



Netzwerk Pflegeschulen
Gefördert von der **Robert Bosch Stiftung**

„Grundlagen und Modelle beruflichen Pflegens“

Ideensammlung
für ein
Lehrerhandbuch

Erstellt von:

Herr Hassenewert, Bildungszentrum für Gesundheits- und
Pflegeberufe der WK Lippstadt

Frau Vennewald, Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe
der WK Lippstadt

Frau Sander, Schulen für Krankenpflege und Krankenpflegehilfe, St.
Josef-Krankenhaus Salzkotten

Im Rahmen der **Didaktischen Werkstatt: „Konzeptionelles
Arbeiten in der Pflegeausbildung“**

unter Begleitung von Juliane Birkenstock,
Frau Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal und Christina Mertig
(Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit,
Netzwerk Pflegeschulen)

2004

Inhaltsverzeichnis

Ideensammlung	0
1. VORWORT	4
2. EINLEITUNG.....	6
3. LERNVORAUSSETZUNGEN.....	8
3.1 Motivation.....	8
3.2 Vorwissen.....	8
3.3 Methodenkompetenz.....	9
4. LEITZIELE UND QUALIFIKATIONEN	11
4.1 Ausgewählte Leitziele.....	11
4.2 Ausgewählte Qualifikationen.....	12
5. INHALTSAUSWAHL / DIDAKTISCHE REDUKTION	14
6. GROBPLANUNG.....	18
6.1 Inhalte und Verlaufsplan.....	18
6.1.1 Was ist Pflege?.....	18
6.1.2 Menschenbild	19
6.1.3 Gesundheit – Krankheit	19
6.1.4 Umwelt und Institution	20
6.1.5 Pflege-theorien	23
6.1.6 Übertragen auf das Pflegeleitbild.....	24
6.2 Didaktische Hinweise.....	25
7. FEINPLANUNG.....	26
7.1 Was ist Pflege?.....	26
7.1.1 Didaktischer Kommentar	26
7.1.3 Verlaufsplan.....	27
7.1.2 Medien, Unterlagen für den Baustein	29

7.1.2.1	Umgang mit Metaplankarten.....	29
7.1.2.2	Definition von Pflege	30
7.2	Menschenbild / Werte und Normen	31
7.2.1	Ideen zum Inhalt	31
7.2.1.1	Das Kartesianische Menschenbild.....	32
7.2.1.2	Ganzheitliches Menschenbild.....	32
7.2.1.3	Das humanistische Menschenbild	33
7.2.2	Didaktischer Kommentar	35
7.2.3	Verlaufsplan.....	36
7.2.4	Medien, Unterlagen für den Baustein	37
7.3	Gesundheit und Krankheit	38
7.3.1	Ideen zum Inhalt	38
7.3.2	Didaktischer Kommentar	44
7.3.3	Verlaufsplan.....	45
7.3.2	Medien, Unterlagen für den Baustein	46
7.4	Umwelt und Umfeld	47
7.4.1	Ideen zum Inhalt	47
7.4.2	Didaktischer Kommentar	48
7.4.3	Verlaufsplan.....	48
7.4.4	Medien, Unterlagen für den Baustein	49
7.5	Dorothea Orem.....	50
7.5.1	Ideen zum Inhalt	50
7.5.1.1	Selbstbestimmung und Selbstpflege	50
7.5.1.2	Grundlagen ihrer Theorie	51
7.5.2	Didaktischer Kommentar	54
7.5.3	Verlaufsplan.....	56
7.5.3	Medien, Unterlagen für den Baustein	57
7.6	Hildegard Peplau.....	60
7.6.1	Ideen zum Inhalt	60
7.6.1.1	Das Besondere der Zeit und der Situation in der Psychiatrie	60
7.6.1.2	Psychodynamisches Modell der Pflege	61
7.6.1.3	Gesundheit und Krankheit	61
7.6.1.4	Das Wesen des Menschen.....	62
7.6.1.5	Rollen der Pflegenden	62
7.6.1.6	Phasen interpersonaler Beziehung.....	62
7.6.1.7	Die Bedeutung der Kommunikation.....	65
7.6.1.8	Rollen in der Pflege	65
7.6.2	Didaktischer Kommentar	67
7.6.3	Verlaufsplan.....	69
7.6.3	Medien, Unterlagen für den Baustein	71

7.7	Anwendung der Theorien auf ein Fallbeispiel.....	73
7.7.1	Ideen zum Inhalt	73
7.7.2	Didaktischer Kommentar	73
7.7.3	Verlaufsplan.....	75
7.7.4	Medien, Unterlagen für den Baustein	75
7.8	Vertiefung der Theorien am Pflegeleitbild	78
7.8.1	Ideen zum Inhalt	78
7.8.2	Didaktischer Kommentar	78
7.8.3	Verlaufsplan.....	79
7.8.4	Medien, Unterlagen für den Baustein	80
8.	ABSCHLUSSBETRACHTUNG UND ERFAHRUNG IM UMGANG MIT DEM HANDBUCH.....	81
9.	LITERATURVERZEICHNIS	83

1. Vorwort

Die Strukturen im Gesundheitswesen haben sich verändert, die Ansprüche an das Pflegepersonal sind enorm gewachsen und damit auch die Forderung nach einer neuen, qualifizierteren und der soziodemographischen Entwicklung angepassten Pflegeausbildung.

Der Paradigmenwechsel von Krankheit hin zum Gesundheitsverständnis und die Etablierung der Pflege- und Gesundheitswissenschaften machen Veränderungen in der Ausbildung dringend notwendig. Durch die veränderten Anforderungen in der Praxis müssen besonders kommunikative und empathische Kompetenzen der SchülerInnen gefördert werden. Durch die Pflegeversicherung und dem darin enthaltenen Grundsatz „ambulant vor stationär“ ergeben sich ebenso neue Anforderungen. Die „alte Ausbildung“ war sehr einseitig ausgelegt, da die somatische Behandlung von Krankheiten im Versorgungssystem „Krankenhaus“ im Vordergrund stand. An dieser Stelle werden wir allerdings nicht näher auf Unterschiede in der heutigen Praxis eingehen.

Für uns LehrerInnen für Pflegeberufe muss die inhaltliche Vermittlung somit unter ganz neuen Gesichtspunkten gesehen werden. Es geht nicht mehr um die reine Vermittlung von Detailkenntnissen, sondern vielmehr um die Vermittlung von berufsbezogenen und –übergreifenden Qualifikationen. Die SchülerInnen müssen befähigt werden, die sich sehr schnell wandelnden Anforderungen zu bewältigen und aktiv mitzugestalten. Übergeordnetes Ziel muss für die Ausbildung die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung sein.

Selbständigkeit und Selbstbestimmung sind wichtige Voraussetzungen für die SchülerInnen, um den heutigen Pflegealltag mitzugestalten. Es sollen sowohl fachliche als auch sozial-kommunikative, methodische und personale Kompetenzen vermittelt werden. Besonders wichtig, aber auch sehr schwierig in Bezug auf diese Lerneinheit ist es, den Theorie-Praxis-Transfer zu leisten.

Weg vom fachorientierten Unterricht hin zu Lernfeldern in verschiedenen Lernbereichen und der Gliederung der 3-jährigen Ausbildung in einen allgemeinen und einen Differenzierungsteil – all das gibt nun das neue Krankenpflegegesetz vom 01.01.2004 und die Ausbildungsrichtlinie für die Krankenpflegeausbildung in NRW vor.

Das vorliegende Handbuch entstand im Rahmen einer „Didaktischen Werkstatt“ des - Netzwerk Pflegeschulen – ein Projekt der Robert Bosch Stiftung an der Fachhochschule Bielefeld. Das Netzwerk Pflegeschulen ist ins Leben gerufen worden, um das Wissen und die Kompetenzen der einzelnen Pflegeschulen zu potenzieren.

Vor etwa einem Jahr entstanden dann fünf Arbeitsgruppen, in denen Handbücher zu verschiedenen Pflege Themen entwickelt werden sollten. Drei Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe sind die Mitglieder dieser

Arbeitsgruppe. Frau Sander aus einem somatischen Krankenhaus und Frau Vennwald sowie Herr Hassenewert aus der Westfälischen Klinik Lippstadt. Thema unserer Arbeitsgruppe ist die:

Lerneinheit II.7: „Grundfragen und Modelle beruflichen Pflegens“.

Die Einheit umfasst insgesamt 24 Unterrichtsstunden. Grundsätzlich würde es sich anbieten, die Einheit zu teilen, aber in diesem Handbuch werden wir sie als Ganzes darstellen.

Ebenso wie die Studierenden der FH-Bielefeld die Bedingungsanalysen und Planungen für Unterrichte konzipieren, sollte dieses Handbuch entstehen. Doch dieser Weg, zunächst die Voraussetzungen der SchülerInnen, dann den Lernstoff selbst zu erarbeiten und schließlich in einer didaktischen Reduktion die konkreten Stundeninhalte in ihrer Abfolge festzulegen, stellte sich nach kurzer Zeit als nicht praktikabel heraus. Somit änderten wir die Vorgehensweise und beschäftigten und zunächst mit der Sachanalyse.

Doch auch diese Art der Erarbeitung war nicht erfolgversprechend, da das Thema durch den massiv wissenschaftlichen Hintergrund sehr theoretisch und sehr umfangreich ist. Wir hatten das Gefühl, dass uns diese Erarbeitung ins Uferlose führt und zudem kamen wir nicht von der Stelle. Die Treffen an der FH waren frustrierend und wenn wir nicht die motivierende Unterstützung der dortigen Dozenten gehabt hätten, so wäre dieses Handbuch sicher nie entstanden.

Nach ca. einem halben Jahr haben wir die Arbeit an diesem Punkt abgebrochen und uns für den pragmatischen Zugang zur Thematik entschieden.

An dieser Stelle herzlichen Dank an Frau Professorin Dr. Barbara Knigge-Demal, Dekanin an der FH-Bielefeld bis September 2004 und Frau Mertig, Diplom Berufspädagogin (FH) und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Netzwerk Pflegeschulen.

Ebenso möchten wir den Kollegen danken, die unsere zusätzliche Arbeit geduldig, wenn auch manchmal spöttelnd aber immer hilfsbereit und hilfreich mitgetragen haben.

2. Einleitung

Mit Blick auf den Inhalt der Richtlinie für die Pflegeausbildung NRW stehen für uns im Zusammenhang mit der Lerneinheit II.7 folgende Themen zentral im Mittelpunkt:

Pflegeverständnis, Grundfragen und Grundhaltungen
Paradigmenwechsel – von der Kranken- zur Gesundheitspflege
Pflegetheorien

Vertiefende Inhalte hierzu in Kapitel 5.

Ausgehend von diesen Begriffen haben wir uns zunächst entschieden, mit den SchülerInnen im Bereich Pflegeverständnis in das Thema einzusteigen.

Ein Pflegeverständnis wird geprägt von:

- dem Verständnis von Pflege
- dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- dem vorherrschenden Menschenbild
- den Anforderungen der Gesellschaft und dem unmittelbaren Umfeld
- und den Schlüsselbegriffen

Die SchülerInnen sollen sich zunächst mit ihrem eigenen momentanen Verständnis von Pflege auseinandersetzen. Schon hier werden wir einen Bezug zu den verschiedenen Kompetenzen der Pflegenden herstellen. Anschließend wird den SchülerInnen verdeutlicht, was Gesundheit und was Krankheit ist und wie individuell dieses betrachtet werden muss. Der Paradigmenwechsel wird verdeutlicht und die neue Berufsbezeichnung findet hier seine Begründung. Zudem setzen sich die Auszubildenden mit verschiedenen Menschenbildern auseinander und reflektieren die Auswirkungen unterschiedlicher Menschenbilder auf die Pflege. Die Frage, inwieweit das Umfeld des Patienten und das Umfeld, in dem Pflege stattfindet die Pflege beeinflusst, wird an dieser Stellen ebenfalls thematisiert. In all diese Bereiche werden die Schlüsselbegriffe immer wieder mit einfließen.

Da es sich hier um sehr kognitive Inhalte handelt, die für die SchülerInnen zu dieser Zeit der Ausbildung nur schwer zu verstehen sind, haben wir versucht die Abstraktheit zu minimieren und die SchülerInnen dort abzuholen wo sie stehen. Wir haben besonderes Augenmerk auf bereits vorhandenes Wissen und das zum Teil auch intuitiv vorhandene Verständnis gelegt.

Obwohl dieses Thema sehr theorielastig ist, sollte es dennoch zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der 3-jährigen Ausbildung vermittelt werden. Wie haben

uns für den ersten Block entschieden. Grundlegende Inhalte des pflegerischen Berufsfeldes sollen geklärt werden und zwar möglichst vor dem ersten Kontakt mit der Pflegepraxis. Ziel ist, dass die SchülerInnen mit einer Haltung in die Praxis gehen, die nicht rein zufällig ist, sondern bereits erstmalig reflektiert wurde. Zudem soll den SchülerInnen schon zu Anfang verdeutlicht werden, dass Pflege einen theoretisch-wissenschaftlichen Bezug hat und nicht in einem luftleeren Raum „aus dem Bauch heraus“ ausgeübt wird.

Da die Lerneinheit von uns als Ganzes bearbeitet worden ist, werden auch Pflegetheorien zu diesem Zeitpunkt Unterrichtsthema sein. In welcher Ausführlichkeit, ist jedoch dem einzelnen Unterrichtenden überlassen. Unseres Erachtens nach ist es an dieser Stelle sinnvoll ca. zwei Theorien ausführlich zu vermitteln – basierend auf dem jeweiligen Leitbild der Klinik – und andere Theorien anhand konkreter Pflegesituationen aufzugreifen.

Dorothea Orem kann gut im Zusammenhang mit Lerneinheit I.35: „Chronisch kranke Menschen pflegen“ oder Lerneinheit III.7: „Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im ambulanten Bereich“ vermittelt werden; Frau Krohwinkel hat einen Bezug zu Lerneinheit III.2: „Alte Menschen“; Frau Peplau ist thematisch im Bereich Psychiatrie einzuordnen, z.B. Lerneinheit I.34: „Psychisch beeinträchtigte und verwirrte Menschen pflegen“ oder Lerneinheit IV.1: „Pflege psychisch kranker und/oder abhängiger PatientInnen“. Gefordert von der Richtlinie wird besonders Frau Leininger, die im Bereich der Lerneinheit I.30: „Schwangere und Wöchnerinnen pflegen“ oder Lerneinheit III.4: „Menschen aus fremden Kulturen“ vermittelt werden kann. In diesem Handbuch haben wir exemplarisch die zwei Theoretikerinnen Dorothea Orem und Hildegard Peplau ausgewählt.

Während der Erarbeitung dieses Handbuches hat eine Pflegeschule bereits einen Probelauf der Lerneinheit II.7 durchgeführt. Dieser erwies sich an einigen Stellen in der Evaluation nicht als optimal. Da war es beispielsweise noch unser Anspruch, möglichst viele Theoretikerinnen vorzustellen, damit die SchülerInnen ein breites Wissen haben. Aber auch andere Inhalte wurden revidiert und verändert oder reduziert. Uns wurde klar, dass wir hier mit Quantität nicht zum Ziel kommen.

Somit wurden Änderungen vorgenommen und das Gesamtergebnis aus dem Probelauf und der Evaluation ist dieses Handbuch.

3. Lernvoraussetzungen

In der Lerneinheit II.7 sollen bestimmte Schwerpunktthemen behandelt werden. Es geht um die Begriffe „Gesundheit und Krankheit“, um das „Pflegeverständnis“, um das „Berufsbild“, um das „Menschenbild“ und um „Pflegetheorien“. Menschenbild und Pflegetheorien sind sehr abstrakte Themen, zu denen man nur schwer einen Praxisbezug herstellen kann. Die ganze Lerneinheit wird in besonderem Maße durch die Frage geprägt: Was kann ich den SchülerInnen theoretisch zumuten und wie viele abstrakte Inhalte kann ich vermitteln, ohne dass ein großer Teil der Lerngruppe „die Segel streicht“?.

3.1 Motivation

Zu diesem sehr frühen Zeitpunkt der Ausbildung besteht für die SchülerInnen kein offensichtlicher Grund, sich mit den Themen dieser Lerneinheit zu beschäftigen. Entscheidet man sich diese Einheit in den Einführungsblock zu legen, so haben die SchülerInnen auch aus der Praxis heraus keine Motivation zu diesem Thema. Dies ändert sich aber auch zu einem späteren Zeitpunkt kaum, da diese Themen vielfach noch keinen wesentlichen Zugang zur Praxis gefunden haben.

Auf der anderen Seite hat man unserer Erfahrung nach zu diesem sehr frühen Zeitpunkt den Vorteil, dass die SchülerInnen am Anfang der Ausbildung sehr begierig sind zu lernen und bei den meisten Themen sehr interessiert und motiviert mitarbeiten.

3.2 Vorwissen

Es ist zu erwarten, dass die SchülerInnen Vorwissen zu den Themen dieser Einheit sowohl aus den allgemeinbildenden Schulen, als auch aus ihrer persönlichen Erfahrungswelt mitbringen.

Jede/r SchülerIn hat den Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit sicher schon am eigenen Leib erfahren. Die Erfahrungen stammen aus vergangenen akuten Krankheitssituationen, oder auch aus eigenen chronischen Erkrankungen. Zusätzlich wird die eigene Einstellung zu Gesundheit und Krankheit durch das Erleben im persönlichen Umfeld mitbeeinflusst.

Ebenso haben die SchülerInnen ein intuitives Verständnis von Pflege, auch wenn einige von ihnen noch nicht in Pflegesituationen gewesen sind. Ein Teil der Gruppe hat auch schon Erfahrungen in der Praxis wie z.B. in Schulpraktika, im Zivildienst gemacht

Die SchülerInnen kommen auch mit einem bestimmten Menschenbild in die Ausbildung. Dieses wird sicherlich nicht reflektiert sein und die SchülerInnen werden sich auch schwer tun, die Frage nach ihrem Menschenbild zu beantworten, aber man kann auf ihren Wertvorstellungen aufbauen und sie dazu bringen, bewusst über ihr Menschenbild nachzudenken.

3.3 Methodenkompetenz

Die Thematik der Lerneinheit ist sehr komplex, obwohl wir durch die didaktische Reduktion bereits Schwerpunkte gesetzt haben. Ebenso sind die Inhalte teils sehr abstrakt. Diese Bedingungen haben Auswirkungen auf das konkrete Unterrichtsgeschehen.

Die Auseinandersetzung mit den sehr theoretischen Inhalten, die Erarbeitung und Reflektion von Inhalten anhand von Texten mit konkreten Fragestellungen, analytisches Denken und die Tatsache, dass es nicht „die“ Definition für bestimmte Dinge gibt, sondern hier ein eigener Standpunkt bezogen werden muss, stehen methodisch im Mittelpunkt. Je nach Vorbildung haben einige der SchülerInnen diese Methoden kennen gelernt. Allerdings kann ich nicht davon ausgehen, dass alle in der Lage sind, durch diese Form Wissen zu sichern.

