

Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Verlag Beleke KG Essen

Atemstimulierende Einreibung
Versuch und Anwendung auf der Kinderstation

von Barbara Theus

aus „Kinderkrankenschwester“

Bei der Atemstimulierenden Einreibung (ASE) handelt es sich um eine rhythmische, mit unterschiedlichem Händedruck arbeitende Einreibung zur Atemtherapie im Brust- oder Rückenbereich. Es entsteht zwischen Patient und Pflegekraft eine Kommunikation, die Bewusstsein, Entspannung und Sicherheit vermitteln kann.

Mit ASE können folgende Ziele erreicht werden:

- Beziehungsaufbau
- Psychische Stabilisierung und Bewältigung
- Orientierung
- Stressminderung
- Atemunterstützung
- Rhythmisierung der Atmung
- Pneumonieprophylaxe
- Weaning (Abtrainieren von der maschinellen Beatmung)

Christel Bienstein (Mitbegründerin der basalen Stimulation) schrieb 1994 erstmals über die ASE. 1998 hat Lehmann gezeigt, dass die ASE dem Patienten Sicherheit durch den intensiven, ruhigen und gleichmäßigen Körperkontakt geben kann. Man kann sagen: Das gemeinsame Atmen schafft ein Verständnis ohne Worte.

Eine distanziert nahe Verbundenheit kann Unsicherheit auffangen. Die Patienten fühlen sich akzeptiert, können sich dadurch beruhigen lassen und entspannen körperlich und geistig. Schürenberg konnte 1993 nachweisen, dass die ASE in der Lage ist, das Ein- und Durchschlafverhalten von Patienten zu fördern, sodass

Schlafmedikamente reduziert werden können. Auch Lengauer zeigte 1998, dass Patienten weniger Prämedikation benötigen, wenn sie drei Tage vor der Operation abends die ASE erhielten.

Durch die ASE ist es möglich, die Atmung zu harmonisieren, obwohl wir Niemanden zwingen können, so zu atmen, wie wir es möchten. Sie soll die Atmung des psychisch und körperlich entspannten Patienten vertiefen und normalisieren.

Durchführung der ASE

Die ASE führe ich immer im Rückenbereich durch. Um Ruhe zu haben und ungestört zu sein, nutze ich meist einen ruhigen Raum wie das Stationsbadezimmer. Das Kind setzt sich mit nacktem Oberkörper auf einen Hocker vor das Waschbecken (Gesicht und Bauch zum Becken gerichtet), kuschelt den Kopf in ein Kissen, das als Polster auf den Waschbeckenrand gelegt wird, und streckt die Arme seitlich daneben aus. Ich selbst knie mich auf ein Handtuch hinter das Kind. So wird eine Lage erreicht, in der ich gut den Rücken des Kindes erreiche und es sich wohl fühlt.

Zu Beginn der Behandlung lege ich meinen Schmuck ab (Ringe, Armband, Uhr); die Uhr lege ich so, dass ich die Uhrzeit erkennen kann.

Eine bekannte Kosmetikfirma habe ich für schulische Zwecke um verschiedene kostenlose Körperöl proben gebeten und diese auch erhalten. So kann sich jedes Kind seinen „Duft“ aussuchen. Meistens verwende ich jedoch Lavendelöl, da es beruhigend wirkt.

Zur Einreibung sollte man ein Öl bzw. eine ölhaltige Lotion auch deshalb bevorzugen, weil durch diese die Hände besser gleiten und das Öl nicht so schnell in die Haut einzieht. Grundsätzlich wird ohne Handschuhe und mit warmen (!) Händen gearbeitet.

Zuerst verreibe ich ca. 4-5 ml Öl in meinen Händen, sodass sie warm und geschmeidig („flutschig“) werden. Dann erkläre ich dem Kind, dass ich nun anfangen. Wenn ich aufhören soll, darf das Kind dies jederzeit äußern. Wir versuchen beide, während der Durchführung der ASE still zu sein.

