

Bachelorarbeit

„Kommunikation mit Menschen mit Aphasie -

Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit
Aphasie in der akuten Phase“

Studenten: Marjelle Beckers (0625108)
Anja Daniels (0626376)

Schulischer Betreuer: Ruth Dalemans

Datum: Juni 2010

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendatei vervielfältigt oder gespeichert werden, oder in jeglicher Form oder Art und Weise veröffentlicht werden, sei es durch elektronisch mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahmen oder durch jegliche andere Form, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd.

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd.

Personenangaben

Marjelle Beckers (0625108)

Paul-Kaußen-Straße 19b

52477 Alsdorf

Deutschland

0049178/5506370

Anja Daniels (0626376)

Neusenerstraße 63

52146 Würselen

Deutschland

0049162/8069879

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen haben.

Unser größter Dank gilt dem **Pflegepersonal** und den **Kontaktpersonen** in den teilnehmenden Kliniken. Ohne ihren Einsatz und ihr Vertrauen wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Des Weiteren möchten wir uns bei unserer Dozentin **Ruth Dalemans** für die kompetente Begleitung und Beratung bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit bedanken. **Juliane Klann** danken wir für die Zweitbeurteilung dieser Arbeit.

Außerdem bedanken wir uns bei unseren **Kommilitonen** des Bachelorarbeitskreises für die angenehme Zusammenarbeit und das konstruktive Feedback.

Zuletzt gilt unser wahrscheinlich größter Dank unseren **Partnern, Familien und Freunden**, da sie uns nicht nur während der Erstellung dieser Arbeit, sondern während des gesamten Studiums mit Rat und Tat zur Seite standen. Ohne ihre Unterstützung wären die letzten vier Jahre nicht so erfolgreich verlaufen. Sie haben viel Geduld und Verständnis gezeigt. Dafür danken wir ihnen von ganzem Herzen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1 Zusammenfassungen	2
2 Einleitung	4
3 Theoretische Grundlagen.....	6
3.1 Aphasie	6
3.1.1 Definitionen von Aphasie.....	6
3.1.2 Verschiedene Formen von Aphasie.....	7
3.1.3 Verlauf der Aphasie	10
3.2 Die “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”	11
3.3 Der Begriff ‚Kommunikation‘.....	14
3.4 Der Begriff ‚Gesundheits- und Krankenpflege‘	16
3.5 Der Begriff ‚Workshop‘	17
3.5.1 Vortragsstil.....	17
3.6 Bestehende Literatur zur Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	19
3.7 Bestehende Workshops zur Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	19
4 Methode.....	21
4.1 Fragestellung.....	21
4.2 Zielsetzung.....	21
4.3 Zielgruppe/Population	23
4.4 Warum ein Workshop?	23
4.5 Projektbedingungen	24
4.5.1 Kosten.....	24
4.5.2 Personen	24

4.5.3 Zeitplanung.....	25
4.6 Formeller Aufbau.....	25
4.7 Tabellarischer Aufbau des Workshops	28
4.8 Inhaltlicher Aufbau	29
4.9 Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern	30
4.10 Durchführung der Evaluation	31
4.11 Durchführung des Wissenstests	32
5 Resultate	33
5.1 Ergebnisse der Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern.....	33
5.2 Planung der Ausführung des Workshops.....	33
5.3 Teilnehmer des Workshops	33
5.3.1 Teilnehmer der Voruntersuchung (Fischer et al, 2009)	35
5.4 Durchführung des Workshops	35
5.5 Ergebnisse der Evaluation	36
5.6 Ergebnisse des Wissenstests	37
5.7 Vergleich der Wissensüberprüfungen.....	39
5.8 Zusatz: Qualitative Ergebnisse	41
6 Diskussion	43
6.1 Beantwortung der Fragestellung	43
6.2 Kritische Analyse des Workshops	44
6.3 Kritische Betrachtung der Ergebnisse der Evaluation	45
6.4 Kritische Betrachtung der Ergebnisse des Wissenstests	46
6.5 Kritische Betrachtung des Vergleichs der Wissensüberprüfungen.....	47
6.6 Kritische Betrachtung der Probandenrekrutierung	47
6.7 Kritische Betrachtung der Konzeption des Evaluationsbogens	48
6.8 Kritische Betrachtung der Abnahmebedingungen des Wissenstests	48

6.9 Verbindung zu bestehender Literatur	49
6.10 Schwachpunkte des Projekts/Mögliche Anpassungen am Workshop	49
6.11 Starke Punkte des Projekts	50
6.12 Neue Erkenntnisse	51
6.13 Klinische Bedeutung	52
6.14 Fazit und Vorausblick	53
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	55
Literaturverzeichnis	56
Anlagen	59
Anhang 1: Brief zur Kontaktaufnahme	59
Anlage 2: Aufbau und Zeitplan des Workshops	61
Anlage 3: Teilnahmebestätigung	64

Abkürzungsverzeichnis

Abb. Abbildung

bzgl. bezüglich

bzw. beziehungsweise

d.h. das heißt

et al. et alii = und andere

e.V. eingetragener Verein

p. pagina = Seite

s. siehe

SD Standarddeviation = Standartabweichung

Tab. Tabelle

u.a. unter anderem

vgl. vergleiche

u. und

1 Zusammenfassungen

Deutsch

In Deutschland leben aktuell etwa 70.000 Menschen mit einer Aphasie - einer erworbenen, zentralen Sprachstörung, die durch hirnorganische Schäden entsteht. Vor allem zu Beginn der Erkrankung sind Menschen mit Aphasie auf Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angewiesen.

Durch eine vorhergehende Untersuchung der Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie wurde deutlich, dass bei der Kommunikation und dem theoretischen Fachwissen über Aphasie und Kommunikation große Defizite bestehen.

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Krankenhäusern hat Probleme diesen Patienten simple Sachverhalte zu erklären oder kann ihre Wünsche nicht erfüllen, da die Patienten diese nicht adäquat ausdrücken können.

Mit Hilfe eines gezielt aufgestellten Workshops sollen genau diese Defizite behoben werden, die Partizipationsmöglichkeiten eines Betroffenen gefördert und die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen berücksichtigt werden.

Der Workshop wurde im Universitätsklinikum mit einer Gruppe von 7 Teilnehmern aus dem Bereich Gesundheits- und Krankenpflege auf neurologischen Stationen ausgeführt. Nach der Ausführung haben die Teilnehmer einen Wissenstest ausgefüllt. Dies diente zur Überprüfung der Effektivität des Workshops. Des Weiteren wurde der ausgeführte Workshop durch die Teilnehmer mit Hilfe einer erstellten Frageliste und in Gesprächen evaluiert um den Verfassern Anhaltspunkte über mögliche Verbesserungen zu liefern.

Das Ziel muss sein, das Wissen und die praktischen Fähigkeiten der Logopädie (und der Logopäden) über Aphasie und Kommunikation dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zur Verfügung zu stellen und so die Partizipation der Menschen mit Aphasie zu erhöhen.

Logopäden als Anleitung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals-

Yes we can help!

Schlüsselwörter:

- Aphasie – Kommunikation – Workshop – Partizipation – Pflegepersonal

Nederlands

Op dit moment leven in Duitsland ongeveer 70.000 mensen met een afasie – een verworven taalstoornis die door hersenletsel ontstaat (Franke, 2004). Vooral in het begin van de aandoening zijn deze mensen op artsen en verpleegkundigen aangewezen.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat er grote moeilijkheden bestaan in de communicatie tussen verpleegkundigen en patienten met afasie. Bovendien is de theoretische vakkennis van de verpleegkundigen vaak ontoereikend.

Verpleegkundigen in ziekenhuizen hebben vaak grote moeilijkheden feiten aan patiënten met afasie uit te leggen. Ook kunnen zij vaak niet voldoen aan de behoeften van de patiënt. Dit is voornamelijk te wijten aan de verminderde communicatieve vaardigheden van de patiënten.

Het was de bedoeling om met behulp van een gericht opgestelde workshop exact deze tekorten op te heffen, de participatiemogelijkheden van de betrokkenen te bevorderen en rekening te houden met hun individuele behoeften.

De workshop werd in samenwerking met zeven verpleegkundigen uitgevoerd in het universitair ziekenhuis te Keulen op de afdeling neurologie. Als afsluiting van de workshop werd er door de deelnemers een kennistoets ingevuld. Deze toets diende ter controle van de effectiviteit van de workshop. Bovendien werd de uitgevoerde workshop door de deelnemers met behulp van een opgestelde vragenlijst en doormiddel van gesprekken geëvalueerd om de auteurs enkele aanknopingspunten voor mogelijke verbeteringen te geven.

Het moet het doel zijn de kennis en de praktische vaardigheden vanuit de logopedie (en de logopedisten) over afasie en communicatie ter beschikking van het verpleegkundig personeel te stellen en daardoor de participatie van mensen met afasie te verhogen.

Logopedisten als aanleiding van het verpleegkundig personeel -

Yes we can help!

Sleutelwoorden:

- Afasie – Communicatie – Workshop – Participatie – Verpleegkundig personeel

2 Einleitung

Sidney Baca, ein Medizinmann der Apachen sagte einst, dass wir alles verlieren würden, wenn unsere Sprache verloren ginge.

Ist man gesund und befindet sich in seinem eigenen Land, berührt einen diese Weisheit nicht, fährt man jedoch in den Urlaub und beherrscht die Landessprache nicht, so kann man in etwa nachvollziehen, wie sich ein Mensch mit Aphasie fühlt. Die Sprache, das Sprechen oder das Sprachverständnis sind plötzlich massiv eingeschränkt, der Mensch verliert also seine Sprache.

In Deutschland gibt es aktuell etwa 70.000 Menschen mit einer Aphasie, die jährliche Inzidenz behandlungsbedürftiger Menschen mit Aphasie liegt bei rund 24.000 (Benecke et al., 2006).

Unter Aphasie versteht man eine erworbene, zentrale Sprachstörung, die durch hirnorganische Schäden, wie zum Beispiel einen Schlaganfall, einen Unfall oder eine Operation, entsteht (Franke, 2004). Es ist eine Störung in der Produktion und dem Verständnis des gesprochenen und geschriebenen Wortes. Das bedeutet, dass die vier Sprachmodalitäten, also das Sprechen, das Verstehen von gesprochener Sprache, das Schreiben und das Lesen, gestört sein können.

Es gibt verschiedene Formen von Aphasie, die sich durch ihre Ätiologie, den Läsionsort, die Merkmale der Spontansprache, sowie durch zusätzliche Symptome und Symptomcluster klassifizieren lassen (Tesak, 1997). Da die Ursache einer Aphasie neurologischer Natur ist, befinden sich Menschen mit Aphasie unmittelbar nach dem Auftreten ihrer Krankheit auf der neurologischen Station eines Krankenhauses. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Krankenhäusern hat oft Probleme diesen Patienten simple Sachverhalte zu erklären oder kann ihre Wünsche nicht erfüllen, da die Patienten sie nicht ausdrücken können (Fischer, Kimmel und Kück; 2009).

Außerdem wurde in der Untersuchung von Gordon et al. 2009 deutlich, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal häufig keine offene Konversation betreiben, da sie nur selten offene Fragen stellen.

Der Kommunikationswissenschaftler Watzlawick hat fünf metakommunikative Axiome entwickelt, von denen das erste besagt: „Man kann nicht *nicht* kommunizieren!“ Watzlawick setzt Verhalten mit Kommunikation gleich und da Verhalten kein Gegenteil hat, man sich also nicht nicht verhalten kann, kann man laut ihm auch nicht nicht kommunizieren (Watzlawick et al., 2003).

Daraus wiederum lässt sich schlussfolgern, dass der Mensch - selbst wenn alle vier Sprachmodalitäten gestört sind – über den einen oder anderen Kanal, zum Beispiel durch sein Verhalten, kommuniziert.

Der Mensch kann sich zum Beispiel mit Hilfe von Blicken oder Gesten ausdrücken, auch die Mimik spielt bei der Kommunikation eine sehr große Rolle und selbst wenn der Mensch sich von seinem Gesprächspartner abwendet, wird an diesen eine Botschaft gesandt.

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist in der Zeit der akuten Phase der häufigste Ansprechpartner von Menschen mit Aphasie. Gerade bei diesen Ansprechpartnern ist es wichtig, dass sie Menschen mit Aphasie in der akuten Phase verstehen können, um sie so gut wie möglich pflegen zu können.

Auf der Suche nach schon bestehenden Workshops ist aufgefallen, dass es keinen Workshop speziell für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und deren Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase gibt.

Um die problembehaftete Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase zu verbessern, wird im Verlauf dieser Bachelorarbeit ein Workshop speziell für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen aufgestellt. Dieser hat zum Ziel, dem Personal die Kommunikation mit den Menschen mit Aphasie in der „akuten Phase“, also der ersten und meist auch der schlimmsten Phase der Erkrankung, zu erleichtern. Der aufgestellte Workshop wurde durch die Autoren ein Mal ausgeführt. Hier konnte eine signifikante Verbesserung des Fachwissens des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals festgestellt werden. So wird deutlich, dass ein Workshop eine geeignete Methode zur Verbesserung des Fachwissens darstellt.

Im Folgenden werden der theoretische Hintergrund, die Problemstellung und die Methode erläutert.

3 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die für die Bachelorarbeit relevanten Begriffe Aphasie, “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”, Kommunikation, Gesundheits- und Krankenpflege und Workshop erläutert. Durch diese Erläuterungen wird die, für die Fragestellung benötigte Theorie für den Leser eindeutig und verständlich definiert. Außerdem wird auf für das Thema relevante Studien und Workshops eingegangen, um den bisherigen Forschungsstand zu verdeutlichen.

3.1 Aphasie

Der Begriff „aphasia“ stammt aus dem Griechischen und steht für „Sprachlosigkeit“ beziehungsweise „ohne Sprache“. Diese Übersetzung verwirrt jedoch sehr schnell, da es bei einer Aphasie nur selten zu einem kompletten Sprachverlust führt (Lutz, 1996).

„Ein aphasischer Mensch ist einem Gefangenen ähnlich, der aus einem Turm mit meterdicken Mauern nach draußen ruft. Man wird ihn rufen hören, aber wird man ihn auch richtig verstehen?...Wie turmhoch sind die Mauern zwischen den Menschen, wenn das Wort sie nicht überbrücken hilft“. (Lutz,1992)

3.1.1 Definitionen von Aphasie

Um das Störungsbild der Aphasie näher zu erläutern, helfen folgende Definitionen aus literarischen Quellen und dem Internet:

„Aphasie: (SAA) erworbene, zentrale Sprachst., die durch hirnorganische Schäd. entsteht. Tritt nach dem Erwerb der Muttersprache auf. Alle Komponenten des Sprachsystems (Lautstruktur, Wortschatz, Satzbau, Bedeutungsinhalte) können beeinträchtigt sein. Die Stör. erstrecken sich auf alle expressiven u. rezeptiven Sprachmodalitäten, d.h. auf Sprechen u. verstehen, Lesen u. Schreiben. (...)" (Franke, 2008)

*„Es handelt sich dabei um die Störung der Fähigkeit, eigenen Gedanken sprachlich (mündlich oder schriftlich) zu formulieren und gehörte oder gelesene Mitteilungen vollständig und in normaler Geschwindigkeit zu verstehen“
(<http://www.sprachstoerungen.de/inhalte/sbut/sprach/erwachsene/aphasie.html>)*

Zusammenfassend kann man sagen, dass Aphasie eine durch eine Gehirnverletzung erworbene Sprachstörung ist, welche alle Komponenten des Sprachsystems beeinflussen kann.

Die hirnorganischen Schäden können verschiedene Ursachen haben, welche hier kurz dargestellt werden:

Schlaganfall	80 %
Schädelhirntrauma	10 %
Hirntumor	7 %
Sonstige	3 %

Abbildung 1: Ätiologie von Aphasien (Wehmeyer und Grötzbach, 2006)

Durch eine Aphasie kann also die Fähigkeit expressiv und rezeptiv zu kommunizieren gestört sein, wobei expressiv bedeutet, sich selber auszudrücken und rezeptiv, Sprache in jeglicher Form zu verstehen.

Es gibt verschiedene Symptome einer Aphasie: Liegt die Störung zum Beispiel auf der Lautebene, lässt der Betroffene einzelne Laute aus, fügt sie hinzu oder vertauscht sie. Auch der Wortschatz kann betroffen sein, so dass der Patient oft das richtige Wort nicht findet oder es „auf der Zunge“ liegt, aber nicht ausgesprochen werden kann. Menschen mit Aphasie haben auch oft Probleme mit der Grammatik, so dass sie stark vereinfachte Wortformen benutzen oder Probleme mit dem Satzbau haben. Ist die Schädigung der Sprachzentren sehr hoch, so kann ein Mensch mit Aphasie nur noch einzelne Silben produzieren oder gelernte Floskeln abrufen. Außerdem ist bei diesen Patienten auch das Sprachverständnis sehr stark eingeschränkt.

(http://www.presseportal.de/pm/34356/1359791/deutscher_bundesverband_fuer_logopaedie_e_v)

3.1.2 Verschiedene Formen von Aphasie

Da bei der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie die Art der Aphasie berücksichtigt werden soll (Brunen und Biedermann, 2001), werden diese nach der klassischen Aphasieologie im Folgenden kurz beschrieben.

Die klassische Einteilung von Aphasie, wie sie schon seit Jahrzehnten gehandhabt wird, wird zurzeit durch Logopäden stark diskutiert (Gunther en Hofman en Promes, 2009). Es zeigen sich neue Erkenntnisse und auch Alternativen, um Aphasien einteilen zu können. So können eine Vielzahl von Aphasien nach der klassischen Typologie nicht klassifiziert werden.

Die prozentualen Angaben der nicht klassifizierbaren Aphasien reichen von 20% (Poek, 1981; zitiert durch Gunther en Hofman en Promes, 2009) über 50% (Goodglas, 1981; zitiert durch Gunther en Hofman en Promes, 2009) bis hin zu 70-80% (Albert,1981; zitiert durch Gunther en Hofman en Promes, 2009).

Diese Angaben zeigen, dass eine genaue Abgrenzung von einzelnen Aphasieformen nur schwer bis überhaupt nicht möglich ist. (Gunther en Hofman en Promes, 2009)

Durch verschiedene Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die durch Broca und Wernicke aufgedeckten Gehirnregionen nicht nur speziell bei der Sprachproduktion oder beim Sprachverständnis eine Rolle spielen, sondern auch bei anderen Prozessen wie zum Beispiel Arbeitsgedächtnisprozessen (Mainy et al., 2007 zitiert durch Gunther en Hofman en Promes, 2009) wichtig sind.

Die aktuellen Erfahrungen sind demnach nicht mehr mit der klassischen Einteilung von Aphasie in Einklang zu bringen. Durch aktuelle Tests, Untersuchungsmethoden und neue Modelle ist es möglich eine Aphasie konkret zu beschreiben und nach dieser Beschreibung auch die Therapie zielgerichteter aufzustellen.

“Voor professionals die niet thuis zijn in deze materie kan het voldoende zijn dat het om een ernstige/matige/lichte afasie gaat en dat de patient therapie nodig heeft. Het noemen van een syndroom geeft geen meerwaarde.”(Gunther en Hofman en Promes, 2009).

Demnach reicht es in manchen Fällen aus, eine Aphasie in „leicht“, „mittelmäßig“ und „schwer“ einzuteilen und zu erwähnen, dass eine Therapie notwendig ist.

Die folgende Einteilung wird zwar durch Logopäden diskutiert (Gunther en Hofman en Promes, 2009), soll jedoch hier noch einmal genutzt werden, da eine neue Klassifikation für die Untersuchung weniger deutlich wäre.

Syndrom	Leitsymptome
Globale Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> • Störung rezeptiver und produktiver Modalitäten, so dass in den meisten Fällen keine Kommunikation mehr möglich ist • Manchmal Äußerungen einzelner Wörter, oft jedoch ausschließlich Sprachautomatismen, die wiederholt ohne sprachliche Intention abgerufen werden • Schwer gestörtes Sprachverständnis, meist werden nur einzelne Wörter des Gesprächspartners verstanden oder aus dem pragmatischen Kontext erschlossen • Häufig zusätzliche neuropsychologische Störungen, welche die sprachlichen Symptome überlagern [...]
Wernicke Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> • Produktion langer, oft in sich verschachtelter Sätze („Satzverschränkungen“) • Verdopplung von Sätzen oder Satzteilen • In schweren Fällen sog. „Jargonaphasie“ mit flüssiger, jedoch unverständlicher Sprachproduktion • Meist schwere Beeinträchtigung des Sprachverständnisses • Besonders in der frühen Krankheitsphase nur gering ausgeprägtes Störungsbewusstsein, daher meist kein Versuch der Selbstkorrektur
Broca-Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> • Produktion sehr kurzer Sätze unter Auslassung von Funktionswörtern und Morphologie (sog. „Telegrammstil“) • Verben werden oft in Infinitivform geäußert • Allgemeines Sprachverständnis ist auch auf Satzebene vergleichsweise gering beeinträchtigt • Stark verlangsamter Sprachfluss • Oft parallel Sprechapraxie • Wortfindungsstörungen • Kommunikation der Patienten ist schwer bis mittelschwer gestört • Oft hoher Leidensdruck durch ausgeprägtes Störungsbewusstsein
Amnestische Aphasie	<ul style="list-style-type: none"> • Wortfindungsstörungen in der Spontansprache und beim konfrontativen Benennen • Flüssige Sprachproduktion • Oft Umschreibungen oder Floskeln • Selten semantische Paraphasien mit großer Nähe zum Zielwort • Sprachverständnis nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt • Vereinzelt Satzabbrüche, die nicht durch eine syntaktische Problematik, sondern durch Wortfindungsstörungen bedingt sind

Abbildung 2: Einteilung der Aphasiesyndrome nach Huber und Poeck, 1983

3.1.3 Verlauf der Aphasie

Im Folgenden folgt ein kurzer Überblick über den allgemeinen Verlauf einer Aphasie.