Ebenso wird die Kommunikationsfähigkeit bzw. sozial-kommunikative Fähigkeiten des Einzelnen zum Tragen kommen. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass allen SchülerInnen Kommunikationsregeln und Verhaltensweisen in Diskussionen bekannt sind bzw. alle in der Lage sind, diese Fertigkeiten im Unterrichtsgeschehen umzusetzen. Die Akzeptanz des Anderen, das Stehen lassen können von anderen Meinungen und dennoch in der Auseinandersetzung zu bleiben sind sowohl Lernziele als auch wichtige Methodenkompetenzen, die die SchülerInnen bereits kennen gelernt haben sollten.

Sollten sich in der Klasse SchülerInnen aus fremden Kulturen befinden, so sind das grundsätzliche Verständnis sowie verschiedene Einstellungen zu Haltungen etc. zu klären,

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die SchülerInnen in dieser sehr frühen Phase der Ausbildung mit einer Reihe von neuen Methoden konfrontiert werden, die sie aus ihrer Schulzeit nicht kennen. Man muss also immer wieder überlegen, wie viel Arbeit und Sorgfalt man in die Methoden an sich stecken will. Insgesamt haben wir die Erfahrung gemacht, dass es sich

lohnt, bestimmte Methoden nachdrücklich einzuführen und immer wieder auf die Einhaltung von Regeln zu achten.

Gruppenarbeiten kennen die Schüler in der Regel aus den allgemeinbildenden Schulen, aber nur die wenigsten kennen Gruppenarbeiten nach den Regeln von H. Klippert (vgl. Klippert, 1999). Legt man Wert darauf, dass zukünftige Gruppenarbeiten nach diesen Regeln gestaltet werden, so wird man hier vermehrt Zeit für eine sorgfältige Einführung einplanen müssen.

Ein anderes Beispiel ist das Arbeiten mit Metaplankarten. Die SchülerInnen müssen dies bereits zu Beginn der Einheit lernen. Der Unterrichtende muss daran denken, zunächst einige Regeln für das Beschriften dieser Karten zu entwickeln. Das Mind Map ist wahrscheinlich ebenfalls eine neue Form der Aufbereitung von Wissen, das die SchülerInnen hier vorgestellt bekommen.

4. Leitziele und Qualifikationen

Im Folgenden haben wir als Grundlage die Leitziele und Qualifikationen, die in der Lerneinheit vermittelt werden sollen, aus dem Leonardo-Projekt der FH-Bielefeld übernommen (vgl. Lamers, Knigge-Demal, Nauerth, 2002). Diese sind *kursiv* gekennzeichnet.

4.1 Ausgewählte Leitziele

Aus einem spezifischen gesellschaftlichen Auftrag gegenüber den Adressaten von Pflege ergeben sich folgende Anforderungen an den Beruf:

der Respekt vor der menschlichen Würde und Achtung vor der Persönlichkeit

die Sorge für die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstfürsorge des Betroffenen sowie deren Erhalt, Unterstützung und Förderung

eine Haltung von Toleranz und Empathie gegenüber fremden Wertvorstellungen, Gewohnheiten und Glaubensbekenntnissen

Bezogen auf das berufliche Selbstverständnis soll die Ausbildung für Pflegeberufe folgenden Leitzielen verpflichtet sein:

der Achtung und Förderung der physischen, psychischen, sozio-kulturellen und spirituellen Unversehrtheit der betroffenen Personen und ihrer Bezugspersonen/Angehörigen

dem verantwortlichen, eigenständigen und wissenschaftlichen Handeln

Bezogen auf das Bildungsverständnis soll die Ausbildung für Pflegeberufe folgenden Leitzielen verpflichtet sein:

der Reflexion und Evaluation des eigenen Handelns

der Förderung von Wissenschaftsorientierung im beruflichen Handeln

Das Leitziel

der Übernahme von Verantwortung für die Weiterentwicklung der eigenen Kompetenz und die Entwicklung des Berufes

ist uns ebenfalls wichtig, jedoch kommt diese Thematik in der Lerneinheit II.9 „Pflegen als Beruf“ mehr zum Tragen.

Das Leitziel

der Achtung und Förderung der physischen, psychischen, soziokulturellen und spirituellen Unversehrtheit der betroffenen Personen und ihrer Bezugspersonen/Angehörigen

wird in der Lerneinheit I.24 „Pflege planen und dokumentieren“ ebenfalls verfolgt. Hier nehmen wir nochmals Bezug zu II.7. Die Pflegemodelle werden in der Lerneinheit I.24 exemplarisch integriert.

Die Umsetzung einer Pflgetheorie in die Praxis kann den TeilnehmerInnen anhand des Pflegeprozesses näher gebracht werden. Hier wird die Handlungsebene erreicht und somit der Theorie-Praxis-Transfer geschaffen.

4.2 Ausgewählte Qualifikationen

In dieser Lerneinheit sollen die nachfolgenden Qualifikationen angebahnt oder vermittelt werden:

Die Lernen werden

ein wissenschaftlich begründetes und professionelles Berufsverständnis entwickeln, das Gesundheit größtmögliche Unabhängigkeit und Lebensqualität von Einzelpersonen, Familien und Gruppen zum zentralen Bezugspunkt pflegerischen Handelns aufweist.

Dazu gehören:

berufliche Pflege als gesellschaftlichen und individuellen Auftrag verstehen, der der Integrität (Unversehrtheit) von Menschen verpflichtet ist,

die Möglichkeiten, die der Beruf für die Entwicklung der Persönlichkeit bietet, erkennen und aufgreifen.

Lernchancen der verschiedenen Lernorte erkennen und für den eigenen Lernzuwachs unter Anwendung unterschiedlicher Lernmethoden und –technologien nutzen

In der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Menschenbildern und Definitionen von Pflege, Gesundheit und Krankheit, soll auf dem Weg der Entwicklung eines Pflegeverständnisses der TeilnehmerInnen ein Impuls gesetzt werden. Ziel ist, den Empfänger von Pflege – den Patienten/Bewohner - in den Mittelpunkt zu stellen. Mit der Einführung in die Pflegetheorien soll eine Basis für ein professionelles berufliches Verständnis geschaffen werden.

5. Inhaltsauswahl / Didaktische Reduktion

In der Richtlinie (vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003) - Lerneinheit II.7: „Grundfragen und Modelle beruflichen Pflegens“ - findet man als Inhalte für diese Einheit:

Inhalte der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften:

- Pflegerische Grundfragen bzw. Grundhaltungen in Bezug auf Menschenbilder, menschliche Grundbedürfnisse und Grundrechte (Privatheit, Würde, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Sicherheit, Selbstverwirklichung). Schlüsselkonzepte professioneller Pflege, Pflege als Unterstützung von Menschen aller Altersstufen
- Paradigmenwechsel: Von der Kranken- zur Gesundheitspflege, Pflege als Unterstützung von Menschen aller Altersgruppen
- Diskussion: Theorienvielfalt versus Theorienmonismus
- Die Entwicklung von Pflege-theorien und -modellen, historische Aspekte, Einführung in ausgewählte Pflegemodelle, z.B. Interaktionstheorien, Bedürfnistheorien, Pflegeergebnistheorien
- Einführung in die pflegerische Fachsprache

Pflegerrelevante Inhalte der Geistes- und Sozialwissenschaften:

- Unterschiedliche Definitionen zu „Gesundheit“ und „Krankheit“ im Vergleich
- Krankwerden als sozialer Prozess (Stadien des Krankheitsverhaltens)
- Der menschliche Entwicklungsprozess: Entwicklungsstadien vom Säuglings- bis zum hohen Lebensalter

Wir haben in der Gruppe zunächst einmal versucht, uns in einer Sachanalyse den Themen der Unterrichtseinheit zu nähern. Anschließend wollten wir unter Berücksichtigung der Ziele der Lerneinheit die Themen reduzieren und daraus dann die Unterrichtseinheit entwickeln. Allein die Sachanalyse gestaltete sich aber schon so schwierig, dass wir uns nach einiger Zeit auf ein anderes Vorgehen verständigten.

Eine der Hauptaufgaben ist es unserer Meinung nach, den SchülerInnen einen Einblick in die Pflge-theorien zu ermöglichen und ihnen gleichzeitig zu verdeutlichen, aus welchem Anlass Pflge-theorien entstanden sind und welcher Nutzen daraus gezogen werden kann. Dies war uns ganz besonders wichtig, da die Pflge-theorien unseres Erachtens nach immer noch nicht wirklich in der Pflge angekommen sind und die SchülerInnen immer noch mit der Meinung konfrontiert werden, dass sie diese Theorien in der Praxis auch gar nicht benötigen.

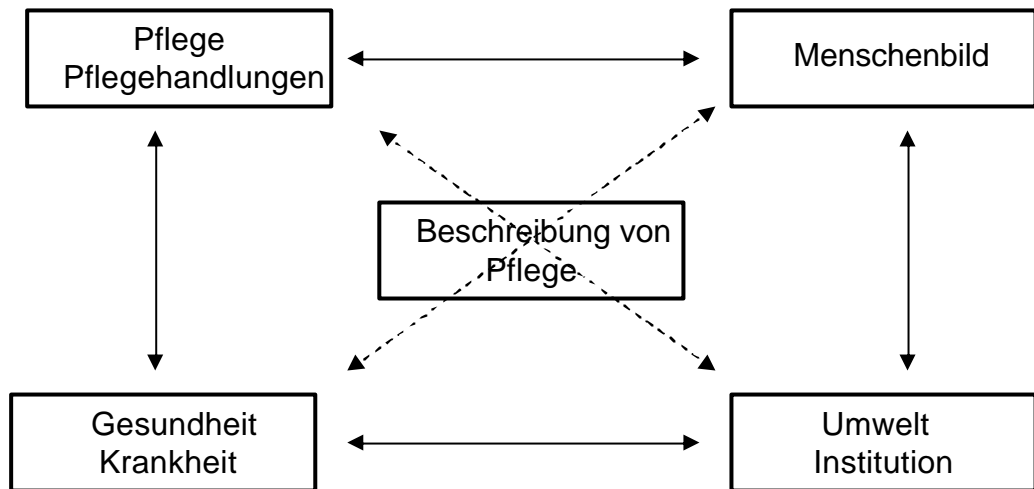
Wir haben uns deshalb dazu entschlossen, in dieser Einheit die Pflge-theorien zum Mittelpunkt des Unterrichts zu machen. Die Theorien sollen durch geeignete Fallbeispiele auf die Praxis übertragen werden. Als zweiter Schritt soll dann eine Beziehung zum Pflgeleitbild unserer Klinik(en) hergestellt werden. Darauf muss unserer Meinung nach schon in der Auswahl der Theorien Rücksicht genommen werden. Es sollte(n) die Theorie(n) vorgestellt werden, auf die sich das Pflgeleitbild gründet. Wir wollten zum Abschluss der Einheit mit den SchülerInnen das Pflgeleitbild der Klinik in den Blick nehmen und untersuchen, welches Verständnis von Pflge hier seinen Ausdruck findet und welche Auswirkungen dies auf den Umgang mit den Patienten und die Durchführung von Pflge hat.

In unseren Überlegungen über die Gestaltung der Inhalte waren wir uns nach dem vergeblichen Versuch durch eine umfassende Sachanalyse Ordnung in die Inhalte zu bekommen, schnell einig, dass wir die SchülerInnen nicht mit Theorie überfrachten können. Wir wollten an ein vorhandenes Vorverständnis von Begriffen, die für die Bildung einer Theorie von Bedeutung sind, anknüpfen und den SchülerInnen zeigen, wie aus der Beschäftigung mit diesen Begriffen und den dazugehörigen zentralen Fragen eine Theorie aufgebaut werden kann. Der Prozess der Theoriebildung sollte den SchülerInnen im Unterricht verständlich werden. Damit wird für sie die Pflge-theorie ein Stück weit entmystifiziert und bekommt den Charakter eines Hilfsinstrumentes, das für die Beschreibung und die Durchführung von Pflge von Nutzen ist. Thiemes Pflge schreibt dazu:

„Pflge-theorien geben den in der Praxis tätigen Pflgepersonen die Begründung für ihr situativ unterschiedliches Handeln. Sie beinhalten wissenschaftlich fundierte Grundannahmen, von denen ihre Tätigkeit

abgeleitet wird. Außerdem bieten Pflege-theorien eine gemeinsame Sprache und beschreiben gemeinsame Ziele der Disziplin Pflege.“
(vgl. Kellnhauser, 2000, S. 119)

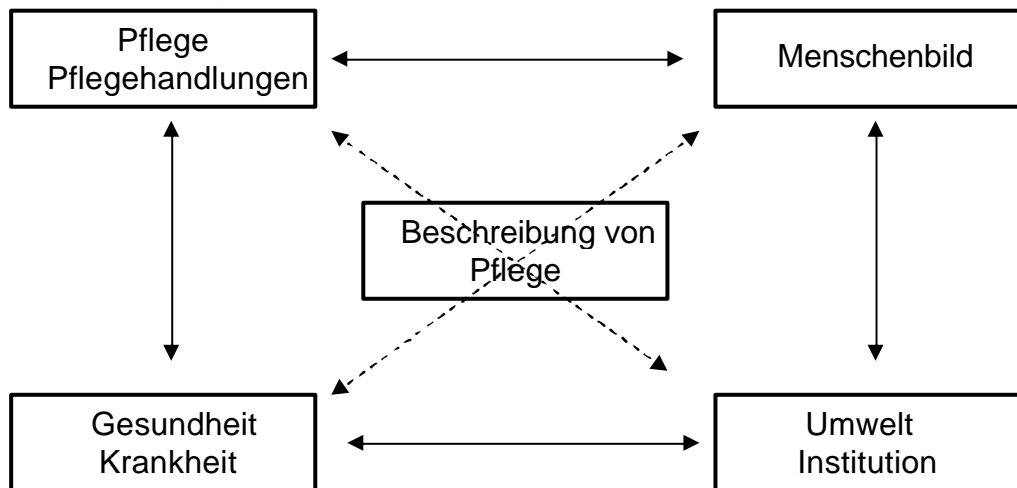
Wir haben uns dann die Frage gestellt, welche Begriffe sind es, die als Inhalte in den Richtlinien gefordert werden und deren Abklärung Grundlage einer Theorie sind. Wir haben uns geeinigt auf Menschenbilder (wie beeinflussen unsere Vorstellungen von den Bedürfnissen und Rechten des Menschen unser pflegerisches Handeln), Gesundheit – Krankheit (Gesundheits – und Krankheitsausrichtung pflegerischen Handelns), Umwelt – Institution (wie ist die Pflege in die gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen eingebunden) und Pflege – Pflegehandlungen (mit welchen Tätigkeiten können Ziele erreicht und Pflege durchgeführt werden). In dem Schaubild unten haben wir diese vier Punkte und ihre Verknüpfung graphisch dargestellt.



Aus diesem Schaubild kann man zentrale Fragen ableiten, die bei der Erarbeitung der Pflegetheorien hilfreich sind.

Was ist Pflege ?
 Was ist Ziel der Pflege ?
 Wie erreichen Pflegenden ihr Ziel ?

Wie sieht sie den Patienten ?
 Wie sieht sie die Pflegekraft ?



Wann wird Pflege notwendig ?

Was nimmt Einfluss auf :
 - Patienten ?
 - Pflegekraft ?
 - Pflegesituation ?

6. Grobplanung

6.1 Inhalte und Verlaufsplan

Mithilfe der oben entworfenen vier Felder und den dazugehörigen Fragen wollen wir den folgenden Unterricht im Wesentlichen aufbauen. Entsprechend der vier Felder wird auch der erste Teil des Unterrichts in vier voneinander relativ unabhängigen Abschnitten durchgeführt werden. Bei der Betrachtung der Theorien werden dann die Fragen zu den vier Abschnitten wieder zusammengeführt.

Thematisch sind die vier Einheiten wie folgt gegliedert:

1. Pflege, Pflegehandlungen
 - Was ist Pflege?
 - Was ist Ziel der Pflege?
 - Wie erreichen Pflegende ihr Ziel?
2. Menschenbild
 - Wie sieht sie den Patienten?
 - Wie sieht sie die Pflegekraft?
3. Gesundheit, Krankheit
 - Wann wird Pflege notwendig?
4. Umwelt, Institution
 - Was nimmt Einfluss auf:
 - Patienten?
 - Pflegekraft?
 - Pflegesituation?

6.1.1 Was ist Pflege?

Im ersten Teil der Unterrichtsreihe geht es darum, an dem zum Teil intuitiven Vorverständnis der SchülerInnen anzuknüpfen. Dazu sollen die SchülerInnen zunächst einmal eine Definition von „Pflege“ erarbeiten. Die SchülerInnen erarbeiten zunächst in Gruppen die Frage: „Was verstehen Sie unter Pflege?“ Diese Gruppenarbeit wird ausgewertet und in einem zweiten Schritt von der Klasse eine gemeinsame Aussage erarbeitet, die beschreibt, was die Gruppe unter Pflege versteht. Diese im Klassenverband abgestimmte

Beschreibung vergleichen wir dann mit bekannten Definitionen, zum Beispiel der Definition von Pflege nach Henderson.

Die Einigung auf eine bestimmte Aussage, was unter Pflege zu verstehen ist, was das Ziel der Pflege ist und wie dieses Ziel erreicht werden kann, hat natürlich Konsequenzen auf die Tätigkeit der Pflegenden, die sich auf diese Aussage stützen.

In der Erarbeitung dieses ersten Teiles fallen in der Regel schon Stichwörter, mit deren Hilfe man die folgenden drei Abschnitte harmonisch angliedern kann.

6.1.2 Menschenbild

Man kann hier verschiedene Menschenbilder in der Betrachtung gegenüber stellen. Von historischer Bedeutung sind sicherlich das kartesianische Menschenbild, das christliche Menschenbild und das humanistische Menschenbild. Man kann diese von den SchülerInnen erarbeiten lassen und gegenüberstellend diskutieren.

Es muss in diesem Abschnitt aber nicht um ein konkretes Menschenbild gehen, z.B. „humanistisches Menschenbild“. Die SchülerInnen können sich auch viel grundlegender mit dem Thema beschäftigen. Sie sollen erkennen, dass die (ihre) Vorstellung vom Menschen, von den menschlichen Bedürfnissen, Rechten und Möglichkeiten einen Einfluss auf ihr pflegerisches Handeln hat.

Auf welche Grundlagen – Menschenrechte, gesetzliche Bestimmungen, ... – ist unser gesellschaftliches Zusammenleben gestellt und was bedeuten diese Grundlagen für den Umgang mit dem Patienten. Aspekte wären hier z.B.:

- Selbstbestimmung
- Körperverletzung
- Zwang
- Rache, Sühne, Strafe (als Aspekt besonders für den Umgang mit forensischen Patienten)

6.1.3 Gesundheit – Krankheit

Wie die Pflege ausfällt und welche Aufgaben und Tätigkeiten ich der Pflege zuspreche hängt natürlich auch davon ab, wie Gesundheit und Krankheit gesehen wird und welche Möglichkeiten man in der Beeinflussung von Gesundheit und Krankheit sieht.

Die SchülerInnen sollen im Unterricht erfahren, dass es oft nicht möglich ist den Zustand eines Menschen, hier speziell der eigene Zustand, eindeutig entweder dem Zustand „Gesund“ oder dem Zustand „Krank“ zuzuordnen. Sie sollen erfahren, dass Gesundheit und Krankheit nicht zwei sich ausschließende Gegensatzpaare sind, sondern dass der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit kontinuierlich ist.

Dazu werden sie aufgefordert, ihren eigenen Gesundheitszustand einzuschätzen. Danach soll mit Fallbeispielen weitergearbeitet werden, in denen sich die SchülerInnen in Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen hineinversetzen müssen und entscheiden sollen, ob diese Personen krank oder gesund sind. Durch Auswahl geeigneter Beispiele kommt man schnell an eine Stelle, wo die SchülerInnen sich von der eindeutigen Zuordnung abwenden.

Die historische Dimension dieses Prozesses finden die SchülerInnen in dem Übergang vom biomedizinischen Gesundheits-/Krankheitsmodell zum Psychosomatischen Modell wieder (vgl. Kellnhauser, 2004, S. 28ff und Lauber, 2001, S. 14ff)

In einem letzten Schritt sollen die SchülerInnen dann mit dem „Salutogenetischen Modell“ bekannt gemacht werden.

6.1.4 Umwelt und Institution

Die Thematik Umwelt oder auch das Umfeld hat auf alle Teilbereiche dieser Lerneinheit einen Einfluss. Es prägt das Verständnis von Pflege und die eigene Haltung zur Pflege, es hat Auswirkungen auf Menschenbilder und auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Besonders Umwelteinflüsse beeinflussen das Wohlbefinden des Menschen. Umwelteinflüsse können zu einem Missverhältnis zwischen den Anforderungen und Fähigkeiten diesen Anforderungen gerecht zu werden führen. Ist dieses Missverhältnis gegeben, kommt es zur Krankheit. Kultur und Religion, also das Umfeld in dem ich lebe, haben einen großen Einfluss auf den zu Pflegenden, also auch auf die Pflegesituation.

Der Beziehungsaspekt oder auch die Beziehungsfelder sind in jedem Fall mit in die Pflege einzubeziehen. Die Beziehung des Patienten zu sich selber tritt hier in den Hintergrund. Die Beziehung zu anderen (Mitwelt), zum höheren Wesen (Überwelt) und zur Welt an sich (Umwelt) spielen in dieser Einheit für uns eine bedeutende Rolle. Wir beleuchten an dieser Stelle die Auswirkung von Umwelt und Umfeld für den Bereich, in dem Pflege stattfindet.

Bevor wir an dieser Stelle vertiefend auf den Patienten eingehen, wollen wir zunächst feststellen, dass die Pflegeperson ebenfalls zum Umfeld gehört, indem Pflege stattfindet. Wenn wir uns an die Theorie von Kaiser anlehnen,

so ist der Patient, die Pflegeperson und der Kontext, in dem die Pflege stattfindet, bei jeder Pflegehandlung von Bedeutung. Die Pflegeperson mit ihrem eigenen Umfeld und sie selbst als Umfeld in der eigentlichen Situation muss immer auch bedacht werden.

Pflege findet nie in einem wertefreien Raum statt. Pflege wird immer durch die Umgebung in der sie stattfindet beeinflusst. Dies geschieht auf ganz unterschiedlichen Ebenen.

Gesellschaftliche/kulturelle Ebene

Pflege findet in einem gesellschaftlichen Rahmen statt. Für die meisten ist dieser Rahmen auch der, in dem ihre Sozialisation stattgefunden hat. Sie sind mit den Regeln vertraut und erleben nicht ausdrücklich, wie ihr Handeln durch die Gesellschaft geprägt wird. Der Umgang mit anderen Personen, der Umgang mit Krankheit, was es bedeutet krank zu sein und andere entscheidende Fragen werden durch die Sitten und Gebräuche in der Gesellschaft geklärt. Die Bezeichnungen „Krankheit“ und „Pflege“ stehen in einer langen Tradition.

Daneben gibt es aber auch Rahmenbedingungen, die die Gesellschaft in der wir leben vorgeben. Dazu gehören z.B. gesetzliche Grundlagen, die die Aufgaben und das Tätigwerden von Pflege regeln. Beispiele hierzu sind das Sozialgesetzbuch, das Krankenversicherungsgesetz und das Krankenpflegegesetz. Diese sind eingebettet in übergeordnete Rahmen, wie z.B. die Menschenrechte.

Es gibt auch eine Reihe von internationalen Abkommen, an die sich einzelne Staaten mehr oder weniger gebunden fühlen. Beispiele hierzu sind die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation und die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Neben gesetzlichen Regelungen spielt auch die Bereitschaft der Gesellschaft eine Rolle, der Pflege günstige Rahmenbedingungen für die Ausübung ihrer Aufgabe zu schaffen. In der heutigen Zeit sind das vor allem die Bereitstellung finanzieller und personeller Möglichkeiten.

Institutionelle Umgebung

Pflege wird ganz entscheidend davon geprägt, in welchem unmittelbaren Rahmen sie stattfindet. Als Beispiel möchten wir hier nur aufzeigen, dass Pflege in einem somatischen Krankenhaus sicherlich andere Tätigkeiten und Schwerpunkte umfasst, als im ambulanten Bereich oder in einer psychiatrischen Klinik.

Durch den institutionellen Rahmen werden Zeitstrukturen und andere organisatorische Rahmenbedingungen vorgegeben. In dem Leitbild wird

beschrieben, welcher Theorie, welchem Menschenbild und welchem Verständnis von Pflege sich der Träger und die Einrichtung verpflichtet fühlen.

Je nach Einrichtung wird der Pflegenden mit sehr unterschiedlichen Patienten und ihren unterschiedlichen Ansprüchen konfrontiert. Dazu kommen die Erwartungen von Angehörigen, Mitarbeitern und Vorgesetzten. All dies beeinflusst Pflegeentscheidungen und Pflegehandlungen.

Die neue Ausbildungsrichtlinie NRW sieht wesentlich mehr praktische Einsätze in den unterschiedlichsten Bereiche für die Ausbildung vor als es vorher der Fall war. Nicht zuletzt, weil der Grundsatz „ambulant vor stationär“ Auswirkungen auf den zukünftigen Arbeitsort, wo Pflege stattfindet, für die heutigen Auszubildenden hat. Die „Institution“ Pflege eines Menschen in seiner persönlichen Umgebung hat sehr deutliche Konsequenzen für die Pflege. Dies soll in dieser Einheit allerdings nur angedeutet werden, da die Lerneinheit III.7 „Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im ambulanten Bereich“ dafür Raum bietet.

Zudem ist durch die neue Richtlinie für die psychiatrischen Häuser ein weiterer Faktor hinzugekommen. Die SchülerInnen werden wesentlich früher in somatischen Krankenhäusern eingesetzt und sind dort immer wieder Vorurteilen und Unverständnis der dort arbeitenden Pflegekräfte ausgesetzt. Da es in einer psychiatrischen Klinik natürlicherweise andere Pflegeschwerpunkte gibt und die SchülerInnen damit auch ein anderes Ausbildungswissen mitbringen, wird es den SchülerInnen oft schwer gemacht sich in den Pflegealltag zu integrieren.

Persönlicher Bereich

Das persönliche Umfeld des Patienten betrifft mehrere Faktoren. Es geht um die natürliche Umwelt (ökologisch oder biologisch) und um die Umwelt, in der der Patient lebt und die ihn natürlich entscheidend beeinflusst. Es ist ein Unterschied, ob ich einen Menschen vom Lande pflege, oder einen Menschen, der in einer Großstadt lebt etc. Diesen Aspekt werden wir an dieser Stelle vernachlässigen.

Wichtig ist uns eher die soziale Umwelt bzw. das Umfeld des zu Pflegenden. Pflege kann nicht stattfinden, ohne dieses zu berücksichtigen. Hier denken wir an Faktoren wie Familie, Ehepartner, Kinder, Freunde, Eltern, oder vielleicht auch ein Betreuer, Beruf, Rolle, Status, Kultur, Religion... Die Liste hat an dieser Stelle keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Auch geht es hier um die Auseinandersetzung mit Werten, die unser Leben bestimmen und um unsere Handlungen auf der Grundlage dieser Werte.

In Bezug auf die institutionelle Umgebung ist es besonders wichtig, um diesen Bereich zu wissen und ihn verantwortlich in die Pflege mit

einzu beziehen. Je nach der institutioneller Umgebung hat der persönliche Bereich andere Auswirkungen und diese sollen den SchülerInnen bewusst werden.

6.1.5 Pfl ege theorien

Im zweiten Teil der Unterrichtsreihe werden Pfl ege theorien vorgestellt. Ein Auswahlkriterium sollte das Leitbild der Klinik sein. Die Theorie(n) die das Leitbild aufgreift und sich zur Grundlage macht, sollten auf jeden Fall besprochen werden. Für uns hieß das, dass die Theorien von Dorothea Orem und Hildegard Peplau besprochen werden mussten. Als weitere Theorien bieten sich Virginia Henderson und Madeleine Leininger an. Die letztere wird in den Richtlinien ausdrücklich gefordert, muss aber nicht an dieser Stelle umfassend abgehandelt werden. In der Lerneinheit II.4: „Menschen aus fremden Kulturen“ kann und soll die Theorie der transkulturellen Pfl ege aufgenommen und besprochen werden. Hier ist auch ein ausreichender Rahmen zur Vertiefung dieser Theorie.

Welche Theorien man besprechen will und kann, hängt auch von der Wahl der Methode ab. Bespricht man die Theorien arbeitsteilig in Gruppen, so kann man mehrere abhandeln. Man hat dann vielleicht drei oder vier Theorien vorgestellt, aber nur immer eine Gruppe, die sich in eine bestimmte Theorie eingearbeitet hat. Es besteht die Gefahr, dass die Theorien der anderen Gruppen nicht richtig verstanden werden. So haben wir es in dem ersten Durchgang der Reihe erlebt. Das Ergebnis war für uns so unbefriedigend, dass wir uns im zweiten Durchgang für ein anderes Vorgehen entschlossen haben. Wir wollen nur zwei Theorien bearbeiten. Diese zwar auch in Gruppen, aber nicht arbeitsteilig sondern aufeinander folgend.

Eine weitere wichtige Überlegung hat uns zu dem Entschluss geführt, wenigstens zwei Theorien zu besprechen. Die Theoretikerinnen gehen in ihren Theorien von bestimmten Grundannahmen aus. Entsprechend kommen sie zu unterschiedlichen Erklärungen, was Pfl ege leisten soll und kann. Allgemein führt dies zu der Einsicht, dass Modelle in ihrer Erklärungsmöglichkeit immer begrenzt sind. Modelle müssen die Realität einschränken, d.h. auf bestimmte Bedingungen eingehen, andere Dinge ausgrenzen, um Phänomene erklären zu können. Je nach gemachter Einschränkung kann dann die Realität nur unter einem bestimmten Blickwinkel erklärt werden. Dies führt dazu, dass manche Dinge gut erklärt werden, andere nicht.

Die SchülerInnen sollen erkennen, dass eine Unzulänglichkeit einer Pfl ege theorie in einer bestimmten Situation nicht automatisch heißt: Die Theorie ist schlecht !

Sie sollen vielmehr erkennen, dass Theorien in vielen Fällen hilfreich sind, den Pflegealltag zu erklären und zu ordnen. Darüber hinaus sollen sie die Theorien als eine Grundlage zu einem professionellen Berufsverständnis und zur Entwicklung einer Fachsprache begreifen.

6.1.6 Übertragen auf das Pflegeleitbild

In einer letzten Arbeitsphase wird das Pflegeleitbild der eigenen Einrichtung mit in den Unterricht einbezogen.

Häufig wird beklagt, dass es in der Klinik zwar ein Leitbild gibt, dass aber die Mitarbeiter nicht so recht wissen, was dieses Leitbild soll und ob es Auswirkungen auf ihre Praxis hat. An dieser Stelle fügt sich das Pflegeleitbild ganz natürlich in den Unterrichtsablauf. Anhand der Theorien und der bis dahin erarbeiteten Kernfragen:

1. Pflege, Pflegehandlungen
 - Was ist Pflege?
 - Was ist Ziel der Pflege?
 - Wie erreichen Pflegende ihr Ziel?

2. Menschenbild
 - Wie sieht sie den Patienten?
 - Wie sieht sie die Pflegekraft?

3. Gesundheit, Krankheit
 - Wann wird Pflege notwendig?

4. Umwelt, Institution
 - Was nimmt Einfluss auf:
 - Patienten?
 - Pflegekraft?
 - Pflegesituation?

kann mit den SchülerInnen über die Aussagen eines Leitbildes und die Tragweite des Leitbildes diskutiert werden. Damit könnte eine wichtige Voraussetzung für die Implementierung des Leitbildes in der Praxis geschaffen werden.

6.2 *Didaktische Hinweise*

Die Themen dieser Einheit besitzen ein hohes Abstraktionsniveau. Da wir außerdem einen hohen Lerninput haben, besteht die Gefahr, dass die einzelnen Inhalte von den SchülerInnen nicht richtig zugeordnet werden können. Für die Einheit ist es deshalb besonders wichtig, dass der Unterrichtende sich einen guten Überblick über die Teile der Einheit verschafft. So kann er zu Beginn den SchülerInnen die Struktur der Einheit darstellen. Die SchülerInnen können sich so jederzeit über den Stand des Unterrichts informieren. Sie haben weiterhin vor Augen, welche Arbeiten sie schon geleistet haben und welche noch zu leisten sind. Außerdem können sie sich über die Funktion der einzelnen Unterrichtsteile informieren.

Diese Einheit kann zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der Ausbildung unterrichtet werden. Es bietet sich an, sie mit der Einheit II.9: „Pfleger als Beruf“ zu verknüpfen. Nach einem Überblick über pflegeberufliche Aufgaben und Tätigkeitsbereiche kann man mit den SchülerInnen die Aspekte eines beruflichen Selbstverständnisses erarbeiten. Dieses würde mit der Frage: Was ist überhaupt „Pflege“? beginnen und damit in den ersten Abschnitt der Einheit II.7 einmünden.

Wir haben die Einheit in mehrere Teile gegliedert, deren Reihenfolge im Prinzip frei wählbar ist. Man kann die Abfolge der Teile an das Unterrichtsgeschehen anpassen und so zu einer sehr harmonischen Abfolge kommen. Das Schaubild in dem die vier Themen zusammengefasst sind, macht es möglich, am Ende die einzelnen Teile zu einem Ganzen zusammenzufassen. Dieses Ganze wird dann als Werkzeug für die Erarbeitung der Theorien im zweiten Abschnitt genutzt, indem die SchülerInnen die Aufgabe bekommen zu untersuchen, wie die aufgeführten Fragen von den einzelnen Theorien beantwortet werden.

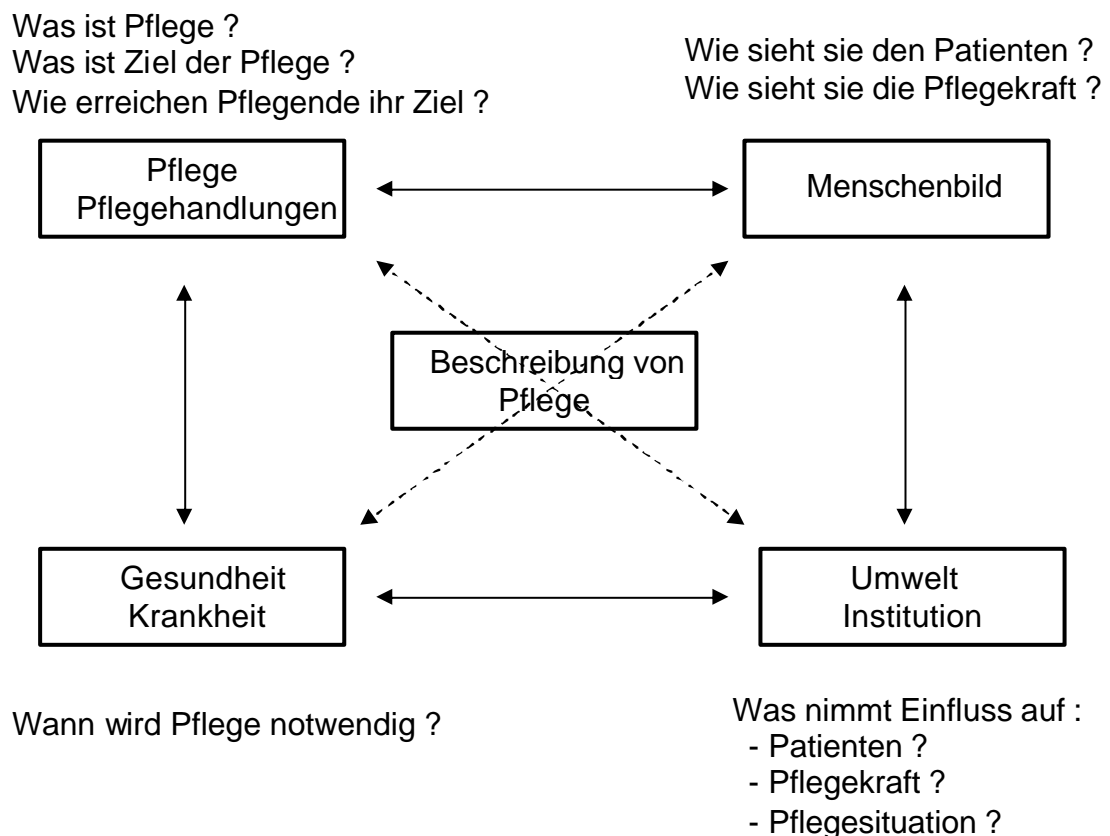
7. Feinplanung

7.1 Was ist Pflege?

7.1.1 Didaktischer Kommentar

Die SchülerInnen sollen sich zunächst mit ihrem laienhaften Verständnis von Pflege auseinandersetzen. Sie sollen erfahren, dass zur Beschreibung von Pflege andere Aspekte mit in den Blick genommen werden müssen, die sich auf Pflege auswirken und sie sollen erleben, wie im Klassenverbund eine gemeinsame Formulierung entsteht.

Aus der Sortierung der Metaplankarten und aus der Abschlussdiskussion kann sich idealerweise folgendes Bild ergeben:



An diesem Schaubild kann den SchülerInnen erläutert werden, welche Themen in der Einheit besprochen werden. Da wir in dieser Einheit mehrere Unterrichtsteile aneinander reihen, wollen wir den SchülerInnen damit eine Orientierungshilfe an die Hand geben. Sie können so immer wieder ihre Position bestimmen und feststellen, an welcher Stelle im Verlauf der Reihe sie sich befinden.

Da diese Einheit zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Ausbildung geplant ist, muss man berücksichtigen, dass die SchülerInnen mit vielen Arbeitsmethoden neu konfrontiert werden. In dieser Einheit soll mit Metaplankarten gearbeitet werden. Es sollte vorher überlegt werden, ob die SchülerInnen mit diesem Medium umgehen können, oder ob man ihnen an dieser Stelle noch Hilfen und Instruktionen an die Hand geben muss, damit das Ergebnis am Ende auch lesbar und zu ordnen ist.

7.1.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
	Vorstellung der Einheit Einführung in das Thema Ablauf, Ziele und Relevanz verdeutlichen	Lehrervortrag (LV)
	<u>Was ist Pflege ?</u> Die Teilnehmer (TN) diskutieren in Kleingruppen, was sie mit dem Begriff „Pflege“ verbinden. Die Ergebnisse werden auf Metaplankarten notiert.	Gruppenarbeit (GA) (4-5 TN) Metaplankarten, Stifte
	(Bevor die TN in die Gruppen gehen, verdeutlichen wir anhand der zwei Metaplankarten (s. Unterlagen für den Baustein) den Umgang mit Karten)	Arbeitsblatt LV
	Vorstellung der Ergebnisse und Auswertung.	Plenum, TN heften Karten an die Tafel oder an Stellwand
	Karten werden anschließend nach Überschriften sortiert, die die TN selbst wählen und benennen. (Mögliche Überschriften: Eigenschaften	Plenum, TN sortieren die Karten an der Tafel oder an der Stellwand

7.1.2 Medien, Unterlagen für den Baustein

7.1.2.1 Umgang mit Metaplankarten

Diese zwei Metaplankarten werden an die Tafel oder Moderationswand gehängt, um den TN zu verdeutlichen, wie man mit diesen Karten umgeht. Wichtig ist im folgenden Verlauf der Unterrichtsstunde, dass die Karten wirklich gut lesbar sind, da wir mit diesen weiterarbeiten werden. Anhand dieser Beispiele, vor allem wenn man noch unterschiedliche Stifte zum Beschriften benutzt (dick schreibender Edding, Kugelschreiber), kann man mit den SchülerInnen ein paar einfache Regeln zum Ausfüllen von Metaplankarten aufstellen.

Freundlichkeit

Ich finde, dass eine Pflegekraft immer freundlich sein muss. Die Patienten sind krank und deshalb muss man besonders Rücksicht auf sie nehmen.

7.1.2.2 Definition von Pflege

In der fünften Auflage ihres Lehrbuches „Textbuch der Prinzipien und Praxis der Pflege“ formulierte Virginia Henderson erstmals eine eigene Definition von Pflege:

„Die einzige Funktion der Krankenschwester besteht darin, dem Menschen, ob krank oder gesund, zu helfen, bei Handlungen, die zur Gesundheit oder deren Wiedererlangung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), die er ohne Hilfe ausführen würde, wenn er die notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte. Und das ist so zu machen, dass er so schnell wie möglich wieder unabhängig wird.“

(vergl. Marriner-Tomey, 1992, S.139)

Pflege wird dann notwendig, wenn „Menschen aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage sind ihre 14 Grundbedürfnisse selbst zu befriedigen. Demnach bezeichnet sie Gesundheit als „die Fähigkeit des Patienten, die 14 Bestandteile der Krankenpflege ohne fremde Hilfe auszuführen“.

7.2 Menschenbild / Werte und Normen

7.2.1 Ideen zum Inhalt

Definition des Begriffs „Menschbild“ nach Brockhaus :

Eine von bestimmten Fakten und Vorstellungen ausgehende bzw. in den Rahmen bestimmte, wissenschaftlicher oder weltanschaulicher Methoden oder Denksysteme gefügte Betrachtung oder Abhandlung über den Menschen.

Im Menschenbild wird also eine bestimmte Sicht des Menschen beschrieben. Jeder Mensch denkt von Zeit zu Zeit über sich nach, über den Sinn seines Daseins, über das Richtige seines Tuns u.s.w.. Der Mensch antwortet sich darauf, indem er ein Bild von seinem Leben entwirft. Dies ist eine der Leistungen, die den Menschen vom Tier unterscheiden. Aber der Mensch entwirft nicht nur von sich ein Bild, sondern auch von anderen Menschen, von der Welt, von Gott. Ohne solche Bilder ist eine Selbstinterpretation oder eine Selbstreflexion nicht möglich.

Alle Wissenschaften, die den Menschen zum Inhalt haben, entwerfen ein Bild des Menschen. So unterschiedlich wie diese Wissenschaften (Biologie, Pädagogik, Psychologie und auch Pflege) sind, so unterschiedlich ist auch ihr Menschenbild. In jeder dieser Wissenschaften existieren mehrere Menschenbilder nebeneinander, je nach dem, welcher Aspekt des Menschen betrachtet wird.

Für die Entwicklung der Pflege und für das Verständnis der Pflegetheorien sind im Wesentlichen drei Menschenbilder von Bedeutung:

- das kartesianische Menschenbild
- das ganzheitliche Menschenbild
- und das humanistische Menschenbild

Diese drei Menschenbilder finden sich auch in vielen gängigen Büchern zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (vgl. Arents, 1999 und Lauber, 2001 und Schäffler u.a. 2001), wobei vielfach auch das humanistische und das ganzheitliche (holistische) Menschenbild als eins gesehen werden (gesehen werden muss) und das humanistische Theorien auch immer holistisch sind, da sie sich in ihren Erklärungen immer auf die Gesamtpersönlichkeit des Menschen beziehen.

7.2.1.1 Das Kartesianische Menschenbild

Das kartesianische Menschenbild ist nach dem französischen Philosophen René Descartes (1596 – 1650) benannt.

René Descartes (lateinische Form: Renatus Cartesius) gilt als Begründer und maßgeblichster Vertreter des modernen Rationalismus. Er wendet sich gegen den auf Tradition und göttlicher Offenbarung gestützten Herrschaftsanspruch der katholischen Kirche. Ausgangspunkt ist der Satz: „Cogito ergo sum – Ich denke also bin ich“. Er kommt zu der Auffassung, dass alle Naturerscheinungen rational erfassbar und erklärbar sind.

Auf Descartes geht das Prinzip von Ursache und Wirkung – Kausalitätsprinzip – zurück. Es geschieht nichts ohne Ursache und alles was geschieht hinterlässt auch eine Wirkung. Für ihn lassen sich alle Phänomene auf eine Ursache zurückführen. Auch das organische Leben wird von Descartes rein mechanistisch erklärt. Für ihn sind Geist und Materie zwei grundsätzlich verschiedene Substanzen. Diese Zweiteilung des Menschen wird auch „kartesischer Dualismus“ genannt.

Die Medizin übernahm diese Sichtweise des Menschen. Auf der einen Seite erlaubte diese Sicht ganz neue Denkinhalte, Untersuchungen und Erkenntnisse, auf der anderen Seite erscheint der Mensch in diesem Verständnis als Ansammlung von Organen und Körperteilen.

Krankheit wird in dieser Sicht zur Fehlfunktion von Organen oder Zellen. Ziel der Medizin ist es, die Ursache für die Organstörungen zu finden und zu therapieren.

Die Krankenpflege sah sich lange Zeit als Hilfsdienst der Medizin und hat dieses Menschenbild übernommen. In neuerer Zeit wurden dennoch Stimmen laut, dass diese Sicht von Menschen für die Medizin und für die Pflege nicht ausreicht.

7.2.1.2 Ganzheitliches Menschenbild

In der Pflege hat das ganzheitliche Menschenbild eine große Verbreitung und Zustimmung gefunden. Der Mensch wird in der Wechselwirkung und in dem Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Anteilen gesehen.

Ganzheitliche Ansätze finden sich in den meisten Theorien wieder. Sie nehmen neben den körperlichen auch die psychosozialen und umweltbezogenen Aspekte in den Blick und fordern im Umgang mit den Patienten ein partnerschaftliches Verhältnis.

7.2.1.3 Das humanistische Menschenbild

Der Humanismus ist eine philosophische Richtung, die ihren Ausgangspunkt in der Aufklärung hat. Ihre Wurzeln gehen allerdings viel weiter zurück und finden sich auch bei den Philosophen der alten Griechen.

Die wichtigsten Anliegen der humanistischen Bewegung lassen sich nach Flammer in fünf Punkten zusammenfassen (vgl. Flammer, 2004, S.100):

1. Autonomie des Individuums in der sozialen Interdependenz:
Der Mensch ist zunächst biologisch und emotionell völlig von seiner Umwelt abhängig und gewinnt im Laufe seiner Entwicklung immer mehr Unabhängigkeit.
2. Streben nach Selbstverwirklichung:
Der Mensch hat ein Bedürfnis, sich zu aktualisieren und zu wachsen, Wissen zu erwerben und seine kreativen Kräfte einzusetzen. Maslow hat eine berühmt gewordene Hierarchie der Bedürfnisse aufgestellt, wonach höhere Bedürfnisse erst nach der minimalen Befriedigung tiefer liegender Bedürfnisse aktuell werden.
3. Sinn- und Zielorientiertheit des Menschen:
Entwicklung und Verhalten sind nicht beliebig. Die letzten Werte in der humanistischen Tradition sind Freiheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde.
4. Ganzheit:
Der Mensch strebt nach Ganzheit, in seiner Befindlichkeit, in seinem Erleben, in seinem Selbstverständnis.
5. Bedeutung der Subjektivität:
Das subjektive Erleben ist das erste, das dem Menschen zugänglich ist, aber auch das letztgültige Kriterium für sein Handeln.

Der Humanismus kommt immer dann zum Tragen, wenn der Blick weg von der Gemeinschaft, hin zum Individuum geht. Der Mensch - das einmalige und unwiederholbare Individuum - ist für sich selbst verantwortlich und der Mensch hat im Prinzip die Möglichkeit und die Fähigkeit zu entscheiden was gut für ihn ist und was nicht. In seinen Bemühungen sein Menschsein zu entfalten, darf der Mensch aber nicht anderen Menschen den Raum zur Entfaltung nehmen.

An der Spitze des humanistischen Wertesystems steht die Menschlichkeit: nicht der Mensch als Krone der Schöpfung, sondern seine guten Eigenschaften – sein positives Verhalten und seine Verantwortlichkeit. Der Humanismus sieht den Menschen als ein Wesen, das von Natur aus gut ist und von Natur aus in der Lage ist, seinen eigenen Weg zu gehen und einen Weg zu wählen, der gut für ihn ist. Verantwortlich für sein Handeln ist der Mensch nur sich selbst und der Gemeinschaft gegenüber. Dieser

konsequente Bezug auf das Diesseits ist von gläubigen Menschen oft schwer zu akzeptieren.

Durch den Humanismus kommen Werte in die Pflege, die auch heute noch von grundlegender Bedeutung sind:

- jeder Mensch ist ein Individuum mit einzigartigen Bedürfnissen, Werten und Normen;
- jeder Mensch wird als körperliche, geistige und soziale Einheit gesehen;
- jeder Mensch in Not hat das Recht auf Betreuung.

Der Einzelne, sein subjektives Erleben, sein Empfinden, seine Art zu reagieren und seine Lebensgeschichte rücken in den Mittelpunkt. Der Mensch hat ein Recht auf individuelle Pflege, das heißt, „die Pflege wird auf das einzelne Erleben und die persönlichen Bedürfnisse des Individuums abgestimmt.“ (vgl. Arets, 1999, S. 36)

Carl Rogers formuliert eine humanistische Theorie der Entwicklung (vgl. Flammer, 2004):

„Für Rogers ist Entwicklung das ganze Leben lang möglich. Er beschreibt aber eigentlich nur invariante Entwicklungsprozesse, d.h. solche, die in fast allen Lebensaltern die gleichen sind. Es ist darum für ihn nicht wichtig, Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu differenzieren.“

1. Der Mensch hat einen starken Drang zur Entfaltung und zur Entwicklung, wenn ihm der nötige Raum dazu gegeben wird.
2. Die Richtung der Entwicklung ist von innen her vorgegeben. Gibt man dem Individuum von außen her eine Richtung vor, so ist dies der Entwicklung hinderlich.
3. Die Entwicklung hat immer eine positive Richtung.
4. Die Entwicklung dauert ein Leben lang, sie ist nie abgeschlossen.
5. Die Entwicklung braucht bestimmte Bedingungen
 - Selbstakzeptanz
 - Akzeptanz der Welt (angstfreie Offenheit)

- Das Gefühl von anderen akzeptiert zu werden. Was sich in folgenden Punkten äußert:
 1. Einführendes und nicht wertendes Verstehen.
 2. Achtung und Wohlwollen.
 3. Nicht-Direktivität.
 4. Echtheit.

7.2.2 Didaktischer Kommentar

Wie der Umgang mit anderen Menschen und damit natürlich auch der Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen aussieht, hängt ganz entscheidend von dem Menschenbild ab, das in der Gesellschaft vorherrscht. Dieses Menschenbild wird allgemein von dem Einzelnen übernommen und individuell eingefärbt.

In dieser Unterrichtseinheit geht es um die Auseinandersetzung mit Normen und Werten. Was ist ein Menschenbild, wie entsteht ein Menschenbild und was hat es für einen Einfluss auf die Pflegesituation.

In unserer Analyse haben wir das „Christliche Menschenbild“ nicht mit aufgenommen. Viele Schulen in kirchlicher Trägerschaft haben dieses Menschenbild aber in ihren Leitbildern festgeschrieben, so dass eine Beschäftigung hiermit sich von alleine aufdrängt. Geeignete Unterlagen haben wir in dem Buch Pflege von Liliane Juchli gefunden (vgl. Juchli, 1991, S. 22). Gegenüberstellen und vergleichen lassen sich in Gruppenarbeiten das kartesianische Menschenbild, das ganzheitliche Menschenbild, das humanistische Menschenbild und das christliche Menschenbild.

Vor der Auseinandersetzung mit einem konkreten, abstrakten Menschenbild, sollen die SchülerInnen erst einmal eigene Werte und Normen formulieren, die sie für den Umgang mit anderen Menschen für wichtig halten.

Um den SchülerInnen drastisch vor Augen zu führen, was das herrschende Menschenbild für Auswirkungen auf die Pflege hat, kann man ihnen als Beispiel von dem Brauch einiger Naturvölker erzählen. Bei herumziehenden Völkern ist es zum Teil Brauch, Alte und Kranke auf den Wanderungen zurückzulassen. Diese werden dann zwar mit dem Nötigsten versorgt, bleiben aber auf sich allein gestellt an dem alten Lagerplatz zurück. Hier wird den SchülerInnen sehr drastisch vor Augen geführt, dass Pflege und sich um Alte und Kranke kümmern ein Teil der herrschenden Kultur sind und von dieser und dem vorherrschenden Menschenbild abhängen.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ganzheitliches Menschenbild ▪ humanistisches Menschenbild ▪ christliches Menschenbild <p>Vorstellen der Menschenbilder im Plenum.</p> <p>Diskussion: Was hat ein Menschenbild für einen Einfluss?</p>	<p>Schülervortrag(SV)</p> <p>Diskussion</p>
--	---	---

7.2.4 Medien, Unterlagen für den Baustein

Wie haben hier die Texte angefügt, die wir an die SchülerInnen zur Erarbeitung in den Gruppen verteilt haben.

1. Kartesianisches Menschenbild

Lauber, A. (2001). Grundlagen beruflicher Pflege. Bd.1. Stuttgart: Georg Thieme. S.10f.

2. Psychosomatisches Menschenbild

Lauber, A. (2001). Grundlagen beruflicher Pflege. Bd.1. Stuttgart: Georg Thieme. S.11f.

3. Ganzheitliches Menschenbild

Lauber, A. (2001). Grundlagen beruflicher Pflege. Bd.1. Stuttgart: Georg Thieme. S.12ff.

4. Christliches Menschenbild

Juchli, L. (1991). Krankenpflege. 6. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme. S.22 ff.

5. Humanistische Menschenbild

Eigener Text nach unterschiedlichen Quellen
(u.a. Flammer, A. (2004). Entwicklungstheorien. 3. korrigierte Aufl., Bern: Hans Huber. S.100f.)

7.3 *Gesundheit und Krankheit*

7.3.1 **Ideen zum Inhalt**

Gesundheit – Krankheit Krankheitsverständnis Ganzheitlichkeit

In der Erklärung von Gesundheit und Krankheit gibt es zwei grundsätzlich unterschiedliche Herangehensweisen. Unterschieden wird nach dem Ausgangspunkt der Betrachtung.

1. „Die pathogenetische Forschungsrichtung: sie stellt die Frage nach den Ursachen von Krankheit (und nach der Vermeidung) in den Mittelpunkt,
und
2. die salutogenetische Forschungsrichtung: sie setzt sich mit den Ursachen der Gesundheit bzw. den Möglichkeiten ihrer Erhaltung auseinander.“

(vgl. Kellnhauser, 2000, S.79)

Weiter gibt es aus den unterschiedlichen Wissenschaftsgebieten, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, unterschiedliche Erklärungsansätze. Die wichtigsten sind hier die Medizin, die Psychologie und die Soziologie. In der Medizin sind die Begriffe Gesundheit und Krankheit durch ein kartesisches Verständnis geprägt worden. Gesundheit wurde als Abwesenheit von Krankheit erklärt und Krankheit war ein Fehlfunktion des Organismus, die eine organische Ursache hatte. Beseitigte man diese Fehlfunktion, so war auch die Gesundheit wiederhergestellt. Der Mensch war in diesem Verständnis eine Ansammlung von Körperteilen, Organen und Zellen. Die Krankenpflege, die lange Zeit als Hilfsdienst der Medizin fungierte, hatte diese Einstellung übernommen. In der stark hierarchisch gegliederten Ordnung des Krankenhauses war auch gar kein Freiraum für andere Herangehensweisen und anderen Umgang mit den Patienten. Kennzeichnend für dieses Modell sind unter anderem:

- „- beobachtbare körperliche Symptome, wie z.B. die Gelbfärbung der Skleren, deren Interpretation in der Zusammenschau der Symptome zur Diagnose führt;
- die Annahme, dass zwischen normalen und normabweichenden Werten unterschieden werden kann und dass diese Werte objektivfeststellbar (messbar) und für jeden Menschen gleich gültig sind (z.B. Blutdruckwerte, Blutwerte, Körpergewicht)“
(vgl. Kellnhauser, 2000, S.80)

Deshalb ist ein Mensch entweder gesund oder krank. Beide Zustände können voneinander eindeutig getrennt werden. Aus diesem Krankheitsverständnis leitet sich die Hauptaufgabe der Medizin ab. Dies ist einzig und allein die Wiederherstellung der Funktion der beeinträchtigten Organe (oder anderer Einheiten). Andere Belange des Kranken werden nicht wahrgenommen. Die Pflege als Hilfskräfte der Mediziner arbeitet auf derselben Ebene.

Aus der klassischen Psychoanalyse kam dann die kausale Verknüpfung zwischen Krankheit und psychischen Störungen und aus der Soziologie der Einfluss aus den Lebensbedingungen hinzu. Die Erklärungsmodelle für Krankheit wurden immer komplizierter und die Medizin und vor allem auch die Krankenpflege, die sich in dieser Zeit von der Medizin zu lösen begann und nach einer eigenen Berufsbeschreibung und Berufsverständnis suchte, mussten immer umfangreichere und kompliziertere Erklärungsmodelle zur Hilfe nehmen.

