

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Department 2

Studiengang Logopädie 1316

Bachelorarbeit

Langsam und kurz!

*Befragung zu Ressourcen und kommunikativen Strategien der Pflege im
aphasischen Kontext.*



Eingereicht von Simone Dähler und Léonie Müller

Begleitet durch Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

Zürich, 22.2.2016

Abstract

Fast jede pflegerische Handlung ist eine kommunikative Handlung. Die tägliche Arbeit mit kommunikativ eingeschränkten Patienten ist eine besondere Herausforderung und Belastung für das Pflegepersonal und im Fokus unserer Bachelorarbeit. Sie erfragt, auf welche Ressourcen die Pflegenden während der Arbeit mit aphasischen Patienten zurückgreifen und welche von der Fachliteratur als wirksam eingestuft kommunikativen und motivationalen Strategien angewandt werden. Dazu ist ein Fragebogen entwickelt worden, der von Pflegefachpersonen im Akutspital ausgefüllt wurde. Es zeigt sich, dass die im Fragebogen aufgeführten Strategien angewandt werden und verschiedene Ressourcen zur Verfügung stehen.

Aus Sicht des Pflegepersonals besteht das Bedürfnis, logopädisch unterstützt zu werden.

Vorwort

Formelles

In der Arbeit werden grundsätzlich geschlechtsneutrale Begriffe verwendet. Für die bessere Lesbarkeit wird teilweise die männliche Form gebraucht, gemeint sind natürlich immer beide Geschlechter.

Die Begriffe Logopäde und Sprachtherapeut werden synonym verwendet.

Dank

An erster Stelle bedanken wir uns herzlich bei den Pflegefachpersonen, die sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen auszufüllen. Besonderer Dank gebührt den Pflegedienstleistungen für die organisatorische Unterstützung und Koordination.

Wir bedanken uns herzlich bei Prof. Jürgen Steiner, der sich immer wieder Zeit für unsere Anliegen nahm und uns mit hilfreichen Tipps unterstützt hat.

Ein weiterer Dank geht an Floriane Arend und Ueli Müller für die Unterstützung bei methodischen Fragen.

Des Weiteren bedanken wir uns herzlich bei Dr. Jürg Dähler und Claudio Savary für die sorgfältige Durchsicht der Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Herleitung der Forschungsfragen	6
1.2	Forschungsstand.....	7
1.3	Relevanz	9
1.4	Zielsetzung.....	10
1.5	Aufbau der Arbeit	11
2	Kommunikation im Kontext Pflege	12
2.1	Definition von Kommunikation im Kontext Pflege	12
2.2	Zweck der Kommunikation im Kontext Pflege.....	13
2.3	Erfolgreiche und erfolglose Kommunikation in der Pflege.....	13
3	Kommunikative Herausforderungen bei Aphasie.....	15
3.1	Grundsätzliche Herausforderungen.....	15
3.1.1	Sprachliche Probleme	15
3.1.1.1	<i>Sprachverständnis</i>	15
3.1.1.2	<i>Sprachproduktion</i>	15
3.1.2	Begleitstörungen	16
3.2	Kommunikative Herausforderungen der akuten Aphasie.....	16
3.2.1	Fluktuierendes Störungsbild.....	16
3.2.2	Störung der Basisfunktionen	17
4	Ressourcen in der Pflege.....	18
4.1	Interne Ressourcen.....	18
4.2	Externe Ressourcen.....	18
5	Logopädie im Akutspital	20
5.1	Aufgabe der Logopädie im Akutspital	20
5.2	ICF in der Logopädie.....	20
6	Kommunikative Strategien.....	21
6.1	Grundlegende Strategien für die Kommunikation	22
6.2	Anpassung der Sprache an den Kontext der Aphasie	23
6.3	Förderung der Motivation zur Kommunikation	24
6.4	Wortfindungsstrategien	24
6.5	Strategien zur Verständnissicherung.....	25
6.5.1	Die Pflegefachperson spricht.....	25
6.5.2	Der Patient spricht.....	25

6.6	Nonverbale Hilfen für die Verständnissicherung	25
6.7	Fragen.....	26
7	Methodik	27
7.1	Forschungsdesign	27
7.2	Forschungsmethode.....	27
7.2.1	Der Fragebogen	27
7.2.2	Pretest.....	28
7.2.3	Sampling	29
8	Auswertung	30
8.1	Ergebnisse	30
8.1.1	Ressourcen.....	30
8.1.1.1	<i>Zeit</i>	30
8.1.1.2	<i>Weitere Ressourcen</i>	31
8.1.1.3	<i>Wissen</i>	33
8.1.2	Logopädische Unterstützung des Pflegepersonals.....	35
8.1.3	Kommunikationsstrategien	37
8.1.3.1	<i>Grundlegende Strategien</i>	37
8.1.3.2	<i>Anpassung der Sprache an den Kontext Aphasie</i>	38
8.1.3.3	<i>Strategien zur Verständnissicherung</i>	39
8.1.3.4	<i>Strategien zur Förderung der Motivation zur Kommunikation</i>	41
8.1.3.5	<i>Strategien als Wortfindungshilfen</i>	42
9	Diskussion.....	45
9.1	Interpretation der Ergebnisse	45
9.2	Schlussfolgerungen für die logopädische Praxis	46
9.3	Reflexion der Methoden und des Vorgehens.....	48
9.4	Schlussgedanken.....	48
10	Abbildungsverzeichnis.....	50
11	Literaturverzeichnis.....	51
12	Anhang	I

1 Einleitung

1.1 Herleitung der Forschungsfragen

„Kommunikation bedeutet die gelungene Verständigung mittels Wort, Schrift, Geste und Emotion unter dem Bewusstsein der individuellen Kultur aller Beteiligten“ (Bellmann, 2015). Dieses Zitat eines deutschen Ethnologen beschreibt eindrücklich, wie komplex und anspruchsvoll die menschliche Kommunikation ist. Sie begleitet uns nicht nur ein Leben lang, sondern findet auch noch auf verschiedenen linguistischen Ebenen und unter Einbezug mehrerer Modalitäten statt. Des Weiteren gilt sie in allen gesellschaftlichen Bereichen als Schlüsselqualifikation (vgl. Sachweh, 2010, S.37).

Doch wie kommuniziert man mit einem Menschen, der seine Sprache „verloren“ hat? Wie spreche ich mit einem Menschen, der Mühe hat, sein Wissen und seine Wünsche in Worte zu fassen? Wie vermittele ich wichtige Sachverhalte, wenn das Sprachverständnis eingeschränkt ist? Mit diesen Fragen werden Pflegefachkräfte während der Arbeit mit Patienten mit reduzierten Kommunikationsfähigkeiten immer wieder konfrontiert.

Viele Institutionen haben mittlerweile die Bedeutung einer gelungenen Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten und ihren hohen Stellenwert im Alltag erkannt. Sachweh (2010) erwähnt zwei zentrale Faktoren, die den Wert gelingender Kommunikation verdeutlichen:

- Gelungene Kommunikation hat einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit aller Beteiligten. Sie fördert und stärkt den Beziehungsaufbau. Die Pflegenden signalisieren mit ihrem kommunikativen Verhalten Interesse am Patienten und seinen Anliegen.
- Die tägliche Arbeitsbelastung kann durch wirksame kommunikative Strategien gesenkt werden. Je klarer und verständlicher die Aussagen sind, desto weniger müssen sich die Pflegenden wiederholen. Auch Betroffene mit Sprachverständnisschwierigkeiten können besser erreicht werden. Die Kooperation und Mithilfe des Patienten kann verbessert werden oder den Patienten überhaupt zur Mithilfe bewegen (vgl. Sachweh, 2010, S. 37 - 40).

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Theoretische Grundlagen:

Welche kommunikativen Strategien für das Pflegepersonal gibt es zum Thema Aphasie in der Fachliteratur? Welche sind die Wichtigsten?

Praktische Umsetzung:

Welche dieser Strategien werden im Alltag vom Pflegepersonal angewandt?

Logopädie als Unterstützung/Ressource:

Haben die Pflegefachpersonen Wünsche an die Logopädie mit Bezug auf die Beratung zur Kommunikation mit Aphasikern?

1.2 Forschungsstand

Eine gut funktionierende Kooperation zwischen den in einem Krankenhaus tätigen Berufsgruppen stellt einen wesentlichen Bestandteil solider pflegerischer Arbeit dar (vgl. Hausmann, 2009, S. 256). Zusammen bilden sie das Umfeld, in dem der Patient die ersten Schritte der sprachlichen Rehabilitation geht (vgl. Gordon, Ellis-Hills & Ashburn, 2009, S. 545). So sehen Cassier-Woidasky, Nahwold und Glahm (2012) den pflegerischen Wirkungsbereich als Basis für die therapeutische Arbeit (vgl. S. 49). In diesem Zusammenhang erwähnen sie die Erstellung von Pflegediagnosen anhand der Auskünfte von Primär- und Sekundärbetroffener. Diese Informationen werden in einem zweiten Schritt von einem „multiprofessionellen Team“ (Cassier-Woidasky et al., 2012, S. 83) analysiert und abgeglichen. Auch Poslawsky, Schuurmanns, Lindemann und Haftsteinsdottir (2009) erwähnen, dass das Wissen der Pflegefachkräfte in Bezug auf Kommunikationsmuster und Probleme der Patienten relevant für die Erstellung von Therapieplänen sein kann (vgl. S. 28). Borthwick (2012) betont, dass den Pflegenden eine wichtige Beobachterrolle zukommt und sie in vielen Fällen Kommunikationsveränderungen der Patienten den Logopäden weiterleiten (vgl. S. 40).

Mickel und Steiner (2003) untersuchten den direkten Kooperationsbedarf zwischen dem Pflegepersonal und den Logopäden am Beispiel der Aphasie. Ihren Untersuchungen zufolge wird die Kommunikation vom Pflegepersonal als essentieller Bestandteil ihrer Arbeit angesehen und oft als „erschwert“ (S. 171) erlebt. So geben zwei Drittel an, dass sie „sich nur teilweise oder gar nicht sicher“ (Mickel & Steiner, 2003, S. 186) fühlen im Hinblick auf die alltägliche

Verständigung mit Aphasikern. Jensen et al. (2014) schreiben, dass Pflegende wenig Vertrauen in ihre Kommunikationsfähigkeiten haben. In vielen Interaktionen bleibt ein Gefühl von Unsicherheit und Ratlosigkeit zurück (vgl. S. 69). Nach Gordon, Ellis-Hill und Ashburn (2009) verlaufen viele Aphasiker-Pflege-Interaktionen asymmetrisch (vgl. S.3). Oft übernehmen die Pflegenden die Kontrolle im Gespräch, stellen geschlossene Fragen, sprechen ausschliesslich über pflegerelevante Themen und gehen wenig auf die Patienten ein (vgl. Hersh, Godecke, Armstrong, Ciccone & Bernhardt, 2014, S. 9).

Auch der kommunikative Austausch mit den Sprachtherapeuten ist noch keine Alltäglichkeit. Zwei von fünf Pflegenden sagen aus, dass es keinen oder nur einen unzureichenden Austausch gibt. 20% meinen, dass je nach Bedarf aktuell wichtige Sachverhalte diskutiert werden (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S. 167). 40% deklarieren, dass ein regelmässiges Zusammenreffen stattfindet (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S. 167). Die Studie deckt auf, dass trotz guter Kenntnisse von „kommunikativen Umwegen“¹ (Mickel & Steiner, 2003, S. 169) diese im Individualfall oft nicht angewandt werden können. Auch Burns, Baylor, Morris, McNalley und Yorkston (2012) erwähnen, dass Pflegefachkräfte meistens Kenntnisse über die Auswirkungen einer Aphasie haben, jedoch häufig keine oder wenige Strategien kennen, wie sie ihre Sprache modulieren können. Entsprechend greifen viele auf eigene Strategien zurück (vgl. zit. nach Jensen et al., 2015, S. 58).

Hingegen haben Jensen et al. (2014) in ihrer Studie aufzeigen können, dass grundlegende, in der Fachliteratur aufgeführte Strategien, den Pflegenden bekannt sind. Dazu zählt der Gebrauch von einfachen und kurzen Sätzen, Ja/Nein-Fragen und visuelle Darstellungsmöglichkeiten wie Bilder und Handschrift. Des Weiteren zeigen sie sich geduldiger und nachsichtiger und geben den Patienten mehr Zeit, um zu antworten (vgl. S. 67). Jedoch ist der Zeitdruck ein Problem. 95% der Pflegefachpersonen sagen aus, dass sie aufgrund mangelnder Zeit zu wenig auf aphasische Patienten eingehen können (vgl. Hunziker & Steiner, 2014, S. 11). Die Teilnehmenden der Studie von Jensen et al. (2014) bestätigen dieses Ergebnis (vgl. S. 70). Ball, Murrells, Rafferty, Morrow und Griffiths (2014) befragten 3000 Krankenschwestern in England. 66% gaben an, dass unter Zeitdruck das individuelle Gespräch mit den Patienten meistens als erstes wegfällt (vgl. zit. nach Hersh et al., 2014, S. 3).

Zusammenfassend lässt sich folgendes sagen: Gemäss der aktuellen Literatur ist der interprofessionelle Austausch ein wichtiger Bestandteil des logopädischen und pflegerischen Alltags. Das komplexe und vielseitige Gesicht der Aphasie macht die Zusammenarbeit unverzichtbar. Obwohl die Zusammenarbeit zentral ist, findet diese Schnittstelle bis jetzt „geringe Beachtung“ (Mickel & Steiner, 2003, S. 166) in der Fachliteratur. Eine Ausnahme bildet die Studie von Mickel und Steiner. Ihren Ergebnissen zufolge wird das Mitteilen und Verstehen

¹ z. B. Gestik, Schreiben, Mimik, Zeichnen, Malen, Bilder, Lippenlesen usw.

pflegerelevanter Aussagen als schwierig erlebt. Viele Pflegende fühlen sich unsicher, welche Strategien sie in welchen Situationen anwenden sollen, obwohl vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten bekannt sind. Die meisten wünschen sich eine intensivierete Zusammenarbeit mit den Logopäden. Auch Poslawsky et al. (2010) notieren, dass es momentan keine allgemeingültigen Rahmenbedingungen für den kommunikativen Umgang mit Aphasiepatienten gibt. Sie betonen jedoch, dass die Pflegenden eine essentielle Rolle bei der Umsetzung von logopädischen Interventionen in die Pflegeroutine spielen. Sie plädieren für eine engere Zusammenarbeit zwischen den Logopäden und dem Pflegepersonal, mehr Kommunikationstraining und die Ausarbeitung von kommunikativen Standards im Umgang mit den Patienten (vgl. zit. nach Hersh et al., 2014, S. 2). Auch Gordon et al. (2009) betonen die wichtige Rolle der Pflegenden als Gesprächspartner und rufen zu standardisierten Gesprächstrainings auf (vgl. 2011, S. 3).

1.3 Relevanz

Es gibt vier Faktoren, welche die Relevanz des Forschungsthemas unterstreichen.

Aufgrund der eingeschränkten kommunikativen Kompetenzen sind Aphasiepatienten darauf angewiesen, dass das Umfeld in der Lage ist, ihre Bedürfnisse und Anliegen zu erkennen und entsprechend zu handeln (vgl. Nyström, 2008, S. 2504). Dazu muss dem Umfeld die wirkungsvollsten Kommunikationsstrategien und Techniken beigebracht werden (vgl. The National Clinical Guideline for Stroke, zit. nach Boswick, 2008, S. 36). Die Implementierung des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) durch die Weltgesundheitsorganisation bekräftigt diese Aussage. Eine kommunikative Behinderung wird in diesem Kontext nicht mehr nur als Bürde der betroffenen Person angesehen, sondern zieht auch das unmittelbare Umfeld und die Gesellschaft in die Verantwortung, diese Menschen zu integrieren (vgl. Welsh & Szabo, 2011, S. 244). Gordon et al. (2008) ergänzen, dass es Aufgabe der Pflegenden ist, ein kommunikativ anregendes Umfeld zu gestalten (vgl. S. 545). Anders ausgedrückt stellt das Pflegepersonal in der Akutphase „das unmittelbare Lebensumfeld des Apoplexpatienten“ (Mickel & Steiner, 2003, S. 165) dar. Dies ist wichtig, da gemäss dem systemischen Ansatz nicht nur die Primär- und Sekundärbetroffenen in die Behandlung miteinbezogen werden müssen, sondern auch das unmittelbare Lebensumfeld (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S. 165).

Zweitens ist die demografische Entwicklung der Schweiz zu berücksichtigen. Laut einer Untersuchung des Bundesamts für Statistik wird die Zahl der über 80-jährigen im Jahre 2060 1,0

bis 1,3 Millionen betragen (vgl. BFS, 2010, S. 26). Das bedeutet, dass neurologische Erkrankungen und multimorbide Störungsbilder tendenziell zunehmen werden. Sickert und Fichtmüller (2015) sprechen von „geriatrischen Komplexbehandlungen“ (S. 32). Sie betonen, dass in Zukunft vermehrt multiprofessionelle und ganzheitliche Behandlungskonzepte nötig sein werden, um altersspezifische und krankheitsbedingte Herausforderungen zu meistern (vgl. Sickert & Fichtmüller, 2015, S. 32-35).

Drittens stellen kommunikative Probleme und Missverständnisse nicht nur eine psychische Belastung für das Pflegepersonal und die Patienten dar, sondern können auch zu Fehlern führen (vgl. Bartlett, Blais, Tamblyn, Clermont, & MacRibbon, zit. nach Jensen et al., 2015, S. 58).

Um dieser Belastung entgegenzutreten, könnten die Logopäden den Pflegenden, als Anlaufstelle, beratend und unterstützend zur Seite stehen (vgl. Steiner & Hunziker, 2014, S. 9-12). Dadurch gewinnen die Pflegenden mehr Vertrauen in ihre kommunikativen Fähigkeiten, erweitern sie und sind besser in der Lage, Tipps und Hinweise der Logopäden umzusetzen (vgl. Gordon et al., 2009, S. 551-552).

Viertens hat Nyström (2008) in einer Studie aufzeigen können, dass Aphasiker ihr tiefgreifendes Wissen über Sprache nicht verloren haben. Sie wissen, dass ihr Zustand sprachliche Schwierigkeiten generiert. Dies kann unter anderem zu einem kommunikativen Rückzugsverhalten der Betroffenen führen (vgl. S. 2503 - 2506). Ein aktives und positives Gesprächsverhalten der Pflegenden kann diesen Tendenzen Einhalt gebieten und den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit und Befriedigung geben (vgl. Nyström, 2008, S. 2509).

1.4 Zielsetzung

Ziel unserer Arbeit ist es, herauszufinden, auf welche der in den Fachbüchern genannten kommunikativen Strategien die Pflegenden im aphasischen Kontext zurückgreifen und deren Stellenwert im Pflegealltag. Unser Augenmerk liegt dabei auf der Praxistauglichkeit. Des Weiteren wollen wir einen Einblick in die Ressourcen am Arbeitsplatz erhalten. Insbesondere interessiert uns, ob die Logopädie als solche wahrgenommen wird und wie logopädische Unterstützung aussehen könnte. Neueste Studien belegen, dass Kommunikationstrainings Schwierigkeiten im Pflegealltag abbauen können (vgl. Welsh & Szabo, 2011, S. 244). Es liegt also nahe, dass die Sprachtherapeuten diese Unterstützung übernehmen könnten. Deswegen generieren wir, mit Blick auf die logopädische Arbeit, Wissen, welches wir selber anwenden und den Pflegenden sowie Angehörigen weitergeben können.

Zu betonen ist jedoch, dass sich die Kommunikation nicht nur aufgrund der Anwendung von Strategien automatisch verbessert. Ebenso wichtig sind Kenntnisse der Krankheit oder des Syndroms und das Bewusstsein, dass jeder Mensch unterschiedliche Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen hat. Sogar die Tagesform kann Auswirkungen auf die Kommunikation haben (vgl. Sachweh, 2010, S. 17).

1.5 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit besteht aus zwei grösseren Teilen. Zuerst werden Grundlagen der pflegerischen Kommunikation dargelegt. Es werden die berufsbedingten kommunikativen Probleme und Anforderungen im Umgang mit aphasischen Menschen erläutert (Kapitel 2 und 3). Das folgende Kapitel behandelt die internen und externen Ressourcen, die wichtige Grundlagen für die Pflegefachkraft-Patient-Interaktion darstellen. Anschliessend folgt eine Übersicht über die effektivsten kommunikativen Strategien aus der Fachliteratur (Kapitel 6). In den Kapiteln 7 und 8 werden das methodische Vorgehen und die Auswertung präsentiert. Abschliessend folgt die Diskussion der Ergebnisse mit Schlussfolgerungen für die logopädische Praxis.

2 Kommunikation im Kontext Pflege

2.1 Definition von Kommunikation im Kontext Pflege

Kommunikation wird als Prozess verstanden, der zwischen mindestens zwei Personen stattfindet (vgl. Bt.plus: zitiert nach Kästner, 2013, S.9). Dabei erfolgt Kommunikation sowohl auf verbaler als auch auf nonverbaler Ebene. Diese Ebenen ergänzen sich gegenseitig (vgl. Thieme: zitiert nach Kästner, 2003, S.9).

Hunscha (2003) erwähnt, dass Kommunikation immer in einem sozialen Kontext stattfindet, der den Verlauf beeinflusst (vgl. S.5). Andere Autoren verweisen besonders auf den Beziehungsaspekt von Kommunikation. So schreibt Auer (1999), dass der Beziehungsfaktor notwendigerweise in jeder Äusserung enthalten ist (vgl. S.45). Auch Steiner (2010) hebt die Beziehung zwischen Sprecher und Hörer heraus und nennt es die „primäre Funktion“ (S.47) von Kommunikation.

Die grundlegenden Aspekte von Kommunikation gelten natürlich auch für den Kontext der Pflegefachpersonen im Akutspital. Hier treffen wir jedoch auf eine besondere Situation, da die Pflegenden täglich mit Personen interagieren, deren Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist. Dies trifft auch auf Aphasiepatienten zu (vgl. Sachweh, 2012, S.25).

Vom Pflegepersonal wird ein angemessener kommunikativer Umgang mit den Patienten erwartet. Des Weiteren sollen sie mit Angehörigen und Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege oder anderen Berufsgruppen kompetent kommunizieren können (vgl. Sachweh, 2012, S. 38). Darum muss die allgemeine Definition des Kommunikationsbegriffs wie folgt für die Situation der Pflegefachpersonen ergänzt werden:

„Dementsprechend bedeutet nach Ansicht von PflegewissenschaftlerInnen kommunikative Kompetenz im Pflegebereich, sich situationsgerecht, verständlich und differenziert ausdrücken zu können“ (Sachweh, 2012, S.38).

2.2 Zweck der Kommunikation im Kontext Pflege

Kommunikation dient im Allgemeinen dazu, mit anderen Menschen in einen Austausch zu treten. Im Pflegealltag ist dies anders. Ein grosser Teil der Kommunikation dient der Informationsvermittlung (vgl. Sachweh, 2012, S.49). Beispielsweise wird mit einer Berufskollegin eine Arbeit geplant oder ein Patient wird über eine Operation oder ein Medikament informiert.

Kommunikation wird in der Pflege überdies auch für Pflegeaktivitäten benötigt. Mickel und Steiner (2003) erwähnen, dass fast jede pflegerische Tätigkeit auch kommunikative Anteile enthält (vgl. S.164). Pflegeaktivitäten werden dem Patienten angekündigt, sprachlich begleitet oder begründet. Durch die Kommunikation mit dem Patienten kann ebenfalls seine Mithilfe bzw. seine Eigenaktivität eingefordert werden. Sachweh (2012) nennt deshalb die Kommunikation in der Pflege ein „Werkzeug zur Bewältigung gemeinsamer Handlungen“ (S.49).

Ein weiteres Merkmal der Kommunikation im Pflegealltag ist, dass überwiegend die Pflege des Patienten thematisiert wird. Das Spektrum der Gesprächsthemen ist somit eingeschränkt (vgl. Sachweh, 2012, S. 50).

2.3 Erfolgreiche und erfolglose Kommunikation in der Pflege

Für einen aphasischen Patienten ist es vor allem in der Akutphase entscheidend, erfolgreiche Kommunikation zu erleben. Dies kann ihn bestärken, motivieren und zu Gesprächen anregen (vgl. Lutz, 2010, S.178). Erfolgreiche Kommunikation kann sich demnach positiv auf das Wohlbefinden des Patienten auswirken (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.166).

Auch für das Pflegepersonal hat es Vorteile, wenn es über gute kommunikative Kompetenzen verfügt. Die Verwendung von kommunikativen Strategien kann Zeit sparen und die Motivation und Aktivität des Patienten fördern (vgl. Sachweh, 2012, S.40). Es erleichtert die Pflegeaktivitäten und hat dadurch Einfluss auf die Berufszufriedenheit des Pflegepersonals.

Eine gute kommunikative Kompetenz bildet ebenfalls die Grundlage, um im interprofessionellen Austausch eine umfassende Betreuung für den Patienten zu planen (vgl. Sachweh, 2012, S.39).

Kommunikationsprobleme wiederum können dazu führen, dass das Pflegepersonal die Bedürfnisse des Patienten nicht richtig erkennen kann. Ebenfalls ist es möglich, dass Anweisungen vom Patienten nicht verstanden werden (Mickel & Steiner, 2003, S.171). Dies ist ein erhebliches Problem für die pflegerische Tätigkeit, da es dabei um die Bedürfnisse und die Bedürfnisbefriedigung des Patienten geht (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.166). Eine Folge von

erfolgloser Kommunikation kann demnach sein, dass (dringende) Bedürfnisse des Patienten nicht verstanden werden und unerfüllt bleiben.

Erfährt ein aphasischer Patient ständig, dass er nicht verstanden wird, kann dies zu sozialem Rückzug führen. Situationen, in denen die Sprachprobleme erkennbar sind, werden dann meist gemieden (vgl. Sachweh, 2012, S.258).

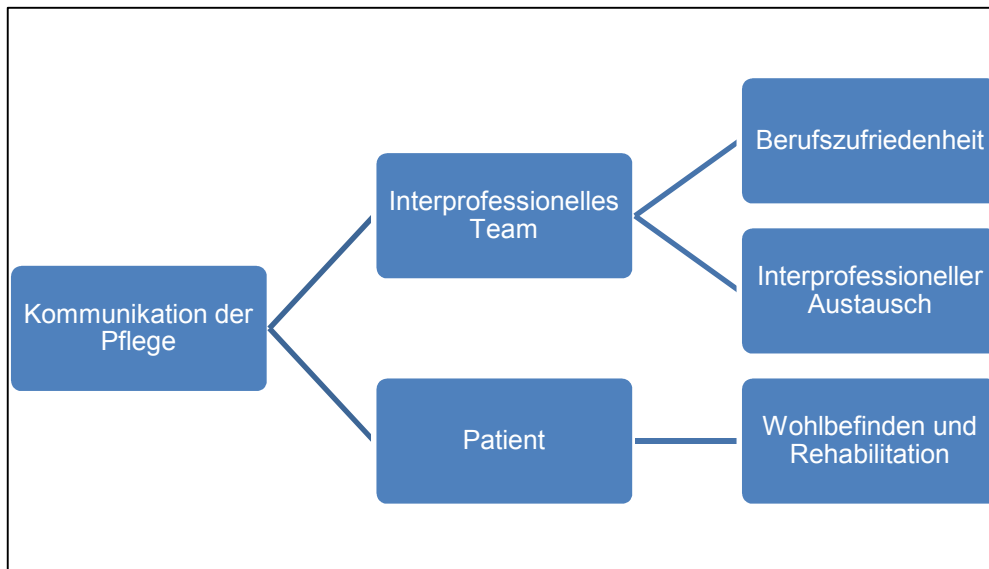


Abbildung 2: Auswirkungen der Kommunikation der Pflege

3 Kommunikative Herausforderungen bei Aphasie

3.1 Grundsätzliche Herausforderungen

3.1.1 Sprachliche Probleme

Die sprachlichen Probleme von aphasischen Patienten können vier Modalitäten zugeordnet werden: Sprachproduktion, Sprachverständnis, Lesen und Schreiben (vgl. Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S.4). Diese Sprachmodalitäten sind unterschiedlich schwer betroffen und können sich auch unterschiedlich schnell erholen (vgl. Lutz, 2010, S.28).

Für die Kommunikation sind vor allem Sprachverständnis und Sprachproduktion bedeutend. Die Lese- und Schreibfähigkeiten eines Patienten können jedoch die Kommunikation unterstützen. Beispielsweise können einige, zuvor notierte Schlüsselwörter als Spickzettel während eines Gesprächs gebraucht werden.

3.1.1.1 Sprachverständnis

Das Sprachverständnis ist abhängig vom Schweregrad der Aphasie leicht bis schwer gestört (vgl. Schneider et al., 2014, S.27). Es ist jedoch zu beachten, dass aphasische Patienten weit mehr verstehen, als sie selbst sagen können (vgl. Sachweh, 2012, S. 259). Lutz (2010), erwähnt, dass das Verstehen eines Aphasikers von der Situation und dem Gesprächspartner abhängig ist. Das heisst, dass es nicht permanent gleich beeinträchtigt ist, sondern variiert (vgl. S.75).

Pflegefachpersonen sollten auf ein eingeschränktes Sprachverständnis besonders genau achten. Es kommt vor, dass aphasische Patienten das Verstehen nur vortäuschen oder sich verhöhrt haben, sich dessen aber nicht bewusst sind (vgl. Sachweh, 2012, S. 259). Das Sprachverständnis eines Patienten sollte während der Pflegeaktivitäten oder in Gesprächssituationen berücksichtigt und möglichst unauffällig überprüft werden (ebd.). Dies kann beispielsweise mit Hilfe von kommunikativen Strategien gemacht werden.

3.1.1.2 Sprachproduktion

Das Leitsymptom der Aphasie ist die Wortfindungsstörung. Dadurch produzieren aphasische Patienten semantische und/oder phonematische Paraphasien (vgl. Schneider et al., 2014, S.19-20). Bei einer chronischen Aphasie ist die Wortfindungsstörung so ausgeprägt, dass nur noch Sprachautomatismen oder Recurring Utterances abgerufen werden können (vgl. Schneider et al., 2014, S.25).

Weitere Symptome der Aphasie sind der Agrammatismus und der Paragrammatismus (vgl. Schneider et al., 2014, S. 18-19). Sie haben zur Folge, dass die Betroffenen fehlerhafte Sätze produzieren, die zu Verständigungsschwierigkeiten führen.

Auch der Redefluss ist bei Aphasikern meist gestört. Das Spektrum reicht von „Logorrhö“ bis zu Telegramm-Stil-Äusserungen (vgl. Schneider et al., 2014, S. 26). Durch Wortfindungsprobleme entstehen Suchpausen, die den Redefluss zusätzlich stören (vgl. Schneider et al., 2014, S.21).

Pflegefachpersonen stehen vor der Aufgabe, flexibel auf die Sprachproblematik des Patienten zu reagieren, so dass die Kommunikation trotzdem erfolgreich verläuft. Dafür benötigen sie vor allem Wissen über das Störungsbild Aphasie (vgl. Sachweh, 2012, S. 32).

Angemessen auf die Sprachsymptome des Betroffenen zu reagieren ist sehr anspruchsvoll. Grundlegend ist, dass die Pflegefachpersonen viel Geduld, Verständnis und Toleranz für den Aphasiker mitbringen (vgl. Lutz: zitiert nach Weissgärber, 1999, S.57).

3.1.2 Begleitstörungen

Eine Aphasie kann durch weitere Störungen begleitet werden. Tesak (2007) fasst die Begleiterscheinungen wie folgt zusammen: „Die Begleitsymptomatik bei Aphasie kann Lähmungen einer Körperhälfte, Seheinschränkungen, Störungen der Körperwahrnehmung und Bewegungskoordination, Störungen der Sprechmotorik, der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit umfassen“ (S.16).

Die genannten Begleitstörungen können die Kommunikation zusätzlich erschweren. Beispielsweise wirkt sich eine Hemiplegie auf den mimischen Ausdruck des Patienten aus. Nonverbale Signale in der Kommunikation sollten deswegen nur mit Vorsicht interpretiert werden.

3.2 Kommunikative Herausforderungen der akuten Aphasie

In der Akutphase einer Aphasie gibt es einige Besonderheiten des Störungsbildes. Diese stellen spezielle Herausforderungen für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Patient und Pflegepersonal dar.

3.2.1 Fluktuierendes Störungsbild

In der akuten Phase der Krankheit, also in den ersten vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis, müssen sich die Pflegefachpersonen auf ein stark fluktuierendes Störungsmuster einstellen (vgl. Schneider et al., 2014, S.25). Das Störungsbild ändert sich täglich oder sogar im Verlaufe einiger Stunden (vgl. Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek & Springer, 2013, S.23).

Für die Pflegefachpersonen heisst das, dass sie beinahe täglich ihre Sprache neu an die Symptomatik des Patienten anpassen müssen. Dies ist eine enorme Herausforderung an die kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden.

3.2.2 Störung der Basisfunktionen

Viele Betroffene weisen eine verminderte Belastbarkeit auf. Sie ermüden schneller und ihre Gedächtnisleistung ist betroffen. Auch die Konzentrationsfähigkeit und die Aufmerksamkeitsspanne können in der akuten Phase stark beeinträchtigt sein (vgl. Weissgärber, 1999, S.50). Häufig können sich aphasische Patienten zu Beginn der Krankheit nur für wenige Minuten konzentrieren (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S.23).

Für das Pflegepersonal bedeutet die Einschränkung der Basisfunktionen eine Anpassung der geplanten Aktivitäten und der Kommunikation mit dem Betroffenen. Für die alltäglichen Pflegeaktivitäten ist es von Vorteil, wenn der Aphasiker aktiv mithilft (vgl. Sachweh, 2012, S.49). Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Patient seine Aufmerksamkeit auf das Geschehen lenken und sich darauf konzentrieren kann.

Auch die Kommunikation muss das Pflegepersonal an die aktuelle Konzentrations- bzw. Aufmerksamkeitsspanne des Patienten anpassen. Beispielsweise kann die Sprachmenge und der Sprachinhalt auf das Nötigste reduziert werden, um die Aufnahmefähigkeit des Aphasikers nicht zu überfordern.

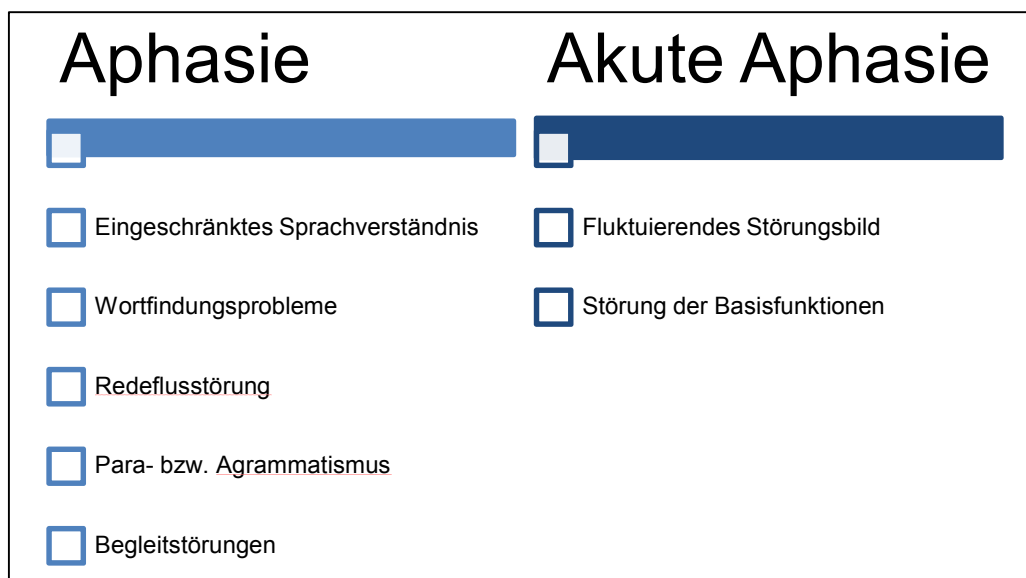


Abbildung 3: Kommunikative Herausforderungen der Aphasie und der akuten Aphasie

4 Ressourcen in der Pflege

„Ressourcen sind personale [...] sowie situative [...] Potentiale, die einen direkten Effekt auf Gesundheit und psychisches Befinden haben können, dabei helfen mit Stressoren besser umzugehen, oder die Motivation und Leistung positiv beeinflussen“ (Rigotti, n.D.). Unterschieden werden externe und interne Ressourcen (vgl. Kernen, n.D., S.15).

In diesem Kapitel soll auf die Ressourcen Zeit, Arbeitsmaterialien, Wissen, interprofessioneller Austausch und allgemeine Zufriedenheit der Pflegenden genauer eingegangen werden. Sie bilden wichtige Grundsteine für erfolgreiche Kommunikation.

4.1 Interne Ressourcen

Unter personellen bzw. internen Ressourcen werden die psychische und physische Gesundheit, persönliche Kompetenzen und die allgemeine Lebenseinstellung verstanden (ebd.).

Wissen kann zu den internen Ressourcen gezählt werden. Haben die Pflegefachpersonen Wissen über die Auswirkungen einer Aphasie auf die kommunikativen Fähigkeiten eines Patienten, können sie adäquater darauf reagieren. Dies ist nach Sachweh (2012) die Voraussetzung für gute Pflegekommunikation und somit für gute Pflege (vgl. S.32).

Die allgemeine Zufriedenheit der Pflegenden ist ebenfalls eine interne Ressource. Zufriedenheit bedeutet „mit den gegebenen Verhältnissen, Leistungen o. ä. einverstanden zu sein, nichts auszusetzen zu haben“ (Wikimedia Foundation Inc., 2015).

4.2 Externe Ressourcen

Externe Ressourcen sind Zeit, interprofessioneller Austausch und Arbeitsmaterialien. Sie werden vor allem durch die Institution „Akutspital“ determiniert.

Zeit ist eine wichtige Voraussetzung für die Kommunikation mit Aphasikern (vgl. Lutz: zitiert nach Weissgärber, 1999, S.57). Setzt man den Patienten unter Druck, blockiert ihn das, was sich negativ auf die Wortfindung auswirkt (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172).

Eine wichtige Ressource für die Kommunikation mit Aphasikern ist, dass dem Pflegepersonal genügend Arbeitsmaterialien zur Verfügung stehen. Dies sind beispielsweise Bücher über das Störungsbild Aphasie, Kommunikationstafeln oder digitale Informationsquellen. Sind solche Materialien vorhanden, können sie die Kommunikation unterstützen.

Mit dem interprofessionellen Austausch wird das Ziel verfolgt, dem Patienten die bestmögliche Versorgung einzurichten. Ebenfalls ist es ein Wissensaustausch zwischen den verschiedenen Disziplinen (vgl. Spirig, 2012, S.7). Beispielsweise können die Logopädinnen und Logopäden hilfreiche Informationen für die Kommunikation mit aphasischen Patienten zur Verfügung stellen.

5 Logopädie im Akutspital

5.1 Aufgabe der Logopädie im Akutspital

In der Akutphase einer Aphasie kann durch gezielte Sprachtherapie die Spontanremission unterstützt werden (vgl. Schneider et al., 2014, S.150). Die Therapie sollte frühestmöglich beginnen und täglich stattfinden. Die Dauer der Therapiesequenzen wird an die Belastbarkeit des Patienten angepasst. Man spricht dabei von der Aktivierungsphase (vgl. Schneider et al., 2014, S.158).

In der Aktivierungsphase soll der Patient erkennen, dass er trotz sprachlicher Probleme verstanden wird (vgl. Lutz, 2010, S.178). Des Weiteren wird in der Therapie versucht, sprachliche Äusserungen zu stimulieren, repetitive Phänomene (z.B. Perseverationen) zu hemmen und kompensatorische Massnahmen einzusetzen um die Kommunikation zu unterstützen (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S.27). Der Patient wird dabei nur leicht gefordert (vgl. Lutz, 2010, S.178).

In dieser Phase der Therapie ist das übergeordnete Ziel die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S.29). Dieses Ziel ist ganz im Sinne des ICF-Modells.

5.2 ICF in der Logopädie

Das ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation beurteilt Krankheiten auf den Ebenen Körperfunktion, Aktivität und Partizipation. Bezogen auf eine Aphasie macht das ICF-Modell deutlich, dass es sich nicht nur um eine Hirnschädigung und Einschränkung der Sprachfunktionen handelt. Die Aktivitäten und die Teilhabe des Aphasikers sind ebenfalls stark betroffen (vgl. Schneider et al., 2014, S.150-151). Durch die Betrachtung des Störungsbildes mit Hilfe des ICF-Modells sollen nun Ziele für die Therapie gesetzt werden, die alle drei Ebenen einschliessen (vgl. Schneider et al., 2014, S.150). Das heisst, dass es in der Therapie darum geht, die Kommunikationsfähigkeit des Patienten möglichst wiederherzustellen, zu erhalten oder zu kompensieren, damit er grösstmögliche Selbstständigkeit erlangt und am gesellschaftlichen Leben wieder teilnehmen kann (vgl. Schneider et al., 2014, S.151-152).

Schneider et al. (2014) erwähnen, dass es neben der Arbeit an den Körperfunktionen auch darum gehe, „das soziale Umfeld des Patienten an die Sprachstörung anzupassen“ (S.151). Im Akutspital besteht das soziale Umfeld sowohl aus den Angehörigen des Patienten als auch aus den Angestellten der Institution. Dem Pflegepersonal wird dabei eine sehr wichtige

Rolle in der Kommunikation mit aphasischen Patienten zugeschrieben (vgl. Jensen et al., 2014, S.60). Auch deswegen ist es essentiell, das Pflegepersonal in der Kommunikation mit Aphasikern zu unterstützen und beispielsweise wichtige Strategien zu vermitteln.

6 Kommunikative Strategien

Kommunikative Strategien tragen zum Erfolg von Gesprächssituationen bei. Es gibt Strategien sowohl für den Sprecher als auch für den Hörer (vgl. Tesak: zitiert nach Diboky & Knecht, 2013, S.19).

In der Literatur werden zahlreiche Strategien erwähnt, die das Pflegepersonal in der Kommunikation mit aphasischen Patienten anwenden kann. Die grosse Anzahl der Strategien macht es jedoch schwierig, den Überblick zu behalten. Meist sind die Strategien den verschiedenen Syndromen der Aphasie zugeordnet. Diese Zuteilung ist für die Praxis problematisch. Schneider et al. (2014) erwähnen, dass die Syndromeinteilung für die Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten des Patienten nicht geeignet ist. Vielmehr wird sie für die Diagnostik verwendet (vgl. S.33).

In der Kommunikation mit aphasischen Patienten trägt der Pflegende – in der Rolle als Sprachgesunder – eine grössere Verantwortung für das Gelingen des Gesprächs (vgl. Steiner: zitiert nach Diboky & Knecht, 2013, S.18). Deswegen werden in diesem Kapitel verbale und nonverbale Strategien erwähnt, die die Pflegenden als Sprecher oder als Hörer anwenden können. Basierend auf der Literatur von Sachweh (2012), Mickel und Steiner (2003), Wingchen (2006), Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek und Springer (2013), Schneider, Wehmeyer und Grötzbach (2014) und Lutz (2010) konnte eine Zusammenstellung der wichtigsten kommunikativen Strategien für das Pflegepersonal gemacht werden. Die Arbeitshypothese dabei war, dass diejenigen Strategien, die in der Literatur am meisten erwähnt werden, die wirkungsvollsten in der Praxis sind. Eine Zusammenstellung aller Strategien findet sich in Anhang 1. Wichtig ist, dass die genannten Strategien nicht für alle aphasischen Patienten gelten. Sie sollten stets am Einzelfall erprobt und individuell abgestimmt werden!

Die Nummerierung der Strategien hat keine Bedeutung und dient nur zur Übersicht. Einige Strategien werden zur besseren Verständlichkeit genauer erläutert.

6.1 Grundlegende Strategien für die Kommunikation

1. *Entfernen Sie Störgeräusche (z.B. Radio).*

(vgl. Lutz, 2010, S. 126) (vgl. Sachweh zitiert nach: Wingchen, 2006, S.254)

Erläuterung: Aphasische Patienten werden durch Geräusche oder Gespräche im Hintergrund leicht abgelenkt und können sich dadurch weniger gut auf die Kommunikation konzentrieren.

2. *Konzentrieren Sie sich gemeinsam mit dem Patienten nur auf das Gespräch. Tun Sie nicht zwei Dinge gleichzeitig.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.263) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

3. *Geben Sie dem aphasischen Patienten genügend Zeit für die Kommunikation.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.258) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

4. *Haben Sie Geduld mit dem Aphasiker.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.244) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

5. *Üben Sie keinen Druck auf den Aphasiker aus, da es ihn im Gespräch blockieren könnte.*

(vgl. Wingchen, 2006, S.24) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

6. *Trauen Sie dem Patienten zu, dass er sich verständlich ausdrücken kann.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.239) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.252)

Erläuterung: Das Vertrauen in die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten kann sich positiv auf sein Selbstwertgefühl und seine kommunikativen Leistungen auswirken.

7. *Stellen Sie Blickkontakt zum Patienten her.*

(vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.138)

8. *Deuten Sie nonverbale Signale des Patienten.*

(vgl. Sachweh, 2012, S. 26) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.253)

6.2 Anpassung der Sprache an den Kontext der Aphasie

9. *Formulieren Sie kurze Sätze und sprechen Sie nicht zu viel.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)

Erläuterung: Die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit eines aphasischen Patienten im Akutspital sind herabgesetzt. (Lutz, 2010, S.37) Deswegen fällt es ihm schwer, lange oder schnell gesprochene Sprache richtig zu verarbeiten.

10. *Sprechen Sie langsam.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

11. *Sprechen Sie deutlich.*

(vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)

12. *Sprechen Sie mit normal lauter Stimme.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.262) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

Erläuterung: Aphasie ist keine Hörstörung!

13. *Verwenden Sie keine Babysprache.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.245) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al. 2014, S.139)

Erläuterung: Aphasische Patienten sollen als erwachsene, gleichwertige Kommunikationspartner wahrgenommen werden. Spricht man mit ihnen wie mit einem Kleinkind ist das erniedrigend und respektlos. (vgl. Sachweh, 2012, S. 258-259)

14. *Substantive werden besser verstanden als Verben.*

(vgl. Lutz, 2010, S.130) (vgl. Sachweh: zitiert nach Wingchen, 2006, S.254)

6.3 Förderung der Motivation zur Kommunikation

15. *Machen Sie den Patienten nicht ständig auf Fehler aufmerksam.*

(vgl. Lutz, 2010, S. 123) (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.252)

Erläuterung: Es ist nicht notwendig, sich fehlerfrei zu äussern, um verstanden zu werden. Dies gilt vor allem für Aphasiker. Werden Aphasiker ständig auf ihre sprachlichen Fehler aufmerksam gemacht, ist dies deprimierend und verletzend. Wichtig ist, dass sich das Gegenüber auf den Inhalt der Äusserung konzentriert. (vgl. Lutz, 2010, S.123)

16. *Zeigen Sie durch verbales Feedback („aha“, „mhm“, „ja“) Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit an den Äusserungen des Patienten.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)

17. *Sprechen Sie über Vertrautes mit dem Patienten. (z.B. Hobbys, Beruf, etc.) Dies kann die Gesprächsbereitschaft fördern.*

(vgl. Lutz, 2010, S.124) (vgl. Sachweh, 2012, S.263)

6.4 Wortfindungsstrategien

18. *Fragt der Patient nach Hilfe bei der Wortfindung, schlagen Sie ihm möglichst nur ein Wort (Schlüsselwort) auf einmal vor.*

(vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Sachweh, 2012, S.239)

6.5 Strategien zur Verständnissicherung

6.5.1 Die Pflegefachperson spricht

19. *Versteht der Aphasiker Ihre Äusserung nicht, wiederholen Sie die Botschaft in anderen Worten noch einmal.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

20. *Kündigen Sie Themenwechsel an.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

Erläuterung: Werden Themenwechsel dem Patienten angekündigt, kann es ihm helfen, sich zu orientieren und auf das neue Thema einzustellen. Abrupte Themenwechsel sollten vermieden werden. (vgl. Sachweh, 2012, S.261)

21. *Fragen Sie (unauffällig) nach, was der Patient von Ihrer Äusserung verstanden hat.*

(vgl. Lutz, 2010, S.129) (vgl. Sachweh, 2012, S.259-260)

6.5.2 Der Patient spricht

22. *Wiederholen Sie das, was Sie von der Äusserung des Patienten verstanden haben.*

(vgl. Lutz, 2010, S.126) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)

23. *Melden Sie es dem Patienten zurück, wenn Sie ihn verstanden haben.*

(vgl. Schneider et al., 2014, S.139)(vgl. Sachweh, 2012, S.263)

24. *Signalisieren Sie dem Aphasiker, wenn Sie ihn nicht verstehen. Bitten Sie um Wiederholung.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.252) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)

6.6 Nonverbale Hilfen für die Verständnissicherung

25. *Setzen Sie Gesten als Verständnishilfe ein. (z.B. Zeigegesten)*

(vgl. Schneider et al., 2014, S.139) (vgl. Sachweh, 2012, S.261)(vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S. 253)

26. *Schreiben oder skizzieren Sie als Verständigungshilfe.*

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172)

6.7 Fragen

27. Stellen Sie keine Alternativfragen, da diese für Aphasiker sehr schwierig zu beantworten sind.

(vgl. Lutz, 2010, S.129) (vgl. Sachweh, 2012, S.261)

Beispiele für Alternativfragen sind: „Möchten Sie lieber Kaffee oder Tee?“ „Wollen Sie draussen spazieren gehen oder im Zimmer ein Buch lesen?“

28. Stellen Sie wenn möglich keine offenen Fragen, da diese für Aphasiker sehr schwer zu beantworten sind.

(vgl. Lutz, 2010, S.129) (vgl. Sachweh, 2012, S.261)

Erläuterung: Offene Fragen können nicht mit Ja/Nein beantwortet werden. Ein Beispiel für eine offene Frage ist: „Wie geht es Ihnen heutet?“

29. Stellen Sie Ja-/Nein-Fragen.

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel & Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.138)

7 Methodik

7.1 Forschungsdesign

Um den Fragestellungen dieser Arbeit nachzugehen bietet sich eine quantitative Herangehensweise an. Wie Moser (2003) erklärt, geht es bei der quantitativen Forschung darum, „allgemeine Aussagen oder Hypothesen im wissenschaftlichen Prozess zu überprüfen“ (S.23). Aus diesem Grund wurden drei Arbeitshypothesen formuliert, die auf den Fragestellungen der Studie basieren. Diese Hypothesen sind nachfolgend aufgelistet.

Für die Überprüfung der Hypothesen wird eine Querschnittstudie durchgeführt. Das bedeutet, dass durch eine einmalige Befragung einer Stichprobe eine Momentaufnahme abgebildet wird (vgl. Strasser: zitiert nach Müller & Bissegger, 2006, S.32).

Hypothese 1: Die in der Literatur am meisten erwähnten kommunikativen Strategien werden vom Pflegepersonal nicht angewendet.

Hypothese 2: Die Pflegefachpersonen haben zu wenige durch den Arbeitsplatz bedingte oder persönliche Ressourcen, um die kommunikativen Strategien anzuwenden.

Hypothese 3: Das Pflegefachpersonal wünscht sich mehr Unterstützung seitens der Logopädie.

7.2 Forschungsmethode

Als Datenerhebungsmethode wird die schriftliche Befragung gewählt. Dafür wird ein eigens für diese Arbeit konzipierter Fragebogen eingesetzt. Nachfolgend soll die Entwicklung und der Aufbau des Fragebogens erläutert werden. Des Weiteren wird auf den Pretest und das Sampling eingegangen.

7.2.1 Der Fragebogen

Für die Entwicklung des Fragebogens werden in einem ersten Schritt wie von Lewin (1986) vorgeschlagen, durch ein Brainstorming Fragen gesammelt (vgl. S. 134). Danach werden sie auf ihre Wichtigkeit für die Beantwortung der Hypothesen untersucht und aussortiert. Grundlage für diesen Vorgang bildet die Literatur und die tabellarische Zusammenstellung der kommunikativen Strategien (siehe Anhang 1).

Der Fragebogen besteht aus 13 Fragen, welche ihrerseits Unterfragen enthalten. Es handelt sich um strukturierte Einstellungs- bzw. Meinungsfragen, ergänzt durch eine Faktenfrage, die gebundene Wahlantworten aufweisen. Das bedeutet, dass die befragten Personen aus bereits spezifizierten Antworten diejenige auswählen können, die am ehesten ihrer Meinung entspricht (vgl. Lewin, 1986, S.137). Zwei Fragen sind semi-strukturiert, wodurch die Stichprobe die Möglichkeit hat, eigene Antworten zu den vorgegebenen hinzuzufügen (vgl. Lewin, 1986, S.139). Diese Vorgehensweise wird verwendet, um unerwähnte Punkte durch das Pflegepersonal ergänzen zu lassen.

Die Fragen sind möglichst verständlich formuliert und werden durch einen Einleitungssatz eingeführt. Die Gliederung basiert auf dem Trichterprinzip. Das heisst, dass zunächst allgemeine Fragen gestellt werden und danach konkretere Fragen folgen (vgl. Moser, 2003, S. 101). Es wird besonders darauf geachtet, keine Suggestivfragen zu formulieren und den Effekt der sozialen Erwünschtheit zu vermeiden.

Die Fragebögen werden in Papierform mit einem Begleitschreiben, in welchem die wichtigsten Informationen zur Umfrage festgehalten sind, postalisch verschickt. Die Pflegenden erhalten so Informationen zum Ziel der Arbeit, zu den Autorinnen, zum Rücksendetermin und zur Anonymität der Datenauswertung. Des Weiteren wird ein bereits vorfrankierter Rückumschlag beigelegt.

Insgesamt konnten 45 Fragebogen verschickt werden, von denen 34 ausgefüllte Exemplare zurückgesendet wurden. Die Rücklaufquote der Umfrage beträgt somit 75%. Dies ist eine sehr hohe Quote, die sich wahrscheinlich daraus ergeben hat, dass im Vorfeld der persönliche Kontakt zu den Pflegeleitungen der Akutspitäler gesucht wurde.

7.2.2 Pretest

Um den Fragebogen auf seine Verständlichkeit zu prüfen, wird er einem Pretest unterzogen. Nach Müller (2013) ist der Pretest die „beste Versicherung gegen Fehler und Auslassungen in der Fragebogenerstellung“ (S.36).

Im Rahmen des Pretests füllt eine Pflegefachperson, die nicht an der eigentlichen Umfrage teilnimmt, den Bogen aus und meldet Mängel oder Missverständnisse zurück. Der Fragebogen wird danach noch einmal überarbeitet und verbessert.

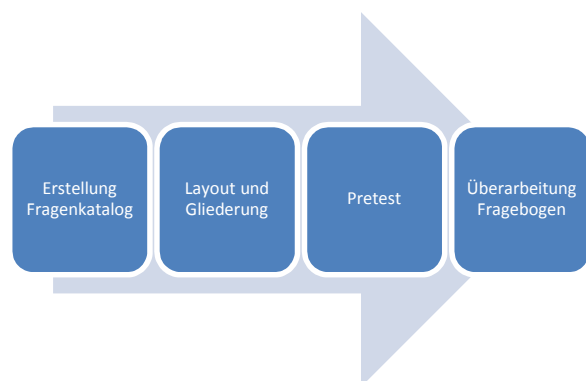


Abbildung 5: Fragebogenerstellung

7.2.3 Sampling

Die Stichprobe besteht aus 34 Pflegefachpersonen, die in sechs unterschiedlichen Kliniken – fünf Akutspitäler und einer Rehaklinik – arbeiten. Es handelt sich dabei um Institutionen aus den Kantonen Thurgau, Appenzell Ausserrhoden, Zürich und Aargau.

Da es die derzeitige Realität ist, dass aphasische Patienten sowohl auf der Stroke-Unit als auch auf neurologischen Stationen behandelt werden, sind in der Stichprobe ebenfalls Personen beider Stationen repräsentiert. Für die Auswahl der Stichprobe sind folgende Kriterien festgelegt:

- Die Personen arbeiten in der Pflege.
- Die Personen arbeiten in einem Spital, in dem Akutphasiker behandelt werden.
- Im Spital wird Logopädietherapie angeboten.
- Die Personen verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse.
- Die Personen haben Erfahrung in der Arbeit mit aphasischen Patienten.

Es handelt sich um eine „Klumpenstichprobe“ (Beller, 2008, S.88). Die Klumpen sind dabei die einzelnen Institutionen, die sich an der Umfrage beteiligen. Die Pflegeleitung des jeweiligen Klumpens wählt Personen aus, die den Fragebogen ausfüllen. Dieses Vorgehen ist notwendig, da kein direkter Kontakt zu den Pflegenden hergestellt werden kann.

Die Klumpenstichprobe gilt als eingeschränkt repräsentativ, da für die einzelnen Klumpen die Repräsentativität nicht unbedingt gewährleistet ist. (ebd.) Es ist jedoch möglich, die Ergebnisse zu interpretieren und theoretische Schlüsse daraus abzuleiten.

8 Auswertung

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt quantitativ. Es handelt sich bei der Auswertung um deskriptive Statistik. Das heisst es geht darum, die befragte Gruppe möglichst genau zu beschreiben und theoretische Schlüsse aus den Ergebnissen zu konzipieren (vgl. Moser, 2003, S.115). Dafür werden in einem ersten Schritt die Antworten ausgezählt und codiert. Anschliessend werden mit dem Microsoftprogramm „Excel“ Diagramme erstellt, die zur übersichtlichen Darstellung der Ergebnisse beitragen. Die Diagramme sind in Anhang 4 zusammengestellt. Die Ergebnisse werden schlussendlich interpretiert, woraus sich die Diskussion dieser Bachelorarbeit entwickelt.

Insgesamt können die Antworten von 34 ausgefüllten Fragebogen verwertet werden. Dabei kommt es vor, dass Fragen von einzelnen Personen unvollständig beantwortet wurden. Jedoch wird in den Ergebnissen stets von 34 Antworten, also N=34, ausgegangen, worauf sich auch die Prozentangaben beziehen.

Im Folgenden werden nun die Fragen, welche die Pflegenden in der Umfrage beantworteten, aufgeführt, die zugrundeliegenden Thesen erläutert und über die Ergebnisse berichtet. Zur Anschauung der Ergebnisse sind Diagramme beigelegt.

8.1 Ergebnisse

8.1.1 Ressourcen

Die Pflegefachpersonen, welche an der Umfrage teilnahmen, beantworteten Fragen zu den Ressourcen, die ihnen für die Kommunikation mit aphasischen Patienten zur Verfügung stehen. Dabei wurde das Pflegepersonal gebeten, die Ressourcen Zeit, Arbeitsmaterialien, Wissen, interprofessioneller Austausch und persönliche Zufriedenheit an ihrem Arbeitsplatz einzuschätzen.

8.1.1.1 Zeit

Drei Fragen beschäftigen sich mit dem Zeitaspekt in der Pflege. Das befragte Pflegepersonal sollte zunächst einschätzen, wie lange es pro Tag für einen aphasischen Patienten Zeit hat. Dafür konnten sie aus drei Antwortmöglichkeiten („weniger als 1 Stunde“, „1-3 Stunden“ und „mehr als drei Stunden“) diejenige aussuchen, welche ihrer Antwort entsprach. Danach bewerteten die Pflegenden, ob diese Zeit für alltägliche Arbeiten und die Kommunikation mit aphasischen Patienten genügt. In diesem Zusammenhang wurden folgende Fragen beantwortet:

- Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich für einen aphasischen Patienten?
- Haben Sie das Gefühl, genügend Zeit für die alltäglichen Arbeiten mit einem aphasischen Patienten zu haben?
- Haben Sie das Gefühl, genügend Zeit für die Kommunikation neben den alltäglichen Arbeiten zu haben?

These

Vermutet wird, dass dem Pflegepersonal täglich weniger als eine Stunde für einen aphasischen Patienten zur Verfügung steht. Weiter wird angenommen, dass die Pflegenden diese Zeit als zu kurz für alltägliche Arbeiten und die Kommunikation mit dem Patienten einschätzen.

Ergebnis

Mehr als zwei Drittel der befragten Personen geben an, dass sie täglich zwischen einer bis drei Stunden für einen aphasischen Patienten Zeit haben. Dies übertrifft die Erwartung und widerlegt somit den ersten Teil der These.

59% geben an, dass die Zeit für die alltäglichen Arbeiten nicht ausreicht. 35% der Personen schätzen die Zeit jedoch als genügend ein. Bei der Befragung des Zeitaspekts für die Kommunikation zeigt sich ein ähnliches Bild. 64% der befragten Personen schätzen die Zeit als ungenügend, 30% als genügend ein.

Es lässt sich somit erkennen, dass die Mehrheit der Pflegenden das Gefühl hat, zu wenig Zeit für alltägliche Arbeiten und die Kommunikation mit aphasischen Patienten zu haben, was den zweiten Teil der These bestätigt.

8.1.1.2 Weitere Ressourcen

Die Pflegenden wurden in einem nächsten Schritt gebeten, die Ressourcen Grösse und Ruhe der Patientenzimmer, Arbeitsmaterialien, interprofessioneller Austausch und persönliche Zufriedenheit an ihrem Arbeitsplatz zu bewerten. Die befragten Personen konnten dafür aus vier Antwortmöglichkeiten (++ sehr gut, + gut, - eher schlecht, -- sehr schlecht) auswählen.

- Wie schätzen Sie folgende Punkte an Ihrem Arbeitsplatz ein?
 - Ruhe in den Patientenzimmern
 - Grösse der Patientenzimmer
 - Zur Verfügung stehende Arbeitsmaterialien für die Arbeit mit Aphasikern
 - Persönliche Zufriedenheit mit jetzigem Stand
 - Interprofessioneller Austausch

These

Die Vermutung ist, dass die Ressourcen tendenziell als eher ungenügend bewertet werden. Es wird angenommen, dass die Patientenzimmer eher zu gross sind und nicht genügend Ruhe bieten. Weiter erscheint es wenig wahrscheinlich, dass spezifische Literatur über Aphasie oder beispielsweise Kommunikationstafeln für die Kommunikation mit Aphasikern vorhanden sind. Die persönliche Zufriedenheit ist sehr individuell, weswegen keine These dazu gestellt werden kann. Es wird jedoch erwartet, dass der interprofessionelle Austausch stattfindet, und dieser positiv vom Pflegepersonal eingeschätzt wird.

Ergebnis

Die Ruhe in den Patientenzimmern wird von 80% positiv – mit sehr gut oder gut – bewertet. Die Grösse der Zimmer wird von 59% der Befragten als gut bzw. sehr gut eingeschätzt.

Dieser Teil der These kann somit widerlegt werden. Die Patientenzimmer in den befragten Institutionen scheinen genügend Ruhe zu bieten.

Die Grösse der Patientenzimmer ist für die Mehrheit der befragten Pflegefachpersonen passend. Eine Minderheit von 41% bewertet die Grösse jedoch als eher schlecht bis sehr schlecht. Es ist aus den Ergebnissen nicht ersichtlich, woran dies liegen könnte und ob die Patientenzimmer als zu gross oder zu klein eingeschätzt werden.

Die zur Verfügung stehenden Arbeitsmaterialien für die Kommunikation mit Aphasikern werden von 72% der befragten Pflegefachpersonen negativ bewertet. Das Ergebnis ist wenig überraschend.

Mehr als die Hälfte der befragten Personen sind mit dem jetzigen Zustand an ihrem Arbeitsplatz unzufrieden. Dies ist ein Ergebnis, mit dem nicht gerechnet wurde. Der Grund für diese Unzufriedenheit lässt sich durch die Befragung nicht herausfinden.

62% der befragten Personen bewerten den interprofessionellen Austausch als gut bzw. sehr gut.

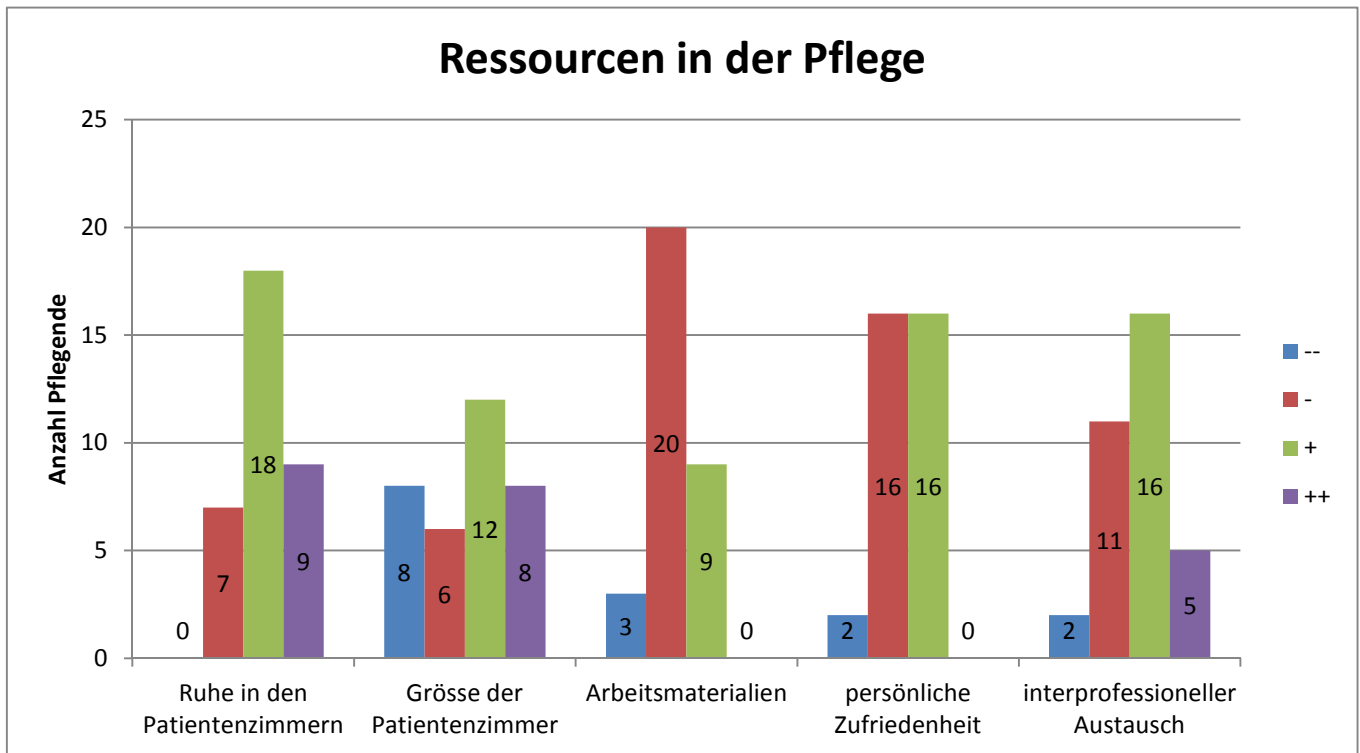


Abbildung 6: Ressourcen im Akutspital

8.1.1.3 Wissen

Den Pflegenden wurden zwei Fragen zu ihrem Wissen über die Fachgebiete Aphasie und Kommunikation gestellt. Zunächst war es wichtig, herauszufinden, woher die Pflegenden ihr Wissen haben. Dabei bewerteten sie verschiedene Punkte mit ++ sehr gut, + gut, - eher schlecht, -- sehr schlecht. Es bestand für die Pflegenden die Möglichkeit, weitere Punkte zu nennen, durch die sie ihr Wissen über Aphasie und Kommunikation erweitern konnten. Anschliessend wurden sie gebeten, ihr Wissen einzuschätzen. Folgende Fragen wurden beantwortet:

- Wie haben Ihnen folgende Punkte geholfen, mehr zum Thema Aphasie zu erfahren?
 - Ausbildung
 - Literatur
 - Aus dem Pflegealltag
 - Beratung durch Logopädie
 - Anderes
- Fühlen Sie sich genügend über das Thema „Kommunikation mit Aphasikern“ informiert?

These

Die Vermutung ist, dass die Pflegefachpersonen vor allem in der Ausbildung und direkt im Pflegealltag Wissen über Aphasie sammeln und nur vereinzelt Literatur konsultieren. Weiter wird angenommen, dass die Beratung durch die Logopädie nur ungenügend stattfindet.

Ausserdem wird das Ergebnis erwartet, dass sich die Pflegefachpersonen zu wenig über das Thema „Kommunikation mit Aphasikern“ informiert fühlen.

Ergebnis

100% der befragten Personen geben an, dass sie im Pflegealltag sehr gut bzw. gut Wissen über das Thema „Kommunikation mit Aphasikern“ sammeln können. 87% konsultieren die Literatur und 79% der Pflegenden erfuhr durch ihre Ausbildung mehr über das besagte Gebiet.

Der wichtigste Faktor für die Aneignung von Wissen scheint demnach der Pflegealltag zu sein. Die Auswertung zeigt weiter, dass eine grosse Anzahl der Pflegenden ihr Wissen durch Literatur vervollständigt hat. Die These kann in diesem Punkt widerlegt werden. Als weitere Möglichkeit, die dabei half, Wissen über Aphasie zu sammeln, erwähnen die Pflegenden vor allem die Fortbildung.

Mehr als zwei Drittel geben an, dass sie durch die Beratung durch die Logopädie mehr über Aphasie gelernt haben. 30% der befragten Personen schätzen die Unterstützung der Logopädie jedoch als eher schlecht ein. Die Auswertung zeigt weiter, dass sich 55% der Pflegenden nicht genügend über das Thema „Kommunikation mit Aphasikern“ informiert fühlen. Dieses Ergebnis stützt den dritten Teil der These.

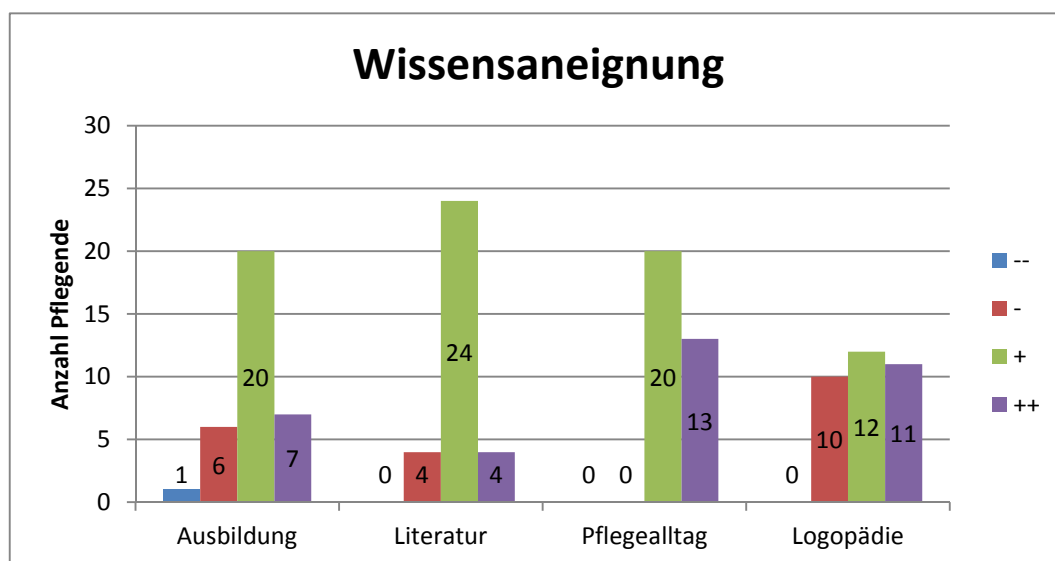


Abbildung 7: Wissensaneignung der Pflege

Zusammenfassung

Die befragten Pflegefachpersonen haben durchschnittlich eine bis drei Stunden für einen aphasischen Patienten Zeit. Diese Zeitspanne wird überwiegend als ungenügend für die alltäglichen Arbeiten und die Kommunikation mit den Patienten eingeschätzt.

Eine Ressource der an der Umfrage beteiligten Akutspitäler ist die Ruhe in den Patientenzimmern. Auch der interprofessionelle Austausch scheint im Allgemeinen zur Zufriedenheit der Pflegefachpersonen stattzufinden.

Als mangelhaft eingestuft werden die zur Verfügung stehenden Arbeitsmaterialien. Auch die Grösse der Patientenzimmer wird von 40% der befragten Personen als eher schlecht bzw. sehr schlecht eingeschätzt.

Das Wissen über Kommunikation mit Aphasikern kann vor allem durch den Pflegealltag, die Konsultation spezifischer Literatur und die Ausbildung gesammelt werden. Die Beratung durch die Logopädie findet in diesem Zusammenhang zwar statt, jedoch stufen 30% der Personen diese Beratung als mangelhaft ein. Mehr als die Hälfte gibt an, sich ungenügend über das Thema informiert zu fühlen.

8.1.2 Logopädische Unterstützung des Pflegepersonals

Das Pflegepersonal wurde gebeten, die Rolle der Logopädie im Akutspital zu bewerten. Dazu beantworteten sie zwei Fragen, in denen es um die Unterstützung des Pflegepersonals durch einen Logopäden oder eine Logopädin ging.

Die Fragen wurden von denjenigen Personen beantwortet, die die Frage, ob sie sich genügend über das Thema „Kommunikation mit Aphasikern“ informiert fühlten, negiert haben. Die Hypothese dieses Vorgehens lautet, dass diejenigen Personen, die sich genügend über das Thema informiert fühlen, ohnehin keine Unterstützung durch die Logopädie wünschen. Durch diese Vorgehensweise soll das Ergebnis der untenstehenden Fragen unverfälscht bleiben.

- Würden Sie sich wünschen, dass die Logopädie das Pflegepersonal bei der Kommunikation mit Aphasikern unterstützt?
- Wie sollte diese Unterstützung Ihrer Meinung nach aussehen?
 - Individuell, auf jeden Patienten abgestimmt
 - Allgemeine Beratung zum Thema „Kommunikation mit Aphasikern“
 - Literaturtipps
 - Anderes

These

Die Vermutung ist, dass die Unterstützung durch die Logopädie aus Sicht des Pflegepersonals wünschenswert ist. Sie sollte dabei möglichst auf jeden Patienten individuell abgestimmt werden. Eine allgemeine Beratung und Literaturtipps werden weniger geschätzt.

Ergebnis

100% der befragten Personen wünschen sich eine Unterstützung durch die Logopädie. Die Unterstützung sollte durch individuelle Beratung für den Einzelfall oder durch eine allgemeine Beratung zum Thema erfolgen. Die beiden genannten Punkte wurden von 100% der Pflegefachpersonen als sehr gut bzw. gut bewertet. Literaturtipps wünschen sich 50% der befragten Personen.

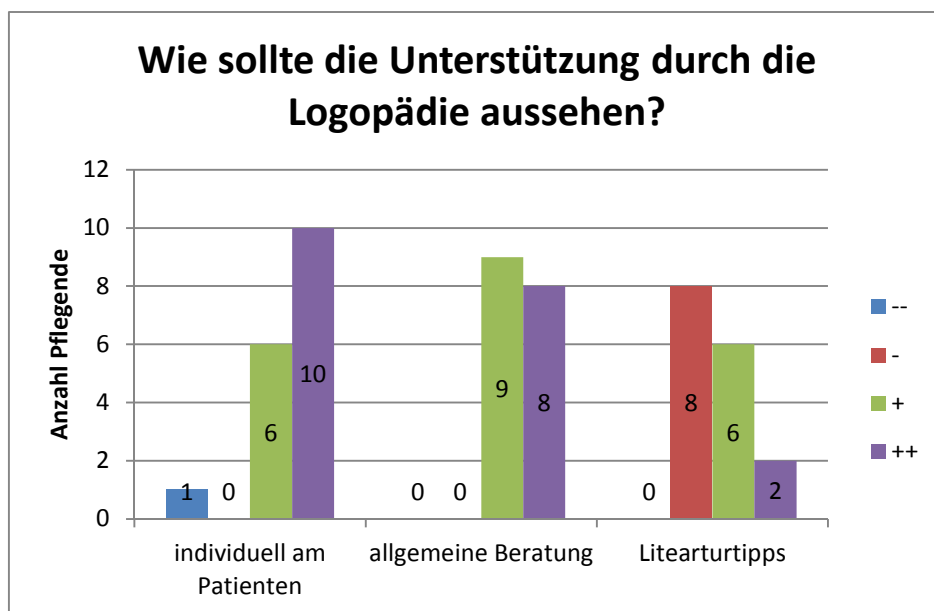


Abbildung 8: Unterstützung durch die Logopädie

8.1.3 Kommunikationsstrategien

Durch die Befragung der Pflegefachpersonen wird untersucht, wie oft die in der Literatur am häufigsten erwähnten Strategien in der Praxis wirklich angewendet werden. Dafür bewerteten die Pflegenden die einzelnen Strategien auf ihre Wichtigkeit bzw. darauf, wie oft sie sie im Alltag gebrauchen. Dafür standen ihnen vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: (++) sehr oft/wichtig, + eher oft/wichtig, - eher selten/unwichtig, -- sehr selten/unwichtig).

8.1.3.1 Grundlegende Strategien

Die hier erwähnten Strategien sind laut der Literatur grundlegend für eine erfolgreiche Kommunikation mit aphasischen Patienten. Werden sie nicht eingehalten, stört dies im Gespräch und kann dazu führen, dass sich der Patient schlecht konzentrieren kann oder sich nicht respektiert fühlt.

Die Antworten wurden so nummeriert, wie sie im Fragebogen vorzufinden sind. Hierbei handelt es sich also um die 8. Frage des Fragebogens. Diese Nummerierung ist vor allem für die Interpretation der Diagramme von Bedeutung, da dabei die gleiche Reihenfolge verwendet wird.

- Wie wichtig sind Ihnen folgende Punkte für die Kommunikation mit aphasischen Patienten?
 - 8.1 Keine Störgeräusche
 - 8.2 Genügend Zeit für die Kommunikation
 - 8.3 Geduld mit dem Patienten haben
 - 8.4 Blickkontakt mit dem Patienten
 - 8.5 dem Patienten auf gleicher Augenhöhe begegnen (Respekt zeigen)
 - 8.6 Den Patienten nicht unter Druck setzen
 - 8.7 Vertrauen haben in die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten

These

Die Vermutung ist, dass die grundlegenden Strategien vom Pflegefachpersonal durchgehend als sehr wichtig eingestuft werden. Eine Ausnahme dürfte die Strategie „Vertrauen haben in die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten“ sein. Es wird vermutet, dass die Pflegefachpersonen aufgrund früherer Erfahrungen damit rechnen, dass ein aphasischer Patient grosse sprachliche Defizite hat. Dadurch haben sie weniger Vertrauen in seine sprachlichen Fähigkeiten.

Ergebnis

Die Aussagen zu den einzelnen Strategien sind relativ einheitlich. Es zeigt sich das Bild, dass die Strategien durchgehend von 90 – 97% der Personen als sehr wichtig eingestuft werden. 100% der Befragten finden es wichtig, Vertrauen in die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten zu zeigen. Somit kann dieser Teil der Vermutung widerlegt werden.

8.1.3.2 Anpassung der Sprache an den Kontext Aphasie

In einem nächsten Schritt beurteilte das befragte Pflegepersonal, wie oft sie bestimmte Strategien anwenden, um ihre Sprache an die Symptomatik des aphasischen Patienten anzupassen. Die befragten Personen beantworteten folgende Fragen:

- Wie oft wenden Sie folgende Strategien bei der Arbeit mit einem aphasischen Patienten an?
 - 9.1 Nur das Wichtigste äussern, nicht zu viel sprechen
 - 9.2 Kurze, einfache Sätze formulieren
 - 9.3 Sehr deutlich sprechen
 - 9.4 Mit normal lauter Stimme sprechen (nicht lauter als normal)
 - 9.5 Langsamer sprechen als normalerweise

- Die folgenden Strategien können angewendet werden, um die eigene Sprache für die Kommunikation mit einem Aphasiker anzupassen. Wie oft wenden Sie sie an?
 - 10.1 Mehr Nomen als Verben gebrauchen
 - 10.2 Die eigene Äusserung nochmals mit anderen Worten wiederholen, falls der Patient nicht verstanden hat.
 - 10.3 Ja/Nein Fragen stellen
 - 10.4 Alternativfragen stellen
 - 10.5 Offene Fragen formulieren

These

Die Vermutung ist, dass die Pflegenden die genannten Strategien grundsätzlich anwenden. Eine Ausnahme stellt dabei die Strategie „mehr Nomen als Verben gebrauchen“ dar. Es wird angenommen, dass das Pflegepersonal diese Strategie nur selten anwendet und nicht bewusst darauf achtet. 10.4 und 10.5 werden von der Fachliteratur explizit nicht empfohlen.

Ergebnis

Bei den Strategien 9.1 – 9.5 zeigt sich ein relativ einheitliches Bild. Durchschnittlich haben 90% der Personen die Fragen mit oft bzw. sehr oft beantwortet. Das bedeutet, dass die Pflegenden die erwähnten Strategien in der Kommunikation mit aphasischen Patienten kennen und auch anwenden.

Die Auswertung der Ergebnisse 10.1 – 10.5 zeigt weiter, dass 50% der befragten Personen die Strategie „mehr Nomen als Verben gebrauchen“ eher selten anwendet. Die gleiche Tendenz zeigt sich bei der Strategie „Alternativfragen verwenden“. Ein deutlicheres Ergebnis ergibt sich bei der Strategie „offene Fragen formulieren“. 65% der Personen geben an, dass sie diese Strategie selten anwenden.

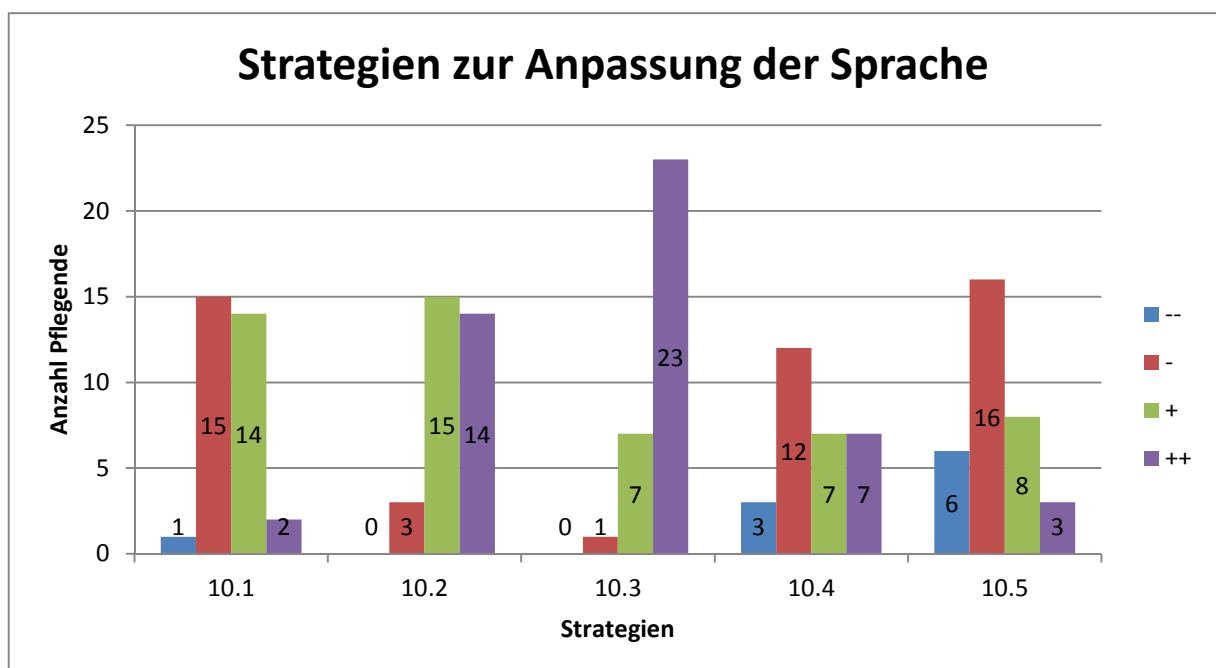


Abbildung 9: Strategien zur Anpassung der Sprache

8.1.3.3 Strategien zur Verständnissicherung

Das Pflegepersonal wurde befragt, wie oft sie die folgenden Strategien anwenden, um Missverständnisse in der Kommunikation mit Aphasikern zu vermeiden. Es handelt sich überwiegend um verbale Strategien, jedoch werden zwei nonverbale Strategien erwähnt, die die Verständnissicherung unterstützen können.

- Die folgenden Strategien haben das Ziel, Missverständnisse in der Kommunikation mit einem Aphasiker zu vermeiden. Wie oft wenden Sie sie an?
 - 11.1 Ich frage nach, was der Patient von meiner Äusserung verstanden hat.
 - 11.2 Ich wiederhole das, was ich von der Äusserung des Patienten verstanden habe.
 - 11.3 Ja/Nein Fragen stellen
 - 11.4 Ich signalisiere dem Patienten, dass ich ihn nicht verstanden habe.
 - 11.5 Wir konzentrieren uns nur auf den Dialog und machen nichts anderes nebenbei.
 - 11.6 Ich kündige einen Themenwechsel an.
 - 11.7 Ich benütze Gesten, damit der Patient mich besser versteht.
 - 11.8 Ich beachte die Körpersprache des Patienten.
 - 11.9 Ich verwende visuelle Darstellungsmöglichkeiten (z.B. Bildkarten, Tablet).

These

Es wird davon ausgegangen, dass die Pflegenden nicht nachfragen, was der Patient von der Äusserung verstanden hat. Weiter wird vermutet, dass die Kommunikation überwiegend während der Pflegeaktivitäten stattfindet. Deswegen erscheint es wenig plausibel, dass sich die an der Kommunikation beteiligten Personen ausschliesslich auf den Dialog konzentrieren (können).

Eine weitere These ist, dass Themenwechsel nicht explizit angekündigt und visuelle Darstellungsmöglichkeiten nicht eingesetzt werden, da sie wahrscheinlich nur selten vorhanden sind. Die verbleibenden Strategien werden aber vermutlich vom Pflegepersonal angewendet.

Ergebnis

74% der Befragten geben an, dass sie nachfragen, was der Patient von ihrer Äusserung verstanden hat. Die Auswertung der Fragen 11.2 – 11.5 ergibt ein einheitliches Bild. Mit durchschnittlich 96% werden die Fragen mit oft bzw. sehr oft beantwortet.

Die Mehrheit der befragten Personen konzentriert sich bei der Kommunikation mit aphasischen Patienten nur auf das Gespräch und macht nichts anderes nebenbei. Dieses Ergebnis widerlegt die These. Alle befragten Pflegefachpersonen benützen Gesten und beachten die Körpersprache des Patienten. Weiter zeigt sich, dass 42% der Pflegenden einen Themenwechsel nicht explizit ankündigen und 44% der Personen visuelle Darstellungsmöglichkeiten nicht benützen. Dabei vermerkten mehrere Befragte, dass visuelle Darstellungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz nicht vorhanden seien

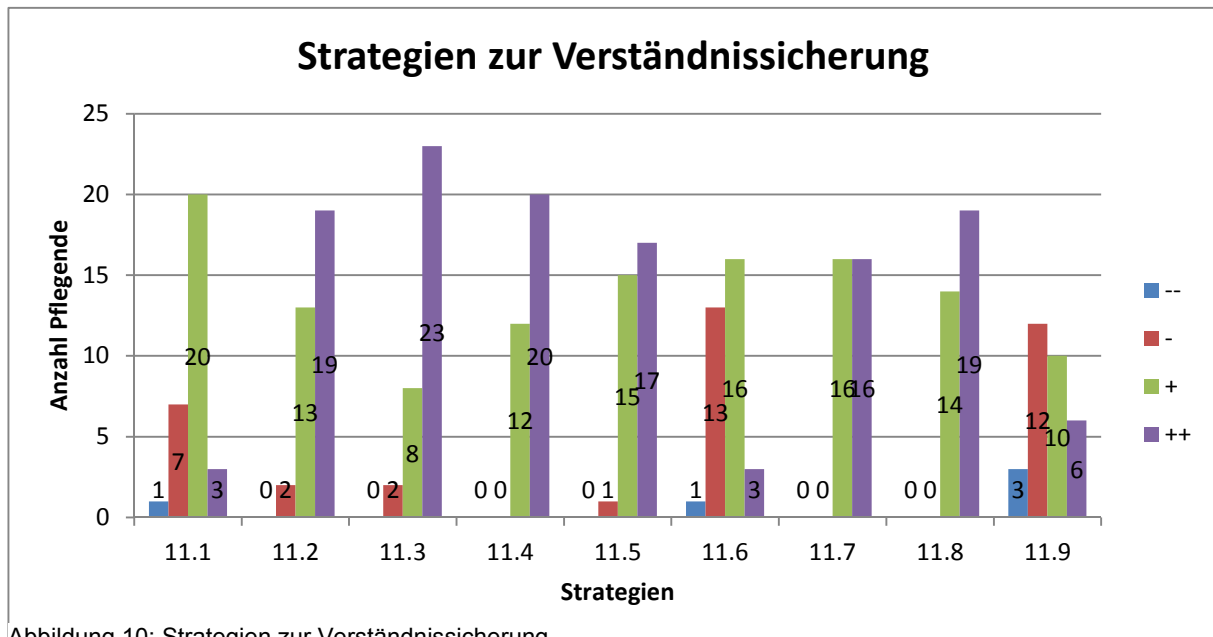


Abbildung 10: Strategien zur Verständnissicherung

8.1.3.4 Strategien zur Förderung der Motivation zur Kommunikation

Es ist möglich, durch gezielten Einsatz bestimmter Strategien die Motivation des Patienten zur Kommunikation zu fördern. Die befragten Pflegefachpersonen schätzten ein, wie oft sie diese Strategien in ihrer täglichen Arbeit mit aphasischen Patienten einsetzen.

- Es gibt unterschiedliche Strategien, wie man einen Dialog mit einem Aphasiker anregen kann. Nachfolgend sind einige Strategien aufgelistet. Wie oft gebrauchen Sie sie?
 - 12.1 Über Dinge mit dem Patienten sprechen, die ihn interessieren.
 - 12.2 Fehler, die der Aphasiker macht, nicht kommentieren.
 - 12.3 Interesse an den Äußerungen des Aphasikers durch „aha“, „ja“, „mhm“, zeigen.
 - 12.4 Dem Aphasiker rückmelden, wenn man ihn verstanden hat.

These

Es wird vermutet, dass die Pflegefachpersonen mit dem Patienten über seine Interessen sprechen. Weiter wird angenommen, dass das Pflegepersonal weiss, dass es für den Aphasiker verletzend sein kann, wenn man ständig seine Fehler kommentiert (vgl. Lutz, 2010, S. 123). Deswegen ist die Vermutung, dass sie die entsprechende Strategie permanent anwenden. Die Pflegenden zeigen Interesse an den Äusserungen des Patienten und äussern dies durch die Verwendung von verbalem Feedback. Des Weiteren ist anzunehmen, dass sie es dem Aphasiker rückmelden, wenn sie ihn verstanden haben.

Ergebnis

Durchschnittlich setzen 80% der befragten Personen die genannten Strategien im Pflegealltag ein. Dieses Resultat wurde erwartet. Am häufigsten wird die Strategie „dem Aphasiker rückmelden, wenn man ihn verstanden hat“ angewendet. 100% verwenden diese Strategie oft bzw. sehr oft.

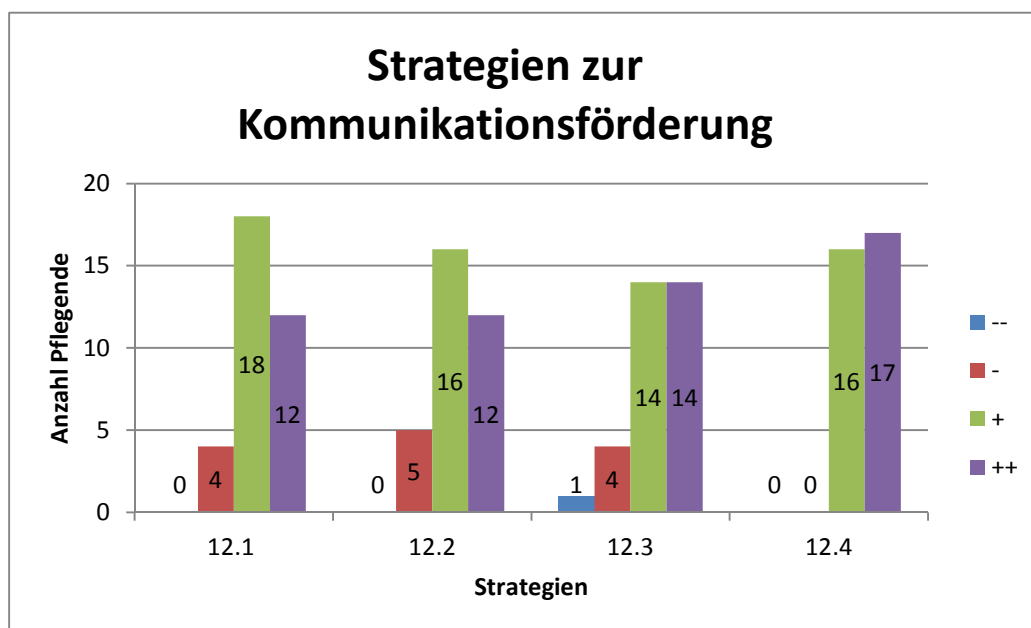


Abbildung 11: Strategien zur Kommunikationsförderung

8.1.3.5 Strategien als Wortfindungshilfen

Die Pflegefachpersonen bewerteten zwei Strategien, die den Patienten bei der Wortfindung unterstützen können. Wieder gaben sie an, wie oft sie die Strategien in der Kommunikation mit aphasischen Patienten einsetzen.

- Es gibt unterschiedliche Strategien, um einem aphasischen Patienten bei der Wortfindung zu helfen. Wie oft wenden Sie folgende Strategien an?
 - 13.1 Bittet der Patient um Hilfe bei der Wortfindung, schlage ich ihm immer nur ein Wort auf einmal vor.
 - 13.2 Ich umschreibe das Wort, das er sucht.

These

Es wird angenommen, dass beide Strategien eher selten vom Pflegepersonal angewendet werden. Die Vermutung ist, dass dem Patienten mehrere Wörter angeboten werden, wenn er um Hilfe bei der Wortfindung bittet. Weiter wird vermutet, dass die Strategie „Ich umschreibe das Wort, das er sucht“ eher selten angewendet wird, da es die natürliche Kommunikation mit dem Patienten stört.

Ergebnis

94% der Personen schlagen dem Patienten nur ein Wort auf einmal vor, wenn dieser Hilfe bei der Wortfindung benötigt. Ein anderes Bild zeigt sich bei der Umschreibung eines Wortes. 58% der Befragten geben an, dass sie diese Strategie nicht oder eher selten anwenden. Dieses Ergebnis stützt die These.

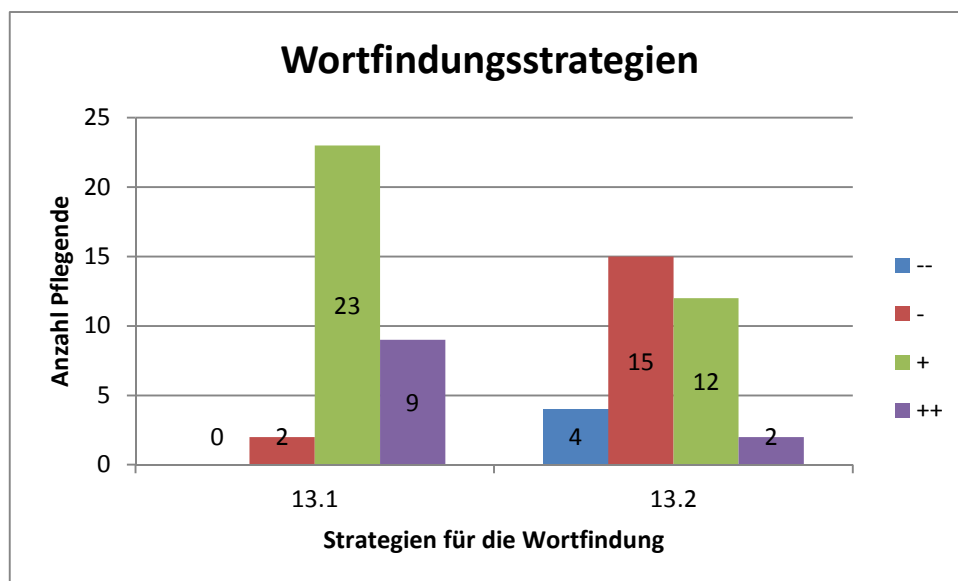


Abbildung 12: Wortfindungsstrategien

Zusammenfassung der Verwendung von kommunikativen Strategien

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass das Pflegepersonal die Mehrzahl der erfragten Strategien im Pflegealltag anwendet. Ausnahmen sind die Ankündigung der Themenwechsel, das Verwenden visueller Darstellungsmöglichkeiten und das Umschreiben eines Wortes, um einem Patienten bei der Wortfindung zu helfen. Das befragte Pflegepersonal besitzt demnach Wissen über kommunikative Strategien bei Aphasie und wendet dieses Wissen praktisch an.

9 Diskussion

9.1 Interpretation der Ergebnisse

Etwas weniger als die Hälfte der befragten Personen fühlt sich genügend zum Thema „Kommunikation mit aphasischen Patienten“ informiert. Bei den restlichen Personen besteht das Bedürfnis, mehr über Aphasie zu erfahren oder die Defizite mit anderweitiger Unterstützung auszugleichen.

Aus der Befragung ist nicht ableitbar, in welchen Bereichen genau die Informationsdefizite liegen (z.B. Verständnissicherung). Jedoch sind die Pflegenden der Meinung, dass die Logopäden sie unterstützen können. Demnach ist die Logopädie als Ressource einzustufen. Da allgemeine und individuell auf jeden Patienten abgestimmte Beratung gewünscht wird, zeigt dies den breiten Informations- und Unterstützungsbedarf. Die Anforderungen an die Logopäden erweitern sich dadurch. Diese Erkenntnis widerspiegelt sich in der aktuellen Literatur, die bereits einen Schritt weitergeht. Sowohl Mickel & Steiner (2003) wie auch Poslawsky, Schuurmanns, Lindemann und Hafsteindottir (2009) plädieren für eine Beratung der Pflegenden und eine engere Zusammenarbeit, um Strategien anzubieten und Informationsdefizite zu beheben. Literaturtipps werden nur von der Hälfte der Befragten als Unterstützung gewünscht. Möglicherweise hängt diese Antwort mit dem Zeitdruck, dem Mangel oder der Qualität an verfügbaren Unterlagen zusammen oder der Präferenz der Pflegenden, sich mit Menschen auszutauschen. Der interprofessionelle Austausch wird von der Mehrheit positiv eingestuft und kann somit als Ressource gesehen werden. Dies ist erfreulich, denn die Fachliteratur schätzt die berufsübergreifende Zusammenarbeit als essentiell für die Qualität der Arbeit und die Zufriedenheit der Pflegenden ein (vgl. Sachweh, 2010).

Die Pflegenden stufen die grundlegenden Strategien als sehr wichtig ein. Offen bleibt die Frage, ob sich das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Strategien und die tatsächliche Umsetzung decken kann. Zwei Umstände sprechen dagegen. Zum einen können die Pflegenden nicht immer direkten Einfluss nehmen, wie beispielsweise auf Störgeräusche wie Strassenlärm. Des Weiteren stehen sie unter Zeitdruck. Die Befragung zeigt, dass mehr als die Hälfte der Pflegenden das Gefühl hat, zu wenig Zeit zu haben. Strategien wie „Geduld mit dem Patienten haben“ oder den Patienten „nicht unter Druck setzen“ erfordern dies aber. Es muss betont werden, dass der Ausdruck „das Gefühl haben“ sehr subjektiv eingefärbt ist. Deswegen lässt dieses Ergebnis viel Spielraum für Interpretationen. Möglich wäre, dass sie trotz speditiver und produktiver Arbeit nicht alle Aufgaben sorgfältig erledigen können, da sie zu viel machen müssen. Kann ein Mensch die Aufgaben nicht zu seiner vollen Zufriedenheit erledigen, entsteht schnell ein Gefühl von Unzufriedenheit. Es kann sicher davon ausgegangen werden,

dass die Zeit nicht als Ressource angeschaut wird. Auch die Literatur macht auf den Zeitdruck aufmerksam, unter dem das Pflegepersonal steht (vgl. Hunziker & Steiner, 2014).

Die Ergebnisse zeigen, dass viele der aufgeführten sprachlichen Strategien angewendet werden. Der Schluss liegt nahe, dass ihre Verwendung mit ihrer Wirksamkeit korreliert. Strategien, die auch in der Literatur nicht empfohlen werden (Alternativfragen, offene Fragen stellen), werden von der Mehrheit der Pflegenden nicht gebraucht. Eine Ausnahme bildet die Strategie „mehr Nomen als Verben gebrauchen“, die in der Fachliteratur als wirksam eingestuft wird, aber wenig verwendet wird. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Strategie weniger bekannt oder nicht praxistauglich ist.

Die Strategien zur Verständnissicherung werden überwiegend angewendet. Ausnahmen stellen dabei die Ankündigung eines Themenwechsels und die Verwendung visueller Darstellungsmöglichkeiten dar. Randnotizen von Pflegenden bestätigen unsere Vermutung, dass diese oftmals nicht zur Verfügung stehen. Mögliche Gründe wären der Mangel an Zeit oder qualitativ schlechtes oder veraltetes Material.

Überraschend ist, dass die Pflegenden sich nur auf das Gespräch mit den Aphasikern konzentrieren und nichts anderes nebenbei machen. In Anbetracht des latenten Zeitmangels scheint dies eine der wirkungsvollsten Strategien zu sein, denn sie vereint die Strategien „Blickkontakt mit dem Patienten aufnehmen“ und „dem Patienten auf gleicher Augenhöhe begegnen“ und verringert Verständnisprobleme aufgrund akustischer Störungen.

Das Pflegepersonal scheint auch den Wert von motivationalen, kommunikativen Faktoren zu kennen, denn alle Strategien in diesem Zusammenhang werden grösstenteils angewandt. Bei den Wortfindungsstrategien fällt auf, dass die Mehrheit Wörter nicht umschreibt. Es wäre möglich, dass diese Technik als umständlich und wenig praxistauglich empfunden wird und deswegen nicht verwendet wird.

Auffallend ist, dass mehr als die Hälfte der Pflegenden mit dem jetzigen Zustand an ihrem Arbeitsplatz nicht zufrieden ist. Weitere Abklärungen zu diesem Ergebnis waren nicht Ziel unserer Arbeit.

9.2 Schlussfolgerungen für die logopädische Praxis

Es ist erfreulich, dass die Logopädie von den Pflegenden als Ressource wahrgenommen wird. Diese Erkenntnis wirft folgende Fragen auf:

- Welche Synergieeffekte können durch eine intensivierete Zusammenarbeit und Bündelung der Ressourcen erreicht werden?

- Wie können die Sprachtherapeuten das Pflegepersonal konkret unterstützen?
- Welche konkreten Umsetzungsmöglichkeiten gibt es?

Der regelmässige Austausch über Patienten führt zu einer objektiveren Sicht. Die Beobachtungen und Erfahrungen der Pflege und die Eindrücke und (verlaufs)diagnostischen Ergebnisse der Logopäden werden immer wieder miteinander diskutiert. Resultierend erhalten beide Informationen, die bei ihren individuellen Aufgaben helfen können. Der Austausch kann also zu einer Qualitätssteigerung und Arbeitserleichterung führen. Der Fokus liegt dabei auf der Verfolgung der gleichen Ziele und Interventionen zur Steigerung der Rehabilitationserfolge. Der Sinn eines regelmässigen Austausches besteht nicht nur in der Qualitätsverbesserung, sondern spielt auch für die Stressbewältigung eine Rolle. Zu wissen, dass man nicht als Alleinkämpfer im Ring steht, kann entlastend wirken.

Die Sprachtherapeuten können den Pflegenden beratend und entlastend zur Seite stehen. Im Sinne einer Anlaufstelle hätten sie die Möglichkeit, Einzelfälle zu besprechen oder allgemeine Informationen zu erhalten. Der Austausch könnte in Form eines Coachings oder Trainings stattfinden, wenn gewünscht in Kombination mit Literatur- und Materialangeboten. Im gleichen Atemzug wird ein Beitrag zur Erhaltung der psychischen Gesundheit des Pflegepersonals geleistet. Die Logopäden unterstützen die Pflegenden moralisch. Zu wissen, dass mit der Verwendung der richtigen kommunikativen Strategien bereits sehr viel für die sprachliche Genesung der Patienten getan wird, stärkt den Pflegenden den Rücken.

Auch Kommunikationstrainings, besonders für Berufsanfänger, wären zu empfehlen. Speziell ihnen sollte die Relevanz der pflegerischen Sprache für den Rehabilitationserfolg und das Wohlbefinden der Patienten erläutert werden. Sie sind ein wichtiger Bestandteil dieses Prozesses und können viel zum Gelingen beitragen.

Obwohl der Austausch zwischen den Sprachtherapeuten und dem Pflegepersonal fachlich sehr sinnvoll ist und gewünscht wird, gibt es einige praktische Hürden zu überwinden. Die Schweiz verfügt über ein sehr leistungsfähiges, aber teures Gesundheitssystem. Auch die demografische Entwicklung ist ein Kostentreiber, da immer mehr Menschen immer bessere Leistungen beziehen können. Es stellt sich die Frage, wie die Kosten unter Kontrolle gehalten werden können. Wie unsere Befragung zeigt, ist auch der Zeitdruck ein Problem. Das bedeutet, dass Wege gefunden werden müssen, wie möglichst kostenneutral und zeitökonomisch der logopädisch-pflegerische Austausch stattfinden kann. Wir plädieren dafür, dass bereits vorhandene kooperative Gefässe dafür gebraucht werden, um die Kosten und den Zeitaufwand gering zu halten. Beispielsweise während den Teambesprechungen versorgen die Logopäden die Pflegenden mit allgemeinen und fallspezifischen Tipps. Einmal pro Woche könnte ein Sprachtherapeut die Pflegenden konsiliarisch aufsuchen. Das heisst, er befindet sich auf

der Akutstation, tauscht sich mit Pflegenden bei der Arbeit am Patient aus, gibt Tipps und beantwortet Fragen. Eine weitere Möglichkeit ist die Vermittlung von kommunikativen Strategien bereits während der Ausbildung und den obligatorischen Weiterbildungen des Pflegepersonals.

9.3 Reflexion der Methoden und des Vorgehens

Rückblickend waren das Forschungsdesign und die Forschungsmethode sinnvoll und zielführend. Jedoch bringt die Erstellung eines Fragebogens einige Herausforderungen mit sich. Zum einen muss die Frage geklärt werden, was als grundlegende kommunikative Strategien und Ressourcen definiert wird und welche ausgewählt werden.

Auch die Entscheidung, einen geschlossenen Fragebogen zu erstellen, bringt Vor- und Nachteile mit sich. Sicherlich wird die Auswertung sehr erleichtert, jedoch lassen die Ergebnisse viel Interpretationsspielraum zu, was in der Diskussion zum Ausdruck kommen muss. Genaueres Nachfragen, warum welcher Punkt angekreuzt wurde, ist durch die gewählte Forschungsmethodik nicht möglich. Schlussendlich können nur Tendenzen aufgezeigt werden, die bei Interesse genauer erforscht werden müssen.

Die Variablen Alter, Geschlecht und Erfahrung mit aphasischen Patienten hätten zusätzlich in den Fragebogen aufgenommen werden können. Jedoch muss der Mehrwert dieser Angaben hinterfragt werden. Beispielsweise kennt ein Pflegender wahrscheinlich nicht automatisch mehr Strategien aufgrund von mehr Arbeitserfahrung. Mehr zu lernen, hängt stark vom Willen der Person ab. Jedoch hätte eine grössere Repräsentativität erreicht werden können, wenn die Stichproben nach dem Zufallsprinzip ausgewählt worden wären. Aus organisatorischen Gründen war dies nicht möglich. Der Weg über die Pflegeleitung war notwendig.

Sehr empfehlenswert ist das vorzeitige Anfragen der Institutionen. Dadurch kann ein höherer Rücklauf erzielt werden. Die schriftliche Befragung eignet sich sehr gut für eine grosse Stichprobe, da die Handhabung einfach und der Zeitaufwand adäquat ist.

9.4 Schlussgedanken

Die intensivierte Kooperation zwischen Sprachtherapeuten und dem Pflegepersonal erfordert ein Überdenken des logopädischen Anforderungsprofils. Sie sind Spezialisten für die sprachliche Rehabilitation der Aphasiker und der Beratung der Angehörigen. Jedoch werden sie dadurch in die Pflicht genommen, ihr Kompetenzprofil in die pädagogische Richtung zu erweitern. Sie fungieren nun auch als Vermittler von allgemeinen kommunikativen Strategien und

als Coaches für den Einzelfall. Auch die Pflegenden müssen vermehrt vernetzt denken. Deswegen sollten die zukünftigen Logopäden bereits in der Ausbildung auf ihre Rollen im klinischen Berufsalltag vorbereitet werden. Ihre Funktionen haben sie so bereits bei Berufseinstieg internalisiert. Zu wissen, was erwartet wird, erleichtert den Beginn und die Ausübung.

In einer Zeit von Kosten- und Zeitdruck und steigenden Anforderungen sollte der Wert von Zusammenarbeit erkannt und aktiv gefördert werden. Mit unserer Arbeit haben wir aufgezeigt, dass damit wertvolle Synergien geschaffen werden können.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelseite:

Vaclavek, P. (2011). <i>Aphasie: Wortsalat sucht Ordnung</i> . Zugriff am 10.2.2016 unter http://www.gesund-durch.de/aphasie-wortsalat-sucht-ordnung/	1
Abbildung 2: Auswirkungen der Kommunikation der Pflege.....	14
Abbildung 3: Kommunikative Herausforderungen der Aphasie und der akuten Aphasie.....	17
Abbildung 4: Erstellung des Fragebogens	28
Abbildung 5: Fragebogenerstellung	28
Abbildung 6: Ressourcen im Akutspital	33
Abbildung 7: Wissensaneignung der Pflege	34
Abbildung 8: Unterstützung durch die Logopädie	36
Abbildung 9: Strategien zur Anpassung der Sprache	39
Abbildung 10: Strategien zur Verständnissicherung	41
Abbildung 11: Strategien zur Kommunikationsförderung	42
Abbildung 12: Wortfindungsstrategien	43

11 Literaturverzeichnis

- Auer, P. (1999). *Sprachliche Interaktion, Eine Einführung anhand von 22 Klassikern*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag GmbH.
- Beller, S. (2008). *Empirisch forschen lernen. Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps (2. überarbeitete Auflage)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bellmann, B. (2015). *Aphorismus zum Thema Kommunikation*. Zugriff am 12. 1. 2016 unter <http://www.aphorismen.de/zitat/136345>
- Bisseger, K., & Müller, K. (2006). *Das berufliche Selbstverständnis der Schulischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Borthwick, S. (2012). Communication impairment in patients following stroke . *Nursing standard*, 26, 35- 41.
- Cassier-Woidasky, A., Nahrwold, J., & Glahn, J. (2012). *Pflege von Patienten mit Schlaganfall. Von der Stroke Unit bis zur Rehabilitation*. Stuttgart: Verlag W Kohlhammer.
- Diboky, E., & Knecht, J. (2013). "Sag es doch jetzt endlich!" *Durch acht problemzentrierte Interviews mit Primärbetroffenen einer Aphasie zu sieben Kommunikations- und Interaktionsregeln für Sekundärbetroffene*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Dr. Kennen, H. (n.D.). *Nach der psychischen Krise: Rückkehr an den Arbeitsplatz. Ressourcen-Management und Chancen des Coaching*. Zugriff am 17. 12. 2015 unter http://www.buendnis-gegen-depression.tg.ch/documents/Hans_Kernen.pdf
- Dr. PhD RN Spirig, R. (2012). *Hand in Hand!? – Die interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung*. Zugriff am 12. 1. 2016 unter http://www.nationalesgesundheits.ch/fileadmin/dateien/agenda/14._Arbeitstagung_dt/Spirig2012D.pdf
- Gholami, R. (2012). *Pflegerische Interventionen bei Patienten nach einem Schlaganfall mit aphasischen Störungen in Hinblick auf die Kommunikation*. Zugriff am 14. 12. 2015 unter http://www.rudolfinerhaus.at/fileadmin/media/1_Das_Rudolfinerhaus/3_Gesundheits-_und_Krankenpflege/E_Seidl_Preis/Gholami_Roxane_Bachelorarbeit_2013.pdf
- Gordon, C., Ellis-Hills, C., & Ashburn, A. (2008). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 544-553.
- Hausmann, C. (2009). *Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandel AG.
- Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N., & Bernhardt, J. (2014). "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. *Aphasiology, o.A.*, 1-20.

- Hunscha, S. (2003). *Kommunikations- und Interaktionsmodelle, Eine Ausarbeitung von Sonja Hunscha zum Seminar Multimodale Mensch-Maschine-Kommunikation*. Zugriff am 14. 12. 2015 unter <http://www.techfak.uni-bielefeld.de/ags/wbski/lehre/digiSA/S03/MMMK/kommunikation.pdf>
- Hunziker, E., & Steiner, J. (2014). Ein Gewinn für alle. Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim. *NOVAcura Fachzeitschrift für Pflege und Betreuung*, 6, 9-12.
- Wikimedia Foundation Inc. (19. 9. 2015). *Zufriedenheit*. Zugriff am 21. 12. 2015 unter <https://de.wikipedia.org/wiki/Zufriedenheit>
- Jensen, L., Lovholt, A., Sorensen, I., Blüdnikow, A., Iversen, H., Hougaard, A., & Forchhammer, H. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and inpatient patients with aphasia. *Aphasiology*, 29, 57-80.
- Lewin, M. (1986). *Psychologische Forschung im Umriss*. Heidelberg: Springer.
- Lutz, L. (2010). *Das Schweigen verstehen (4. Auflage)*. Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mickel, B., & Steiner, J. (2003). Sprachheilpädagogik/Logopädie als Beratung. Am Beispiel der Aphasie. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, 3, 164-175.
- Moser, H. (2003). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung*. Ettenheim: Verlag Pestalozzianum, Lambertus-Verlag.
- Müller, U. (2013). *Quantitative Forschungsmethoden (Version 0.8.)*. Unveröffentlichtes Skript. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Nobis-Bosch, R., Rubi-Fessen, I., Biniek, R., & Springer, L. (2013). *Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Nyström, M. (2008). Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing extential issues. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2503-2510.
- Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindemann, E., & Hafsteinsdottir, T. (2009). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 17-32.
- Rigotti, T. (n.D.). *Ressourcen am Arbeitsplatz*. Zugriff am 17. 12. 2015 unter <https://portal.hogrefe.com/dorsch/ressourcen-am-arbeitsplatz/>
- Sachweh, S. (2012). *"Noch ein Löffelchen?", Effektive Kommunikation in der Altenpflege (3. Auflage)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schneider, B., Wehmeyer, M., & Grötzbach, H. (2014). *Aphasie, Wege aus dem Sprachdschungel (6.Auflage)*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Sickert, S., & Fichtmüller, A. (2015). Die geriatrische Komplexbehandlung. Wachsende Bedeutung für die Logopädie im Zuge der demografischen Entwicklung. *Forum Logopädie*, 4, 32-35.

Bundesamt für Statistik (2010). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010 - 2060*. Zugriff am 10. 1. 2016 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/.../publikationen.Document.132799.pdf>

Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz, Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Tesak, J. (2007). *Grundlagen der Aphasietherapie (5. überarbeitete Auflage)*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Unbekannt. (n.D.). *Stressbewältigung durch Nutzung von Ressourcen*. Zugriff am 17. 12. 2015 unter http://www.rkw-kompetenzzentrum.de/fileadmin/media/Projektwebsites/Gesundheit-Unternehmen/Dokumente/instrumente/Original/BGM_Fleer_2.pdf

Weissgärber, E. (1999). *Leben mit Aphasie*. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH.

Welsh, J., & Szabo, G. (2011). Teaching Nursing Assistant Students about Aphasia and Communication. *Seminars in Speech and Language/Volume 32, 3*, 243-255.

Wingchen, J. (2006). *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe, Ein Lehr- und Arbeitsbuch (2.aktualisierte Auflage)*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

12 Anhang

Anhang 1: Tabellarische Übersicht kommunikativer Strategien.....	I
Anhang 2: Fragebogen zur Evaluation der aktuellen Ressourcen und kommunikativen Strategien bei der Arbeit mit aphasischen Patienten.....	VI
Anhang 3: Begleitbrief	X
Anhang 4: Diagramme zur Darstellung der Ergebnisse der Umfrage.....	XI

Anhang 1: Tabellarische Übersicht kommunikativer Strategien

Tipp	Strategie	Kategorie	Relevanz
Störgeräusche sollen unterbunden werden. (vgl. Lutz, 2010, S. 126) (vgl. Sachweh zitiert nach: Wingchen, 2006, S.254)	Gestaltung einer ruhigen Umgebung.	Rahmenbedingungen	II
Einstellen auf das „aphasische Gegenüber“ durch Wissensaneignung und Empathie. (vgl. Lutz, 2010, S.125)	Einstellen auf die Kommunikation mit dem Aphasiker.		I
Zweiergespräche sind besser als Gruppengespräche. (vgl. Sachweh, 2012, S. 260)	Zweiergespräche fördern		I
Dem Aphasiker genügend Zeit für die Kommunikation geben. (vgl. Sachweh,2012, S.258) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Genügend Zeit		II
Druck ist kontraproduktiv und erzeugt Stress. Deswegen keinen Druck auf Aphasiker machen. (vgl. Wingchen, 2006, S.24) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Keinen Druck machen		II
Sprachanstrengung des Patienten vermeiden. (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S.111)			I
Geduld mit dem Aphasiker haben. (vgl. Sachweh, 2012, S.244) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Geduldig sein in der Kommunikation mit Aphasikern		II
Respekt zeigen. (vgl. Sachweh, 2012, S. 258)	Auf der gleichen Augenhöhe begegnen.		I
Keine Babysprache. (vgl. Sachweh, 2012, S.245) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider und Wehmeyer und Grötzbach, 2014, S.139)			III
Äusserungen der Aphasiker versuchen zu verstehen. (Nicht so-tun-als-ob) (vgl. Sachweh, 2012, S.251)	Versuchen zu verstehen		I

Nicht über, sondern mit dem Aphasiker sprechen. (vgl. Sachweh, 2012, S.259)	Kommunikation MIT dem Aphasiker		I
Man soll ihnen zeigen, dass man ihnen zutraut, sich verständlich ausdrücken zu können. (vgl. Sachweh, 2012, S.239) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.252)	Vertrauen in die Fähigkeiten des Patienten		II
Nicht zu viel sprechen. Kurze Sätze produzieren. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)	Menge der Sprache anpassen	Sprechmodifikation	III
Deutlich sprechen. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S,172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)	Deutlich sprechen		II
Normal laute Stimme. (vgl. Sachweh, 2012, S.262) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Lautstärke nicht anpassen		II
Ruhiges sprechen beruhigt. (vgl. Sachweh, 2012, S.75)	Ruhig sprechen		I
Langsamer sprechen. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Langsames sprechen		II
Substantive werden besser verstanden als Verben. (vgl. Lutz, 2010, S.130) (vgl. Sachweh: zitiert nach Wingchen, 2006, S.254)	Wortwahl anpassen	Sprachmodifikation	II
Verben werden besser verstanden als Adjektive. (vgl. Sachweh: zitiert nach Wingchen, 2006, S.254)			I
Konkretes wird besser verstanden als Abstraktes. (ebd.)			I
Hochfrequente besser als niederfrequente Wörter. (vgl. Sachweh, 2012, S.260)			I
Versteht der Aphasiker nicht, die Botschaft in anderen Worten noch einmal äussern. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)			II

Einfacher Satzbau. (vgl. Sachweh, 2012, S.261)	Satzbau anpassen		I
Keine Alternativfragen stellen, da diese sehr schwierig für Aphasiker zu beantworten sind. (vgl. Lutz, 2010, S.129) (vgl. Sachweh, 2012, S.261)	Keine Alternativfragen stellen		II
Wenn möglich keine offenen Fragen, da diese sehr schwer zu beantworten sind für Aphasiker. (vgl. Lutz, 2010, S.129) (vgl. Sachweh, 2012, S.261)	Keine offenen Fragen		II
Ja-/Nein-Fragen stellen. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.138)	Frage-Antwort-Spiel		III
Nachfragen, was der Aphasiker verstanden hat. (vgl. Lutz, 2010, S.129) (vgl. Sachweh, 2012, S.259-260)	Überprüfung, ob die Botschaft richtig angekommen ist.	Verständnissicherung	II
Das wiederholen, was man verstanden hat. (vgl. Lutz, 2010, S.126) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)	Überprüfung, ob man die Botschaft richtig verstanden hat.		II
Nicht verstehen signalisieren. Um Wiederholung bitten. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.252) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)	Nicht verstehen soll signalisiert werden		III
Aus der Intonation soll versucht werden, Schlüsse zu ziehen. (vgl. Sachweh, 2012, S. 257)	Schlüsse aus Intonation ziehen		I
Aus dem Kontext des Gesprächs soll versucht werden, Schlüsse zu ziehen. (vgl. Auer: zitiert nach Lutz, 2010, S.126)			I
Nicht zwei Dinge zur gleichen Zeit tun. Konzentration aufs Sprechen. (vgl. Sachweh, 2012, S.263) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Konzentration auf die Sprache		II
Themenwechsel ankündigen. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Themenwechsel ankündigen		II
Schreiben oder Skizzieren als Verständigungshilfe einsetzen.	Schreiben/Skizzen als Hilfe		II

(vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)			
Deuten der nonverbalen Signale. (Achtung Fazialisparese!) (vgl. Sachweh, 2012, S. 26) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.253)	Deuten nonverbaler Signale	Nonverbale Kommunikation	II
Gesten als Verständnishilfe einsetzen. (vgl. Schneider et al., 2014, S.139) (vgl. Sachweh, 2012, S.261)(vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S. 253)	Anwendung nonverbaler Signale		III
Blickkontakt zum Patienten herstellen. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172) (vgl. Schneider et al., 2014, S.138)	Blickkontakt herstellen.		II
Über Vertrautes mit dem Patienten sprechen. (vgl. Lutz, 2010, S.124) (vgl. Sachweh, 2012, S.263)	Sprechfreude anregen	Anregung zum Dialog	II
Bei „Logorhō“ bzw. Monolog des Patienten freundlich darauf aufmerksam machen, dass man auch etwas sagen will. (vgl. Sachweh, 2012, S.250)	Sprecherwechsel einfordern		I
Nicht ständig auf Fehler aufmerksam machen (Rückzugsgefahr). (vgl. Lutz, 2010, S. 123) (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172) (vgl. Sachweh: zitiert nach Auer, 2006, S.252)	Fehler nicht kommentieren		IIII
Interesse und Aufmerksamkeit (durch „aha“, „mhm“, „ja“) zeigen. (vgl. Sachweh, 2012, S.261) (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)	Interesse haben und zeigen		II
Verstehen rückmelden (vgl. Schneider et al., 2014, S.139)(vgl. Sachweh, 2012, S.263)	Verständnis rückmelden		II
Pflegetätigkeiten ankündigen (vgl. Sachweh, 2012, S.264)	Dialog während der Pflegetätigkeit	Pflegetätigkeit	I
Pflegetätigkeit sprachlich begleiten (vgl. Sachweh, 2012, S.75)	Sprechen während der Pflegetätigkeit		I
Anfang und Ende einer Pflegetätigkeit klar aufzeigen. (vgl. Sachweh, 2012, S.75)	Gliedern der Pflegetätigkeit		I

Mit dem Namen ansprechen. (vgl. Sachweh, 2012, S.75)	Aufmerksamkeit einfordern	Aufmerksamkeit	I
Fragt der Patient nach Hilfe bei der Wortfindung: möglichst nur 1 Wort (Schlüsselwort) auf einmal vorschlagen. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172) (vgl. Sachweh, 2012, S.239)	Hilfe bei der Wortfindung bieten	Wortfindung	II
Wörter näher beschreiben. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Eselsbrücken als Hilfe anbieten		I
Den Anfangslaut eines Wortes nennen. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)			I
Die Silbenzahl des Wortes nennen. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)			I
Einen Satz, bei dem das gesuchte Wort am Ende steht, anbieten. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)			I
Nicht die Wörter nachsprechen lassen, da dies bei einer Aphasie nicht hilft. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)			Nicht zum Nachsprechen auffordern.
Zu grosse Anstrengung kann blockieren. Entspannen der Situation durch Zuspruch. (vgl. Wingchen, 2006, S.24)	Deblockierung des Patienten durch Entspannen der Situation		I
Nicht aushelfen, wenn der Patient selbst noch überlegt. (vgl. Sachweh, 2012, S.244)	Nicht zu früh Hilfe bei der Wortfindung anbieten		I
Den Patienten nicht zur Konzentration bei der Wortfindung auffordern. Das hilft nichts. (vgl. Mickel und Steiner, 2003, S.172)	Keine Konzentration auf die Wortfindung verlangen	I	
Den Patienten fragen, was ihm bei der Kommunikation hilft. (Patient als Experte für sich selbst) (vgl. Sachweh, 2012, S.260)	Individuelle Kommunikationshilfen gemeinsam finden	Individuelle Kommunikationshilfen	I

Anhang 2: Fragebogen zur Evaluation der aktuellen Ressourcen und kommunikativen Strategien bei der Arbeit mit aphasischen Patienten

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu aus. Senden Sie den Fragebogen mit dem bereits frankierten Kuvert bis spätestens 13. November zurück.
Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

Name, Vorname: _____

E-Mail Adresse: _____

Ressourcen

Die nachfolgenden Fragen zielen darauf ab, einen besseren Einblick in die Ressourcen zu erhalten, die Sie an Ihrem Arbeitsplatz für die Arbeit mit Aphasikern zur Verfügung haben.

Bewertung

++ sehr positiv, + eher positiv, - eher negativ, -- sehr negativ

1. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich für einen aphasischen Patienten pro Tag?

1.1 weniger als 1 Stunde

1.2 1-3 Stunden

1.3 mehr als 3 Stunden

2.1 Haben Sie das Gefühl, genügend Zeit für die alltäglichen Arbeiten mit einem aphasischen Patienten zu haben?

2.1.1 Ja

2.1.2 Nein

2.2 Haben Sie das Gefühl, genügend Zeit für die Kommunikation neben den alltäglichen Arbeiten zu haben?

2.2.1 Ja

2.2.2 Nein

3. Wie schätzen Sie folgende Punkte an Ihrem Arbeitsplatz ein?

3.1 Ruhe in den Patientenzimmern

++ + - --

3.2 Grösse der Patientenzimmer

++ + - --

3.3 zur Verfügung stehende Arbeitsmaterialien für die Arbeit mit Aphasikern (Unterlagen, Literatur etc.)

++ + - --

3.4 persönliche Zufriedenheit mit jetzigem Stand

++ + - --

3.5 interprofessioneller Austausch

++ + - --

4. Wie haben Ihnen folgende Punkte geholfen, mehr zum Thema Aphasie zu erfahren?				
4.1 Ausbildung	++	+	-	--
4.2 Literatur	++	+	-	--
4.3 aus dem Pflegealltag	++	+	-	--
4.4 Beratung durch die Logopädie	++	+	-	--
4.5 Anderes:	++	+	-	--

5. Fühlen Sie sich genügend über das Thema „Kommunikation mit Aphasikern“ informiert?	
5.1 Ja	
5.2 Nein	

Wenn nein, dann beantworten Sie jetzt bitte die Frage 6. Wenn ja, dann beantworten Sie gleich die Frage 8.

6. Würden Sie sich wünschen, dass die Logopädie das Pflegepersonal bei der Kommunikation mit Aphasikern unterstützt?	
6.1 Ja	
6.2 Nein	

Wenn ja, dann beantworten Sie jetzt bitte die Frage 7. Wenn nein, dann beantworten Sie gleich die Frage 8.

7. Wie sollte diese Unterstützung Ihrer Meinung nach aussehen?				
7.1 individuell, auf jeden Patienten abgestimmt	++	+	-	--
7.2 allgemeine Beratung zum Thema „Kommunikation mit Aphasikern“	++	+	-	--
7.3 Literaturtipps	++	+	-	--
7.4 Anderes:	++	+	-	--

Grundlegende Strategien für die Kommunikation mit Aphasikern

In der Literatur werden sehr viele kommunikative Strategien erwähnt, die im Umgang mit Aphasikern angewendet werden sollten. Durch die nachfolgenden Fragen möchten wir herausfinden, welche Strategien Sie in Ihrem Arbeitsalltag anwenden können.

Bewertung

++ sehr wichtig, + eher wichtig, - eher unwichtig, -- überhaupt nicht wichtig

8. Wie wichtig sind Ihnen folgende Punkte für die Kommunikation mit aphasischen Patienten?

8.1 Keine Störgeräusche (z.B. Radio, Strassenlärm)	++	+	-	--
8.2 Genügend Zeit für die Kommunikation	++	+	-	--
8.3 Geduld mit dem Patienten haben	++	+	-	--
8.4 Blickkontakt mit dem Patienten	++	+	-	--
8.5 Dem Patienten auf gleicher Augenhöhe begegnen (Respekt zeigen)	++	+	-	--
8.6 Den Patienten nicht unter Druck setzen	++	+	-	--
8.7 Vertrauen haben in die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten	++	+	-	--

Sprachliche Strategien

Bewertung

++ sehr oft, + eher oft, - eher selten, -- sehr selten

9. Wie oft wenden Sie folgende Strategien bei der Arbeit mit einem aphasischen Patienten an?

9.1 Nur das wichtigste äussern, nicht zu viel sprechen	++	+	-	--
9.2 kurze, einfache Sätze formulieren	++	+	-	--
9.3 sehr deutlich sprechen	++	+	-	--
9.4 mit normal lauter Stimme sprechen (nicht lauter als normal)	++	+	-	--
9.5 Langsamer sprechen als normalerweise	++	+	-	--

10. Die folgenden Strategien können angewendet werden, um die eigene Sprache für die Kommunikation mit einem Aphasiker anzupassen. Wie oft wenden Sie sie an?

10.1 Mehr Nomen als Verben gebrauchen	++	+	-	--
10.2 Die eigene Äusserung nochmals mit anderen Worten wiederholen, falls der Patient nicht verstanden hat	++	+	-	--
10.3 Ja/Nein-Fragen stellen	++	+	-	--
10.4 Alternativfragen verwenden (z.B. „Möchten Sie Kartoffeln oder Reis?“)	++	+	-	--
10.5 offenen Fragen formulieren (z.B. „Was möchten Sie essen?“)	++	+	-	--

11. Die folgenden Strategien haben das Ziel, Missverständnisse in der Kommunikation mit einem Aphasiker zu vermeiden. Wie oft wenden Sie sie an?				
11.1 Ich frage nach, was der Patient von meiner Äusserung verstanden hat.	++	+	-	--
11.2 Ich wiederhole das, was ich von der Äusserung des Patienten verstanden habe.	++	+	-	--
11.3 Ja/Nein-Fragen stellen	++	+	-	--
11.4 Ich signalisiere dem Patienten, dass ich ihn nicht verstanden habe.	++	+	-	--
11.5 Wir konzentrieren uns nur auf den Dialog und machen nichts anderes nebenbei.	++	+	-	--
11.6 Ich kündige einen Themenwechsel an.	++	+	-	--
11.7 Ich benütze Gesten, damit der Patient mich besser versteht. (z.B. auf einen Gegenstand zeigen über den man gerade spricht)	++	+	-	--
11.8 Ich beachte die Körpersprache des Patienten	++	+	-	--
11.9 Ich verwende visuelle Darstellungsmöglichkeiten (z.B. Bildkarten, Kommunikationstafeln, iPad)	++	+	-	--

12. Es gibt viele unterschiedliche Strategien, wie man einen Dialog mit einem Aphasiker anregen kann. Nachfolgend sind einige Strategien aufgelistet. Wie oft gebrauchen Sie sie?				
12.1 Über Dinge mit dem Patienten sprechen, die ihn interessieren. (z.B. über seinen Beruf, Hobbys)	++	+	-	--
12.2 Fehler, die der Aphasiker macht, nicht kommentieren	++	+	-	--
12.3 Interesse an den Äusserungen des Aphasikers durch „aha“, „ja“, „mhm“ zeigen.	++	+	-	--
12.4 Dem Aphasiker rückmelden, wenn man ihn verstanden hat.	++	+	-	--

13. Es gibt unterschiedliche Strategien, um einem aphasischen Patienten bei der Wortfindung zu helfen. Wie oft wenden Sie folgende Strategien an?				
13.1 Bittet der Patient um Hilfe bei der Wortfindung, schlage ich ihm immer nur 1 Wort auf einmal vor.	++	+	-	--
13.2 Ich umschreibe das Wort, das er sucht. (z.B. sucht er Patient das Wort „Tisch“: „Es hat vier Beine und man kann etwas darauf abstellen.“)	++	+	-	--

Anhang 3: Begleitbrief

Spital

.....

.....

Simone Dähler
Obere Mattstrasse 1c
8713 Uerikon
079 390 12 43
simone.a.daehler@gmail.com

Léonie Müller
Zielweg 8
9230 Flawil
078 778 63 52
leonie_mue@hotmail.com

Fragebogen für unsere Bachelorarbeit im Bereich Logopädie

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich untersuchen wir die Kommunikation zwischen Aphasikern (Menschen mit Sprachstörung oder Sprachverlust nach einem Schlaganfall, Hirnblutung oder Schädel-Hirn-Trauma) und den Pflegefachpersonen. Zur Einschätzung der aktuellen Situation haben wir einen Fragebogen erstellt. Wir würden uns sehr freuen, wenn sich einige Pflegefachkräfte bereit erklären, den Fragebogen auszufüllen. Wichtig ist, dass diese Personen Erfahrung haben mit Aphasikern und die deutsche Sprache gut beherrschen. Ein frankiertes Antwortcouvert liegt bei. Die Antworten werden vertraulich behandelt und anonymisiert.

Bitte füllen Sie den Fragebogen bis am 13. November aus.

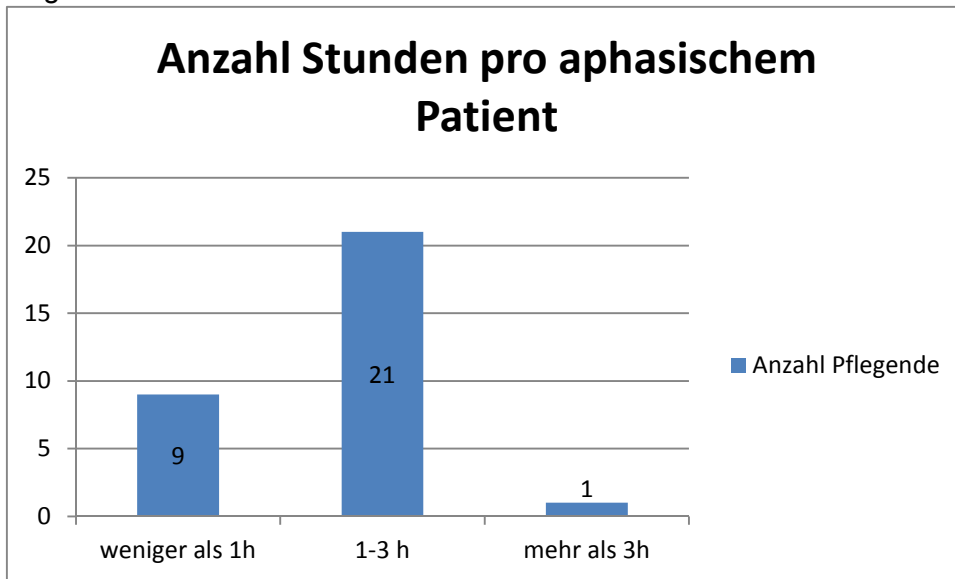
Wie danken Ihnen herzlich für Ihre Kooperation.

Freundliche Grüsse

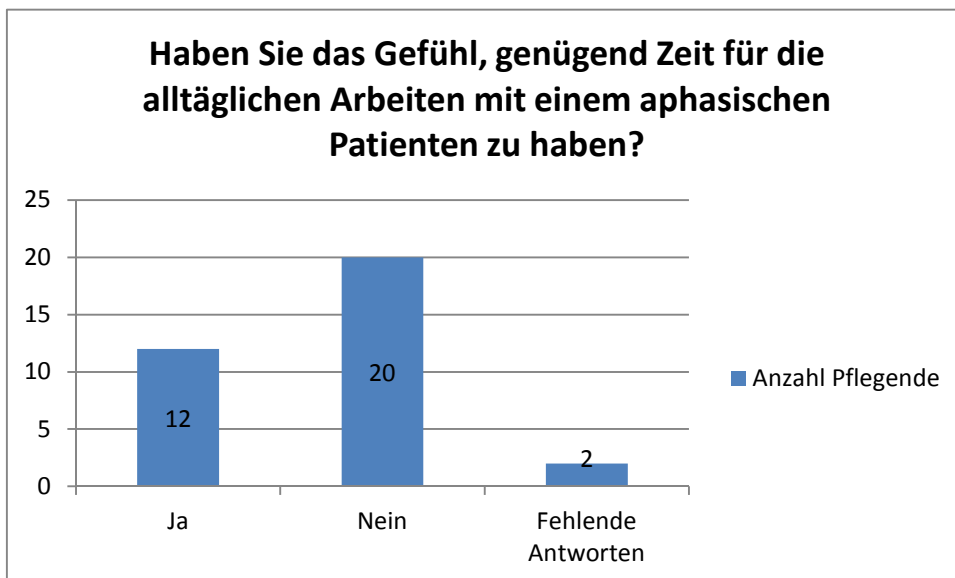
Léonie Müller und Simone Dähler

Anhang 4: Diagramme zur Darstellung der Ergebnisse der Umfrage

Frage 1



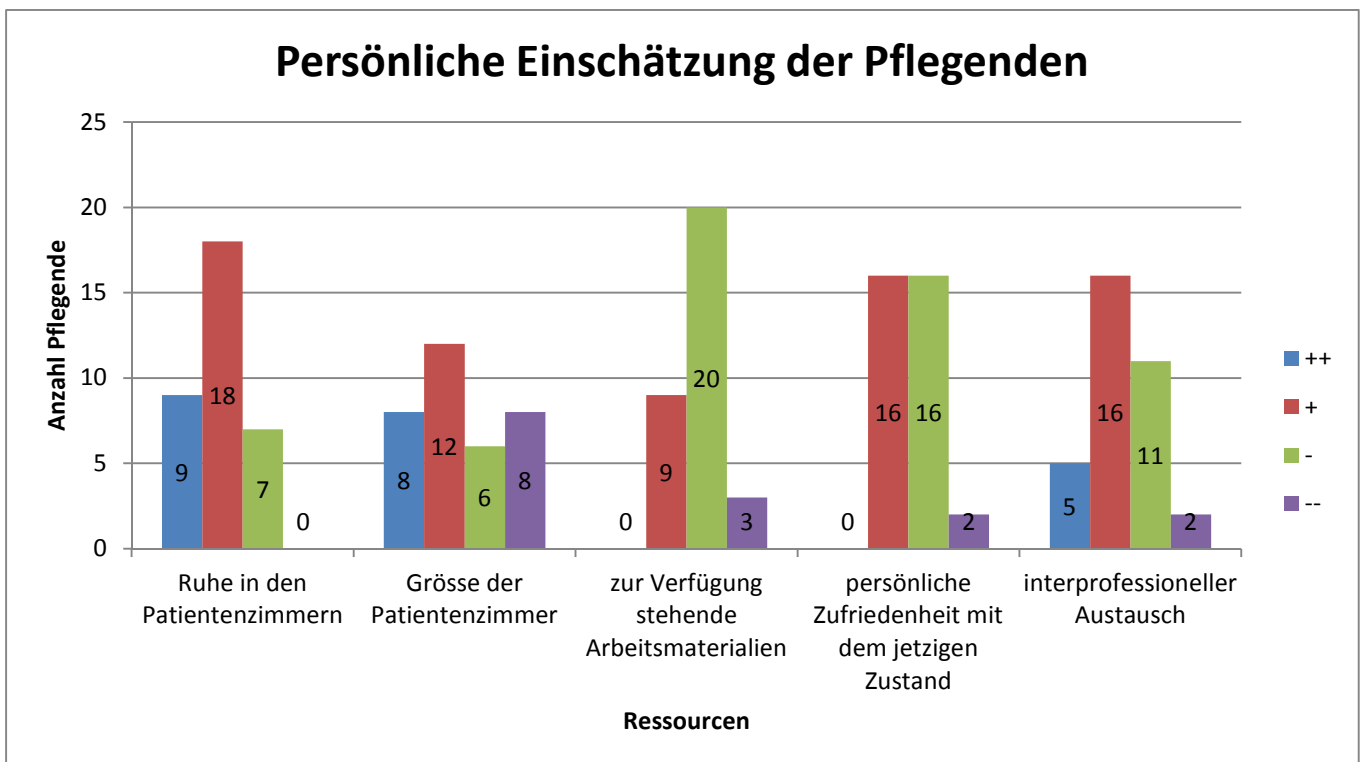
Frage 2.1



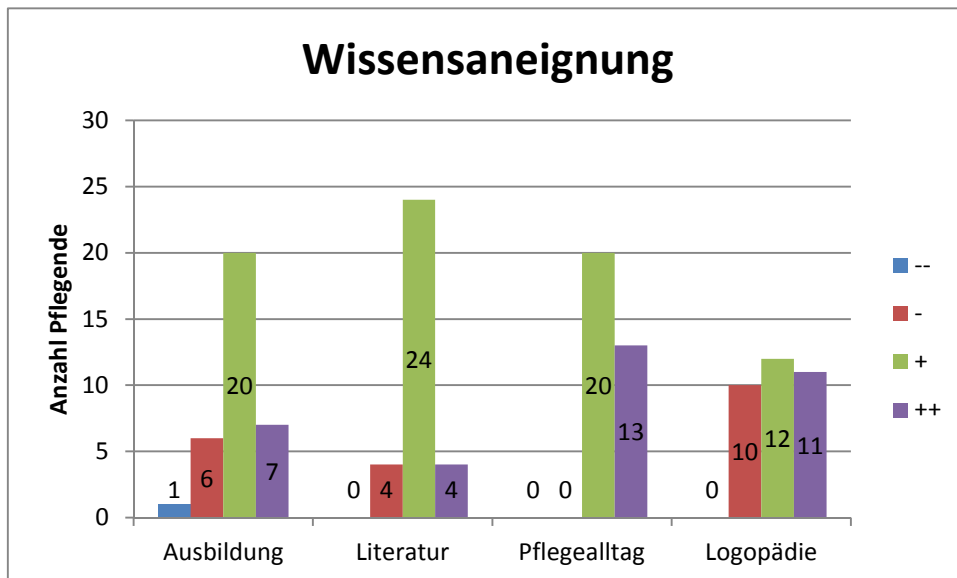
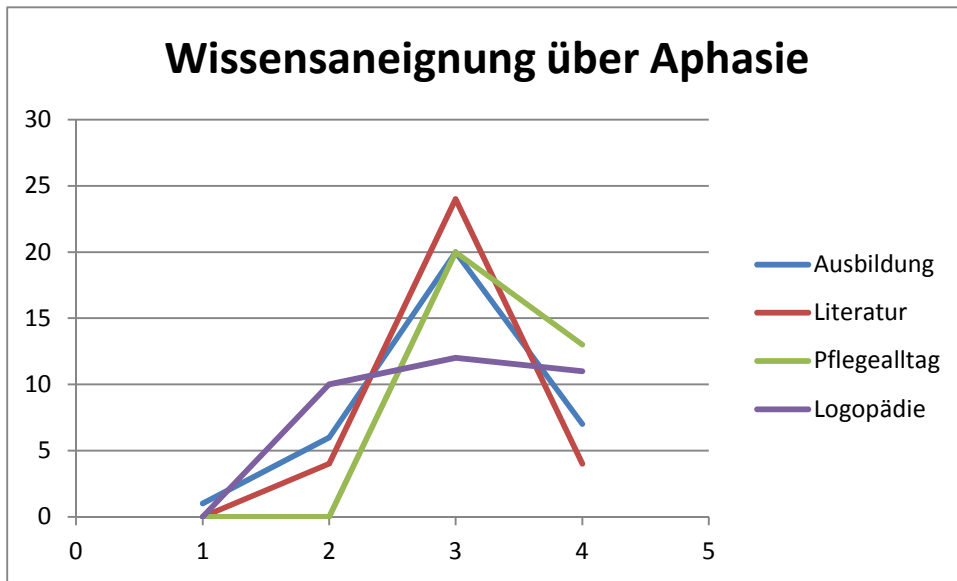
Frage 2.2



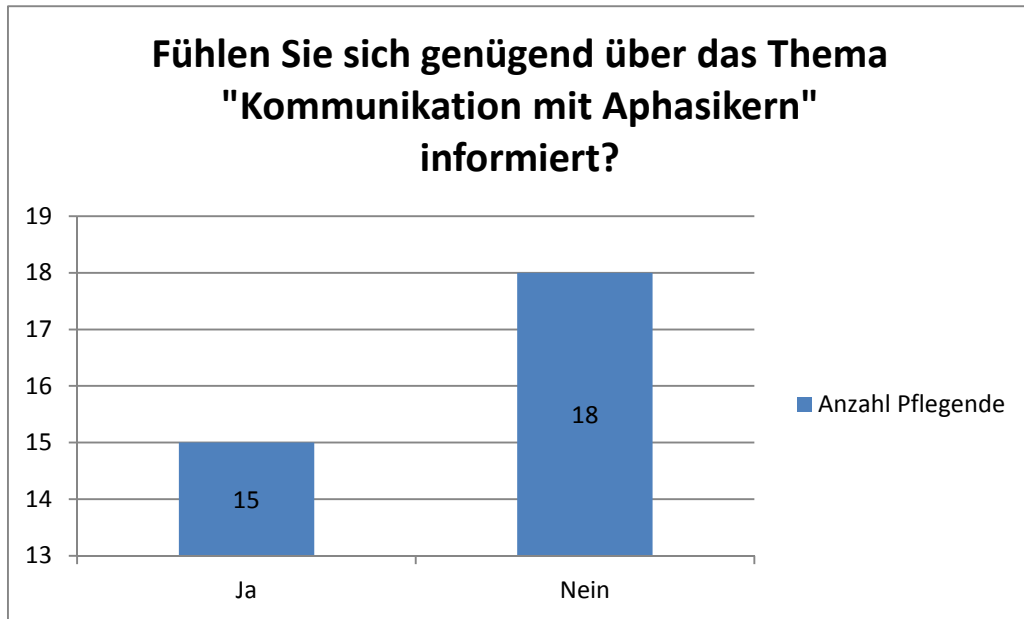
Frage 3



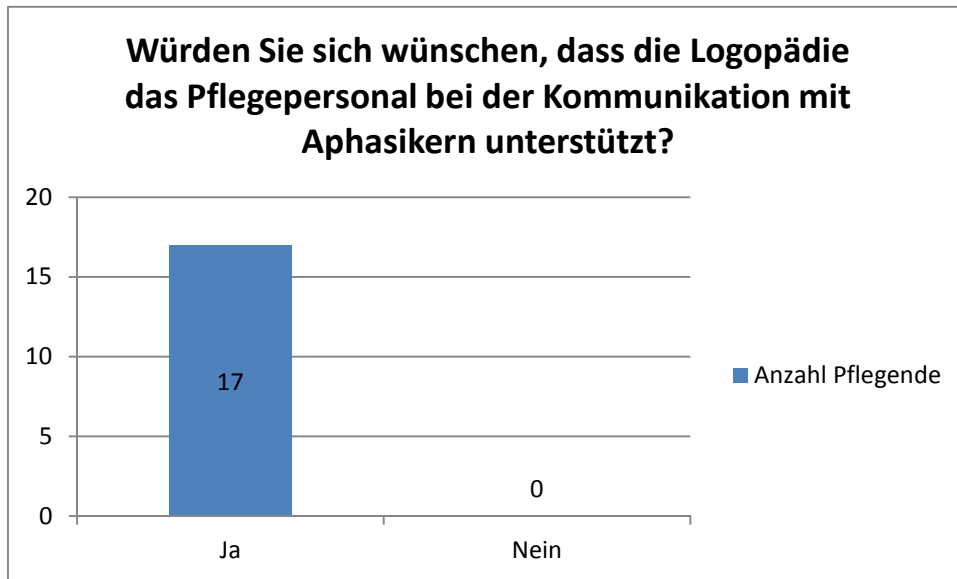
Frage 4



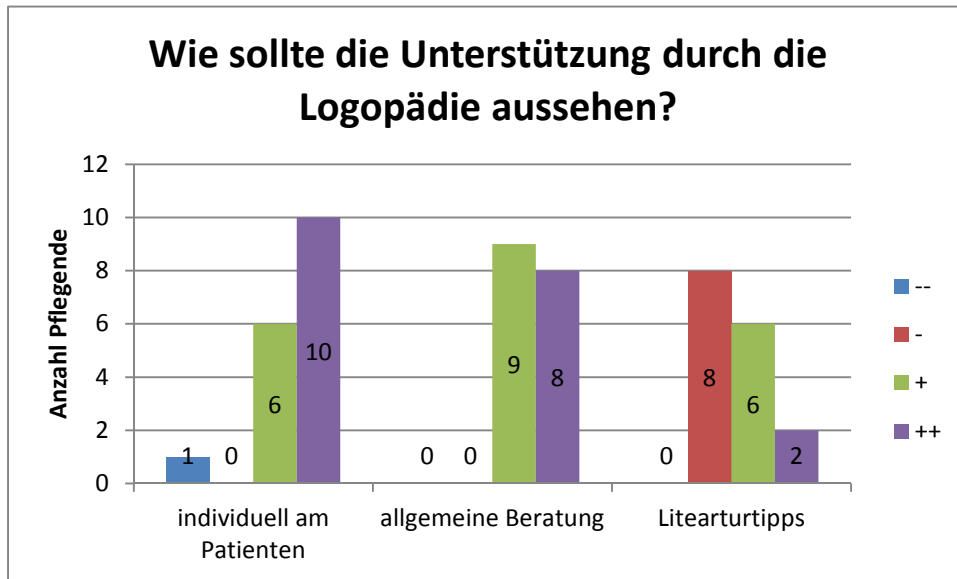
Frage 5



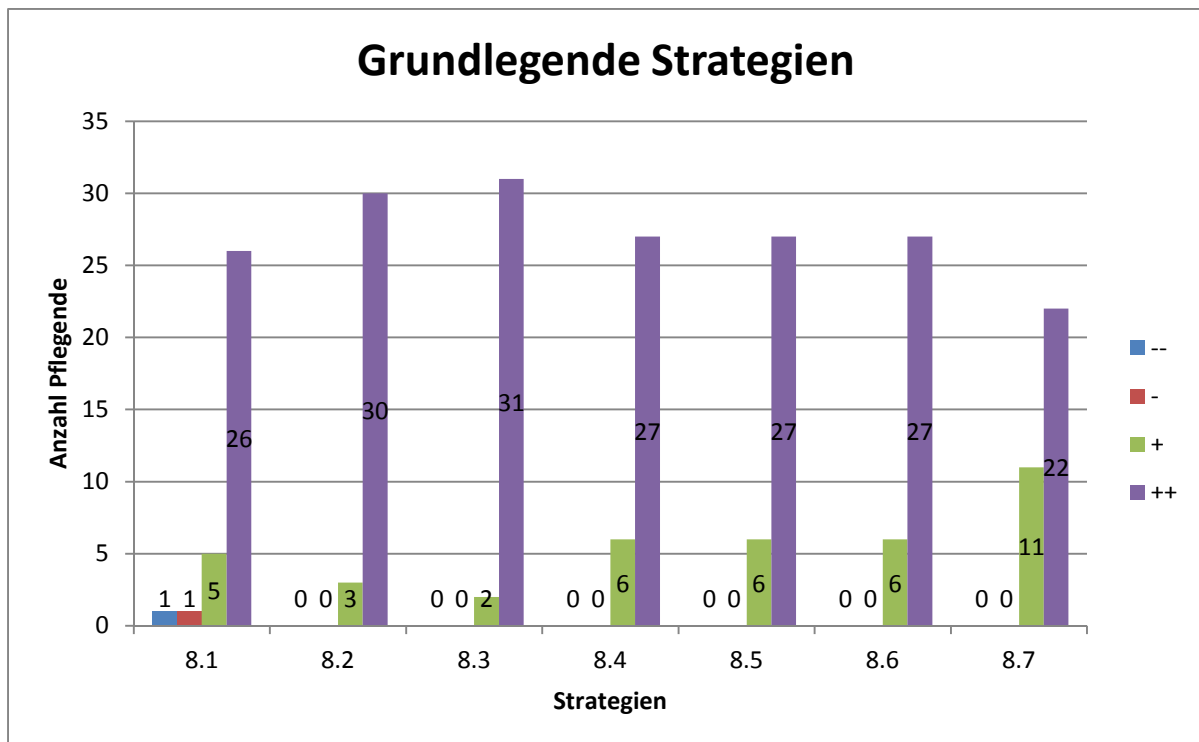
Frage 6



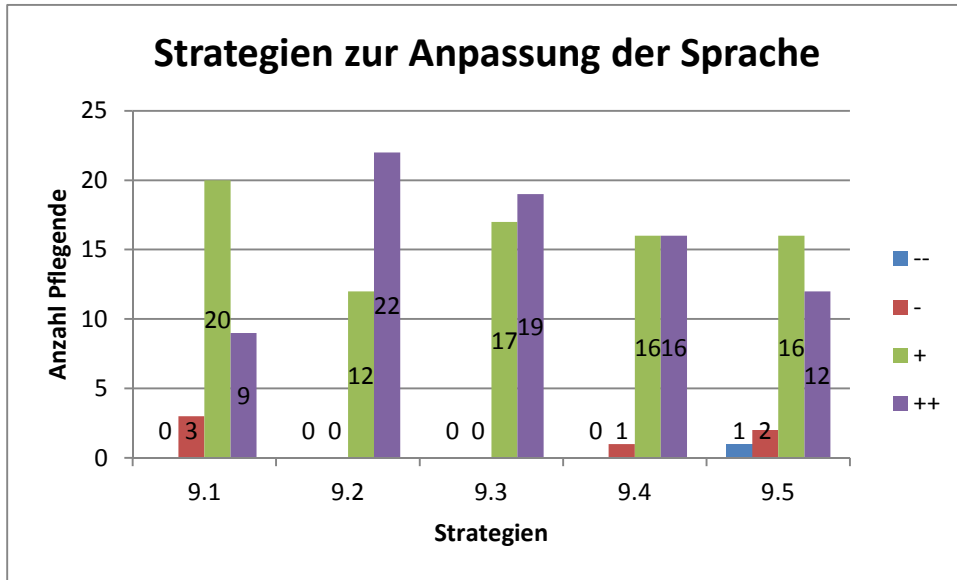
Frage 7



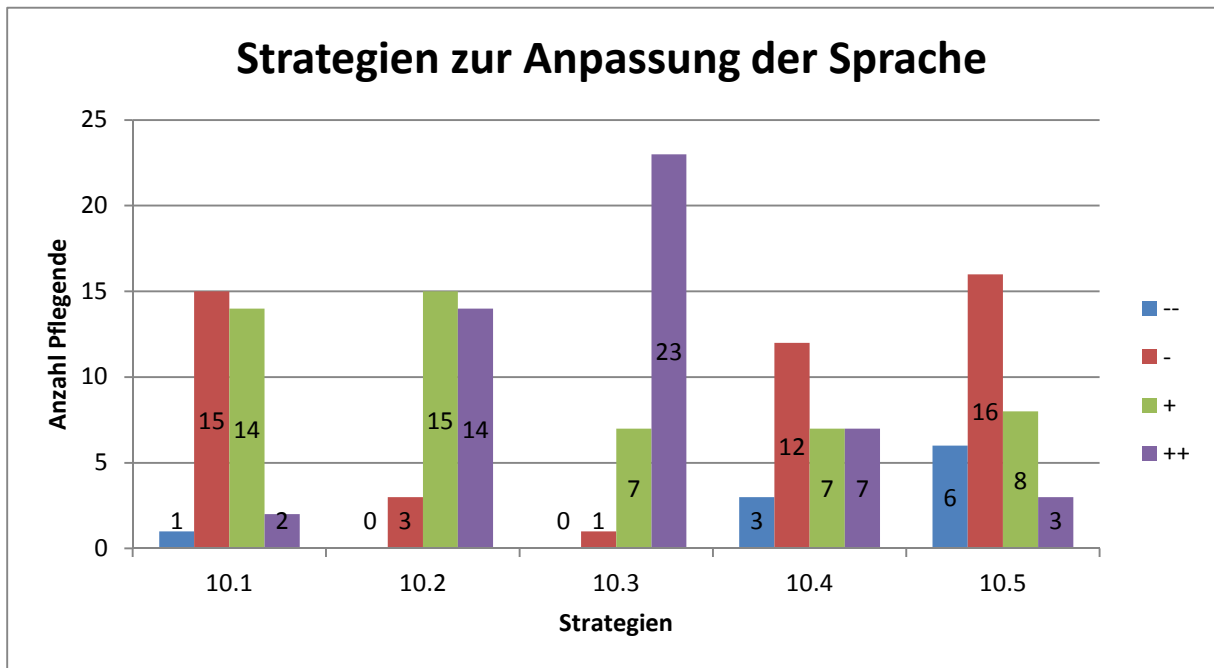
Frage 8



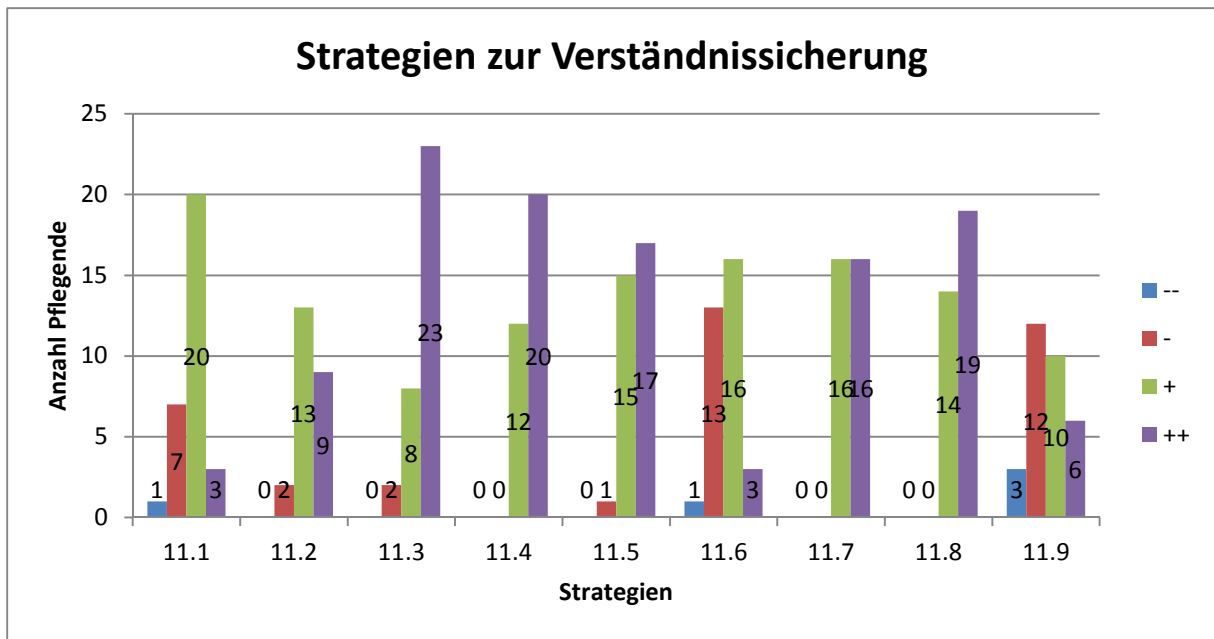
Frage 9



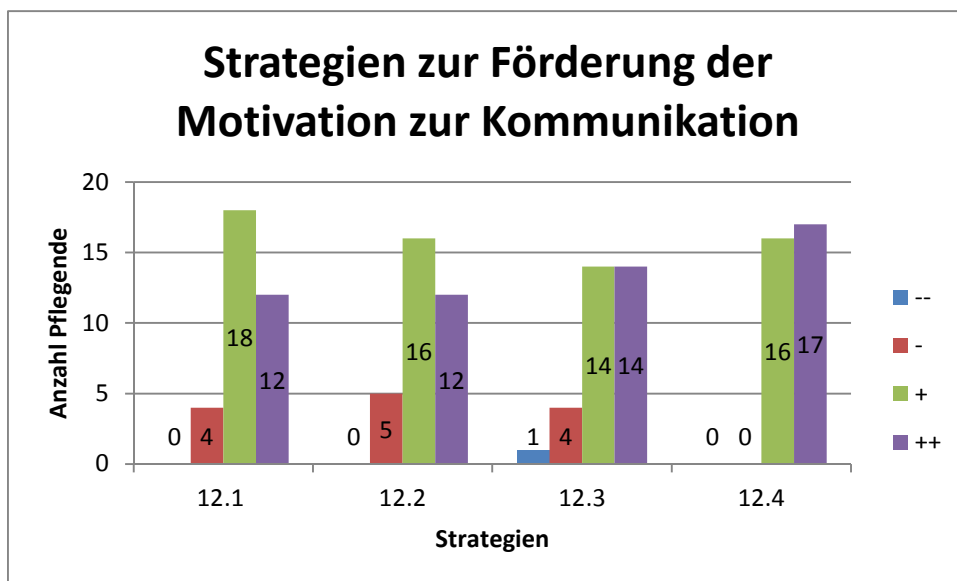
Frage 10



Frage 11



Frage 12



Frage 13

