

Bachelorarbeit

SIND PFLEGETHEORIEN RELEVANT FÜR DIE PFLEGEPRAXIS?

eingereicht von
Mirza Saric

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science
(BSc)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von:
Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, 30.10.2016

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe“.

Graz am 30.10.2016

Mirza Saric eh.

Danksagungen

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mich mein ganzes Leben unterstützt hat. Ohne die Liebe meiner Familie wäre ich heute nicht der Mensch der ich bin. Meine Mutter, mein Vater und mein Bruder waren für mich immer eine Inspiration und haben mich mein ganzes Leben geprägt.

Man sagt, Freunde sind Familie, die man sich selber aussucht. Gott sei Dank hatte ich immer Menschen um mich herum die für mich da waren. Dafür bin ich allen sehr dankbar und werde das nie vergessen.

Ein großes Dankeschön geht an die Familie Frey aus Graz, bei denen ich sechs Jahre lang gelebt habe, die sich um mich gekümmert haben, und die immer Verständnis hatten wenn ich etwas gebraucht habe.

Ich möchte mich auch bei der Medizinischen Universität in Graz bedanken, die mir eine Chance gegeben hat hier zu studieren und mir eine gute Ausbildung ermöglichte.

Vielen Dank an meiner Betreuerin Gerhilde Schüttengruber BSc. MSc, die für mich das Ganze einfacher gemacht hat, die mir das Wissen übermittelt hat und mich die ganze Zeit betreute.

Ich bedanke mich bei meinem besten Freund Hannes Pfeifer der mich bei dieser Arbeit grammatikalisch unterstützte, und mich immer auf Fehler hingewiesen hat- wie hier so auch im privaten Leben. Danke Hannes 😊

Diese Bachelorarbeit widme ich meiner verstorbenen Mutter.

Graz, 30.10.2016

eh. Mirza Saric

Inhalt

1. Einleitung	7
1.2. Forschungsziel und Forschungsfrage	9
2. Methoden	10
2.1. Die Suchstrategie.....	10
2.2. Die Suchergebnisse	10
2.3. Die Gesamtsuche	13
3. Ergebnisse	15
3.1. Vorstellung der inkludierten Studien.....	15
4. Diskussion & Ausblick	35
5. Schlussfolgerung/Conclusio	38
6. Literaturverzeichnis	40

Vorwort

Während meiner Physiotherapieausbildung und meiner Ausbildung an der Medizinischen Universität Graz habe ich sehr viele Praktika gemacht.

Durch meine Arbeit bei der Organisation Lebenshilfe habe ich sehr gut gelernt was die Wörter Pflege und Rehabilitation bedeuten.

In jeder Einrichtung habe ich mich selber gefragt was die relevantesten Pflegetheorien oder Pflegemodelle sind, mit welchen man die Qualität der Pflege gegenüber den Patienten zeigen kann.

Das Pflege team und die Stationsschwestern haben mir sehr gerne Auskunft über die Pflegetheorien gegeben, und jedes Mal habe ich gehofft, dass man mir ein gutes Argument oder eine adäquate Antwort gibt, wieso man z.B. nach dem Modell von Nancy Roper pflegt.

Ich habe immer die gleiche Antwort bekommen die ich selber drei „W“ Antwort nenne:

- **Wir** sind so gewöhnt zu pflegen
- **Wir** haben das immer schon so gemacht
- **Wir** können nicht ständig die Pflegemodelle ändern und experimentieren welches jetzt das Bessere ist.

Nach einer langen Literaturrecherche habe ich festgestellt, dass es auf vielen Stationen so geht. Man diskutiert gerne welche Pflegetheorie oder welches Modell eine sichere und hochwertige Pflege leisten soll.

Ich selber stelle mir die gleichen Fragen sehr oft und werde durch meine Bachelorarbeit einige Pflegetheorien und ihre Theoretiker durch verschiedene Studien vorstellen, um herauszufinden welche Pflegetheorien sich als praktikabel erweisen.

Zusammenfassung

Das Ziel dieser Arbeit ist es zu überprüfen welche Bedeutung die Pflege-theorien in der Praxis haben. Es wurde die Frage aufgeworfen welche Theorien in die Pflegepraxis implementiert wurden. Durch eine Analyse im Praxisfeld ergibt sich automatisch die Relevanz dieser Pflege-theorien. Als wesentliche Theoretikerinnen können Neuman, Peplau, Orem und Henderson erwähnt werden. Im empirischen Teil der Arbeit werden sechs Studien, u.a. der eben erwähnten TheoretikerInnen, vorgestellt, um die Relevanz von Pflegemodellen in der Pflegepraxis zu veranschaulichen. Die Forschungsstudien zeigen, dass die Ausbildung von großer Bedeutung für die Qualität der Pflege ist.

Die Erforschung des Arbeitsfeldes erfordert Teamarbeit. TheoretikerInnen bzw. ForscherInnen müssen mit dem Pflegepersonal zusammenarbeiten, um die Frage nach der Relevanz von Pflege-theorien in der Pflegepraxis beantworten zu können.

Den Studien ist zu entnehmen, dass Theorien in Form von Modellen gut in die Praxis implentiert werden können. Dies erfordert auch genügend theoretisches Wissen des Pflegepersonals. Durch die notwendige Zusammenarbeit von TheoretikerInnen und PraktikerInnen bei der Beantwortung der Forschungsfrage ergibt sich auch, dass Theorie und Praxis sich gegenseitig brauchen.

Abstract

The aim of this thesis is to examine the importance of theories in practice. A question was raised to explain which theories can be implemented into nursing practice. The relevance of those nursing theories can be automatically proved by the results of the Studies. Neuman, Peplau, Orem and Henderson are an example as essential theorists for this thesis. The empirical part of this work includes all mentioned theorists in order to illustrate the relevance of nursing theory for the practice. It was also shown that education is of great importance for the quality of nursing.

It requires teamwork to explore the practice and the Work field, in which, the nursing theories can be used. Theorists and researchers, together with the nurses, must put they heads together to prove that the nursing theory is valid for the practice. It can be seen from the studies that theories are well used in practice in different form of models. This also requires sufficient theoretical knowledge of nursing theory. Through the necessary cooperation between theorists and practitioners in answering the research question, it also follows that theory and practice need each other mutually.

1. Einleitung

Die Modelle und Theorien der Pflege haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Pflege als eigenständige, wissenschaftliche Disziplin gehabt.

Seit den 1990er-Jahren ist es um Pflge-theorien ruhiger geworden, besonders international. Das große Interesse an ihnen im deutschsprachigen Raum wächst zum Beginn des 21. Jahrhunderts.

Verantwortlich für die große Bekanntheit der Pflge-theorien sind die Pflge-lehrerInnen, die in den letzten zwei Jahrzehnten auf die Relevanz der Theorien für eine Entwicklung in der Pflege hingewiesen haben. Theorien sind ein Bestandteil des pflegewissenschaftlichen Know-hows und finden sich in vielen Ausbildungseinrichtungen wieder.

Doch wenn man heute eine/n Pflge-praktikantIn, Pflge-managerIn oder Pflge-wissenschaftlerIn die Frage stellt, ob sie eine Organisation, eine Abteilung oder eine Station nennen können, wo die Pflege nach einer Pflge-theorie definiert ist bzw. wo nach ihr gearbeitet wird, bekommt man oft die Antwort "Nein".

(vgl. Neumann- Ponesch, S, 2014, S. 11-12)

Die Professionalisierung einer Berufsgruppe für die Pflege besteht darin, dass man den Praktikern und Praktikerinnen den Nutzen der Pflge-theorien erklärt. Der Nutzen einer Pflge-theorien kann durch die Praxis und die Forschung formuliert werden:

Theorie und Forschung:

Die Beziehungen zwischen Theorien und Forschung ist zyklisch. Das Ziel einer Theorie ist es, eine minimale Menge von Verallgemeinerungen zu formulieren, die erlauben, eine maximale Anzahl von beobachtbaren Beziehungen zwischen den Variablen in einem gegebenen Untersuchungsfeld zu erläutern.

Theorien setzen Grenzen, welche Fragen gestellt werden können und welche Methoden verwendet werden sollen, damit man eine Antwort auf die gestellte Frage bekommt. Die Ergebnisse der Forschung können nur dann verwendet werden, wenn sie eine theoretische Aussage überprüfen, modifizieren oder unterstützen.

(vgl. Meleis, IA, 2012, S. 35)

Die Pflge-theorien haben die Forscher und Forscherinnen mit neuen Sätzen für die Pflge-forschung konfrontiert, denn die Pflge-forschung wurde in der Vergangenheit mehr

durch pädagogische, soziologische und psychologische Theorien und weniger durch Pflege-theorien durchgeführt. Dadurch haben die Pflege-theorien Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen motiviert, wichtige Antworten auf dem Gebiet der Krankenpflege wie Essen, Trinken, Schmerzen, Ruhe und Schlafen zu finden. Es erhöhte sich das Potenzial für die Entwicklung von Wissen, die tägliche Aktivitäten von PatientInnen und Pflegekräften erleichtern.

(vgl. Meleis, IA, 2012, S. 35)

Theorie und Praxis:

Theorie ist ein Werkzeug, welches Praxis effizienter und effektiver macht und bei der Ermittlung von Ergebnissen hilft. Durch die zielorientierte Umsetzung einer theoretischen Perspektive wird die Kraft und Energie von Krankenschwestern/Krankenpflegern und der Zeitaufwand für die Bewertung von Pflegeinterventionen minimiert.

(vgl. Meleis, IA, 2012, S. 35)

Die Sprache der Theorie ist die effektive und effiziente Kommunikation, die zu einer weiteren Theorieentwicklung führt, wo Konzepte verfeinert, geschärft, erweitert und validiert werden. Die primäre Verwendung der Theorien ist es, Einblicke in die Pflegepraxis und Pflegeforschung zu bekommen. Durch Interaktion mit der Praxis wird eine Theorie geformt und es entwickeln sich neue Leitlinien, die relevant für die Praxis sind.

Forschung validiert, modifiziert, unterstützt und erzeugt neue Theorien. Die Theorie leitet die Praxis, wodurch die Krankenschwestern/Krankenpfleger Erfahrung gewinnen und in der Lage sind, neue Pflege-theorien in die Praxis zu implementieren.

Die Theorie ist ein Rahmen für die Bewertung, Diagnose und Intervention der Pflege. Die Krankenschwester/der Krankenpfleger, die/der im Rahmen eines Gesundheitsteams arbeitet, konzentriert sich auf die Aspekte der Versorgung, die theoretisch eine effektive Beurteilung der Situation von PatientInnen darstellt. Die Diagnose und Interventionen beziehen sich auf die Bereiche, in denen Gesundheit und das Wohlbefinden gefährdet sind, die Selbstversorgung problematisch ist oder die Integrität des Menschen nicht berücksichtigt wird. (vgl. Meleis, IA, 2012, S. 35-36)

Die Summe unseres Wissens sollte durch die Theorie erhöht werden, damit die Betreuung von KlientInnen, ihren Familien und der Öffentlichkeit im Allgemeinen verbessert werden kann. Das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis wird so betrachtet:

- ▶ Theorie kann sich aus der Praxis weiterentwickeln
- ▶ Theorie kann durch die Praxis getestet werden
- ▶ Theorie kann ein Rahmen für die PatientInnenversorgung sein

(vgl. McKenna, H, 1997, S. 158)

Der heutige Pflegealltag verwendet die Theorien nicht in erwarteten Maßen und es wird nicht der erwartete Erfolg der Theorien erzielt. Eine Möglichkeit wie man die Theorie tauglicher für die Praxis machen kann, könnte darin bestehen, die Einzelkonzepte aus verschiedenen Theorien und Modellen, die leicht zu verstehen sind, zu kombinieren.

Im ersten Moment scheint der Umgang mit den unterschiedlichen Paradigmen und Begriffen schwierig zu sein. Aber wie bei jeder Erstanwendung muss auch hier der theoretische Hintergrund auf kultureller und struktureller Ebene überprüft werden.

(vgl. Neumann- Ponesch, S, 2014, S. 255)

1.2. Forschungsziel und Forschungsfrage:

Im Rahmen dieser Arbeit soll überprüft werden, welche Bedeutung die Pflege-theorien in der Praxis haben. Anhand der verfügbaren Literatur und dem aktuellsten Stand der Forschungsergebnisse wird die Relevanz von Pflege-theorien hinterfragt.

Daraus leitet sich die folgende Forschungsfrage ab:

Was sind die aktuellsten Ergebnisse der Studien hinsichtlich der Relevanz von Pflege-theorien in der Praxis und welche Modelle wurden in die Pflege-praxis implementiert?

2. Methoden

2.1. Die Suchstrategie

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde die Literaturrecherche im Zeitraum von August bis September 2016 durchgeführt.

Eine systematische Literatursuche erfolgte in den Datenbanken CINAHL und PubMed.

Zur gezielten Suche wurden aus der formulierten Forschungsfrage Schlüsselwörter/keywords abgeleitet.

Als Nächstes wurde die Trunkierung (*) verwendet und mit dem logischen Operator „AND“ verknüpft.

Limitationen wurden verwendet - die Studien sollten auf Englisch oder auf Deutsch publiziert worden sein, zudem wurde der Zeitraum der Veröffentlichung auf die letzten 15 Jahre eingegrenzt.

2.2. Die Suchergebnisse

Datenbank: PubMed

Als Erstes wurde die Datenbank PubMed genutzt. Die Schlüsselwörter (*nurs**, *theory*, *practice*), zusammen mit dem logischen Operator „AND“, brachten ein Ergebnis von insgesamt 8032 Studien. Nach einer erweiterten Suche mit keywords: *clinic** AND *model** AND *care* innerhalb dieser 8032 Studien ergab sich eine Summe von 443 Studien. Nach Limitationen durch Jahre und Sprache, wurde dieses Ergebnis auf 356 Artikeln eingeschränkt. Wie bereits oben erwähnt, sollten die Studien nicht älter als 15 Jahre sein, zudem ist die Publikation auf Deutsch oder Englisch zwingend notwendig.

Nach Titel- und Abstract-Screening der 356 Artikel wurde klar, dass lediglich 19 Artikel relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage sind.

Die folgende Abbildung stellt die Literatursuche grafisch dar:

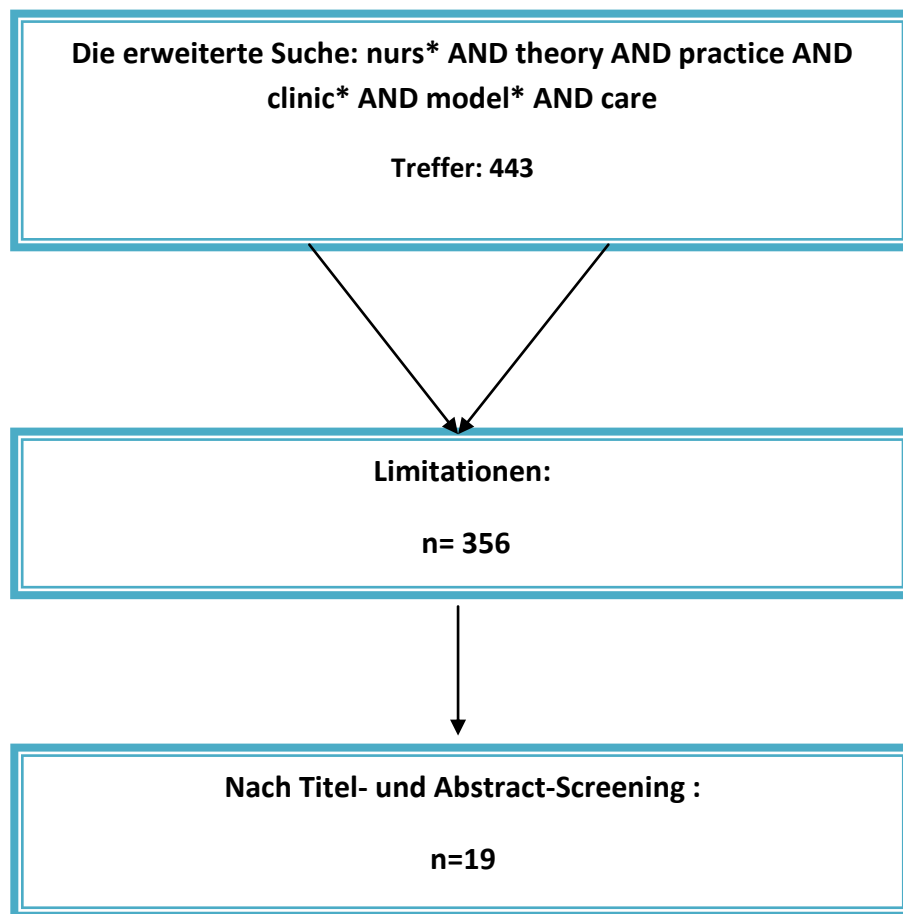


Abb 1 . Literaturrecherche in der Datenbank PubMed

Datenbank: CINAHL

Im Suchfeld der Datenbank wurden die keywords *nurs**, *theory*, *practice* eingegeben und mit dem logischen Operator „AND“ verknüpft. Insgesamt wurden 11 652 Studien aufgelistet. Nach der erweiterten Suche mit den keywords *clinic** AND *model** AND *care* innerhalb dieser 11 652 Studien reduzierte sich die Zahl auf 863 Studien. Um dieses Ergebnis neuerlich einzuschränken, wurden abermals Limitationen nach Sprache (Englisch oder Deutsch) sowie dem Erscheinungsjahr (ab 2001) eingesetzt. Dadurch ergab sich eine Summe von 563 Studien.

Nach Titel- und Abstract-Screening dieser 563 Studien wurde das Ergebnis auf 14 Studien reduziert, welche die Forschungsfrage beantworten können. Andere Studien waren im Sinne der Forschungsfrage nicht relevant.

In Abbildung 2 wird die Suche in der Datenbank CINAHL grafisch dargestellt:

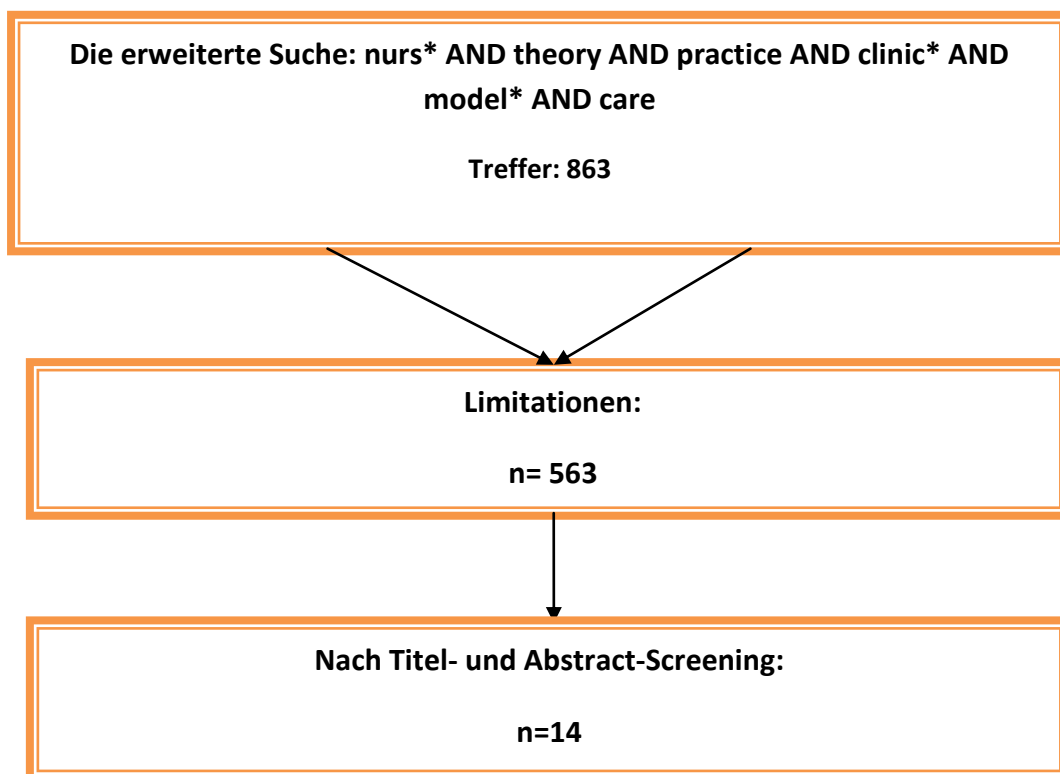


Abb. 2 Literaturrecherche in der Datenbank CINAHL

2.3. Die Gesamtsuche

Wenn man die Suchstrategie mit den Schlüsselwörtern „nurs*“, „theory“, und „practice“ verfolgt, ergeben die Datenbanken PubMed und CINAHL insgesamt mehr als 19 000 Treffer. Es wurden weitere keywords und Limitationen eingesetzt, um die Suche nach relevanten Studien zu präzisieren.

Durch die Implementierung von weiteren Schlüsselwörtern und Limitationen ergaben die Datenbanken PubMed und CINAHL insgesamt 919 Studien, die durch Titel- und Abstract-Screening auf 33 reduziert werden konnten.

Abstracts wurden als relevant angesehen wenn sie möglichst nahe an der Beantwortung der Forschungsfrage lagen.

Die genauere Betrachtung von Studien ergab viele Überschneidungen. Nach dem Entfernen mehrere Duplikate blieben 11 Studien übrig.

Durch Titel- und Abstract-Screening wurden diese 11 Studien auf 9 Studien eingegrenzt. Sechs Studien konnten für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden. Die restlichen drei Studien erwiesen sich als nicht relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage.

Die Studien wurden nach folgenden Punkten bewertet:

▶ **Glaubwürdigkeit:**

- Was ist das Forschungsziel der Studie?

▶ **Aussagekraft:**

- Sind die Ergebnisse präzise?

▶ **Anwendbarkeit:**

- Wie ist die Übertragbarkeit auf die Pflegepraxis?

(vgl. Haas, S, Breyer, E, Knaller, C, Weigl, M, 2013, S. 24)

Die folgende Abbildung bietet einen Überblick der gesamten Literaturrecherche:

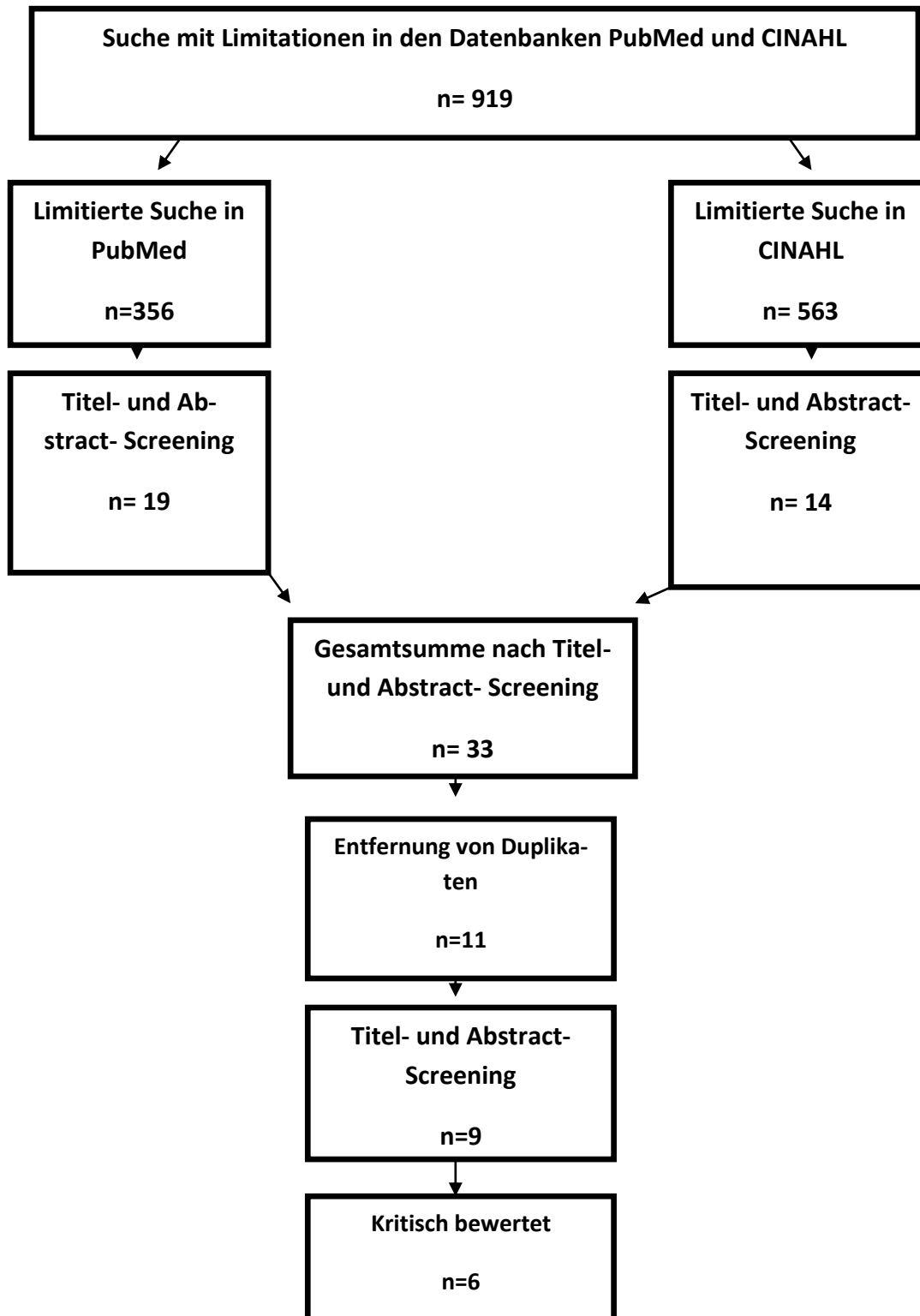


Abb. 3 Literaturrecherche in den Datenbanken

3. Ergebnisse

3.1. Vorstellung der inkludierten Studien

3.2. Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into care of patients with end stage kidney disease. (Graham, J, 2006)

Forschungsziel der Studie:

Ziel dieser Studie ist es zu zeigen wie die drei Pflege-theorien von Orem, Neuman und Peplau in die Praxis implementiert werden können. Krankenschwestern/Krankenpfleger können durch Lesen dieser Studie ihr theoretisches Wissen aktualisieren und anschließend in die Praxis implementieren, damit die Qualität der Pflege noch höher wird.

Die Implementierung der Theorie:

Theorie ist etwas, das mündlich besprochen wird und dadurch zu anderen Personen übermittelt werden kann.

Um gültig zu sein muss eine Theorie den Zweck erfüllen, für den sie erfunden wurde. Um zu wissen welche Theorie am besten für eine bestimmte berufliche Disziplin ist, muss der Zweck dieser Disziplin artikuliert werden.

Die Theorien von Orem, Neuman und Peplau können leicht in die Versorgung von PatientInnen im Endstadium einer Nierenerkrankung integriert werden. Durch das Testen von Pflege-theorien wird es offensichtlich, dass die pflegerische Versorgung von diesen PatientInnen verbessert werden kann.

Orems Self- Care Modell: Dorothea Orem publizierte ihre Arbeit 1959. Zweck dieser Arbeit war es einen Lehrplan für die Krankenschwestern/Krankenpfleger zu entwickeln. Dieses Pflegemodell wurde von amerikanischen und britischen Pflegegruppen angenommen und durch Gesundheits- PraktikerInnen verwendet. Bis zu den 80er Jahren wuchs die Interesse an Orems Arbeit.

Das Konzept der Selbstpflege hat den Test bestanden, vor allem mit einem erhöhten Wert auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Orem definiert die Selbstpflege als die Ausübung von Tätigkeiten, die ein Individuum selber initiieren soll, um das Leben, die Gesundheit und das Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.

Obwohl der Fokus auf die Betreuung von sich selbst liegt, ist Orem's Modell nicht nur auf das begrenzt. Self-Care umfasst die Pflege, die durch MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, der Familie oder Freunden gegeben ist, wenn der/die PatientIn nicht in der Lage ist die Pflege selbst durchzuführen.

Die Versorgung von PatientInnen im Endstadium einer Nierenerkrankung erfordert viel Unterstützung. Die Mehrzahl der PatientInnen braucht Hämodialyse oder hat eine Nierentransplantation erhalten. Es muss darauf geachtet werden was der Patient/die Patientin isst und trinkt, wie sein/ihr Schlaf ist und welche Medikamente er/sie bekommt. Orem's Self-Care Theorie behauptet, dass die Selbstkontrolle für das Leben und für die Gesundheit notwendig ist. Dadurch haben die Krankenschwestern/Krankenpfleger geglaubt, dass die Selbstpflege ein erlerntes Verhalten ist und dass dadurch die Möglichkeit besteht das Wohlbefinden zu steigern. Die Krankenschwestern/ Krankenpfleger hatten dadurch die Möglichkeit den PatientInnen zu verdeutlichen wie man den Verlauf einer Krankheit steuern kann.

Das Self-Care Modell nach Orem wurde in 6 Phasen durchgeführt: Die erste Phase soll eine angemessene medizinische Hilfe sichern. Phase zwei bevorzugt das Wissen über die pathologischen Auswirkungen und Zustände. Phase drei beschreibt die Wirksamkeit der ärztlich verordneten Maßnahmen in Bezug auf Regulierung oder Verhinderung von pathologischen Prozessen. Phase vier ist das Ausgleichen von Behinderungen.

Alle diese Phasen beziehen sich auf die Einhaltung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme, die Aufnahme von Medikamenten und eine mögliche Änderung der vorgeschriebenen Therapie.

Diese Schritte sind erforderlich um im Endstadium einer Nierenerkrankung zu überleben.

Die Phase fünf beschreibt das Modifizieren der Selbstpflege, wo der/die PatientIn sich selbst mit seiner Krankheit akzeptieren soll. In der letzten Phase, Nummer sechs, werden die Behandlungsmaßnahmen für die persönliche Entwicklung gefördert.

Die letzten zwei Phasen beziehen sich auf die psychologische Auswirkung der chronischen Nierenerkrankung.

Neumans System Model: Obwohl das Neuman Modell für die Pflegeplanung genutzt wird, hat es sich an den klinischen Bereich angepasst. Dieses Modell dient dazu den Krankenschwestern/Krankenpflegern die zielgerichteten Ansätze für die PatientInnenversorgung zu erleichtern. Da die chronische Nierenerkrankung einen großen Einfluss auf das Leben von PatientInnen hat, ist die Krankenschwester/der Krankenpfleger ein wichtiger Aspekt für die Heilung.

Auch wenn die Pflege als ein technischer Dienst betrachtet wird, hat die Krankenschwester/der Krankenpfleger die Aufgabe wichtige Entscheidungen zu treffen. Jede Entscheidung wird mit den Angehörigen und den PatientInnen selbst getroffen. Diese Situationen umfassen das Entscheiden welche Nierenersatztherapien begonnen werden sollen, ob sie überhaupt eingesetzt werden können und ob es Alternativen dazu gibt.

Neuman hat mehrere Instrumente entwickelt, welche die Verwendung eines Systemmodells erleichtern sollen. Dieses Modell wurde auch für die Pflegeforschung verwendet, denn es hilft den Forscher die Wahrnehmungen von PatientInnen zu studieren. Außerdem kann dieses Modell als Rahmen für die Entscheidungsfindung bei chronischer Nierenerkrankungen genutzt werden.

Es wurde erforscht wieso sich PatientInnen während der Hämodialyse immer für eine Nierenersatztherapie entscheiden. Diese Gruppe von PatientInnen war in der Lage selbst zu entscheiden welche Therapie weiter eingesetzt werden soll.

Die Studie konnte zeigen wie Neumans Systemmodell verwendet werden kann um eine wichtige Entscheidung zu treffen, die sich auf diese PatientInnenpopulation bezieht.

Peplaus Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen: Peplaus Interessensgebiet war die psychiatrische Pflege. Ihr Fokus war es die Pflege als eine Disziplin zu etablieren, die sich auf das professionelle Verhalten und Verantwortung beruht. Sie beschreibt nicht nur die Verantwortung für den Patienten/die Patientin und die Gesellschaft, sondern auch die Verantwortung des Pflegepersonals für sich selbst in einer bestimmten Situation.

Die Notwendigkeit der gegenseitigen Achtung zwischen der/dem Krankenschwester/Krankenpfleger und den PatientInnen ist ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses. Das professionelle Know-how ist erforderlich um sicherzustellen, dass der Patient/die Patientin die Notwendigkeit einer angemessenen Pflege versteht und diese auch zur Verfügung gestellt bekommt.

In der nephrologischen Pflege gibt es eine einmalige Gelegenheit die langfristige Beziehung zu dem PatientInnen zu entwickeln. Manchmal geht dies bis zum Tod.

Peplaus Ansatz zur Etablierung von Krankenschwester/-pfleger- PatientIn- Beziehung ist, dass die Krankenschwester/der Krankenpfleger ihr/sein eigenes Verhalten reflektiert, und nicht nur das von den PatientInnen. Das ist besonders wichtig im Umfeld der Hämodialyse, wo auch Wünsche des Patienten/der Patientin erfüllt werden, die nichts mit der professionellen Pflege zu tun haben. Damit versuchen die Krankenschwestern/ Krankenpfleger ein Lob von dem Patienten/der Patientin zu bekommen und stärken dadurch auch die entstandene Beziehung.

Peplau beschreibt die Pflege als eine verantwortungsvolle Disziplin, wo nicht nur Interesse, Sorge und Kompetenz demonstriert werden sollen, sondern auch die Fähigkeit bestimmte Reaktionen zu steuern hervortritt.

Dieses Modell kann man sehr wohl in der Praxis etablieren, denn es hilft verschiedene Risiken zu vermeiden und es leitet die Krankenschwestern/Krankenpfleger an immer professionell bei der Arbeit zu bleiben.

(vgl. Graham, J, 2006, S. 2-5)

Ergebnis:

Obwohl die Bedeutung der Pflege Theorien für die klinische Praxis nicht für alle praktizierende Krankenschwestern/Krankenpfleger offensichtlich sein kann, ist es klar, dass das Orem's Self-Care Modell, Neuman's System Modell und Peplau's Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen die Pflege unterstützen können.

Alle menschlichen Praktiken beruhen auf das theoretische Wissen. Die Theorie ist somit in der Tat praktisch in der Natur.

Theorien werden als theoretische Modelle der Wirklichkeit beschrieben.

Modelle können in der Theorieentwicklung nützlich sein, weil sie bei der Auswahl der relevanten Konzepte eine unterstützende Rolle haben.

Auch wenn nicht alle Pflege Theorien für jeden klinischen Bereich geeignet sind, kann eine sorgfältige Auswahl der entsprechenden Theorien die Pflege bei der PatientInnenversorgung unterstützen.

Obwohl die Modelle von Orem, Neuman und Peplau in einigen Aspekten der Betreuung von PatientInnen mit chronischer Nierenerkrankung aufgenommen werden können, ist es

Orems Self-Care Modell, welches in alle Aspekte der Versorgung dieser PatientInnenpopulation eingebaut werden kann.

Das Konzept der Selbstpflege ist ein wichtiger Bestandteil der PatientInnenbedürfnisse um deren Lebensqualität und die optimale Lebenserwartung zu gewährleisten.

3.3. Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death (Nicely, B, DeLario, GT, 2011)

Forschungsziel der Studie:

Das Ziel dieser Studie ist es zu zeigen, dass sich der Prozess der Pflege an PatientInnen und deren Familien orientiert. Henderson's Theorie der 14 Lebensaktivitäten wird exemplarisch an einer Organtransplantationsstation in die Praxis implementiert, um zu zeigen, dass die Krankenschwester/-pfleger-KlientInnen-Beziehung gestärkt wird und die Qualität der Pflege erhöhen kann.

Die Implementierung von Hendersons Theorie:

Normale Atmung: Nach Henderson ist das die erste Aktivität. Potentielle Organspender haben unterschiedliche neurologische Verletzungen erlitten. Diese Verletzungen können intern oder extern sein. Der Körper als ein ganzes System ist stark beeinträchtigt. Deswegen ist es wichtig ausreichend Sauerstoffversorgung zu schaffen, um die Organe aufrechtzuerhalten. Wenn der Patient/die Patientin die Fähigkeit zu atmen verloren hat, ist die Intubation und Beatmung notwendig. Dieser Eingriff ist typisch für die Traumapflege.

Ein/e kluge/r Krankenschwester/Krankenpfleger, die/der sich bewusst ist, dass eine Organspende durchgeführt werden kann, versteht die Auswirkungen einer mangelnden Sauerstoffversorgung und kümmert sich darum, dass der Spender/die Spenderin immer genug Sauerstoff bekommt.

Eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger weiß, dass unzureichende Sauerstoffversorgung die Organe schädigen oder zerstören kann.

Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme: Das nächste Konzept von Henderson unterstützt die KlientInnen bei angemessenem Essen und Trinken.

Nach Henderson kann die Pflege nur erweitert und verbessert werden, wenn genug Nahrung und Flüssigkeit aufgenommen wird. Die Krankenschwester/der Krankenpfleger beobachtet und achtet darauf, dass diese Aktivität ordnungsgemäß durchgeführt wird und kümmert sich darum, dass durch Essen und Trinken keine neue Komplikationen entstehen. Dadurch werden die Organfunktionen des Spenders unterstützt.

Ausscheidung mittels aller Ausscheidungsorgane: Wenn die Gehirnfunktion beeinträchtigt ist, wird die Produktion von ADH (Antidiuretische Hormone die Wasserausscheidung hemmen) niedriger und durch Hirntod wird die Produktion gestoppt. Nieren sind sehr empfindlich und werden häufig durch die Urinmenge beschädigt.

Die Krankenschwester/der Krankenpfleger, die/der das empfindliche Gleichgewicht zwischen Nierenfunktion und anderen Körpersystemen versteht, überwacht die Organfunktionen und führt regelmäßig verschiedene Testlabors durch.

Eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger, die/der mit potentiellen Organspendern arbeitet, kennt die Nebenwirkungen der Flüssigkeitsüberlastung. Sie/Er überwacht deswegen mehrere Indikatoren und führt verschiedene Interventionen um Stabilität zu gewährleisten.

Bewegung und Einhaltung der gewünschten Lage/Schlaf und Ruhe: Hier werden die zwei Aktivitäten von Henderson zusammen betrachtet.

Bei komatösen PatientInnen wird versucht eine Hautschädigung, Lungeninfiltrate oder eine Lungenentzündung zu verhindern. Das Gleiche gilt für bettlägerige oder immobile PatientInnen. Durch die mangelnde Bewegung können leicht verschiedene Probleme und Entzündungen entstehen. Die Transplantationsfähigkeit der Lunge ist sehr schwer aufrechtzuerhalten.

Lungen, die letztlich anderen PatientInnen transplantiert werden können, müssen durch die Krankenschwester/den Krankenpfleger intensiv gepflegt werden um ihre Funktion zu optimieren.

Auswahl passender Kleidung, An- und Ausziehen: In der Grundpflege werden die Krankenschwestern/die Krankenpfleger gelehrt, dass die Privatsphäre von den PatientInnen respektiert werden muss.

In dem OP-Bereich ist die Kultur der chirurgischen Wiederherstellung von Organen in Bezug auf An- und Ausziehen von großer Bedeutung. Wenn die Krankenschwester/der Krankenpfleger den Prozess mit An- und Ausziehen nicht versteht, kann es sehr un bequem und unangenehm für den Patienten/die Patientin sein.

Die Krankenschwester/Der Krankenpfleger, die/der mit OrganspenderInnen arbeitet, ist die/der HütterIn dieser Privatsphäre während des gesamten Prozesses, auch im OP-Bereich, wo die Organtransplantation durchgeführt wird.

Vermeidung von Gefahren in der Umgebung von PatientInnen und Vermeidung einer Gefährdung anderer: Auf einer Station wo sich die OrganspenderInnen aufhalten, soll die Krankenschwester/der Krankenpfleger für die Sicherheit der OrganspenderInnen sorgen und die Gefahren, die durch verschiedene Gegenstände wie Lampen und Ventilatoren entstehen können, vermeiden. Eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger kümmert sich auch um den emotionalen Zustand der OrganspenderInnen. Sie/Er sorgt sich um die Familie und versucht deren Vertrauen zu gewinnen, damit die Organtransplantation erfolgreich durchgeführt werden kann.

Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur durch Bekleidung und Umgebungswechsel: Die Krankenschwester/Der Krankenpfleger soll die Temperaturregulation durch Kühldecken, Wärmelampen und andere Maßnahmen wie zum Beispiel Paraffin, Fango oder den Wechsel in einen geeigneteren Raum durchführen können.

Sauberkeit und Körperpflege: Der Akt des Badens und die körperliche Bewegung haben eine große Bedeutung für die Pflege, die ein/e Krankenschwester/Krankenpfleger durchführen muss. Das Ziel ist nicht die Erholung für OrganspenderInnen, sondern die Fürsorge um sie. Außerdem macht ein gepflegtes Erscheinungsbild auch einen besseren Eindruck nach außen.

Die Krankenschwester/der Krankenpfleger muss sich die Zeit für Grundpflege nehmen, sie/er kann auch die Familie motivieren sich dabei zu beteiligen.

Auch eine häufige Mundhygiene ist hilfreich und minimiert das Risiko von Infektionen.

Zum Ausdruck bringen von Empfindungen, Notlagen, Furcht oder Gefühlen im

Umgang mit anderen: Die Krankenschwester/Der Krankenpfleger kommuniziert mit den PatientInnen und versucht alles verständlich zu erklären. Durch die Kommunikation beruhigt sie/er die PatientInnen und ermöglicht ihnen auch Fragen zu stellen.

Krankenschwestern/Krankenpfleger fragen PatientInnen nach ihren Bedürfnissen, Gefühlen oder aktuellen Empfindungen.

Sie/Er kommuniziert auch mit der Familie, FreundInnen, mit anderem Personal wie ÄrztInnen oder PsychiaterInnen, damit sie/er rechtzeitig Informationen sammeln kann, die ihr/ihm helfen die Pflege passend zu gestalten.

Gott zu dienen: Der Glaube an Gott wird von den Krankenschwestern/Krankenpflegern respektiert. Alle Religionen unterstützen die Organspende solange das Leben von OrganspenderInnen nicht in Gefahr gebracht wird.

Spiel oder Teilnahme an verschiedenen Unterhaltungsformen: Freizeitaktivitäten wie Spaziergänge, Wandern, Radfahren, Laufen und andere Formen von körperlicher Betätigung wirken entspannend. Krankenschwestern/Krankenpfleger wird durch regelmäßige Freizeitaktivitäten ermöglicht die Pflege leichter durchzuführen. Nach Möglichkeit können auch PatientInnen einbezogen werden.

Lernen und entdecken: In dieser Phase versucht die Krankenschwester/der Krankenpfleger die Familie bei der Trauer zu unterstützen und deren Leben wieder in die Normalität zu bringen. Für manche Menschen ist dies der erste Kontakt mit dem Thema Tod. Sie wissen noch nicht wie man damit umgehen soll, können dies durch Unterstützungsmaßnahmen jedoch erlernen. Krankenschwestern/Krankenpfleger können nach dem Tod von OrganspenderInnen im Kontakt mit der Familie bleiben.

(vgl. Nicely, B, DeLario, GT, 2011, S.73-76)

Ergebnis:

Virginia Hendersons Theorie lässt sich auf einer Station, wo Organtransplantationen durchgeführt werden, gut und leicht implementieren. Diese Theorie passt sich dem komplexen Prozess der Organtransplantation gut an. Die Metaparadigmen wie Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege bieten einen hervorragenden Rahmen, wo Krankenschwestern/Krankenpfleger kompetent arbeiten können.

Durch Hendersons Theorie wurde gezeigt, dass die Familie ein wichtiger Teil des Pflegeprozesses ist und dass die Krankenschwester/der Krankenpfleger oft als ein neues Mitglied der Familie gesehen wird.

Dieses Modell bietet einer/m Krankenschwester/Krankenpfleger die Chance sich weiterzuentwickeln, wodurch die Relevanz der Pflegetheorie für die Praxis bewiesen wird.

3.4. A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice (Timmins F, Horan P, 2006)

Forschungsziel der Studie:

In den letzten drei Jahrzehnten haben sich die Krankenschwestern/Krankenpfleger stark für den Einsatz der konzeptuellen Modelle der Pflegetheorien eingesetzt. Orem's self-care deficit nursing theory (SCDNT) ist eine sehr verbreitete Pflegetheorie in der Praxis und wird laut der Studie von den Krankenschwestern/Krankenpflegern sehr gern angenommen.

Ziel dieser Studie ist es, die Modelle von Orem kritisch zu analysieren und zu testen wie sich ein solches Modell auf der Herzüberwachungsstation einsetzen lässt. Diese Studie bewertet und verwendet die Theorie als ein Mittel um die Bedürfnisse von PatientInnen zu sehen, wodurch sich ein Effekt für die Pflege ergibt.

Die Implementierung der Theorie:

Dieses Modell wurde an einer Herzüberwachungsstation in Irland eingesetzt. Durch die Nutzung von Orem's Theorie wurde das professionelle Pflegehandeln erhöht und es führte zu einer besseren Pflegeplanung und kürzeren Krankenhausaufenthalten.

Um so ein professionelles Handeln zu erreichen, müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Wurde das Modell von den Krankenschwestern/Krankenpflegern verstanden?

- Skizziert das Modell einen klaren Nutzen für das Pflegepersonal?
- Wurde das Modell getestet und akzeptiert?
- Ist das Modell unter den jeweiligen geografischen Bedingungen einsetzbar?
- Hat das Modell ein gewünschtes Ergebnis von Pflegeinterventionen?
- Kann sich die Krankenschwester/der Krankenpfleger mit den Pflegeinterventionen identifizieren?
- Unterstützt das Modell menschliche Reaktionen auf potenzielle gesundheitliche Probleme?

(vgl. Timmins, F, Horan, P, 2006, S.34)

Verstehen des Modells→ In der amerikanischen und kanadischen Literatur wird das Modell genau und verständlich für das Personal erklärt. Verstehen bezieht sich nicht nur auf das Lesen der Theorie, sondern auch auf das üben in der Praxis.

Der spezifische Nutzen für Pflegepersonal und Pflege→Die Studie zeigte, dass die Krankenschwestern/Krankenpfleger viel nachgeforscht haben wie man das Modell richtig in der Praxis einsetzen kann. Eine besondere Bedeutung in der Anwendung hat das Modell in Bezug auf die Organisation und Unterstützung innerhalb des Pflegeteams. Dadurch wurde die Lebensqualität von PatientInnen auf der Herzüberwachungsstation maßgeblich verbessert.

Geographische Dimension→ Obwohl das Modell aus dem amerikanischen Raum kommt, hat es eine breite internationale Anwendung. Das Modell wurde in Ländern wie Kanada, Hong Kong und Finnland ohne Schwierigkeiten angewendet.

Gewünschte Ergebnisse von Pflegeinterventionen→ Die Anwendung des Modells hatte ein edukatives Ergebnis. Wurde dieses Thema in der Ausbildung von Krankenschwestern/Krankenpflegern behandelt, konnten diese später im Berufsalltag Pflegeinterventionen wirksamer umsetzen.

Im Modell wurde das Ziel formuliert, weg von der Pflege durch andere hin zu Selbstpflege zu kommen. Die individuelle Selbstversorgung von PatientInnen durch Pflegeinterventionen ist somit das ultimative Ergebnis des Modells.

Ermöglicht das Modell die Identifizierung mit Pflegeinterventionen→ Im Hinblick auf die kardiologische Intensivkrankenpflege unterstützt das Modell die Krankenschwestern/Krankenpfleger in ihrer Ausbildung und dient als ein nützlicher Leitfaden.

Ausbildungsprogramm→ Nachdem das Modell von Orem erforscht wurde, hat es einen besonderen Nutzen in der kardiologischen Praxis, sowie in der Ausbildung von Krankenschwestern/Krankenpflegern, die sich für diesen Bereich interessieren, gefunden.

Mehrere Pflegelehrpläne in den USA sind auf Orem's Self-Care Modell gegründet und bilden die Grundlage, dass sich das Modell auch im europäischen Raum verbreiten kann.

(vgl. Timmins F, Horan P, 2006, S. 34-38)

Ergebnis:

Die Anwendung von SCDNT (self-care deficits nursing theory) auf Herzüberwachungsstationen ist noch im Entwicklungszustand. Durch eine erhöhte Forschung könnte die Anwendung des Modells in der Praxis weiter forciert werden .

Die Krankenschwestern/Krankenpfleger können sich mit dem Modell nach Orem identifizieren. Das Interesse an den Pflegeinterventionen ist groß, aber die zu wenig erforschte Anwendung der SCDNT ist ein Nachteil für die Praxis. Dadurch könnte wiederum ein wertvoller Beitrag für die Entwicklung von Pflege-theorien entstehen.

Dieses Modell findet seine Anwendung in der Praxis, was noch ausgebaut werden könnte.

3.5. A Naturalistic Test of Peplaus Theory in Home Visiting (McNaughton, DB, 2005)

Forschungsziel der Studie: Die Beziehung zwischen Krankenschwestern/ Krankenpflegern und Klientinnen ist von großer Bedeutung für die Qualität der Pflege. In der Studie wurde getestet ob Peplaus Theorie „Interpersonal relations in theory“ die Beziehung der AkteurInnen durch Hausbesuche verbessern kann. Die wichtigste Aufgabe ist, dass Krankenschwestern/Krankenpfleger das Vertrauen von Klientinnen gewinnen, damit der Beziehungsaufbau gelingen kann.

Das Modell wurde in 4 Phasen eingeteilt:

- **Orientierung:** Bedürfnisse von Klientinnen werden identifiziert. Krankenschwester/Krankenpfleger und Klientin treffen sich als Fremde und beginnen sich kennen zu lernen. In dieser Phase soll die Klientin Informationen über sich selbst geben, damit die Krankenschwester/der Krankenpfleger ihr besser helfen kann.
- **Identifikation:** In der Identifikationsphase präsentiert die Klientin ihre Probleme der Krankenschwester/Krankenpfleger, wo diese/dieser Interventionen anbietet und sie bei der Entscheidung unterstützt. Beide Akteure werden als Partner bezeichnet.
- **Ressourcen:** Die Krankenschwester/Der Krankenpfleger ist ein/e ZuhörerIn oder der Partner/die Partnerin für die Probleme, die mittels vorhandener Ressourcen gelöst werden sollen.
- **Auflösung:** Krankenschwester/Krankenpfleger und Klientinnen bereiten sich auf das Beziehungsende vor. Die Klientin entwickelt neue Ziele, ist fähig die Probleme selbst zu lösen und die Krankenschwester/der Krankenpfleger wird weniger gebraucht. Die Klientin ist unabhängig.

Ziel der Studie war es alle Phasen durch Hausebesuche zu testen und zu beurteilen, ob die Beziehung zwischen Krankenschwestern/Krankenpfleger und den Klienten verbessert werden kann.

(vgl. McNaughton, DB, 2005, S. 430-431)

Die Implementierung der Theorie:

ForscherInnen und Krankenschwestern/Krankenpfleger bezeugen gleichermaßen die Bedeutung der Krankenschwester/Krankenpfleger- KlientInnenbeziehung bei der Unterstützung von Problemlösungen und Gesundheitsförderung durch die Intervention der Hausbesuche.

Fünf schwangere Frauen und deren Gesundheitskrankenschwestern nahmen an der Studie teil. Hausbesuche wurden beobachtet und aufgezeichnet. Tonbänder wurden transkribiert und analysiert und eine Liste von Codes anhand Peplaus Theorie wurde gemacht.

Die Krankenschwestern haben 5 Hausbesuche durchgeführt. ForscherInnen nahmen die Rolle von passiven Beobachtern ein. Sie setzten sich auf die Seite und beobachteten die Krankenschwester-Klientinnenbeziehung. Das Gespräch wurde auf einem Tonband aufgezeichnet, zusätzlich machten sich die ForscherInnen Notizen.

Die Beziehungsformen korrelieren mit Peplaus Theorie und waren in jeder Phase beobachtbar.

Von den fünf Klientinnen, die an dieser Studie teilgenommen haben, waren vier Erstgebärende, die Fünfte erwartete ihr zweites Kind.

Häufigkeit und Dauer der Hausbesuche wurden von Krankenschwestern und Klientinnen bestimmt.

Die Orientierungsphase: Die Krankenschwester bemühte sich Informationen zu sammeln und diskutierte die Pläne für zukünftige Hausbesuche mit der Klientin.

Da es um schwangere Frauen ging, informierte sich die Krankenschwester auch über das Essverhalten. Es folgten auch sehr persönliche Fragen, wie zum Beispiel „Sind Sie mit Ihrem Partner zufrieden?“ oder „Basiert die Beziehung auf Treue, wenn nicht verursacht Ihnen so eine Situation Stress?“.

Beispiel: Eine der Klientinnen berichtete, dass ihr Partner ein LKW-Fahrer ist und ständig nachts arbeitet. Er übernachtet in Hotels und das macht die Klientin misstrauisch, was bei ihr Stress verursacht.

Die Identifikationsphase: In dieser Phase haben die Klientinnen mit der Krankenschwester über persönliche Probleme diskutiert, wie z.B. finanzielle Probleme, Mangel an sozialer Unterstützung und körperliche Beschwerden.

Die Klientinnen konnten erkennen dass die Krankenschwester durch Zuhören helfen kann, durch das Gespräch entstanden neue Ideen für die Problemlösung.

Die Klientinnen wollten die Meinung von der Krankenschwester hören. Welche Kleidung passt am besten wenn man schwanger ist? Wie soll die Ernährung während der Schwangerschaft ausschauen, worauf ist zu achten? Alle diese und weitere Fragen konnte die Krankenschwester durch Beratung und Betreuung beantworten und der schwangeren helfen.

Die Ressourcenphase: In dieser Phase werden die vorhandenen Ressourcen genutzt und diskutiert. Die erste Ressource für die Klientin ist die Krankenschwester. Sie wird in erster Linie als Informationsquelle, als Vertraute oder als Partnerin betrachtet.

Beispiel: Während eines Gesprächs hat die Klientin eine Frage bezüglich Kindergeldes. Sie wusste nicht welchen Nachnamen sie ihrem Kind geben soll damit sie finanzielle Unterstützung in Form von Kindergeld bekommt. Die Krankenschwester ratet ihr dem Kind den Nachnamen des Vaters zu geben. Dadurch kann das Kind die finanzielle Unterstützung bekommen und hat das Recht den Vater zu sehen.

Solche Situationen verlangen von der Krankenschwester klare und präzise Entscheidungen, damit die Klientin profitieren kann.

Die Lösungsphase: In dieser Phase endet die Betreuung. Durch die entstandene Beziehung wurde der Kontakt nicht sofort abgebrochen, sondern blieb einige Zeit bestehen.

(vgl. McNaughton, DB, 2005, S. 432-435)

Ergebnis:

Die Ergebnisse dieser Studie untermauern Peplaus Theorie. Die Klientinnen waren sehr offen für die Entwicklung einer Beziehung mit der Krankenschwester.

Die Krankenschwester ermutigte die Klientinnen den Kontakt mit der Familie oder mit dem Partner aufzunehmen. Sie hat dabei auch geholfen die Schwangerschaft nicht zu vernachlässigen und auf das Kind zu achten.

Peplaus Theorie der interpersonalen Beziehungen war sehr hilfreich bei der Beziehungsentwicklung durch die Hausbesuche. Sehr wenig von dem was während der Studie beobachtet und analysiert wurde, konnte als „nicht passend“ bezeichnet werden.

Nach der Datenanalyse haben die ForscherInnen nur ein Frage gestellt: „Wenn diese Theorie von Peplau die Beziehung zwischen Krankenschwestern und Klientinnen nicht darstellt oder verbessert, welche schafft das dann?“.

3.6. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice (Henderson S, 2002)

Forschungsziel der Studie:

Durch die universitäre Ausbildung der Krankenschwestern/Krankenpfleger wird die Theorie in der Praxis besser umgesetzt.

Diese Studie beschäftigt sich genau mit der eben beschriebenen Situation. Das Ziel ist durch die Erfahrungen von Krankenschwestern/ Krankenpfleger das theoretische Wissen in die Praxis zu übertragen und zu zeigen welche Faktoren dafür wichtig sind.

Das Implementieren von Wissen in die Praxis: Die Theorie wird oft als Inhalt definiert, den die PflegeschülerInnen im Klassenzimmern lernen, wohingegen die Praxis in klinischen Einrichtungen gesammelt werden kann. Mit anderen Worten hat das „schriftliche“ Wissen, welches in der Schule gewonnen wird, keine Ähnlichkeit mit der Praxis.

Um zu testen ob das so ist, wurden die Krankenschwestern/Krankenpfleger im Rahmen dieser Studie mittels eines Interviews befragt. Diese Befragung wurde auf einer Akutklinik in Australien durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und analysiert um die Ergebnisse später vergleichen zu können. Insgesamt nahmen 33 Krankenschwestern/-pfleger teil.

Ein interessantes Ergebnis der Studie sind die Faktoren, welche die Übertragung des theoretischen Wissens beeinflussen. Diese Faktoren sind:

1. Die funktionelle Pflege
2. Vorbilder

Die funktionelle Pflege: Einige Krankenschwestern/Krankenpfleger haben festgestellt, dass sie, obwohl sie die ganzheitliche Betreuung gelernt haben, nicht in der Lage sind, diese auch in der Praxis anzuwenden. Beispielsweise: Der funktionelle Aspekt der Pflege nimmt so viel Zeit in Anspruch, sodass Fürsorge für und Rücksicht auf die PatientInnen und deren eigene Vorstellungen oft vernachlässigt werden. Weil Krankenschwestern/Krankenpfleger viel beschäftigt sind, haben sie wenig Zeit um ganzheitliche Betreuung anzubieten.

In der Praxis ging es immer um die Erfüllung anderer Aufgaben, auf Kosten eines ganzheitlichen Betreuungskonzeptes.

Es ist festzustellen, dass viele Krankenschwestern/Krankenpfleger nach ihrer Ausbildung an einer Universität mit viel theoretischem Wissen aber wenig Erfahrungsschatz auf die Stationen kamen. Ausnahmen hierfür waren Inhalte die sie während eines Praktikums gelernt haben. Als Beispiel wäre das Modell der Selbstpflege nach Orem zu nennen, weil es von ihnen als ein funktionelles Modell der Pflege angesehen wurde.

(vgl. Henderson, S, 2002, S. 246-247)

Vorbilder: Sozialisation ist ein Prozess, in dem die Krankenschwestern/ Krankenpfleger lernen was die eigentliche Rolle in der Pflege ist. Durch diesen Prozess entwickeln Krankenschwestern/Krankenpfleger ihre soziale Identität und lernt neue Fähigkeiten.

Die Studie ergab, dass Krankenschwestern/Krankenpfleger ihre soziale Identität und Rolle der Pflege durch die Einflüsse von älteren bzw. erfahrenen Krankenschwestern/ Krankenpfleger durch deren Vorbildwirkung entwickeln konnten.

Vor allem leitenden Krankenschwestern/Krankenpfleger waren hervorragende Vorbilder. Die neue Krankenschwester/Der neue Krankenpfleger wurde in der Praxis unterstützt und konnte ihr/sein theoretische Wissen reflektieren, was nützlich für die Pflegepraxis war.

In verschiedenen Einrichtungen haben die älteren Krankenschwestern/Krankenpfleger, den jüngeren Krankenschwestern/Krankenpfleger ermöglicht professionell zu handeln, wodurch die ganzheitliche Betreuung gelingen konnte.

(vgl. Henderson, S, 2002, S. 247-248)

Ergebnis:

Diese Studie hat gezeigt, dass die Übertragung von theoretischem Wissen einen großen Einfluss auf die ganzheitliche Betreuung haben kann. Sowohl das theoretische Wissen, als auch die Vorbilder (ältere Krankenschwestern/Krankenpfleger) können die tägliche Pflegepraxis beeinflussen.

In der Literatur wird diese Situation bestätigt. Somit gilt: Die Theorie, die man im Unterricht lernt, muss durch das Praktizieren umgesetzt werden.

WissenschaftlerInnen sollten sich sicher sein, dass das Wissen, welches sie an die Studierenden weitergeben, in der Praxis umgesetzt wird. Das Wissen muss aber auch durch Praktika erfrischt und aktualisiert werden. Es ist wichtig, dass WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen sich bewusst sind, dass beide auf der gleichen Seite stehen und gemeinsam verantwortlich für die Qualität der Pflege sind.

3.7. The application of theory to triage decision- making (Reay G, Rankin JA, 2012).

Forschungsziel der Studie: Wie oft in der Literatur erwähnt, wird die Theorie in der Pflege als eine akademische Disziplin mit sehr wenig Relevanz für die tägliche Praxis verstanden. In der Pflege herrscht oft Uneinigkeit darüber, was eine Theorie ist, und was eine Theorie nicht ist. Die wissenschaftliche Theorie ist eine abstrakte, systematische Erklärung, wie Konzepte miteinander in Beziehung stehen. Für viele Pflegetheorien passt diese Beschreibung nicht, denn Pflegewissen wird als Wissen, welches für Krankenschwestern/Krankenpfleger nützlich ist, definiert. Das Ziel dieser Studie ist keine erschöpfende Beschreibung der Pflegetheorien, sondern ein allgemeiner Überblick, wie die Pflegetheorie aufgebaut ist. (vgl. Reay, G, Rankin, JA, 2012, S. 1)

Das Ziel ist die Pflegetheorie zu beschreiben, wodurch eine neue Theorie entstehen kann.

Theorie und Praxis: In der Pflegeausbildung werden StudentInnen mit Pflegetheorien konfrontiert. Die Theorien sollen selbst in die Praxis integriert werden.

Auf der anderen Seite würde ein/e durchschnittliche Krankenschwester/Krankenpfleger es für sehr wahrscheinlich halten, dass die Theorie wenig Relevanz für die tägliche Realität einer Station hat. Um so eine Theorie zu testen, entwickeln ForscherInnen häufig Hypothesen, die überprüfbar sind.

Durch solche Prozesse können neue Theorien beschrieben werden, um so beispielsweise zu erklären wie IntensivpflegerInnen mit Zeitdruck umgehen. Die IntensivpflegerInnen sollten fähig sein die Betroffenen korrekt zu identifizieren und einzugreifen wo die PatientInnen von einem unerwünschten Ereignis betroffen sind. Bei einem Szenario wurde den Krankenschwestern/Krankenpflegern eine Situation vorgestellt, die unter Zeitdruck analy-

siert werden soll. Das Ergebnis zeigte, dass Krankenschwestern/Krankenpfleger, nicht Fähig waren richtig zu reagieren.

Eine weitere Theorie, die WissenschaftlerInnen gerne verwenden um solche Situationen zu beschreiben, ist die Deskriptive Theorie. Sie versucht die Phänomene zu beschreiben mit dem Ziel gemeinsame Themen zu extrahieren. Beschreibende Theorien werden oft verwendet, wo wenig über ein Bereich der Wissenschaft bekannt ist.

Qualitative ForscherInnen verwenden oft deskriptive Theorien. Ein Beispiel dafür ist die Grounded Theory, wo beschrieben wird, wie Krankenschwestern/Krankenpfleger in einem Notfall den Prozess der Erstprüfung durchführen. Es wurde festgestellt, dass Triage als ein sozial konstruierter Prozess betrachtet werden kann, an dem die Krankenschwestern/-pfleger mit den PatientInnen teilnehmen, und die Bedeutung der Situation wahrnehmen.

Triage wird traditionell von Notfallkrankenschwestern/-pfleger durchgeführt und kann sich als dynamischer Entscheidungsfindungsprozess gestalten. Notfallkrankenschwestern/Krankenpfleger beurteilen NotfallpatientInnen, weisen auf die Wahrnehmungsfähigkeit hin, priorisieren PatientInnen welche von einem Arzt untersucht werden sollen, und bestimmen den geeigneten Behandlungsrahmen.

Eine falsche Entscheidung kann die Gesundheit von PatientInnen negativ beeinflussen. Deshalb sollen die Prozesse und Strategien, die Krankenschwestern/Krankenpfleger durchführen, formuliert werden, damit die Sicherheit von PatientInnen geschützt wird.

(vgl. Reay, G, Rankin, JA, 2012, S. 2-3)

Das Implementieren in die Praxis:

Notfallkrankenschwestern/-pfleger treffen Entscheidungen in einem Umfeld von Ungewissheit, unter Zeitdruck mit begrenzten Informationen. Durch diese Studien haben ForscherInnen versucht zu verstehen, wie erfahrene Notfallkrankenschwestern/-pfleger Entscheidungen im realen Umfeld treffen.

Dadurch wurde ein Modell eines konzeptuellen Prozess entwickelt, der von erfahrenen EntscheidungsträgerInnen genutzt wird, um ihre Entscheidungen zu formulieren. Das Modell beschreibt wie Menschen ihre Erfahrungen nutzen um rasche Entscheidungen unter Zeitdruck und Unsicherheit zu treffen.

Es gibt 3 Varianten von dem Modell:

Die 1. Variante betrifft die Erkennung einer typischen Situation. Die entscheidende Person (die Notfallkrankenschwester/-pfleger) versteht was die Ziele sind und ist in der Lage die entsprechenden Hinweise auszuwählen. Sie/Er weiß was als Nächstes zu erwarten ist.

In der 2. Variante ist die Situation atypisch und die Notfallkrankenschwester/-pfleger reagiert zweideutig auf die Situation. Sie/Er versucht eine Geschichte zu erzählen, dadurch wird versucht das Unerwartete in der Situation zu erklären.

Die 3. Variante besteht darin mental eine Vorgehensweise zu simulieren oder eine andere Vorgehensweise auszuwählen, sie anzupassen oder abzulehnen.

Wenn diese Art des Vorgehens abgelehnt oder nicht durchgeführt wird, muss die nächste Option gedanklich simuliert werden.

Das Modell ist eine Kombination aus Intuition und Analyse. Beide Parameter sind notwendig. Nur durch intuitives Denken können fehlerhafte Entscheidungen getroffen werden, das analytische Denken alleine ist zu langsam.

Durch das Implementieren in die Praxis konnte eine Krankenschwester/ ein Krankenpfleger, die/der allein auf Intuition vertraut, die Schmerzen in Brustbereich von PatientInnen nicht wahrnehmen. Dies führte zu Komplikationen, da das Symptom vernachlässigt wurde.

Ein/e Notfallkrankenschwester/-pfleger, die/der sehr viel Zeit mit der Beurteilung und Analyse der Schmerzen im Brustbereich verbringt, konnte andererseits die notwendige Behandlung verzögern.

Krankenschwestern/Krankenpfleger, die fähig sind alle Signale schnell zu erkennen und eine Balance zwischen Analyse und Zeitdruck finden, konnte die notwendige Behandlung durchführen, und waren in der Lage richtig zu handeln.

(vgl. Reay, G, Rankin, JA, 2012, S. 3-4)

Ergebnis: Das Ziel der Studie ist eine Beschreibung des Theoriebegriffs anzubieten, der verständlich und nützlich ist. Diese Studie hat versucht die Theorie in Fragen und Antworten zu beschreiben. Wissenschaftliche Theorien beantworten Fragen, die entweder aus einer anderen Theorie entstanden sind, oder aus der Erfahrung kommen.

Die Disziplin der Pflege muss auch die Fragen beantworten, die sich aus der Praxis ergeben.

Die Studie hat gezeigt, dass Praxis und Theorieentwicklung ein integraler handlungsorientierter Prozess sind. Das Pflegewissen ist ein Wissen, welches für Krankenschwestern/Krankenpfleger nützlich ist, egal ob es aus Disziplin der Pflege kommt, oder auf anderen Disziplinen basiert.

Theorie soll nicht als etwas Abstraktes verstanden werden. Die Theorie soll in der alltägliche Pflegepraxis verstanden und angewendet werden. Ein besseres Verständnis, was eine Theorie ist und was eine Theorie nicht ist, kann zu einer verstärkten Nutzung der Theorie in dem klinischen Bereich beitragen.

Forschung, die mit Fragestellungen durchgeführt wird, die in der Praxis entstehen, und auf theoretischen Kenntnissen und Erfahrungen beruhen, kann einen Weg zu Theorieentwicklung bieten, der in der Pflegepraxis Sinn ergibt.

4. Diskussion & Ausblick

In der Pflege sind Theorien entwickelt worden um verschiedene Phänomene oder Situationen zu beschreiben, die für die klinische Praxis nützlich sein können. Für die Pflege sind auch Theorien aus anderen Disziplinen, wie zum Beispiel der Psychologie oder Biologie, nützlich und werden für verschiedene Pflegesituationen angewendet. Obwohl es versucht wird die Theorien in die Praxis zu implementieren, ist es vielen Forscher nicht zu 100% gelungen, die Theorie in die Praxis zu integrieren.

(vgl. Burns, N, Grove, SK, 2005, S. 156-157)

Die Forschungsstudien zeigen, dass eine umfassende Literaturrecherche, kombiniert mit einer adäquaten Ausbildung, die nötige Qualität der Pflege bietet. Viele TheoretikerInnen und ForscherInnen zusammen mit dem Pflegepersonal bilden ein Team, welches man als Ganzes betrachten kann, und nur als ein Team kann man für eine sichere Pflege sorgen.

(vgl. Reay, G, Rankin, JA, 2012, S. 4)

Durch die Forschungsergebnissen konnte gezeigt werden, dass verschiedene Pflege-theorien in verschiedene Einrichtungensich unterschiedlich eingeführt werden konnten. Durch Ausbildung sollte man in der Lage sein, selber zu entscheiden welches Modell zu welcher Einrichtung passt. (vgl. Reay, G, Rankin, JA, 2012, S. 5)

Jeder Patient ist einzigartig und hat seine Bedürfnisse, die man als kompetente/r Krankenschwester/Krankenpfleger erkennen soll.

Wie in der Studie über die Bedürfnistheorie von Virginia Henderson beschrieben wurde, ist die Pflege ein komplexer Prozess, der ständig aktiviert werden muss um die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin zu befriedigen. Ein/e zufriedene/r PatientIn ist auf gutem Weg seine/ihre Probleme zu bewältigen und sich einer bestimmten Situation anzupassen.

(vgl. Nicely, B, DeLario, GT, 2011, S. 76)

Es soll immer weiter daran gearbeitet und geforscht werden welche Methoden, Modelle oder Theorien die Erfolgreichsten sind, um bestimmte Situationen und Probleme bewältigen zu können.

Jede Person, die gut ausgebildet ist, sollte in der Lage sein selber zu entscheiden, welche Konzepte für die Pflege relevant sind. Man muss bedenken, dass manchmal auch keine Entscheidung eine Entscheidung ist. Entscheidungen können auch intuitiv getroffen werden!

Es gehört sehr viel Phantasie und Kreativität dazu, die man selber braucht um gut in der Praxis arbeiten zu können, wobei die Pflege-theorien sehr viel helfen können.

Der erste Schritt, um kompetent das passende Modell in die Pflegepraxis einzuführen zu können, sollte eigentlich die eigene Einstellung, Ausbildung, Erfahrung und die Moral sein. Man muss auch in der Lage sein nach dem Gefühl entscheiden zu können welches der Modelle am besten für den Patienten/die Patientin wäre. Man sollte auch Mitgefühl gegenüber den Betroffenen zeigen, denn sowas stärkt die interpersonelle Beziehung zwischen den Pflegenden und den PatientInnen. (vgl. McNaughton, DB, 2005, S. 435-436)

In der Studie zwei, wo die Pflege als ein an PatientInnen und Familien orientierter Prozess beschrieben wurde, ist zu bedenken, dass die Krankenschwester/der Krankenpfleger eine wichtige Rolle im Leben der Familie und im Leben des Betroffenen spielt. Die Studie zeigt und beschreibt die Aufgaben der Krankenschwestern/Krankenpfleger am besten und beschäftigt sich mit der implementierung von Theorien. In der Theorie wurde auch die Krankenschwester/der Krankenpfleger als Person in Kombination mit den Aufgaben beschrieben. Eine Krankenschwester/Ein Krankenpfleger ist: das Bewusstsein des Unbewussten, die Liebe zum Leben zu dem Selbstmörderischen, Bein des Amputierten, das Auge von einem Neuerblindeten, ein Fortbewegungsmittel für das Neugeborene, das Wissen und das Vertrauen für die junge Mutter, die Stimme für diejenigen, die zu schwach sind um zu sprechen. (vgl. Nicely, B, DeLario, GT, 2011, S. 72).

Ausblick

Die Literatursuche für diese Arbeit wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. In den Datenbanken waren keine Studien zu finden, die im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden. Es ist ratsam, dass ForscherInnen und Pflege theoretikerInnen Studien im mitteleuropäischen Raum durchführen, um einen Blick in die Praxis zu bekommen. Dadurch kann die Pflege in verschiedenen Bereichen erforscht werden, um zu sehen wie sich die Pflegetheorien im deutschsprachigen Raum durchsetzen und implementiert werden können.

Was durch die Pflegepraxis bewiesen wurde, ist dass sich die Pflegetheorien gut umsetzen lassen, und dass dadurch verschiedene Modelle angewendet werden können. Durch die Praxis haben die Krankenschwestern/Krankenpfleger ihr Wissen gut umgesetzt und dabei ihre Kompetenz bewiesen.

Die Pflegetheorien zeigen sich durch die Studien relevant für die Praxis und beweisen das ohne die Theorie keine Praxis modifiziert werden kann.

5. Schlussfolgerung/Conclusio

Das Ziel dieser Arbeit war es die Relevanz der Pflgetheorien für die Pflegepraxis vorzustellen.

Die Studie von Graham (2006) zeigte, dass die Theorien von Orem, Neuman und Peplau in die Praxis implementiert werden können. Das Orem's Self-Care Modell konnte sich in alle Aspekte der PatientInnenbetreuung, die sich im Endstadium einer Nierenerkrankung befanden, etablieren. Durch die drei Theorien, die für diese Studie angewendet wurden, waren die Beziehungen zwischen Krankenschwestern/Krankenpfleger und PatientInnen und deren Angehörigen notwendig, was für die Qualität der Pflege sehr bedeutsam war.

Dass Pflege ein an PatientInnen und Familien orientierter Prozess ist, wurde in der Studie von Nicely und DeLario (2011) gezeigt. Die Studie wurde anhand der 14 Lebensaktivitäten nach Virginia Henderson durchgeführt. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass sich die 14 Lebensaktivitäten auf einer Station, wo die Organtransplantation stattfindet, leicht in die Praxis implementieren lassen. Die Theorie nach Henderson zeigte die absolute Relevanz für die Pflegepraxis.

Die Relevanz der Pflgetheorie wurde auch in der Studie von Horan und Timmins (2006) bewiesen. Die Orem's Self-Care Deficite Nursing Theory (SCDNT) ist laut der Studie eine sehr verbreitete Theorie in der Pflegepraxis und wird von Krankenschwestern/Krankenpflegern sehr gern angenommen. Die Studie wurde mit Erfolg auf einer Herzüberwachungsstation durchgeführt, wo das Interesse für die Anwendung der Pflgetheorien sehr groß ist.

Für die Studie von Reay und Rankin (2012) wurde die Theorie von Hildegard Peplau verwendet. Durch Hausbesuche wurde versucht Peplaus „Interpersonal relations in theory“ zu untersuchen. Das Ergebnis der Studie ist, dass die Theorie von Peplau unterstützt wird. Durch Hausbesuche und der Betreuung von fünf Schwangeren wurden die Beziehungen zwischen Krankenschwestern und Klientinnen sowie deren Angehörigen deutlich verbessert. Sehr wenig von dem was in der Studie analysiert wurde, konnte als „nicht passend“ betrachtet werden.

Die Studie von Henderson (2002) zeigt, dass die universitäre Ausbildung der Krankenschwestern/Krankenpfleger eine bedeutsame Rolle für die Pflegepraxis hat. Die Pflegetheorien, die während der Ausbildung gelernt werden, konnten in die Pflegepraxis umgesetzt werden. Durch zwei Modelle wurde gezeigt, dass die Umsetzung von Pflegetheorien in die Praxis möglich ist, und dass dabei die jüngeren Krankenschwestern/Krankenpfleger von den erfahrenen Krankenschwestern/Krankenpfleger unterstützt werden, welche in der Studie als Vorbilder bezeichnet werden.

Das Ziel der Studie von Reay und Rankin (2012) war es zu beschreiben was der Begriff „Pflegetheorie“ bedeutet um ihn als verständlich und natürlich zu betrachten. Die Studie hat gezeigt, dass das Wissen von Krankenschwestern/Krankenpfleger sehr nützlich für die Praxis sein kann, unabhängig davon ob das Wissen aus anderen Disziplinen der Pflege kommt.

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass jede inkludierte Studie die Relevanz der Pflegetheorien beschreibt und reflektiert. Die Relevanz der Pflegetheorien für die Pflegepraxis ist nicht fraglich. Es wurde bewiesen, dass die Krankenschwestern/Krankenpfleger bereit sind die Pflegetheorien in die Praxis umzusetzen und dabei von erfahrenen KollegInnen profitieren können.

6. Literaturverzeichnis

Burns, N, Grove SK, 2005, „Pflegeforschung verstehen und anwenden“, *Urban & Fischer Verlag*, 1. Auflage, *Elsevier GmbH, München*.

Graham, J, 2006, „Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease, *Canadian Association of Nephrology Nurses & Technologists*, vol. 16, no. 4.

Haas, S, Breyer, E, Knaller, C, Weigl, M, 2013, „Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung“, *Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH*, Band Nr. 10.

Henderson, S, 2002, „Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice“, *Nurse Education in Practice*, vol. 2 no. 4.

McKenna, H, 1997, „Nursing Theories and Models“, *Routledge, Library of Congress Cataloguing in Publication Data*, 1. Auflage, New Fetter Lane London.

McNaughton, DB, 2005, „A Naturalistic Test of Peplau's Theory in Home Visiting“, *Department of Community and Mental Health Nursing, University College of Nursing*, vol. 22, no.5.

Meleis, AI, 2012, „Theoretical Nursing, Development and Progress“, *Wolters Kluwer Health*, 5. Auflage, *Lippincott Williams & Wilkins by Lippincott- Raven Publishers, Philadelphia*.

Neumann- Ponesch, S, 2014, „Modelle und Theorien in der Pflege“, *UTB Facultas Verlags- und Buchhandels AG*, 3. Auflage.

Nicely, B, DeLario GT, 2011, „Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death“, *Progress in Transplantation*, vol. 21, no. 1.

Reay, G, Rankin, JA, 2012, „The application of theory to triage decision-making“, *International Emergency Nursing, Faculty of Nursing, University of Calgary*, vol. 21, no. 2.

Timmins, F, Horan, P, 2006, „A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice“, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 6, no.1.