Allgemein kann man sagen, dass Gesundheit und Krankheit Begriffe sind, die schwer zu definieren sind. Lange Zeit hat man Gesundheit nur über die Abwesenheit von Schmerz und Krankheit erklärt. Dies liegt zum einen daran, dass es keine genaue Abgrenzung gibt, wo die Gesundheit in Krankheit umschlägt und zum anderen daran, dass das Empfinden, ob man gesund oder krank ist, sehr von der Persönlichkeit des Betroffenen und von seinem kulturellen Umfeld abhängt. Franke stellt die interessante These auf: „Vielleicht gilt heute schon, dass gesund der ist, der nicht gründlich genug untersucht worden ist.“ (vgl. Franke, 1981, S.25)

Eine der ersten Versuche, Gesundheit positiv zu formulieren, kam 1946 von der WHO. Sinngemäß wurde formuliert:

Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.

Obwohl diese Definition von Gesundheit sehr weitreichend und von Kritiker daher als unrealistisch, weil nicht erreichbar, bezeichnet wird, ist sie doch ein bemerkenswerter Schritt gewesen. Der Begriff Gesundheit wurde ausgedehnt auf das geistige und soziale Wohlbefinden des Menschen. Durch diese sehr hoch angesetzten Kriterien für Gesundheit wurde auch eine überzogene Erklärung für die Anwesenheit von Gesundheit möglich, die nach Frieling-Sonnenberg einem zumindest fragwürdigen Gesundheitsmarkt Tür und Tor geöffnet hat. Gesundheit ist in seinen Augen zu einer Ware geworden und hat sich den gesellschaftlichen Bedingungen angepasst (Leistungsdruck, Erfolgszwang, Konsumorientiertheit). Gesundheit verkommt zu einer Ware und wer krank ist, trägt selbst die Schuld, weil er nicht genug für seine Gesundheit getan (geopfert) hat (vgl. Freiling-Sonnenberg, 1995).

In der folgenden Zeit wurden die Stimmen immer lauter, die in der Medizin und vor allem in der Pflege eine Hinwendung zum gesamten Menschen forderten. Der Begriff der Ganzheitlichkeit nahm seinen Einzug in die Pflege. Allgemein versteht man unter einer ganzheitlichen Betrachtung eines Patienten dessen Betrachtung als Einheit aus Leib, Seele und Geist. Die Situation des Patienten muss immer im Zusammenhang mit seiner Biographie und seinem sozialen Lebenszusammenhang gesehen werden. Diese Sichtweise stammt unter anderem aus den Reihen der Psychosomatik. Zum Beispiel beschreibt Uexküll (1986) die Entstehung eines Symptoms und macht seine Ausprägung von der individuellen und emotionalen Verarbeitung einer körperlichen Funktionsänderung abhängig (einiges aus diesem Ansatz fand sich auch in der Theorie von Antonovsky zur Krankheitsentstehung bzw. Gesundheitserhaltung wieder). „Für die Ausprägung eines Symptoms sind die subjektive Wahrnehmung und die individuelle emotionale Verarbeitung dieser körperlichen Funktionsänderung entscheidend und steht in keiner quantitativen Relation zu den auslösenden Bedingungen“ (vgl. Hinghofer-Szalkay, 1995). Die Wahrnehmung und Ausprägung eines Krankheitssymptoms ist also stark abhängig von der individuellen und sozialen Situation des Betroffenen. Für Uexgüll ist die Bildung eines Symptoms ein Selbstheilungsversuch des Organismus. Es wird folgender Prozess in Gang gesetzt: Der vorausgegangene Konflikt wird entschärft und die sozialen Beziehungen werden entlastet. Die Umgebung reagiert mit Hilfsbereitschaft auf die Klagen des Betroffenen.

Dieses Beispiel aus der Medizin macht den wesentlichen Aspekt der Ganzheitlichkeit deutlich. Nämlich, wie oben beschrieben, den Patienten als Einheit von Körper, Seele und Geist, mit seiner individuellen Biographie und seinem eigenen sozialen Umfeld zu sehen. Doch nicht nur die Medizin, sondern auch die Krankenpflege ist in Bewegung geraten. So beschreibt Liliane Juchli in ihrem Buch „Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit“ ihr Erleben der Pflege im Wandel. Nach ihrer Meinung liegt in der

„Rückbesinnung“ auf die ganzheitlichen Aspekte in der Pflege eine Chance, eine Orientierung für die zukünftige Entwicklung (vgl. Juchli, 1985).

Claudia Bischoff weist aber in ihrem Artikel „Ganzheitlichkeit – einige Anmerkungen zu einem schillernden Begriff“ auf einige andere Aspekte der Ganzheitlichkeit hin. Sie stellt zunächst die Frage, auf welche Traditionen man sich überhaupt rückbesinnen will. Weder die bürgerlich begründete Ganzheitlichkeit, noch die aus der Krankenhausstradition, die ihrer Meinung nur als Ideologie aufrecht erhalten wurde, aber in ihrem Anspruch der Realität nicht gerecht wurde, noch eine christlich orientierte Ganzheitlichkeit erscheint ihr geeignet als künftige Leitlinie.

Weiter problematisiert sie, dass zwar die Beziehungsgestaltung zwischen Pfleger und Patient ganzheitlich sein soll, dass aber kaum krank machende Strukturen aus dem sozialen Umfeld mit einfließen. Defizite der Schulmedizin werden nur weiter kaschiert und der Ganzheitsbegriff verliert in ökonomischer, machtpolitischer und institutioneller Hinsicht sein Veränderungspotential. Ein zweiter problematischer Punkt ist ihrer Meinung nach die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege, die eine Ganzheitlichkeit verhindert. Dazu kommen noch die anderen Berufe im Gesundheitswesen, die aus dieser Ganzheitlichkeit auch nicht ausgeschlossen werden dürfen. Ein wichtiger Punkt für sie ist die Entwicklung funktionierender Kooperationsmodelle. Als letztes sieht sie noch den Einzelnen in Strukturen eingebunden, die die Ganzheitlichkeit verhindern. Wir können uns noch nicht einmal ganzheitlich selbst wahrnehmen, geschweige denn einem anderen ganzheitlich begegnen oder ganzheitlich handeln.

Als letztes kritisiert sie die Ganzheitlichkeit im holistischen Sinne. Ihrer Meinung nach ist diese Rückbesinnung auf Spiritualität und Kosmos als eine Reaktion auf die scheinbare Unveränderlichkeit des Systems zu erklären. Sie sieht aber die Gefahr, dass so eine Flucht die Auseinandersetzung mit den realen Möglichkeiten erschwert und einer Klärung und realistischen Begriffsfindung im Wege steht (vgl. Bischoff, 1992).

Aus den interdisziplinären Erklärungsmodellen von Gesundheit und Krankheit entwickelte sich eine entscheidende Wendung (ein Paradigmawechsel) in der Forschung über Gesundheit und Krankheit. Der pathogenetische Ansatz mit der zentralen Frage: „Was macht den Menschen krank?“, wurde ergänzt durch den salutogenetischen Ansatz. Hier kommt die Frage in den Vordergrund: „Was hält den Menschen gesund?“

Diese neue Richtung gründet sich auf A. Antonovsky, der 1987 sein Modell der „Salutogenese“ vorstellte. (Übersetzt aus dem Griechischen bedeutet der Begriff: Entstehung von Gesundheit.)

Salutogenetisches Modell (A. Antonovsky)

Antonovsky geht von der Ansicht aus, dass es nicht den gesunden Zustand und nicht den kranken Zustand gibt, sondern ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, mit gleichzeitigen Anteilen von beiden Seiten (vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann, 2001). Um das individuelle Krankheitserleben (die Position in dem Kontinuum) zu erklären, reicht der Ansatz über Stressoren oder Stressbelastung nicht aus. Unter gleichen Bedingungen, mit gleicher Stressbelastung bleiben manche Menschen gesund, andere werden krank. In der Konfrontation mit einem Stressor entsteht ein Spannungsfeld, mit dem man umgehen muss. Wie diese Spannungsverarbeitung erfolgt, hängt davon ab, ob das Ergebnis pathologisch, neutral oder gesund ist. Für Antonovsky sind damit die Faktoren wichtig, die beeinflussen, wie die Spannungen verarbeitet werden. Er nennt dies die Schlüsselfragen der Gesundheitswissenschaften.

Sein Konzept auf diese Fragen lautet: Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen. Diese Widerstandsressourcen werden verschiedenen Bereichen zugeordnet:

- „-der physikalische und biochemische Bereich (z.B. Immunsystem),
- die materielle Situation (Einkommen, finanzielle Verhältnisse generell),
- der kognitive Bereich (Wissen, Intelligenz),
- Selbstbild und Selbsteinschätzung (Zutrauen, Optimismus),
- der soziale Bereich (Unterstützungssysteme, Eingebundensein in Netzwerke) sowie
- kulturelle und weltanschauliche Aspekte (religiöse Verankerung, Kulturkreis).“

(vgl. Kellnhauser, 2000, S.82)

Langfristig bekommt der Mensch ein Kohärenzgefühl (Bereitschaft und Fähigkeit, Dinge erklären zu können, Zusammenhänge zu sehen). Dieses Kohärenzgefühl definiert er folgendermaßen:

Ein tiefes Vertrauen, dass

- „die Stimuli, die sich im Verlaufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;

- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

(vgl. Kellnhauser, 2000, S.82)

Es entwickelt sich eine Art Zuversicht / Vertrauen, dass Ereignisse im Lebenslauf erklärt werden können, dass Herausforderungen eine Auseinandersetzung wert sind und dass sie mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden können. Je besser dieser Kohärenzsinn entwickelt ist, desto weniger wird der Mensch Belastungen oder außergewöhnliche Ereignisse als Stressoren empfinden, weil er ein grundlegendes Vertrauen hat, durch Mobilisation seiner Ressourcen die Situation gut meistern zu können.

In diesem Sinne ist der salutogenetische Ansatz ein Erklärungsmodell für die Entstehung von Gesundheit. Gesundheit wird als ein Gleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Gesundheitsfaktoren betrachtet. An der Aktivierung der Gesundheitsfaktoren ist in diesem Modell der Kohärenzsinn eines Menschen beteiligt, der die Aktivierung geeigneter Ressourcen ermöglicht.

Des Weiteren bekommt Gesundheit einen individuellen Aspekt. Gesundheit und Krankheit werden nicht mehr (ausschließlich) durch die medizinische Diagnose bestimmt, sondern durch das individuelle Erleben des betroffenen Menschen und seiner Einschätzung von Lebensqualität.

7.3.2 Didaktischer Kommentar

Zunächst sollen die SchülerInnen die Begriffe Gesundheit und Krankheit für sich ausloten. Dazu werden sie an die Tafel gebeten, damit sie sich den Feldern Gesund oder Krank zuordnen können. Im weiteren Verlauf werden sie mit Fallbeispielen konfrontiert, bei denen die Zuordnung immer schwieriger wird. Dadurch werden sie dafür sensibilisiert, dass es häufig die eindeutige Zuordnung nicht gibt. Krankheit und Gesundheit müssen vielmehr als zwei Eckpunkte eines Kontinuums gesehen werden. Jeder einzelne befindet sich irgendwo zwischen Krankheit und Gesundheit und tendiert mal zur einen, mal zur anderen Seite.

Dieses Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit kann man sehr gut als eine Verbindungslinie zwischen den beiden Begriffen an der Tafel darstellen. Wiederholt man nun die erste Zuordnung, so entsteht ein anderes Bild. Die SchülerInnen werden sich mit unterschiedlichem Abstand zum Feld Gesund einzeichnen.

Im zweiten Teil sollen die SchülerInnen den Paradigmenwechsel zum salutogenetischen Gesundheits-Krankheitsbegriff kennen lernen. Je nach Lerngruppe, Zeit und Motivation kann dies in einem Lehrervortrag oder in Gruppenarbeit erfolgen. Man muss versuchen abzuschätzen, an welchen Stellen der Reihe sich das selbständige erarbeiten in Gruppen anbietet und ob man die Gruppe durch ständiges Gruppenarbeiten überfordert.

Will man im zweiten Teil den Aspekt der Entwicklung im Begriff Gesundheit/Krankheit noch ausweiten, so kann man hier auch geschichtlich noch weiter zurück gehen und Aspekte von Naturreligionen oder des Mittelalters mit aufnehmen. Hier wurde vielfach Krankheit als ein Besessensein von Geistern oder als Strafe für fehlerhaftes Verhalten angesehen. Dies hatte seine spezifischen Auswirkungen auf den Umgang mit dem Kranken und auf die Pflege.

7.3.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
	<p>⇒ Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit. Krank sein bedeutet je nach Person und Situation für jeden Menschen etwas anderes. Definitionen für die Begriffe kann man nicht vereinheitlichen.</p> <p>Die Teilnehmer werden anhand von konkreten Beispielen aufgefordert, in einem Schaubild ihre eigenen Position zu punkten, d.h. sie sollen sich als krank oder gesund einordnen.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px 20px; text-align: center;">Krank</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px 20px; text-align: center;">Gesund</div> </div> <p>Diskussion über die Unsinnigkeit der Einordnung in „nur krank“ oder „nur gesund“.</p> <p>Abwandlung des Tafelbildes in Richtung Kontinuum.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px 20px; text-align: center;">Krank</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px 20px; text-align: center;">Gesund</div> </div> <p><u>Weiterer Verlauf Version 1:</u></p> <p>Lehrervortrag, um den Paradigmawechsel vom pathogenetischen zum salutogenetischen Gesundheits-Krankheitsbegriff zu verdeutlichen. Es soll hier ein historischer Abriss dargestellt werden. Möglich ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Naturwissenschaftliche Erklärung (kartesisches Krankheitsbild) 2. WHO-Definition (und Entwicklung dahin) 3. Salutogenese 	<p>Einzelarbeit (EA) Tafel, Kreide</p> <p>Diskussion</p> <p>LSG Tafel</p> <p>LV</p>

	<p>Der Vortrag soll eine Einführung anhand der hier ausgewählten Thematik Gesundheit/Krankheit sein.</p> <p><u>Weiterer Verlauf Version 2:</u></p> <p>Erarbeitung der Themen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheit und Krankheit im Altertum. 2. Naturwissenschaftliche Sichtweise 3. Definition der WHO 4. Salutogenese <p>Vortrag der GA im Plenum</p> <p>Diskussion des Ergebnisses.</p>	<p></p> <p>GA</p> <p>SV</p> <p>Diskussion</p>
--	--	---

7.3.2 Medien, Unterlagen für den Baustein

Die Texte für die Gruppenarbeiten kann man sich aus folgenden Büchern zusammenstellen:

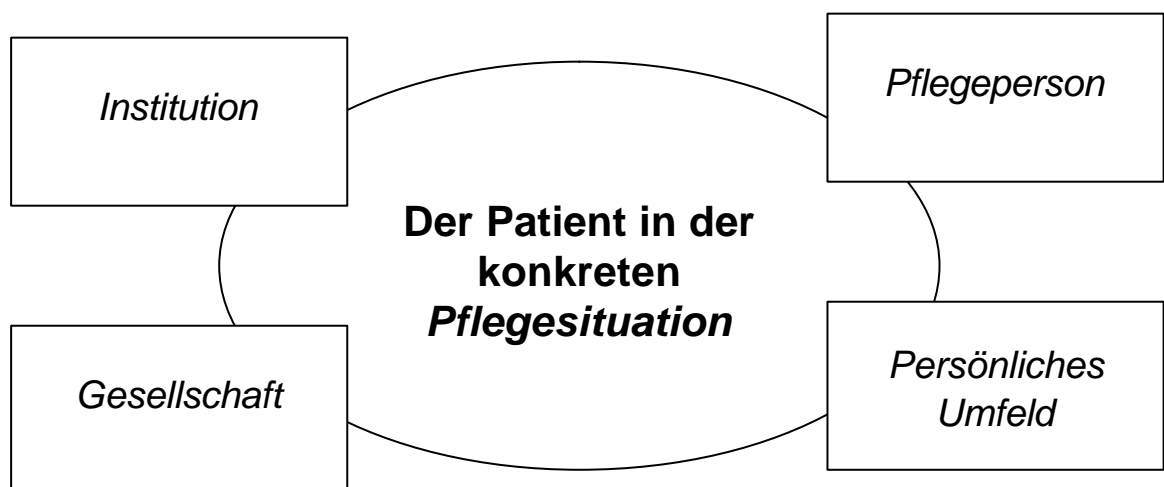
1. Lauber, A. (2001). Grundlagen beruflicher Pflege, Bd.1. Stuttgart: Georg Thieme. S.14 ff.
2. Kellnhauser (Hrsg.). (2004). Pflege. 10. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme. S. 28 ff

7.4 Umwelt und Umfeld

7.4.1 Ideen zum Inhalt

In diesem Teil der Lerneinheit haben wir uns konkret auf die Pflegesituation festgelegt. Wir wollen beleuchten, wie das Umfeld und die Umwelt die konkrete Pflegesituation beeinflusst. Zu diesem Umfeld gehört für uns an dieser Stelle die gesellschaftlich-kulturelle Ebene, die institutionelle Ebene und die persönliche Ebene, ebenso die Pflegeperson mit ihrem Umfeld und auch als Umfeld.

Wir haben uns an dieser Stelle an die Theorie von Kaiser mit seinem situativen Ansatz angelehnt. Pflege findet immer in dem o.g. Kontext statt. Teilbereiche der Theorie stellen wir hier etwas in den Hintergrund.



Und hier stellt sich nun die Frage, inwieweit diese äußeren Faktoren einen Einfluss auf die Pflege haben. Hintergrund für diesen Unterricht soll sein, dass sich die SchülerInnen damit auseinandersetzen.

7.4.2 Didaktischer Kommentar

Den SchülerInnen soll bewusst werden, was unter Umwelt und Umfeld zu verstehen ist, dass diese einen Einfluss auf die Pflege haben und dass diese Faktoren in jeder Pflegesituation neu überdacht werden müssen. Zu diesem Zeitpunkt der Ausbildung sind die SchülerInnen noch nicht in der Lage, komplexe Situationen selbständig zu erfassen, zu analysieren und zu reflektieren. Es ist hier vielmehr ein erstes Bewusstmachen und Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass Pflege immer im Kontext stattfindet. Dies müssen Pflegende sich bewusst machen und es muss klar werden, dass bei Nichtbeachtung isolierte einzelne Pflegeverrichtungen an Qualität verlieren.

7.4.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
	<p>⇒ Was versteht man unter Umwelt und Umfeld des Patienten? Inwieweit beeinflusst es die Pflege- (situation)?</p> <p><u>Erstellen eines Tafelbildes:</u></p> <pre> graph TD A[Patient in der Pflegesituation] --> B[Institution] A --> C[Pflegerperson] A --> D[Gesellschaft] A --> E[Persönliches Umfeld] </pre> <p>Im LSG werden die Eckpunkte verdeutlicht und per Mind Map konkretisiert und notiert. Was fällt Ihnen ein - welche Aspekte gehören zum Eckpunkt „Institution“ – was beeinflusst hier die konkrete Pflegesituation? usw.</p> <p>Im Anschluss daran wird die Klasse in vier Gruppen eingeteilt (die Gruppen finden sich</p>	<p>Tafel</p> <p>LSG</p> <p>GA</p>

7.5 Dorothea Orem

7.5.1 Ideen zum Inhalt

Eine Pflgeetheorie – Dorothea Orem

Pflegen ist die Erleichterung und wenn nötig die Unterstützung der Selbstpflege, die sich an der Ganzheit und dem Gesundsein des Menschen orientiert.

7.5.1.1 Selbstbestimmung und Selbstpflege

Dorothea Orem wurde in Baltimore geboren. Sie besuchte die Krankenpflegeschule des „Providence Hospital“ in Washington D.C. 1939 erwarb sie an der katholischen Universität von Amerika den „Bachelor of Science“ und 1945 den „Masters of Science“ – Titel im Fach Pädagogik der Krankenpflege.

In dieser Zeit arbeitete sie als Krankenschwester, Pflegelehrerin und als Assistentin des Direktors der Klinik. Nach ihrem Master Abschluss wurde sie Direktorin der „Province-Hospital“ Krankenpflegeschule und von 1945 bis 1948 Direktorin des Pflegedienstes des Krankenhauses in Detroit.

1949 bis 1957 war sie Pflege-Beraterin der Abteilung Gesundheit und Gesundheitsdienste der Gesundheitsbehörde des Staates Indiana. 1957 verließ sie Indiana, um für zwei Jahre als Curriculum-Beraterin zu arbeiten. Hier ging es um die Verbesserung der praktischen Ausbildung in der Pflege. In dieser Zeit überarbeitete Orem ihre Definition von Pflege und Pflegepraxis. Aus der zentrale Frage „Was ist Gegenstand der Pflege?“ entwickelte sie die Leitidee für ihr Modell. Sie wurde Assistenzprofessorin für Pflegepädagogik der Krankenpflege an der katholischen Universität von Amerika, später Dekanin der Krankenpflegeschule und außerordentliche Professorin für Pflegepädagogik.

1970 machte sie sich selbständig und gründete eine Beratungsfirma. In dieser Zeit schrieb sie ihr grundlegendes Buch „Concepts of Practice“ (Praxiskonzepte der Pflege), welches 1971 veröffentlicht wurde. Noch heute arbeitet sie freiberuflich und hält Kongresse zum Thema „Pflege“. Sie hat als Pionierin auf dem Gebiet der Pflege mehrere Ehrendokortitel verliehen bekommen.

7.5.1.2 Grundlagen ihrer Theorie

Die Theorie von Dorothea Orem wird nach Meleis als Bedürfnismodell gesehen (vgl. Lauber, 2001, S.111). Diese Bedürfnismodelle wurden auf der Grundlage von Maslow entwickelt. Es geht nicht primär um das Ergebnis der Pflege und auch nicht um die Interaktion, sondern vielmehr um die Befriedigung der Bedürfnisse (der Selbstpflegebedarf) des einzelnen Menschen. Im Mittelpunkt steht hier die Frage „Was ist Pflege(n)?“ Die Antwort basiert auf dem Defizitmodell: Pflege ist notwendig, wenn ein Defizit an Bedürfnisbefriedigung besteht.

Zentraler Begriff ist nach Orem der gesunde Mensch. Krankheit wird als Einschränkung im Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit gesehen. Sie sagt: „Der Mensch, der für sich eigenständig sorgen kann, ist unabhängig, gesund, selbstkompetent.....“ Jeder Mensch ist rational, vernünftig und abgeklärt.

Gesundheit ist zu sehen als Basis und Spannbreite, während Krankheit nur ein Teil ist. Sie definiert Gesundheit als *„einen Zustand des Menschen, der durch Intaktheit oder Ganzheit entwickelter menschlicher Strukturen sowie körperlicher und geistiger Funktionen gekennzeichnet ist“*.

Die Umgebung kann nicht eigenständig gesehen werden. Der Mensch steht im Zentrum und wird von der Umgebung beeinflusst.

In ihrem Modell steht das Konzept der Selbstpflege und der damit verbundene Begriff des Selbstpflegedefizits. Sie ist der Meinung, dass ihre Selbstpflege-theorie ein Konzept für das gesamte multiprofessionelle Pflgeteam ist. Es ist für Pflegepersonen, als auch Ärzte und Physiotherapeuten etc. anwendbar.

Konkreter gliedert sich die Theorie in drei Teile:

- Selbstpflege-theorie
- Theorie des Selbstpflegedefizits
- Theorie der Pflegesysteme

Selbstpflege-theorie

Die Selbstpflege ist laut Orem ein erlerntes zielgerichtetes Verhalten, welches sicherstellt, dass der Mensch am Leben bleibt. Er erfährt somit Gesundheit und Wohlbefinden, funktioniert integral und trägt zur eigenen Entwicklung bei. Mit anderen Worten: komplexe Pflege für und durch sich selbst. Erwachsene führen die Selbstpflege eigenständig durch, während alte Menschen und Kinder in einer gewissen Abhängigkeit stehen. Sie benötigen Pflege und Hilfe anderer. Diese zusätzliche Pflege bezeichnet Orem als „dependent care“, was soviel heißt wie: angewiesen sein auf die Laienpflege.

Der Prozess der Selbstpflege ist abhängig von verschiedenen Faktoren:

- „Alter
- Geschlecht
- Gesundheit
- Wachstum und Entwicklung
- soziale/kulturelle Umgebung
- Gesundheitswesen
- Familie
- Lebensstil“.

(vgl. Arets, 1999, S. 137)

Wie bereits erwähnt, ist für Orem die Selbstpflege zielgerichtet. Diese Ziele – von Orem Selbstpflegebedürfnisse genannt – sind wie folgt unterteilt:

- „universelle Selbstpflegebedürfnisse
- entwicklungsgebundene Selbstpflegebedürfnisse
- durch Gesundheitsstörungen bestimmte Selbstpflegebedürfnisse“

(vgl. Arets, 1999, S. 137)

Orem hat des Weiteren den Begriff der „*therapeutisch erforderlichen Selbstpflege*“ geprägt. Diese wird erforderlich, um die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu fördern. Es ist mit Gesundheit und Krankheit in Beziehung zu setzen. Nicht jedes Selbstpflegebedürfnis erfordert therapeutische Selbstpflege. Für eine Entscheidung, ob diese notwendig ist oder nicht, benötigt die Person Kenntnisse von Symptomen und Grundwerten. Es müssen gewisse Standard erreicht sein und bestimmte Kriterien erfüllt werden, um gesund zu sein und zu bleiben. Die Standards werden von jedem einzelnen bestimmt und durch die jeweilige Umgebung beeinflusst. Grundvoraussetzung hierfür ist:

- „jeder Mensch wissen muss, warum ein Selbstpflegebedürfnis mit der Gesundheit zusammenhängt;
- untersucht werden muss, welche Mittel notwendig sind, um die Selbstpflegebedürfnisse erfüllen zu können;

- die erforderlichen Selbstpflegeaktivitäten auch durchgeführt werden (können).“

(vgl. Arets, 1999, S.137)

Theorie des Selbstpflegedefizits

Hier steht die Selbstpflegefähigkeit im Mittelpunkt. Selbstpflegefähigkeit meint die Fähigkeit bzw. Kompetenz, erkannte Selbstpflegebedürfnisse tatsächlich durch Selbstpflege zu erfüllen. Die Durchführung dieser Selbstpflegeaktivitäten sollte in den Phasen Planung – Durchführung – Evaluation verlaufen.

Zur Selbstpflegefähigkeit gehören (vgl. Arets u.a., 1999, S.137):

- Fähigkeit und Kompetenz
- Selbstpflegeaktivitäten
 - Beurteilung
 - Beschluss
 - Aktivitäten

Unter einem Selbstpflegedefizit versteht Orem das Missverhältnis zwischen Selbstpflegebedarf und Selbstpflegevermögen. Ist ein Individuum nicht oder nur teilweise in der Lage, für sich und seine Gesundheit zu sorgen, so entsteht ein Selbstpflegedefizit. Die Defizite sind individuell bestimmt und ein einmaliger, persönlich verlaufender Prozess. Das Defizit kann Hinweis sein auf:

- „unzureichende Fähigkeiten zur Feststellung der Vielfalt und der Art therapeutisch erforderlicher Selbstpflege;
- unzureichende Fähigkeiten, die therapeutisch erforderliche Selbstpflege festzustellen und durchzuführen.“

(vgl. Arets, 1999, S.138)

Theorie der Pflegesysteme

Hier beschreibt Orem zunächst *Fähigkeit des Pflegens*. Sie geht davon aus, dass professionelle pflegerische Hilfe legitim ist, wenn ein Patient ein Selbstpflegedefizit hat und die Dependenzpflege dies nicht ausgleichen

kann. Pflegende sind befähigt zur Pflege, wenn sie prozessmäßige Pflege durchführen kann, d.h.

- „Selbstpflegethemen diagnostizieren kann;
 - Pflegehandlungen planen kann;
 - geplante Pflegehandlungen durchführen kann.“
- (vgl. Arets, 1999, S. 141)

Hier wird die Vergleichbarkeit von Selbstpflegefähigkeit und der Fähigkeit zum Pflegen deutlich. Unterschiede sind jedoch die Ausbildung, das vorhandene theoretische Wissen, die Praxiserfahrung, die sachverständige Anwendung von Technologien und die Bereitschaft, für andere zu sorgen und mit anderen zusammenzuarbeiten.

Für die Ausübung beruflicher Pflege ist nun ein Pflegevermögen erforderlich. Dieses Vermögen ist die Fähigkeit Patienten mit Pflegemaßnahmen zu helfen, um Selbstpflegethemen zu kompensieren oder kompensieren zu können.

Dies setzt spezielle Fähigkeiten, zu denen die Kenntnis von Pflegesystemen und Arten der Hilfe gehören, voraus.

Pflegesysteme werden bei der Planung der Pflege gebildet und dienen dazu, den therapeutischen Selbstpflege-Bedarf des Empfängers der Pflege zu erfüllen. Es gibt drei Arten von Pflegesystemen:

- „unterstützend / aufklärend
 - teilweise kompensierend
 - vollständig kompensierend.“
- (vgl. Arets, 1999, S. 141)

7.5.2 Didaktischer Kommentar

Man sollte sicherlich im Verlauf der folgenden Einheiten immer wieder explizit auf die Theorie von Dorothea Orem zurückkommen. Dies bietet sich vor allem bei Themen an, bei denen es um die Beratung und Pflege chronisch Kranker geht, bei denen die Steigerung der Selbstpflegekompetenz oder die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege ein zentrales Ziel ist. Wer hier Beispiele für den Unterricht sucht, der sei auf die Bibliographie von Rebecca Spiring und Annekäthi Bischoff Willhelm zur Pflge Theorie von Dorothea

Orem, erschienen in der Zeitschrift „Pflegerische Zeitschrift für Pflegeberufe“ verwiesen (vgl. Spiring, Bischoff Wilhelm, 1995, S. 213).

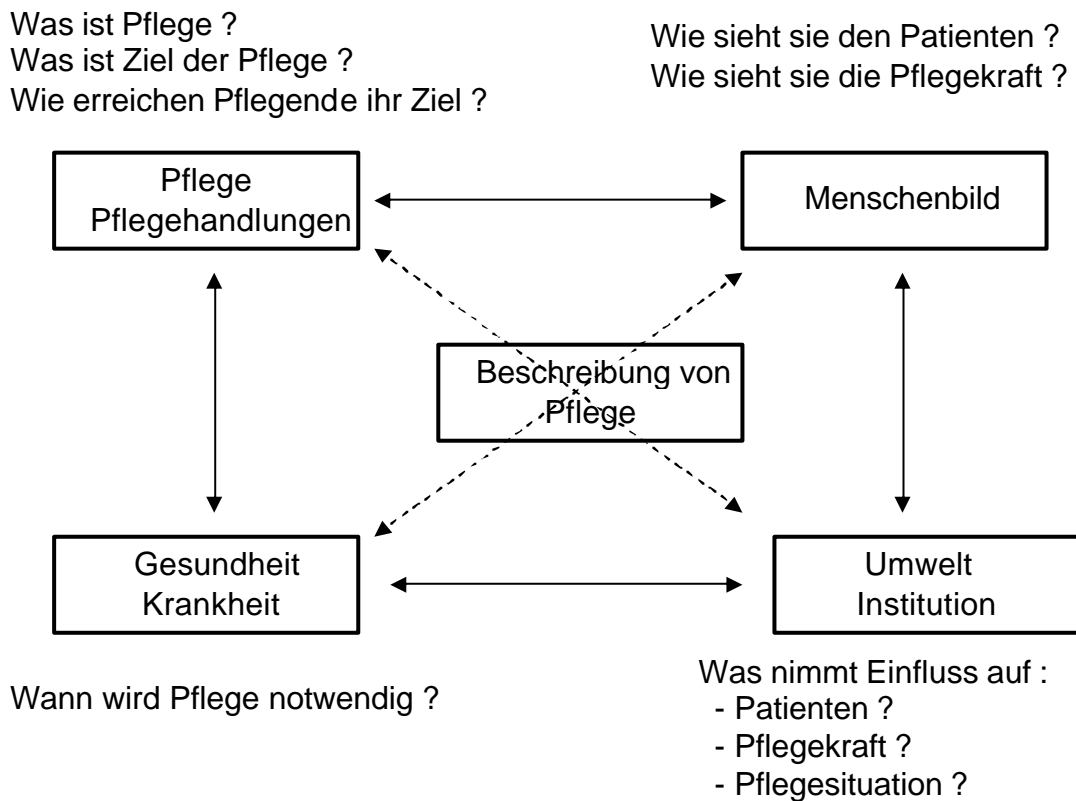
7.5.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
Phase 1	<p>⇒ 3 – phasige Gruppenarbeit zu Dorothea Orem</p> <p>Die in den vorangegangenen Abschnitten erarbeiteten Fragen werden jetzt auf die Theorien angewendet. Dazu das Schaubild und die Fragen noch einmal zeigen.</p> <p>Jeder Teilnehmer bekommt einen vorgefertigten Arbeitsauftrag (siehe Anhang) mit folgenden Fragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wann wird Pflege notwendig? 2. Wie sieht Dorothea Orem den Patienten? Wie sieht sie die Pflegeperson? 3. Was ist Ziel der Pflege? Wie erreicht Pflege ihr Ziel? 4. Was nimmt Einfluss auf den Patienten? Was nimmt Einfluss auf die Pflegeperson? Was nimmt Einfluss auf die Pflegesituation? 	<p>LV Folie</p> <p>EA</p>
Phase 2	<p>Gruppenbildung 1 – 2 – 3 – 4 Zuschneiden der Arbeitsaufträge. Gruppe 1 bearbeitet Frage 1 Gruppe 2 bearbeitet Frage 2 usw. Die Gruppen sollen die Antworten darstellen und auf maximal einer Seite zum Kopieren zusammenfassen.</p>	<p>GA (4 Gruppen)</p>

Phase 3	Vorstellen der einzelnen Gruppenergebnisse im Plenum. Kopien liegen nach vorheriger Durchsicht allen vor, um Notizen zu machen.	SV Plenum
------------	---	--------------

7.5.3 Medien, Unterlagen für den Baustein

Zum Rekapitulieren und zur Einführung dient folgendes Bild:
(Tafelbild, Folie)



Material für die Gruppenarbeit kann aus folgenden Quellen kopiert werden:

1. Pflegemodelle in der Praxis, 8. Folge: Dorothea Orem, Hilde Steppe. Die Schwester/Der Pfleger 30.Jahrg. 8/91, S.701-707.
2. Sander, K., Schneider, K. (2001). Pflegemodelle, Pflege-theorien, Pflegekonzepte. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Heft 7. Prodos Verlag. S. 16 ff.
3. Kellnhauser (Hrsg.). (2004). Pflege. 10. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme, S. 52.f
4. Arets, J. (Hrsg.). (1999). Professionelle Pflege. 3. Aufl., Bern: Franz Huber. S.135 ff.

Wir haben mit dem Buch „Pflege“ (dieses Buch ist in der Lerngruppe eingeführt) und dem Text aus „Die Schwester/Der Pfleger“ gearbeitet.

Arbeitsauftrag

Thema: Dorothea Orem

1. Bearbeiten Sie zunächst folgende Fragen in Einzelarbeit.
2. Anschließend werden vier Gruppen gebildet, die die vier Fragen nochmals zusammenfassen, dokumentieren und im Anschluss im Plenum vorstellen.

<p><u>Frage 1:</u> Wann wird Pflege notwendig?</p> <p>§</p>	<p>(Stichwort: Gesundheit, Krankheit)</p>
<p><u>Frage 2:</u> Wie sieht Dorothea Orem a. den Patienten b. die Pflegeperson</p> <p>§</p>	<p>(Stichwort: Menschenbild)</p>
<p><u>Frage 3:</u> Was ist Ziel der Pflege? Wie erreicht Pflege ihr Ziel?</p> <p>§</p>	<p>(Stichwort: Pflegehandlungen)</p>
<p><u>Frage 4:</u> Was nimmt Einfluss auf a. den Patienten, b. die Pflegeperson und c. die Pflegesituation?</p> <p>§</p>	<p>(Stichwort: Umfeld/Umwelt)</p>

7.6 Hildegard Peplau

7.6.1 Ideen zum Inhalt

Hildegard Peplau hat lange Zeit in der Psychiatrie gearbeitet. Sie hat zunächst einen akademischen Grad in Psychologie erworben, dann psychiatrische Pflege studiert und einen Doktor in Erziehungswissenschaften gemacht. Ihre Theorie begründet sich auf verschiedene psychologische, verhaltenstheoretische und psychoanalytische Theorien.

7.6.1.1 Das Besondere der Zeit und der Situation in der Psychiatrie

Es gibt drei grundlegende Dinge in Pflegesituationen:

- Pflegekraft
- Patient
- das, was zwischen Pflegekraft und Patient vorgeht, Interaktion

Zu Peplaus Zeiten war es üblich, Patienten nach ihren Symptomen einzuordnen (es gab zum Beispiel die ruhige und die unruhige Aufnahme). Dieses Etikett gab dann auch an, wie der Patient zu behandeln war. Diese Vorgehensweise nennt Peplau „mechanistische Betrachtungsweise“. Auch die Behandlung der Patienten war mechanistisch, es wurde an ihnen etwas vorgenommen (Elektroschocktherapie, Insulinschockbehandlung, operative Entfernung des Stirnhirnlappens).

Durch Sigmund Freud eröffnete sich ein dynamischer Zugang zum Patienten. Bezüge zwischen Geist und Körper, zwischen Gefühlen, Gedanken, Handlungen und Erkrankungen des Menschen, Beziehungen zwischen Mensch und Gemeinschaft rückten in den Vordergrund.

Peplau war der Ansicht, dass die (psychiatrische) Pflege ein Modell, eine Theorie benötigte, die die Pflegesituation erhellte und auf deren Grundlage Konzepte für die Arbeit entstehen könnten.

Bei Psychiatriepatienten stehen zwei wesentliche Probleme im Vordergrund:

- Kommunikationsschwierigkeiten
- Beziehungsschwierigkeiten

Aus dieser Situation heraus entwickelt Peplau ihr eigenes Modell der Pflege. Sie nennt ihr Modell „Psychodynamisches Modell der Pflege“.

Hauptelemente sind:

- **die Beschreibung psychodynamischer Pflege (7.6.1.2)**

- **die Phasen der Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patient (7.6.1.6)**
- **die Beschreibung der Rollen, die Pflegepersonen in dieser Beziehung übernehmen (7.6.1.8)**

7.6.1.2 Psychodynamisches Modell der Pflege

Das Besondere an diesem Modell ist, dass es die Beziehung zwischen Patient und Pfleger in den Vordergrund stellt. Sie stellt ganz zentral die Frage, wie die pflegerische Beziehung aussehen sollte, damit diese dem Gesundheitsprozess förderlich ist.

Während der Interaktion von Pflegenden und Patient werden unterschiedliche Rollen eingenommen. Diese Rollen kann der Pflegende auch gezielt einsetzen, um die Beziehung zum Patienten zu gestalten.

Letztendlich geht der Gesundheitsprozess dann immer mit der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit einher. Diese Entwicklung betrifft nicht nur den Patienten, sondern auch den Pflegenden.

Der in diesem Modell beschriebene Beziehungsprozess kommt sicher überall dort besonders zum Tragen, wo eine längere Beziehung zwischen Patient und Pflegendem notwendig ist. Dies trifft vor allem für die Pflege alter Menschen und die Pflege chronisch Kranker zu. Hier zeigt sich auch die besondere Bedeutung für psychiatrische Kliniken und forensische Kliniken, bei denen die Gestaltung der Beziehung des Pflegenden zum Patienten in den Vordergrund gestellt werden.

7.6.1.3 Gesundheit und Krankheit

Gesundheit ist für Peplau die Grundlage für eine Lebensführung, die sowohl die persönliche und kreative Entwicklung der Persönlichkeit fördert, als auch die harmonische Beziehung zu anderen Menschen. Der Pflegeprozess ist ein zielgerichteter Prozess, der eine Reihe von Maßnahmen umfasst, die der Wiedererlangung der Gesundheit dienen. Die Pflegenden müssen in der Lage sein, eine Beziehung zur Förderung der Wiedererlangung der Gesundheit aufzubauen und geeignete Prozesse der Bewusstseinsveränderung in Richtung auf eine gesunde Lebensführung anzustoßen.

- Richtige Einschätzung der Krankheit.
- Notwendige zwischenmenschliche Fähigkeiten damit der Betroffene den eigenen Weg erkennen kann.

(Die wichtigsten Rollen der Pflegenden: Förderer der Gesundheit und Gesundheitserzieher.)

7.6.1.4 Das Wesen des Menschen

Peplau sieht den Menschen in einem ständigen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. Ziel ist ein Zustand der Zufriedenheit, des Gleichgewichts, den der Mensch aber nie erreicht. In diesem Prozess der Entwicklung nimmt im Krankheitsfall die Pflegekraft eine zentrale Stelle ein. Sie soll in dieser Lebensphase dem Kranken helfen wieder gesund zu werden, damit er wieder unabhängig agieren kann und damit er die Fähigkeit erlangt, sich gesund zu halten.

Die Fähigkeit sich zu entwickeln, wird stark geprägt durch den sozialen Kontext (Erziehung, Religion, Familie, Freunde, ...) und durch den kulturellen Kontext (kulturelles Umfeld).

Peplau geht davon aus, dass jeder Mensch Bedürfnisse hat, die zum Teil angeboren, zum Teil durch die Sozialisation erworben sind. Die Befriedigung von Bedürfnissen ist ihrer Ansicht nach eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung (Maslow). Können Bedürfnisse nicht befriedigt werden, so erzeugen sie Spannungen und kommen in dem Verhalten des Menschen zum Ausdruck.

Ebenso ist die Fähigkeit mit einer Krankheit zurechtzukommen bei den einzelnen Menschen sehr unterschiedlich. Pflegepersonen sollten in der Lage sein, die unterschiedlichen Ansprüche der Patienten wahrzunehmen. Ebenso ihre unterschiedlichen Abhängigkeiten vom Pflegepersonal und ihre unterschiedlichen Reaktionen auf die Krankheit.

7.6.1.5 Rollen der Pflegenden

Peplau sieht in der Pflege ein edukatives Instrument, das den Betreuten in der Entwicklung seiner Persönlichkeit, seiner Reife fördert. Pflege hat für Peplau einen therapeutischen und einen erzieherischen Aspekt. In der Beziehung zwischen Patient und Pflegenden entwickeln sich beide Partner weiter.

Pflegekräfte nehmen in der Pflege unterschiedliche Rollen ein. Die Qualität ihrer Arbeit hängt davon ab, ob sie sich dieser Rollen bewusst sind, ob sie die Konsequenzen dieser Rollen für den Patienten kennen und ob sie die Rollenwechsel steuern können.

7.6.1.6 Phasen interpersonaler Beziehung

(Phasen der Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient)

Drei Grundvoraussetzungen sind für die Entwicklung einer Beziehung und damit für den Pflegeprozess unerlässlich:

1. dynamische Fähigkeiten (Nähe, Distanz)
2. pflegerisches Wissen und pflegerische Kompetenz
3. Selbstvertrauen (um auch schwierige Probleme mit dem Patienten zu bearbeiten)

Peplau sagt, dass sich die Beziehung in vier aufeinander folgenden Phasen beschreiben lässt:

1. Orientierungsphase
2. Identifikationsphase
3. Nutzungsphase
4. Ablösungsphase

In der Praxis überlappen sich diese Phasen. Es können sich aber auch durch Veränderung der Bedürfnisse frühere Phasen wiederholen. Wenn Pflegekräfte aufmerksam sind und wissen, in welcher Phase ihre Beziehung zum Patienten ist, können sie effektiver arbeiten.

Die Orientierungsphase

Kommt ein Patient in das Krankenhaus, so muss man ihm erst einmal helfen, sich zurecht zu finden. Die Pflegekraft muss sich auf die Bedürfnisse des Patienten einstellen.

In einer solchen Situation ist der Patient fast immer ängstlich und einige der Informationen die er erhält, werden wieder vergessen. Dies erfordert:

- Informationen, Namen, notwendige Maßnahmen müssen zum Teil wiederholt werden.
- Der Patient muss immer wieder an seinen Status als Kranker erinnert werden.
- Der Zweck von Maßnahmen muss in einer dem Patienten verständlichen Sprache erklärt werden.
- Man muss verdeutlichen, was der Patient selbst für sein Gesunden tun kann.

In dieser Phase ist der Patient ängstlich und unsicher. Er muss befähigt werden Fragen zu stellen, um sich so ein besseres Bild über seinen Zustand zu machen und Zusammenhänge und notwendige Maßnahmen zu verstehen.

In der Phase der Orientierung treffen fremde Menschen aufeinander, die sich kennenlernen müssen. In dieser Phase wird der Grundstein für die spätere Beziehung gelegt. Pflegeperson und Patient versuchen in dieser Phase gemeinsam, das Problem des Patienten zu identifizieren und einzuschätzen.

Der Patient lernt für sich zu erkennen, welche Hilfeleistungen er braucht, aber auch, welche Hilfeleistungen er erwarten kann.
Diese Phase ist abgeschlossen, wenn Patient und Pflegender das Problem übereinstimmend bewerten und sich über die zukünftige Arbeit verständigt haben.

Die Identifikationsphase

Hat sich der Patient eingelebt, oft aber auch schon während der Orientierung, kann er beginnen, zu den Pflegenden Vertrauen zu fassen und die notwendigen Maßnahmen verstehen und unterstützen. Dies ist die Phase der Identifikation und als Folge dieser Phase steigt die Fähigkeit des Patienten seine Probleme selbst zu lösen.

Identifikation bedeutet, dass der Patient sich mit der Rolle der Pflegenden identifiziert und damit die Hilfeleistung akzeptieren und seine Ängste und Unsicherheiten abbauen kann.

Die Beziehung zwischen Patient und Pflegenden kann sich ganz unterschiedlich entwickeln:

- Der Patient lässt sich stärker in die Pflege einbeziehen und verbessert die Beziehung zum Pflegenden.
- Der Patient weigert sich mitzuarbeiten. Die bisherige Beziehung muss reflektiert werden und Ängste müssen abgebaut werden.
- Der Patient wird passiv und überlässt alles dem Pflegenden.

Die unterschiedliche Reaktion der Patienten kann durch frühere Erfahrungen, durch die Qualität der Beziehung zur Pflegeperson, durch den gegenwärtigen Zustand oder anderes begründet werden. Diese Änderungen im Verhalten müssen von den Pflegenden wahrgenommen werden. Sie sind die Grundlage für das Verstehen des Patienten.

Die Nutzungsphase

Der Patient lernt seine Situation besser einzuschätzen und erkennt seine Bedürfnisse. Er kann die angebotenen Leistungen voll ausnutzen. Charakteristisch für diese Phase ist:

- Der Patient will Informationen zu seiner Situation (Krankheit).
- Er überprüft die Umgebung, ob sie der Gesundheit dient.
- Er diskutiert mit anderen und überprüft die Informationen.

Die Beziehung zur Pflegekraft verändert sich. Die Abhängigkeit lässt nach und es entwickelt sich eine gleichberechtigte Beziehung mit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Zu Störungen kommt es vor allem dann, wenn in der Gesundheit keine Fortschritte gemacht werden oder wenn sich die Beziehung nicht weiterentwickeln kann.

Die Ablösungsphase

Die Identifikation mit der Pflegeperson wird schrittweise aufgehoben und der Patient gewinnt zunehmend die Fähigkeit für sich selbst zu sorgen. Diese Phase kann nur erreicht werden, wenn alle anderen Phasen erfolgreich abgeschlossen sind.

Die Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal ist von vornherein zeitlich begrenzt. Dies kann durch die Gesundheit, aber auch durch die Übergabe an einen anderen Pflegenden bedingt sein. Der Abschluss der pflegerischen Arbeit muss geplant werden, damit der Übergang nicht unvermittelt erfolgt. Die Pflegekraft muss ihre Arbeit auf jeden Fall so gestalten, dass sie den Wunsch, gesund zu werden, nicht behindert.

7.6.1.7 Die Bedeutung der Kommunikation

Für die Gestaltung der Beziehung ist eine gute Kommunikationsfähigkeit eine Voraussetzung. Vor allem die Fähigkeiten zuzuhören und zu fragen müssen antrainiert werden. Neben der verbalen Kommunikationsfähigkeit spielt aber auch die non-verbale eine wichtige Rolle.

7.6.1.8 Rollen in der Pflege

Wo Menschen miteinander in Beziehung treten, tun sie dies in unterschiedlichen Rollen. Diese Rollen stehen miteinander in Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig. Eine gute Pflegekraft sollte sich über die Rollen, die sie und der Patient einnehmen kann im Klaren sein und diese Rollen beeinflussen und die Entwicklung der Rollen steuern können.

Beeinflusst werden die Rollen auch durch die Auswirkungen des sozialen Systems und durch die Umgebung.

Peplau hält die Beziehung zwischen Patient und Pflegenden für etwas besonderes. Sie wird geprägt durch die enge Kooperation und durch den guten Einblick in die Situation des Patienten. Deshalb müssen Pflegende auch wissen, welche Rolle Patienten von ihnen erwarten und wie sie damit umgehen.

Peplau identifiziert in ihrer Theorie sechs verschiedene Rollen, sagt aber auch, dass eine Vielzahl anderer Rollen möglich sind.

Die Pflegende als Fremde

Zu Beginn der professionellen Beziehung treffen zwei Menschen aufeinander, die sich noch nicht kennen. Wenn die Beziehung zwischen ihnen wachsen soll, so ist ein individueller Pflegeansatz unbedingt notwendig. Es ist nicht angebracht, einen fremden Menschen in eine Schublade zu stecken und ihn zu etikettieren. Daher soll eine Pflegekraft jedem Patienten den gleichen Respekt entgegenbringen, wie jedem anderen Menschen auch. Jeder Patient wird eine andere Vorstellung davon haben, wie er behandelt werden möchte.

Wenn man einen fremden Menschen kategorisiert, so wird man im Folgenden auch auf eine bestimmte Art und Weise mit ihm umgehen und auf eine bestimmte Art und Weise über ihn denken. Es kann sich keine erfolgreiche Beziehung entwickeln.

Dies gilt für den Patienten (hier kommt die Psychiatrie wieder durch), der emotional und intellektuell versteht, was mit ihm geschieht.

Die Pflegende als Informationsquelle

Die Pflegenden eignen sich Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen an, die ihnen ermöglichen, den Patienten als Informationsquelle zur Verfügung zu stehen. Diese Informationen können sehr verschieden sein. Informationen über das Krankenhaus, die Station, Hilfesysteme unterschiedlicher Einrichtungen.

Die Pflegende als Lehrende

Wenn sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt, kann die Pflegende langsam die Rolle als Lehrende übernehmen. Der Patient soll auf einen Kenntnisstand hinarbeiten, mit dem er in der Lage ist, mit seiner Erkrankung fertig zu werden.

Die Pflegende als Führungspersönlichkeit

Die Führungsrolle, die die Pflegende übernehmen soll, wird sicher geprägt durch den Führungsstil der Einrichtung, in der sie arbeitet. Man kann bei

Patienten ausprobieren, wie sie auf unterschiedliche Führungsstile reagieren und welcher am geeignetsten ist.

Für Peplau ist der demokratische Führungsstil anzustreben, da er den Patienten ermuntert, aktiv an der Gestaltung der Pflege teilzunehmen.

Die Pflegende als Beraterin

Ist der Patient in die Phase gekommen, in der er sich von der Rolle als Kranker frei macht, so muss die Pflegende nicht so sehr lehren, sondern vielmehr beraten. Es geht darum, dem Patienten zu eigenen Einsichten zu verhelfen. Dies ist eine sehr anspruchsvolle Rolle, die eine gute Ausbildung und viel praktische Erfahrung erfordert.

Die Pflegende als Stellvertreterin

Der Pflegenden kann von dem Patienten auch eine Rolle als Stellvertreterin zugewiesen werden. Er sieht dann in ihr den Ersatz für jemand anderen und kann in dieser Rollenverteilung zum Beispiel seine Gefühle besser zulassen (Hilflosigkeit, Machtlosigkeit).

In der Erinnerung an jemand anderen, ausgelöst durch äußere Merkmale, kann eine intensivere Beziehung aufgebaut werden. Die Rolle ist dann beendet, wenn der Patient sich vom Kind zum Erwachsenen entwickelt hat, das heißt bezüglich seiner Gesundheit vernünftige Entscheidungen treffen kann.

7.6.2 Didaktischer Kommentar

Die Auseinandersetzung und das Verständnis der Pflgetheorie von Hildegard Peplau ist sicherlich nicht ganz einfach. Wesentliche Anteile ihrer Theorie werden durch Elemente gebildet, die ihrerseits wieder komplexe Theorien darstellen. Als Beispiele möchten wir hier die Kommunikationstheorie und die Beziehungsgestaltung in Form verschiedener sozialer Rollen, die die Pflegeperson und der Patient einnimmt aufführen. Hinter vielen Begriffen, die Frau Peplau nutzt, stecken komplexe Theorien aus dem Bereich der Pädagogik und der Soziologie. Man muss als Unterrichtender immer wieder abwägen, wieweit man diese Dinge vereinfachen kann und wo man die Grundlagen durch die Vereinfachung verfälscht.

Die Beschäftigung mit der Theorie von Hildegard Peplau lohnt sich unserer Meinung nach trotzdem. Für uns spielten zwei Gründe eine wichtige Rolle.

Die Pflege nach Peplau eröffnet für die Schüler eine andere Sicht der Pflege. Sie sieht die Pflege als Beziehungsgestaltung, aus der beide, Patient und Pflegekraft etwas lernen können. Die aktive Gestaltung dieser Beziehung ist für sie eine der wichtigsten Aufgaben der Pflege.

Der zweite Aspekt liegt in unserer Einrichtung – als Schule für eine psychiatrische Klinik, die Hildegard Peplau explizit als Grundlage für ihr Leitbild aufführt. Für unsere Schüler ist vom ersten Tag ihrer praktischen Ausbildung an die Beziehungsgestaltung eines der wichtigsten Elemente ihrer Tätigkeit. Für Auszubildende somatischer Krankenhäuser kann diese Theorie insofern wichtig sein, als sie Aspekte der pflegerischen Arbeit aufgreift, die im Alltag oft in den Hintergrund gedrängt werden.

In der Nacharbeitung dieser Einheit ist uns aufgefallen, dass wir den Aspekt der Angst, die Angstbewältigung und den Umgang mit Angstpatienten vernachlässigt haben. Dieser Aspekt sollte noch in die Einheit eingefügt werden, weil hier die Kompetenz der Pflegekraft in Beobachtung, Wahrnehmung und Kommunikation ganz besonders gefordert ist.

7.6.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
Phase 1	<p>⇒ 3 – phasige Gruppenarbeit zu Hildegard Peplau</p> <p>Die in den vorangegangenen Abschnitten erarbeiteten Fragen werden jetzt auf die Theorien angewendet. Dazu das Schaubild und die Fragen noch einmal zeigen.</p> <p>Jeder Teilnehmer bekommt einen vorgefertigten Arbeitsauftrag (siehe Anhang) mit folgenden Fragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wann wird Pflege notwendig? 2. Wie sieht Hildegard Peplau den Patienten? Wie sieht sie die Pflegeperson? 3. Was ist Ziel der Pflege? Wie erreicht Pflege ihr Ziel? 4. Was nimmt Einfluss auf den Patienten? Was nimmt Einfluss auf die Pflegeperson? Was nimmt Einfluss auf die Pflegesituation? 	<p>LV Folie</p> <p>EA</p>
Phase 2	<p>Gruppenbildung 1 – 2 – 3 – 4 Zuschneiden der Arbeitsaufträge. Gruppe 1 bearbeitet Frage 1 Gruppe 2 bearbeitet Frage 2 usw. Die Gruppen sollen die Antworten darstellen und auf maximal einer Seite zum Kopieren zusammenfassen.</p> <p>Vorstellen der einzelnen</p>	<p>GA (4 Gruppen)</p>

Phase 3	Gruppenergebnisse im Plenum. Kopien liegen nach vorheriger Durchsicht allen vor, um Notizen zu machen.	SV Plenum
------------	--	--------------

7.6.3 Medien, Unterlagen für den Baustein

Material für die Gruppenarbeit kann aus folgenden Quellen kopiert werden:

1. Pflegemodelle in der Praxis, 3. Folge: Dorothea Orem, Hilde Steppe. Die Schwester/Der Pfleger. 29.Jahrg. 9/90, S.768-773.
2. Sander, K., Schneider, K. (2201). Pflegemodelle, Pflege-theorien, Pflegekonzepte. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Heft 7. Prodos Verlag. S.8 ff.
4. Arets, J. u.a. (1999). Professionelle Pflege, 3. Aufl., Bern: Franz Huber. S.126ff.

Arbeitsauftrag

Thema: Eine Pflege-theorie stellt sich vor – Hildegard Peplau

1. Bearbeiten Sie zunächst folgende Fragen in Einzelarbeit.
2. Anschließend werden vier Gruppen gebildet, die die vier Fragen nochmals zusammenfassen, dokumentieren und im Anschluss im Plenum vorstellen.

<p><u>Frage 1:</u> Wann wird Pflege notwendig?</p>	<p>(Stichwort: Gesundheit, Krankheit)</p>
<p><u>Frage 2:</u> Wie sieht Hildegard Peplau a. den Patienten b. die Pflegeperson</p>	<p>(Stichwort: Menschenbild)</p>
<p><u>Frage 3:</u> Was ist Ziel der Pflege? Wie erreicht Pflege ihr Ziel?</p>	<p>(Stichwort: Pflegehandlungen)</p>
<p><u>Frage 4:</u> Was nimmt Einfluss auf a. den Patienten, b. die Pflegeperson und c. die Pflegesituation?</p>	<p>(Stichwort: Umfeld/Umwelt)</p>

7.7 Anwendung der Theorien auf ein Fallbeispiel

7.7.1 Ideen zum Inhalt

Die SchülerInnen haben bisher zwei Theorien kennen gelernt, mit denen sie sich bisher rein theoretisch auseinander gesetzt haben. In diesem Unterrichtsabschnitt sollen die SchülerInnen versuchen, die Theorien auf eine Praxissituation zu übertragen. Dazu haben wir ein Fallbeispiel konstruiert. Die SchülerInnen sollen versuchen zu beschreiben, wie die Pflege in diesem Beispiel nach einer bestimmten Theorie aussieht. Durch diese erneute Beschäftigung mit den Theorien auf einem eher praktischen Niveau wollen wir ein vertieftes Verständnis erreichen.

Die SchülerInnen bekommen also ein Fallbeispiel und sollen versuchen, auf der Grundlage einer Pflegetheorie Pflegeschwerpunkte zu erarbeiten und zu formulieren.

7.7.2 Didaktischer Kommentar

Sie finden unter 7.7.4 das Fallbeispiel, mit dem wir gearbeitet haben. Dieses Fallbeispiel ist aus folgender Überlegung entstanden :

Die SchülerInnen waren zum Zeitpunkt der Reihe in ihrem zweiten Theorieblock. Ihre Erfahrungen in der Krankenpflege waren sehr unterschiedlich. Da wir unter anderem für unsere Nachbarklinik, das Westfälische Zentrum für forensische Psychiatrie ausbilden, haben wir immer einen Teil an SchülerInnen, deren erste Ausbildungsphase einen ganz anderen Schwerpunkt hat. Durch die besonderen Rahmenbedingungen in dieser Einrichtung müssen sich die SchülerInnen am Anfang vor allem mit dem Aspekt der Sicherheit, mit der Beziehungsaufnahme, mit Gesprächsführung und Krisenintervention auseinandersetzen. Die originären Pflegetätigkeiten, die uns normalerweise sofort einfallen, wenn wir Pflege beschreiben sollen, treten hier zunächst völlig in den Hintergrund. Es gestaltete sich daher schwierig, eine Situation zu schildern, mit der alle SchülerInnen gleichermaßen umgehen konnten.

Im gleichen Block war vorher die Einheit I.4: „Sehen und hören“ unterrichtet worden. Am Anfang dieser Einheit haben sich die SchülerInnen gegenseitig geführt. Eine Hälfte der SchülerInnen hat sich die Augen verbunden und wurde von einem anderen SchülerInnen betreut. Beide mussten gemeinsam verschiedenen Aufgaben erfüllen. Es ging dabei um Aspekte des Führens von Blinden und Sehbehinderten, aber auch um Körperpflege (wie Zähneputzen) und um Essen (z.B. einen Joghurt).

Diese Erfahrung, was es bedeuten kann blind zu sein oder einen Blinden zu betreuen, haben alle Teilnehmer im Kurs gemeinsam gemacht. Daher war es für uns naheliegend ein Fallbeispiel zu konstruieren, das an diese Erfahrung anknüpft.

Die SchülerInnen bekommen die Aufgabe für diese Situation Pflegeschwerpunkte zu formulieren. Dabei kann es sich nicht um Schwerpunkte im Sinne einer Pflegeplanung handeln. Dazu fehlt den SchülerInnen das Vorwissen. Sie sind aber dennoch in der Lage, zu beschreiben, worin nach den Theorien die Schwerpunkte für den Umgang mit dem Patienten und die Betreuung des Patienten liegt.

7.7.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
	<p>⇒ Die SchülerInnen sollen auf der Grundlage einer Theorie Pflegeschwerpunkte formulieren.</p> <p>Austeilen des Fallbeispiels „Annette“.</p> <p>Aufgabenstellung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beschreiben Sie die Pflege der Patientin nach der Theorie von ... (Schwerpunkte, Besonderheiten, Umgang) 2. Fertigen Sie eine geeignete Präsentation an. 	LV
	Einteilung in vier Gruppen. Jeweils zwei Gruppen beschäftigen sich mit einer Theorie.	GA
	Vorstellen der GA im Plenum.	SV Folie, Plakat, ...
	Gegenüberstellung in einer Diskussion. Erläutern von Vor- und Nachteilen. Welche Theorie ist hier geeignet?	Diskussion

7.7.4 Medien, Unterlagen für den Baustein

Sie finden auf der nächsten Seite das Fallbeispiel, mit dem wir gearbeitet haben.

Fallbeispiel

Zur Person

Annette Augle, 20 Jahre alt, von Geburt an blind
175 m groß, 67 kg schwer
möchte gerne mit „Annette“ angesprochen werden

Somatische Situation

Annette ist von Geburt an blind,
sie leidet seit ca. einem viertel Jahr an einer Hypertonie, die ihr Hausarzt
nicht in den Griff bekommt, deswegen erfolgt die Einweisung auf die
Internistische Abteilung des St. Barbara Krankenhauses

Soziale Situation

Annette lebt mit ihrer Mutter, ihrer jüngeren Schwester und ihrem
Blindenhund in einer Vier-Zimmer-Wohnung in der Stadt.

Werktags besucht sie die Blindenschule. Sie genießt diese Zeit, denn hier hat
sie viele Freunde mit denen sie sich austauschen kann.

Zweimal in der Woche trifft sie sich nachmittags mit ihren Freundinnen in der
Stadt. Ihr Hund Ixi ist ihr ständiger Begleiter.

Annette ist ein lebenslustiger Mensch, eher extrovertiert und erzählt auch
gerne mal einen „Blinden-Witz“.

Jetzige Situation

Annette ist vor zwei Stunden aufgenommen worden. Ihre Mutter hat sie auf
sämtlichen Wegen im Krankenhaus begleitet.

Beide sind nun im Zimmer und packen Annettes Sachen aus. Im Bett
nebenan liegt eine ältere Dame, die leise vor sich hin stöhnt, Annette fühlt
sich nicht sehr wohl.

Die Umgebung ist ihr völlig fremd: „Es riecht hier so nach Desinfektionsmittel,
fast wie beim Zahnarzt! Sämtliche Schritte auf dem Flur hallen wider, dazu
das Stöhnen der Dame neben an und das Piepsen der Geräte. Ich bin froh,
dass meine Mutter da ist!“.

Zwei Stunden später ist Annette auf sich gestellt, ihre Mutter musste nach
Hause um sich um den Hund und ihre jüngere Schwester zu kümmern.
Annette möchte gerne duschen. Das Badezimmer ist in diesem Flügel des
Krankenhauses noch am Ende des Stationsflures. Sie packt sich alle
Sachen, die sie zum Duschen braucht unter den Arm und geht in Richtung

Badezimmer, da passiert das erste „Unglück“, eine Kollegin von ihnen hat einen Infusionsständer in den Flur gestellt

Etwas verärgert und mit leichten Blessuren begleiten Sie Annette ins Badezimmer und helfen ihr sich zu Recht zu finden.

Annette ist von nun an sehr vorsichtig und leicht ängstlich.

Arbeitsauftrag:

Wie gestaltet sich die „alltägliche Pflege von Annette“ nach ihrer Theoretikerin?

7.8 Vertiefung der Theorien am Pflegeleitbild

7.8.1 Ideen zum Inhalt

In diesem letzten Teil soll die Lerneinheit noch mal einen sehr praktischen Bezug bekommen. Jede Klinik hat ein Leitbild und dieses sollen die SchülerInnen nun kennen lernen. Durch die zunehmenden Kooperationen und Fusionen kommt es nicht selten vor, dass die SchülerInnen mit verschiedenen Leitbildern konfrontiert werden. Dies ist eher positiv zu werten, da ein Vergleich u.E. zur Verdeutlichung beitragen kann.

Zunächst soll in einem Unterrichtsgespräch die Definition und Notwendigkeit von Leitbildern geklärt werden. Was ist ein Leitbild, von wem wird es entwickelt, wozu dient es und welche Konsequenzen kann ein Leitbild für Klinik und MitarbeiterInnen haben. Hier erheben wir nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern wollen eine erste Auseinandersetzung in das Unterrichtsgeschehen hinein bringen. Die SchülerInnen bekommen im Anschluss daran die Leitbilder in Kopie ausgehändigt und sollen diese in Einzelarbeit lesen.

In einem zweiten Schritt analysieren die SchülerInnen die Leitbilder in Partnerarbeit auf die zentralen Fragestellungen hin.

- Verständnis von Pflege
- Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- vorherrschendes Menschenbild
- Umfeld und Umwelt
- Schlüsselbegriffe

Arbeitsauftrag ist, über die Tragweite und Aussagekraft dieser Leitbilder zu diskutieren. Wir wollen damit ein besseres Verständnis und eine Identifikation mit dem Leitbild erreichen. Das Leitbild soll für die Schüler eine Aussagekraft bekommen, etwas das sie in ihrem Berufsalltag leben können.

7.8.2 Didaktischer Kommentar

Durch den Vergleich der beiden Pflegeleitbilder sollen die Schüler in eine Diskussion über die Leitbilder kommen. In der Praxis existiert ein Leitbild oft nur im Ordner oder in einem Bilderrahmen. Wir werden die SchülerInnen motivieren, in ihrem nächsten Einsatz darauf zu achten, ob ihnen das Leitbild begegnet, in welcher Form auch immer. Sie werden angehalten sich

Gedanken zu machen, was es für Konsequenzen haben kann, wenn MitarbeiterInnen nicht nach einem vorgegebenen Leitbild arbeiten (können). Methodisch-didaktisch geht es in dieser Stunde darum, dass die SchülerInnen immer wieder üben, Texte zu lesen, zu erfassen, zusammen zu fassen und im Anschluss daran über die Inhalte zu diskutieren.

7.8.3 Verlaufsplan

Zeit	Inhalt	Methode/Medien
	<p>⇒ Die SchülerInnen sollen die Pflegeleitbilder kennen lernen und sich in einem ersten Schritt damit auseinandersetzen.</p> <p>Definition und Notwendigkeit: Was ist ein Leitbild, von wem wird es entwickelt, wozu dient es und welche Konsequenzen kann ein Leitbild für Klinik und MitarbeiterInnen haben.</p> <p>Austeilen der „Pflegeleitbilder“. SchülerInnen lesen die Leitbilder auf die zentralen Fragestellungen hin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verständnis von Pflege ▪ Verständnis von Gesundheit und Krankheit ▪ vorherrschendes Menschenbild ▪ Umfeld und Umwelt ▪ Schlüsselbegriffe <p>Erster Austausch in PA über die Ergebnisse.</p> <p>Kurzes LSG über erste Ideen.</p> <p>Einteilung in vier Gruppen. Jeweils zwei Gruppen beschäftigen sich mit einem Pflegeleitbild.</p>	<p>LSG</p> <p>EA</p> <p>Partnerarbeit (PA)</p> <p>LSG</p> <p>GA</p>

	<p>Vorstellen der GA im Plenum.</p> <p>Gegenüberstellung in einer Diskussion. Erläutern der Tragweite der Pflegeleitbilder. Welche Konsequenzen haben die Leitbilder in meinem Alltag?</p>	<p>SV Folie, Plakat, ...</p> <p>Diskussion</p>
--	--	---

7.8.4 Medien, Unterlagen für den Baustein

Es sollten hier die Leitbilder der jeweiligen Klinik genutzt werden.

8. Abschlussbetrachtung und Erfahrung im Umgang mit dem Handbuch

An dieser Stelle möchten wir noch einmal deutlich hervorheben, dass dieses Handbuch nicht das Patentrezept für das Unterrichten dieser Einheit sein will. Bei der Erarbeitung und der Erprobung dieses Handbuches ist uns wieder deutlich bewusst geworden, wie stark der Unterricht von der einzelnen Lerngruppe abhängt. Die unterschiedlichen Unterrichtsphasen unterschieden sich in ihrer Dauer und in ihrem Ergebnis zum Teil erheblich voneinander. Daher haben wir in den Verlaufplänen bewusst auf Zeiten für die einzelnen Unterrichtsphasen verzichtet.

Ebenso erscheint es uns nur sehr schwer möglich, einfach mit dem Handbuch in der Hand in den Unterricht zu gehen und die Einheit mal eben zu unterrichten, weil die Planungs- und Vorbereitungsarbeit ja schon gemacht worden ist. Wer sich diese Arbeiterleichterung von dem Handbuch verspricht, den müssen wir wahrscheinlich enttäuschen.

Das Handbuch ist gedacht als Leitfaden, Ideensammlung und Quellenhinweis. Uns ist bewusst, dass es sicher viele andere Möglichkeiten gibt, an das Thema heranzugehen und die Einheit zu unterrichten. Wir können nur jeden ermutigen, neben dem Handbuch auch die eigenen Vorstellungen und Interessen mit in das Thema einzubringen. Dies ist unserer Überzeugung nach die Grundvoraussetzung für einen authentischen Unterricht.

Wie bereits in der Einleitung kurz dargestellt, haben wir schon nach relativ kurzer Zeit die ersten Planungen über Bord geworfen. Unser erster Gedanke war, die SchülerInnen in Gruppen vier verschiedene Theorien erarbeiten zu lassen und diese dann im Plenum vorzustellen. Bei der anschließenden Reflektion der Einheit stellte sich aber heraus, dass die SchülerInnen sich zwar einen Einblick in ihre eigene Theorie bekommen hatten, aber die drei übrigen Theorien für sie völlig fremd geblieben waren. Daher entschlossen wir uns, lieber weniger Theorien zu vermitteln, diese aber ausführlicher und von allen Schülern gemeinsam.

Unserer Meinung nach sollten auf jeden Fall die Theorien in den Vordergrund gestellt werden, auf die sich das Leitbild der Einrichtung stützt.

Wir können uns gut vorstellen, dass man bei einer geeigneten Lerngruppe die oben angesprochene Version wieder aufgreift und gruppenteilig arbeitet. Als zusätzliche Theorie bietet sich die Theorie von Frau Henderson an. Vielleicht muss die eine oder andere Schule von vornherein eine andere Theorie nehmen. Dies würde sich aus dem Leitbild der Klinik ergeben.

Weniger gut geeignet erschien uns die Theorie von M. Leininger. Geht man von einem ganzheitlichen Ansatz in der Pflege aus, so ist die Forderung, kulturelle Unterschiede zu beachten, für die Schüler nichts umwerfend Neues. Ebenso erscheint mir die Bedeutung der Theorie und die Darstellung in dem „Sunrise-Modell“ von ihrer Bedeutung eher soziologisch als pflegerisch begründet zu sein.

Wir hoffen mit dieser Arbeit einigen Kollegen eine Hilfe an die Hand gegeben zu haben. Über kritische Anmerkungen und Anregungen zu der Einheit würden wir uns freuen und wir möchten die Nutzer dieses Handbuches dazu auffordern, uns ihre Erfahrungen und auch Anregungen mitzuteilen.

Kontaktaufnahme ist möglich über das Netzwerk Pflegeschulen:
netz-pflegeschulen@fh-bielefeld.de

9. Literaturverzeichnis

Altenthan, S. u.a. (1991). Psychologie. München: Stam.

Arets, J. (Hrsg.). (1999). Professionelle Pflege. Bern: Hans Huber.

Bengel, Strittmatter, Willmann. (2001). Im Auftrag der BzGA. Was erhält den Menschen gesund?. Köln: BzGA. www.bzga.de Abruf: 15.06.04.

Bischoff, C. (1992). Ganzheitlichkeit - einige Anmerkungen zu einem schillernden Begriff. Pflege-Pädagogik. 2/1992.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. (Hrsg.). (2003). Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW.

Flammer, A. (2004). Entwicklungstheorien. 3. korrigierte Aufl., Bern: Hans Huber.

Franke, A. (1981). Psychosomatische Störungen: Theorie und Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer.

Frieling-Sonnenberg, W. (1995). Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Krankheit. Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift. 8. Jg., Heft 2. Göttingen: Hans Huber.

Hinghofer-Szalkay, I. (1995). Das Gesundheitsverständnis im Spiegel der Zeit. Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift. 8. Jg., Heft 3. Göttingen: Hans Huber.

Juchli, L. (1991). Krankenpflege. 6. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Juchli, L. (1997). Krankenpflege. 8. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Kellnhauser, E. (Hrsg.). (2000). Thiemes Pflege. 9. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Kellnhauser, E. u.a. (2004). Thiemes Pflege. 10. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.

Klippert, H. (1999). Teamentwicklung im Klassenraum. Weinheim: Betz.

Lamers, A., Knigge-Demal, B., Nauerth, A. (2002). Die Leitziele eines transnationalen Curiculums. www.pflegemodule.de. Letzte Änderung: April 2003. Abruf: 15.02.04.

Lamers, A., Knigge-Demal, B., Nauerth, A. (2002). Die Qualifikationen eines transnationalen Curiculums. www.pflegemodule.de. Letzte Änderung: April 2003. Abruf: 15.02.04.

Lauber, A. (2001). Grundlagen beruflicher Pflege. Bd.1. Stuttgart: Georg Thieme.

Marriner-Tomey, A. (1992). Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Basel: Recom.

Pflegemodelle in der Praxis. 3. Folge: Dorothea Orem, Hilde Steppe. Die Schwester/Der Pfleger. 29.Jahrg. 9/90, S.768-773.

Pflegemodelle in der Praxis. 8. Folge: Dorothea Orem, Hilde Steppe. Die Schwester/Der Pfleger. 30.Jahrg. 8/91, S.701-707.

Schäffler, A. u.a. (2001). Pflege Heute. 2. Aufl., München, Jena: Urban und Fischer.

Spiring, R., Bischoff Wilhelm, A. (1995). Bibliographien zur Pflegetheorie von Dorothea Orem. Pflege - Die wissenschaftliche Zeitschrift. 8. Jg., Heft 3. Göttingen: Hans Huber.

Zimbardo, P.G. (1995). Psychologie. 6. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer.