

# „Man hätt' sich's, glaub' ich, gewünscht, daß er bis zum Schluß dabei gewesen wär' ...“

## – Eine empirische Untersuchung zum Erleben von Patienten in der prä- und postoperativen Phase bei einem epilepsiechirurgischen Eingriff

Karin Kerksiek

In dem vorliegenden Artikel werden Auszüge einer empirischen Untersuchung vorgestellt, die im Rahmen einer Diplomarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft der Fachhochschule Osnabrück durchgeführt wurde. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung und Diskussion der Ergebnisse, die zum Nachdenken bzgl. der Übertragbarkeit auf andere operative Bereiche und zu weiterer Forschung auf dem Gebiet anregen sollen. [1] Wesentliche sich daraus ergebende Aufgabenfelder der Pflege sind geeignete Formen der Informationsgabe und der Begleitung.

Schlagwörter: Prä- und postoperative Pflege, Epilepsie, Informationsgabe, Begleitung

**Engl. Abstract** – This article presents results from an empirical study of patients experience in pre- and postoperative phases undergoing epilepsy-surgical interventions. This study is part of a final dissertation in a nursing science study programme at Fachhochschule Osnabrück, University of applied science. The focus of this article is on presenting and discussion the results, in order to foster further reflecting regarding the importance for other areas and to stimulate further research. Main resulting tasks for nursing are qualified modes of information giving and companionship.

Key words: pre- and postoperative nursing care, epilepsy, information giving, companionship

### Übersicht

- Problemstellung und Zielsetzung
- Methodisches Vorgehen
- Erleben der Patienten in der prä- und postoperativen Phase
- Diskussion
- Ausblick

### Problemstellung und Zielsetzung

Es handelt sich bei den Epilepsien um die häufigste chronische Erkrankung des Zentralen Nervensystems (Epilepsie-Kuratorium, 1998: 12). Zur Behandlung ist nach wie vor die medikamentöse Therapie das Mittel der ersten Wahl. Die chirurgische Therapie ist nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen möglich und hat sich danach als Behandlungsmethode insbesondere in den letzten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts kontinuierlich weiter entwickelt (Schneble, 1996). „Das Ziel des operativen Eingriffes besteht darin, einen epileptischen Herd zu entfernen und/oder die Ausbreitung fokaler epileptischer Aktivitäten zu unterbinden, ohne ein wesentliches neurologisches Defizit zu verursachen.“ (Stefan, 1989:

46) Ein Eingriff am Gehirn stellt nach wie vor ein besonderes Risiko dar. Deshalb wird die Operation als Behandlungsmethode erst angewendet, wenn die Anfälle durch eine medikamentöse Behandlung nicht ausreichend kontrolliert werden können. Zur Abklärung der Möglichkeit eines operativen Eingriffes ist immer eine umfassende präoperative Diagnostik notwendig, die sich bis zu zwei Jahre hinziehen kann. Patienten, die unter einer medikamentös schwer einstellbaren Epilepsie leiden, erleben Auswirkungen der Erkrankung auf viele Lebensbereiche. So muß der Alltag mit den z.T. unvorhersehbaren Anfällen und damit einher gehenden Einschränkungen, Medikamentennebenwirkungen und der nach wie vor weit verbreiteten Stigmatisierung gestaltet werden. Die Erkrankung hat auch Auswirkungen auf soziale Beziehungen. Angehörige und Betroffenen entwickeln wie auch bei anderen Erkrankungen – in Abhängigkeit von- und zueinander – Verhaltensweisen, durch welche die Situation kompensiert wird (Morse und Johnson, 1991; Riemann 1997).

Je nach der Lokalisation des epileptischen Herdes lassen sich verschiedene chirurgische Verfahren unterscheiden. Jedes Verfahren hat dabei seine eigenen besonderen Risiken im Hinblick auf mögliche Beeinträchtigungen. Die Prognosen bzgl. einer möglichen Anfallsfreiheit sind dabei unterschiedlich. Die vorliegende Untersuchung wurde auf Patienten mit einem Eingriff am Temporallappen beschränkt. Es handelt sich hierbei um den am häufigsten durchgeführten Eingriff im Rahmen der Epilepsiechirurgie (Neubauer, 1989: 113). Die Prognose für eine Anfallsfreiheit bzw. einer 90% igen Reduktion der Anfälle liegt hier bei ca. 80% (Hufnagel, 1996; Oppel und Höpfner, 1993).

Der präoperativen Pflege allgemein kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Meta-Analysen, wie die von Hathaway (1986), in der 68 Studien über den Effekt von „preoperative instruction“ bis zum Jahre 1984 untersucht wurden und die von Devine (1992), die sich auf 191 Studien aus den Jahren 1963-1989 im Hinblick auf

den Effekt von „psychoeducational care“ bezieht, zeigen, daß vorbereitende Maßnahmen zu einem positiven postoperativen Verlauf (Genesung, psychologischer Distress und Dauer des Krankenhausaufenthaltes) führen. Die präoperative Pflege ist allgemein durch die Leitidee geprägt, den Patienten bei der Vorbereitung auf einen operativen Eingriff zu unterstützen. Dies bedeutet nicht nur, Hilfestellung bei der Bewältigung in der präoperativen Phase anzubieten, sondern dabei gleichzeitig vorausschauend die Bewältigung der postoperativen Phase mit zu berücksichtigen. Anhand der allgemeinen Literatur zur präoperativen Pflege läßt sich das Aufgabenspektrum: Information, Instruktionen und psychische Unterstützung ableiten (Grypdonck, 1988/89; Devine, 1992). Neben diesem allgemeinen Aufgabenspektrum konnte im Rahmen des Literaturstudiums darüber hinaus die besondere Aufgabenstellung anhand der Punkte: Hilfestellung zur bewußten Entscheidung, Abbau von Ängsten, Linderung des Streßerlebens, Stärkung der Bewältigungskompetenz, Beachtung des Kontrollbedürfnisses und Linderung von Schmerzen herausgearbeitet werden. Wesentlich ist es, im Rahmen der präoperativen Pflege die individuelle Situation des Patienten, seine eigenen Bewältigungsstrategien und sein individuelles Informations- und Kontrollbedürfnis zu berücksichtigen. Für die Planung bestimmter Maßnahmen – wie z.B. die Weitergabe von sensorischen Informationen, der eine wesentliche Bedeutung im Hinblick auf eine Streßreduktion zukommt (Johnson, 1984; Johnson, Lauer und Nail, 1989) – sind Kenntnisse aus dem Erleben der Patienten notwendig. Die Bedeutung, die Patienten selbst der Situation, den Angehörigen und auch dem Pflegepersonal zuweisen, bestimmt wesentlich mit, in welchem Rahmen eine angemessene und wirkungsvolle präoperative Pflege geleistet werden sollte. Ebenso können Mitpatienten eine wichtige Funktion haben – z.B. bei der Weitergabe von Informationen. Es konnte im Rahmen der Literaturrecherche jedoch keine Veröffentlichung gefunden werden, die diese Aspekte näher untersucht. Mit der hier vorgestellten empirischen Untersuchung wurde daher das Ziel verfolgt, Einblicke in das Erleben der Patienten

während der Zeit relativ unmittelbar vor und nach einem epilepsiechirurgischen Eingriff und in die Bedeutung, die sie Mitpatienten, Angehörigen und auch Pflegenden zuweisen, zu gewinnen. Um den Einfluß der pflegerischen Maßnahmen und deren mögliche Wirkung berücksichtigen zu können, wurde gleichzeitig festgestellt, welche vorbereitenden pflegerischen Maßnahmen die Patienten erhalten.

## Methodisches Vorgehen

Die empirische Untersuchung wurde in einer Fachklinik für Epilepsie auf einer Station für präoperative Diagnostik und epilepsiechirurgische Behandlung durchgeführt. Zur Beantwortung der Fragestellungen war ein qualitatives Forschungsdesign notwendig. Durch teilnehmende und offene Beobachtungen, wurde zunächst ermittelt, welche pflegerischen Vorbereitungsmaßnahmen die Patienten vor einem epilepsiechirurgischen Eingriff erhalten. Der Schwerpunkt der Beobachtung wurde dabei auf die geplant stattfindenden pflegerischen Vorbereitungsgespräche gelegt. Im weiteren Verlauf der Untersuchung wurden insgesamt 10 Patienten, bei denen ein epilepsiechirurgischer Eingriff am Temporallappen durchgeführt worden ist, mittels eines problemzentrierten Interviews (Mayring, 1990) befragt. 7 Patienten wurden in der unmittelbaren postoperativen Phase (ab dem 6. postoperativen Tag) befragt, bei allen Patienten war zuvor das pflegerische Aufklärungsgespräch beobachtet worden. 3 Patienten, die zur postoperativen Nachsorge ein halbes Jahr nach dem Eingriff auf der Station waren, wurden ebenfalls interviewt (eines davon konnte aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten nicht verwendet werden). Das Alter der befragten Personen lag zwischen 24 und 53 Jahren. Von den befragten Personen waren 4 am rechten und 5 am linken Temporallappen operiert worden. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und dauerten im Durchschnitt eine halbe Stunde. Auf die Einhaltung der ethischen Prinzipien (Couchman und Dawson, 1995 zit. nach Holloway und Wheeler, 1997: 47) wurde sehr geachtet. So wurde beispielsweise bei jedem Interview genügend Zeit für Vor und

Nachgespräche eingeplant, ein schriftliches Einverständnis eingeholt und die Anonymisierung durch eine zusätzliche Verschlüsselung der zitierten Interviewpassagen sichergestellt. Die wörtlich transkribierten Interviews (gesprochener Dialekt wurde dabei ins Hochdeutsche übertragen) und die Beobachtungsprotokolle wurden anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1995) ausgewertet. Die genauen Schritte der Datenanalyse und Datenerhebung wurden schriftlich festgehalten und die Ergebnisse in der Einrichtung vorgestellt. Dies wurde u. a. mit der Zielsetzung durchgeführt, Möglichkeiten zur Überprüfung der wissenschaftlichen Exaktheit der empirischen Untersuchung zu schaffen (Liehr und Taft Marcus, 1996: 312/13).

## Erleben der Patienten in der prä- und postoperativen Phase

### Die präoperative Phase

#### Entscheidungsprozeß

Die Entscheidung für oder gegen eine Operation ist selten auf einen bestimmten Zeitpunkt begrenzt, sondern ist ein prozeßhaftes Geschehen. Die Auseinandersetzung beginnt aufgrund der umfangreichen Diagnostik schon sehr früh, und auch die persönliche Entscheidung für eine Operation kann bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt getroffen werden. Im Entscheidungsprozeß werden Chancen und Risiken der Operation und damit der mögliche Gewinn oder Verlust gegeneinander abgewogen: „Aber ich hab mir immer gesagt, und auch Freunde haben mich darin unterstützt, daß die Operation für mich das einzige Richtige ist. Mein Leben ist echt durch die Anfälle in den letzten drei Jahren immer schwerer und immer schlechter geworden. Und jetzt kann man da was machen. Jetzt hab' ich gute Chancen, wieder ganz fit zu werden.“ (Int. A3) [2]

Eine besondere Situation im Entscheidungsprozeß war das neurochirurgische Aufklärungsgespräch. Selbst wenn die Entscheidung für die Operation schon sehr früh klar war, stellte dieses Gespräch für die Patienten eine Herausforderung dar und brachte den Patienten ein „Innehalten“: „Das Ge-

sprach war erstmal ganz schön ein Volltreffer. Der Neurologe war der erste, der mir aufgezählt hat, was alles schiefgehen kann. Das war so, als ob ich ganz kurz mal die Luft anhalten müßte, aber sonst ging eigentlich alles problemlos.“ (Int. A5)

Doch in den meisten Fällen stand die Entscheidung zu dem Zeitpunkt fest. Bei wenigen – insbesondere sehr ängstlichen – Patienten hielt der Entscheidungsprozeß allerdings bis zur Operation an, selbst nachdem die Einverständniserklärung für die Operation bereits unterzeichnet war.

#### Zwischen Freude und Angst

Die Patienten beschrieben allgemein Tendenzen, dem Eingriff eher angstvoll oder eher freudig entgegen zu sehen. Die Ängste waren dabei sehr unterschiedlicher Art. Es traten z.B. Ängste vor dem Eingriff als solchem auf: „Angst hat man, sowieso, alleine daß man den Kopf aufmacht, weil das ist ja unsere Zentrale, von der alles gesteuert wird (...). Was man da alles so erleiden kann, gerade am Kopf. Ja, das war eigentlich die Hauptangst. Und eventuell zu sterben, das Gefühl hatte ich, das kann ich ganz ehrlich sagen.“ (Int. A7)

Der Eingriff am Gehirn, in die „Zentrale“, hat eine besondere Bedrohlichkeit, die durch die Aufklärung über mögliche Komplikationen verstärkt wird. Erlebte Komplikationen und negative Vorerfahrungen bei anderen Operationen verstärkten die Angst. Aber nicht nur der Eingriff als solcher, mit den möglichen Komplikationen, kann Ängste auslösen. Auch Ängste vor dem Allein-Sein, weil Angehörige nicht vor Ort sein konnten oder Ängste vor Stigmatisierung wurden von den Patienten thematisiert. Durch die Rasur des Kopfes wird der Eingriff auch für Außenstehende sichtbar, so daß die Patienten in einen Erklärungszwang hineingeraten können, dem sie sich nicht in jedem Fall stellen wollen. In einem Fall war es eine Assoziation, welche die Angst verstärkte: „Also, das weiße Hemd, das machte mir ja schon Angst. (...) Ich dachte, oh Gott, jetzt ist alles vorbei. Aber das ist ja Blödsinn.“ (Int. A9)

Das Hemd löste in dem Fall die

Assoziation, vermutlich durch berufliche Erfahrung, eines Totenhemdes aus und verstärkte dadurch die Angst. Mit der Operation war auf der anderen Seite aber auch große Hoffnung verbunden. Die Patienten erleben durch die Epilepsie eine extreme Einschränkung in ihrem Leben, so daß sie z.T. sehr optimistisch und froh darüber waren, daß etwas getan werden konnte: „... ich hab' mich praktisch drauf gefreut, daß man mir endlich helfen kann. Auf diesen Tag hab' ich mich gefreut, auf die (Operation) und daß ich kommen durfte. Da hab' dann ich überhaupt keine Angst davor gehabt.“ (Int. A14)

Insgesamt zeigte sich in den Beobachtungen und Interviews, daß die präoperative Phase durch große Anspannung und psychische Labilität gekennzeichnet ist: „Ich war psychisch halt sehr labil und hab' die ganze Gefühlsleiter immer hoch und runter gespielt. Aber das wurde dann schlagartig besser, als ich letzten Montag hier war.“ (Int. A15)

Es wurde ebenfalls deutlich, daß Ängste bereits über einen längeren Zeitraum vor der Einweisung zur Operation erlebt werden und z.T. – wie in dem zitierten Fall – sogar mit der Einweisung ins Krankenhaus zurückgehen.