Begonnen wird mit dem Ausstreichen. Dazu setze ich beide Hände gleichzeitig oben am Nacken rechts und links neben der Wirbelsäule an (Ausgangsposition) und streiche langsam mit der ganzen Handfläche zum Steiß. Die Finger, ebenso der Daumen, liegen aneinander, die Hände liegen ganzflächig auf dem Rücken des

Kindes auf. Bei kleinen Kindern, also bei einem kleinen Rücken (2 bis 2-jährige) arbeite ich teilweise nur mit Zeige-, Mittel- und Ringfinger.

Sind beide Hände gleichzeitig am Steiß angekommen, löse ich eine Hand (die rechte) vom Kinderrücken und setze sie oben am Nacken wieder an. Dort verharrt sie bis die andere (die linke) folgt. Dann wiederhole ich dieselbe langsame Ausstreichung zum Steiß. So bleibt ein ständiger Hautkontakt zum Patienten erhalten. Dieser sollte nicht unterbrochen werden.

Nachdem ich etwa fünf Mal das Ausstreichen durchgeführt habe, beginne ich wieder im Nacken mit beiden Händen gleichzeitig und fahre einige Zentimeter neben der Wirbelsäule entlang, dann seitwärts in Richtung Brustkorb. Die Hände drehe ich dabei leicht nach außen und führe sie als Kreis wieder hoch zur Wirbelsäule. Dann ein Stück tiefer fahren und wieder einen Kreis malen (Abb. 1).

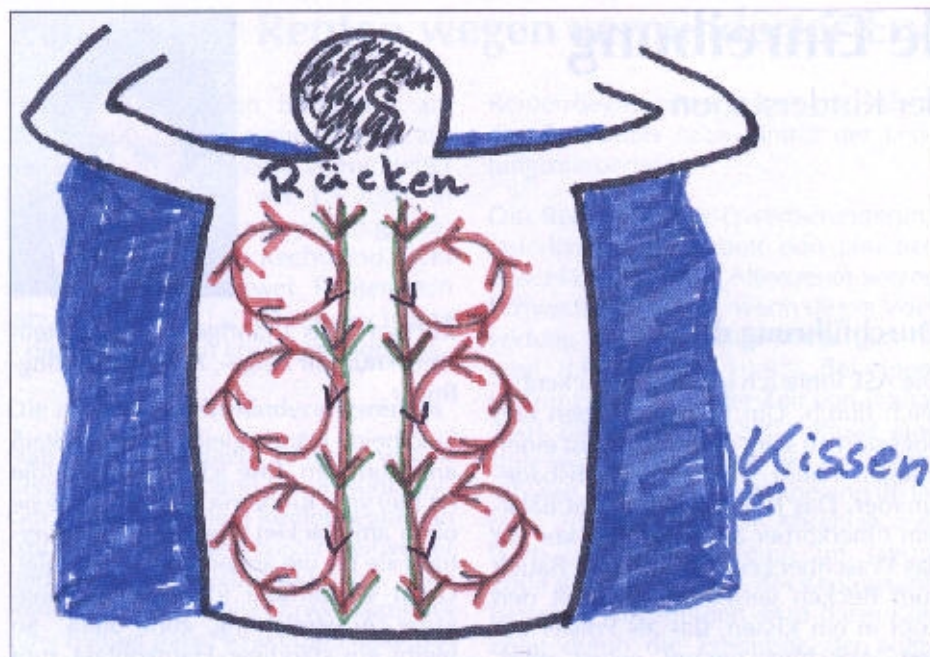


Abb. 1 Durchführung der ASE von oben nach unten mit kreisenden Einreibungen

Wenn beide Hände wieder am Steiß angekommen sind (3 bis 5 Kreise, je nach Größe des Rückens) löse ich erst wieder eine Hand vom Patienten und setze am Nacken an, die andere Hand folgt sofort. Diese kreisenden Einreibungen werden in der Regel für 3 bis 10 Minuten langsam, gleichmäßig und ruhig durchgeführt. Abschließend der Rücken, wie am Anfang auch, nochmals von oben nach unten mit

weniger aber gleichmäßigem Druck langsam und ruhig ausgestrichen. Ich führe dies in der Regel drei Mal durch. Dies hat hohe Beruhigungsqualität und einen verabschiedenden Charakter.

Die gesamte „Prozedur“ der ASE vermittelt dem Patienten, dass alle Zeit der Welt nur für ihn da ist. Nach der Behandlung sollte der Patient Ruhe haben und im abgedunkelten Raum ins Bett gebracht werden.

Für Patienten mit Thoraxtrauma, z. B. Rippenbrüchen, Sternumnähten oder Bülowdrainagen kann die ASE kontraindiziert sein. (*Literaturhinweis: „Basale Stimulation“ - Neue Wege in der Intensivpflege, Peter Nydahl, Gabriele Bartizek, 3. Aufl., München 2000, 159-168 S.*)

Erfahrungen mit Patienten

Die ASE habe ich auf „meiner“ Station ausprobiert, natürlich mit dem Ziel, kranken Kindern zu einem ruhigen und evtl. hustenfreien Schlaf zu verhelfen oder die Patienten einfach beruhigen und entspannen zu lassen.

Ich wählte Kinder mit Bronchitiden oder Pneumonien aus und führte die ASE meistens abends vor dem „Schlafen gehen“ durch. Zweimal behandelte ich vormittags.

Es waren zwölf Kinder, die ich innerhalb von vier Monaten atemstimulierend einrieb, wobei zwei körperlich und geistig schwerstbehindert waren und ein Junge mit Trisomie 21 (Morbus Down). Ich suchte mir die Kinder schon während der Dienstübergabe aus, obwohl ich sie persönlich noch gar nicht kannte. Die Entscheidung fiel nach der Krankengeschichte, z. B. „starker Husten“, „traurig sein“, „gestörter Schlaf“.

Dem Kind, das die ASE erhalten sollte, erklärte ich (evtl. auch einem Elternteil) was ich machen wollte, erzählte von der Schule und bat darum, ehrlich und offen zu sein, auch Missfallen zu äußern, denn dieses sei wichtig für meine „Hausaufgaben“, in denen ich über das Kind (ohne Namen) schreiben würde.

Natürlich zeigten die Kinder Erstaunen über eine Schwester, die in die Schule geht und Hausaufgaben macht. Keines der Kinder hat das Angebot abgelehnt. Zweimal habe ich jedoch die Behandlung beendet, weil ich spürte, es klappt nicht.

Das eine dieser Kinder war ein 12-jähriges Mädchen mit Oberschenkelfraktur rechts sowie Unterschenkelfraktur links. Das Mädchen gab sich Mühe, sich in ihr Kissen vor dem Nachttisch zu kuscheln, doch sie kam nicht zur Ruhe. Immer wieder fand sie etwas, was drückte oder zwickte, sodass ich nach kurzer Zeit abbrach.

Das andere Kind, ein 4-jähriges, geistig und körperlich behindertes Mädchen, rieb ich drei Abende hintereinander im Bett in Bauchlage (mit Kissen unter der Brust, sodass der Rücken leicht gedehnt war), ein. Mit der Mutter hatte ich mittags bereits über meine Absicht gesprochen. Anfangs war sie gar nicht so begeistert, wie ich erhofft hatte, doch ich konnte sie überreden. Ich würde mich nach dem Zeitrhythmus des Kindes richten. Wir hörten seine Einschlafmusik; am ersten und dritten Abend war die Mutter anwesend und flüsterte leider die ganze Zeit der ASE mit mir. Ihre Tochter genoss die Einreibung und schlief danach die Nächte ruhig durch ohne zu husten. Als ich die gleiche Behandlung am zweiten Abend ohne die Mutter, aber zur gleichen Uhrzeit, mit gleicher Musik aber ohne „Mutters flüstern“ durchführte, regte sich das Mädchen so auf, dass es weinte und sich immer mehr hineinsteigerte. Ich nahm sie auf den Arm, um sie zu beruhigen. In dieser Nacht schlief sie laut Pflegebericht wieder deutlich unruhiger.

Es gab aber auch zwei sehr schöne Begebenheiten.

