stört das Wohlbefinden der betroffenen Personen erheblich; es kommt zu emotionalen und physischen Unbehagen und beeinträchtigt die mentale Funktionsfähigkeit (Lyon, 2005). Sichergestellt ist, dass nicht die objektive Schwere der Belastung selbst den Verlauf einer Erkrankung oder den Ausgang einer Lebenskrise bestimmt, sondern welche Bewältigungsfaktoren dem betreffenden Menschen

in bestimmten Situationen zur Verfügung stehen (Rüger, Blomert, Förster, 1993). Die Stressforschung erfuhr einen Paradigmenwechsel, indem nicht die Häufigkeit und Intensität von belasteten Ereignissen entscheidend für den weiteren Verlauf wurden, sondern die persönliche Wahrnehmung und Verarbeitung einen subjektiven Bewertungsprozess in Gang setzt und aus diesem heraus die betroffene Person unterschiedliche Bewältigungsanstrengungen begründet.

In den 1960er Jahren befasste sich der Sozial- und Persönlichkeitspsychologe Richard S. Lazarus mit der Dynamik dieser Erfahrungen und entwickelte ein transaktionelles Stressmodell (Lazarus, 1966; Lazarus/ Folkman, 1984). Dieses Modell wurde von Lazarus und MitarbeiterInnen im Laufe der vergangenen Jahre mehrmals modifiziert. Die Ursprünge des Modells lagen in der Stressforschung, es wurde aber im Laufe der Zeit zu einer allgemeinen Emotionstheorie erweitert. Das Modell stellt Stress als Ergebnis einer Transaktion zwischen Person und Umwelt dar (Lazarus, 1967). Es gilt als wegbeschreibend auf dem Gebiet der kognitiven oder erkenntnistächtig orientierten Forschung, weil es den Fokus im Umgang mit Stress auf die Bewertung einer Person wirft, wie sie fühlt und reagiert.

Eine der am weitesten verbreiteten Definitionen von Lazarus und Folkman (1984) beschreibt Coping als *„sich ständig verändernde kognitive und behaviorale Bemühungen, spezifische, externale und/ oder internale Anforderungen zu handhaben, die so eingeschätzt werden, dass sie die Ressourcen einer Person beanspruchen oder überschreiten“*.

Coping wird als Prozess, nicht als vorliegendes Resultat beschrieben, und kann sich abhängig von der Situationsbewertung eines Individuums ändern und neu erlernt werden. Die Antwort auf Stress erfolgt subjektiv und, was wichtig erscheint, nicht routiniert.

Die dieser Studienauswahl zugrundeliegende Theorie fokussiert diesen Ansatz und soll im Anschluss näher beschrieben werden.

## **4 Das transaktionale Bewältigungsmodell von Lazarus**

Lazarus misst dem Begriff „Bewertung“ in seiner Theorieentwicklung eine zentrale Bedeutung bei. Seiner Ansicht nach bewerten Menschen Vorkommnisse, indem sie diese in gegensätzliche, aber sich ergänzende Beziehung setzen: einerseits möchten sie das Geschehen so realistisch wie möglich sehen, um es zu bewältigen, andererseits aber so gut wie möglich, um hoffnungsvoll und zuversichtlich bleiben zu können. *„Bewertung ist de*



*facto ein Kompromiss zwischen dem Leben, wie es ist, und dem Leben, wie man es gerne hätte“ (Lazarus, 1999).*

Erst die Qualität, Intensität und Dauer identifiziert einen belastenden Reiz als solchen, und bestimmt, ob dieser als Stressor empfunden wird. Besagter Umstand variiert von Person zu Person in den Ausführungen von Lazarus und Folkman (1984). Damit wird die kognitive Einschätzung oder Bewertung zum wesentlichen Bestimmungsfaktor von Stress. Lazarus definiert zwei Formen des Bewertens: das primäre Bewerten einerseits und das sekundäre Bewerten andererseits.

**4.1 Primäres Bewerten/ Einschätzen.** Primäres Werten beurteilt die Wertigkeit eines Geschehens und ob Maßnahmen dagegen ergriffen werden sollen. Hier wird geprüft, was auf dem Spiel steht. Der Prozess des Bewertens wird dadurch gesteuert, in wieweit ein Reiz oder das Geschehen für die Wertvorstellungen, Zielverpflichtungen und Überzeugungen der betreffenden Person relevant sind; gerade der „Zielverpflichtung“ schreibt Lazarus in seinen Ausführungen einen wichtigen Stellenwert zu, gemeint als ein Bestreben, ein Ziel trotz schwieriger Umstände zu erreichen. Eine Zielverpflichtung erzeugt in der Konfrontation mit Stress Emotionen und damit einen Anpassungsdruck, Maßnahmen zu setzen: man fragt sich: „Steht etwas auf dem Spiel?“

Wird die Frage verneint, ist die Transaktion für das eigene Wohlbefinden nicht von Bedeutung und die Angelegenheit wird als irrelevant abgelegt, da keine Schädigungsgefahr wahrgenommen wird; oder fragt sich weiter: „Was habe ich zu erwarten?“

**4.2 Sekundäres Bewerten.** Sekundäres Bewerten stellt den zentralen kognitiven Unterbau des Bewältigungshandelns dar (Lazarus, 1999) In diesem Prozess bestimmt die Person, welche und wie Bewältigungsoptionen eingesetzt werden können. Der Bewältigungsprozess stützt sich auf die Kompetenzen, Wertvorstellungen und Ziele einer Person, aber auch Umweltfaktoren wie beispielsweise die Verfügbarkeit sozialer Netzwerke, finanzielle Ressourcen oder die gesundheitliche Konstitution spielen eine Rolle. Aus dieser Konstellation werden unter anderem Vor- und Nachteile, Konsequenzen, Zeitoptionen oder Handlungsvarianten eingeschätzt. Entscheidungen werden abgewogen und wieder verändert, den Umständen angepasst.

Primäre und sekundäre Bewertungstypen stehen zueinander in Wechselwirkung, sie geschehen also nicht unabhängig voneinander. Außerdem verlaufen sie in keiner festen

zeitlichen Reihenfolge. So können sie gleichzeitig auftreten oder aber auch die zweite vor der ersten Bewertung.

Die wichtigsten Bewertungsergebnisse bei psychischem Stress stellen Schädigung, Verlust, Bedrohung und Herausforderung dar (Lazarus 1966, 1981; Lazarus/ Launier 1978). Schädigungs- und Verlustbewertungen beziehen sich auf einen bereits entstandenen Schaden in der Vergangenheit. Eine Bedrohung bezieht sich auf die Möglichkeit eines Schadens in der Zukunft, im Gegensatz zur Herausforderung. Diese bringt zusätzlich eine Art Gewinn oder Nutzen mit sich, da sie befreiend und positiv motivierend auf eine Person wirken kann; eine Bedrohung hingegen einengend. Jede Bewertung bringt eine gewisse Unsicherheit mit sich, da das tatsächliche Geschehen in der Zukunft nicht immer vorhersehbar ist und unklar bleibt.

Manchmal wirken ein und dieselbe Situation bedrohend und zugleich herausfordernd, oder die Bewertungen variieren durch sich verändernde Umstände und/ oder psychischen Befindlichkeiten; deshalb unterliegt die Bewertung einer ständigen Überprüfung und Anpassung: Situationen werden neu bewertet und eine zuvor subjektiv wahrgenommene Bedrohung kognitiv eliminiert. Eine belastende Situation kann handhabbar also bewältigt werden, indem diese verniedlicht, vermieden, verändert oder akzeptiert wird, sie muss also nicht zwangsläufig „gemeistert“ werden (Lyon, 2005).

**4.3 Bewertung und deren Vorbedingung.** Ob eine Transaktion als bedrohend oder herausfordernd empfunden wird, hängt von verschiedenen Umwelt- und Persönlichkeitsvariablen ab, die die vorhandenen Ressourcen entweder mobilisieren oder überlasten. Umweltvariablen einerseits stehen nach Lazarus in Zusammenhang mit den situativen Anforderungen. Dazu zählen beispielsweise Zwänge und Chancen, Vorhersehbarkeit bis Nichtvorhersehbarkeit, Eindeutigkeit bis Vieldeutigkeit.

Auch zeitliche Dimensionen wie Dauer, zeitlicher Ablauf oder die Nähe des Bevorstehenden, sowie verschiedene Persönlichkeitsmerkmale andererseits disponieren die Handhabung von Stresssituationen: Selbstvertrauen ist hilfreich bei der Überwindung von Hindernissen, wobei ein Gefühl der Unzulänglichkeit Belastung eher als Bedrohung interpretiert. Objektive Umweltfaktoren bedingen zwar die kognitive Einschätzung einer möglichen belastenden Situation, entscheidend ist aber die individuelle Sichtweise, wie Stress persönlich erfahren wird.

**4.4 Bewältigung** . Lazarus (1999) zufolge bedeutet Bewältigung „*die Bemühung, mit psychischem Stress auszukommen*“. Bewältigungsstrategien werden im Modell nach Lazarus als Prozess erfasst, da es sich an der Vielfalt der Vorkommnisse über eine Zeitspanne hinweg orientiert und sich daher immer als kontextbezogen, also aus einem Zusammenhang heraus, darstellt.

**4.5 Bewältigungsstrategien.** Ein und dieselbe Bewältigungsstrategie kann sich nützlich wie auch schädlich auswirken: die Verleugnung einer Krankheit beispielsweise führt möglicherweise in negativer Hinsicht zu einer Behandlungsverzögerung oder emotionalen Überforderung; positiv kann sie sich aber auch anhand einer Hemmung von Angstzuständen äußern, die einer Genesung kontraproduktiv entgegen stehen könnten. Die Effizienz und Beurteilung der verschiedenen Bewältigungsstrategien stellt sowohl die Betroffenen, wie auch die Forschung vor eine große Herausforderung. Lazarus erkennt eine Gesetzmäßigkeit darin, dass die Wahl der Bewältigungsstrategie davon abhängt, wie stark die Belastung eine Anpassung erfordert, was dazu notwendig ist und welchen gesellschaftlichen Status die jeweilige Krankheit besitzt.

Aus der Art und Weise der Einschätzung unterscheidet Lazarus und Folkman (zitiert in Schwarzer, 1993) unterschiedliche Bewältigungsstrategien: a) die Suche nach Information, b) direktes Handeln durch Eingreifen, Arbeit, Entscheidung und Entspannung, c) Unterlassung von Handlungen sowie d) intrapsychisches Coping zum Beispiel durch Selbstbeobachtung. Jede der vier Strategien üben unterschiedliche Funktionen aus, wobei immer wieder die subjektive Einschätzung als handlungsrelevant hervorgehoben wird.