“Most patients who have suffered acute onset of aphasia improve over the succeeding months. The precise course of recovery, its speed and duration, and reasons for this are still largely unknown”. (Basso, 1992)

Der Verlauf von Aphasie ist in drei Phasen einzuteilen. Dies ist besonders wichtig, um die Rehabilitationsmaßnahmen adäquat auf den Patienten aufzubauen.

- Akute Phase (2 - 6 Wochen)
- Postakute Phase (1 – 6 Monate)
- Chronische Phase (> 6 Monate)

(Tesak, 1997)

In der **akuten Phase**, welche für die vorliegende Arbeit im Vordergrund steht, ist die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie auf Grund von schweren Beeinträchtigungen der Sprache als sehr schwierig bis fast nicht möglich zu bezeichnen. Vor allem in den ersten 6 Wochen kann man eine schnelle Veränderung der Symptome erkennen.

Das Ausmaß der spontanen (ohne therapeutische Intervention) Rückbildung aphasischer Symptome ist innerhalb der Akutphase am stärksten, und zum Teil kommt es zu sprunghaften, nicht vorhersehbaren Veränderungen des Störungsbildes und variierender Symptomatik (Wittler, 2009).

Weiterhin werden in der akuten Phase vor allem Schwierigkeiten in den Basisleistungen (z.B. Aufmerksamkeit, Belastbarkeit, Bewusstsein) deutlich, welche in den folgenden Phasen die Sprachverarbeitung weniger beeinflussen (Tesak, 1997). Auch die Klassifizierung der Aphasie wird nicht in der Akuten Phase durchgeführt, sondern erst in den folgenden, da sich die Symptome sehr schnell verändern können (Wehmeyer, Grötzbach, 2006). Menschen mit Aphasie in der akuten Phase befinden sich meist in Krankenhäusern und sind sehr auf das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angewiesen.

Da die Kommunikation der Patienten in dieser Phase noch sehr beeinträchtigt sein kann, ist es wichtig, dass zumindest das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal dazu in der Lage ist zielgerichtet und adäquat mit den Patienten zu kommunizieren.

Nach ungefähr sechs Wochen post onset befindet sich der Patient in der **postakuten Phase**. In dieser Zeit lassen sich noch sehr gute Verbesserungen erkennen, jedoch geschieht dies viel langsamer als in der akuten Phase, in der die Verbesserungen der Symptome oft mit hohem Tempo geschehen (Tesak, 1997). Während dieser Phase richtet sich die Therapie vor allem auf die Rehabilitation des Patienten.

In der **chronischen Phase** der Aphasie wird diese und auch die Symptomatik stabil.

*„Die „klassischen“ Syndrome formen sich erst in der chronischen Phase aus (...).“
(Tesak, 1997)*

Des Weiteren sind die Basisleistungen (z.B. Aufmerksamkeit, Belastbarkeit, Bewusstsein) der Patienten nun nicht mehr so stark beeinflusst, dass sie die Sprachverarbeitung stören. Wie in der Literatur beschrieben, sind in dieser Phase keine spontanen Rückbildungen zu erwarten (Huber zitiert durch Grötzbach und Wehmeyer, 2006). Die Therapie richtet sich hier auf die Kompensation nicht mehr vorhandener Fähigkeiten.

3.2 Die “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”

Im Jahr 2001 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die “International Classification of Functioning, Disability and Health”, übersetzt „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), bereitgestellt. Durch die Entwicklung der ICF liegt der Focus nicht mehr allein auf Symptomen und Defiziten, sondern auch die Krankheit sowie die psychosozialen Bezüge und die Umwelt der Betroffenen werden beachtet.

*„Abstract: Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO verändert die Herangehensweise an Krankheit/Gesundheit. Statt Defizitorientierung steht eine ganzheitliche, klientenzentrierte Betrachtungsweise. Dies verändert auch die Konzeptualisierung der Aphasie sowie der Aphasietherapie. Vermehrt müssen neben den Symptomen an sich auch Kommunikation und Kontextfaktoren berücksichtigt werden.“
(Tesak, 2007)*

Durch die ICF, welche das ICD- und auch das ICIDH-Modell abgelöst hat, steht von nun an eine holistische Herangehensweise im Vordergrund. Die bedeutet, dass der Körper, der Geist und die Gesellschaft, aber auch die Interaktionen zwischen den eben genannten, eine bedeutende Rolle spielen für die Entstehung, die Aufrechterhaltung als auch den Verlauf einer Krankheit (Dalemans et al., 2007).

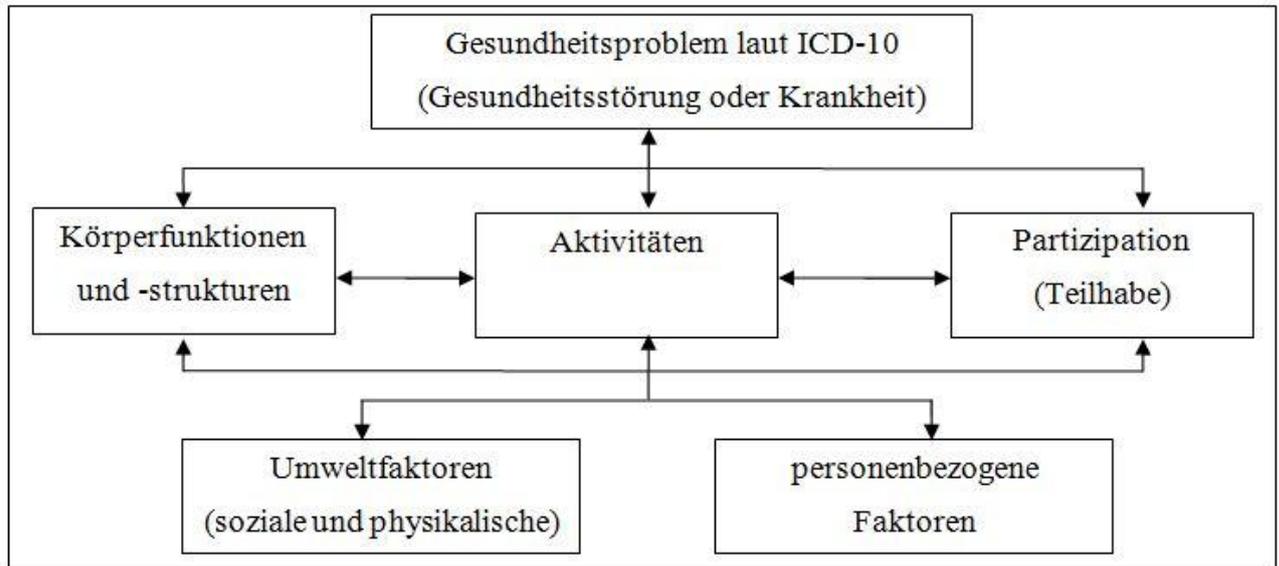


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (ICF, 2005)

In diesem Model der ICF liegt das Augenmerk nicht mehr allein auf der Störung des Patienten, sondern auch auf den Möglichkeiten der Menschen selber. So werden - wie oben zu erkennen - auch die Aktivitäten des Individuums sowie die Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren mit einbezogen. Aber auch die Partizipation (Teilhabe) und die eigenen Körperfunktionen und -strukturen haben Einfluss auf den Gesundheitszustand des Patienten (ICF, 2005). Der Workshop dieser Bachelorarbeit soll vor allem die Umweltfaktoren beeinflussen, beziehungsweise fördern.

Die Umweltfaktoren können auf zwei Ebenen eingeteilt werden:

- Ebene des Individuums
- Ebene der Gesellschaft

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches durch unseren Workshop beeinflusst werden soll, ist hier in die Ebene der Gesellschaft einzuteilen, welche den sozialen Bereich der Umweltfaktoren abdeckt.

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches durch den Workshop angesprochen wird, ist gleichzeitig ein Teil der Kommunikation. Zum Einen fungiert es als Kommunikationspartner des Menschen mit Aphasie und zum Anderen beeinflusst es die Kommunikation, auch indem es selber aktiv kommuniziert.

Ist also die Kommunikation des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals so ausgerichtet, dass ein Mensch mit Aphasie möglichst gut kommunizieren kann, so bedeutet das für den Patienten ein Stück mehr Lebensqualität, da eine Einschränkung der Partizipation oder die nicht stattfindende Partizipation, immer einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Patienten mit sich bringt (ICF, 2005).

In der ICF ist von unterschiedlichen Domänen, welche Einfluss auf die Teilhabe und Aktivität des Menschen am alltäglichen Leben haben, die Rede. Mit Hilfe des Workshops soll die Kommunikation, welche in der ICF eine von diesen unten genannten neun Domänen darstellt, optimiert werden.

<i>Domänen</i>	
<i>d1</i>	<i>Lernen und Wissensanwendung</i>
<i>d2</i>	<i>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</i>
<i>d3</i>	<i>Kommunikation</i>
<i>d4</i>	<i>Mobilität</i>
<i>d5</i>	<i>Selbstversorgung</i>
<i>d6</i>	<i>Häusliches Leben</i>
<i>d7</i>	<i>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</i>
<i>d8</i>	<i>Bedeutende Lebensbereiche</i>
<i>d9</i>	<i>Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</i>

Abbildung 4: ICF Endfassung, 2005

3.3 Der Begriff ‚Kommunikation‘

Um verstehen zu können, warum die Kommunikation verbessert werden soll, wird hier kurz erläutert, wie Kommunikation überhaupt definiert ist.

Unter Kommunikation versteht man:

„Einen fortlaufenden Prozess, in dem zwei oder mehr Personen Informationen austauschen und wobei sie fortwährend aufeinander reagieren.“ (van Meer, van Neijenhof; 2001)

In der Kommunikation gibt es einen Sender und mindestens einen Empfänger. Der Sender sendet eine Botschaft an den oder die Empfänger, der oder die diese Botschaft aufnimmt beziehungsweise aufnimmt, interpretiert und für gewöhnlich selbst zum Sender wird und eine Botschaft zurücksendet, das heißt, er reagiert auf die empfangene Botschaft. Jeder Teilnehmer fungiert also sowohl als Sender, als auch als Empfänger.

Das folgende Schema soll diesen Prozess des Sendens und Empfangens verdeutlichen.

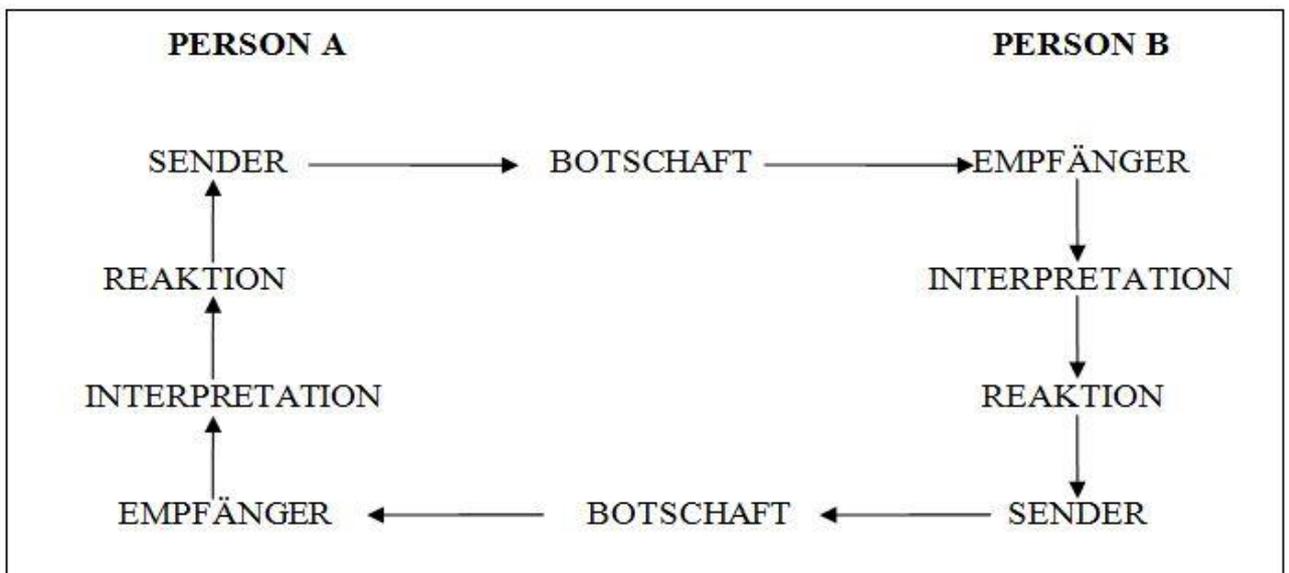


Abbildung 5: Kommunikationsmodell nach Soonijs, 2001

Bei der Kommunikation unterscheidet man zwischen zwei verschiedenen „Kanälen“: einem verbalen und einem non-verbalen Kanal. Beide Kanäle sind gleich wichtig, um das Gesagte des Senders verstehen zu können. Bei dem verbalen Kanal handelt es sich um das gesprochene Wort, während der non-verbale Kanal dem Empfänger erlaubt, das Gehörte interpretieren zu können.

Bei der Interpretation spielen auch stimmliche Aspekte, wie zum Beispiel die Lautstärke, die Tonhöhe und die Klangfarbe, eine wichtige Rolle. Auch Mimik, Gestik und die Körpersprache vereinfachen die Interpretation des gesprochenen Wortes (Soonius, 2001).

Bei Menschen mit Aphasie ist der verbale Kanal gestört, sodass sie oft auf den non-verbale Kanal zurückgreifen müssen, um sich verständlich zu machen, sofern dieser nicht auch beeinträchtigt ist.

Für den Empfänger ist es jedoch schwierig, wenn einer der beiden Kanäle gestört ist, da eine korrekte Interpretation der Botschaft nur durch das Zusammenspiel des verbalen und des non-verbale Kanals möglich ist (Konstantinidou, 1997).

Ein Mensch mit Aphasie ist je nach Schwere seiner Erkrankung nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt in der Lage, die Rolle des Senders und des Empfängers einzunehmen. Die Kommunikation ist dementsprechend gestört.

»Der Mensch hat zwei Ohren und nur eine Zunge, damit er doppelt soviel hören kann, wie er spricht.« (Eptiket - Philosoph)

Übernimmt ein Mensch mit Aphasie die Rolle des Senders, so muss der Empfänger doppelt so viel hören wie er spricht, also er muss sehr viel aufmerksamer sein als gewöhnlich und gerade die non-verbale Botschaft sehr genau interpretieren (Schnelle, 2001).

Übernimmt der Mensch mit Aphasie jedoch die Rolle des Empfängers, so hat er oft aufgrund seiner Sprachverständnisproblematik, Schwierigkeiten die verbale Botschaft zu interpretieren, auch hier wird die non-verbale Botschaft zunehmend wichtiger.

Welche Einschränkungen Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen erfahren können, verdeutlicht der nachfolgende Bericht. Dieser stammt von einer Ehefrau, die den ersten Tag nach seinem Schlaganfall bei ihrem Mann in der Klinik verbrachte:

„Am 1. Tag sprach mein Mann gar nicht. Am 2. Tag einzelne Wörter, die ich aber zum Teil nicht deuten konnte. Ich versuchte die Wörter umzudrehen, was aber auch keinen Sinn ergab. [...] ich war geschockt, weil ich mich nicht richtig mit ihm unterhalten konnte. Es war meistens sehr mühsam, durch Fragen und Kombinieren dahinterzukommen was er meinen könnte.“ (Huber et al., 2006, S. 2-3).

Eine weitere Kommunikationstheorie des Kommunikationswissenschaftlers Paul Watzlawick steht in Kapitel 4.6.1.1 „Nonverbale Kommunikation (Theorie)“.

3.4 Der Begriff ‚Gesundheits- und Krankenpflege‘

Die Pflege begleitet die Menschen schon in der Bibel. Dort ist sie zum Einen Bestandteil der ‚Sieben Werke der Barmherzigkeit‘, zum Anderen hat fast jeder schon einmal die Geschichte vom barmherzigen Samariter gehört. Zur heutigen Zeit versteht man unter Pflege weniger die christliche Pflicht, sondern mehr die Betreuung und Versorgung sowie die Unterstützung aber auch die Beobachtung von pflegebedürftigen Menschen (www.pflege-deutschland.de).

Laut der deutschen Übersetzung der Definition des Internationalen Pflegeverbandes (International Council of nurses) beinhaltet Pflege

„die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen. von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weiter Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“ (Übersetzt nach International Council of Nurses ICN, www.icn.ch/definition.htm).

Es kann unterschiedliche Gründe geben, warum ein Mensch pflegebedürftig ist. Dies kann zum Beispiel durch einen Unfall, durch Krankheit sowie Verletzungen und Behinderung geschehen.

Gerade in der Pflege ist es von großer Bedeutung, die Menschen und ihre Interessen und Bedürfnisse wahrzunehmen. Eine große Hilfe, um Menschen verstehen zu können, ist die Kommunikation, welche als Grundlage der menschlichen Gemeinschaft lebensnotwendig ist (Oelke, 2007).

Gerade die verbale Kommunikation wird nach Oelke für Gesundheits- und Pflegepersonal als wesentliches Instrument ihrer alltäglichen Arbeit gesehen. Aber auch die nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik, Körperhaltung und das Verhalten im Raum, z.B. Nähe und Distanz) ist in Pflegeberufen wichtig, um Gefühle der Menschen mit verbalen Kommunikationsproblemen einschätzen bzw. verstehen zu können. Genau an diesem Punkt setzt unser Workshop an. Er hat zum Ziel, die Kommunikation des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals zu optimieren und somit dafür zu sorgen, dass die Bedürfnisse der Menschen mit Aphasie besser erkannt und verstanden werden können, wodurch wiederum die Lebensqualität der Menschen mit Aphasie gesteigert wird.

3.5 Der Begriff ‚Workshop‘

Im folgenden Abschnitt wird der Begriff „Workshop“ erklärt, um im späteren Verlauf dieser Thesis begründen zu können, warum sich für die Form des Workshops entschieden wurde.

„Ein Workshop soll eine Umgebung für Erwachsene Menschen kreieren in der sie zielbewusst wachsen können“ (Übersetzung von Klatt, 1999)

Dieses Zitat erklärt eine Aufgabe eines Workshops.

Das „wachsen“ ist darauf bezogen, dass Menschen in einem Workshop meist nicht nur passiv lernen, sondern aktiv an ihrem eigenen Lernprozess beteiligt sind und ihn selber mitbestimmen (Klatt, 1999). Praxisbezogene Lehrgänge (=Workshops) gehen über reine Wissensvermittlung hinaus und geben den Teilnehmern die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und/oder mit Hilfe von Denkanstößen neue Problemlösungen zu erarbeiten und sich so weiterzuentwickeln (Glöckel, 1996).

3.5.1 Vortragsstil

Es gibt drei mögliche Vortragsstile (Sims, 2006). Im Folgenden werden diese drei Möglichkeiten - geordnet von sehr wenig bis sehr viel Interaktivität - erklärt.

„Vorleser“

Es besteht die Möglichkeit, sich als Vorleser oder „Informationsüberbringer“ vor die Gruppe zu stellen und 90 – 100% der Zeit vorne im Raum zu verbringen. Diese Möglichkeit beinhaltet so gut wie keine Interaktivität. Charakteristika dieses Stils sind u.a., dass der Vortraggebende normalerweise ein Experte auf seinem Gebiet ist und der größte Teil des Inputs durch verbale Erklärungen und Modelle überbracht wird.

Ein Nachteil dieses Vortragsstils ist jedoch, dass er nicht flexibel genug ist, um auf die Bedürfnisse der Gruppe eingehen zu können (Sims, 2006). Außerdem hätte dieser Vortragsstil auch nicht viel mit einem Workshop gemeinsam und schließt sich daher von selber aus.

„Trainer“

Des Weiteren kann man sich als Trainer oder Leiter sehen. In diesem Fall verbringt der Vortraggebende 60 – 80% der Zeit vorne im Raum, im Gegensatz zur ersten genannten Möglichkeit werden die Teilnehmer hier auch dadurch mehr involviert, dass der Vortraggebende durch den Raum geht und somit Raum für Interaktivität schafft.

Der Vortraggebende muss bei diesem Vortragsstil nicht zwingend ein Experte auf seinem Gebiet sein, er muss jedoch in der Lage sein, das Gespräch zu leiten. Auch hier wird der Großteil der Informationen verbal überbracht, dieser Vortragsstil bietet jedoch die Möglichkeit für einige Demonstrationen und Gruppendebatten (Sims, 2006).

Bei diesem Vortragsstil werden üblicherweise Flipcharts benutzt, aber auch andere visuelle Hilfsmittel, beispielsweise eine PowerPoint-Präsentation sind möglich. Auch besteht hierbei die Möglichkeit, zusätzliches Material herumschleppen und dieses gegebenenfalls während Übungen zu gebrauchen. Die Teilnehmer können Handbücher erhalten, womit sie entweder während des Workshops arbeiten oder die sie mit nach Hause nehmen können (Sims, 2006).

„Moderator“

Bei der letzten Möglichkeit gibt es keinen „Ort der Autorität“. Der Vortraggebende kann sich als Moderator vor der Gruppe befinden oder auch mitten in der Gruppe. Der verbale Input hat hier einen niedrigeren Stellenwert als bei den vorhergehenden Vortragsstilen (ca. 20 – 30%). Bei diesem Stil überwiegt die Interaktivität zwischen dem „Vortragenden“ und der Gruppe deutlich.

Bei diesem Vortragsstil muss man nicht zwingend ein Experte sein, sondern lediglich über das nötige Fachwissen zu dem Thema verfügen, von dem der Workshop handelt (Sims, 2006).

Hierbei ist es üblich, ein breites Spektrum an visuellem, auditivem und kinästhetischem Material in die Übungen einzubeziehen, wobei visuelle Hilfsmittel hier meistens aus Flipcharts und Postern bestehen. Handbücher und Handouts sollten bei diesem Vortragsstil möglichst interaktiv gestaltet sein

Dieser Workshop soll so praktisch wie möglich gestaltet werden und wird daher in einer Mischform der von Sims klassifizierten Vortragsstile gehalten. Hierbei werden die Stile des ‚Trainers‘ und des ‚Moderators‘ miteinander kombiniert, wobei ein Teil der Information verbal gegeben wird und der andere Teil mit Hilfe von Demonstrationen und praktischen Übungen (Sims, 2006).

3.6 Bestehende Literatur zur Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Während der Literaturstudie zu bestehenden Workshops zur Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist deutlich geworden, dass Literatur existiert, in der die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie thematisiert wird. So gibt es ‚Strategien für Zuhörer‘, die diese in der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie anwenden sollen (Nelles, 2004). Die Kommunikation spielt in Pflegeberufen eine wichtige Rolle (Oelke, 2007) und für die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie muss man die Art der Aphasie berücksichtigen (Brunen und Biedermann, 2001). Hierbei werden Gesprächshilfen für die Kommunikation mit Menschen mit einer globalen, einer motorischen, einer amnestischen und einer sensorischen Aphasie gegeben (Brunen und Biedermann, 2001). Diese Gesprächshilfen bieten eine gute Grundlage für den Inhalt des Workshops. Laut de Werth (2005) behält der Mensch jedoch lediglich 10% von dem was er liest, von dem was er mit anderen bespricht, behält er 70% und von dem was er evaluiert und nachbespricht, behält er 80%.

Dies trägt deutlich zu der Relevanz dieses Workshops bei.

3.7 Bestehende Workshops zur Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Bei der Suche nach bestehenden Workshops zur Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist deutlich geworden, dass es Workshops gibt, welche die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie verbessern sollen.

Bei der Literaturstudie wurde eine Studie von Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing und Grypdonck (2000) mit dem Titel *"Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly"* gefunden. In dieser Studie wurde untersucht, welchen Einfluss ein Kommunikationstraining für Krankenpflegepersonal auf die Kommunikation mit älteren Menschen hat. Das Ziel dieses Trainings war es, die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit Hilfe von der Methode der ‚Video –Interaktions- Analyse‘ zu erhöhen.

In der Studie bestanden sowohl eine experimentelle Gruppe als auch eine Kontrollgruppe, wobei die Videobänder, welche jeweils 1x vor und 1x nach dem Training aufgenommen wurden, durch unabhängige Beurteiler bewertet wurden.

In den Resultaten der Studie wird deutlich, dass die Pfleger, welche an dem Training teilnahmen, mit dem Patienten mehr über die pflegerischen und gesundheitlichen Themen sprachen und außerdem mehr offene Fragen stellten. Des Weiteren war die Bewertung der Pfleger nach dem Training wärmer, weniger bevormundend sowie mehr involviert.

Diese Studie zeigt, dass die Pfleger, wenn sie ein Training erhalten, den Patienten gegenüber anders auftreten. In dem Workshop soll das Training speziell auf die Kommunikation gerichtet sein und somit als Basis dienen, um die Schwachpunkte in der Kommunikation, welche durch die Studie „Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ (Fischer, Kimmel, Kück; 2009) herausgefunden wurden, zu vermindern.

In einer weiteren Studie mit dem Titel „The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke“ von Gordon C., Ellis-Hill C. & Ashburn A. (2009) konnte durch Konversationsanalysen belegt werden, dass durch das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie eingeschränkt wird, da nur selten offene Fragen gestellt werden. Wenn überhaupt Kommunikation stattfindet, dann handelt diese von der Thematik der Pflegeaufgaben, jedoch nicht von den Bedürfnissen der Menschen mit Aphasie.

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Fragestellung und die darauf basierenden Zielsetzungen und die Zielgruppe näher erläutert. Auch die Wahl, die Kommunikation mit Hilfe eines Workshops zu verbessern, wird thematisiert. Zum Einen wird ein Einblick in die Projektbedingungen, wie zum Beispiel Kosten, Personen und Organisation des Workshops gegeben und zum Anderen auch die Zeitplanung des Workshops erläutert.

4 Methode

In diesem Kapitel werden wichtige methodologische Aspekte des Workshops besprochen. Die Methode umfasst die Fragestellung und die daraus resultierende Zielsetzung des Workshops. Außerdem wird die Zielgruppe bestimmt und begründet, warum sich die Autoren für einen Workshop entschieden haben. Es folgt eine Beschreibung der Projektbedingung und der Zeitplanung.

4.1 Fragestellung

Durch die verschiedenen Beschreibungen im theoretischen Hintergrund wurde deutlich, dass keine Möglichkeit besteht, das Pflegepersonal speziell über die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase zu informieren und die Möglichkeiten der Kommunikation zu testen bzw. zu üben. Des Weiteren wurde deutlich, dass es Defizite im Bereich der Kommunikation und des Störungsbildes „Aphasie“ bei dem Kranken- und Pflegepersonal gibt.

Aus diesen Hintergründen ergab sich die folgende Fragestellung:

Wie kann das Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen über das Störungsbild Aphasie verbessert und die Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie in der akuten Phase und dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal optimiert werden?

4.2 Zielsetzung

Zusammenfassend haben sich für den Workshop die folgenden Ziele herausgestellt:

- Das Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen bezüglich des Krankheitsbildes Aphasie kann durch den Workshop signifikant verbessert werden.

- Das Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen kann bezüglich der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie durch den Workshop signifikant verbessert werden.
- Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen ist nach dem Workshop in der Lage, die wichtigsten Aspekte der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase, die im Workshop mitgeteilt wurden, im alltäglichen Berufsleben anzuwenden.
- Der aufgestellte Workshop ist dem aktuellen Wissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen angepasst.
- Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen kann nach der Teilnahme am Workshop das praktisch Erlernte im alltäglichen Berufsleben eigenständig umsetzen.

Daraus resultieren folgende sekundäre Ziele:

- Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen konnte durch den Workshop sein Bewusstsein für die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie signifikant erhöhen.
- Die Partizipation der Menschen mit Aphasie, welche durch das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen, die an dem oben genannten Workshop teilnahmen, versorgt werden, kann signifikant verbessert werden.

4.3 Zielgruppe/Population

Basierend auf der Bachelorarbeit „Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“, die im Jahr 2009 von S. Fischer, I. Kimmel und G. Kück verfasst wurde und unserer Thesis zu Grunde liegt, wird die Zielgruppe des Workshops wie folgt festgelegt (Inklusionskriterien): Der aufgestellte Workshop richtet sich an Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches auf neurologischen Stationen von sowohl Krankenhäusern als auch Kliniken tätig ist. Dabei kann der Arbeitsbereich des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals sowohl die Intensivstation, die sogenannte „Stroke Unit“ (Stationen für Schlaganfall-Patienten), die Normalpflegestation als auch die neuropsychologische Therapiestation sein. Die Teilnahme an dem Workshop wird hauptsächlich Gesundheits- und Krankenpflegepersonal empfohlen, das welches auf Stationen arbeitet, auf denen Menschen mit Aphasie in der akuten Phase betreut werden. Dies hat den Grund, dass der Workshop auf die Kommunikation in dieser Phase der Aphasie ausgelegt ist. Die akute Phase ist ausgewählt worden, da Menschen mit Aphasie sich in dieser Zeit am ehesten im Krankenhaus befinden und den meisten Kontakt mit dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal haben.

4.4 Warum ein Workshop?

Es ist die Form des Workshops gewählt worden, da diese den Vorteil hat, dass man direkt mit den Menschen aus der Zielgruppe, hier das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen, in Verbindung steht. Das bedeutet, dass mögliche Fragen, die bei der Zielgruppe entstehen, sofort beantwortet und auch erläutert werden können.

Des Weiteren ist die Zielgruppe bei einem Workshop aktiv beteiligt und bekommt die Tipps und Informationen nicht nur passiv vorgetragen. Zudem ist ein Workshop gut zu strukturieren und man kann bei Fragen individuell auf die einzelne Person eingehen.

Alles theoretisch Erlernte kann während des Workshops, wenn gewünscht auch unter Hilfestellung, angewendet werden, um mit größerer Sicherheit aus dem Workshop an die alltägliche Arbeit herangehen zu können. Unsicherheiten können so sofort beseitigt werden (Glöckel, 1996).

4.5 Projektbedingungen

4.5.1 Kosten

Die Kosten setzen sich aus den folgenden Punkten zusammen:

- Arbeitsaufwand
- Material
- Fahrtkosten

Der Arbeitsaufwand besteht aus den Zeitstunden, die für die Vorbereitung und Ausführung des Workshops entstehen.

Das Material, welches benötigt wird, wie zum Beispiel Bücher, Kopierkosten, Videomaterial und Mietkosten für benötigte Geräte, stellt einen weiteren Kostenpunkt dar. Des Weiteren werden Fahrtkosten entstehen um die Einrichtung erreichen zu können.

4.5.2 Personen

Die Projektleitung bei der Planung und auch die Ausführung des Workshops werden gleichwertig unter den Autoren dieser Bachelorarbeit aufgeteilt.

Angesichts dessen, dass der Workshop auch ausgeführt werden soll, sind Personen aus der Zielgruppe (Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen) notwendig.

Des Weiteren sind eventuell Patienten mit Aphasie in der akuten Phase notwendig um geeignetes Videomaterial aufnehmen zu können, welches Bestandteil des Workshops werden soll. Sollte dies nicht möglich sein, wird nach bereits bestehendem Material gesucht und dieses verwendet.

Organisationsaufgaben bestehen unter anderem aus der Klärung folgender Fragen:

- Wie viele Menschen können an einem Workshop teilnehmen?
- Eine Anzahl von 7 bis 16 Teilnehmer ist angemessen, da hier ein individueller Kontakt möglich ist, so dass jeder Teilnehmer die Möglichkeit hat in seinem Lernprozess individuell begleitet zu werden (Sims, 2006).
- Wie und wann wird die Zielgruppe über den Workshop benachrichtigt?
 - Anfang Oktober wurden mehrere neurologische Stationen mit Hilfe eines Schreibens, sowie einer kurzen Übersicht über den Inhalt des Workshops benachrichtigt.

- Des Weiteren wurde Mitte Oktober telefonisch Kontakt mit den Einrichtungen aufgenommen, um Erkundigungen über das allgemeine Interesse an dem Workshop einzuholen.
- Was ist für die Ausführung des Workshops nötig?
 - Stühle
 - Tisch für den Beamer + Tische für die Teilnehmer
 - Laptop
 - Beamer
 - Getränke, Kekse
 - Handzettel
 - Postgebühren (um die Zielgruppe anzuschreiben)
 - Strom
 - Raum
 - Schreibwaren
 - Sechs „Sprechtafeln“
 - Eine Sprechtafel ist ein Karton, auf dem Zahlen, Wörter und Buchstaben abgebildet sind, des Weiteren sind auf ihm freie Felder um sie auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abstimmen zu können.

4.5.3 Zeitplanung

Die Fertigstellung des Workshops war bis Anfang März geplant. Bis zu diesem Zeitpunkt sollten alle Krankenhäuser mit einer neurologischen Abteilung im Umkreis von ca. 100km benachrichtigt werden.

4.6 Formeller Aufbau

Dieser Workshop soll so praktisch wie möglich gestaltet werden und wird daher in einer Mischform der von Sims klassifizierten Vortragsstile gehalten. Hierbei werden die Stile des ‚Trainers‘ und des ‚Moderators‘, bei dem ein Teil der Information verbal gegeben wird und der andere Teil mit Hilfe von Demonstrationen und praktischen Übungen (Sims, 2006), miteinander kombiniert.

Die maximale Teilnehmerzahl soll 16 Teilnehmer nicht überschreiten, weil sonst die Voraussetzungen für eine Interaktion nicht mehr gegeben sind.

Es gibt zwei mögliche Varianten für den formellen Aufbau dieses Workshops: Entweder der Workshop wird über einen Tag verteilt, insgesamt wären dann vier Unterrichtsstunden geplant. Nach der ersten Stunde wird eine Pause von 15 Minuten eingeplant und nach der zweiten Stunde eine Pause von 30 Minuten. Die letzten zwei Stunden dienen zur praktischen Umsetzung des zuvor Gelernten und zur Evaluation und Nachbesprechung des gesamten Workshops.

Die gewonnenen Erkenntnisse können zwischen den beiden Teilen verinnerlicht werden und im zweiten Teil können eventuelle Fragen besprochen werden.

Didaktisch wäre es jedoch sinnvoller, den Workshop über zwei Tage zu verteilen und den Teilnehmern über die Zeit eine Hausaufgabe mitzugeben, da diese dann die Möglichkeit hätten das Gelernte praktisch anzuwenden. Sollte der Workshop auf zwei Tage verteilt werden, würde am ersten Tag der theoretische Teil bis zur großen Pause stattfinden und am zweiten Tag der praktische Teil.

Die Entscheidung über die Dauer des Workshops wird den Arbeitgebern überlassen, da diese entscheiden müssen, ob sie ihr Personal zwei Tage entbehren können oder ob es ihnen lieber ist, wenn der Workshop etwas weniger effektiv ist und dafür an einem Tag abgehandelt wird.

Entsprechend dem Vortragsstil des Moderators wird das breite Spektrum an visuellem, auditivem und kinästhetischem Material übernommen, welches in die Übungen einbezogen wird.

Die visuellen Hilfsmittel werden nicht, wie bei dem Vortragsstil des Moderators, aus Flipcharts und Postern bestehen, sondern wie bei dem Vortragsstil des Trainers aus einer PowerPoint-Präsentation, die eventuell durch Flipcharts ergänzt werden kann. Weiteres Material kann beispielsweise aus so genannten „Sprechtafeln“ bestehen. Außerdem wird ein Krankenbett benötigt.

Die Teilnehmer des Workshops werden also zunächst in das Thema eingeleitet und dann nach eigenen Erfahrungen gefragt. Danach sollen verbale Informationen und praktische Übungen sowie Demonstrationen möglichst abgewechselt werden, damit die Zuhörer nicht zu lange am Stück zuhören müssen und trotzdem genügend theoretisches Fachwissen erhalten (Sims, 2006).

Der Mensch behält:

- 10% von dem, was er liest
- 20% von dem, was er hört
- 30% von dem, was er sieht
- 50% von dem, was er hört und sieht
- 70% von dem, was er mit anderen bespricht
- 80% von dem, was er evaluiert und nachbespricht
- 90% von dem, was er anderen erklärt (de Wert, 2005).

Das ist der Grund, warum am Ende des Workshops kein direkter Test über den Inhalt des Workshops erfolgen soll, damit die Teilnehmer nicht zu sehr unter Druck gesetzt werden. Dennoch ist eine Nachmessung, auf die gleiche Art und Weise wie die Vormessung, geplant um die Effektivität des Workshops ermitteln zu können. Es soll außerdem am Ende des Treffens eine Evaluation und eine Nachbesprechung stattfinden, da so gewährleistet ist, dass die Teilnehmer etwa 80% des Inhalts behalten (de Wert, 2005). Des Weiteren ist die Evaluation wichtig um den Workshop – wenn nötig – anpassen zu können, damit den zukünftigen Teilnehmern alle für sie wichtigen Informationen gegeben werden können.

Nachdem der Workshop gegeben wurde, werden alle Teilnehmer gebeten einen Fragebogen über den Workshop auszufüllen. Dieser bezieht sich auf den Inhalt, den Aufbau und den Vortragsstil des Workshops. Diese schriftliche anonyme Evaluation ermöglicht, wenn nötig, eine Anpassung und Verbesserung des Workshops.

Die genaue Länge des gesamten Workshops variiert je nach Teilnehmerzahl zwischen zwei und drei Stunden. Fest steht jedoch, dass Menschen im Durchschnitt über eine Aufmerksamkeitsspanne von mehr als einer Stunde verfügen, danach ist jedoch eine Pause von etwa 15 Minuten angebracht, um das Gelernte verarbeiten zu können (Kumbruck, Derboven; 2009).

Der/die Vorgesetzte des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals sollte - wenn möglich - bei der Ausführung des Workshops anwesend sein, da er/sie auch im Anschluss an den Workshop als Ansprechpartner sowohl für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal als auch für die Autoren des Workshops fungiert. So können durch den weiteren Kontakt noch Verbesserungen stattfinden. Auch soll der/die Vorgesetzte den Autoren des Workshops als Informant dienen, für den Fall das bei dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal noch Fragen aufkommen, die im zweiten Teil des Workshops behandelt werden sollen.

Alle Ergebnisse aus den Evaluationen und Nachbesprechungen und der Nachmessung wurden in der Bachelorarbeit aufgenommen, um zu erfahren, inwiefern der Workshop dem Kranken- und Pflegepersonal geholfen hat mehr Einsicht in die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase zu bekommen.

4.7 Tabellarischer Aufbau des Workshops

Willkommen heißen, Vorstellen der Gruppe		15 Min
Was ist Aphasie?	Brainstorming Filme ansehen Wichtigsten Symptome besprechen	30 Min
Wie kann man die Kommunikation im Allgemeinen unterstützen?	Brainstorming	15 Min
Pause		15 Min
Nonverbale Signale	Theorie + Praxis	20 Min
Rückmeldungen über Verständlichkeit geben	Theorie + Praxis	20 Min
Schreiben, Zeichnen, Zeigen	Theorie + Praxis	20 Min
Große Pause		30 Min
Fragen der Teilnehmer zum ersten Teil stellen/beantworten		15 Min
Wann sind Pausen sinnvoll?	Theorie	20 Min
Arbeit mit ‚Sprechtafeln‘	Theorie + Praxis	20 Min
Pause		15 Min
Weitere Fragen?		10 Min

Simulation & Feedback	Simulation der Pflege eines Patienten durch Autor & ein Teilnehmer des Workshops wendet die gelernte Theorie an.	10 Min
	Feedback durch Teilnehmer	20 Min
Evaluation		15Min
Verabschiedung		5 Min

Abbildung 6: Tabellarischer Aufbau des Workshops

Der theoretische Teil wird durch eine Power Point Präsentation begleitet.

Der Workshop soll in der jeweiligen Einrichtung stattfinden, um es den Teilnehmern so einfach wie möglich zu gestalten. Sollte dies nicht möglich sein, soll der Workshop in einem Raum der Hogeschool Zuyd in Heerlen stattfinden.

4.8 Inhaltlicher Aufbau

Inhaltlich orientierte sich der Workshop an den Ergebnissen der Bachelorarbeit „Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ von S. Fischer, I. Kimmel und G. Kück. In dieser Bachelorarbeit wurde neben einem Wissenstest und einer Selbsteinschätzung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auch eine Observation durch die Autoren durchgeführt, um ein Gesamtbild über deren Kommunikation mit den Menschen mit Aphasie zu erhalten.

Besonders schlecht schnitt das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal – laut den Observatoren – bei den Items

- *Kommunikation unterstützen,*
- *Für ausreichend Beleuchtung sorgen,*
- *non-verbale Signale senden*
- *Rückmeldung über Verständlichkeit geben*

ab (Fischer, Kück und Kimmel; 2009).

Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal schätzte sich jedoch anders ein, die schlechtesten Noten gaben sie sich für die Items:

- *Schreiben/Zeichnen/Zeigen*
- *Kommunikation unterstützen*
- *Wichtige Wörter betonen*
- *Pausen setzen.*

(Fischer, Kück und Kimmel; 2009).

Insgesamt haben die Observatoren dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal eine durchschnittliche Note von 3,5 gegeben, während sich das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit einer durchschnittlichen Note von 2,4 bewertet hat. Benotet wurde hierbei nach dem in Deutschland gängigen Notensystem in Form der sechs Benotungen „sehr gut“ (1) bis „ungenügend“ (6).

Die Differenz in der Benotung der Observatoren und der Selbsteinschätzung lag bei durchschnittlich 1,1 (Fischer, Kück und Kimmel; 2009).

Demnach bewertete sich das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchschnittlich mit einer Note von „(gerade noch) gut“ (2-), wohingegen die Observatoren lediglich ein „befriedigend“ bis „ausreichend“ (3 bis 4) vergaben.

4.9 Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern

Um den Workshop ausführen zu können, war es notwendig, sowohl telefonisch als auch schriftlich Kontakt mit verschiedenen neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen aufzunehmen. In einem ersten Schritt erfragten die Autoren dazu bei den Verfassern der Bachelorarbeit „Die Kommunikation von Pflegepersonal in Nordrhein-Westfalen mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ (Fischer et al, 2009) die Kontaktdaten der von ihnen angeschriebenen Krankenhäusern.

In einem zweiten Schritt suchten die Autoren weitere Krankenhäuser mit neurologischen Stationen.

Bei der darauf folgenden Suche nach Kontaktdaten und Kontaktpersonen wurde zurückgegriffen auf:

1. das Internet
2. Telefon- und Branchenbücher
3. persönliche Kontaktpersonen (z.B. aus dem privaten Umfeld)

Das „Deutsche Krankenhaus Verzeichnis“ (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) bietet die Möglichkeit regional nach Krankenhäusern zu suchen, im Umkreis von 100 km gab es 212 Treffer. Laut dem „Neurologienetz“ (www.neurologienetz.de) kamen lediglich 20 dieser Treffer in Betracht, da nur 20 dieser Krankenhäuser über eine Neurologische Abteilung verfügen. Diese 20 Krankenhäuser wurden telefonisch kontaktiert, soweit dies möglich war. Bei einigen Krankenhäusern war es nicht möglich einen Arzt oder ein Mitglied des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals zu erreichen, welches Entscheidungen bezüglich außerklinischer Aktivitäten, wie dem vorliegenden Workshop, treffen konnte. Diese Krankenhäuser haben direkt einen Brief oder eine Email erhalten, in denen der Workshop kurz vorgestellt wurde und in dem nachgefragt wurde, ob die Einrichtungen Interesse an diesem haben. Im Telefonat mit den übrigen Einrichtungen wurde auf dieselbe Art und Weise vorgegangen. Bei Interesse erhielten die Einrichtungen darauf folgend einen Informationsbrief (siehe Anhang), in dem das Vorhaben noch einmal detailliert erläutert wurde.

4.10 Durchführung der Evaluation

Um den gegebenen „Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ später evaluieren zu können, wurde ein Evaluationsformular erstellt.

Für 14 Items konnten die Teilnehmer Punkte von 1 bis 10 vergeben, wobei 1 hier sehr gut und 10 sehr schlecht bedeutet (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = vollbefriedigend, 4 = befriedigend, 5 = ausreichend, 6 = mangelhaft, 7 = ungenügend, 8 = sehr ungenügend, 9 = entschieden ungenügend, 10 = sehr schlecht).

Jeder Teilnehmer konnte demnach 14-140 Punkte vergeben.

4.11 Durchführung des Wissenstests

Um testen zu können ob das theoretische Fachwissen über die Themen Kommunikation und Aphasie des Kranken- und Pflegepersonals durch die Teilnahme an dem Workshop vergrößert werden konnte, wurde der identische Wissenstest der Bachelorarbeit „Die Kommunikation von Pflegepersonal in Nordrhein-Westfalen mit Menschen mit Aphasie in der Akuten Phase“ (Fischer, Kimmel und Kück; 2009) benutzt.

Dieser Wissenstest wird als Multiple-Choice-Verfahren eingesetzt, das bedeutet, dass zu einer Frage oder Feststellung verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden. Aus den vorgegebenen Fragen muss der Befragte, die seiner Meinung nach korrekte Antwort auswählen. Bei einer Frage konnten bis zu fünf richtige Antworten ausgewählt werden.

Jeder Teilnehmer kann im Wissenstest eine maximale Punktzahl von 16 Punkten erreichen. Die Punktevergabe setzt sich wie folgt zusammen:

Bei den Fragen 1-9 und 11-12 kann ein Punkt für eine richtige Antwort erreicht werden. Bei Frage 10 können maximal 5 Punkte erreicht werden.

Nach dem Ausführen Workshops wurden die Teilnehmer gebeten, den Wissenstest selbständig und ihrem persönlichen Wissen nach einzufüllen.

Um die Effektivität des Workshops ermitteln zu können, wurden auch die Teilnehmer des Workshops gebeten einen Wissenstest auszufüllen. Mit Hilfe eines Vergleichs der Ergebnisse dieses Wissenstests und der Ergebnisse des Wissenstests der Untersuchung durch Fischer, Kimmel und Kück (2009) kann später die Effektivität des Workshops ermittelt werden.

5 Resultate

5.1 Ergebnisse der Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern

Aus schriftlichen und auch telefonischen Kontakten mit den Krankenhäusern konnte zunächst kein positives Ergebnis erzielt werden. Aufgrund mangelnder positiver Rückmeldungen haben sich die Autoren dazu entschlossen bei einigen Kliniken persönlich vorstellig zu werden. Hieraus ergab sich eine positive Rückmeldung: Der Workshop konnte im Universitätsklinikum Köln ausgeführt werden. Das allgemeine Interesse an einer Zusammenarbeit war aus den verschiedensten Gründen, meistens Umstrukturierungen, sehr gering.

5.2 Planung der Ausführung des Workshops

Der Workshop war Mitte März fertig ausgearbeitet und alle Krankenhäuser im Umkreis von ca. 100km wurden entweder per Telefon, per Email oder schriftlich kontaktiert. Zwölf der zwanzig kontaktierten Krankenhäuser haben nicht reagiert, sieben weitere haben aus verschiedenen Gründen nicht teilnehmen können oder wollten nicht teilnehmen. Viele der Krankenhäuser befanden sich zur Zeit der Kontaktierung in Umstrukturierungen und empfanden eine weitere einzuplanende Aktivität als zu aufwändig.

Mitte März hat sich die Teamleitung der neurologischen Station des Universitätsklinikums Köln mit den Autoren in Verbindung gesetzt und angeboten den Workshop in ihrem Haus auf freiwilliger Basis auszuführen. Auch hier waren Umstrukturierungen für diese späte Rückantwort verantwortlich. Aber letzten Endes ergab sich eine gute Möglichkeit den Workshop am Donnerstag, den 08. April 2010 im Universitätsklinikum Köln auszuführen, um somit Feedback zu erhalten und den Workshop anpassen zu können.

5.3 Teilnehmer des Workshops

Von den sieben Teilnehmern waren drei männlichen und vier weiblichen Geschlechts. Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei fünfeinhalb Jahren, wovon die höchste Berufserfahrung 15 Jahre betrug und die niedrigste mit null Jahren angegeben wurde.

Drei von den sieben Teilnehmern tragen die neue Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“, außerdem war eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin anwesend, die auf der neurologischen Station arbeitet, eine Fachkrankenschwester Neurologie, ein Krankenpfleger und eine Krankenschwester. Die alte Berufsbezeichnung Krankenpfleger bzw. -schwester deutet auf eine längere Berufserfahrung hin.

Alle Teilnehmer arbeiten auf der neurologischen Station des Universitätsklinikums Köln.

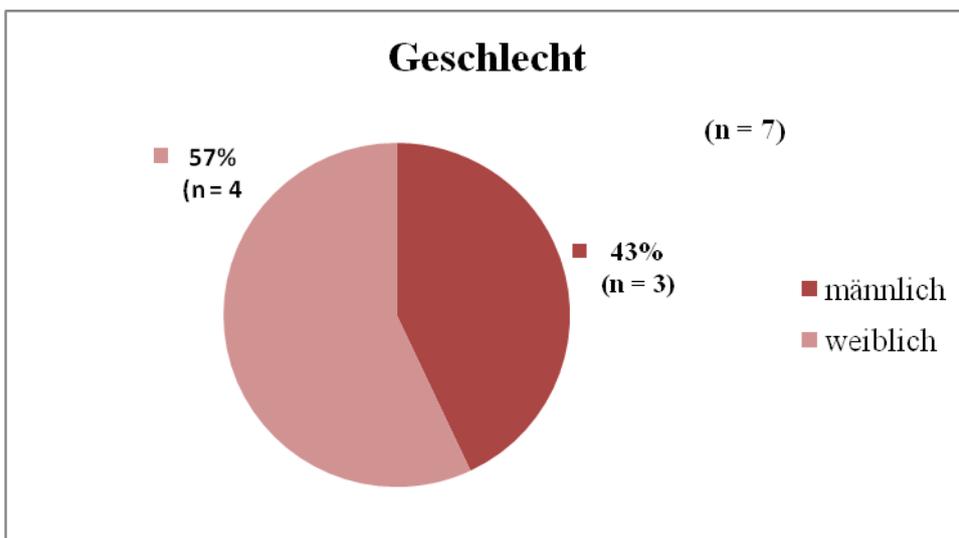


Abbildung 7: Geschlecht der Workshopteilnehmer

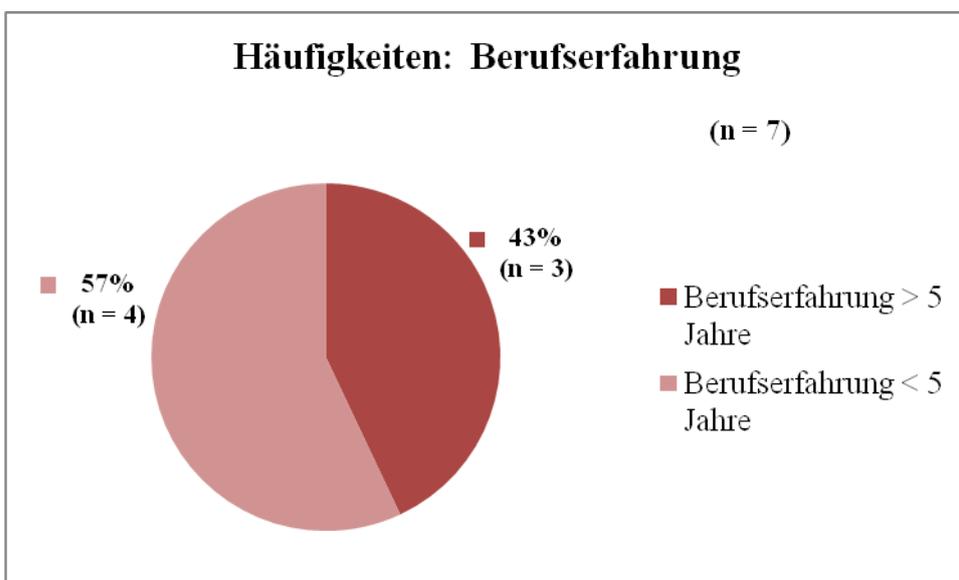


Abbildung 8: Berufserfahrung der Workshopteilnehmer

5.3.1 Teilnehmer der Voruntersuchung (Fischer et al, 2009)

Die Teilnehmer der Voruntersuchung (durch Fischer et al, 2009) setzten sich aus 34 Teilnehmern aus sieben Kliniken in NRW zusammen, wovon 28 (82,4%) weiblichen und sechs (17,6%) männlichen Geschlechts waren. Das Durchschnittsalter lag bei 31 Jahren, wobei die jüngste Person 22 Jahre und die älteste 53 Jahre waren, zwei Probanden machten bzgl. des Alters keine Angaben.

Die Berufsgruppen waren wie folgt vertreten:

Berufsgruppe	Anzahl (Prozent)
Krankenpfleger	30 (88,2 %)
Krankenpflegehelfer	1 (2,9%)
Fachkrankenschwester für Neurologie	1 (2,9%)
Keine Angaben	2 (5,9%)

Abbildung 9: Berufsgruppen der Voruntersuchung

Die Berufserfahrung lag bei 20 Teilnehmern (38,3%) bei fünf Jahren oder weniger, 13 Teilnehmer (38,2%) konnten eine Berufserfahrung von mehr als fünf Jahren vorweisen, eine Person (2,9%) machte hierüber keine Angabe.

Fünf Personen (14,7%) konnten die Frage nach eine Aphasiefortbildung bejahen, 27 Personen (79,4%) haben bisher an keiner Aphasiefortbildung teilgenommen, zwei Personen (5,9%) ließen diese Angabe unbeantwortet.

5.4 Durchführung des Workshops

Am Donnerstag, den 08. April 2010 wurde der Workshop im Universitätsklinikum Köln in der Bibliothek der Abteilung Neurologie mit sieben Teilnehmern aus dem Bereich Gesundheits- und Krankenpflege ausgeführt. Aufgrund der Minimalanzahl der Teilnehmer hat die Durchführung des Workshops lediglich zwei Stunden, also von halb drei bis halb fünf Uhr nachmittags, gedauert. Abgesehen von einem kurzen Zwischenfall verlief der Workshop reibungslos: Die Teilnehmer stellten sich vor, bemühten sich gemeinsam Lösungen zu finden und nahmen an allen Übungen mit zunehmendem Erstaunen und Interesse teil.

Eine der weiblichen Teilnehmerinnen gab von Anfang an zu bedenken, dass sie momentan eine Bachelorarbeit über Aphasie verfasst und somit nicht als Maßstab gelten kann.

5.5 Ergebnisse der Evaluation

Insgesamt haben die Teilnehmer dem Workshop eine durchschnittliche Note von 3 Punkten gegeben, was bedeutet, dass es zwar noch verbesserungswürdige Punkte gab, der Workshop und seine Durchführung im Allgemeinen jedoch als „voll befriedigend“ empfunden wurde (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = voll befriedigend, 4 = befriedigend, 5 = ausreichend, 6 = mangelhaft, 7 = ungenügend, 8 = sehr ungenügend, 9 = entschieden ungenügend, 10 = sehr schlecht).

In einigen Fällen haben die Teilnehmer Fragen ausgelassen, diese wurden mit 0 Punkten gewertet, gingen also nicht in die Wertung ein.

Am schlechtesten abgeschlossen haben die Items: „Wissen über Aphasie erweitert?“ und „Wissen über Kommunikation erweitert“.

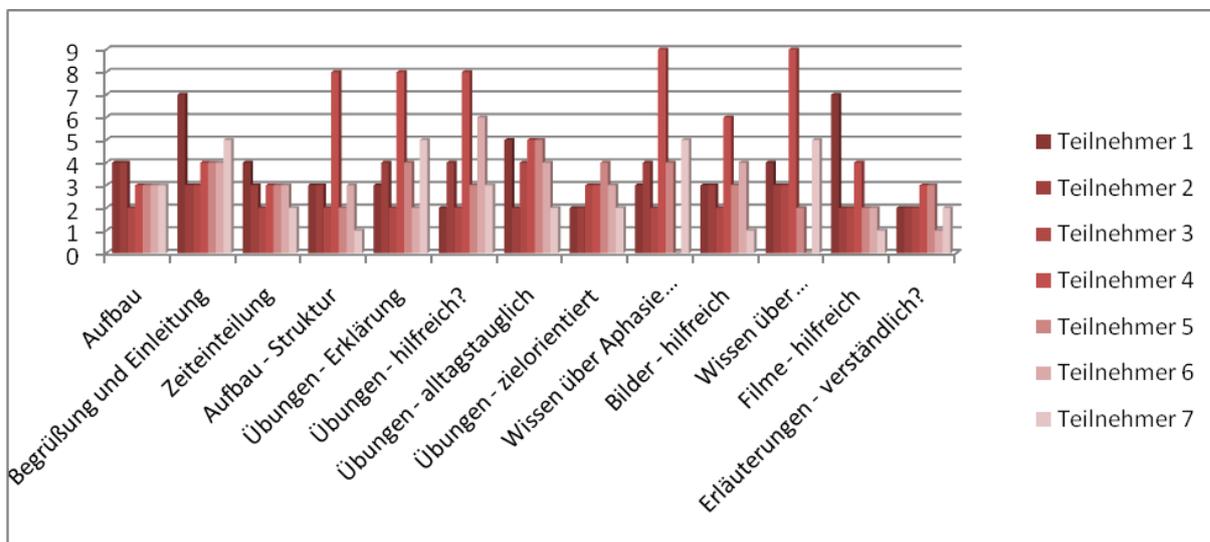


Abbildung 10: Schematische Übersicht der Punkteverteilung

Die Meinungen der Teilnehmer waren insgesamt sehr gespalten. Einige waren der Meinung, dass die Informationen genug Tiefgang haben und andere – die Teilnehmer mit der längeren Berufserfahrung – wünschten sich mehr Tiefgang, um ihr Wissen über Aphasie und Kommunikation – welches durch ihre Berufserfahrung recht gut ausgeprägt war – noch erweitern zu können.

Auffällig hierbei war, dass die Teilnehmer mit der längeren Berufserfahrung mehr über „Aphasie“ wussten als diejenigen mit weniger Berufserfahrung, dafür waren diese Teilnehmer nicht so vertraut mit dem Thema „Kommunikation“.

Die Teilnehmer mit wenig bis gar keiner Berufserfahrung konnten viel zu dem Thema „Kommunikation“ sagen, da dieses Thema ausführlich in der Schwesternschule behandelt wurde. Dafür war ihr Fachwissen über „Aphasie“ deutlich geringer, weil dieses Thema in der Schwesternschule aktuell offenbar nicht mehr so ausführlich behandelt wird.

Einer der jüngeren männlichen Teilnehmer hatte sehr große Schwierigkeiten sich in die Rolle eines Menschen mit Aphasie hineinzusetzen und hat dementsprechend schlechte Noten für die die Übungen betreffenden Items vergeben.

5.6 Ergebnisse des Wissenstests

Um die Ergebnisse des Wissenstests berechnen zu können, wurden die erreichten Punktzahlen durch eine Häufigkeitsauszählung der korrekten Antworten pro Teilnehmer berechnet. Jeder Proband hatte die Möglichkeit maximal 16 Punkte zu erzielen. Durchschnittlich erzielten die Probanden eine Punktzahl von $M = 11,43$ ($SD = 1,27$). Median und Modus lagen bei $X_{(Med)} = 12$ und $X_{(Mod)} = 12$.

Die meisten korrekten Antworten konnten sowohl bei der Frage nach der häufigsten Ursache von Aphasie als auch bei der Frage nach dem Verhalten des Kranken- und Pflegepersonals gegenüber dem Patienten bei Nichtverstehen der Äußerung des Patienten ($n = 7$) erzielt werden.

Die Frage, ob eine sprachliche Aktivierung des Patienten während der intensivmedizinischen Versorgung sinnvoll ist, wurde von allen Teilnehmer falsch beantwortet ($n = 7$). Die Frage nach dem Zeitraum der spontanen Verbesserung wurde überwiegend falsch eingeschätzt (3 richtige Antworten, $n = 7$) und auch das Verhalten bei Nichtreaktion eines Patienten auf eine gestellte Frage wurde von den Teilnehmern überwiegend falsch eingeschätzt (3 richtige Antworten, $n = 7$).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Häufigkeitsverteilung der korrekt gegebenen Antworten aller Teilnehmer pro Frage.

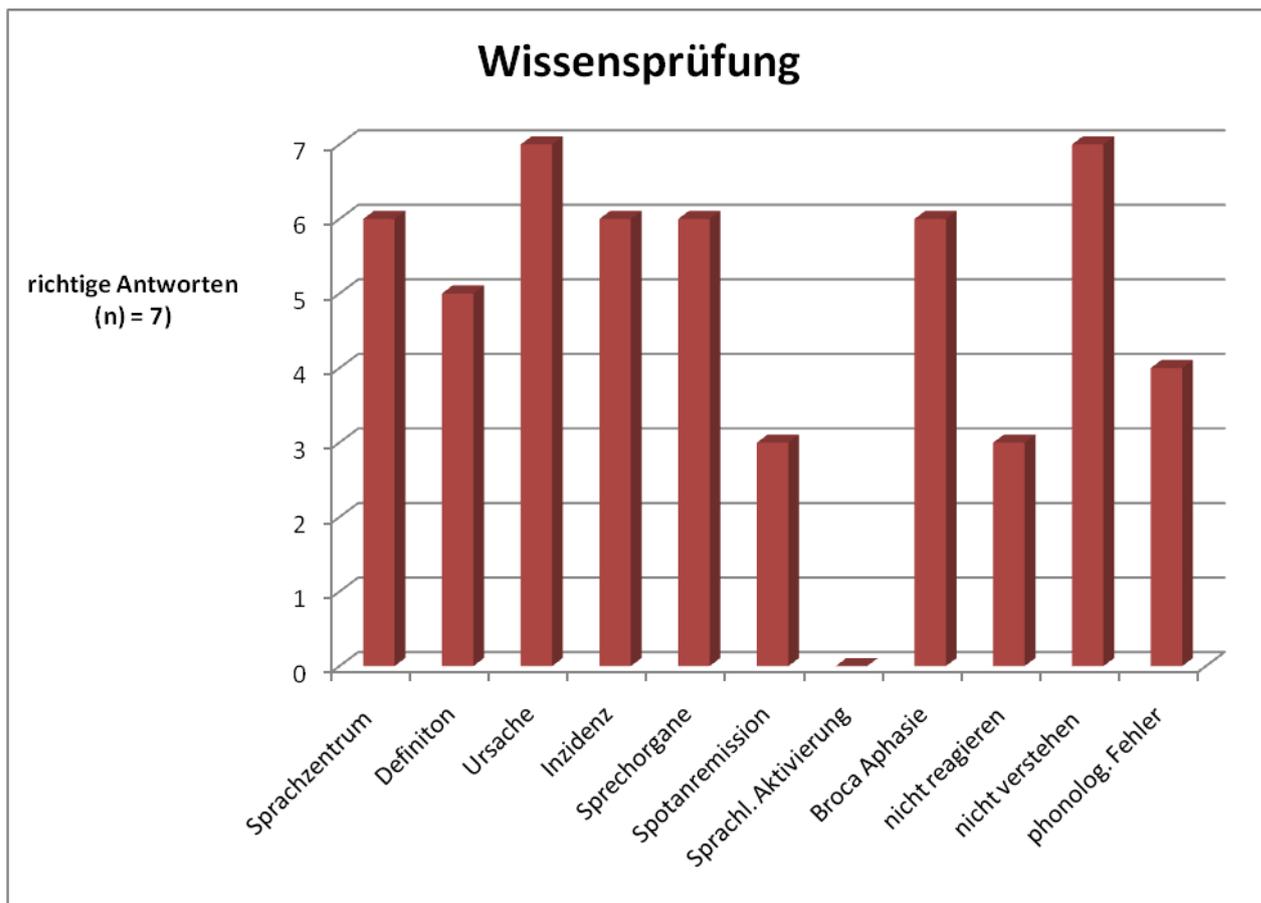


Abbildung 11: Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten pro Frage

In der Voruntersuchung durch Fischer et al, 2009 wurde die Frage 10 einzeln betrachtet.

Frage 10 der Wissensprüfung („Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Menschen mit Aphasie zu erleichtern?“) ist im Diagramm nicht dargestellt. Hier konnten die Teilnehmer bis zu 5 richtige Antworten ankreuzen. Bei der Berechnung der korrekten Antworten mussten daher 5 Häufigkeiten kalkuliert werden, wie die folgende Tabelle darstellt:

Anzahl richtiger Antworten	Häufigkeit (n = 7)
1 von 5 Antworten richtig	0
2 von 5 Antworten richtig	0
3 von 5 Antworten richtig	1
4 von 5 Antworten richtig	6
5 von 5 Antworten richtig	0

Abbildung 12: Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten, Frage 10

Es zeigt sich, dass sechs Teilnehmer vier von fünf Antworten (80 %) richtig beantworten konnten und ein Teilnehmer drei richtige Antworten (60%) erzielte. So konnten die Teilnehmer insgesamt 27 von 35 korrekten Antworten geben, dies ergibt einen Prozentsatz von 77,14% korrekten Antworten.

5.7 Vergleich der Wissensüberprüfungen

Um einen Effekt des Workshops erkennen zu können, werden in der nachfolgenden Abbildung die richtigen Antworten der Voruntersuchung (genauer beschrieben unter 5.3.1) durch Fischer et al, 2009 und die richtigen Antworten der Workshopteilnehmer in Prozentzahlen miteinander verglichen.

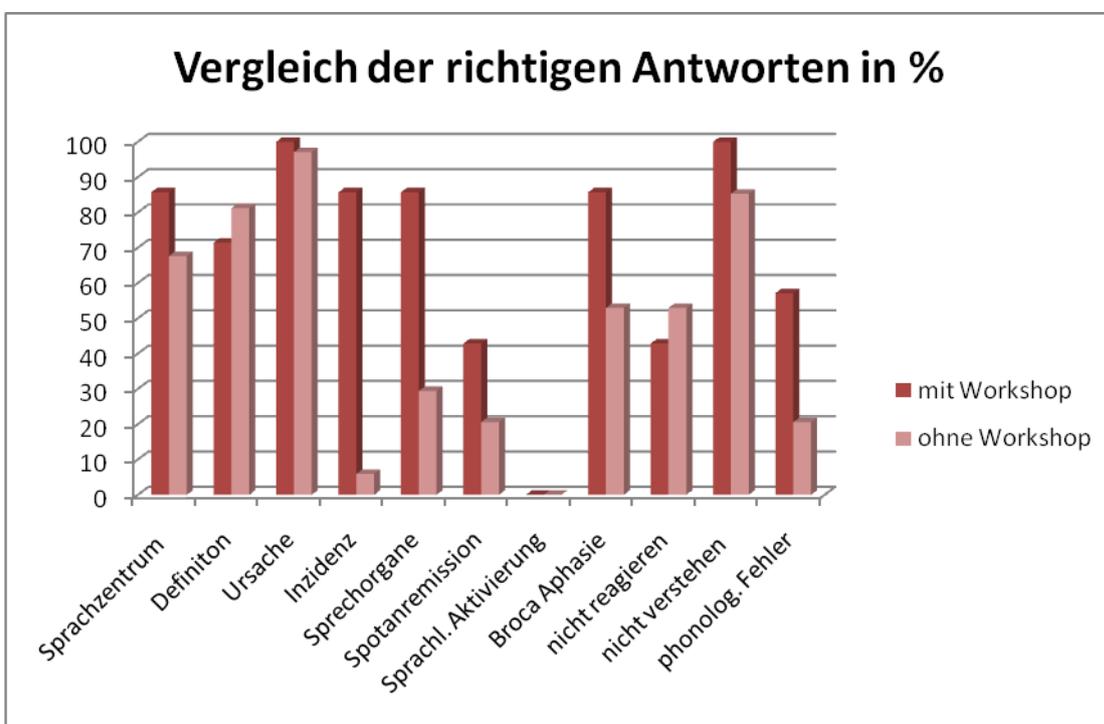


Abbildung 13: Wissensprüfung - Vergleich der Häufigkeiten der richtigen Antworten pro Frage

Auffällig ist, dass von beiden Gruppen (Untersuchungsteilnehmer (Fischer et al, 2009) und Workshopteilnehmer) die Frage sieben zu 100% falsch beantwortet wurde.

Sowohl die Frage nach der Definition von Aphasie, als auch die Frage des Nicht-Reagierens seitens des Patienten wurde prozentual weniger korrekt beantwortet.

Bei allen übrigen Fragen konnte die Gruppe der Workshopteilnehmer prozentual mehr korrekte Antworten geben als die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer (Fischer et al, 2009).

Frage zehn wird im Folgenden wiederum alleine gewertet.

Anzahl richtiger Antworten	Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten in Prozent der Teilnehmer mit Workshop	Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten in Prozent der Teilnehmer der Untersuchung
1 von 5 Antworten richtig	0	2,94
2 von 5 Antworten richtig	0	8,82
3 von 5 Antworten richtig	14,29	20,59
4 von 5 Antworten richtig	85,71	55,88
5 von 5 Antworten richtig	0	11,76

Abbildung 14: Vergleich Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten, Frage 10

	mögliche Antworten	Richtige Antworten	Richtige Antworten in Prozent
Teilnehmer mit Workshop	35	27	77,14%.
Teilnehmer der Untersuchung	170	124	72,94%

Abbildung 15: Vergleich Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten in Prozent (Frage 10)

Die Teilnehmer des Workshops konnten bei Frage 10 insgesamt 27 von 35 möglichen korrekten Antworten geben, dies entspricht einem Anteil richtiger Antworten von 77,14%. Die Teilnehmer der Untersuchung konnten insgesamt eine Punktzahl von 124 bei 170 möglichen korrekten Antworten erreichen. Hier ergibt sich ein Anteil richtiger Antworten von 72,94%.

Die Teilnehmer des Workshops konnten demnach durchschnittlich 4,2 mehr korrekte Antworten in der Wissensüberprüfung geben als die Teilnehmer der Untersuchung.

Um einen Unterschied zwischen den Ergebnissen des Wissenstest der beiden Gruppen durchführen zu können, wurde ein T-Test durchgeführt.

Bezogen auf ihr Wissen wurde die Gruppe der Workshopteilnehmer ($n = 7$) und die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer ($n = 34$) miteinander verglichen. Die Gruppe der Workshopteilnehmer konnte eine durchschnittliche Punktzahl von $M = 11,47$ ($SD = 1,27$) erreichen, wohingegen die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer eine durchschnittliche Punktzahl von $M = 8,74$ ($SD = 1,83$) erreichen konnte.

Der T-Test zeigt für $T = 7,22$ und $df = 6$ bezogen auf die Gesamtpunktzahl der Teilnehmer einen signifikanten Unterschied bezüglich des Wissens:

$p = 1,943$; $\alpha = 0,05$.

Demnach konnte das theoretische Fachwissen über die Themen Kommunikation und Aphasie des Kranken- und Pflegepersonals durch die Teilnahme an dem Workshop signifikant vergrößert werden.

5.8 Zusatz: Qualitative Ergebnisse

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen Workshop aufzustellen mit dessen Hilfe die Kommunikation zwischen dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW und Menschen mit Aphasie verbessert werden kann. Des Weiteren haben die Autoren Daten gesammelt, um feststellen zu können, ob die Teilnahme an dem Workshop zur Verbesserung der Kommunikation und des theoretischen Fachwissens über die Themenbereiche „Kommunikation“ und „Aphasie“ beiträgt. Darüber hinaus haben die Autoren noch einige ergänzende Aspekte wahrgenommen:

- **Die unterschiedliche Symptomatik einer Aphasie war dem Pflegepersonal nicht immer bekannt.**

Erläuterung: Einer der Teilnehmer sprach während des gesamten Workshops von „Sprechstörungen“ und auch die anderen Teilnehmer waren größtenteils überrascht darüber, dass nicht nur das „Sprechen“, sondern die gesamte Sprache, also alle vier Sprachmodalitäten gestört sein können.

- **Die Kommunikation mit Patienten mit schwerer Aphasie gestaltete sich für das Pflegepersonal schwieriger als mit leicht Betroffenen.**

Erläuterung: Innerhalb der Übungen war zu beobachten, dass das Pflegepersonal immer größere Schwierigkeiten bekam sich auf den Patienten einzustellen, sobald dieser nicht nur nicht gesprochen hat, sondern beispielsweise sehr wohl gesprochen hat, das Gegenüber jedoch nichts von dem Gesagten verstehen konnte.

- **Die Versorgung der Menschen mit Aphasie geschah teilweise unter nicht adäquaten, benachteiligenden Umständen.**

Erläuterung: Während einer Übung wurde eine Pflegesituation unter erschwerten Bedingungen simuliert. Das Licht war aus, der „Patient“ trug keine Brille, der „Patient“ schaute in eine andere Richtung und das Radio lief im Hintergrund. Er konnte also sein Gegenüber weder erkennen, noch sich auf das Gesagte konzentrieren. Erstaunlicherweise wurden diese für den Patienten benachteiligenden Umstände nicht registriert. Das zeigt noch einmal deutlich, wie wichtig der vorliegende Workshop besonders für die Patienten ist.

6 Diskussion

In diesem Kapitel setzten sich die Autoren mit dem erstellten Workshop kritisch auseinander. Anschließend wird diese Einschätzung der Autoren, soweit wie möglich in Bezug zu der Evaluation der Teilnehmer gesetzt. Außerdem werden die Probandenrekrutierung, die Konzeption des Evaluationsbogens und die Workshopbedingungen reflektiert. Des Weiteren werden Verbindungen zwischen den Ergebnissen und vorangegangenen Studien gelegt, um neue Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit aufzuzeigen. Daran anknüpfend werden die Relevanz des Workshops und Anregungen für mögliche Folgestudien erläutert. In einer zusammenfassenden Schlussfolgerung wird ein Fazit über durch die Untersuchung aufkommenden Kernaussagen gezogen.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie die zu Beginn aufgestellte Fragestellung beantwortet werden kann:

Wie kann das Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen über das Störungsbild Aphasie verbessert und die Kommunikation zwischen Menschen mit Aphasie in der akuten Phase und dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal optimiert werden?

Es wurde bewusst die Form eines Workshops gewählt, um die Teilnehmer mit einzubeziehen. Dies gelang den Autoren sehr gut und auch die Interaktion zwischen den Teilnehmern verlief gut, sodass alle sich angesprochen fühlten und mitarbeiteten. Außerdem konnten die Ideen und Anmerkungen der Teilnehmer in den Workshop mit einbezogen werden, um zu einem optimalen Ergebnis zu kommen. Ein Teilnehmer war leider nicht sehr motiviert und stellte sowohl alle Ideen der anderen Teilnehmer als auch die der Autoren in Frage. Warum er sich so verhalten hat, hat er nicht geäußert. Hieraus zeigt sich, dass nur wer wirklich motiviert ist und auch mitarbeiten möchte, ein geeigneter Workshop-Teilnehmer ist.

Der Workshop konnte zu einer signifikanten Verbesserung des theoretischen Fachwissens bezüglich Aphasie und Kommunikation bei dem teilnehmenden Gesundheits- und Krankenpflegepersonal beitragen.

6.2 Kritische Analyse des Workshops

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, einen Workshop zu erstellen, mit dessen Hilfe das theoretische Wissen über Aphasie und Kommunikation des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase verbessert werden soll.

Während der Untersuchung wurde deutlich, dass nur wenige Krankenhäuser mit einer neurologischen Station dazu bereit sind, einen Workshop in die interne Planung der Kliniken mit einzubeziehen. Somit ergab sich nur eine Möglichkeit diesen auszuführen.

Der Workshop war im Rahmen der geplanten Zeit aufgestellt und konnte mit dem teilnehmenden Krankenhaus besprochen werden, um diesen individuell anzupassen.

Um den aufgestellten Workshop anpassen zu können, wurde ein durch die Autoren erstellter Evaluationsbogen von den Teilnehmern ausgefüllt. Die Ergebnisse werden unter 6.3 gesondert betrachtet.

Der Workshop macht auf die Autoren einen professionellen Eindruck. Die Autoren selber haben sich professionell verhalten und waren sehr gut vorbereitet, so konnten alle Fragen beantwortet werden.

Der Filmausschnitt aus der Serie „Greys Anatomie“ war ein guter Einstieg in den gesamten Workshop, so konnte die Aufmerksamkeit der Teilnehmer gewonnen werden.

Die logopädischen Inhalte bezüglich des Fachwissens wurden im theoretischen Hintergrund gesondert betrachtet. Das im Workshop vermittelte Wissen bezog sich vor allem auf die in der vorangegangenen Studie aufgezeigten Defizite. Den im Workshop gezeigten theoretischen Hintergrund, halten die Autoren für das Minimum an Wissen über welches jeder Gesundheits- und Krankenpfleger nach der erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung verfügen sollte. Es zeigte sich, dass unterschiedlich hohe Erwartungen angesichts der Wissenserweiterung bei den Workshopteilnehmern aufkamen. Ob das theoretische Fachwissen durch einen Workshop vergrößert werden kann, ist vor allem davon abhängig, mit welchem Wissensstand die Teilnehmer den Workshop beginnen. Hier sehen die Autoren eine große Schwierigkeit.

Die Anschaulichkeit der Übungen im Workshop war sehr hoch, was für die Autoren sehr wichtig war. Demnach wurden alle Übungen deutlich erklärt und bei Bedarf vorgeführt.

Der Aufbau der Präsentation und die abwechslungsreiche Gestaltung des Workshops machten es den Teilnehmer leicht, dem Workshop zu folgen und mitzuarbeiten.

Alle Teilnehmer, mit einer Ausnahme, nahmen mit großer Freude und Interesse am Workshop teil und gaben diese auch nach dem Workshop mündlich kund. Im Vordergrund standen jedoch die interessierten Teilnehmer, die den Workshop als sehr positiv empfanden und durch die Interaktion untereinander Wissen aus dem Workshop mitnehmen konnten und dieses auch angaben. Noch nie hatte das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Anweisung erhalten, sich in einen Patienten mit Aphasie hinein zu versetzen, um die Schwierigkeiten, die eine Aphasie eventuell mit sich bringen kann, nachvollziehen zu können. Sehr enttäuschend war es, dass nur eine positive Antwort der benachrichtigten Kliniken kam. So ist nun die Frage ob kein Interesse bestand oder sich die Kliniken nicht bewusst sind, wie wichtig die Kommunikation zur Lebensqualität der Patienten beiträgt. Hier sehen die Autoren Handlungsbedarf und es wird wiederum deutlich, dass die Partizipation einen noch nicht ausreichend hohen Stellenwert innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege hat.

6.3 Kritische Betrachtung der Ergebnisse der Evaluation

Die Teilnehmer haben dem Workshop insgesamt eine durchschnittliche Note von 3 Punkten gegeben. 1 Punkt wäre das bestmögliche und 10 Punkte wäre das schlechtmöglichste Ergebnis gewesen. Dies bedeutet, dass es durchaus noch verbesserungswürdige Aspekte gab, die Teilnehmer den Workshop und dessen Durchführung dennoch als „vollbefriedigend“ empfunden haben. Am schlechtesten abgeschlossen haben hierbei die Items: „Wissen über Aphasie erweitert?“ und „Wissen über Kommunikation erweitert“. Dies lässt sich auf die unterschiedlichen Berufserfahrungen zurückführen: Die Teilnehmer mit der längeren Berufserfahrung wussten mehr über „Aphasie“ als diejenigen mit weniger Berufserfahrung, dafür waren diese Teilnehmer nicht so vertraut mit dem Thema „Kommunikation“. Die Teilnehmer mit einer geringen Berufserfahrung wussten viel über den theoretischen Hintergrund des Themas „Kommunikation“, da sie viel über Kommunikationstheorien in der Schwesternschule gelernt haben. Ihr theoretisches Fachwissen über das Thema „Aphasie“ war jedoch deutlich geringer, weil ihnen hier der Hintergrund fehlte.

Einer der männlichen Teilnehmer mit wenig Berufserfahrung hatte sehr große Schwierigkeiten sich in die Rolle eines Menschen mit Aphasie hineinzusetzen und hat dementsprechend schlechte Noten für die die Übungen betreffenden Items vergeben. Dies war nicht sehr professionell und verfälscht die Ergebnisse.

Der männliche Teilnehmer mit der längsten Berufserfahrung hat sich ähnlich unprofessionell verhalten: er unterbrach die Autoren direkt zu Beginn sehr unhöflich und verhielt sich während des gesamten Workshops skeptisch den Autoren gegenüber. Auch diese Ergebnisse verfälschten das Gesamtergebnis der Evaluation. Die Autoren sind allen Teilnehmern professionell gegenüber getreten und haben versucht adäquat auf Störungen oder Anmerkungen durch die Teilnehmer zu reagieren. Des Weiteren wurde stets freundlich reagiert und jede Idee wurde, wenn möglich positiv in den Workshop mit einbezogen. Die Teilnehmerin, die aktuell eine Bachelorarbeit zum Thema „Aphasie“ verfasst, hat von Anfang an darauf hingewiesen, dass ihre Angaben die Ergebnisse der gesamten Evaluation verfälschen könnten.

Insgesamt waren also drei der sieben betrachteten Evaluationsbögen sehr subjektiv eingefüllt worden, so dass das Gesamtergebnis verfälscht dargestellt wird. Dies lässt sich jedoch nach Meinung der Autoren nicht vermeiden, es sollte jedoch bei der Auswertung mit einbezogen werden.

6.4 Kritische Betrachtung der Ergebnisse des Wissenstests

Um zu ermitteln, ob der Workshop eine Verbesserung des theoretischen Fachwissens in den Bereichen Kommunikation und Aphasie mit sich bringt, wurde ein Wissenstest durchgeführt.

Die Teilnehmer des Workshop konnten durchschnittlich eine Punktzahl von 11,43 (SD =1,27) erzielen. Demnach konnten nach der Teilnahme am Workshop 2,69 mehr Punkte erzielt werden als ohne Workshop (vgl. Fischer et al, 2009). Durch den Workshop konnte das theoretische Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals demnach signifikant verbessert werden.

Positiv aufgefallen ist, dass die Frage nach der häufigsten Ursache für eine Aphasie von allen Teilnehmern korrekt beantwortet wurde. Auch die Frage was getan werden soll, wenn eine Äußerung oder einen Teil einer Äußerung eines Patienten nicht verstanden hat wurde durchweg korrekt beantwortet.

Negativ fiel auf, dass auch nach der Teilnahme am Workshop die Frage nach einer gezielten sprachlichen Aktivierung eines Patienten während der intensivmedizinischen Versorgung durchweg falsch beantwortet wurde. Von fünf Teilnehmern wurde sprachliche Aktivierung empfohlen, ein Teilnehmer hielt diese bei intaktem Sprachverständnis als anwendbar und nur ein Teilnehmer gab die Option „weiß nicht“ an.

Demnach hielten sechs von sieben Teilnehmern ihr falsches Wissen für korrekt und gaben dieses an, ohne die Option „weiß nicht“ einzubeziehen.

6.5 Kritische Betrachtung des Vergleichs der Wissensüberprüfungen

Das Ergebnis des Vergleichs der Wissensüberprüfungen kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst worden sein.

Die Wissensüberprüfung wurde sowohl bei den Untersuchungsgruppe durch Fischer et al. (2009) abgenommen, als auch bei der Gruppe der Workshopteilnehmer. Leider konnten keine identischen Gruppen verglichen werden. So lag die Größe der Untersuchungsgruppe bei 34, wohingegen die Gruppe der Workshopteilnehmer aus sieben Teilnehmern bestand.

Bei dem Vergleich der beiden Gruppen fiel auf, dass das theoretische Fachwissen signifikant verbessert werden konnte.

Des Weiteren liegt bei der Gruppe der Workshopteilnehmer keine Normalverteilung vor, demnach sind die Ergebnisse nur mit Einschränkungen diskutierbar. Leider war es nicht möglich die Gruppe der Workshopteilnehmer vor dem Workshop zu testen. Somit kann nur gesagt werden, dass diese Gruppe nach der Teilnahme an dem Workshop eine durchschnittlich höhere Punktzahl in der Wissensüberprüfung erreichen konnte.

Sehr auffällig ist jedoch, dass weiterhin eine Frage von allen Teilnehmern nicht korrekt beantwortet werden konnte. Diese Thematik sollte im Workshop neu aufgegriffen werden.

6.6 Kritische Betrachtung der Probandenrekrutierung

Die Autoren haben ausschließlich Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gesucht, das in Krankenhäusern auf neurologischen Stationen in NRW arbeitet. Die Tatsache, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Krankenhäusern arbeiten soll, stellt eine Einschränkung dar, da es durchaus auch Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in der Heimpflege gibt, welches sich mit Menschen mit Aphasie auseinandersetzt. Aber auch die Tatsache, dass sich dieses Krankenhaus in NRW und in 100km Umkreis von den Autoren befinden soll, da die Anzahl der möglichen Krankenhäuser und somit die Anzahl potentieller Workshopteilnehmer durch eine Erweiterung des Radius deutlich erhöht werden könnte.

Es konnten nur sieben Teilnehmer nach ihren Erfahrungen befragt werden, um den Workshop zu evaluieren und die Effektivität des Workshops zu ermitteln.

Dies stellt eine Einschränkung für die Generalisierbarkeit der Evaluation des Workshops dar.

6.7 Kritische Betrachtung der Konzeption des Evaluationsbogens

Bei der Interpretation der Verteilungen ergab sich, dass es sinnvoller gewesen wäre das gleiche Notensystem wie die Autoren Fischer, Kimmel und Kück zu gebrauchen. Eine Skala von 1 bis 10 beinhaltet zu viele Interpretationsmöglichkeiten und damit eine zu große Verteilung der Noten. Des Weiteren haben die Fragen 1 und 4 ungefähr die gleiche Intention. Frage 1 lautet „Wie fanden Sie den Aufbau des Workshops?“ und Frage 4 lautet „War der Aufbau des Workshops gut strukturiert?“ - Frage 1 hätte man weglassen können. Bei den Fragen 9 und 11 verhält es sich ähnlich: „Haben Sie Ihr Wissen über Aphasie erweitern können?“ und „Hat der Workshop zur Erweiterung ihres Wissens über die Themen „Kommunikation“ und „Aphasie“ beigetragen?“ – hierbei hätte man besser jeweils eine Frage nach der Erweiterung des Wissens über „Kommunikation“ und eine über die Erweiterung des Wissens über „Aphasie“ gestellt.

Insgesamt ist der Evaluationsbogen nicht sehr differenziert und lässt Fragen offen. Die kritischen Anmerkungen bezüglich des Evaluationsbogens zeigen eine Einschränkung der Interpretierbarkeit der Ergebnisse.

6.8 Kritische Betrachtung der Abnahmebedingungen des Wissenstests

Auch die Abnahmebedingungen des Wissenstests müssen kritisch hinterfragt werden.

Die Autoren waren bei der Ausfüllung des Wissenstest anwesend und haben darauf geachtet, dass die Teilnehmer sich nicht untereinander austauschen konnten. Dadurch könnten die Befragten jedoch in ihrer Objektivität eingeschränkt worden sein, da die Anonymität nicht mehr vollständig gegeben war.

Der Wissenstest konnte nach Vorgabe des Universitätsklinikum Köln lediglich sofort nach dem Workshop gestellt werden. Dies hat den Nachteil, dass nur das Wissen kurz nach der Teilnahme am Workshop getestet werden konnte, nicht jedoch ob sich das Wissen auch über lange Sicht bei dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen verbessern konnte.

6.9 Verbindung zu bestehender Literatur

Durch die Studie Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing und Grypdonck (2000) mit dem Titel *"Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly"* wurde deutlich, dass durch Kommunikationstraining die Art der Kommunikation verändert werden kann und die Pfleger ein anderes Auftreten zeigen. Durch den Workshop konnte das Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf kurze Sicht verbessert werden.

Durch eine Untersuchung konnte belegt werden, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie zu kontrollieren versucht. Diese Kontrolle wurde in der Untersuchung durch Gordon, C., C. Ellis-Hill, et al (2009) belegt. Es zeigte sich, dass keine offenen Gespräche geführt werden, sondern geschlossene Fragen gestellt werden. Demnach haben die Menschen mit Aphasie keine Möglichkeit mehr aktiv das Gespräch zu gestalten. Das Sender-Empfänger-Modell ist demnach fast außer Kraft gesetzt. Eine Erklärung für das Verhalten der Pfleger wird in der Untersuchung in der Unwissenheit des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals gefunden, außerdem wird angenommen, dass sich das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in der Eins-zu-Eins Situation mit dem Menschen mit Aphasie in einer Konversation unwohl fühlt. Als Verbesserungsmöglichkeit wird hier ein „Training“ empfohlen.

Dass ein „Training“, in dem das Allgemeinwissen über Aphasie verbessert und die Kommunikation trainiert wird zu einer Verbesserung der Partizipation mit Menschen mit Aphasie führt, wurde in der Untersuchung von Hedberg, B., A.C. Cederborg, et al (2007) aufgeführt.

6.10 Schwachpunkte des Projekts/Mögliche Anpassungen am Workshop

Als Schwachpunkte des Projekts sehen die Autoren die einmalige Ausführung des Workshops an. Durch mehrmalige Ausführungen des Workshops in verschiedenen Kliniken, wären repräsentativere Ergebnisse erzielt worden. Dies war jedoch durch die geringen positiven Rückmeldungen seitens der Kliniken nicht möglich, da nur wenige Krankenhäuser mit einer neurologischen Station dazu bereit sind, einen Workshop in die interne Planung der Kliniken mit einzubeziehen.

Um ein positiveres Ergebnis zu erhalten, wäre es besser gewesen früher bei den Kliniken anzufragen, da der Dienstplan schon weit im Voraus geplant wird und ein Workshop nur schwer eingeschoben werden kann.

Außerdem ist die Option, sofort persönlich vorstellig zu werden und die Klinik von dem Workshop zu überzeugen eine weitere Möglichkeit die Anzahl positiver Reaktionen zu erhöhen. Auch eine höhere Anzahl an Teilnehmern hätte das Ergebnis glaubwürdiger und aussagekräftiger gemacht.

Durch verschieden lange Berufserfahrungen ist es schwierig zu sagen, wie viel theoretisches Fachwissen beim Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen bereits vorausgesetzt werden kann.

Einige Teilnehmer hielten den Workshop für oberflächlich, wohingegen andere Teilnehmer ihr Wissen durch den Workshop vergrößern konnten.

Sowohl die Anatomie als auch die Neurologie des Gehirns, welche vor allem für alle Sprachmodalitäten eine Rolle spielt, aber auch die pathologischen Prozesse nach einem Schlaganfall im Gehirn müssen mit in den Workshop aufgenommen werden, um für ein ausreichendes Wissen seitens des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen zu sorgen.

6.11 Starke Punkte des Projekts

Der Workshop ist im Allgemeinen sehr zufrieden stellend verlaufen, die Workshopteilnehmer hatten sehr viel Spaß und konnten einiges an neuen Erkenntnissen mitnehmen. Die Teamleiterin der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Köln war so überzeugt von dem Workshop und seiner Ausführung, dass sie darum gebeten hat, den Workshop noch einmal in ihrem Haus auszuführen.

Einen weiteren starken Punkt stellt die Tatsache dar, dass die Autoren nach Meinung der Untersuchungsteilnehmer sehr gut vorbereitet waren und professionell aufgetreten sind.

Die Vergleiche der Wissensüberprüfungen mit und ohne Workshop haben außerdem kurzfristig eine signifikante Verbesserung des Fachwissens des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals über Kommunikation und Aphasie gezeigt. Die Ziele, die die Autoren sich zu Beginn gestellt haben, sind erfüllt worden.

Laut der durch die Teilnehmer ausgefüllten Evaluationsbögen ist der Workshop in seinem aktuellen Zustand sehr gut geeignet für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches neu auf der neurologischen Station ist.

6.12 Neue Erkenntnisse

Zusammenfassend haben die Autoren folgende neue Erkenntnisse gewinnen können:

Man kann nicht pauschal sagen, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nicht über genügend theoretisches Fachwissen über die Themenbereiche „Kommunikation“ und „Aphasie“ verfügt, es gibt durchaus Ausnahmen. Und es gibt diejenigen, die ihren Mangel an theoretischem Fachwissen mit praktischen Erfahrungen ausgleichen können.

Des Weiteren ist offensichtlich geworden, dass die unterschiedliche Symptomatik einer Aphasie dem Pflegepersonal nicht immer bekannt ist, hierbei kommt auch wieder das theoretische Fachwissen zum Tragen.

Die Kommunikation mit Patienten mit schwerer Aphasie gestaltet sich für das Pflegepersonal schwieriger als mit leicht Betroffenen – gerade bei den Teilnehmern, denen die praktische Erfahrung fehlt.

Die Versorgung der Menschen mit Aphasie geschieht teilweise unter nicht adäquaten, benachteiligenden Umständen – dies passiert sowohl Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit viel, als auch dem mit wenig Berufserfahrung.

Man kann also pauschal sagen, dass der Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie nötig ist und sowohl dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ihre Arbeit erleichtern als auch Frustrationen bei den Menschen mit Aphasie vermeiden kann.

Des Weiteren ist aufgefallen, dass die Teilnehmer mit wenig Berufserfahrung während des Workshops zum Thema „Kommunikation“ deutlich mehr Ideen hatten als die Teilnehmer mit mehr Berufserfahrung. Hier kann man sehen, dass theoretisches Wissen vermittelt wurde. Es bleibt noch zu klären ob das Wissen im Laufe der Zeit nicht mehr vorhanden ist, oder ob dieses Wissen erst seit kurzen während der Ausbildung vermittelt wird. Sollte ersteres der Fall sein, so muss dieses Wissen immer wieder neu vermittelt werden, um dieses auch anwenden zu können. Sollte jedoch letzteres der Fall sein, dann scheint die Ausbildung verändert worden sein, wobei dies eine sehr erfreuliche Tatsache darstellt, da so ein Schritt in die Verbesserung des theoretischen Wissens über Kommunikation gemacht wurde.

6.13 Klinische Bedeutung

Durch die Einführung der “International Classification of Functioning, Disabilities and Health” (ICF), welche besagt, dass der Körper, der Geist und die Gesellschaft, aber auch die Interaktionen zwischen den eben genannten, eine bedeutende Rolle spielen, wird deutlich wie wichtig die Umgebung für die Entstehung, die Aufrechterhaltung und den Verlauf einer Krankheit sind. Gerade durch die Teilhabe am alltäglichen Leben und der Kommunikation, sofern diese beiden noch möglich sind, kann eine Krankheit positiv beeinflusst werden. Durch gezielte weiterbildende Maßnahmen, ausgeführt durch Logopäden, für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (als auch für die Menschen in der Umgebung des Menschen mit Aphasie) sind ein wichtiger Punkt um die Partizipationsmöglichkeiten der Menschen mit Aphasie in der akuten Phase zu verbessern.

Gerade das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, auf das die Menschen mit Aphasie in der akuten Phase besonders angewiesen sind, muss sowohl theoretisch als auch praktisch genau wissen in welchem Sinne eine Aphasie einen Menschen einschränken kann, aber auch wie die noch vorhandenen Fähigkeiten positiv genutzt werden können.

Durch einen Workshop, durch Logopäden erstellt, welche sich sowohl die theoretischen Voraussetzungen als auch die praktischen Fähigkeiten durch die Ausbildung aneignen können, kann gerade dieses Wissen vermittelt werden.

Demnach ist es sehr wichtig, dass die Logopäden mit den neurologischen Kliniken eng zusammenarbeiten, um die Partizipation der Menschen mit Aphasie zu vergrößern. Hierbei ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem gesamten Klinikpersonal unabdingbar, um die gesamte Umgebung nach den Vorgaben der ICF zu berücksichtigen und die Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund zu stellen.

Bezogen auf die hier vorliegende Untersuchung zeigt sich, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal dazu bereit ist, sein Wissen zu erweitern. Es zeigte sich außerdem, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nach dem Workshop denkt, zukünftig anders im beruflichen Alltag mit den Menschen mit Aphasie zu arbeiten.

6.14 Fazit und Vorausblick

In dieser Arbeit wurde ein Workshop erstellt, mit dessen Hilfe das theoretische Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Station in NRW über die Themen „Aphasie“ und „Kommunikation“, sowie die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie an sich, optimiert werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die eingangs aufgestellte Fragestellung hinreichend beantwortet werden konnte.

Das Ziel das Fachwissen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals zu verbessern konnte durch den erstellten Workshop erreicht werden. Des Weiteren konnte der Workshop ein Mal ausgeführt werden. Durch die Ausführung des Workshops war es möglich einen Evaluationsbogen durch die Teilnehmer einfüllen zu lassen sowie den Effekt des Workshops durch einen Wissenstest, der direkt nach der Teilnahme ausgefüllt wurde, zu testen.

Ob und inwiefern der Workshop einen langfristigen Effekt auf das Fachwissen und die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie im beruflichen Alltag des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in NRW hat, ist noch zu klären.

Fragestellungen für weitere wissenschaftliche Untersuchungen könnten sein:

1. Führt der Workshop zu einer langfristigen Verbesserung des theoretischen Fachwissens über Aphasie und Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in NRW?
„Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase – eine Effektivitätsstudie“
2. Kann das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW sein Verhalten auf Grund der Teilnahme des Workshops im beruflichen Alltag verändern (Bewusstseinsveränderung)?
3. Führt der Workshop in ganz Deutschland zu einer Verbesserung sowohl des theoretischen Fachwissens als auch der Kommunikation im beruflichen Alltag des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen?

Die Autoren fänden es sehr wünschenswert, wenn die oben genannten Untersuchungen durchgeführt würden. So sind die Bemühungen der Autoren des Workshops nicht wirkungslos.

Außerdem kann durch den Workshop ein weiterer Punkt der ICF im Gesundheitswesen verwirklicht werden, da die Partizipation des Patienten merklich verbessert werden kann.

Die Autoren halten den erstellten Workshop für einen ersten Ansatz der Verbesserung der beruflichen Qualitäten des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen. Außerdem fänden die Autoren es sehr wünschenswert, wenn der Workshop regelmäßig auf neurologischen Stationen zur Anwendung kommen könnte.

Die Partizipation der Menschen mit Aphasie kann so deutlich verbessert werden und damit ihre Lebensqualität verbessert werden.

Das Ziel muss sein, das Wissen und die praktischen Fähigkeiten der Logopädie (und der Logopäden) über Aphasie und Kommunikation dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zur Verfügung zu stellen und so die Partizipation der Menschen mit Aphasie zu erhöhen.

Logopäden als Anleitung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals-

Yes we can help!

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Ätiologie von Aphasien (Wehmeyer und Grötzbach, 2006)	7
Abbildung 2: Einteilung der Aphasiesyndrome nach Huber und Poeck, 1983	9
Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (ICF, 2005)	12
Abbildung 4: ICF Endfassung, 2005	13
Abbildung 5: Kommunikationsmodell nach Soonius, 2001	14
Abbildung 6: Tabellarischer Aufbau des Workshops	29
Abbildung 7: Geschlecht der Workshopteilnehmer	34
Abbildung 8: Berufserfahrung der Workshopteilnehmer	34
Abbildung 9: Berufsgruppen der Voruntersuchung	35
Abbildung 10: Schematische Übersicht der Punkteverteilung	36
Abbildung 11: Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten pro Frage	38
Abbildung 12: Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten, Frage 10	38
Abbildung 13: Wissensprüfung - Vergleich der Häufigkeiten der richtigen Antworten pro Frage	39
Abbildung 14: Vergleich Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten, Frage 10	40
Abbildung 15: Vergleich Wissensprüfung - Häufigkeiten der richtigen Antworten in Prozent (Frage 10)	40

Literaturverzeichnis

Bücher

1. Franke, U. (2004). *Logopädisches Handlexikon*. München: Ernst Reinhardt Verlag
2. Schöler, M.; Grötzbach, H. (2006). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer Verlag
3. Siegmüller, J.; Bartels, H.(2006) *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken*, Urban & Fischer
4. Glöckel, H.; (1996) *Vom Unterricht*, Verlag: J. Klinkhardt
5. Sims, Nikki Highmore; (2006) *How to run a great workshop: the complete guide to designing and running brilliant workshops and meetings*, Harlow [etc.]: Pearson/Prentice Hall Business
6. Klatt, Bruce.; (1999) *The ultimate training workshop handbook : a comprehensive guide to leading successful workshops & training programs*, New York: McGraw Hill
7. Dharmaperwira-Prins, Reni; (1987) *Afasie - Beschrijving, Onderzoek, Behandeling*, Verlag: Pearson Assessment and Information
8. Soonius, Jacques; (2001) *Communicatie in de gezondheidszorg*, Verlag: H. Nelissen
9. K. van Meer, J. van Neijenhof; (2001) *Elementaire sociale vaardigheden*, Verlag: Bohn Stafleu Van Loghum
10. Tesak, Jürgen; (1997) *Einführung in die Aphasie*, Herausgegeben von: Luise Springer, Dietlinde Schrey-Dern
11. Konstantinidou, Magdalene; (1997) *Sprache und Gefühl*, Verlag: Buske
12. Schnelle, Petra; (2001) *Zurück zur Sprache, zurück ins Leben*, Verlag: Urban & Fischer
13. Benecke, Petra; Böhme, Gerhard; Engelmann, I; Bigenzahn, Wolfgang; Feneberg, Wolfgang; Penner, Heike; (2006) *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*, Verlag: Urban & Fischer
14. Kumbruck, Christel; Derboven, Wibke; (2009) *Interkulturelles Training*, Verlag: Springer
15. Baumgartner, Luitgard; Kirstein, Reinhard; Möllmann, Rainer; (2003) *Häusliche Pflege heute*, Verlag: Urban & Fischer bei Elsevier
16. Nelles, Gereon; (2004) *Neurologische Rehabilitation*, Verlag: Thieme, Stuttgart
17. Brunen, M. H.; Herold., Eva E.; (2001) *Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Bd.1 Grundlagen Ganzheitliche, integrative Pflege*; Verlag: Schlütersche
18. Lutz, Luise. (1992). *Das Schweigen verstehen*. Berlin: Springer Verlag.

19. Reinschmidt, Markus; (2007) *Kommunikation nach Watzlawick - der systemische Aspekt und der Nutzen für die Beratung*; Verlag: Grin
20. Lang, Klaus; Koch, Uwe; (2008) Schmeling-Kludas, Christoph. *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen: Das Hamburger Kursprogramm*; Verlag: Schattauer
21. Watzlawick, Paul H.; Beavin, Janet; Jackson, Don D.; (2000) *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*; Verlag: Hans Huber

Internet

1. World Health Organization (n.d.) *ICF – Introduction* [Online]. Verfügbar: <http://www.who.int/classifications/icf/site/icftemplate.cfm?myurl=introduction.html%20&mytitle=Introduction> [2009, März 3]
WHO (2001) ICF international homepage. From [2009, März 19]
2. Presseportal: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. [Online]. Verfügbar: http://www.presseportal.de/pm/34356/1359791/deutscher_bundesverband_fuer_logopaedie_e_v/ [2009, Februar 26]
3. Leren.nl [Online] Herausgeber: Applinet B.V.; Autor: Corona de Wert (2005). Verfügbar: http://www.leren.nl/cursus/leren_en_studeren/didactiek/werkvormen.html
4. DKTIG mbH [Online]. Verfügbar: <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de> [2010, Mai 07]
5. Neurologienetz GmbH [Online]. Verfügbar: <http://www.neurologienetz.de> [2010, Mai 07]

Artikel

1. S. Fischer, I. Kimmel und G. Kück; (2009) „*Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase*“
2. Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing und Grypdonck (2000) "*Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly*"
3. Dalemans, R.J.P., De Witte, L., van den Hoevel, W.&Wade, D. (2007) A description of social participation in working age people with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*.
4. Gordon, C., Ellis-Hill, C. S., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis:nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553.

5. Günther, T., Hofman, M., & Promes, M. (2009). Afasiesyndromen: twijfels over de klassieke taxonomie. *Logopedie & Foniatrie*, 81(5), 148-152.
6. Wittler, M (2009). Rückbildungsprozesse in der Akut- und Postakutphase von Aphasien. *Logopedie & Foniatrie*, 23(6), 12-19.
7. Huber, Walter; Klaus Poeck; Dorothea Weniger; Klaus Willmes: *Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe 1983

Anlagen

Anhang 1: Brief zur Kontaktaufnahme



Adresse der Klinik und des Ansprechpartners

Aachen, den ...

Vermittlung von Pflegepersonal zur Teilnahme an dem Workshop „Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“

Sehr geehrte/r ... ,

nach unserem Telefonat am ..., für das wir uns nochmals herzlichst bedanken, erhalten Sie hiermit, wie vereinbart, die Unterlagen zu unserer Bachelorarbeit des Studiengangs Logopädie der Hogeschool Zuyd in Heerlen (Niederlande).

Unser Workshop richtet sich an Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen, das mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase kommuniziert (wobei die akute Phase wie folgt definiert ist: bis 6 Wochen post onset).

„Eine Aphasie wirkt sich einschneidend auf das Leben eines Betroffenen aus: Je nach Schwere der Aphasie können eigene Gedanken nicht mehr ausgedrückt und kann einem Dialog nicht mehr gefolgt werden. Aufgrund der teilweise tiefgreifenden Kommunikationsstörungen ist es notwendig, dass für Menschen mit Aphasie innerhalb der Akutversorgung speziell ausgebildetes Pflegepersonal existiert, das auf adäquate Weise mit der Person mit Aphasie kommuniziert.“

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit haben wir einen Workshop aufgestellt, der zum Ziel hat die Kommunikation des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen mit Menschen mit Aphasie zu optimieren.

Davon kann also auch ihre Klinik profitieren!

- | |
|--|
| Warum Sie an unserer Untersuchung teilnehmen sollten: |
| → Optimierung der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie |
| → Förderung der Partizipation der Menschen mit Aphasie |
| → Sicherung der Pflegequalität |

Den genauen Aufbau unseres Workshops haben wir für Sie noch einmal in einem Schema (Anhang 1) verdeutlicht. Es ist möglich den Workshop in dem Zeitraum von Januar bis ca. Mitte Februar 2010 einzuplanen.

Im Anhang 2 finden Sie einen Informationsbrief für potentielle Teilnehmer unter ihrem Pflegepersonal. Wir bitten Sie, diesen sichtbar für ihr Pflegepersonal aufzuhängen und auf unseren Workshop aufmerksam zu machen.

Um die Teilnahme an der Studie zu bestätigen, befindet sich in Anhang 3 eine Teilnahmebestätigung. Diese kann während bzw. nach dem noch folgenden persönlichen Gespräch mit Ihnen ausgefüllt werden und wird anschließend an uns übergeben.

Bei Rückfragen oder Anmerkungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Natürlich sind wir auch gerne bereit, Ihre Klinik zu besuchen, um ein Informationsgespräch zu führen.

Marjelle Beckers
Paul-Kaußen-Str. 19b
52477 Alsdorf
Mobil: 0178 – 5506370
marjelle.beckers@web.de

Anja Daniels
Neusenerstraße 63
52146 Würselen

Wir bedanken uns bereits im Voraus sehr herzlich für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Marjelle Beckers
(Logopädiestudentin)

Anja Daniels
(Logopädiestudentin)

Anlage 2: Aufbau und Zeitplan des Workshops

Variante 1:

Willkommen heißen, Vorstellen der Gruppe		15 Min
Was ist Aphasie?	Brainstorm Filme ansehen Wichtigsten Symptome besprechen	30 Min
Wie kann man die Kommunikation im Allgemeinen unterstützen?	Brainstorm	15 Min
Pause		15 Min
Nonverbale Signale	Theorie + Praxis	20 Min
Rückmeldungen über Verständlichkeit geben	Theorie + Praxis	20 Min
Schreiben, Zeichnen, Zeigen	Theorie + Praxis	20 Min
Große Pause		30 Min
Fragen zum ersten Teil stellen/beantworten		15 Min
Wann sind Pausen sinnvoll?	Theorie	20 Min
Arbeit mit ‚Sprechtafeln‘	Theorie + Praxis	20 Min
Pause		15 Min
Weitere Fragen?		10 Min

Simulation & Feedback	Simulation der Pflege eines Patienten durch Autor & ein Teilnehmer des Workshops wendet die gelernte Theorie an. Feedback durch Teilnehmer	10 Min 20 Min
Evaluation		15Min
Verabschiedung		5 Min

Variante 2:

Willkommen heißen, Vorstellen der Gruppe		15 Min
Was ist Aphasie?	Brainstorm Filme ansehen Wichtigsten Symptome besprechen	30 Min
Wie kann man die Kommunikation im Allgemeinen unterstützen?	Brainstorm	15 Min
Pause		15 Min
Nonverbale Signale	Theorie + Praxis	20 Min
Rückmeldungen über Verständlichkeit geben	Theorie + Praxis	20 Min
Schreiben, Zeichnen, Zeigen	Theorie + Praxis	20 Min

2 – 3 Wochen Pause, die Teilnehmer erhalten Hausaufgaben und können das theoretisch Gelernte in der Praxis anwenden und mit eventuellen Fragen zu uns zurückkommen!

Fragen zum ersten Teil stellen/beantworten		15 Min
Wann sind Pausen sinnvoll?	Theorie	20 Min
Arbeit mit ‚Sprechtafeln‘	Theorie + Praxis	20 Min
Pause		15 Min
Weitere Fragen?		10 Min
Simulation & Feedback	Simulation der Pflege eines Patienten durch Autor & ein Teilnehmer des Workshops wendet die gelernte Theorie an. Feedback durch Teilnehmer	10 Min 20 Min
Evaluation		15Min
Verabschiedung		5 Min



Anlage 3: Teilnahmebestätigung

Teilnahmebestätigung:

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig bereit bin an dem Workshop „Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ teilzunehmen.

Kennziffer Teilnehmer/in: _____ (auszufüllen durch Studienleiter)

Datum: ____/____/____

Name Teilnehmer/in: _____

Vorname Teilnehmer/in _____

Name und Ort der Einrichtung: _____

Ich bin darüber informiert, dass der Workshop aus folgenden Unterteilen besteht:

- Workshop zum Thema Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase
- der Teilnahme an dem Wissenstest zum Thema Aphasie und Kommunikation

(Unterschrift)

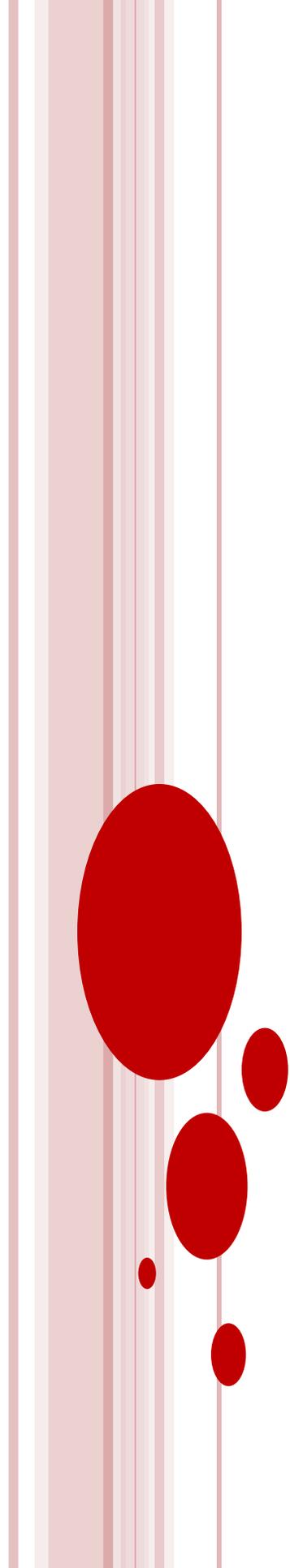
KOMMUNIKATION MIT MENSCHEN MIT APHASIE

Workshop zur Verbesserung der
Kommunikation zwischen
Pflegepersonal und Menschen mit
Aphasie in der akuten Phase

Studenten: Marjelle Beckers (0625108)
Anja Daniels (0626376)

Betreuer: Ruth Dalemans

Datum: Juni 2010

A decorative vertical bar on the left side of the page, consisting of several thin, parallel lines in shades of light red and pink. To the right of these lines are several solid red circles of varying sizes, arranged in a vertical, slightly irregular pattern.

THEORETISCHE AUSARBEITUNG

VORSTELLUNG UND INHALTSÜBERSICHT

- **Zeitbedarf:** 10-15 Minuten
- **Methode:** Gesprächsrunde
- **Benötigtes Material:** Beamer, PPP
- **Theoretische Grundlagen:** -----
- **Ziel:**
Die Teilnehmer haben sich gegenseitig vorgestellt.
Die Teilnehmer haben einen Überblick über den gesamten Workshop erhalten.
- **Inhalt/Ablauf:**
Erst stellen sich die Logopäden kurz vor. Die Teilnehmer sollen nun kurz ein paar Sätze über sich und ihre Arbeit/Station erzählen um einen Einstieg in die gemeinsame Runder zu erhalten.



WAS IST APHASIE?

- **Zeitbedarf:** ~20-30 Minuten
- **Methode:** Brainstorm, Filme ansehen
- **Benötigtes Material:** PC, Projektor, Flipcharts, Stifte, Filme
- **Theoretische Grundlagen:**

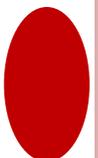
Franke, U. (2004). Logopädisches Handlexikon.
München: Ernst Reinhardt Verlag

Siegmüller, J.; Bartels, H.(2006) Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken, Urban & Fischer

Dharmaperwira-Prins, Reni; (1987) Afasie – Beschrijving, Onderzoek, Behandeling, Verlag: Pearson Assessment and Information
- **Ziel:**

Die Teilnehmer sind sich ihres Wissens über das Krankheitsbild „Aphasie“ bewusst.

Die Teilnehmer erarbeiten gemeinsam eine Definition des Krankheitsbildes „Aphasie“ und die Unterschiede zwischen den einzelnen Aphasieformen.



WAS IST APHASIE?

- **Inhalt/Ablauf:**

Am Anfang werden Notizen gemacht, was die Teilnehmer mit Aphasie verbinden und diese Stichpunkte notiert. Nun folgt ein Film über Menschen mit Aphasie. Nachdem die Teilnehmer das Video gesehen haben. Nun soll jeder sagen was er persönlich mit dem Krankheitsbild „Aphasie“ verbindet. Außerdem sollen die verschiedenen Symptome von Aphasien genannt werden. Die Autoren des Workshops werden versuchen mit gezielten Fragen zu den erwünschten Ergebnissen zu gelangen. Den Teilnehmern soll in diesem Teil des Workshops deutlich werden, was sie selber und auch ihre Kollegen mit dem Krankheitsbild „Aphasie“ verbinden und wie groß ihr eigenes Wissen über dieses ist.



WIE KANN MAN DIE KOMMUNIKATION IM ALLGEMEINEN UNTERSTÜTZEN?

- **Zeitbedarf:** ~15 Minuten
- **Methode:** Brainstorm...
- **Benötigtes Material:** Flipcharts, Stifte
- **Theoretische Grundlagen:** -----
- **Ziel:** Die Teilnehmer erkennen ihre individuelle Art der Kommunikation.
Die Teilnehmer erkennen ihre individuelle Art Kommunikation zu unterstützen.
- **Inhalt/Ablauf:**

Die Frage wird offen in den Raum gestellt. Jeder der anwesenden Teilnehmer soll sich kurz selber überlegen und eventuell auch notieren wie er persönlich die Kommunikation zu unterstützen versucht. Die angeführten Punkte werden notiert und danach kurz besprochen ob alle Teilnehmer dieselbe Ansicht haben oder ob sich sehr unterschiedliche Meinungen ergeben. Alle Ergebnisse werden durch einen Leiter auf einem Flipchart notiert. Die Autoren des Workshops werden versuchen mit gezielten Fragen zu den erwünschten Ergebnissen zu kommen.



FRAGEN ZUM ERSTEN TEIL

- **Zeitbedarf:** ~15 Minuten
- **Methode:** Fragerunde
- **Benötigtes Material:** Flipcharts, Stifte
- **Theoretische Grundlagen: -/-**
- **Ziel:** Die Teilnehmer beantworten mit Hilfe der gesamten Gruppe und der Workshopleitung aufgetretene Fragen.
- **Inhalt/Ablauf:**

Die Frage wird offen in den Raum gestellt. Jeder der anwesenden Teilnehmer soll kurz selber überlegen und dann werden wir gemeinsam versuchen die Frage zu beantworten.

Die Fragen werden alle notiert um Anhaltspunkte für eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten für unseren Workshop zu erhalten.



NONVERBALE KOMMUNIKATION (THEORIE)

- **Zeitbedarf:** ~10 Minuten
- **Methode:** Vortrag
- **Benötigtes Material:** -/-
- **Theoretische Grundlagen:** Watzlawick et al. 2000;
Lang et al. 2008
- **Ziel:** Die Teilnehmer werden sich darüber bewusst, dass (nonverbale) Kommunikation stattfindet, sobald sich Menschen begegnen.



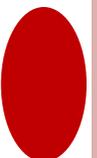
NONVERBALE KOMMUNIKATION (THEORIE)

- **Inhalt/Ablauf:**

In dem theoretischen Vortrag wird das erste von 5 metakommunikativen Axiomen des Kommunikationswissenschaftlers Watzlawick (1967/69; 2000) vorgestellt („Man kann nicht nicht kommunizieren“) und seine Bedeutung erläutert:

Sobald Menschen einander begegnen, kommunizieren sie, da jedes zwischenmenschliche Verhalten Mitteilungsscharakter hat. Verhalten hat kein Gegenteil, man kann sich nicht NICHT verhalten, also kann man auch nicht NICHT kommunizieren.

Deshalb kann man nicht behaupten, dass Kommunikation nur dann stattfindet, wenn sie bewusst und erfolgreich ist.



NONVERBALE KOMMUNIKATION (THEORIE)

Da jede Kommunikation eine Stellungnahme bedeutet und damit eine Definition der Beziehung zwischen dem Sender und Empfänger ist, ist auch eine bewusste Verweigerung von Kommunikation (Schweigen, Abwenden...) eine Form der Kommunikation.

Störungen nach dem 1. Axiom entstehen unter anderem

- durch ein Ignorieren der Kommunikation (durch Nicht-Antworten oder Nicht-Eingehen auf das, was der Partner sagt),
- durch widerwillige Annahme der Kommunikation
- durch Abweisungen wie "Mit dir will ich nichts zu tun haben", da diese an sich widersprüchlich sind
- durch Entwertung der Aussagen des Partners z.B. durch häufige Themenwechsel, Nicht-bei-der-Sache-sein, Bagatellisierung ("das wird schon wieder")



NONVERBALE KOMMUNIKATION (THEORIE)

- das Bestreben eine stattgefundene Kommunikation ungeschehen zu machen und
- durch Flucht in Symptome wie Müdigkeit, Kopfschmerzen, Krankheit

Danach werden **Möglichkeiten** besprochen wie man **nonverbale Botschaften** senden kann, wie z.B. durch die **Körperhaltung, Gestik, Mimik, Intonation** etc.

Den Teilnehmern sollte jedoch auch mitgegeben werden, dass **nonverbale Kommunikation immer**

mehrdeutig ist und dass es dadurch zu

Missverständnissen kommen kann. **Man sollte also von nonverbalen Signalen auf keinen Fall vorschnell auf innere Zustände schließen!!**



NONVERBALE KONTAKTAUFNAHME (PRAXIS)

- **Zeitbedarf:** ~10 Minuten
- **Methode:** Gruppenübung
- **Benötigtes Material:** -----
- **Ziel:** Die Teilnehmer erkennen anhand von Selbstbeobachtung individuelle Nähe- und Distanzwünsche im nonverbalen Kontakt.
- **Inhalt/Ablauf:**

Die Teilnehmer laufen im Raum hin und her und nehmen nonverbal Kontakt zu anderen Gruppenmitgliedern auf. Während der Übung sollen die Teilnehmer schweigen. Sie werden instruiert sich selbst hinsichtlich ihrer eigenen Gefühle zu beobachten: welche räumlichen Abstände zu anderen ihnen gut tun, von wem sie sich angezogen fühlen, zu wem sie lieber auf Distanz bleiben möchten, zu wem sie Blickkontakt aufnehmen möchten und was ein Blickkontakt bei ihnen auslöst.



NONVERBALES MITTEILEN VON GEFÜHLEN (PRAXIS)

- **Zeitbedarf:** ~20 Minuten
- **Methode:** Partnerübung
- **Benötigtes Material:** -/-
- **Ziel:** Die Teilnehmer werden für nonverbale emotionale Botschaften (Mimik und Gestik) sensibilisiert und lernen diese zu interpretieren.
- **Inhalt/Ablauf:**

Die Teilnehmer setzen sich paarweise zusammen. Einer von beiden versucht nun durch seine Mimik und/oder seine Gestik eine Emotion zum Ausdruck zu bringen, wie z.B. Freude, Trauer, Ärger.... Der andere versucht diese Emotion zu benennen, indem er beispielsweise sagt: „Du scheinst dich zu ärgern“, der „Patient“ zeigt nun nonverbal an ob der „Pfleger“ die Emotion richtig benannt hat. Anschließend werden die Rollen getauscht und am Ende erzählt jeder Teilnehmer kurz wie er sich dabei gefühlt hat.



SCHREIBEN, ZEICHNEN, ZEIGEN IM KLINIKALLTAG (PRAXIS)

- **Zeitbedarf:** ~20 Minuten
- **Methode:** Partnerübung
- **Benötigtes Material:** Stifte, Papier
- **Ziel:** Die Teilnehmer werden für visuelle Botschaften (Schreiben, Zeichnen, Zeigen) sensibilisiert und lernen diese zu interpretieren.

- **Inhalt/Ablauf:**

Die Teilnehmer setzen sich wieder paarweise zusammen, einer übernimmt die Rolle des „Patienten“ und einer die Rolle des „Pfleger“. Der „Patient“ erhält nun Papier und einen Stift und überlegt sich etwas, was er z.B. zu essen oder zu trinken haben möchte. Diese Information versucht er dem „Pfleger“ deutlich zu machen, indem er schreibt, zeichnet oder gar auf etwas zeigt. Wichtig ist hierbei das verbale Feedback des „Pfleger“ was er versteht.

Achtung: Um den Schwierigkeitsgrad zu erhöhen, sollen bitte alle mit der nicht bevorzugten Hand schreiben und zeichnen.



WANN SIND PAUSEN SINNVOLL?

- **Zeitbedarf:** 15 Minuten
- **Methode:** Partnerübung
- **Benötigtes Material:** Aufgabekärtchen
- **Ziel:** Die Teilnehmer werden für nonverbale Botschaften (Mimik und Gestik) sensibilisiert und lernen diese zu interpretieren.
- **Inhalt/Ablauf:**

Die Teilnehmer setzen sich wieder paarweise zusammen, einer übernimmt die Rolle des „Patienten“ und einer die Rolle des „Pfleger“. Der „Pfleger“ erhält den Auftrag mit dem „Patienten“ über etwas alltägliches zu sprechen, wie z.B. das Befinden, das Wetter, die Familie etc. Der „Patient“ erhält den Auftrag das Gespräch nach kurzer Zeit durch nonverbale Signale abubrechen.

Achtung: Der „Patient“ darf NICHT sprechen.



WEITERE FRAGEN

- **Zeitbedarf:** ~10 Minuten
- **Methode:** Fragerunde
- **Benötigtes Material:** Flipcharts, Stifte
- **Theoretische Grundlagen:**
- **Ziel:** Die Teilnehmer beantworten mit Hilfe der gesamten Gruppe und der Workshopleitung aufgetretene Fragen.
- **Inhalt/Ablauf:**

Die Frage wird offen in den Raum gestellt. Jeder der anwesenden Teilnehmer soll sich kurz selber überlegen und dann werden wir gemeinsam versuchen die Frage zu beantworten.

Die Fragen werden alle notiert um den Workshop eventuell zu verbessern und somit einen Anhaltspunkt zu haben.



SIMULATION & FEEDBACK (AKTIV)

- **Zeitbedarf:** ~10 Minuten
- **Methode:** Simulation
- **Benötigtes Material:**
- **Theoretische Grundlagen:** „Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen
- Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“
- **Ziel:** Die Teilnehmer wenden die im Workshop erlernten Fähigkeiten aktiv an.



SIMULATION & FEEDBACK (AKTIV)

- **Inhalt/Ablauf:** Ein Autor simuliert einen Menschen mit Aphasie. Ein Teilnehmer des Workshops sieht sich selber als ein Pfleger des Menschen mit Aphasie und versucht eine alltägliche Begegnung zu simulieren. In dieser Begegnung sollen so viele erlernte Dinge wie möglich eingebracht werden.
Der Autor versucht dem Workshop-Teilnehmer die Möglichkeit zu geben so viele erlernte Fähigkeiten wie möglich anzuwenden.
Jeder der anderen Teilnehmer soll sich während der Simulation notieren was gut und was weniger gut gemacht wurde und auch wie es anders gemacht werden kann.



SIMULATION & FEEDBACK (FEEDBACK DER TEILNEHMER)

- **Zeitbedarf:** ~20 Minuten
- **Methode:** Brainstorm
- **Benötigtes Material:** Flipcharts, Stifte
- **Theoretische Grundlagen:**

„Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“
- **Ziel:** Die Teilnehmer verinnerlichen das im Workshop Erlernte.

Die Teilnehmer wenden das erlernte während einer Übungssituation an.

Die Teilnehmer können die neu Erlernen Fähigkeiten bei ihren Kollegen erkennen und benennen.



SIMULATION & FEEDBACK (FEEDBACK DER TEILNEHMER)

- **Inhalt/Ablauf:** Jeder Teilnehmer soll nun seine Notizen zur Simulation von Autor und einem Teilnehmer erläutern. Hier soll er versuchen auf positives und negatives zurückzugreifen. Bei negativen Punkten sollen dann auch Verbesserungsvorschläge mit angeführt werden. Alles wird notiert.

Im Anschluss an jede Übung erfolgt eine kurze Evaluation der jeweiligen Erfahrungen innerhalb der Teilnehmergruppe, sowohl negatives als auch positives Feedback wird kurz notiert, um eine spätere Analyse des Workshops zu gewährleisten.

Desweiteren wird der gesamte Workshop im Anschluss innerhalb der Teilnehmergruppe evaluiert.



WISSENSÜBERPRÜFUNG

- **Zeitbedarf:** ~10 Minuten
- **Methode:** Wissensüberprüfung, schriftlich
- **Benötigtes Material:** „Wissensüberprüfung zum Thema Aphasie“
- **Theoretische Grundlagen:**

Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2006). Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Schöler, M., Grötzbach, H. (2006). Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel. Berlin: Springer Verlag

Tesak, J. (2007). Aphasie - Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- **Ziel:**

Die Teilnehmer können 12 von 12 Fragen korrekt beantworten.

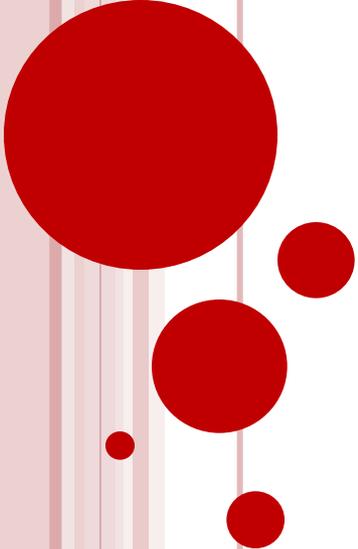


WISSENSÜBERPRÜFUNG

- **Inhalt/Ablauf:**

Die Teilnehmer erhalten einen Fragenbogen mit 12 Fragen zur Wissensüberprüfung zum Thema Aphasie und werden gebeten diese Fragen schriftlich zu beantworten.





KOMMUNIKATION MIT MENSCHEN MIT APHASIE

**Workshop zur Verbesserung der
Kommunikation zwischen Pflegepersonal und
Menschen mit Aphasie in der akuten Phase**

Anja Daniels

- 22 Jahre
- Seit 2006: Logopädiestudium an der Hogeschool Zuyd, Heerlen



Marjelle Beckers

- 23 Jahre
- Seit 2006: Logopädiestudium an der Hogeschool Zuyd, Heerlen
- Zur Zeit gemeinsames Schreiben der Bachelorarbeit mit dem Thema:

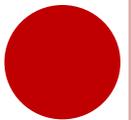


„Kommunikation mit Menschen mit Aphasie -

Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“



WER SIND SIE?

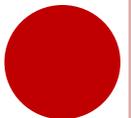


INHALT

- Was ist „Aphasie“?
- Was ist Kommunikation?
- Praktische Übungen



WAS IST „APHASIE“?



WAS IST „APHASIE“?

„Am 1. Tag sprach mein Mann gar nicht. Am 2. Tag einzelne Wörter, die ich aber zum Teil nicht deuten konnte. Ich versuchte die Wörter umzudrehen, was aber auch keinen Sinn ergab. [...] ich war geschockt, weil ich mich nicht richtig mit ihm unterhalten konnte. Es war meistens sehr mühsam, durch Fragen und Kombinieren dahinterzukommen, was er meinen könnte.“ (Huber et al., 2006, S.2-3)



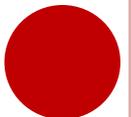
WAS IST „APHASIE“?

„Aphasie: (SAA) erworbene, zentrale Sprachst., die durch hirnorganische Schäd. entsteht. Tritt nach dem Erwerb der Muttersprache auf. Alle Komponenten des Sprachsystems (Lautstruktur, Wortschatz, Satzbau, Bedeutungsinhalte) können beeinträchtigt sein. Die Stör. erstrecken sich auf alle expressiven u. rezeptiven Sprachmodalitäten, d.h. auf Sprechen u. verstehen, Lesen u. Schreiben. (...)“ (Franke, 2008)



WAS IST „APHASIE“?

- Erworbene, zentrale Sprachstörung
- Entsteht durch hirnorganische Schäden
- Einschränkung der Sprachproduktion
- Einschränkungen der Sprachmodalitäten
→ Sprachverständnis, Lesen, Schreiben



FORMEN VON APHASIE

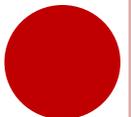
Syndrom	Symptom
Amnestische Aphasie	Leichteste Form von Aphasie Wortfindungsstörungen Beim Sprachverständnis, Nachsprechen, Lesen und Schreiben nur gering eingeschränkt
Broca Aphasie	
Wernicke Aphasie	Telegramstil, Agrammatismus, Sprachverständnis gering beeinträchtigt, häufig Wortfindungsstörungen, Nachsprechen möglich
Globale Aphasie	Paragrammatismus, flüssige inhaltsarme Sprachproduktion, Sprachverständnis deutlich eingeschränkt, Benennen-Nachsprechen-Schriftsprache erheblich gestört

VERLAUF VON „APHASIE“

- Akute Phase (2 - 6 Wochen)
 - Postakute Phase (1 - 6 Monate)
 - Chronische Phase (> 6 Monate)
- (Tesak, 1997)

Akute Phase:

sehr schwierig, schnelle Veränderungen,
Basisleistungen schwierig, auf Pflegepersonal
angewiesen



URSACHEN VON APHASIE

- Schlaganfall (80%)
- Schädelhirntrauma (10%)
- Hirntumor (7%)
- Hirnatrophie (1%)
- Entzündliche Erkrankungen des ZNS (1%)
- Hypoxie (1%)

Ätiologie von Aphasien (Wehmeyer und Grötzbach, 2006)



ZWEI SPRACHZENTREN

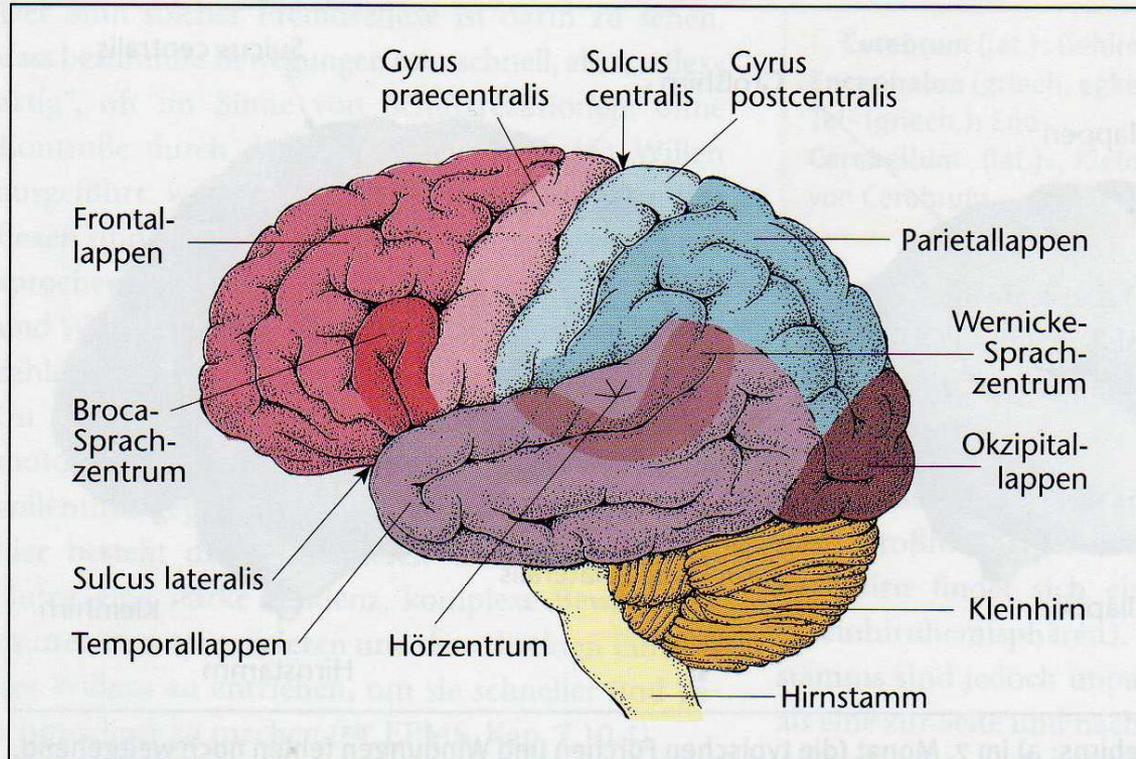


Abb. 7.13 Seitliche Ansicht der linken Großhirnhemisphäre mit Kleinhirn und Hirnstamm

Das Sprechen ist gestört. Ist es automatisch eine Aphasie?



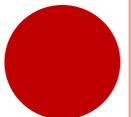
JÄHRLICHE INZIDENZ

- Jährliche Neuerkrankungen an Aphasie ca. 24.000 Menschen
- Schlaganfälle ca. 100.000 pro Jahr in Deutschland



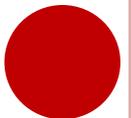
WAS IST KOMMUNIKATION?

*„Ein[..] fortlaufende[r] Prozess worin zwei oder mehr
Personen Informationen austauschen und wobei
sie fortwährend aufeinander reagieren.“ (van Meer,
van Neijenhof; 2001)*



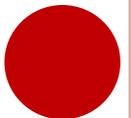
KOMMUNIKATION

Was ist das?
Welche Möglichkeiten gibt es?

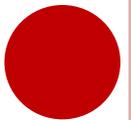


WIE KANN MAN KOMMUNIKATION UNTERSTÜTZEN?

- Verbal
- Nonverbal
 - Mimik, Gestik, Intonation, Körperhaltung und das Verhalten im Raum, z.B. Nähe und Distanz



NONVERBALE KOMMUNIKATION: MIMIK



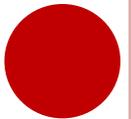
NONVERBALE KOMMUNIKATION: MIMIK



glücklich



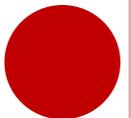
NONVERBALE KOMMUNIKATION: MIMIK



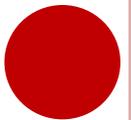
NONVERBALE KOMMUNIKATION: MIMIK



ängstlich



NONVERBALE KOMMUNIKATION: MIMIK

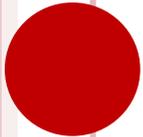
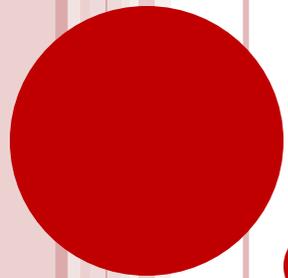


NONVERBALE KOMMUNIKATION: MIMIK



müde

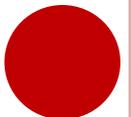




FRAGEN ZUM ERSTEN TEIL?

NONVERBALE KOMMUNIKATION

- Theorie
- 1. Metakommunikatives Axiom
 - Paul Watzlawick, Kommunikationswissenschaftler
 - 1969
 - 5 metakommunikative Axiome
 - Axiom = unmittelbar einleuchtender Grundsatz

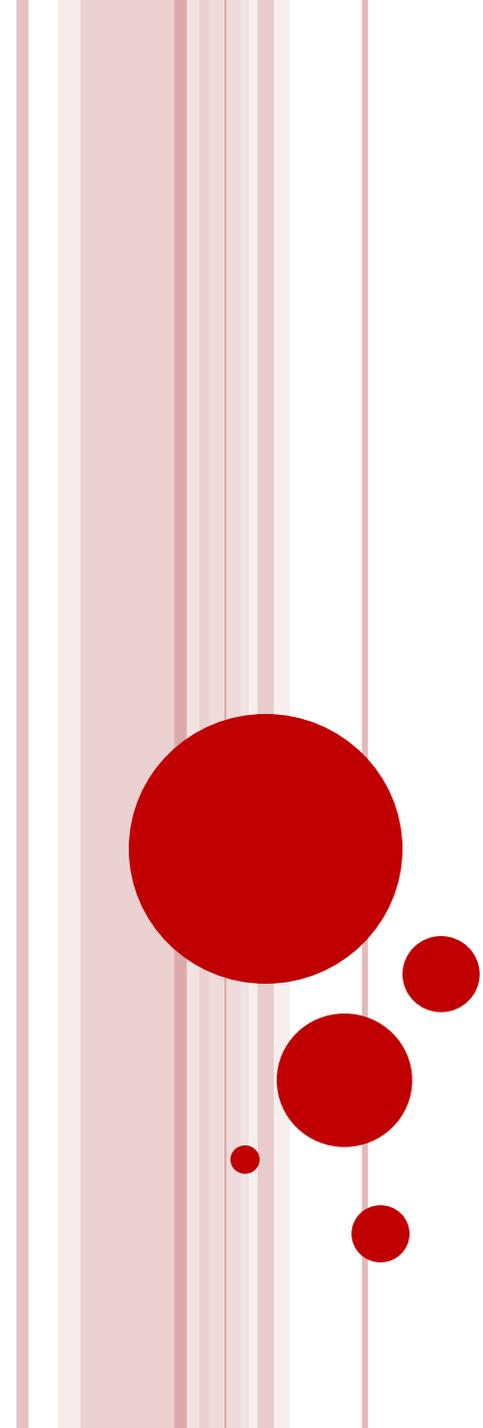


NONVERBALE KOMMUNIKATION

○ 1. Metakommunikatives Axiom

- 1. metakommunikatives Axiom: „Man kann nicht NICHT kommunizieren!“
- Verhalten ist Kommunikation
- Verhalten hat kein Gegenteil
- Störfaktoren





„TIPPS FÜR DIE KOMMUNIKATION MIT MENSCHEN MIT APHASIE“

NONVERBALE KOMMUNIKATION

- Möglichkeiten
- Missverständnisse



NONVERBALE BOTSCHAFTEN

- Gruppenübung
- Stehen Sie auf!
- Bewegen Sie sich durch den Raum!
- Welche räumlichen Abstände tun Ihnen gut?
- Zu wem suchen Sie Blickkontakt?
- WAS NEHMEN SIE WAHR?



NONVERBALES MITTEILEN VON GEFÜHLEN

- Setzen Sie sich paarweise zusammen!
- Wir brauchen einen Patienten und einen Pfleger!
- Sie erhalten Emotionskärtchen!
- Der Patient soll diese Emotionen NONVERBAL darstellen!
- Der Pfleger soll die Emotionen verbal benennen!
- Der Patient gibt NONVERBAL an, ob der Pfleger richtig oder falsch liegt.



SCHREIBEN, ZEICHNEN, ZEIGEN IM KLINIKALLTAG I

- Partnerübung
- Wir brauchen einen Patienten und einen Pfleger!
- Der Patient erhält Stift und Papier und möchte etwas zu Essen oder etwas zu Trinken haben, dies soll er aufschreiben, zeichnen oder zeigen!
- Bitte nehmen Sie ihre NICHT bevorzugte Hand!
- WAS ERFAHREN SIE?



SCHREIBEN, ZEICHNEN, ZEIGEN IM KLINIKALLTAG II

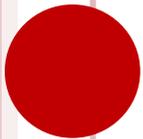
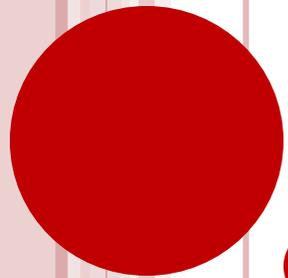
- Partnerübung
- Wir brauchen einen Patienten und einen Pfleger!
- Kommunizieren Sie mithilfe der „Sprechtafel“!
- Aufgabenstellung: siehe Aufgabenkärtchen



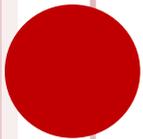
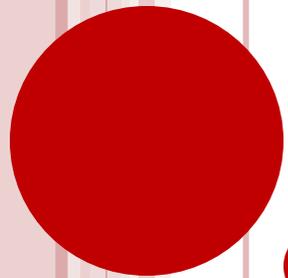
WANN SIND PAUSEN SINNVOLL?

- Partnerübung
- Wir brauchen einen Patienten und einen Pfleger!
- Sie erhalten beide jeweils Kärtchen mit einer Aufgabe!
- Der Patient darf NICHT sprechen!
- Nutzen Sie ihre nonverbalen Fähigkeiten! 😊

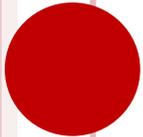
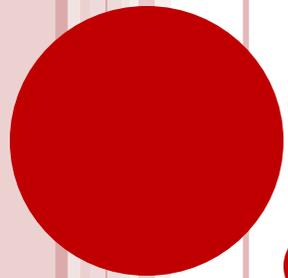




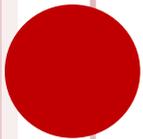
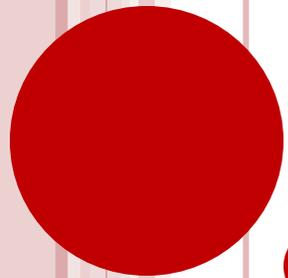
FRAGEN ZUM ZWEITEN TEIL?



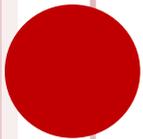
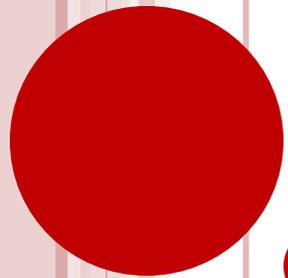
SIMULATION



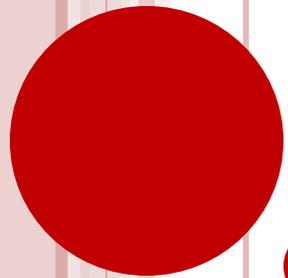
EVALUATION



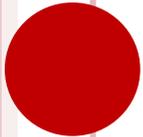
WISSENSÜBERPRÜFUNG



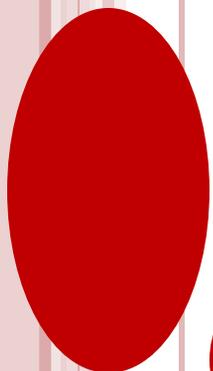
FRAGEN???



VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!



Anja & Marjelle



MATERIAL



SPRECHTAFEL

A	B	C	D	E	F	G
H	I	J	K	L	M	N
O	P	Q	R	S	T	U
V	W	X	Y	Z		
0	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10			

Arzt



Fernsehen



Telefon



Uhrzeit



Bett/hinlegen



Stuhl/hinsetzen



Toilette



Waschen



Zähne putzen



Essen



Trinken



HANDZETTEL

Tipps für die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie

Anpassung der Umgebung

- Sorgen Sie dafür, dass Störungen vermieden werden! (z.B. Fernseher / Radio ausschalten, Tür schließen usw.).
- Sorgen Sie für ausreichende Beleuchtung im Zimmer.
- Sorgen Sie für eine schmerzfreie Körperhaltung des Patienten.

Begrüßung / Verabschiedung:

- Begrüßen Sie den Patienten in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache.
- Geben Sie den Grund für Ihr Kommen an.
- Verabschieden Sie sich in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache.

Pflegepersonal als Sprecher

- Sprechen Sie mit einem adäquaten Tempo (nicht zu schnell).
- Sprechen Sie in einer adäquaten Lautstärke (nicht zu laut und nicht zu leise).
- Betonen Sie wichtige Wörter in meinen Aussagen.
- Verwenden kurze, einfache Äußerungen.
- Machen Sie sinnvolle Pausen im Gespräch. (Denk- oder Verarbeitungspause für den Patienten)
- Sichern Sie wichtige Informationen durch Fragen ab, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können.
- Benutzen Sie ein angemessenes Sprachniveau. (keine Babysprache)
- Sorgen Sie dafür, dass der Patient aufmerksam ist. (abwarten, Körperkontakt oder verbaler Hinweis kann nötig sein)

Pflegepersonal als Zuhörer

- Unterstützen Sie den Patienten in seinen Bemühungen zu kommunizieren. (z.B. Papier und Stift reichen etc.)
- Geben Sie dem Patienten verbales Feedback auf dessen Äußerungen. (z.B. „aha“, „verstehe“, „mhmm“)
- Achten Sie darauf, dem Patienten nicht ins Wort zu fallen.
- Achten Sie darauf, dem Patienten nicht „die Worte aus dem Mund zu nehmen“.
- Geben Sie dem Patienten Rückmeldung über seine Verständlichkeit (sagen, was verstanden wurde, was nicht; Details erraten etc.)
- Benennen Sie non-verbale Signale des Patienten. (z.B. „Sie schauen so traurig! Geht es Ihnen heute nicht gut?“)
- **GEBEN SIE NICHT AUF!** Es erfordert Geduld und Bemühen mit Menschen mit Aphasie zu kommunizieren. Nehmen Sie sich Zeit und machen Sie sich die Mühe: „Wir werden es herausfinden – fangen Sie noch einmal von vorne an!“
- Schreiben Sie bei „Hängenbleiben“ ein! Bei hartnäckigen Wiederholungen eines Wortes oder „Hängenbleiben“ an einem Satz oder Thema sollten Sie unterbrechen und ablenken. Häufig kann die Äußerung zu einem anderen Zeitpunkt besser bewältigt werden: „Vielleicht können Sie es später sagen!“

Alternative/ non-verbale Kommunikation

- Unterstützen Sie Ihre Äußerungen durch Mimik und Gestik.
- Schreiben Sie etwas auf / machen Sie eine Zeichnung / zeigen Sie auf Objekte, um etwas verständlich zu machen.
- Sorgen Sie für konstanten Blickkontakt zum Patienten.
- Geben Sie non-verbales Feedback auf die Äußerungen des Patienten. (z.B. zustimmend nicken, lächeln, Augenbrauen hochziehen etc.)
- Zeigen Sie ehrliches Interesse für die Gefühlswelt des Patienten und passen Sie Ihr Verhalten dementsprechend an.



AUFTRAGSKÄRTCHEN

Fröhlichkeit	Wut	Ekel	Furcht
--------------	-----	------	--------

Fröhlichkeit	Wut	Ekel	Furcht
--------------	-----	------	--------

Fröhlichkeit	Wut	Ekel	Furcht
--------------	-----	------	--------

Fröhlichkeit	Wut	Ekel	Furcht
--------------	-----	------	--------

Thema: Wetter	Thema: Familie	Thema: Befinden	Thema: Waschen
---------------	----------------	-----------------	----------------

Thema: Wetter	Thema: Familie	Thema: Befinden	Thema: Waschen
---------------	----------------	-----------------	----------------

Thema: Wetter	Thema: Familie	Thema: Befinden	Thema: Waschen
---------------	----------------	-----------------	----------------

Thema: Wetter	Thema: Familie	Thema: Befinden	Thema: Waschen
---------------	----------------	-----------------	----------------

Brechen Sie das Gespräch ab!			
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Brechen Sie das Gespräch ab!			
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Brechen Sie das Gespräch ab!			
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------



AUFTRAGSKÄRTCHEN

Verachtung	Traurigkeit	Überraschung
------------	-------------	--------------

Verachtung	Traurigkeit	Überraschung
------------	-------------	--------------

Verachtung	Traurigkeit	Überraschung
------------	-------------	--------------

Verachtung	Traurigkeit	Überraschung
------------	-------------	--------------

Thema: Beruf	Thema: Hobby	Thema: Haustiere
--------------	--------------	------------------

Thema: Beruf	Thema: Hobby	Thema: Haustiere
--------------	--------------	------------------

Thema: Beruf	Thema: Hobby	Thema: Haustiere
--------------	--------------	------------------

Thema: Beruf	Thema: Hobby	Thema: Haustiere
--------------	--------------	------------------

Brechen Sie das Gespräch ab!	Brechen Sie das Gespräch ab!	Brechen Sie das Gespräch ab!
------------------------------	------------------------------	------------------------------

Brechen Sie das Gespräch ab!	Brechen Sie das Gespräch ab!	Brechen Sie das Gespräch ab!
------------------------------	------------------------------	------------------------------

Brechen Sie das Gespräch ab!	Brechen Sie das Gespräch ab!	Brechen Sie das Gespräch ab!
------------------------------	------------------------------	------------------------------