Ein 8-jähriger Junge (Pneumonie), seit zwei Monaten in Deutschland, der aber das Wichtigste verstand, nur nicht deutsch sprach, war mit seiner moslemischen Mutter aufgenommen worden. Er wirkte zurückgezogen, ängstlich und scheu. Ihn nahm ich ohne große Erklärung mit ins Badezimmer und lagerte ihn wie zuvor beschrieben mit Kopfkissen am Waschbecken. Ich versuchte, ihm zu erklären, er solle „Stopp“ oder „fertig“ sagen, wenn ich aufhören solle. Seine „ANNE“ (Mutter) stand strahlend, aber auch kontrollierend neben uns. Sie wollte sich nicht setzen. Bei der Durchführung der ASE merkte ich, wie er sich entspannte und sein Atem ruhiger und tiefer wurde, alle drei Minuten fragte ich, ob ich „Stopp/fertig“ solle, doch er sagte immer wieder nein, also genoss er die zehn Minuten der ASE. Am nächsten Tag bekam ich zum ersten Mal ein buntbemaltes Bild von einem türkischen Jungen. Er strahlte mich glücklich an, als er mich im Spätdienst sah, und zeigte auf sein Kopfkissen. Ich versuchte ihm zu erklären, dass ich nach dem Abendessen zu ihm kommen würde.

Bei einem 12-jährigen Mädchen mit Pneumonie führte ich die ASE an zwei aufeinander folgenden Tagen problemlos durch. Sie empfand es als schön und

angenehm und schlief dadurch ruhiger (laut Pflegebericht). Am dritten Abend hatte ich Nachtwache und sie erzählte mit den Bettnachbarinnen. Als sie ihre Medikamente intravenös bekommen sollte, stellte sich heraus, dass die Verweilkanüle nicht mehr richtig lag. Sie musste entfernt werden und die Patientin wusste, dass sie am nächsten Morgen eine neue bekommen würde. Darüber war sie schrecklich traurig, sie weinte bitterlich, hatte große Angst vor dem nächsten Morgen und dem „Piks“. Sie teilte ihren Eltern telefonisch ihr Herzeleid mit, doch die Mama konnte sie auch nicht beruhigen. Es war mittlerweile 23.00 Uhr, ich hatte großes Mitleid und war zugleich hilflos. Alles Reden und Trösten nutzte nichts, die Tränen liefen unaufhaltsam. Ich bot ihr in dieser Situation die ASE an. Sie hörte auf zu weinen und meinte, ob ich Zeit dazu hätte? Ich sagte ihr, dass ich mir die Zeit nehmen würde.

Meine beiden Kolleginnen vertraten mich bereitwillig für 10 bis 15 Minuten, weil ich im Bad „Hausaufgaben“ zu machen hatte. Das Mädchen redete, erzählte die ganze Zeit von dem bevorstehenden „Piks“ und von ihren Sorgen und Ängsten - während der ASE. Ich war ganz unsicher, ob ich weitermachen sollte, weil sie nur erzählte, doch ich ließ es zu, vielleicht konnte sie so die Sache besser verarbeiten. Ich hörte still zu und führte dabei die ASE durch. Während der Einreibung wurde sie zunehmend ruhiger. Als wir fertig waren, waren auch die Tränchen verschwunden.

Sie ging bereitwillig mit ihrem Kissen ins Bett. Nachdem ich meine Hände ölfrei hatte, ging ich zu ihr, sie wirkte entspannt und gelöst und wollte schlafen, dies gelang ihr auch schnell.

Die anderen Kinder, die die ASE erhielten, fanden sie sehr angenehm. Obwohl die Älteren sich anfangs genierten, ließen sie sich darauf ein und beim zweiten Mal war eigentlich nichts mehr hinzuzufügen.

Die kleineren (ca. 8 Jahre und jünger) machten ohne jede Einschränkung mit und glaubten, immer wenn sie mich sahen, es ginge wieder los, so als warteten sie darauf. Natürlich konnte ich ihnen verständlich machen, dass ich nicht immer Zeit für ASE hatte.

Der Junge mit der Trisomie 21 zappelte anfangs immer mit den Beinen, doch nach kurzer Zeit stellte er dies von selbst ein. Das „Stillsein“ hat keines der Kinder bemängelt. Sie waren alle nach der Prozedur entspannt und zufrieden und laut Kollegenmeinung (Nachtschwester) haben sie ruhiger geschlafen als zuvor.