Zwei Hauptfunktionen der Bewältigungsarten stehen im Vordergrund des transaktionistischen Modells von Lazarus und Folkman: der problemorientierte Ansatz, der die Lösung des Problems selbst herbeiführen soll, sowie der emotionsorientierte Ansatz, der über Verhaltensweisen auf der Gefühlsebene zu einer Linderung der belastenden Situation beiträgt.

**4.5.1 Problemfokussierter Ansatz.** Die Bemühungen können sich nach außen richten, um die Umwelt anzupassen; sie können sich aber auch nach innen wenden, um einen persönlichen Aspekt zu adaptieren. Das umfasst beispielsweise das Einholen mehrerer fachlichen Meinungen, das Anpassen persönlicher Aktivitäten, die Neubewertung eines Ereignisses, das Finden von Alternativlösungen oder Kosten-/ Nutzenabwägungen, bevor die Person sich für eine geeignete Vorgangsweise entscheidet.

**4.5.2 Emotionsfokussierter Ansatz.** Diese Bewältigungsform versucht, die mit der Stresssituation verbundenen Emotionen zu steuern. Die Situation selbst kann dadurch nicht verändert werden, eine Bedrohung nicht abgewendet werden, wohl aber wird dadurch die emotionale Belastung gemildert. Dazu zählen nach Meinung Lyons (2005), Distanzierung, Vermeidung, selektive Aufmerksamkeit, Beschuldigung, Verniedlichung, Wunschdenken, Gefühlen Luft machen, Streben nach sozialem Rückhalt, körperliche Betätigung und Meditation. Schädigende Emotionen, als Voraussetzung für eine Bewältigung, können damit kontrolliert werden; starke Gefühle wie zum Beispiel Wut entschärft oder unterbunden werden; eine Neubewertung kann stattfinden.

Lazarus weist darauf hin, beide Funktionen getrennt voneinander zu betrachten. Bewältigung bedeute „*ein Zusammenwirken von Denken, Wollen, Gefühlen, Handeln und den Realitäten der Umwelt*“. Dieses Zusammenwirken entscheidet über den Erfolg oder Misserfolg der Bewältigung.

Bewältigung stellt also ein komplexes Gefüge aus Gedanken- und Handlungsabläufen dar, mit dem Ziel, die gestörte Beziehung zur Umwelt zu verbessern. Gerade diese Komplexität macht Stress empirisch schwer messbar und stellt in der Theorie von Lazarus einen Schwachpunkt dar, der in der Stressforschung kritisch hinterfragt wurde (Schwarz, 1993). Unterschiedliche Faktorenlösungen, sowie die problematische Taxonomie und Erfassung von Bewältigung allgemein, erschweren die Vergleichbarkeit und Vereinheitlichung empirischer Ergebnisse. Stresssituationen sind in ihrer Konstellation nicht immer wiederholbar und durch die individuelle Einschätzung schwierig miteinander vergleichbar. Es unterscheiden sich Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung relevanter empirischer Daten. Diese sind nicht Gegenstand vorliegender Arbeit und werden nur der Vollständigkeit halber am Rande erwähnt, wie zum Beispiel der „Ways of Coping Checklist“, kurz „WOC“ genannter Fragebogen nach Lazarus und Folkman (1984), der 68 Einzelfragen umfasst und als Selbstbeurteilungsinstrument weltweit am häufigsten eingesetzt wird.

## **5 Stressoren auf einer Intensivstation**

Eine weitere Grundlage der vorliegenden Arbeit über Bewältigungsstrategien auf einer Intensivstation bilden Betrachtungen möglicher stressfördernder lokaler

Umgebungsfaktoren, auf die hier im Vorfeld zum besseren Verständnis eingegangen werden soll.

Chan und Twinn (2006) befassen sich in ihrer Untersuchung mit der Frage, welche unterschiedlichen Stressoren negative emotionale Antworten hervorrufen. Dabei stellen sie Unsicherheit als wesentlichen Indikator für Stress fest. Die Intensität der empfundenen Unsicherheit in weiterer Folge löst individuelle Copingstrategien aus.

Als Stressoren gelten gemäß ihrer Untersuchung einerseits die *Plötzlichkeit des Geschehens*, verbunden mit Gefühlen von Verwirrung, andererseits ein *unsicherer Krankheitsausgang*, welcher unter Umständen den Tod des Partners bedeutet; außerdem *Frustration und Angst. Kommunikationsschwierigkeiten* mit medizinischem Fachpersonal durch unverständlichen Fachjargon, Fehler in der Qualität und dem Umfang der erhaltenen Information führen zu Unverständnis und Stress bei Angehörigen und Kranken. Durch den *Wechsel von Rollen und Verantwortlichkeiten* innerhalb der Familie im Erkrankungsfall tritt die übliche Rollenverteilung außer Kraft. Zusätzliche Rollen innerhalb der Familie verändern den Alltag maßgeblich und führen zu körperlicher und emotionaler Erschöpfung der Angehörigen. Eine Veränderung der Beziehungsebene vollzieht sich als Ergebnis von Trennung und/ oder Einsamkeit. Entscheidungsschwierigkeiten, die aus diesem Umstand resultieren, bilden einen zusätzlichen Einflussfaktor von Stress.

Dauert nach Meinung von Nagl-Cupal (2011) eine Krankheit lange an, entsteht mit fortschreitender Dauer eine gewisse Normalität auf einer Intensiveinheit, die den Aufenthalt einigermaßen bewältigbar macht. Diese vermeintliche Scheinnormalität ist jedoch sehr gebrechlich, da sich der Gesundheitszustand des Familienmitgliedes täglich verändern kann und wird daher von *dauernder Unsicherheit* bedroht. Die Unsicherheit bezieht sich seiner Meinung nach auf das krankheitsbedingte Überleben, die Angst vor Verschlechterung des Gesundheitszustandes und auch vor dem Verlust der Vertrautheit mit dem Angehörigen. Mögliche passagere psychische und/ oder physische Persönlichkeitsveränderungen ausgelöst durch örtliche, persönliche oder situative Desorientiertheit, beispielsweise im Verlauf eines Durchgangssyndroms, können den gewohnten Menschen so verändern, dass dieser fremd und schwer wiedererkennbar scheint. Aber auch ohne Komplikationen benötigen Familienmitglieder manchmal einige Zeit, sich den Umständen anzupassen, den geliebten Menschen zu berühren oder Worte an ihn zu richten. Manch BesucherIn steht einfach nur da, fassungslos und sprachlos um sich schauend. Anfängliche starke Emotionen treten parallel mit der Unfähigkeit auf, die

Situation zu überblicken und das Geschehen überhaupt zu realisieren. Die Handhabung der Emotionen, meist werden diese verdrängt, was unter Umständen während des gesamten Aufenthaltes anhält, stellt nach Meinung von Nagl-Cupal aber eine Voraussetzung dar, um handlungsfähig zu bleiben.

Acaroglu et al. (2008) evaluieren *Angst* als bedeutende Stressquelle von PatientInnen und ihrer Familie. Frauen empfanden im Vergleich zu Männern häufiger Angst: Angst vor finanziellen Problemen (abhängig vom sozio-ökonomischen Status werden nicht alle Kosten durch Krankenversicherungen abgedeckt), Angst, die Schule oder den Beruf nicht aufsuchen zu können und Angst vor der Vernachlässigung der Kinder, die gemäß seiner Untersuchung in Befindlichkeitsstörungen und vermehrten Familienkonflikten bei mangelnder Unterstützung der Familienmitgliedern resultieren.

Fontes Pinto Novaes et al. (1999) erstellten ein Ranking von Stressoren unter erkrankten Personen, deren Verwandten und dem professionellem Team. Darin wurden vierzig stressfördernde Umstände erhoben: „*Schmerzen haben*“ wurde an erster Stelle aller TeilnehmerInnen als Hauptstressor identifiziert. In weiterer Abfolge wurden „*Schlaflosigkeit, Tuben in der Nase und/ oder Mund haben, keine Kontrolle über sich haben, Verbundensein mit Tuben*“ und „*keine Erklärungen über die Behandlung bekommen*“ als häufigste Stressfaktoren genannt. Die Umstände „*unfähig zu sein, die Hände oder Arme aufgrund i.v. Tuben zu bewegen, von Nadeln gestochen zu werden, durstig zu sein, konstantes Licht, fehlende Privatsphäre, die Familie und Freunde nur wenige Minuten zu sehen, nicht zu wissen, wo man sich befindet, welche Zeit es ist, befremdliche und seltsame Geräusche von Geräten und Umgebungslärm*“ fügen sich in die Liste des Autors zahlreicher stressvoller Erfahrungen ein.

Hannig (2011), fand in einem systematischen Review zu psychosozialen Interventionen bei IntensivpatientInnen heraus, dass *Erinnerungslücken, zeitliche und örtliche Orientierungsbeeinträchtigungen und Alpträume* im Zusammenhang mit unbewältigten Stresssituationen die Erkrankte sowie deren Angehörige irritieren: sie äußern sich durch psychische Auffälligkeiten wie Angst, Depression, akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie delirante Zustände, die nicht selten auch nach dem Intensivaufenthalt auftreten. So haben diese Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit Monate und Jahre nach dem Überstehen der kritischen Erkrankung und können in der Folge zu posttraumatischen Belastungssymptomen (PTBS) führen.

## **6 Coping von Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen auf der Intensivstation**

Im Folgenden werden die recherchierten Bewältigungsstrategien von Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen auf der Intensivstation erläutert. Obwohl sich die Ausführungen teilweise überschneiden, erscheinen die unterschiedlichen Aspekte der AutorInnen wichtig für die Erarbeitung des Themas. Zur besseren Übersicht werden den Ergebnissen Schwerpunkte übergeordnet.

Ein Transfer folgender Erkenntnisse über Untersuchungen in den unterschiedlichen Kulturkreisen lässt sich aufgrund der jeweiligen staatlichen soziokulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnisse nur bedingt auf den europäischen Raum vollziehen und ist auch nicht beabsichtigt. Vorliegende Recherchen mit Verweis auf die jeweiligen AutorInnen sind daher nicht zu generalisieren. Die Erörterungen gelten jedoch als Einblick in internationale Forschungsergebnisse und dienen als wichtige Ergänzung für die Vollständigkeit dieser Arbeit.

Bewältigungsstrategien hängen zusammenfassend von internen und externen Ressourcen ab: dazu zählen soziokulturelle, politische und ökonomische Umgebungsstrukturen, vor allem aber die individuelle Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen selbst. Gemeinsam haben sie Einfluss auf die Wahl des jeweiligen Copingverhaltens im Erleben einer intensivtherapeutischen Behandlung von Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen. Bewältigungsstrategien variieren in der Intensität und können sich je nach Dauer und Schwere der Erkrankung verändern.