#### Warten

„Da zog sich's dann noch über'n Jahr hin. Na ja, in dem Jahr ist nicht viel passiert. Das strengt einen dann fast mehr an, wenn man praktisch (nur) zuguckt und wartet.“ (Int. A17)

Für die Patienten, die durch ihre Epilepsieform sehr starke Einschränkungen erlebten, war das Warten auf die Operation eine besondere Belastung. Für manche Patienten stand die Entscheidung für die Operation schon bei der ersten Diagnostikphase fest, so daß bereits ab diesem Zeitpunkt das Erleben der verbleibenden Zeit bis zur Operation als „Wartephase“ einsetzte.

#### Informationen

Informationen waren in der präoperativen Phase auf verschiedenen Ebenen ein wichtiges Bedürfnis für die Patienten, auch wenn sie z.T.

unterschiedlich gewichtet und bewertet wurden. Wichtig waren für alle Patienten insbesondere die *Informationen über den Ablauf*. Selbst den Personen, die von sich sagten, sie ließen die Sache auf sich zukommen und hätten lieber nicht zu viele Informationen, waren diese Informationen zum Ablauf wichtig: „... insofern ist es schon besser, als wenn man da so nichtsahnend (ist). Es macht einen schon ein bißchen ruhiger, wenn man das alles weiß.“ (Int. A20) Es gab den Patienten Sicherheit, den Ablauf zu kennen. Sie konnten sich auf das einstellen, was auf sie zukommt und sich orientieren. Hilfreich wurde es auch erlebt, daß ihnen die Informationen zusätzlich in schriftlicher Form ausgehändigt wurden: „Ich hab' vorher Zettel bekommen, auf denen stand, wie alles abläuft und so. Ja, das war schon gut. Da konnte man das einfach mal nachlesen, was ich auch viel gemacht habe (lacht), einfach aus Angst. Aber das war schon sehr gut, daß ich so was halt gekriegt hab'.“ (Int. A23)

Das Lesen der Informationen wurde also nicht nur dazu genutzt, sich diese wieder in Erinnerung zu rufen, sondern war gleichzeitig auch eine Möglichkeit, gegen die Angst vorzugehen. *Informationen über Wahrnehmungen* (sensorische Informationen) wurden den Patienten von den Pflegenden in unterschiedlicher Weise, eher punktuell vermittelt. Eine Patientin hatte sehr umfassende Informationen durch eine Mitpatientin erhalten: „Die war ein paar Tage vorher operiert worden und hat mir dann, als es ihr ein bißchen besser ging, wenigstens gesagt was alles schlimm ist und wie alles so abläuft. Ich konnte auch immer nochmal nachfragen, was alles auf mich zukommt. Das hat sie mir dann auch sehr genau erklärt und auch dann viele Sachen genannt, die nicht so angenehm sind; wie sie sich nach der Operation gefühlt hat, als sie langsam wach wurde und so. Also es war eigentlich nichts Positives, was sie mir gesagt hat, aber es war für mich trotzdem schön, das zu wissen.“ (Int. A24)

Diese Patientin war im Vorfeld sehr ängstlich, sagte aber, daß sie jemand sei, die immer viel nachliest und nachfragt. Patienten, die bestimmte Vorinformationen nicht hat-

ten, konnten sich postoperativ schwer vorstellen, daß ihnen die Informationen im Vorfeld geholfen hätten. Eine weitere sehr wichtige Information für die Patienten, die eher indirekt vermittelt wurde, war die „In guten Händen zu sein“. Die Patienten hatten durch die Diagnostikphase, die auf der gleichen Station stattfand, schon sehr früh die Möglichkeit, sich ein Bild von der Einrichtung, den Mitarbeitern und dem Klima auf der Station zu machen: „Also, daß ich hier das Gefühl habe keine Nummer gewesen zu sein, das weiß ich, seitdem ich hier das erste Mal stationär lag. Es war so, daß ich hier eigentlich mit allen über alles reden konnte. Das Gefühl, daß ich nicht verstanden werde oder daß sich hier keiner um mich kümmert oder so, das hatte ich hier nie.“ (Int. A28)

Dabei spielte auch das Vertrauen zum Operateur eine wichtige Rolle. Ebenso wichtig war aber auch die Information „Nicht alleine gelassen zu werden“. Alle Patienten haben es als sehr positiv erlebt, daß ihnen mehrfach gesagt wurde, sie könnten sich bei Fragen immer melden. Sie erklärten, sie hätten dieses auch in Anspruch genommen und das Gefühl, sich jederzeit mit Fragen an die Mitarbeiter der Klinik wenden zu können. In der präoperativen Phase war es den Patienten aber auch wichtig, zu wissen, daß sie auch postoperativ nicht alleine gelassen werden. Aus Patientensicht ergab sich daraus eine Argumentation, warum es angemessen war, das pflegerische vorbereitende Gespräch so früh, noch vor den anderen Aufklärungsgesprächen – stattfinden zu lassen: „Ich fand's okay, daß die sich sogar am Sonntag (für das Gespräch) Zeit genommen haben. Und es ist sicher richtig, wenn die Pflegenden als erstes kommen, weil man zu den Pflegenden am ehesten Kontakt hat, denn die sieht man jeden Tag. Die OP dagegen läuft im Grunde nur ein paar Stunden und hinterher ist man halt über Nacht auf der Intensivstation. Aber die Pflegenden, auf die kommt es nachher an, wie man sich so fühlt, wie man damit umgehen kann. Wieviel Zeit die sich nehmen, um einem auch mal zuzuhören, wenn man irgendwelche Klagen hat oder mal ganz große Schmerzen hat. Deshalb ist es von den Pflegenden her eigentlich am wichtigsten, daß sie zeigen, daß sie hinterher auch (für einen) da sind.“ (Int. A30)

Der gewählte Zeitpunkt und das Gespräch an sich können auch signalisieren, daß den Pflegenden das Wohlergehen der Patienten ein wichtiges Anliegen ist. Da es sich um retrospektive Interviews handelt, ist nicht klar, ob diese Überlegungen der Patienten wirklich schon vor dem Eingriff so bewußt waren oder ob durch das Erleben der postoperativen Phase diese Erkenntnis mehr Gewicht bekommen hat. Aus den Interviews geht aber auch hervor, daß die Information, daß man „sich kümmert“ und nicht alleine läßt, nicht nur durch direkte Zusagen von den Pflegenden weitergegeben wird, sondern sich für die Patienten insbesondere indirekt aus dem Verhalten und der entgegengebrachten Wertschätzung ableitet.

#### *Anwendung eigener Bewältigungsstrategien*

Bezüglich der Frage, was den Patienten während der ganzen Zeit geholfen habe, um mit Anspannung und Ängsten umzugehen, wurde deutlich, daß es sehr individuelle Strategien waren, welche die Patienten anwenden. Die Strategien lassen sich unter die Überpunkte: „Ausleben der Gefühle“ und „Aktiv sein und Ablenken“ unterordnen. Ohne diese Kategorie näher auszuführen, soll als wichtige Erkenntnis an dieser Stelle erwähnt werden, daß eigene Bewältigungsstrategien nicht in jedem Fall souverän angewendet wurden, weil sie, wie z.B. viel Spazieren zu gehen, im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes nicht „normal“ erschienen.

#### *Weg zum OP*

Sehr viele Patienten konnten sich – vermutlich aufgrund der Prämedikation – an den Weg zum Operationsaal nicht mehr erinnern. In allen Fällen erlebten es die Patienten jedoch als sehr hilfreich, erleichternd oder auch nett, daß jemand von den Pflegenden sie zur Schleuse begleitet hatte. Nur ein Patient hätte sich in der Zeit auch seine Frau als Begleitung gewünscht. Allgemein war es den Patienten in der Zeit offenbar sehr wichtig, durch jemanden begleitet zu werden, der Mut macht und Sicherheit vermittelt, was den Angehörigen in der Zeit nicht unbedingt zugetraut wurde: „Von den Bekannten oder Ver-

wandten hätt' ich niemand gerne da gehabt. Weil die dann im Endeffekt mehr Schiß haben, was die (Ärzte) jetzt mit dir machen oder so. Mit den Pflegern und Schwestern ist mir das lieber, das ist deren (Aufgabe), die kennen sich damit aus. Das ist mir dann auch sicherer.“ (Int. A36)

Patienten erwähnten in diesem Zusammenhang aber teilweise auch, daß sie ihre Angehörigen vor jeder zusätzlichen Belastung schützen wollten. Patienten, die die Übergabe an das Anästhesiepersonal bewußt erlebten, fanden es einerseits positiv, daß sich die Pflegenden der Station verabschiedeten und alles Gute wünschten, andererseits löste die Verabschiedung ein komisches Gefühl aus: „Ja, das war dann schon ein bißchen komisch. Man hätt' sich's, glaub' ich, gewünscht, daß (der Pfleger) bis zum Schluß dabei gewesen wär', aber das ging ja nicht, wegen der Hygienemaßnahmen.“ (Int. A37)

Der Wunsch, jemanden dabei zu haben, der einem vertraut ist, hörte auch an der Schleuse nicht auf. Das Abschiednehmen zu dem Zeitpunkt wäre lieber vermieden worden, auch wenn die Zeit bis zum Einsetzen der Narkose in allen Fällen als sehr kurz erlebt wurde.

#### **Die postoperative Phase**

##### *Desorientierung*

Die Patienten sind auf der Intensivstation aufgewacht. Manche erzählten, daß dies langsam vor sich ging und gekennzeichnet war von einem permanenten Aufwachen und wieder Einschlafen. Teilweise war das Gefühl der Desorientierung vorherrschend.

Die Patienten fühlten sich noch nicht ganz in der Wirklichkeit zurück oder/und wie mit „Drogen untersetzt“ (Int. A 39). Aus den Aussagen der Patienten wird deutlich, wie vorherrschend bestimmte erste Eindrücke in der frühen postoperativen Phase waren. Diese Eindrücke blieben in der Erinnerung der Patienten fest verhaftet. Dies wird in der folgenden Kategorie besonders deutlich.

##### *Bedürfnis nach Ruhe und Abschirmung*

Die Patienten hatten nach der Operation das Gefühl, sehr ruhebe-

dürftig zu sein. Diesem Wunsch nach Ruhe konnte auf der Intensivstation nur sehr wenig entsprochen werden. Die Zeit auf der Intensivstation wurde als „Hölle“, „ätzend“ oder auch „grausam“ beschrieben. Diese Aussagen zeigen, wie drastisch der Lärm und die Unruhe erlebt wurden: *„Auf der Intensiv war es schrecklich. Ich konnte nicht geschreit schlafen. Die Zeit ist nicht vorbei gegangen. Und dann war alles so laut. Da war man gerade eingeschlafen, dann ist irgend-ein Piepser nebenan oder woanders im Raum losgegangen, und zwischen den Patienten waren nur Vorhänge. Also das war der gräßlichste (Anmerk. der Verfass.: das Wort wurde betont in die Länge gezogen) Teil.“* (Int. A45)

Auf Nachfragen wurde deutlich, daß die „Pieps“-Geräusche nicht als beunruhigend interpretiert wurden oder das Gefühl bestand, man kümmere sich nicht genügend. Es war vielmehr die Lautstärke und Unruhe, die den Aufenthalt für die Patienten z.T. unerträglich machten. Hierzu gehörte auch das nicht „Abgeschirmt-sein, von den Mitpatienten und deren Situation: *„Diese Geräusche nebenher ... Ich hatte irgendwie mitgekriegt, daß es der Frau neben mir schlechter ging, weil sehr viel Ärzte da waren und ich halt mithörte, was die erzählt. Da habe ich gedacht, die liegt bestimmt fast im Sterben. Als bei mir dann die Narkose ein bißchen nachließ, hab' ich dann auch mal gefragt, was mit der ist, ob die auch gerade operiert worden ist.“* (Int. A46)

Anhand dieser Aussage wird deutlich, daß die Patienten auch während der Ausleitung der Narkose schon vieles vielleicht nicht völlig bewußt – mitbekommen. Das kann eine besondere Bedrohlichkeit haben. Die Situation der Mitpatienten auf der Intensivstation mitzubekommen, wurde als belastend gewertet, und der Wunsch nach Abschirmung wurde direkt – wenn auch sehr zaghaft geäußert: *„Deswegen müßte man vielleicht einen Patienten ein bißchen mehr abschirmen.“* (Int. A47)

Aber nicht nur direkt nach der Operation auf der Intensivstation waren die Patienten besonders ruhebedürftig, sondern auch noch auf der Station. Die Ruhebedürftigkeit ergibt

sich sicherlich aus der Operation selber, aber vor allem auch aus den Kopfschmerzen, welche die Patienten in vielen Fällen unmittelbar nach der Operation erlebten.

#### Schmerzen

Bis auf einen gaben alle Patienten an, Kopfschmerzen nach der Operation gespürt zu haben. Es fiel den Patienten dabei schwer, den Schmerz zu beschreiben: *„Ja, mehr Druck und Schmerzen, Druck und Schmerzen zugleich. Wenn man das zusammenschmeißt in einen Topf und das zusammenrührt, was dann dabei heraus kommt.“* (Int. A49)

Die Schmerzen wurden von den Patienten jedoch nicht als beunruhigend interpretiert, sondern als zur Operation dazugehörend, zumindest, wenn sie einen bestimmten Zeitraum nicht überschritten: *„Also es war ja nicht einfach ein Zahn gezogen worden, sondern es war ein bißchen mehr. Insofern hat mich das am Anfang auch nicht gestört, weil ich wußte, was gemacht worden ist, daß das dann ein paar Tage andauert. Jetzt hab' ich nur noch morgens und abends mal ein bißchen Kpfschmerzen. Das stört mich jetzt wesentlich mehr, auch wenn es so ein bißchen ist, weil jetzt ist die Sache abgeschlossen, jetzt ist die Zeit vorbei.“* (Int. A50) [Das Gespräch fand am 7. Postoperativen Tag statt]

Die Patienten gaben an, wenn sie sich bei Schmerzen gemeldet hatten. Nicht immer konnte durch Medikamente eine Schmerzfreiheit erreicht werden. Eine Patientin erwähnte, daß sie sich teilweise bemüht habe, die Schmerzen auszuhalten, weil sie ihrem Körper nicht zu viele Gifte zumuten wollte, aber man habe ihr gesagt, daß sie es nicht so *„auf die Spitze treiben sollte“* (Int. A51). In einem Fall erzählte eine Patientin, daß sie aufgrund von Übelkeit die Tropfen erst stehen gelassen habe und darüber eingeschlafen sei. Sie sei dann nachts mit so starken Kopfschmerzen aufgewacht, daß sie nur noch weinen konnte und das Gefühl hatte, man operiere am Kopf ohne Betäubung (Int. A52).

#### Übelkeit

Für die Patienten, die nach der Operation Übelkeit erlebten, war das sehr belastend. Das Würgen ver-

stärkte z.T. die Kopfschmerzen, und sie hatten nicht unbedingt das Gefühl, ihnen helfe irgendwas direkt gegen die Übelkeit. Die Übelkeit konnte bereits direkt nach der Operation – schon auf der Intensivstation – einsetzen oder auch erst später. *„Das war wahrscheinlich der Tag, an dem die ganzen Narkosemittel nicht mehr wirkten. Also, da bin ich zwar immer noch allein auf's Klo gegangen, aber da hab' ich dann zweimal richtig spucken müssen und dann am Abend noch einmal so'n bißchen, da war ich das erste Mal fertig. Da war es mir echt ganz schlecht und ständig übel.“* (Int. A54)

Die Übelkeit erlebten die Patienten als sehr massive Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens.

#### Abhängig-Sein

Abhängig zu sein war eine andere Erfahrung, welche die Patienten in der postoperativen Phase erlebten. Dies bezog sich zum einen auf das „Verkabelt-Sein“ und zum anderen darauf, auf „Hilfe angewiesen zu sein“. Das Verkabelt-Sein wurde in erster Linie in der Zeit direkt nach der Operation, auf der Intensivstation, erlebt. Dadurch, daß die Geräte schnell alarmierten, hatten die Patienten teilweise das Gefühl, sich nicht bewegen zu können. Die Schläuche und Zugänge wurden nicht als bedrohlich, aber als unangenehm und wenig hilfreich empfunden. Der Blasenkatheter und die Magensonde wurden in dem Zusammenhang häufiger erwähnt. Das „Auf-Hilfe-angewiesen-sein“ wurde den Patienten insbesondere beim ersten Aufstehen deutlich, weil sie sich noch sehr schlapp oder schwindelig fühlten. Die Patienten erlebten die Unterstützung, die sie dabei erfuhren, größtenteils als sehr hilfreich: *„Das war alles in so einem angenehmen Ton und das lief alles so angenehm, da hat man sich dann auch bemüht, selber ein bißchen Kraft reinzustecken. Sonst wär' man zu schlapp gewesen und lieber liegen geblieben“* (Int. A57)

Eine Patientin erlebte es aber auch als sehr peinlich: *„Ha, das war unwahrscheinlich schlimm für mich. Ich mußte von zwei Pflegern begleitet werden. Dann saß ich auf der Toilette und konnte nicht, das war schlimm.“*

*Ich hatte das Pflegepersonal geholt und jetzt war mir das peinlich, daß ich einfach kein Wasser lassen konnte.“ (Int. A58)*

Wenn das Gefühl entsteht, die Hilfe über das „normale Maß“ hinaus in Anspruch zu nehmen, löst das Unbehagen aus, vor allem dann, wenn es scheinbar unbegründet ist.

### *Unsicherheit und Ängste*

Die postoperative Phase war auch durch Unsicherheiten und Ängste geprägt. Dies hatte unterschiedliche Ursachen. Eine besondere Belastung war es, wenn postoperativ Anfälle oder Auren auftraten. Mit dem Auftreten von Anfällen oder Auren nach der Operation hatten die Patienten nicht unbedingt gerechnet – zum einen, weil die Hoffnung stärker war, daß so etwas nicht passiert, und zum anderen weil sie sich nicht daran erinnern konnten, daß ihnen davon erzählt worden war. Für die Patienten begann damit eine neue Zeit der Unsicherheit: *„Was ist nun? Kommen die Anfälle wieder, bleiben sie weg? Man ist davon ausgegangen (Anmerk. der Verfass.: daß die Unsicherheit vorbei ist), ja, und jetzt steckt man wieder in der gleichen Mühle wie vorher.“ (Int. A59)*

Die Patienten setzten das Auftreten von Anfällen und Auren im ersten Moment mit einer mißlungenen Operation gleich, auch wenn nach den Auren kein Anfall folgte. Die Patienten, bei denen nur Auren aufgetreten waren, berichteten, daß man ihnen daraufhin erklärt habe, daß Auren nach der Operation noch auftreten können, ohne daß ein Anfall folgen müsse. Dies konnte die aufgetretene Unsicherheit und Enttäuschung allerdings erst mal kaum lindern. Ängste traten im Hinblick auf mögliche postoperative (bleibende) Einschränkungen auf. Die ersten Tage nach der Operation prüften die Patienten teilweise selber, ob Einschränkungen durch die Operation aufgetreten waren. War dies der Fall, so kamen Ängste auf, dies könne für immer so bleiben. Hinzu kamen dann Überlegungen, wie es z.B. in beruflicher Hinsicht weiter geht. Die Angst, die aus solchen Überlegungen resultierte, wurde von den Patienten in dem Moment nicht unbedingt als solche eingeschätzt: *„Ich hatte erstmal gesagt,*

*daß ich nirgendwo vor Angst habe, weil ich dachte, ‚Angst‘ habe ich nur vor der Operation gehabt. Aber jetzt kann ich mir vorstellen, daß ich doch Angst gekriegt habe und das damit auch zusammenhängt, daß es mir an dem einen Tag so schlecht ging. (Int. A61)*

Der Maßstab für die Beurteilung war die Angst vor der Operation, und demgegenüber wirkte die jetzige Angst eher gering, so daß ihr seitens der Patienten in dem Moment nicht soviel Beachtung geschenkt wurde.

### *Unerwartetes Leiden*

In den Interviews wurde deutlich, daß es für einige Patienten in der postoperativen Phase Erlebnisse gab, mit denen sie nicht gerechnet hatten. Dazu gehörte teilweise der Aufenthalt auf der Intensivstation, teilweise die Stärke der Schmerzen oder das Auftreten der starken Übelkeit. Im Zusammenhang mit dem Schmerz wurde deutlich, daß die Patienten schon eine bestimmte Vorstellung davon hatten, wie lange sie nach der Operation Schmerzen haben würden. In den Interviews zeigte sich aber auch, daß die Patienten teilweise das Gefühl hatten, insgesamt schneller wieder fit sein zu müssen. Es konnte von einigen nur schwer akzeptiert werden, daß das Ausruhen im Bett durchaus in Ordnung ist. Zog sich das allgemeine Unwohlsein nach der Operation länger hin, so war dies für die Patienten schwer zu ertragen: *„Es ist halt dieses, dieses ungläubige Gefühl, daß man sagt, das kann dir nicht passiert sein, daß es dir jetzt so schlecht geht. Es ist wirklich so, daß man gesagt hat, gut, drei, vier Tage kannst du damit leben, aber nicht so lange, wie es dann passiert ist dann. Es waren ja fast fünf Tage und es kann sich keiner vorstellen, der das nicht hinter sich hat, wie es ist, sich fünf Tage lang zu übergeben, fünf Tage nur schlafen und es geht einem nicht besser. Das ist keine Sache, die man gerne nochmal machen würde.“ (Int. A62)*

Die Patientin schreibt sich in diesem Fall eine Fehleinschätzung der Situation als eigenes Problem zu, eventuell weil sie nicht aktiv Informationen gesucht hat oder Gegebenheiten häufiger falsch einschätzt. Anhand der Beobachtungsprotokolle

zeigt sich allerdings auch, daß die Patientin aufgrund der Informationen im vorbereitenden Gespräch wenig Möglichkeiten hatte, eine andere Einschätzung zu gewinnen. Das unerwartete Leiden bezog sich auch auf das Erleben eines postoperativen Stimmungstiefs. Fünf Patienten berichteten, daß sie sich in der postoperativen Phase deprimiert und unwohl gefühlt hätten: *„Ich hab‘ Ümir nur noch eins gewünscht (lacht). Das war komisch. Ich hab‘ mir nur gedacht: Wann hat das ein Ende? Ja, da war ich psychisch echt down. Nachdem es mir die ersten Tage relativ gut gegangen war, hab‘ ich gedacht, daß ich sehr gut darüber hinweg komme und daß es dann ganz langsam immer besser wird. Und dann kam der Abstieg. da hatte ich mich zu früh gefreut.“ (Int. A64)*

Diese Verstimmungen kamen überraschend, weil sie erst nach ein paar Tagen eintraten und die Patienten bereits damit gerechnet hatten, daß es ihnen nun langsam wieder besser gehen würde. In den Interviews, die mit den Patienten ein halbes Jahr nach der Operation geführt wurden, sprachen diese direkt von einer Depression oder depressiven Verstimmung, die bis zu einem halben Jahr postoperativ angehalten habe und auf die sie durch die Ärzte vorbereitet worden seien. Ein Patient sagte, daß es sehr hilfreich für ihn gewesen sei, darauf vorbereitet worden zu sein. Ein anderer meinte, daß er das nicht wahrhaben wollte, weil er sich vorher so stark gefühlt habe. Auf die Frage, ob es hilfreich gewesen sei, es im Vorfeld gesagt bekommen zu haben, meinte er: *„Nee, hilfreich nicht. Ich hab‘ noch gesagt, tatsächlich, sie hatten doch recht. Das war das Einzige, was ich dachte dabei (lacht). Sie haben mir nichts vorgemacht, sondern die Wahrheit gesagt (lacht).“ (Int. A65)*

Daran zeigt sich, daß nicht immer alle Informationen, die den Patienten vorher gegeben wurden, diese auch entsprechend vorbereiten. Es kann auch passieren, daß die Informationen von dem Patienten erstmal nicht akzeptiert oder auch vergessen werden können. Die Patienten, die diese Stimmung direkt erlebten und nicht rückblickend davon erzählten, waren davon überrascht. Eine Patientin erzählte, daß ihr nach der Operation

Mitpatienten von solchen Stimmungstiefs erzählt hätten.

## Diskussion

Einige Aspekte aus dem Erleben der Patienten sollen an dieser Stelle im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die präoperative Pflege diskutiert werden.

In Bezug auf das Ermöglichen einer *bewußten Entscheidung* wurde deutlich, daß der Entscheidungsprozeß für eine Operation bei sehr großer Angst nicht wirklich abgeschlossen werden kann. Diese Unfähigkeit zur Entscheidung kann zwei Ursachen haben: Erstens kann sich große Angst auf kognitive Prozesse auswirken, so daß eine rationale Entscheidung nicht mehr möglich ist (Nyamathi und Kashiwabara, 1988). Zweitens kann die nicht getroffene Entscheidung auch auf eine vermeidende Strategie hindeuten. Die Operation wird dann als schicksalhaftes Ereignis erfahren werden, auf das man selber keinen Einfluß hat. Dies deutet auf eine externe Kontrollüberzeugung, bei der dem Schicksal oder der Umgebung größere Wirksamkeit zugestanden wird, als der eigenen Person. Die erste Ursache zeigt, welche Bedeutung dem Abbau von Ängsten zukommt. Die zweite Ursache sollte mitbedacht werden, auch wenn eine solche grundsätzliche Haltung im Rahmen der präoperativen Pflege nicht verändert werden kann.

Die Patienten befinden sich in der präoperativen Phase teilweise in einer sehr angespannten Situation, die durch *Gefühlsschwankungen* charakterisiert ist. Dies macht es notwendig, in dieser Zeit flexibel auf die jeweilige Situation zu reagieren. Die Vielfalt der auftretenden Ängste zeigt, daß deren Ursachen genauer erfragt werden müssen, um die Patienten gezielter beim Abbau der Ängste unterstützen zu können. Vorerfahrungen mit anderen Operationen scheinen dabei einen besonderen Einfluß auf Ängste zu haben und sollten daher auch ermittelt werden. In sehr angespannten Situationen können Assoziationen und irrationale Vorstellungen nicht gut bewältigt werden, wie das Beispiel der Angstverstärkung beim Anziehen

des OP-Hemdes deutlich macht. Durch Gespräche über dieses Phänomen wurde deutlich, daß die Assoziation des weißen OP-Hemdes mit einem Totenhemd weit verbreitet ist, so daß das Streßerleben eventuell schon dadurch reduziert werden kann, daß ein farbiges Hemd gewählt wird. Ebenso wurde deutlich, daß die hohe Anspannung bereits vor der Krankenhauseinweisung besteht und sich z.T. sogar mit der Krankenhauseinweisung reduziert. Dies wurde auch in anderen Untersuchungen nachgewiesen (Johnston, 1980). Daraus läßt sich ableiten, daß vorbereitende Maßnahmen schon vor der Krankenhauseinweisung angeboten werden sollten.

Der *Bewältigung von stressreichen Ereignissen* kommt eine besondere Bedeutung zu. Patienten verfügen über eigene Bewältigungskompetenzen, können diese aber eventuell aufgrund der eigenen psychischen Labilität nicht immer souverän anwenden. Dies betont die Notwendigkeit, Bewältigungskompetenzen in die Vorbereitung mit einzubeziehen und ggf. aktiv zu stärken. Besondere Auswirkungen scheint dabei das Erleben von Hilf- und Machtlosigkeit (Thompson, 1981) zu haben, das durch Passivität, beispielsweise in der Zeit des Wartens oder auch in der Genesungszeit, entsteht. Es ist daher notwendig das Aktiv-Sein und die eigene Kontrolle des Patienten soweit wie möglich zu unterstützen (Salmon, 1993). Möglichkeiten wären hier beispielsweise ein Angebot zum Erlernen von Entspannungstechniken (Wilson, 1981) oder besondere Absprachen in Bezug auf Zeiten, in denen die eigene Handlungsfähigkeit des Patienten stark eingeschränkt ist.

In vielerlei Hinsicht machen die Aussagen der Patienten zur postoperativen Phase deutlich, daß es so etwas wie eine *implizite Vorstellung* darüber gibt, wie der postoperative Verlauf sein wird. Die Ergebnisse stimmen damit mit der Theorie von Johnson (1984; Johnson, Lauver und Nail, 1989) überein. So hatten die Patienten eine Vorstellung darüber:

- wie intensiv und lange Schmerzen, Übelkeit und Beeinträchtigungen erlebt werden,
- daß sich ihr postoperativer Allgemeinzustand stetig und relativ schnell bessert,

- daß Ängste nach der Operation nicht mehr da sein werden und
- welches Maß an Hilfe und Unterstützung „normal“ ist.

Diese Vorstellungen wurden von den Patienten thematisiert, weil sie sich in der Realität nicht erfüllt hatten. So war es z.B. teilweise für die Patienten sehr schwer zu ertragen, wenn sie über einen längeren Zeitraum das Gefühl hatten, daß es ihnen nicht wirklich besser geht. Der genaue Zeitpunkt, wann – nach Vorstellung der Patienten – das Unwohlsein nachlassen sollte, kann anhand der Interviews nicht festgelegt werden. Vermutlich liegt er um den dritten oder vierten Tag. Die Ursachen für solche Vorstellungen können vielfältig sein. So kann es einerseits in der Persönlichkeit liegen, daß in dieser Beziehung wenig Geduld aufgebracht wird und Passivität schwer ertragen werden kann. Andererseits erwähnte eine Pflegeperson, daß sie ab dem dritten Tag vermehrt darauf achten, daß die Patienten langsam wieder trinken und essen und zunehmend mobilisiert werden, so daß Patienten eventuell Rückschlüsse ziehen, es müsse ihnen ab dem Zeitpunkt auch besser gehen. Auch die Beobachtung von Genesungsverläufen bei Mitpatienten kann zu dieser Vorstellung beitragen. So ist allgemein zu beobachten, daß Patienten postoperativ wieder schnell mobil sind. Findet ein Gespräch der Patienten untereinander über das wirkliche Befinden in dieser Zeit nicht statt, so kann auch die schnelle Mobilisierung zu der Vorstellung einer schnellen Genesung führen. Verließ die Genesung langsamer, als dies der Vorstellung der Patienten entsprach, so löste dies Irritation, Trauer und Bedrückung aus (siehe z.B. Zitat in „unerwartetes Leiden“). Johnson (1976; Johnson, Dabbs und Leventhal, 1970, Johnson und Leventhal, 1974) vertritt die These, daß insbesondere falsche Erwartungen Streß produzieren, weil dadurch die Möglichkeit der Einschätzung der Situation verloren geht. Die Einbeziehung impliziter Vorstellungen in die Vorbereitung auf Operationen kommt daher vermutlich eine sehr wichtige Bedeutung zu.

*Informationen* spielen nach Patientenaussagen auf verschiedenen Ebenen eine wichtige Rolle. Wesentliche

Erkenntnisse im bezug auf Informationen sind:

- Die Entscheidung für die Operation wird nicht nur vor dem Hintergrund der Informationen durch das Personal des Krankenhauses gefällt. Die Patienten fragen sich vielmehr, ob der Weg für sie selber der richtige ist, wobei die Meinung von Angehörigen und Freunden einen sehr großen Stellenwert hat.
- Es war für die Patienten sehr wichtig, daß sie jederzeit Informationen einfordern konnten, auch in der Wartezeit vor der Operation zu Hause. Der Zeitpunkt des stationären pflegerischen Vorbereitungsgesprächs war vermutlich deshalb nicht so wesentlich. So beurteilten die Patienten den Zeitpunkt des vorbereitenden stationären Gesprächs als angemessen, unabhängig davon, ob dieses drei, zwei oder einen Tag vor der Operation stattgefunden hatte.
- Hinweise, die dabei helfen Vertrauen aufzubauen und zu stärken, sind ebenfalls sehr wesentlich. Sie werden nicht so sehr aus einzelnen Gesprächen, sondern vielmehr aus dem Gesamteindruck abgeleitet. In der vorliegenden Untersuchung war es für die Patienten sehr hilfreich, daß sie sich durch vorherige Aufenthalte auf der gleichen Station bereits einen Eindruck verschaffen konnten.
- Informationen helfen dabei, Vorstellungen über die weiteren Geschehnisse zu gewinnen. Ablaufbezogene Informationen wurden von allen Patienten als sehr hilfreich erlebt. Hierzu gehören auch genaue Informationen zu Ableitungen und Zugängen, die postoperativ vorhanden sind. Eine Patientin, die umfassende sensorische Informationen erhielt, wertete diese als sehr hilfreich. Patienten, die wenig sensorische Informationen erhielten, stehen diesem Informationsdefizit ambivalent gegenüber, da sie die Sorge haben, daß durch weitere Informationen die Angst erhöht werden könnte. Dies macht deutlich, daß negative sensorische Informationen nur im Zusammenhang mit Bewältigungsmöglichkei-

ten angesprochen werden sollten, damit dadurch nicht ein Gefühl der Hilflosigkeit aufkommt.

- Die geschilderten Erfahrungen der Patienten im Hinblick auf den Aufenthalt auf der Intensivstation sowie das Erleben von Schmerzen, Anfällen, Auren und Stimmungstiefs, machen deutlich, daß auch diese Erfahrungen im Rahmen von vorbereitenden Gesprächen – in Verbindung mit Bewältigungsmöglichkeiten – systematisch thematisiert werden sollten. So erwähnt Janis (1974) beispielsweise das Auftreten von depressiven Verstimmungen als eine typische Reaktion auf einen großen operativen Eingriff. Nachdem unmittelbar nach der Operation das Gefühl der Erleichterung vorherrschend ist, kann es nachfolgend durch erlebtes Unwohlsein, eingeschränkte Mobilität und physiologische Irritationen zu depressiven Verstimmungen kommen (Janis, 1974: 159ff). Dies sollte auch von pflegerischer Seite präoperativ mitgeteilt werden, um den Patienten zu ermutigen, solche Gefühle anzunehmen, sie eventuell anzusprechen und damit Risiken – wie z.B. die Verfestigung solcher depressiver Verstimmungen – zu mindern. Nichts desto weniger muß auch in der aktuellen Situation durch entsprechende Informationen den Patienten die Einschätzung erleichtert werden.

Die von den Patienten erlebte besondere *Brisanz der Situation kurz vor der Operation* wurde bereits in anderen Untersuchungen festgestellt (Leino-Kilpi und Vuorenheim, 1993; Emmrich et al., 1999). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten darauf hin, daß die Patienten in besonderem Maß auf eine Sicherheit vermittelnde Umgebung angewiesen sind. Das Vertrauen in Personen verstärkt das Gefühl, sicher aufgehoben zu sein, so daß der Anwesenheit von vertrauten Personen in dieser Zeit eine besondere Bedeutung zukommt (Teasdale, 1995). Eine Sicherheit vermittelnde Umgebung scheint auch postoperativ, insbesondere, wenn der Patient gerade aus der Narkose aufwacht und kurzfristig desorientiert ist wichtig zu sein. Auch hier können

eine bekannte Umgebung und vertraute Personen das Gefühl von Sicherheit erhöhen und Orientierung bieten.

Auch wenn im Rahmen dieser Veröffentlichung die *Bedeutung des sozialen Umfeldes* nicht explizit dargestellt wird, so lassen sich doch aus den dargestellten Ergebnissen diesbezüglich wichtige Erkenntnisse ableiten. Besonders erwähnt werden soll an dieser Stelle, daß Angehörige für die Patienten sowohl in der prä- als auch in der postoperativen Phase besondere Bedeutung haben. Sie sind einerseits Mitbetroffene, andererseits stehen sie den Patienten begleitend und unterstützend zur Seite. Sie sollten daher, sofern der Patient dies auch wünscht, aktiv in die Vorbereitungen mit einbezogen werden. Mitpatienten sind in der Zeit des stationären Aufenthaltes wichtige Gesprächspartner und Informanten. Gespräche mit ihnen werden überwiegend als hilfreich erlebt. Ähnliche Erkenntnisse über die Bedeutung von Mitpatienten liefert die Untersuchung von Riemann (1997). Es sollte den Patienten – insbesondere präoperativ – ermöglicht werden, mit Patienten, die bereits operiert wurden, ins Gespräch zu kommen. Solche Gespräche können allerdings nicht alternativ, sondern müssen zusätzlich zu einem pflegerischen Vorbereitungsgespräch angeboten werden. Vorstellungen, die Patienten durch Mitpatienten gewonnen haben, sollten besprochen werden. Im bezug auf die Pflegenden war es für die Patienten – neben dem guten Klima und der guten Organisation – wichtig, daß diese sich zuständig fühlten, verantwortlich zeigten, und wenn nötig, Zeit hatten. Besonders interessant war, daß die Patienten das Bezugspflegesystem von sich aus erwähnten und als sehr hilfreich bewerteten. Gerade weil die Patienten sich in einer sehr angespannten Situation befinden, scheint ebenso wie das gute Klima und Organisation die Zuständigkeit der Pflegenden Sicherheit und Unterstützung zu bieten.

---

## Ausblick

Durch die durchgeführte empirische Untersuchung konnten die pflegerischen Aufgaben vor dem Hintergrund des Erlebens der Patienten ver-



deutlich und wesentliche Aspekte herausgearbeitet werden. Die Wirksamkeit, der im Rahmen der Diskussion vorgeschlagenen präoperativen Maßnahmen, muß im Rahmen von Interventionsstudien untersucht werden. Insbesondere wäre es zukünftig interessant, zu prüfen, inwieweit implizite Vorstellungen tatsächlich das postoperative Erleben beeinflussen und inwieweit das postoperative Erleben, durch vorbereitende Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, solche Vorstellungen mit der Zielsetzung einer realistischen Einschätzung zu verändern, wirksam werden kann.

Eine Einschränkung der dargestellten Erkenntnisse ergibt sich daraus, daß die vorliegende empirische Untersuchung auf eine Abteilung und auf Patienten mit einem epilepsiechirurgischen Eingriff am Temporallappen begrenzt war. So war das postoperative Erleben stark durch die fehlende Ruhe und Abschirmung auf der Intensivstation geprägt. Würden die Bedingungen in dieser Hinsicht verändert, so könnten eventuell andere Aspekte mehr Bedeutung gewinnen. Die Erkenntnisse und abgeleiteten pflegerischen Konsequenzen lassen jedoch vermuten, daß viele der genannten Aspekte ebenso auf die prä- und postoperative Pflege bei anderen – nicht epilepsiechirurgischen – Operationen zutreffen. Die Ausweitung der Untersuchung auf andere Kontexte und auch auf andere Patientengruppen wäre daher wünschenswert.

Karin Kerksiek, Diplom-Pflegewirtin  
Berning-Str. 39, 49049 Osnabrück

## Anmerkungen

- [1] In der Darstellung wird zur besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet und auf die männliche Form zurückgegriffen. Das weibliche Geschlecht ist sinngemäß mitgemeint.
- [2] Anmerkung der Redaktion: Dieses und die folgenden Zitate wurden sinn-erhaltend bearbeitet.

## Literatur

Devine, E. C. (1992): Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A Meta-Analysis of 191 studies. In: Patient Education and Counselling, 19: 129-142

Emmrich et al. (1999): „Wenn ich gleich unters Messer komme ... Wie Patienten die Wartezeit vor einer Operation erleben. Unveröffentlichter Projektbericht zu einer forschungspraktischen Übung im Studiengang Pflegewissenschaft der Fachhochschule Osnabrück

Epilepsie-Kuratorium (1998): Epilepsie-Bericht '98. Verlag einfälle, Berlin

Grypdonck, M. (1988/89): Voorbereiding van volwassen patienten op chirurgische ingrepen. Verpleegkunde, 4: 171-186

Hathaway, D. (1986): Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: A Meta-Analysis. Nursing Research, 35: 5: 269-275

Holloway, I. und S. Wheeler (1997): Qualitative Pflegeforschung. Ullstein Medical, Wiesbaden

Hufnagel, A. (1996): Operative Epilepsiebehandlung. Informationsblatt der IZE-Datenbank 069 Heiner, S. (Hrsg.), Informationszentrum Epilepsie

Janis, I. L. (1974): Psychological Stress Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. 2. Auflage [1. Auflage aus dem Jahr 1958] Academic Press, New York, San Francisco, London

Johnson, J. E. (1976): Stress Reduction through sensation information. In: Sarason, J.E.; C..D. Spielberger (Hrsg.) Stress and Anxiety Volume 2, Hemisphere Publications, Washington D.C.: 361-379

Johnson, J. E. (1984): Psychological interventions and coping with surgery. In: Braun, A., S. E. Taylor und J. E. Singer (Hrsg.) Handbook of Psychology and Health Volume IV Social Psychological Aspects of Health. Lawrence Erlbaum Associates, London, 1984: 167-187

Johnson, J. E., J. M. Dabbs und H. Leventhal (1970): Psychosocial Factors in the Welfare of Surgical Patients. In: Nursing Research, 19: 1: 18-29

Johnson, J. E., D. R. Lauer und L.M. Nail (1989): Process of coping with radiation therapy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57: 3: 358-364

Johnson, J.E. und H. Leventhal (1974): Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. In: Journal of Personality and Social Psychology, 29: 5: 710-718

Johnston, M. (1980): Anxiety in surgical patients. In: Psychological Medicine, 10: 145-53

Leino-Kilpi, H. und J. Vuorenheimo (1993): Perioperative nursing care quality. In: AORN, 57: 5: 1061-1071

Liehr, P. R. und M. Taft Marcus (1996): Qualitative Forschungsansätze. In: LoBiondo-Wood, G. und J. Haber (Hrsg.) Pflegeforschung. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden: 285-321

Mayring, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, München

Mayring, P. (1995): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Deutscher Studien Verlag, Weinheim

Morse, J.M. und J.L. Johnson (1991): The Illness Experience. Sage Publications Newbury Park, London, New Delhi

Neubauer, U. (1989): Epilepsiechirurgie. In: Stefan, H. (Hrsg.) Präoperative Diagnostik der Epilepsiechirurgie. Springer-Verlag, Berlin, 1989: 110-126

Nyamathi, A. und A. Kashiwabara (1988): Preoperative Anxiety. Its affect on cognitive thinking. In: AORN Journal, 47: 1: 164-169

Oppel, F. und J. Höpfner (1993): Operative Eingriffe bei Kindern. In: Boenigk,

H.E.; H. Holthausen; J. Tuxhorn (Hrsg.) Das anfallsranke Kind Perspektiven der Epilepsiechirurgie im Kindesalter Band 9. dr werner rudat & co, Hamburg, 1993: 93-119

Riemann, M. (1997): Eine Untersuchung über die Bedeutung nahestehender Personen für Epilepsiekranker während des stationären Aufenthaltes in einer Fachklinik für Epilepsie. Diplomarbeit, Fachhochschule Osnabrück. Diese Arbeit wurde veröffentlicht: Zwischen Alltag und Sonderwelt Die Bedeutung nahestehender Personen zur Bewältigung des stationären Aufenthaltes am Beispiel epilepsiekranker Menschen. In: Moers, M.; D. Schiemann und W. Schnepf (Hrsg.) Pflegeforschung zum Erleben chronisch-kranker und alter Menschen. Hans Huber Verlag, Bernd, Göttingen 1999: 79-120

Salmon, P. (1993): The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing task or the medicalization of preparatory worry? In: International Journal of nursing studies, 30: 4: 323-330

Schneble, H. (1996): Historisches zur Epilepsie, Informationsblatt der IZE-Datenbank 009 Heiner, S. (Hrsg.), Informationszentrum Epilepsie

Stefan, H. (1989): Intensivmonitoring und Neuroimaging. In: Stefan, H. (Hrsg.) Präoperative Diagnostik der Epilepsiechirurgie. Springer-Verlag, Berlin, 1989: 46-63

Teasdale, K. (1995): Theoretical and practical considerations on the use of reassurance in the nursing management of anxious patients. In: Journal of Advanced Nursing, 22: 79-86

Thompson, S. C. (1981): Will it less hurt if I can control it? An complex answer to a simple question. In: Psychological Bulletin, 90: 1: 89-101

Wilson, J. F. (1981): Behavioral Preparation for surgery: Benefit or harm? In: Journal of behavioral Medicine, 4: 1: 79-102