

Die schützenden Hände unterstützen

Begleitung von Angehörigen eines Kindes im Schockraum

Désirée Odermatt

NDS HF Notfallpflege

Kurs H16

Kantonsspital Winterthur, Kindernotfall

Datum: 09.04.2018

Zusammenfassung

Ich arbeite seit fast fünf Jahren auf dem Kindernotfall und die Betreuung der Angehörigen stellt nicht nur mich, sondern auch meine Teamkollegen vor eine grosse Herausforderung. Ich habe mich dem Thema angenommen und nach Literatur recherchiert. Die wenige Literatur, die ich zu diesem Thema gefunden habe, habe ich durchgelesen, verglichen und das für mich Relevante zusammengefasst. Ein pädiatrischer Schockraum ist für mich eine Stresssituation. Ich weiss nicht was mich erwartet und ich muss in der Lage sein schnell und kompetent ein Kind zu versorgen. Eine grosse Herausforderung ist dabei die Betreuung der Angehörigen. Ein Kind ist meist in Begleitung von Angehörigen oder diese treffen bald darauf auf dem Notfall ein. Die Angehörigen haben natürlich grosse Angst und brauchen eine kompetente Betreuung während der Behandlung ihres Kindes im Schockraum.

Schliesslich habe ich für mich zwei Methoden ausgearbeitet, mit welchen ich im Arbeitsalltag die Angehörigen mit Kindern im Schockraum professionell unterstützen kann. Ebenfalls habe ich die ethischen Prinzipien einfliessen lassen, die mich persönlich sehr interessieren. Dazu habe ich mir kritische Gedanken gemacht und aufgeschrieben. Abschliessend folgt mein Fazit bezüglich der Bearbeitung der Fragestellung und meine persönliche Reflexion.

Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne Unterstützung so nicht möglich gewesen. Ich danke allen, die mich in dieser strengen Zeit begleitet und motiviert haben. Ich danke Jörg Bierbaum für die Besprechung der Dispo und seine Tipps. Ein besonderer Dank gilt Sandra Giannini, meiner Berufbildnerin, die sich immer Zeit genommen hat meine Arbeit durchzulesen und mich stets motivierte. Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei meiner besten Freundin Elza Karalic. Mit viel Enthusiasmus hat sie mich begleitet und mich immer wieder aufgefangen. Meinem ganzen familiären, freundschaftlichen und geschäftlichen Umfeld möchte ich für die Unterstützung und Motivation, die sie mir entgegen gebracht haben ganz herzlich danken.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung 1
 - 1.1 Ausgangslage 1
 - 1.2 Fragestellung 2
 - 1.3 Abgrenzung..... 2
- 2 Hauptteil.....2
 - 2.1 Schockraum 2
 - 2.1.1 Definition Schockraum.....2
 - 2.1.2 Schockraumteam3
 - 2.1.3 Kinder im Schockraum.....3
 - 2.2 Angehörige 3
 - 2.2.1 Wer wird als Angehöriger bezeichnet?3
 - 2.2.2 Rechte der Kinder und Angehörigen3
 - 2.2.3 Angehörige im Schockraum4
 - 2.2.4 Vorteile Anwesenheit der Angehörigen im Schockraum4
 - 2.2.5 Nachteile Anwesenheit der Angehörigen im Schockraum5
 - 2.2.6 Nötige Ressourcen für die Anwesenheit der Angehörigen im Schockraum5
 - 2.2.7 Verschiedene Verhaltensweisen im Schock5
 - 2.3 Krise 7
 - 2.3.1 Definition Krise.....7
 - 2.3.2 Krisenintervention.....7
 - 2.3.3 Ziel der Krisenintervention7
 - 2.4 Ethik 8
 - 2.4.1 Definition Ethik.....8
 - 2.5 Auseinandersetzung und gewonnene Erkenntnisse aus der Literatur Recherche 9
 - 2.6 Persönliches Fazit in Bezug auf mein Fallbeispiel10
- 3 Schlussteil 11
 - 3.1 Konsequenzen für die Praxis.....11
 - 3.2 Kritische Gedanken14
 - 3.3 Fazit bezüglich der Fragestellung15
 - 3.4 Reflexion des Arbeitsprozesses und persönliches Fazit15
- 4 Anhang.....17
 - 4.1 Literaturverzeichnis.....17
 - 4.1.1 Bücher17
 - 4.1.2 Vorlesung17

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Zurzeit absolviere ich die Weiterbildung zur Expertin Notfallpflege an der höheren Fachschule für Intensiv- Notfall- und Anästhesiepflege Zürich (Z-INA) und arbeite auf dem Kindernotfall im Kantonsspital Winterthur.

Auf der pädiatrischen Notfallstation erleben wir jeden Tag neue Herausforderungen in unserem beruflichen Alltag. Oft kann schon mit kleinen Eingriffen ein Kind gesund gepflegt und wieder nach Hause entlassen werden. Dank der wertvollen Unterstützung der Angehörigen wird unsere Arbeit meist sehr erleichtert. Sie nehmen dem Kind die Angst vor dem Unbekannten und bieten ihm eine sichere Umgebung. Was geschieht allerdings, wenn sich durch eine Tragödie das Leben ihres Kindes plötzlich in Gefahr befindet? Wie kann ich die Angehörigen in dieser Zeit kompetent begleiten? Auf diese Fragen möchte ich in meiner Arbeit eingehen. Die dynamische Arbeitsbelastung und die Behandlung des Kindes fordern viel Aufmerksamkeit, sodass der routinierte Umgang mit Angehörigen essenziell ist. Mit meiner Diplomarbeit möchte ich Wege aufzeigen, wie die Unterstützung von Angehörigen zu keiner Überforderung führt und welche Möglichkeiten sich für mich in einer Schockraum-Situation bieten.

Mein Fallbeispiel:

Ich habe Spätschicht und bin seit 2 Stunden auf meiner Arbeitsschicht. Ich bin in der Erst-Triage tätig und triagiere die Kinder nach dem ATS (Australasian Triage Scale). Eine Mutter steht mit ihren drei Kindern an der Erst-Triage und erklärt mir, ihr Mädchen habe am ganzen Körper einen grossflächigen roten Ausschlag. Das Mädchen ist in einem reduzierten Allgemeinzustand und die Rötungen sind nicht wegdrückbar. Für mich ist klar, dass das Kind Petechien hat und es sofort in den Schockraum muss. Alle Personen sind vollauf mit dem Kind beschäftigt. Im Verlauf kommt die Chefärztin hinzu, sowie eine Fachangestellte Gesundheit und eine weitere Pflegende. Die Mutter des Kindes steht in einer Ecke im Zimmer und beobachtet weinend unsere medizinischen Interventionen. Ich fühle mich unsicher und hilflos, weil ich keine Zeit habe, mich um die Mutter zu kümmern. Ich stelle mir vor, dass ihre Angst um ihr Kind und die Hilflosigkeit sehr schlimm sein muss, jedoch weiss ich nicht, wie ich ihr helfen kann. Zwischendurch nimmt sich eine Pflegende oder ein Assistenzarzt kurz Zeit, sie über die vorgehenden Massnahmen zu informieren. Im Verlauf der Behandlungen entscheidet sich die Mutter lieber aus dem Schockraum zu gehen. Ich frage mich, ob es Optionen gegeben hätte, die Situation erträglicher und besser für sie zu gestalten, auch damit sie ihr Kind in einer solch schweren Lage nicht alleine lassen muss. Zwischendurch erhasche ich einen Blick auf sie und wünsche mir ich könnte der Mutter professioneller beistehen. Da ich aus verschiedenen Situationen weiss, wie schwer es für die Angehörigen ist, ihr Kind alleine zu lassen, frage ich sie immer mal wieder, ob sie gerne in den Schockraum kommen möchte. Sie wirkt unentschlossen und entscheidet sich draussen vor der Tür zu bleiben. Aus meinem Gefühl heraus möchte ich sie ungern alleine lassen und entscheide mich für ein paar Minuten bei ihr zu bleiben. In dieser Situation merke ich jedoch sehr, was mir an Wissen fehlt, wie ich mit der Mutter umgehen soll, welche Informationen hilfreich wären und wie ich sie kompetent unterstützen kann. Es wird mir bewusst, dass ich hoffe, dass schon Familienangehörige unterwegs sind um die Mutter zu begleiten. Aufgrund der Dynamik und der verschiedenen Aufgabenbereiche fallen mir in dieser Notfallsituation auch simple Fragen, wie die Mutter unterstützt werden könnte, nicht ein. Zum Beispiel, ob sie ein Telefon braucht um jemanden anzurufen. Wieder spüre ich wie unzufrieden und unsicher mich die ganze Situation macht, was auch zu einer Überforderung meinerseits führt. Die Prognose des Kindes ist ungewiss und die Chefärztin informiert die Mutter über den aktuellen Zustand ihres Kindes. Sie fragt die Mutter nochmals, ob sie in den Schockraum kommen möchte um bei ihrem Kind zu sein. Zusammen mit den zusprechenden Worten der Chefärztin gelingt es der Mutter sich zu

überwinden und in das Behandlungszimmer zu kommen. Ich bin erleichtert, dass sich nun die Chefärztin der Mutter angenommen hat und sie kompetent unterstützt. Ich bekomme das Gefühl, dass es mit einer Begleitung für die Mutter stimmt im Schockraum und bei ihrem Kind zu sein. Mich beschäftigen die Gedanken, ob die Mutter im Schockraum geblieben wäre, wenn ich sie besser begleitet hätte. Ich stelle mir viele Fragen komme aber nicht zu einem endgültigen befriedigenden Beschluss, was die Mutter wirklich gebraucht hätte. Um mit einer solch herausfordernden Situation wie der Betreuung der Angehörigen unserer Patienten professionell umzugehen, fehlen mir das Wissen und erlernte Methoden. Für mich ist jedoch klar, dass die Situation besser gelöst werden kann. Darum möchte ich mich in meiner Diplomarbeit gerne darauf konzentrieren, wie ich Angehörige in einer solchen Situation kompetent unterstützen kann.

1.2 Fragestellung

Aufgrund meines Fallbeispiels haben sich für mich klar Fragen abgezeichnet. Meine Unwissenheit und Hilflosigkeit, wie ich die Mutter betreuen soll gibt mir den Ansatz für die Bearbeitung der Diplomarbeit.

- **Gibt es Methoden, mit welcher ich als diplomierte Expertin Notfallpflege die Angehörigen eines Kindes im Schockraum begleiten kann?**
- **Inwieweit können mir die ethischen Prinzipien dabei helfen?**

1.3 Abgrenzung

- Ich grenze mich von therapeutischen Interventionen und Begleitung der Kinder durch ihre Angehörigen ab.
- Ich konzentriere mich auf die Betreuung der Angehörigen mit Kindern, die in einer akuten lebensgefährlichen Situation sind.
- Ich möchte nicht auf die Behandlung des Kindes eingehen, sondern die Betreuung der Angehörigen in den Vordergrund stellen.
- Ich grenze chronisch erkrankte Kinder und die Begleitung in der Sterbephase aus.
- Ich befasse mich in meiner Diplomarbeit nicht mit religiösen oder kulturellen Unterschieden.
- Die Kommunikation wird miteinfließen, aber ich werde keine Kommunikationsmodelle bearbeiten.
- Auf die Konzepte wie Machtlosigkeit, Hilflosigkeit, Angst usw. kann ich leider nicht spezifisch eingehen, da dies den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde.

2 Hauptteil

Im Hauptteil befasse ich mich mit fundierter Theorie der Themen Schockraum, Angehörige, Krise und Ethik.

2.1 Schockraum

Unter diesem Thema beschreibe ich die Definition eines Schockraums, aus welchen Personen ein Schockraumteam besteht und gehe kurz auf die Kinder im Schockraum ein.

2.1.1 Definition Schockraum

Der Schockraum wird meist bereits durch den Notarzt einberufen. Seine Beurteilung des Unfallmechanismus, der Vitalparameter und des erhobenen Verletzungsmusters, ergibt die Indikation zur Schockraumbehandlung.

Indikationen für einen Schockraum sind unterteilt in Unfallmechanismus, Vitalparameter und Verletzungsmuster (Gutermuth & Gerstorfer, 2009).

Ein Schockraum ist bestenfalls in der Nähe der Rettungsdienst- Einfahrt, Notfallaufnahme oder des Helikopterlandeplatzes, um einen schnellen Transport zu gewährleisten. Ein vollständig aufgerüsteter, einsatzbereiter Narkosearbeitsplatz inklusive Notfallmedikamente, Monitor, Defibrillator sowie ein Ultraschallgerät gehört zu der Basisausstattung (Ullrich & Stolecki, 2015).

2.1.2 Schockraumteam

Die Aufgabenverteilung jeder einzelnen Person im Schockraum ist vorab geklärt. Auf diese Weise werden die Arbeitsabläufe optimiert und wichtige Aufgaben nicht vergessen. Ebenso ist die Positionierung am Patienten einzuhalten. Das Konzept muss der jeweiligen lokalen räumlichen und strukturellen Umgebung angepasst werden (Gutermuth & Gerstorfer, 2009). Das Team besteht aus erfahrenen und gut aufeinander abgespielten Personen aus den Fachbereichen Anästhesie, Ambulanz und je nach Verletzungsmuster des Patienten Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie und /oder Innere Medizin. Da eine Situation im Schockraum viel Stress produziert, verlangt es vom behandelnden Team ein sehr hohes Mass an Wissen, Verantwortung und Erfahrung. Eine reibungslose und kollegiale Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen ist daher von grosser Bedeutung (Ullrich & Stolecki, 2015).

2.1.3 Kinder im Schockraum

Kinder im Schockraum stellen für viele Pflegende sowie Ärzte eine Herausforderung dar. Die Kinder kühlen schneller aus, haben geringere Blutreserven und ein geringeres Blutvolumen. Es ist kaum umgänglich die Angehörigen in die Interventionen einzubinden, da die Kinder in einer Notfallsituation sehr viel Angst haben und die Angehörigen Trost spenden können. Trotzdem ist nicht in jedem Spital die Anwesenheit von Angehörigen im Schockraum selbstverständlich (Gutermuth & Gerstorfer, 2009).

