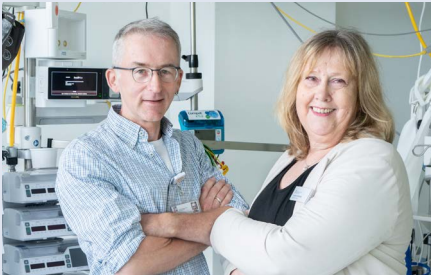


Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Für Euch gelesen



Liebe Kolleginnen und Kollegen, in diesem April Newsletter geht es um Erleben im Delir, Tele-Nursing für Mütter von Frühgeborenen, Erfassen von Wohlbefinden und Hirntoddiagnostik.

Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Erleben im Delir

Delir ist eine häufige und belastende Komplikation bei kritisch kranken Menschen auf Intensivstationen und geht häufig mit Angst, Verwirrung und langfristigen psychischen Folgen einher. Die Forschungsfrage dieser Studie lautet, wie Patientinnen und Patienten ihre Delirerfahrungen während und nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation subjektiv wahrnehmen und welche Bedürfnisse sich daraus ableiten lassen. Guo et al. (2026) führten zu dieser Fragestellung eine systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Synthese qualitativer Studien durch. Die Autorinnen und Autoren durchsuchten mehrere internationale Datenbanken bis August 2024 und schlossen neun qualitative Studien ein, in denen Patientinnen und Patienten ihre Erfahrungen mit Delir auf Intensivstationen beschrieben. Insgesamt wurden 38 qualitative Einzelergebnisse identifiziert und zu zehn Themen sowie drei übergeordneten zentralen Befunden zusammengeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass Delir für viele Patientinnen und Patienten eine äußerst belastende Erfahrung darstellt. Häufig berichten sie von intensiven Halluzinationen, Verfolgungsängsten und dem Gefühl, sich in lebensbedrohlichen Situationen zu befinden. Viele erleben eine starke Desorientierung bezüglich Zeit, Ort und Realität, verbunden mit Schlafstörungen und emotionalen Reaktionen wie Angst, Wut, Einsamkeit oder Hilflosigkeit. Gleichzeitig berichten einige Patientinnen und Patienten auch von unterschiedlichen Strategien, mit diesen Erfahrungen umzugehen. Besonders wichtig war für viele die Unterstützung durch Familie und Pflegepersonal. Gespräche, Berührung und Orientierung durch Pflegekräfte konnten Sicherheit vermitteln und helfen, Realität und Illusion besser zu unterscheiden.

Als Limitation nennen die Autorinnen und Autoren die geringe Zahl eingeschlossener Studien sowie mögliche Erinnerungsverzerrungen, da viele Berichte retrospektiv erhoben wurden. Zudem stammen die meisten Studien aus westlichen Ländern, was die Übertragbarkeit auf andere kulturelle Kontexte einschränken kann. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass ein besseres Verständnis der subjektiven Delirerfahrungen entscheidend ist, um patientenzentrierte Präventions- und Unterstützungsstrategien zu entwickeln. Eine empathische Kommunikation, die Einbindung von Angehörigen und ein vertieftes Verständnis der subjektiven Delirerfahrungen von Patientinnen und Patienten sind die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Delirversorgung.

Quelle: Guo Y, Li C, Wu T, Lin J, Lin Z, Guan A, Lin J, Shen J, Chen M, Zhang Y. Delirium Experiences in ICU Patients: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. Nurs Crit Care. 2026 Mar;31(2):e70319.

Die Auswirkungen von Tele-Nursing auf Frühgeborene und ihre Mütter: eine systematische Übersicht

Mütter, die vorzeitig entbunden haben, benötigen aufgrund von Ängsten oder Unvorbereitetheit möglicherweise mehr Informationen und Unterstützung in Bezug auf die Säuglingspflege von Frühgeborenen. In diesem Zusammenhang können Beratungs-, Aufklärungs- und Nachsorgeleistungen für Mütter nach der Entlassung leicht über Telekrankenpflege/Tele-Nursing bereitgestellt werden. Göger et al. (2026) untersuchten mittels einer systematischen Übersichtsar-

beit die Auswirkungen von Tele-Nursing Interventionen auf Frühgeborene und ihre Mütter. Dafür wurden randomisierte kontrollierte oder quasi-experimentelle Studien berücksichtigt, die zwischen 2014 und 2024 in englischer Sprache veröffentlicht wurden und sich mit Telemedizin-Interventionen für Frühgeborene oder deren Mütter befassten.

Ergebnisse Insgesamt könnten 9 Studien, darunter 5 randomisierte kontrollierte Studien und 4 quasi-experimentelle Studien, eingeschlossen werden. In 8 dieser Studien wurden Verbesserungen bei Frühgeborenen oder ihren Müttern beobachtet. Es wurde berichtet, dass die Telepflege die Zahl der Wiederaufnahmen von Frühgeborenen ins Krankenhaus verringert und gleichzeitig die Selbstwirksamkeit, Bindung, das Bewusstsein und die Hoffnung ihrer Mütter erhöht. Darüber hinaus wurde in den Studien unter anderem ein Rückgang des Stress- und Angstniveaus der Mütter festgestellt. **Kommentar:** Eine, wenn strukturelle Voraussetzungen gegeben, nach den Ergebnissen von Göger et al. (2026) positive pflegerische Intervention, über die im Setting von Neo- und pädiatrischen Stationen nachgedacht werden sollte. Warum in der Studie nur auf die Auswirkungen auf die Mütter berichtet wurde, wurde von den Autorinnen nicht kommentiert. (SK).

Quelle: Göger, S., Meşe Tunç, A. & Çevirme, A. The effect of tele-nursing on premature infants and their mothers: a systematic review. BMC Nurs (2026).

Wohlbefinden erfassen

Die Studie untersuchte das Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen, insbesondere während invasiver Beatmung. Ziel der Studie war es zu klären, wie sich das subjektive Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl von intubierten Patientinnen und Patienten erfassen lässt und ein geeignetes Instrument dafür zu entwickeln. Bodet-Contentin et al. (2026) führten eine methodisch mehrstufige Studie durch, bestehend aus einer systematischen Übersichtsarbeit, qualitativen Fokusgruppen inklusive ehemaliger Patientin und Patienten sowie einer Delphi-basierten Skalenentwicklung und anschließenden Validierung in einer multizentrischen Kohorte.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patientinnen und Patienten häufig unter Stress, Unsicherheit und eingeschränkter Kommunikation leiden. Daraus wurde eine kurze, praxisnahe Skala entwickelt, die vier zentrale Fragen umfasst: Beantworten Sie bitte, wie Sie folgende Zustände beantworten können: „Ich fühle mich komfortabel“, „Ich fühle mich sicher“, „Ich fühle mich gut informiert“ und „Ich fühle mich in guten Händen“ („I feel trustful“). Die Beantwortung erfolgt jeweils über eine vierstufige Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „ein wenig“, „gut“ und „sehr gut“. Die Anwendung war für die meisten Patientinnen und Patienten gut verständlich, und Pflegefachpersonen bewerteten den Zeitaufwand überwiegend als angemessen. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass die Skala ein praktikables Instrument zur Erfassung patientenzentrierter Outcomes darstellt und zur Humanisierung der Intensivversorgung beitragen kann.

Quelle: Bodet-Contentin L, Lecompte H, Lociciro A, Kentish Barnes N, Messet H, Bouaoud M, Cibron J, Chudeau N, Barbier F, Haubertin C, Poiroux L, Sautenet B, El Hage W, Le Gouge A, Leger J, Hardouin JB, Ehrmann S. Well-being and sense of security of intubated patients in intensive care units: a patient co-constructed dedicated scale. Crit Care. 2026 Mar 7;30(1):113

Hirntod?

Vorsicht bei zu spontan getroffener Einschätzung ohne valide Testergebnisse! Die Diagnostik von Koma und Hirntod bei kritisch kranken Patientinnen und Patienten kann durch pharmakologische Einflussfaktoren erheblich verfälscht werden. Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet, welche pharmakologischen und toxikologischen Confounder neurologische Untersuchungen bei der Hirntoddiagnostik beeinflussen und wie diese in der klinischen Praxis berücksichtigt werden sollten. Farrokh et al. (2026) führten eine narrative Übersichtsarbeit zu pharmakologischen Einflussfaktoren bei der Beurteilung von Koma und Hirntod durch. Die Analyse zeigt, dass insbesondere zentral dämpfende Substanzen wie Opioide (z.B. Fentanyl), Benzodiazepine (z.B. Midazolam), Barbiturate, Hypnotika (z. B. Zolpidem) oder Antiepileptika neurologische Befunde imitieren können, darunter fehlende Hirnstammreflexe, fixe Pupillen oder fehlende motorische Reaktionen. Auch Intoxikationen mit Substanzen wie Baclofen, trizyklischen Antidepressiva oder Valproat wurden als mögliche Hirntod-Mimics beschrieben. Wichtige Einflussfaktoren sind zudem pharmakokinetische Veränderungen durch Hypothermie, Adipositas, Multiorganversagen oder prolongierte Sedierungsinfusionen. Beispielsweise kann Propofol nach mehrtägiger Infusion eine kontextsensitive Halbwertszeit von bis zu etwa 72 Stunden erreichen, während Midazolam unter Hypothermie deutlich verzögert metabolisiert wird. Zudem erfassen routinemäßige toxikologische Screenings viele Substanzen, etwa synthetische Opioide oder einige Benzodiazepine, nur unzureichend. Die Autorinnen und Autoren betonen daher die Notwendigkeit einer pharmakokinetisch informierten, interdisziplinären Diagnostik unter Einbeziehung von Intensivmedizin, Neurologie, Pharmakologie und Toxikologie, um Fehleinschätzung und Fehldiagnosen bei der Hirntodfeststellung zu vermeiden.

Quelle: Farrokh S, Cook A, Feldman R, George P, Sarwal A, Mirski M, Shah V. Pharmacologic and toxicologic confounders in brain death determination: a multi-disciplinary guide. Crit Care. 2026 Jan 20;30(1):77. doi: 10.1186/s13054-025-05833-6