

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS

IMPULSE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG

01.2023

PFLEGE

Ernährung zur Förderung der Wundheilung

Dass die Ernährung wichtig ist für ein möglichst gesundes Leben und in manchen Fällen das Entstehen von Krankheiten begünstigen kann, ist schon länger bekannt. Aber kann Ernährung die Wundheilung verbessern oder sogar Wunden vorbeugen?



Foto: AdobeStock/19124

Ausgewogene Ernährung zur Förderung der Wundheilung - was ist das?

Bei einer chronischen Wunde ist die Wundheilung gestört und dadurch verzögert. Die Störungen der Wundheilung können durch lokale oder durch

systemische Störfaktoren ausgelöst werden. Unter lokalen Störungen der Wundheilung versteht man diejenigen, die von der Wunde ausgehen und die

Wunde beeinflussen: Infektion der Wunde, Fremdkörper in der Wunde, Taschenbildung und andere. Diese können durch eine adäquate lokale



- Wundbehandlung verbessert werden oder bestenfalls aufgehoben werden.

Die zweite größere Gruppe der Wundheilungsstörungen sind die systemischen Störfaktoren der Wundheilung. Dazu zählen Medikamente, Rauchen, Erkrankungen und auch die Ernährung. Die Ernährung kann eine Störung der Wundheilung sein – muss aber nicht. Aus klinischen Erhebungen ist bekannt, dass mangelernährte Menschen häufiger einen Dekubitus erleiden, also Mangelernährung ein Risikofaktor für Dekubitus ist.

Erhebung des Ernährungsstatus

Grundsätzlich gibt es keine spezielle Ernährung oder Ernährungsbestandteile, die die Wundheilung immer verbessern. Zahlreiche Studien zeigen nur bei wenigen Nährstoffen einen geringen Effekt auf die Wundheilung. Ältere Studien aus den 70er Jahren zeigen einen geringen positiven Effekt auf die Wundheilung bei hochdosierter Vitamin C-Gabe. Obwohl in klinischen Erfahrungen mitunter ein positiver Effekt durch die Gabe von Zink festgestellt wurde, kann dieser Effekt in Studien auch nur eingeschränkt gesehen werden. Hochdosierte Gaben von Vitamin D und Folsäure haben nach Studienlage einen geringen positiven Effekt auf die Wundheilung. Zahlreiche Studien über die Gabe von Eiweiß haben keine eindeutigen, sondern zum Teil widersprüchliche Ergebnisse. Bei einem Dekubitus kann neben hohen Flüssigkeitsmengen durch die Exsudation vor allem auch Eiweiß verloren gehen, bis zu 90 Gramm am Tag. Grundsätzlich sollte deshalb die verlorene Menge an Flüssigkeit und Eiweiß als Ersatz zusätzlich zugeführt werden.

Um festzustellen, ob ein Mangel an Nährstoffen vorliegt, sollte immer eine Analyse der Ernährungssituation durchgeführt werden. Man unterscheidet einen quantitativen vom qualitativen Nährstoffmangel. Bei einem quantitativen Mangel fehlen die Makronährstoffe wie Kohlenhydrate, Eiweiß und Fette, d.h. der Betroffene ist abgemagert. Dagegen kann der qualitative

Nährstoffmangel auch bei adipösen Menschen auftreten: Es fehlen Mikronährstoffe wie Vitamine, Elektrolyte oder Spurenelemente. Studien zeigen, dass bei Patient:innen mit *Ulcus Cruris venosum* oft Übergewicht und gleichzeitig eine qualitative Mangelernährung vorliegen. Geriatriische Studien zeigen, dass bei älteren Menschen vor allem ein Mangel an Spurenelementen wie Zink oder Eisen bestehen kann, neben Vitaminmangel. Bis zu 78 Prozent der Menschen, die dialysepflichtig sind, weisen einen Zinkmangel auf.

Man unterscheidet zwischen quantitativem und qualitativem Nährstoffmangel.

Die Analyse sollte zeitlich die letzten drei Monate umfassen, mit Fragen wie:

- Haben Sie in den letzten drei Monaten ab- oder zugenommen?
- Haben Sie weniger Appetit?
- Können Sie schlechter kauen oder schlucken als vorher?
- Was gibt's heute bei Ihnen zu essen?

