

Auszug aus der Aktivierungsstudie „Kleiner Unterschied? Frauen und Männer im Wachkoma

Einleitung

Unter den Mitarbeitern des Langzeitpflegeheims St. Anna Lana (Südtirol/Italien) hat sich eine engagierte interprofessionelle Gruppe gebildet. Unter dem Titel „Kleiner Unterschied? Männer und Frauen im Wachkoma“ wird eine **Aktivierungsstudie** ausgearbeitet mit folgenden Zielen:

1. Beobachtung, Dokumentation und Interpretation verschiedener Anwendungen aus medizinischer, pflegerischer und physiotherapeutischer Sicht
2. Wie reagieren Frauen und Männer im Wachkoma auf gleiche Maßnahmen – Beobachtungsstudie

Es ist eine **geschlechterspezifische Studie**. Das Team ist der Überzeugung, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Auswirkungen auf bestimmte Anwendungen zu beobachten sind (Marianne Legato 2004).

Die **Mitglieder der Kerngruppe** sind: Schwarz Bernadette, Perkmann Doris, Braunhofer Sabine, Tammerle Renate, Gasser Annelies, Predelli Sandro und Starke Waltraud als Projektleiterin. Dr. Vinatzer Wolfgang begleitet die Gruppe als wissenschaftlicher Berater.

Es werden **3 Frauen und 3 Männer im Wachkoma** ausgesucht welche für den Beobachtungszeitraum vom 01.03. bis 31.12. 2006 in dieser Studie täglich vom Pfl egeteam und den PhysiotherapeutInnen beobachtet werden. Die Ausgangslagen dieser Frauen und Männer sind sehr unterschiedlich (festgehalten im Ausgangslagebogen) – sie bewegen sich zwischen den Remissionsphasen (nach Gerstenbrand) 2 und 6. Die geringe Anzahl der Beobachteten ermöglicht eine sehr konzentrierte individuelle Beobachtung anhand von Beobachtungsbögen für die Pflege und Physiotherapie mit Möglichkeiten der quantitativen wie der qualitativen Auswertung.

Die **beobachteten Maßnahmen** sind in der Pflege:

- die „Beruhigende basale Ganzkörperwaschung“
- und in der Physiotherapie
- das Passive Durchbewegen (PD)

Mittel zur Festhaltung der Beobachtungen:

- der Ausgangslagebogen (wird am beginn des gesamten Beobachtungszeitraumes ausgefüllt)
- der Beobachtungsbogen Pflege (wird an Beginn und am Ende der Anwendung ausgefüllt)
- der Tagesbeobachtungsbogen Pflege (wird vom Früh-, Nachmittags- und Nachtdienst ausgefüllt)
- der Beobachtungsbogen Physiotherapie (wird am Beginn und am Ende der Anwendung ausgefüllt)
- der Endlagebogen (wird am Ende des gesamten Beobachtungszeitraumes ausgefüllt)

Es wird beobachtet, dass die **Kommunikation bei Menschen im Wachkoma**, welche die Fähigkeit des Sprechens verloren haben, über Zeichen läuft - die nonverbale Kommunikation. Sie erfolgt über die Interpretation der vegetativen Körpersignale (Vegetatives Nervensystem – Sympathikus und Parasympathikus) kombiniert mit sprachlichen Ansätzen (Lautieren), dem Muskeltonus, dem Spiel der Mimik und der Vitalzeichen. Diese Art der Kommunikation erfolgt teils als spontane Reaktion über das Unterbewusstsein, als auch über bewusste Steuerung (Annahme durch Beobachtung einzelner Situationen in der Aktivierungsstudie).

Hauptbeobachtungsparameter sind die vegetativen Körpersignale, unterstützende Faktoren sind Muskeltonus, Stimme/Sprache, Codes, Mimik, Vitalzeichen, die Ausgangslage und Endlage der einzelnen beobachteten Maßnahmen.

Die Auswertung

A - Die Quantitative Auswertung: Die von der Kerngruppe ausgearbeiteten und vom gesamten Pflege team ausgefüllten Beobachtungsbögen werden vom Kernteam im Zeitraum von 5 Tagen ausgewertet. Unterlagen sind selbst erarbeitete Auswertungstabellen und die mit diesen Tabellen erstellten Diagramme.

Die quantitative Auswertung scheint in dieser Zusammenfassung gemeinsam mit den beobachteten geschlechterspezifischen Unterschieden unter „Genderspekte“ auf.

B - Als theoretische Grundlage der Qualitativen Auswertung werden

- Einführung in die Qualitative Sozialforschung (5. Auflage 2002)
- Qualitative Inhaltsangabe (8. Auflage 2003)
von Philipp Mayring Verlag Beltz verwendet.

Die Ergebnisse der Quantitativen Auswertung sind praktische Grundlagen dieser Auswertung. Die qualitative Auswertung ergibt das Kernergebnis:

Die vegetativ gesteuerte Kommunikation – Silent moves

C – Die Genderspekte: Grundlagen der Auswertung sind die Ergebnisse der quantitativen Auswertung unter Beachtung der geschlechterspezifischen Unterschiede.

Quellen:

- 1 – Altenpflege in Ausbildung und Praxis
- 2 - Soziologie, Jilesen, Stam Verlag Köln, 5. Auflage
- 3 – Einführung in die Qualitative Sozialforschung – Philipp Mayring – Beltz Verlag . Weinheim und Basel 5. Auflage
- 4, 5 Duden – das Fremdwörterbuch – Dudenverlag – 8.Auflage
 - Basale Stimulation „Das Konzept“ Andreas Fröhlich – Verlag selbstbestimmtes Leben
 - Basale Stimulation „Neue Wege der Intensivpflege“ – Peter Nydahl, Gabriele Bartozek – Urban&Fischer
 - www.wachkoma.at/Basale-Stimulation.htm
 - Peter Nydahl – Wachkoma – Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma – Urban & Fischer 2005
 - Dr. med. Nicole Menche – Pflege heute – Urban & Fischer 2004
- 6- G.Batolome – H.Shröter-Morasch – Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation – Urban & Fischer 2006

Hinweis: Die ungekürzte Auflage der Aktivierungsstudie ist nach Anfrage erhältlich beim:
Pflegeheim St. Anna Lana
Treibgasse 13 I – 39011 Lana



silent moves

**Vegetativ gesteuerte Kommunikation
beobachtet beim Menschen im Wachkoma im Fallbeispiel**

Einleitung:

Eine sehr häufig zitierte Grundaussage zur menschlichen Kommunikation stammt vom Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawik: „Mann kann nicht nicht kommunizieren.“

Definition von Kommunikation:

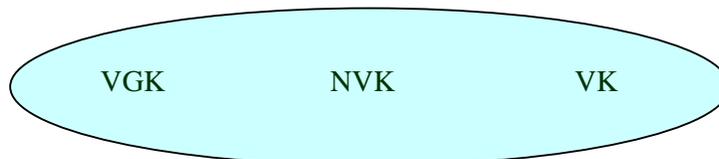
Kommunikation heißt austauschen, ausdrücken, mitteilen von Kognitionen, Emotionen und Motivationen, Botschaften und Signale senden und gleichzeitig Botschaften und Signale anderer empfangen, entschlüsseln und darauf reagieren.¹

Die häufigsten Kommunikationsmittel sind Symbole, d.h. wahrnehmbare Zeichen, die von Menschen untereinander durch Absprache mit einer bestimmten Bedeutung belegt wurden. Natürliche Kommunikationsmittel sind Zeichen, die von sich aus eine bestimmte Bedeutung haben und nicht erst durch Absprache.²

Vegetativ gesteuerte Kommunikation ist ein in der Aktivierungsstudie beobachtetes natürliches Kommunikationsmittel.

Drei zusammenhängende Formen von Kommunikation werden beobachtet:

1. vegetativ gesteuerte Kommunikation - VGK
2. nonverbale Kommunikation - NVK
3. verbale Kommunikation - VK



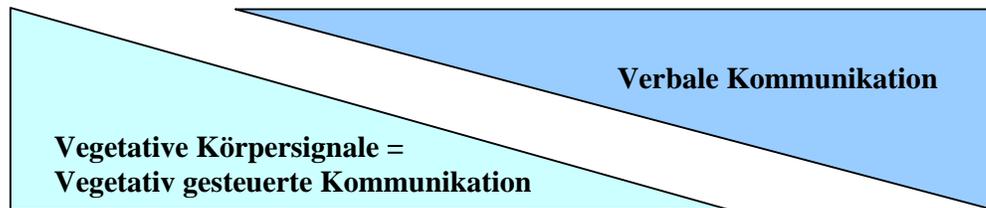
Die vegetativ gesteuerte Kommunikation:

In der Aktivierungsstudie wird beobachtet, dass Menschen im Wachkoma in den Remissionsphasen 2, 3 und 4 vorwiegend mit vegetativen Körpersignalen kommunizieren. Nonverbale Kommunikation in Form von Mimik, Augenbewegungen und Muskeltonus unterstützen die Aussagekraft.

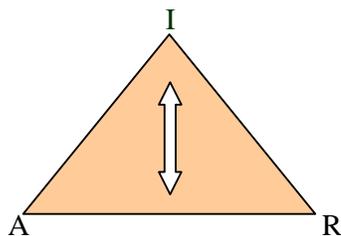
Die beobachteten vegetativen Körpersignale sind: Unruhe, Schwitzen, Zittern, Gänsehaut, Erbrechen, erhöhte Schleimabsonderung, Erröten, Erblassen, Tränenfluss, Abwesenheit, Schluckauf.

Die Feststellung, dass es sich um **vegetativ gesteuerte Kommunikation** handelt ist durch folgende Tatsache begründet:

Je größer die Möglichkeiten der verbalen Kommunikation sind umso weniger häufig und intensiv treten vegetative Körpersignale auf bis sie bei guter verbaler Kommunikation fast verschwinden und nur mehr als „normale“ vegetative Zeichen auftreten.



Aktion – Reaktion – Interaktion als Ergebnis der Studie:



A – Aktion – beobachtete Maßnahme in der Ausgangslage

R – Reaktion – Ergebnis der beobachteten Maßnahme In der Endlage

I – Interaktion – vegetativ gesteuerte Kommunikation

Das Körperbild verändert sich bei niedrigen Remissionsphasen mehr, da nur durch vegetative Zeichen kommuniziert wird. Der Weg zur Interaktion ist länger und unklarer.

Faktoren der vegetativ gesteuerten Kommunikation:

- beobachtete verwendete Körpersignale
- Intensität der Körpersignale
- Konstellation bei Verwendung mehrere Körpersignale
- Aussagekraft – Mitteilungsbedürfnis

Ad a) Beobachtete verwendete Körpersignale:

Aus der Ansammlung der oben genannten vegetativen Körpersignale werden fallspezifisch einzelne vegetative Körpersignale beobachtet. Nicht immer wird die ganze Liste am Patienten beobachtet. Einzelne vegetative Körpersignale können sogar als begleitender Zustand zum Allgemeinbild gesehen werden.

Verändert sich der Allgemeinzustand, verschwinden diese bis zu diesem Zeitpunkt benutzten Zeichen und andere treten auf.

Fallbeispiel: Am Beginn des Beobachtungszeitraumes ist XY unruhig, schwitzt stark und zeigt massives Muskelzucken am ganzen Körper – nach 2 Monaten ist schwitzen und zittern kaum beobachtbar, dafür treten vermehrt Unruhe und Erröten auf.

Man kann eine **Hierarchie der Zeichen** beobachten. An der Spitze der Pyramide stehen Unruhe, Zittern, Schwitzen, Gänsehaut, es folgen Erbrechen, erhöhte Schleimabsonderung, erröten, erblassen. Diese Hierarchie steht in direktem Zusammenhang mit den Remissionsphasen.

Je niedriger die Remissionsphasen umso öfter sind die vegetativen Körpersignale an der Spitze der Pyramide zu beobachten.



Ad b) Intensität der vegetativen Körpersignale:

Es wird beobachtet, dass die Intensität des Ausdruckes, ob vegetativ, nonverbal oder verbal, in direkter Verbindung mit der Dringlichkeit der Bedürfnisse steht.

Fallbeispiel: *Treten bei XY Schmerzen auf zeigt er dies durch intensiv geäußerte fallspezifische vegetative Körpersignale, z.B. Schluckauf in Kombination mit Muskelzittern.*



Ad c) Konstellation bei der Verwendung mehrerer vegetativer Körpersignale:

In der Studie wird festgestellt, dass fallspezifisch typische Konstellationen auftreten. Diese Konstellationen stehen in direkter Verbindung mit den Remissionsphasen (siehe Pyramide). Bei guter Ausgangslage treten in der Anzahl weniger vegetative Körpersignale auf, bei schlechter Ausgangslage viele Zeichen gemeinsam.

Fallbeispiel: *XY hat als Ausgangslage unruhig und verspannt, im Urin befinden sich Blutsedimente, er zeigt die vegetativen Körpersignale unruhig, schwitzen, zittern, Schluckauf.*

Neben der beobachteten Ausgangslage spielt der **Faktor Fremdkörper** (siehe Störfaktoren Fremdkörper) eine wesentliche Rolle.

Ad d) Aussagekraft – Mitteilungsbedürfnis:

Aussagekraft und Mitteilungsbedürfnis sind vielfältig. Weitere Instrumente der nonverbalen Kommunikation, wie zusätzlich verwendete Codes – Hand-, Kopf-, Fuß- und Blinzelcodes ermöglichen exaktere Interpretationen.

Primär sind die Einsicht und der Willen zum Erkennen der vegetativen Körpersignale als Kommunikationsform. Der Interpretant lässt sich subjektiv auf die Bewertung der Körpersignale ein. Objektivität scheint ein äußerst schwieriger Faktor zu sein.

Das Vorverständnis beeinflusst immer die Interpretation – das ist einer der Grundsätze der Hermeneutik.³ (Definition Hermeneutik: Existenzphilosophie – metaphysische Methode des Verstehens menschlichen Daseins⁴)

Verschiedene Ziele der Kommunikation in der Studie werden beobachtet:

Der Patient will mitteilen, dass er z.B. Schmerzen hat

Fallbeispiel: XY zeigt eine große Anzahl von vegetativen Körpersignalen – sie sind sehr intensiv.

Er will einen Selbstschutz aufbauen – aus Angst vor Schmerz nimmt er eine Schonhaltung ein

Fallbeispiel: XY hat vor einer bestimmten Situation Angst – er hält die Arme in einer Flexionsstellung, ist blass und apathisch.

Er verwendet die vegetativen Körpersignale und Autostimulationen als Ablenkung für unangenehme Situationen – unangenehme Lagerung, Ablenkung von Schmerzen

Fallbeispiel: XY schaukelt sich so lange bis er eine für ihn angenehme Lage findet. XY verwendet Schluckauf, Muskelzittern.

Er will auf sich aufmerksam machen

Fallbeispiel: XY beginnt mit dem Schluckauf wenn Angehörige sich von ihm verabschiedet

Er will zeigen dass er Ruhe braucht

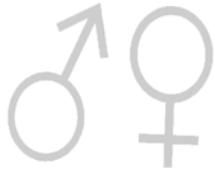
Fallbeispiel: XY zeigt sich ruhig, schlafend, abwesend wenn jemand das Zimmer betritt.

XY sitzt im Rollstuhl, hält die Augen verschlossen und ist blass.

Er will sein aktuelles Körperbild ermitteln

Fallbeispiel: XY nestelt an seinem Oberkörper, XY zeigt Unruhe und Zittern, XY hat starken Schluckauf ohne andere vegetative Körpersignale

Er verwendet vegetative Körpersignale als Möglichkeit der Autostimulation (siehe Autostimulation)



Genderaspekte

Einleitung

Die Beobachtungen der geschlechterspezifischen Unterschiede sollte man präsent halten, wenn man mit Frauen und Männern im Wachkoma arbeitet.

Aus der **Basisstudie „Menschen im Wachkoma – PatientInnenanalyse und Ursachenforschung unter geschlechterspezifischem Aspekt“** (2005) ist ersichtlich, dass **mehr Männer als Frauen** vom Wachkoma betroffen sind (37% Frauen – 63% Männer)

Das kritische Alter bei Frauen ist bei 20 bis 30 Jahre und ab 70 Jahre.

Bei Männern erscheint der kritische Zeitpunkt zwischen 30 und 40 Jahre, aber auch zwischen 50 und 60 Jahre.

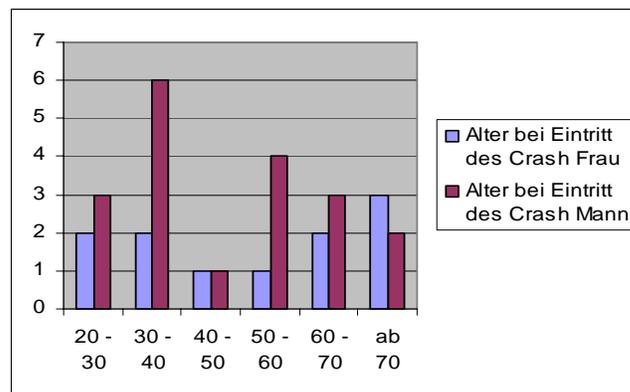


Tabelle aus „Menschen im Wachkoma“ - Basisprojekt

Die Ursachen für das Wachkoma sind geschlechterspezifisch verschieden:

- Frauen haben zu 18% traumatische und 82% anoxische Ursachen
- Männer haben 37% traumatische und 63% anoxische Ursachen

Begriffserklärung: TBI = traumatic brain injury = Hirnschädigung als Folge eines Schädel-Hirn-Traumas

ABI = anoxic brain injury = Hirnschädigung als Folge von Sauerstoffmangel

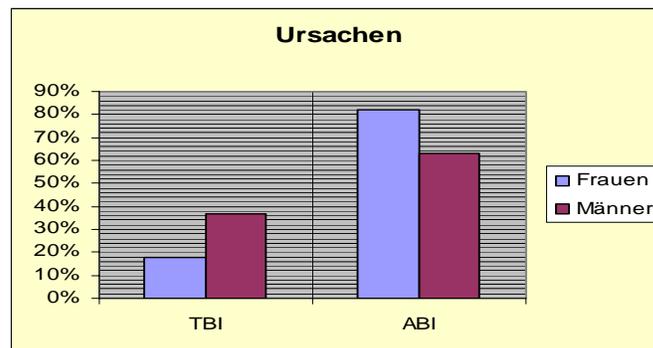


Tabelle aus „Menschen im Wachkoma“ – Basisprojekt

Mit den Ursachen in direktem Zusammenhang steht das Outcome, wobei bei traumatischen Ursachen die Prognose allgemein besser ist als bei anoxischen Ursachen. Bei Frauen mit TBI herrschen die Remissionsphasen 5 und 7 vor. Bei Männern mit TBI finden wir die Remissionsphasen 2, 3, 4 regelmäßig verteilt, mit der Ausnahme von einem Mann in der Phase 6.

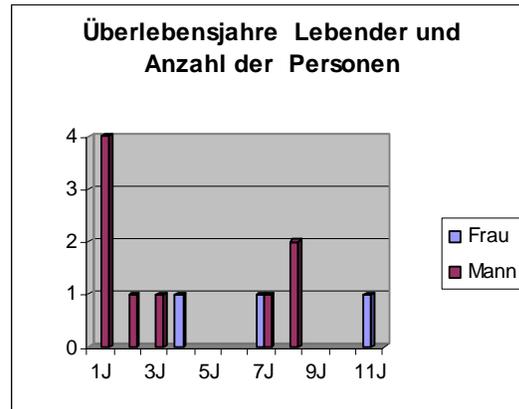
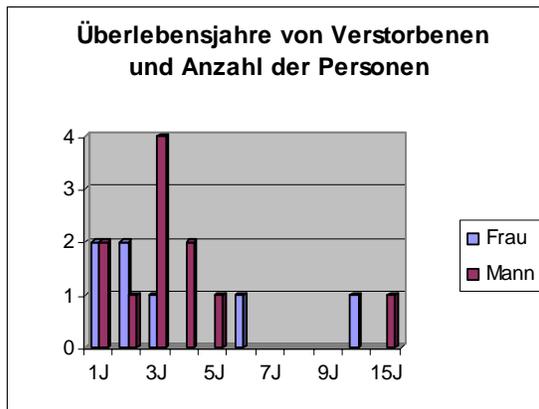
Bei ABI sind die Patienten beider Geschlechter in den Remissionsphasen 2 und 3 anzutreffen.

Ursachen Frauen ABI	1. Cerebrovasculäres System	Ursachen Männer ABI	1. Akuter Sauerstoffmangel
	2. akuter Sauerstoffmangel		2. Herz-Kreislauf-erkrankungen
	3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen		3. Cerebrovasculäres System

Tabelle aus „Menschen im Wachkoma“ - Basisprojekt

Weitere geschlechterspezifische Beobachtungen:

In den ersten drei Jahren ist die **Sterblichkeitsrate** bei beiden Geschlechtern hoch, bei Frauen in den ersten 2 Jahren nach dem Ereignis, bei den Männern in den ersten 3 Jahren (Spitze im 3. Jahr). Nach diesen ersten 3 kritischen Jahren ist die Überlebenschance relativ hoch – es wurde ein Mann beobachtet der 15 Jahre überlebt hat.



Tabellen aus „Menschen im Wachkoma“ - Basisprojekt

Andere geschlechterspezifische Beobachtungen wurden in Zusammenhang mit

- der Trachealkanüle
- der Ernährung – Peg-Sonde
- Blasenentleerung – Kathederversorgung
- Verlauf der Betreuung im Wachkoma beobachtet und festgehalten.

Diese kurze Zusammenfassung zeigt uns schon, dass schon in der Ausgangslage geschlechterspezifische Unterschiede feststellbar sind.

Ergebnisse der Aktivierungsstudie

A - Die Ausgangslage

Remissionsphasen

Die beobachteten Frauen befinden sich in höheren Remissionsphasen als Männer.
Die Frauen befinden sich in den Remissionsphasen 3-4, 4 und 6, wobei sich eine Frau aus der Remissionsphase 4 im Beobachtungszeitraum in die Remissionsphase 5 weiterentwickelt hat.
Die beobachteten Männer befinden sich in den Remissionsphasen 2-3 und 3.

Remissionsphasen	Frauen	Männer
	R 6	R 3 R2-3
	R 3-4	R 2-3
	R 4 (bei Abschluss R 5)	R 3

Tabelle 1

B - Das Verhalten

Beobachtete Frauen im Wachkoma

Es fällt im Alltag auf, dass Frauen im Wachkoma eher offen sind – sie haben während des Tages die Augen meist offen, vor allem wenn sie im Rollstuhl sitzen, beobachten ihre Umgebung und reagieren häufig auf von außen kommende Eindrücke. Außerdem kommunizieren sie bei guter körperlicher Verfassung durch Lautieren und Sprechen einzelner Wörter. (siehe Stimme und Sprache – Quantitative Auswertung)

Beobachtete Männer im Wachkoma

Männer sind allgemein eher verschlossen – sie haben häufig geschlossene Augen, auch wenn sie im Rollstuhl sitzen, benehmen sich indifferent im Alltag. Bei Anwesenheit von Personen auf welche sie Wert legen zeigen sie große Aufmerksamkeit. Das Verschließen der Augen signalisiert oft „Ich will in Ruhe gelassen werden“.

(Diese Beobachtungen werden im Alltag festgehalten, sind aber nicht im Projekt mit Daten belegt.)

Beobachtet wird in der Aktivierungsstudie das verschiedene Verhalten bei verbaler/nonverbaler Kommunikation bei pflegerischen Anwendungen. Auf diese Beobachtungen wird später eingegangen.

C – Die vegetativen Körpersignale

In der Studie verwenden Männer und Frauen verschiedene vegetative Körpersignale als Reaktion auf bestimmte Anwendungen.

Eine Beziehung zu den Remissionsphasen kann vorhanden sein.

Im Teil „Quantitative Auswertung“ und „Silent moves“ ist diese Situation beschrieben.

Die ersten 3 am häufigsten beobachteten Körpersignale verhalten sich bei Männern und Frauen ähnlich. Die in der Reihenfolge nach der Häufigkeit nach den ersten 3 Plätzen beobachteten vegetativen Körpersignale sind sehr unterschiedlich.

Frau	Schwitzen – 187 Unruhe – 153 Erhöhte Schleimabsond. – 109 Erröten – 103 Abwesenheit – 78 Zittern – 8 Tränenfluss – 7 Gänsehaut – 7 Erblassen – 3 Erbrechen – 2 Schluckauf - 0 !!	Mann	Schwitzen – 165 erhöhte Schleimabsond. - 128 Unruhe – 126 Zittern – 111 Erröten - 101 Abwesenheit - 100 Schluckauf – 43 Tränenfluss – 33 Erbrechen – 25 Gänsehaut – 16 Erblassen - 13
------	--	------	---

Tabelle 2

Weitere beobachtete Faktoren:

1. Die größte Auffälligkeit ist, dass **nur bei Männern** das Auftreten von **Schluckauf** beobachtet wird.
2. Bei Frauen das **Muskelzittern** ganz selten beobachtet – M-111 / F – 8.
3. Der Tränenfluss tritt bei Männern häufiger auf – Depressionen?
4. Die **Häufigkeit** der auftretenden vegetativen Körpersignale ist bei Frauen geringer (657) als bei Männern (861).
5. Die **Autostimulationen** betreffen bei Frauen nur den Oberkörper (weinendes Lautieren, gurgeln). Männer hingegen aktivieren bei Autostimulationen den ganzen Körper (Schluckauf, Muskelzittern). Siehe Abschnitt Autostimulationen – Anhang von „Silent moves“.

D - Stimme und Sprache – Verbale nonverbale Kommunikation

Die quantitative Auswertung ergibt, dass Frauen bei den Pflegeanwendungen häufiger verbal/nonverbal kommunizieren. Sie verwenden auch verstärkt Codes (Kopfcode, Handcode, Blinzelcode).

Stimme/Sprache:

M Physio/Pflege	112 -29 / 0 - 21	F Physio/Pflege	259 / 408
	173 / 92		156 / 105
	118 / 2		213 / 254

Tabelle 3

Es wird es großer Unterschied bei den Reaktionen auf die pflegerischen und physiotherapeutischen Anwendungen festgestellt.

Pflege:

Verb/nonverb	A - m	B - m	C - m	D - m	E - f	F - f	G - f
Spontan	0	0	1	0	212	0	21
Mit Aufforderung	0	0	1	0	207	11	41
Laute	0	21	91	2	157	104	126
Weinende Laute	0	0	1	0	6	1	128
Einzelne Wörter	0	0	0	0	245	0	0
		21	92	2	408	105	254
Kopfcode	0	0	0	0	195	0	203
Handcode	0	0	16	0	248	0	4
Blinzelcode	0	0	0	2	0	0	154
			16	2	443		361

Tabelle 4

Physiotherapie:

Stimme/Sprache	A - m	B - m	C - m	D - m	E - f	F - f	G - f
Mundbewegungen	68	3	93	71	0	86	60
Flüstern	13	4	51	27	1	40	59
Laute	29	22	27	19	102	29	40
Weinende Laute	2	0	2	1	8	1	52
Wörter	0	0	0	0	129	0	2
Sätze	0	0	0	0	19	0	0
insgesamt	112	29	173	118	259	156	213

Tabelle 5

In der **Physiotherapie** können bei Frauen und Männern Parallelen der vegetativen Körpersignale mit Stimme/Sprache erstellt werden. Sie verwenden ebenso häufig die Stimme und Sprache wie die vegetativen Körpersignale.

Nur eine Frau in der 6. Remissionsphase kommuniziert vermehrt verbal und weist seltener vegetative Körpersignale auf.

Bei den **pflegerischen Anwendungen** kann man keine Parallelen beobachten. Männer verhalten sich in der Pflege ruhig. Diese Situation kann man sowohl als genießen als auch als Ablehnung interpretieren. Es kommt die Frage nach Männern in der Pflege auf. Die Tabellen zeigen, dass die beobachteten Männer insgesamt weniger verbal kommunizieren.

Zusammenfassung

Schon die Basisstudie zeigt, dass bei Menschen im Wachkoma wie auch bei gesunden Menschen geschlechterspezifische Unterschiede bestehen. Ausgehend von den verschiedenen Ursachen, den Überlebenszeiten und dem Outcome mit seinen Remissionsphasen finden wir auch in der Aktivierungsstudie Unterschiede zwischen Mann und Frau.

In der Aktivierungsstudie liegt der Schwerpunkt der Beobachtungen auf den vegetativen Körpersignalen und begleitend auf der verbalen-nonverbalen Kommunikation. Bei allen festgelegten und interpretierten Beobachtungen fällt am meisten auf, dass Männer im Wachkoma sich bei pflegerischen Anwendungen sehr ruhig verhalten.

Abschlussbemerkungen

Frauen und Männer im Wachkoma haben Bedürfnisse, Wünsche und Abneigungen.

Auch wenn die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, bietet uns der Körper trotzdem noch eigene Varianten zur Kontaktaufnahme mit der Umwelt.

Dies kann aber nur funktionieren, wenn die Umwelt bereit ist vegetative Körpersignale als Art von Kommunikation zu erkennen.

Sich auf diese Art von Kommunikation einzulassen ist eine große Herausforderung. Ein sich Hineinleben in diesen Menschen, ein Kennen lernen von Überlebensstrategien, eine Gratwanderung in einer schwierigen Lebensform, ein stetiges Lernen ist ein Gewinn für uns – die so genannten Gesunden – die wir lernen mit unserem Leben bewusster umzugehen, unseren Horizont zu erweitern.

Die Projektgruppe hat eine wertvolle Arbeit geleistet, unterstützt vom ganzen Pflorgeteam des Pflegeheims St. Anna, ohne welches diese Aktivierungsstudie nicht möglich gewesen wäre. Wir danken dem gesamten Pflorgeteam für die wertvolle Unterstützung!

Wir danken der Heimleiterin Sr. Consolata und Hr. Dekan P. Peter Lantschner für die Ermöglichung der Durchführung und Unterstützung der Aktivierungsstudie.

Die TeilnehmerInnen
der Kerngruppe:

Doris Perkmann
Bernadette Schwarz
Sabine Braunhofer
Renate Tammerle
Sandro Predelli
Annelies Gasser
Dr. Vinatzer Wolfgang
Waltraud Starke - Projektleitung

Lana, 31. März 2007