

Anlage 1b



Anleitung zur Informationssammlung / Patientenanamnese in enger Anlehnung an die Theorie von Roper et al.

Zum Umgang mit der Anleitung zur Informationssammlung

Die Informationssammlung soll einen umfassenden **Gesamteindruck** von dem zu Pflegenden vermitteln und es ermöglichen seine **Situation einzuschätzen**.

Zwei häufig gestellte **Fragen** in diesem Zusammenhang lauten:

- Welche Informationen benötige ich?
- Wie erhebe ich diese Informationen?

Die Anleitung zur Informationssammlung stellt eine Hilfestellung im Sinne einer **Erinnerungshilfe** zu dem theoretischem Fachwissen dar.

Jedoch sind nicht alle aufgeführten Inhalte immer gleichmäßig wichtig. Diese Hilfestellung soll es dem Auszubildenden erleichtern, pflegerelevante Informationen beim Patienten zu ermitteln, um Ressourcen, (generelle/ aktuelle/ potentielle und / oder verdeckte) Pflegeprobleme daraus abzuleiten und individuelle Pflege planen zu können.

Zentrales Element während der Erhebung der Pflegeanamnese ist die **Kommunikation** mit dem Patienten.

Einen Grundsatz stellt dabei der **respektvolle Umgang mit dem Patienten** dar. Das heißt unter anderem, die Würde des zu Pflegenden muss geachtet und seine Intimsphäre gewahrt werden. Bei der Gewinnung von Informationen sollte eine empathische Grundhaltung selbstverständlich sein. Die Qualität und Sensibilität der Gesprächsführung ist dabei ein entscheidender Faktor. Jede persönliche Information ist als vertraulich zu betrachten und wird mit Überlegung gewonnen und mit Überlegung weitergeleitet.

Die Anleitung zur Informationssammlung soll nicht als Fragebogen genutzt werden.

Entscheidend ist die Fragestellung welche Informationen benötigt werden, um dem Pflegebedürftigen eine angemessene Hilfestellung zur Bewältigung seiner Pflegesituation anbieten zu können. Dabei sind grundsätzlich alle Lebensaktivitäten zu betrachten. Die erforderlichen Informationen sind jedoch immer individuell unterschiedlich.

Erst die differenzierte Handhabung macht **professionelle Pflege** aus.

Anmerkung: Die aktuellen Grenzwertangaben beziehen sich auf das Lehrbuch Pflege Heute (2004) Elsevier, Urban & Fischer Verlag. München .

Inhaltsverzeichnis

Zum Umgang mit der Anleitung	Seite 2
Inhaltsverzeichnis	Seite 3
<i>LA (Lebensaktivitäten nach N. Roper et. al.)</i>	
Sich Sauberhalten und kleiden	Seite 4-5
Essen und trinken	Seite 6
Ausscheiden	Seite 7-9
Sich bewegen	Seite 10-11
Kommunizieren	Seite 12
Atmen	Seite 13-15
Für eine sichere Umgebung sorgen	Seite 16-17
Schlafen	Seite 18
Sich als Kind / Frau /Mann fühlen u. verhalten	Seite 19-20
Sterben	Seite 21
Die Körpertemperatur regulieren	Seite 22-23
Arbeiten und Spielen	Seite 24-25

LA Sich Sauberhalten und Kleiden

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Sich Sauberhalten u. Kleiden

Wie ist das momentane Erscheinungsbild des Patienten?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- **Hautbeobachtung** (Unterscheidung in **Gesicht/Rumpf/Extremitäten**)
 - Hauttyp
physiologisch: geschmeidig ...; Veränderungen: fett, trocken ...
 - Hautfeuchtigkeit
physiologisch: Veränderungen: Hypohidrosis, Hyperhidrosis)
 - Hautfarbe
physiologisch: Veränderung: Rötung, Blässe, Zyanose, Ikterus, fahlgrau...
 - Hautturgor
physiologisch: elastisch; Veränderungen: herabgesetzt- Altershaut, Exsikkose..., gesteigert- Ödeme, Anasarka, Schwellungen
 - Hauttemperatur (Körperschalentemperatur)
physiologisch: warm; Veränderung: kühl, heiß...
 - Hautbeschaffenheit
physiologisch: intakt; Veränderungen: Blasen, Narben, Krusten, Ulcus, Wunden, Ekzem, Hämatome, Schwellung, Petechien, Naevus, typische Hautveränderungen bei Bestrahlung....
Beschreibungskriterien: Lokalisation, Art (akut, chronisch, lokal, generalisiert),
Flächen- und Tiefenausdehnung, Geruch, Aussehen, Beläge, Sekretion, Wundumgebung,
Empfinden des Pat. (Schmerz, Juckreiz, Brennen...)
- **Mundschleimhaut/Lippen/Zunge**
 - physiologisch-rosig, feucht, intakt, frei von Belägen
 - Veränderung: geschwollen, stark gerötet, Schleimhautläsionen, borkig, trocken, belegt, blass, Aphthen, Rhagaden, Herpes Labialis, Soor, Gingivitis...
Beschreibungskriterien: s.o.
 - Mundgeruch (siehe ATL Atmen/Atemgeruch)
- **Zähne**
 - physiologisch: vollständige, festsitzende, intakte Zähne
 - Veränderung: unvollständig, defekt, Zahnersatz/Prothesen
- **Augen**
 - physiologisch: weiße, feuchte Skleren, runde Iris/Pupillen, Augen sind in der Augenhöhle eingebettet, Augenlider sind mit Wimpern behaart
 - Veränderung: Pupillenverformung, Nystagmus, hervorstehende Augen, gelbliche Skleren, rötliche Skleren, fehlende Wimpernbehaarung

- *Haare/Kopfhaut*
 - physiologisch: volle, glänzende, intakte Haare, intakte Kopfhaut
 - Veränderungen: fettiges Haar, trockenes Haar, dünnes Haar, ausgeprägter Haarausfall (therapeutisch oder krankheitsbedingt), Haarersatz, geschlechtstypische, untypische Behaarung
 - Kopfhautveränderungen
- *Finger- und Fußnägel*
 - physiologisch: intakte, transparente, Mattglänzende, feste, elastische Fingernägel
 - Veränderungen: eingewachsene, brüchige Nägel, Längsrillen, Uhrglasnägel
 - Beschreibungskriterien:* Länge, Farbe, Beschaffenheit/Struktur, Form/Elastizität,

Wie wäscht und pflegt sich der Patient?

- Häufigkeit/Zeitaufwand bzgl. der Körperpflege-Reinigung
- Einbettung in den Tagesrhythmus/Wochenrhythmus
- Verwendung von Pflegeprodukten/Kosmetik/Duftstoffen
- Ressourcen, Hilfsmitteln

Wie kleidet sich der Patient momentan?

- eigene Kleidung verfügbar, Schuhe vorhanden, Wäscheversorgung geregelt
- Krankenhauswäsche
- zweckmäßig, Schmuck
- Kleidungswechsel: Häufigkeit, Einbettung im Tagesablauf, individuelle Gewohnheiten
- Ressourcen, Hilfsmittel

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient sein momentanes Erscheinungsbild bzw. seine Körperpflege und Kleidung?

- gepflegt, angemessen, akzeptabel, zweckmäßig, zufrieden
- umfassend, gründlich
- zwanghaft, vernachlässigt, peinlich, abstoßend und unangemessen

3. Früherer Zustand /Gewohnheiten des Patienten

Wie hat der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt seine Körperpflege durchgeführt, wie hat er sich gekleidet?

Welche Gewohnheiten/Bedürfnisse/Einstellungen hatte der Patient bezüglich seiner Körperpflege und Kleidung?

Welche Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten (z.B. Hilfsmittel) hatte der Patient in Bezug auf die LA waschen und kleiden?

LA Essen und Trinken

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Essen und Trinken

Wie isst und trinkt/ ernährt sich der Patient momentan?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

Essen und Trinken

- Ernährungszustand
Körpergröße, -gewicht (s.Body-Mass-Index)
physiologisch: Normalgewicht
Veränderungen: Untergewicht, Kachexie, Mangelernährung; Übergewicht, Adipositas... Exsikkose / Dehydratation...
- Nahrungsaufnahme / Flüssigkeitsaufnahme
physiologisch: oral, Trinkmenge pro Tag
Veränderungen: enteral (über eine Sonde), parenteral, Nahrungskarenz, Trinkmengenbeschränkung
Hilfsmittel, z.B. „Schnabelbecher“, Strohhalm, spezielles Besteck...
- Störungen der Nahrungsaufnahme / Flüssigkeitsaufnahme
Schluckstörungen, Schluckauf, Aufstoßen, Übelkeit, Sodbrennen...
- Mahlzeiten
Anzahl, Zusammenstellung, Menge, Zeiten...
- Trinkverhalten, Essverhalten, Appetit

Veränderungen: durstig, hungrig, Heißhunger, gierig, gesteigerter Appetit, appetitlos, mangelndes Durstgefühl
übermäßiges Essen / Trinken, Nahrungsverweigerung / Trinkverweigerung, Abneigung gegen bestimmte Speisen / Getränke, Lebensmittelunverträglichkeiten...
- Kostform
oral: Vollkost, Schonkost, vegetarische Kost, Reduktionskost, Diät, passierte Kost, Wunschkost...
enteral: Sondenkost (Kcal/Tag), z.B. Standardernährung, ballaststoffreich, Diäten...

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine Nahrungsaufnahme / Flüssigkeitsaufnahme?

- isst gern / trinkt gern, widerwillig, notgedrungen...

3. Früherer Zustand / Gewohnheiten des Patienten

*Welche Gewohnheiten / Bedürfnisse hatte der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt bzgl. seiner Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hatte der Patient?
(z.B. Wissen über Zusammenhänge, evtl. Einhalten einer Diät, Hilfsmittel...)*

LA Ausscheiden

1. Augenblicklicher Zustand bzgl. der LA Ausscheiden

Urin

Wie scheidet der Patient momentan Urin aus?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- **Miktion**
physiologisch: schmerzfrei, willkürlich, kontinent
Veränderungen: z.B.: BDK, Einmalkath., suprapub.Kath., Urostoma
Inkontinenz: Stress-, Drang-(motorisch, sensorisch), Reflex-,
Überlauf-, extraurethrale Inkontinenz...
- **Menge**
physiologisch: 1500-2000 ml / 24 Std.
Veränderungen: z.B. Anurie, Oligurie, Polyurie..., Erhöhung der Restharmenge
- **Häufigkeit , Zeitpunkt und Menge der Miktion**
physiologisch: 4-6 mal / Tag (Erwachsene), ca. 200-400 ml
Veränderungen: z.B. Pollakisurie, Nykturie...
- **Farbe**
physiologisch: gelblich (Abstufungen von hellgelb bis dunkelgelb je nach
Trinkmenge und Nahrungsaufnahme)
Veränderungen: z.B. rötlich, bierbraun, wasserhell...
- **Geruch**
physiologisch: unauffällig, nahezu geruchlos
Veränderungen: z.B. stechend, faulig, übelriechend, obstartig nach Aceton...
- **spez. Gewicht**
physiologisch: 1010-1025 mg/ml bzw. g/l
Veränderungen: Isosthenurie, Hypersthenurie, Hyposthenurie
- **pH Wert**
physiologisch: 5-6
Veränderungen: sauer, alkalisch
- **Beimengungen / Durchsichtigkeit**
physiologisch: klar, keine Beimengungen
Veränderungen: z.B. trübe, Blut, Eiweiß, Zucker, Bakterien, Leukozyten, Eiter,
Ketonkörper...

Stuhl

Wie scheidet der Patient momentan Stuhl aus?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- **Defäkation**
physiologisch: schmerzfrei, kontinent, dem Stuhldrang entsprechend
Veränderungen: z.B. schmerzhaft (z.B. Tenesmus, Hämorrhoiden...), Ileostoma, Colostoma, Inkontinenz...
- **Menge**
physiologisch: 100-500g täglich
Veränderungen: z.B. < 100g tgl., > 500g tgl.
- **Zeitpunkt (Wann zuletzt?) / Frequenz**
physiologisch: 1-2-mal täglich bis 3-4-mal wöchentlich
Veränderungen: z.B. Obstipation, Diarrhoe
- **Konsistenz**
physiologisch: weich, geformt
Veränderungen: z.B. hart, trocken, schafskotartig, breiig, flüssig, wässrig, erbsenbreiartig, bleistiftförmig...
- **Farbe**
physiologisch: bräunlich (Abstufungen abhängig von aufgenommener Nahrung, Medikamenten)
Veränderungen: z.B. schwarz (Teerstuhl), lehmfarben (acholisch), grünlich, rötlich, gelblich...
- **Geruch**
physiologisch: individueller, typischer Fäkalgeruch
Veränderungen: z.B. übelriechend, faulig, stechend...
- **Beimengungen**
physiologisch: unverdauliche Nahrungsreste
Veränderungen: z.B. Blut, Eiter, Schleim, Parasiten, Fett, unverdaute Nahrung... evtl. Fremdkörper...
- **Flatulenz**
physiologisch: individuell, ernährungsabhängig
Veränderungen: z.B. schmerzhaft, fortwährend, Meteorismus...

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine Urin-/ Stuhlausscheidung?

- unbedeutend, unkompliziert, zufrieden stellend...
- störend, peinlich, schmerzhaft, belastend...

3. Früherer Zustand / Gewohnheiten des Patienten

Welche Gewohnheiten / Bedürfnisse hatte der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt bzgl. seiner Urin-/ Stuhlausscheidung?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hatte er?
(z.B. Wissen über Zusammenhänge / Hilfsmittel...).

Erbrechen

Wie erbricht der Patient?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- *Zeitpunkt*
morgendliches Erbrechen / Nüchternerebrechen,
sofort oder verzögert nach der Nahrungsaufnahme, unabhängig von der
Nahrungsaufnahme, nach Medikamenteneinnahme,
bei starken Schmerzen, Schwangerschaftserbrechen...
- *Häufigkeit*
einmalig, wiederholt auftretend, persistierend (Stunden oder Tage)
- *Art und Weise*
schwallartig, würgend, krampfartig, schmerzhaft, schlaff und fließend
(Überläuferbrechen), selbst ausgelöst...
- *Menge*
mundvoll, Nierenschale voll, Menge in ml
- *Geruch*
sauer, faulig stinkend, nach Kot...
- *Farbe / Aussehen*
grünlich, dunkelbraun, schwarz, hellrot,
schleimig, gallig, kaffeesatzartig...
- *Beimengungen / Bestandteile*
unverdaute Nahrungsreste, Schleim, Blut (Hämatemesis), Koterbrechen
(Miserere)...
- *Begleitsymptome / ergänzende Beobachtungen*
Übelkeit, Schweißausbruch, Pulsveränderungen, Schmerzen, Husten,
Flüssigkeitsverlust...

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient sein Erbrechen?

- entlastend, erleichternd...
- belastend, auszehrend, ekelerregend, peinlich, schmerzhaft,...

3. Früherer Zustand

Hat der Patient bisher erbrochen?

Wenn ja: siehe oben genannte Kriterien.

- Welche Bedürfnisse hat der Patient in Bezug auf sein Erbrechen?
- Welche Hilfestellung und Unterstützung erwartet er?
- Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hat der Patient in Bezug auf sein Erbrechen?

LA Sich bewegen

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Sich bewegen

Wie bewegt sich der Patient momentan?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- **Beweglichkeit / Gelenkbeweglichkeit**
Physiologisch: Arme, Beine, Rumpf
Mögliche Bewegungen: Flexion, Extension, Abduktion, Adduktion, Außen- und Innenrotation
Veränderungen: verminderte Beweglichkeit durch z.B. Müdigkeit, Schwäche, Bewusstseinsbeschränkung, Verletzungen, Kontrakturen, Hypokinesen, Akinesen.....
Erhöhte Beweglichkeit: z.B. Hyperkinesen, Krämpfe
- **Koordination**
Physiologisch: Fein- und Grobmotorik, Koordinationsfähigkeit der Fein- und Grobmotorik, Balanceempfinden, willkürliche und unwillkürliche Bewegungen
Veränderungen: Balanceschwierigkeiten, Ataxie, fein- und grobmotorische Störungen, überschießende Bewegungen, zu kurze Bewegungen, Apraxie
- **Körperhaltung**
Physiologisch: aufrecht, entspannt, locker, sicher..., im Sitzen, im Stehen, im Liegen
Haltungsstörungen: müde, kraftlos, schlaff, vorgebeugt, angespannt, unruhig, steif, hängende Schulter, zwanghafte Haltung, verkrampft,...
Haltungsschäden: Kyphose, Lordose, Skoliose,...Zwangs- und Schonhaltungen
- **Gangbild / Wegstrecke**
Physiologisch: aufrecht, harmonisch, rhythmisch, dynamisch, sicher, elastisch, federnd...
Veränderungen: unsicher, schleppend, gebeugt, schlüpfend, trippelnd, schwankend, hinkend, verlangsamt, beschleunigt
Beschwerdefreie Wegstrecke:.....?....m
- **Muskeltonus**
Physiologisch: Normotonus
Veränderungen: Hypotonus, Rigor, Hypertonus, Tremor, Atrophie, Schwäche
- **Lähmungen**
Periphere-schlaffe Lähmung, zentrale-spastische Lähmung, Parese, Plegie, Mono-, Hemi-, Tetra-, Paraplegie bzw. -parese

- *Körperschema*
Physiologisch: richtige Körperempfindung der Körpergrenzen und der Lage im Raum
Veränderung: Verlust des Körperschemas durch z.B. Superweichlagerung, Apoplexie, Amputation...
- *Eigenaktivität*
Im Liegen, Stehen, Sitzen, Laufen
Rechts- und Links- Händig-/Füßigkeit, dominante Körperhälfte
Nortonskala, Thrombozeskala...
Therapeutische Lagerungen/Bewegungen, spez. Anordnungen z.B. Belastungen
Veränderungen: Stereotypie
- *Schmerzen und Sensibilität*
Physiologische: intakte Oberflächen- und Tiefensensibilität, schmerzfreie Bewegung und Körperhaltung
Veränderungen: Bewegungsschmerz, Ruheschmerz, akuter Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzgebiete, gestörte Sensibilität, Missempfindungen, Parästhesien
- *Beeinträchtigungen/Gefährdungen aufgrund von Krankheit, Krankheitsfolgen, Behinderung:*
- Gefahr von Sekundärerkrankungen (Dekubitus, Thrombose.....)
- *Wie bewegt sich der Patient?*
- Ressourcen?
- Hilfsmittel: z.B. Gehstock, Unterarmgehstützen, Gehwagen, Rollator, Rollstuhl, Stützkorsagen, Prothesen, Orthesen, ergotherapeutische Hilfsmittel....

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine Mobilität?

- angemessen, akzeptabel
- eingeschränkt, bedrückend, behindern, peinlich, ängstlich, schmerzhaft...

3. Früherer Zustand /Gewohnheiten des Patienten

Wie mobil war der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt oder vor der akuten Verschlechterung?

Welche Gewohnheiten / Bedürfnisse / Einstellungen hatte der Patient bezüglich seiner Mobilität?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen z.B. Hilfsmittel hatte der Patient in Bezug auf seine Mobilität?

LA Kommunizieren

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Kommunizieren

Wie kommuniziert der Patient momentan mit?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

Kommunikationsverhalten: offen, distanzlos, verschlossen, autistisch, Bedürfnis (nicht) über seine Situation zu sprechen, bevorzugte Ansprechpartner/Vertrauensperson

Patient in der Rolle als Sender:

- verbal: anatomisch-physiologische Besonderheiten des Sprechorgans Sprach- bzw. Sprechvermögen (z.B. sensorische, motorische bzw. global Aphasie, Dysarthrie), Wortschatz, Sprechtempo (z.B. stottern), Sprachfluss, thematische Sinnhaftigkeit, Schreiben (z.B. Mikrographie)...
- paraverbal: Stimmlage, Stimmklang, Lautstärke...
- nonverbal: Gestik, Mimik, Körperhaltung

Patient in der Rolle als Empfänger:

- Hören: Hörvermögen (z.B. lautempfindlich, schwerhörig, taub, - links-rechtsseitig), Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Gehörschutz)
- Sehen: Sehvermögen (z.B. Blickfeldausfall – linksseitig- rechtsseitig, Schwächung der Sehkraft, Blindheit), Blickkontakt, Lesen, Hilfsmittel (z.B. Brille, Kontaktlinsen, Lupe, Augenprothese)
- Weitere Sinnesfunktionen: Tastsinn, Bedeutung/Bedürfnis/Empfänglichkeit von Berührung für die Kommunikation, Geruch, Geschmack, Gleichgewicht, kinästhetischer Sinn
- Informationsverarbeitung: Konzentrationsvermögen, Interpretationstendenzen, Sinnestäuschung

2. Wie erlebt der Patient seine Kommunikationssituation

Zufrieden, angemessen, eingeschränkt, belastend, entwicklungsfähig, entwicklungsbedürftig

3. Früherer Zustand/Gewohnheiten des Patienten

Siehe Kriterien 3.1

Welche Gewohnheiten/Bedürfnisse hatte der Patient in Bezug auf seine Kommunikation?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hat der Patient in bezug auf seine Kommunikation?

LA Atmen

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Atmen

Wie atmet der Patient momentan?

Augenblicklicher Zustand, physiologische Beobachtungen und Abweichungen?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- *Atemtyp / Atembewegung*

Physiologisch: Mundatmung / Nasenatmung, Brust / Bauchatmung (Zwerghellatmung) Thoraxbeweglichkeit

Veränderungen: Auxilliaratmung (Einsatz der Atemhilfsmuskulatur), Paradoxe Atmung, Nasenflügelatmen, Thoraxdeformitäten (Trichterbrust, Fassthorax, Hühnerbrust, Wirbelsäulenverkrümmungen)

- *Atemfrequenz*

Physiologisch: Eupnoe – Regelmäßig normfrequent

Veränderungen: Bradypnoe, Tachypnoe, Dyspnoe (Ruhe, Belastung Belastungsgrad), Orthopnoe, Atempausen, Apnoe
Begleitsymptome: Erregungszustände, Angstzustände, Zyanose, Schwitzen, Tachykardie, veränderte Körperhaltung

- *Atemqualität und Atemtiefe*

Physiologisch: gleichmäßig tiefe Atmung (sichtbar / fühlbar)

Veränderungen: oberflächliche Atmung / Schonatmung, Beschleunigte Atmung, vertiefte Atmung, erscherte Atmung / In- und/oder Expiration, angestrenzte Atmung

- *Atembeeinträchtigende Schmerzzustände*

Physiologisch: schmerzlos, entspannt, frei fließend

Veränderungen: atemabhängige Schmerzen, atemunabhängige Schmerzen, vgl. Kriterien Schmerzbeobachtung (Intensität, Lokalisation, Bewegungs-, Ruheschmerz, Schmerzcharakter, Körperhaltung, akuter Schmerz, chronischer Schmerz....)

- *Atemrhythmus*

Physiologisch: gleichmäßig, rhythmische, physiologisches Inspirations : Expirationsverhältniss (1:2)

Veränderungen: Cheye-Stokes-Atmung (An und abschwelende, erst flache dann tiefe, Atmung mit dazwischenliegenden Atempausen) Kußmaulatmung (regelmäßig vertiefte Atmung [Azidoseatmung]) Biot-Atmung (periodisch tiefe Atemzüge mit Atempausen) Schnappatmung (unregelmäßig schnappendes Atemgeräusch mit kurzen Inspirationsphasen häufig als präfinale Atmung)

- *Atemgeräusch*
Physiologisch: freier, entspannter, fließender Atem
Veränderungen: keuchend, pfeifend (inspiratorischer / Expiratorischer Stridor), rasselnd, brodelnd, reibend, stöhnend, hechelnd, Schluckauf
- *Husten*
Physiologisch: vereinzelt, selten
Veränderungen: trockener Husten, unproduktiver Husten, Reizhusten (Raucherhusten), keuchender Husten, brüllender Husten, produktiver Husten (Hochhusten / lösen von Sputum), Sputumbeobachtungen (Häufigkeit, Menge, Konsistenz, Farbe, Beimengungen)
- *Atemgeruch*
Physiologisch: Unauffällig, geruchsneutral
Veränderungen: Physiologisch (nach Nahrungsaufnahme und Genussmitteln).
Jauchig, Faulig, Süßlich, Säuerlich, Erdig, Modrig, nach Azeton, nach Äpfeln, nach Ammoniak, nach Bittermandeln

(Mundgeruch Foetor ex ore unter ATL Waschen und Kleiden)

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine Atmung?

Unbewusst, bewusst, entspannt, frei, fließend, leicht, erschwert, beengend, anstrengend, beängstigend, bedrohlich

3. Früherer Zustand / Gewohnheiten des Patienten

Wie hat der Patient vor seinem Krankenhausaufenthalt geatmet?

Welche Gewohnheiten / Bedürfnisse hat / hatte der Patient bezüglich seiner Atmung?

Welche Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten hatte / hat der Patient bezüglich seiner Atmung?

(Verfügt der Patient über Informationen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Bezug auf Atembeeinträchtigungen, Atemtechniken, Atemlagerungen, Atemhilfsmittel).

Blutdruck

1. Augenblicklicher Zustand beim Blutdruck

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

Wie ist der Blutdruck des Patienten momentan?

Systolischer Wert, Diastolischer Wert, (RR in mmHg) Blutdruckamplitude, Seitendifferenz, Verlauf der letzten Messungen, Mögliche Ursachen von Blutdruckveränderungen (Mobilisation, Schmerzen, Visite...)

Abweichungen bei den Auskultationsgeräuschen.

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seinen Blutdruck ?

Unmerklich, nicht spürbar

spürbar (Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Ohrengeräusche, Sehstörungen, Gesichtsrötung, Müdigkeit, Schwäche / Antriebslosigkeit)

3. Früherer Zustand / Gewohnheiten des Patienten

Welche Blutdruckwerte hat der Patient in der Vergangenheit gehabt?

Kennt der Patient die Bedeutung seiner Blutdruckwerte?

Kann der Patient sich entsprechend verhalten?

Hat er Zuhause selbständig seinen Blutdruck gemessen?

Puls

1. Augenblicklicher Zustand beim Puls

Welche Beobachtungen können gemacht werden ?

Wie ist der Puls des Patienten momentan ?

- **Frequenz**

Physiologisch: Normfrequenz (Schläge pro Minute)

Veränderungen: Bradykard (Schläge pro Minute), Tachykard (Schläge pro Minute)

- **Rhythmus**

Physiologisch: Rhythmisch

Veränderungen: Arrhythmisch, Extrasystolen, Bigeminus, Absolute Arrhythmie

- **Qualität**

Widerstand (hart, weich), Füllung (groß, klein)

Fadenförmig (kleiner, weicher und schneller Puls)

Druckpuls (hart, groß [voll] und langsam)

Verlauf der letzten Messungen, Mögliche Ursachen von Pulsveränderungen (Mobilisation, Schmerzen, Aufregung, Temperatur....)

2. Erleben des Patienten

Unmerklich, nicht spürbar

spürbar (klopfend, rasend, jagend, stolpernd, ausbleibend, beängstigend,

Begleitsymptome [Angst, Schwindel, Atemnot, Engegefühl, Schwitzen, Übelkeit...])

3. Früherer Zustand / Gewohnheiten des Patienten

Welchen Puls hat der Patient in der Vergangenheit gehabt?

Kennt der Patient die Bedeutung seiner Pulswerte?

Kann der Patient sich entsprechend verhalten?

Hat er Zuhause selbständig seinen Puls gemessen?

LA Für eine sichere Umgebung sorgen

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Für eine sichere Umgebung sorgen

Wie sicher ist der Patient momentan?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- Somatisch:
Gefährdungen/Beeinträchtigungen aufgrund von Krankheit, Krankheitsfolgen, Behinderungen

Beeinträchtigungen/Gefährdungen aufgrund von Krankheit, Krankheitsfolgen, Behinderung:
 - unmittelbare Gefahr aufgrund des aktuellen Zustandes (z.B. Sturzgefahr...)
 - Gefahr der Dekompensation
 - Gefahr von Sekundärerkrankungen (Nosokomiale Infektionen.....)
 - Gefahren durch Diagnostik/Therapie
 - Gefährdungen durch invasive Zugänge (Katheter, Sonden, Drainagen)
 - Sicherer Umgang des Patienten mit z.B. Medikamenteneinnahme
 - Mangelnde Einwilligungsfähigkeit (Betreuung?)
- Psychisches Befinden und Verhalten des Patienten
 - Störungen des Bewusstseins
 - Störungen der Orientierung
 - Wahrnehmungsstörungen
 - Denkstörungen, Merkfähigkeitsstörungen
 - Störung in Gefühl, Stimmung und Antrieb
 - Risikoverhalten und Umgang mit Bedürfnissen
 - Entschlossenheit - Unentschlossenheit, Sicherheit - Unsicherheit z.B. Vertrauen...
Selbständigkeit – Unselbständigkeit
 - Umgang mit Schmerzen und Sorgen
 - Zuverlässigkeit, Mitarbeit, Einsicht
- Persönliche/Soziale Situation
 - Altersspezifische Sicherheitsbedürfnisse
 - Aufklärung des Patienten, Informationsstand
 - Bedürfnisse nach Kontakt, Bezugsperson
 - Rechtssituation z.B. Fixierung, gesetzliche Betreuung, Patientenverfügung....
 - Wohnsituation
 - Arbeitsplatzsituation
 - Freizeit
 - Familie/Partnerschaft
 - Rollenverhalten

2. Erleben des Patienten

Wie fühlt sich der Patient momentan?

Welche Sicherheitsbedürfnisse hat der Patient momentan?

- im Krankenhaus
- zu Hause, persönliche Sicherheit:
 - sicher – unsicher
 - geschützt – ungeschützt
 - ausreichend – unzureichend

3. Früherer Zustand/Gewohnheiten des Patienten

Gab es Unterschiede im Vergleich zur derzeitigen Ist-Situation?

Welche Gewohnheiten/Bedürfnisse hatte der Patient in Bezug auf seine Sicherheit?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hatte der Patient in bezug auf seine Sicherheit?

- Kann er mit Sicherheitsrisiken umgehen?
- Kann er Risikosituationen wahrnehmen und einschätzen?

Ist die zukünftige Versorgung des Patienten gesichert?

- Entlassungsberatung, Anleitung zu Pflegetechniken, Pflegehilfsmittel, Anschlussheilbehandlung, häusliche Raumgestaltung, Hausnotrufsystem....

LA Schlafen

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Schlafen

Wie schläft der Patient momentan?

Wie ist sein momentaner Bewusstseinszustand?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- Physiologisch: Schlaf in Stunden pro Tag, Schlafzeiten, Schlafgewohnheiten z.B. Mittagsschlaf, kalter Raum, Schlafmedikamente.
Schlaftypus z.B. Langschläfer, Frühaufsteher
Bewusstseinszustand: klares Bewusstsein
- Pathologisch: Schlafstörungen: durch optische, akustische Reize, Sorgen, Ängste, Schmerzen, therapeutische Lagerung, veränderte Schlafenszeit, fehlende körperliche Betätigung...; Durchschlafstörungen: durch nächtliches Wasserlassen, Husten, Atemnot, Schichtarbeit, Schmerzen...
Auswirkungen von Schlafstörungen: Zerschlagenheit, Konzentrationsschwäche, Reizbarkeit, Müdigkeit tagsüber...
- Bewusstseinszustand
Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma, Stupor, Apathie, Verwirrtheit/Desorientiertheit, Delirium, Amnesie

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seinen Schlaf / seinen Bewusstseinszustand?

3. Früherer Zustand /Gewohnheiten des Patienten

Wie hat der Patient bisher geschlafen?

- erholsam, regenerierend, wohltuend
- ausreichend
- gestört, nicht ausreichend
- angstvoll (Alpträume)
- ist froh wenn die Nacht rum ist

Welche Gewohnheiten/Bedürfnisse hatte/hat der Pat. in Bezug auf seinen Schlaf?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hat der Patient in Bezug auf seinen Schlaf?

- kann selbst für gesunden Schlaf sorgen
- weiß wie er sich bei Schlafstörungen verhalten muss

LA Sich als Mann / Frau / Kind fühlen und verhalten

1. Augenblickliche Situation bezüglich der LA Sich als Mann / Frau / Kind fühlen und verhalten

Wie ist die momentane Lebenssituation des Patienten?

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- Wie lebt der Patient als Kind / als Frau / als Mann
 - häusliche Situation
 - Kind: lebt mit Familie / Bezugsperson / Heim / Internat
 - Frau/Mann:** lebt allein
 - Allein erziehend (Anzahl und Alter der Kinder?)
 - Lebt in Partnerschaft mit/ohne Kinder (Alter?)
 - Getrennt lebend...
- Geschlechtsspezifisches Rollenverhalten / Rollenbewußtsein
 - Frau:** Mutter, Tochter, Großmutter, Ehefrau, Lebenspartnerin, Freundin, Witwe, Hausfrau, Doppelbelastung von Familie und Beruf, Aufgaben in der Familie, Erwartungen...
 - Mann:** Vater, Sohn, Großvater, Ehemann, Lebenspartner, Freund, Hausmann,...
- Geschlechtsidentität
 - Ausprägungen gelebter Sexualität: Heterosexualität, Bisexualität, Transsexualität, Transvestitismus, Homosexualität
- Schamverhalten und Schamgefühl
 - Schamhaft, ungezwungen, schämt sich entblößt gesehen zu werden, möchte nur von gleich- Geschlechtlicher Person versorgt werden, ...
- Biologisches Geschlecht/Geschlechtliche Reifung
 - **Kind:**
 - Physiologisch: bei Neugeborenen vaginaler Ausfluss (bis 12 Mon.), Zeitpunkt der 1. Menstruationsblutung, 1. Samenerguß
 - Veränderungen: vaginaler Ausfluss durch intravaginale Fremdkörper, pubertas praecox, Menstruatio praecox - Menstruatio tarda, Fluor genitalis (dünnflüssig, schleimig, eitrig oder blutig z.B. bei Verletzungen) – übelriechend bei Infektion mit Colibakterien
 - **Frau:**
 - Physiologisch: Menstruation: Eumenorrhö alle 28 +/- 4 Tage, Menge: 50-150ml Blut Fluor genitalis: farb-, geruchlos, glasig-schleimig, in der Mitte des Zyklus vermehrte Sekretion Klimakterium Fluor Schwangerschaft Konzeption

Veränderungen: Menstruationsstörungen: Störungen der Menstruationsstärke:
Hypomenorrhö, Hypermenorrhö; Störungen der
Menstruationsdauer:
Brachymenorrhö, Menorrhagie;
Zusatzblutungen, Dauerblutungen, Ausbleiben der
Regelblutung;
Dysmenorrhö, prämenstruelles Syndrom
Fluorveränderungen
Schwangerschaftsveränderungen

- **Mann:**
Physiologisch: Erektion
Veränderungen: Erektionsstörungen

Veränderungen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane z.B. Sterilität
Störungen der Libido
Auswirkungen von Krankheiten auf die Sexualität

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine momentane Lebenssituation als Kind / Frau / Mann?

- harmonisch, ausgefüllt
- gestört, anstrengend
- geborgen, sicher, behütet
- doppelt belastet, unausgefüllt

3. Früherer Zustand / Lebenssituation des Patienten

Wie hat der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt gelebt, welche Gewohnheiten und Bedürfnisse hatte er in Bezug auf diese Lebensaktivität? Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hat der Patient in Bezug auf diese Lebensaktivität?

LA Sterben

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Sterben

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

Welchen Sinn sieht der Pflegebedürftige in seinem Leben?

Wie geht der Patient mit seiner momentanen Krankheitssituation um – wie bewältigt der Patient seine Krankheitssituation?

- Spricht über seine Situation
- Äußert sich nicht, will sich nicht äußern, ignoriert seinen Zustand
- Bespricht sich mit Bezugspersonen, Angehörigen, Freunden, Psychologen, Seelsorger...
- Trauert, hofft, ist resigniert, will durchhalten, hat Angst, weiß nicht weiter
- Zieht sich zurück, ist verunsichert, will es nicht wahrhaben, nimmt Krankheit an, ist wütend
- Plant die Zukunft, möchte alles genau wissen um mit der Krankheit leben zu können
- Sucht Hilfe zur Bewältigung

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine momentane Krankheitssituation?

- **Bedrohlich, verunsichernd, beeinträchtigend, zerstörend, nebensächlich....**
- **Patient hat Angst.....Existenzangst**
- **Verlust von Selbständigkeit, Abhängigkeitsgefühl.....**

3. Früherer Zustand/Gewohnheiten des Patienten

Wie ist der Patient bisher mit Krankheiten umgegangen?

- Verdrängend, nicht ernst genommen, bagatellisierend, ertragen, beklagend, akzeptiert, hingenommen, Hilfe angenommen.....

Wie ist der Patient bisher mit seiner Gesundheit umgegangen?

- Ohne Rücksicht, gesundheitsbewusst gelebt, keine Gedanken gemacht.....

Welche Gewohnheiten/Bedürfnisse hatte der Patient in Bezug auf die Bewältigung seiner Krankheit?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hat der Patient in Bezug auf die Bewältigung seiner Krankheit?

- Angehörige, Religion /Glaube, Geld und Macht / Einfluss

LA Die Körpertemperatur regulieren

1. Augenblicklicher Zustand bzgl. der LA Die Körpertemperatur regulieren

**Wie ist die momentane Körpertemperatur des Patienten?
Welche Beobachtungen können gemacht werden?**

- **Art / Ort der Messung:**
axillar, rectal, sublingual, inguinal, Ohr, vaginal (selten)
- **Zeitpunkt der Messung:**
Tagesschwankungen: Körpertemperatur ist zw. 5-6 Uhr am niedrigsten; zw. 17-18 Uhr am höchsten
- **gemessene Temperaturwerte:**

Körperschalentemperatur (axillar, inguinal):

physiologisch: ca. 0,5 Grad Celsius niedriger als bei rectaler Messung (s. u.);
stärkere Schwankungen zwischen 28,0-33,0 Grad Celsius an Haut
und Gliedmaßen

Veränderungen: je nach Außentemperatur / Durchblutung deutlich höher bzw.
niedriger; (örtlich z.B. auch bei Erfrierungen/Kälteschäden/
Verbrennungen/Entzündungen)

Körperkerntemperatur (rectal, sublingual, Ohr, vaginal)

physiologisch: konstant zwischen 36,3-37,4 Grad Celsius;
bei sublingualer Messung ca. 0,3-0,5 Grad Celsius niedriger

Veränderungen:

Erhöhte Körpertemperatur:

Fieber:

- subfebril:	37,5-38,0 Grad Celsius	rectal		
- leichtes Fieber:	38,1-38,5	„	„	„
- mäßiges Fieber:	38,6-39,0	„	„	„
- hohes Fieber:	39,1-39,9	„	„	„
- sehr hohes Fieber:	40,0-42,0	„	„	„

Hyperthermie: Hitzestau (Dysregulation des Körpers)
Temperaturen bis 40,0 Grad Celsius

Verminderte Körpertemperatur:

Hypothermie: (Unterkühlung des Körpers)

- leicht:	< 34,0 Grad Celsius	rectal
- mäßig:	< 34,0-27,0	„ „
- schwer:	< 27,0	„ „

- **Fieberzeichen:**
Objektiv: erhöhte Pulsfrequenz, Rötung und Erwärmung der Haut, glasige Augen, Schweiß, Schüttelfrost...
subjektiv: Wärmegefühl, Kältegefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Durstgefühl, Abgeschlagenheit, Lichtempfindlichkeit...
- **Fiebverlauf:**
Kontinuierliches; remittierendes; intermittierendes, rekurrendes; undulierendes; biphasisches Fieber...
- **Hyperthermiezeichen:**
siehe Fieberzeichen, ggf. Übelkeit, Kopfschmerz...
- **Hypothermiezeichen:**
Kältezittern, Schmerzempfindung↓, Puls↓, Atmung↓, Bewusstseinsveränderungen, langsamer Kältetod

2. Erleben des Patienten

Wie erlebt der Patient seine Körpertemperatur?

- unmerklich, unbedeutend
- erschöpfend, bedrohlich, beängstigend

3. Früherer Zustand / Gewohnheiten des Patienten

Welche Gewohnheiten / Bedürfnisse hatte der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt bzgl. seiner Körpertemperatur?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hatte er?

LA Arbeiten und Spielen

1. Augenblicklicher Zustand bezüglich der LA Arbeiten und Spielen

Welche Beobachtungen können gemacht werden?

- Welchen Beruf übt der Patient momentan aus? Welcher Beschäftigung geht der Pflegebedürftige momentan nach?
 - Schule, Ausbildung, Beruf, Selbständigkeit/Arbeitsverhältnis z.B. Voll-, Teil-, Mehrfachbeschäftigung..., Arbeitslosigkeit, Rente, Ehrenamt
- Wie gestaltet und verbringt der Patient seine freie Zeit?
 - Wohnbedingungen, Lebensbedingungen, finanzielle Situation
 - Erleben von Gesundheit und Krankheit in Bezug auf Beschäftigung
 - Beziehungsnetz z.B. Freunde, Verwandte, Bekannte, Anerkennung, Rückhalt....
 - Freizeitgestaltung, Interessen und Hobbys
- Wie gestaltet und verbringt der Patient die Zeit im Krankenhaus?
 - Wird/kann dem Patienten ein Beschäftigungsangebot gemacht (werden)?
 - Welchen Angeboten gegenüber ist der Patient aufgeschlossen?
 - Welche Ressourcen hat er?
 - Welches Verhalten kann beobachtet werden? (lesen, TV, Entspannung, grübeln, Langeweile/Unterforderung, Sorgen, private Verpflichtungen...)

2. Erleben des Patienten

- Wie erlebt der Patient seine Erwerbstätigkeit, seine Freizeit und die Zeit im Krankenhaus?
 - Einstellung zum Leben und bisherige Erfahrungen
 - Einstellung zur Erwerbstätigkeit
Zufriedenheit in der Arbeit, Verdienstnotwendigkeit, Wohlstand, Sicherheit, Arbeitsbelastungen (Doppelbelastungen, Überlastungen, Arbeitsstress), Workaholic, Arbeitshygiene (Pausen, Arbeitsklima, Arbeitsschutz...), krank durch Arbeitsbedingungen
 - Freizeit
Freizeithygiene (Erholung, Entspannung, Ausgleich, soziale Anerkennung), Gesellschaftliche Verpflichtungen, Selbstbild (lebensbejahend, lebensverneinend), Freizeitverhalten, kulturelles Interesse), Ideen zur Freizeitgestaltung (gleichgültig, ziel- und zweckorientiert, relaxend, faulenzend, antriebsreich, hyperaktiv, antriebsarm,....)
 - Zeit im Krankenhaus
Krankheitsbedingte Einschränkungen, Sinnverlust, Krise, Stimmung
Möglichkeiten, Ressourcen, Patientenrolle (Annahme, Gestaltungsspielräume....)
- Welches Verhalten kann beobachtet werden? (ausgefüllt, überlastet, gelangweilt, regressiv, fördernd, aktiv, interessiert.....)

3. Früherer Zustand/Gewohnheiten des Patienten

Welche Gewohnheiten/Bedürfnisse hat der Patient in Bezug auf seine individuellen Lebensgewohnheiten, Erwerbstätigkeit und Freizeitbeschäftigung? Sozialisation, Biographie

Wie ist der Patient mit bisherigen Belastungen in seinem Leben umgegangen?

Welche Ressourcen und Kompensationsmechanismen hat der Patient in Bezug auf seine Erwerbstätigkeit und Freizeitgestaltung?

Hat Sicherheit? Was vermittelt ihm Sicherheit? Wo/Wie kann der Patient Sicherheit erlangen? Kann Alternativen entwickeln?
Kann Freizeitaktivitäten sinnvoll/befriedigend gestalten?
Kann seine Zeit gesundheitsfördernd gestalten (Handlungskompetenz entwickeln, Bewegung, Freude, Ernährung, Spiel, Entspannung, Befriedigung, Ausgeglichenheit, Umgang mit Zeit,)