Zusätzlich wird empfohlen, ein Assessment der Ernährungssituation vorzunehmen. Es gibt zahlreiche Assessment-Instrumente der Ernährung, die teilweise als Screening in kurzer Zeit oder als vollständiges Assessment mit mehreren Seiten differenziert die Situation untersuchen. Ein allgemein empfohlenes Assessment ist das MNA: Mini Nutritional Assessment.

Nährstoffe - wieviel?

Die Verteilung der Nährstoffe ist bis heute als Empfehlung zu verstehen, denn auch hier sind die Angaben sehr unterschiedlich. Bei der Flüssigkeit wurden früher ca. 2 Liter in 24 Stunden empfohlen. Doch diese Empfehlung war falsch, die aktuelle Empfehlung lautet 1,3 Liter in 24 Stunden. Zusätz-

lich müsste die Menge an Flüssigkeit zugeführt werden, die über die Wunden als Exsudat verloren geht. Beim Eiweiß wird bei einem Erwachsenen ca. 1 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht empfohlen. Dabei nimmt man nicht das tatsächliche Körpergewicht, sondern das Soll-Gewicht: Körperlänge in Zentimeter minus 100. Bei einer Person von 170 cm sind dies 70 kg, also 70 g Eiweiß pro Tag. Bei Wunden wird empfohlen, diese Menge um ca. 50 Prozent zu erhöhen, sofern keine Erkrankungen dagegen sprechen. Besonders bei Menschen mit Diabetes ist immer die Nierensituation abzuklären. Kohlenhydrate sollten bei einem gesunden Erwachsenen 5 bis 6 g pro Kilogramm Körpergewicht betragen, bei 70 kg wären es etwa 400 g Kohlenhydrate pro Tag. Fette sollten 0,7 bis 1 g pro Kilogramm Körpergewicht in 24 Stunden betragen, also 50 bis 70 g pro Tag.

Doch was genau sollte zugeführt werden? Bei Menschen mit Wunden wird auf nicht wissenschaftlich gesicherter Basis empfohlen, den Eiweiß-Anteil um ca. 50 Prozent zu erhöhen. Denn bei vielen Patient:innen mit chronischen Wunden besteht ein Eiweißmangel, v.a. bei Menschen, die dialysepflichtig sind und/oder einen Dekubitus als chronische Wunde haben. Bei Fetten ist es wichtig, v.a. ungesättigte Fettsäuren zu sich zu nehmen. Empfohlen werden Omega 6- und Omega 9-Fettsäuren, ebenfalls ohne klare Studienergebnisse. Diese können durch Kapseln als Nahrungsergänzungsmittel zugeführt werden. Als Wirkstoff-Ergänzung bei älteren Menschen mit chronischen Wunden meist üblich zu empfehlen ist die Vitamin C-Zufuhr, da es ein preiswertes wasserlösliches Vitamin ist und häufig aufgrund von Vorerkrankungen zu wenig im Körper vorhanden ist. ⚡



Foto: Privat

Gerhard Schröder

Lehrer für Pflegeberufe, PDL, Leiter der Akademie für Wundversorgung, info@akademie-fuer-wundversorgung.de

MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Placebo-Effekt

Scheinmedikamente und Scheinbehandlungen können Symptome lindern. Wie das funktioniert, verstehen Wissenschaftler:innen immer besser und können damit auch wirksame Therapien optimieren.



Foto: AdobeStock/Miragen

Forscher:innen vermuten, dass die Einnahme eines Placebos eine Endorphinausschüttung auslöst, die in drei Hirnregionen die Schmerzwahrnehmung hemmt.

Fast jeder von uns kennt den Placebo-Effekt aus seiner Kindheit: Mama pustet dreimal auf das aufgeschlagene Knie und schon tut es nicht mehr so weh. Aber wie entsteht dieser Effekt? Alles nur Einbildung? Oder gibt es wissenschaftliche Hintergründe und Erklärungen?

Was ist der Placebo-Effekt?

Medikamente ohne Wirkstoff oder Operationen, die gar nicht durchgeführt werden, können Krankheitssymptome lindern – und das bei einer ganzen Reihe von Leiden wie beispielsweise Depressionen, Schlafstörungen, Parkinson und Migräne. Scheinbehandlungen beeinflussen verschiedenste körperliche Prozesse wie etwa die Herzfrequenz und den Blutdruck, das Immunsystem oder Botenstoffe im Gehirn.

Der Placebo-Effekt beruht auf zwei psychischen Mechanismen: Erwartungshaltung und Lernerfahrungen.

Placebos werden in klinischen Studien eingesetzt, um neue Medikamente auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Die Teilnehmer:innen der Studie werden in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe bekommt das tatsächliche Medikament und die andere Gruppe ein Placebo verabreicht. In der Gruppe der Teilnehmer:innen, die das Placebo bekommen

haben, können die Ärzte und Wissenschaftler allerdings auch eine Verbesserung der Symptome beobachten. Ein Grund dafür ist, dass Krankheitssymptome sich nach einer gewissen Zeit häufig von allein bessern (auch ohne Behandlung). Ein anderer Grund ist auf den Placebo-Effekt zurückzuführen.

Zwei psychische Mechanismen

Der Placebo-Effekt beruht auf zwei psychischen Mechanismen:

- **Erwartungshaltung:** Bei Patient:innen, die eine bewusste positive Erwartungshaltung an das Medikament haben, wirkt der Placebo-Effekt deutlich besser und häufiger. Dies kann durch unterschiedliche Einflüsse entstehen. Zum Beispiel die Verschreibung durch vertrauenswürdige Ärzt:innen, die



4 Ambulante Pflegepraxis

- Erläuterung zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen, aber auch die positiven Erfahrungsberichte von Mitpatient:innen.
- **Erfahrungen/Lernerfahrungen mit Medikamenten:** Bei Patient:innen, die bereits positive Erfahrungen mit zum Beispiel Schmerzmedikamenten gemacht haben, führt diese Lernerfahrung im Gehirn dazu, dass auch Scheinmedikamente ohne Wirkstoff gut gegen Schmerzen wirken können. Ein Beispiel aus dem Alltag: Wer regelmäßig Aspirin gegen Kopfschmerzen nimmt, dem hilft wahrscheinlich auch eine einfache Brausetablette gegen die Schmerzen. Das Gehirn hat die schmerzlindernde Wirkung mit dem sprudelnden Getränk und seinem säuerlichen Geschmack verknüpft und allein die Handlung des Tablette-Einnehmens führt dazu, dass die Schmerzen nachlassen. Der Placebo-Effekt speist sich deshalb auch aus Vorerfahrungen mit echten Wirkstoffen.

Zusätzlich zu der Erwartungshaltung und den Lernerfahrungen haben noch weitere Faktoren Einfluss auf die Wirksamkeit von Placebo-Medikamenten: Dazu gehören Farbe, Form oder Größe der Scheinmedikamente. So wird bei Tabletten, Kapseln und Dragées in Rottönen eher eine stimulierende Wirkung erwartet, während mit Blautönen eher eine beruhigende Wirkung assoziiert wird. Zudem erzielten Placebos in einer Studie eine bessere Wirkung, wenn die Proband:innen annahmen, ein teures Medikament zu erhalten, als wenn

sie davon ausgingen, ein sehr billiges Medikament zu bekommen.

Zu welchen Teilen die positive Erwartungshaltung und die gemachte Lernerfahrung zusammenwirken, ist schwer zu sagen. Grundsätzlich zeichnet sich der „Trend“ ab, dass bei Patient:innen, die unter Schmerzen, Angstzuständen oder Depressionen leiden, eher die positive Erwartungshaltung zum Tragen kommt und bei Patient:innen mit Störungen des Immun- und Hormonsystems eher die Lernerfahrung mit früheren medikamentösen Behandlungen eine Rolle spielt. Meistens greifen aber beide psychischen Mechanismen ineinander.

Wissenschaftler:innen fanden heraus, dass auch offen verabreichte Placebos helfen können.

Nur bei Unwissenheit?

Dass ein Scheinmedikament für Patient:innen wirkt, die nichts davon wissen, kann man sich gut vorstellen. Doch hängt der Effekt von der Unwissenheit ab? Nein, denn Wissenschaftler:innen fanden heraus, dass auch offen verabreichte Placebos helfen können. Dabei ist jedoch wichtig, dass neben der Information, dass ein Placebo verordnet wird, wieder eine positive Wirksamkeitserwartung induziert wird. Dies kann erreicht werden, indem bei der Verordnung darauf hingewiesen wird, dass Placebos schon vielen Menschen mit ähnlichen Gesundheitsbeschwerden gut geholfen haben.

Placebo-Effekt sichtbar gemacht
In Hamburg haben Wissenschaftler:innen nachgewiesen, dass

Placebo-Schmerzmittel die Schmerzverarbeitung im Gehirn verändern. Auf Kernspintomographie-Bildern kann man den Placebo-Effekt sogar sichtbar machen: An 19 Student:innen wurde ein Versuch durchgeführt, in dem auf einen Handrücken eine Salbe aufgetragen wurde. Die Proband:innen glaubten, dass die Salbe stark schmerzlindernd wirkt, allerdings war die Salbe ohne Wirkstoff. Anschließend wurden den Student:innen Schmerzreize am Handrücken gesetzt. Die Hälfte der Student:innen gab an, dass die Hand, die vorher mit der Salbe behandelt wurde, weniger schmerzempfindlich war.

Während dieses Versuches wurden mittels Kernspintomographie Bilder des Hirns aufgenommen: Bei den Student:innen, bei denen der Placebo-Effekt gewirkt hatte, war auf den Aufnahmen zu erkennen, dass vor allem drei Hirnregionen besonders aktiv waren. Das rostrale anteriore Cingulum, die sogenannten Amygdalae und das periaquäduktale Grau. Diese drei Hirnregionen sind an der Schmerzverarbeitung, der körpereigenen Schmerzhemmung (durch Endorphine) und dem konditionierten Lernen beteiligt. Die Forscher:innen vermuten daher, dass die Einnahme eines Placebos eine Endorphinausschüttung auslöst. Die Endorphine hemmen dann in diesen drei identifizierten Hirnregionen die Schmerzwahrnehmung. ⚡

Nele Trauernicht

Ausdrucken und verteilen

Drucken Sie die Ambulante Pflegepraxis aus und verteilen Sie alles oder einzelne Beiträge an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Downloads der Ausgaben finden Sie unter

[haeusliche-pflege.net/
Pflegepraxis](https://haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis)

Foto: Adalberto/Alamy



ZEHN-MINUTEN-AKTIVIERUNG

Eine Aktivierungsstunde zum Thema Haushalt

Mit Blick auf den anstehenden Frühjahrsputz geben wir Ihnen hiermit Anregungen für eine Aktivierungsstunde zum Thema Haushalt an die Hand.



Foto: Abbis/Stock/Alexander Reiths

Erinnerungen an den eigenen Haushalt: Nutzen Sie die mitgebrachten Materialien, um mit Ihren Patient:innen ins Gespräch zu kommen.

Das bisschen Haushalt macht sich von allein, sagt mein Mann“ sang 1977 schon Johanna von Koczian. Doch ist das wirklich so? Diese Aktivierungsstunde widmet sich der Arbeit in und um Haus und Garten. Suchen Sie sich gern aus den vorgestellten Optionen eine aus, die Ihnen besonders zusagt.

Nutzen Sie dabei die mitgebrachten Materialien und Fragen, um mit Ihren Patientinnen und Patienten ins Gespräch zu kommen. Zu den damals täglich anfallenden Arbeiten und Tätigkeiten gibt es sicherlich viele Erinnerungen und schöne Erlebnisse, die wieder zurück ins Gedächtnis kommen. Und der ein oder andere Ihrer Patient:innen hat gewiss noch eine lustige Anekdote zu erzählen.

Materialien

Option 1:

- Bügeleisen
- Wäschekorb mit einigen Wäschestücken
- ein Stück Wäscheleine
- Wäscheklammern

Option 2:

- Blumenerde
- Blumentöpfe mit Untersetzern
- Kleine Gartenwerkzeuge
- Pflanzensetzlinge
- Gießkanne
- Alte Zeitung

Option 3:

- Backzutaten
- Backzubehör
- Desinfektionsmittel
- Einmal-Handschuhe

Fragen und Gesprächsanregungen

- Wer war bei Ihnen zuhause hauptsächlich für den Haushalt zuständig?
- Gab es typisch weibliche/männliche Arbeiten?
- Mussten Sie als Kinder im Haushalt helfen? Wenn ja, was waren Ihre Aufgaben?
- Wer machte bei Ihnen im Haushalt und Garten was? Hatten Sie vielleicht sogar Angestellte (zum Beispiel Knechte, Mägde, Haushaltshilfen)?
- Was hat Ihnen im Haushalt besonders Spaß gemacht, was vielleicht gar keinen?
- Welche Arbeiten waren bei Ihnen täglich/wöchentlich/jährlich zu erledigen?
- Gab es feste saisonale Arbeiten?

