

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Gesundheitspflege am Beispiel von Patientinnen nach Mammacarcinom

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 01. Juni 2010

Vorgelegt von: Nadine Rosenfeld

Betreuende Prüfende: Katharina Straß

Zweiter Prüfender: Andreas C. Müller

Inhalt

1 Einleitung	3
2 Diagnose Mammacarcinom.....	5
2.1 Krankheitsbild	5
2.2 Spezielle Bedürfnisse der Patientengruppe	6
2.2.1 Körperliche Veränderung und Veränderungen des Körperbildes	6
2.2.2 Veränderungen des sozialen Umfeldes.....	8
2.2.3 Psychische Veränderungen und Angst	10
3 Was ist Gesundheitspflege?.....	13
3.1 Der Begriff der Gesundheit, unterschiedliche Definitionen und Bedeutungen.....	13
3.2 Vielfalt der Gesundheitskonzepte.....	16
3.2.1 Gesundheitskonzepte im Überblick.....	16
3.2.2 Gesundheitskonzept der Salutogenese.....	19
3.2.2.1 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.....	20
3.2.2.2 Die generalisierten Widerstandsressourcen.....	21
3.2.2.3 Das Konzept des Kohärenzgefühls.....	22
3.2.2.4 Kritische Betrachtung des Salutogenese-Konzepts	24
3.2.2.5 Wichtigkeit der Salutogenese für Patientinnen mit Mammacarcinom.....	25
3.3 Verständnis des Begriffes Gesundheit.....	27
3.4 Krankenpflege und Gesundheitspflege, zwei gleichgestellte Arbeitsfelder der Pflege?	28
4 Salutogenese in der Pflege von Patientinnen nach Mammacarcinom.....	31
4.1 Möglichkeiten der Gesundheitspflege	31
4.1.1 Vorgehen beim ersten Verbandswechsel.....	32
4.1.2 Zweistufiges Einwirken auf das Kohärenzgefühl.....	33
4.1.3 Stärkung der generalisierten Widerstandsressourcen	36
4.1.4 Körperbildarbeit.....	38
4.1.5 Überlegung zur praktischen Umsetzung	39
4.2 Spannungsfeld: Gesundheit – Krankheit	40
5 Fazit	41
Literaturverzeichnis	44

1 Einleitung

Gesundheit und Krankheit scheinen auf den ersten Blick zwei Zustände zu sein, die sich gegenseitig ausschließen. Doch gerade bei der Betrachtung von chronisch Erkrankten ist dies fraglich. Ab wann ist ein Mensch als krank zu betrachten? Oder anders gefragt: Wann ist ein Mensch (wieder) als gesund zu bezeichnen? Vor allem heute, wo die Zahl der chronisch Erkrankten und multi-morbiden Menschen stetig ansteigt (vgl. Blankart et al 2009, 13ff), stellt sich die Frage, ob Gesundheit und Krankheit nebeneinander in einem Organismus präsent sein können. Vermehrt wird von einer Ausrichtung auf die Gesundheit gesprochen. Der Mensch soll in seiner Gesamtheit betrachtet und nicht auf die Krankheit reduziert werden (vgl. Steinbach 2007, 132). Die Berufsbezeichnung der Krankenschwester ist abgelöst vom Begriff der Gesundheits- und Krankenpflegerin. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege ist das Erlernen von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, sowie Unterstützung und Beratung in gesundheitsrelevanten Fragen vorgeschrieben (vgl. KrPflAPrV Anlage 1 zu §1 Abs.1). Unklar bleibt die Bedeutung des Begriffs und somit auch eine Aufgabenzuschreibung zur Gesundheitspflege. Daraus folgt, dass die Möglichkeiten zur Umsetzung der Gesundheitspflege im stationären Setting unzureichend beschrieben werden können. Besonders bei chronisch erkrankten Menschen könnte die Gesundheitspflege eine bedeutsame Rolle spielen, da sich diese Patientengruppe zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit bewegt. Eine große Gruppe der chronisch Erkrankten stellen Patienten mit Carcinomen, sog. bösartigen Neubildungen dar. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren in Deutschland angestiegen. Das hängt sowohl mit der gestiegenen Lebenserwartung, als auch mit der verbesserten Überlebensaussicht bei vielen Krebserkrankungen zusammen (vgl. Husmann 2010, 157). Die häufigste bösartige Neubildung bei Frauen ist das Mammacarcinom. Nach Schätzungen des Robert Koch Institutes wird die Zahl der von Brustkrebs betroffenen Frauen von 559 pro 100.000 Frauen im Jahr 2004 auf 600 pro 100.000 Frauen im Jahr 2010 steigen (ebd.). Im Folgenden wird nur der Begriff Patientin verwendet, da lediglich ein Prozent der Mammacarcinome bei Männern auftritt (vgl. Giersiepen 2005, 7). Bei diesen würden sich andere Bedürfnisse und Schwerpunkte ergeben, die in einer separaten Fragestellung Beachtung finden sollten.

Mit der Diagnose Krebs beginnt für die Betroffenen eine psychische Ausnahmesituation. Sie müssen sich nicht nur mit der Angst zu sterben auseinandersetzen, sondern es kommen körperliche, psychische und soziale Belastungen auf die Patientinnen zu. Trotz der gravierenden Auswirkungen der Erkrankung sind die Patientinnen nicht nur als krank oder gesund zu bezeichnen. Die Erkrankung verläuft mit Höhen und Tiefen und daher können die Patientinnen als eher gesund oder eher krank beschrieben werden. Dieser Ansatz findet sich im Konzept der Salutogenese wieder und scheint Anwendung in der Gesundheitspflege von Patientinnen mit Mammacarcionom finden zu können. Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Patientinnen nach einer Brustkrebsoperation. Der bevorstehende, mehrtägige Krankenhausaufenthalt bietet den Patientinnen die Möglichkeit mit Unterstützung der Pflegekräfte ihren veränderten Körper anzunehmen und damit die Krankheitsverarbeitung einzuleiten. Durch umfassende Vertiefung der vorgestellten Problemfelder, sollen im Verlauf dieser Arbeit Lösungsansätze für folgende Frage gefunden werden: Wie kann das Gesundheitskonzept der Salutogenese in die Gesundheitspflege von Patientinnen mit Mammacarcinom im stationären Setting umgesetzt werden?

Eine kurze Beschreibung des Krankheitsbildes ermöglicht den Einstieg in das Thema. In Punkt 2.2 werden die besonderen Bedürfnisse der Patientinnengruppe dargestellt, bei der die Betrachtung der körperlichen Veränderungen erfolgt. Die Veränderungen des sozialen Umfeldes und der psychischen Veränderungen werden getrennt voneinander betrachtet. Im dritten Kapitel liegt das Interesse auf der Frage „Was ist Gesundheitspflege?“. Zuerst werden unterschiedliche Definitionen und Bedeutungen des Begriffes Gesundheit veranschaulicht. Dabei geht es sowohl um wissenschaftliche Ansichten, als auch um Laiendefinitionen. Punkt 3.2 setzt sich mit der Salutogenese und in diesem Zusammenhang kurz mit weiteren Gesundheitskonzepten auseinander. Dabei werden die Kernstücke der Salutogenese, wie das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, die generalisierten Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl eingehend betrachtet, sowie in Literatur dargestellte Kritik aufgezeigt. Aus diesem Überblick über unterschiedliche Gesundheitsbegriffe und Vorstellungen wird ein Verständnis von Gesundheit entwickelt, das für die weitere Arbeit Gültigkeit hat. Den Versuch, die beiden Arbeitsfelder Gesundheitspflege und Krankenpflege voneinander abzugrenzen, bildet den Abschluss des dritten Kapitels. Das vierte Kapitel stellt die Synthese der Kapitel 2 und 3 dar und beschreibt Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der Salutogenese im stationären

Setting. Darauf folgt eine Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld Gesundheit – Krankheit. In diesem Punkt werden Komplikationen beschrieben, die sich aus der strikten Trennung der beiden Arbeitsfelder ergeben. Das Fazit bildet den Schluss der gesamten Arbeit, dort werden wesentliche Ergebnisse der Arbeit dargestellt und mögliche Ausblicke gegeben.

2 Diagnose Mammacarcinom

2.1 Krankheitsbild

Mammacarcinome sind die häufigste bösartige Neubildung bei Frauen. Hauptsächlich handelt es sich dabei um Adenocarcinome, d.h. von Drüsen- oder Schleimhautepithelien ausgehende maligne Tumore (vgl. Hildebrandt 2004, 19). Als Risikofaktoren werden hohes Alter bei der ersten Geburt, frühe Menarche, Kinderlosigkeit, später Beginn der Menopause, familiäre Disposition, starkes Übergewicht, Bewegungsmangel, Nikotinabusus, regelmäßiger Genuss von Alkohol und ein hohes Lebensalter genannt (vgl. Husmann 2010, 77). Mit fortschreitendem Lebensalter nimmt die Erkrankungsrate zu. Doch bei 40% der Frauen wird die Diagnose vor dem 60. Lebensjahr gestellt. So ergibt sich ein mittleres Erkrankungsalter von etwas mehr als 60 Jahren (vgl. Giersiepen 2005, 9). Seit 1971 haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf eine jährliche Brustkrebsfrüherkennung, die das Abtasten der Brust einschließt. Zusätzlich wurde 2004 in der gesamten Bundesrepublik ein Mammographie-Screening-Programm für Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 aufgebaut (vgl. Husmann 2010, 77). Die Therapie von Mammacarcinomen besteht grundsätzlich aus der kompletten Entfernung des Tumors. In 70 bis 80 % der Fälle kann heute brusterhaltend operiert werden. Dieser Operation schließt sich eine Bestrahlung an und Chemo- und Hormontherapien können ergänzend durchgeführt werden, die auch in der palliativen Behandlung bei Metastasierung Anwendung finden. In 5 bis 8 % der Fälle kommt es nach der Erstbehandlung zu einem Rezidiv, denn das Risiko einen zweiten Brustkrebs zu entwickeln ist dreifach erhöht (vgl. Giersiepen 2005, 22f). Brustkrebspatientinnen gehören zu einer besonders vulnerablen Patientengruppe, da die Erkrankung mit Veränderungen des Körpers, der Psyche und des

sozialen Umfeldes einhergeht. In den folgenden Abschnitten wird der Fokus auf diese Veränderungen und ihre Bedeutungen für die Patientinnen gelegt.

2.2 Spezielle Bedürfnisse der Patientengruppe

2.2.1 Körperliche Veränderung und Veränderungen des Körperbildes

Sowohl die Heranwachsende, als auch die Frau im hohen Alter, sind den natürlichen Veränderungen ihrer Brust ausgesetzt. In der Entwicklungsphase versuchen heranwachsende Mädchen ihre körperlichen Veränderungen anzunehmen. Haben sie dies geschafft, kann eine Schwangerschaft den Körper verändern und die Brust wird zum Symbol des Nährens. Mit zunehmendem Lebensalter muss die Frau ihre alternde Brust in das Körperbild adaptieren. Diese Anforderungen sind mit dem natürlichen Entwicklungsprozess verknüpft. Wird im Verlauf des Lebens Brustkrebs diagnostiziert, setzt dies ein weiteres Annehmen des veränderten Körpers voraus, da die Therapie bestenfalls einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit erfordert. Dabei steht bei der Diagnosestellung das erkrankte Körperteil stark im Vordergrund. Doch spätestens nach der Operation oder mit Beginn der nachfolgenden Therapien wird deutlich, dass der Brustkrebs als eine Bedrohung für den gesamten Körper bezeichnet werden kann (vgl. Marquard 2008, 301). Die Brust steht als ein Symbol der Weiblichkeit, Mütterlichkeit und Sexualität. Sie spendet Wärme und Trost, eine runde, straffe Brust wird als Voraussetzung für Wohlbefinden und Attraktivität einer Frau vorausgesetzt (vgl. Creutzfeldt-Glees 2007, 132). Die Operation, sei es eine Brusterhaltendetherapie (BET) oder eine Ablatio, die Amputation der Brust, stellt somit immer eine Bedrohung dieses Symbols dar. Bei betroffenen Frauen entstehen dadurch Gefühle von Trauer und Verlust, da sie sich ihrer Weiblichkeit und sexuellen Anziehungskraft beraubt fühlen. Einige berichten auch, dass sie sich nach der Operation als halbe Frau fühlten (vgl. Frierson et al. 2006, 78). Auch wenn heute in den meisten Fällen eine brusterhaltende Operation möglich ist, stellt diese keinen Garant für eine Symmetrie der Brüste dar. Auch bis heute ist nicht eindeutig geklärt, ob die Operationsmethode Einfluss auf die Zufriedenheit der Frau mit ihrem Körperbild hat (vgl. Fobair et al. 2006, 580). Neben der Veränderung der Brust geht die

Therapie des Mammacarcinoms mit weiteren körperlichen Veränderungen einher. Durch die Strahlen-, Zytostatika- und Hormontherapie kann es zusätzlich zu Veränderungen von Haut, Haar und Körpergewicht kommen. Des Weiteren können Lymphödeme und Wundheilungsstörungen eine Komplikation darstellen (vgl. Rohde, Dorn 2007, 223). Auffällig ist, dass der Verlust des Haares für einige Frauen eine größere Belastung darstellt, als die Amputation selbst. Der Haarverlust macht die Krankheit nach außen hin sichtbar und ist auch mit Tüchern, Perücken und Schminktechniken nicht gänzlich zu kaschieren. Betroffene berichten Gefühle wie Schutzlosigkeit sowie Verletzlichkeit und sie sind sich selbst fremd. Auch die Haare stellen ein Symbol der Weiblichkeit dar. So strahlt lockiges, volles Haar Gesundheit und Vitalität aus. Obwohl der Verlust der Haare weder dauerhaft, noch gesundheitsschädlich ist, stellt dieser ein sensibles und einschneidendes Ereignis dar (vgl. Creutzfeldt-Glees 2007, 134). Fobair et al. 2006 stellten in ihrer Studie fest, dass ernsthafte Probleme in Bezug auf das Körperbild eher selten sind (vgl. Fobair et al. 2006, 580) und sich innerhalb eines Jahres reduzieren (vgl. Frierson et al. 2008, 82). Frauen, die vor der Operation ein positives Bild von ihrem Körper hatten, werden auch nach der Operation ihr verändertes Körperbild besser akzeptieren (Rohde, Dorn 2007, 221). An einer Definition des Begriffs Körperbild wird die Komplexität des Zusammenspiels von Mammacarcinom und eigenem Körper verdeutlicht: „Das Körperbild ist ein Zusammenspiel von Wissen, Wahrnehmung, inneren Vorstellungen und Gefühlen, die im Zusammenhang mit dem eigenen Körper stehen.“ (Marquard et al. 2004, 254). Gerät das Zusammenspiel aus dem Takt, wie es z. B. nach einer Ablatio der Fall sein kann, führt dies zu einer Veränderung des Körperbildes. Das Körperbild wird als ein Aspekt des Selbstkonzepts beschrieben, zu dem außerdem die persönliche Identität, das Selbstwertgefühl und die soziale Rollenausübung gehören. Alle Determinanten können sich gegenseitig beeinflussen (ebd. 303). Hier sei das Beispiel der Ablatio noch einmal genannt. Die Ablatio hat eine negative Auswirkung auf das Selbstwertgefühl, da sich die Erkrankte unwohl und als „halbe“ Frau fühlt. Ihre Rolle als Mutter übt sie allerdings nach wie vor aus und steht ihren Kindern mit Rat und Tat zur Seite. Dies wirkt sich wiederum positiv auf ihre soziale Rollenausübung aus und das gesamte Selbstkonzept gerät wieder ins Gleichgewicht. Schon an diesem Beispiel wird deutlich, dass unterschiedliche Faktoren eine Veränderung des Körperbilds hervorrufen können. Jedoch gibt es weder internationale, noch Zahlen aus dem deutschsprachigen Raum, die verlässlich über die Häufigkeit von Körperbildveränderungen bei Brustkrebspatientinnen berichten. Es ist von

Frau zu Frau individuell, inwiefern die anfangs beschriebenen körperlichen Veränderungen akzeptiert werden und wie sich dieser Adaptionsprozess gestaltet.

2.2.2 Veränderungen des sozialen Umfeldes

Die Diagnose Mammacarcinom stellt Betroffene vor viele Veränderungen, die sowohl beruflichen Alltag, Freizeit sowie ihre Familien betreffen. Denn Partner, Kinder und Freunde sind Mitbetroffene der Krankheitserfahrung. Wie auch für die Patientinnen selbst, wird sich ihr Leben nachhaltig verändern und stellt somit alle Beteiligten vor eine große Herausforderung. Wie diese gemeistert wird, hängt dabei im großen Maße davon ab, wie die Beziehungen vor der Erkrankung waren und wie die Betroffene selbst mit ihrer Krankheit umgeht. Vor allem für eine Partnerschaft kann die Krankheitsbewältigung eine starke Belastung darstellen. Meist geht sie mit Veränderungen einher. Diese können sowohl positiver, als auch negativer Art sein (vgl. Rohde, Dorn 2007, 332). „Einerseits kann ein Näherrücken beobachtet werden, d.h. ein Sich-Besinnen auf die Wichtigkeit der Beziehung oder andererseits ein Aufbrechen von seit längerem unterschwellig vorhandenen Konflikten.“ (Bernhard, Dietrich 2008, 259). Manche Beziehungen halten den starken Anspannungen nicht stand und es kommt zu einer Krise oder Trennung. Vielen betroffenen Frauen fällt es schwer, ihre Bedürfnisse zu formulieren. So erwarten sie von ihrem Partner Unterstützung und erfahren Enttäuschung, wenn die Unterstützung in der vorgestellten Form nicht erfolgt, z.B. werden wenige Betroffene von ihrem Partner zu Gesprächen mit dem behandelnden Arzt begleitet, die Betroffenen verbalisieren diesen Wunsch jedoch im Vorfeld nicht. Von Pluta äußert, dass Partner oft denken, ihre erkrankte Frau zu schonen, indem sie so täten als sei alles in Ordnung. Dieses Verhalten wird von der Partnerin als abweisend oder Desinteresse interpretiert (vgl. Pluta 1999, 24). Für die Partner stellt die gesamte Diagnose und Therapie des Mammacarcinoms eine große Aufgabe dar: War die Partnerin vorher, wie heute noch in den meisten Familien üblich, für die Versorgung und Pflege der Kinder zuständig, liegt es jetzt beim Mann, diese Aufgabe zu übernehmen. Der Umgang mit den Kindern in Bezug auf die Erkrankung der Mutter stellt ein weiteres Anliegen dar. Häufig versuchen die Eltern ihre Kinder vor Trauer und Leid zu schützen und enthalten ihnen das Wissen um die Diagnose vor. Der gewünschte Schutzeffekt tritt

jedoch nicht ein, denn „Kinder sind sensibel für Störungen jeglicher Art und spüren, wenn etwas nicht in Ordnung ist“ (Rohde, Dorn 2007, 234). Oft konstruieren sie sich ihre eigene Realität und beziehen Trauer und Krankheit der Eltern auf sich. Die Folge kann ein schlechtes Gewissen von Seiten der Kinder oder die Entstehung des Gefühls von Ausgrenzung sein, das mit dem Vertrauensverlust zu den Eltern einher geht (vgl. Bernhard, Dietrich 2008, 259). Partner, Kinder, Familie und Freunde können als Mitbetroffene den Standpunkt des Starken verlassen und Unterstützung, Hilfe und Trost einfordern (vgl. Rohde, Dorn 2007, 232). Vor allem Unsicherheiten von Seiten der Familie, aber auch von Seiten der Betroffenen, können Konflikte herbeiführen. Die Angehörigen wissen nicht, wie sie mit der Betroffenen umgehen sollen, da sie bisher diejenige war, die bei Problemen, Krankheit und Kummer geholfen hat. Sie sind ratlos, wie sie der Erkrankten in dieser Situation helfen bzw. ihr etwas Gutes tun können. Versucht die Betroffene ihre Angehörigen zu schützen, indem sie ihre Ängste und Befürchtungen oder sogar ihre Prognose nicht mitteilt, verlangt ihr das viel Kraft ab. Der Nutzen dabei ist gering, denn die sich sorgenden Angehörigen fühlen sich ausgeschlossen und die Gefahr der Entstehung von Konflikten ist gegeben. Allein durch Krebsdiagnose und die Krankheitsverarbeitung können ungelöste Familienkonflikte an die Oberfläche geraten und durch Reflexion der gesamten Situation verstärkt werden (ebd. 233). Als Beispiel sei dazu die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds genannt. Wurde dieses bisher von der jetzt erkrankten Frau versorgt, ist während ihres Krankenhausaufenthalts und auch danach die Versorgung nicht gesichert. War dies bereits zuvor in der Familie ein Streitthema, so kann es an neuer Brisanz gewinnen. Hier wird deutlich, wie sehr eine Krebserkrankung die Umverteilung der gewohnten Rollen erfordern kann. Damit gehen auch Veränderungen der Einfluss- und Machtverhältnisse innerhalb der Familie einher (vgl. Röttger 2003, 49). Trotz allem kann das Konstrukt der Familie zur Stabilisierung beitragen und der Erkrankten Kraft und Trost spenden. Weitere Schwierigkeiten sind in der Ausübung des Berufes der Betroffenen zu finden. Während und einige Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt wird sie ihren Beruf nicht ausüben können. Sorge vor erheblichen Einbußen in der Einkommenssicherung oder der Verlust der Arbeitsstelle aufgrund von Arbeitsausfall sind sich daraus ergebende Schwierigkeiten. Befindet sich die Frau in einem guten Arbeitsumfeld, bleiben in der Zeit der Berufsunfähigkeit auch berufliche Wertschätzung und Erfolgserlebnisse aus (vgl. Rohde, Dorn 2007, 235). Anders ist es, wenn die Betroffene für die Organisation und Versorgung der gesamten Familie zuständig war. Auch wenn sie nicht im herkömmlichen

Sinne krankgeschrieben werden kann, ist von ihr nicht zu erwarten, dass sie leistungsfähig wie zuvor ist. Angebracht ist in diesen Fällen der Einsatz einer Haushaltshilfe oder Familienpflegerin, doch häufig wird dieses Unterstützungsangebot von den Betroffenen nur ungern angenommen (ebd. 236). Ein weiterer Punkt, der im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld beleuchtet werden muss, ist der Umgang mit Freunden. Auch hier gibt es Faktoren, die Unstimmigkeiten begünstigen. Wie für die Patientin, stellt die Diagnose für die Freunde eine Schocksituation dar, die plötzlich nicht mehr wissen, wie sie auf ihre vertraute Freundin zugehen sollen. Die Freunde sind von vielen Fragen ergriffen: „Was soll ich sagen, was nicht?“, „Darf ich nach ihrem Befinden fragen oder reiße ich damit Wunden auf?“, oder „Empfindet sie es als gleichgültig wenn ich nicht danach frage?“, „Kann ich auch von meinen Problemen berichten?“ (vgl. Röttger 2003, 50). Die Betroffene für die die „bisherige normale Wirklichkeit brüchig geworden oder sogar verloren gegangen“ ist (ebd.), hat andere Fragen z.B. „Werde ich nur aus Pflicht- oder Schuldgefühl besucht?“, „Welchen Freunden kann ich noch vertrauen, welche halten zu mir?“. Erkrankte haben das Gefühl mit Freunden und Familienangehörigen nicht unbefangen sprechen zu können. Da sie ihre Krankheit und damit verbundene Fachbegriffe erst erklären müssen. Sind sie durch das Wissen, dass sie sich über ihre Erkrankung angeeignet haben zu Experten in eigener Sache geworden (ebd.). In diesem Absatz wird klar, wie weit sich die Krebserkrankung auf das gesamte soziale Umfeld auswirkt. Es lässt sich ein Unterstützungsbedarf erahnen, dessen Hauptaugenmerk auf der Kommunikationsebene liegt.

2.2.3 Psychische Veränderungen und Angst

In Bezug auf Brustkrebs stellt Angst ein allgegenwärtiges Problem dar. Sie ist eine normale Erscheinung im Adaptionsprozess der an Brustkrebs Erkrankten und entsteht meist nach der Diagnosestellung. Alles was bisher als selbstverständlich empfunden wurde, wie Zukunftspläne, Gesundheit und das normale Leben drohen nun zusammenzubrechen (vgl. Röttger 2003, 19). „Normalerweise leben wir ja jeden Tag so, als ob das Leben immer weiter ginge, nie zu Ende sei.“ (ebd.). Doch nach der Diagnosestellung lässt sich diese Vorstellung kaum mehr aufrechterhalten. Durch die

Erschütterung des Gefühls von Sicherheit und Unverletzbarkeit kann es zu einer Reihe psychischer Reaktionsweisen kommen. Viele Betroffene versuchen sich vor der Bedrohung zu schützen, indem sie diese ignorieren, verdrängen oder herunterspielen (ebd. 20). Andere fühlen sich von Angstgefühlen derart beherrscht, dass sie befürchten verrückt zu werden, die Kontrolle gänzlich zu verlieren und wichtige Entscheidungen über den weiteren Therapieverlauf nicht gefällt werden können (vgl. Creutzfeld-Glees 2007, 14). Diese Symptome sind vor allem kurz nach der Diagnosestellung allgegenwärtig. Nach der Operation beginnt eine neue Phase der Unsicherheit: Die Frauen erwachen aus der Narkose und sehen einen, die Narbe verdeckenden, Verband. Langsam beginnen sie sich ein Bild über das Ausmaß der Operation zu machen, indem sie vorsichtig ihren Oberkörper auf Veränderungen abtasten. Schmerzen und Drainagen erhöhen dazu die Angst vor Bewegung (ebd. 16). Haben die Patientinnen sich von dieser kurzen Bestandsaufnahme erholt, ergibt sich die nächste Sorge: die Phase des Wartens auf den histologischen Befund beginnt. Diese Zeit schürt die Befürchtungen der Betroffenen. Häufig stellen die Patientinnen sich Fragen, wie z.B. „Kann ich sicher sein, dass alles Bösartige entfernt wurde?“, „Hat der Krebs bereits gestreut?“, „Werde ich jemanden haben, der mich in der Therapie begleitet?“ oder „Wie kann ich meiner Familie den Umgang mit mir und meiner Erkrankung erleichtern?“ (ebd. 15). Die Angst der Patientinnen kann sich hinter verschiedenen Maskeraden verstecken, deshalb ist es oft nicht leicht die Angst zu erkennen, geschweige denn zu benennen. Sie kann sich in körperliche Reaktionen, wie undefinierbaren Schmerzreaktionen, Engegefühl, Zittern, Herzschmerzen, Schweißausbrüchen oder Appetitlosigkeit äußern. Doch auch Rückzug, Desinteresse, Wut, Schuld- oder Schamgefühl kann Angst ausdrücken. Nicht selten reagieren die Patientinnen in unerwarteter Weise auf Aussagen von Angehörigen. Zusätzlich wirkt alles, was neu und fremd ist angstverstärkend auf die Patientinnen. Dies können die Verlegung auf eine andere Station oder in ein anderes Zimmer, neues Pflegepersonal oder unbekannte Ärzte sein. Mit dem zentralen Thema der Angst muss jedoch nicht nur die Patientin umgehen. Für alle am Krankheitsprozess Beteiligten, dazu gehören z.B. Familie und Freunde, werden Selbstzweifel, Trauer und Wut in unterschiedlicher Ausprägung sichtbar. Damit sind mitunter auch starke emotionale Reaktionen verbunden, die bei den Betroffenen oft mit Schamgefühl verbunden sind. Erkrankte versuchen Gefühle nur sehr kontrolliert zu zulassen, da sie ihre Angehörigen nicht zusätzlich belasten möchten, doch dieser Kontrollversuch geht oft mit einem sozialen Rückzug einher (vgl. Bernhard, Dietrich 2008

253). Unausgesprochene Angst und Dauerbelastung kann mitunter gravierende Folgen haben und zu depressiven Verstimmungen führen. Dies bedeutet nicht nur, dass die Erkrankte die Welt wie durch einen grauen Vorhang sieht, sondern zieht auch weitere gesundheitliche Probleme, wie Antriebslosigkeit und Konzentrationsschwäche, mit sich. Empfindet die Betroffene ihre Angstzustände als unzumutbar oder halten sie mehrere Wochen oder Monate an, ist der Einbezug einer psychologischen oder psychiatrischen Fachperson zu erwägen. Jedoch ist nicht jede psychische Veränderung im Rahmen einer Brustkrebskrankung bzw. -therapie krankhaft. Auch ausgeprägte, vorübergehende Symptome gehören zum physiologischen Ausdruck einer malignen Erkrankung (vgl. Rohde, Dorn 2007, 227). Besonderes Beachten sollte indes den Patientinnen geschenkt werden, die ihre Angst als Ursache für ihren Brustkrebs erklären. Im gleichen Sinne sind suizidale Äußerungen zu beleuchten. Häufig durch Erschöpfungszustände oder Schmerzen ausgelöst, äußern Patientinnen Sätze wie z.B. „Das muss ein Ende haben.“ oder „So will ich nicht weiter leben.“. Äußerungen dieser Art haben selten das Ziel, dass dem Leben ein Ende bereitet werden soll. Paradoxerweise investieren die Patientinnen in Momenten solcher Art unglaublich viel Energie, um das Leben zu verlängern und nicht zu verkürzen (ebd. 228). Des Weiteren wird beobachtet, dass Betroffene ihre Lebenssituation analysieren, wobei üblicherweise einschneidende Lebensereignisse analysiert werden. Verbunden damit können frühere Lebensereignisse und Konflikte vermehrt in das Bewusstsein treten. Dabei wird reflektiert, inwiefern Dinge, die geplant waren, auch erreicht wurden, ob Zufriedenheit besteht oder ob Lebenswünsche offen sind. Diese Bilanz kann die Patientinnen zusätzlich irritieren oder überfordern (ebd. 227) und infolge dieser kann es zu einer Verschiebung der Prioritäten kommen. Probleme werden neu bewertet und Kleinigkeiten führen nicht mehr zu innerlicher und äußerlicher Aufregung. Neben negativen Gefühlen, wie Ängsten, Depressivität und Wut, berichten Betroffene über vermehrt positive Gefühle, die trotz der schweren Erkrankung empfunden werden (ebd.). So werden beispielsweise Alltag, die Natur oder Zuwendung als intensiver beschrieben und kleinere Probleme nicht mehr als schwerwiegend (vgl. Kaufmann, Ernst 2000, 3195).

3 Was ist Gesundheitspflege?

3.1 Der Begriff der Gesundheit, unterschiedliche Definitionen und Bedeutungen

Gesundheit wünschen Menschen einander zum Geburtstag, zur Geburt des Kindes oder bei anderen Anlässen. In der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen wird Gesundheit, neben dem Recht auf Unversehrtheit, als ein Grundrecht dargestellt. Die Bewahrung, Verbesserung und Wiederherstellung ist primärer Zweck unseres Gesundheitssystems (vgl. Sozialgesetzbuch SGB §1). Doch was ist Gesundheit? Ist es nur die Abwesenheit von Krankheit, betrifft Gesundheit auch die Psyche, können sich chronisch Kranke als gesund bezeichnen? Seit Jahrtausenden setzen sich Menschen mit diesen Fragen auseinander. Unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen, wie Philosophie, Theologie, Psychologie oder Soziologie, ebenso wie Schriftsteller und Dichter haben sich zu dem Thema geäußert. In Texten und Fachbüchern zur Gesundheit wird der Begriff hauptsächlich in zusammengesetzten Begriffen, wie Gesundheitssystem, Gesundheitsfürsorge, Gesundheitsförderung benutzt, während die Definition ausbleibt (vgl. Bartsch, Bengel 1997, 13). In Hinblick auf diese Vielfalt von Wissenschaften und Personen, ist es nicht erstaunlich, dass sich bis heute keine allgemein gültige Definition von Gesundheit finden lässt (vgl. Franke 2006, 28). Um eine umfassende Darstellung des Begriffes Gesundheit zu finden, ist es wichtig, die Laiendefinition des Begriffes mit einfließen zu lassen. Als Laien werden im Weiteren Menschen beschrieben, die weder medizinisch, gesundheitswissenschaftlich noch pflegerisch ausgebildet sind. Im Kontrast dazu ist der Experte zu sehen, der einer der vorher genannten Disziplinen angehört (Steinbach 2007, 29). Vordergründig lassen sich zwei Gesundheitsvorstellungen von Laien herauskristallisieren: „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und Gesundheit als funktionelle Kompetenz“ (ebd.). Mit dem Begriff funktionelle Kompetenz sind hier Fähigkeiten hinsichtlich einer bestimmten Aufgabe oder Funktion gemeint. Flick stellt in seinem Werk „Wann fühlen wir uns gesund?“ direkte Aussagen von unterschiedlichen Personen vor, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen: „Gesundheit ist, wenn ich nur Abends ins Bett muss.“, „Gesundheit ist, daß das Leben relativ ausgewogen ist, daß man mit sich selbst doch irgendwo einig ist und voll hinter sich selbst steht.“, „Also Gesundheit, sich wohl fühlen, keine Sorgen haben...“ (Flick 1998, 8). Hier wird deutlich, dass Gesundheit subjektiv ist und Vorstellungen durch deutliche Unterschiede geprägt

sind. Gesundheit wird einfach hingenommen und nicht weiter bedacht. Erst beim Verlust dieser wird sie zum Thema. Die Gesundheitswissenschaften verstehen den Begriff der Gesundheit als mehrdimensional, der umfangreicher als die bloße Abwesenheit von Krankheit ist. Körper, Geist, Seele und Gesellschaft können sich auf die Gesundheit des Individuums auswirken (vgl. Steinbach 2007, 25). Die bekannteste Definition ist die der Weltgesundheitsorganisation, WHO, aus dem Jahr 1948: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1948, zitiert nach Steinbach 2007, 27). Vielerorts wird diese Definition aufgrund ihres utopischen Charakters des völligen Wohlbefindens kritisiert. Hurrelmann wirft auf, dass es sinnvoller wäre, den Pol Gesundheit als Idealzustand zu beschreiben und nicht mit dem Begriff des Wohlbefindens ein wertendes Element in die Definition von Gesundheit und Krankheit einzubringen. Die Sichtweise von Gesundheit und Krankheit ist in der WHO Definition stark auf das Subjekt ausgerichtet. Jeder Mensch kann als Experte für seine eigene Gesundheit verstanden werden. Dadurch kommt es zu einer Ausblendung der Fremdwahrnehmung durch Gesundheitsprofessionelle (vgl. Hurrelmann 2006, 118). Obwohl die WHO seit der Definition in der Gründungscharta einige Kritikpunkte berücksichtigt hat, ist die Gesundheitsdefinition nah an der ursprünglichen Version geblieben, so dass diese zur Definition von Gesundheit in wissenschaftlichen Arbeiten nicht geeignet ist. Trotzdem gilt sie als eine der ersten Definitionen, in der Gesundheit positiv, als anzustrebender Idealzustand beschrieben und die Ganzheitlichkeit beleuchtet wird (ebd.). Doch gerade diese ganzheitliche Betrachtung wirft Probleme auf. Denn wenn psychische Gesundheit, die Bewältigung von Lebensaufgaben und Sinnfindung des Lebens mit in eine Definition einfließen sollen, dann gestaltet es sich außerordentlich schwer, eine Definition zu finden, der alle Personen zustimmen können (vgl. Steinbach 2007, 27). Im Pschyrembel, dem klinischen Wörterbuch, werden Krankheit und Gesundheit folgendermaßen beschrieben. Krankheit: „Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen“ (Hildebrandt 2004, 982). Gesundheit: „das subjektive Empfinden des Fehlens körperl., geistiger und seel. Störungen od. Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkr. u. pathol. Veränderungen nicht nachgewiesen werden können“ (ebd. 648). Unschwer ist zu erkennen, dass diese Begriffserklärungen unter dem Einfluss naturwissenschaftlichen Denkens entstanden sind, denn gesund wird hier als das Freisein

von Krankheit beschrieben und Krankheiten gelten als Hinweise auf Abweichungen von natürlichen Prozessen. Ihnen kann ein eindeutiges Erscheinungsbild mit klaren Folgen zugeordnet werden, die ursächlich behandelt werden. Es ist auffallend, dass Krankheit mit grundlegenden Merkmalen beschrieben wird, Gesundheit aber keine eigenen Merkmale zugeschrieben werden (vgl. Hurrelmann 2006, 114). Bei der Definition des Begriffs werden zwei verschiedene Ansätze sichtbar. Zum einen der positive Ansatz zur Beschreibung des Begriffs Gesundheit, zum anderen der negative Ansatz. Das obige Beispiel aus dem Wörterbuch Pschyrembel kann dem negativen Ansatz zugeordnet werden. Gesundheit wird durch die Festlegung von Gegenteiligen beschrieben. Im Folgenden werden drei mögliche negative Definitionen von Gesundheit beschrieben, die Steinbach in ihrem Werk „Gesundheitsförderung“ beschreibt.

1. Gesundheit als das Fehlen von Krankheit: Menschen dieser Auffassung beschreiben sich selbst als gesund, wenn objektiv keine medizinische Erkrankung erkennbar ist. Gesund-sein, kann nicht definiert werden, da dieser Zustand erst durch das Auftreten einer Erkrankung auffällt.
2. Gesundheit als Fehlen von körperlichen und seelischen Symptomen: Bei dieser Definition ist das Hauptaugenmerk nicht auf dem Fehlen einer Krankheit, sondern auf dem Fehlen von Beschwerden.
3. Gesundheit als Fehlen von gesundheitlichen Problemen: Hier geht es darum, dass im allgemeinen keine gesundheitliche Störung vorhanden ist und nicht um spezifische Beschwerden (vgl. Steinbach 2007, 30).

Im Kontrast dazu steht der positive Ansatz von Gesundheit. Hier wird der Gesundheit ein bestimmter Inhalt zugeschrieben, d.h. es kann festgestellt werden, was Gesundheit ist. Im Folgenden werden fünf positive Definitionen von Gesundheit dargestellt.

1. Gesundheit als Handlungsfähigkeit: Menschen fühlen sich nach dieser Definition gesund, wenn es ihnen möglich ist ihren Alltag zu bewältigen, sich ohne Einschränkungen zu bewegen und ihre eigenen Ziele zu verfolgen. Die Fähigkeit, also alles, was das Können betrifft, steht im Vordergrund.
2. Gesundheit als Leistungsfähigkeit: Hier werden zusätzlich zu der körperlichen Fähigkeit auch die psychischen Leistungen angesprochen.

3. Gesundheit als subjektives Befinden, Wohlbefinden: Gesundheit hat hier eine besonders persönliche Bedeutung. Das Gefühl sich im eigenen Körper wohl zu fühlen und mit sich selbst im Einklang zu sein, hat eine hohe Bedeutung und umfasst sowohl die psychische, wie auch die physische Ebene.
4. Gesundheit als Ausdruck von Stärke und Kraft: Das Kernstück liegt in dem Gefühl über genügend Energiereserven zu verfügen. Diese können sowohl auf physischer wie psychischer Ebene vorhanden sein.
5. Gesundheit als Harmonie und Gleichgewicht: Der höchste Ausdruck von Gesundheit ist ein positives, subjektives Körpergefühl und der Einklang mit sich selbst und anderen (ebd. 30f).

Rückblickend, kann zusammengefasst werden, dass in der Medizin eine negative Definition von Gesundheit vorherrscht. In den Gesundheitswissenschaften versucht man sich zunehmend der positiven Definition hinzuwenden. Doch durch die disziplinär abgeschottete Begriffsbildung ist ein ergebnisreicher Austausch über die Grenzen der jeweiligen Denkansätze nicht möglich. Nur eine interdisziplinäre Arbeitsweise, die sowohl somatische, psychische, soziale, kulturelle als auch ethische Dimensionen von Gesundheit und Krankheit einbezieht, kann eine allgemein gültige Definition von Gesundheit ergeben (Hurrelmann 2006, 115). Dabei ist es notwendig, den vorher schon angesprochenen Laienbegriff der Gesundheit mit einzubinden.

3.2 Vielfalt der Gesundheitskonzepte

3.2.1 Gesundheitskonzepte im Überblick

Im vorherigen Kapitel wurden unterschiedliche Ansichten und Definitionen des Begriffs Gesundheit beschrieben. Dieses Kapitel wendet sich den wissenschaftlichen Gesundheitstheorien zu, von denen die vier Verbreitetsten kurz dargestellt werden:

1. Gesellschaftstheorien: gesellschaftliche Faktoren haben eine prägende Kraft in der Entstehung von Gesundheit und Krankheit

2. Public-Health-Theorien: sie setzen an unmittelbaren sozialen Ausgangsbedingungen für das Gesundheits- und Krankheitsverhalten an
3. Lerntheorien: die Wechselbeziehung von Umweltgegebenheiten und individuellem Gesundheitsverhalten steht im Vordergrund
4. Bewältigungstheorien: Analyse der gesundheitsrelevanten, interaktiven Auseinandersetzungen und Verarbeitungsprozessen (vgl. Hurrelmann 2006, 65).

Jede Theorie versucht die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit zu erklären. Dabei werden unterschiedliche Prioritäten gesetzt, z.B. spielen Verhältnis, Verhalten und Person unterschiedlich wichtige Rollen. Zu allen Theorien lassen sich kritische Einschätzungen vornehmen. Letzten Endes kann aber keine Theorie als die „Richtige“ hervorgehen, denn es kommt auf die Problematik an, die beantwortet werden soll und welches Erkenntnisinteresse im Vordergrund steht (ebd.). Nachfolgend werden die Bewältigungstheorien näher betrachtet, da diese für die Einordnung der Salutogenese bedeutsam sind.

Im Vordergrund der Bewältigungstheorien stehen Mechanismen und Prozesse, mit denen sich ein Mensch in der Klärung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen auseinandersetzt. Die Leitvorstellung dabei ist, dass Gesundheit als gelungener und Krankheit als nicht gelungener Verarbeitungsprozess äußerer und innerer Anforderungen hervor geht (vgl. Franzkowiak 2003, 53). Innerhalb dieser Theorien haben sich zwei unterschiedliche Ansätze gebildet, die die Bewältigung von Ereignissen auf unterschiedliche Wege erklären: Der erste Ansatz nähert sich den Persönlichkeitsmerkmalen einer Person, der zweite Ansatz den unterschiedlichen Verarbeitungsroutinen von Menschen. Die Persönlichkeitstheorien versuchen den Zusammenhang zwischen Merkmalen der Persönlichkeit und dem Auftreten von Gesundheitsstörungen zu beantworten. Die zugrunde liegende These ist: Bestimmte Konstellationen von Emotionen, Motiven, Kognitionen, Einstellungen und Verhaltensdispositionen sind verantwortlich dafür, ob ein Mensch mit seinen Entwicklungsanforderungen erfolgreich umgehen kann und er als Folge bestimmte Gesundheitsstörungen und Krankheiten erlebt oder nicht (vgl. Hurrelmann 2006, 102). Aus dieser Theorie gehen auch die Theorien der Persönlichkeitstypen A, B und C hervor. Beispielhaft wird der Typ C beschrieben, der für die Krebskrankheit steht. Es wird vermutet, dass Personen mit einer Tendenz zur Unterdrückung negativer und

unerwünschter Emotionen, einer Neigung zur Hoffnungslosigkeit und einem Mangel an Bewältigungsstrategien, dauerhaft zu einer Zurückstellung persönlicher Bedürfnisse neigen und es deswegen zum verstärkten Ausbruch von Krebserkrankungen kommt. Die Theorien konnten jedoch aufgrund von neueren Studien in den 80´er Jahren nicht mehr aufrechterhalten werden. Aus diesem Grund finden sie in heutigen Diskussionen nur noch selten Erwähnung (ebd. 103f).

In den Stresstheorien verschiebt sich die Aufmerksamkeit von den persönlichen Voraussetzungen auf die individuelle Form der Verarbeitung von Herausforderungen. Die Stresstheorien gehen davon aus, dass eine Belastung oder Bedrohung, auch Stressor genannt, einen Adaptionmechanismus in Gang setzt. Dieser endet in der erfolgreichen Verarbeitung, d.h. die Stressoren werden zurückgewiesen oder in der weniger erfolgreichen Verarbeitung, d.h. es treten Stress-Symptome auf. Durch diesen Mechanismus ist es dem Menschen möglich, erhöhte Widerstandskräfte zu mobilisieren und eine hohe Energie auf die Krisenbewältigung zu lenken. Befindet sich ein Mensch jedoch in ständiger Alarmbereitschaft, so dass keine Pause zur Regeneration seiner Kräfte möglich ist, kann es zur tiefen Erschöpfung mit Stress-Symptomen, d.h. negativen, krankmachenden Wirkungen kommen (ebd. 106). In diesem Zusammenhang haben sich unterschiedliche Wissenschaftler mit der Analyse von potentiell bedrohenden oder belastenden Faktoren auseinander gesetzt. Sie fanden heraus, dass immer wiederkehrende Probleme, wie Auseinandersetzungen im Beruf oder in der Familie, neben punktuellen Herausforderungen eine besonders hohe Belastung darstellen (ebd. 107). In einigen Theorien wird eine angemessene Dosierung von Stress als positiv bewertet, da dadurch die Adaptionfähigkeiten trainiert und gesteigert werden. Doch auch diese beschreiben das dauerhafte Bestehen von Stressoren als negativ (ebd. 111). Für die Verarbeitung von Ereignissen können sowohl soziale, als auch personale Ressourcen aktiviert werden.

3.2.2 Gesundheitskonzept der Salutogenese

Wie aus Kapitel 3.1 ersichtlich, orientiert sich die medizinische Wissenschaft, das gesundheitliche Versorgungssystem, die dort Beschäftigten und auch die Patienten hauptsächlich am dichotomen Denkansatz. Das heißt, das Gesundheit und Krankheit sich faktisch gegenseitig ausschließen. Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen werden als Zeichen von Krankheiten bezeichnet, die eine umfassende Diagnostik und eine sich anschließende Therapie benötigen. Diese Therapie, soll als möglichst wenig belastend empfunden werden, direkt auf das Symptom abzielen und schnelle Erfolge zeigen. Dies ermöglicht immer mehr diagnostische und therapeutische Verfahren. Dabei bleibt eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen, die sein Umfeld und seine Ressource einschließt, aus (vgl. Bengel 1997, 1). Doch gerade im Zeitalter des demographischen Wandels und im Zuge der Zunahme von multi-morbiden oder chronisch Erkrankten wächst das Bedürfnis einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung. Neben der Betrachtung der krankmachenden Faktoren rückt dabei auch die Frage nach den gesundhaltenden Faktoren in den Mittelpunkt (vgl. Blankart et al 2009, 13ff). 1970 führte der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky Untersuchungen über die Adaption von Frauen verschiedener ethnischer Gruppen in Israel, an das Klimakterium durch. Aus einem später nicht mehr erkennbaren Grund war in dieser Untersuchung unter anderem nach einem Aufenthalt in einem Konzentrationslager gefragt worden. Als auffällig beschreibt Antonovsky, dass 29 Prozent der Frauen, die zu der Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers zählten, eine gute psychische Gesundheit zugeschrieben werden konnte. Dieses Ergebnis erschien ihm unglaublich und bildeten so den Grundstein für das nachfolgende Konzept der Salutogenese. Er zog weitere Datensätze heran, aus denen ersichtlich wurde, „daß sich zu jedem beliebigen Zeitpunkt wenigstens ein Drittel und mit einer guten Wahrscheinlichkeit die Mehrheit der Bevölkerung einer jeden modernen Industriegesellschaft in einem [...] morbiden, pathologische Zustand befindet. Krankheit ist somit keine relativ seltene Abweichung.“ (Antonovsky 1997, 15). Antonovsky entwickelt in diesem Zusammenhang eine Metapher, in der das Leben als ein Fluss beschrieben wird an dessen Ufer niemand sicher entlang gehen kann. Ein Großteil des Flusses ist verschmutzt, es gibt Gabelungen, die zu leichten Strömungen oder gefährlichen Stromschnellen und Strudeln führen (ebd. 91). Die zentrale Frage ist „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (ebd. 92). Bei

der Beantwortung dieser Frage, kam es zu der Entwicklung des Konzeptes der Salutogenese, dessen Kernelemente in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

3.2.2.1 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Antonovsky geht in seinem Salutogenese-Konzept, entgegen der vorherrschenden Meinung der Homöostase als Normalzustand, von der Heterostase, d.h. Ungleichgewicht, Krankheit, Leid und Tod, als immanente Elemente des menschlichen Daseins aus (vgl. Noack 1997, 94). Gesundheit und Krankheit sind für ihn keine sich ausschließenden Zustände, sondern sie bilden ein sogenanntes Kontinuum, dessen einer Pol die völlige Gesundheit und der andere völlige Krankheit ist. Beide Pole sind faktisch nicht zu erreichen, denn jeder Mensch hat solange er am Leben ist, auch immer gesunde Anteile in sich und ebenso hat jeder Mensch, auch wenn er sich als überwiegend gesund erlebt kranke Anteile in sich (vgl. Hurrelmann 2006, 125). Antonovsky hat bei der Entwicklung seines Konzeptes keine Definition von Gesundheit formuliert, denn eine Definition enthält auch die Festlegung von Normen. Somit entsteht die Gefahr, Menschen anhand dieser Normen zu beurteilen, auch wenn sie für einige nicht zutreffen (vgl. Bengel et al 1998, 28). Dennoch hebt er bestimmte Eigenschaften von Gesundheit hervor. Gesundheit ist ein dynamischer Prozess, der sich durch Labilität auszeichnet und somit immer wieder neu reguliert werden muss (vgl. Hurrelmann 2006, 124). In diesem Zusammenhang findet der dichotome Denkansatz abermals Erwähnung. Antonovsky bezeichnet diesen als zweifach eingeschränkt, denn erstens wird die Aufmerksamkeit auf die Pathologie gerichtet und nicht auf den Menschen mit einem bestimmten gesundheitlichen Problem. Und zweitens wird der Mediziner dadurch zu einem Spezialisten für eine bestimmte Krankheit und nicht zum Spezialisten für die Wiederherstellung von Gesundheit. Bei der Umsetzung des dichotomen Denkansatzes bleiben wichtige Daten verborgen, die in der Krankheitsgeschichte eine große Rolle spielen könnten (vgl. Antonovsky 1997, 24). In diesem Zusammenhang sind die Widerstandsressourcen zu nennen, mit denen sich das folgende Kapitel näher auseinandersetzt.

3.2.2.2 Die generalisierten Widerstandsressourcen

Das von Antonovsky entwickelte Modell lehnt sich in seinen Grundzügen an die Stress- und Bewältigungstheorien an. Er nimmt an, dass Stressoren überall vorhanden sind, dabei werden diese nicht grundsätzlich als negativ angesehen, ihre Wirkung kann durchaus positiv sein. Die Wirkungsweise der Stressoren ist abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Ablösung der Anspannung (vgl. Antonovsky 1997, 30). Daraus lässt sich schließen, dass Antonovsky hauptsächlich den Ausgang der Herausforderungen fokussiert und diesen stets offen versteht. Dabei wird die Aufmerksamkeit vorrangig auf die Art der Verarbeitung gelegt und nicht auf die Eigenschaften des Stressors. Dieses Anliegen wird dadurch deutlich, dass er „...die Untersuchung der Faktoren, die die Verarbeitung von Spannung determinieren, zur Schlüsselfrage der Gesundheitswissenschaften...“ (ebd. 16) macht. Diese Faktoren, die als Determinanten der Spannungszustände beschrieben werden, bezeichnet Antonovsky als generalisierte Widerstandsressourcen. Generalisiert heißt in diesem Zusammenhang, dass die Ressourcen in einem komplexen Zusammenspiel in Situationen aller Art wirksam werden und Widerstand besagt, dass diese Faktoren die gesundheitliche Widerstandsfähigkeit erhöhen (vgl. Brieskorn-Zinke 2006a, 82). Antonovsky legt ein breites Spektrum an Widerstandsressourcen dar, die Franzkowiak in dem Bericht „Salutogenetische Perspektive“ wie folgt darstellt:

- körperliche/konstitutionelle Ressourcen, z.B. ausreichende Immunpotentiale des Körpers
- personale und psychische Ressourcen, z. B. Gesundheitswissen, Intelligenz
- interpersonale Ressourcen, z.B. soziale Unterstützung
- soziokulturelle Ressourcen, z.B. Eingebundenheit in stabile Kulturen
- materielle Ressourcen, z.B. zur Sicherung von Ernährung und Wohnung (vgl. Franzkowiak 2006, 198).

Mit der Entwicklung des Sense of Coherence (SOC) oder Konzept des Kohärenzgefühls, das im Folgenden beschrieben wird, wird ein Kriterium entwickelt, mit dessen Hilfe es möglich wird, die Wirkung der generalisierten Widerstandsressourcen zu verstehen.

3.2.2.3 Das Konzept des Kohärenzgefühls

Das Kohärenzgefühl, Sense of Coherence, stellt das zweite Kernstück des Salutogenese-Konzepts dar. Die gesundheitswissenschaftliche Frage, die diesem zu Grunde liegt ist: „Welche salutogenen Ressourcen müssen vorhanden sein, damit sich Individuen auf dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen?“ (Noack 1997, 96). Die Antwort darauf ist in einer starken Ausprägung der Handlungsorientierung zu finden. Antonovsky definiert das Kohärenzgefühl als „...eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat ...“ (Antonovsky 1997, 36). Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl fassen ihre innere und äußere Welt als einsichtig, die wahrgenommenen Probleme als handhabbar und die damit verbundenen Anforderungen als sinnhaft auf. Das Konzept bildet sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Als erstes sei hier die **Verstehbarkeit** genannt. Sie ist ein kognitives Verarbeitungsmuster und beschreibt die Fähigkeit eines Individuums innere und äußere Reize als kognitiv sinnhaft wahrzunehmen, so dass sie als geordnete, widerspruchsfreie und strukturierte Information erscheinen und nicht als chaotisch, willkürlich oder unerklärlich. Individuen mit einer hohen Ausprägung dieses Aspektes gehen von einer Vorhersagbarkeit oder zumindest Erklärbarkeit von eintreffenden Stimuli aus. In diesem Zusammenhang ist es wichtig hervorzuheben, dass dies nicht mit der Erwünschtheit der Anforderungen einhergeht, sondern Ereignisse wie Tod, Krieg oder Versagen erklärt werden können (ebd. 34). Als zweite Komponente definiert Antonovsky die **Handhabbarkeit**, sie beschreibt „... das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen.“ (ebd. 35). Diese Ressourcen liegen nicht ausschließlich in der Person selbst, sondern können auch eine Quelle des Vertrauens sein, z.B. der Partner, Glaube, Kollegen oder Freunde. Ein hohes Maß an Handhabbarkeit wird Personen zu geschrieben, die sich durch Ereignisse nicht in die Opferrolle drängen lassen oder sich vom Leben ungerecht behandelt fühlen, mit bedauerlichen Vorkommnissen umgehen können und nicht endlos trauern. Bei der dritten Komponente handelt es sich um eine motivationale Komponente. Sie wird als **Bedeutsamkeit** beschrieben, hier geht es darum, in welchem Ausmaß das Leben als sinnhaft empfunden wird. Personen mit einem hohen Ausmaß dieser Komponente haben das Gefühl, dass es sich lohnt Energien in die Probleme und Anforderungen des Lebens zu investieren. Ein

hohes Maß an Bedeutsamkeit ist nicht mit Freude über das eingetretene Ereignis gleichzusetzen, sondern es ihm wird eine Bedeutung beigemessen und das Möglichste getan, um dieses Ereignis mit Würde zu überwinden (ebd. 35f). Mit der Spezifizierung der drei Komponenten geht die Frage einher, inwieweit die Komponenten sich gegenseitig beeinflussen. Die Komponente der Verstehbarkeit wird durch Erfahrung von Beständigkeit, bzw. Konsistenz gefördert, die eine Belastbarkeitsbalance zwischen den Polen Unterforderung und Überlastung darstellen. Diese Balance spricht den Aspekt der Handhabbarkeit an und fördert diesen. Der Aspekt der Bedeutsamkeit ist abhängig von der Teilhabe an Entscheidungsprozessen und verbunden mit den Auswirkungen des Ergebnis (vgl. Lorenz 2005, 108). Diesem schreibt Antonovsky die zentralste Bedeutung zu. Ohne ein hohes Ausmaß von Bedeutsamkeit ist ein hohes Ausmaß von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit von kurzer Dauer, denn nur ein Ereignis, das als sinnvoll betrachtet wird, erscheint als erklärlich (Antonovsky 1997, 38). Als Beispiel sei der Tod eines guten Freundes genannt, der lange Zeit an einer schwereren, unheilbaren Krankheit litt. Nur wenn der Tod durch die Bedeutsamkeit als unaufhaltsames Ende eines jeden Lebewesen aufgefasst wird, kann durch die Verstehbarkeit der Grund, nämlich der Tod als Konsequenz aus der Unheilbarkeit der Krankheit und dem langen Leidensweg verstanden werden. Durch ein gewisses Maß an Handhabbarkeit können Ressourcen, in diesem Beispiel der christliche Glaube, mobilisiert werden, um dieses Ereignis erfolgreich verarbeiten zu können. Bei der Beurteilung des SOC einer Person ist es wichtig, zu beachten, dass alle Individuen Grenzen ziehen. Geschehnisse außerhalb dieser Grenzen sind für das Individuum von geringer Wichtigkeit. Dabei ist es egal ob dieses Ereignis verstehbar, handhabbar oder bedeutsam ist. Es muss also nicht das gesamte Leben diese Merkmale erfüllen um einen starken SOC zu haben. Es ist möglich, dass einige Bereiche, z.B. Politik, Religion, Sport außerhalb der Grenzen einiger Individuen liegen und diese trotzdem über einen hohen SOC verfügen. Entscheidend ist, ob es bestimmte Lebensbereiche gibt, die für das Individuum von subjektiver Bedeutung sind. Ist dem nicht so, dann ist die Tendenz zu einem niedrigen SOC wahrscheinlich. Gibt es Bereiche subjektiver Bedeutung, so muss analysiert werden ob diese als verstehbar, handhabbar und bedeutsam betrachtet werden (ebd. 39). Das Kohärenzgefühl, so nimmt Antonovsky an, pendelt sich gegen Ende der ersten Dekade des erwachsenen Alters auf einem bestimmten Niveau ein. Dies geschieht nachdem alle mit dem Erwachsenwerden zusammenhängenden Unstimmigkeiten beendet sind (ebd. 114). Es wird vermutet, dass sich das Kohärenzgefühl,

wenn es sich einmal ausgebildet und gefestigt hat, nicht mehr radikal verändert. Der Mensch, der im frühen Erwachsenenalter ein starkes SOC ausgebildet hat, kann die verfügbaren generalisierten Widerstandsressourcen einsetzen und so Herausforderungen besser meistern (ebd. 115). Eine Person mit einer moderaten Ausbildung des SOC im frühen Erwachsenenalter wird sich eher auf ein niedriges Niveau hinbewegen, denn die Auswahl von Situationen, die das Kohärenzgefühl stärken und die Vermeidung solcher, die es schwächen, wird weniger erfolgreich sein, da keine angemessene Balancierung der generalisierten Widerstandsressourcen erfolgt. Große Veränderungen des SOC im Erwachsenenalter sind selten und treten nicht plötzlich auf. Sie sind das Ergebnis der Veränderung des Lebensmusters. Dieses Muster bildet sich über Jahre hin aus, so dass die Veränderung langsam voran schreiten kann. Mögliche Ereignisse, die eine Veränderung im Erwachsenenalter einleiten, können z.B. erneute Heirat, ein neues Land oder ein anderes soziales Klima sein (ebd. 116f). In welcher Form das Einwirken auf das Kohärenzgefühl möglich ist und wie eine Umsetzung aussehen könnte, soll in Kapitel 4.1.2 veranschaulicht werden.

3.2.2.4 Kritische Betrachtung des Salutogenese-Konzepts

Nachdem die Kernelemente des Konzepts betrachtet wurden, soll nun der kritischen Auseinandersetzung mit der Salutogenese in der Literatur Beachtung geschenkt werden. Trotz der überwiegend positiven Einschätzung, werden Kritikpunkte aufgezeigt. Dabei wird von unterschiedlichen Autoren auf die unzureichende empirische Bewährung hingewiesen (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 379; Weis 1997, 112; Franzkowiak 2003, 200; Geyer 2002; Hurrelmann 2006, 126), bis jetzt durchgeführte Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen (vgl. Lindström, Eriksson 2005, 441), so dass sich weiterer Forschungsbedarf erkennen lässt. Weis betont in seinem Beitrag „Salutogenese in der Psychoonkologie“, dass die Salutogenese dazu verhelfen kann die „...Schattenseiten der Onkologie besser zu verdrängen und die Ohnmacht dadurch besser ertragen zu können...“ (Weis 1997, 112), doch damit auch die Gefahr birgt den Patienten zu überfordern. Vor allem, wenn sich Bewältigungsstrategien des Patienten nicht in den klinischen Alltag integrieren lassen (ebd. 113). Antonovsky berücksichtigt in seinem Konzept weder das

tatsächliche aktive Gesundheitsverhalten, noch den Zusammenhang von sozioökonomischen Status und Kohärenzgefühl. Hurrelmann schlägt in diesem Zusammenhang eine stärkere Betonung des Einflusses der gesellschaftlichen Strukturen vor (vgl. Hurrelmann 2006, 127). Bei aller Kritik ist die Erkenntnisleistung des Salutogenese-Konzeptes in dem Perspektivenwechsel von der krankheitsorientierten Sicht auf die Perspektive der Salutogenese zu sehen (ebd.). Dieser Wechsel bringt vor allem im Hinblick auf den Begriff und das Verständnis von Gesundheit Veränderungen mit sich.

3.2.2.5 Wichtigkeit der Salutogenese für Patientinnen mit Mammacarcinom

Nachdem in den vorherigen Abschnitten auf die unterschiedlichen Gesundheitstheorien und vor allem auf das Konzept der Salutogenese eingegangen wurde, soll nun ein Zusammenhang zur Patientinnengruppe der Brustkrebserkrankten aufgezeigt werden. In dieser Arbeit geht es vor allem darum, Aspekte der Gesundheitspflege in die Pflege der oben genannten Patientengruppe zu integrieren. Um diese Aufgabe zufriedenstellend zu lösen, ist es von großer Bedeutung, zuerst die Aufmerksamkeit auf eine Gesundheitstheorie zu richten. Dabei scheinen sich die Bewältigungstheorien besonders gut zu eignen, da sie, wie bereits erwähnt, die Bewältigung bestimmter Ereignisse in den Vordergrund stellen. Die Krankheitsbewältigung stellt bei den Patientinnen mit Mammacarcinom eine zentrale Rolle dar. Denn sie müssen die Veränderungen ihres Körpers, die eine große Veränderung ihres Selbstbildes mit sich bringen können, bewältigen, um nach der Behandlung in einen normalen Alltag einsteigen zu können. Dabei spielen persönliche Merkmale, Emotionen und Motivation eine große Rolle. In diesem Zusammenhang soll von der Persönlichkeitstheorie und der bereits erwähnten Typ C Persönlichkeit Abstand genommen werden. Denn zum einen ist diese wissenschaftliche widerlegt und zum anderen stärkt diese die Erkrankte nicht in der Bewältigung der Krankheit, sondern bestärkt, dass Gefühl, dass es sich nicht lohnt Energie in die Bewältigung zu stecken, da eine Disposition in der eigenen Persönlichkeit liegt. Die Aufmerksamkeit der Stresstheorie liegt auf der individuellen Form der Verarbeitung einer Herausforderung. Die Verarbeitung einer Krebserkrankung ist ein sehr individueller Prozess. Gerade wenn es um die Veränderung des Körperbildes geht, lässt sich diese Theorie besonders gut auf die

Patientinnengruppe übertragen. Das Erleben von Diagnose, Krankheit, Therapie und Verlauf kann nicht verallgemeinert werden und so müssen Unterstützungsangebote direkt auf die Patientin zugeschnitten werden. Die Tatsache, dass einige Erfahrungen, die im Laufe einer Brustkrebserkrankung gemacht werden auch als positiv bewertet werden (vgl. Rohde, Dorn 2007, 227), kann auf die bereits erwähnten positiven Eigenschaften von Stress übertragen werden. Angelehnt an die Stress- und Bewältigungstheorien ist auch das Gesundheitsmodell der Salutogenese. In diesem ist von der ständigen Präsenz von Stressoren auf allen Ebenen die Rede, die durch eine angemessene Spannungsverarbeitung und ausreichend vorhandenen Widerstandsressourcen bewältigt werden (vgl. Hurrelmann 2006, 120). Doch auch das Erleben von Gesundheit und Krankheit in dieser Theorie, in Form eines Kontinuums, lässt sich auf die Patientengruppe übertragen. Denn dieses besagt, dass jeder Mensch Zeit seines Lebens sowohl gesunde, wie auch kranke Anteile in sich trägt (vgl. Antonovsky 1997, 22). Viele Frauen haben vor der Diagnosestellung keine Krankheitssymptome, fühlen sich also gesund, tragen aber zu diesem Zeitpunkt auch kranke Anteile in sich. Nach der Therapie ist das Carcinom vermutlich entfernt worden, jedoch fühlt sich die Frau unvollständig, schwach und krank. Jetzt kommen die von Antonovsky erwähnten Widerstandsressourcen zum Einsatz um die Krankheit erfolgreich bewältigen zu können. Die Widerstandsressourcen liegen sowohl in der Patientin selbst, wie auch in ihrem direkten sozialen Umfeld. Eine große Rolle spielt die Frage, welche Ressourcen vorhanden sein müssen damit die Frau sich im Krankheits-Gesundheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegt. Diese Frage wird im Konzept der Salutogenese mit dem Kohärenzgefühl beantwortet (ebd. 36). Für die erkrankte Frau ist das Vertrauen, dass sie sich selbst und damit ihrem Körper gegenüber inne hat von besonderer Bedeutung, da es durch die Erkrankung meist erschüttert wird. So ist bei der Pflege die Blickrichtung auf die unterschiedlichen Kernstücke des Kohärenzgefühl zu richten, um die Ausprägung dieser zu erfassen und Unterstützung zu bieten. Die Salutogenese beschreibt dabei auch Grenzen, die mit den unterschiedlichen Interessengebieten gleichgesetzt werden können. Auf diese ist bei der Betrachtung des Kohärenzgefühls zu achten. Interessant ist auch Antonovskys Erwähnung von Wohlbefinden, da dieser Begriff eine eigene Dynamik hat, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Trotzdem ist hervorzuheben, dass dieser Aspekt Einfluss auf die Lebensqualität von Individuen nehmen kann. Die direkte Übernahme der Salutogenese in die Pflege von Patientinnen mit Mammacarcinom soll in Kapitel 4 dargestellt werden.

3.3 Verständnis des Begriffes Gesundheit

In diesem Abschnitt soll ein Verständnis des Begriffs Gesundheit gefunden werden, das für den Weiteren Verlauf der Arbeit gültig ist. Dabei wird absichtlich auf das Wort Definition verzichtet, da Gesundheit individuell und von jedem Individuum unterschiedlich empfunden wird, wie in Kapitel 3.1 bei der Erläuterung des Laienbegriffes sowie in den Wissenschaften sichtbar. Gesundheit wird nicht als Zustand, sondern als dynamischer Prozess verstanden. Frauen, bei denen ein Mammacarcinom diagnostiziert wurde fühlen sich oft nicht krank. Sie haben keine Symptome und nach der Entfernung des Carcinoms und dem damit verbundenen Krankenhausaufenthalt können sie in ihren Alltag zurückkehren. Und doch können sich nicht als geheilt bezeichnen, denn es besteht immer die Gefahr eines Rezidivs oder von Metastasen. Immer wieder wird es Situationen im Leben der Frauen geben, in denen sie sich krank fühlen, hier sei z.B. der Besuch eines Schwimmbades genannt, bei dem ihre körperliche Veränderung sichtbar wird oder der Kauf von Unterwäsche. Aus diesen Gründen scheint der dichotomen Denkansatz, von Gesundheit und Krankheit als sich ausschließende Begriffe für die Gesundheit von Patientinnen nach Mammacarcinom nicht geeignet. Angemessen scheint die Verwendung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuum denn die Frauen erleben im Krankheitsverlauf ein rasantes Auf und Ab, woraus sich die Aktivität und Dynamik von Gesundheit ableiten lässt (vgl. Hurrelmann 2006 124). Ein weiterer Punkt, der in das Gesundheitsverständnis einfließen soll, sind die unterschiedlichen Bedürfnisse, die der Patientinnengruppe zugeschrieben werden können. Wie in Kapitel 2 dargestellt, sind diese vielfältig und weitaus umfangreicher als der alleinige Wunsch nach baldiger Genesung und erstrecken sich von der korrekten Wundversorgung, über Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten, zur Prothesenversorgung. Dabei sind diese Bedürfnisse von Frau zu Frau absolut unterschiedlich, weshalb eine direkte auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin und unter den unterschiedlichen Disziplinen (z.B. Medizin, Pflege, Physiotherapie) abgestimmte Behandlung erforderlich wird. Da das Umfeld einen entscheidenden Einfluss auf die Genesung der Patient hat ist es äußerst notwendig, die Ressourcen mit in die Therapie, Pflege und Behandlung einzubeziehen. Diese können unterschiedlichster Natur sein, z.B. Familie, Freunde, Glaube, Hobbys. Antonovsky hat im Konzept der Salutogenese keine Definition des Begriffs Gesundheit vorgenommen, um Menschen nicht nach Normen zu beurteilen, die nicht auf sie zutreffen. Wie anfangs schon erwähnt wird auch hier von einer Definition abgesehen. Jedoch scheint es wichtig ein

Verständnis von Gesundheit zu entwickeln, das im Weiteren vorausgesetzt wird, um unterschiedlichen Interpretationen vorzubeugen. Das Verständnis von Gesundheit ist sehr offen formuliert, so dass nahezu ausgeschlossen werden kann, dass Menschen entgegen ihrer Normen beurteilt werden. So hat sich folgendes Verständnis von Gesundheit entwickelt: Gesundheit und Krankheit sind als ein dynamischer Prozess zu sehen, in dem beide Begriffe gleichzeitig existieren können. Gesundheit ist individuell und betrifft verschiedene Dimensionen, z.B. Körper, Geist und Psyche. Die Erhaltung und Wiederherstellung sollte durch die aktive Beteiligung des Klienten geprägt sein und durch die Mitarbeit verschiedener Professionen, z.B. Medizin, Pflege, Sozialdienst, auf die persönlichen Bedürfnisse abgestimmt sein.

3.4 Krankenpflege und Gesundheitspflege, zwei gleichgestellte Arbeitsfelder der Pflege?

Nachdem der Begriff der Gesundheit vielseitig diskutiert wurde, soll nun die praktische Umsetzung im Blickpunkt dieses Kapitel stehen. Im Jahr 2004 hat die Bezeichnung der/des Gesundheits- und Krankenpfleger/In die Krankenschwester bzw. den -pfleger abgelöst (vgl. Brieskorn-Zinke 2006b, 442). Damit ist der Begriff der Gesundheit weiter ins Zentrum des pflegerischen Handelns gerückt und bildet so einen zweiten Fokus. Dieser lässt sich an den Zielen der Ausbildung erkennen. Die Ausbildung soll „...entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“ (KrPflG §3 Abs.1). Im Weiteren werden „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ (KrPflG §3c) den pflegerischen Aufgaben zugeteilt. Mit diesem Gesetz wird erstmalig von gesetzgebender Seite ein Zusammenhang zwischen der präventiven Aufgabe und der Berufsgruppe der Pflegenden aufgezeigt und damit ein Paradigmenwechsel eingeführt (vgl. Hasseler 2006, 36). Der Fokus der Pflege soll nun nicht mehr auf das „Gesundwerden“, sondern auch auf das „Gesundsein“ gerichtet sein, die pflegerische Versorgung

ganzheitlich und individuell gestaltet werden (vgl. Steinbach 2007, 132). Nach wie vor werden keine konkreten Aufgaben und Tätigkeiten formuliert und der Gesundheits- oder der Krankenpflege zugeschrieben (vgl. Hasseler 2006, 36). Bis jetzt kann festgehalten werden, dass sich Pflege auf Menschen bezieht, die sich zwischen Gesundheit und Krankheit befinden, dass bedeutet, dass sie sich weder nur krank noch gesund fühlen (vgl. Brieskorn-Zinke 2006a, 14). In der Präambel des Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) werden der Pflege die vier Grundaufgaben Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Wiederherstellung der Gesundheit und Linderung von Leid zugeschrieben (ICN 2000, Präambel). Diese vier Begriffe können in Gesundheits- und Krankenpflege unterteilt werden. Zu den Tätigkeiten aus dem Bereich Krankenpflege zählt Brieskorn-Zinke die Pflege von Wunden, das Verabreichen von Medikamenten und die Überwachung und Kontrolle von Körperfunktionen. Zu den Tätigkeiten der Gesundheitspflege zählen Körperpflege, Mobilisation, Ernährungshilfe, sowie Information und Aufklärung (vgl. Brieskorn-Zinke 2006a, 11). Betrachtet man Gesundheitspflege vor dem Hintergrund der Salutogenese, kann nicht der Anspruch des Erreichens eines absoluten Gesundheitszustands gestellt werden. Eher kann das Ziel der Gesundheitspflege als eine Verbesserung, das heißt eine Bewegung in Richtung des Pols Gesundheit, beschrieben werden (vgl. Müller, Muths 2006, 164). Mit der Gesundheitspflege sollen Möglichkeiten geschaffen werden, durch die einem Individuum zu einer positiven Veränderung seines gesundheitlichen Zustands verholfen wird (ebd. 170). Zu beachten ist dabei, dass es genauso, wie es verschiedene Krankheitsbilder und -schweregrade gibt, auch verschiedene Abstufungen und Ausprägungen von Gesundheit gibt und das sowohl bei den Patienten, als auch bei den Pflegenden (vgl. Brieskorn-Zinke 2006a, 14). Die Berufsrealität der Pflege befindet sich meist nur im Bereich der Krankheitsbewältigung, oft bleibt für Beratungsgespräche oder präventive Aufgaben wenig Raum. Wird in der Pflege präventiv gehandelt, so steht dieses meist im medizinischen Kontext und behandelt das Thema der Verhinderung von Folgeerkrankungen, die im Alltag der Pflege eine bedeutende Rolle darstellt. Oft ist dieses Handeln krankheitsorientiert und hat generell wenig mit aktiven Handlungen für die Gesundheit zu tun (ebd. 12). Mit der Beschreibung des Ziels moderner Pflegemodelle, als Beitrag zur größtmöglichen Gesundheit des einzelnen Menschen, macht Brieskorn-Zinke deutlich, dass der Pflege auch ein gesellschaftlicher Auftrag zugeschrieben werden kann. Der Schwerpunkt liegt auf der Gesundung und der Gesundheit der Menschen, im Vergleich zur Medizin, die das Hauptaugenmerk auf die Heilung von

Krankheiten richtet (ebd. 14). Die praktische Umsetzung der Gesundheitspflege ist mit Schwierigkeiten verbunden, denn neben der direkten Pflege am Patienten muss eine Vielzahl von Aufgaben, wie das Austeilen der Mahlzeiten, Transport der Patienten zu Untersuchungen und Operationen, Botengänge im Krankenhaus oder sogar das Reinigen von Betten vom Pflegepersonal erledigt werden (vgl. Kersting 2002, 15). Diese unterschiedlichen Aufgaben und der Zeitdruck, unter dem sich Pflegende oft befinden, führen dazu, dass sich individuelle, patientenorientierte Beratung oder Pflege nicht verwirklichen lassen. Denn neben dem Erwerb dieser Fähigkeiten, erfordert die Durchführung dieser Aufgaben auch Zeit und somit ausreichend Personal (ebd. 33). Kersting schildert, dass „das Krankenhaus als wirtschaftlicher Betrieb [...] an einem rationalem Einsatz der Arbeitskräfte und an einem reibungslosen Arbeitsablauf interessiert“ (ebd. 35) ist. Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse eines Patienten können sich dabei störend auf den Arbeitsablauf auswirken, denn sollen diese erfüllt werden, so muss sich das Personal in der jeweiligen Situation dem Patienten widmen und andere Tätigkeiten zurückstellen (ebd. 33). So können Gesundheitspflege und Krankheitspflege auch sechs Jahre nach der Einführung des neuen Krankenpflegegesetzes nicht als gleichgestellte Arbeitsfelder bezeichnet werden. Um dieses zu erreichen müssten sich nicht nur die Arbeitsbedingungen, sondern auch die Selbstwahrnehmung der Pflege verändern. Dies könnte zum einen über den Schwerpunkt der Aus-, Fort- und Weiterbildung geschehen, so dass alle Pflegende ausreichend in den Aufgabenfeldern der Gesundheitspflege geschult und ausgebildet sind. Zum anderen könnte sich das Ansehen der Pflegenden in seiner Wahrnehmung als verlängertem Arm des Arztes hin zu einem professionellen Dienstleister entwickeln, der durch theoretische und wissenschaftsbasierte Grundlagen eine qualitativ hohe gesundheitliche und pflegerische Versorgung anbietet (vgl. Hasseler 2006, 52f). Öffentliche Streiks und die Forderung nach einer höheren Bezahlung können als Bemühung der Pflegekräfte um ein größeres Ansehen betrachtet werden.

4 Salutogenese in der Pflege von Patientinnen nach Mammacarcinom

4.1 Möglichkeiten der Gesundheitspflege

Seit einigen Jahren ist Salutogenese zum Schlagwort einer neuen Sicht auf Gesundheit und Krankheit geworden. Der Grundgedanke ist teilweise angekommen und Wissenschaftler und Praktiker beschäftigen sich neben der Entstehung von Krankheit auch mit den Bedingungen von Gesundheit. Jedoch findet dies oft, ohne Bezug auf das zugrundeliegende Konzept statt (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 373). In diesem Abschnitt sollen praktische Möglichkeiten der Gesundheitspflege nach den Ansätzen des Salutogenese-Konzepts in der Pflege von Patientinnen mit Mammacarcinom umgesetzt werden. Im Fokus stehen dabei Patientinnen, bei denen bereits eine Operation durchgeführt wurde. Es wurde speziell dieser Krankheitsabschnitt gewählt, da die Patientinnen nach der Operation einige Tage Krankenhausaufenthalt haben und in dieser Zeit die Möglichkeit der intensiven Krankheitsverarbeitung besteht. Die Patientinnen befinden sich zu diesem Zeitpunkt noch im geschütztem Raum des Krankenhauses, sie sind nicht allein und können jeder Zeit Hilfe anfordern, müssen noch keinen Aufgaben nachgehen, sondern können sich allein auf sich und ihre Veränderungen konzentrieren. Im Laufe des Kapitels soll auf folgende Frage eine Antwort gefunden werden: Wie kann das Gesundheitskonzept der Salutogenese in die Gesundheitspflege von Patientinnen mit Mammacarcinom im stationären Setting umgesetzt werden? Bei der Beurteilung eines Gesundheitszustandes oder Planung von pflegerischen Interventionen aus Sicht der Salutogenese ist es von großer Bedeutung den Blick auf die Bewegung der Patientin auf dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum zu richten. Dabei sollte die Frage, welche Kräfte die Patientin in die positive bzw. negative Richtung ziehen beantwortet werden (Brieskorn-Zinke 2000, 375). Diese Betrachtungsweise ist für pflegerische Interventionen weitaus wichtiger als die Sicht auf die Ausprägung und Ursache der Krankheit, denn diese ist dem medizinischen Diagnose- und Behandlungsbereich zu zuordnen (ebd. 376). Die Zielvorstellung für alle pflegerischen Aufgaben kann die Stärkung des Kohärenzsinnes darstellen, wie im Kapitel 3.2.2.3 erwähnt, besteht das Kohärenzgefühl aus drei Ebenen. Dabei ist der Ebene der Verstehbarkeit bei der Diagnose Mammacarcinom eine grundlegende Bedeutung zu zuschreiben. Denn die Patientin muss ihre Krankheit verstehen um diese akzeptieren zu können. Dies ist gerade bei Carzinomen eine schwierige Aufgabe, da deren Entstehung

noch nicht vollständig geklärt ist.

Zwar geht Antonovsky von einer Festigung des Kohärenzgefühl bis ins junge Erwachsenenalter aus, doch sind vorübergehende Veränderungen des Kohärenzgefühls möglich. Doch auch, wenn das Kohärenzgefühl des Erwachsenen tief verwurzelt scheint, kann es auf Lebensveränderungen reagieren und aus dem Gleichgewicht geraten. Doch nach einiger Zeit wird es sich wieder auf dem Mittelwert einpendeln (ebd. 118). Auch wenn diese Veränderungen zeitweilig sind und es um etwas mehr oder etwas weniger Leiden geht, sollten sie von der professionellen Pflegekraft nicht abgetan werden. Die Begegnungen mit einem Arzt oder einer Krankenschwester, verändern nur selten das Leben des Patienten. Nicht einmal dann, wenn der Patient eine niederschmetternde Information erhält, ist nicht die Information selbst entscheidend, sondern sie ist der Anfang einer Kette von Ereignissen, die nun folgen werden (ebd. 119). Antonovsky geht davon aus, dass die Art und Weise wie der Patient eine Nachricht erfährt entscheidend ist. Denn häufig hat der Arzt oder die Pflegekraft die Nachricht für sich strukturiert und verstanden. Für den Patienten allerdings scheint dies nicht so verständlich, ihm fehlen z.B. wichtige Informationen. So kann es eine Möglichkeit sein, dass Pflegende und Ärzte die Begegnungen mit der Patientin so gestalten, dass für diese kein Schaden entsteht (ebd. 119). Mögliche Vorgehensweisen um dieses zu verhindern werden im Folgenden aufgezeigt. Dabei geht es einerseits um die Gestaltung einschneidender Ereignisse während des Krankenhausaufenthaltes und andererseits um die Gestaltung von Beratungsgesprächen, die während des Aufenthalts statt finden.

4.1.1 Vorgehen beim ersten Verbandswechsel

Als erstes soll hier der erste Verbandswechsel dargestellt werden. Dies bedeutet für viele Frauen ein sehr sensibles Ereignis, da sie sich das erste Mal direkt mit ihrem veränderten Körper auseinandersetzen (vgl. Marquard 2008, 309). Eine große Unterstützung kann dabei die Anwesenheit einer engvertrauten Person, z.B. dem Partner sein. Deshalb sollte der erste Verbandswechsel unter terminlicher Abstimmung der Beteiligten erfolgen. Die Pflegende beginnt damit die medizinische Wundkontrolle zu erläutern. Dabei achtet sie darauf, dass die Patientin ihre eigenen Fragen stellen kann und geht auf ihre Gefühle ein.

Durch die Erläuterung der Wundkontrolle nimmt die Pflegekraft Einfluss auf die Ebene der Verstehbarkeit und gibt der Patientin die Möglichkeit die Veränderungen ihres eigenen Körpers anzunehmen. Die Pflegekraft sollte die Patientin ermutigen ihre Narbe in einem Spiegel zu betrachten und sie zu berühren (ebd. 308f). Wichtig dabei ist die Beachtung der Grenzen der Patientin um keine weiteren Ängste auszulösen, denn eine Überflutung von Informationen kann bei Patienten und Angehörigen als Stressor wirken. Darüber hinaus muss die Pflegekraft akzeptieren, wenn die Patientin bestimmte Handlungen ablehnt, auch wenn diese für die Pflegekraft von großer Bedeutung erscheinen, denn es besteht die Möglichkeit, dass diese Handlungen außerhalb der in 3.2.2.2 beschriebenen Grenzen liegen und so für die Patientin von geringer Wichtigkeit sind.

4.1.2 Zweistufiges Einwirken auf das Kohärenzgefühl

Eine Möglichkeit auf das Kohärenzgefühl einzuwirken wird von Brieskorn-Zinke in dem Artikel „Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts“ beschrieben. Dabei schlägt sie ein Vorgehen in zwei Schritten vor:

1. **Unterstützung der kognitiven Verarbeitung:** die Pflegenden unterstützen die Patientin bei der kognitiven Verarbeitung des eingetretenen Ereignisses, mit Hilfe von Fragestellungen erfasst die Pflegekraft die Schwierigkeiten, die sich durch die Erkrankung ergeben.
2. **Professionelle Aufklärung und Beratung:** Auf den ersten Schritt abgestimmt, erfolgt durch die Pflegekraft eine professionelle Aufklärung und Beratung, in der aus pflegerischer Sicht der Hintergrund der Schwierigkeiten beleuchtet wird (vgl. Brieskorn-Zinke 2006b, 377).

Angewandt auf die Patientinnengruppe der Mammacarcinom Diagnostizierten, könnte dies bedeuten, dass der erste Schritt kurz nach der Operation durchgeführt wird. Der Termin wird mit allen Beteiligten abgesprochen und um auf die Probleme des sozialen Umfeldes besser eingehen zu können, kann die Patientin, ihren Partner, ihre Freundin oder andere Vertraute bitten diesem Gespräch beizuwohnen. Die Pflegekraft versucht dabei die

Probleme, die sich für die Patientin ergeben zu erfassen. Dies geschieht mit Hilfe offener Fragestellungen, womit Fragen gemeint sind, die nicht einfach mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Um das Gespräch ganzheitlich zu gestalten, orientiert sich die Pflegekraft vollkommen an der Patientin und gegebenenfalls den Angehörigen. Um der fehlerhaften Deutung von nonverbalen Signalen entgegenzuwirken, sollte die Pflegekraft Gefühle, die von der Gesprächspartnerin gezeigt werden verbalisieren (vgl. Röttger 2003, 86). Dadurch gibt sie der Patientin das Gefühl wahrgenommen und verstanden zu werden. Auch wenn, wie anfangs erwähnt, dieses Gespräch auf das Kohärenzgefühl einwirken soll, darf die ganzheitliche Betrachtung des Menschen, nicht außer Acht gelassen werden. Deshalb ist es wichtig, dass die Pflegekraft ein Augenmerk auf die generalisierten Widerstandsressourcen legt. Eventuell kann sie sich dazu Notizen machen, um im zweiten Teil des Gesprächs auf diese zurückzugreifen. Am Ende des Gesprächs sollte die Pflegekraft verstanden haben, was die subjektive Herausforderung an der Krankheit für die Patientin ist und alle am Gespräch Beteiligten sollten eine Idee haben, wie eine Problembewältigung erfolgen könnte (vgl. Brieskorn-Zinke 2000b, 377). Zum Abschluss des Gesprächs fragt die Pflegekraft die Patientin, ob noch Fragen bestehen, das heißt, dass die Patientin das letzte Wort haben sollte. Der zweite Schritt, der die professionelle Aufklärung und Beratung beinhaltet, sollte nach Möglichkeit nicht am selben Tag durchgeführt werden, um eine Informationsüberflutung zu vermeiden. Auch dieser Zeitpunkt wird terminlich abgestimmt und die Patientin kann nach Möglichkeit Unterstützung durch Angehörige erhalten. Bei diesem Gespräch geht es um den Hintergrund der auftretenden Schwierigkeiten aus pflegerischer Sicht. Durch dieses Vorgehen, wird der Patientin die Fähigkeit gegeben, die aufgetretenen Stressoren einzuordnen, gleichzeitig wird ihnen die Zufälligkeit entzogen (ebd. 377). Der Patientin wird erklärt, dass die meisten ihrer Bedürfnisse und Probleme ganz normale Erscheinungen nach einer Carcinomentfernung aus der Brust sind. Zum Beispiel wird das Symptom Angst normalisiert, indem die Pflegekraft der Patientin erklärt, dass das Gefühl bei ihrer Erkrankung verbreitet ist und sie lernen kann mit dieser umzugehen (vgl. Rohde, Dorn 2007, 203). Die Angst soll nicht mehr die Hauptrolle im Leben der Patientin spielen, ansonsten ist die Gefahr zu groß, dass sie von der Angst wie gelähmt und zu Handlungen und Entscheidungen nicht mehr fähig ist (vgl. Pluta 1999, 12). Die Pflegekraft kann in diesem Zusammenhang die angstlösende und beruhigende Wirkung von Entspannungsübungen erwähnen und bei Interesse der Patientin eine Anleitung

durchführen, oder Informationsmaterial bereithalten. Besonders bekannte und beliebte Übungen sind dabei Autogenes Training, Yoga oder Meditation. All diese Übungen sind nicht leistungsorientiert und fördern den achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper. Kurse auf diesen Gebieten werden von onkologische Beratungsstellen sowie der Volkshochschule oder Krankenkasse angeboten (ebd. 18). Angebote dieser Art zählen zum institutionalisierten Hilfsangebot. Andere Ressourcen, die bei der Verarbeitung der Krankheit helfen können, können in den eigenen Ressourcen zu finden sein. Dabei kann die Pflegekraft auf die Notizen zurückgreifen, die sie sich beim ersten Gespräch gemacht hat. Da es bei dieser Ressource um die Komponente der Handhabbarkeit geht, kann die Pflegekraft durch das Stellen von offenen Fragen Ressourcen ausfindig machen. Mögliche Fragestellungen sind:

- Was kann Ihnen im Umgang mit dieser Erkrankung helfen?
- Welche Bedeutung messen Sie der Erkrankung bei?
- Welche Hilfpotentiale sehen Sie bei der Bewältigung der Krankheit?
- Was hat Ihnen in der Vergangenheit in schwierigen Situationen geholfen?

Die Antworten auf diese Fragen können sehr unterschiedlich sein. Manche Frauen schöpfen aus dem täglichen Spaziergang mit dem Hund, der Natur oder dem Spielen eines Instrumentes Kraft. All diese persönlichen Ressourcen spielen bei der Bewältigung der Krankheit eine große Rolle und sollten deshalb nicht vernachlässigt werden. Eine andere nicht zu verachtende Ressource ist Hilfpotential der akzeptierten Personen in der Umwelt (vgl. Brieskorn.Zinke 2000, 377), z.B. Familie, Freunde, Nachbarn. Dieses Hilfpotential wird häufig von den Betroffenen aus Scham nicht wahrgenommen, die Folge ist soziale Isolation. Um dieser entgegenzuwirken, ist es sinnvoll, dass die Pflegekraft mit der Patientin auf einen offenen Umgang mit der Erkrankung hinarbeitet (vgl. Rohde, Dorn 2007, 231). Ein sehr großer Beitrag dazu ist schon getan, wenn ein Angehöriger an diesem Gespräch teilnimmt. Neben dieser an spezifischen Problemen orientierter Hilfestellung, kann zusätzlich eine unspezifische Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen erfolgen. Dies kann auf der körperlichen Ebene durch Maßnahmen zur Stärkung des Immunsystems, wie z.B. ausgewogene Ernährung oder auf der psychischen Ebene durch weitere Maßnahmen zur Stärkung vorhandener Bewältigungskompetenzen oder auf der sozialen Ebene durch Maßnahmen zur Stärkung von Unterstützungsnetzwerken geschehen (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 378). Bei allen Maßnahmen ist das Hauptziel, im Sinne der

Salutogenese, die Überzeugung der Patientin so zu stärken, dass ihre Schwierigkeiten lösbar sind und sie ihr Vertrauen in die eigenen Ressourcen wiedererlangt (vgl. Antonovsky 1997, 34f). Dieses Vorgehen könnte im Rahmen einer psychosozialen Beratung stattfinden. Das Ziel einer psychosozialen Beratung ist „...die Entfaltung des Einzelnen und die selbstbestimmte Gestaltung seines momentanen Lebens zu ermöglichen und dafür zu sorgen, dass er die Anforderungen meistert, die der Alltag mit sich bringt, aber auch die Entwicklungschancen nutzt, die er beinhaltet.“ (Steinbach 2007, 143). Dies sind Aspekte, die sich auch in der Salutogenese wiederfinden lassen. Beratung sollte dann einsetzen, wenn die persönlichen Fähigkeiten einer Patientin nicht mehr ausreichen um ein Problem zu lösen und konzentriert sich auf die Kluft zwischen sozialen Anforderungen, Fähigkeiten und Bedürfnissen des Einzelnen. Häufig entwickeln sich parallel zu pflegerischen Interventionen Gespräche über die Bewältigung von Problemen (ebd. 143). Deshalb ist es eine gute Möglichkeit, neben geplanten Gesprächen, Pflegehandlungen im Gespräch oder in einer Beratung ausklingen zu lassen. So ist der direkte Zusammenhang zu der Situation, die das Gespräch ausgelöst hat, präsent und aktuell.

4.1.3 Stärkung der generalisierten Widerstandsressourcen

Neben dem Kohärenzgefühl kann auch den generalisierten Widerstandsressourcen ein positiver Einfluss auf die Bewältigung von Ereignissen zugesprochen werden. Denn Ressourcen dienen vor allem in Krisen- und Überforderungssituationen zur Stabilisierung der Persönlichkeit (vgl. Lorenz 2005, 116). Das Wissen über Zusammenhänge, materielle Sicherheit oder ein stabiles soziales Netz stellen eine Quelle dar, aus der Menschen schöpfen können um angestrebte Ziele weniger ängstlich und realistisch umsetzen zu können (ebd. 117). Ist der Blick in schwierigen Lebenssituationen auf die bisher nicht erreichten Ziele gerichtet, wird der Patient auf seine Mangelperspektive reduziert und depressives Erleben gefördert. Gelingt es allerdings auf vorhandene Ressourcen zurückzugreifen, fühlt der Mensch sich nicht nur verstanden und dem sozialen Miteinander zugehörig, sondern darüber hinaus stellt sich ein Gefühl der Selbstakzeptanz ein (ebd.). Sich selbst zu vertrauen und sich selbst anzunehmen sind Eigenschaften die den an Brustkrebserkrankten Frauen durch ihr Verlusterleben abhanden gekommen sind. Deshalb

ist es Aufgabe des behandelnden Teams, der Patientin zu Helfen diese Eigenschaften wiederzuerlangen. Einen großen Einfluss auf das Selbstwertgefühl und damit auch auf das Kohärenzgefühl hat dabei die Teilnahme der Patientin an Entscheidungsprozessen (ebd. 131). Denn durch die aktive Teilnahme am Behandlungsprozess wird der Patientin Verständnis und Autonomie über ihren Körper entgegengebracht. Dies verhilft ihr, ihr eigenes Erleben und Handeln zu hinterfragen und durch die Betrachtung der Situation aus unterschiedlichen Perspektiven sich selbst zu verstehen. Letztendlich bewirkt dies die Möglichkeit auf der Ebene der Handhabbarkeit neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen (ebd. 138). Lorenz schlägt in diesem Zusammenhang eine Analyse der belastenden Situation in einem 4-Schritt-Prozess vor (ebd. 173). Das Prozessmodell nimmt dabei einerseits Einfluss auf die drei Komponenten des Kohärenzgefühls, andererseits berücksichtigt es die generalisierten Widerstandsressourcen der Patientin. Dieser Prozess könnte die Grundlage einer Beratung bilden und in den unterschiedlichsten Krisensituationen angewendet werden. Im Folgenden werden die vier Schritte kurz dargestellt:

1. Schritt: Konkretisierung der belastenden Situation
2. Schritt: Aufspüren des Ressourcenpotentials
3. Schritt: Lösungsfindung unter Berücksichtigung des Ressourcenpotentials
4. Schritt: Reflektion der praktischen Umsetzung (ebd. 174)

Der erste Schritt des Gespräches ähnelt der in 4.1.2 vorgestellten ersten Stufe nach Brieskorn-Zinke. Nach Lorenz geht es hier jedoch lediglich um das Erfassen der aktuellen Lebenssituation der Patientin. Im zweiten Schritt arbeiten Pflegekraft und Patientin bisher erprobte Bewältigungsmuster heraus, dabei wird die Aktivierung der Ressourcen angesprochen. Lorenz spricht hier die Einbindung von kunsttherapeutischen Interventionen (ebd. 122). In Hinblick auf die Umsetzung auf einer gynäkologischen Station, scheint die Anwendung der unterschiedlichen Methoden der Biographiearbeit passender. Die Patientin setzt sich mit bisherigen Ansichten und Verhaltensweisen auseinander und distanziert sich so innerlich vom jetzigen Geschehen. Gleichzeitig werden aber auch die bisherigen Muster überprüft und die Suche nach Alternativen angestoßen. Die Aufgabe der Pflegenden ist in diesem Zusammenhang das Wahrnehmen der generalisierten Widerstandsressourcen oder -defizite (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 379). Die Patientin soll in diesem Schritt zum verantwortungsbewussten Mitgestalter werden, denn das Erkennen eigener Ressourcen begünstigt den konstruktiven Umgang mit der Situation. Im dritten Schritt soll nun eine

Antwort darauf gefunden werden, wie die belastende Situation gelöst oder verändert werden kann. Dabei sollte, an Schritt zwei angelehnt, die Bedeutung der personalen Ressourcen, aber auch der Ressourcen, die mobilisiert werden können, betrachtet werden (vgl. Lorenz 2005, 174). Im Verlauf des Prozesses der Krankheitsbewältigung ist die Erinnerung an stärkende oder schutzgebende Momente kompetenzfördernd (ebd. 124). Der vierte Schritt stellt die Erprobung der in Schritt drei herausgearbeiteten Lösungen in den Vordergrund. Die neuen Erfahrungen werden gemeinsam besprochen, sollten sich diese als dysfunktional erweisen, werden sie revidiert. Somit wird ein neuer Kreislauf mit Schritt eins beginnend initiiert (ebd. 174). Die Umsetzung des vierten Schritts gestaltet sich in Hinblick auf die Patientinnengruppe schwierig. Denn möglicherweise erfordert die Umsetzung der in Schritt drei gefundenen Lösungen eine Entlassung aus dem Krankenhaus. Um die in Schritt eins bis vier geschaffene Vertrauensbasis zu erhalten, müsste die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Patientin nach dem Krankenhausaufenthalt ein Gesprächstermin mit der Pflegekraft ermöglicht wird, die bereits die anderen Gespräche geführt hat.

4.1.4 Körperbildarbeit

Ein wichtiger Teil der Körperbildarbeit ist bereits in 4.1.1 beschrieben. Jedoch gibt es weitere Ziele, die eine Patientin, bevor sie die Klinik verlässt, in Zusammenarbeit mit einer Pflegekraft erreichen kann. Das Erreichen dieser Ziele ist abhängig von der Bereitschaft der Patientin Hilfsangebote, wie zum Beispiel Beratungsgespräche mit der Pflegekraft, anzunehmen (vgl. Marquard 2008, 309), aber auch von den persönlichen Grenzen der Patientin. Bevor die Patientin das Krankenhaus verlässt, sollte eine Pflegekraft die Patientin auf Ereignisse vorbereiten, die sich auf das Alltagserleben und in diesem Zusammenhang auf das äußere Erscheinungsbild auswirken können. Dazu gehört eine fachgerechte prothetische Versorgung, Information zum Haarverlust und Haarersatz, Gespräche über das Lymphödem und die Veränderung der Sexualität (ebd.). Als Ziele der Körperbildarbeit während des Krankenhausaufenthaltes können folgende genannt werden:

- Die Patientin verbalisiert ihre Gefühle in Hinblick auf die noch bevorstehenden Therapien.
- Die Patientin beschäftigt sich noch während des Krankenhausaufenthalts mit ihrer Wunde bzw. ihrem veränderten Körperbild, d.h. sie sieht sich die Narbe im Spiegel an und berührt die operierte Brust.
- Die Patientin hat eine Bezugsperson, die in die Körperbildarbeit eingebunden ist, z.B. enge Freundin oder Partner.
- Die Patientin hat keine Angst, von anderen Personen (Partner, Freunde etc.) auf die Veränderung ihres Körperbildes angesprochen zu werden.
- Die Patientin weiß um Hilfsmittel, die ihr verändertes Körperbild positiv unterstützen (z.B. Prothesen, Ausgleichsteile, Kopftücher, Perücken etc.).
- Die Patientin weiß um Möglichkeiten der Rekonstruktion.
- Der Patientin ist bewusst, dass sie im Laufe der langen Therapiezeit ihre Gedanken und Gefühle hinsichtlich ihres Körpers (kurzfristig) verändern können – sowohl positiv als auch negativ.
- Die Patientin wird langfristig ihr verändertes Körperbild annehmen (ebd. 309f).

Bei der Betrachtung dieser Ziele wird klar, dass sie für einige Patientinnen schwer zu erreichen sind und dass die Erarbeitung dieser Ziele nicht mit dem Verlassen des Krankenhauses abgeschlossen sind, sondern dass sie stetig weiter bearbeitet werden müssen. Gerade dafür bietet sich die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe an oder eine krankenhausesübergreifende Betreuung durch eine Pflegekraft.

4.1.5 Überlegung zur praktischen Umsetzung

Die vorgestellten pflegerischen Interventionen sollen im stationären Alltag auf gynäkologischen Stationen umgesetzt werden können. Das erfordert die Vertrautheit aller Pflegekräfte mit dem Konzept der Salutogenese. Dies könnte im Rahmen einer verpflichtenden Schulung bzw. Fortbildung erreicht werden, es bleibt zu überlegen ob diese für das gesamte multiprofessionelle Team angeboten werden sollte. So würden alle

Berufsgruppen von den neuen oder veränderten Interventionen erfahren und könnten die ganzheitliche, patientenorientierte Ausrichtung in ihr Handeln übertragen. Sicherlich ist dies ein langwieriger Prozess, da eine Änderung von bisherigen Verhaltensmustern erforderlich ist. Für die in 4.1.2 und in 4.1.3 dargestellten Interventionen wäre eine eigene Schulung/Fortbildung der Pflegekräfte mit dem Schwerpunkt Patientenberatung empfehlenswert. Möglicherweise wird eine Umstrukturierung des stationären Alltags notwendig. Einheitlich sollte festgelegt werden, welche Pflegekraft für die Führung der Gespräche zuständig ist. Auf Stationen in denen Bereichspflege stattfindet, eignet sich die Bereichsschwester für diese Aufgabe. Generell sollte die Intervention von einer Pflegekraft ausgeführt werden, die der Patientin bekannt ist. Notwendig ist auch das ein Zeitfenster für die Interventionen geschaffen wird und eine Art der Dokumentation um die Ergebnisse für das gesamte multiprofessionelle Team transparent zu machen. Es wird deutlich, dass die Umsetzung der dargestellten Interventionen nur nach und nach vollzogen werden kann und Anstrengung, Verständnis des multiprofessionellen Teams und Geduld erfordert.

4.2 Spannungsfeld: Gesundheit – Krankheit

Nachdem nun die Umsetzung der Salutogenese in die Gesundheitspflege, das Arbeitsfeld der Gesundheitspflege und unterschiedliche Gesundheitsdefinitionen beschrieben wurden, soll es in diesem abschließenden Kapitel um das Spannungsfeld Gesundheit und Krankheit gehen. Die Beantwortung der Frage der Sinnhaftigkeit einer strikten Trennung von Gesundheit und Krankheit in der pflegerischen Praxis stellt dabei einen zentralen Punkt dar. In Kapitel 3.4 wird deutlich, dass viele pflegerischen Interventionen sowohl Gesundheit als auch Krankheit beinhalten oder der Übergang zwischen beiden Begriffen fließend ist. Als Beispiel der Krankenpflege wurde in dem Kapitel unter anderem die Pflege von Wunden genannt und als Beispiel der Gesundheitspflege Beratung und Information. Doch die Pflege von Wunden geht bestenfalls mit der Weitergabe von Information an die Patientin einher. Auch das Verabreichen von Medikamenten geschieht während des Anreichens von Nahrung und das Messen der Vitalwerte geht einer Mobilisation voraus. Eine strenge Trennung dieser beiden Aufgabenfelder würde in der Pflege zur Rückentwicklung und somit zur Funktionspflege führen, damit würde die

Ganzheitlichkeit der Versorgung der Patientin verloren gehen. Vor allem aus Sicht der Salutogenese wäre dies ein schwerer Verlust. In der Salutogenese existieren die Begriffe Gesundheit und Krankheit nebeneinander. Wenn also eine Übertragung der Salutogenese auf die Pflege stattfinden soll, ist eine Trennung dieser Aufgabenfelder nicht zulässig. Antonovsky sieht die Salutogenese als eine Ergänzung zur Pathogenese an und weißt die Aufgabe der pathogenetischen Ansicht von sich. Er erachtet es als wichtig „die Arbeit an der Theorie, Prävention und Therapie von Krebs fortzusetzen, pathogene Konsequenzen von Stressoren zu berücksichtigen und nach Wunderwaffen Ausschau zu halten. Ich plädiere vielmehr dafür, beiden Orientierungen als komplementär zu betrachten...“ (Antonovsky 1997, 30). Doch auch wenn beide Bereiche als sich ergänzend betrachtet werden, wäre es, vor allem im Hinblick auf die unterschiedlichsten Definitionen von Gesundheit wichtig, ein Grundverständnis von Gesundheit zu entwickeln, das der Pflege und vor allem dem Krankenpflegegesetz zu Grunde liegt. Denn nur so kann eine reibungslose Zusammenarbeit auch im interdisziplinären Bereich gewährleistet werden.

5 Fazit

Die der Arbeit zu Grunde liegende Fragestellung ist: Wie kann das Gesundheitskonzept der Salutogenese in die Gesundheitspflege von Patientinnen mit Mammacarcinom im stationären Setting umgesetzt werden? Anhand dieser Fragestellung werden die beiden Gebiete ersichtlich, die das Thema dieser Arbeit darstellen. Das ist zum einen die Gesundheit, bzw. die Salutogenese und zum anderen die Patientinnengruppe der Brustkrebserkrankten. Zu Beginn der Arbeit wurde auf das Krankheitsbild Brustkrebs eingegangen. Dieser Überblick ermöglichte eine erste Annäherung an die Pflege von Patientinnen mit Mammacarcinom. Hauptsächlich wurden in Kapitel zwei die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen auf den Gebieten Körper, Psyche und soziales Umfeld beschrieben. Das dritte Kapitel setzte sich ausführlich mit der Frage „Was ist Gesundheitspflege?“ auseinander. Der Einstieg schaffte einen Überblick über die unterschiedlichen Definitionen und Bedeutungen des Begriffs, sowohl in der Wissenschaft als auch von Laien. Darauf folgte die bedeutungsvolle Betrachtung der Salutogenese und der Bestandteile des Konzepts. Besonders hervorgehoben wurde hier das Gesundheits-

Krankheits-Kontinuum, die generalisierten Widerstandsressourcen sowie das Kohärenzgefühl, da diese Komponenten von hoher Wichtigkeit für die Umsetzung der Salutogenese sind. Der kritischen Betrachtung der Salutogenese, schließt sich die Betrachtung die Relevanz der Umsetzung der Salutogenese auf die Patientinnengruppe an. Aus den Erkenntnissen der vorangegangenen unterschiedlichen Auffassungen des Begriffs Gesundheit wurde in Kapitel 3.3 ein Verständnis des Begriffs Gesundheit entwickelt, das im weiteren Verlauf der Arbeit verwandt wurde. Bewusst wurde auf den Begriff Definition verzichtet, da es sich nicht um eine verbindliche Festlegung des Begriffs handelt, sondern um die Vorstellung von Gesundheit als aktiver Prozess. Den Abschluss des 3. Kapitels bildete die Gegenüberstellung der Aufgabenfelder Gesundheitspflege und Krankheitspflege, mit der Folgerung, dass beide Aufgabenfelder heute noch nicht als gleichwertig betrachtet werden können. Kapitel 4 „Salutogenese in der Pflege von Patientinnen mit Mammacarcinom“ stellte eine Synthese der Kapitel 2 und 3 und somit die Klärung der Anfangsfrage dar. Als Möglichkeit wurden vier Umsetzungsansätze der Salutogenese in die Gesundheitspflege von Patientinnen mit Mammacarcinom vorgestellt. Diese betreffen unterschiedliche Situationen in der Pflege und sprechen unterschiedliche Komponenten des Salutogenese-Konzepts an. Abschließend wurde das Spannungsfeld Gesundheit – Krankheit dargestellt, mit dem Ergebnis, dass sich beide Begriffe in der Salutogenese nicht trennen lassen und somit eine exakte Trennung der Arbeitsfelder Gesundheitspflege und Krankenpflege nicht möglich ist. Um die Salutogenese im stationären Setting einzuführen, müssen die Grundvoraussetzungen dafür geschaffen werden. Es ist substantiell, dass die Pflege des Patienten unter Berücksichtigung des gesamten Umfelds stattfindet, das beinhaltet, das Einbeziehen des Umfeldes des Patienten in den gesamten Pflegeprozess. Überdies ist der Patient als aktiver Partner in der Gesundheitsversorgung zu betrachten, denn im Konzept der Salutogenese wird Gesundheit als dynamischer Prozess verstanden. Deshalb muss die Pflegekraft den Patienten besonders in Hinblick auf die im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wirkenden Kräfte beurteilen. Sind diese Anforderungen erfüllt, kann die Umsetzung der vier Beispiele erfolgen. Die Beispiele sind sehr unterschiedlich und beinhalten sowohl direkte pflegerische Interventionen, als auch geplante Beratungsgespräche. Beim ersten Beispiel handelt es sich um den ersten Verbandswechsel, die zweite Handlung stellt eine Gesprächssituation in zwei Stufen dar. Dabei wird im ersten Schritt Hilfe zur kognitiven Verarbeitung gegeben und im zweiten Schritt erfolgt professionelle Anleitung und Beratung. Die dritte

Möglichkeit intendiert die Wirkung generalisierte Widerstandsressourcen, Möglichkeiten, über die eine Patientin verfügt um die Herausforderungen der Erkrankung bewältigen zu können. Das vierte Beispielen beinhaltet Ziele der Körperbildarbeit, die eine Patientin während ihres Krankenhausaufenthaltes erreichen sollte. Um tatsächlich Beratungen durchführen zu können, die nicht parallel zu pflegerischen Handlungen stattfinden, sind personelle und zeitliche Ressourcen notwendig, doch gerade diese sind in stationären Settings stark begrenzt (vgl. Kersting 2002, 16). Ebenso ist eine flexible Arbeitsweise notwendig um spontan auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können. Damit wird der Konflikt zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Umsetzung dieser Beispiele deutlich. Bis jetzt gibt es noch keine Modelle, die eine Anwendung der Salutogenese auf die Patientinnengruppe beschreiben. In Krankenhäusern mit zertifiziertem Brustzentrum, sind zusätzliche Pflegekräfte, sogenannte Breast Care Nurses eingestellt. Diese sind speziell auf die Bedürfnisse der Patientinnen mit Mammacarcinom ausgebildet und übernehmen z.B. die Unterstützung und Beratung von Patientinnen und ihren Angehörigen im Behandlungsprozess (vgl. Marquardt 2008, 449). Es wäre interessant zu untersuchen, ob die Berufsgruppe der Breast Care Nurses, deren Tätigkeitsfeld einige der in den Beispielen aufgeführten Aufgaben beinhalten, Aspekte der Salutogenese in die Pflege von Patientinnen mit Mammacarcinom umsetzen, ob ihnen dieses bewusst ist und ob sie sich als Gesundheitspflegerinnen verstehen. Ein weiteres Problem, dass in dieser Arbeit aufgedeckt wird, ist die fehlende Tätigkeitsbeschreibung Pflegerischer. Mit der Übernahme der Tätigkeit „Beratung“, weitet sich ihr Arbeitsfeld aus. Es bleibt zu überlegen, ob die besondere Pflege der Mammacarcinom Patientinnen und somit auch die Umsetzung der Beispiele einigen spezialisierten Pflegekräften vorbehalten bleiben sollte, wie z. B. der Breast Care Nurse. Das pflegerische Handlungsfeld scheint mit dem Setting Krankenhaus verwachsen zu sein. Um die Pflege von Brustkrebspatientinnen zu optimieren und Ansätzen der Salutogenese zu gestalten wäre eine Ausweitung des Tätigkeitsfeld über die strukturellen Grenzen der Krankenhauses hinweg von Nöten beispielsweise im Rahmen einer Sprechstunde, in denen Patientinnen ein Raum für Fragen über den Krankenhausaufenthalt hinaus geschaffen wird. Mit den Umsetzungsmöglichkeiten der Salutogenese wird nur eine Möglichkeit aufgezeigt, wie die Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitspflege aussehen kann, doch lassen sich weitere Arbeitsmöglichkeiten erahnen, in denen Pflegekräfte weitere Potenziale entfalten können.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron; Franke, Alexa (Hrsg. und Übers.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag, Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Band 36).
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). In: Klie, Prof. Dr. Thomas; Stascheit, Prof. Dr. Ulrich (2007): Gesetze für Pflegeberufe. 10. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 382-394.
- Bengel, J.: Das Prinzip der Salutogenese – Eine Einführung. In: Bartsch, H.H.; Bengel, J. (1997): Salutogenese in der Onkologie. Tumorthherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger Verlag, 1-4.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (1998): Was erhält Menschen gesund: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Band 6).
- Bernhard, J.; Dietrich, L.: Psychoonkologie. In: Eicher, Manuela (Hrsg.); Marquard, Sara (Hrsg.) (2008): Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber Verlag, 250- 266.
- Bertz, Joachim (2010): Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland: Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Berlin: Robert-Koch-Institut, Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes.
- Blankart, Charles B.; Fasten, Erik R.; Schwintowski, Hans-Peter (2009): Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten: Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Brieskorn-Zinke, Marianne: Die pflegerische Relevanz der Grundgedanke des Salutogenese- Konzeptes. In: Pflege, Band 13 (2000), 6, 373-380.
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006a): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Brieskorn-Zinke, Marianne: Von der Krankenschwester zur Gesundheitsschwester: Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität – Teil 1. In: Pflegezeitschrift, Band 59 (2006b), 7, 442-445.
- Creutzfeldt-Glees, Cora (2007): Schicksalbrustkrebs – Wege zur Bewältigung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: ICN-Ethikkodex für Pflegende. URL (<http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf>) – zuletzt geprüft am 13.05.2010.

- Eicher, Manuela: Angst und Depression. In: Eicher, Manuela (Hrsg.); Marquard, Sara (Hrsg.) (2008): Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber Verlag, 286- 300.
- Flick, Uwe (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund?: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Fobair et al: Body image and sexual problems in young women with breast cancer. In: Psycho-Oncology 15 (2006), 7, 579-594.
- Franke, Alexa (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. (1.Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, Franz: Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Frierson et al: Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The breast- Impact of Treatment Scale. In: Annals of behavioral medicine 32 (2006), 1, 77-81.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG). In: Klie, Prof. Dr. Thomas; Stascheit, Prof. Dr. Ulrich (2007) : Gesetze für Pflegeberufe. 10. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 368-381.
- Giersiepen, Klaus et al (2005): Brustkrebs. Heft 25. Berlin: Robert-Koch-Istitut, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes.
- Hasseler, Martina: Prävention als originäre Aufgabe der Pflege – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler, Martina (Hrsg.), Meyer, Martha (Hrsg.) (2006): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege: Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 35-58.
- Hildebrandt, Helmut (2004):Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch. (260. Aufl.). Berlin New York: Walter de Gruyert.
- Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. (6.Aufl.). Weinheim München: Juventa Verlag.
- Husmann, Gabriele (Hrsg.) (2010): Krebs in Deutschland 2005/2006 Häufigkeiten und Trends. (7. Ausgabe) Berlin: Robert Koch-Institut GEKID, Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes.
- Kaufmann, Manfred; Ernst, Brigitte: Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen: CAWAC-Umfrage in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000), 47, 3191-3296.
- Kersting, Karin (2002): Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. (1. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

- Lorenz, Rüdiger (2005): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Marquard, Sara: Körperbild und verändertes Körperbild. In: Eicher, Manuela (Hrsg.); Marquard, Sara (Hrsg.) (2008): Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber Verlag, 301- 324.
- Marquard, Sara: Ausbildungsmodelle „Breast Care Nurse“. In: Eicher, Manuela (Hrsg.); Marquard, Sara (Hrsg.) (2008): Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber Verlag, 442 - 446.
- Marquard, Sara et al : Körperbild nach Brustamputation: Das Ende der Unversehrtheit. In: Pflegezeitschrift 57 (2004), 254-257.
- Müller, Andreas C.; Muths, Sabine: Gesundheitspflege als Gegenstand der Pflegeausbildung – Entwicklung einer Unterrichtseinheit im Rahmen des Lernfeldkonzepts. In: Hasseler, Martina (Hrsg.), Meyer, Martha (Hrsg.) (2006): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege: Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 161-185.
- Noack , Horst R.: Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin?. In Bartsch, H.H.; Bengel, J. (1997): Salutogenese in der Onkologie. Tumortherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger Verlag, 88- 105.
- Pluta, Maren von (1999): Mein neues Leben: Ein Ratgeber für Frauen nach der Krebsoperation. Zürich: Kreuz Verlag.
- Rohde, Anke; Dorn, Almut (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: Das Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Röttger, Klaus (2003): Psychosoziale Onkologie für Pflegende: Grundlagen – Modelle-Anregungen für die Praxis. Hannover: Schlütersche GmbH.
- Sozialgestzbuch I (SGB). In: Klie, Prof. Dr. Thomas; Stascheit, Prof. Dr. Ulrich (2007) : Gesetze für Pflegeberufe. 10. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 482-491.
- Steinbach, Herlinde (2007): Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe 2. Aufl. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Weis, Joachim: Das Konzept der Salutogenese in der Psychoonkologie. In: Bartsch, H.H.; Bengel, J. (1997): Salutogenese in der Onkologie: Tumortherapie und Rehabilitation. Freiburg: Karger Verlag, 106-116.