### **6.1 Emotionale und soziale Unterstützung**

Johannson, Hildingh et al. (2002) eruieren in ihrer Arbeit externe und interne Ressourcen als Basis von Copingstrategien. Externe Ressourcen umfassen gemäß den AutorInnen zwei Kategorien: „Soziale Unterstützung annehmen oder ablehnen“, wobei „soziale Unterstützung“ grundsätzlich als „mit Freunden, Familie oder Sozialarbeiter über die eigene Situation sprechen“ verstanden wird. Angehörige und enge Freunde nahmen soziale Unterstützung an, indem sie diese aktiv suchten oder auch automatisch erhielten. Jene aber, die sich aus Angst vor verunsichernden Gesprächen weigerten, über die

Situation zu sprechen oder sich aus Ruhelosigkeit nicht die Zeit dafür nahmen, lehnten eine soziale Unterstützung ab. Zu dieser Gruppe zählten auch diejenigen, welche bei bestehender Ansprechbarkeit der kritisch erkrankten Person keine soziale Unterstützung nötig zu haben glauben, in der Meinung, sich ausreichend mit ihr austauschen zu können.

Interne Ressourcen stehen laut Meinung der ForscherInnen auf Basis eines emotionalen und eines intellektuellen Prozesses: emotional motiviert versucht die Person, die Situation über die Gefühlsebene zu bewältigen, abhängig von der sozialen Unterstützung. Jene mit stärkerer sozialen Unterstützung gelang es, sich im Laufe der Untersuchung der Situation selbständig anzupassen, was diese dann im Laufe des sich verbesserten Gesundheitszustandes des/ der kritisch Kranken auch weniger emotional reagieren ließ. Deren Gemütslage blieb während der Intensivbehandlung beständiger, anders als bei einer unsicheren sozialen Unterstützung. Auf der intellektuellen Ebene verarbeiteten Angehörige und enge Freunde das Erlebnis, indem es ihnen gelang, die Situation bewusst zu kontrollieren. Dieser Umstand gelang durch Selbst- oder Fremderfahrungen aus früheren Intensivaufenthalten als Teil des Betreuungsteams oder aus der chronischen Erkrankungsvorgeschichte des erkrankten Individuums. Dazu gehört auch die Gruppe der Angehörigen, die die Ernsthaftigkeit des Gesundheitszustandes positiv beeinflusst durch die wieder gewonnene Kommunikationsfähigkeit mit dem kranken Familienmitglied nicht vollständig realisierten.

Welche soziale Kompetenzen und Erfahrungen vorhanden waren und wie die Situation begriffen wurde, beeinflusste die Wahl der Copingstrategien. Johansson et al. (2002) identifizieren folgende Copingstrategien: „Gefühle mildern, Gefühle meistern, Gefühle öfter durchleben und Gefühle ausschließen“.

**Gefühle mildern** dient der Strategie, überwältigende Gefühle leichter handzuhaben. Eine Möglichkeit besteht darin, der Realität ins Gesicht zu schauen und die eigenen Gefühle zu unterdrücken, um einen Zusammenbruch zu vermeiden und soziale Strukturen aufrecht zu erhalten. In dieser Phase ist es den Angehörigen wichtiger, Krankenbesuche zur Unterstützung zu erstatten, um Informationen zu erhalten und parallel dazu die Familien als Einheit zu bewahren. Informationen werden erst langsam verarbeitet, ablenkende Aktivitäten werden gesucht, um sich zu beruhigen und neue Perspektiven zu finden, wie beispielsweise durch das Gespräch mit Familie, Freunden und Gott. Das Verbalisieren von Gedanken und Sorgen stellt eine Möglichkeit dar, Emotionen Ausdruck zu verleihen. Ein starkes Netzwerk aus Familie und Freunden verleiht dabei Trost und Sicherheit.



**Gefühle meistern.** Diese Angehörigen und engen Freunde haben Verhaltensmethoden aus früheren ICU Erfahrungen gelernt, und sind in einer soliden Familienstruktur und einem verlässlichen Netzwerk von Arbeit und Freundeskreis verankert. Sie sind sich im Klaren über ihre emotionalen Reaktionen, Fähigkeiten und Bedürfnisse. Sie organisieren Arbeit, Besuche und Erholung. Sie wissen ihre Ressourcen effizient einzusetzen, um schwierige Situationen zu managen; dies entspricht dem problemfokussierten Ansatz von Lazarus und Folkman (1984).

**Gefühle öfter durchleben.** Bezugspersonen mit diesen Copingstrategien durchleben ihre Gefühlslage immer und immer wieder, sie sind gänzlich von ihr eingenommen. Selbstgespräche und Grübeleien treten auf. Dabei versetzen sie sich wiederholt in die Lage des Kranken, und leiten davon ihr eigenes Wohlbefinden ab. Somit gelingt es ihnen, die Situation erträglicher zu machen. Häufig entstehen dabei auch Aggression und Depression: Frühere unbewältigte Geschehnisse kommen dabei wieder an die Oberfläche. Die soziale Unterstützung von Familie und Freunden ist unsicher und ohne Erfahrungswerte. Diese Betroffenen sind emotional verunsichert und verletzlich; aus Angst vor noch größerer Verunsicherung, lehnen sie Gespräche und die Unterstützung vom Freundeskreis und/ oder dem Krankenhauspersonal ab.

**Gefühle ausschließen** bedeutet die Copingstrategie, die Ernsthaftigkeit der Situation kaum zu realisieren und Situationen falsch einzuschätzen; besonders dann, wenn die kritisch erkrankte Person bei Bewusstsein und ansprechbar ist. Die betroffenen Angehörigen beschreiben sich als ruhig, realistisch und eher emotionsfrei. Sie sind der Meinung, auf die Unterstützung von Freunden und Familie nicht angewiesen zu sein. Sie führen trotz der kritischen Erkrankung im nahen sozialen Umfeld fast ein normales Leben.

In einer späteren Analyse erstellten Johansson, Hilding et al. (2006) ein theoretisches Modell für Copingstrategien von Verwandten sowie engen Freunden, deren Angehörige sich in Intensivpflege befanden. Darin wurde folgende Bewältigungsformen von Angehörigen erarbeitet: „Meistern, Erleichterung, freiwilliges Engagement, Dulden, Sich aufopfern und gänzlich Ausfüllen“.

**Meistern.** Angehörigen gelingt es durch ausreichendes Vorhandensein und einem ökonomischen Einsatz von externen und internen Ressourcen, die Situation zu meistern. Sie planen ihr Engagement umsichtig, flexibel und wenn notwendig mit Durchsetzungskraft in einem aktiven Lernprozess. Dies stellt eine Bewältigungsform dar, die von Gelassenheit geprägt ist. Durch vorangegangene Pflegeerfahrungen wissen sie mit der

Situation umzugehen und sind sich ihrer Erfahrungen, emotionalen Reaktionen, Fähigkeiten, Einschränkungen und Bedürfnisse bewusst. Arbeit, Krankenhausbesuche, Erholung und Anregung werden ressourcenorientiert effizient erwogen. Anhand einer adäquaten Wahl von Copingverhalten im Hinblick auf kritisch erkrankte Angehörige, lernen sie, aktiv mit Stress zu leben und diesen zu kontrollieren. Diese Strategien basieren auf starke Familienbeziehungen und einem passendem sozialen Netzwerk, in der auch pflegerische Unterstützung integriert ist. Dies alles führt dazu, Vertrauen aufzubauen und Kontrolle über die Situation zu gewinnen und stelle damit laut Meinung der ForscherInnen eine optimale Bewältigungsform dar.

**Erleichterung** im Umgang mit Chaos bei einer kritischen Erkrankung des nahen Angehörigen wird erzielt durch Ablenkung, Verbalisierung, Kommunikation und das Generieren von Hoffnung. Ablenkung erfolgt einerseits durch die Neigung, den Ernst der Realität zu negieren, eigene Gefühle zu ignorieren und zu unterdrücken, um einen Zusammenbruch zu vermeiden; andererseits auch durch verschiedene Aktivitäten zur Gedankenzerstreuung wie zum Beispiel diverse Entspannungsmethoden zur Bewältigung von körperlicher und geistiger Ermüdung. Stabile Familienbeziehungen, Kommunikation mit Freunden und Pflegepersonal und Gebete geben neue Perspektiven. Indem Sorgen und Gedanken ausgedrückt werden, gelingt es den Angehörigen, ein Ventil für ihre Gefühle zu finden und die Situation klarer zu sehen. Dieses starke soziale Netzwerk verschafft Trost, Sicherheit, Unterstützung und bestärkt in der Hoffnung auf positiven Ausgang der Erkrankung.

**Freiwilliges Engagieren.** Diese Angehörigen bringen sich selbständig und bereitwillig in die Pflege ihres Verwandten ein, auch in Unkenntnis über die an sie gerichteten Anforderungen. Sie fühlen sich dem Erkrankten gegenüber verpflichtet und übernehmen später meist auch die häusliche Pflege, sofern es die sozioökonomische Situation erlaubt. Dabei unterschätzen sie manchmal die hohen Ansprüche einer Krankenbetreuung und übersehen während dieser Periode die eigenen Bedürfnisse. Der eigene Gesundheitszustand variiert deshalb, insgesamt eine Form des Copingverhaltens, die negative Auswirkungen impliziert.

**Dulden.** Dieser Copingstil bezeichnet das Aushalten und Umdeuten aus einer ausweglosen Situation, selbst auf Kosten des eigenen geistigen und körperlichen Wohlbefindens. Das Leid und die Hoffnung auf die Erholung des kritisch Erkrankten stehen im Vordergrund, dessen Genesung hat äußerste Priorität und jedem Handeln wird

eine große Bedeutung beigemessen. Die Anstrengungen lassen dem betreuenden Angehörigen wenig Zeit für die eigene Erholung, was aber ohne Zögern durchgehalten wird. Diese Angehörigen erhalten geringe soziale Unterstützung und leiden unter körperlicher und geistiger Ermüdung mit unterschiedlichen körperlicher Symptomatik, auf die nicht näher eingegangen wird.

**Sich aufopfern.** Hierbei entsteht ein Bedürfniskonflikt zwischen dem betreuenden Angehörigen und der erkrankten Person. Der Angehörige fühlt sich in eine unfreiwillige unausweichliche Situation versetzt, hineingezwungen in die Rolle einer Pflegekraft. Sie vollrichten die Tätigkeiten mit Widerwillen, geben aber den Bedürfnissen des kranken Familienmitgliedes immer Vorrang, mit dem echten Wunsch, diesem zu helfen und beizustehen. Sie leiden unter großer Belastung, diffusen Schmerzen und Muskelverspannungen. Insgesamt erfahren diese Angehörigen die Phase des Intensivpflegeaufenthaltes als eine ausgedehnte Leidensperiode und sind physisch und mental erschöpft.

**Gänzlich ausfüllen.** Eine Variante von Bewältigungsstrategie, in der die Angehörigen gedanklich vollkommen von der belastenden Situation vereinnahmt werden. Die sie verunsichernden Umstände beschäftigen sie fortwährend, was sich anhand ständigen Grübelns und emotionaler Erregbarkeit zeigt. Der Kummer löst Angst und Traurigkeit aus, die sich auf das körperliche Wohlbefinden auswirken. Teils schon von vorausgegangenen traumatisierenden Ereignissen beeinflusst, reflektieren die betreuenden Personen fortwährend den Zustand des Familienmitgliedes, ständig mit den eigenen Gedanken und Gefühlen beschäftigt. Typischerweise bestehen schwache Familienbindungen und ein schwaches soziales Netzwerk. Unterstützung von Freunden und professionelle Hilfe lehnen sie ab. Diese Art der Bewältigung erzeugt eine Art Gefühllosigkeit und Verhaltensblindheit, laut Meinung der ForscherInnen eine „suboptimale“ Bewältigungsstrategie im Falle eines kritisch erkrankten nahen Verwandten.

Johannson et al. (2006.) definieren infolge dieses Konzepts die Wirksamkeit einer Bewältigung: *„Coping ist wirksam, wenn die Art, wie ein Individuum die Situation handhabt, eine Erleichterung für das Individuum bringt. Hochwirksames Coping ist verbunden mit der Erfahrung einer starken sozialen Unterstützung, abschwächende Pflegeerfahrung und die Verwendung von anderen zur Wahl stehenden externen und internen Ressourcen“*. Es äußere sich in einer ausgeglichenen Gefühlslage und Wohlbefinden. Emotionale Unterstützung wurde laut der Konzeptanalyse von Johannson et al. (2006) als eine der

angemessensten Formen der Unterstützung von Angehörigen während eines ICU-Aufenthaltes erachtet. Ergänzend merken die AutorInnen an, dass auch kulturspezifische Einflüsse auf die Bewältigung von Krankheit berücksichtigt werden sollten, jedoch gleichzeitig ein Forschungsgebiet darstelle, welches noch wenig untersucht wurde.

## 6.2 Emotionale Bewältigung

Acaroglu et al. (2008) untersuchten Angstlevel und Copingmethoden von Familienmitgliedern von PatientInnenen einer neurochirurgischen Intensivstation in der Türkei.

Als Ergebnis dieser Studie wurden folgende Copingstrategien anhand von Fragebögen identifiziert: „**Suche nach sozialer Unterstützung, Sich Fügen, Hilflosigkeit/Selbstvorwurf, Selbstvertrauen und Optimismus**“. Aus der Untersuchung ging vor allem hervor, dass Angst deutlich in Zusammenhang mit Hilflosigkeit stand, diese aber mit höherem Bildungsstatus abnahm. TeilnehmerInnen mit höherem Bildungsstatus versuchten das Problem an sich zu lösen und agierten selbstbewusster und weniger emotional. Familienmitglieder mit weniger sozialer Unterstützung korrelierten mit erhöhtem Angstlevel und reagierten emotional in Form von Hilflosigkeit und Selbstvorwürfen. Frauen empfanden häufiger Angst als Männer, suchten aber häufiger soziale Unterstützung im Vergleich zum männlichen Geschlecht.

## 6.3 Verständnissuche

Casarini et al. (2009) beschreibt vier zentrale Bewältigungsstrategien von Angehörigen: „Emotionale Kontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Verständnissuche und Problemlösung der Situation, Religiosität/ Phantasiedenken.

**Emotionale Kontrolle.** Diese Strategie bezieht sich auf eine kognitive Neubewertung, die sowohl eine realistische Einschätzung des Problems wie auch Realitätsverfälschungen beinhaltet. Dies erfolgt beispielsweise anhand einer Pro und Kontragegenüberstellung des ICU Aufenthaltes oder durch den Versuch, einem negativen Ereignis etwa positive Seiten abzugewinnen („Krankheit bedeutet nicht Tod“, oder „es ist besser hier zu sein als anderswo“). Die Betroffenen versuchen, sich durch Alltagserzählungen gedanklich von der Intensivstation zu distanzieren, oder reagieren negativ durch Ärgerbekundungen bis hin zur Kontaktvermeidung mit dem multiprofessionellen Team der Intensivstation. Ferner wird

auch das Nichtrealisieren der Geschehnisse bis zur bewussten Ablehnung des Krankenbesuches zu Bewältigungsstrategien gezählt, mit dem Ziel, unangenehme Informationen über den Krankheitsverlauf des geliebten Menschen auszuweichen

**Suche nach psychologischer, instrumenteller Unterstützung.** Ein Bestreben der Verwandten nach der Erfüllung von emotionalen und finanziellen Bedürfnissen, sowie die Suche nach geeigneter Information. Werden laut Beschreibung der Studie diese Bedürfnisse nicht erfüllt, kann dies bei Angehörigen zu einem sozialen Rückzug infolge einer Überlastung an übernommenen Pflichten führen.

**Suche nach Verständnis und Problemlösung der Situation.** Hierbei versuchen die Angehörigen, die Notwendigkeit des Intensivaufenthaltes zu verstehen, und bemühen sich, Beiträge für die Genesung des Patienten zu leisten. Diese Form der Bewältigung beinhaltet aktive Beobachtungen nach Veränderungen am Familienmitglied, um diesem jederzeit motivierend mit positiven Gedanken zu ermuntern und Beistand zu leisten.

**Religiosität/ Phantasiedenken.** Die religiöse Auseinandersetzung nach Erklärungen über den Sinn und dem Warum der Erkrankung steht im Vordergrund und hilft den Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Emotionen. Das Gebet verleiht ihnen Kraft und Mut und gibt der Familie zum Teil Hoffnung auf Genesung durch erbetene göttliche Unterstützung.

## 6.4 Problemlösung

Wartella et al. (2009) kategorisieren in ihrer Untersuchung über emotionalen Stress, Copingmethoden und Anpassung von Familienmitgliedern auf einer neurowissenschaftlichen Intensivstation in den USA zwei Problemlösungsstrategien.

„**Aktives Planen, instrumentelle soziale Unterstützung, aktives Zurückhalten sowie Unterdrückung von Aktivitäten**“ in die Gruppe der problemfokussierten Lösungsansätze; „**emotionale soziale Unterstützung, positive Umdeutung, Akzeptanz, Religion und Verleugnung**“ ordnen die AutorInnen den emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien zu. Beide Formen von Bewältigung stiegen von Beginn der Messungen bis zum letzten Messzeitpunkt an. Die Untersuchung kam zu der Erkenntnis, dass Copingverhalten, die sich auf die Lösung des Problems bezogen, insgesamt häufiger und auch effizienter angewendet wurden und so zu einer Stressverminderung beitrugen. Ein positives Ergebnis ergab sich zusätzlich aus der zeitlichen Perspektive: je früher es den Familienmitgliedern im Krankenhausaufenthalt es gelang, sowohl die Umgebung wie auch

die Emotionen handzuhaben, desto besser erfolgte eine Anpassung mit einem positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf durch steigende Zufriedenheit und sinkenden Erschöpfungszuständen.

## 6.5 Die Rolle der Familie

Als zentrales Phänomen einer qualitativen Forschungsarbeit „Den eigenen Beitrag leisten“, beschreibt Nagl-Cupal (2011) das Bemühen der Familie, ihr Möglichstes für das Überleben und dem gesamten Genesungsprozess des erkrankten Familienmitgliedes zu versuchen, auch unter möglicher Überschreitung der eigenen persönlichen Grenzen. Dieser Umstand impliziert eine Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse, sie auf unbestimmte Zeit hintanzustellen und die eigenen starken Emotionen zu unterdrücken, um überhaupt handlungsfähig zu sein. Nagl-Cupal betont aber auch auf die ganz spezielle Rolle, die nur ein Familienmitglied leisten kann: es stellt das Vertraute dar, schützt sich und das kranke Familienmitglied selbstverständlich vor negativen Einflüssen, ohne Vorbehalt und ohne gefragt werden zu müssen. Es ist das Ergebnis einer „*familiären Gesamtanstrengung*“, mit dem Ziel, die Probleme „*als Familie durchzustehen*“. „Da sein“ wird als „*existenzielle Handlung*“ betrachtet. „Da sein“ bedeutet helfen und schützen. (Nagl- Cupal, 2011, S.88)

„Familie sein“ ist ein Weg dem Angehörigen zu zeigen, dass dieser nicht alleine gelassen wird. Es stellt ein Konzept dar, welches das einzelne Mitglied vor Überlastung schützt, um eine optimale Betreuung des kranken Angehörigen zu gewährleisten, der im Alltag fehlt. Dessen Lücke muss von anderen Familienmitgliedern gefüllt werden. Dieser Umstand setzt eine abgesprochene Rollenverteilung voraus, ohne die es zweifellos zur Überforderung eines Einzelnen kommen kann. Medizinisch vitale Entscheidungen sollten stellvertretend für den Kranken im Familienverband getroffen werden. Abhängig von den Erfahrungen innerhalb dieses familiären Regelkreises ergeben sich auch neue Beziehungskonstellationen, die gesundheitliche Auswirkungen auf die Betroffenen und auch zu Beziehungsbrüchen nach sich ziehen. Schafft man es als Familie, kann diese Beziehung nach positiver Bewältigung aus der belastenden Krise gestärkt hervorgehen; andernfalls müssen im Leben neue Prioritäten Platz greifen und neue Konstellationen und Bedürfnisse definiert werden, da existentielle Erfahrungen moralische Wertvorstellungen eines Familienverbandes nachhaltig prägen können.

Mehrere beeinflussende Faktoren bestimmen laut Meinung Nagl-Cupals die Art und Weise der Hilfeleistungen von Angehörigen: das Vertrauen in das System der Intensiveinheit, die systemimmanenten handelnden Personen, die verfügbaren Erfahrungen der Angehörigen und der Anlassfall für die Aufnahme in die Intensivstation. Plötzliche Ereignisse werden stärker als Krise wahrgenommen als chronische oder sich langsam verschlechternde Krankheitsverläufe. Eine Aufnahme unter letztgenannten Umständen wird häufig als Erleichterung empfunden. Strukturelle Gegebenheiten wie Besucherregelungen regulieren ebenso ganz wesentlich die Bedingungen für das „Dasein“. Nicht zuletzt beeinflussen der gesellschaftliche und kulturelle Umgang mit der Krankheit und sozioökonomische Grundbedingungen wie der Versicherungsstatus, was Familien unternehmen können, um ihren anvertrauten Verwandten zu helfen.

Die Untersuchung Nagl-Cupals (2011) ergab folgende Bewältigungsstrategien von Angehörigen auf einer Intensivstation: „Emotionen unterdrücken/ sich selber schützen, Immer Da Sein, Alles zurückstellen, Wissen müssen und Hoffen“.

**Emotionen unterdrücken – sich selber schützen.** Wie schon erwähnt, spielen Emotionen eine zentrale Rolle: nicht immer bemerkt, bleiben sie dennoch während des ganzen Aufenthaltes, sowie oft über die Zeit hinaus vorhanden. Positive wie negative Emotionen generell bleiben eher unterdrückt, um handlungsfähig zu bleiben und die Kraft zur Situationsbewältigung und sich selbst vor Enttäuschungen zu schützen. Dies geschieht beispielsweise in Form von „nicht über das Problem nachdenken oder reden wollen“. Angehörige „hüllen sich in Schweigen“. Gutgemeinte Hilfsangebote werden abgelehnt und eher als Belastung empfunden; das Verhalten einer übersteigerten Betriebsamkeit in der Arbeit oder zuhause lenkt sie ab; Schlafstörungen entstehen, durch das Unvermögen abzuschalten. Selten sprechen Angehörige offen über die eigenen Gefühle, um als eigentliche emotionale Stütze den Kranken nicht noch zusätzlich zu verunsichern. Gelingt es irgendwann nicht mehr, die aufgestauten Emotionen zu unterdrücken, brechen sie manchmal ohne Vorwarnung hervor.

**Immer Da Sein.** Für den Kranken in kritischen Situationen so oft und so lange wie möglich „da zu sein“, entsteht aus dem Bedürfnis, dem geliebten Menschen als vertraute und sich sorgende nahestehende Bezugsperson beizustehen. Der vertraute Angehörige ist als solcher für das seelische Gleichgewicht des Kranken nicht austauschbar und nicht selten eine Motivation weiterleben zu wollen. Angehörige wirken beruhigend in einer unsicheren Umgebung. Durch seine Anwesenheit erhalten die Kranken die Möglichkeit, am

„normalen“ Leben außerhalb der Intensivstation teilzuhaben und Versäumtes zu rekonstruieren. Angehörige bauen durch ihre Person eine Brücke zu ihrem persönlichen sozialen Umfeld zuhause, stellen aber auch eine Vermittlung für schwer äusserbare Bedürfnisse bei nonverbaler, eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit infolge krankheitsbedingter Umstände dar. Vertraute Gegenstände, Bilder, Musik, Düfte, „etwas Gewohntes“ ergänzen die Lücken zusätzlich und schaffen ein gewisses Wohlgefühl; ein klein wenig Heimat in einer befremdlichen Umgebung, vorteilhaft für die Genesung. Irritierende Angelegenheiten werden aufgegriffen oder bewusst unterlassen, ausgesprochen oder nicht, je nachdem wie beschützt sie ihr Familienmitglied wahrnehmen. Eine erhöhte Wachsamkeit von Seiten des Angehörigen dient dazu, die Situation unter Kontrolle zu halten und den Kranken vor Konflikten zu bewahren, das Verbot für unerwünschte belastende Besuche miteinbezogen.

**Alles zurückstellen.** Der gesamte Tagesablauf wird dem „Dasein“ untergeordnet, auf Freizeit zugunsten des Krankenbesuches verzichtet, körperliche Bedürfnisse wie ausreichend Schlaf und ausgewogene Ernährung missachtet und Beziehungen belastet.

**Wissen müssen** umfasst laut Nagl-Cupal (2011) das Bedürfnis von Angehörigen, Informationen zu erhalten, die darauf abzielen, die kritische Situation verstehen zu können und eine fortwährende Unsicherheit handzuhaben. Informationen holen sich Angehörige über das medizinische Personal, dem Monitoring rund um das Patientenbett und von Quellen außerhalb der Intensivstation, wie zum Beispiel von vertrauten Experten. Wesentliche und relevante Inhalte daraus zu filtern beansprucht Zeit und hängt von der Vollständigkeit und Qualität der Information ab, was eine Basis für Zufriedenheit darstellt. Durch das „Da sein“ gelingt es der Familie anhand beobachteter Erfahrungen und erhaltenen Informationen Anzeichen zu interpretieren und deren Bedeutung einzuschätzen. Tritt dies nicht ein, kann unzureichendes, widersprüchliches oder nicht verwertbares Wissen zu verzweifelter Beharrlichkeit oder Missstimmung führen, die vermeintlichen Kommunikationsschwierigkeiten Anlass gibt.

**Hoffen.** Hoffnung ist als ein gewichtiger Ausgleich zur permanenten Ungewissheit eine wesentliche Bewältigungsstrategie im Umgang mit Krisensituationen. Vertrauen in die gegebenen Strukturen sowie das Wort „stabil“ wird hierfür als Basis wahrgenommen und schenkt Hoffnung in einer Phase, in denen Angehörige sich hilflos fühlen. Die Hoffnung bleibt bis zuletzt bestehen, gleichgültig, ob der Gesundheitszustand sich verbessert oder



verschlechtert. Sie wird genährt durch jede noch so kleine positive Information. Spirituelle Handlungen stellen für die Betroffenen eine starke Quelle für Hoffnung und Trost dar.

## **6.6 Vertraut sein, sich kümmern**

Wie auch Nagl-Cupal (2011) attestiert Metzging (2004) dem Besuch Angehöriger existentielle Bedeutung, indem sie dem Erkrankten eine Verbindung zur Welt „außen“ ermöglicht und dessen Identität bewahren hilft. Das Vertraute schafft Halt und Unterstützung während des Krankheitsverlaufs, der durch Instabilität gekennzeichnet ist. Das Verstehen besteht ohne Worte. Es ermöglicht den Kranken, sich wertfrei fallenlassen zu können. Die Fürsorge verleiht den Betroffenen Kraft zum Überleben. Metzingers Ausführungen zufolge wird dem professionellen Personal im Gegensatz dazu eine andere Rolle zugedacht. Jene Rolle ist trotz Anerkennung ihrer Leistung und ihres Bemühens durch Distanz gekennzeichnet, durch die der Wert der Vertrautheit von Familie betont wird. Metzging (2004) fand heraus, dass der vertraute Angehörige dem Kranken das Gefühl vermittelt, angenommen zu sein; vertraute Blicke, die vertraute Berührung und körperliche Nähe, im Gegensatz zu der meist „mechanisch“ erlebten Berührung vom Pflegepersonal, verleihen Geborgenheit und Wärme, Wohlgefühl, nonverbal. Empfindungen, die nicht in Worte zu fassen sind. Zuwendung von Angehörigen und wichtigen Personen aus dem persönlichen Umkreis verleihen Trost und Beistand. Die Untersuchung ergab, dass Familie nicht als Besuch an sich wahrgenommen wird. Es wird differenziert zwischen Menschen, die willkommen und gebraucht werden, und Fremden, vor denen die Privatsphäre des Erkrankten bewahrt werden soll, vor allem während des Zeitraums der Bewusstlosigkeit. Grenzen des Besuches. Die Autorin stellt in den Interviews die Erkenntnis fest, dass es in der Phase der Intensivpflege, weit ab von jeder Normalität, „zu einem Rückzug in Vertrautes kommt, in das, was Schutz bietet und erlaubt, sich so zu geben und zu zeigen, wie man ist: schutzlos, ängstlich und sehr privat.“(Metzging, 2004, S.211).

Praktischen Beistand erfahren die Kranken durch die Übernahme persönlicher Angelegenheiten durch die Vertrauensperson, was die Sorge des Alltags um versäumte Pflichten lindert und den Aufenthalt auf der Intensivstation erträglicher macht. Die Hilfestellungen äußern sich in Form von „regeln und organisieren, sich beraten, aufpassen und schützen und pflegen“, wobei sich in letzterem Fall die Familie aktiv versucht, sich

anhand zumutbarer Hilfestellungen in den Pflegeprozess ihres kranken Familienmitgliedes einzubringen.

## 6.7 Ablenkung, Bewusstmachen

Fauerbach et al. (2002) unterzogen 42 akuten VerbrennungspatientInnen drei unterschiedlichen Copinginterventionen während eines zuvor analgetisch-prämedizierten Verbandwechsels. Einerseits erfolgte eine Ablenkung mittels eines zwanzig- minütigen Audiotapes („Distraction“), in dem die TeilnehmerInnen bei einer Auswahl von verschiedenen Musiktypen instruiert wurden, sich auf einzelne Techniken zu konzentrieren: beispielsweise auf variierende Melodien, Stile und Emotionen oder auf die Identifikation von Instrumenten und Texten; zusätzlich wurden sie animiert, sich an der Musik zu erfreuen. Andererseits galt es, den Fokus auf Empfindungen zu lenken („Sensory focusing“): sensorische Erfahrungen sollten während des Verbandwechsels zu verschiedenen Zeitpunkten benannt und dokumentiert werden. Während der dritten Intervention („Usual care“), als Kontrollgruppe, fand der Verbandwechsel unter üblichen Pfllegetätigkeiten statt. Im Laufe der schmerzvollen medizinischen Prozedur wurden Messungen mittels spezieller Fragebögen für Copingstrategien und dem Assessment von posttraumatischen Stresstörungen durchgeführt, die sich auf Schmerz, Anspannung und Intrusion bezogen. Intrusion, lateinisch für Einschließung, Eindrängung, bezeichnet „ungewollt wiederkehrende Erinnerungen an belastende Erlebnisse oder Traumen. Intrusion tritt im Wachzustand auf, ausgelöst durch Schlüsselreize oder spontan und in Träumen; die Intensität reicht von Einzelerinnerungen bis zum Flashback. Intrusion kommt vor allem bei posttraumatischer Belastungsstörung und bei akuter Belastungsreaktion vor, gegebenenfalls als isoliertes Symptom. Flashback, englisch für Nachhall, umfasst „überwältigende Erinnerungsattacken, mit Wiederkehr sich aufdrängender alptraumartiger Bilder, Erinnerungen oder übermächtiger Sinneseindrücke“. (Pschyrembel online, 2004).

Fauerbach et al (2006) evaluierten fünf wichtige Bewältigungsstrategien: „Ablenkung, Fokussieren/ Bewusstmachen, Ignorieren, Schwarzmalen und Neuinterpretieren“ in Verbindung mit schmerzhaften medizinischen Prozeduren: *Ablenkung* verfolgt das Ziel, die Aufmerksamkeit bewusst vom Geschehen wegzulenken, sensorisches *Fokussieren bzw. Bewusstmachen* verfolgt die Absicht, die Aufmerksamkeit bewusst auf das Geschehen hinzulenken. *Ignorieren* geschieht auf der Basis, die Schmerzempfindung zu unterdrücken. *Schwarzmalen* wurde in der Untersuchung mit höheren Schmerzraten und Unzufriedenheit

mit der Pflege assoziiert. Die Ergebnisse zeigten, dass sich in Begleitung eines adäquaten Schmerzmanagements prozessorientierte Bewältigung wie sensorisches Fokussieren bzw. Bewusstmachen, günstiger auswirkten, wenn Schmerz im Vordergrund stand. Galt es aber, mit seinen Emotionen zurechtzukommen, stellte sich Ablenkung als die heilsamere Copingmethode heraus. Dies bewährte sich in verringerter Anspannung und verringerter Intrusion

## **6.8 Information, Kultur, spirituelle Unterstützung**

Chan und Twinn (2006) untersuchten Familien auf einer Intensivstation in Hong Kong, und identifizierten vier Hauptkategorien von Copingstrategien: „Suche nach Information, Suche nach Unterstützung, Vertrauen auf kulturelle Riten und Praktiken und Hinwendung zur Religion“, sowie drei Nebenkategorien: „Hoffnung aufrechterhalten, Zerstreuung und Akzeptanz der Krankheit“.

**Suchen nach Information. Unterkategorie: Verwendung Medizinisches Personal/ Internet.** Informationen durch medizinisches Fachpersonal einerseits und Internetrecherchen andererseits reduzieren die Unsicherheiten hinsichtlich des Fortschritts und der Behandlung des Familienmitglieds. Außerdem ermöglichen diese den Verwandten einen Einblick über die Umstände der Erkrankung. Diese Form der Bewältigung stellte sich in der Untersuchung als eine der effizientesten Methoden dar, Stress zu reduzieren.

**Suchen nach Unterstützung. Unterkategorie: emotionale/ instrumentelle Unterstützung.** Die Angehörigen erhielten in emotionaler Hinsicht psychologische Unterstützung, sowie aufgrund der neu zugeordneten Rollen während des Krankheitsprozesses auch instrumentelle Hilfestellungen innerhalb der Familie. Diese bestanden darin, über die anstrengende Zeit der erhöhten Anforderungen während eines Krankenhausaufenthaltes tatkräftig in der Bewältigung des Alltages beizustehen.

**Vertrauen auf kulturelle Riten und Praktiken. Unterkategorie: Anwendung von Ritualen/ Fatalistische Einstellung.** Kulturell tradierte Rituale als Basis von Hoffnung bestärken die Angehörigen schwierige krankheitsbedingte Situationen zu bewältigen. Zu den Ritualen gehört innerhalb dieses asiatischen Kulturkreises die Anbetung der Vorfahren, die dem Glauben nach das Leben und die Gesundheit beschützen. Amulette oder Talismane vertreiben „böse Geister“ und dienen dem Schutz des Einzelnen. Auf die exakten Hintergründe genannter Rituale einzugehen, würde den Rahmen dieser

Bachelorarbeit sprengen. Der Vollständigkeit halber sei in Anlehnung an Chan und Twinn (2006) erwähnt, dass Buddhismus und Taoismus innerhalb der chinesischen Kultur sich einer „fatalistischen“ Zugangsweise der Krankheitsbewältigung bedienen. Dieser Zugang orientiert sich am Glauben an eine höhere Macht, die das Leben kontrolliert (siehe auch Chui et al., 2007). Mit dieser **Hinwendung zur Religion** durch Gebete und dem Festhalten an religiösen Ritualen wird der betroffene Mensch gestärkt. Glaube als Quelle der Hoffnung und des Trostes schenkt Kraft und Mut, um den schwierigen Ansprüchen einer Intensivbehandlung entsprechen zu können. Die Autoren formulieren auch allgemeine Bewältigungsstrategien wie „**die Hoffnung aufrechterhalten** anhand positiver Ergebnisse und Wunschdenken, **Zerstreuung** und die **Akzeptanz der Krankheit**“. Dieser Copingansatz wird im Detail jedoch nicht analysiert.

Chui und Chan (2007) untersuchten in ähnlicher Weise chinesische Familien in Hong Kong im Hinblick auf die Beziehung von Stress- und Copingverhalten von Familienmitgliedern mit einem Verwandten im Intensivpflegesetting. Die Autoren wiesen allgemeine eine hohe weibliche Teilnehmeranzahl nach, entstehend aus der traditionellen Rolle asiatischer Kulturen, wonach die Hauptlast pflegerelevanter Tätigkeiten entsprechend der europäischen Kultur weiblichen Familienmitgliedern obliegt. Höhere Stresslevel wurden bei Frauen gemessen; außerdem bei Teilnehmern mit einem niederen Bildungsstand und bei denen die Verwandten unerwartet auf der Intensivstation aufgenommen wurden; der Stresslevel korrelierte mit der Länge des Intensivaufenthaltes. Stresslevel, sowie das Festhalten an religiösen Überzeugungen hatten Einfluss auf die Anwendung folgender Copingstrategien: „Neuausrichtung/ Spirituelle Unterstützung suchen, passive Einschätzung, soziale Unterstützung beschaffen/ Mobilisieren der Familie und Hilfe zu beschaffen und zu akzeptieren“.

**Neuausrichtung/ Spirituelle Unterstützung suchen.** Gemäß den Untersuchungen von Chui und Chan (2007) basieren traditionell häufig eingesetzte Copingmuster in China, auf spezielle Glaubenselemente im Buddhismus und Taoismus, dem „fatalistischen Voluntarismus“. Demnach nehmen Menschen das an, was ihnen gegeben wird, ohne es aktiv zu ändern. Die Lebenssituation wird bestimmt von äußeren, unsichtbaren Mächten, wie beispielsweise das Schicksal oder vorausgegangene Leben. Das Leben steht im Einklang mit der Natur und wird dominiert von „Tien“ (Himmel). Ein Erdulden von Schwierigkeiten in der Gegenwart ergeben Chancen für die Zukunft (Lee 1995, zitiert in Chui und Chan, 2007). Diese philosophische Einstellung ermöglicht es den Menschen,

trotz gegenwärtiger Schwierigkeiten durch positive Gedanken Hoffnung zu fassen, im Vertrauen auf eine bessere Zukunft.

**Suche nach sozialer Unterstützung/ Mobilisation der Familie.** Aus der Studie geht hervor, dass chinesische Familien im Sinne der konfuzianischen Lehre die Familie als hohes Ideal und Grundeinheit des Lebens betrachten, deren Privatsphäre bewahrt werden soll. Krisen werden bevorzugt innerfamiliär gelöst, emotionale Interaktionen mit Nicht-Verwandten vermieden. Parallel dazu besteht eine generelle Wertschätzung gegenüber Vielgenerationenhaushalten.

**Passives Bewerten.** Die Untersucher fanden heraus, dass die Teilnehmer, deren Angehörige unerwartet oder mit traumatischen Verletzungen an der Intensivstation aufgenommen wurden, die Ereignisse eher durch passive Strategien bewältigten. Depression, Problemminimierung oder die Verleugnung desselben ermöglichen einen Weg, sich vor negativen Emotionen zu schützen oder den Familien Zeit verschafft, um die Krankheit zu akzeptieren. Diese nach Meinung der AutorInnen ineffektiven Bewältigungsverhalten verlangen besondere Zuwendung vonseiten sozialer und emotionaler Unterstützung. Aufklärende Gespräche, verständliche Sprache und ausreichend Zeit, um Fragen zu beantworten, wären geeignet, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, verstanden zu werden und nicht mit den Problemen auf sich gestellt zu sein.

Lin et al. (2010) befassten sich mit den Copingstrategien erwachsener HerztransplantatempfängerInnen in Taiwan. Die individuelle Genesung herztransplantierte PatientInnen verursacht folglich unterschiedliche Erfahrungen und Empfindungen. Negative Emotionen wie Depression, Angst und Kraftlosigkeit führen zu gegenwärtigen und künftigen physischen Einschränkungen in den unterschiedlichen Genesungsphasen. Diese in der Untersuchung als „dunkle Genesungserfahrungen“ bezeichneten Gemütszustände resultieren aus großen gesundheitlichen Belastungen im Rahmen einer Herztransplantation. Neben der Angst vor Komplikationen wie Abstoßung, Infektionen oder der plötzlichen Verschlechterung der Herzfunktion, erfasste die Studie zusätzlich Stressoren, unter denen die Herzempfänger litten: solcherart eine Belastung für die Familie zu werden, sie erlebten Befremden mit medizinischen Protokollen, mit der Umgebung und den Verfahrensweisen in der Intensiveinheit und erduldeten geistige und körperliche Unannehmlichkeiten durch invasive Untersuchungen. Der Gesundheitsfortschritt sowie die Lebensqualität nach der Akutphase waren unsicher. Die Angst vor dem Verlust der

Selbstpflegefähigkeit und des Selbstwertgefühls durch einen möglichen Verlust an Arbeitsfähigkeit, schränkte die PatientInnen in der Erreichung ihrer persönlichen Lebensziele ein. Lin et al. (2010) identifizierten im Verlauf vier Bewältigungsverhalten: **„Soziale und emotionale Unterstützung, Erbitten um spirituelle Unterstützung, Änderung der geistigen Haltung durch das Wählen einer positiven Einstellung gegenüber einem Leben mit Schwierigkeiten, Ziele zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und der Genesungsphase“** sowie die **„Planung der Suche nach einem angemessenen Job in der Zukunft“**.

Eine soziale sowie emotionale Unterstützung, ähnlich den vorausgegangenen Studien, gestaltete sich durch die Hilfe von Familienangehörigen, religiösen Personen und durch das professionelle Gesundheitsteam in der Zeit bis nach der Entlassung aus der Intensivstation; nach der Akutphase traten zusätzlich andere herztransplantierte PatientInnen und das soziale Wohlfahrtssystem als Ratgeber in Aktion. Das Erbitten um spirituelle Unterstützung wurde von mehr als der Hälfte der Studienteilnehmer angenommen. Die Familie wurde als beste, aber auch die Religion, medizinisches Personal und sogar die „Selbstlosigkeit des Organspender“ wurden als Quelle der Unterstützung angesehen. Eine Änderung hin zu einer positiven geistigen Haltung im Hinblick auf zukünftige Schwierigkeiten vollzog sich durch Informationen über die Krankheit und das Annehmen derselben mit dem Ergebnis der Milderung oder Verhinderung negativer Erfahrungen. Zielsetzungen und Planung zur Aufrechterhaltung der Gesundheit im Rahmen der Rehabilitation impliziert aktive Lernprozesse, eine Umstellung des Lebensstils inklusive einer beruflich angemessenen Betätigung, gelten als Copingstrategien nach der Entlassung aus der ICU.

## **6.9 Neubewertung**

Wu et al. (2009) untersuchten Verbrennungspatienten in Shanghai. Verbrennungsoffer sind gezwungen, in den meisten Fällen eine sehr lange und belastende medizinisch-therapeutische Behandlung auszuhalten, psychischen und physischen Schmerzen ausgesetzt. Laut Meinung der Autoren wird dem Verbrennungsoffer infolge eines Arbeitsunfalls in China über dem Arbeitgeber eine Kostendeckung der medizinischen Behandlung gewährleistet, bis diese abgeschlossen ist, Therapie, Rehabilitation und plastische Chirurgie inkludiert. Aufgrund dieses sehr langen Prozesses zielen Bewältigungsmethoden auch darauf ab, Zeit vergehen zu lassen, damit es den

PatientInnen gelingt, ihre durch den sehr langen Erkrankungsprozess aufkommenden negativen Gedanken und Emotionen handzuhaben. Die Ergebnisse der Studie gliedern sich in allgemeine positiv wie negativ beeinflussende Copingstrategien: „**Ablenkung, Schwarzmalen, Vermeidung, Wunschdenken und positive Neubewertung**“.

In der Genesungsphase stellen emotionale und soziale Unterstützung eine außerordentlich wichtige Bewältigungsform dar, dem Verbrennungsoffer und dessen betroffene Familienmitglieder zu helfen, ins normale Leben zurückzufinden und wieder Halt im Leben anhand positiver Neubewertung zu gewinnen. Die Forscher erwähnen, dass Chinesen dazu tendieren, das persönliche Glück mit dem Wohlbefinden der Mitmenschen in Wechselwirkung zu setzen, eine Besonderheit ihrer Kultur. Jede Person, die diesen Genesungsprozess emotional stärkt, stellt einen Rettungsanker dar, um die traumatisierenden Erlebnisse verarbeiten zu können. Diese Funktion wird vom medizinischen Fachpersonal, von Angehörigen, Freunden und MitpatientInnen, in der Funktion eines gemeinsamen Erfahrungsaustausches, wahrgenommen. Psychologische Unterstützung in der Person eines „Mentors“, der in kritischen Phasen physisch anwesend ist, erachten die ForscherInnen im Rahmen dieser Untersuchung als vorteilhaft im Erholungsfortschritt dieser Verbrennungsoffer.

## 7 Tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse

Autor/ Studie	Design, Instrumente	Copingstrategien
<p><b>Fauerbach et al., 2002</b></p> <p>„Coping von Stress mit einer schmerzvollen medizinischen Prozedur“, USA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT</li> <li>• Modified Coping Strategies Questionnaire</li> <li>• Impact of Events Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablenkung</li> <li>• Fokussieren</li> <li>• Bewusstmachen</li> <li>• Ignorieren</li> <li>• Schwarzmalen</li> <li>• Neuinterpretieren</li> </ul>
<p><b>Johansson et al., 2002</b></p> <p>„Copingstrategien wenn sich ein Verwandter/ enger Freund in Intensivpflege befindet“, Schweden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grounded Theory Analyse</li> <li>• deskriptiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühle mildern</li> <li>• Gefühle meistern</li> <li>• Gefühle öfter durchleben</li> <li>• Gefühle ausschließen</li> </ul>
<p><b>Johansson et al., 2006</b></p> <p>„Theoretisches Copingmodell unter Verwandten von Patienten in ICUs“, Schweden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simultane Konzeptanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meistern,</li> <li>• Erleichterung</li> <li>• freiwilliges Engagement</li> <li>• Dulden</li> <li>• sich Opfern, gänzlich Ausfüllen</li> </ul>



<p><b>Chan et al., 2006</b></p> <p><i>„Eine Analyse von Stressoren und Copingstrategien chinesischer Erwachsener mit einem in Intensivpflege aufgenommenen Partner in Hong Kong“.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhaltsanalyse</li> <li>• explorativ</li> <li>• qualitativ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suche nach Information</li> <li>• Suche nach Unterstützung</li> <li>• Vertrauen auf kulturelle Riten und Praktiken</li> <li>• Hinwendung zur Religion</li> <li>• Hoffnung aufrecht halten</li> <li>• Zerstreuung</li> <li>• Akzeptanz der Krankheit</li> </ul>
<p><b>Chui et al., 2007</b></p> <p><i>„Stress und Coping chinesischer Familienmitglieder in Hong Kong während einer kritischen Erkrankung“.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierte Interviews</li> <li>• Impact of Events Scale</li> <li>• Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuausrichtung</li> <li>• spirituelle Unterstützung</li> <li>• soziale Unterstützung</li> <li>• Mobilisieren der Familie</li> <li>• passive Einschätzung</li> </ul>
<p><b>Acaroglu et al., 2008</b></p> <p><i>„Angstlevel und Copingwege von Familienmitgliedern auf einer neurochirurgischen ICU“, Türkei.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Studie</li> <li>• State and Trait Anxiety Inventory</li> <li>• Ways of Coping Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstvertrauen</li> <li>• Suche nach sozialer Unterstützung</li> <li>• Unterwürfigkeit</li> <li>• Hilflosigkeit/Selbstanklage</li> <li>• Optimismus</li> </ul>

<p><b>Casarini et al., 2009</b></p> <p>„Coping von Verwandten von Intensivpflegepatienten“, Brasilien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Studie</li> <li>• qualitativ und quantitative</li> <li>• Ways of Coping Checklist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotionale Kontrolle,</li> <li>• instrumentelle Unterstützung</li> <li>• Suche nach Verständnis und Lösung der Situation</li> <li>• religiöse Antworten</li> <li>• Phantasiedenken</li> </ul>
<p><b>Wu et al., 2009</b></p> <p>„Copingstrategien von acht Patienten mit schweren Brandverletzungen“, Shanghai.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallberichte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstablenkung</li> <li>• Schwarzmalen</li> <li>• Vermeidung und Wunschdenken</li> <li>• positive Neubewertung</li> <li>• emotionale und soziale Unterstützung</li> <li>• Religion</li> </ul>
<p><b>Lin et al., 2010</b></p> <p>„Dunkle Genesungs-erfahrungen, Copingstrategien, und Bedürfnisse erwachsener Herztransplantatempfängern in Taiwan“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• deskriptive qualitative Inhaltsanalyse</li> <li>• semistrukturierte Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderung der geistigen Haltung durch das Wählen einer positiven Einstellung gegenüber einem Leben mit Schwierigkeiten</li> <li>• Ziele zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und der Genesungsphase</li> <li>• Suche nach einem angemessenen Job in der Zukunft</li> </ul>

<p><b>Nagl- Cupal Martin, 2011</b></p> <p>„Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung auf der Intensivstation“.</p> <p>Witten/Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grounded Theory</li> <li>• qualitativ</li> <li>• qualitatives Interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotionen unterdrücken</li> <li>• Immer da sein</li> <li>• Alles zurückstellen</li> <li>• Wissen müssen</li> <li>• Hoffen</li> </ul>
<p><b>Metzing Sabine, 2004</b></p> <p>„Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts auf einer Intensivstation“. Witten/ Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grounded Theory</li> <li>• qualitativ</li> <li>• offenes Interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertraut sein</li> <li>• Sich kümmern</li> </ul>

## 8 Schlussfolgerungen

In den vorliegenden Ergebnissen wird die Frage beantwortet, wie PatientInnen sowie deren Angehörigen krankheitsbedingte Belastungen auf einer Intensivstation bewältigen. Copingstrategien erscheinen in vielfältigen Ausprägungen und zielen darauf ab, die Lage der kritisch erkrankten Person auf eine weniger erschreckende Art und Weise zu verstehen. Emotionaler Stress verursacht Verwirrung, Distanzierung und Realitätsverleugnung (Casarini et al., 2009). Ein Klinikaufenthalt erzeugt Gefühle von Schwäche, Abhängigkeit und Verletzbarkeit. Mannigfache Einflüsse bestimmen und unterstützen Copingstrategien von Angehörigen in Situationen, über die sie selbst wenig Kontrolle haben. Individuelle soziokulturelle, politische, strukturelle Bedingungen, tief verwurzelte Glaubenswerte und unterschiedliche familiäre Traditionen bestimmen die Betrachtungsweise. Bewältigungsstrategien von PatientInnen sowie deren Angehörigen variieren kulturabhängig (Chui und Chan, 2007). Johannson et al. (2006) fordern eine ganzheitliche Pflegesicht zur Auswertung der Bewältigungsmöglichkeiten. Nur eine den jeweiligen Umständen entsprechend angepasste Intervention kann auf diesen Weg Stress erfolgreich abbauen oder von vornherein vermeiden, um damit den Grundstein für eine

erfolgreiche Krankheitsbewältigung zu legen. Familien sollten ermutigt werden, ihre Bedürfnisse zu nennen, um von einem professionellen Team wahrgenommen und umgesetzt werden zu können.

Fauerbach et al. (2002) regen Klinikpersonal an, Patienten bei der Bewältigung von prozessorientiertem Stress und bei der Anwendung eines adäquaten Schmerz-managements zu beraten. Bezugnehmend auf die starke Einflussnahme zahlreicher Stressoren auf die Befindlichkeit der PatientInnen und deren Angehörigen empfiehlt auch Fontes Pinto Novaes et al. (1999) an erster Stelle eine bestmögliche Schmerztherapie; zusätzlich sei auf eine achtsame Lärmreduktion und eine dem krankheitsbezogenen Schlaf- und Wachrhythmus angepasste Vorgangsweise bei Therapie und Pflege-maßnahmen zu achten, um das erhöhte Schlaf- und Ruhebedürfnis im Rahmen eines Intensivaufenthaltes zu gewährleisten. Umfassende zumutbare Aufklärung über notwendige Maßnahmen lebenswichtige Apparaturen und Geräusche am und im Umfeld der erkrankten Person ermöglichen ihr und dem Besuch Übersicht zu gewinnen über eine verunsichernde Umgebung. Die Aufrechterhaltung der Kommunikation in verbaler oder nonverbaler Form stellt hierbei ein zentrales Anliegen dar. *„Eine konsequente Verbesserung dieser allgemeinen Umstände reduziere familiäre Angst, erhöhe den Teamgeist und bilde die Struktur für eine menschlichere ICU“* (Fontes Pinto Novaes et al., 1999).

Johansson et al. (2002) empfehlen dem Intensivpflegepersonal, Angehörige und Freunde kritisch Erkrankter bei der Beschreibung der eigenen Wahrnehmungen behilflich zu sein, um deren eigene Bedürfnisse und Situationen zu erkennen, zu verstehen und zu verarbeiten. Das Angebot von und die Versorgung durch professionelle Unterstützung wird als externe Ressource als sehr hilfreich wahrgenommen. Die Kenntnis der Bedürfnisse und Ressourcen von Angehörigen, das Wissen um die Wahl an Bewältigungsmethoden sowie deren Ergebnisse stellen wiederum für Pflegende wichtige Informationen dar. Ein verbessertes Verstehen und Wahrnehmen von Bewältigungsstrategien von Angehörigen während der akuten Phase der Erkrankung beugen Probleme im häuslichen Umfeld der Erkrankten vor (Johansson et al., 2006).

Chan und Twinn (2006) messen dem medizinischen Fachpersonal eine Schlüsselrolle bei Stressoren wie Unsicherheiten und Angst von Familienangehörigen handzuhaben: dies wäre möglich durch ausreichendes Zeitnehmen für eine konsequente Beantwortung von Fragen, um etwaigen Kommunikationsschwierigkeiten schon im Vorfeld erfolgreich

entgegengetreten zu können. Die Autoren empfehlen, soziokulturelle Faktoren in das Behandlungskonzept mit einzubeziehen, was häufig noch nicht geschehe. Auch Nagl-Cupal (2011) schlussfolgert, dass kontextuelle Faktoren wie kulturelle, rechtliche, politische oder strukturelle Strukturen, die bestimmen welche Informationen weitergegeben werden (dürfen), häufig noch missachtet werden. Dies gibt Anlass, kulturell spezifische Pflegeinterventionen zur individuellen Betreuung von Patientinnen zu entwickeln (Chan et al., 2006; Wu et al., 2009).

Acaroglu et al. (2008) fordern ein Angebot an entsprechender Hilfemaßnahmen zur Angstbewältigung von Angehörigen und Kranken. Den kranken Menschen und seine Familie allgemein in seiner Gesamtheit zu betrachten, unterstützt und fördert deren stabile körperliche und mentale Verfassung. Eine vertrauensvolle Beziehung zum multi-professionellen Team einer Intensivereinheit, in dem jede Einzelperson eine individuelle unterstützende Funktion einnehmen kann, hilft Angehörigen ein soziales Netzwerk für den Bedarfsfall aufzubauen (Casarini et al, 2009). Casarini betont, dass gerade in der Anfangsperiode *„die Aufrechterhaltung eines häufigen und offenen Kontaktes zu den Teammitgliedern wesentlich ist“*, um eine konsistente gute Kommunikation und einen Informationstransfer unter guten Voraussetzungen zu gewährleisten. Klare Informationen helfen, Unsicherheiten zu verringern. Vorbereitende Worte über den Gesundheitszustand des erkrankten Familienmitgliedes schon bei Eintritt in die ICU und vor dem Herantreten ans Krankenbett, unterstützen die emotionale Kontrolle.

Wartella et al. (2009) motivieren zum frühestmöglichen Einsatz von Copinginterventionen. So könne eine frühe, angemessene Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes dazu beitragen, die Hilflosigkeit von Angehörigen durch angemessene Aktivitäten zu verringern. Positive, aufmunternde emotionale Unterstützung, um den Glauben an sich selbst bewahren zu können, gibt sowohl dem Kranken wie auch dem Angehörigen Zuversicht und Mut und fördert deren eigene Wertschätzung. (Wu et al., 2009). Aufklärende Worte müssen sich an der physischen und psychischen Belastungsfähigkeit orientieren und implizieren auch Verständnis für negative Emotionen.

Aus der Sicht der Pflege bilden Aufklärung, Zuspruch, Geduld und Aufgeschlossenheit dem kritisch erkrankten Menschen sowie den Angehörigen gegenüber eine Voraussetzung für ein langsames Annähern und Kennenlernen der verunsichernden und belastenden

Umgebung einer Intensivstation. Dies stellt die Basis für eine erfolgreiche und vertrauensvolle Zusammenarbeit am Intensivkrankenbett dar.

## **9 Diskussion und Ausblick**

In wenigen Studien wird der Begriff „Angehörige“ und „Familie“ näher definiert. In den Recherchen von Nagl- Cupal (2011) ist Familie nicht nur an der Blutsverwandtschaft erkennbar, sondern orientiert sich an der Intensität und Qualität der Hilfeleistung. „Wer Familie ist, muss ausgehandelt werden“. Es sind jene Personen, die da sind, wenn man sie braucht und ungefragt und selbstverständlich zur Seite stehen, auch außerhalb des Personenkreises, die schlechthin als Familie bezeichnet wird. Johannson et al. (2002) bezieht „enge Freunde“ in die Familienstruktur mit ein. In keiner der zwölf relevanten Studien werden jedoch moderne atypische Familienformen, wie Patchworkfamilien, Singlehaushalte oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften untersucht. Untersuchungen unter diesem Aspekt wären von Interesse. Ihr theoretisches Konzept über Copingansätze von Angehörigen von PatientInnen auf Intensiveinheiten könnte eine Basis für Leitlinien darstellen (Johannson et al., 2006).

Die vorliegende Baccalaureatsarbeit lässt erkennen, dass das Wahrnehmen und Eingehen von Bedürfnissen und Unsicherheiten von Intensivpatientinnen sowie deren Bezugspersonen hilft, negative körperliche und emotionale Sinneswahrnehmungen im Zusammenhang mit dem Krankheitsaufenthalt der Betroffenen entgegen zu wirken. Nagl- Cupal (2011) fordert eine offensive Informationspolitik, bei der den Angehörigen ein tägliches „Update“ an verständlichen Informationen im jeweilig angepassten Rahmen möglich gemacht wird.

Die vorliegenden Untersuchungen beschäftigen sich vielfach mit Copingstrategien innerhalb eines bestehenden Familienverbandes. Der Intensivalltag impliziert aber auch immer wieder PatientInnen mit geringem oder gar fehlendem sozialen Netzwerk und vorhandenen Familienstrukturen. Diese versterben manchmal einsam auf der Intensivstation oder kehren wieder genesen einsam und auf sich gestellt in einen beschwerlichen Alltag zurück. Hier gilt es, einen Augenmerk auf ein unterstützendes soziale Netzwerke zu legen.

Ich bin der Überzeugung und erfahre es in meiner Arbeit am Krankenbett immer wieder bestätigt, dass eine ganzheitliche Betrachtungsweise pflege- und therapierrelevanter

Interventionen die Basis für eine optimale und individuelle Krankheitsbewältigung von Erkrankten und deren Angehörige in Aussicht stellt. So gilt es, den „Magenhochzug in Bett 8“ nicht reduziert auf seine erkrankten Organe zu betrachten, sondern das Individuum gesamtheitlich in seinem sozialen Umfeld wahrzunehmen. Respekt und Würde bilden innerhalb der Beziehung PatientIn/ Angehöriger/ medizinisch/pflegerischem Fachpersonal die Grundsteine zu einer zufriedenstellenden Zusammenarbeit in einer Intensiveinheit.

## 10 Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin Angelika (Hrsg.), (2004) Fokus Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co, Hannover.
- Acaroglu R., Kaya H., Sendir M., Tosun K., Turan Y., (2008) Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *EmbaseNeurosciences*. 13 (1) (pp 41-45).
- Besendorfer Andrea (2001) Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. In Abt-Zegelin Angelika (Hrsg.), (2004) Fokus Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co, Hannover.
- Casarini K.A., Gorayeb R., Filho A.B. (2009) Coping by relatives of critical care patients. *Heart & Lung*, May-Jun; 38 (3): 217-27)
- Chan K.S., Twinn S. (2007). An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (1):185-93.
- Chui W.Y.-Y., Chan S.W.-C. (2007) Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing* 16(2) pp 372-381.
- Fauerbach J.A., Lawrence J.W., Haythornthwaite J.A, L. Richter (2002) Coping with the stress of a painful medical procedure. *Behaviour Research and Therapy* 40 (2002) pp 1003–1015.
- Fontes Pinto Novaes M.A., Knobel E., Bork A.M., Pavao O.F., Nogueira-Maartins L.A., Bosi Ferraz M. (1999) Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine* (1999) 25,pp1421-1426, Springer Verlag.
- Hannig Wiebke ( 2011) Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und- psychosomatik auf der Intensivstation: Ein systematischer Review zu psychosozialen Interventionen zur Vorbeugung und Behandlung von psychischen Störungen und Beschwerden bei Intensivpatienten. Diplomarbeit. Institut für Psychologie. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Hill Rice Virginia (Hrg), (2005) Stress und Coping, Lehrbuch für Pflegepraxis und – wissenschaft, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Johansson I, Hildingh C, Fridlund B, (2002) Coping strategies when an adult next-of-kin / close friend is in critical care: a grounded theory analysis: *Intensive and Critical Care Nursing* (2002)18: pp 96-108.
- Johansson I., Hildingh C., Wenneberg S., Fridlund B., Ahlstrom G. (2006) Theoretical model of coping among relatives of patients in intensive care units: a simultaneous concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* (2006) 56 (5), pp 463- 471.
- Lazarus R, Folkman S: Stress (1994) Appraisal and coping: Springer Verlag, New York, 1994



- Lazarus Richard (1999) Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Hill Rice Virginia (Hrg) (2005). Stress und Coping, Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Lin C.S., Wang S.S., Chang C.L., Shih F.J. (2010) Dark-Recovery Experiences, Coping Strategies, and Needs of Adult heart Transplant Recipients in Taiwan. Transplantation Proceedings (2010) 42, pp 940-942.
- Lyon Brenda (2005) Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick. In Virginia Hill Rice (Hrsg): Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und- wissenschaft, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Nagl-Cupal M., Schnepf W. (2010) Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten. Pflege (2010)23 (2), pp 69-80. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Nagl-Cupal Martin (2011) Den eigenen Beitrag leisten. Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. Hpsmedia, Reihe Pflegewissenschaften, Hungen.
- Rüter U., Blomert A. F., Förster W. (1990) Coping: Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Schüssler Gerhard (1993) Bewältigung chronischer Krankheiten: Konzepte und Ergebnisse, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Schwarzer Ralf (1993) Stress, Angst und Handlungsregulation. 3. Auflage, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Wartella J.E., Auerbach St.M., Ward K.R. (2009) Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience icu patients. Journal of Psychosomatic Research (2009), 66, pp 503-509.
- Wu J., Zhai J., Liu G.X. (2009) Coping strategies of eight patients with significant burn injuries. Journal of Burn Care Research (2009), 30, pp 889-893.

## Internetquellen:

- <http://www.han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.degruyter.com/view/kw/4386107>, gesichtet am 09.10.2012, 21:15.
- [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html): (2011): Bettennutzung nach Abteilung bzw. Fachstationen in den Krankenanstalten nach Bundesländern, gesichtet am 2.09.2012, 10:00.