- Gab es Unterschiede zwischen Haushaltsarbeiten in der Stadt/auf dem Land?
- Hatten Sie einen festgelegten Putztag?
- Wer hat bei Ihnen gekocht und gebacken? Was hat Ihnen am besten geschmeckt und was vielleicht gar nicht?
- Hatten Sie noch eine „Küchenhexe“ oder bereits einen richtigen Herd? Wenn ja, war er Gas- oder Elektrobetrieben?
- Was für Putzmittel gab es bei Ihnen zuhause? Können Sie sich noch an die Produktnamen erinnern?
- Hatten Sie bereits Haushaltsgeräte? Wenn ja, welche technischen Alltags Helfer hatten Sie und wurden sie häufig genutzt?
- Hatten Sie einen Garten? Wer hat bei Ihnen die Gartenarbeit erledigt? Gab es hier typische Männer- und Frauenaufgaben?

Option 1: Waschtag

Stellen Sie einen Waschtag nach. Bauen Sie drei Stationen auf und teilen Sie die Patient:innen in kleine Gruppen ein:

„Das bisschen Haushalt macht sich von allein, sagt mein Mann...“

Erste Station „Wäscheleine“

Befestigen Sie die Wäscheleine gut an zwei festen Punkten im Raum. Sie sollten weit genug auseinander gelegen sein, um ausreichend Platz für die Wäsche zu haben. Stellen Sie den Wäschekorb mit Wäschestücken und Wäscheklammern bereit. Jetzt wird die Wäsche von der ersten Gruppe aufgehängt und die zweite Gruppe hängt die Wäsche wieder ab.

Zweite Station „Zockeln und Bügeln“

An dieser Station werden große Wäschestücke wie Bettwäsche und

Tischdecken gezockelt. Auf einem Tisch stellen Sie das Bügeleisen bereit. Ob das Bügeleisen ein- oder ausgeschaltet werden soll, liegt in Ihrem eigenen Ermessen. Wir empfehlen eine kalte Nutzung. (Achtung! Bei demenziell erkrankten Menschen wird das Bügeleisen keinesfalls eingeschaltet!) Nun können die Patient:innen die Wäsche bügeln.

Dritte Station „Wäsche zusammenlegen“

Hier setzen Sie die Patient:innen zusammen, um die Wäsche zusammenzulegen.

Option 2: Gartenarbeit

Legen Sie an jedem Platz die alte Zeitung aus. Das spart Ihnen am Ende der Stunde Zeit beim Aufräumen und Saubermachen. Jede:r Patient:in bekommt einen Pflanzensetzling, eine kleine Schaufel und einen Blumentopf. Legen Sie die Blumenerde bereit, so dass sich jeder/jede bedienen kann. Leisten Sie ggf. Hilfestellung beim Entnehmen der Erde. Nun pflanzt jede Patientin und jeder Patient ihren/seinen Pflanzensetzling in den Blumentopf. Bevor Sie die gepflanzten Setzlinge gut angießen, sollten Sie sichergehen, dass der Blumentopf auf den Untersetzern steht. Planen Sie für diese Beschäftigung am besten etwas mehr Zeit zum Aufräumen ein.

Option 3: Kuchen backen

Suchen Sie sich für diese Aktivierungsstunde ein Kuchenrezept heraus. Stellen Sie die dafür benötigten Backzutaten sowie das Backzubehör bereit. Bevor Sie mit dem Backen beginnen, stellen Sie sicher, dass alle Hygienemaßnahmen eingehalten wurden, und achten Sie auf Desinfektion und gegebenenfalls Nutzung von Handschuhen bei den Patient:innen. Gehen Sie nach Rezept vor, um den Kuchen zu backen. Bei einem aufwendigeren Kuchen ist eventuell eine Aufgabenverteilung sinnvoll. Während der Backzeit können bereits die Aufräumarbeiten erledigt werden.

Während jeder der Optionen ist Konversation ausdrücklich erwünscht!

Nehmen Sie dafür auch gern die biografischen Fragen zur Hand.

„Was hat Ihnen im Haushalt besonders Spaß gemacht, was vielleicht gar keinen?“

Redewendungen raten

- Da fress` ich einen _____! (Besen)
- Da geht dir was durch die _____ (Lappen)
- Neue Besen _____ gut. (kehren)
- Wie bei _____ unterm Sofa. (Hempels)
- Die Luft ist _____. (rein)
- Etwas unter den _____ kehren. (Teppich)
- Wissen aufsaugen wie ein _____. (Schwamm)
- Der hat doch _____ auf den Augen. (Tomaten)
- Viele _____ verderben den Brei. (Köche)
- Seinen _____ dazugeben. (Senf)

Lieder

- Zeigt her eure Füße (Verfasser unbekannt)
- Backe backe Kuchen (Verfasser unbekannt)
- Das hat uns keiner gesagt (Gudula Blau) 🎵



Malin von Lingelsheim
Freie Autorin für die
Seifert&Trauernicht GbR

KONZEPTE

Pflegetheorie & Pflegemodell

Irgendwann wird jedem, der in der Pflege beruflich tätig ist, der Begriff „Pflegetheorie“ oder „Pflegemodell“ über den Weg laufen. Doch was bedeuten diese Begriffe überhaupt?



Foto: Adobe Stock/Chris Stangl/eth

Pflegetheorien geben der Pflegekraft einen theoretischen Rahmen, auf den sie sich stützen kann - besonders hilfreich in den ersten Praxisjahren.

Unter dem Begriff „Pflegetheorien“ versteht man eine Gesamtheit von abstrakten Konzepten, die es ermöglichen sollen, allgemeine Begebenheiten aus dem Pflegebereich zu erklären. Wie der Name schon sagt, sind sie alles andere als „praxistauglich“. Sie dienen zunächst erstmal ausschließlich dazu, ein Pflegeverständnis zu vermitteln, und schaffen die Grundlage für Handlungen in der Pflegepraxis. Pflegetheorien werden in der Praxis kontinuierlich bestätigt, erweitert oder aber disqualifiziert. Pflegetheorie und Pflegepraxis beeinflussen sich wechselseitig und sind im Laufe der Zeit einem ständigen Wandel unterworfen. Die ersten Ansätze zur Entwicklung von Pflegetheorien sind Anfang der 50er Jahre in den USA und in Großbritannien zu finden. Bis zum Beginn der

80er Jahre versuchten Pflegewissenschaftler:innen, mit solchen Theorien ein Ideal des pflegerischen Handelns auszuarbeiten. In Deutschland etablierten sich die Pflegewissenschaften offiziell im Jahr 1987 mit einer ersten Professur an der FH Osnabrück.

Pflegetheorien und Modelle

Pflegetheorien werden oft mit Pflegemodellen gleichgesetzt. Nimmt man es allerdings genau, haben diese Begriffe unterschiedliche Bedeutungen. Ein Pflegemodell ist eine vereinfachte, praxisbezogene Form einer oder mehrerer abstrakter Pflegetheorien. Modelle machen zwar – genauso wie Pflegetheorien – allgemeingültige Aussagen über den Menschen, dessen Umgebung und seine Pflege, jedoch liefern sie konkrete Angaben bezüglich der Auf-

gaben von Pflegekräften, der Pflegeziele sowie einer möglichen Pflegeplanung. Dank dieser Praxisnähe helfen Pflegemodelle bei der Überprüfung von Pflegetheorien.

Einige der bekanntesten Pflegetheorien:

1. *Pflegetheorie Peplau:* Peplaus Pflegetheorie konzentriert sich auf zwei Aspekte: a) die verschiedenen Phasen des Beziehungsaufbaus b) die verschiedenen Rollen einer Pflegekraft.
2. *Pflegetheorie Leininger:* Transkulturelle Pflegetheorien stellen die kulturelle Dimension des Menschen in den Mittelpunkt der Pflege. Die Handlungen der Pflegenden passen sich hier stets den kulturellen Besonderheiten des Individuums und seines Umfelds an.



3. **Pflegetheorie Rogers:** Im Hauptfokus steht bei Rogers das Endergebnis der Pflege, welches durch eine holistische Betrachtung des Menschen als Energiefeld erreicht werden soll. Besteht ein Ungleichgewicht zwischen dem Energiefeld einer Person und den einzelnen Energiefeldern der Umgebung, kommt es zur Notwendigkeit der Pflege. Nach Rogers existieren acht Energiezentren im menschlichen Körper. Sind diese Energiezentren blockiert, kommt es zu physischen oder psychopathologischen Symptomen.
4. **Pflegetheorie Orem:** Der Hauptfokus wird auf das Grundbedürfnis des Menschen gelegt, sich selbst zu pflegen. Dieses Selbstpflegevermögen kann durch Krankheit oder andere Umstände eingeschränkt sein. Orem's Theorie orientiert sich an diesem von ihr benannten „Selbsthilfefizit“.
5. **Pflegetheorie Roper:** Im Mittelpunkt steht bei Roper das Leben, wobei sie sich an verschiedenen Lebensaktivitäten und der Lebensspanne orientiert, welche in dynamischer Wechselwirkung mit äußeren und inneren Einflüssen betrachtet werden. Nancy Roper stellt ebenso die Würde und Individualität des zu pflegenden Menschen in den Vordergrund. Folgende zwölf Lebensaktivitäten werden in Ropers Pflegetheorie in Betracht gezogen:
 - 1) Für eine sichere Umgebung sorgen
 - 2) Kommunizieren
 - 3) Atmen
 - 4) Essen und Trinken
 - 5) Ausscheiden
 - 6) Sich sauber halten und kleiden
 - 7) Die Körpertemperatur regeln
 - 8) Sich bewegen
 - 9) Arbeiten und spielen
 - 10) Sich als Mann und Frau fühlen
 - 11) Schlafen
 - 12) Sterben
6. **Pflegetheorie Krohwinkel:** Monika Krohwinkel ist eine deutsche Pflegewissenschaftlerin. Ihre Pflegetheorie beruht unter anderem auf der sogenannten „ABEDL-Struktur“. Die Abkürzung ABEDL steht

für „Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens“. Sind diese „ABEDL“ durch Krankheit, Behinderung oder Alter eingeschränkt, wird die Pflege notwendig. Nach Möglichkeit soll das pflegerische Handeln dem kranken oder behinderten Menschen dazu verhelfen, solche fehlenden Fähigkeiten zurückzuerwerben.

Pflegetheorie und Pflegepraxis beeinflussen sich wechselseitig.

Sinn und Nutzen von Pflegetheorien

In der Praxis laufen die Dinge immer anders als in der Theorie. Die Reaktion von Menschen und die verschiedenen Lebensumstände stimmen nie hundertprozentig mit Modellen überein. Dennoch ist es sehr bereichernd und vertrauensbildend, sich in der Pflege auf einen theoretischen Rahmen stützen zu können. Ohne Pflegetheorien wären Pflegewissenschaften als Studium zudem inexistent. Die Theorie gibt der Pflegekraft professionelle Sicherheit, besonders in den ersten Praxisjahren. Die Erfahrung, die Intuition und das Einfühlungsvermögen der Pflegenden sorgen dann für eine realitätsnahe Praxis, welche sich stets den individuellen Besonderheiten und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen anpassen sollte. ⬅



Ulrich Kalvelage
TQM Auditor und Qualitätsmanager für die ambulante und stationäre Pflege

Konzeption und redaktionelle Begleitung

Foto: privat



Nele Trauernicht
Seifert&Trauernicht GbR
nele@seifert-trauernicht.de

Foto: provided



Philipp Seifert
Seifert&Trauernicht GbR
philipp@seifert-trauernicht.de

Impressum

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS erscheint monatlich als regelmäßiges Supplement und damit als exklusiver Bestandteil der Zeitschrift HÄUSLICHE PFLEGE.

www.haeusliche-pflege.net

Der Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. AMBULANTE PFLEGEPRAXIS und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme der Beiträge erwirbt der Verlag alle Nutzungsrechte in Print- und elektronischen Medien. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion:

Lukas Sander (v.i.S.d.P.),
Tel. 05 11/99 10-1 21,
Fax 05 11/99 10-1 96,
E-Mail: lukas.sander@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen:

Stefan Wattendorff (Leitg.), Tel. 05 11/99 10-150,
stefan.wattendorff@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag
Produktion & Layout
Nathalie Heuer (Teameitung), Birgit Seesing (Artdirection),
Dennis Wasner; herstellung@vincentz.net

Verlag:

Vincentz Network, Plathnerstraße 4c, 30175 Hannover

Druck:

Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH,
Langenhagen

© Vincentz Network GmbH & Co. KG
ISSN 0935-8234, 10487