Reaktionen der Mitarbeiter

Die ersten zwei ASE führte ich bei stationären Patienten durch, ohne darüber vorher zu reden. Die Kollegen wurden erst darauf aufmerksam, als die Kinder zu einer Zeit schliefen, zu der sie es vorher (vormittags und mittags) nie getan hatten. Ich konnte die Ärzte bei der Visite davon abhalten, die Kinder, die gerade zuvor eine ASE erhalten hatten, zur Untersuchung zu wecken.

Bei der Übergabe erzählte ich von meinen Erfahrungen mit ASE und das Interesse war geweckt. Ich dokumentierte natürlich auch die Durchführung von ASE im Pflegebericht des Patienten, sodass ich oft angesprochen wurde, weil die Kolleginnen die positive Wirkung bemerkten.

Zwei Wochen später hing ich einen Zettel in die Stationsküche, um die ASE genauer vorzustellen. Ich informierte mit schriftlichem Material und führte ASE an einer freiwilligen Kollegin durch. Keiner vom Frühdienst ging nach Hause, alle blieben da, stellten Fragen oder hörten zu.

Später erhielt ich Anfragen wie z.B. „Wäre das nicht ein Kind für Dich?“ Die neue Behandlungsmethode sprach sich schnell herum, und die Kollegen, die bei der Einführung verhindert waren, baten um mehr Aufklärung und Wissen.

So hatte ich z.B. zwei große Jungen abends eingerieben. Laut Nachtwache gingen diese beiden wohl das erste Mal während eines spannenden Filmes gegen 21.00 Uhr freiwillig in ihr Bett. Die Nachtwache bat mich am nächsten Morgen, ihr unbedingt die ASE beizubringen, sie wolle es bei ihren eigenen Söhnen ausprobieren, vielleicht gingen diese dann auch freiwillig ins Bett.

Anfangs überwog sicher die Skepsis und ich wurde öfter belächelt. Doch die Wirkung der ASE und die Begeisterung, die ich ausstrahlte, hat sich positiv ausgewirkt und allgemeines Interesse geweckt. Eine Kollegin hat bereits erfolgreich die ASE nach Anleitung durch mich durchgeführt. Eine andere Kollegin kannte sie schon durch die Ausbildung und hat sie bei behinderten Kindern eingesetzt. Zwei andere Kolleginnen hatten von ASE schon gehört, sich jedoch noch nicht intensiver mit ihr auseinandergesetzt.

Also, wir bleiben am Ball und machen weiter und schulen, üben und bieten die ASE gerne weiterhin an.

Persönliche Meinung

Besonders angenehm war mein eigenes Gefühl bei den Behandlungen. Während ich die ASE durchführte, war ich mit meinen Gedanken auch ganz nah dabei und hatte alles andere im Kopf verloren. Ich entspannte mich selbst, auch meine Atmung wurde viel ruhiger. Ich hatte danach das Gefühl, als seien meine eigenen Batterien aufgeladen wie nach einem erholsamen Mittagsschlaf. Ich hörte aber auch, wie laut und unruhig es auf der Station zugeht. Man hörte jedes Geräusch, doch die immer wiederkehrenden, ruhigen Kreisbewegungen ließen eine Entspannung trotzdem zu. Es wäre natürlich schön, wenn bei der Behandlung absolute Ruhe vorherrschen würde, doch auf einer Kinderstation, die zudem noch mit vielen Geräten ausgestattet ist, ist dies sicher nicht möglich.

Begeistert bin ich auch von der einfachen und billigen Methode, die praktisch jeder Mensch erlernen kann. Wenn ASE bekannter wäre und mehr geschult würde, ferner von den „Obrigkeiten“ akzeptiert und regelmäßig im Pflegealltag eingesetzt würde, könnten die Medikamente zur Ruhigstellung oder Schlafmedikamente drastisch reduziert werden. Bei uns werden so gut wie keine Beruhigungsmittel verabreicht, aber es gibt sicher andere Häuser, in denen auch Kinder regelmäßig „ihr Schlafmittelchen“ bekommen, sei es aus Zeit- oder Personalmangel.

Barbara Theus Kinderkrankenschwester Bachweg 14 51674 Wiehl