2.2 Angehörige

Ich befasse mich mit den Rechten der Kinder und Angehörigen und wer als Angehöriger bezeichnet wird. Ebenfalls gehe ich auf das Thema «Angehörige im Schockraum» ein und beschreibe die Vor- und Nachteile dieser Situation. Ich zeige Ressourcen auf, die nötig sind um die Angehörigen im Schockraum zu begleiten und wie die verschiedenen Verhaltensformen auftreten können.

2.2.1 Wer wird als Angehöriger bezeichnet?

Lebenspartner und die nächsten Verwandten des Patienten sowie ihm nahe stehende Personen, werden laut Albisser Schlegler, Mertz, Meyer- Zehnder & Reither- Theil (2012) als Angehörige bezeichnet.

2.2.2 Rechte der Kinder und Angehörigen

Juristisch gesehen haben die Eltern ein Recht, bei dem Kind zu sein und auf ausdrückliches Verlangen dürfen die Eltern nicht daran gehindert werden. Es überwiegen aber meist die negativen Auswirkungen gegenüber den erhofften positiven (Gutermuth & Gerstorfer, 2009).

«Die European Association for Children in Hospital hat 1988 die EACH- Charta herausgegeben, damit die heutigen Erkenntnisse nicht nur über die körperlichen, sondern auch über die seelischen, emotionalen und sozialen Bedürfnisse von stationär aufgenommenen Kindern verschiedener Entwicklungsstufen angemessen berücksichtigt werden» (Deutsch & Schnekenburger, 2017, S. 84). Wesentliche Richtlinien der Artikel für diese Diplomarbeit sind:

- „Es ist das Recht der Kinder, ihre Eltern jederzeit bei sich zu haben“ (Deutsch & Schnekenburger, 2017, S. 84).

- „Eltern und Kinder sollen entsprechend ihrem Verständnis angemessen informiert und körperliche seelische Belastungen minimiert werden“ (Deutsch & Schnekenburger, 2017, S. 84).
- „Eltern sollen in die medizinischen Entscheidungen einbezogen werden“ (Deutsch & Schnekenburger, 2017, S. 84).

2.2.3 Angehörige im Schockraum

Lasogga & Gasch (2011) beschreiben, dass das Rettungsteam bereits während einer Reanimation erste entscheidende Beiträge zur psychologischen Unterstützung der Eltern leisten kann. Es wird empfohlen, die Eltern während einer Reanimation ihres Kindes nicht auszugrenzen. Die Integration der Eltern entlastet die Eltern von späteren Schuldgefühlen, das Kind nicht alleine gelassen zu haben und bis zum Schluss an der Seite ihres Kindes gewesen zu sein. Die symbiotische Beziehung der Eltern zu ihrem Kind, veranlasst die Eltern ihr gesamtes Verhalten darauf abzurichten, ihrem Kind nahe zu sein und Gefahren von ihm abzuwenden. Ebenso wird das Vertrauen in das Behandlungsteam gefestigt, indem sie sehen, dass wirklich alles versucht wird, um das Kind zu retten. Langfristig zeigt dies für die Eltern eine Entlastung in dem Trauerprozess. Die elterliche Anwesenheit kann für das Behandlungsteam zum Vorteil sein, wenn die Eltern direkt danebenstehen und Auskunft geben können. Aber gleichzeitig stehen sie auch unter direkter Beobachtung. Elterliche Reaktionen können sehr unterschiedlich ausfallen. Werden die Eltern integriert, ist eine Erklärung mit einfachen Worten über die durchgeführten Massnahmen unvermeidlich.

King, Henretig, King, Loiselle, Ruddy & Wiley (2008) beschrieben in ihrer Studie, dass 98% der Angehörigen während einer Venenpunktion ihres Kindes dabei sein möchten. 87% möchten bei einer Lumbalpunktion anwesend sein, 81% während einer Intubation, 83% während einer Herzdruckmassage. 80% gaben an, dass sie sich persönlich besser fühlen würden, 91% dachten, es würde dem Kind dann besser gehen und 73% hatten das Gefühl, dass es dem Betreuungsteam helfen würde. Die Familien gaben an, dass sie sich persönlich und auch das Kind sich besser gefühlt hatten, wenn sie im Raum bleiben durften. In der Studie gaben die Angehörigen die den Behandlungsraum verlassen hatten an, dass sie entweder aktiv dazu aufgefordert worden sind oder die nonverbale Kommunikation des Behandlungsteams klare Zeichen setzte, dass sie den Raum verlassen sollten. Nur 10% der Angehörigen wollten während der Intervention wirklich nicht bei ihrem Kind sein. Die Anwesenheit von Angehörigen im Schockraum reduzierte Hilflosigkeit und Angst auf beiden Seiten, während sich die Angehörigen nicht von der Behandlung ausgeschlossen fühlten und wussten, was mit ihrem Kind passierte. Selbst, wenn das Risiko bestand, dass das Kind sterben könnte, war es für die Angehörigen sehr wertvoll bei ihrem Kind sein zu dürfen und die letzten Minuten an dessen Seite zu verbringen. Die Angehörigen konnten das Kind berühren und mit ihm sprechen solange es möglich war. Für die Angehörigen war es einfacher, die Interventionen zu verstehen, wenn sie direkt anwesend waren, als wenn sie ihnen im Nachhinein erklärt wurden. Das Begleiten der Interventionen an ihrem Kind zeigt eine stark positive Auswirkung auf die trauernden Familien und ist eine der wichtigsten pflegerischen Interventionen, die für den Trauerprozess gemacht werden können.

2.2.4 Vorteile Anwesenheit der Angehörigen im Schockraum

Es hat sich gezeigt, dass durch die Möglichkeit der Anwesenheit der Angehörigen, diese in eine Helferrolle geschlüpft sind und dass die Kinder weniger ängstlich waren und mehr Compliance zeigten. Auch wurde der Effekt, dass die Angehörigen sich weniger auf die medizinischen Interventionen konzentrierten als viel mehr auf ihr Kind, beobachtet. Ein Vater erklärte, dass die Ärzte und Krankenschwestern für die Behandlung der Tochter da waren, er aber für seine Tochter selbst. Durch mangelnde Kommunikation oder zurückgehaltene Informationen, wurde den Angehörigen ein ungutes Gefühl vermittelt und warfen Fragen auf, ob das Behandlungsteam wirklich alles Mögliche für das Kind getan

hatte. Viele Angehörige, die den Schockraum verlassen mussten, fragten sich, was wohl passierte, was sie nicht hätten sehen dürfen. Auch wenn die Angehörigen von sich aus entschieden hatten, aus dem Raum zu gehen, hinterliess die Option im Schockraum bleiben zu dürfen ein positives Gefühl und das Vertrauen und die Kommunikation wurde bestärkt (King et al., 2008).

2.2.5 Nachteile Anwesenheit der Angehörigen im Schockraum

Durch die Anwesenheit von Angehörigen kann es für das Behandlungsteam schwierig sein, unerfahrene Assistenzärzte oder Auszubildende in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen. Oft entsteht ein Gefühl, dass es in einer solchen Situation unangebracht sei, auszubilden.

Ein weiterer Punkt welcher das Behandlungsteam fürchtet, ist, dass die Ausführungen der Interventionen mit Publikum hinderlich sein könnten. Es hat sich aber gezeigt, dass die Qualität der Interventionen keinen Unterschied machte, ob die Angehörigen anwesend waren oder nicht. Viele fürchteten auch die Emotionen der Angehörigen und die Konfrontation der trauernden Familien. Wenige befürchteten, dass die Angehörigen physisch in die Interventionen eingreifen könnten. Die Angehörigen verstanden aber instinktiv, wann sie sich zurück zu ziehen hatten um das Behandlungsteam nicht zu behindern. Was für das Behandlungsteam schwierig war, war das Abbrechen der Behandlung und die Feststellung des Todes, während die Angehörigen weinend daneben standen (King et al., 2008).

2.2.6 Nötige Ressourcen für die Anwesenheit der Angehörigen im Schockraum

- **Räumlichkeiten:** Interventionen im Schockraum brauchen häufig eine erhöhte Anzahl von Behandlungspersonen. Dies reduziert den Platz für Angehörige. Bei Platzmangel ist es deshalb manchmal notwendig, die Anzahl der Familienangehörigen zu reduzieren und die Angehörigen zu fragen, ob sie für limitierte Zeit den Raum verlassen könnten.
- **Familienraum:** In einem an den Schockraum angrenzenden Familienraum, haben die Angehörigen die Möglichkeit sich zurück zu ziehen und von einem Care- Team betreut zu werden, während sie nahe bei ihrem Kind sein können.
- **Eine unterstützende Person für die Familie:** Es ist hilfreich, wenn der Familie während der Behandlung eine Person zur Seite gestellt werden kann, welche im Umgang mit trauernden Familien ausgebildet ist und gleichzeitig über medizinische Fähigkeiten verfügt. Diese Person kann eine dipl. Pflegefachfrau, ein Sozialarbeiter oder ein Pfarrer sein. Wichtig ist, dass diese Person exklusiv für die Familie zuständig ist und nicht bei der Behandlung des Patienten aktiv involviert ist.
- **Adäquates Betreuungsteam:** Das Betreuungsteam soll mit einer Person ausgestattet sein, welche in Situationen reagieren kann, wenn in einer Stresssituation Angehörige beispielsweise kollabieren. Auch ein Security Dienst sollte im Falle einer drohenden Haltung der Angehörigen gegenüber dem Behandlungsteam erreichbar sein.
- **Richtlinien:** Eine Richtlinie ist notwendig, um eine einheitliche und transparente Betreuung gegenüber den Angehörigen anzubieten. Die Richtlinie soll helfen, um die Rollen des Behandlungsteams und die Verantwortung für die Angehörigen festzulegen. Die Richtlinie muss für jede Schicht und in Berücksichtigung personeller Ressourcen festgelegt sein.
- **Ausbilden des Behandlungsteams:** Es ist wichtig, die Fertigkeiten des Personals im Umgang mit trauernden Angehörigen zu schulen (King et al., 2008).

2.2.7 Verschiedene Verhaltensweisen im Schock

Lasogga & Gasch (2011) beschreiben, dass Patienten und Angehörige im Schock verschiedene Verhaltensmuster zeigen können. Es ist wichtig diese Verhaltensweisen zu

akzeptieren und nicht zu be- oder verurteilen. Es dient dazu, die durch das Geschehene angestaute Energie abzuführen, die für das Opfer individuell adäquat ist. Folgende Verhaltensweisen können auftreten:

2.2.7.1 Schock

Schock ist ein weiter Begriff und kann sehr verschieden interpretiert werden. Phänomene können das Umherirren, eine Denkblockade oder eine apathische Reaktion sein. Es ist wichtig, dass der Begriff Schock nicht mit dem medizinischen Begriff des Schockes verwechselt wird, womit eine verminderte Herzauswurfleistung bezeichnet wird (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.2 Überaktivität

Die Ausschüttung von Adrenalin führt bei einem Notfall zu einer starken motorischen Erregung. Die Opfer rennen orientierungslos umher, sind agitiert, reden viel und möchten unbedingt etwas machen. Im Notfall müssen solche Personen zum Schutz aller mit körperlichen Eingriffen mit Hilfe von anderen Instanzen (Polizei) gestoppt werden (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.3 Lähmung

Als Gegenreaktion zur Überaktivität ist die Lähmung beobachtbar. Die Opfer scheinen sich nicht mehr an der Umgebung zu interessieren und wirken erstarrt, apathisch, bewegungslos und stieren vor sich hin. Sie stehen der Situation gelähmt gegenüber und das Geschehene hat für sie anscheinend keine Bedeutung mehr. Die Lähmung kann im Sinne einer Cortisoldominanz interpretiert werden (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.4 Weinen

Weinen kann entlastend und beruhigend wirken und ist eine verständliche Reaktion. Oft ist die Angst oder die unspezifische Anspannung durch Adrenalin der Auslöser (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.5 Schreien

Durch lautes Schreien wird auf die eigene Not aufmerksam gemacht und man signalisiert, dass man Hilfe braucht (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.6 Lachen

Lachen kann als Abwehrmechanismus und als gestörtes emotionales Gleichgewicht geäußert werden. Die Gefühle werden statt in ursprünglicher Form in das Gegenteil gekehrt. Es ist wichtig, dieses Verhalten nicht als unempfindlich, mangelnde Sensibilität oder sadistische Tendenz abzuwerten (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.7 Aggressionen

Betroffene Personen können verbale bis hin zur körperlichen Aggression zeigen. Die Aggression kann sich gegen das Behandlungsteam, umherstehende Personen oder sich selber richten. Die Aggression ist eine nicht gerichtete Feindseligkeit, sondern eine Erregungsabfuhr (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.8 Redebedarf

Reden hilft Betroffenen die akute Situation zu bewältigen. Sie erleben dadurch eine psychische Entlastung. Über das Geschehene zu sprechen kann noch viele Wochen nach dem Ereignis ein grosses Bedürfnis sein (Lasogga & Gasch 2011).

2.2.7.9 Ruhe, Gelassenheit

Ruhe und Gelassenheit ist eine Verhaltensweise, die schwierig erklärbar ist und für viele eine unverständliche Reaktion ist. Es kann sein, dass diese Personen eine Copingstrategie entwickelt haben, in welcher alle Erregungen verarbeitet und gedämpft sind und als Schutzmechanismus für weitere Irritationen eingesetzt wird. Wahrscheinlich ist, dass die Emotionen zwar vorhanden sind, aber die Ausschüttung von Adrenalin und die Cortisoldominanz ein Gleichgewicht herstellen und somit die Emotionen nicht sichtbar machen. Es ist zu vermuten, dass sich diese zu einem späteren Zeitpunkt zeigen (Lasogga & Gasch 2011).

2.3 Krise

Ich beschreibe in diesem Thema die Definition der Krise und die Krisenintervention.

2.3.1 Definition Krise

„Eine Krise bezeichnet eine problematische, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation oder einen entscheidenden Abschnitt eines durch innere und/ oder äussere, ausnahmehafte Belastungen gekennzeichneten psychologischen Entwicklungsprozesses oder bestimmte Lebenssituationen, die für das weitere Persönlichkeitsschicksal bestimmend ist“ (Sebos, 2018, S.4).

2.3.2 Krisenintervention

„Ein Unfall oder eine ernsthafte Erkrankung ihres Kindes ist für die Angehörigen eine Notfallsituation. Mit einer Krisenintervention kann Angehörigen in einer psychischen belastenden Situation Hilfe geleistet werden.“

Angehörige nicht ausgrenzen

- Angehörige während der Reanimation/ Behandlung nicht ausgrenzen, wenn diese anwesend sein möchten.
- Falls Zeit dazu ist, (Reanimations-) Massnahmen erklären, mit Prognosen eher defensiv umgehen.

Floskeln vermeiden, eindeutige Worte wählen

- Ist der Tod des Kindes definitiv festgestellt, eindeutig formulieren.
- Empathie zeigen, Floskeln unbedingt meiden.

Soziale Ressourcen aufzeigen und aktivieren

- Angehörige fragen wer in dieser Situation kommen soll, an weitere Familienangehörige, Nachbarn und Freunde denken. Die Angehörigen sollten die gewünschten Personen möglichst selbst informieren; dadurch wird die Handlungsfähigkeit in dieser Phase aktiviert.

Hinweise auf weitere Betreuungsmöglichkeiten geben

- Auch wenn in der akuten Situation fast nie (noch nicht) erwünscht, auf mögliche weitere Betreuungsangebote hinweisen. Das sollte möglichst in vorgefertigter schriftlicher Form erfolgen. Hilfe nicht aufdrängen. Ist ein Seelsorger/ Pastor erwünscht? Diesen kontaktieren, falls die Eltern dazu nicht in der Lage sind.

Nicht des Sprechens wegen sprechen

- Ruhe und Sprachlosigkeit aushalten! Ruhig die eigene Sprachlosigkeit formulieren.
- Niemals den Angehörigen Vorwürfe machen.

Niemals die eigene Handlungskompetenz überschätzen

- Das Vorgehen darf nicht spontan erfolgen, sondern soll vorher geplant, abgesprochen und in Rollenspielen trainiert sein. In jedem Fall auch speziell geschulte Personen hinzuziehen“ (Flake & Scheinichen, 2010, S.14).

2.3.3 Ziel der Krisenintervention

- „Aktivierung und Unterstützung der eigenen Situationsbewältigung des Betroffenen.“
- Versachlichung/ Enddramatisierung der Situation.

- Beziehungsaufbau zum Betroffenen.
- Hilfe zur Selbsthilfe, Handlungsfähigkeit des Betroffenen aktivieren.
- Kontakt zu anderen Beratungsstellen herstellen.
- Erklärungen und Informationen zur Situation und zum Geschehnisverlauf geben“ (Flake & Scheinichen, 2010, S.15).

2.4 Ethik

Ich befrage mich mit folgenden Themen: die Definition der Ethik und den vier ethischen Prinzipien, sowie der Förderung der vier ethischen Prinzipien.

2.4.1 Definition Ethik

„Die Ethik reflektiert die Moral. Ihr Gegenstand ist somit die Moral in ihren drei Bereichen Alltagsmoral, Recht und Berufsethos. Da die Moral zudem Werte, Normen und Rechtfertigungen umfasst, setzt sich die Ethik ebenfalls damit auseinander. Als wissenschaftliche bzw. philosophische Disziplin ermöglicht die Ethik eine strukturierte und wohlinformierte Auseinandersetzung mit den Werten, Normen und Rechtfertigungen, die unsere individuellen Moralvorstellungen ausmachen“ (Wallimann- Helmer & Keller, 2018, S. 26).

2.4.1.1 Autonomie:

Alle Menschen haben das Recht auf Autonomie und damit das Recht selber zu entscheiden. Wir sind dazu aufgefordert, die Entscheidungen von Patienten und Angehörigen zu respektieren und diese so zu informieren, dass sie eine autonome Entscheidung treffen können (Wallimann- Helmer & Keller, 2018).

Förderung der Autonomie

Widmer Hüffer (2018) beschreibt, in der Pflegepraxis haben wir viele Möglichkeiten die Autonomie zu fördern:

- Die Kommunikation soll wertschätzend, kompetent und freundschaftlich sein.
- Durch ehrliche und kompetente Informationen den Patienten die Möglichkeit zur autonomen Entscheidung geben.
- Die Bedürfnisse des Patienten wahr- und ernstnehmen.
- Angehörige sollen aktiv in die Behandlung der Pflege miteinbezogen werden.
- Bei Patienten mit eingeschränkter Autonomie im Wohle des Patienten handeln.
- Die physischen und psychischen Kompetenzen des Patienten respektieren.

2.4.1.2 Nicht Schaden:

Dieses Prinzip bedeutet, dass wir mit unserem medizinischen Handeln den Patienten kein Schaden zufügen dürfen. Es fordert uns somit auf, Handlungen die Schaden zufügen zu unterlassen (Wallimann- Helmer & Keller, 2018).

Nicht Schaden fördern

Laut Widmer Hüffer (2018) bedeutet Nicht Schaden in der Pflege, dass wir evidenzbasiert pflegen um somit Risiken zu erkennen, minimieren oder vermeiden. Schaden soll weder absichtlich noch unabsichtlich zugefügt werden und Schädigungspotenziale sollen erkannt und minimiert werden. Folgende Punkte können in der Pflege berücksichtigt werden:

- Die Kommunikation soll wertschätzend, kompetent und freundschaftlich sein.
- Durch ehrliche und kompetente Informationen dem Patienten die Möglichkeit zur autonomen Entscheidung geben.
- Sichere Umgebung bieten.
- Die physischen und psychischen Kompetenzen des Patienten respektieren.

- Potentielle Gefahren sollen erkannt werden und geeignete Schutzmassnahmen ergriffen werden.
- Den Patienten in seiner Salutogenese unterstützen.
- Die Planung und Durchführung der Pflege soll evidenzbasiert sein.

2.4.1.3 Gutes tun:

Dieses Prinzip bedeutet für uns, dass wir alles in unsere Macht stehende tun um mit unseren medizinischen Massnahmen das Wohl des Patienten zu fördern (Wallimann-Helmer & Keller, 2018).

Gutes tun fördern

Gutes tun in der Pflege ist gleichbedeutend wie das Recht des Patienten auf Zugang zu einer kompetenten, fürsorglichen und bestmöglichen Pflege und Behandlung in angemessener Umgebung und der Förderung und Erhaltung seiner Gesundheit. Folgende Punkte helfen bei der Förderung des Prinzips Gutes tun:

- Kompetente und verständliche Information, welche die Patienten zur Wahrnehmung ihrer Rechte befähigt
- Der Patient wird respektiert und seine Bedürfnisse werden ernst genommen. Der Patient soll vor Übergriffen jeglicher Art geschützt sein.
- Der Patient und die Angehörigen haben ein Recht auf Mitwirken bei der Planung und Ausführung der Pflege.
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind vor Ausschluss aller möglichen Alternativen und deren kontinuierlichen Infragestellung zu unterlassen.
- Die Planung und Durchführung der Pflege soll evidenzbasiert sein (Widmer Hüffer, 2018).

2.4.1.4 Gerechtigkeit:

Das medizinische Personal ist verpflichtet alle Fälle gleich zu behandeln (Wallimann-Helmer & Keller, 2018).

Förderung der Gerechtigkeit

Unabhängig von Kultur, Alter, Glaube, Geschlecht, Nationalität, ethnischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung, politischer Gesinnung oder sozialem Status wird jeder Patient mit Fairness und Chancengleichheit behandelt.

Folgende Punkte können dabei helfen:

- Es wird auf die grundlegenden Rechte und Würde jedes Patienten geachtet.
- Die Beziehung von Pflege zu Patient basiert auf Vertrauen, Wahrhaftigkeit und Treue, die auf den Rechten des Patienten ruht.
- Die Wünsche und Anliegen des Patienten werden wahrgenommen und darauf eingegangen und zeigt gleichzeitig die Grenzen der Institution und der pflegerischen, medizinischen und technischen Möglichkeiten auf.
- Es wird ein kostenbewusster und wirksamer Umgang mit Ressourcen ausgeübt (Widmer Hüffer, 2018).

2.5 Auseinandersetzung und gewonnene Erkenntnisse aus der Literatur Recherche

Es ist in der Literatur ersichtlich, dass pädiatrische Notfälle ein sehr emotionales Thema sind und es nicht nur die Angehörigen, sondern auch das ganze Behandlungsteam vor eine grosse Herausforderung stellt. Leider ist das Thema das Kind im Schockraum weiterhin noch nicht genügend erforscht. Es ist enttäuschend, wie wenig Unterlagen zu pädiatrischen Notfällen, aber auch zur Begleitung von Angehörigen auf dem Notfall zu finden sind. Dadurch musste ich leider auch auf Literatur zurückgreifen, die älter als 5 Jahre ist. Es gibt

viele Informationen darüber, welche medizinischen Massnahmen in einem Notfall indiziert sind, aber wie die emotionale Begleitung der Angehörigen stattfinden soll, lässt Vieles offen und unklar. Für mich ist das eine Bestätigung, dass sich das medizinische Personal viel zu wenig mit der Begleitung von Angehörigen auseinandersetzt und der Wunsch nach professioneller Begleitung noch nicht ausgereift ist.

Die Ethik setzt sich vermehrt mit Kindern auseinander, jedoch im Rahmen der Betreuung von Frühgeborenen und ihren Angehörigen oder der palliativen Situation. Auch hier fand ich ein Defizit in der Literaturrecherche bezüglich des pädiatrischen Notfalls. Durch die Bearbeitung der Ethik wurde mir bewusst, welche Rechte Kinder und ihre Angehörigen haben. Die Ethik hat auch gute Ansätze um ein schwieriges emotionales Thema zu bearbeiten. Ich fand es spannend, dass es noch immer nicht als selbstverständlich erachtet wird, die Angehörigen während dem Schockraum zu integrieren.

Durch die Bearbeitung der Fragestellung ist mir aufgefallen was alles nötig an technischen, medizinischen, emotionalen und personellen Ressourcen ist, um eine optimale Begleitung der Angehörigen im Schockraum zu sichern. Ich habe gemerkt, dass die räumlichen Gegebenheiten bei uns im Spital gar nicht vorhanden sind, um eine für die Angehörigen stressfreie Atmosphäre zu schaffen.

Ich fand in vielen Büchern und Studien die Bestätigung, dass die Angehörigen während einem Schockraum anwesend sein möchten. Meist ist es ihnen gar nicht wichtig die medizinischen Massnahmen zu beobachten, entscheidender ist für sie, für ihr Kind da zu sein. Angehörige brauchen die Nähe zu ihrem Kind in einer solchen einschneidenden Phase im Leben ihres Kindes. Sie haben eine starke Bindung und wollen es auf keinen Fall alleine und schutzlos lassen. Sie sind intuitiv davon überzeugt mit Berührungen und Sprechen dem Kind die Angst zu nehmen und ihre schützenden Flügel über ihr Kind ausbreiten zu können. Dies bestärkt mich darin, die Eltern unbedingt dazu zu ermuntern in den Schockraum zu gehen.

2.6 Persönliches Fazit in Bezug auf mein Fallbeispiel

In der Zwischenzeit hat sich die Gelegenheit ergeben, mein Wissen, das ich mir aus der Bearbeitung angeeignet habe, anzuwenden.

In meinem Fallbeispiel finde ich es wichtig, dass die Mutter eine direkte Ansprechperson hat, die nur für sie zuständig ist und nicht direkt an der Behandlung des Kindes beteiligt ist. Ich übernehme diese Betreuung da wir leider in unserem Spital kein speziell dafür ausgebildetes Personal haben. Ich stelle mich mit Nachnamen und Funktion vor und erkläre, dass ich für sie zuständig bin. Dadurch kann ich die beiden Prinzipien Autonomie und Gutes tun fördern. Nun weiss ich, dass ich ihr mit einfachen und klaren Worten die medizinischen Massnahmen beschreiben soll. Um die Autonomiefähigkeit zu unterstützen und weil ich nun weiss wie wichtig es für Angehörige ist bei ihrem Kind zu sein, ermuntere ich die Mutter in den Schockraum zu gehen. Ich versichere ihr, dass sie unsere Arbeit nicht behindert. Ich platziere die Mutter so, dass sie dem Behandlungsteam nicht im Weg steht, aber sie trotzdem nach Möglichkeit ihr Kind berühren kann. Während der ganzen Zeit bin ich anwesend und achte darauf, dass wir die medizinischen Massnahmen nicht behindern. Ich erkläre ihr, dass sie richtig gehandelt hat und dass sie sich keine Vorwürfe zu machen braucht. Ich frage nach Familienangehörigen oder Freunden die Beistand leisten können oder die informiert werden sollen. Dadurch kann ich ihre eigene Handlungsfähigkeit und somit ihre Autonomie unterstützen. Durch meine neu gewonnenen Erkenntnisse, wie verschieden das Verhalten der Angehörigen in dieser akuten Krise sein kann und wie ich darauf reagieren kann, erhalte ich ein sehr gutes Gefühl. Ist sie am Weinen, kann ich mit Berührungen an Händen oder Schultern meine Unterstützung anbieten. Wenn sie ruhig wirkt, liegt es an mir diese Stille auszuhalten oder auszusprechen. Wenn sie den Drang hat Adrenalin durch Aktivität abzubauen, versuche ich ihr den Raum dafür zu geben. Ich fühle mich in meiner Rolle sehr viel wohler.

3 Schlussteil

Im Schlussteil beschreibe ich die Konsequenzen für die Praxis, beschäftige mich mit kritischen Hintergedanken und stelle ein persönliches Fazit.

3.1 Konsequenzen für die Praxis

Mit der Bearbeitung meiner Diplomarbeit ist mir bewusst geworden, wieviele Defizite ich bezüglich dieses Themas hatte, aber leider auch unsere ganze Abteilung auf dem Kindernotfall. Es fehlt an Richtlinien und Räumlichkeiten, sowie an Weiterbildungen oder ausgebildetem Personal. Durch die Bearbeitung dieser Diplomarbeit konnte ich mir viel Wissen aneignen, welches ich sehr gerne an meine Teamkolleginnen sowie Ärzte weitergeben werde.

Ich möchte die Praxisorientierung anhand von zwei verschiedenen Methoden darstellen: Einmal durch das Zusammenführen meiner theoretischen Fundierung, was nicht direkt einer Methode entspricht. Diese Variante ist aber für mich am sinnvollsten, da ich keine weitere optimale Methode gefunden habe, die mich in der Umsetzung in der Praxis unterstützt. Ich möchte aber anhand von den ethischen Prinzipien eine zweite Möglichkeit aufzeigen, wie ich Angehörige mit Kindern im Schockraum unterstützen kann.

Theorie	Praxis Anforderung	Meine konkrete Umsetzung
Räumlichkeiten	Ich brauche einen geeigneten Raum, in welchem nebst dem Behandlungsteam auch Platz für Angehörige ist.	<p>Ich werde in unserem Schockraum unnötige Materialien entfernen um mehr Platz zu schaffen.</p> <p>Ich werde die Angehörigen ermuntern, in den Schockraum zu kommen.</p> <p>Ich werde das Bett so drehen, dass möglichst viel Platz rundum das Kind entsteht.</p> <p>Bei Platzmangel, welche die medizinischen Interventionen behindern, werde ich die Familienangehörigen bitten sich vom Kind zurück zu ziehen oder wenn nötig die Anwesenheit auf 1-2-Personen zu beschränken.</p>
Familienraum	Für die Familie ist es wichtig, einen Rückzugsort zu haben, an welchem sie aber trotzdem in der Nähe des Kindes sein können.	Ich werde die Wartezimmertüre schliessen und ein Paravent vor die Türe des Schockraums stellen, so sind die Angehörigen vor neugierigen Blicken geschützt.

		<p>Ich werde in einem nebenanliegenden Raum Platz schaffen für die Angehörigen in welchem sie sich zurückziehen und unter sich sein können.</p>
<p>Unterstützende Person für die Familie</p>	<p>Angehörige brauchen eine Person die sie in dieser Zeit unterstützt und ausschliesslich für sie da ist.</p>	<p>Ich stelle mich in meiner Funktion vor und erkläre ihnen in einfachen Worten fortlaufend was passiert. Ich beteilige mich nicht an der medizinischen Behandlung des Kindes.</p> <p>Ich organisiere den Pfarrer oder die Seelsorge welche im Haus sind, um sich um die Familie zu kümmern.</p>
<p>Adäquates Betreuungsteam</p>	<p>In einem Ausnahmezustand muss es möglich sein mit meinem Team die Situation zu bewältigen.</p>	<p>Ich gebe den Angehörigen ein Telefon damit sie wichtige Personen anrufen können.</p> <p>Ich ermuntere sie dazu, unterstützende Personen bitten herzukommen.</p> <p>Ich betätige den Notfallknopf, der sofort einen Polizeieinsatz auslöst, im Fall, dass ein Angehöriger aggressiv reagiert.</p> <p>Ich beauftrage den Unterassistenten oder die Praktikantin einen Stuhl für die Angehörigen zu organisieren, damit sie nicht kollabieren.</p>
<p>Richtlinien</p>	<p>Es sollte in unserem Spital Richtlinien geben bezüglich Betreuung von Angehörigen im Schockraum.</p>	<p>Ich habe mich mit der Oberärztin bezüglich dieses Themas auseinandergesetzt und aufgrund der fehlenden Richtlinien werde ich zusammen mit anderen Personen aus meinem Team nach meiner Ausbildung des NDS Richtlinien erstellen.</p>
<p>Ausbilden des Behandlungsteams</p>	<p>Jedes Behandlungsteam soll die Möglichkeit haben sich in dieser emotionalen Situation weiterbilden zu können.</p>	<p>Ich werde meine Diplomarbeit während einer Teamsitzung vorstellen.</p>

		Falls meine Diplomarbeit gut bewertet wird, werde ich sie ebenfalls im ärztlichen Team vorstellen.
Kommunikation	Die Kommunikation ist der Situation und dem Verhalten der betroffenen Person anzupassen.	<p>Ich spreche langsam und benutze Laiensprache.</p> <p>Ich verwende keine Floskeln und spreche nicht um eine für mich unangenehme Stille zu füllen.</p> <p>Ich höre den Angehörigen zu und spreche keine Schuldzuweisungen aus.</p> <p>Wenn ich das Gefühl habe, dass die Angehörigen Nähe brauchen, kann ich Hände oder Schultern der betroffenen Person berühren um Trost zu spenden.</p> <p>Ich werde keine Prognosen bezüglich des Verlaufes der medizinischen Versorgung machen.</p>

Ethische Prinzipien	Praxisbezogene Umsetzung
<p>Autonomie Für mich ist es sehr wichtig, die Angehörigen in ihrer Autonomie zu unterstützen. Durch ein solches einschneidendes Erlebnis wird den Angehörigen die Kontrolle über ihr Kind vollkommen entrissen und ich möchte ihnen bei diesem Kontrollverlust die Fähigkeit geben, ihre Autonomie zu fördern.</p>	<p>Durch fachgerechte Informationen was die Angehörigen im Schockraum erwartet und mit der Information, dass ich ihnen während der gesamten Zeit zur Seite stehe, überlasse ich ihnen die Entscheidung, ob sie im Schockraum anwesend sein möchten oder nicht.</p> <p>Ich unterstütze ihre Entscheidung im Schockraum anwesend zu sein und ermuntere sie, gewohnte Umgangsformen mit dem Kind wie Berührungen und Sprechen unbedingt auszuführen.</p> <p>Ich nehme die Auswirkung der Situation auf die Angehörige wahr und verurteile sie nicht. Ich biete ihnen die Möglichkeit zu sprechen, wenn ihnen danach ist oder still zu sein, wenn ihr Bedürfnis dies verlangt. Ich biete ihnen den Raum, sich abzureagieren falls dies nötig ist.</p>

<p>Gutes tun In dieser Situation finde ich es unbedingt nötig, Gutes tun zu fördern. Den Angehörigen steht jeder möglicher Support den wir anbieten können zu.</p>	<p>Ich ermuntere sie dazu, Freunde, Nachbarn oder andere Familienangehörige anzurufen und sie herzubitten.</p> <p>Ich bringe ihnen Wasser und biete ihnen einen Stuhl an.</p> <p>Ich höre ihnen zu und interessiere mich für die Sorgen, die solch ein Ereignis mit sich bringt und zeige Verständnis dafür.</p> <p>Ich kümmere mich um eine Betreuung von Geschwistern, falls welche anwesend sind.</p> <p>Ich informiere die Angehörigen wahrheitsgetreu und ohne Floskeln direkt über den Zustand ihres Kindes. Ich halte mich mit Prognosen zurück.</p>
<p>Nicht schaden Ich versuche weder den Angehörigen noch mir in einer emotionalen Belastungssituation zu schaden. Ich versuche jeglichen Schaden zu verhindern.</p>	<p>Ich mache keine Schuldzuweisungen und gebe ihnen die Bestätigung richtig gehandelt zu haben.</p> <p>Ich lasse keinen Angehörigen alleine im Schockraum ohne Ansprechperson.</p> <p>Ich kenne meine Grenzen und hole professionelle Unterstützung, wenn meine Kompetenzen überschritten werden.</p> <p>Ich versuche zu verhindern, dass jemand den Angehörigen weder verbal noch nonverbal das Gefühl gibt nicht im Schockraum anwesend sein zu dürfen.</p>
<p>Gerechtigkeit In der heutigen Zeit voller Vorurteile und Stigmatisierung finde ich es wichtig, allen Angehörigen mit Respekt zu begegnen und alle gleich gut zu behandeln.</p>	<p>Ich biete Gesprächspartner an z.B. Seelsorger oder Pfarrer.</p> <p>Ich setze alles daran, mich mit den Angehörigen zu verständigen und organisiere bei Bedarf einen Dolmetscher.</p> <p>Ich respektiere die Rituale der Angehörigen und versuche im Bereich des Möglichen Raum und Zeit für diese zu organisieren.</p> <p>Ich respektiere verschiedene Verhaltensformen in dieser Situation und verurteile nicht.</p>

3.2 Kritische Gedanken

Meine Methoden sind sehr schön beschrieben aber die Umsetzung in die Praxis ist mit Hindernissen und grossem Aufwand verbunden. Die Räumlichkeiten sind begrenzt und je nach Patientenzahl auf dem Notfall ist es nicht möglich, einen zusätzlichen Raum für die Angehörigen zu reservieren. Auch personell sind die Ressourcen beschränkt und es ist möglich, dass ich an der direkten medizinischen Betreuung des Kindes teilhaben muss und

mich nicht nur auf die Angehörigen konzentrieren kann. Je nach Uhrzeit ist es nicht möglich, noch eine Seelsorge oder einen Pfarrer zu organisieren. Es ist die richtige Einstellung, dass die Angehörigen weder verbal noch nonverbal das Gefühl bekommen im Schockraum nicht erwünscht zu sein, aber in der Realität kann es natürlich trotzdem vorkommen, dass sich andere Teamkollegen an der Anwesenheit gestört fühlen und dies auch den Angehörigen verbal oder nonverbal mitteilen.

3.3 Fazit bezüglich der Fragestellung

In der Bearbeitung meiner Diplomarbeit habe ich gemerkt, dass die Abgrenzung nicht so einfach war wie ich mir dies gewünscht hätte. Ich wollte mich von Kommunikationsmodellen abgrenzen, aber es ist schwierig Angehörige zu begleiten ohne die Kommunikationsmodelle einfließen zu lassen. Die nonverbale und verbale Kommunikation spielt eine wichtige Rolle in der Begleitung von Angehörigen. Ich konnte mich aber nicht vertieft mit der Kommunikation auseinandersetzen, da die Seitenzahl beschränkt ist.

Ebenfalls ist es schwierig diese Fragestellung zu beantworten und die kulturellen Aspekte ganz wegzulassen, da es doch beträchtliche Unterschiede macht, welchen Glauben oder welche Rituale die Angehörigen haben. Somit konnte ich mich nicht von den kulturellen Unterschieden vollständig abgrenzen.

Meine Frage ist für mich beantwortet. Mit den ethischen Prinzipien und der praxisbezogenen Umsetzung habe ich für mich eine Methode gefunden, die mir in einer nächsten Situation Selbstvertrauen und ein gutes Gefühl gibt, in der Begleitung von Angehörigen eines Kindes im Schockraum.

3.4 Reflexion des Arbeitsprozesses und persönliches Fazit

Diese Arbeit zu schreiben war auf verschiedene Arten eine wirkliche Herausforderung. Einerseits präsentierte sich die Literaturrecherche als schwierig, andererseits fehlte mir die anfängliche Motivation mich in das Thema einzuarbeiten. Das Thema riss mich aber schnell mit und ich war überrascht, wie wenig ich wirklich wusste über die Bedürfnisse von Angehörigen mit Kindern im Schockraum.

Eine weitere Herausforderung war für mich die emotionale Belastung. Ich konnte mich sehr gut emotional in das Thema einbringen aber es setzte mir auch zu. Während der Bearbeitung hatte ich eine schlimme Situation bezüglich Schockraum und Begleitung von Angehörigen erlebt, was mir für die Diplomarbeit zwar die nötige Erfahrung brachte, mich aber auch belastete. Ich konnte mich nicht ausschliesslich um die Angehörigen kümmern, da ich das Kind betreute, aber ich habe ihnen jemand aktiv an die Seite gestellt. Ich habe die Angehörigen immer wieder dazu ermuntert in die Nähe des Kindes zu kommen und es auch zu berühren. In meiner Rolle fühlte ich mich sehr wohl, da ich mein Fachwissen enorm verbessert hatte. Ich hatte eine Vorstellung davon, wie sich diese akute Krise für die Angehörigen anfühlt und ich konnte adäquat darauf reagieren. Mein Gefühl von Hilflosigkeit und meine Überforderung die ich zu Beginn der Arbeit verspürte, waren weg. Ich bin sehr froh, dass ich mich dazu entschieden habe, dieses Thema zu bearbeiten, weil ich finde, dass es viel zu wenig Aufmerksamkeit bekommt. Für mich persönlich ist es wichtig, nach den ethischen Prinzipien pflegen zu können und durch diese Arbeit ist es mir gelungen, eine Methode zu finden, die mich die Angehörigen nach den ethischen Prinzipien betreuen lässt. Dies gibt mir ein sehr gutes Gefühl und es gibt mir Sicherheit. Meiner Meinung nach sind pädiatrische Notfälle immer tragisch und Angehörige optimal zu betreuen, bringt mich an meine eigenen Grenzen. Ich habe herausgefunden, dass ich in der Situation sehr viel Gelassenheit zeige, was höchstwahrscheinlich mit meiner Ausschüttung von Adrenalin und Cortisol zu tun hat. Dadurch habe ich eine Copingstrategie gefunden, um in der Situation Ruhe zu bewahren und zu funktionieren. Sobald die akute Situation aber vorbei ist, sind die Emotionen sehr stark. Ich habe aber gelernt, diese Emotionen nicht zu fürchten, denn sie machen mich empathisch und ich habe die Fähigkeit

in jeder neuen Situation die Angehörigen mit viel Einfühlungsvermögen und echter Anteilnahme zu unterstützen.

4 Anhang

4.1 Literaturverzeichnis

4.1.1 Bücher

- Albisser Schleger, H., Mertz, M., Meyer- Zehnder, B. & Reiter- Theil, S. (2012). Klinische Ethik- METAP. Berlin Heidelberg: Springer.
- Deutsch, J., Schnekenburger, F. (2017). Pädiatrie und Kinderchirurgie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme.
- Flake, F., Scheinichen, F. (2010). Kindernotfälle im Rettungsdienst (3. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Gutermuth, L., Gerstorfer, M. (2009). Schockraum- Management. München: Elsevier.
- King, Ch., Henretig, F., King, B., Loiselle, J., Ruddy, R., Wiley, J. (2008). Pediatric Emergency Procedures (2. Auflage). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lasogga, F., Gasch, B. (2011). Notfallpsychologie (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Wallimann- Helmer, I., Keller, M. (2018). Ethik für medizinische Berufe: *Reflexionshilfe zur Analyse ethischer Konfliktsituation*. Zürich: Versus.

4.1.2 Vorlesung

- Sebos, S. (2018). Angst, Krise. Z-INA Höhere Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege, Zürich.
- Widmer Hüffer (2018). SBK ASI. Ethik und Pflegepraxis. Z-INA Höhere Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege, Zürich.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum:

Unterschrift:

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum:

Unterschrift:

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: