

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fach-
hochschule Nürnberg

(Pflege Dual)

Bachelorarbeit
Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

Kommunikationsstrategien im pflegerischen Umgang mit aphasischen Patienten

Florian Treß

Gutachter: Prof. Dr. Jürgen Härlein

Abgabetermin: 07.01.2015

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Theoretischer Hintergrund	2
2.1. Definition und Formen von Aphasie	2
2.2. Pflegerische Definitionen von Aphasie	4
2.3. Auswirkungen von Aphasie für Betroffene und Pflegende.....	5
4. Methode.....	6
5. Ergebnisse	8
5.1. Bewertung der Studienqualität	11
6. Diskussion	21
Literaturverzeichnis.....	21

1. Einleitung

Kommunikationsstörungen treten im Alltag der Pflege in verschiedenen Bereichen auf und haben unterschiedliche Ursachen. So sind z.B. beatmete Patienten oder Patienten nach Tracheostomaanlage nicht in der Lage, sich verbal auszudrücken. Eine weitere große Gruppe stellen aphasische Patienten dar, wobei 80% der Aphasien auf Schlaganfälle zurückzuführen sind (Ziegler, Wolfram et al 2012). Die vorliegende Arbeit wird sich auf Patienten mit Aphasie nach Schlaganfällen beschränken, da der Umgang mit solchen Betroffenen spezielle Problematiken aufweist, wie im Folgenden Kapitel noch aufgezeigt wird.

Ca. 30% aller Schlaganfallpatienten weisen zu Beginn eine Aphasie auf, die Inzidenzrate pro 100.000 Einwohner beträgt somit ca. 43 (Engelter u.a. 2006).

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel sollen zunächst die verschiedenen Aphasieformen aus linguistischer Perspektive definiert und im Anschluss mögliche Definitionen für die Pflege und Auswirkungen einer Aphasie für die Betroffenen und ihre Pflegepersonen vorgestellt werden.

2.1. Definition und Formen von Aphasie

Die klassischen Aphasiesyndrome werden verortet im Bereich der klinischen Neuropsychologie bzw. gelten als neuropsychologische Symptome. Definiert wird Aphasie als *zentrale Sprachstörung aller Modalitäten, die nach vollzogenem Spracherwerb auftritt und durch eine*

umschriebene Hirnschädigung hervorgerufen wird (Huber 1985; Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 11).

In der gängigen Literatur werden verschiedene Klassifikationsmöglichkeiten für aphasische Symptomkomplexe diskutiert. In der klinischen Praxis durchgesetzt hat sich die Unterscheidung von vier Standardsyndromen und zwei Nichtstandardsyndromen (Ziegler, Wolfram et al 2012).

Als Standardsyndrome gelten die globale Aphasie, die Broca – und die Wernicke – Aphasie, sowie die amnestische Aphasie. Zudem werden die Leitungsaphasie und die transkortikale Aphasie als Nichtstandardsyndrome klassifiziert (Huber 1985).

Diese Syndrome sollen im Folgenden in ihrer Symptomatik kurz aufgeführt werden, da anhand dieser Beschreibungen auch die Beeinträchtigungen der verschiedenen sprachlichen Modalitäten deutlich gemacht werden können. Die vier Modalitäten der Sprache sind: Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben (Huber 1985) Die Gestik wird in neueren Veröffentlichungen auch als eigene Modalität beschrieben (Lutz 2004, S. 27).

Als schwerste Form der Aphasie gilt die *globale Aphasie* (Lutz 2004, S. 29). Diese betrifft alle sprachlichen Modalitäten schwer, das heißt, der Betroffene kann sich sprachlich nur durch wiederkehrende Laute oder Einzelwörter („recurring utterances“) ausdrücken. Das Sprachverständnis ist auf Wortebene schwer gestört, ebenso im Lesen und Schreiben (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 25).

Die *Broca – Aphasie* wurde früher auch als motorische Aphasie bezeichnet. Hier ist die Sprachproduktion weniger beeinträchtigt als bei der globalen Aphasie, jedoch gekennzeichnet von sog. Agrammatismus, das heißt, es werden Wörter produziert, die sinnvolle Satzbildung ist aber aufgrund fehlender grammatischer Strukturen nicht möglich (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 26). Ein weiteres Merkmal ist eine stark verlangsamte Sprache. Lesen und Schreiben sind meist ebenso beeinträchtigt wie die Sprachproduktion, das Sprachverständnis in den meisten Fällen auch, da die Sprachverarbeitung verlangsamt abläuft (Lutz 2004, S. 31).

Die *Wernicke – Aphasie* dagegen ist gekennzeichnet von überschießender Sprachproduktion, verbunden mit Paragrammatismus, das heißt, die gesprochenen Sätze werden ineinander verschränkt. Häufig werden Neologismen, also Wortneubildungen, produziert, sodass das Gesprochene dem Zuhörer unverständlich bleibt. Schwer gestört ist hier das Sprachverständnis: die Betroffenen merken oft nicht, wie unverständlich sie sprechen und verstehen auch andere nicht. Das Schreiben und Lesen ist stark beeinträchtigt (Lutz 2004, S. 26).

Die leichteste Form der Standardsyndrome stellt die *amnestische Aphasie* dar. Sie entsteht häufig aus der Rückbildung einer Wernicke – Aphasie heraus und beinhaltet als Leitsymptom sog.

Wortfindungsstörungen (Huber, Poeck & Springer 1991, S. 46). Die Betroffenen können intakte Satzstrukturen bilden, haben jedoch Schwierigkeiten, bestimmte Zielwörter abzurufen. Diese Wortfindungsstörungen können meist gut kompensiert werden, indem die Zielwörter umschrieben werden (Lutz 2004, S. 32).

Die *Leitungsaphasie* ist gekennzeichnet durch ein intaktes bis kaum beeinträchtigt Sprachverständnis und eine intakte bis kaum beeinträchtigte Sprachproduktion. Gestört ist hier die Verbindung aus beidem, was sich in starken Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Wörtern und Sätzen äußert (Huber, Poeck & Springer 1991, S. 49).

Die *transkortikale Aphasie* wird unterteilt in die transkortikal – sensorische und die transkortikal – motorische Aphasie. Bei der transkortikal – sensorischen Aphasie können die Betroffenen Gesagtes gut nachsprechen und haben eine flüssige Sprachproduktion, verstehen das Gesprochene jedoch kaum. Betroffene mit einer transkortikal – motorischen Aphasie haben hingegen ein intaktes Sprachverständnis und können Gesagtes gut nachsprechen. Gestört ist hier jedoch die spontane Sprachproduktion (ebd., S. 50).

Diese Klassifikation beruft sich auf das Diagnoseinstrument Aachener Aphasietest (AAT), welcher in der linguistischen Praxis verbreitet ist, um die vielfältigen aphasischen Symptome zu erfassen und die Betroffenen entsprechend einzuordnen. Von den Autoren wird aber betont, dass aphasische Syndrome sich in der klinischen Praxis häufig komplexer darstellen als die oben beschriebenen Syndrome vermuten lassen (Lutz 2004, S. 34).

In dieser Arbeit sollen nun vorrangig die schweren Aphasieformen globale und Broca - Aphasie Berücksichtigung finden, bei welchen die sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Schreiben und Lesen so schwer beeinträchtigt sind, dass eine Verständigung über diese Modalitäten nicht erreicht werden kann.

2.2. Pflegerische Definitionen von Aphasie

Eine Möglichkeit, Aphasie als Pflegephänomen zu definieren, bietet die Pflegediagnoseklassifikation nach NANDA. Hier wird in der Domäne 5 die Pflegediagnose „beeinträchtigte verbale Kommunikation“ vorgeschlagen. Die Definition lautet hier: *Verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit, ein System von Zeichen zu empfangen, zu verarbeiten, weiterzugeben und/oder zu nutzen* (Mosebach 2010, S. 197). Die bestimmenden Merkmale hierzu lassen eine genauere Definition der individuellen Störung zu; Beispiele dafür sind: *Nicht sprechen können, Schwierigkeit, das übliche Kommunikationsmuster zu verstehen, Schwierigkeit, Sätze zu formulieren oder Schwierigkeit, Gedanken sprachlich auszudrücken*. Aber auch nonverbale Probleme wie *Unfähigkeit, Körpersprache einzusetzen* oder zusätzliche neuropsychologische Störungen wie

Desorientierung oder *Schwierigkeit der selektiven Aufmerksamkeit* werden hier genannt (ebd., S. 197), welche in linguistischen Definitionen nicht berücksichtigt werden. Gleichwohl ist bekannt, dass gerade bei Schlaganfällen häufig zusätzliche neuropsychologische Störungen wie Sehstörungen, beeinträchtigte Wahrnehmung, Neglect und besonders auch Konzentrationschwäche, affektive Störungen und Apraxien auftreten (Huber, Poeck & Springer 1991, S. 53). Häufig einhergehend mit einer Hemiplegie oder – parese, beeinträchtigt dieser Symptomkomplex die Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen zusätzlich.

Eine weitere erweiterte Definitionsmöglichkeit für Aphasien bietet die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO, welche auch in der logopädischen Therapie zunehmend an Bedeutung gewinnt (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 22). Die ICF – Klassifikation geht von einem biopsychosozialen Modell aus, in welchem Gesundheitsstörungen multidimensional erfasst werden können. Einbezogen werden die Ebenen *Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren* und *personenbezogene Faktoren* (World Health Organisation 2005). Der Vorteil dieser Klassifikation liegt darin, dass neben der rein sprachlichen Beeinträchtigung auch psychische und soziale Auswirkungen der Aphasie sichtbar gemacht werden können (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 22). Diese Ausführungen verdeutlichen, dass das Phänomen Aphasie gerade aus pflegerischer Perspektive detailliert beschrieben werden kann. Ziel dieser Arbeit ist es nun, aufzuzeigen, wie sich der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf den Umgang der Pflege mit diesem Phänomen darstellt, das heißt, mit welchen Strategien die professionelle Pflege ihm begegnen kann.

2.3. Auswirkungen von Aphasie für Betroffene und Pflegende

Die Anfänge der Pflegeforschung im deutschen Raum zum Thema Aphasie liegen in der 90er Jahren, sind also noch recht jung. Erste Ergebnisse zu den Auswirkungen einer Aphasie für die Betroffenen und ihre Pflegekräfte finden sich in der Arbeit von Krohwinkel (1993): In ihrer Basisuntersuchung zum Thema „Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkranken“ stellte Krohwinkel fest, dass bestehende Beeinträchtigungen in der Kommunikation, beispielsweise durch eine Aphasie, eine abhängigkeitsfördernde Pflege bedingen, weil Ressourcen aufgrund von fehlender Verständigung nicht erkannt werden. Pflegekräfte fühlen sich hilflos und verunsichert, während ihre Patienten sich unverstanden und als Objekte behandelt fühlen (Krohwinkel 2008, S. 77). Die Betroffenen empfinden einen starken Kontrollverlust und reagieren darauf mit Trauer, Depression und Rückzug (Bornschelegel 2010, S. 76). Ihre Pflegekräfte leisten einen wichtigen Beitrag zur psychischen und sozialen Entwicklung der Aphasiker,

indem sie fördernde Strategien einsetzen. Dazu benötigen sie ein gutes Grundlagenwissen über Aphasie, sowie eine gewisse Erfahrung im Umgang mit aphasischen Personen (Weidner 2000, S. 91). So gibt es Pflegekräfte, die sich im Umgang mit Aphasikern durchaus sicher fühlen, während andere von dieser Patientengruppe überfordert sind (Bornschlegel 2010, S. 80; Weidner 2000, S. 91). Dieses Spektrum wird auch durch die Ergebnisse von Tacke (1999) untermauert. Hier fällt auf, dass besonders in Einrichtungen der Akutversorgung ein abhängigkeitsfördernder, vernachlässigender Umgang beschrieben wird, während in Rehabilitationseinrichtungen, in denen Pflegekräfte gut geschult sind, und die Abläufe entsprechend gestaltet sind, ein fördernder, partizipatorischer Umgang gepflegt werden kann (Lensing & Moers 1999, S. 207). Eine Aphasie kann dazu führen, dass Betroffene übersehen werden, ihren Bedürfnissen nicht nachgekommen wird, wenn keine Zeit da ist um diese wahrzunehmen und Betroffenen sich dadurch aufgegeben fühlen (Johansson, Carlsson & Sonnander 2012).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass Pflegende für den Umgang mit Aphasikern gut geschult und sensibilisiert werden, um diese in ihrer Gesundheitsentwicklung fördern zu können und sogar mögliche Vernachlässigungen zu vermeiden.

Es wurde inzwischen eine begrenzte Anzahl von Studien durchgeführt, die untersucht haben, welche Kommunikationsstrategien von Pflegekräften im Umgang mit aphasischen Personen erfolgreich eingesetzt werden. Es konnte ein Systematic Review identifiziert werden, in welchem Möglichkeiten für Pflegekräfte aufgezeigt werden, an der Rehabilitation aphasischer Personen mitzuwirken. Hier wird vor allem die Effektivität verschiedener Sprachtherapien untersucht und der Einsatz von Unterstützter Kommunikation bewertet. Es wird vorgeschlagen, weitere Forschungen zu betreiben im Hinblick auf konkrete Einsatzmöglichkeiten von sprachtherapeutischen Konzepten durch die Pflege (Poslawsky u.a. 2010). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es nun, den aktuellen Forschungsstand zu erfolgreichen Kommunikationsstrategien in der Pflege von aphasischen Personen zusammenzufassen.

4. Methode

Um relevante Forschungsarbeiten für das Systematic Review zu finden, wurde eine Recherche in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL und PubMed durchgeführt. Auch im lokalen Bibliotheksbestand wurde nach relevanten Arbeiten gesucht. Die verwendeten Suchbegriffe mit zugehörigen Treffern sind in Tab. 1 zusammengefasst. Anschließend wurden Titel – und Abstract – Sichten vorgenommen. Dadurch wurden alle Studien ausgeschlossen, welche die Effektivität von bestimmten Sprachtherapien untersuchten, Case Studies, Artikel zum Thema

Kindliche Aphasien oder auch Studien zum Erleben aphasischer Personen (Ausschlusskriterien s. Tab. 2). Um die Anzahl der Treffer von vornherein zu begrenzen, wurden diese Kriterien z. T. auch in die Recherche integriert (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe / MeSH – Terms*	Limits	Treffer	Eingeschlossene Studien nach Titel - / Abstractsichtung
Cochrane Library	Aphasia AND care	1994 - 2014	146	keine
	Aphasia AND nursing	1994 - 2014	0	keine
	Aphasia AND communication	1994 - 2014	141	keine
CINAHL	Aphasia* AND care*	1994 – 2014 all adults	119	9
	Aphasia* AND nursing*	1994 – 2014 all adults	43	8
	Aphasia* AND understanding*	1994 – 2014 all adults	103	5
Pubmed	Aphasia AND care (Titel)	1994 - 2014	5	1
	Aphasia AND care (Text)	1994 – 2014 adults	191	2
	Aphasia AND nursing (Text)	1994 - 2014	53	5
	Aphasia AND communication (Titel)	1994 - 2014	43	1

Tab. 2: Ausschlusskriterien Titel - / Abstractsichtung

Effektivität von Therapien
Kindliche Aphasien
Erleben aphasischer Personen
Aphasie bei Demenz
Case Studies
Unterstützte Kommunikation (AAC)

Die Suche in lokalen Bibliothekskatalogen förderte vier deutsche Studien zutage, davon konnten zwei in das Review mit eingeschlossen werden:

Nach einer ersten Sichtung der Abstracts erfolgte eine weitere inhaltliche Sichtung der Studien nach inhaltlichen Kriterien: Um eine Vergleichbarkeit der Studienergebnisse herzustellen, wurden nur qualitative Studien berücksichtigt, sodass eine quantitative Untersuchung ausgeschlossen wurde. Weitere Studien wurden ausgeschlossen aufgrund des Settings (Interaktionen im häuslichen Umfeld), Interventionsstudien zu einer Mitarbeiterschulung zur Kommunikation mit Aphasikern sowie eine Studie, welche den allgemeinen Umgang mit Aphasiepatienten untersuchte und nicht explizit positive Kommunikationsstrategien eruierte.

Die weitere Analyse der eingeschlossenen Studien erfolgte anhand eines Katalogs von 12 Fragen zur kritischen Beurteilung von qualitativen Studien nach Behrens & Langer (Behrens & Langer 2010, S. 187). Die letzten zwei Fragen beziehen sich auf die Anwendbarkeit der Studienergebnisse (Behrens & Langer 2010, S. 190). Da in der vorliegenden Arbeit versucht werden soll, praxisrelevante Kommunikationsstrategien zu identifizieren, wurde dieser Bereich als äußerst relevant erachtet und deshalb der o.g. Fragenkatalog ausgewählt.

5. Ergebnisse

Nach inhaltlicher Sichtung der Studien konnten sieben Studien in das Review einbezogen werden. Deren Charakteristika sind in Tab. 3 gelistet. Vier der Arbeiten stammen von demselben Autorinnenteam aus Schweden und stellen gemeinsam ein größeres Forschungsprojekt dar, beleuchten jedoch unterschiedliche Aspekte mit verschiedenen Methoden (vgl. Tab. 3). Eine weitere, davon unabhängige Studie, ebenfalls aus Schweden, wurde berücksichtigt, sowie zwei unabhängige deutsche Studien.

Autor(en) / Jahr / Titel	Land	Teilnehmer	Design	Datenerhebung	Datenauswertung
Sundin, K.; Jansson, L.; Norberg, A. (2000): "Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words."	Schweden	5 Registered Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegerinnen). 5 Enrolled Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegehelferinnen)	qualitativ	Narrative Interviews	Phänomenologisch - hermeneutisch
Sundin, K.; Norberg, A.; Jansson, L. (2001): "The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and Aphasia Patients"	Schweden	2 Registered Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegerinnen). 3 Enrolled Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegehelferinnen)	qualitativ	Narrative Interviews	Phänomenologisch - hermeneutisch
Sundin, K.; Jansson, L.; Norberg, A. (2002): "Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry."	Schweden	2 Registered Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegerinnen), 3 Enrolled Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegehelferinnen, 3 Patienten mit linkshemisphärischem Apoplex und schwerer Aphasie	qualitativ	Videoaufnahmen von Gesprächen über Bilder von jeder Pflegekraft mit jedem Patienten, anschließend narrativ – reflektive Interviews mit jeder Pflegekraft	Phänomenologisch - hermeneutisch
Sundin, K.; Jansson, L. (2003): „'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia"	Schweden	2 Registered Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegerinnen), 3 Enrolled Nurses (Gesundheits – und Krankenpflegehelferinnen, 3 Patienten mit linkshemisphärischem Apoplex und schwerer Aphasie	qualitativ	Videoaufnahmen von jeder Pflegekraft mit jedem Patienten bei der Körperpflege, anschließend narrativ – reflektive Interviews mit jeder Pflegekraft	Phänomenologisch - hermeneutisch
Nyström, M. (2009): „Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues"	Schweden	4 Männer, 5 Frauen mit Zustand nach Broca - oder Wernicke Aphasie	qualitativ	Offene Tiefeninterviews mit allen Teilnehmern, 4 follow – up Interviews, 2 veröffentlichte Biographien, 2 unveröffentlichte Tagebücher	Phänomenologisch
Bornschlegel, U. (2010): „Pflege und Aphasie – Das Erkennen von Bedürfnissen aphasischer Patienten am Beispiel Schmerz."	Deutschland	5 Patienten mit schwerer Aphasie, davon 2 in der Akutklinik, 1 im Pflegeheim, in Akutklinik und Pflegeheim, 1 in der ambulanten Versorgung. 4 Gesundheits – u. Krankenpflegerinnen 2 Altenpflegerinnen, 2 Pflegehelferinnen, 1 Heilerziehungspflegerin	qualitativ	16 teilnehmende Beobachtungen während der Körperpflege	Qualitative Inhaltsanalyse

<p>Tacke, Doris (2006): „Schlagartig abgeschnitten“: Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle.“</p>	<p>Deutschland</p>	<p>15 Beobachtungspatienten mit akuter Aphasie, 12 Interviewpatienten, davon 8 Aphasiker, 1 mit Zustand nach Aphasie, 3 mit Apoplex ohne Aphasie Dazugehörige Angehörige bei den Beobachtungen einbezogen, 3 Interviews mit Ehepartnern, 3 Mitpatienten in die Beobachtung einbezogen 25 Pflegekräfte, 10 Therapeuten 8 Ärzte in Beobachtungen und Interviews einbezogen.</p>	<p>qualitativ</p>	<p>Teilnehmende Beobachtungen, narrative Interviews.</p>	<p>Grounded Theory</p>
---	--------------------	--	-------------------	--	------------------------

5.1. Bewertung der Studienqualität

Die Auswertung der Studien anhand des Fragenkatalogs nach Behrens und Langer ist in Tab. 4 dargestellt.

Alle Studien weisen einen starken Theoriebezug auf. Es wurden unterschiedliche Interpretationsverfahren für die gewonnenen Daten eingesetzt, welche jedoch für qualitative Forschung dieser Art geeignet scheinen und jeweils ausführlich offengelegt wurden. Die vier Studien der Forscherinnengruppe um K. Sundin wählte ein phänomenologisch – hermeneutisches Verfahren nach P. Ricoeur (1972), welches an ihrer eigenen Universität, Umeå University, entwickelt wurde (Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2000; Sundin, Jansson & Norberg 2002). Nyström (2009) verwendet in ihrer Studie einen phänomenologischen Ansatz nach Giorgi (1997), Bornschlegel (2010) verwendet die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, modifiziert nach Glaser und Laudel (2006), ein Verfahren, welches besonders im deutschsprachigen Raum Anwendung findet (Bornschlegel 2010, S. 72). Insofern ist festzuhalten, dass der kulturelle Hintergrund der Forscherinnen Einfluss auf die Wahl des Forschungsansatzes hatte. Gleichwohl sind die Ansätze als jeweils passend zur Forschungsfrage zu bewerten.

Das theoretische Vorverständnis der Forscherinnen ist in allen sieben Studien im Rahmen einer Literaturrecherche offengelegt worden und unter Berücksichtigung der Begrenztheit des Forschungsgegenstandes als ausführlich zu bewerten, auch wenn z.T. auf eigene Arbeiten zurückgegriffen wurde (vgl. Tab. 4). Das Kriterium der ethischen Gesichtspunkte (Brandenburg, Panfil & Mayer 2013, S. 211) wurde bei allen sieben Studien berücksichtigt: Sie wurden alle von einer Ethikkommission genehmigt; die Autorinnen holten sich die Einwilligung der Teilnehmer und machen Aussagen zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte, wie in der qualitativen Forschung üblich, gezielt in einem bestimmten Setting, die Einschlusskriterien sind ausführlich beschrieben und angemessen gewählt worden. So ist die Übertragbarkeit der gefundenen Ergebnisse auch limitiert auf das gewählte Setting und die beschriebenen Personenmerkmale. Bornschlegel (2010) wählte bewusst verschiedene Settings (Bornschlegel 2010, S. 65), sodass hier auch eine Übertragbarkeit für die beschriebene Personengruppe in verschiedenen Settings möglich ist.

Autoren / Jahr	Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Wie wurde das Design begründet?	Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Teilnehmer passend zur Forschungsfrage, Begründung?	Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Beschreibung der Datensammlung
Sundin et al., 2000	Nicht ganz eindeutig: „Bedeutung der Kommunikation mit Aphasiepatienten nach Apoplex aus der Sicht von Pflegekräften, die darin erfolgreich sind“.	Detaillierte Beschreibung.	Ja.	10 Teilnehmerinnen passend zur Forschungsfrage, Anzahl für das Design ausreichend.	Ja.	Ausreichend beschrieben.
Sundin et al., 2001	Ja: „Die Bedeutung von Erfahrungen von Pflegekräften, die als erfolgreich in der Kommunikation bewertet werden, zu ihren Beziehungen mit Patienten mit Apoplex und Aphasie“	Detaillierte Beschreibung.	Ja, unter Verweis auf eigene Vorstudien. Aufgrund der begrenzten Arbeiten zum Thema hier angebracht.	Nur 5 Teilnehmerinnen, jedoch passend zur Forschungsfrage innerhalb des Teams als erfolgreich in der Kommunikation mit Aphasiepatienten bewertet.	Teilnehmerinnen und ihr Umfeld ausreichend beschrieben, keine genauen Angaben zum Hintergrund der Forscherinnen.	Ausreichend beschrieben.
Sundin et al., 2002	Nicht ganz eindeutig: „Bedeutung der Erfahrungen mit dem Verstehen in der Kommunikation mit Aphasiepatienten nach Apoplex durch Pflegekräfte“.	Detaillierte Beschreibung.	Ja, unter Verweis auf eigene Vorstudien. Aufgrund der begrenzten Arbeiten zum Thema hier angebracht.	Teilnehmer passend zur Forschungsfrage, Anzahl jedoch zu gering für aussagekräftige Ergebnisse.	Teilnehmerinnen und ihr Umfeld ausreichend beschrieben, keine genauen Angaben zum Hintergrund der Forscherinnen.	Ausreichend beschrieben.
Sundin; Jansson, 2003	Unpräzise: „Bedeutung von verstehen und verstanden werden in der Pflege von Aphasiepatienten nach Apoplex“.	Detaillierte Beschreibung.	Ja, unter Verweis auf eigene Vorstudien. Aufgrund der begrenzten Arbeiten zum Thema hier angebracht.	Teilnehmer passend zur Forschungsfrage, Anzahl jedoch zu gering für aussagekräftige Ergebnisse.	Teilnehmerinnen und ihr Umfeld ausreichend beschrieben, keine genauen Angaben zum Hintergrund der Forscherinnen.	Ausreichend beschrieben.
Nyström, 2009	Unpräzise: „Analyse von Prinzipien in der Pflege von Aphasikern aus Patientenperspektive“.	Begründung kurz, aber Design passend zur Forschungsfrage.	Ja, unter Verweis auf eigene Vorstudien. Aufgrund der begrenzten Arbeiten	9 Teilnehmer passend zur Forschungsfrage, Anzahl für dieses Design ausreichend.	Teilnehmerinnen und ihr Umfeld ausreichend beschrieben, keine genauen Angaben zum Hintergrund der Forscherin.	Ausreichend beschrieben.

			zum Thema hier angebracht.			
Bornschlegel, 2010	Ja: „Erforschung der Interaktion von Pflegekräften und Aphasikern hinsichtlich der Vermittlung von Schmerzzuständen“. U.A.: „Welche Strategien sind hilfreich für die Kommunikation mit Aphasiepatienten?“.	Detaillierte Beschreibung.	Ja.	5 Patienten, deren Einschlusskriterien gut gewählt und beschrieben, 9 Pflegekräfte, Differenzen in der Qualifikation, Auswahl nach Verfügbarkeit (Dienstplan)	. Teilnehmerinnen und ihr Umfeld ausreichend beschrieben, keine genauen Angaben zum Hintergrund der Forscherin	Ausreichend beschrieben.
Tache, 2006	Ja: „Wie gestalten sich die Interaktionen zwischen aphasischen Patienten mit ihren Angehörigen und professionellen Helfern während ihres Aufenthalts im Krankenhaus?“	Detaillierte Beschreibung.	Ausführlich.	Umfassendes Sample (vgl. Tab. 3), welches umfassende Perspektiven ermöglicht, passend zur Forschungsfrage.	Teilnehmerinnen und ihr Umfeld ausreichend beschrieben, keine genauen Angaben zum Hintergrund der Forscherin	Ausreichend beschrieben.

Autor / Jahr	Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Datensättigung erreicht?	Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Helfen die Ergebnisse, die Teilnehmer in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?
Sundin et. al., 2000	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Keine Angabe.	Ja, mit Zitaten belegt.	Keine Angabe.	Ja.	Unterstreicht die Bedeutung von Schulungen zu Empathie und Wissen über Aphasie.
Sundin et. al., 2001	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Keine Angabe.	Ja, mit Zitaten belegt.	Keine Angabe.	Ja.	Unterstreicht die Bedeutung von Schulungen zu Empathie und Wissen über Aphasie.

Sundin et. al., 2002	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Keine Angabe.	Ja, mit Zitaten belegt.	Keine Angabe.	Einschränkungen durch das künstliche Setting, werden von den Autorinnen auch benannt.	Unterstreicht die Bedeutung von Schulungen zu Empathie und Wissen über Aphasie.
Sundin; Jansson, 2003	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Keine Angabe.	Ja, mit Zitaten belegt.	Keine Angabe	Ja.	Unterstreicht die Bedeutung von Schulungen zu Empathie und Wissen über Aphasie.
Nyström, 2009	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Keine Angabe.	Ja, mit Zitaten belegt.	Keine Angabe.	Ja.	Unterstreicht die Bedeutung von Schulungen zu Empathie und Wissen über Aphasie, sowie individualisierte Anwendung von alternativen Kommunikationsmöglichkeiten.
Bornschlegel, 2010	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Ja, durch Variation verschiedener Umgebungen.	Ja, mit Zitaten belegt.	Ja, durch Gegencodierung der Beobachtungsprotokolle, Perspektiven – Triangulation..	Ja.	Interaktionsmodell in Bezug auf Schmerzeinschätzung, welches aber auch allgemein angewendet werden kann, konkrete Interventionen müssen daraus noch abgeleitet werden.
Tacke, 2006	Detailliert und nachvollziehbar beschrieben.	Durch 3 – stufiges Vorgehen von der teilnehmenden, offenen Beobachtung hin zu nicht teilnehmenden, selektiven Beobachtung.	Ja, mit Zitaten belegt.	Durch kommunikative validierung und Expertendiskussion der Ergebnisse.	Ja.	Konkrete Kommunikationsstrategien wurden entwickelt.

Für die vier schwedischen Studien der Gruppe um K. Sundin gelten z. T. weitere Einschränkungen in der Übertragbarkeit der Ergebnisse, da in drei dieser Studien die gleichen Teilnehmer rekrutiert wurden (Sundin, Norberg & Jansson 2001; Sundin, Jansson & Norberg 2002; Sundin & Jansson 2003) Der Vorteil dabei liegt darin, dass durch verschiedene Methoden und Perspektiven die Ergebnisse weiter vertieft und bestätigt werden konnten.

Aussagen zur Gewährleistung von Gütekriterien finden sich nur in der Arbeit von Bornschlegel (2010): Sie erwähnt, dass eine kommunikative Validierung der Ergebnisse durch aphasische Teilnehmer kaum möglich ist und sie daher durch Befragung der anderen Beteiligten bzw. durch eine Gegencodierung der Beobachtungsprotokolle und anschließender Konsensfindung größtmögliche Validität herstellt (Bornschlegel 2010, S. 56).

Auch Aussagen zur Datensättigung finden sich nur bei Bornschlegel (Bornschlegel 2010, S. 56).

sensfindung größtmögliche Validität herstellt (Bornschlegel 2010, S. 56).

6. Diskussion

Literaturverzeichnis

- Behrens, Johann & Langer, Gero 2010. *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber. (Pflegeforschung, Pflegepraxis).
- Bornschlegel, Ulrike 2010. *Pflege und Aphasie: Das Erkennen von Bedürfnissen aphasischer Patienten am Beispiel Schmerz*. 1. Aufl. Bern: Huber. (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung).
- Brandenburg, Hermann, Panfil, Eva-Maria & Mayer, Herbert 2013. *Pflegewissenschaft: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. 2., vollständig überarb. Aufl. Bern: Huber. (Verlag Huber Programmbereich Pflege). Online im Internet: URL: http://sub-hh.ciano.com/book/?bok_id=1003218.
- Engelter, Stefan T., u.a. 2006. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke; a journal of cerebral circulation* 37(6), 1379–1384.
- Huber, Walter 1985. *Sprachliche Strukturen und Strategien bei Aphasie*. RWTH Aachen.

- Huber, Walter, Poeck, Klaus & Springer, Luise 1991. *Sprachstörungen: Ursachen und Behandlung von Sprachstörungen (Aphasien) durch Schädigungen des zentralen Nervensystems*. Stuttgart: TRIAS Thieme Hippokrates Enke.
- Johansson, Monica B., Carlsson, Marianne & Sonnander, Karin 2012. Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists* 47(2), 144–155.
- Krohwinkel, Monika 2008. *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranke: Fördernde Prozesspflege als System*. 3., durchges. Aufl. Bern: Huber. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Pflegeforschung, Pflegepraxis).
- Lensing, Thomas & Moers, Martin 1999. *Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen*. Bern [u.a.]: Huber. (Hans-Huber-Programmbereich Pflege).
- Lutz, Luise 2004. *Das Schweigen verstehen: Über Aphasie : mit 3 Tabellen*. 3., überarb. Aufl. Heidelberg [u.a.]: Springer.
- Mosebach, Holger 2010. *NANDA International Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2009 - 2011*. 1. Aufl. Kassel: RECOM. (NANDA-Pflegediagnosen, Bd. 2009-2011Bd).
- Poslawsky, Irina E., u.a. 2010. A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of clinical nursing* 19(1-2), 17–32.
- Schneider, Monika, Grötzbach, Holger & Wehmeyer, Meike 2014. *Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel*. 6. Auflage. (Praxiswissen Logopädie).
- Sundin, K., Norberg, A. & Jansson, L. 2001. The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and Aphasia Patients. *Qualitative Health Research* 11(3), 308–321.
- Sundin, Karin, Jansson, Lilian & Norberg, Astrid 2000. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of clinical nursing*(9), 481–488.
- Sundin, Karin & Jansson, Lilian 2003. "Understanding and being understood" as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of clinical nursing*(12), 107–116.
- Sundin, Karin, Jansson, Lilian & Norberg, Astrid 2002. Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry* 9(2), 93–103.
- Weidner, Frank 2000. *Pflegeforschung praxisnah: Beispiele aus verschiedenen Handlungsfeldern*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Kölner Beiträge zur Praxisdisziplin Pflege, 1).
- World Health Organisation (WHO) 2005. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. URL: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf.
- Ziegler, Wolfram et al 2012. *Leitlinie: "Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall"*. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-090I_S1_Rehabilitation_aphasischer_St%C3%B6rungen_nach_Schlaganfall_2013_1.pdf.