

## **Bachelorarbeit**

Effektivität des Workshops „Kommunikation mit Menschen mit Aphasie –  
Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und  
Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“

Studenten:

Inés Eckerl

Janina Schmitz

Schulische Begleitung:

Ruth Dalemans

Zweiter Beurteiler:

Jürgen Pabich

Datum:

Juni 2011

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendatei vervielfältigt oder gespeichert werden, oder in jeglicher Form oder Art und Weise veröffentlicht werden, sei es durch elektronisch mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahmen oder durch jegliche andere Form, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd.

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd.

## **Personenangaben**

Inés Eckerl (0716820)

Südstraße 31

52457 Aldenhoven

Deutschland

01602510192

Janina Schmitz (0729655)

Wienenweg 11

41844 Wegberg

Deutschland

01788172783

## Danksagung

Mit diesen Worten möchten wir uns bei allen bedanken, die uns während des Schreibens unserer Arbeit unterstützt haben.

Unser größter Dank gilt dem **Pflegepersonal** und den **Kontaktpersonen** in den teilnehmenden Krankenhäusern: Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen Betriebsteile Bardenberg und Marienhöhe, Uniklinik Köln, Johanne-Etienne-Krankenhaus Neuss. Hierbei sind **Frau Pickenhahn**, **Frau Bergamo** und **Frau Wienands** besonders hervorzuheben. Ohne ihren Einsatz und ihr Vertrauen hätten wir unsere Untersuchungen nicht erfolgreich abschließen können.

Bedanken möchten wir uns außerdem bei unserer Dozentin **Ruth Dalemans** für die gute Zusammenarbeit und die kompetente Begleitung. Mit ihrem kritischen Feedback konnte sie uns stets weiterhelfen und motivieren. **Jürgen Pabich** möchten wir für die Zweitbeurteilung dieser Arbeit danken.

Des Weiteren bedanken wir uns bei unseren **Kommilitonen** des Bachelorarbeitskreises „ICF und Aphasie“ für die angenehme Zusammenarbeit und das konstruktive Feedback.

Bei Fragen bezüglich auf unsere statistischen Auswertungen stand uns **Melanie Kleynen** zur Seite.

Zuletzt möchten wir uns bei unseren **Familien**, **Partnern** und **Freunden** bedanken, da sie uns während der Erstellung dieser Arbeit und des gesamten Studiums mit Rat und Tat zur Seite standen. Nur dank ihrer Unterstützung waren die letzten vier Jahre so erfolgreich.

Wir danken allen von ganzem Herzen.

# Inhaltsangabe

<b>1. Zusammenfassung</b>	
<b>2. Einleitung</b>	1
<b>3. Theoretischer Hintergrund</b>	5
3.1 Aphasie	5
3.1.1 Definition	5
3.1.2 Formen	6
3.1.3 Verlauf	7
3.1.3.1 Akute Phase	8
3.2 ICF	9
3.2.1 Ziele	9
3.2.2 Aufbau	9
3.2.3 Partizipation	10
3.2.4 ICF und Aphasie	11
3.3 Kommunikation	12
3.4 Pflege	13
3.5 Stroke Unit und neurologische Abteilung	15
3.6 Effektivität	16
3.6.1 Effektivität und Evidenz Basiertes Handeln	17
3.7 Workshop	19
<b>4. Methode</b>	20
4.1 Vorab geplante Methode und angepasste Methode	20
4.2 Problemstellung	21
4.3 Fragestellung	21
4.4 Ziel	22
4.5 Zielgruppe	23
4.6 Quantitative Untersuchung	23
4.7 Werben von Teilnehmern	24
4.8 Durchführung	25
4.8.1 Observation und Selbsteinschätzung	26
4.8.2 Wissenstest	27
4.8.3 Workshop	27
4.8.4 Vor- und Nachuntersuchung	27

4.8.5 Ablauf_____	27
4.8.6 Datenpräparation_____	29
4.8.7 Datenanalyse_____	29
<b>5. Ergebnisse_____</b>	<b>34</b>
5.1 Neu aufgestellter Workshops_____	34
5.1.1 Kontext_____	34
5.1.2 Form und Inhalt_____	35
5.2 Evaluation des Workshops_____	39
5.3 Zusammensetzung der Stichprobe_____	43
5.4 Datenanalyse_____	47
5.4.1 Interrater-Reliabilität_____	47
5.4.2 Kommunikation des Pflegepersonals aus Sicht der Observatoren_____	47
5.4.3 Kommunikation des Pflegepersonals aus Sicht des Pflegepersonals_____	53
5.4.4 Korrelation Selbsteinschätzung und Observation auf Kate- gorienniveau_____	57
5.4.5 Wissensprüfung_____	58
5.4.6 Korrelation Wissensprüfung und Kommunikation_____	59
5.4.7 Überprüfung der Normalverteilung_____	59
5.4.8 Effektivität des Workshops_____	60
5.4.9 Einfluss von Aphasiefortbildung_____	62
5.4.10 Einfluss von Berufserfahrung_____	65
<b>6. Diskussion_____</b>	<b>67</b>
6.1 Interpretation der Ergebnisse bezugnehmend auf fachliche Literatur__	67
6.1.1 Interpretation der Resultate in Bezug auf Effektivität_____	68
6.1.2 Interpretation der Effektivität in Bezug auf das Wissen über Aphasie_____	73
6.1.3 Interpretation zusätzlicher Resultate_____	73
6.1.3.1 Interpretation der Resultate der Kommunikation Auf Itemniveau_____	73
6.1.3.2 Interpretation des Workshops_____	75
6.1.3.3 Interpretation der Stichprobe_____	76
6.1.3.4 Einflüsse von Aphasiefortbildungen und	

Berufserfahrung_____	76
6.2 Methodische Mängel_____	78
6.3 Mögliche Folgestudien_____	78
6.4 Schlussfolgerung _____	79

### **Tabellenverzeichnis**

### **Abbildungsverzeichnis**

### **Literaturverzeichnis**

### **Anhang**

- A. Literatursuche
- B. Powerpoint Präsentation des Workshops
- C. Evaluationsbogen des Workshops
- D. Handzettel des Workshops
- E. Untersuchungsformular
- F. Teilnahmebestätigung Pfleger
- G. Teilnahmebestätigung Krankenhaus
- H. Observationsformular
- I. Wissenstest
- J. Notenskala für die Observationen

Im vorliegenden Text wird durchgängig der generische Maskulin benutzt. Im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes sind männlichen Bezeichnungen als geschlechtsunspezifisch zu betrachten. Weiterhin sind die im Text verwendeten Bezeichnungen *Pflegepersonal*, *Krankenpfleger* sowie *Pfleger* als Synonyme für den Beruf der **Gesundheits- und Krankenpfleger** zu verstehen. Die Bezeichnungen *Observatoren*, *Untersucher* und *Studienleiter* stehen für die **Verfasser** dieser Arbeit.

## **1. Zusammenfassungen**

### **Deutsch**

Jährlich erkranken 200.000 bis 250.000 Menschen in Deutschland an einem Schlaganfall. 30-40% von ihnen leiden danach an einer Aphasie, einer neurologisch bedingten Sprachstörung. Eine gezielte Sprachstimulierung in der Akutphase unterstützt die Spontanremission und Verbesserung der Symptome. Teil dieser Stimulierung ist die alltägliche Kommunikation, welche im Akut-Stadium primär mit dem Pflegepersonal stattfindet. Diese ist durch Unwissenheit und Unsicherheit der Krankenpfleger in Bezug auf Kommunikation und Aphasie jedoch nicht optimal.

Aus diesem Grunde wurde zuvor ein Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase aufgestellt. Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, die Effektivität dieses Workshops zu überprüfen.

Um dies zu erreichen, wurde eine randomisierte kontrollierte Studie in vier verschiedenen Krankenhäusern ausgeführt. In jedem Krankenhaus wurden eine Studien- und eine Kontrollgruppe von Krankenpflegern aus dem neurologischen Bereich zusammengestellt. Bei beiden wurden mit Hilfe von Observationen, Selbsteinschätzungen und Wissenstests Voruntersuchungen durchgeführt. Die Studiengruppe erhielt danach einen Workshop über Aphasie und Kommunikation. Danach wurden bei beiden Gruppen den Voruntersuchungen gleichende Nachuntersuchungen ausgeführt.

Die Resultate der Studie werden während der Präsentation ausführlich besprochen und diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Aphasie, Pflegepersonal, Kommunikation, Workshop, Effektivität

### **Niederländisch**

In Duitsland ondergaan jaarlijks 200.000 tot 250.000 mensen een beroerte. 30-40% hebben daarna een afasie, een taalstoornis ten gevolge van een neurologische ziekte. Een doelgerichte taalstimulering in de acute fase ondersteunt de spontane remissie en verbetering van de symptomen. Een deel van deze stimulering is de alledaagse communicatie. In de acute fase vindt deze primair plaats met de verpleegsters. Door de onwetendheid en onzekerheid van de verpleegkundigen met betrekking tot communicatie en afasie is deze echter niet optimaal.

Om deze redenen werd vooraf een workshop opgesteld ter verbetering van de communicatie tussen verpleegkundigen en mensen met afasie in de acute fase. Het voorliggend onderzoek

## Zusammenfassung

heeft als doel de effectiviteit van de workshop te onderzoeken. Om dit te bereiken werd een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek in vier verschillende ziekenhuizen uitgevoerd. In ieder ziekenhuis werd een studie- en een controlegroep samengesteld uit verpleegsters die in een neurologische unit werken. Bij beide groepen werden door middel van observaties, zelfinschattingen en kennistoetsen vooronderzoeken gedaan. De studiegroep ontving daarna een workshop met betrekking tot afasie en communicatie. Daarna werden bij beide groepen naonderzoeken uitgevoerd, gelijkaardig aan de vooronderzoeken.

De resultaten van het onderzoek zullen tijdens de presentatie uitvoerig besproken en bediscussieerd worden.

**Sleutelwoorden:** afasie, verpleegkundigen, communicatie, workshop, effectiviteit

## **2. Einleitung**

Jährlich erkranken 200.000 bis 250.000 Menschen in Deutschland an einem Schlaganfall (Schlaganfall Hilfe, 2010). Ein Schlaganfall, auch Gehirnschlag genannt, ist eine Erkrankung des Gehirns, die durch eine Störung der Blutversorgung ausgelöst wird. Einer amerikanischen Statistik zur Folge erholen sich 10% der Menschen nach einem Schlaganfall vollständig. 15% der Menschen sterben an den Folgen ihres Schlaganfalls. 30-40% von ihnen leiden danach an einer Aphasie (Poeck, 2006).

Eine Aphasie ist eine erworbene, neurologisch bedingte Sprachstörung, die alle Sprachmodalitäten oder Verwendungsweisen der Sprache betreffen kann. Das heißt, die Betroffenen weisen Defizite im Bereich des Sprechens, Verstehens, Schreibens und Lesens auf. Allgemein kann man eine Aphasie als ein Kommunikationsproblem zusammenfassen (Tesak, 2007). Die Sprachstörung kann auch einige neuropsychologische Begleitbeschwerden aufweisen. Viele Betroffene haben Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, das Gedächtnis funktioniert nicht mehr adäquat und Hören und Sehen können beeinträchtigt sein. Desweiteren kann die räumliche Orientierung gestört sein oder es treten Probleme in der Informationsverarbeitung oder des Affekts auf (Poeck, 2006).

Die Aphasie lässt sich in drei verschiedene Phasen unterteilen; die akute Phase (die ersten 6 Wochen), die Rehabilitationsphase (das erste Jahr) und die chronische Phase (ab einem Jahr post onset) (Tesak, 2007).

In der akuten Phase stehen vor allem die Eingrenzung der Schädigung und eine frühe Sprachaktivierung im Vordergrund. Nach Poeck (2006) ist die Behandlung der Aphasie umso erfolgreicher, je früher sie einsetzt. Das bedeutet, man sollte sofort nach dem Insult mit einer passenden Therapie und der Aktivierung der Sprachfähigkeiten beginnen. Desweiteren unterstützt eine Sprachstimulierung in der Akut- oder Aktivierungsphase die Spontanremission (Spontanheilung), deren Chance mit jedem verstrichenen Tag post onset sinkt (Huber, Poeck, Springer, 2006). Der aktuellen Beweislage zur Folge hat eine gezielte Sprachtherapie und eine angemessene Sprachaktivierung in der akuten Phase einen erheblichen Effekt auf die Plastizität (Anpassung) des Gehirns und beeinflusst damit die Chance auf eine Spontanremission positiv (Hamilton, Chrysikou, Coslett, 2011). Zu dieser Stimulierung gehört neben der Therapie auch die alltägliche Kommunikation. Diese findet im Akut-Stadium vor allem mit dem Pflegepersonal statt, da dieses den engsten Kontakt zu den Patienten hat und die meiste Zeit anwesend ist (Wingchen, 2006). Das Pflegepersonal stellt für die Erkrankten einen wichtigen sozialen Kontakt dar. Zum einen bietet es eine

## Einleitung

Möglichkeit zur Kommunikation und zum anderen eine Möglichkeit Partizipation, das heißt eine Möglichkeit zur Teilhabe in alltäglichen Lebenssituationen (Wingchen, 2006).

Durch die oben beschriebenen Symptome einer Aphasie können weiterhin viele verschiedene andere psychosoziale Probleme entstehen (Tesak, 2007). Die Betroffenen können gegebenenfalls ihren Beruf nicht mehr ausführen oder es folgen soziale, familiäre oder psychische Schwierigkeiten (Dalemans, de Witte et al, 2009). Eine Aphasie oder ein Schlaganfall kann dementsprechend multimodale, das heißt unter anderem körperliche, psychische und soziale Störungen mit sich bringen (Tesak, 2007). Dadurch wird unter anderem die Partizipation des Betroffenen beeinträchtigt.

Ein Betroffener beschreibt die Erkrankung wie folgt:

*„Es ist, als ob man von einem Moment auf den anderen in ein schwarzes Loch fällt, als ob das Fenster zur Welt zugeschlagen wird.“ (Gänter Bendler, 2007)*

Untersuchungen haben ergeben, dass Menschen mit einer Aphasie trotz ihrer Beeinträchtigungen ein großes Bedürfnis haben, an Kommunikation und Partizipation teilzunehmen. Diese werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst: Persönliche Faktoren (Motivation, kommunikative Fähigkeiten, usw.) und soziale Faktoren (Rolle des Hauptpflegers, Kommunikation mit dem Partner, Wissen des Partners/ Pflegers, usw.) (Dalemans, de Witte et al, 2009).

Menschen, die einen Schlaganfall erleiden, werden in aller Regel ins Krankenhaus eingeliefert und kommen dort auf die Stroke Unit, eine spezialisierte Schlaganfallfrühstation, oder auf die neurologische Station. Hier verbringen sie einen großen Teil ihrer akuten Phase und kommen hauptsächlich mit dem Pflegepersonal in Kontakt (Wingchen, 2006). Das Pflegepersonal stellt für die Erkrankten einen wichtigen sozialen Kontakt, eine Möglichkeit zur Kommunikation und Partizipation dar.

Eine gute Partizipation verhindert die soziale Isolation und deren Folgen wie zum Beispiel Depressionen, welche weiterhin den Verlauf einer sprachlichen Therapie während der akuten Phase aber auch im weiteren Verlauf negativ beeinflussen können (Tacke, 1999).

Die Interaktion zwischen Personen mit einer Aphasie und dem Pflegepersonal ist demnach sehr wichtig und kann weit reichende Folgen und Konsequenzen haben, wenn sie unzureichend ist. Über den Umgang des Pflegepersonals mit Menschen mit einer Aphasie und

deren Kommunikation sind einige Studien erschienen, die die Relevanz unserer Bachelorarbeit unterstützen.

*“...with the result that there is little or no interaction between patients with aphasia and their carers.”(Tacke, 1999)*

Untersuchungen von Gordon, C., C. Ellis-Hill, et al (2009) haben ergeben, dass Pfleger die Konversationen mit den Menschen mit einer Aphasie stark kontrollieren, indem sie zum Beispiel geschlossene Fragen stellen, und den Patienten somit die Möglichkeit nehmen, aktiv am Gespräch teilzunehmen und zu kommunizieren. Es entsteht keine Wechselwirkung, also keine wirkliche Konversation. Dieses Verhalten könnte damit zusammenhängen, dass sich das Pflegepersonal im Umgang mit den Erkrankten unwohl fühlt und nicht weiß, wie es mit Menschen mit Kommunikationsstörungen kommunizieren kann (Gordon, C., Ellis-Hill C., et al, 2009). Zur Verbesserung der Kommunikation bräuchten sie Schulungen und Training.

Zu dieser Annahme hat auch die Untersuchung von Hedberg, B., Cederborg A.C., et al (2007) geführt. Ihrem Resultat zufolge würden Training von Kommunikation mit Menschen mit Aphasie und eine Erweiterung des Allgemeinwissens über das Thema Aphasie und Kommunikation zu einer verbesserten Partizipation des Menschen mit Aphasie führen.

Die Untersuchung von Murphy, J. (2006) spiegelt die Bedürfnisse der beiden Parteien wieder. Die Patienten mit Kommunikationsstörungen wünschen sich eine bessere Kommunikation mit dem Pflegepersonal, das auf Vertrauen und mehr Selbstständigkeit basiert. Das Pflegepersonal wünscht sich ein gezieltes Training, um die Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern. Heaven, Clegg und Maguire (2005) beweisen mit ihrer Untersuchung, dass ein Transfer der erlernten Kommunikationsfähigkeiten während eines Kommunikationstrainings in den Klinikalltag möglich ist. Es wurden signifikante Veränderungen des Pflegepersonals in ihrem Kommunikationsverhalten mit den Patienten beobachtet. Nur durch eine solche Intervention kann die Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase optimiert werden (Heaven, Clegg, Maguire, 2005).

Unsere These stützt sich weiterhin auf eine Untersuchung mit dem Titel „Die Kommunikation von Pflegepersonal in Nordrhein-Westfalen mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ (Fischer, Kimmel und Kück, 2009). Auch hieraus wird konkludiert, dass die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase dringend verbessert werden muss. Dies nicht nur um Missverständnisse und Frustrationen zu vermeiden, sondern auch um die Sprache effektiv in dieser akuten Phase zu stimulieren.

Auf Grund der oben genannten Resultate und neuen Erkenntnisse wurde ein Workshop zur

## Einleitung

Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase entwickelt (Beckers und Daniels, 2010). Die tatsächliche Effektivität dieses Workshops wurde allerdings nicht geprüft.

In dieser Bachelorarbeit soll deswegen die Effektivität des Workshops zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase geprüft werden. So wird beurteilt, inwiefern sich die Kommunikation verbessert oder nicht.

Sollte der Workshop wirklich effektiv sein und sein Ziel erreichen, wäre das nächste Ziel, die Implementierung des Workshops in Krankenhäuser in Nordrhein- Westfalen. Damit wäre ein großer Schritt in der Akutbehandlung der Aphasie unternommen.

Die Menschen mit Aphasie werden durch die effektive Kommunikation mit dem Pflegepersonal noch zusätzlich in ihrer Sprache stimuliert, was, wie oben erwähnt, eine Spontanremission positiv beeinflussen kann. Außerdem wird eine günstige Basis zur Rehabilitation der Kommunikationsfähigkeit des Patienten gewährleistet. Schaut man nun noch mal auf Tackes (1999) These zurück, dass die verbesserte Kommunikation und Partizipation der Vermeidung von sozialer Isolation und Depressionen dient, könnte man im Umkehrschluss davon ausgehen, dass sie sich somit positiv auf die psychischen oder sozialen Bereiche und Probleme der Menschen auswirkt. Der Patient wird durch die wieder vorhandene Kommunikation zwischen ihm und anderen Menschen selbstbewusster und vor allem auch selbstständiger. Es kann wieder eine Partizipation stattfinden (Huber, Poeck, Springer, 2006).

## **3. Theoretischer Hintergrund**

### **3.1 Aphasie**

#### 3.1.1 Definition

Aphasie kann man auf viele verschiedene Arten definieren. "... eine allgemein gültige Definition der Aphasie [scheint] ein Ding der Unmöglichkeit zu sein." (Brookshire, 1983). Darum stützen wir uns in unserer Arbeit nicht auf eine einzige Erklärung, sondern versuchen das Wort so umfassend wie möglich zu beschreiben und zu erläutern.

Aphasie kommt ursprünglich aus dem Griechischen, zu Deutsch "Sprachlosigkeit". Diese Umschreibung ist jedoch irreführend und so nicht zutreffend. Wer eine Aphasie hat, ist nicht „sprachlos“. Eine Aphasie ist vielmehr eine

*„...zentral bedingte Störung der Sprache, die nach abgeschlossenem Spracherwerb Aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung auftritt.“ (Wehmeyer und Grötzbach, 2006)*

Es handelt sich hierbei also um die Probleme, die in der Sprachproduktion, dem Sprachverständnis, im Lesen, Schreiben und Rechnen vorkommen können. Aphasie ist dementsprechend eine multimodale Störung (Huber et al, 1983) und lässt sich auf allen linguistischen Ebenen (sprachlichen Einteilungen) wieder finden. In der:

- Phonologie (Kombination von Lauten)
- Morphologie (Wortbildung)
- Semantik (Bedeutung)
- Syntax (Satzbau)
- und der Pragmatik (Funktion der Sprache).

Nach Bar (1994) und Huber et al (1997) liegen die Inzidenz der Fälle bei 20-25 und die Prävalenz bei 50-110 pro 100.000 Einwohner.

Von 1000 Bürgern überleben im Schnitt zwei einen Schlaganfall. 30-40% von diesen Überlebenden leiden danach an einer Aphasie. In Deutschland zählt man jährlich 50.000 Erkrankte (Huber, Poeck und Springer, 2006).

Eine Aphasie kann aufgrund eines Schlaganfalls (Apoplex) entstehen. Sie "...ist die Folge einer plötzlich auftretenden, umschriebenen kortikalen Läsion der linken Hemisphäre" (Tesak, 2003). In 80% der Fälle ist der Grund dafür eine Ischämie. Das bedeutet, dass ein Gebiet im Gehirn nur mangelhaft mit Blut versorgt wird. In 20% der Fälle ist der Grund für den Schlaganfall ein hämorrhagischer Insult, also eine Gehirnblutung (Dommel, 1996). Eine Aphasie kann durch die Beschädigung mehrerer Hirnareale ausgelöst werden. Zwei Areale

sind für die Sprache besonders relevant:

- Das Broca-Areal (Brodman-Areale 44&45), welches sich im hinteren Teil der zweiten und dritten Hirnwindung befindet. Das Wernicke-Areal (Brodman-Areal 22), welches im hinteren Teil der ersten Schläfenlappewindung zu finden ist
- Das Wernicke-Areal (Brodman-Areal 22), welches im hinteren Teil der ersten Schläfenlappewindung zu finden ist

### 3.1.2 Formen

Heutzutage gibt es verschiedene Anschauungen und Meinungen über die Formen einer Aphasie. In der Praxis spricht man noch oft von bestimmten Syndromen, die dem neoklassischen Ansatz zugrunde liegen.

*“Die Kombination der aphasischen Symptome [...] wird nicht in beliebiger Vielfalt beobachtet. Vielmehr lassen sich [...] typische Störungsmuster erkennen [...]. Diese Syndrome bleiben in ihren wesentlichen Charakteristika konstant” (Huber et al. 1989).*

Diese Syndrome werden auch *aphasische Syndrome* genannt. Man unterteilt sie meistens in:

- Globale Aphasie
- Broca oder Transkortikal-motorische Aphasie
- Wernicke oder Transkortikal-sensorische Aphasie
- Leitungs- oder Amnestische Aphasie. Um eine Erkrankung nach diesem Prinzip einteilen zu können, wurde das Bostoner Diagnoseschema entwickelt:

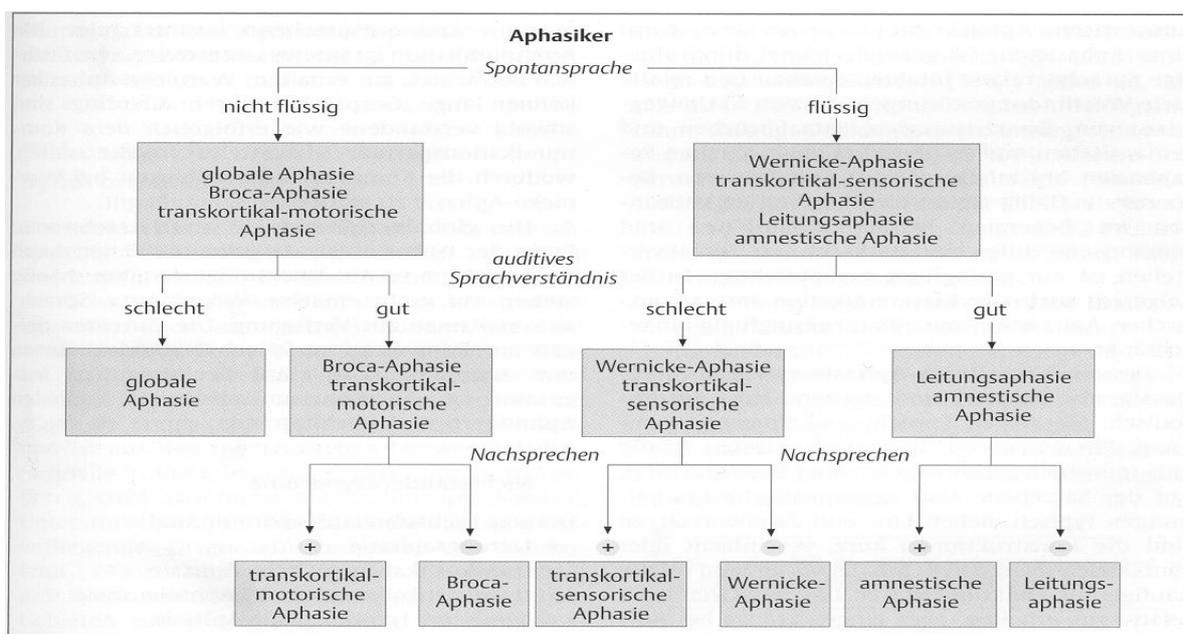


Abbildung 3.1: Bostoner Diagnoseschema (nach Helm-Estabrooks & Albert 1991).

Neue Erkenntnisse zeigen jedoch, dass eine Aphasie viele verschiedene Symptome hat, die in unzählbaren verschiedenen Kombinationen auftreten können. Laut Steiner (2001) und Tesak (2003) herrscht das Prinzip des *Individualsyndroms*. Das bedeutet, dass jede Aphasie individuell ist und sich von anderen Fällen auf bestimmte Art und Weise unterscheidet, wenn auch nur durch kleine Details. Hiernach kann man die Aphasie nicht in die typischen Syndrome unterteilen. Die Einteilung wäre zu grob und global. Darum ist es heutzutage immer öfter der Fall, dass die Aphasien nach ihren jeweiligen Symptomen unterteilt werden.

Die Symptome einer Aphasie können sehr vielfältig sein und sich in jeder Sprachmodalität (Lesen, Schreiben, Sprechen und Verstehen) befinden. In der Spontansprache findet man unter anderem automatisierte Sprachelemente (Echolalien, Stereotypien, usw.), Agrammatismus (Satzabbruch, fehlende Funktionswörter usw.), Paragrammatismus (lange, komplexe Sätze, Verdopplung von Satzteilen usw.), Paraphasien (semantisch, phonematisch, usw.), Neologismen (semantisch, phonematisch, usw.), suprasegmentale Störungen (Logorrhö, Jargon, usw.) oder eine Wortfindungsstörung (Schöler und Grötzbach, 2002).

Des Weiteren können Beeinträchtigungen im Sprachverständnis, in den Umgangsformen der Kommunikationen (Pragmatik) und in der Schriftsprache auftreten.

Eine Aphasie kennt zahlreiche Nebenstörungen im neuropsychologischen sowie sensomotorischen Bereich, wie Apraxien (gestörter Zugriff auf die Motorik), Sehausfälle und noch weitere Einschränkungen. Außerdem können durch all diese Störungen auch Probleme im sozialen Umfeld, in der Pflege oder auch in der Familie entstehen.

### 3.1.3 Verlauf

Die Aphasie ist weiterhin in verschiedene Phasen einzuteilen. Hierzu zählt man die

- Akute Phase (4.-6. Woche post onset)
- Postakute Phase (2.-3. Monat post onset)
- Chronische Phase (ab dem 12. Monat post onset).

Diese Phasen beeinflussen unter anderem auch die Prognose einer Erkrankung. In der Akuten Phase ist eine spontane Wiederherstellung der Fähigkeiten möglich und außerdem verändern sich die Symptome hier noch häufig. Die Möglichkeit einer spontanen Heilung liegt bei ca. 67%. Sie sinkt mit der Zeit. So liegt die Chance in der Postakuten Phase nur noch bei 57% und in der Chronischen Phase bei 50%.

## Theoretischer Hintergrund

Die Prognose ist des Weiteren noch abhängig von der Ursache und der Größe der Läsion. Handelt es sich bei der Störung zum Beispiel um eine degenerativ bedingte Krankheit, ist die Prognose natürlich negativ und eine spontane Wiederherstellung ausgeschlossen.

Außerdem sagt man, je kleiner der Infarkt, desto größer die Chance der Heilung (Schöler, Grötzbach, 2002).

### *3.1.3.1 Akute Phase*

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Effektivität eines Workshops überprüft, der die Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase verbessern soll. Aus diesem Grunde wird im folgenden Abschnitt noch mal genauer auf dieses Stadium der Erkrankung eingegangen.

Die akute Phase umfasst die ersten vier bis sechs Wochen nach dem Schlaganfall. In dieser Zeit treten die Symptome oft am stärksten auf und können häufig fluktuieren. Dies bedeutet, dass die Symptome selbst, aber auch ihr Schweregrad sich ständig verändern können, innerhalb weniger Stunden oder sogar Minuten. Eine Diagnose über das Ausmaß der Aphasie bzw. eine Differenzialdiagnose in Bezug auf Aphasie(syndrom), Dysarthrie oder Sprechapraxie ist deswegen noch sehr schwierig (Huber, Poeck, Springer, 2006). Des Weiteren sind die Patienten aufgrund von Nebenstörungen, wie zum Beispiel Vigilanz (Wachheit), Antrieb, Aufmerksamkeit, Orientierung und Gedächtnisleistung zusätzlich stark geschwächt und belastet.

In der akuten Phase stehen vor allem die Eingrenzung der Schädigung und eine frühe Sprachaktivierung im Vordergrund. Nach Poeck (2006) ist die Behandlung der Aphasie umso erfolgreicher, je früher sie einsetzt. Das bedeutet, dass man sofort nach dem Insult mit einer passenden Therapie und der Aktivierung der Sprachfähigkeiten beginnen sollte. Eine adäquate Stimulierung durch Sprachtherapie aber auch normale, alltägliche Kommunikation zwischen den Menschen mit Aphasie und den Pflegern oder ihrer Familie ist besonders in der akuten Phase nach dem Schlaganfall wichtig, da in dieser Phase eine Regeneration des beschädigten Hirngewebes möglich ist (Springer, 1987). Diese Regeneration nennt man auch eine Spontanremission (Springer, 1986). Bei einer Spontanremission verschwinden einige oder alle Symptome plötzlich und unerwartet. Die Fähigkeit des Gehirns, sich durch Umorganisation der Nervenenden an eine Läsion anzupassen (Plastizität) ist ein wichtiges Argument dafür, dass Schlaganfallpatienten in der akuten Phase besonders gefördert werden sollten, auch auf sprachlicher Ebene.

## 3.2 ICF

Im Folgenden wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz das ICF-Modell erläutert. Das ICF-Modell wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Es ist ein biomedischpsychosoziales Modell, das alle Komponenten der Gesundheit beschreibt. Besonders interessant und relevant für diese These sind sicherlich die Komponenten Kommunikation und Partizipation, die beide mit dem ICF-Modell klassifiziert werden können. Daher wird es für wichtig empfunden, das Modell an dieser Stelle vorzustellen und zu erläutern, inwieweit dieses relevante Informationen für die Bereiche Kommunikation und Partizipation liefern kann.

### 3.2.1 Ziele

Mit der ICF verfolgt die WHO das Ziel, eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustandes und mit der Gesundheit zusammenhängenden Zustände, Ergebnisse und der Determinanten. Das ICF-Modell bietet somit eine universelle Sprache für die Beschreibung eines Gesundheitszustandes (Peter Rentsch, Peter O. Bucher, 2006). Zudem ist das ICF-Modell ressourcenorientiert, das heißt es kristallisiert die Fähigkeiten und Möglichkeiten heraus, die ein Mensch besitzt, um alltäglichen Aktivitäten nachzugehen und am Leben zu partizipieren. So liefert das ICF-Modell auch eine Grundlage zur Umsetzung von rehabilitativen Interventionsmodellen, da die Ressourcen des Menschen noch mehr gefördert werden können und mögliche Defizite verbessert oder eliminiert werden können (Peter Rentsch, Peter O. Bucher, 2006).

*„ Die ICF dient nicht der Klassifikation von Störungen oder Personen, sondern versteht sich als ein Beschreibungssystem von individuellen, alltagsrelevanten und teilhabebezogenen Gesundheitsbedingungen. “ (Götzbach und Iven, 2009)*

### 3.2.2. Aufbau

Die ICF, deren Informationen in zwei Teile gegliedert wird, ist hierarchisch aufgebaut. Der erste Teil befasst sich mit der Funktionsfähigkeit und der Behinderung, der zweite Teil befasst sich mit Kontextfaktoren. Die beiden Teile sind in verschiedene Komponenten unterteilt, die unabhängig voneinander klassifiziert sind.

Dies sind die unterschiedlichen Komponenten der ICF:

*Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung*

- *Körperfunktionen*
- *Körperstrukturen*
- *Schädigungen*

- *Aktivität*
- *Partizipation*

Teil 2: *Kontextfaktoren*

- *Umweltfaktoren*
- *Personsbezogene Faktoren*

Hier folgt eine schematische Darstellung des ICF- Modells:

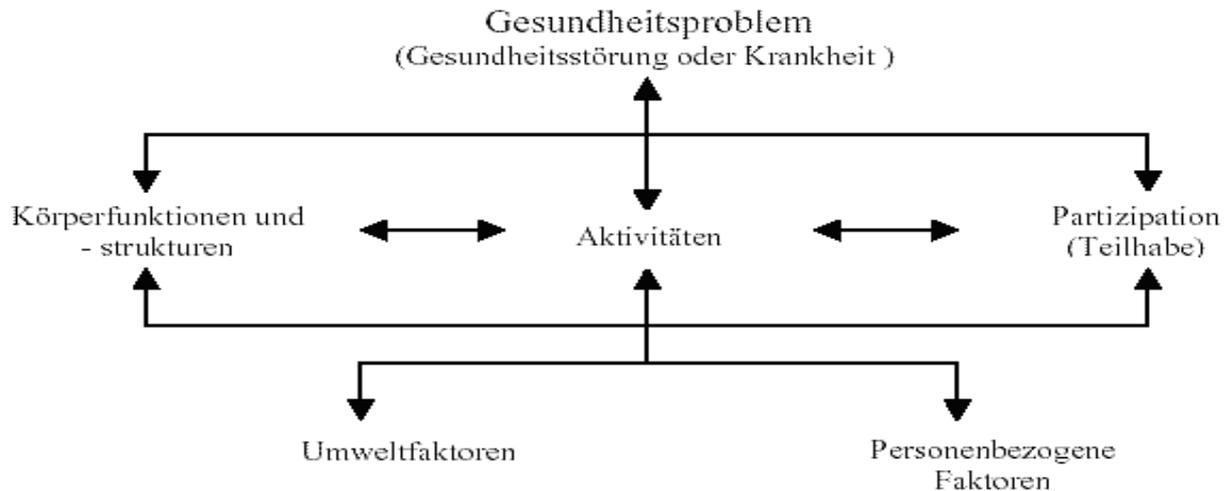


Abbildung 3.2: Biomedischpsychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten (WHO, 2005)

Für diese Untersuchung sind folgende Domänen relevant:

- Teil 1:
  - o Aktivität (Sprechen, Kommunikation)
  - o Partizipation (Teilnehmen am Leben)
- Teil 2:
  - o Umweltfaktoren (Kommunikationspartner, soziales Umfeld)

Mit dem ICF-Modell kann demnach klassifiziert werden, inwieweit die vorgestellten Komponenten der Gesundheit beeinträchtigt sind und welche Ressourcen die einzelnen Komponenten bieten. So können rehabilitative Interventionen so wie der Workshop zur Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie, optimal abgestimmt werden. Der Workshop richtet sich genau auf die vorgestellten 3 Domänen.

### 3.2.3 Partizipation

Im Sinne dieser Untersuchung ist der Begriff Partizipation von besonderer Bedeutung, da die Partizipation in nahem Zusammenhang steht mit der Kommunikation und durch diese

beeinflusst verbessert wird. Dies wird im folgenden Abschnitt weiter erläutert.

Die ICF definiert Partizipation als „Teilhabe in einer alltäglichen Lebenssituation“ (Götzbach und Iven, 2009).

*„It shifts the focus to social life, how people live with their health conditions, and how these health conditions can be improved to achieve a productive , and fulfilling life in the context in which they live.“ (Dalemans, 2010)*

Der Begriff Partizipation richtet die Aufmerksamkeit auf den Menschen mit Aphasie und auf den sozialen Kontext, in dem er sich befindet. Wie kommt dieser Mensch mit seinen Beeinträchtigungen in diesem Umfeld zu Recht? Was kann verbessert und optimiert werden, damit dieser Mensch so gut wie möglich in dem sozialen Kontext, in dem er eingebettet ist, teilhaben kann?

Die ICF bietet Möglichkeiten die verschiedenen Faktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren), die Einfluss haben auf die Partizipation eines Menschen, zu inventarisieren. Dadurch kann die Partizipation so effektiv und erfüllend wie möglich gestaltet werden (Dalemans, 2010).

Die Umweltfaktoren sowie die personenbezogenen Faktoren, die die Partizipation des Menschen mit Aphasie beeinflussen, wurden in vorhergehenden Untersuchungen zusammengetragen. Im Vordergrund stand hierbei die Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie, die die grundlegende Basis zur Verbesserung der Partizipation darstellt. Es hat sich herausgestellt, dass die Kommunikation und somit auch die Partizipation, sowie das Fachwissen über Aphasie verbesserungswürdig sind. Darum wurde der Workshop zur Verbesserung dieser Faktoren aufgestellt und ausgeführt.

In dieser Untersuchung soll nun geprüft werden, ob die Partizipation der Menschen mit Aphasie in der akuten Phase durch den Workshop optimiert werden kann.

### 3.2.4 ICF und Aphasie

Die ICF ist ein wichtiges Klassifikationsmodell für den Rehabilitationsalltag, so auch innerhalb der Sprachrehabilitation bei Aphasien. Menschen mit Aphasie haben nicht nur eine Sprachstörung, sondern sie sind in ihrer Verständigungsfähigkeit und somit in ihrer kommunikativen Selbstständigkeit beeinträchtigt. Deshalb können sie teilweise in ihrem

alltäglichen Handeln oder im sozialen Leben eingeschränkt sein. Da das Sozialleben oft eine intakte Kommunikationsfähigkeit erfordert, kann eine Aphasie oft auch zu einem sekundären sozialen Handicap führen.

In der ICF werden die einzelnen Komponenten, die das menschliche Leben beschreiben und auf die die Aphasie Einfluss nimmt abgedeckt und klassifiziert. Somit werden die Kapazitäten und Defizite des Menschen mit Aphasie herausgestellt und bieten Anhaltspunkte für eine logopädische Therapie (Rentsch und Bucher, 2006).

### 3.3 Kommunikation

Der Begriff „Kommunikation“ wird mit verschiedenen Synonymen in Verbindung gebracht: „kommunizieren“, „miteinander sprechen“, „in Kontakt zu einem Gegenüber treten“.

Oft wird Kommunikation nur als wechselseitige Verständigung mittels Sprache verstanden, als eine Möglichkeit Gefühle, Gedanken, Wünsche oder Pläne auszudrücken und zu verstehen (Wingchen, 2006).

Das Sender-Empfängermodell von Kotler (1999) macht deutlich, dass die Definition nicht so simpel ist.

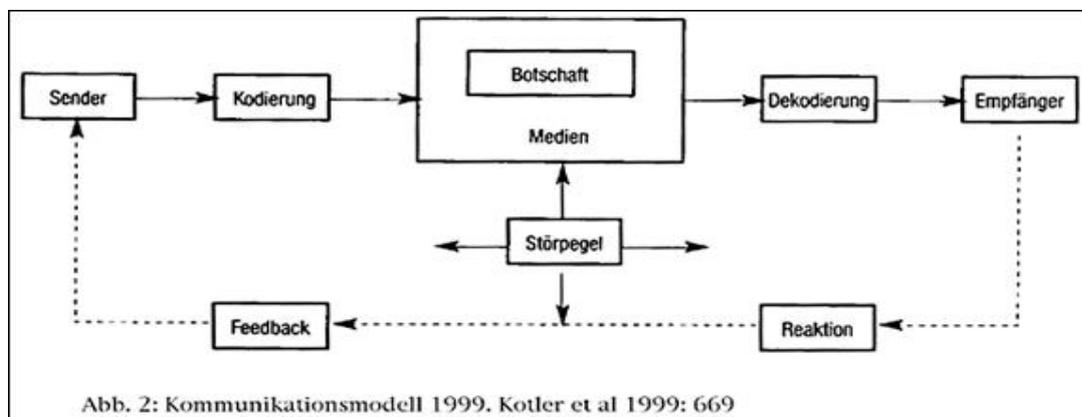


Abbildung 3.3: Kommunikationsmodell (Kotler et. al, 1999)

Nach Kotler codiert der Sender eine Nachricht. Diese kann bewusst sein, dann ist Sprache von „bewusster Kommunikation“. Die bewusste Kommunikation kann sowohl verbal als nonverbal stattfinden. Allerdings besteht auch die Möglichkeit der „unbewussten Kommunikation“. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um die Körperhaltung und -bewegung, Stimmlage, usw. Der Sender kann diese nicht beeinflussen und doch wird sie von dem Empfänger wahrgenommen und interpretiert. Sie begleitet die eigentliche codierte Nachricht und beeinflusst diese und wird von dem Empfänger ebenfalls dekodiert. Man sieht

also: Kommunikation bedeutet nicht nur “verbale Informationsvermittlung”, sondern wird noch von vielen anderen Eigenschaften beeinflusst.

Paul Watzlawick (1983) hat dies mit einem Satz sehr deutlich gemacht:

“Man kann nicht Nicht-Kommunizieren!”

Dies bedeutet, dass der Mensch ständig kommuniziert, bewusst und unbewusst und auf viele verschiedene Wege: Durch Sprache, Gestik, Mimik und andere Kanäle.

Watzlawick unterscheidet bei der Kommunikation des Weiteren zwischen zwei Ebenen. Er spricht zum einen von der Inhaltsebene und zum anderen von der Beziehungsebene. Es handelt sich hierbei also dem verbalen Aspekt (*Welche* Informationen werden übertragen?) und dem nonverbalen Aspekt (*Wie* übertrage ich die Informationen?) (Watzlawick, 1983).

Im Idealfall ergänzen sich die beiden Ebenen. Sollten sie sich jedoch widersprechen, spricht man von “doublebinds”, zu Deutsch „Doppelbindungen“. Diese Doppelbildungen sind paradoxe Botschaften oder Signale und deren Auswirkungen. Ein Beispiel für ein solches Phänomen wäre, wenn jemand sagt, dass es ihm gut gehe, er dabei jedoch zittrig, unsicher und ängstlich erscheint. Aussage und Verhalten widersprechen sich in diesem Fall.

Ein weiterer Aspekt ist nach Norbert Groddeck und Christoph Wulf (1977) die „Kommunikative Kompetenz“, also das Vermögen eigenen Bedarf und Interessen darstellen zu können. Sie ist die Basis, um an Abläufen sozialen Handelns teilnehmen zu können.

Im Idealfall besitzt der Kommunizierende drei Fähigkeiten:

1. Er ist sich seines eigenen Fühlens bewusst (Assoziation)
2. Er kann die Betroffenheit des anderen spüren (Dissoziation)
3. Er kann die Situation analysieren und reflektieren (zweite Dissoziation)

(Groddeck und Wulf, 1977).

### **3.4 Pflege**

Für den Begriff “Pflege” gibt es ebenfalls keine einheitliche Definition. Pflege gibt es in vielen verschiedenen Situationen und auf verschiedene Arten. Der Begriff “Pflegeberuf” wird in drei verschiedene Kategorien unterteilt: Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Gieseke, 1999). Außerdem spricht man zum einen von der informellen Pflege und zum anderen von der beruflichen Pflege (Gieseke, 1999).

Die informelle Pflege ist die Pflege ohne Ausbildung. Es liegt also kein spezifisches

Fachwissen vor. Darum kann auch von Laienpflege die Rede sein. Bei den Pflegern handelt es sich meistens um Menschen, die in einer persönlichen Beziehung zu dem Patienten stehen, zum Beispiel um Angehörige. Ihre Aufgabe ist es, die Selbstversorgung des zu Pflegenden zu ergänzen.

Im Gegensatz dazu bedeutet die berufliche Pflege, die mit einer spezifischen Ausbildung. Bei den Pflegern handelt es sich also um Spezialisten. Laut des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) wird die sie folgendermaßen beschrieben:

*”Pflege [...] ist Lebenshilfe und für die Gesellschaft notwendige Dienstleistung. Sie befasst sich mit gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen. Pflege [...] leistet Hilfe zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens. [...] Pflege dient der Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit, Wiederherstellung von Gesundheit, Linderung von Leiden und der Begleitung sterbender Menschen.” (DBfK, 1993)*

Brenner ergänzt diese Definition, in dem er die Macht der Pflege beschreibt:

*“ [...] Macht, Veränderungen zu bewirken, Patienten zu integrieren, sich zu ihrem Fürsprecher zu machen, zu heilen, sich persönlich zu engagieren und Probleme zu lösen.” (Brenner, 1994)*

Pflege ist also zusammenfassend das Begleiten von Menschen in verschiedener Hinsicht (sozial, psychisch, physisch), wenn diese nicht mehr in der Lage sind, den Alltag alleine zu meistern. Ziele dabei sind einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit eines Menschen zu leisten, Krankheiten vorzubeugen, die Rückgewinnung der Gesundheit oder das Abschwächen von Leiden.

Diese Ziele gelten sowohl für die ambulanten, als auch für die stationären Einrichtungen (Heuwinkel-Otter, 2001).

Die Qualität der Pflege ergibt sich daraus, inwieweit eine Übereinstimmung der Ziele und der Erfolge vorliegt. Es gibt vier verschiedene Stufen der Pflegequalität:

- Gefährlich
- Sicher
- Angemessen
- Optimal

(Eichhorn, 2006).

Natürlich ist es stets schwer die Qualität zu messen und zu beurteilen, denn sie ist nicht absolut, sondern eine relative, auf die jeweilige Person zugeschnittene Leistung (Eichhorn, 2006).

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der beruflichen Gesundheits- und Krankenpflege. Hierbei wird mit Pflegern zusammen gearbeitet, die in stationären Einrichtungen tätig sind.

### **3.5 Stroke Unit und neurologische Abteilung**

In der vorliegenden Untersuchung wird die Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf stroke units und neurologischen Stationen untersucht. Im Folgenden Abschnitt werden diese Abteilungen und ihr Aufbau näher erläutert.

Nach einem Schlaganfall ist es von größter Bedeutung den Patienten so schnell wie möglich in ein neurologisches Akutkrankenhaus zu bringen. Je früher eine optimale Behandlung beginnt, desto erfolgreicher verläuft sie (Poeck, Huber, Springer, 2006). Ein neurologisches Akutkrankenhaus enthält eine Schlaganfall-Spezialstation oder stroke unit. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) ließ 1995 die erste stroke unit in Essen bauen, um eine bessere und effektivere Behandlung von Schlaganfällen in der akuten Phase zu gewährleisten (Deutsche Schlaganfallgesellschaft für Neurologie, 2010). Auf diese Art und Weise kann eine frühestmögliche Untersuchung durch Fachleute ermöglicht werden. Desweiteren ist der Verlauf eines Hirninfarktes unvorhersehbar und eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes jederzeit möglich. Eine engmaschige Beobachtung und Betreuung ist daher dringend erforderlich (Diener, Hacke, Forsting, 2004). Diese kann auf der neurologischen Überwachungsstation oder stroke unit durch ein Monitoring, bei dem ständig Puls, Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz und arterieller Blutdruck gemessen werden, ermöglicht werden (Diener, Hacke, Forsting, 2004).

Eine stroke unit sollte nach den Richtlinien der Gesellschaft für Neurologie (2010) aus vier bis acht Betten bestehen, dem medizinischen Standard einer Intensivstation entsprechen und idealerweise an eine neurologische Abteilung angegliedert sein. Das Team besteht aus Neurologen, Internisten, Neuroradiologen, Pflegekräften, Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten. Es gibt verschiedene Kriterien, die ein Patient zur Aufnahme auf eine stroke unit erfüllen muss. Hierzu gehören zum Beispiel, dass die Ischämie weniger als 24 Stunden

zurückliegen und keine oder nur eine geringe Bewusstseinstörung vorliegen darf. Desweiteren sollten fluktuierende Symptome vorliegen (Diener, Hacke, Forsting, 2004).

Die Behandlung auf einer stroke unit führt nachweislich zu:

- einer Verkürzung der Behandlungsdauer
- beschleunigten Übernahme in Rehabilitationseinrichtungen
- einem geringeren Anteil an dauerhaft pflegebedürftigen oder abhängigen Patienten
- einer Senkung der Mortalität

(Hacke, 2010).

Nach ein bis drei Tagen, sobald sich der Zustand des Patienten verbessert oder gefestigt hat, wird er auf eine Weiterbehandlungsstationen verlegt. Bei dieser sollte es sich idealerweise um eine Neurologische Station handeln, die an die stroke unit angegliedert ist. Die Verlegung auf die Neurologische Station findet statt, wenn der Symptombeginn schon so lange zurückliegt, dass nur noch eine Sekundärprophylaxe sinnvoll ist. Hier findet nun die Anschlussbehandlung (AHB) mit den verschiedenen Therapien statt, bis der Patient auf eine Aphasiespezialstation oder in eine Rehabilitationsklinik kommt.

### **3.6 Effektivität**

Um den Begriff “Effektivität” zu definieren, muss man ihn in erster Linie deutlich abgrenzen von dem Begriff “Effizienz”. Diese sind sich sehr ähnlich, werden oft verwechselt oder sogar als Synonyme verwendet. Wenn man ihre Definitionen jedoch genauer betrachtet, wird der Unterschied ihrer Bedeutung sehr deutlich.

Effektivität leitet sich aus dem lateinischen Wort “effectus” (Erfolg) ab. Man kann es auch mit dem deutschen Wort “Leistungsfähigkeit” übersetzen. Effektivität gibt dementsprechend den Grad der Zielerreichung an.

Effizienz dahingegen (lat. “efficere” = bewirken) befasst sich mit dem Verhältnis der eingesetzten Mittel zum erreichten Ziel. Eine Maßnahme ist also effizient, wenn sich das Ziel mit einem möglichst geringem Mitteleinsatz erreichen lässt. Für das Wort “Effizienz” kann man als Synonym auch das Wort “Wirtschaftlichkeit” nutzen. Es herrscht sowohl das Minimal- als auch das Maximalprinzip:

- Minimalprinzip: Man will mit möglichst geringem Input das Output erreichen → Ressourcen minimieren

- Maximalprinzip: Man will mit dem Input ein möglichst großes Output erreichen → Ergebnis maximieren

Fischer (2006) unterscheidet die beiden Termini folgendermaßen:

Effizienz setzt die Kosten der Mittel mit den Leistungen in Relation.

Effektivität setzt den Nutzen der Leistungen mit dem angestrebten Nutzen (mit dem Ziel) in Verbindung.

### 3.6.1. Effektivität und Evidenz Basiertes Handeln

Die wissenschaftliche Evidenz in Bezug auf das Stellen von Diagnosen und Ausführen von bestimmten Behandlungen wird immer wichtiger und nimmt auch im logopädischen Bereich einen immer größeren Raum ein.

*»Evidenz Basierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der Evidence Basierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung« (Definition in: Sackett 1997).*

Dies bedeutet, dass man als Logopäde sein eigenes Handeln kritisch hinterfragt und versucht, sich hinsichtlich seiner Entscheidungen auf wissenschaftliche Untersuchungen und Erfahrungen zu berufen und seine Handlungen somit begründen und unterbauen kann (Supp, 2007). Die Begriffe Evidence Based Practice und Effektivität gehören zusammen, da das eine das andere hervorbringt. Indem man sich auf wissenschaftliche, bewiesene Untersuchungen stützt, erzielt man optimale Ergebnisse in der Behandlung oder Diagnose und bewirkt, dass das höchste Maß an Effektivität erreicht wird (Taylor, 2000). Man kann desweiteren deutlich machen, warum man bestimmte Entscheidungen getroffen oder Schritte unternommen hat und diese somit adäquat und wissenschaftlich unterbauen. Dies bedeutet, dass man mit sich selbst, aber auch mit dem Patienten glaubwürdig umgeht (Supp, 2007). Evidence Based Practice ist der Versuch, die bestmögliche Qualität einer Behandlung zu liefern und dabei die individuellen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen (Trinder und Reynolds, 2000). Es besteht dadurch die Möglichkeit zielgerichteter Mittel zu gebrauchen (RIVM, 2000) und dem Patienten eine optimale Behandlung zu ermöglichen (Taylor, 2007). Auch in Bezug auf Krankenversicherung wird das Evidenz Basierte Handeln immer wichtiger. Die Nachfrage nach wissenschaftlicher Evidenz und einer Untermauerung des logopädischen Vorgehens steigt und man muss seine Entscheidungen immer häufiger begründen (Supp, 2007).

Im Evidence Based Practice gibt es verschiedenartige Literatur beziehungsweise Untersuchungen, die man als Beweis gebrauchen kann. Diese haben dementsprechend auch ein unterschiedlich hohes Ausmaß an Qualität und Evidenz.

Eine mögliche, zurzeit häufig gebrauchte Rangfolge sieht wie folgt aus:

Stufe	Grundlage der Evidenz
1a	Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien
1b	mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie
2a	mindestens eine gut angelegte kontrollierte Studie ohne Randomisierung bzw. systematische Übersicht aus Kohortenstudien
2b	mindestens eine gut angelegte, quasi experimentelle Studie bzw. einzelne Kohortenstudie
3a	gut angelegte, nicht experimentelle deskriptive Studien bzw. systematische Übersicht aus Fallkontrollstudien
3b	einzelne Fallkontrollstudien
4	Fallberichte bzw. Studien mit methodischen Mängeln
5	Berichte von Expertenausschüssen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten
Modifiziert nach Center for Evidence-Based Medicine <a href="http://www.cebm.net">www.cebm.net</a>	

Abbildung 3.4: Grundlagen der Evidenz ([www.cebm.net](http://www.cebm.net))

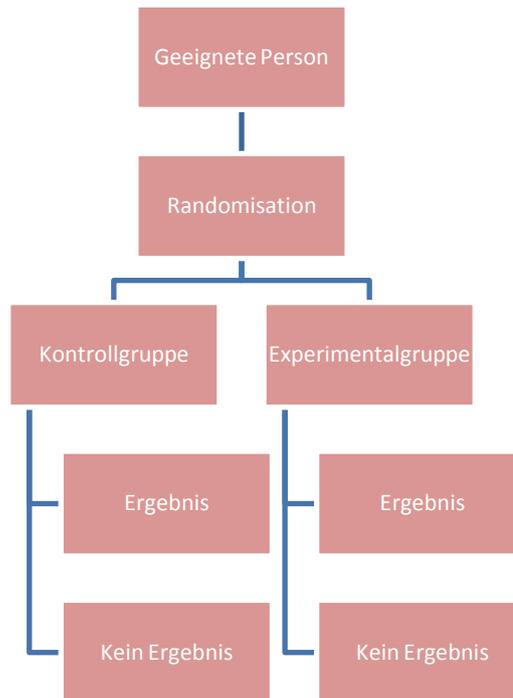
Laut Evidence based practice (EBP) weisen die Randomized Controled Trials das höchste Maß an Validität auf. (Begg et al. 1996). Die Validität, also Gültigkeit der Untersuchung, bemisst sich danach, in welchem Ausmaß durch das Design und die Durchführung systematische Fehler („bias“) vermieden werden:

- selection bias: Fehler bei der Auswahl der Probanden
- performance bias: Fehler bei der Durchführung der Studie
- Attrition bias: Fehler beim Ausscheiden von Probanden
- Detection bias: Fehler bei der Ergebnismessung

(University of York, 1996).

*„Experimentelle Studien sind gut geeignet zur Überprüfung der Wirksamkeit (Effektivität) von Behandlungen unter idealen Bedingungen (efficacy).“  
(Seligmann, 1995)*

Ziel des RCT ist es demnach die Wirksamkeit einer Behandlungsmaßnahme zu überprüfen. „Kontrolliert“ bedeutet in diesem Fall, dass eine Experimentalgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wird. „Randomisiert“ heißt, dass die Einteilung der geeigneten Teilnehmer zur Experimental- oder Kontrollgruppe zufällig erfolgt (Mohler et al. 1995). Die Eignung der Teilnehmer wird durch ein Ausschlussverfahren bestimmt.



*Abbildung 3.5: Randomisierte kontrollierte Studie (Menker, 2006)*

Durch die Randomisierung wird sichergestellt, dass ein Unterschied zwischen den Gruppen nicht durch Störvariablen (confounder) bewirkt wird, denn die Zufallszuteilung sorgt dafür, dass Störgrößen sich gleichermaßen verteilen und dadurch gegenseitig aufheben (Abel und Koch, 1997).

### 3.7 Workshop

Ein Workshop ist eine kurze (mehrstündige oder mehrere Tage dauernde) Veranstaltungsform zur Ideenfindung, Problemlösung oder zum Erfahrungsaustausch. Der Workshop wird mit Hilfe von Kreativitäts-, Problemlösungs- und Moderationstechniken, teilweise unter Einbeziehung eines Moderators oder Experten, geführt. Im Vordergrund steht die aktive gemeinsame Problembearbeitung durch alle Teilnehmer, weniger die frontale Erörterung vorformulierter Problemlösungsstrategien. Bei einem Workshop handelt es sich dementsprechend um eine „offene Präsentation“ (Spek, Bulck, de Jong, 2000).

## **4. Methode**

In diesem Kapitel wird die Methode der vorliegenden Studie beschrieben. Es wird zunächst die vorab geplante und danach die angepasste Methode erläutert. Danach folgt eine Erläuterung der Problem- und Fragestellung, der Zielsetzung und der Zielgruppe, der Quantitativen Untersuchung, des Werbens von den Teilnehmern und der Durchführung.

### **4.1 Vorab geplante Methode und angepasste Methode**

Während des Schreibens der Bachelorarbeit hat sich die Zielsetzung der vorliegenden Studie aufgrund verschiedener Probleme verändert. Auf diese Schwierigkeiten und Änderungen möchten die Untersuchenden im Folgenden kurz eingehen:

Das Projekt resultierte eigentlich aus zwei vorausgegangen Bachelorarbeiten. In der Studie „Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie“ (Fischer, Kimmel und Kück, 2009) wurde untersucht, wie die Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal abläuft. Daraufhin wurde in der Arbeit „Kommunikation mit Menschen mit Aphasie“ (Becker und Daniels, 2010) ein Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie aufgestellt. In der vorliegenden Studie sollte nunmehr untersucht werden, ob der Workshop effektiv ist. Des Weiteren sollten erste Schritte der Implementierung vorgenommen werden. Das Primäre Ziel war dementsprechend also:

- Überprüfen der Effektivität des Workshops zur Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen in NRW.

Das sekundäre Ziel war:

- Anwendung des ersten Schritts der Implementierung von Grol und Wensing bei dem Workshop zur Verbesserung Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase in Krankenhäusern in Nordrhein- Westfalen.

Die Untersuchenden wollten bei der Durchführung Vor- und Nachuntersuchungen mit Hilfe der Observation, Selbsteinschätzung und des Wissenstests von Fischer, Kimmel und Kück (2009) ausführen und den oben genannten Workshop aus der Arbeit von Becker und Daniels (2010) gebrauchen. Danach war geplant den ersten Schritt der Implementierung (Schritt 1: Vorbereitung und Planung) auszuarbeiten.

Da der Workshop jedoch einige Verbesserungspunkte aufzuweisen hatte, konnte er nicht von

den Untersuchenden übernommen werden. Er musste noch einmal neu aufgestellt werden, was viel Zeit in Anspruch und einen großen Punkt in der Ausarbeitung der Studie einnahm. Aus diesem Grunde veränderten sich Zielsetzungen. Das primäre Ziel blieb weiterhin:

- Überprüfen der Effektivität des Workshops zur Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen in NRW.

Das sekundäre Ziel wurde demnach:

- Aufstellen eines Workshops zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen.

Die ersten Schritte der Implementierung mussten aus Zeitgründen weggelassen werden. In der folgenden ausgearbeiteten Methode wird nun nur noch auf die aktuelle und angepasste Methodik eingegangen.

### **4.2 Problemstellung**

Die Basis für die Untersuchung liefert die Bachelorarbeit "Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie" (Fischer, Kimmel und Kück, 2009). Aus dieser Untersuchung resultierte, dass die Kommunikation zwischen dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie nicht optimal ist und das Fachwissen des Pflegepersonals bezüglich des Störungsbildes Aphasie noch Defizite aufweist. In Folge dieses Ergebnisses wurde 2010 der Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase aufgestellt und durchgeführt (Becker und Daniels, 2010). Die Aufgabe dieser Untersuchung ist es, den Workshop anhand der Evaluationsergebnisse aus der vorherigen Bachelorarbeit noch einmal neu aufzustellen. Danach möchten die Untersuchenden die Effektivität des Workshops überprüfen und somit nachforschen, ob sich die Kommunikation zwischen dem Krankenpflegepersonal und den Menschen mit Aphasie sowie das Fachwissen des Krankenpflegepersonals bezüglich des Störungsbildes Aphasie verbessert hat.

### **4.3 Fragestellung**

Aus der oben beschriebenen Problemstellung lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

- Wie können das Fachwissen in Bezug auf Aphasie und die kommunikativen Fähigkeiten

von Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW mit Menschen mit Aphasie verbessert werden?

- Führt der Workshop “Kommunikation mit Menschen mit Aphasie - Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase” zu einer signifikanten Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie auf neurologischen Stationen in NRW und des Fachwissens über das Störungsbild Aphasie?

### 4.4 Ziel

Auf Grund der Problem- und Fragestellung haben sich primäre und sekundäre Ziele herauskristallisiert, die die Untersucher erreichen möchten.

Primäre Ziele:

- Überprüfen der Effektivität des Workshops zur Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen in NRW
- Überprüfen der Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen in NRW
- Überprüfen der Verbesserung des Fachwissens des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in NRW über das Störungsbild Aphasie.

Sekundäre Ziele:

- Aufstellen eines Workshops zur Verbesserung der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie und Erweiterung des Wissens über Aphasie für das Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW.
- Erweiterung des Wissens über Aphasie bei dem Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW.
- Erweiterung der kommunikativen Fähigkeiten mit Menschen mit Aphasie bei dem Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW.
- Anwendung der während des Workshops erlernten, wichtigsten kommunikativen Fähigkeiten des Krankenpflegepersonals auf neurologischen Stationen in NRW.
- Verbesserung der Partizipation von Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf

neurologischen Stationen in NRW.

## 4.5 Zielgruppe

Die Zielgruppe der Untersuchung ist das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welches auf neurologischen Stationen von Krankenhäusern und Kliniken tätig ist. Unter die neurologischen Stationen fallen die Intensivstation (Stroke Unit), die Normalpflegestation und die neuropsychologischen Therapiestationen.

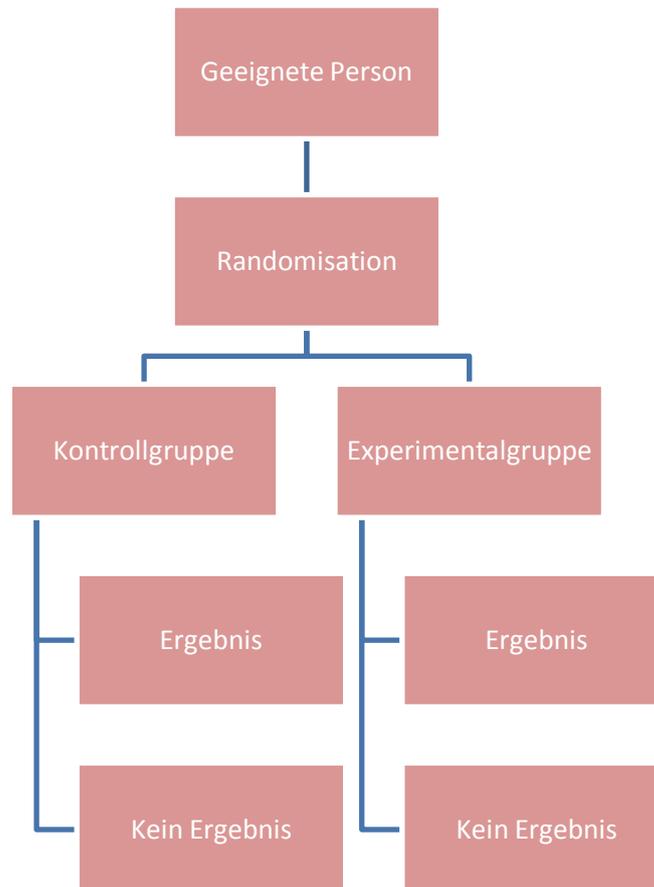
Inklusionskriterien:

- Das Pflegepersonal muss auf neurologischen Stationen tätig sein. Unter neurologische Stationen fallen die Intensivstation (Stroke Unit), die Normalpflegestation und die neuropsychologische Therapiestation.
- Die neurologischen Stationen sollen sich möglichst innerhalb NRW befinden, um aufwendige und zeitraubende Fahrten zu ersparen.
- Bei dem Berufsstand des/ der Teilnehmers/ in sollte es sich um einen Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Fachkrankenpfleger Neurologie oder Pflegedienstleiter handeln. Pflegeschüler werden aus der Stichprobe ausgeschlossen, da die Untersuchenden eine Verfälschung aufgrund fehlenden Wissens oder mangelnder Erfahrung verhindern wollen.
- Die während der Beobachtung einbezogenen Patienten müssen die Diagnose „Aphasie“ haben. Der Schweregrad bzw. die Symptomatik wird hierbei nicht berücksichtigt, da die Untersuchenden davon ausgehen, dass das Krankenpflegepersonal mit allen Störungsbildern gleichermaßen gut umgehen können muss.
- Die während der Beobachtung einbezogenen Patienten sollten bei Bewusstsein sein, damit eine Kommunikation generell möglich sein könnte.

## 4.6 Quantitative Untersuchung

Um die Effektivität des angepassten Workshops zu beurteilen, wählen die Untersucher ein quantitatives Untersuchungsdesign, das Randomized Controlled Trial (RCT). Hierbei erfolgt zunächst eine Auswahl der Teilnehmer der Studie auf Basis der vorab aufgestellten Inklusionskriterien. Daraufhin werden die Teilnehmer zufälligerweise in Studien- und Kontrollgruppen aufgeteilt (Randomisierung). Nun können die Untersuchungen und Interventionen durchgeführt und ausgewertet werden. Die Resultate der Studien- und

Kontrollgruppe werden analysiert und verglichen. Somit ist eine Aussprache über die Effektivität des Workshops möglich. Die Untersuchenden beschrieben den genauen Ablauf der quantitativen Untersuchung im Kapitel 4.8.7. *Durchführung*.



*Abbildung 4.1: Randomisierte kontrollierte Studie (Menker, 2006)*

## 4.7 Werben von Teilnehmern

In diesem Abschnitt wird beschrieben, welche Schritte die Untersuchenden unternommen haben, um Kontakt mit den Studien – und Kontrollgruppen aufzunehmen, sodass die Untersuchung realisiert werden konnte.

- Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern

Die Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen ist der Grundstein der Organisation der Untersuchung. Damit haben die Untersuchenden Anfang September begonnen. Da sie beide in Krankenhäusern Praktikum gemacht hatten, wurde mit diesen Einrichtungen zuerst telefonisch Kontakt aufgenommen. Hierbei handelte es sich um das Johanna-Etienne-Krankenhaus in Neuss und die

Krankenhäuser Marienhöhe und Bardenberg, die zu dem medizinischen Zentrum der StädteRegion Aachen gehören. Nach dem telefonischen Kontakt wurden die Untersuchenden persönlich bei den jeweiligen Zuständigen vorstellig, um ihre Studie zu erläutern und den Ablauf zu klären. Danach wurde das Uniklinikum Köln, welches bei den vorausgegangenen Untersuchungen schon teilgenommen hatte und eine weitere Teilnahme vorab zugesagt hatte, telefonisch kontaktiert. Nach einer erneuten Einwilligung wurden die Untersuchenden auch hier persönlich vorstellig, um alle weiteren Einzelheiten und Abläufe zu klären.

Ziel war es, mindestens vier teilnehmende Krankenhäuser zu finden. Trotzdem wurden noch vier weitere Krankenhäuser (Grevenbroich, Düsseldorf, Mönchengladbach und Bonn) durch eine Email kontaktiert um die Studie so valide wie möglich zu machen. In der Email wurde eine weitere telefonische Kontaktaufnahme innerhalb einer Woche angekündigt.

- Erstellen der Studien- und Kontrollgruppen

Der Workshop zur Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase sollte eine minimale Teilnehmerzahl von vier nicht unterschreiten und eine Teilnehmerzahl von 10 nicht überschreiten. Nach der Kontaktaufnahme mit den Krankenhäusern wurde mit den jeweiligen Stationsleitern ein Termin abgesprochen, an dem wir die Voruntersuchungen durchführen konnten. An besagtem Termin sprachen wir die Krankenpfleger persönlich an und baten sie, während einer Behandlung eines Menschen mit Aphasie anwesend sein zu dürfen. Das Ziel dieser Observation wurde hierbei nicht genannt, da es sich um eine blindierte Observation handeln sollte. Danach wurde das Pflegepersonal über unsere Studie aufgeklärt und gebeten die Selbsteinschätzung und den Wissenstest auszufüllen. Des Weiteren wurde gefragt, ob sie bereit wären am Workshop teilzunehmen. Diejenigen die sich dazu bereit erklärten, gehörten somit zur Studiengruppe. Die Anzahl der Kontrollgruppe richtet sich nach der Anzahl der Teilnehmer des Workshops.

### **4.8 Durchführung**

Um die Effektivität des „Workshops zur Verbesserung des Fachwissens des Krankenpflegepersonals und des Kommunikationsverhaltens des Pflegepersonals mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ zu überprüfen, musste der Workshop zunächst

neu aufgestellt werden. Hierbei hielten sich die Untersuchenden an die Methode von Hilgers und Vriens (2005). Danach konnten mit der Kontrollgruppe und der Studiengruppe verschiedene Untersuchungen durchgeführt werden. Dazu benötigten die Untersucher die Bachelorarbeiten und Methoden von Fischer, Kimmel und Kück (2009). Diese beinhalten die verschiedenen Unterteile der Untersuchung: Observation, Selbsteinschätzung, Wissensprüfung und Workshop.

Des Weiteren ist es wichtig, den Workshop mindestens zwei Mal auszuführen und die verschiedenen Teile der Untersuchung abzunehmen, um eine zuverlässige Aussage über die Effektivität des Workshops zu machen.

### 4.8.1 Observation und Selbsteinschätzung

Um die Kommunikation zwischen dem Krankenpflegepersonal und den Menschen mit Aphasie in der akuten Phase zu beurteilen, wurde diese zunächst in einer fünfminütigen Observation beobachtet. Bei der Beobachtungssituation konnte es sich hierbei um die Grundpflege, das Ankleiden, das Begleiten von Mahlzeiten oder um eine medizinische Untersuchung (z.B. Fieber messen, Blutdruck messen, etc.) handeln. Weiterhin fand die Observation während einer 1:1-Situation statt. Dies bedeutet, dass der/die Krankenpfleger/in alleine mit dem Menschen mit Aphasie in Interaktion tritt. Zwei Untersucher haben diese Situation beobachtet und dabei ein Bewertungsformular ausgefüllt. Dieses bewertet sowohl die verbale, als auch die nonverbale Kommunikation des Krankenpflegepersonals mit den Menschen mit Aphasie. Um ein größtmöglichstes Maß an Objektivität zu gewährleisten stellten die Untersuchenden zuvor eine Bewertungsskala auf, die beschreibt, wann welche Note vergeben wird. Diese ist in den Anlagen (Anhang J) zu finden.

Die Observation fand statt, ohne dass die Pfleger über das wirkliche Ziel informiert wurden. So wurde eine Verfälschung der Ergebnisse verhindert. Dies nennt man eine „blindierte Methode“.

Nach der oben beschriebenen Observation wurde das Pflegepersonal über die Beobachtung und das eigentliche Ziel, das dahinter steckt, innerhalb eines kurzen Gesprächs aufgeklärt. Nachdem eine Teilnahmebestätigung ausgefüllt wurde, musste sich der/ die Pfleger/in selbst einschätzen. Dies geschah, in dem er oder sie ebenfalls das Bewertungsformular ausfüllte.

Zur Ausführung dieses Unterteils haben die Untersuchenden das Observationsformular und die Selbsteinschätzung aus der Studie von Fischer, Kimmel und Kück (2009) gebraucht (Anhang H).

## 4.8.2 Wissenstest

Ein weiteres, durchzuführendes Element war die Wissensüberprüfung. Hierbei sollte herausgefunden werden, inwieweit das Krankenpflegepersonal über die Aphasie in der Akutphase, ihre Symptome, den Verlauf, etc. Bescheid weiß. Bei der Wissensüberprüfung mussten die teilnehmenden Pfleger/ innen einen Test ausfüllen. Dieser beinhaltet multiple Choice Fragen über die Anatomie, Physiologie, Inzidenz, Akutversorgung bei einer Aphasie und der Kommunikation mit einem Menschen mit Aphasie in der akuten Phase. Die Wissensprüfung wurde ebenfalls von der Studie von Fischer, Kimmel und Kück (2009) übernommen (Anhang I).

## 4.8.3 Workshop

Der erste Schritt unserer Methode war, den Workshop noch einmal neu auszuarbeiten und aufzustellen. Dazu wurde die Arbeit von Fischer, Kimmel und Kück (2009) noch einmal studiert und es wurde herausgearbeitet, welche Aspekte der Kommunikation noch optimiert werden müssen. Diese Punkte wurden als Basis für den Aufbau des neuen Workshops gebraucht und an ihnen wurde mit Studiengruppe während der Ausführung des Workshops explizit gearbeitet. Desweiteren nahmen sich die Untersuchenden vor, während der Voruntersuchungen auf auffällige Probleme in der Kommunikation zu achten und diese noch in den Workshop mit aufzunehmen.

Der neu ausgearbeitete Workshop ist unter den Resultaten zu finden. Außerdem befindet sich eine Powerpoint-Version im Anhang (Anhang B).

## 4.8.4 Vor- und Nachuntersuchungen

Um die Effektivität des Workshops zu bestimmen braucht man sowohl bei der Kontroll-, als auch bei der Studiengruppe Vor- und Nachuntersuchungen. Diese bestehen aus der oben beschriebenen Observation, Selbsteinschätzung und dem Wissenstest. Der genaue Ablauf wird im folgenden Punkt beschrieben.

## 4.8.5 Ablauf

Im folgenden Abschnitt werden wir die verschiedenen Schritte erklärt, die zur Messung der Effektivität unternommen werden mussten. Dabei werden wird zwischen dem Ablauf der Untersuchung bei der Studiengruppe und der Kontrollgruppe unterschieden.

Die Untersuchenden hatten zuvor geplant, dass die Effektivitätsmessung bei mindestens zwei

Studien- bzw. Kontrollgruppen ausgeführt werden soll. Es konnten jedoch vier teilnehmende Gruppen für die Studie gefunden werden.

<b>Kontrollgruppe</b>	<b>Studiengruppe</b>
1. Observation	1. Observation
2. Selbsteinschätzung	2. Selbsteinschätzung
3. Wissenstest	3. Wissenstest
	4. Workshop
(Pause) 1 Monat	
1. Observation	1. Observation
2. Selbsteinschätzung	2. Selbsteinschätzung
3. Wissenstest	3. Wissenstest
(Pause) 2 Monate	
1. Observation	1. Observation
2. Selbsteinschätzung	2. Selbsteinschätzung
3. Wissenstest	3. Wissenstest

*Tabelle 4.1: Ablauf der Messung der Effektivität*

Die Durchführungen nach der Pause dienten zur Überprüfung der Effektivität des Workshops. Bei der Studiengruppe wurde dieser ausgeführt und danach wiederum das Kommunikationsverhalten mit den Menschen mit Aphasie und Wissen über die Aphasie mit Hilfe der Observation, der Selbsteinschätzung und des Wissenstest überprüft.

Bei der Kontrollgruppe wurde der Workshop nicht ausgeführt und das Kommunikationsverhalten mit den Menschen mit Aphasie sowie Wissen über die Aphasie mit Hilfe der Observation, der Selbsteinschätzung und des Wissenstest trotzdem überprüft.

Die Untersucher haben sich dafür entschieden, zwei Nachuntersuchungen auszuführen, um die Effektivität des Workshops zu messen. Eine Nachuntersuchung hat einen Monat nach der Voruntersuchungen und der Ausführung des Workshops stattgefunden. Eine weitere Nachuntersuchung wurde 2 Monate später durchgeführt, um zu prüfen, ob der Workshop nachhaltige effektive Auswirkungen auf die Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie hat.

Sollte sich die Studiengruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe in den verschiedenen Unterteilen signifikant verbessert haben, ist bewiesen, dass der Workshop effektiv ist.

### 4.8.6 Datenpräparation

Zur statistischen Analyse der Daten von der vorliegenden Bachelorarbeit werden die Untersucher das Programm SPSS verwenden. Die Abkürzung SPSS steht für „superior performing software system“. Es handelt sich hierbei um ein umfassendes und leistungsfähiges System zur statistischen Analyse von Daten (Eckstein P., 2008).

SPSS wurde 1968 an der amerikanischen Universität Stanford von Norman H. Nie, C. Hadlai Hull und Dale Bent gegründet (Martens, 2003). Das Basismodul ermöglicht das grundlegende Datenmanagement und umfangreiche statistische und grafische Datenanalysen mit den gängigsten statistischen Verfahren (Eckstein P., 2008). Im folgenden Abschnitt „Daten-Analyse“ wird präzise beschrieben, welche statistischen Analysen mit welchen Daten ausgeführt werden.

### 4.8.7 Datenanalyse

Während der Ausarbeitung der Daten-Analyse werden sich die Untersuchenden auf das Buch „Cijfers spreken“ (Brinkmann, 2006).

- Informationen zur Stichprobe

Zunächst wird die Stichprobe anhand einer Häufigkeitsverteilung der Variablen beschrieben. Diese Variablen beinhalten Alter, Geschlecht, Berufsbildung und Fortbildungen der Teilnehmer. Des Weiteren wird bei der Variable Alter auf Grund des metrischen Niveaus die Spannweite und der Mittelwert bestimmt.

Die Untersuchenden werden zunächst die gesamte Stichprobe beschreiben und danach noch eine Gegenüberstellung von der Studiengruppe und der Kontrollgruppe aufstellen.

Diese Analyse nennt man deskriptive Statistik.

- Inter- Rater- Reliabilität

Bei den Vor- und Nachuntersuchungen wurden die Daten durch zwei Observatoren gesammelt. Um die Zuverlässigkeit der Übereinstimmung überprüfen zu können, werden die Daten der beiden Observatoren auf Kategorienniveau mit dem Intra-Class Correlation Coefficient miteinander korreliert. Zudem wird ein dazugehöriges Konfidenzintervall errechnet.

- Kommunikation des Pflegepersonals

Die Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase wurde in einer Voruntersuchung und in zwei Nachuntersuchungen beobachtet. Die Daten der zwei Beobachter werden pro Teilnehmer und Situation jeweils zu einem Mittelwert zusammengefasst. Die Mittelwerte werden für drei verschiedene Ebenen berechnet:

1. Item-Ebene (z.B. *Das Pflegepersonal betont wichtige Wörter einer Aussage*)
2. Kategorien-Ebene (z.B. *Anpassung der Umgebung, Begrüßung/Verabschiedung* etc.)
3. Gesamte Kommunikation (basierend auf allen Items)

- Selbsteinschätzung des Pflegepersonals

Hier werden ebenfalls für die Vor- und Nachuntersuchungen pro Teilnehmer und Situation die Mittelwerte der Kategorien und der gesamten Kommunikation berechnet. Des Weiteren soll herausgefunden werden, inwieweit die Daten der Selbsteinschätzung mit denen der Beobachter übereinstimmen und welche Abweichungen vorliegen. Um dies herauszufinden werden die Daten unter Verwendung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson miteinander korreliert.

Die Daten setzen sich aus Summenwerten zusammen und sind damit quantitative Variablen (Puhani, 2001). Für diese Korrelation muss der Pearson Produkt-Moment-Koeffizient benutzt werden.

- Wissensprüfung

Die in der Wissensprüfung erreichten Punktzahlen konnten durch eine Häufigkeitsauszählung der korrekten Antworten pro Teilnehmer errechnet werden. Pro Proband konnten maximal 16 Punkte erzielt werden. Diese Zahl setzte sich aus jeweils einem Punkt für eine richtige Antwort bei den Fragen 1-9 und 11-12 zusammen sowie maximal 5 Punkten bei Frage 10. Für die Punktzahl der gesamten Stichprobe werden der Modus, der Median, die Spannweite (Range) und das Minimum sowie Maximum berechnet. Zudem wird eine durchschnittliche Punktzahl für die Studiengruppe und die Kontrollgruppe bei den verschiedenen Untersuchungen angegeben.

- Korrelation zwischen der Punktzahl der Wissensprüfung und der Kommunikation

Um die Korrelation des Wissens über die Sprachstörung Aphasie und der

Kommunikationsleistung darstellen zu können werden die entsprechenden Daten (die Punktzahlen des Wissenstests sowie die durchschnittliche Beurteilung der gesamten Kommunikation durch beide Observatoren) miteinander korreliert. Dies wird durch Verwendung des Korrelationskoeffizienten nach Pearson geschehen, da es sich um intervallskalierte Daten handelt.

Dieser Wert wird jeweils für die Studien- und Kontrollgruppe als auch für die verschiedenen Untersuchungen errechnet.

- Messung der Effektivität des Workshops

Um die Effektivität des Workshops zu messen, müssen die Werte der Vor- und Nachuntersuchung der Studiengruppen mit den Werten der Untersuchungen der Kontrollgruppe verglichen werden. Dies geschieht, indem man die Differenzen der durchschnittlichen Noten zwischen der Voruntersuchung und der ersten Nachuntersuchung sowie der Voruntersuchung und der zweiten Nachuntersuchung bei jeweils beiden Gruppen vergleicht. Hierzu werden die Bewertungen der Observatoren von der gesamten Kommunikation und auf Kategorienebene verwendet. Mit dem T-Test für unabhängige Stichproben kann die Signifikanz dieses Unterschiedes zwischen Studien- und Kontrollgruppe verglichen werden und somit kann eine Aussage über die Effektivität des Workshops gemacht werden. Da es sich bei dem T-Test um einen parametrischen Test handelt, müssen zunächst die berechneten Differenzen der Voruntersuchung auf ihre Normalverteilung überprüft werden. Dies geschieht anhand des Kolmogorov-Smirnov-Test, einer Überprüfung der Normalverteilung. Erst wenn es sich bei diesen Werten um eine Normalverteilung handelt, darf der T-Test ausgeführt werden. Sollte dies nicht der Fall sein, muss ein nichtparametrischer Test für die Überprüfung der Effektivität gewählt werden.

Die folgenden Hypothesen werden geprüft:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

Die Resultate der Vor- und Nachuntersuchungen des Wissenstest und der Kommunikationsobservationen ergeben keinen signifikanten Effekt und/ oder Vorauszug.

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Die Resultate der Vor- und Nachuntersuchungen des Wissenstest und der Kommunikationsobservationen ergeben einen signifikanten Effekt und/ oder Vorauszug.

- Einfluss durch Berufserfahrung oder Aphasiefortbildungen untersuchen

Um den Einfluss einer eventuellen Aphasiefortbildung oder der Berufserfahrung zu untersuchen, werden die Teilnehmer in zwei Gruppen unterteilt z.B. Aphasiefortbildung ja/ Aphasiefortbildung nein. Dann werden die Mittelwerte der gesamten Kommunikation sowie die Punktzahlen des Wissenstest mit den Variablen der jeweiligen Teilnehmer verglichen. Durch den T-Test für unabhängige Stichproben wird die Signifikanz dieses Unterschiedes ermittelt.

Diese Untersuchung wird sowohl bei den Daten der Voruntersuchung als auch bei den beiden Nachuntersuchungen ausgeführt. Die Untersuchung bei der Voruntersuchung verfolgt das Ziel zu überprüfen, ob die Kommunikationsleistung und das Wissen über Aphasie der Teilnehmer mit Aphasiefortbildung signifikant besser ist als die der Pfleger, die noch nie an einer Aphasiefortbildung teilgenommen haben. Die Überprüfung des Einflusses einer Aphasiefortbildung bei den Nachuntersuchungen zielt darauf ab herauszufinden, ob die Teilnehmer mit Aphasiefortbildung signifikant bessere Vorausgänge in den Kommunikationsleistungen und dem Wissen über Aphasie nach einem Workshop zeigen als diejenigen, die noch keiner Fortbildung über Aphasie gefolgt sind.

*Variablen: Berufserfahrung / Beurteilung der Kommunikation durch Observatoren.*

Die folgenden Hypothesen werden geprüft:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

Die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung werden durch die Observatoren durchschnittlich gleich beurteilt wie die des Personals mit weniger oder genau 5 Jahren Berufserfahrung.

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung werden durch die Observatoren signifikant anders beurteilt als die des Personals mit weniger oder genau 5 Jahren Berufserfahrung.

*Variablen: Berufserfahrung / Ergebnis in der Wissensprüfung*

Die folgenden Hypothesen werden geprüft:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

Das Pflegepersonal mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung erzielt bei der Wissensprüfung die gleiche Punktzahl wie das Personal mit weniger oder genau 5 Jahren Berufserfahrung.

**$H_1$ :**  $\mu_1 \neq \mu_2$

Das Pflegepersonal mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung unterscheidet sich in der Punktzahl signifikant von der Punktzahl des Personals mit weniger oder genau 5 Jahren Berufserfahrung.

*Variablen: Aphasiefortbildung / Beurteilung der Kommunikation durch Observatoren*

Die folgenden Hypothesen werden geprüft:

**$H_0$ :**  $\mu_1 = \mu_2$

Die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit absolvierter Aphasiefortbildung werden durch die Observatoren durchschnittlich gleich beurteilt wie die des Personals ohne absolvierte Aphasiefortbildung.

**$H_1$ :**  $\mu_1 \neq \mu_2$

Die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit absolvierter Aphasiefortbildung werden durch die Observatoren signifikant anders beurteilt wie die des Personals ohne absolvierte Aphasiefortbildung.

*Variablen: Aphasiefortbildung / Ergebnis in der Wissensprüfung*

Die folgenden Hypothesen werden geprüft:

**$H_0$ :**  $\mu_1 = \mu_2$

Das Pflegepersonal mit absolvierter Aphasiefortbildung erzielt bei der Wissensprüfung die gleiche Punktzahl wie das Personal ohne absolvierte Aphasiefortbildung.

**$H_1$ :**  $\mu_1 \neq \mu_2$

Das Pflegepersonal mit absolvierter Aphasiefortbildung unterscheidet sich in der Punktzahl signifikant von der Punktzahl des Personals ohne absolvierte Aphasiefortbildung.

## **5. Ergebnisse**

In diesem Kapitel wird zunächst der neu aufgestellte Workshop beschrieben und danach evaluiert. Desweiteren wird die Zusammensetzung der Stichprobe betrachtet und es folgt eine präzise Datenanalyse. Die Datenanalyse bezieht sich auf die Interrater-Reliabilität, die Kommunikation des Pflegepersonals aus Sicht der Observatoren und aus ihrer eigenen Sicht, verschiedene Korrelationen der Daten, die Wissensprüfung, die Effektivität des Workshops und die möglichen Einflüsse von Aphasiefortbildungen und Berufserfahrung.

### **5.1 Neu aufgestellter Workshop**

#### **5.1.1 Kontext**

##### *Relevanz*

Aus der aktuellen Literatur geht hervor, dass nach einem Schlaganfall eine frühe Sprachaktivierung zur Eingrenzung der Schädigung und schnellen Verbesserung der Symptome im Vordergrund steht (Poeck, 2006). Neben der logopädischen Therapie, die hierbei eine sehr wichtige Rolle spielt, gehört zu dieser Stimulierung natürlich auch die alltägliche Kommunikation. In der Akutphase findet diese hauptsächlich mit dem Pflegepersonal statt (Wingchen, 2006). Eine Untersuchung von Fischer, Kimmel und Kück (2009) hat jedoch ergeben, dass die Kommunikation zwischen dem Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase nicht optimal verläuft. Es gibt viele Punkte, die verbessert werden müssen. Der durch die Untersucher aufgestellte Workshop hat genau dies zum Ziel und hat darum eine sehr große Relevanz. Durch ihn soll das Fachwissen über Aphasie aber vor allem auch der Umgang mit Menschen mit Aphasie beim Krankenpflegepersonal verbessert werden.

##### *Ziel*

Ziel des Workshops ist es zunächst, Krankenpflegepersonal noch einmal allgemein über Aphasie und Schlaganfall zu *informieren* und sie danach anhand von Kommunikationstipps zu *instruieren*.

Das bedeutet, sie sollen zunächst durch allgemeine Auskünfte ihr Wissen auffrischen und erweitern in Bezug auf die Themen Aphasie und Schlaganfall. Daraufhin möchten die Untersuchenden zusammen mit ihnen Probleme in der Kommunikation oder im alltäglichen Umgang besprechen und Lösungen hierzu finden. Zuletzt werden Übungen gemacht, um das

Besprochene (die Kommunikationstipps) zu üben und zu festigen, damit die Teilnehmer diese auch später anwenden können.

### *Zielgruppe*

Die Zielgruppe des Workshops ist das Krankenpflegepersonal von Stroke Units, neurologischen Stationen oder neuropsychologischen Therapiestationen. Eine SBB-Analyse ergibt Folgendes:

S (Zusammensetzung) = Krankenpflegepersonal von Stroke Units, neurologischen Stationen oder neuropsychologischen Therapiestationen

B (Wissensstand) = schon viele Erfahrung und viel Wissen über Aphasie in der akuten Phase gesammelt. Nicht unwissend! Untersuchungen ergeben jedoch, dass ein spezifischerer Bedarf an Kenntnissen fehlt.

B (Bedürfnisse) = Insbesondere Training in Kommunikation

### *Dauer*

Die Dauer des Workshops soll ca. 1 Stunde – 1,5 Stunden betragen. Was dat jullie oorspronkelijke doel? Eerst hadden jullie deze toch langer? Hebben jullie bijgesteld omdat ziekenhuizen langer niet wouden participeren → vind ik een belangrijke output

### *Zeitpunkt*

Der Workshop wird in Köln Ende Januar und in Marienhöhe, Bardenberg und Neuss Anfang März ausgeführt.

## 5.1.2 Form und Inhalt

### *Präsentationsart*

Als Präsentationsart wählen die Untersuchenden für ihren Workshop eine halb-offene Präsentation. Es wurde sich für diese Präsentationsart entschieden, da die Untersuchenden auf der einen Seite Informationen als Vortrag vermitteln möchten, auf der anderen Seite jedoch auch im regen Dialog mit dem Publikum stehen wollen. Der Workshop soll flexibel gestaltet werden, sodass auf die Beiträge der Teilnehmer individuell eingegangen werden kann.

### *Theoretische Ausarbeitung/ Planung Workshop*

Vorstellung und Inhaltsübersicht

- Zeit: 5 Minuten
- Methode: Gesprächsrunde
- Material: Beamer
- Ziel: Kennenlernen und Überblick Workshop
- Inhalt: Logopäden stellen sich, das Projekt und den Workshop vor  
Teilnehmer stellen sich vor

### Was ist Aphasie?

- Zeit: 15 Minuten
- Methode: Brainstorm mit darauffolgender theoretischer Auslegung + Video´s
- Material: Flipchart/ Tafel, Stifte, Beamer, PPP, Laptop
- Ziel: Wissenserweiterung über
  - Definition Aphasie
  - Ätiologie
  - Inzidenz
  - Formen/ Symptome (mehr auf Symptome eingehen; in der Akutphase unterteilt man Aphasien noch nicht in die verschiedenen Syndrome)
  - Verlauf
  - Spontanremission
  - Hinzukommende Störungen
- Ablauf:

Die Untersuchenden beginnen mit einem Brainstorm auf die Frage „Was ist Aphasie?“. Die Teilnehmer teilen uns ihre Ideen mit und wir schreiben diese auf. Hierbei können wir die Beiträge mit Hilfe von Fragen in verschiedene Richtungen lenken (Symptome, Ätiologie, usw.). Danach folgen unsere Ausarbeitungen der verschiedenen Punkte. Ob wir die Informationen immer aufschreiben, ist situationsabhängig und kommt auf die Beiträge an. Wenn die Teilnehmer sehr mittelungsbedürftig sind, könnte es sein, dass das Aufschreiben den Gesprächsverlauf unterbricht.

### Was ist Kommunikation?

- Zeit: 10 Minuten
- Methode: Brainstorm und darauffolgende theoretische Auslegung

- Material: Flipchart/ Tafel, Stifte, Beamer, PPP, Laptop
- Ziel:
  - Definition Kommunikation
  - Formen Kommunikation
- Ablauf:

Wir beginnen mit einem Brainstorm auf die Frage „Was ist Kommunikation?“. Die Teilnehmer teilen uns ihre Ideen mit und wir schreiben diese auf. Danach folgt unsere Definition und wir vergleichen diese. So verfahren wir auch mit dem nächsten Unterpunkt. Hierzu geben gegebenenfalls Beispiele.

## Kommunikationstipps und Vorstellen von Kommunikationshilfen.

- Zeit: 20 Minuten
- Methode: Brainstorm allgemein, Erarbeitung der verschiedenen Kommunikationstipps durch Fragen der Logopäden, theoretische Auslegung, Vorstellen von Kommunikationshilfen
- Material: Flipchart/ Tafel, Stifte, Beamer, PPP, Laptop, Kommunikationshilfen
- Ziel: Kommunikationsfähigkeiten theoretisch erweitern
- Ablauf:

Wir geben Beispielsituation und fragen die Teilnehmer, wie sie reagieren und sich weiterhelfen würden. So erarbeiten wir eine Liste von Ratschlägen. Wenn nötig werden wir die Liste vervollständigen.

Desweiteren stellen wir Kommunikationshilfen vor und erklären, wie man sie verwenden kann (Kommunikationsbuch, Buchstabentafel) .

## Praktischer Teil Kommunikation

- Zeit: 15 Minuten
- Methode: Zuerst Simulation, dann Übungen in Zweiergruppen
- Material: Kärtchen mit Situationen und Kommunikationsarten, Folie mit Kommunikationstipps (PPP, Beamer, Laptop)
- Ziel: Kommunikationsfähigkeiten praktisch erweitern
- Ablauf:

Die Teilnehmer setzen sich zu zweit zusammen. Während der Übung übernehmen sie abwechselnd die Rolle des Pflegers bzw. Menschen mit Aphasie. Derjenige, der die

Rolle des Menschen mit Aphasie spielt, erhält zwei Karten. Auf der einen steht die alltägliche Situation beschrieben, die wiedergegeben werden soll, auf der anderen, mit welcher Kommunikationsart diese dargestellt werden soll. Der Pfleger muss dementsprechend herausfinden, was ihm der Patient mitteilen will und ausprobieren, wie er mit ihm kommunizieren kann. Kommunikationshilfen werden zur Verfügung gestellt und können frei gewählt werden.

- Situationen: Toilettengang/Hygiene, Befinden, Hunger/Durst, Ortswechsel, Untersuchung, Weiterer Verlauf im Krankenhaus, Situationen, die Pfleger kennen
- Kommunikationsarten: mit Gestik/Mimik, Zeigen, verbale Äußerungen ohne Gebrauch von Verben, in Ein-Wort-Sätzen, andere Symptome von Aphasien, nur Ja oder Nein

Dies sind die Situationen, die die Teilnehmer nachspielen sollen:

Situation 1: Der Patient mit Aphasie möchte dem Pfleger mitteilen, dass seine Tablette herunter gefallen ist.

Kommunikationsarten: nur nonverbal (Mimik und Gestik), kann Fragen nur mit ja und nein beantworten

Situation 2: Der Pfleger möchte dem Patienten mit Aphasie mitteilen, dass sein Partner angerufen hat und heute Abend kommen möchte.

Kommunikationsarten: Der Patient mit Aphasie versteht nur 1-Wort-Sätze und nonverbale Sprache.

Situation 3: Der Patient möchte mitteilen, dass er in der Lichtecke frühstücken möchte.

Kommunikationsart: 2 Wort-Sätze, ihm fallen die Worte „Frühstück“, „Flur“ und „Lichtecke“ nicht ein.

Situation 4: Der Pfleger möchte mitteilen, dass der Patient mit Aphasie um 3 Uhr zu einer Ultraschalluntersuchung muss.

Kommunikationsart: Der Patient mit Aphasie hat kein auditives (verbales) Sprachverständnis und kann nur mit Hilfe von Schrift und Bildern informiert werden.

Abschluss: Fragen, Evaluation und Wissenstest

- Zeit: 5
- Methode: Fragerunde, Evaluationsformular, Wissenstest
- Material: Evaluationsformular, Stifte, Wissenstest
- Ziel: Feedback und Messung der Effektivität

- Ablauf:

Die Teilnehmer erhalten die Möglichkeit, verbleibende Fragen zu stellen. Danach folgt eine Evaluation mit Hilfe eines Evaluationsformulars

## 5.2 Evaluation des Workshops

Der Workshop zur Kommunikation mit Menschen mit Aphasie wurde in vier Krankenhäusern ausgeführt: im Medizinischen Zentrum StädteRegion Aachen Betriebsteil Marienhöhe und Bardenberg, im Uniklinikum Köln sowie im Johanna-Etienne Krankenhaus Neuss. Der erste Workshop fand Ende Januar in Köln statt. Der zweite war für Mitte Februar in Neuss geplant, musste jedoch verschoben werden, da die Hälfte der Teilnehmer erkrankt war. Daraufhin wurden die übrigen drei Workshops Anfang März ausgeführt. Im Folgenden möchten die Untersuchenden die Workshops kurz beschreiben und evaluieren.

### *Die Vorbereitung und Planung*

Die Vorbereitung und Planung der Workshops durch die Untersuchenden waren gut organisiert und effektiv. Es wurde eine anschauliche und strukturierte Powerpoint-Präsentation sowie Handzettel für die Teilnehmer erstellt und es wurden Evaluationsformulare zur Bewertung des Workshops erarbeitet. Zudem bereiteten die Untersuchenden das benötigte Arbeitsmaterial für den Workshop (Situationskarten, Beispiele für Kommunikationshilfen) gründlich vor. Die Räumlichkeiten sowie technische Gerätschaften (Beamer) wurden in Zusammenarbeit mit den Zuständigen der Krankenhäuser organisiert. Des Weiteren setzten diese die Teilnehmer in Kenntnis über den Zeitpunkt des Workshops.

### *Die Ziele*

Die Untersuchenden hatten vorab einige persönliche und inhaltliche Ziele aufgestellt, die sie bei der Ausführung der Workshops erreichen wollten.

Persönliche Ziele:

- Es kann eine angenehme Atmosphäre kreiert werden, die als Basis für eine gute Zusammenarbeit und ein gutes Lernen während des Workshops dient
- Der Workshop ist interaktiv und die Teilnehmer werden optimal in die Präsentation mit eingebunden, indem sie ihre Ideen, Erfahrungen und Gedanken einbringen.

- Die Untersuchenden sind flexibel und gehen auf die Fragen und Bedürfnisse der Teilnehmer ein.
- Das Zeitlimit von 60 Minuten wird nicht überschritten.

### Inhaltliche Ziele:

Die inhaltlichen Ziele entsprechen den in der Methode ausgearbeiteten Zielsetzungen. Die Untersuchenden wollten:

- Das Wissen der Teilnehmer über Aphasie erweitern
- Das Wissen der Teilnehmer über Kommunikation erweitern
- Eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase erreichen

### *Die Durchführung des Workshops*

In Köln, Neuss und Bardenberg nahmen jeweils vier und in Marienhöhe fünf Teilnehmer an den Workshops teil. In diesem kleinen Kreis konnte eine sehr angenehme, persönliche Atmosphäre kreiert werden. Die Untersuchenden hatten vorab die Räumlichkeiten ansprechend gestaltet und Kekse und Getränke bereit gestellt. Zudem konnte ein guter Kontakt zu den Teilnehmern hergestellt werden, da zunächst eine Vorstellungsrunde erfolgte, bei der sich die Teilnehmer und die Untersuchenden kennenlernen konnten.

Das Ziel der Untersuchenden war es, die Workshops interaktiv zu gestalten. Im Allgemeinen kann man sagen, dass zu Beginn der Workshops die Teilnehmer noch etwas zurückhaltend waren und die Untersuchenden diese durch Fragen stimulieren mussten. Nach kurzer Zeit jedoch wurden die Teilnehmer extrovertierter und gaben ihre Ideen und Assoziationen preis, sodass eine sehr rege Interaktion zwischen Untersuchenden und Teilnehmern entstand. Sowohl die Untersuchenden als auch die Workshopteilnehmer konnten eigene Erfahrungen aus der Praxis benennen und so konnten gemeinsam Lösungswege für die dargestellten (Kommunikations-)probleme gefunden werden. Eine gewisse Zurückhaltung seitens der Teilnehmer konnte auch bei den praktischen Übungen festgestellt werden, da es für sie eine ungewohnte Aufgabenstellung war. Es kostete sie Überwindung vor den Untersuchenden und den anderen Teilnehmern zu schauspielern. Nach anfänglicher Skepsis konnten sie sich doch

gut in ihre Rollen einleben. Die Teilnehmer dürften mehrmals zwischen der Person des Pflegers und des Menschen mit Aphasie wechseln. Im Verlauf der Rollenspiele wurden sie zunehmend offener und gelassener und haben dementsprechend fundierte Lösungen gefunden. Alle von den Untersuchenden beschriebenen Problemsituationen konnten gelöst werden.

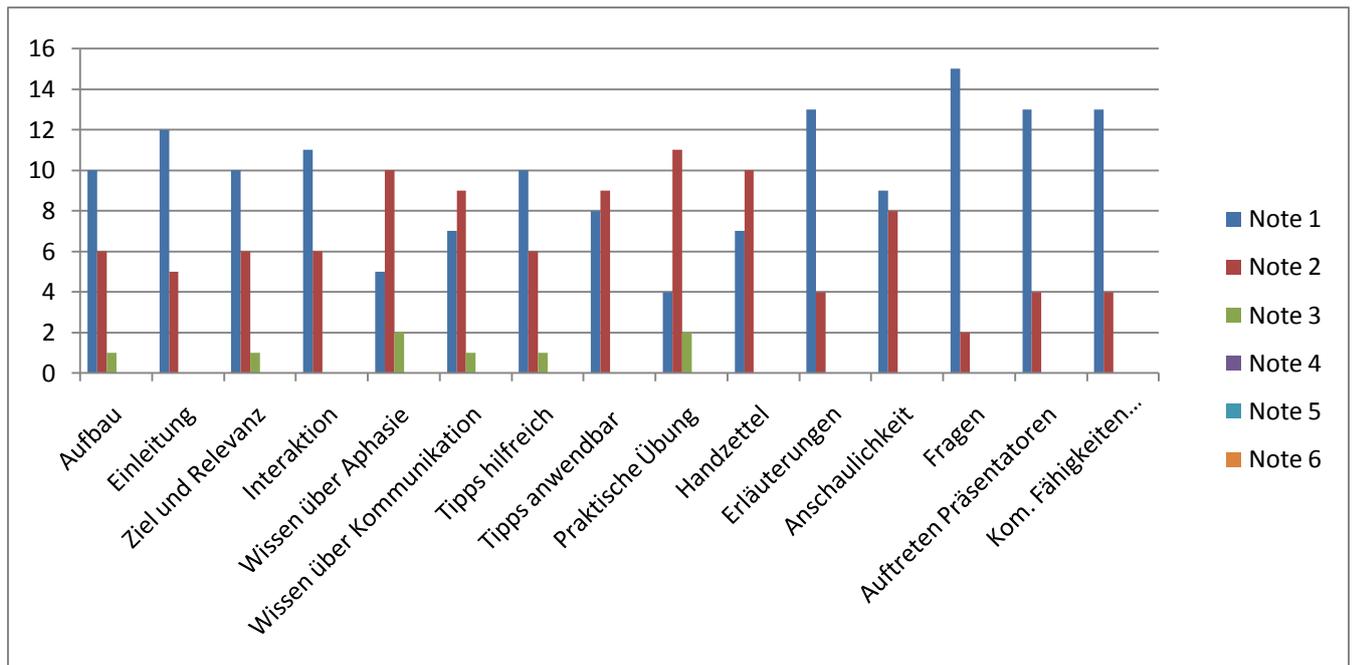
### *Evaluation*

Das mündliche Feedback der Teilnehmer war sehr positiv. Sie fanden den Workshop interessant und effektiv, dadurch, dass es eine gute Mischung aus theoretischen und praktischen Anteilen war. Die Pfleger haben sich während des Workshops sehr gut eingebunden gefühlt, indem sie während der Brainstorms und auch zwischendurch immer Ideen und Erfahrung nennen und teilen konnten. Sie fanden es sehr interessant die verschiedenen Meinungen der Untersucher und Kollegen zu hören. Sie gaben an, dass ihnen die Notwendigkeit und der Wert unserer Kommunikationstipps sehr deutlich und bewusst geworden sei. Während der Rollenspiele hätten sie bewusst auf die Anwendung dieser Tipps geachtet, es sei jedoch schwierig, diese immer in den Krankenhausalltag zu integrieren. Sie möchten jedoch versuchen, das Gelernte bestmöglich umzusetzen. Das Interesse spiegelt sich auch in dem Wunsch einiger Teilnehmer wider, dass sie das Kommunikationsbuch auf den Stationen benutzen möchten und nach einer Kopie gefragt haben.

Zurückblickend sind die Untersuchenden sehr zufrieden mit dem Ablauf der Workshops. Sie haben die vorab aufgestellten Ziele erreicht.

### *Auswertung der Evaluationsformulare*

Das Evaluationsformular bestand aus 15 Kategorien, die mit den Noten von eins bis sechs bewertet werden konnten. Die unten abgebildete Graphik zeigt die vergebenen Noten pro Kategorie und ihre Häufigkeit. Die Noten vier, fünf und sechs wurden nicht vergeben, werden jedoch der Vollständigkeit halber in der Graphik mit aufgenommen.



**Table 5.1:** Evaluations of the workshop by participants

The average rating of the workshop is 1.43.

The different categories are evaluated with the following average ratings:

Kategorie	Durchschnittsnote
Aufbau	1,47
Einleitung	1,29
Ziel	1,47
Interaktion	1,35
Wissen über Aphasie	1,59
Wissen über Kommunikation	1,53
Tipps hilfreich	1,47
Tipps anwendbar	1,53
<b>Praktische Übungen</b>	<b>1,65</b>
Handzettel	1,59
<i>Erläuterungen</i>	<i>1,24</i>
Anschaulichkeit	1,47
<i>Fragen</i>	<i>1,12</i>
<i>Auftreten Präsentatoren</i>	<i>1,24</i>
<i>Kommunikative Fähigkeiten Präsentatoren</i>	<i>1,24</i>

**Table 5.2:** Average ratings of the workshop categories

Die in der oben angelegten Tabelle fett markierte Kategorie „Praktische Übungen“ hat mit einer Durchschnittsnote von 1,65 die schlechteste Bewertung erhalten. Die kursiv markierten Kategorien „Erläuterungen“ (1,24), „Fragen“ (1,12), „Auftreten Präsentatoren“ (1,24) und „Kommunikative Fähigkeiten Präsentatoren“ (1,24) haben am besten abgeschnitten.

## **5.3 Zusammensetzung der Stichprobe**

### *Teilnehmende Krankenhäuser*

Mit den ersten vier Krankenhäusern haben die Untersuchenden direkt persönlich Kontakt aufgenommen, da sie drei aus dem Praktikum kannten und eins bei den vorausgegangenen Untersuchungen teilgenommen hatte. Alle vier teilten ihr Interesse an der Studie mit und baten um ein persönliches Gespräch, um den genauen Ablauf zu klären und dann Kontakt mit den verantwortlichen Angestellten aufnehmen zu können. Nach dem persönlichen Gespräch gaben alle vier Krankenhäuser an, bei der Studie teilnehmen zu wollen. Es handelt sich hierbei um

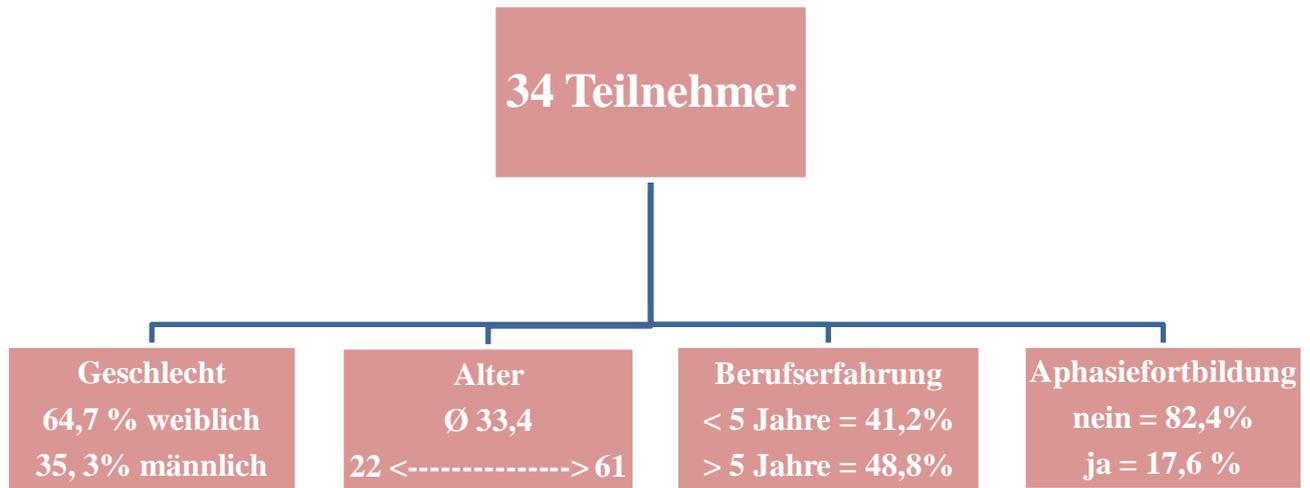
- das Johanna-Etienne-Krankenhaus Neuss
- das Uniklinikum Köln
- das Krankenhaus Bardenberg (Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen)
- das Krankenhaus Marienhöhe (Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen)

Danach wurden vier weitere Krankenhäuser per Email kontaktiert. Hierbei handelte es sich um das St. Elisabeth Krankenhaus in Grevenbroich, das Maria-Hilf-Krankenhaus in Mönchengladbach, das St. Martinus Krankenhaus in Düsseldorf und die LVR-Klinik in Bonn. In der Email wurde angegeben, dass die Untersuchenden innerhalb einer Woche telefonisch Kontakt aufnehmen. Während aller Telefonate wurde die Studie beschrieben. Keins der Krankenhäuser wollte jedoch teilnehmen. Drei der Krankenhäuser gaben Umstrukturierungen als Grund an, das vierte zweifelte daran, genügend Patienten mit Aphasie zu haben. Aus diesem Grunde blieb es bei den bereits oben genannten vier Krankenhäusern.

### *Teilnehmer insgesamt*

Die folgende Graphik beschreibt die gesamte Stichprobe der vorliegenden Untersuchung und gibt die Variablen der Teilnehmer wieder. Diese sind das Geschlecht, das Alter, die

## Berufserfahrung und die Teilnahme an einer Aphasiefortbildung.



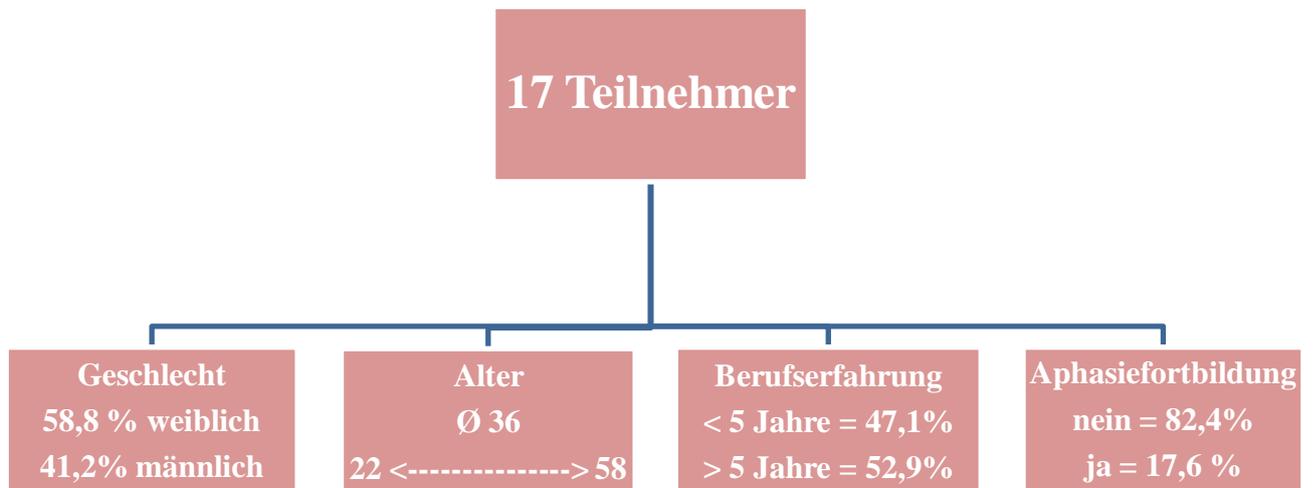
*Abbildung 5.1: Zusammensetzung der gesamten Stichprobe*

Die gesamte Stichprobe setzt sich aus 34 Teilnehmern aus vier verschiedenen Krankenhäusern zusammen. 22 (64,7 %) der teilnehmenden Pfleger sind weiblich und zwölf (35,3%) von ihnen männlich. Der Altersdurchschnitt beträgt 33,4 Jahre. Die Spannweite des Alters erstreckt sich von 22 Jahren bis hin zu 61 Jahren. Von den teilnehmenden Gesundheits- und Krankenpflegern haben 14 (41,2 %) eine Berufserfahrung von unter fünf Jahren, der Rest der Gruppe, der aus 20 (48,8%) Teilnehmern besteht, übt den Beruf seit mehr als fünf Jahren aus. An einer Aphasiefortbildung nahmen sechs (17,6%) Personen der Stichprobe schon einmal teil, 28 (82,4%) jedoch gaben an, nie an einer solchen Fortbildung teilgenommen zu haben.

Während der Untersuchung wurden die Pfleger auch nach ihrer jeweiligen Berufsbezeichnung gefragt. Diese lautet bei allen 34 Teilnehmern „Gesundheits- und Krankenpfleger“.

### *Teilnehmer Kontrollgruppe*

Die folgende Graphik beschreibt die Zusammensetzung der Kontrollgruppe der vorliegenden Untersuchung und gibt die Variablen der Teilnehmer wieder. Diese sind das Geschlecht, das Alter, die Berufserfahrung und die Teilnahme an einer Aphasiefortbildung.



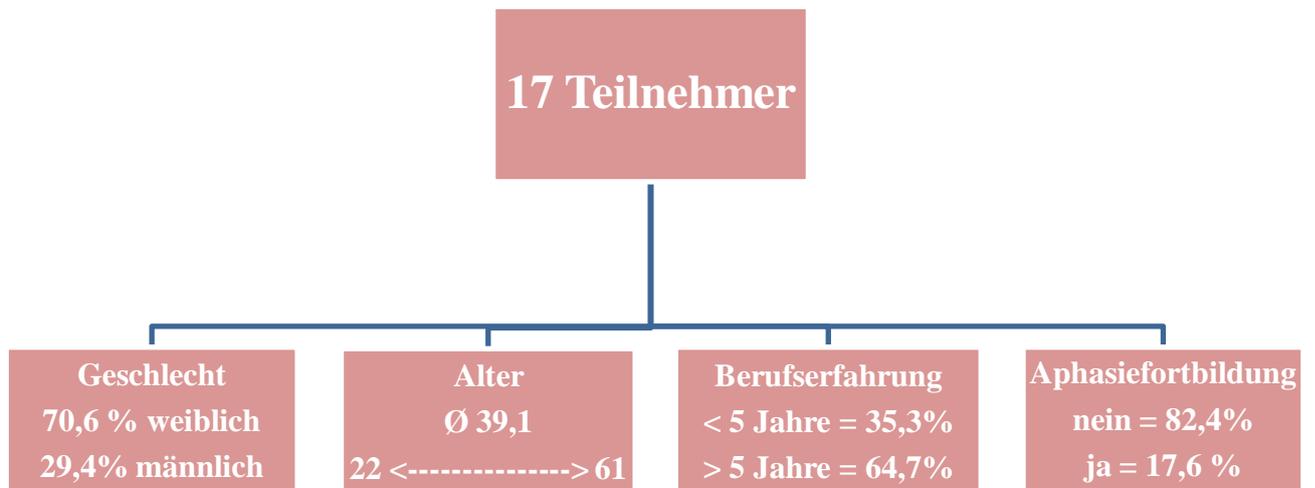
*Abbildung 5.2: Zusammensetzung der Kontrollgruppe*

Die Kontrollgruppe besteht aus 17 Teilnehmern, von denen zehn (58,8%) weiblich und sieben (41,2%) männlich sind. Das durchschnittliche Alter beträgt 36 Jahre, wobei der jüngste Teilnehmer 22 und der Älteste 58 Jahre ist. Die Berufserfahrung verteilt sich auf acht (47,1%) Pfleger, die ihren Beruf unter fünf Jahre ausführen und neun (52,9%), die über fünf Jahre in diesem Bereich tätig sind. An einer Aphasiefortbildung nahmen drei (17,6%) Probanden teil, 14 (82,4%) von ihnen gaben an nie daran teilgenommen zu haben.

Bei der ersten Nachuntersuchung reduzierte sich die Gruppe auf 15 Teilnehmer, da die zwei betroffenen Gesundheits- und Krankenpfleger die Station wechselten und somit nicht mehr in unsere Zielgruppe passten.

#### *Teilnehmer Studiengruppe*

Die folgende Graphik beschreibt die Zusammensetzung der Studiengruppe der vorliegenden Untersuchung und gibt die Variablen der Teilnehmer wider. Hierbei handelt es sich um das Geschlecht, das Alter, die Berufserfahrung und die Teilnahme an einer Aphasiefortbildung.



*Abbildung 5.3: Zusammensetzung der Studiengruppe*

Die Studiengruppe setzt sich aus den anderen 17 Teilnehmern der gesamten Stichprobe zusammen. Sie besteht aus zwölf (70,6%) weiblichen und fünf (29,4%) männlichen Pflegekräften. Das durchschnittliche Alter der Studiengruppe beträgt 39,1 Jahre. Die Spannweite erstreckt sich hierbei von 22 bis 61 Jahren. Sechs (35,3%) Gesundheits- und Krankenpfleger verfügen über eine Berufserfahrung von unter fünf Jahren und elf (64,7%) sind seit über fünf Jahren im Beruf tätig. An einer Aphasiefortbildung nahmen drei (17,6%) Probanden teil, 14 (82,4%) von ihnen gaben an nie daran teilgenommen zu haben.

#### *Vergleich der Studien- und Kontrollgruppe*

Vergleicht man die Stichproben der Studien- und Kontrollgruppe, fällt auf, dass sie sich allgemein sehr ähneln und es keine gravierenden Unterschiede gibt. Die Teilnehmerzahl und die Teilnahme an einer Aphasiefortbildung sind bei beiden Gruppen identisch. Auch das Geschlecht und das Alter nehmen ähnliche Werte an. Die Variable Berufserfahrung zeigt mit 35,3% unter fünf Jahren Berufserfahrung und 64,7% über fünf Jahren Berufserfahrung bei der Studiengruppe und mit einer Verteilung von 47,1% unter fünf Jahren und 52,9% über fünf Jahren Berufserfahrung die größten Unterschiede. Es fällt jedoch auch auf, dass bei beiden Gruppen die Mehrzahl der Teilnehmer mehr als fünf Jahre in diesem Feld berufstätig ist.

## 5.4 Daten-Analyse

### 5.4.1 Interrater-Reliabilität

Die Interrater-Reliabilität der beiden Observatoren wurde mit Intra-Class Correlation Coefficient errechnet, welcher 0,960 beträgt und einen 95%-Konfidenzintervall von 0,952-0,966 aufweist.

Dies bedeutet, dass die Reliabilität hoch ist und die Beurteilungen der beiden Observatoren damit zuverlässig übereinstimmen.

### 5.4.2 Kommunikation des Pflegepersonals aus Sicht der Observatoren

#### *Item-Niveau*

Die folgende Tabelle gibt die durchschnittlichen Noten aller Teilnehmer pro Item an. Diese wurden dabei in die Studien- und Kontrollgruppe sowie in die Vor- und Nachuntersuchungen unterteilt. Die Noten stellen einen Mittelwert der von den Observatoren gegebenen Bewertungen dar.

Item	Ø Note Studiengruppe			Ø Note Kontrollgruppe		
	V	N1	N2	V	N1	N2
<b>Anpassung der Umgebung</b>						
Störungen vermeiden	2,90	2,25	1,85	3,22	3,06	2,67
Ausreichende Beleuchtung	3,20	-	2,00	3,92	3,00	4,50
Schmerzfremde Körperhaltung	2,14	1,8	1,13	1,83	2,20	2,00
<b>Begrüßung/ Verabschiedung</b>						
Begrüßung	2,18	1,65	1,79	2,26	2,43	2,57
Grund für das Kommen	2,72	2,12	2,09	3,60	2,73	3,07
Verabschiedung	3,15	1,79	1,82	2,91	2,90	2,73
<b>Pfleger als Sprecher</b>						
Adäquates Tempo	2,29	2,03	2,09	2,44	2,70	2,20
Adäquate Lautstärke	2,18	1,85	2,26	3	2,27	2,20
Betonung wichtiger Wörter	2,97	2,38	2,29	2,85	2,80	2,43
Kurze, syntaktisch einfache Äußerungen	2,68	1,62	1,68	3,06	3,13	2,67
Pausen	2,67	2,12	2,15	2,26	2,77	2,30
Ja/nein-Fragen	3,18	1,82	1,44	2,29	3,00	2,57
Angemessenes Sprachniveau	2,32	1,85	1,85	1,88	2,13	2,17
Für Aufmerksamkeit sorgen	2,00	1,62	1,82	2,12	2,10	2,13
<b>Pfleger als Zuhörer</b>						
Kommunikation unterstützen	4,28	2,64	2,94	4,20	4,33	3,13
Verbales Feedback	2,70	2,19	2,41	2,44	2,83	2,40
Nicht ins Wort fallen	2,83	2,19	2,09	2,50	2,38	2,43
Worte nicht aus dem Mund nehmen	2,88	2,07	2,15	2,78	2,41	2,54
Rückmeldung über Verständlichkeit	3,54	2,36	2,44	2,46	2,65	2,50
Benennen nonverbaler Signale	3,56	1,88	2,24	2,76	2,29	2,10
<b>Alternative/ nonverbale Kommunikation</b>						
Mimik und Gestik	2,47	1,68	1,5	2,79	2,41	2,47
Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen	4,00	2,30	2,46	3,25	4,44	3,04
Blickkontakt	2,68	1,69	1,91	2,38	2,00	2,03
Nonverbales Feedback	2,75	2,06	2,03	2,31	2,15	2,23
Interesse für die Gefühlswelt	2,56	1,47	1,76	1,85	2,07	1,97

*Tabelle 5.3: Durchschnittliche Bewertung der Observatoren auf Itemniveau*

V= Voruntersuchung; N1= Nachuntersuchung 1; N2= Nachuntersuchung 2

### Voruntersuchung:

Bei der Voruntersuchung erreicht die Studiengruppe in der Kategorie 3 bei Item 8 „für Aufmerksamkeit sorgen“ mit 2,00 (Note „gut“) die beste Note von allen Items. Item 2 „schreiben/ zeichnen/ zeigen“ der Kategorie 5 schneidet mit einer Note von 4,00 (Note „ausreichend“) am schlechtesten ab.

Bei der Kontrollgruppe erreicht Item 3 „schmerzfreie Körperhaltung“ der Kategorie 1 mit einer 1,83 (Note „gut“) die beste Note. Die schlechteste Bewertung erhält Item 1 „Unterstützung der Kommunikation“ der Kategorie 4 mit einer Note von 4,20 (Note „ausreichend“).

### Nachuntersuchung 1:

In der ersten Nachuntersuchung ergeben sich für die Studiengruppe folgende Werte: Item 5 „Interesse für die Gefühlswelt“ der Kategorie 5 wird mit einer Note von 1,47 (Note „sehr gut“) am besten bewertet. Item 1 „Unterstützung der Kommunikation“ der Kategorie 4 schneidet mit einer Bewertung von 2,64 (Note „befriedigend“) am schlechtesten ab.

Bei der Kontrollgruppe wurde Item 3 „Blickkontakt“ der Kategorie 5 mit einer durchschnittlichen Note von 2 (Note „gut“) am besten bewertet. Item 2 „schreiben/ zeichnen/ zeigen“ der Kategorie 5 erreicht die schlechteste Bewertung, nämlich 4,44 (Note „ausreichend“).

### Nachuntersuchung 2:

Die zweite Nachuntersuchung zeigt für die Studiengruppe folgende Resultate: Item 3 „Schmerzfreie Körperhaltung“ der Kategorie 1 erzielt mit einer Note von 1,13 (Note „sehr gut“) die beste Bewertung. Item 1 „Unterstützung der Kommunikation“ der Kategorie 4 fällt mit einer Note von 2,94 (Note „befriedigend“) am schlechtesten aus.

Die Kontrollgruppe erreicht bei Item 5 „Interesse für die Gefühlswelt“ der Kategorie 5 mit einer Note von 1,97 (Note „gut“) den höchsten Wert, während sie bei Item 2 „ausreichende Beleuchtung“ der Kategorie 1 mit einer Bewertung von 4,5 (Note „mangelhaft“) am schlechtesten abschneidet.

### *Kategorien-Niveau*

Die folgende Tabelle gibt die durchschnittlichen Noten aller Teilnehmer der fünf verschiedenen Kategorien an. Diese wurden dabei in die Studien- und Kontrollgruppe sowie in die Vor- und Nachuntersuchungen unterteilt. Die Noten stellen einen Mittelwert der von den Observatoren gegebenen Bewertungen dar.

	Studiengruppe			Kontrollgruppe		
	<i>Ø Note V</i>	<i>Ø Note N1</i>	<i>Ø Note N2</i>	<i>Ø Note V</i>	<i>Ø Note N1</i>	<i>Ø Note N2</i>
1. Anpassung der Umgebung	<b>2,42</b>	1,96	2,8	2,89	2,15	2,77
2. Begrüßung/ Verabschiedung	2,7	2	2,69	2,65	<b>1,78</b>	2,66
3. Pflegepersonal als Sprecher	2,56	1,87	2,67	<b>2,35</b>	1,85	<b>2,23</b>
4. Pflegepersonal als Zuhörer	<i>3,15</i>	<i>2,31</i>	<i>2,81</i>	2,7	2,32	2,51
5. Alternative/ nonverbale Kommunikation	2,91	<b>1,78</b>	<b>2,61</b>	2,41	1,86	2,32

**Tabelle 5.4:** Durchschnittliche Bewertung der Observatoren auf Kategorienniveau

V= Voruntersuchung; N1= erste Nachuntersuchung; N2= zweite Nachuntersuchung ; Fettgedruckt= die beste Kategorie; Kursiv= schlechteste Kategorie

### Voruntersuchung:

Die Studiengruppe erzielt bei der Voruntersuchung in der Kategorie 1 „Anpassung der Umgebung“ mit der Note 2,42 (Note „gut“) die beste und mit der Kategorie 4 „Pflegepersonal als Zuhörer“ mit der Note 3,15 (Note „befriedigend“) die schlechteste Bewertung. In der Kategorie 3 „Pflegepersonal als Sprecher“ erreicht die Kontrollgruppe die beste Note von 2,35 (Note „gut“), während die schlechteste Note von 2,89 (Note „befriedigend“) in der Kategorie 1 „Anpassung der Umgebung“ erzielt wird.

### Nachuntersuchung 1:

In der ersten Nachuntersuchung zählt bei der Studiengruppe die Kategorie 5 „Alternative/ nonverbale Kommunikation“ mit der durchschnittlichen Note 1,78 (Note „gut“) zur besten und die Kategorie 4 „Pflegepersonal als Zuhörer“ mit 2,31 (Note „gut“) zur schlechtesten Bewertung.

Bei der Kontrollgruppe schneidet Kategorie 5 „Alternative/ nonverbale Kommunikation“ mit der Note 2,61 (Note „befriedigend“) ebenfalls als Beste und Kategorie 4 „Pflegepersonal als Zuhörer“ mit der Note 2,81 (Note „befriedigend“) als Schlechteste ab.

### Nachuntersuchung 2:

Bei der zweiten Nachuntersuchung erreicht Kategorie 2 „Begrüßung und Verabschiedung“ mit 1,78 (Note „gut“) den höchsten Wert und Kategorie 4 „Pflegepersonal als Zuhörer“ mit 2,32 (Note „gut“) den niedrigsten Wert.

Bei der Kontrollgruppe hingegen schneidet Kategorie 3 „Pflegepersonal als Sprecher“ mit der Note 2,23 (Note „gut“) am besten und Kategorie 1 „Anpassung der Umgebung“ mit der Note 2,77 (Note „befriedigend“) am schlechtesten ab.

### *Gesamte Kommunikation*

In der nachfolgenden Tabelle wird die durchschnittliche Benotung der gesamten Kommunikation wiedergegeben. Um diese zu errechnen wurden pro Teilnehmer die durchschnittlichen Noten der verschiedenen Kategorien genutzt.

	Ø Note Studiengruppe			Ø Note Kontrollgruppe			
Teilnehmer	V	N1	N2	Teilnehmer	V	N1	N2
1	1,57	1,8	1,85	1	1,57	1,62	2,12
2	2,85	1,9	2,01	2	2,1	2,56	2,63
3	3,15	2,39	1,83	3	2,72	3,07	2,97
4	3,6	1,96	1,97	4	1,79	-	-
5	2,27	1,62	2,37	5	3,1	2,63	2,61
6	1,99	1,49	1,89	6	2,62	4,38	3,08
7	4,12	2,3	2,03	7	2,9	1,85	2,73
8	2,28	1,98	2,21	8	2,14	2,62	2,42
9	2,68	1,85	2,3	9	2,28	-	-
10	3,08	1,76	1,92	10	3,46	3,08	2,82
11	3,3	1,89	2,04	11	2,93	2,65	1,4
12	2,95	2,06	1,88	12	3,21	2,73	2,84
13	2,84	2,15	1,98	13	3,29	2,85	2,63
14	2,54	1,53	1,75	14	2,18	2,7	2,61
15	1,9	1,88	1,76	15	3,13	2,58	2,46
16	3,23	2,18	1,93	16	3,43	2,32	1,67
17	2,58	2,13	2,14	17	2,1	2,52	2,69
<b>Ø Note der gesamten Kommunikation</b>	<b>2,76</b>	<b>1,93</b>	<b>1,99</b>		<b>2,64</b>	<b>2,71</b>	<b>2,51</b>

*Tabelle 5.5: Durchschnittliche Noten der gesamten Kommunikation pro Teilnehmer*  
V= Voruntersuchung; N1= erste Nachuntersuchung; N2= zweite Nachuntersuchung

Voruntersuchung:

Die durchschnittliche Note der gesamten Kommunikation der Studiengruppe bei der Voruntersuchung beträgt 2,76 (Note „befriedigend“), bei der Kontrollgruppe beträgt diese 2,64 (Note „befriedigend“).

Nachuntersuchung 1:

Die erste Nachuntersuchung bei der Studiengruppe wird mit einer durchschnittlichen Note von 1,93 (Note „gut“) und bei der Kontrollgruppe mit 2,71 (Note „befriedigend“) bewertet.

Nachuntersuchung 2:

Ähnliche Ergebnisse ergibt die zweite Nachuntersuchung. Hierbei erreicht die Studiengruppe eine durchschnittliche Note von 1,99 (Note „gut“). Die Kontrollgruppe wird mit einer Note von 2,51 (Note „befriedigend“) bewertet.

### 5.4.3 Kommunikation des Pflegepersonals aus Sicht des Pflegepersonals

*Kategorienniveau*

Die folgende Tabelle gibt die durchschnittlichen Noten aller Teilnehmer der fünf verschiedenen Kategorien an. Diese wurden dabei in die Studien- und Kontrollgruppe sowie in die Vor- und Nachuntersuchungen unterteilt. Die Noten stellen einen Mittelwert der von den Gesundheits- und Krankenpflegern selbst gegebenen Bewertungen dar.

Kategorie	Ø Note Studiengruppe			Ø Note Kontrollgruppe		
	V	N1	N2	V	N1	N2
1 Anpassung an Umgebung	2,44	1,98	1,95	<b>2,02</b>	<b>2,13</b>	<b>2,04</b>
2 Begrüßung und Verabschiedung	2,41	1,78	<i>1,45</i>	<i>1,67</i>	1,93	1,93
3 Pflegepersonal als Sprecher	<b>2,47</b>	<i>1,73</i>	1,70	1,93	1,93	<i>1,79</i>
4 Pflegepersonal als Zuhörer	2,42	<b>1,99</b>	1,95	1,97	2,10	2,00
5 Alternative/ nonverbale Kommunikation	<i>2,31</i>	1,75	<b>2,00</b>	1,82	1,81	1,83

**Tabelle 5.6:** Kommunikationsleistungen aus der Sicht des Pflegepersonals auf Kategorienniveau

V= Voruntersuchung; N1= erste Nachuntersuchung; N2= zweite Nachuntersuchung; Fettgedruckt= die beste Kategorie; Kursiv= die schlechteste Kategorie

### Voruntersuchung:

Bei der Voruntersuchung schätzte die Studiengruppe des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals sich in der Kategorie 5 „Alternative und nonverbale Kommunikation“ mit einer durchschnittlichen Note von 2,31 (Note „gut“) am besten und mit einer 2,47 (Note „gut“) am schlechtesten ein. Die Kontrollgruppe sah in der Kategorie 2 „Begrüßung/ Verabschiedung“ mit einer Note von 1,67 (Note „gut“) seine beste und in der Kategorie 1 „Anpassung der Umgebung“ mit einer Note von 2,92 (Note „gut“) seine schlechteste Leistung.

### Nachuntersuchung 1:

Während der ersten Nachuntersuchung gab sich die Studiengruppe bei Kategorie 3 „Pflegepersonal als Sprecher“ die beste Note (1,73 = Note „gut“) und bei Kategorie 4 „Pflegepersonal als Zuhörer“ die schlechteste (1,99 = Note „gut“). Die Kontrollgruppe bewertete Kategorie 5 „Alternative und nonverbale Kommunikation“ mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,81 (Note „gut“) als die Beste und Kategorie 1 „Anpassung der Umgebung“ mit einer 2,13 (Note „gut“) als die Schlechteste.

### Nachuntersuchung 2:

Kategorie 2 „Begrüßung/ Verabschiedung“ schnitt bei der Selbsteinschätzung der Studiengruppe während der Nachuntersuchung mit einer Note von 1,45 (Note „sehr gut“) am besten und Kategorie 5 „Alternative und nonverbale Kommunikation“ mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2 (Note „gut“) am schlechtesten ab.

Bei der Kontrollgruppe erreichte Kategorie 3 „Pflegepersonal als Sprecher“ mit einer 1,79 (Note „gut“) die höchste und Kategorie 1 „Anpassung der Umgebung“ mit einer 2,04 (Note „gut“) die niedrigste Bewertung.

### *Gesamte Kommunikation*

Die folgende Tabelle gibt die durchschnittlichen der gesamten Kommunikation an. Um diese zu errechnen wurden pro Teilnehmer die durchschnittlichen Noten der verschiedenen Kategorien genutzt.

Die Noten wurden wiederum in die Studien- und Kontrollgruppe sowie in die Vor- und Nachuntersuchungen unterteilt.

Teilnehmer	Ø Note Studiengruppe			Ø Note Kontrollgruppe			
	V	N1	N2	Teilnehmer	V	N1	N2
1	2,00	1,73	1,32	1	1,66	2,2	1,7
2	2,42	1,89	1,62	2	2,44	1,58	1,79
3	2,17	1,92	1,62	3	1,79	1,96	2
4	2,00	1,81	2,00	4	1,51	-	-
5	1,73	1,93	1,76	5	1,99	2,5	1,98
6	1,91	1,66	1,92	6	2,4	2,54	2,12
7	2,62	1,95	1,55	7	1,55	1,86	1,96
8	2,62	2,13	1,55	8	2,03	1,89	1,94
9	2,37	1,86	2,09	9	1,74	-	-
10	2,80	1,86	1,54	10	1,46	1,73	2
11	2,23	1,87	1,64	11	2,14	1,57	1,65
12	2,93	1,65	1,72	12	1,74	1,94	1,83
13	3,04	1,69	1,87	13	1,94	1,74	1,83
14	2,43	1,75	1,86	14	1,92	2,22	2,21
15	2,47	2,05	1,73	15	1,84	1,75	1,94
16	2,00	1,75	1,82	16	1,96	2,05	1,94
17	1,92	1,86	1,67	17	1,97	2,19	1,97
<b>Ø Note der gesamten Kommunikation</b>	<b>2,41</b>	<b>1,85</b>	<b>1,81</b>		<b>1,88</b>	<b>1,98</b>	<b>1,92</b>

**Tabelle 5.7:** durchschnittliche Note der gesamten Kommunikation pro Teilnehmer in der Selbsteinschätzung  
V= Voruntersuchung; N1= Nachuntersuchung 1; N2= Nachuntersuchung 2

Voruntersuchung:

Bei der Voruntersuchung lag die selbst eingeschätzte, durchschnittliche Gesamtnote der Kommunikation von der Studiengruppe bei 2,41 (Note „gut“) und von der Kontrollgruppe bei 1,88 (Note „gut“).

Nachuntersuchung 1:

Die Selbsteinschätzung der Studiengruppe in der ersten Nachuntersuchung ergab für die gesamte Kommunikation eine durchschnittliche Bewertung von 1,85 (Note „gut“). Die der Kontrollgruppe ergab einen Wert von 1,98 (Note „gut“).

Nachuntersuchung 2:

Die selbst eingeschätzte, durchschnittliche Note für die gesamte Kommunikation während der zweiten Nachuntersuchung lag bei der Studiengruppe bei 1,81 (Note „gut“) und bei der Kontrollgruppe bei 1,92 (Note „gut“).

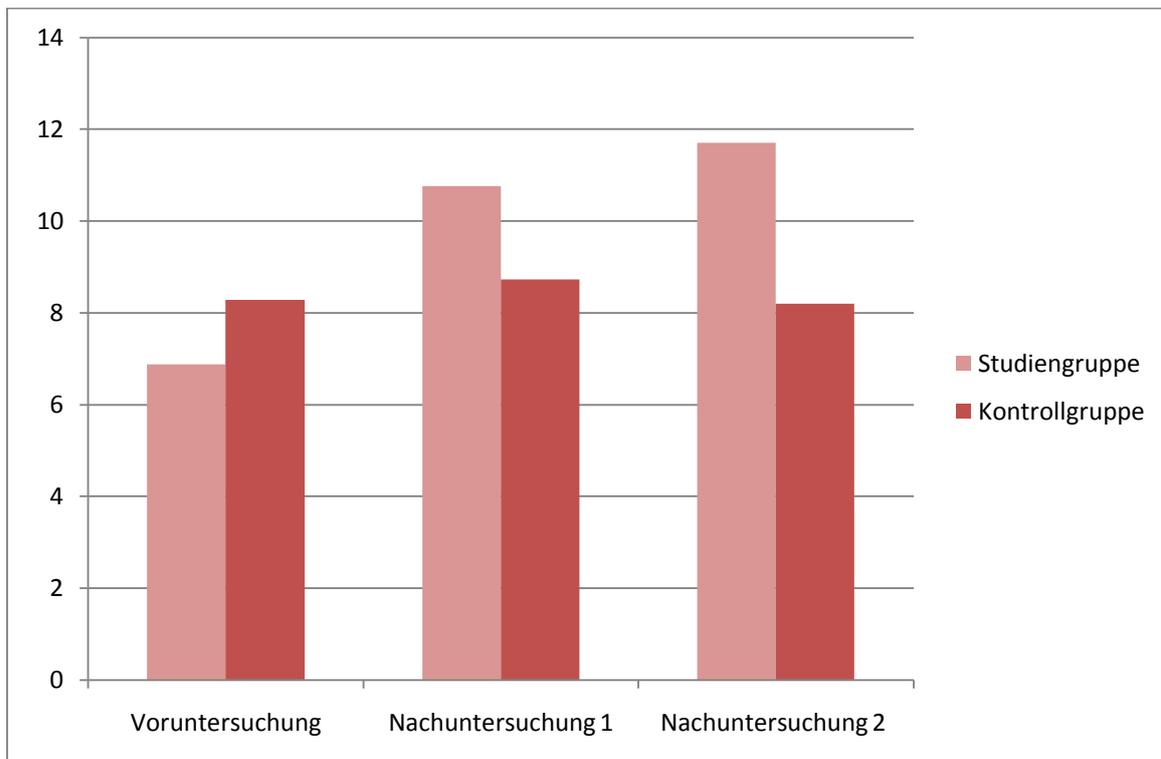
#### 5.4.4 Korrelation Selbsteinschätzung und Observation auf Kategorienniveau

Nach Pearson beträgt der Korrelationskoeffizient zwischen der Selbsteinschätzung der Studiengruppe und der durchschnittlichen Bewertung der Observatoren  $r = 0,404$ . Dieser Wert lässt auf eine geringe Übereinstimmung der beiden Variablen schließen, welche mit  $p = 0,135$  ( $\alpha < 0,05$ ) nicht signifikant ist.

Die Noten der Teilnehmer der Kontrollgruppe korrelieren mit den Bewertungen der Observatoren mit  $r = 0,109$  und  $p = 0,7$  ( $\alpha < 0,05$ ). Diese Korrelation ist sehr gering und nicht signifikant.

## 5.4.5. Wissensprüfung

Die folgende Grafik gibt die durchschnittliche Punktzahl der Studien- und Kontrollgruppe von der Wissensprüfung an. Zusätzlich werden die einzelnen Untersuchungen berücksichtigt.



*Abbildung 5.4: Durchschnittliche Punktzahlen beim Wissenstest*

Bei der Wissensprüfung über Aphasie konnten maximal 16 Punkte erreicht werden.

Die Studiengruppe erzielt in der Voruntersuchung eine durchschnittliche Punktzahl von 6,88. Der Median beträgt hierbei 8, der Modus 10. Die Spannweite (Range) geht von 2 bis 11 Punkten und ergibt den Wert 9. In der ersten Nachuntersuchung liegt die durchschnittliche Punktzahl bei 10,76. Hier lautet der Median 12 und der Modus 13. Die Spannweite umfasst die Punktzahlen 2 bis 14 und beträgt 12. Die Durchschnittspunktzahl bei der zweiten Nachuntersuchung liegt bei 11,71. Median und Modus sind jeweils 12. Die Spannweite hat den Wert 10 mit einem Minimum von 4 und einem Maximum von 14.

Die Kontrollgruppe schneidet in der Voruntersuchung mit einer durchschnittlichen Punktzahl von 8,29, einem Median und Modus von 8 und einer Spannweite von 8 (5-13) ab. In der ersten Nachuntersuchung beträgt die durchschnittliche Punktzahl 8,73. Der Median und der Modus

nehmen einen Wert von 9 an und die Spannweite liegt bei 6 mit einem Minimum von 6 und einem Maximum von 12. Während der zweiten Nachuntersuchung ergibt sich eine Durchschnittspunktzahl von 8,2. Der Median und der Modus betragen jeweils 8. Die Spannweite geht von 5-11 und ergibt den Wert 6.

### 5.4.6 Korrelation Wissensprüfung und Kommunikation

Die Korrelation zwischen Wissensprüfung und der gesamten Kommunikation der Studiengruppe beträgt  $r = -0,969$  und ist mit  $p = 0,160$  ( $\alpha < 0,05$ ) nicht signifikant. Die Übereinstimmung ist jedoch sehr groß.

Bei der Kontrollgruppe liegt der Korrelationskoeffizient bei  $r = -0,860$ . Dieser deutet auf eine hohe Übereinstimmung hin, ist jedoch mit  $p = 0,341$  ( $\alpha < 0,05$ ) nicht signifikant.

### 5.4.7. Überprüfung der Normalverteilung

Da die Untersuchenden sich bei den weiteren statistischen Analysen auf parametrische Tests berufen möchten, wird an dieser Stelle der Untersuchung der Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt, um die Normalverteilung zu überprüfen. Dazu wurden die durchschnittlichen Bewertungen der Kommunikationsleistungen durch die Observatoren auf Kategorienebene überprüft. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bewertungen aller Kategorien der Normalverteilung entsprechen, sich also nicht signifikant von ihr unterscheiden. Dies sind die p-Werte für die verschiedenen Kategorien:

Kategorie 1 (Anpassung Umgebung):  $p = 0,200$  bei  $\alpha < 0,05$

Kategorie 2 ( Begrüßung und Verabschiedung):  $p = 0,137$  bei  $\alpha < 0,05$

Kategorie 3 ( Pflegepersonal als Sprecher):  $p = 0,200$  bei  $\alpha < 0,05$

Kategorie 4 (Pflegepersonal als Zuhörer):  $p = 0,197$  bei  $\alpha < 0,05$

Kategorie 5 (Alternative und nonverbale Kommunikation):  $p = 0,200$  bei  $\alpha < 0,05$

Da die Werte der Normalverteilung entsprechen, ist es den Untersuchenden möglich parametrische Tests wie den T-Test zur Überprüfung von Signifikanzen und der Effektivität zu benutzen.

## 5.4.8 Effektivität des Workshops

Im folgenden Abschnitt wird die Effektivität des Workshops überprüft. Hierbei gehen die Observatoren auf verschiedene Unterpunkte ein: Die Effektivität der gesamten Kommunikation, die Effektivität auf Kategorienniveau und die in Bezug auf das Wissen über Aphasie.

### *Effektivität in Bezug auf die Kommunikationsleistungen*

Die Signifikanz gesamte Kommunikation:

Um die Effektivität des Workshops hinsichtlich der gesamten Kommunikationsleistung zu prüfen werden die durchschnittlichen Verbesserungen der Studien- und Kontrollgruppe, die zwischen der Voruntersuchung und den Nachuntersuchungen auftreten, miteinander verglichen.

Der Unterschied in der Verbesserung der gesamten Kommunikationsleistung ist für die erste Nachuntersuchung signifikant. In diesem Falle ist  $t=3,696$  und  $p= 0,001$  bei  $\alpha<0,05$ . Die Studiengruppe erreicht also im Durchschnitt signifikant bessere Noten als die Kontrollgruppe.

Die Überprüfung der durchschnittlichen Verbesserungen zwischen der Voruntersuchung und der zweiten Nachuntersuchung ergeben ähnliche Resultate. Auch hier liegt ein signifikanter Unterschied vor.  $t$  beträgt  $2,428$  und  $p$  nimmt den Wert  $0,021$  an bei  $\alpha<0,05$ .

Die Signifikanz der verschiedenen Kategorien:

Durch die Berechnung der Effektivität der gesamten Kommunikation haben die Untersuchenden einen allgemeinen Eindruck von dem Fortschritt der selbigen erhalten. Um detailliertere Aussagen treffen zu können, haben sie zusätzlich die Effektivität des Workshops auf die verschiedenen Kategorien der Kommunikation bezogen. Dazu wurden wiederum die durchschnittlichen Verbesserungen der Studien- und Kontrollgruppe, die zwischen der Voruntersuchung und den Nachuntersuchungen hinsichtlich der fünf verschiedenen Kategorien auftreten, miteinander verglichen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht der einzelnen Kategorien und den Signifikanzwerten bei den zwei Nachuntersuchungen:

Kategorie	Nachuntersuchung 1			Nachuntersuchung 2		
	t	df	P	t	df	p
1 Anpassung der Umgebung	-0,253	30	0,802	-1,0182	30	0,288
2 Begrüßung/ Verabschiedung	1,748	30	0,091	1,003	30	0,384
3 Pfleger als Sprecher	3,166	30	<b>0,040</b>	0,727	30	<b>0,049</b>
4 Pfleger als Zuhörer	1,565	30	0,128	0,312	30	0,757
5 Alternative/ nonverbale Kommunikation	2,216	30	<b>0,034</b>	0,845	30	<b>0,045</b>

*Tabelle 5.8: Signifikanzwerte der Kategorien der Kommunikation*

Der Wert p in der obigen Tabelle steht für die Signifikanz. Bei  $\alpha$  haben sich die Untersuchenden wieder für den Wert  $\alpha < 0,05$  entschieden.

Die fettgedruckten Zahlen zeigen, dass die jeweiligen Kategorien einen signifikanten Voraugang erzielt haben.

Kategorie 3 „Pfleger als Sprecher“ erreicht bei der Studiengruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe dementsprechend mit  $t=3,166$ ,  $df=30$  und  $p= 0,040$  eine signifikante Verbesserung in der ersten Nachuntersuchung. Auch Kategorie 5 „Alternative/ nonverbale Kommunikation“ erreicht einen Fortschritt mit  $t=2,216$ ,  $df=30$  und einer Signifikanz von  $p=0,034$ . Die restlichen Kategorien können sich in der ersten Nachuntersuchung nicht signifikant verbessern.

Auch in der zweiten Nachuntersuchung erreichen Kategorie 3 und 5 signifikante Werte mit  $t=0,727$ ,  $df=30$  und  $p=0,049$  und  $t= 0,845$ ,  $df=30$  und  $p =0,045$ .

#### *Effektivität in Bezug auf das Wissen über Aphasie*

Die Prüfung der Effektivität des Workshops in Bezug auf das Wissen über Aphasie verläuft ähnlich. Auch hier werden die durchschnittlichen Verbesserungen der Studiengruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Voruntersuchung und der Nachuntersuchungen ermittelt und miteinander verglichen.

Dieser Unterschied in der Verbesserung des Wissens über Aphasie ist ebenfalls für beide Nachuntersuchungen signifikant. Die Studiengruppe zeigt in beiden Nachuntersuchungen signifikant bessere Leistungen als die Kontrollgruppe.

Bei der Überprüfung der durchschnittlichen Verbesserung zwischen der Voruntersuchung und der ersten Nachuntersuchung ist  $t= 2,684$  und  $p= 0,012$  bei  $\alpha<0,05$ . Die Werte bei der Überprüfung

zwischen der Voruntersuchung und der zweiten Nachuntersuchung lauten  $T=3,893$  und  $p= 0,010$  bei  $\alpha<0,05$ .

### 5.4.9 Einfluss von Aphasiefortbildung

Insgesamt haben sowohl bei der Studiengruppe als auch bei der Kontrollgruppe jeweils drei Teilnehmer an einer Aphasiefortbildung teilgenommen. Der Rest der Gruppen (jeweils 14 Teilnehmer) nahm bisher noch an keiner teil.

Inwieweit die Aphasiefortbildung Einfluss auf die Ergebnisse hat, wird im Folgenden von den Untersuchenden erläutert.

#### *Einfluss auf die Kommunikationsleistung*

Die Durchschnittsnote der Kommunikationsleistung der Teilnehmer der Studiengruppe bei der Voruntersuchung mit einer Aphasiefortbildung beträgt 2,49. Zum Vergleich erreichen die Teilnehmer der Studiengruppe ohne eine Aphasiefortbildung in der Voruntersuchung eine durchschnittliche Note von 2,30.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt bei der Studiengruppe für  $T= - 1,120$  und  $df= 15$  bezogen auf die Gesamtbeurteilung der Kommunikation einen nicht signifikanten Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistungen:  $p= 0,208$ ;  $\alpha<0,05$ .

Die Teilnehmer der Kontrollgruppe mit Aphasiefortbildung erzielen während der Voruntersuchung eine durchschnittliche Note von 1,51, während die Teilnehmer ohne Aphasiefortbildung einen Durchschnittswert von 1,97 erreichen.

Für die Kontrollgruppe ergeben sich bei dem T-Test folgende Werte:  $T= -0,228$ ;  $df= 15$ . Dies lässt darauf schließen, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistung besteht:  $p= 0,825$ ;  $\alpha<0,05$ .

Um den Einfluss der Aphasiefortbildungen auf die Nachuntersuchungen zu untersuchen, werden zunächst die Differenzen der durchschnittlichen Noten zwischen der Voruntersuchung und den Nachuntersuchungen berechnet. Mit diesen Werten kann dann eine mögliche Signifikanz des Einflusses der Aphasiefortbildung auf den Fortschritt in Kommunikation und Wissen über Aphasie untersucht werden. In der folgenden Tabelle sind die Fortschritte in Bezug auf die Kommunikation angegeben:

	Studiengruppe		Kontrollgruppe	
	N1	N2	N1	N2
ØN+F	0,12	1,19	0,72	0,41
Ø N-F	0,74	1,31	0,09	0,08
t	-1,329	-1,318	-1,427	-0,520
df	15	15	13	13
p	0,470	0,207	0,177	0,612

**Tabelle 5.9:** Einfluss der Aphasiefortbildungen auf die gesamte Kommunikation

U= Untersuchung; V= Voruntersuchung; N1= Nachuntersuchung 1; N2= Nachuntersuchung 2; Ø N+F= durchschnittliche Verbesserung der Note bei Teilnehmern mit Fortbildung; Ø N-F= durchschnittliche Verbesserung der Note bei Teilnehmern ohne Fortbildung

In der ersten Nachuntersuchung verbessern sich die Teilnehmer der Studiengruppe mit Aphasiefortbildung um eine durchschnittliche Note von 1,24, die ohne um 0,74.

Bei der Kontrollgruppe erreichen die Teilnehmer mit Aphasiefortbildung Noten, die durchschnittlich um einen Wert von 0,72 besser sind. Die Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Aphasiefortbildung verbessern sich durchschnittlich um 0,09.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt bei der Studiengruppe für  $T = -1,329$  und  $df = 15$  bezogen auf die Gesamtbeurteilung der Kommunikation einen nicht signifikanten Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistungen:  $p = 0,147$ ;  $\alpha < 0,05$ .

Für die Kontrollgruppe ergeben sich bei dem T-Test folgende Werte:  $T = -1,427$ ;  $df = 13$ . Dies lässt darauf schließen, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistung besteht:  $p = 0,177$ ;  $\alpha < 0,05$ .

In der zweiten Nachuntersuchung schneiden die Teilnehmer der Studiengruppe mit Aphasiefortbildung mit einer durchschnittlich besseren Note von einem Wert von 1,19 ab. Die Probanden ohne Aphasiefortbildung verbessern sich um einen durchschnittlichen Notenwert von 1,31.

Bei der Kontrollgruppe erzielen die Teilnehmer mit einer Aphasiefortbildung eine durchschnittlich bessere Note von einem Wert von 0,41, die ohne von 0,08.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt bei der Studiengruppe für  $T = -1,318$  und  $df = 15$  bezogen auf die Gesamtbeurteilung der Kommunikation einen nicht signifikanten Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistungen:  $p = 0,207$ ;  $\alpha < 0,05$ .

Für die Kontrollgruppe ergeben sich bei dem T-Test folgende Werte:  $T = -0,520$ ;  $df = 13$ . Dies lässt darauf schließen, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistung besteht:  $p = 0,612$ ;  $\alpha < 0,05$ .

## *Einfluss auf das Wissen über Aphasie*

Die Teilnehmer der Studiengruppe mit Aphasiefortbildung erreichen in der Voruntersuchung im Wissenstest eine durchschnittliche Punktzahl von 8,33, während die Teilnehmer ohne Aphasiefortbildung eine Durchschnittspunktzahl von 8 erzielen.

Für  $T= 0,042$  und  $df= 15$  konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilnehmern der Studiengruppe mit Aphasiefortbildung und ohne Aphasiefortbildung bestätigt werden:  $p= 0,967$ ;  $\alpha < 0,05$ .

In der Kontrollgruppe erreichen die Teilnehmer, die an einer Aphasiefortbildung teilgenommen haben, in der Voruntersuchung eine durchschnittliche Punktzahl von 9. Zum Vergleich erzielen die Teilnehmer, die bisher an keiner Aphasiefortbildung teilgenommen haben, eine 8,14.

Bei der Kontrollgruppe ergab sich mit  $T= -0,625$  und  $df=15$  ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen:  $p= 0,541$ ;  $\alpha < 0,05$ .

Um den Einfluss der Aphasiefortbildungen auf die Nachuntersuchungen zu untersuchen, werden zunächst die Differenzen der durchschnittlichen Punktwerte zwischen der Voruntersuchung und den Nachuntersuchungen berechnet. Mit diesen Werten kann dann eine mögliche Signifikanz des Einflusses der Aphasiefortbildung auf den Fortschritt in Kommunikation und Wissen über Aphasie untersucht werden. In der folgenden Tabelle sind die Fortschritte in Bezug auf das Wissen über Aphasie angegeben:

	Studiengruppe		Kontrollgruppe	
	N1	N2	N1	N2
ØP+F	4	4,67	-0,5	1
Ø P-F	2,43	3,43	0,69	0,23
t	0,950	-0,725	0,993	-0,470
df	15	15	13	13
P	0,357	0,480	0,339	0,646

**Tabelle 5.10:** Einfluss der Aphasiefortbildung auf das Wissen über Aphasie

U= Untersuchung; V= Voruntersuchung; N1= Nachuntersuchung 1; N2= Nachuntersuchung 2; Ø P+F= durchschnittliche Verbesserung der Punktzahl bei Teilnehmern mit Fortbildung; Ø P-F= durchschnittliche Verbesserung der Punktzahl bei Teilnehmern ohne Fortbildung

In der ersten Nachuntersuchung verbessern sich die Teilnehmer der Studiengruppe mit Aphasiefortbildung um einen durchschnittlichen Wert von 4 Punkten, die ohne um 2,43.

Bei der Kontrollgruppe erreichen die Teilnehmer mit Aphasiefortbildung Punktzahlen, die durchschnittlich um einen Wert von 0,5 schlechter sind. Die Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Aphasiefortbildung verbessern sich durchschnittlich um 0,69.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt bei der Studiengruppe für  $T = -0,950$  und  $df = 15$  bezogen auf die Gesamtbeurteilung des Wissens über Aphasie einen nicht signifikanten Unterschied bezüglich des Wissen:  $p = 0,357$ ;  $\alpha < 0,05$ .

Für die Kontrollgruppe ergeben sich bei dem T-Test folgende Werte:  $T = 0,993$ ;  $df = 13$ . Dies lässt darauf schließen, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich des Wissens besteht:  $p = 0,339$ ;  $\alpha < 0,05$ .

In der zweiten Nachuntersuchung schneiden die Teilnehmer der Studiengruppe mit Aphasiefortbildung mit einem durchschnittlich besseren Punktwert von 4,67 ab. Die Probanden ohne Aphasiefortbildung verbessern sich um eine durchschnittliche Zahl von 3,43.

Bei der Kontrollgruppe erzielen die Teilnehmer mit einer Aphasiefortbildung eine durchschnittlich bessere Punktzahl von einem Wert von 1,00, die ohne von 0,23.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt bei der Studiengruppe für  $T = -0,725$  und  $df = 15$  bezogen auf die Gesamtbeurteilung des Wissens über Aphasie einen nicht signifikanten Unterschied bezüglich des Wissen:  $p = 0,480$ ;  $\alpha < 0,05$ .

Für die Kontrollgruppe ergeben sich bei dem T-Test folgende Werte:  $T = -0,470$ ;  $df = 13$ . Dies lässt darauf schließen, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich des Wissens besteht:  $p = 0,646$ ;  $\alpha < 0,05$ .

### 5.4.10 Einfluss von Berufserfahrung

Der Einfluss der Berufserfahrung auf die Kommunikationsleistung und das Wissen über Aphasie wird nur bei der Voruntersuchung überprüft.

Insgesamt haben bei der Studiengruppe sechs Teilnehmer unter fünf Jahre und der Rest der Gruppe (elf Teilnehmer) über fünf Jahre Berufserfahrung. Die Kontrollgruppe unterteilt sich in acht Teilnehmer die weniger als fünf Jahre in ihrem Beruf tätig sind und neun Teilnehmer die ihren Beruf schon mehr als fünf Jahre ausführen

### *Einfluss auf Kommunikationsleistungen*

Die Durchschnittsnote der Kommunikationsleistung der Teilnehmer der Studiengruppe mit unter fünf Jahren Berufserfahrung beträgt 1,92. Zum Vergleich erreichen die Teilnehmer der Studiengruppe mit über fünf Jahren Berufserfahrung eine durchschnittliche Note von 2,30.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt bei der Studiengruppe für  $T= 0,749$  und  $df= 15$  bezogen auf die Gesamtbeurteilung der Kommunikation einen nicht signifikanten Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistungen:  $p= 0,466$ ;  $\alpha<0,05$ .

Die Teilnehmer der Kontrollgruppe, die unter fünf Jahren Berufserfahrung haben, erzielen eine durchschnittliche Note von 2,43, während die Teilnehmer, die über fünf Jahre im Beruf tätig sind, einen Durchschnittswert von 2,87 erreichen.

Für die Kontrollgruppe ergeben sich bei dem T-Test folgende Werte:  $T= -1,460$ ;  $df= 15$ . Dies lässt darauf schließen, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich der Kommunikationsleistung besteht:  $p= 0,165$ ;  $\alpha<0,05$ .

### *Einfluss auf Wissen über Aphasie*

Die Teilnehmer der Studiengruppe mit unter fünf Jahren Berufserfahrung erreichen im Wissenstest eine durchschnittliche Punktzahl von 8,67, während die Teilnehmer mit über fünf Jahren Berufserfahrung eine Durchschnittspunktzahl von 7,78 erzielen.

Für  $T= 0,698$  und  $df= 15$  konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilnehmern der Studiengruppe unter und über fünf Jahren Berufserfahrung bestätigt werden:  $p= 0,496$ ;  $\alpha<0,05$ .

In der Kontrollgruppe erreichen die Teilnehmer, die unter fünf Jahre im Beruf tätig sind, eine durchschnittliche Punktzahl von 8. Zum Vergleich erzielen die Teilnehmer, die ihren Beruf über fünf Jahre ausführen, eine 8,56.

Bei der Kontrollgruppe ergab sich mit  $T= -0,528$  und  $df=15$  ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen:  $p= 0,605$ ;  $\alpha<0,05$ .

## **6. Diskussion**

Im folgenden Kapitel werden die gewonnenen Resultate der Untersuchung diskutiert. Die Untersuchungsfragen und Hypothesen sollen beantwortet und methodische Mängel aufgedeckt werden. Desweiteren werden die Untersuchenden eine Verbindung zu aktueller Literatur herstellen, mögliche Folgestudien implizieren und zu einer Schlussfolgerung der Untersuchung kommen.

### **6.1 Interpretationen der Ergebnisse bezugnehmend auf fachliche Literatur**

Die vorliegende Studie beruht auf der vorausgegangenen Untersuchung von Fischer, Kimmel und Kück (2009). In dieser wurden die Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase und das Wissen über Aphasie bei Gesundheits- und Krankenpflegern in Nordrhein-Westfalen untersucht. Dieser Studie zufolge bestehen Probleme in verschiedenen Aspekten der Kommunikation und es fehlt an ausreichendem Wissen über diese Sprachstörung. Dies leitet zu folgender Fragestellung:

- Wie können das Fachwissen in Bezug auf Aphasie und die kommunikativen Fähigkeiten von Krankenpflegepersonal auf neurologischen Stationen in NRW mit Menschen mit Aphasie verbessert werden?

Auf Basis dieser Arbeit und Frage haben die Untersuchenden einen Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase aufgestellt. Hieraus resultierte die folgende, primäre Fragestellung der vorliegenden Untersuchung:

- Führt der Workshop “Kommunikation mit Menschen mit Aphasie - Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase” zu einer signifikanten Verbesserung der Kommunikation auf neurologischen Stationen in NRW und des Fachwissens über das Störungsbild Aphasie?

Zur Beantwortung der Untersuchungsfrage führten die Untersucher eine randomisierte kontrollierte Untersuchung durch, um die Effektivität des Workshops zu prüfen.

Im folgenden Abschnitt werden die Resultate diskutiert und kritisch hinterfragt. Zusätzlich werden die Untersuchungsfragen beantwortet.

## 6.1.1 Interpretation der Resultate in Bezug auf Effektivität

Um die Effektivität des Workshops zu messen, wurden zwei Berechnungen durchgeführt: Der Vorauszgang in der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase und der Vorauszgang im Wissen über Aphasie. Dazu wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

- Die Resultate der Vor- und Nachuntersuchungen des Wissenstest und der Kommunikationsobservationen ergeben keinen signifikanten Effekt und/ oder Vorauszgang.

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

- Die Resultate der Vor- und Nachuntersuchungen des Wissenstest und der Kommunikationsobservationen ergeben einen signifikanten Effekt und/ oder Vorauszgang.

Aus den Resultaten ergibt sich, dass  $H_0$  verworfen werden kann und  $H_1$  wird angenommen. Dies wird im folgenden Kapitel näher erklärt und die primäre Untersuchungsfrage wird beantwortet.

### *Effektivität auf Gesamtniveau*

Der Unterschied in der Verbesserung der gesamten Kommunikationsleistung ist für die erste Nachuntersuchung signifikant. In diesem Falle ist  $t=3,696$  und  $p= 0,001$  bei  $\alpha<0,05$ . Die Studiengruppe erreicht also im Durchschnitt signifikant bessere Noten als die Kontrollgruppe.

Die Überprüfung der durchschnittlichen Verbesserungen zwischen der Voruntersuchung und der zweiten Nachuntersuchung ergeben ähnliche Resultate. Auch hier liegt ein signifikanter Unterschied vor.  $T$  beträgt  $2,428$  und  $p$  nimmt den Wert  $0,021$  bei  $\alpha<0,05$  an.

Der erste Teil der Untersuchungsfrage „*Führt der Workshop „Kommunikation mit Menschen mit Aphasie - Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ zu einer signifikanten Verbesserung der Kommunikation auf neurologischen Stationen in NRW ...*“ kann somit mit „Ja“ beantwortet werden, da sich sowohl für die erste als auch für die zweite Nachuntersuchung signifikante Fortschritte zeigen. Damit stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit Erkenntnissen aus aktueller Literatur überein, welche besagt, dass ein Transfer in den Klinikalltag im Workshop erlernter Fähigkeiten möglich ist (Heaven, Clegg und Maguire, 2005).

Es fällt allerdings auf, dass die Signifikanz bei der zweiten Nachuntersuchung nicht mehr so hohe Werte ergibt, wie in der ersten Nachuntersuchung. Es lässt sich also ein leicht negativer Trend feststellen. Man kann annehmen, dass sich die Entwicklung in Zukunft so fortsetzen wird und die Verbesserungen im Laufe der Zeit wieder abnehmen.

Die Frage, die sich die Untersuchenden nun stellen, ist, warum dieser negative Trend zustande kommt und wie er verhindert werden kann.

Zu Beginn der Untersuchung hatten die Untersucher geplant, einen Workshop von über drei Stunden auszuführen. Bei der Suche nach teilnehmenden Krankenhäusern und den Besprechungen mit den jeweiligen Verantwortlichen wurde jedoch deutlich, dass die Dauer reduziert werden musste. Ein Workshop von der Länge hätte nicht in den Krankenhausalltag integriert werden können, weshalb er auf eine Stunde gekürzt wurde. Die oben genannten Resultate mit der abnehmenden Signifikanz in der zweiten Nachuntersuchung lassen aber darauf schließen, dass ein Workshop von einer Stunde nicht ausreichend ist, um eine dauerhafte Verhaltensänderung in Bezug auf Kommunikation zu erzielen. Möchte man ihn also in die Krankenhäuser implementieren, müsste noch untersucht werden, ob ein einmaliger längerer Workshop oder mehrere Workshopeinheiten, die in regelmäßigen Abständen gegeben werden, einen langhaltigen Effekt erreichen. Aus aktueller Literatur geht hervor, dass das Gelernte nur durch mehrmalige Wiederholung im Langzeitspeicher des Lernenden konsolidiert werden kann (Jansen, Streit 2006). Diese Erkenntnis sollte bei zukünftigen Untersuchungen beachtet werden.

Nicht nur die Dauer und Frequenz könnte bei der rückläufigen Effektivität eine Rolle spielen, sondern auch die mangelnden selbstreflektorischen Fähigkeiten des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals.

Die Pfleger konnten ihre kommunikativen Fähigkeiten während der Studie nicht gut einschätzen. Sie bewerteten ihre Kommunikation bei den Vor- und Nachuntersuchungen zwischen „gut“ und „sehr gut“, während die Observatoren Noten von „ausreichend“ bis „sehr gut“ verteilen. Diese Erkenntnisse decken sich mit einer Studie aus dem Jahre 1985 von Glenberg et al, in welcher herausgefunden wurde, dass die Beurteilungen der persönlichen Leistungen meistens positiver dargestellt werden, als sie tatsächlich sind.

Die oben genannten Noten spiegeln wieder, dass sich die Pfleger ihrer mangelnden Kommunikationsleistungen sowohl in den Vor- als auch in den Nachuntersuchungen nicht bewusst waren und somit die Basis für eine Verhaltensveränderung und verbesserte Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase fehlte. Hieran wurde auch während des Workshops nicht gearbeitet, weswegen eine dauerhafte Verhaltensänderung nicht erwartet werden kann.

Eine gute Selbsteinschätzung und Selbstreflexion stellt die Basis für eine Verhaltensänderung und für den Lernprozess dar (Ekert, 2005). Durch diese Fähigkeit können sich Menschen selbst

beurteilen und dadurch ohne Hilfe von anderen weiterentwickeln. Sie können sich selbst kontrollieren und einschätzen, ob sie das Gelernte anwenden oder nicht (Grotian und Beelich, 2004). Ohne die Fähigkeit der Selbstreflektion ist darum also eine dauerhafte Anwendung der Kommunikationsratschläge nicht möglich.

Die Untersuchenden legten während des Workshops sehr viel Wert auf die Relevanz ihrer Arbeit und versuchten den Teilnehmern zu verdeutlichen, wie wichtig und wertvoll eine optimale Kommunikation mit den Menschen mit Aphasie ist. Dennoch übten sie mit den Pflegern nicht, sich gut einzuschätzen. Dies wäre wegen der Dauer des Workshops auch nicht möglich gewesen.

Bei einer zukünftigen Implementierung des Workshops in die Krankenhäuser, wäre es eine mögliche Idee, mehrere Workshopeinheiten zu planen, in denen getrennt voneinander auf die verschiedenen Aspekte eingegangen werden müsste: Relevanz, selbstreflektorische Fähigkeiten, Theorie, Praxis. Ob dies einen dauerhaften Effekt erzielt, müsste genauer untersucht und analysiert werden.

### *Effektivität auf Kategorienniveau*

Um einen präziseren Eindruck der Effektivität zu bekommen, wurde diese auch auf Kategorienniveau gemessen.

Bei der ersten Nachuntersuchung ergab sich, dass die Studiengruppe bei Kategorie 3 „Pfleger als Sprecher“ im Vergleich zu der Kontrollgruppe mit  $t=3,166$  und  $p=0,040$  eine signifikante Verbesserung erzielte. Auch Kategorie 5 „Alternative/ nonverbale Kommunikation“ erreichte einen Fortschritt mit  $t=2,216$  und einer Signifikanz von  $p=0,034$ . In der zweiten Nachuntersuchung erreichen Kategorie 3 und 5 ebenfalls signifikante Werte mit  $t=0,727$  und  $p=0,049$  und  $t=0,845$  und  $p=0,045$ . Die restlichen Kategorien konnten sich in der ersten Nachuntersuchung nicht signifikant verbessern.

Kategorie 3 „Pfleger als Sprecher“ beinhaltet Items sowie *adäquates Tempo, adäquate Lautstärke, syntaktisch kurze einfache Äußerungen, Betonung wichtiger Wörter, Pausen, Ja/Nein-Fragen, Angemessenes Sprachniveau, Für Aufmerksamkeit sorgen*. Bei diesen kommunikativen Fähigkeiten schlüpfen die Pfleger in eine aktive Rolle und nehmen, wenn man das Kommunikationsmodell nach Kotler (1999) betrachtet, die Position des Senders an. Hierzu erhielten die Teilnehmer während des Workshops konkrete Ratschläge, die für sie in den Nachuntersuchungen gut umzusetzen waren. Die Kategorie 4 „Pfleger als Zuhörer“ hingegen setzt passivere Fähigkeiten voraus. Hierzu gehören unter anderem Items wie *Kommunikation unterstützen, nicht ins Wort fallen, Rückmeldungen über*

*Verständlichkeit und Benennen nonverbaler Signale.* Diese Kommunikationsfähigkeiten sind abstrakter. Sie fordern ein gewisses passives Verhalten aber keine direkte Handlung. Die Beobachtungen der Untersuchenden in der vorliegenden Studie können mit früheren Erkenntnissen von Gordon, C., C. Ellis-Hill, et al (2009) und Tacke (1999) in Verbindung gebracht und mit ihnen erklärt werden. Diese Studien haben ergeben, dass Pfleger die Konversationen mit den Menschen mit einer Aphasie stark kontrollieren und den Patienten somit die Möglichkeit nehmen, aktiv am Gespräch teilzunehmen und zu kommunizieren. Es entsteht keine Wechselwirkung, also keine wirkliche Konversation. Dieses Verhalten könnte damit zusammenhängen, dass sich das Pflegepersonal im Umgang mit den Erkrankten unwohl fühlt und nicht weiß, wie es mit Menschen mit Kommunikationsstörungen kommunizieren kann (Gordon, C., Ellis-Hill C., et al, 2009).

Bezogen auf das Kommunikationsmodell (Kotler, 1999) fällt also auf, dass das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sich eher in der Rolle des Senders als des Empfängers sieht.

Die zweite, signifikant verbesserte Kategorie 5 „alternative/ nonverbale Kommunikation“ enthält folgende Items: *Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen, Mimik und Gestik, Blickkontakt, nonverbales Feedback, Interesse für die Gefühlswelt.* Während des Workshops stellten die Untersuchenden den Probanden ein Kommunikationsbuch zur Verfügung, welches auch während der Nachuntersuchung gebraucht wurde. Die Pfleger bekamen dementsprechend konkrete Hilfsmittel, mit denen sie gezielt die Kommunikation unterstützen konnten. Sie hatten zuvor kein Bewusstsein darüber, dass man auf verschiedene Art und Weise kommunizieren und unterschiedliche Modalitäten, wie zum Beispiel das Schreiben und das Zeigen, benutzen kann. Mit nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten wurde in den Voruntersuchung kaum gearbeitet und die Pfleger wurden sich über die Wichtigkeit und Effektivität von kleinen Hilfen wie Blickkontakt oder Gestik und Mimik während des Workshops erst bewusst.

Auch in dieser Kategorie nimmt das Pflegepersonal wiederum die Rolle als Sender an, auch wenn es sich diesmal um nonverbale Botschaften handelt. Es wird also die oben aufgestellte Vermutung bestätigt, dass es den Probanden leichter fällt, die aktive Rolle im Gespräch einzunehmen (Gordon, C., Ellis-Hill C., et al, 2009).

Die Kategorien 1 „Anpassung der Umgebung“ und 2 „Begrüßung und Verabschiedung“, welche Items wie *Störungen vermeiden, ausreichende Beleuchtung, Begrüßung, Verabschiedung* enthielten, erzielten bei den Nachuntersuchungen keine signifikanten Verbesserungen. Zwar wurde auf diese Dinge während des Workshops eingegangen, jedoch wirken sie im Gegensatz zu den kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals als Sprecher eher als unbedeutend. Das

Bewusstsein von alltäglichen Kommunikationsnormen, welche auch mit nicht betroffenen Menschen eingehalten werden, wurde während des Workshops nicht genug geschärft. Die Wichtigkeit derer wurde von dem Pflegepersonal nicht erkannt und somit konnten in den Nachuntersuchungen auch keine Verbesserungen festgestellt werden.

Die Untersucher konnten wegen der verkürzten Dauer des Workshops nicht auf alle Kategorien gleichermaßen eingehen. Somit rückte das Einhalten von alltäglichen Kommunikationsnormen in den Hintergrund, was einen Schwachpunkt des Workshops darstellt. Dieser muss in einem möglichen zukünftigen Implementierungsprojekt berücksichtigt und geändert werden.

Betrachtet man die Resultate, so fällt auf, dass die Verbesserungen in der gesamten Kommunikation signifikant sind, während bei den Kategorien nur zwei von fünf signifikante Werte erreichen. Dies lässt sich damit erklären, dass die zwei Kategorien sehr hohe Signifikanzwerte erzielen, während die anderen drei Kategorien nur knapp die Signifikanzgrenze überschreiten. So ergibt sich bei der gesamten Betrachtung der Kommunikation eine Signifikanz.

Allgemein ist bei den Nachuntersuchungen zu beachten, dass einige methodische Mängel Einfluss auf die Resultate haben könnten. Während die Voruntersuchungen noch unter blindierten Voraussetzungen stattfanden, war dies während der Nachuntersuchungen nicht mehr möglich. Das Pflegepersonal kannte die Untersuchenden bereits und wusste, worum es in der Untersuchung geht. Die Observationen könnten desweiteren dadurch beeinflusst worden sein, dass die Untersucher sowohl die Intervention als auch die Untersuchungen durchgeführt haben. Es könnte der Fall vorliegen, dass sie die Studiengruppe unbewusst besser beurteilt haben, da sie sich einen Effekt gewünscht haben. Die Untersuchenden entschieden sich aber aus mehreren Gründen bewusst gegen fremde zweite Observatoren, die dem Pflegepersonal unbekannt gewesen wären. Zum einen wäre die Messgenauigkeit hinabgesetzt worden, zum anderen hätte man dies mit den Verantwortlichen der Krankenhäuser nicht vereinbaren können. Diese wollten nicht noch mehr Studenten in das Projekt integrieren. Somit muss in Kauf genommen werden, dass die Nachuntersuchungen nicht blindiert stattfanden und die Resultate somit leicht verfälscht sein könnten.

Desweiteren basieren die genutzten Messinstrumente auf der Bachelorarbeit von Fischer, Kimmel und Kück (2009), die diese mit Hilfe von Fachliteratur aufstellten, jedoch nicht auf ihre Validität überprüften. Es handelt sich dementsprechend nicht um standardisierte Instrumente. Aus diesem Grund verkleinert sich die Durchführungsobjektivität (Moosbrach & Kelava, 2007). Da es sich bei den Untersuchungen um Beobachtungen von Menschen handelt, können subjektive Empfindungen

einen Einfluss haben. Rein objektive Beurteilungen in der Arbeit mit Menschen sind jedoch nicht möglich. Die Untersuchenden haben diese Einschränkung minimiert, indem sie unabhängig voneinander die Situationen beurteilten und zusätzlich vorab eine Notenskala aufstellten. Desweiteren wurde die Messgenauigkeit durch die Interrater-Reliabilität (0,960) (Mindestwert 0,700 Terwee et al, 2007) berechnet.

### 6.1.2 Interpretation der Effektivität in Bezug auf das Wissen über Aphasie

Bei der Überprüfung der Verbesserung des Wissens über Aphasie ergaben sich für beide Nachuntersuchungen signifikante Werte.

Der durchschnittliche Voraugang zwischen der Voruntersuchung und der ersten Nachuntersuchung nimmt Werte an von  $t= 2,684$  und  $p= 0,012$  bei  $\alpha<0,05$ . Die Werte bei der Überprüfung zwischen der Voruntersuchung und der zweiten Nachuntersuchung lauten  $t=3,893$  und  $p= 0,010$  bei  $\alpha<0,05$ .

Der zweite Teil der Untersuchungsfrage „*Führt der Workshop „Kommunikation mit Menschen mit Aphasie - Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ zu einer signifikanten Verbesserung ... des Fachwissens über das Störungsbild Aphasie?*“ kann somit ebenfalls mit „Ja“ beantwortet werden, da sich sowohl für die erste als auch für die zweite Nachuntersuchung signifikante Fortschritte zeigen. Im Vergleich zu den Werten der kommunikativen Fähigkeiten bleiben die des Wissens jedoch gleich. Daraus lässt sich schließen, dass das Wissen über einen längeren Zeitraum hinaus bestehen bleibt, die kommunikativen Fähigkeiten jedoch verlernt werden. Es bestätigt sich, dass eine Verhaltensänderung auf einen langen Zeitraum hin nicht erzielt werden kann.

Die Berechnung der Korrelation zwischen Wissensprüfung und Kommunikation zeigt eine sehr hohe Übereinstimmung. Man kann also davon ausgehen, dass diese zwei Faktoren sich gegenseitig beeinflussen und voneinander abhängig sind.

### 6.1.3 Interpretation zusätzlicher Resultate

#### *6.1.3.1 Interpretation der Resultate der Kommunikation auf Itemniveau*

Die Untersuchenden haben die Effektivität des Workshops nicht auf Itemniveau geprüft. Bei dem T-Test für unabhängige Stichprobe besteht eine Fehlerquote von 5 % (Rasch, Friese, Hoffmann, Naumann, 2010) Je häufiger der Test während einer Untersuchung ausgeführt wird, desto größer wird die Möglichkeit einer zufälligen Signifikanz. Auf Itemniveau wäre die Anzahl der durchzuführenden Tests zu groß und die Möglichkeit einer Zufallssignifikanz zu hoch gewesen.

Während der Auswertung der Observationen sind den Untersuchern einige besonders verbesserungswürdige Items aufgefallen, die die Relevanz der These bestärken und mit den Erkenntnissen der Untersuchung von Fischer, Kimmel und Kück (2009) übereinstimmen. Diese werden in der vorliegenden Diskussion näher erläutert.

Item 3 „Verabschiedung“ der zweiten Kategorie, Item 6 „Ja/ Nein-Fragen“ der dritten Kategorie und Item 1 „Kommunikation unterstützen“ der Kategorie 4 gehören zu diesen Auffälligkeiten.

Während der Voruntersuchung schnitt die erste Kategorie „Begrüßung/ Verabschiedung“ auffällig schlecht ab. Aus diesem Grund betonten die Untersuchenden die Wichtigkeit dieser Punkte bei der Ausführung des Workshops. Da die Verhaltensveränderung bei dem Item „Verabschiedung“ leicht umzusetzen ist und nicht viele Anpassungen verlangt, könnten die deutlichen Verbesserungen der Studiengruppe von 3,15 auf 1,82 im Vergleich zu der Kontrollgruppe, die sich nur von 2,91 auf 2,73 steigerte, auf diese Weise erklärt werden.

Das Item „Ja/ Nein-Fragen“ wurde in der Voruntersuchung bei der Studiengruppe mit einer durchschnittlichen Note von 3,18 bewertet. Die Kontrollgruppe hingegen erzielte einen Durchschnittswert von 2,29. Diese Werte veränderten sich in der ersten Nachuntersuchung auf 1,82 und 3,00 und während der zweiten Nachuntersuchung auf 1,44 und 2,57. Die Studiengruppe verbesserte sich dementsprechend, wohingegen die Werte der Kontrollgruppe sehr schwankten. Die stetige Verbesserung der Studiengruppe hat die Untersuchenden zunächst überrascht, da der Ratschlag nicht leicht umzusetzen ist. Der Trend zeigt dennoch, dass das Pflegepersonal diesen Tipp als sehr hilfreich in der Kommunikation anerkannt hat. Die weitere Verbesserung in der zweiten Nachuntersuchung lässt die Vermutung aufkommen, dass das Stellen von Ja/ Nein- Fragen mit wachsender Erfahrung auch größere Erfolge erzielt und sich leichter anwenden lässt.

Während der Voruntersuchung fiel den Untersuchenden auf, dass die Pfleger so gut wie keine unterstützenden Kommunikationsmittel gebrauchten. Sie erreichten durchschnittliche Noten von 4,28 (Studiengruppe) und 4,20 (Kontrollgruppe). Während des Workshops wurden sie über diese Möglichkeiten aufgeklärt und der Umgang mit ihnen wurde während der praktischen Übungen explizit trainiert. Der Effekt dieser Maßnahme lässt sich in der ersten Nachuntersuchung deutlich sehen. Hier steigerte sich die Note der Studiengruppe auf 4,22, während die der Kontrollgruppe ungefähr gleich blieb (4,33). Dies kann auch mit der Tatsache zusammenhängen, dass der Studiengruppe nach dem Workshop ein Kommunikationsbuch ausgehändigt wurde. Dieses wurde in den Nachuntersuchungen teilweise gebraucht. Der negative Trend in der zweiten

Nachuntersuchung mit der durchschnittlichen Note von 2,94 zeigt, dass zum einen das Gelernte schnell wieder verlernt werden kann, wenn keine weiteren Übungen und Erinnerungen folgen. Zum anderen ist es nicht möglich bei sehr schwer betroffenen Patienten diese Hilfe anzuwenden. Desweiteren geben die Pfleger auch selbst an, dass manchmal die notwendige Zeit fehlt, um auf diese Kommunikationshilfen zurückzugreifen.

Allgemein ist den Untersuchenden aufgefallen, dass sich die Beobachtungsmomente während der Untersuchung manchmal sehr voneinander unterschieden. Dies lag daran, dass die Menschen mit Aphasie unterschiedliche Schweregrade der Syndrome zeigten und das Pflegepersonal somit stets auf andere Art und Weise mit ihnen kommunizieren mussten. Dies führte dazu, dass die Beobachtungssituationen nicht immer vergleichbar waren und es sich um Momentaufnahmen handelte. Da das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit allen Patienten gleich gut kommunizieren können muss, entschieden sich die Untersucher dafür, dass die Diagnose kein In- oder Exklusionskriterium darstellt. Den Untersuchenden fiel jedoch auf, dass das Krankenpflegepersonal größere Schwierigkeiten in der Kommunikation mit schwer betroffenen Menschen hatte.

### *6.1.3.2 Interpretation des Workshops*

Der Workshop fand in vier verschiedenen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen statt. Er beinhaltete den Erkenntnissen der Studie von Fischer, Kimmel und Kück (2009) zufolge theoretische Informationen über die Sprachstörung Aphasie und das Thema Kommunikation, Kommunikationsratschläge im Umgang mit Menschen mit Aphasie, sowie praktische Übungen, um die Anwendung der Ratschläge zu trainieren.

Auffällig ist, dass jeweils nur die Minimalanzahl von vier Pflegern erreicht wurde. Dies hatte verschiedene Gründe: Zum einen erkrankten einige der Teilnehmer kurz vor der Durchführung und es war aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht möglich den Workshop dementsprechend zu verschieben. Zum anderen war es nicht möglich, mehr als vier Gesundheits- und Krankenpfleger von den Stationen zu entfernen, da diese ansonsten nicht ausreichend besetzt waren.

Die kleine Teilnehmergruppe stellte sich bei Ausführung des Workshops als sehr positiv heraus, da eine gute Interaktion ermöglicht wurde und auf jeden einzelnen Teilnehmer seitens der Untersucher gut eingegangen werden konnte. Desweiteren war es durch die geringe Anzahl der Teilnehmer möglich, das Zeitlimit von einer Stunde einzuhalten. Dieses ergab sich ebenfalls aus Besprechungen

mit den Verantwortlichen der Krankenhäuser.

Der Workshop wurde anhand eines Evaluationsformulars durch die Teilnehmer bewertet und erhielt eine durchschnittliche Gesamtnote von 1,43. Die Noten „ausreichend“, „mangelhaft“ und „ungenügend“ wurden gar nicht vergeben. Die Spannweite der durchschnittlich vergebenen Noten hat einen Wert von 0,53 (Note 1,12- Note 1,65). Es wird deutlich, dass der Workshop insgesamt als „sehr gut“ bewertet wird. Die Note 1,65 für die Kategorie „praktische Übungen“ stellt die schlechteste aller Noten dar. Dies könnte an der Tatsache liegen, dass die Teilnehmer sich bei den Rollenspielen unwohl gefühlt haben und sich zunächst etwas schämten.

### *6.1.3.3 Interpretation der Stichprobe*

Die Stichprobe setzt sich aus der Studiengruppe und der Kontrollgruppe zusammen. Bei einer randomisierten, kontrollierten Studie werden die Probanden zufällig gewählt und aufgeteilt. Normalerweise ist die Stichprobe bei einem solchen Untersuchungsdesign so groß, dass sich die Variablen normal verteilen und in den verschiedenen Gruppen vergleichbare Werte annehmen. In der vorliegenden Studie sind die Gruppen mit 17 Teilnehmern jedoch klein. Um zu verhindern, dass Unterschiede zwischen Studien- und Kontrollgruppe die Resultate beeinflussen könnten, wurde bei der Datenanalyse bewusst darauf geachtet, dass die Variablen gleich verteilt sind. Im vorliegenden Fall waren keine Anpassungen und Änderungen der Stichprobe nötig, da diese in allen Variablen ungefähr die gleichen Werte annehmen.

### *6.1.3.4 Einflüsse von Aphasiefortbildung und Berufserfahrung*

Im folgenden Kapitel werden die Resultate bezüglich der Einflüsse von Aphasiefortbildung und Berufserfahrung auf die Kommunikation und das Wissen über Aphasie diskutiert.

#### *Aphasiefortbildungen*

Sowohl bei der Studiengruppe als auch bei der Kontrollgruppe nahmen jeweils drei Teilnehmer schon vor der Studie an Aphasiefortbildungen teil. Die Untersuchungen nach einem signifikanten Unterschied zwischen den Leistungen der Teilnehmer mit und ohne Aphasiefortbildungen, ergaben sowohl bei der Voruntersuchung als auch bei beiden Nachuntersuchungen für Studien- und Kontrollgruppe keine Signifikanz in Bezug auf die kommunikativen Fähigkeiten. Auch bei der Betrachtung des Wissens über Aphasie konnten keine signifikanten Einflüsse festgestellt werden.

Aus den Resultaten lässt sich dementsprechend schließen, dass die kommunikativen Basisfähigkeiten und das Basiswissen nicht besser sind, wenn die Pfleger einer Aphasiefortbildung

folgten. Desweiteren hat dies auch keinen Einfluss auf das Neuerlernen von diesen Fähigkeiten. Aufgrund der Resultate dieser Untersuchung verwerfen die Untersuchenden in Bezug auf die Einflüsse der Aphasiefortbildung auf die Kommunikation die Hypothese  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  *Die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit absolvierter Aphasiefortbildung werden durch die Observatoren durchschnittlich gleich beurteilt wie die des Personals ohne absolvierte Aphasiefortbildung* nicht und nehmen Hypothese  $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$  nicht an. Zudem wird in Bezug auf die Einflüsse der Aphasiefortbildung auf das Wissen über Aphasie ebenfalls Hypothese  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  *Das Pflegepersonal mit absolvierter Aphasiefortbildung erzielt bei der Wissensprüfung die gleiche Punktzahl wie das Personal ohne absolvierte Aphasiefortbildung* nicht verworfen und Hypothese  $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$  nicht angenommen.

### *Berufserfahrung*

Bei der Studiengruppe hatten sechs der Teilnehmer unter und elf über fünf Jahre Berufserfahrung, während bei der Kontrollgruppe acht der Probanden unter und neun über fünf Jahre Berufserfahrung hatten. Bei beiden Gruppen ergaben sich bei der Voruntersuchung keine signifikanten Werte in Bezug auf den Einfluss der Berufserfahrung auf die Kommunikation und auf das Wissen über Aphasie. Die Hypothesen  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  *Die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung werden durch die Observatoren durchschnittlich gleich beurteilt wie die des Personals mit weniger oder genau 5 Jahren Berufserfahrung* und  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  *Das Pflegepersonal mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung erzielt bei der Wissensprüfung die gleiche Punktzahl wie das Personal mit weniger oder genau 5 Jahren Berufserfahrung* werden jeweils nicht verworfen. Im Gegenzug dazu werden die beiden Hypothesen  $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$  nicht angenommen.

Die Untersuchenden erhielten während des Workshops den Eindruck, dass das Krankenpflegepersonal mit einer Berufserfahrung unter fünf Jahren während der Ausbildung viel über das Thema „Kommunikation“ lernt. Die Pfleger, die schon über fünf Jahre berufstätig sind, profitieren jedoch sehr von ihren Erfahrungen. Diese unterschiedlichen Kenntnisse schienen sich während der Untersuchungen auszugleichen, sodass man keinen Einfluss der jeweiligen Berufserfahrung feststellen konnte. Diese Vermutungen übertrugen die Untersucher auch auf die Kontrollgruppe.

## 6.2 Methodische Mängel

In diesem Kapitel werden methodische Mängel der Studie wiedergegeben und erörtert.

Aufgrund verschiedener organisatorischer und gesundheitlicher Gründe auf Seiten des Pflegepersonals, konnten die Nachuntersuchungen nicht so eingehalten werden, wie in der Methode vorab geplant. Die erste Nachuntersuchung verschob sich in drei der vier teilnehmenden Krankenhäuser auf fünf Wochen anstatt den geplanten vier. Dadurch verkürzte sich bei der zweiten Nachuntersuchung der Zeitraum auf drei Wochen. Die Untersuchenden nehmen nicht an, dass diese Verschiebung Einfluss auf die Resultate hat. Es wäre jedoch theoretisch möglich, dass die Leistungen der Pfleger eine Woche später noch schlechter ausgefallen wären.

## 6.3 Mögliche Folgestudien

Aus der vorliegenden Untersuchung lassen sich weitere Folgestudien ableiten. Diese werden nun näher erläutert.

Die Resultate der Studie zeigen, dass der Workshop kurzfristig eine signifikante Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten und des Wissens über Aphasie erzielt, die Kommunikationsleistungen auf lange Sicht jedoch wieder etwas abnehmen. Die Untersuchenden vermuten, dass dies mit der Dauer von einer Stunde und/ oder der Frequenz von einem Mal zusammenhängt. Eine mögliche Folgestudie wäre also zu untersuchen, ob und inwieweit Dauer und/ oder Frequenz eines Workshops Einfluss auf die kommunikativen Fähigkeiten der Pfleger haben. Hieraus resultiert folgende Fragestellung:

*Inwieweit haben die Dauer und die Frequenz eines Workshops Einfluss auf längerfristige Verbesserungen der kommunikativen Fähigkeiten des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase in NRW?*

Um in der Realität einen dauerhaften Effekt zu erzielen und somit die Voraussetzungen von den Menschen mit Aphasie in der akuten Phase hinsichtlich der Kommunikation zu verbessern, müsste der Workshop in Krankenhäuser implementiert werden. Dann könnte man den längerfristigen Effekt messen.

*Wie kann der Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen in NRW implementiert werden?*

In der vorliegenden Studie wurden die Untersuchungen anhand von nicht standardisierten Messinstrumenten ausgeführt. Um die Objektivität und Verlässlichkeit der Resultate zu erhöhen, ist es möglich, die Instrumente in einer Folgeuntersuchung zu standardisieren.

*Entwicklung eines standardisierten Messinstruments zur Bewertung der Kommunikation mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase.*

### **6.4 Schlussfolgerung**

In dieser Studie wurde untersucht, ob der Workshop „... zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ zu signifikanten Verbesserungen in den kommunikativen Fähigkeiten und dem Wissen über Aphasie der Pfleger führt.

Um diese Untersuchungsfrage zu beantworten, wurde eine Effektstudie durchgeführt, die zu dem Ergebnis kam, dass der Workshop hinsichtlich der gesamten Kommunikation und des Wissens über Aphasie signifikante Verbesserung bewirkt. Besonders die Fähigkeiten der *Pfleger als Sprecher* und als *Sender alternativer und nonverbaler Botschaften* entwickelten sich sehr positiv.

Es war jedoch zu beobachten, dass die Leistungen gegen Ende der Studie wieder nachließen, woraus sich schließen lässt, dass der Workshop keine dauerhafte Verhaltensänderung erzielen konnte. Um dies zu gewährleisten, müssten in Folgestudien die Dauer und/ oder die Frequenz des Workshops angepasst werden. In dieser Form sollte diese Intervention in Zukunft in Krankenhäuser integriert werden. Sowohl die Patienten, als auch die behandelnden Logopäden können von einer optimalen Kommunikation zwischen Pflegern und Menschen mit Aphasie profitieren, denn die Behandlungserfolge können positiv beeinflusst werden. Logopäden sollten deshalb das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal unterstützen, denn:

**Kommunikation mit Menschen mit Aphasie ist „Life Long Learning“**

## **Tabellenverzeichnis**

- Tabelle 4.1: Ablauf der Messung der Effektivität
- Tabelle 5.1: Bewertungen des Workshops der Teilnehmer
- Tabelle 5.2: Durchschnittliche Bewertungen der Kategorien des Workshops
- Tabelle 5.3: Durchschnittliche Bewertung der Observatoren auf Itemniveau
- Tabelle 5.4: Durchschnittliche Bewertung der Observatoren auf Kategorienniveau
- Tabelle 5.5: Durchschnittliche Noten der gesamten Kommunikation pro Teilnehmer
- Tabelle 5.6: Kommunikationsleistungen aus der Sicht des Pflegepersonals auf Kategorienniveau
- Tabelle 5.7: Durchschnittliche Note der gesamten Kommunikation pro Teilnehmer in der Selbsteinschätzung
- Tabelle 5.8: Signifikanzwerte der Kategorien der Kommunikation
- Tabelle 5.9: Einfluss der Aphasiefortbildungen auf die gesamte Kommunikation
- Tabelle 5.10: Einfluss der Aphasiefortbildung auf das Wissen über Aphasie

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung 3.1: Bostoner Diagnoseschema (nach Helm-Estabrooks & Albert 1991).
- Abbildung 3.2: Biomedischpsychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten (WHO, 2005)
- Abbildung 3.3: Kommunikationsmodell (Kotler et. al, 1999)
- Abbildung 3.4: Grundlagen der Evidenz ([www.cebm.net](http://www.cebm.net))
- Abbildung 3.5: Randomisierte kontrollierte Studie (Menker, 2006)
- Abbildung 4.1: Randomisierte kontrollierte Studie (Menker, 2006)
- Abbildung 5.1: Zusammensetzung der gesamten Stichprobe
- Abbildung 5.2: Zusammensetzung der Kontrollgruppe
- Abbildung 5.3: Zusammensetzung der Studiengruppe
- Abbildung 5.4: Durchschnittliche Punktzahlen beim Wissenstest

## Literaturverzeichnis

### **Bücher**

1. Bengel J.; Koch U. (2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften – Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag. Herausgegeben von: U. Koch
2. Brinkmann J (2006). *Cijfers spreken: statistiek en methodologie voor het hoger onderwijs*. Wolters-Noordhoff
3. Diener, Hans-Christoph (2004). *Schlaganfall*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. Herausgegeben von: Hans-Christoph Diener, Werner Hacke, Michael Forsting
4. Ekert, B.; Ekert, C. (2005): *Psychologie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
5. Eckstein P. P. (2008). *Angewandte Statistik mit SPSS*. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler
6. Götzbach, Holger; Iven, Claudia (2009). *ICF in der Sprachtherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH
7. Grotian K., Beelich K.-H. (2004). *Arbeiten und Lernen selbst managen*. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag
8. Hacke Werner (2010). *Neurologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
9. Heuwinkel-Otter Anette (2006). *Menschen Pflegen: Band 3: Lebenssituationen Krankheitsbilder Therapiekonzepte*. Heidelberg: Springer-Verlag. Herausgegeben von: Anette Heuwinkel-Otter
10. Huber, W. ; Poeck, K.; Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg- Thieme Verlag. Herausgegeben von: Luise Springer, Dietlinde Schrey-Dern
11. Jansen, F.; Streit, U. (2006): *Positiv Lernen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
12. Menker, Kerstin; Waterboer Christina (2006). *Pflegetheorie und -praxis – Altenpflege konkret*. München: Urban & Fischer Verlag Elsevier GmbH. Herausgegeben von: Christina Waterboer
13. Moosbrugger H., Kevala A. (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
14. Parowicz Isabella (2006). *Denkmal effektiv fördern*. München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung
15. Rasch, B.; Friese, M.; Hofmann, W.; Naumann, E. (2010): *Quantitative Methoden*. Heidelberg: Springer Verlag

16. Rensch, Hans-Peter; Bucher, Peter O. (2006) . *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. Herausgegeben von : Jürgen Tesak
17. Schöler, M.; Grötzbach, H. (2006). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer Verlag
18. Strohner Hans (2006). *Kommunikation – Kognitive Grundlagen und praktische Anwendungen*. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG
19. Tesak, Jürgen; (2003). *Einführung in die Aphasiologie*. Stuttgart. Georg-Thieme Verlag. Herausgegeben von: Luise Springer, Dietlinde Schrey-Dern
20. Tesak, Jürgen (2007). *Aphasie – Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH. Herausgegeben von: Jürgen Tesak
21. Toutenburg, H; Knöfel, P. (2009). *Six Sigma. Methoden und Statistik für die Praxis*. Berlin: Springer-Verlag
22. Trinder Liz, Reynolds Shirley (2000). *Evidence-based practice*. Oxford: Blackwell Science. Herausgegeben von: Liz Trinder
23. Wingchen, Jürgen (2006). *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH & Co.KG

## Artikel

1. Carsten, A. ; Hankeln, Ch.; Lohmann, R. (2004). „ Entwicklung und Implementierung von Strategien im Krankenhaus mit Hilfe einer Balanced Scorecard“
2. Dalemans, R. J., L. P. De Witte (2010), et al. "An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia." *Disabil Rehabil*.
3. Dalemans, R. J., L. de Witte, et al. (2009). "Social participation through the eyes of people with aphasia." *Int J Lang Commun Disord*
4. Dalemans R.J.P., Wade D., Van den Heuvel, W., De Witte, L. Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation* 2009; in press (accepted 26-3-2009).
5. Finke EH, Light J, Kitko L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *J Clin Nurse, Volume 17, 2102-15*.

6. Fischer S., Kimmel I. und Kück G.; (2009) „Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“
7. Glenberg, A. M., Epstein, W. (1985). „Calibration of comprehension.“ *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 11, 702-718
8. Gordon, C., Ellis-Hill C., et al. (2009). "The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke." *J Adv Nurs* 65(3): 544-53.
9. Hedberg, B., Cederborg A. C., et al. (2007). "Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication." *J Nurs Manag* 15(2): 214-21
10. McKibbin K. Ann, B. Sc., M.L.S (1998). Evidence-based practice. *Bull Med Libr Assoc*, 86(3),396-401
11. Supp Georg (2007). Jeder kann's! Wissenschaft im therapeutischen Alltag – Evidence Based Practice. *pt\_Zeitschrift für Physiotherapeuten*, Volume 59, 805-807
12. Tacke D. (1999). Care of persons with aphasia--a review of the literature. *Pflege*, Volume 12, 95-100.
13. Terwee, Caroline B.; Bot, Sandra D.M.; De Boer, Michael R.; van der Windt, Danielle A.W.M.; Knol, Dirk L.; Dekker, Joost; Bouter, Lex M.; de Vet, Henrica C.W. (2006). „Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires.“ *Journal of Clinical Epidemiology*, 60 (2007), 34-42.

### **Internet**

1. <http://www.schlaganfall-hilfe.de/>

## **Anhang**

## **Anhang A: Literatursuche**

Eine Literatursuche bedeutet eine systematische Suche auf Grund wissenschaftlicher Literatur oder anderer Dokumente, um eine wissenschaftliche Fragestellung zu beantworten.

Es gibt verschiedene Schritte, die ein solches Studium beinhalten soll. Nach Zielhuis (2009) ist folgendermaßen vorzugehen:

- Beschreibung des Untersuchungsproblems
- PICO-Fragen mit In- und Exklusionskriterien
- Suchen von Literatur in elektronischen Datenbanken, und/ oder Expertenmeinung
- gefundene Literatur selektieren
- Literatur auf Qualität beurteilen
- Resultate der eingeschlossenen Literatur zusammenfassen
- Schlussfolgerung ziehen
- Interpretation der Schlussfolgerung

Das Untersuchungsproblem (Punkt 1) wird in der Methode ausreichend beschrieben. Aus ihm ergab sich die folgende Fragestellung (Punkt 2):

- Führt der Workshop “Kommunikation mit Menschen mit Aphasie - Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase” zu einer signifikanten Verbesserung der Kommunikation auf neurologischen Stationen in NRW und des Fachwissens über das Störungsbild Aphasie?

Die Frage ist nach dem sogenannten PICO-System aufgebaut.

P= Person (Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase)

I = Intervention (Workshop)

C= -

O= Outcome (signifikante Verbesserung)

Um geeignete Literatur (Punkt 3) zu finden, wurden sowohl elektronische Datenbanken (PubMed und Science Direct) gebraucht, als auch Bibliotheken (Hogeschool Zuyd und Uniklinik Aachen) aufgesucht. Die Untersucher nutzen zur Unterbauung der Studie somit sowohl Artikel, als auch Bücher.

Um sie zu finden wurden verschiedene Suchterme gebraucht, die sich aus der Fragestellung ableiten:

- aphasia
- aphasic patient
- stroke
- CVA
- communication disorder
- nurse
- healthcare provider
- care provider
- communication
- care
- training
- program
- intervention
- learning
- participation
- randomized controlled trial

Durch das unterschiedliche Kombinieren der oben aufgelisteten Suchterme fanden die Untersuchenden viele Artikel. Nicht alle konnten gebraucht werden. Die Literatur wurde zunächst selektiert (Punkt 4), indem die Zusammenfassungen gelesen und nicht relevante Bücher und Artikel aussortiert wurde. Somit reduzierte sich die Anzahl und es war möglich, die Restlichen auf ihre Qualität hin zu prüfen (Punkt 5). Um dies zu erreichen wurde ein "Critical Review Formular" genutzt.

Die Resultate und Schlussfolgerungen (Punkt 6-8) der Literatursuche sind in der gesamte Studie verarbeitet.

**Anhang B: Powerpoint Präsentation des Workshops**

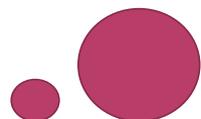
## Kommunikation mit Menschen mit Aphasie

Workshop zur Verbesserung der  
Kommunikation zwischen Pflegepersonal und  
Menschen mit Aphasie in der akuten Phase

### Das sind wir

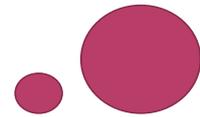
**Inés Eckerl, 23 Jahre und Janina Schmitz, 22 Jahre**  
Logopädiestudentinnen der Hogeschool Zuyd  
Heerlen

**Bachelorarbeit: Effektivität des Workshops zur Verbesserung  
der Kommunikation zwischen Krankenpflegepersonal und  
Menschen mit Aphasie in der akuten Phase.**



## Relevanz Bachelorthese

- **Jährlich ca. 24.000 Neuerkrankte**
- **Akute Phase sehr sensibel → Sprachstimulierung von größter Wichtigkeit**
- **Optimale Partizipation für den Patienten**



## Inhaltsangabe

- **Was ist Aphasie?**
- **Was ist Kommunikation?**
- **Kommunikationstipps und -hilfen**
- **Praktische Übungen**

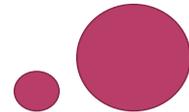


## Aphasie



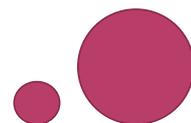
*„Es ist, als ob man von einem Moment auf den anderen in ein schwarzes Loch fällt, als ob das Fenster zur Welt zugeschlagen wird.“*

(Günter Bendler, 2007)



## Aphasie

### Brainstorm „Was ist Aphasie?“

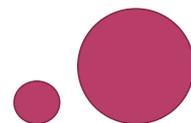


# Aphasie

## Definition

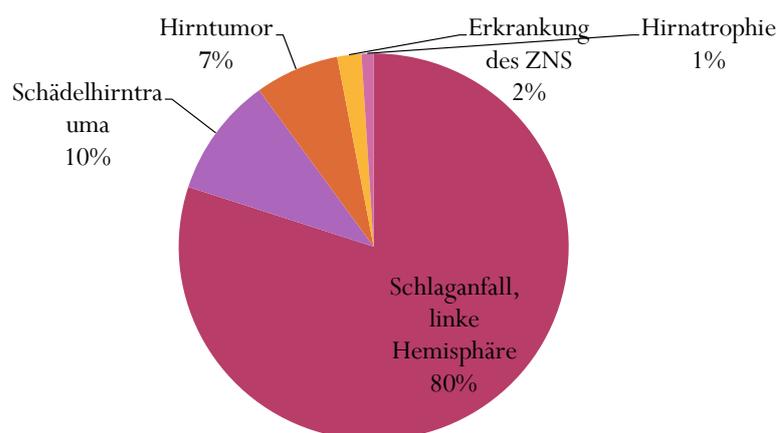
Eine Aphasie ist eine neurologisch bedingte Sprachstörung, die alle Sprachmodalitäten betreffen kann. Das heißt, die Betroffenen weisen Defizite im Bereich des Sprechens, Verstehens, Schreibens und Lesens auf. Allgemein kann man eine Aphasie als ein Kommunikationsproblem zusammenfassen.

(Tesak, 2007)

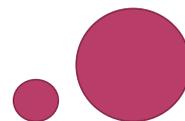


# Aphasie

## Ursache und Häufigkeit



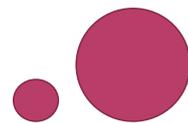
Ätiologie von Aphasien (Wehmeyer und Grötzbach, 2006)



## Aphasie

### Ursache und Häufigkeit

- Jährliche Neuerkrankungen an Aphasie ca. 24.000 Menschen
- Schlaganfälle ca. 100.000 pro Jahr in Deutschland



## Aphasie

### Abgrenzung Aphasie

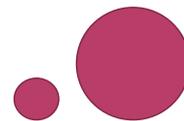
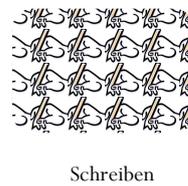
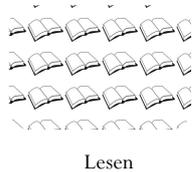
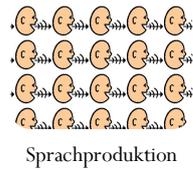
APHASIE	↔	DYSARTHRIE
Sprachstörung (z.B.: die Bedeutung eines Wortes fehlt)	↔	Sprechstörung (z.B.: /s/ kann nicht geformt werden, da Zunge zu schwach ist)
Funktion der Sprechorgane NICHT gestört	↔	Funktion der Sprechorgane gestört



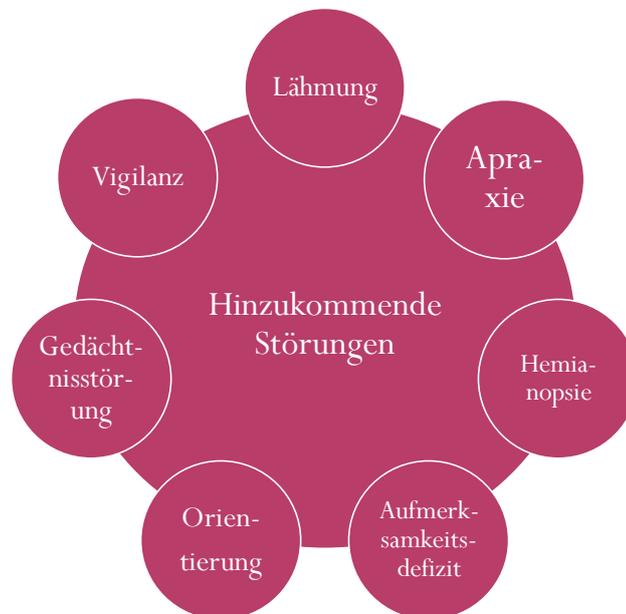
# Aphasie

## Klassifizierung in der akuten Phase

→ Probleme im...



# Aphasie



# Aphasie

## Verlauf

Akute Phase (2-6  
Wochen)

Postakute Phase (1,5-  
12 Monate)

Chronische Phase (ab  
12 Monate)

(Tesak, 1997)



Akute Phase:

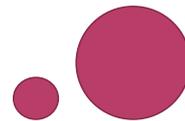
- schnelle Veränderungen der Symptome
- Chance auf spontane Heilung am größten, darum ist Sprachstimulation besonders wichtig

# Fragen



## Kommunikation

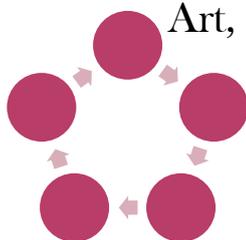
### Brainstorm „Was ist Kommunikation?“



## Kommunikation

### Definition

Ein[..] fortlaufende[r] Prozess worin zwei oder mehr Personen Informationen, verbaler oder nonverbaler Art, austauschen und wobei sie fortwährend aufeinander reagieren.

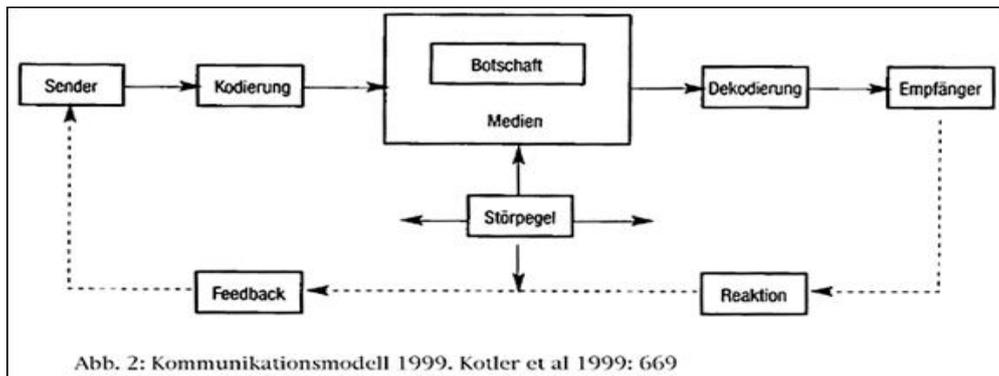


(van Meer, van Neijenhof; 2001)



# Kommunikation

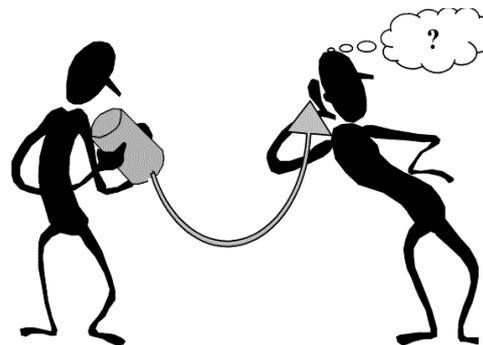
## Kommunikationsmodell



# Kommunikation

## Möglichkeiten Botschaften zu übertragen

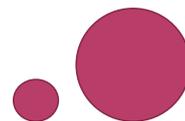
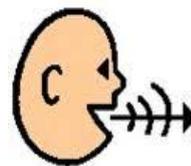
- Verbal
- Nonverbal



## Kommunikation

### Verbale Botschaft

- Sprachliche Kommunikation (mündlich und schriftlich)
- Interpretationsmöglichkeiten
  - Ironie
  - Intonation
  - Unausgesprochene Botschaften



## Kommunikation

### Nonverbale Botschaft

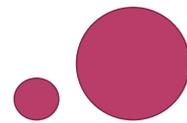
- Zeichnen
- Zeigen
- Gestik
- Mimik
- Körperhaltung
- Schweigen
- Nähe/Distanz



# Kommunikation

*„Man kann nicht nicht kommunizieren!“*

(Paul Watzlawick, 1983)



# Fragen



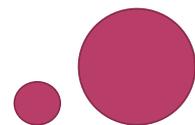
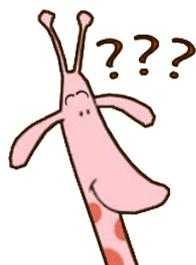
## Kommunikationstipps/-hilfen



## Kommunikationstipps/-hilfen

**Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas sagen möchte?**

Brainstorm „Was machen Sie, wenn dem Patient ein Wort nicht einfällt?“



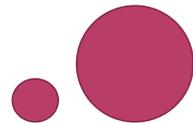
## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas sagen möchte?



- Stimulieren Sie den Patienten, um Mimik und Gebärden zu gebrauchen.

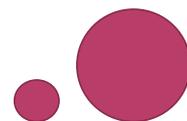
- Fragen Sie, ob er das Wort aufschreiben, zeigen oder malen kann.



## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas sagen möchte?

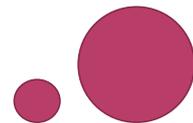
- Geben Sie ihm die Möglichkeit, die richtige Antwort zu zeigen:
  - Schreiben Sie verschiedene Möglichkeiten auf
  - Zeichnen sie verschiedene Möglichkeiten oder nutzen Sie Bilder



## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas sagen möchte?

- Kontrollieren Sie, ob Sie das Richtige verstanden haben, indem Sie die Gegenfrage stellen.
- Versuchen Sie das gewünschte Wort mit Hilfe von Entscheidungsfragen (ja-nein Fragen) zu analysieren.



## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas sagen möchte?

- Fragen Sie den Patienten, ob er das Wort umschreiben kann.

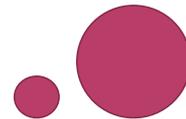


## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas verstehen soll?



Brainstorm „Sie kommen ins Zimmer und möchten mitteilen, dass der Partner angerufen hat. Er versteht sie nicht. Was tun Sie?“



## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas verstehen soll?

- Sprechen Sie langsam aber auf natürliche Art und Weise.
- Sie müssen nicht lauter sprechen oder schreien. Menschen mit Aphasie haben nicht generell auch Hörprobleme.



## Kommunikationstipps/-hilfen

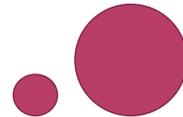
Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas verstehen soll?

- Achten Sie erst darauf, dass der Patient aufmerksam zuhört, indem Sie
  - Seinen Namen sagen
  - Ihn kurz berühren

Michael...?



Zeigen Sie, worüber sie sprechen, indem sie auf den Gegenstand zeigen oder auf eine Abbildung/ Zeichnungen.



## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas verstehen soll?

- Unterstützen Sie die Sprache mit Gebärden.
- Schreiben Sie Ihre Botschaft in Stichworten auf.
- Achten Sie darauf, dass ihr Partner Ihre Aussage begriffen hat.



Tochter  
2  
Uhr



## Kommunikationstipps/-hilfen

Wie kann ich helfen, wenn der Patient etwas verstehen soll?

Haben Sie Durst?

- Wiederholen Sie ihre Aussage in anderen Worten.
- Gebrauchen Sie kurze, einfache Sätze.
- Stellen Sie Fragen, die Ihr Partner mit 'Ja' oder 'Nein' beantworten kann.

## Kommunikationstipps/-hilfen

Worauf muss ich im Allgemeinen achten?



- Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung und wenig Ablenkung.
- Kontrollieren Sie, wenn nötig, dass das Hörgerät getragen wird und eingeschaltet ist!

## Kommunikationstipps/-hilfen

### Worauf muss ich im Allgemeinen achten

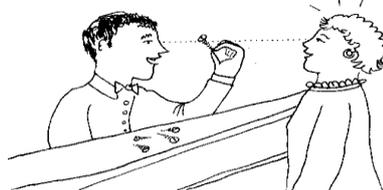
- Sorgen Sie dafür, dass ihr Gesicht gut sichtbar ist und genug Licht drauf fällt, damit der Patient von Ihren Lippen lesen kann.
- Sorgen Sie dafür, dass der Patient die richtige Brille trägt.



## Kommunikationstipps/-hilfen

### Worauf muss ich im Allgemeinen achten?

- Wenn Sie schriftliche Hilfen benutzen, achten Sie darauf, ob der Patient das ganze Wort, den ganzen Satz oder die ganze Seite sehen kann.



- Halten Sie Blickkontakt.

## Kommunikationstipps/-hilfen

### Worauf muss ich im Allgemeinen achten?

- Gespräche in einer Gruppe überfordern Menschen mit Aphasie oftmals.



- Sprechen Sie im Beisein des Patienten nicht über Ihn. Er versteht mehr, als man denkt.
- Versuchen Sie einen Mittelweg zwischen „helfen“ und selbst „finden lassen“ zu finden, wenn der Patient Schwierigkeiten hat, einen Satz zu vollenden.

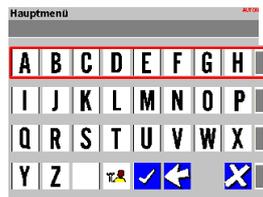
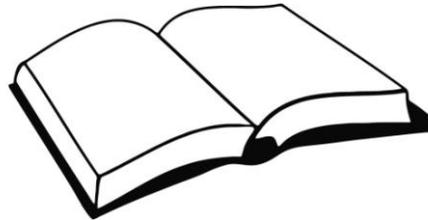
## Fragen



## Kommunikationstipps/-hilfen

### Kommunikationshilfen

- Kommunikationsbuch
- Buchstabentafel/-karten
- Schreiben
- Bilder



## Praktischer Teil

### Üben in Zweiergruppen



**Anhang B: Evaluationsbogen des Workshops****Evaluation Kommunikation mit Menschen mit Aphasie**

Bitte bewerten Sie die folgenden Unterpunkte:

1 = sehr gut

2 = gut

3 = befriedigend

4 = ausreichend

5 = mangelhaft

6 = ungenügen

	1	2	3	4	5	6
<b>Aufbau des Workshops</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Einleitung des Workshops</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Ziel und Relevanz des Workshops</b>						
Verbesserungsvorschläge						
<b>Interaktion im Workshop</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Wissen über Aphasie erweitert</b>						
Verbesserungsvorschläge:						

<b>Wissen über Kommunikation erweitert?</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Kommunikationstipps hilfreich?</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Kommunikationstipps anwendbar?</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Praktische Übung lehrreich?</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Handzettel</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Erläuterungen verständlich?</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Präsentation anschaulich?</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Platz für Fragen</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Auftreten Präsentatoren</b>						
Verbesserungsvorschläge:						
<b>Kommunikative Fähigkeiten Präsentatoren</b>						

Verbesserungsvorschläge:

Vielen Dank für Ihre Hilfe bei der Verbesserung unseres Workshops



**Anhang C: Handzettel des Workshops**

- Verbessern Sie den Patienten nicht ständig, außer er bittet Sie darum.
- Geben Sie ihm die Möglichkeit, die richtige Antwort zu zeigen:
  - a. Schreiben Sie verschiedene Möglichkeiten auf
  - b. Zeichnen Sie verschiedene Möglichkeiten oder nutzen Sie Bilder.

*Kaffee Tee Wasser*



- Kontrollieren Sie, ob Sie das Richtige verstanden haben, indem Sie die Gegenfrage stellen. Dabei können zur Unterstützung
  - a. Gebärden
  - b. Bilder
  - c. Gegenständegebraucht werden.
- Stellen Sie zielgerichtet Fragen, um das Wort zu erraten.  
„Was macht man damit?“  
„Wie sieht es aus?“  
„Wo findet man es?“
- Fragen Sie den Patienten, ob er das Wort umschreiben kann.
- Sprechen nicht für den Betroffenen.
- Lassen Sie dem Patienten Zeit und nehmen Sie ihm nicht das Wort aus dem Mund.
- Sprechen Sie nicht im Beisein des Erkrankten über ihn – er versteht mehr als man denkt und selbst wenn er den Inhalt nicht versteht, merkt er, dass über ihn geredet wird.

## Kommunikationshilfen

- Kommunikationsbuch
- Buchstabentafel/-karten
- Schreiben
- Bilder

## Kommunikation mit Menschen mit Aphasie

### Kommunikationstipps für den Krankenhausalltag

-----

Für Pfleger auf neurologischen Stationen im Umgang mit Menschen mit Aphasie



---

Flyer hergestellt von: Inés Eckerl & Janina Schmitz, Logopädiestudent Hogeschool Zuyd, Heerlen

## Was können Sie tun, wenn SIE etwas mitteilen möchten?

- Sprechen Sie langsam aber auf natürlich Weise.
- Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung und wenig Ablenkung! (Geräte ausschalten)



- Achten Sie darauf, dass der Patient Ihnen aufmerksam zuhört, indem Sie
  - a. Seinen Namen sagen
  - b. Ihn kurz berühren
- Zeigen Sie, worüber Sie sprechen, indem sie auf den Gegenstand zeigen oder auf eine Abbildung!  
„Möchtest du was trinken?“



- Unterstützen Sie die Sprache mit Gebärden.  
„Hast du Hunger?“ → mit Hand über Bauch streichen

- Schreiben Sie Ihre Botschaft in Stichworten auf! „*Tochter 2 Uhr*“
- Betonen Sie wichtige Wörter & Sätze und setzen Sie diese an das Ende.  
„Ich komme heute **um 6!**“
- Achten Sie darauf, dass der Patient Ihre Aussage begriffen hat (auf Mimik und Gebärden achten)
- Wiederholen Sie Ihre Aussage in anderen Worten  
„Hast du Durst?“



„Möchtest du was trinken?“  
„Möchtest du ein Glas Wasser?“



- Seien Sie geduldig!
- Sprechen Sie nicht von mehreren Dingen gleichzeitig!  
**Falsch:** „Am Sonntag haben wir Johann in der Stadt gesehen, wo es total voll und stressig war und morgen fliege ich in Urlaub!“
- Gebrauchen Sie kurze Sätze  
**Falsch:** Das Auto von unserem Nachbar, das er letztes Jahr beim Autohändler gekauft hat, hat seit gestern eine Beule  
**Besser:** Der Nachbar hat eine Beule in seinem Auto
- Stellen Sie Ja/Nein-Fragen  
Möchtest du Tee oder Kaffee  
→ Möchtest du Tee?

## Was können Sie tun, wenn DER PATIENT etwas mitteilen möchte?

- Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung und wenig Ablenkung! (Geräte ausschalten)



- Stimulieren Sie den Patienten Mimik und Gebärden zu gebrauchen, indem Sie selbst ein gutes Vorbild darstellen.
- Es ist sehr frustrierend, wenn der Patient nicht deutlich machen kann, was er möchte. Zeigen Sie dafür Verständnis.
- Fragen Sie, ob er das Wort aufschreiben, zeigen oder malen kann.



- Bitten Sie den Patienten, das Wort so gut wie möglich aufzuschreiben.
- Geben Sie dem Patienten Buchstabenplättchen, damit er das Wort legen kann.



- Sagen Sie, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Wenn Sie das gesuchte Wort nicht finden, versuchen Sie es später noch mal!
-

**Anhang D: Untersuchungsformular**



**Untersuchungsformulare**

**Persönliche Angaben**

Kennziffer Teilnehmer/in:

(auszufüllen durch Studienleiter)

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name und Ort der Einrichtung:

---

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich/ weiblich

Absolvierte Berufsausbildung /Tätigkeitsbezeichnung

---

Berufserfahrung mit neurologischen Patienten: < 5 Jahre Berufserfahrung/ > 5 Jahre

Berufserfahrung

Absolvierte Aphasie-Fortbildungen: ja/ nein

Namen der Studienleiter: Janina Schmitz und Inés Eckerl

---

**Anhang E: Teilnahmebestätigung des Pflegers**



**Teilnahmebestätigung / Einverständniserklärung**

**Teilnahmebestätigung:**

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig bereit bin an der Studie „Effektivität des Workshop zur Verbesserung der Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ teilzunehmen.

Kennziffer Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_ (auszufüllen durch Studienleiter)

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_

Vorname Teilnehmer/in \_\_\_\_\_

Name und Ort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die mit der Studie ´ Effektivität des Workshop zur Verbesserung der Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase ´ verbundenen Daten anonym ausgewertet werden.

Weiterhin erkläre ich, dass ich zum jetzigen Zeitpunkt über den korrekten Hintergrund der Studie aufgeklärt bin. Ich wurde vor Unterzeichnung dieses Dokumentes mündlich über den Aufbau und Ablauf der Studie informiert.

Ich bin darüber informiert, dass die Studie aus folgenden Unterteilen besteht:

- mindestens einer Observation der Kommunikation mit einem Aphasiepatienten
- der Selbsteinschätzung der eigenen Kommunikationsweise
- der Teilnahme an dem Wissenstest zum Thema Aphasie und Kommunikation
- (der Teilnahme an einem Workshop zur Verbesserung der Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase)

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich die Teilnahme an der Untersuchung zu jedem

beliebigen Zeitpunkt, ohne Angabe von Gründen, abbrechen kann.

Die Studienleiter versichern, dass eine Nutzung der Daten für Zwecke, die außerhalb des Untersuchungsrahmens liegen, in keinem Falle erfolgen wird.

Die Studienleiter erklären, dass keinerlei Informationen die innerhalb der Studienteilnahme gesammelt werden bzw. die Information über einen evt. Studienabbruchs an den Arbeitgeber weitergeleitet werden. So können dem Teilnehmer bzw. der nicht teilnehmendem Person keinerlei berufliche Nachteile entstehen.

Die Untersuchungsleiter sind jederzeit bereit Fragen in Bezug auf die Untersuchung zu beantworten.

Für den Inhalt und die Ausführung der Studie sind verantwortlich:

Janina Schmitz (024349933978) und Inés Eckerl (01602510192)

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Pflegepersonal Unterschrift Studienleiter**

\_\_\_\_\_

**Anhang F: Teilnahmebestätigung Krankenhaus**



**Teilnahmeerklärung**

Hiermit bestätige ich die Teilnahme an der Studie „Effektivität des Workshops zur Verbesserung der Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“.

Ich bin damit einverstanden, dass das Pflegepersonal, das auf der unter meiner Leitung stehenden Station \_\_\_\_\_ des Krankenhauses/ der Klinik \_\_\_\_\_ arbeitet, an der Studie „Effektivität des Workshops zur Verbesserung der Kommunikation von Pflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ unter individueller Zustimmung teilnimmt.

Ich wurde im Vorhinein in einem persönlichen Gespräch und durch einen Informationsbrief über den Aufbau und Ablauf der Studie informiert.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name und Ort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Für den Inhalt und die Ausführung der Studie sind verantwortlich:

Janina Schmitz

Inés Eckerl

Wienenweg 11

Südstraße 31

41844 Wegberg

52457 Aldenhoven

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Anhang G: Observationsformular****Observation****Kennziffer Teilnehmer/in:****Bewertungsskala:****1 = sehr gut****2 = gut****3 = befriedigend****4 = ausreichend****5 = mangelhaft****6 = ungenügend****x = nicht zutreffend in dieser Situation**

<b>Anpassung der Umgebung</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>X</b>
Pflegepersonal sorgt dafür, dass Störungen vermieden werden (z.B. Fernseher / Radio ausschalten, Tür schließen usw.).							
Pflegepersonal sorgt für eine ausreichende Beleuchtung im Zimmer.							
Pflegepersonal sorgt für eine schmerzfreie Körperhaltung des Patienten.							

<b>Begrüßung / Verabschiedung:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>X</b>
Pflegepersonal begrüßt den Patienten in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache.							
Pflegepersonal gibt den Grund für das Kommen an.							
Pflegepersonal verabschiedet sich in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache.							

<b>Pflegepersonal als Sprecher</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>X</b>
Pflegepersonal spricht mit einem adäquaten Tempo.							
Pflegepersonal spricht in einer adäquaten Lautstärke.							
Pflegepersonal betont wichtige Wörter einer Aussage.							
Pflegepersonal verwendet kurze, syntaktisch einfache Äußerungen.							
Pflegepersonal setzt sinnvolle Pausen im Gespräch. (Denk- oder Verarbeitungspause für den Patienten)							
Pflegepersonal sichert wichtige Informationen durch geschlossene (Ja/Nein-) Fragen ab.							
Pflegepersonal benutzt ein angemessenes Sprachniveau. (keine Babysprache)							

Pflegepersonal sorgt dafür, dass der Patient aufmerksam ist (abwarten, Körperkontakt oder verbaler Hinweis kann nötig sein)							
---	--	--	--	--	--	--	--

<b>Pflegepersonal als Zuhörer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>X</b>
Pflegepersonal unterstützt Patienten in seinen Bemühungen zu kommunizieren (z.B. Papier und Stift reichen etc.)							
Pflegepersonal gibt dem Patienten verbales Feedback auf dessen Äußerungen (z.B. „aha“, „verstehe“, „mhm“)							
Pflegepersonal achtet darauf, dem Patienten nicht ins Wort zu fallen.							
Pflegepersonal achtet darauf, dem Patienten nicht ´die Worte aus dem Mund zu nehmen´.							
Pflegepersonal gibt dem Patienten Rückmeldung über seine Verständlichkeit (sagen, was verstanden wurde, was nicht; Details erraten etc.)							
Pflegepersonal benennt non-verbale Signale des Patienten. (z.B. „Sie schauen so traurig! Geht es Ihnen heute nicht gut?“)							

<b>Alternative/ non-verbale Kommunikation</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>X</b>
Pflegepersonal unterstützt seine Äußerungen durch Mimik und Gestik.							
Pflegepersonal schreibt etwas auf / macht Zeichnungen / zeigt auf Objekte, um etwas verständlich zu machen.							
Pflegepersonal sorgt für konstanten Blickkontakt zum Patienten.							
Pflegepersonal gibt non-verbales Feedback auf die Äußerungen des							
Patienten. (z.B. zustimmend nicken, lächeln, Augenbrauen hochziehen etc.)							

## Literatur:

- Förster, U., Gümmer, M. (2000). *ATL Kommunizieren. Pflege entdecken, erleben, verstehen*. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag
- Heuwinkel-Otter, A., Nümann-Dulke, A., Matscheko, N. (2006). *Menschen pflegen*. Heidelberg: Springer
- Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Schöler, M., Grötzbach, H. (2006). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer Verlag
- Tesak, J. (2007). *Aphasie - Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag

**Anhang H: Wissenstest**



**Wissensprüfung**

**Kennziffer Teilnehmer/in:**

**Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an! (nur 1 Kreuz möglich)**

**Frage 1: Das Sprachzentrum befindet sich bei den meisten Menschen...**

- 1)  in der linken Hemisphäre
- 2)  im Hirnstamm (Truncus cerebri)
- 3)  in der rechten Hemisphäre
- 4)  im Mittelhirn (Mesencephalon)
- 5)  weiß nicht

**Frage 2: Eine Aphasie ist ...**

- 1)  eine Sprachstörung aufgrund einer neurologischen Erkrankung
- 2)  eine Sprachstörung aufgrund einer progressiven Atrophie der für die Sprache zuständigen Gehirnareale
- 3)  eine Artikulationsstörung nach abgeschlossenem Spracherwerb
- 4)  eine Sprachstörung, die mit kognitiven Beeinträchtigungen einher geht
- 5)  weiß nicht

**Frage 3: Die häufigste Ursache für eine Aphasie ist ...**

- 1)  ein Schädelhirntrauma
- 2)  ein Schlaganfall
- 3)  ein Hirntumor
- 4)  Demenz
- 5)  weiß nicht

**Frage 4: In Deutschland erkranken jährlich viele Menschen an Aphasie. Die Zahl liegt zwischen:**

- 1)  20.000 – 40.000 Erkrankten
- 2)  40.000 – 60.000 Erkrankten
- 3)  60.000 – 100.000 Erkrankten
- 4)  100.000 – 120.000 Erkrankten
- 5)  weiß nicht

**Frage 5: Bei einer Aphasie ist die Funktion der Sprechorgane (Lippen, Zunge, Gaumen, Kehlkopf)...**

- 1)  immer gestört
- 2)  nur gestört, wenn eine große Verletzung im Gehirn vorliegt
- 3)  gestört mit Ausnahme des Kehlkopfes
- 4)  intakt
- 5)  weiß nicht

**Frage 6: Eine Aphasie verbessert sich nach dem auslösenden Ereignis spontan (d.h. ohne logopädische Therapie) bis zu ...**

- 1)  ca. 2 Wochen
- 2)  ca. 1,5 Monaten
- 3)  ca. 6 Monaten
- 4)  ca. 1 Jahr
- 5)  weiß nicht

**Frage 7: Eine gezielte sprachliche Aktivierung des Patienten während der intensivmedizinischen Versorgung ist ...**

- 1)  gefährlich, da sie zu pathologischer Enthemmung führen kann
- 2)  empfehlenswert, da sich diese positiv auf alle Sprachfunktionen auswirkt
- 3)  nur bei Patienten mit intaktem Sprachverständnis anzuwenden
- 4)  abzuraten bei Demenz-Patienten
- 5)  weiß nicht

**Frage 8: Bei einer sogenannten Broca-Aphasie ist das Leitsymptom ...**

- 1)  der Agrammatismus (Telegrammstil-Sprache)
- 2)  die Schriftsprache (Lesen & Schreiben)
- 3)  das gestörte Sprachverständnis
- 4)  wiederkehrende Sprachautomatismen
- 5)  weiß nicht

**Frage 9: Ein Patient mit einer Aphasie reagiert nicht auf eine von Ihnen gestellte Frage. Was sollte zunächst getan werden?**

- 1)  Die Frage sollte noch einmal mit erhöhter Lautstärke wiederholt werden. Vermutlich wurde die Frage akustisch nicht verstanden.
- 2)  Der Patient sollte aufgefordert werden, als Unterstützung auf das Mundbild seines Gegenübers zu achten.
- 3)  Die Frage sollte noch einmal in einem anderen Wortlaut wiederholt werden.
- 4)  Eine andere Person sollte gebeten werden, dem Patienten die Frage noch einmal zu stellen. Meist entscheidet die Stimme und Artikulation des Gegenübers darüber, ob der Patient mit Aphasie die Frage versteht.
- 5)  weiß nicht

**Frage 10: Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Aphasiepatienten zu erleichtern? Kreuzen Sie maximal 5 zutreffende Items an.**

- 1)  Lautes Sprechen
- 2)  Mehrfaches Wiederholen einer Aussage, bei der jedoch der Wortlaut immer identisch bleibt
- 3)  Langsames Sprechen, bei dem einzelne Wörter betont werden
- 4)  Einsatz von Mimik und Gestik
- 5)  Überdeutliches Artikulieren beim Sprechen
- 6)  Vorhalten eines Spiegels zur Selbstkontrolle des Patienten beim Sprechen
- 7)  Anpassen der eigenen Sprache an die Sprechweise des Patienten
- 8)  Schriftliches Notieren der Aussage
- 9)  Hinzunahme von Gegenständen, auf die eine Aussage bezogen wird
- 10)  Formulieren von einfachen, kurzen Sätzen
- 11)  weiß nicht (*nur ankreuzen, wenn Sie keine der oben genannten Antworten angekreuzt haben*)

**Frage 11: Was sollte getan werden, wenn man eine Äußerung/einen Teil einer Äußerung eines Patienten mit Aphasie nicht verstanden hat?**

- 1)  Man sollte ihm/ihr gegenüber deutlich angeben, was an seiner Äußerung verstanden bzw. nicht verstanden wurde.

- 2)  Man sollte so tun, als habe man den Patienten verstanden um seine/ihre Gefühle nicht zu verletzen und um bei ihm/ihr die Angst vor neuen Sprechversuchen nicht zu erhöhen.
- 3)  Man sollte einfach tun, was man denkt verstanden zu haben – es wird sich dann herausstellen, ob es das war, was der Patient wollte.
- 4)  Man sollte nicht reagieren – so merkt der Patient, dass er sich unverständlich ausgedrückt hat und wiederholt seine Äußerung von sich aus noch einmal.
- 5)  weiß nicht

**Frage 12: Stellen Sie sich vor, ein Patient mit Aphasie benutzt sehr häufig lautlich veränderte Wörter, wenn er sich äußert (z.B. Telefon = Lelekon). Sie können sich die Aussage zwar mit etwas Mühe erschließen, sind jedoch durch die zahlreichen Lautvertauschungen sehr irritiert. Was tun Sie?**

- 1)  Sie warten ab, bis der Patient seine Aussage beendet hat und reagieren dann, indem Sie die größten Fehler noch einmal verbessern. So wird der Patient nicht unterbrochen und hat doch einen Lerneffekt.
- 2)  Sie korrigieren den Patienten bei jeder Gelegenheit. Nur dieses direkte Feedback hilft dem Patienten dabei, das eigene Störungsbewusstsein zu erhöhen und seine sprachlichen Fähigkeiten zu verbessern.
- 3)  Sie versuchen diese Vertauschungen weitestgehend zu überhören und achten mehr auf den Inhalt der gesamten Aussage, als auf die Form einzelner Wörter. Zu viele Verbesserungen frustrieren den Patienten.
- 4)  Sie versuchen die Kommunikation mit dem Patienten auf das Nötigste zu beschränken. Nur fachlich ausgebildetes Personal wie Sprachtherapeuten/ Logopäden sollten in dieser Phase mit dem Patienten an seinen sprachlichen Fähigkeiten arbeiten und ihn sprachlich stimulieren. Zu viele verschiedene Kommunikationsstile verwirren den Patienten.
- 5)  weiß nicht

## **I: Notenskala für die Observationen**

### *Kategorie 1: Anpassung der Umgebung*

**Note 1-2:** Pflegepersonal passt die Umgebung optimal an den Menschen mit Aphasie an, damit die Kommunikation optimal verlaufen kann.

**Note 3-4:** Pflegepersonal trifft einige Vorkehrungen zur Anpassung der Umgebung, jedoch nicht optimal.

**Note 5-6:** Pflegepersonal trifft keine Vorkehrungen zur Anpassung der Umgebung

### *Kategorie 2 Begrüßung und Verabschiedung*

**Note 1-2:** Pflegepersonal begrüßt/verabschiedet den Menschen mit Aphasie angemessen und freundlich, redet ihn mit seinen Namen an und gibt leicht verständlich und adäquat den Grund für sein Kommen an

**Note 3-4:** Pflegepersonal begrüßt/verabschiedet den Menschen mit Aphasie beiläufig, ohne ihn mit seinem Namen anzusprechen. Der Grund für das Kommen wird nur vage beschrieben.

**Note 5-6:** Pflegepersonal begrüßt/verabschiedet den Menschen mit Aphasie nicht und gibt keinen Grund für das Kommen an.

### *Kategorie 3 Pflegepersonal als Sprecher*

**Note 1-2:** Pflegepersonal funktioniert in der Rolle als Sprecher optimal- folgende Fähigkeiten werden gezeigt:

- Langsames Sprechtempo
- Adäquate Lautstärke ( nicht zu laut, nicht zu leise)
- Wichtige Inhaltswörter werden stets betont
- Alle Äußerungen sind kurz und syntaktisch einfach
- Pausen werden häufig gesetzt
- Ja/Nein- Fragen werden stets verwendet, um Informationen abzusichern
- Das Sprachniveau ist stets angemessen
- Die Aufmerksamkeit des Patienten wird während des gesamten Gesprächs gesichert

**Note 3-4:** Das Pflegepersonal funktioniert in der Rolle als Sprecher mittelmäßig, die einzelnen Fähigkeiten werden nur teilweise gezeigt:

- Wechsel aus langsamen und zu schnellem Sprechtempo

- Wechselnde Lautstärke (teils zu laut oder zu leise)
- Wichtige Inhaltswörter werden nur manchmal betont
- Einige Äußerungen sind kurz und syntaktisch einfach, andere Äußerungen geraten zu lang
- Pausen werden teilweise gesetzt
- Ja/Nein- Fragen werden wenig verwendet, um Informationen abzusichern. Manchmal geht wichtige Information verloren, da diese Form der Fragestellung nicht benutzt wird.
- Das Sprachniveau ist teils angemessen, teils wird „Babysprache“ verwendet
- Die Aufmerksamkeit des Patienten wird während des Gesprächs teilweise gesichert, manchmal ist der Patient abgelenkt und nicht mit voller Aufmerksamkeit anwesend

**Note 5-6:** Pflegepersonal nimmt die Rolle als Sprecher sehr schlecht ein- keine der Fähigkeiten wird erfüllt.

### *Kategorie 4 Pflegepersonal als Zuhörer*

**Note 1-2:** Das Pflegepersonal nimmt die Rolle des Zuhörers optimal ein- folgende Fähigkeiten werden optimal erfüllt:

- Die Kommunikation wird immer unterstützt (Stift, Papier etc reichen)
- Stetiges Feedback auf Äußerungen des Patienten
- Pflegepersonal fällt dem Patienten nie ins Wort und nimmt die Worte nicht aus dem Mund
- Stetige Rückmeldungen über die Verständlichkeit
- Benennen aller nonverbalen Signale des Patienten

**Note 3-4:** Das Pflegepersonal nimmt die Rolle des Zuhörers mittelmäßig gut ein- folgende Fähigkeiten werden teilweise erfüllt:

- Die Kommunikation wird manchmal unterstützt (Stift, Papier etc reichen), einige mögliche Situationen werden verpasst
- Teilweise Feedback auf Äußerungen des Patienten
- Pflegepersonal fällt dem Patienten manchmal ins Wort und nimmt die Worte teilweise aus dem Mund
- Rückmeldungen über die Verständlichkeit werden teilweise gegeben, manchmal wird der Patient im Glauben gelassen verstanden zu werden, obwohl dies nicht stimmt
- Benennen mancher nonverbaler Signale des Patienten

**Note 5-6:** Das Pflegepersonal nimmt die Rolle des Zuhörers sehr schlecht ein- keine der Fähigkeiten wird erfüllt.

### *Kategorie 5 Alternative und nonverbale Kommunikation*

**Note 1-2:** Das Pflegepersonal arbeitet optimal mit alternativer und nonverbaler Kommunikation- es zeigt folgende Fähigkeiten:

- Alle Äußerungen werden durch Mimik und Gestik unterstützt
- Schreiben, Zeigen, Zeichnen wird immer verwendet, wenn es die Situation verlangt
- Konstanter Blickkontakt während des ganzen Gesprächs
- Nonverbales Feedback auf alle Äußerungen des Patienten
- Zeigen von ehrlichem Interesse für die Gefühlswelt

**Note 3-4:** Das Pflegepersonal arbeitet teilweise mit alternativer und nonverbaler Kommunikation- es zeigt folgende Fähigkeiten:

- Manche Äußerungen werden durch Mimik und Gestik unterstützt
- Schreiben, Zeigen, Zeichnen wird teilweiser verwendet, wenn es die Situation verlangt. Einige mögliche Situationen werden jedoch verpasst.
- Wechselnder Blickkontakt während des Gesprächs
- Nonverbales Feedback auf manche Äußerungen des Patienten
- Zeigen von Interesse für die Gefühlswelt des Patienten teilweise- jedoch nicht stetig-erkennbar.

**Note 5-6:** Das Pflegepersonal arbeitet nicht mit alternativer und nonverbaler Kommunikation- keine der Fähigkeiten wird erfüllt.