

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Im Griff haben“

Eine Untersuchung über das Erleben herzinsuffizienter
Patient/-innen bei der Bewegungsunterstützung
nach dem Kinästhetik Konzept

Verfasserin

Barbara Kirchsteiger-Wikipil

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Angelika Zegelin

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich diese Arbeit weder im In- noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, Mai 2011

Barbara Kirchsteiger-Wikipil

Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich während meines Studiums und bei der Entstehung dieser Diplomarbeit unterstützt haben.

Als erstes möchte ich mich recht herzlich bei Frau Dr. Angelika Zegelin für die kompetente Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken. Ihre Studie „Festgenagelt sein- Der Prozess des Bettlägerigwerdens“ war die Grundlage für meine Themenwahl, umso mehr hat es mich gefreut, als sich Frau Dr. Angelika Zegelin bereit erklärt hat die Betreuung meiner Diplomarbeit zu übernehmen.

Mein besonderer Dank gilt meinem Ehemann Christoph Kirchsteiger der durch seinen Humor und Elan stark zu meiner Motivation beigetragen hat und durch seine liebevolle und verständnisvolle Art die größte Unterstützung für mich war.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern Erika und Ferenc Wikipil und bei meiner Schwester Edina Wikipil, die mich mein ganzes Leben hindurch liebevoll und tatkräftig unterstützt haben.

Ein herzliches Dankeschön gebührt besonders meiner Schwägerin Frau Mag. Barbara Kirchsteiger und auch Frau Mag. Christina Luef für das Korrekturlesen meiner Diplomarbeit.

Weiters möchte ich mich bei Fr. Mag. Hannah Jahn für die Unterstützung beim Verfassen des englischen Abstracts und meinem Arbeitskollegen Christoph Hauptmann für das Formatieren der Diplomarbeit bedanken.

Abschließend möchte ich mich auch noch bei meinen Interviewpartner/-innen bedanken, ohne ihr Mitwirken wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die chronische Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten internistischen Erkrankungen, deren progressiver Verlauf zu einem vermehrten stationären Aufenthalt der Erkrankten führt. In dieser Arbeit wird der Fokus auf ältere Menschen gelegt, bei denen es durch die akute Verschlechterung der chronischen Herzinsuffizienz zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Verschlechterung der Beweglichkeit kommt.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Erleben herzinsuffizienter bewegungseingeschränkter Patient/-innen in der Akutphase darzustellen und herauszufinden, welche Faktoren beeinflussend auf die Bewegungsunterstützung wirken können und welche Zielsetzungen verfolgt werden.

Methode: Das Datenmaterial aus den zehn Interviews (sieben Frauen und drei Männer) wird mit einem halbstandardisierten Leitfadeninterview erhoben und danach mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Ergebnis: Es konnten sechs Hauptkategorien ermittelt werden, die einen deutlichen Einfluss auf die Interaktion während einer Bewegungsunterstützung ausüben. Diese Kategorien sind die förderlichen und hinderlichen Verhaltensweisen, weiters die Wahrnehmungen, die Rücksicht auf Pflegende, die Annahme von Hilfe sowie die individuellen Merkmale der Pflegenden. Unter die förderlichen Verhaltensweisen fallen: Motivation, Kraftquellen, Umgang, Unterstützung, Anleitung, Sicherheit, Ziele, Hilfsmittel, Grifftechnik, Präsenz und Körperkontakt. Zu den hinderlichen Verhaltensweisen zählen: Umgang, Angst, Atemnot, Resignation, Medikamentengabe sowie die Umgebungsgestaltung.

Schlussfolgerung: Die Pflegenden haben einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Bewegungsunterstützung, wobei besonders die Sicherheitsvermittlung im Vordergrund steht. Die individuellen Merkmale der Pflegenden wie Geschlecht, Technik oder äußere Erscheinung spielen bei der Mobilitätsförderung eine untergeordnete Rolle. Die Grundvoraussetzung für eine nachhaltige Bewegungsförderung ist der eigene Wille des bewegungseingeschränkten Menschen. Die Pflegenden haben auf die Bewegungsmotivation einen deutlich geringeren Einfluss, als die Patient/-innen selbst. Eine gemeinsame Zielsetzung der Pflegenden mit den Patient/-innen bezüglich der Bewegungsunterstützung ist empfehlenswert.

Abstract

Background: Chronic heart failure is one of the most common internistic diseases. Its progressive course results in an increase of inpatient stays. This thesis focuses on the Elderly who experience transient or persistent decrease in movability due to acute deterioration of heart failure.

Aim: Aim of this thesis is to describe how patients with heart failure and impaired moveability experience an acute phase, to find out which factors can have an influence on the movement support and to define objectives of this support.

Method: Data was gathered from ten interviews (seven women and three men). These half standardized guideline based interviews were analysed through qualitative content analysis according to Mayring.

Results: Six main categories which have a significant influence on the interaction during the movement support could be established. These categories are beneficial and hindering behavior, perception, consideration of the nurses, the ability to accept help as well as the individual characteristics of the nurses. Beneficial behaviors are: motivation, power sources, handling, support, instruction, safety, objectives, tools, grip, presence and physical contact. Hindering behaviors are: handling, fear, difficulty in breathing, resignation, medication as well as arrangement of the environment.

Conclusion: The nurses have a crucial influence on the quality of movement support with the focus on creating an atmosphere of security. Individual characteristics of the nurse like sex, technique, and outer appearance are rather a secondary issue in movement support. The basic requirement for sustained support of mobility is the willpower of the impaired himself. The nurses have significantly lower influence on the patients motivation to improve mobility than the patient himself. Therefore the nurse and the patient should agree on mutual objectives of the movement support.

„Es ist am Morgen vierfüßig, am Mittag zweifüßig, am Abend dreifüßig. Von allen Geschöpfen wechselt es allein mit der Zahl seiner Füße; aber eben wenn es die meisten Füße bewegt, sind Kraft und Schnelligkeit seiner Glieder ihm am geringsten.“

Gustav Schwab (Vavra, 2008, S.141)

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Ziel und Fragestellungen der Arbeit	3
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Literaturrecherche	5
2.2	Literaturübersicht	6
2.3	Gesundheit – verschiedene Sichtweisen	8
2.3.1	Gesundheit und der alte Mensch	9
2.3.2	Gesundheitsförderung – die Bedeutung für den alten Menschen	9
2.3.3	Gesundheitsverhalten alter Menschen	11
2.3.4	Gesundheitsförderung in der Pflege	13
2.4	Bewegung	16
2.4.1	Definition von Mobilität	16
2.4.2	Eingeschränkte Mobilität	17
2.4.3	Einflussfaktoren der Bewegungseinschränkung	19
2.4.4	Bewegungsunterstützung (Kinästhetik in der Pflege)	21
2.4.5	Definition der Bewegungsunterstützung „Aufstehen“	23
2.5	Chronische Herzinsuffizienz	23
2.5.1	Definition	23
2.5.2	Epidemiologie	24
2.5.3	Behandlungsmaßnahmen	25
3	Methode	27
3.1	Qualitativer Forschungsansatz	27
3.1.1	Gütekriterien	27
3.2	Stichprobengrundlagen	29
3.2.1	Samplingverfahren	29
3.2.2	Feldzugang	30
3.3	Datenerhebung	31
3.3.1	Halbstandardisiertes Leitfadenterview	32
3.3.2	Interviewablauf	33
3.4	Datenanalyse	36
3.4.1	Inhaltsanalyse nach Mayring	36
4	Ethische Überlegungen	39
5	Ergebnisse	41
5.1	Das Erleben der Patienten/-innen bei der Bewegungsunterstützung:	41
5.1.1	Förderliche Verhaltensweisen	41
5.1.1.1	Die Motivation	41
5.1.1.2	Kraftquelle	47
5.1.1.3	Umgang	49
5.1.1.4	Unterstützung	52
5.1.1.5	Interaktion	54
5.1.1.6	Sicherheit	56
5.1.1.7	Ziele	58
5.1.1.8	Hilfsmittel	60
5.1.1.9	Grifftechnik	62
5.1.1.10	Präsenz	64
5.1.1.11	Körperkontakt	66
5.1.2	Hinderliche Verhaltensweisen	67
5.1.2.1	Umgang	67
5.1.2.2	Angst	70

5.1.2.3	Atemnot	71
5.1.2.4	Resignation	74
5.1.2.5	Medikamentengabe.....	74
5.1.2.6	Umgebungsgestaltung	75
5.1.3	Wahrnehmung	76
5.1.3.1	Körperliche Wahrnehmung	76
5.1.3.2	Geistige Wahrnehmung	79
5.1.4	Hilfe annehmen.....	82
5.1.4.1	Helfen lassen	82
5.1.4.2	Ausgeliefert sein	85
5.1.5	Rücksicht auf Pflegende	86
5.1.6	Individuelle Merkmale der Pflegenden	90
5.1.6.1	Geschlecht	90
5.1.6.2	äußere Merkmale	92
5.1.6.3	Technik	93
5.2	Verteilung der Kategorien	95
5.3	Ziele von Patient/-innen und Pflegenden	96
6	Diskussion und Schlussfolgerungen.....	98
7	Implikationen für die Pflege	105
8	Literaturangabe.....	108
9	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:.....	118
10	Abkürzungsverzeichnis:	118
11	Anhang	118
12	Lebenslauf	123

1 Einleitung

Durch die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung gewinnen Bewegung und Unterstützungsmaßnahmen zu deren Erhaltung immer mehr an Bedeutung. Eine Einschränkung der Bewegungsfähigkeit bis hin zu kompletter Bettlägerigkeit kann sowohl für die Betroffenen und deren Umgebung, als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine große Belastung sein.

1.1 Problemstellung

Die stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus kann einen entscheidenden Einfluss auf die Beweglichkeit eines älteren Menschen haben. Zegelin geht davon aus, dass ein Klinikaufenthalt eine Bettlägerigkeit induzieren kann (vgl. 2010, S. 115).

Ein Grund für die Verschlechterung der Mobilität von Spitalspatienten/-innen kann die angeordnete Bettruhe sein. Diese stellte im 19. Jahrhundert ein wichtiges „Behandlungskonzept“ der Medizin dar. Die Idee, dass durch den Aufenthalt im Bett eine Heilung der Krankheit herbei gerufen wird, geht auf eine Zeit, in der kaum andere Therapieformen zur Verfügung standen, zurück (vgl. Zegelin, 2010, S. 49). Heute noch existiert die Ansicht, dass kranke Menschen das Bett hüten sollten und das, obwohl bereits ausreichend Kenntnis über die Folgeschäden des Liegens existiert.

Weitere Ursachen für eine vorübergehende oder auch dauerhafte Verschlechterung der Beweglichkeit können, neben der bestehenden Grunderkrankung beziehungsweise der akuten Verschlechterung des Krankheitsbildes, auch äußere Rahmenbedingungen sein. Eine Institution wie das Krankenhaus, das durch seine vorgegebenen Regeln und Routinen den Rhythmus und Ablauf des ganzen Tages vorgibt, kann die Autonomie des Einzelnen reduzieren. Dies kann in weiterer Folge dazu führen, dass die Pflegebedürftigen den Mobilisierungsversuch ablehnen oder sich sogar zu einem Rückzug entscheiden. Oft sehen Patient/-innen das Liegen im Krankbett als einzige Möglichkeit, ein Stück ihrer Privatsphäre zu bewahren.

Bewegungseingeschränkte Patient/-innen können die Intensität, Häufigkeit und die Reihenfolge ihrer Bewegungen nicht selbst bestimmen und sind von der Unterstützung der Pflegenden abhängig. Diese bestimmen meist den Zeitpunkt, die Art und Dauer der Mobilisation. (vgl. Mensdorf, 2007, S. 691) Diese Fremdbestimmung wirkt sich häufig negativ auf die Motivation, körperlich aktiv zu sein, aus.

Zum Zeitpunkt der Entlassung kann schon eine geringe Verschlechterung des Mobilitätsgrades der Patient/-innen eine Vielzahl an kostenintensiven Veränderungen nach sich ziehen. „*Mobilitätseinschränkungen erschweren den Alltag und können die selbstständige Lebensführung gefährden.*“ (DEAS, 2010, S. 22). So sind im Rahmen des Entlassungsmanagements Dienstleistungen, welche sich beispielsweise um die Sicherstellung der Bedürfnisse des täglichen Lebens kümmern, zu organisieren.

Welche Bedeutung die Betroffenen einer Verschlechterung ihrer Mobilität beimessen, ist auch entscheidend. Wird die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit als Verlust ihrer Autonomie und somit als Reduzierung ihrer Lebensqualität gesehen, kann diese negative Bewertung zu einer weiteren Verschlechterung der Mobilität beitragen.

Angst und Unsicherheit können ebenfalls Anlass für das passive Verhalten der Patient/-innen während eines Spitalsaufenthaltes sein. Die Angst vor der fremden Umgebung oder vor einem möglichen Sturz kann ebenfalls zu einer Reduktion der Mobilität führen. „*Beinahe-Stürze verändern das Bewegungsmuster, selbst die Angst vor Stürzen führt zu Einschränkungen.*“ (Zegelin, 2010, S. 173). In der Studie über das Sturzrisiko in Akutspitälern werden unter anderem Patient/-innen mit einer Bewegungsstörung oder veränderten Ausscheidung als stark sturzgefährdet eingeschätzt (vgl. Müller et al., 2009, S. 438). Robbins nennt in seiner Studie die Muskelschwäche, ein unsicheres Gleichgewicht und die Einnahme von mehr als vier Medikamenten als die drei Hauptrisikofaktoren für den Sturz älterer Menschen. Ohne das Vorliegen eines der drei Risikofaktoren lag die Ein-Jahres-Wahrscheinlichkeit von Stürzen bei zwölf Prozent und stieg auf 100 Prozent beim Vorliegen aller drei Faktoren (vgl. Robbins et al., 1989, S. 1628).

Der primäre und/oder sekundäre Krankheitsgewinn kann auch ein Grund für den vorübergehenden Rückzug in das Krankenbett sein. Der Krankheitsgewinn ist der Nutzen den Patient/-innen aus ihrer Erkrankung ziehen.

In Wien leben 88,8 Prozent der über 80-Jährigen allein zu Hause (vgl. Statistik Austria, 2009). Viele der Alleinlebenden haben wenig sozialen Kontakt zu anderen Menschen. Dieser Rückzug aus der Gesellschaft kann bewusst gewählt worden sein. Bewerten die Betroffenen diese soziale Isolation jedoch als negativ und fühlen sich vereinsamt, kann ein krankheitsbedingter Spitalsaufenthalt vorübergehend den fehlenden menschlichen Kontakt ersetzen. Der sekundäre Krankheitsgewinn ist der Vorteil, den die Patient/-innen aus ihrer Krankheit erzielen können. Das Gefühl, von anderen gepflegt zu

werden, zählt hierbei genauso, wie der Erhalt vermehrter Aufmerksamkeit. Unter dem primären Krankheitsgewinn werden beispielsweise die Entbindung von Alltagspflichten oder die gesellschaftliche Akzeptanz einer körperlichen Schonung verstanden (vgl. Kulbe, 2009, S. 27). Pflegende können einer möglichen Vereinsamung nicht entgegenwirken, jedoch durch einfühlsame Gesprächsführungen mögliche Alternativen aufzeigen.

In dieser Untersuchung werden Patient/-innen befragt, die an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden. Dieses Krankheitsbild zählt zu den häufigsten internistischen Erkrankungen (vgl. Bauriedel Skowasch & Lüderitz, 2005, S. A 593) und führt zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität als die meisten chronischen Krankheiten (vgl. Rickenbacher, 2001, S. 5). Eine an Herzinsuffizienz erkrankte Person leidet im fortgeschrittenen Stadium an einer verminderten Leistungsfähigkeit, die sich vor allem bei der Mobilität bemerkbar macht. Eine vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigung der Beweglichkeit kann in weiterer Folge zur Bettlägerigkeit führen. *„Bettlägerigwerden geschieht in einem schleichenden Prozess der zunehmenden Verwiesenheit auf einen Ort.“* (Zegelin, 2005, S. 281). Um einer Immobilität entgegen zu wirken, bedarf es einer gezielten, konstanten Unterstützung und Anleitung. Kinästhetik in der Pflege ist ein Bewegungskonzept, das sich an den Ressourcen der Patienten orientiert und die Pflegenden zur Förderung der Gesundheitsentwicklung befähigt, indem sie die Patienten/-innen bei der gezielten Bewegung und Organisation ihres Körpers unterstützt (vgl. Hatch, Maietta & Schmidt 1996, S. 21).

1.2 Ziel und Fragestellungen der Arbeit

In dieser Arbeit soll das Erleben herzinsuffizienter Patient/-innen bei der Mobilisation in der Akutphase dargestellt werden. Die interviewten Personen haben im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine gezielte Förderung der Eigenbewegung nach dem kinästhetischen Konzept erhalten.

Menschen erleben einen Ortswechsel unter professioneller Anleitung unterschiedlich. Damit es zu einer „gelungenen“ Mobilisation kommt, ist es wichtig, mehr über die förderlichen und hemmenden Faktoren einer Bewegungsunterstützung zu erfahren. Die individuell bevorzugte Arbeitsweise, die unterschiedliche Wahrnehmung in Bezug auf

die Ziele wie auch die körperliche Konstitution können auf die Mobilisation beeinflussend wirken.

Die Darstellung neu gewonnener Kenntnisse über Erwartungen, Zielsetzungen und möglicher beeinflussender Faktoren einer Bewegungsunterstützung sollen einen Beitrag zum besseren Verständnis von bewegungseingeschränkten Menschen leisten. Weiters werden aus den gewonnenen Daten Empfehlungen für die Praxis abgeleitet. Diese Empfehlungen und ein persönliches Interesse an der Kinästhetik stellen die Beweggründe für die Themenwahl dar.

Die aus den Zielsetzungen resultierenden Fragestellungen dieser Arbeit lauten:

- o Wie erleben herzinsuffiziente Patient/-innen eine Bewegungsunterstützung nach dem Kinästhetik Konzept?
 - o Welche Erwartungen und Vorstellungen haben bewegungseingeschränkte Patient/-innen bei der Mobilisation?
 - o Stimmen die Ziele der Patienten/-innen mit den Zielen der Pflegepersonen überein?
- o Welche Elemente haben einen Einfluss auf die Bewegungsunterstützung?
 - o Welche Elemente wirken sich förderlich oder hinderlich auf eine erfolgreiche Mobilisation aus?
 - o Spielen individuelle Merkmale der Pflegepersonen eine Rolle bei der Bewegungsunterstützung?

2 Theoretischer Hintergrund

Um den aktuellen Forschungsstand über körperliche Aktivität und ihre gesundheitsfördernde Wirkung darzustellen, erfolgt anfangs ein kurzer Überblick über die Literaturrecherche und Studien zu den Themen Bewegungsunterstützung und Kinästhetik. Danach wird das vordergründige Ziel dieser Maßnahmen, die Gesundheitsförderung, erläutert. Auf weitere förderliche Faktoren des Gesundheitsverhaltens, wie etwa eine gesunde Ernährung, ärztliche Konsultationen oder Gewichtsreduktion, wird in dieser Diplomarbeit nicht eingegangen. Fortgesetzt wird dieser Abschnitt mit der Förderung der Gesundheit, sowohl aus der Sicht des alten Menschen, als auch der Pflegenden.

Die menschliche Bewegung und deren Einschränkungen stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit. Zum besseren Verständnis dieses Themenbereichs folgen Begriffserläuterungen und eine Vorstellung der möglichen Entstehungsfaktoren und Unterstützungsmaßnahmen.

Am Ende dieses theoretischen Abschnitts wird die chronische Herzinsuffizienz, das Krankheitsbild an dem die Befragten dieser Untersuchungsgruppe leiden, vorgestellt. Eines der Leitsymptome der Herzschwäche ist der Leistungsknick. Dieser körperliche Kraftverlust wirkt sich negativ auf die Bewegungsfähigkeit eines Menschen aus.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erstreckt sich von der Suche in den unterschiedlichen Datenbanken wie DIMDI, CINAHL und PUBMED, bis hin zu den Nachforschungen in diversen Bibliotheken. Weiters werden Fachzeitschriften, Studien und Artikel mit pflegerischen oder medizinischen Schwerpunkten herangezogen.

Im Zentrum der Literaturrecherche steht der Suchbegriff „Bewegung“. Die Synonyme und dessen englische Bezeichnungen sowie Begriffe, die im Zusammenhang mit dem Thema Bewegung stehen, werden in die Suche miteinbezogen. Die Themenbereiche Prophylaxe, Gesundheitsförderung und Pflege alter Menschen werden bei der Suche nach Literatur ebenso berücksichtigt, wie die Rolle und Bedeutung der Pflegenden bei der Mobilisation. Wichtig ist auch, welche Schwerpunkte die theoretische und praktische Pflegeausbildung bei den Themen „Bewegung“ und „Gesundheitsförderung“ setzt. Da alle Befragten eine Bewegungsunterstützung nach den kinästhetischen Prinzipien erhalten, werden auch über diesen Bereich Informationen eingeholt. Weitere

Schlagwörter bei der Literatursuche, sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch, sind Herzinsuffizienz, Herzschwäche und Atemnot.

Ausgeschlossen werden Studien, die sich mit der Bewegungsunterstützung von Kindern und Menschen mit Behinderung beschäftigen. Literaturbeiträge, welche die Wiederherstellung nach orthopädischen Eingriffen wie Knie- oder Hüftoperationen zum Inhalt haben, und Untersuchungen, die lediglich auf Sport ausgerichtete Fragestellungen beinhalteten, werden nicht berücksichtigt.

2.2 Literaturübersicht

Diese Literaturübersicht stellt die Studien vor, welche in dieser Arbeit verwendet werden. Es werden Studien zu den Themen Bewegungsmangel und deren Auswirkungen auf die Gesundheit sowie kinästhetische Bewegungsunterstützungen vorgestellt.

Autor/ Jahr	Titel	Forschungsfrage/ Stichprobe
Paffenbarger et al., 1993	The Association of Changes in Physical-Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality among Men.	Welche Auswirkungen haben eine Änderung der körperlichen Aktivitäten und des Lebensstils auf die Mortalität von Männern? Männer zwischen dem 45. und 84. Lebensjahr (n = 10 269)
Fiatrone et al., 1996	Exercise training and Nutritional Supplementation for physical frailty in very elderly People	Wie wirkt sich körperliches Training und Ernährungsergänzung auf ältere, körperlich schwache Menschen aus? Pflegeheimbewohner/-innen (n = 100)
Hakim et al., 1996	Effects of walking on mortality among non-	Welchen Effekt hat eine Bewegung mit niedriger Intensität wie das

	smoking retired men	Spaziergehen auf die Sterblichkeit? Nichtrauchende Pensionisten (n = 707)
Tsuji et al., 2003	Impact of walking upon medical care expenditure in Japan: the Ohsaki Cohort Study	Wie wirkt sich eine regelmäßige körperliche Tätigkeit wie das Spazieren gehen auf die Krankheitsbehandlung und -kosten aus? Japanische Männer und Frauen (n= 27 431)
Zegelin 2005	„Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens	Auf welche Art und Weise werden Menschen bettlägerig? Welche Prozesse führen zur Bettlägerigkeit? Lassen sich verschiedene Ursachen und Formen unterscheiden? Bewegungseingeschränkte Menschen (n =32)
Reuter, et al., 2010	Schleichende Immobilität bei ältern Menschen verhindern	Diese Fallanalyse versteht sich als Vorstudie und möchte wichtige Einflussfaktoren der Mobilität beschreiben. Ortsfixierte Menschen von Altenheimen (n = 40)

Autor/ Jahr	Titel	Forschungsfrage/ Stichprobe
Eisenschink, et al. 2003	Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisation im Vergleich zur Standardmobilisation auf die Atemfunktion bei Patienten nach aorto- coronarer-Bypass- Operation	Wie können Patienten durch die kinästhetische Mobilisation in Bezug auf die Atemfunktion und Pneumonienprophylaxe von außen unterstützt werden, um ihre Atmung mit Hilfe körpereigener Reize selbst zu regulieren und diese Funktion trotz aktueller Einschränkungen und Störungen zu verbessern? Patient/-innen (n = 104)
Hantikainen, et al. 2006	Die Bewegungs- unterstützung nach Kinästhetik und Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen	Fördert die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik die Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit und funktionelle Unabhängigkeit der alten Menschen mit Bewegungseinschränkungen? Altenheimbewohner/-in (n = 2)

Tabelle 1: Eigene Darstellung

2.3 Gesundheit – verschiedene Sichtweisen

Die Begriffsdefinition von Gesundheit kann je nach Betrachtungsweise unterschiedlich ausfallen. Eine Unterscheidung von Gesundheit kann nach physischen, psychischen und sozialen Ausdrucksformen erfolgen, weiters nach Zustand und Prozess oder nach Befindlichkeit und Handlungsformen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2004, S. 15). Die weit verbreitete Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 beinhaltet sowohl das körperliche, geistige als auch soziale Wohlergehen und reduziert somit den Gesundheitsbegriff nicht nur auf das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.

Die Ansicht, wie Gesundheit entsteht, erhalten oder verbessert wird, hängt auch von der jeweiligen Betrachtungsweise ab. Wird die Perspektive von der krankheitsorientierten

oder gesundheitsentwickelnden Sichtweise aus betrachtet? Die pathogenetisch orientierten Modelle, welche heute noch in der Gesundheitsversorgung vorherrschend sind, haben durch das Wissen um die Entstehung von Krankheiten das Ziel, eben dieses zu verhindern und der salutogenetische Ansatz, welcher in der Gesundheitsförderung Einzug genommen hat, fördert und ermöglicht die Entstehung von Gesundheit (vgl. Dorner & Rieder, 2008, S.321).

Die Ottawa Charta von 1986 stellt die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen und besagt: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“* (Ottawa Charta, 1986, S. 1). Bei der nachfolgenden Jakarta-Deklaration von 1997 wird erstmals auch auf die steigende Zahl älterer Menschen und die hohe Prävalenz chronischer Krankheiten hingewiesen (vgl. Jakarta Erklärung, 1997, S. 3).

2.3.1 Gesundheit und der alte Mensch

„Biologische, psychische und soziale Gesundheit gewinnen mit steigendem Alter durch Alterungsprozesse, chronische Krankheiten, Funktionsverluste, Einbußen der Selbstständigkeit, Depressionen und Reduktion des sozialen Netzwerkes stark an Bedeutung“ (Dorner & Rieder, 2008, S. 322). Aus diesem Grund ist die Förderung der vorhandenen Gesundheitspotentiale für den alten Menschen ein wichtiger Ansatzpunkt, um diesen möglichen Einschränkungen und Verlusten im Alter entgegenzuwirken. Ein gesundheitsorientiertes Verhalten kann unter anderem zur Verbesserung der Beweglichkeit führen und somit zur Erhaltung der Gesundheit beitragen.

2.3.2 Gesundheitsförderung – die Bedeutung für den alten Menschen

Die World Health Organisation (WHO) hat im Rahmen der Gesundheitsförderung das Konzept des *„aktiven Alterns“* (Active Ageing) entwickelt. Das *„aktive Altern“* bezeichnet den Prozess zur Optimierung der Möglichkeiten für mehr Gesundheit, Teilnahme am sozialen Leben und Sicherheit mit dem Endziel, die Lebensqualität der Menschen mit zunehmendem Alter zu verbessern (vgl. WHO, 2002, S.12). In der Abbildung 1 sind die beeinflussenden Faktoren des *„aktiven Alterns“* zusammengefasst.

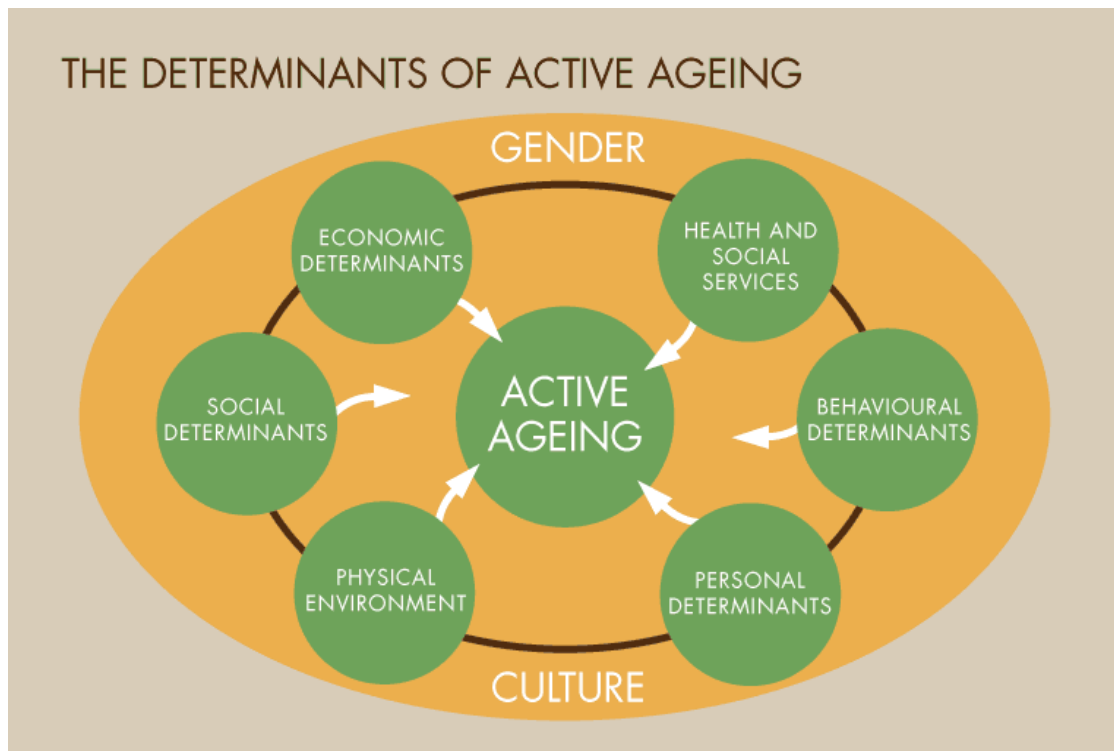


Abbildung 1: (Quelle: The Determinants of active ageing WHO, 2002)

Zum **Sozial- und Gesundheitssystem** (= Health and Social Services) zählen die adäquaten Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die **geschlechtsspezifische** (= Gender), gesundheitliche und pflegerische Versorgung der älteren Bevölkerung (vgl. Walter, Flick, Neuber, Fischer & Schwartz, 2006, S. 33).

Die **verhaltensabhängigen Faktoren** (= behavioural Determinants) beinhalten das eigene Gesundheitsverhalten, um Krankheiten und Funktionsverlusten entgegen zu wirken. Eine gesunde Ernährung, der Verzicht auf übermäßigen Nikotin- und Alkoholkonsum, das konsequente Befolgen von Behandlungsempfehlungen sowie eine regelmäßige körperliche Aktivität sind Faktoren, die einem gesunden Lebensstil zuträglich sind (vgl. WHO, 2002, S. 22 ff).

Die **persönlichen Einflüsse** (= personal Determinants) wie etwa die Genetik und psychologische Faktoren (WHO, 2002, S. 26) haben ebenso einen Einfluss auf das Altern, wie eine vorhandene Infrastruktur im näheren Wohngebiet oder sichere Gehwege, welche wiederum zu einer altersgerechten **physische(n) Umgebung** (= physical Environment) zu zählen sind (vgl. Walter et al., 2006, S. 34).

Unter den **sozialen Einflüssen** (= social Determinants) wird beispielsweise das Vorhandensein eines aktiven sozialen Netzwerks verstanden.

Auch die **wirtschaftlichen Einflüsse** (= economic Determinants) sind für das „*aktive Altern*“ wichtig. Hierzu zählen das Einkommen und die soziale Absicherung.

Die **Kultur** (= Culture) einer Gesellschaft spielt beim Älterwerden auch eine wichtige Rolle. Der kulturelle Kontext legt das Rollenbild des alten Menschen fest oder bestimmt den Grad der Eingliederung in die Gesellschaft.

2.3.3 Gesundheitsverhalten alter Menschen

Ältere Menschen nennen die Erhaltung ihrer Gesundheit als eines der wichtigsten Lebensziele (vgl. Kuhlmeier, 2008, S. 87). Die eigene Mitgestaltung zu ihrer Erhaltung gewinnt dadurch zunehmend an Bedeutung. Zum gesundheitsfördernden Verhalten älterer Menschen zählen etwa ein gesundes Ernährungsverhalten oder die Reduzierung des Nikotin- und Alkoholkonsums. Jedoch nimmt in der Altersgruppe der über 73-Jährigen die körperliche Aktivität und Beweglichkeit deutlich ab (vgl. Renner & Staudinger, 2008, S. 199). Die Gründe hierfür sind nicht ausschließlich auf Alterseffekte zurückzuführen, sondern haben ihren Ursprung zumeist in einem inaktiven Lebensstil (vgl. Walter, 2008, S. 248).

Entgegen der weitverbreiteten Meinung kann eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens auch noch im fortgeschrittenen Alter zum psychischen und physischen Wohlbefinden beitragen (vgl. Leventhal & Rabin & Leventhal & Burns, 2001, S. 204). Mehrere Studien belegen die positive Wirkung von Bewegung als ein gesundheitsförderndes Verhalten auch im höheren Alter.

In der Studie von Hakim et al. wird die positive Wirkung der täglichen Bewegung nachgewiesen. Untersucht wurden in einem Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren 707 pensionierte Nichtraucher, die physisch in der Lage waren einfache Aktivitäten wie das tägliche Spaziergehen zu absolvieren. In der Gruppe der Männer, welche weniger als eine Meile (1,6 km) pro Tag spaziert sind, verstarben insgesamt 43,2 Prozent. Im gleichen Zeitraum starben in der aktiveren Gruppe, Männer die täglich mehr als zwei Meilen (3,2 km) spaziert sind, lediglich die Hälfte, nämlich 21,5 Prozent (vgl. Hakim, Petrovitch, Burchfiel, Ross, Rodriguez, Withe, Katsuhiko, Crub & Abbott, 1998, S.95). Die Untersuchung von Fiatarone et al. besagt, dass ein regelmäßiges körperliches Training zu einer bedeutenden Verbesserung des Beweglichkeitsniveaus älterer Menschen führt und sich förderlich auf eine unabhängige Lebensführung ohne

Bewegungseinschränkungen auswirkt (vgl. Fiartrone, O'Neill, Ryan, Clements, Solares, Nelson, Roberts, Kehayias, Lipsitz & Evans, 1994, S. 1775).

Diehr und Hirsch (2010) haben festgestellt, dass gesunde ältere Erwachsene mit einem vorwiegend inaktiven Lebensstil bereits aus einer verhältnismäßig geringen Zunahme ihres Aktivitätsniveaus einen gesundheitlichen Nutzen ziehen können (vgl. Diehr & Hirsch, 2010, S. 988).

Den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 (vgl. 2003, S. 7) ist zu entnehmen, dass in Deutschland lediglich 13 Prozent der erwachsenen Bevölkerung das empfohlene Aktivitätsniveau von einer halben Stunde an mindestens drei Tagen pro Woche erreichen. Beim telefonischen Gesundheitssurvey von 2003 erreicht bereits mehr als ein Drittel der Bevölkerung die empfohlenen Bewegungseinheiten (vgl. Gesundheit in Deutschland, 2006, S. 6). Dieser Aufwärtstrend lässt sich auch in der Altersgruppe der 50- bis 70-Jährigen erkennen, bei den Personen diesen Jahrgangs stieg die Anzahl der Sporttreibenden deutlich an (vgl. Bundes-Gesundheitssurvey, 2003, S. 5). Anhand dieser Daten lässt sich eine Zunahme der Aktivitätsbereitschaft feststellen, das einerseits auf ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung schließen lässt und andererseits deutlich macht, „[...]dass sich sowohl die körperliche als auch die geistige Vitalität im Alter von Kohorte zu Kohorte verbessert hat“ (Kuhlmey, 2006, S. 86). Trotzdem ist der Anteil der älteren Bevölkerung, die einen passiven Lebensstil führen, weiterhin sehr hoch. Mehr als 70 Prozent der über 70-Jährigen geben an, sportlich inaktiv zu sein (vgl. Bundes-Gesundheitssurvey, 2003, S. 6).

Neben dem individuellen Gesundheitsverhalten und der körperlichen Gesundheit ist auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und Lebenssituation ausschlaggebend für das Wohlbefinden eines Menschen. Welches subjektive Verständnis Menschen von Gesundheit haben, hängt unter anderem vom Alter der jeweiligen Person ab. „Während jüngere Menschen unter Gesundheit eher Fitness, Energie und Stärke verstehen, verstehen ältere Menschen Gesundheit mehr als Ganzheit, Integrität, innere Stärke und Fähigkeit, ihren Alltag zu bewältigen“ (Dorner & Rieder, 2008, S. 322). Des Weiteren hängt die subjektive Gesundheit auch von der persönlichen Gesamtbewertung ab, dazu zählen Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit sowie die eigene Gesundheitsbewertung in Bezug auf frühere Lebenszeiten und Vergleiche zu Gleichaltrigen (vgl. Wurm & Tesch-Römer, 2008, S. 134).

Das aktive Altern im Sinne der Gesundheitsförderung bedeutet eine Auseinandersetzung mit Krankheiten, Verlusten und Einschränkungen. Es sollen Bedingungen geschaffen werden, die der Bewältigung des Alltags dienen und der Reduzierung der sozialen Netzwerke entgegenwirken. Des Weiteren sollen somit auch Voraussetzungen zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit geschaffen werden. (vgl. Dorner & Rieder, 2008, 321)

2.3.4 Gesundheitsförderung in der Pflege

In der Ottawa Charta der WHO werden Handlungsfelder beschrieben, die eine Umsetzung der Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene ermöglichen sollen. Ein Handlungsfeld beschreibt die Entwicklung der persönlichen Kompetenz, das heißt Menschen sollen befähigt werden, Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben und Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit zu Gute kommen (vgl. Ottawa Charta, 1986, S.1). Die restlichen vier Handlungsfelder beschreiben die dazu nötigen Bedingungen wie eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, Lebenswelt, Gemeinschaftsaktionen und zuletzt die für die professionelle Pflege relevante Neuorientierung der Gesundheitsdienste (vgl. Steinbach, 2007, S. 69). Diese Neuorientierung umfasst unter anderem die Haltung und die Ausbildung der Gesundheitsdienste und die Stärkung der gesundheitsbezogenen Forschung (vgl. Ottawa Charta, 1986, S. 5).

Ein weiteres WHO Projekt „Gesundheit 21“ im Rahmen des Konzeptes „Gesundheit für alle“ besagt, dass die Gesundheitskräfte während der Ausbildung nicht nur die fachlichen Fertigkeiten erlernen sollten, sondern *„auch imstande sein [sollten], in allen Sektoren andere zum Handeln zu befähigen, als Mittler und Fürsprecher der Gesundheit und von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen aufzutreten“* (WHO, 1998, S. 32).

Welches Ziel die Pflegenden bei den Pflegehandlungen verfolgen, hängt von der zugrundeliegenden Gesundheitsorientierung ab. Macleod unterscheidet zwischen der krankheitsorientierter Pflege, die mit vorschreibenden und verallgemeinernden Verhaltensweisen verbunden wird und der gesundheitsorientierten Pflege, die mit individuell unterstützendem und verhandelndem Verhalten assoziiert wird (vgl. Macleod (1993), zitiert nach: Steinbach, 2007, S. 133). Durch die steigende

Lebenserwartung und die Zunahme chronischer Erkrankungen reicht eine ausschließlich auf Krankheitsbehandlung ausgerichtete Versorgung nicht aus. Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Krankheitsvorbeugung gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die WHO plädiert aufgrund der ansteigenden medizinischen Versorgungskosten der Industrieländer dafür, die Gesundheitspotentiale der Bevölkerung zu stärken, statt immer mehr Mittel in die „Bekämpfung“ von Krankheiten zu investieren (vgl. Hurrelmann, 2010, S.7).

Die Gesundheitsversorgung in Österreich legt ihren Schwerpunkt hauptsächlich auf die Heilung und Behandlung von Krankheiten. In der Pflegepraxis überwiegt ebenfalls die medizinische krankheitsorientierte Sichtweise des Menschen, die sich vorwiegend an Defiziten und nicht vorhandenen Fähigkeiten orientiert. *„Krankheitsorientierung und Krankheitsbewältigung dominieren das Denken und Handeln in der Pflege. Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung sind bisher noch nachrangig.“* (Brieskorn-Zinke, 2004, S. 12). Der Pflegeberuf hat der Gesundheitsförderung lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, sodass die Pflegenden erst lernen müssen, das Aufgabengebiet Gesundheitspflege als einen Teil ihrer eigenen Profession anzusehen. Die professionelle Pflege hat in Österreich durch die Gesetzesänderung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) von 1997 den Auftrag bekommen, im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs die Gesundheitsförderung und -beratung durchzuführen (vgl. GuKG, 1997, S. 1285, § 14. [1]).

In der Gesundheitspflege sollen Pflegenden Tätigkeiten übernehmen, die über die Durchführung von Prophylaxen und die Vermittlung von Fertigkeiten hinausgehen. Die Pflegepersonen sollen neben einer Beratungsfunktion und Informationsvermittlung die Patient/-innen auch zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Einflussnahme auf das eigene Gesundheits- und Krankheitsverhalten motivieren.

In der Pflegeausbildung lässt sich bereits ansatzweise eine Etablierung der Gesundheitspflege erkennen. Unterrichtsfächer wie Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sowie Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining werden gelehrt (vgl. Curriculum 2003, S. 1295). Die Stärkung kommunikativer Fähigkeiten und die Förderung sozialer Kompetenz der Pflegenden bilden die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Vermittlung gesundheitsbezogener Ziele und Fertigkeiten. Im Unterrichtsfach Gesundheits- und Krankenpflege werden auf

Basis der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) auch gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie etwa die Bewegungsförderung oder eine ergonomische Arbeitsweise vermittelt.

Im Rahmen dieses Paradigmenwechsels von der krankheitsorientierten zur gesundheitsorientierten Pflege werden theoretische Konzepte herangezogen. Brieskorn-Zinke (vgl. 2004, S. 76) stellt in ihrem Buch „Gesundheitsförderung in der Pflege“ unter anderem die von der Medizinsoziologie stammende konzeptuellen Grundlagen der Salutogenese vor. Das Konzept der Salutogenese von Aron Antonovsky, hat sich im deutschsprachigen Raum als einflussreichstes theoretisches Modell der Gesundheitsförderung durchgesetzt (vgl. Brieskorn-Zinke, 2004, S. 76). Die salutogenetische Sichtweise nimmt vom Defizitdenken der Pathogenese Abstand und beschäftigt sich mit Kompetenzen und Kräften, die dem Menschen helfen, Gesundheit zu entwickeln (vgl. Steinbach, 2007, S.117).

Die Gesunderhaltung beziehungsweise –förderung findet sich in allen Modellen und Theorien der Pflege wieder. Das Wohlbefinden als erweiterter Begriff der Gesundheit ist neben Person, Umwelt und pflegerischem Handeln einer der Schlüsselbegriffe der Pflegewissenschaft (vgl. Görres, 1996, zitiert nach Mayer, 2007, S. 34). Seit mehr als 20 Jahren sind Pflege-theorien im deutschsprachigen Raum verbreitet. Pflege-theorien und -modelle beschreiben, erklären und interpretieren die Pflegepraxis (vgl. Langer & Hein, 2008, S. 330) und legen somit den Inhalt und Ausrichtung der Pflege und Betreuung fest. Die im deutschen Sprachraum weit verbreitete Klassifizierung nach Meleis unterteilt die Theorien und Modelle der Pflege nach Bedürfnissen (Bedürfnismodelle), Beziehungen (Interaktionsmodelle) und Resultaten (Pflegeergebnismodelle), später folgt eine Erweiterung um das Fürsorge Konzept (humanistische Modelle) (vgl. Meleis, zitiert nach Schaeffer & Wingenfeld, 2000, S. 53). Die Gesundheitsförderung findet sich unter anderem in dem bedürfnisorientierten Modell nach Dorothea Orem und Krohwinkel sowie im interaktionsorientierten Modell nach Hildegard E. Peplau (vgl. Brög-Kurzemann, 2000, S. 25) wieder.

Die menschliche Bewegung ist eine wichtige Gesundheitsressource und trägt zur Erhaltung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Förderung des Wohlbefindens bei. Im Gegensatz zu den früheren mechanischen Modellen, in denen auf das Heben und

Tragen der Patient/-innen zurückgegriffen wird, steht in den aktuellen Pflegekonzepten bei der Unterstützung eines bewegungseingeschränkten Menschen die Interaktion zwischen den Beteiligten im Mittelpunkt. Die professionelle Pflege kann im Rahmen der Gesundheitsförderung an die möglichen Ursachen der Immobilität anknüpfen und dadurch einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung oder Förderung der Patientenbewegung leisten. Die fachliche Kompetenz, Geschicklichkeit und persönliches Engagement (vgl. Zegelin, 2010, S. 113) der zuständigen Pflegepersonen sind von zentraler Bedeutung, damit es bei den Pflegebedürftigen nicht zu einer weiteren Reduzierung des Bewegungsradius kommt.

2.4 Bewegung

„*Das Bett ist das Nest einer Menge von Krankheiten*“ (Kant, zitiert nach: Zehender, 2006, S. 152) Für Kant, einem der wichtigsten Philosophen führt das Ruhen und Pflegen lassen im Alter zu einer Verkürzung des Lebens. Seiner Meinung nach soll das Gemüt eines Menschen aktiviert werden, um dadurch seine Lebenskraft zu fördern (vgl. ebd. S. 153f).

In diesem Kapitel wird zunächst die menschliche Bewegung aus der Sicht der verschiedenen Disziplinen definiert. Danach werden die eingeschränkte Mobilität und die dazugehörigen Einschätzungsinstrumente vorgestellt. Weiters folgen die Vorstellung der Entstehungsfaktoren einer Funktionseinschränkung und die Bewegungsunterstützung nach dem Kinästhetik Konzept. Am Ende dieses Kapitels wird der Begriff „Aufstehen“ kurz erläutert.

2.4.1 Definition von Mobilität

Über die menschliche Bewegung existieren zahlreiche Definitionen. Je nach Disziplin wird bei der Begriffsbestimmung ein anderer Schwerpunkt gelegt. In der Anatomie des Bewegungsapparates wird der Unterschied zwischen dem Aufbau des aktiven und passiven Bewegungsapparates erläutert (vgl. Platzer, 1999, S. 20). Die Physiologie des Menschen spricht von Kontraktion beziehungsweise Erschlaffung der quergestreiften Skelettmuskulatur, die zu willkürlichen oder unwillkürlichen Bewegungen führen (vgl. Bartels, 1985, S. 261). Die Biomechanik, die sowohl in der Sportwissenschaft als auch in der Physiotherapie Einzug genommen hat, definiert Bewegung „*als Folge regulierter*

Muskeltätigkeit und wird in einer zielgerichteten koordinierten Ortsveränderung des Körpers bzw. seiner Glieder sichtbar.“ (Wick, 2005, S. 173)

Die pflegerische Sichtweise der Bewegung bezieht sich nicht nur auf den Aufbau und die Funktion des Bewegungsapparates, sondern richtet ihr Augenmerk auch auf den sozialen und psychischen Aspekt des Menschen, vor allem aber auf die Ausführung der Alltagsaktivitäten wie anziehen, Essen einnehmen oder Gehfähigkeit. In dem Pflegemodell *„Aktivitäten des täglichen Lebens – Sich bewegen“* nach Juchli (vgl. 1991, S. 157) wird Bewegung als eine vielschichtige und komplizierte Lebensfunktion beschrieben, die von der Umgebung und den biophysiologischen, soziokulturellen beziehungsweise seelisch-geistigen Faktoren beeinflusst wird. Mit körperlicher Aktivität ist jede Form von Bewegung gemeint, die durch Kontraktion der Skelettmuskulatur verursacht wird und mit einem erhöhten Energieverbrauch einhergeht (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2010, S. 10).

2.4.2 Eingeschränkte Mobilität

In den Daten des Alterssurveys wird berichtet, dass jede zweite Person in der Gruppe der über 70-Jährigen Beeinträchtigungen ihrer Mobilität aufweisen (vgl. Alterssurveys, 2005, S.3). Menschen mit einer eingeschränkten Bewegungsfähigkeit sind gezwungen ihr Alltagsleben auf die noch zu erreichenden Strecken zu reduzieren. Im schlimmsten Fall können diese Menschen den Ort ihrer Wahl nicht selbstständig aufsuchen und ihr Aktivitätsradius beschränkt sich lediglich auf die Umgebung ihres Bettes. Um dem entgegen zu wirken, bedarf es unterstützender Maßnahmen. *„Einschränkungen in der Beweglichkeit zählen zu den häufigsten pflegerelevanten Problemen“* (Heinhold & Plesch, 2004, S. 762).

Eine regelmäßige körperliche Betätigung wirkt sich positiv auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden des Menschen aus (vgl. Rütten, Abu-Omar, Lampert & Ziese, 2005, S. 7) und zählt zu den kostengünstigsten und effektivsten Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von zahlreichen Erkrankungen (vgl. Leyk, 2009, S. 714). Der heutige Lebensstil ist geprägt von Bewegungsmangel vor allem durch den vermehrten Gebrauch von technischen Hilfsmitteln wie beispielsweise einen Aufzug. Dies führt in weiterer Folge dazu, dass Menschen wenig gesundheitswirksame körperliche Aktivitäten in ihren Alltag einbauen.

Seit den 1990er Jahren ist von Organisationen wie der WHO und der American Heart Association der Bewegungsmangel als Risikofaktor für die Entstehung von Krankheiten anerkannt worden (vgl. Löllgen, 2002, S. A 2758). Ein bewegungsarmer Lebensstil wirkt sich unter anderem negativ auf das Herz-Kreislaufsystem (vgl. Rütten et al., 2005, S. 7), den Bewegungsapparat (vgl. Walter & Plaumann, 2008, S. 249) und die Atmung (vgl. Heinhold & Plesch, 2004, S. 762) aus.

Zu wenig Bewegung macht sich nicht nur körperlich bemerkbar. Eine inaktive Lebensführung beeinflusst auch das seelische Wohlbefinden und hat einen großen Einfluss auf das soziale Leben der Menschen. *„Körperliche Aktivität, Bewegung und Sport haben auch eine wichtige soziale Komponente, insbesondere im Alter“* (Löllgen, 2002, S. A 2759).

Zur Beurteilung von Funktionseinschränkungen werden die bestehenden Fähigkeiten mittels dafür entwickelten Skalen bestimmt. Diese Einteilungen sollen zur Vereinheitlichung der Problembeschreibung beitragen und die Einschränkungen messbar machen.

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Vielzahl an Instrumenten zur Bestimmung der Selbstständigkeit entwickelt. Katz und Kollegen haben 1963 ein Erhebungsverfahren namens ADL (Activities of daily living) entwickelt. Dieses Verfahren wird bei Patient/-innen mit eingeschränkter Selbstständigkeit oder einer beeinträchtigter Funktion angewendet. Im Jahr 1969 wird die ADL um die IADL- Skala (Instrumental Activities of daily living) von Laxton und Brody erweitert. Hierbei werden zur Einschätzung der Selbstständigkeit alter Menschen nicht nur physische Aspekte innerhalb der eigenen häuslichen Umgebung miteinbezogen sondern auch die Fähigkeit, sich selbst außerhalb der eigenen Wohnung zu bewegen. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden ebenso mitberücksichtigt. Eine weitere Methode, die Selbstständigkeit von Patienten zu ermitteln, besteht im Barthel-Index (Mahoney & Barthel 1965). Dieser Index wird häufig zur Bestimmung von Funktionseinschränkungen herangezogen. Er wurde ursprünglich zur Behandlung chronisch Kranker entwickelt und berücksichtigt zehn Merkmale, mit denen die Selbstständigkeit abgebildet wird. (vgl. Büscher & Wingenfeld, 2008, S. 108 f)

In den Wiener Krankenanstalten wird zur Einschätzung von Bewegungseinschränkungen die Klassifikation der Selbstständigkeit nach Jones angewendet. Bei dieser Skala werden die vorhandenen Fähigkeiten auf einer

fünfstufigen Bewertungsskala beurteilt. Diese reicht von „*Selbständig 00*“ bis hin zu „*Unselbstständig bzw. Abhängig 04*“ (vgl. Stefan, Allmer & Eberl, 2000, S. 285).

Eine Bewegungseinschränkung macht sich auch in ökonomischer Hinsicht deutlich bemerkbar. Die Behandlungskosten bewegungsmangelbedingter Krankheiten nehmen stetig zu. Die japanische Kohortenstudie von Tsuji et al. zeigt auf, dass regelmäßige Bewegung über mindestens eineinhalb Jahre, die Ausgaben des Gesundheitssystems für Krankheitsbehandlungen deutlich verringern kann. Bei einer regelmäßigen körperlichen Betätigung reduzieren sich die Krankheitskosten bei der Gruppe, die mehr als eine Stunde pro Tag spazieren, im Gegensatz zu den Personen, die täglich weniger als eine Stunde körperlich aktiv sind, um 15 Prozent. (vgl. Tsuji, Takahashi, Nishino, Ohkubo, Kuriyama, Watanabe, Anzai, Tsubono & Hisamichi, 2003, S. 811).

2.4.3 Einflussfaktoren der Bewegungseinschränkung

Die Ursachen für eine Bewegungseinschränkung sind vielseitig und können zum Teil einen erheblichen Einfluss auf die Beweglichkeit eines Menschen ausüben. „*Immobilität im Alter bedeutet die Einschränkung oder auch der Verlust der Fähigkeit, sich selbstständig fortzubewegen oder die Körperlage zu verändern*“ (Harlacher, 2008, S. 161). In der Fallanalyse von Reuther et al. konnten vier mobilitätsbeeinflussende Faktoren identifiziert werden. Die „*Krankheit*“, ein „*plötzliches Ereignis*“, die „*Person*“ selbst und dessen „*Umfeld*“ (siehe Abbildung 2). Diese Fallanalyse wurde im Rahmen eines Pflegeheimaufenthaltes durchgeführt. Die Ergebnisse lassen sich aber auch durchaus auf einen Spitalsaufenthalt übertragen.

Diese Einflussfaktoren der Mobilität werden im Folgenden näher erläutert (vgl. Reuter, Zegelin & Simon, 2010, S. 140 f):

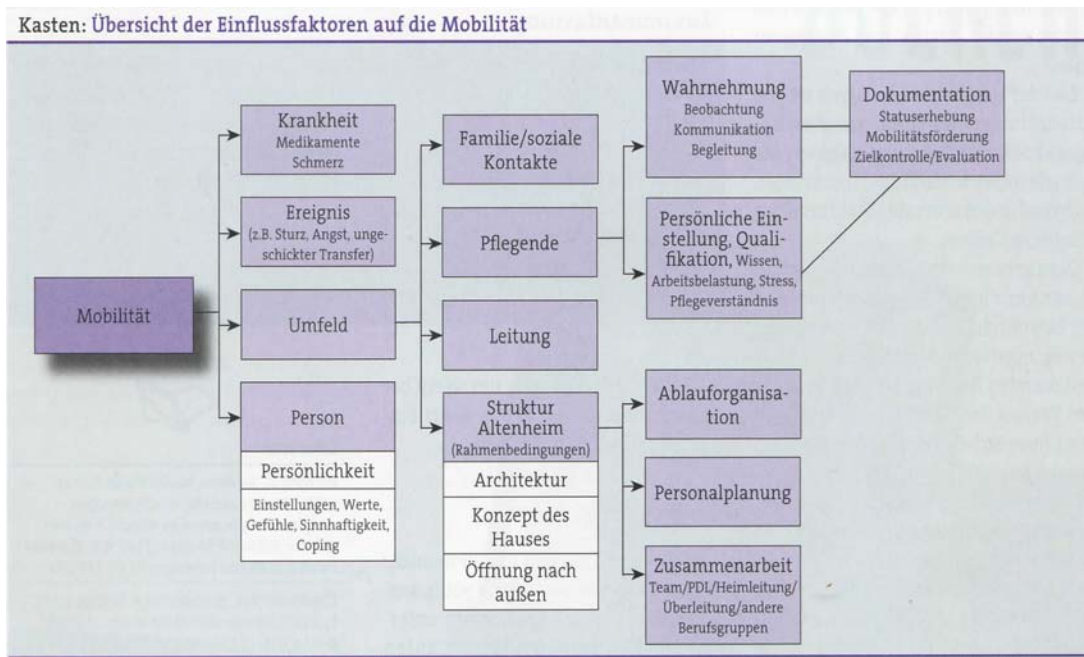


Abb. 2: (Quelle: Reuther, Zegelin & Simon, 2010, S. 141)

Krankheit: Die zugrunde liegende Diagnose und der Krankheitsverlauf wirken sich beeinflussend auf die Bewegungsfähigkeit eines Menschen aus. Im höheren Alter sind Mehrfacherkrankungen und Mobilitätseinschränkungen zunehmend verbreitet, vor allem in der Altersgruppe der über 80-Jährigen (vgl. Kuhlmeier, 2008, S. 93).

Plötzliches Ereignis: Zegelin zeigt in ihrer Arbeit „Festgenagelt sein“- Der Prozess des Bettlägerigwerdens die negativen Folgen des Liegens auf und erklärt die in fünf Phasen verlaufende Entwicklung des Bettlägerigwerdens. In dieser Studie spricht Zegelin von dem „auslösenden Moment“, der von der Phase der Instabilität zu einer Phase der Bettlägerigkeit führen kann. Zu den plötzlichen Ereignissen zählt sie unter anderem ein Sturzereignis oder einen Spitalsaufenthalt. (vgl. Zegelin, 2010, S. 115)

Eine Kombination aus altersphysiologischen Veränderungen, mangelnden Gebrauch und Training entsprechender Fähigkeiten sowie direkte und indirekte Folgen der Mehrfacherkrankungen und Multimedikation können ein Sturzereignis auslösen (vgl. Schäfer, 2008, S. 155).

Individualität: Die Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen bestimmen das Verhalten, die Handlungen und Reaktionen auf die Umwelt. Aus diesem Grund geht jeder Mensch anders mit seiner Bewegungseinschränkung um. In dieser Fallanalyse von Reuter et al.

reicht die Motivation zur Eigenbewegung von hoher Einsatzbereitschaft bis hin zur Resignation.

Umfeld: Zum Umfeld des Betroffenen werden die Familie und soziale Kontakte gezählt. Diese Bezugspersonen fördern oft die Bewohner, sich zu bewegen.

Weiters hat das Pflegepersonal einen großen Einfluss auf die Mobilität, da sie während den Pflegetätigkeiten viel Zeit mit den Bewohnern verbringen.

Die Struktur und die Einrichtungen des Altenheims, wie zum Beispiel barrierefreie Gehwege, zählen ebenfalls zu den beeinflussenden Faktoren.

Ein bewegungsarmer Lebensstil bedarf einer gezielten Förderung, um zur Verbesserung der Beweglichkeit und in weiterer Folge zur Steigerung der Lebensqualität beizutragen. Unabhängig vom Alter wird durch regelmäßige körperliche Aktivität eine Verbesserung der Gesundheit erreicht (vgl. Jeschke & Zeilberger, 2004, S. A 790) und führt zur Steigerung der Lebensqualität und reduziert das Erkrankungsrisiko (vgl. Paffenbarger, 1993, S. 539).

2.4.4 Bewegungsunterstützung (Kinästhetik in der Pflege)

Vor der Einführung der Bewegungsförderung nach ergonomischen Gesichtspunkten, wie zum Beispiel die „rückenschonende Arbeitsweise“ oder Kinästhetik, wurde hauptsächlich auf das mechanische Modell „heben“ oder „tragen“ zurückgegriffen. *„Wir Pflege'kräfte' luden uns sein Körpergewicht auf und schlepten seine Last, nach ,oben'.“* (Von Herz, 2003, S. 41). Die Patient/-innen übernehmen bei dieser Art des Transfers eine weitgehend passive Rolle. Darmann beschreibt, dass die Pflegepraxis und Pflegeausbildung überwiegend auf einem mechanischen Verständnis von Bewegung, orientiertem Modell basiert (vgl. Darmann, 2002, S. 181).

Das Konzept der Kinästhetik ist eine Möglichkeit, um die Aktivität von Patient/-innen zu verbessern und somit zur Gesundheitsförderung beizutragen. Unter Kinästhetik wird im deutschsprachigen Raum die „Lehre von der Bewegungsempfindung“ verstanden (vgl. Hatch et al., 1996, S. 19). *„Kinästhetik in der Pflege hat zum Ziel, die Bewegungen von Menschen zu erleichtern, Ressourcen zu erkennen und damit die Gesundheit zu fördern und die Betroffenen in ihrer Selbständigkeit zu unterstützen.“* (Hatch & Maietta,

2003, S. 5)“ Die Fallstudie von Hantikainen et al. zeigt auf, dass Interventionen nach kinästhetischen Prinzipien die Körperwahrnehmung, die Bewegungsfähigkeit und die funktionelle Unabhängigkeit von Patient/-innen im hohen Alter fördern (vgl. Hantikainen, Riesen-Uru, Raemy-Röthl & Hirsbrunner, 2006, S. 20). In der Studie von Eischink et al konnte die positive Wirkung der Kinästhetik auf das Pflegepersonal nachgewiesen werden. Das Pflegepersonal empfand die Bewegungsunterstützung nach kinästhetischen Prinzipien als weniger belastend als die Standardmobilisation (vgl. Eischink, Kirchner, Bauder-Mißbach, Loy & Kron, 2003, S. 214).

Die Kinästhetik ist ein Interaktions-, Handlungs- und Lernmodell, das unter verschiedenen Einflüssen, wie Verhaltenskybernetik, Anatomie, moderner Tanz und humanistische Psychologie entwickelt worden ist. Der Begriff Kinästhetik steht für die „Lehre von Bewegungsempfindungen“. Es setzt sich aus dem griechischen Wörtern *kinesis* = „Bewegung“ und *aisthesis* = „Empfindung“ zusammen. (vgl. Hatch et al., 1996, S. 19)

Die Bewegungsunterstützung nach kinästhetischen Prinzipien wird nicht nach einer vorgegebenen Technik gearbeitet, sondern sie orientiert sich an Konzepten die individuell an die jeweilige Situation angepasst werden. Die sechs Konzepte der Kinästhetik, die von den Begründern Hatch und Maietta entwickelt wurden, dienen der Analyse und Beschreibung von Bewegung. Die einzelnen Konzepte werden zum besseren Verständnis kurz vorgestellt:

o <i>Interaktion</i>	Qualität des Austausches zwischen den handelnden Personen
o <i>Funktionale Anatomie</i>	Anatomischer Grundlagen für die Bewegung sowie den Gewichtsverlauf in der Schwerkraft
o <i>Menschliche Bewegung</i>	Bewegungsrichtung und Bewegungsmuster
o <i>Anstrengung</i>	Reduktion von Anstrengung und Förderung der Eigenaktivität durch ein effektives Gestalten von Ziehen und Drücken
o <i>Menschliche Funktion</i>	Positionen, welche eingenommen und Art und Weise, wie die jeweiligen Aktivitäten durchgeführt werden können
o <i>Gestaltung der Umgebung</i>	Fördernde und behindernde äußere Faktoren für die Bewegung

Tabelle2: Eigene Darstellung (Quelle: Asmussen-Clausen, 2002, S. 194)

2.4.5 Definition der Bewegungsunterstützung „Aufstehen“

Sich aus eigener Kraft vom Sessel oder Bettrand zu erheben, kann für ältere Menschen bereits eine große Herausforderung darstellen. Das Aufstehen ist einer der häufigsten Gründe für Stürze von Patienten/-innen, der Transfer ins oder aus dem Bett ist für 50 Prozent der Stürze verantwortlich (vgl. Tideiksaar, 2008, S. 164). Aus diesem Grund ist die Sicherheitsvermittlung während dem Aufstehen entweder durch eine direkte Unterstützung oder lediglich durch die Präsenz einer Pflegenden, besonders wichtig.

In dieser Arbeit wird bei der Befragung ein besonderes Augenmerk auf das Aufstehen vom Bett oder Sessel gelegt. Aus diesem Grund wird die Bewegungsunterstützung „Aufstehen“ näher erläutert.

Roebroeck (1994) definiert das Aufstehen als das Aufwärtsbewegen der Körpermasse von einer sitzenden in eine stehende Position, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren (vgl. Roebroeck, zitiert nach: Janssen, Bussmann & Stam, 2002, S. 867). Definiert man das Aufstehen nach kinästhetischen Gesichtspunkten, so wird die menschliche Körpermasse nicht ausschließlich hinaufbewegt, so wie es in der Auslegung von Roebroeck zu finden ist, sondern auch nach vor verlagert. *„Vom Sitzen zum Stehen zu gelangen bedeutet, das Gewicht von Becken in Richtung tiefste Punkte zu transportieren, um es dann über die Füße auf der Standfläche abzugeben“* (Citron, 2004, S. 67). Somit kommt es zu einer Gewichtsentlastung des Gesäßes und die Betroffenen können leichter aufstehen.

2.5 Chronische Herzinsuffizienz

Bei den Beteiligten der Untersuchungsgruppe wurde eine chronische Herzinsuffizienz (CHI) diagnostiziert. Diese Krankheit zeichnet sich durch eine körperliche Leistungsverminderung aus, die einen massiven Einfluss auf die Kraftreserven der Betroffenen hat.

2.5.1 Definition

„Pathophysiologisch ist die Herzinsuffizienz definiert als Unvermögen des Herzens, bei normalen Füllungsdrücken die Körperperipherie ausreichend mit Blut – Sauerstoff und Substraten – zu versorgen, um den Gewebestoffwechsel in Ruhe oder bei Belastung sicherzustellen“ (Bauriedel et al., 2005, S. A 592).

Die Diagnosestellung erfolgt klinisch und basiert auf typischen Symptomen und Zeichen der kardialen Dekompensation. Zu den spezifischen Symptomen der CHI zählen die anfallsartig auftretende, nächtliche Atemnot und Orthopnoe (vgl. Pichler, 1999, S. 605). Unter Orthopnoe wird eine schwere Atemnot verstanden, die die Patienten nur noch in aufrechter Körperhaltung und durch Zuhilfenahme der Atemhilfsmuskulatur kompensieren können (vgl. Schäffler, 1997, S. 304). Weitere jedoch nicht charakteristische Merkmale sind Beinödeme, Müdigkeit und Atemnot bei Belastung.

Klassifikation der chronischen Herzinsuffizienz nach der New York Heart Association (NYHA):

Grad I	Sowohl in Ruhe als auch unter Belastung treten keine Beschwerden auf.
Grad II	Ab einer mittelschweren körperlichen Belastung ist die Leistungsfähigkeit eingeschränkt.
Grad III	Bereits bei geringen körperlichen Belastungen ist die Leistungsfähigkeit eingeschränkt; in Ruhe treten aber keine Beschwerden auf.
Grad IV	Bereits unter Ruhebedingungen treten Beschwerden auf.

Tabelle 3: Eigene Darstellung (Wilke & Maisch, 1998, S.68)

2.5.2 Epidemiologie

Die chronische Herzinsuffizienz korreliert mit dem Alter der Erkrankten, in der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen weist die Prävalenz mehr als 10 Prozent auf (vgl. Muntwyler, 2000, S. 280). Dies bedeutet im Hinblick auf die demographische Entwicklung, dass mit dem Älterwerden der Bevölkerung auch mit einer Zunahme des Betreuungsbedarfs von herzinsuffizienten Patienten zu rechnen ist.

Die chronische Herzinsuffizienz ist das Endergebnis einer Reihe von kardiovaskulären Erkrankungen (Pichler, 1999, S. 604). Zu den häufigsten Ursachen zählen die koronare Herzkrankheit (Erkrankung der Herzkranzgefäße) und die arterielle Hypertonie (chronische Erhöhung des Blutdrucks im arteriellen Gefäßsystem), oft treten diese Erkrankungen auch in Kombination auf (vgl. Woisetschläger, 2006, S. 40).

Die Framingham-Studie von Ho et al. besagt, dass die Mortalität bei chronischer Herzinsuffizienz höher ist, als bei vielen malignen Neoplasien. Die 1-Jahres-

Überlebensrate ab Diagnosenstellung beträgt bei Frauen 64 Prozent und bei Männern 57 Prozent und die 5-Jahres-Überlebensrate 38 Prozent beziehungsweise 25 Prozent (vgl. Ho, Anderson, Kannel, Grossman & Levy, 1993, S. 111). Das heißt, dass nach fünf Jahren ab Diagnosestellung jeder vierte Mann an den Folgen der chronischen Herzinsuffizienz verstorben ist.

2.5.3 Behandlungsmaßnahmen

Die medizinische Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz ist komplex und besteht vorrangig aus der medikamentösen Therapie und einer nachhaltigen Veränderung des Lebensstils der Patienten (vgl. Luttik, Jaarsma, Lesman, Sandermann & Hagedoorn, 2009, S. 1443). Die Ziele der Krankheitsbehandlung sind neben der Senkung der Mortalität und des Herzinfarktrisikos auch die Verbesserung der CHI-Symptome und Leistungsfähigkeit sowie die Progression der Herzinsuffizienz aufzuhalten (vgl. Muntwyler & Follath, 2000, S. 1195).

Im fortgeschrittenen Stadium einer Herzinsuffizienz kann der Körper die Herzmuskelschwäche nicht mehr ausgleichen und eine stationäre Einweisung ist indiziert. In dieser akuten Phase nimmt beim Großteil der Patienten/-innen die körperliche Leistungsfähigkeit stark ab, sodass die Betroffenen über wenig Kraft und Ausdauer verfügen und sogar für wenige Schritte oder lediglich für die Lageveränderung im Bett eine Unterstützung benötigen. Die akute Leistungsminderung des Herzens erholt sich nach einer adäquaten medikamentösen Therapie. Es kommt es durch den progressiven Verlauf der Krankheit zu einer zunehmenden Reduzierung der körperlichen Ausdauer, und das macht sich vor allem bei der Mobilität bemerkbar. Eine Ursache für die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit ist die Minderdurchblutung der Skelettmuskulatur, dies führt langfristig zu einer Muskelschwäche des Erkrankten (vgl. Deschka, 2003, S. 673).

Bei den Spitalseinweisungen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen liegt die chronische Herzinsuffizienz an erster Stelle (Rydéen-Bergsten, 1999, S. 277). Besonders bei den älteren Patient/-innen liegt die Ursache für eine Hospitalisierung in einem inkonsequenten Verhalten bei der Medikamenteneinnahme und Diätmaßnahmen sowie das Nichterkennen einer drohenden Krankheitsverschlechterung (vgl. Pölzl, Metzler, Köhler, Schindelwig, Wechselberger, Zwick, & Pachinger, 2007, S. 13). Der

Hauptgrund für diese mangelnde Selbstpflege liegt an einem Wissensdefizit über die Ursachen und Folgen der chronischen Herzinsuffizienz. Dieses mangelhafte Wissen über die eigene Krankheit ist auch an der hohen Rehospitalisierungsrate erkennbar. Etwa ein Drittel der älteren Herzinsuffizienzpatient/-innen werden innerhalb von 3 – 6 Monaten nach Entlassung wieder im Spital aufgenommen (vgl. Rickenbacher, 2001, S.5). Sowohl in Schweden als auch in England werden für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz etwa 2 Prozent des Gesundheitsbudget aufgewendet, der Hauptanteil der Kosten entfallen auf die stationäre Versorgung, dieser liegt in Schweden bei etwa 70 Prozent (vgl. Rydén-Bergsten & Andersson, 1999, S. 279; Stewart, Jenkins, Buchan, McGuire, Capewell & McMurray, 2002, S. 367).

Der progressive Verlauf der chronischen Herzinsuffizienz kann durch eine angepasste sportliche Betätigung stabilisiert oder verbessert werden. Das körperliche Training wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf der chronischen Herzmuskelschwäche aus (vgl. Piepoli, Flather & Coats, 1998, S. 830; Tavazzi & Gianuzzi, 2001, S.7) und kann zur Verbesserung der gestörten Skelettmuskelfunktion beitragen (vgl. Auer, 2009, S. 434).

3 Methode

In diesem Abschnitt wird die methodische Vorgangsweise der Arbeit beschrieben. Zu Beginn wird der qualitative Forschungsansatz erklärt, danach folgt die Vorstellung der Stichprobengrundlagen. Anschließend werden die Datenerhebung mittels eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews und die Datenauswertung anhand der Kriterien der Inhaltsanalyse nach Mayring näher erläutert.

3.1 Qualitativer Forschungsansatz

Die qualitative Forschung orientiert sich am geisteswissenschaftlichen Ansatz und gelangt durch das Verstehen zum Erkenntnisgewinn (vgl. Mayer, 2002, S. 19), mit dem Ziel „[...] ein Phänomen aus der Perspektive des Betroffenen zu erkunden, es ganzheitlich und von innen heraus zu verstehen und herauszufinden, welche Bedeutung es für die Beteiligten hat (Mayer, 2007, S. 87).“ Die ganzheitliche Betrachtung der subjektiven Erfahrungen soll dazu beitragen, die Erlebniswelt eines Menschen zu verstehen und durch dessen Interpretationen das Einzigartige zu beschreiben.

Eine weitere Eigenheit der qualitativen Forschung ist die Induktion. Auf dem Weg der induktiven Forschungslogik werden aus Einzelbeobachtungen allgemein gültige Theorien abgeleitet (vgl. Mayer, 2007, S. 18). Somit ist die qualitative Forschung nicht theorieprüfend wie die quantitative Forschung, sondern theoriebildend (ebd. S. 88).

In dieser Arbeit wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt, weil das Erleben der eingeschränkten Mobilität, besonders aus der Sicht der Betroffenen nicht ausreichend beleuchtet wurde. Es existieren zahlreiche Studien über die Auswirkungen mangelnder Bewegung oder Effekte der gezielten Bewegungsförderung, aber kaum Untersuchungen über das Situationsempfinden während einer Mobilisation. Ein besonderes Augenmerk wurde auf hilfreiche oder hinderliche Verhaltensmaßnahmen gelegt, um dadurch Implikationen für die Pflege ableiten zu können.

3.1.1 Gütekriterien

Um die Erhebung und Auswertung von Forschungsdaten messbar zu machen, bedarf es Gütekriterien, die eine Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten ermöglichen soll. Die klassischen wissenschaftlichen Gütekriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Validität und Reliabilität) lassen sich nicht ohne weiteres auf die qualitative Forschung

übertragen. Ebenso gestaltet sich die Vereinheitlichung der Gütekriterien innerhalb der qualitativen Forschung wegen der unterschiedlichen philosophischen Zugänge als schwierig (vgl. Mayer, 2007, S. 102).

In den Gütekriterien nach Mayring finden sich sechs Unterteilungen, mit dessen Hilfe die Qualität einer Forschungsarbeit beurteilt werden kann: (vgl. ebd., 2007, S.102)

- o Verfahrensdokumentation

In der qualitativen Forschung nimmt die Beschreibung des Forschungsprozesses einen hohen Stellenwert ein. Anders als bei der quantitativen Forschung, kann bei dem qualitativen Forschungsansatz nicht auf standardisierte Messverfahren zurückgegriffen werden. Die genaue Beschreibung der Vorgehensweise soll den gesamten Prozess für Außenstehende erklärbar und nachvollziehbar machen. (vgl. Mayer, 2007, S. 102)

- o Argumentative Interpretationsabsicherung

Die einzelnen Aussagen aus den Interviews werden von der Autorin schriftlich festgehalten und danach interpretiert. Um diese Auslegungen für andere schlüssig und verständlich zu machen, werden die einzelnen Interpretationen argumentativ begründet.

- o Regelgeleitetheit

Die qualitative Forschung ist offen gegenüber der Fragestellung und Vorgangsweise. Dieser offene Zugang erlaubt jedoch keine Willkür oder beliebiges Handeln, sondern erfordert ein methodisches Vorgehen, um den gesamten Forschungsprozess sichtbar zu machen. Das aus den zehn Interviews gewonnene Datenmaterial wird anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring systematisch bearbeitet.

- o Nähe zum Gegenstand

Um ein authentisches Ergebnis zu erhalten, muss sich die Autorin in das soziale Umfeld der Teilnehmer/-innen begeben. Die Datenerhebung erfolgt im natürlichen Kontext der Befragten, um zu erfahren, wie die Interviewpartner/-innen die Bewegungsunterstützung wahrnehmen oder erleben.

- o Kommunikative Validierung

Um qualitative Forschungsergebnisse verifizieren zu können, kann man das Ergebnis mit den Teilnehmern oder anderen Forschungsmitgliedern besprechen. Um die

Intersubjektivität der Ergebnisse dieser Arbeit zu gewährleisten, wird in regelmäßigen Abständen mit der Betreuerin und den Mitgliedern des Diplomant/-innenseminars eine Gruppendiskussion geführt. Hier werden die einzelnen Sichtweisen oder mögliche Probleme gemeinsam besprochen und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht.

o Triangulation

Durch verschiedene Herangehensweisen kann die Qualität der Forschungsergebnisse gesteigert werden. In dieser Arbeit kommen zwei verschiedene Erhebungsmethoden zur Anwendung. Zum einen die Datenerhebung mittels eines semi-strukturierten Leitfadeninterviews und zum anderen eine Dokumentenanalyse akzidentaler Dokumente. Zu den akzidentalten Dokumenten zählen Unterlagen, die unabhängig von der Forschung entstanden sind (vgl. Mayer, 2002, S. 145). In dieser Untersuchung wird die Pflegeplanung der zehn Interviewpartner herangezogen.

3.2 Stichprobengrundlagen

Die Stichprobe dieser Untersuchung setzt sich, wie in der qualitativen Forschung üblich, aus einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Beteiligten zusammen. Die Auswahlkriterien werden auf Grundlage von theoretischen Erkenntnissen und Vorkenntnissen der Untersucherin gebildet.

„Die Stichprobenbildung in der qualitativen Forschung ist zweckgebunden, d.h. die Auswahl der Teilnehmerinnen ist von bestimmten Kriterien abhängig“ (Mayer, 2007, S. 286). In dieser Arbeit werden Personen befragt, die annähernd die gleichen Erfahrungen gemacht haben. Zum einen ist es die Situation, aufgrund fehlender Kraft und Ausdauer bewegungseingeschränkt zu sein, mit der sie umgehen lernen müssen, zum anderen die Erfahrung, Hilfestellung durch ein speziell geschultes Pflorgeteam erhalten zu haben. Ein wichtiges Kennzeichen der qualitativen Forschung ist die Orientierung am Alltagsgeschehen (vgl. Mayer, 2007, S. 89), aus diesem Grund findet der Feldzugang im natürlichen Kontext der Beteiligten statt.

3.2.1 Samplingverfahren

Das Ziel der qualitativen Forschung ist nicht die statistische Repräsentativität und die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse, sondern die Darstellung von typischen Handlungsweisen in bestimmten Situationen (vgl. Mayer, 2007, S.286). Die in der

Pflegeforschung häufig angewendete Methode der Stichprobengewinnung ist die Gelegenheitserhebung, hierbei werden jene Personen ausgewählt, die für die Erhebung am leichtesten zugänglich sind (vgl. ebd., 2007, S.283). Weiters wird bei der Stichprobenauswahl nach Regelfällen gesucht, d.h. es werden lediglich die Personen befragt, die den nachfolgenden Auswahlkriterien entsprechen.

Die Zielgruppe der Befragten setzt sich aus vorübergehend oder dauerhaft bewegungseingeschränkten Personen zusammen, die an einer chronischen Herzleistungsverminderung leiden und von Pflegepersonen unterschiedlichen Geschlechts über einen Zeitraum von mindestens zehn Tagen kinästhetisch bewegt worden sind. Ein besonderes Augenmerk bei der Befragung wird auf den Vorgang „Aufstehen vom Bett oder Sessel“ gelegt.

Ausgeschlossen werden Personen mit einer ausgeprägten kognitiven Einschränkung, Hemiparese oder Hemiplegie sowie Personen nach einem chirurgischen Eingriff.

3.2.2 Feldzugang

Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartner/-innen erfolgt auf einer Bettenstation der kardiologischen Abteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel in Wien.

Vor Befragungsbeginn wurden die Pflegedienstleitung und die Oberschwester über das Vorhaben informiert und eine schriftliche Zustimmung eingeholt. Des Weiteren wurde der Abteilungsvorstand über die Befragung, dessen Ziel und Ablauf informiert.

Der Feldzugang gestaltet sich problemlos, weil die Autorin selbst auf der untersuchten Station als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester mit einer 40 Stunden Verpflichtung tätig ist. Somit scheiden mögliche Probleme, wie eine fehlende Vermittlungsperson sowie Misstrauen und Unsicherheit der Mitarbeiter gegenüber der Untersuchung aus.

Da das Interview direkt vor Ort und während dem stationären Aufenthalt der befragten Personen durchgeführt wurde, war das Erlebte für alle Befragten noch präsent und somit gut erinnerlich. Ein weiterer Vorteil für die Befragung auf der Station ist die vereinfachte Kontaktherstellung zu den potenziellen Interviewpartnern/-innen sowie eine bereits bestehende Vertrauensbasis.

Natürlich ergeben sich auch Nachteile durch den bereits bestehenden Kontakt zwischen den Befragten und der Interviewerin. Den Kontakt zu den möglichen Interviewpartnern/-innen zu meiden, ist durch den Arbeitsaufwand, Personalstand und knappen Zeitressourcen nicht immer möglich. So führt ein bestimmtes Wissen über die Interviewpartner/-innen zu einer Vorannahme, die das Interviewverhalten beeinflussen kann oder umgekehrt die Befragten erzählen bestimmte Aspekte nicht ausführlich oder nur ansatzweise, weil sie wissen, dass die Interviewerin bereits Vorkenntnis darüber besitzt. Um diese Beeinflussung abzuschwächen, reflektiert die Untersucherin ihr eigenes Interviewverhalten nach jedem durchgeführten Interview.

Der Großteil der Befragten sieht das Interview als eine willkommene Abwechslung zum Stationsalltag an. Von allen Beteiligten wird das Angebot, die Befragung im privaten Umfeld durchzuführen, abgelehnt.

Die Geschlechtsverteilung der insgesamt zehn Interviews setzt sich aus sieben Frauen und drei Männern zusammen. Der Altersdurchschnitt der Interviewpartner/-innen beträgt 77,1 Jahre, wobei die Älteste 94 und der Jüngste 66 Jahre alt ist. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus beträgt 28,2 Aufenthaltstage, somit haben alle Beteiligten über die von den Einschlusskriterien vorgegebene Mindestaufenthaltsdauer von zehn Tagen überschritten. (siehe Tabelle 4).

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung in der qualitativen Forschung ist offen und flexibel. Welche Daten erhoben werden, können im Vorhinein nicht genau festgelegt werden, somit wird der Prozess der Datenerhebung und –auswertung flexibel gestaltet. Die Vorgangsweise wird an den Erfahrungen und subjektiven Erleben der Menschen weiterentwickelt. (vgl. Mayer, 2007, S.88)

In dieser Arbeit werden sowohl akzidentale (siehe Triangulation 3.1.1) als auch systematische Dokumente erhoben. Zu den systematischen Dokumenten werden die eigens für die Forschung produzierten Interviews gezählt. Die akzidentalen Dokumente dieser Arbeit sind die Pflegeplanungen der zehn Gesprächspartner/-innen, Dokumente die unabhängig von der Forschung erstellt wurden.

Die Datenerhebung findet in den natürlichen Settings der Gesprächspartner/-innen statt. Die Interviews werden mit vorheriger schriftlicher Einverständniserklärung der Befragten auf Grundlage eines halbstandardisierten Leitfadeninterview erhoben und danach mit der Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Die Datengewinnung erwies sich anfangs als schwierig, da in einem Zeitraum von mehr als fünf Monaten keine Patient/-innen zur Befragung gefunden werden konnten. Die Gründe für das Nichtzustandekommen der Interviews sind unter anderem das Vorhandensein von mindestens einem Ausschlusskriterium oder eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes der möglichen Interviewpartner/-innen. Nach zehn Interviews innerhalb von sechs Monaten wird die Datenerhebung abgeschlossen, da keine neuen Informationen und Erkenntnisse erschlossen werden konnten.

Das erste Interview wird, zur formalen und inhaltlichen Überprüfung des Erhebungsinstruments, einem Prätest unterzogen und im Rahmen des Diplomant/-innenseminars der Betreuerin und Gruppenmitgliedern vorgestellt und besprochen.

Um eine Verfälschung seitens der Arbeitskollegen/-innen zu vermeiden, sind die Ein- bzw. Ausschlusskriterien der Interviews lediglich der Autorin und der Stationsleitung bekannt.

Von der Rolle der Forscherin ist es abhängig, welche Informationen sie bei einer mündlichen Befragung erhält. Der Untersucherin dieser Arbeit ist bewusst, dass es bei einem face-to-face Interview zu Verfälschungen kommen kann. Um ein sozial erwünschtes Antworten zu vermeiden, versucht die Interviewerin möglichst offene Fragen zu stellen und vermeidet suggestiv Fragen sowie meinungsbildende Aussagen.

3.3.1 Halbstandardisiertes Leitfadeninterview

In dieser Arbeit wurde zur Datenerhebung ein halbstandardisiertes Leitfadeninterview (siehe Anhang 2) herangezogen. Bei dieser Art der Interviewführung erstellt die Interviewerin eine vorstrukturierte Auflistung von Fragen. Diese dienen lediglich der Orientierung und ermöglicht eine offene Gesprächsführung. Die Interviewpartner/-innen können bei einem leitfadengestützten Interview selbst entscheiden, wie umfassend sie

auf die einzelnen Fragen eingehen, können ihren Gedanken freien Lauf lassen und diese in eigene Worte fassen.

Für die Erstellung eines Leitfadens werden die zugrundeliegenden Forschungsfragen und Themen, die vorher theoretisch ausgearbeitet wurden, in die Praxis umgesetzt (vgl. Mayer, 2007, S. 186). Zur Ideenfindung wurden alle relevanten Begriffe schriftlich festgehalten, danach erfolgt eine Strukturierung und Überarbeitung der wesentlichen Aspekte und abschließend wird der gesamte Inhalt thematisch geordnet. Im Laufe der Interviews wurde dieser halbstandardisierte Leitfaden immer wieder modifiziert.

3.3.2 Interviewablauf

Vor Interviewbeginn wird mittels eines Informationsschreibens (siehe Anhang 1a) die Forschungsabsicht offengelegt. Das Informationsschreiben, kombiniert mit der Einverständniserklärung (siehe Anhang 1b), erhalten die potentiellen Interviewpartner/-innen mindestens 48 Stunden vor der eigentlichen Befragung. Nach dieser Bedenkzeit wird bei Zustimmung ein Termin für die Befragung fixiert.

Mit Hilfe der Einstiegsfragen werden die Interviewgespräche begonnen. Die Patient/-innen werden situativ nach dem Befinden oder der erhaltenen Bewegungsunterstützung befragt.

Danach werden die relevanten Themenbereiche angesprochen und situationsbedingte Detailfragen gestellt. Für die Interviewerin ist es wichtig, dass die Fragestellungen offen und für die Interviewpartner/-innen gut verständlich sind. Wenn eine Frage von den Patient/-innen nicht verstanden wird, versucht die Interviewerin diese Fragestellung umzuformulieren. Die Befragung ist zielgerichtet aber auch offen für neue Betrachtungsweisen seitens der Interviewten, d.h. im Laufe des Gesprächs wird auf das Empfinden und Erleben der Befragten eingegangen. Die Fragen werden nicht punktuell anhand des Leitfadeninterviews abgefragt, sondern richten sich nach dem jeweiligen Gesprächsverlauf.

Gegen Ende des Gesprächs wird das halbstandardisierte Leitfadeninterview nochmals als Stütze herangezogen um zu überprüfen, welche wichtigen Themenbereiche ausgelassen wurden bzw. noch nachgefragt werden können. Den Interviewpartner/-innen wird abschließend die Möglichkeit geboten, Inhalte anzusprechen, die ihnen punkto Bewegung noch wichtig erscheinen, aber im Laufe des Gesprächs nicht erwähnt

wurden. Nach Ende des Interviews werden relevante Ergebnisse oder Aussagen der Gesprächspartner/-innen notiert und im nächsten Interview mitberücksichtigt.

Im Folgenden werden die zehn Interviews im Überblick dargestellt:

	Geburtsjahr/ Alter	Geschlecht	NYHA	Interview- dauer	Ort des Interviews	Verweildauer im Spital
Interview 1	1916 (94)	weiblich	3	32 Minuten	7-Bettzimmer	8 d
Interview 2	1944 (66)	männlich	3	59 Minuten	Einzelzimmer	47 d
Interview 3	1935 (75)	weiblich	4	35 Minuten	2-Bettzimmer	56 d
Interview 4	1942 (68)	weiblich	3	45 Minuten	Einzelzimmer	11 d
Interview 5	1934 (76)	weiblich	2	61 Minuten	Einzelzimmer	19 d
Interview 6	1939 (71)	weiblich	4	15 Minuten	7-Bettzimmer	32 d
Interview 7	1940 (70)	männlich	3	21 Minuten	Sitzgruppe am Gang	16 d
Interview 8	1921 (89)	weiblich	4	33 Minuten	7-Bettzimmer	55 d
Interview 9	1937 (73)	männlich	3	89 Minuten	Einzelzimmer	29 d
Interview 10	1921 (89)	weiblich	3	90 Minuten	Einzelzimmer	9 d
	$\bar{x} = 77,1$	70 %/30 %	$\bar{x} = 3$	$\bar{x} = 48''$		$\bar{x} = 28,2 \text{ d}$

Tabelle 4: Eigene Darstellung

Der gesamte Gesprächsverlauf ist zumeist von Müdigkeit und Schwäche der Befragten gekennzeichnet. Während des Gesprächs machen die meisten Interviewpartner/-innen vermehrte Pausen zwischen den einzelnen Aussagen. Bei der Hälfte der Befragten ist zur Zeit der Befragung eine leichte Sprechdyspnoe (Atemnot während dem Sprechen) erkennbar. Die kognitiven Einschränkungen der Patient/-innen sind vereinzelt deutlich erkennbar. Ein plötzliches Stoppen während des Gesprächs, weil die gestellte Frage oder eigene Aussagen nicht Erinnerungsfähig sind, oder ein deutlich verlangsamtes Sprechtempo hervorgerufen durch die Suche nach den richtigen Wörtern, sind Kennzeichen für eine eingeschränkte Gedächtnisleistung. Bei den Patient/-innen, welche sich auf der Intensivstation befanden und zum Teil künstlich beatmet wurden, ist auch eine veränderte Zeitwahrnehmung feststellbar. Ein Interviewpartner erzählt von einem Sturz, der sich im Laufe des Spitalsaufenthalts ereignet hat und verwechselt es mit einer Begebenheit aus seiner Vergangenheit.

„Wie ich da herausgepurzelt bin, war Funkstille. Na, freilich... Schauen Sie. Die Leute, passiert das auch noch, dann wird das ärger. Das ist vertrottelt...und ich war da bei äh... äh...einem Heu...also man soll nicht zum Heurigen gehen. Nach einem Heurigenbesuch bin ich beschwingt nach Hause gegangen, also gegangen, habe mir das T-Shirt, ...und da habe ich mich ins Bett gelegt, auf einmal ist die Rutschpartie losgegangen.“ (2)

Bei der Gesprächsführung hat sich die Interviewerin nicht an die thematische Strukturierung gehalten hat, sondern den Interviewpartnern die Möglichkeit gegeben, frei zu erzählen. Dies führt dazu, dass einige Beteiligten zum Teil sehr stark vom eigentlichen Thema abweichen. In einem Interview macht sich diese Abschweifung durch insgesamt 30 Minuten bemerkbar. Diese Ausführungen werden von der Autorin lediglich gekennzeichnet, aber nicht transkribiert.

Oft findet während der Erzählung keine Differenzierung zwischen den einzelnen Berufsgruppen einer Krankenanstalt statt. So werden von den befragten Personen andere Disziplinen wie Medizin, Physiotherapie oder Transportdienst in die Erzählung miteinbezogen. Weiters werden oftmals auch Erlebnisse von anderen Stationen, Abteilungen oder Spitälern in die Erzählung miteingeflochten. Eine Unterscheidung zwischen den einzelnen Abteilungen ist oftmals weder für die Patient/-innen noch für die Interviewerin möglich.

Der Ablauf der Interviews gestaltet sich größtenteils problemlos, lediglich eine Interviewpartnerin unterbricht das Gespräch. Bei dieser Gesprächspartnerin dominiert die Angst vor der Aufnahme in eine Pflegestation, sodass sie das Gespräch vorzeitig beendet.

Durch die körperliche Schwäche oder Atemnot einiger Interviewpartner/-innen ist es nicht immer möglich, die Interviews an einem ruhigen abgelegenen Ort durchzuführen. Somit wurden drei Interviews in einem Siebenbettzimmer und ein Interview am Gang durchgeführt. Im Mehrbettzimmer kommt es durch Mitpatienten/-innen, Visiten oder dem Krankenhauspersonal vermehrt zu Störungen. Dieser zum Teil hohe Lärmpegel wird von den Interviewpartnern als nicht störend empfunden, da das Gespräch von den Beteiligten nicht unterbrochen wurde.

3.4 Datenanalyse

Die qualitative Datenanalyse orientiert sich nicht an standardisierte Verfahren, sondern ist ein kreativer Prozess und vom Vorverständnis der Untersucherin abhängig. „*Das Verstehen der Inhalte und der Zusammenhänge entsteht durch ein ‚Kommunizieren‘ mit dem Text, es ist ein aktiver und schöpferischer Prozess*“ (Mayer, 2007, S. 241).

In dieser Arbeit wird zur Datenauswertung sowohl auf akzidentale (Pflegeplanung) als auch auf systematische Dokumente (Interviews) zurückgegriffen.

Die Interviewdaten werden mit Hilfe der interpretativen Methoden nach Mayring ausgewertet. Die akzidentalen Dokumente werden zu einem späteren Zeitpunkt erläutert (siehe Kapitel 5.3: Ziele der Patient/-innen und Pflegenden).

3.4.1 Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Inhaltsanalyse analysiert eine fixierte Kommunikation, will systematisch, regel- und theoriegeleitet vorgehen, mit dem Ziel, über das zu analysierende Material Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring, 2008, S. 12 f).

Das Vorgehen bei der Inhaltsanalyse nach Mayring gestaltet sich folgendermaßen (vgl. Mayring, 2003, zitiert nach: Mayer, 2007, S. 246):

1. Schritt: Am Transskript werden die inhaltstragenden Textpassagen gekennzeichnet.

Bsp.: „*Mein Gott schauen Sie, das ist auch so eine Sache mit zwei Schneiden. Denn auf der einen Seite müssen sie sich ein...die [Pflegepersonen] haben ja nicht nur ein Zimmer. Nicht, sondern sie haben mehrere und das müssen sie alles zur Zufriedenheit bewältigen...und umgekehrt. Nicht, wenn sie sich so hasten, sind sie erfolgreich wieder weg und.... (...)Die kriegen ja auch ihre Einteilung...ihre Arbeitseinteilung...und so weiter, das muss in der Zeit erledigt sein...und das in der Zeit... das ist auch sehr schwierig.“ (1)*

2. Schritt: Paraphrasierung: Die einzelnen Kodiereinheiten werden ohne ausschmückende wiederholende Passagen einzeln festgehalten.
3. Schritt: Generalisierung: Die persönlichen Aussagen werden verallgemeinert
Bsp.: Pflegende haben mehrere Zimmer zu versorgen;
Pflegende müssen alles zur Zufriedenheit bewältigen;
Wenn sich die Pflegenden hasten, sind sie erfolgreich wieder weg;
Pflegende erhalten Arbeitseinteilung, muss in der Zeit erledigt sein;
Arbeit unter Zeitmangel zu erledigen ist schwierig.
4. Schritt: Reduktion durch Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen. Inhaltsgleiche Generalisierungen werden gestrichen und aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst, sowie Überbegriffe gesucht.
Bsp.: Pflegende haben viel Arbeit, die sie zur Zufriedenheit bewältigen müssen; Pflegende erhalten eine Arbeitseinteilung, die unter Zeitmangel erledigt werden muss;
5. Schritt: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen. Übergriffe und Kategorien aller Interviews werden zusammengeführt und gegebenenfalls nochmals auf ein allgemeines Niveau gebracht. Doppeltes wird zusammengefasst.
6. Schritt: Zusammenstellung der Aussagen in einem Categoriesystem. Anhand der generalisierten Aussagen aller Interviews werden knappe, allgemeine Kategorien gebildet.
Bsp.: Kategorie: „Rücksicht auf die Pflegenden“

Die Ableitung der einzelnen Kategorien erfolgt aus dem Text heraus, diese Trennung der einzelnen Aussagen wird von der Autorin künstlich hergestellt, d.h. einige Inhalte lassen sich gleichzeitig in zwei Kategorien einreihen. Wie etwa: „*Bei der Intimpflege ist die Unterstützung durch eine weibliche Pflegeperson erwünscht, jedoch nicht immer möglich.*“ (3) Diese Aussage findet sich sowohl in der Kategorie Individuelle Merkmale unter der Subkategorie „Geschlecht“, als auch in der Kategorie „Rücksicht auf

Pflegende“, da die Interviewpartnerin die Pflege durch eine weibliche Pflegeperson nicht einfordert.

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend nach folgenden Kriterien transkribiert.

(...)	Ausgelassene Textpassagen
...	Von den Befragten gesetzte Pause
—	Starke Betonung
XX	Anonymisierung von Name
(//)	Unverständliche Textpassagen
[]	Ergänzungen oder Anmerkungen der Autorin
(lacht)	Mimik oder Emotionen

Tabelle 5: Eigene Darstellung

4 Ethische Überlegungen

Im Belmont Report von 1978 wurden die ethischen Prinzipien der Forschung erstmals festgelegt. Die grundlegendsten und wichtigsten Richtlinien werden in drei Punkte zusammengefasst (vgl. Belmont Report, 1978, S. 4 f):

o Das Prinzip der Achtung der Menschenwürde

Die Probanden sollten soweit über den Vorgang der Studie unterrichtet werden und soviel Information über die Studie bekommen, dass sie frei entscheiden können, ob sie an der Studie teilnehmen möchten oder nicht. Diese Entscheidung sollte keine negativen Auswirkungen auf die Teilnehmer haben. Wichtig ist auch, dass die Anonymität der Befragten gewahrt bleibt. Besondere Aufmerksamkeit müssen den Teilnehmern entgegengebracht werden, welche keine eigenen Entscheidungen treffen können. Unter diese Probandenkategorie fallen Menschen mit starken kognitiven Einbußen, wie Demenz oder geistige Behinderungen.

o Das Prinzip der Benefizienz

Dieses Prinzip versucht die Schäden der Teilnehmer/-innen so gering wie möglich zu halten und im Gegenzug, den Nutzen der Forschung zu maximieren. Um dies zu kontrollieren, müssen die Forschungsdurchführenden vor Beginn eine Nutzen-Risiko-Analyse anstreben.

o Das Prinzip der Gerechtigkeit

Die Forschenden müssen versuchen, den Nutzen und die Vorteile der Forschung für die Teilnehmer/-innen gleichmäßig zu verteilen. Es darf kein Proband oder keine Teilnehmergruppe aufgrund einer der Forschung nicht dienenden Sache benachteiligt werden. Weiters dürfen die Teilnehmer nicht so ausgewählt werden, wie sie für den Forschenden am einfachsten zugänglich sind.

Die American Nurses Association (vgl. Lauxen, 1995, S.1) erweitert die Prinzipien der Belmont Kriterien. Die Forschenden müssen die Privatsphäre der Teilnehmer/-innen wahren und deren Familien und ihnen nahe stehende Personen achten. Ferner sind regelmäßige Kontrollen der Leitung, Durchführung und Ergebnisse der Forschung

erforderlich. Sollte es zu groben Abweichungen der zu erwartenden Ergebnisse kommen, sollte dies weiters untersucht und dokumentiert werden.

5 Ergebnisse

Das Datenmaterial aus den zehn Interviews wird mittels der Inhaltsanalyse analysiert und in durch die Forschungsfragen bestimmte Kategorien eingeteilt. Die Autorin interpretiert die Interviewaussagen auf Basis ihres Vorverständnisses und theoretischen Wissens. Das Resultat der Erhebungen ist die subjektiv wahrgenommene Wirklichkeit der Interviewpartner. *„Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen“* (vgl. Mayer, 2002, S. 72).

Nachfolgend werden die Ergebnisse über das Erleben der Befragten bei der Bewegungsunterstützung und die Ziele der Patient/-innen und Pflegenden vorgestellt.

5.1 Das Erleben der Patienten/-innen bei der Bewegungsunterstützung:

Das Erleben der Befragten bei der Bewegungsunterstützung wurde in sechs Kategorien unterteilt und wird in dem folgenden Kapitel vorgestellt. Zum besseren Verständnis und Lesbarkeit der Unterteilungen werden die einzelnen Kategorien mit den Ausführungen der Befragten unterstützt. Die Autorin unternimmt keine Trennung zwischen den Verhaltensweisen der Befragten und Pflegenden vor, da jede Bewegungsunterstützung eine Interaktion beider voraussetzt.

5.1.1 Förderliche Verhaltensweisen

Die größte Kategorie dieses Ergebnisteils bilden die förderlichen Verhaltensweisen. Hier werden alle Aussagen, die von den Beteiligten während einer Bewegungsunterstützung als förderlich wahrgenommen werden, zusammengefasst dargestellt.

5.1.1.1 Die Motivation

Diese Kategorie „Motivation“ zeigt auf, was die bewegungseingeschränkten älteren Menschen zur täglichen Bewegung veranlasst. Die Motivation ist ein wichtiger Aspekt der Bewegungsförderung. Man kann zwischen Eigenmotivation und der Motivation durch Außenstehende unterscheiden, in diesem Fall durch die Pflegenden und Mitarbeiterinnen der Physiotherapie.

Gestaltet sich ein Mobilisationsversuch als einfach und komplikationslos, führt das zu einer Motivationssteigerung.

„(...) es ist dann relativ schnell gegangen, dass ich stehen konnte und die paar Schritte hineingegangen bin, mit Halt natürlich und (...) das ist dann ohne weiteres gegangen.“ (5)

Die Willensstärke der Patient/-innen ist eine der Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Mobilitätsförderung. Möchte die bewegungseingeschränkte Person selbst keine Bewegung machen, so sind die Möglichkeiten der Pflegenden, diese Person zu motivieren, stark eingeschränkt. Eine Motivation durch Pflegenden reicht nicht aus, um einen Menschen zur Bewegung zu animieren. In den Aussagen dieser Befragten wird deutlich, dass ohne den eigenen Willen ihrerseits keine Herstellung der Bewegungsfähigkeit möglich ist.

„Es gibt ja Menschen, die lassen sich gehen und wollen nicht mehr. Das macht schon viel aus. Da kann die Schwester noch so lieb sein oder helfen wollen. Die wollen einfach nicht.“ (3)

„Nein, geht sicher nicht. (...) Nutzt gar nichts, geht nichts weiter.“ (8)

Eine Befragte arbeitete früher selbst im Gesundheitswesen, als Physiotherapeutin in einem Spital:

„Ich bin schon lange heraus aus diesem Beruf, aber es hat immer Patienten gegeben, die so gemacht haben (streckt die Arme aus). Die von sich aus, wie soll ich sagen die sich nicht vorstellen konnten, dass sie selber was machen müssen. Die haben geglaubt, jetzt kommt die Spritze und dann tut man es bewegen, man massiert es und dann ist es wieder in Ordnung...und das tut es nicht. Man muss von sich aus selbst auch was bewegen. Wenn einer nicht will, dann will er nicht. Da können Sie reden, was Sie wollen, das nützt nichts.“ (5)

Weiters erzählt sie von ihrer eigenen Mutter, die sie selbst nicht zur Bewegung animieren konnte und stellt im Laufe ihrer Erzählung fest, dass eine regelmäßige Bewegung zusätzlich geistig anregt.

„Meine Mutter ist zum Schluss gar nicht mehr aufgestanden. Es ist täglich wer zu ihr gekommen, der mit ihr spazieren gegangen ist, mit Wagerl und so weiter...nein...sie hat es abgelehnt. Ich habe es dann natürlich gelassen, zwingen kann man niemanden. Sie war schon über 80, sie war schon ein bisschen verkalkt auch, (...) sie wollte nicht, von sich aus. Vielleicht wäre es leichter gewesen, wenn sie von sich aus wollte, dann wäre sie auch geistig frischer gewesen, aber ... sie wollte nicht. (...) Aber ich stelle mir vor, wenn ich den ganzen Tag im Bett liege und lese oder schlafe oder was auch immer ich mache, ist das ein Unterschied, ob ich draußen eine Stunde spazieren gehe. (...) Der Sauerstoff das,... man sieht was man hat, Anregung, wenn man draußen ist. Und wenn man im Bett ist, ja, dann sieht man das Bett (lacht), das Buch oder das Rätsel. (...) in meinen Augen ist Bewegung wichtig und wenn es auch nur so ist, wie jetzt mit meinen Füßen.“ (5)

Die Bewegungsanimation durch das Pflegepersonal wurde lediglich von zwei Interviewpartner/-innen in einem positiven Zusammenhang erwähnt.

„Es war aber auch gut, dass sie mit mir was gemacht haben. Man muss sich ja schließlich auch bewegen, sonst rostet man ein.“ (3)

„(...) positiv war, dass man mir gesagt hat: ‚Okay, es gibt einen Weg.‘“ (2)

Die physiotherapeutische Unterstützung ist diesem Gesprächspartner sehr stark in Erinnerung geblieben. Diese Schilderung stammt aus einer Zeit, als der Patient auf der Intensivstation lag und stark bewegungseingeschränkt war.

„Da sind zwei zarte Frauen gekommen und haben mir das Fürchten gelehrt, (...) weil sie mich hergerichtet haben, also sie waren gut, beinhart.... Nein, nein das muss durchgemacht werden...da ist nicht gegangen: ‚Ich will nicht mehr!‘(...) da habe ich mal einen Durchhänger gehabt. Für das bisschen Leben, das ich

noch vor mir habe, aber das haben Sie mir gleich ausgeräumt. Die hat nichts gekannt, die hat sich gleich ins Bett gesetzt und hat mit meinen Beinen herum getan. In der Situation selbst wollten sie zuerst nicht. Ich habe mir gedacht, warum sollte ich nochmals anfangen. (...) Die waren so was von lieb.“ (2)

An der emotionalen Schilderung des Patienten lässt sich erkennen, dass die Zeit der Mobilisation sehr schwer für ihn war. Die Bezeichnungen wie „das Fürchten gelehrt“, „beinhart“ und „gleich ausgeräumt“ zeigen auf wie intensiv der Interviewpartner die Unterstützung der zwei Therapeutinnen erlebt. Nachdem sich der Zustand des Patienten verbessert hat, geht er mit den Physiotherapeutinnen nochmals auf die Intensivstation um sein Betreuerteam zu besuchen. Für diesen Befragten war das Interesse an der eigenen Person besonders motivierend.

„(...) dann schaue ich, sind das alles Ärzte von der Intensiv und Schwestern von der Intensiv. Also wissen Sie... das war so was von rührend. ‚Na wie geht es Ihnen denn?‘ (...) und da war noch ein anderer Arzt. (...) der hat zu mir gesagt: ‚Das ist schön, aber was wir für schlechte Wochen gehabt haben. Schön, dass es Ihnen gut geht.‘ “ (2)

Die Hoffnung auf eine Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes motiviert die Befragten, gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzuführen.

„(...) vielleicht schaff ich es noch einmal, dass ich heim komm, meine ich. Auf das arbeite ich hin und mache die Übungen mit den Therapeutinnen mit. Ich habe es schon öfters geschafft. (...) Aber ich hoffe, ich erhole mich noch einmal.“ (4)

„Aber wenn ich zu Hause sein könnte und spazieren gehen könnte jeden Tag (...) Ich hoffe ich kann das noch.“ (5)

Die Eigenmotivation, selbst Bewegung machen zu wollen, ist für den Großteil der Befragten sehr wichtig, um ihre Restbeweglichkeit zu erhalten oder sogar zu fördern.

„(...) die Bewegung geht mir ab. Deswegen sitze ich oft da und bewege die Füße. Kreisen auf und ab (...) Es geht mir dann besser, weil ich mir denke: ‚Ah, die Füße kann ich doch noch bewegen.‘ (...) Zumindest habe ich das Gefühl, ob das wirklich hilft weiß ich nicht. (...) Ich bin nicht ganz so steif, wie wenn man im Bett liegt. Ich kann noch die Füße bewegen, ich kann kreisen und das baut einen ein bisschen auf.“ (5)

„Ich bin aufgestanden vom Bett, damit ich nicht so viel liege. Ich wollte ja selber. Das ist ja besonders wichtig. (...) Das war meines...ich wollte aufstehen...ich wollte mobil werden.“ (3)

„Wissen Sie, das ist andererseits gut, dass ich dieses Gefühl habe raus zu müssen. Das selber zu machen. Das treibt mich immer wieder auf die Füße.“ (10)

Der Drang sich zu bewegen ist bei folgender Interviewpartnerin stark ausgeprägt. Sie führt im Sitzen selbstständig aktive Bewegungsübungen durch oder geht im Zimmer spazieren wenn sie nicht schlafen kann. Mit der schlaffördernden Wirkung der Bewegung hat die Befragte bereits bei sich zu Hause positive Erfahrungen gemacht.

„In der Nacht, wenn ich nicht schlafen kann, dann sitze ich am Bettrand und mache diesen da (macht kreisende Bewegungen mit den Füßen) (...) also, ich finde Bewegung ist wichtig, sofern man ...kann und darf. Man darf ja nicht immer,...ich sitze heute Nacht sicher wieder da und lasse die Füße bewegen, dann falle ich um und schlafe weiter (lacht und hustet). (...) Ja, ich bin auch in meiner Wohnung auf und ab gegangen, wenn ich nicht schlafen konnte. So eine halbe Stunde und dann ist es wieder gegangen. Ja, ich lebe alleine, es stört niemanden, wenn ich alleine auf und ab gehe und dann habe ich wieder schlafen können...Also für mich ist Bewegung wichtig, für mich persönlich, nicht für jeden“ (5)

Alle Interviewpartner/-innen geben an, dass das selbstbestimmte Handeln für sie die Grundvoraussetzung für eine Bewegungsunterstützung ist.

„Na ja, ich wollte das schon selbst“ (4)

„Nein, ich wollte. Das habe ich gewollt.“ (9)

„Ja, ich wollte, bin gerne unabhängig. (...) das ist mir wichtig.“ (5)

Durch den Wunsch unabhängig sein zu wollen, lehnt eine Befragte das Angebot einer Hilfestellung ab. Sie ist stolz auf ihre erlernte Fähigkeit und möchte alleine aufstehen.

„Die bewundern mich jetzt immer alle. Jeder will immer: ‚Na, also jetzt stehen wir auf.‘, sie wollen mir Hilfe leisten. Sage ich: ‚Lassen sich mich in Ruhe, ich brauche keine Hilfe, ich stehe alleine auf!‘.“ (10)

Eine sinnerfüllte Beschäftigung steigert auch die Bewegungsmotivation. Bei dieser Gesprächspartnerin ist eine zielgerichtete Bewegung und Beschäftigung ein fester Bestandteil ihres Lebens.

„Ich wollte Beschäftigung und Bewegung haben. Ich muss was tun, ich kann nicht so sinnlos rumhocken und das liegt mir nicht. Na ja, ich brauche das.... Ich will was tun, überhaupt, wissen Sie ...ich bin ein Mensch, der Arbeit braucht. Ich bin es gewöhnt, ein Leben lang zu arbeiten. Ich kann nicht hier sitzen und nichts tun.“ (10)

In diesem Zusammenhang erzählt die älteste Interviewpartnerin, welche Tätigkeiten sie zu Hause selbstständig ausführt.

„Ich gehe wohl langsam, aber ich habe eine 96 m² große Wohnung und die muss ich ja in Ordnung halten. Ich muss Staub wischen, ich habe immer was zu tun. Nicht, und ich habe schon ein 15 m² Vorzimmer, wenn ich von der Küche in ein Zimmer gehe, dann können Sie sich vorstellen, dass ich immer eine gewisse Strecke zurücklege. Aber das ist meine einzige Bewegung, die ich mache, weil ich sonst nicht hinaus komme. (...)Ich habe immer was zu tun. Kleinigkeit zum Bügeln und Klo und Bad und Küche. Alles, was gefliest ist, das tue ich sowieso jeden Tag aufwischen und putzen. Und so, dass es pick sauber ist.“ (10)

Auch diese Befragten stellten bei der Frage, ob ihnen Bewegung wichtig ist, einen Bezug zum Arbeiten und somit zielgerichtet Bewegung her.

„Ja sehr, habe immer viel [Bewegung] gemacht, habe ‚Zementsackerl‘ rauf geschleppt in dem engen Stiegenhaus. War im Wald arbeiten, am Feld.“ (9)

„Ich war schon immer ein ungeduldiger Mensch. Schnell, schnell...dafür war ich aber immer flott, nicht wie die anderen Frauen in meinem Alter. Ich werde bald 70. Wie gesagt, immer flott, immer unterwegs...ich habe auch immer gearbeitet, war schon als Kind immer beschäftigt mit irgendwas. (...) Denke, dass das der Grund ist, warum ich noch so jung geblieben bin. Habe immer was zu tun gehabt.“ (4)

Die letzte Interviewpartnerin sieht in ihrem aktiven Lebensstil den Grund für gut erhaltene Beweglichkeit.

5.1.1.2 Kraftquelle

Unter diese Kategorie fallen jene Begriffe, aus denen die Patient/-innen Kraft für die Wiederherstellung ihrer Bewegungsfähigkeit nehmen.

Dieser Gesprächspartner nennt gleich mehrere Quellen, aus denen er die Kraft für seine täglichen Anstrengungen schöpft: das gemeinsame Reden und „Spaß haben“ mit den Pflegenden, die eigene Vernunft sowie der Glaube und die Meditation.

„Das war vielleicht der Humor, ein Spaß oder eine Rederei. Nicht, also...und auch die Vernunft, hoffe ich.“

„Der Erfolg es geschafft zu haben (...) wenn ich in Situationen bin, die ich dann geschafft habe, dann tue ich dem Herrgott danken. Ich bedanke mich dafür. Ja, er hat mir geholfen und dann muss ich mich auch bedanken (...) es gibt einem furchtbare Ruhe.“

„(...) ich tue ein bisschen meditieren. Ja und da nehme ich mir Zeit, die gehört mir. Ja, und da muss man halt sagen: ‚Okay, so ist es.‘ Es ist schön, das Leben (...) Das Leben ist wirklich schön (...) ohne Übertreibung.“ (2)

Die Zufriedenheit über das eigene Leben stellt für diese Gesprächspartnerin eine Kraftquelle dar.

„Aber,... ach Gott, ich brauche eigentlich keine Aufmunterung. Ich habe so viel Lebenswillen (lacht) muss ich sagen. Ich lebe gerne. Ich habe zwei Enkelkinder, die ich über alles liebe und jeder Tag, der mir geschenkt wird, für den bin ich dankbar, denn in meinem Alter ist jeder Tag ein Geschenk.“ (10)

Kraft schöpfen die Patient/-innen auch aus ihren vorhandenen Bewegungsfähigkeiten. Dies kann der Anreiz für weitere Zielsetzungen und Aktivitäten sein.

„(...) auf einmal bin ich gesessen. (...) das war ein Hochgefühl. Das ...kann man eigentlich nicht erklären.“ (2)

„Ich kann jetzt schon mit dem Wagerl hinfahren, wohin ich will.“ (9)

„Also, ich konnte mich im Bett sowieso alleine hin und her drehen.“ (3)

„Dass ich erst einmal liege, dann kann ich mich dann schon mal hoch heben.“ (10)

Eine weitere Kraftquelle liegt in der Pflege sozialer Kontakte. Diese Gesprächspartnerin erzählt, dass sie sich zu Hause mit ihren Nachbarn trifft, um gemeinsam Spiele zu spielen oder Gespräche zu führen.

„Ich habe hier nette Bekannte im Haus, im Nebenhaus. Dann kommen wir zusammen zum Spielen...zum Plaudern...um 8 Uhr geht jede in ihre Heimat, denn jede will was anderes im Fernseher sehen. Und da habe ich auch ein bisschen Ansprache. Meistens treffen wir uns bei mir. Und so ist es wunderbar...da bin ich zufrieden.“ (10)

Die Aufrechterhaltung solcher Kontakte trägt zur Mobilitätsförderung bei, indem regelmäßige Treffen vereinbart und auch eingehalten werden.

„Ist halt schwierig ...ich bin nicht mehr so beweglich...ich bin noch...deshalb unbeweglich, ich bin früher sehr viel (...) spazieren gegangen, stundenlang gewandert. Habe so jemanden gehabt der mit mir gegangen ist.“ (10)

„Ja, das fehlt mir echt, weil ich früher mindestens täglich 1 Stunde spazieren gegangen bin. Zeit habe ich gehabt. Das hat mir gut getan, der Osteoporose hat es auch gut getan. Also ein Spaziergang nach Hietzing, eine Runde durch Hietzing, dann ins Kaffeehaus auf einen kleinen Braunen (lacht erfreut) und dann nach Hause.“ (5)

In der letzten Textpassage findet sich ein gesundheitsförderlicher Aspekt. Die Gesprächspartnerin geht nicht nur zur Förderung des Wohlbefindens spazieren, sondern möchte mit der regelmäßigen Bewegung auch ihrer Osteoporose entgegenwirken.

5.1.1.3 Umgang

Ein weiteres förderliches Verhalten sehen die Gesprächspartner/-innen im Umgang der Pflegenden während der Hilfestellung. In dieser Kategorie spiegelt sich die persönliche Einstellung zum Thema Bewegung und die fachliche Kompetenz der unterstützenden Pflegeperson wieder.

Ein respektvoller und empathischer Umgang während der Bewegungsunterstützung fördert den Beziehungsaufbau zwischen den Beteiligten.

„Die gehen so zart um ... mit den Menschen, dass einem das gar nicht stört.“ (8)

Der freundliche und höfliche Umgang der Pflegenden ist diesen Gesprächspartner/-innen besonders in Erinnerung geblieben.

„Dass er ausgesprochen, also nicht nur er, auch alle anderen, ausgesprochen positiv höflich waren, entgegenkommend waren.“ (5)

„(...) die Gefälligkeit von den Schwestern und (...) Pflegern (...) ist nur positiv herauszuheben...ja...ist nur positiv herauszuheben. (2)

Die folgende Interviewpartnerin erzählt, dass eine Pflegeperson auf ihre Bedürfnisse eingegangen ist.

„(...) die ist reizend, die ist sehr lieb, sehr nett und hilfsbereit. Die hat mir auch die Hausschuhe angezogen (...) Sie waren halt alle sehr nett und freundlich. Wirklich, also die eine Schwester, die hat mich heute hinausgeführt in die Dusche. Damit ich duschen kann, und die hat mich sehr langsam geführt, damit mir nicht wieder schlecht wird beim Fahren. Und die war wirklich sehr, sehr, sehr lieb und sehr nett. (...) wir (...) [sind] sehr gut [ausge]kommen miteinander. Alle, auch die Pfleger, die (...) Pflegerinnen ...wir sind alle ein sehr braves Team.“ (1)

Diese Befragte entwickelt während des Spitalsaufenthalts ein Wir-Gefühl, *„wir sind alle ein sehr braves Team“*. Für die Befragte scheint die Zusammenarbeit beider Seiten, Patienten und Pflegende, die Basis für ein gelungenes Miteinander zu sein.

Den Leibstuhl im Beisein einer Pflegeperson zu benutzen, bereitet dieser Gesprächspartnerin große Probleme. In Situationen mit starker Atemnot oder reduzierter Belastbarkeit, bleibt der Patientin jedoch keine andere Möglichkeit, als die Zimmertoilette zu benützen. Sie stellt fest, dass die Pflegenden die Situation für sie durch das Bagatellisieren erträglich machen wollen.

„Nein, nein (...) im Gegenteil die sagen immer: ‚Aber gehn’s, da ist nichts dabei. Wir sehen das ja täglich.‘, aber mir ist das furchtbar peinlich.“ (10)

Kommt es im Laufe des Spitalsaufenthalts allmählich zu einer Verbesserung des Zustandsbilds, können die Pflegenden Alternativen zur Leibstuhlbenutzung anbieten.

Diese Interviewpartnerin gibt im Laufe des Gesprächs an, sehr froh zu sein über das Angebot die Toilette im Badezimmer benutzen zu können.

„Und mir wurde auch das WC angeboten, das fand ich sehr nett. Weil dort in dem Siebenbettzimmer ist das besonders unangenehm, wenn man auf die große Seite muss. Wenn ich klein musste, bin ich im Zimmer gegangen, denn es ist so schnell gegangen.“ (4)

Die Ehrlichkeit der Pflegenden oder Ärzte findet dieser Gesprächspartner besonders wichtig.

„Ich finde was sehr, sehr wichtig ist, (...) und das darf man nicht... unterschätzen, ist die Ehrlichkeit. Ja, natürlich wird keiner sagen: ‚Sie sind knapp vor dem Sterben‘, aber da habe ich auch meine Erfahrungen gemacht, ein Dozent war es, von hier im Haus...(lacht) da habe ich gesagt: ‚Herr Dozent, glauben Sie, dass ich mal wieder in die Sauna gehe!‘, der schaut mich an und sagt: ‚Der XX hat einen ‚Poscher‘. (lacht) Ja, aber der war gut. Ich sage es Ihnen, alle Achtung.“ (2)

Aufgrund der Herzinsuffizienz ist die Befragte wenig belastbar und ermüdet schnell. Die Pflegenden führen mit der Patientin langsame und angepasste Bewegungen durch, um so eine mögliche Überbelastung zu vermeiden. Es werden auch bewusst vermehrte Pausen zwischen den einzelnen Bewegungsabläufen eingelegt.

„Ich wünsche mir von der Pflegeperson Geduld, weil man kann nicht mehr so wie früher, das ist klar. Was noch...einfach so wie es war. Die Schwestern haben mir Zeit gelassen, Pausen gemacht, damit ich wieder zu meiner Luft komme. War toll.“ (3)

Im Folgenden werden die Eigenschaften der Pflegepersonen zusammengefasst dargestellt und nach Anzahl der Nennungen gereiht:

- o geduldig sein (6)
- o Ruhe ausstrahlen (4)
- o freundlich, nett und zuvorkommend (3)
- o Ausdauer (1)
- o zuhören (1)
- o selbst machen lassen (1)
- o aufbauend (1)
- o Ehrlichkeit (1)

5.1.1.4 Unterstützung

In dieser Kategorie werden alle Unterstützungsmaßnahmen, die von den Befragten wahrgenommen werden zusammengefasst dargestellt. Das Hauptaugenmerk dieser Kategorie liegt auf der Bewegungsunterstützung der Patient/-innen, andere Hilfestellungen werden nicht angeführt.

„Es war immer wer da, hat sich angeboten. Auch wie es mir schon besser ging und ich selbst mit diesem Wagerl gefahren bin, hat mich ein paar Mal wer gefragt, ob er mich wieder zurückschieben soll ins Zimmer, das ist nett. Ich habe es auch ein paar Mal angenommen.“ (9)

Durch die Bemerkung „das ist nett“ wird deutlich, dass dieser Befragte das Unterstützungsangebot der Pflegenden nicht als Selbstverständlichkeit ansieht.

„(...) zwei Personen mindestens und später dann nur mehr eine. Das war ganz unterschiedlich.“ (7)

Bei stark bewegungseingeschränkten, adipösen oder ängstlichen Personen wird die Bewegungsunterstützung mit zwei Pflegepersonen durchgeführt. In der Regel jedoch werden die Patient/-innen nur von einer Pflegeperson unterstützt, um eine Überforderung zu vermeiden.

Im Rahmen der kinästhetischen Unterstützung erhält der nächste Patient regelmäßig die Information sich beim Aufstehen vorzubeugen. Durch das Vorbeugen des Oberkörpers kommt es durch die Gewichtsverlagerung zu einer Gewichtsreduktion am Gesäß. Diese Gewichtsumverteilung erleichtert dem Patienten das Aufstehen vom Sessel.

„Es waren lediglich 15 Kilo, die sie mir durch Anheben weggenommen haben und das hat gereicht. Das hat gereicht damit ich leicht aufstehen kann.“ (9)

Das umsichtige und vorausschauende Handeln einiger Pflegepersonen ist dieser Interviewpartnerin besonders positiv aufgefallen:

„Da ist hier eine...die eine, die das Essen verteilt (...) die ist auch sehr hilfreich. Ist auch so verständig. Die macht so,...die langt so zu. Und dann die XX Schwester, (...) die ist auch so verständig, so...da braucht man nicht viel reden (...). Na ja, was man so alles hat, so Bedürfnisse als alter Mensch. Wo es fehlt (...) und dann helfen sie einem wortlos und umsichtig.“ (10)

Die Bewegungsunterstützung durch die Pflegenden wurde von der nächsten Interviewpartnerin positiv wahrgenommen. Jedoch kommt sie während des Gesprächs immer wieder auf ihre eigene fehlende Kraft und reduzierte Beweglichkeit zurück. Die deutlich herabgesetzte Bewegungsfähigkeit bereitet der Gesprächsperson Sorgen, besonders in Hinblick auf ihre eigene Zukunft.

„O ja, die haben mir schon geholfen. Ich habe ein bisschen mitangetaucht, wo es geht, sehr wenig. Aber ich habe mich bemüht...es zu tun, nur gelingt es nicht immer...“ (8)

Die Bewegungsunterstützung durch eine Pflegeperson ist für den nächsten Gesprächspartner die Basis für eine erfolgreiche Mobilisation.

„(...) um auf den Weg zu kommen, kann einem nur ein Pfleger helfen, (...) selbst wenn man (...) die Dynamik [hat]. Die hat man aber nicht so...“ (2)

Aber auch andere Berufsgruppen wie beispielsweise Physiotherapeuten werden in diesem Zusammenhang erwähnt:

„Und der ist mit mir auf der Parkbank gesessen und hat mir gelernt, das Aufstehen und Setzen und Aufstehen...“ (10)

„Wie die Frau gekommen ist...(..) die Physiotherapeutin (...) Das ist eigentlich ganz gut gegangen.“ (7)

„Die [Ärztin] will mir am Montag eine [Physiotherapeutin] geben, eine schicken. Die mich ein bisschen anweist, wie ich ein bisschen flotter werden kann.“ (10)

Besonders nach einer längeren Phase der Bettlägerigkeit erhalten die betroffenen Patient/-innen eine ärztlich angeordnete, physiotherapeutische Unterstützung zur Wiederherstellung der Beweglichkeit.

5.1.1.5 Interaktion

In der Kinästhetik unterscheidet man drei Interaktionsmöglichkeiten: die einseitige Interaktion, die „Schritt für Schritt“ Interaktion und das gemeinsame gleichzeitige Durchführen der Bewegungen. Welche Art von Unterstützung die Patient/-innen erhalten, hängt unter anderem von ihrem Einschränkungsgrad, körperlichen Zustand oder auch Nähebedürfnis ab. Während der kinästhetischen Bewegungsunterstützung kommt es unter Umständen zu einem intensiven Körperkontakt zwischen den Beteiligten. Dieses Näheverhältnis wird nicht von jedem Menschen toleriert, das betrifft sowohl die zu unterstützende Person als auch die Pflegenden.

Bei der einseitigen Interaktion führt lediglich die Pflegeperson eine Aktion aus. Die gepflegte Person ist lediglich der Empfänger der bewegungsunterstützenden Maßnahmen.

Bei der „Schritt für Schritt“- Interaktion erfolgt die Durchführung der einzelnen Bewegungsabläufe etappenweise. Die Interaktion erfolgt abwechselnd zwischen den

einzelnen Partnern. Mit dieser Interaktionsform kann der funktionseingeschränkte Mensch streckenweise die eigene Bewegungsfähigkeit fördern.

„Es ist Schritt für Schritt gegangen und ... was halt neu war und was ich gemacht habe, da ist mir immer gesagt worden, was ich zu machen habe. (...) Das ist ganz gut gegangen.“ (7)

Bei der gemeinsamen gleichzeitigen Interaktion führen die Pflegenden die einzelnen Schritte des ganzen Bewegungsablaufs zusammen mit der bewegungseingeschränkten Person durch.

„Anleitungen. Ja genau, sehr wichtig. Ja, wie man die Sache anpacken soll (...) Also er hat nur gesagt: (...) jetzt halte dich an' ... Also eigentlich die typischen Verhaltensregeln. (...) Die besten und die prägnantesten, wo man sich auskennen tut. (...) Er hat zu mir gesagt zum Beispiel: ‚So, jetzt stellst du dich auf. Kommst her (...) und dann sind wir da gestanden. (...) Dann hat er gesagt: ‚Es kann dir nichts passieren, ich bin bei dir.‘ Ja, auf einmal bin ich gesessen. (...) Selbstverständlich, es ist jedes Aufziehen vom Körper (...) um in eine liegende Position zu kommen, ist gelernt, also (...) das ist einem nicht gegeben, das muss einem gesagt werden.“ (1)

„Die Schwestern haben mir auch oft gesagt, ich soll raufrutschen, dann krieg ich auch besser Luft. Sie hat gesagt wie, (...) mit ihr ist es ganz leicht gegangen, da war ich gleich oben. Obwohl die Schwester sagt, dass ich es alleine gemacht habe und sie mich lediglich ein bisschen angetaucht hat. (...) Das ist so automatisch gegangen. Wir haben es gemeinsam gemacht. Es ist dann einfach gegangen die haben mir dann gesagt wie...wissen Sie, die haben alles in Griff.“ (3)

Bei Personen mit einer geringen Mobilitätseinschränkung reicht eine verbale Anleitung meistens aus.

„Dort hinübergreifen, zum Beispiel, daher greifen damit ich fester stehe und dann langsam aufrichten, das habe ich schon gehabt. (...) das ist schon hilfreich.“ (5)

Ein Interviewpartner erzählt von einer Begebenheit während seines Spitalsaufenthalts, die ursprünglich nichts mit dem Thema Bewegung zu tun hat. Diese Empfehlung lässt sich jedoch sehr gut auf eine Interaktionssituation übertragen.

„Also man muss wissen, wie was beim anderen ankommt. (...) Jedenfalls bin ich drauf gekommen, dass man wissen muss, wie jeder was anderes in ein und demselben sieht. Man muss miteinander reden.“ (9)

Der elementare Bestandteil aller drei Interaktionsformen ist die Kommunikation zwischen den Beteiligten. Häufig kommt es im Laufe der Tätigkeiten zur Vermischung zwischen den einzelnen Interaktionsformen.

5.1.1.6 Sicherheit

Die Vermittlung von Sicherheit während einer Bewegungsunterstützung hat für alle Befragten einen hohen Stellenwert. Die eigene körperliche Leistungsverminderung und reduzierte Belastbarkeit führt zur Verunsicherung der Patient/-innen. Die Angst vor einem möglichen Sturz ist die Hauptsorge der meisten Befragten. Eine erfolgreiche Sicherheitsvermittlung fördert die Bewegungsmotivation.

„Nein, Angst oder Unsicherheit kann man gar nicht sagen. Es ist nicht Angst und Unsicherheit, sondern (...) es fehlt die Sicherheit. (...) Da ist ein „bissel“ ein Unterschied. Man ist nicht unsicher...ich war nicht unsicher. (...) Sondern ... ich habe es einfach nicht gemacht. Und sie hat mir gesagt, was ich machen soll und sie ist mit mir gegangen und dann ist es gegangen (...) Wir haben es dann probiert und dann ist es ganz gut gegangen.“ (7)

Der Interviewpartner meint hier, dass er keine Unsicherheit bei der Bewegungsunterstützung wahrgenommen hat. Er unterscheidet zwischen Unsicherheit und fehlender Sicherheit, für ihn sind das zwei unterschiedliche Zustände.

Für den folgenden Gesprächspartner bedeutet eine Leistungsverminderung nicht unbedingt, dass er auch seine Bewegungsfähigkeit verloren hat.

„(...) es ist ja nicht so, dass man das Gehen verlernt. Das verlernt man ja nicht. Man ist nur schwach und vor allem eins, was einem fehlt, ist die Sicherheit. (...) mehr zugetraut, könnte ich gar nicht sagen, man versucht einfach das Normale wieder zu machen.“ (7)

Auf die Frage, ob es Situationen gibt, in denen ein Gefühl der Unsicherheit entsteht, antwortete eine Interviewpartnerin:

„Nein, eigentlich nicht, weil immer jemand im Hintergrund war, der aufgepasst hat, dass ich nicht umfliege (...) das war sehr angenehm (...), weil wenn man krank ist, ist man unsicher und wenn daneben einer (...) so da steht, gibt das einem ein Gefühl von Sicherheit.“ (5)

Es ist den Befragten wichtig, jederzeit eine Unterstützung zu bekommen, nicht nur während der eigentlichen Bewegungsunterstützung, sondern auch während der Zeit, in der sie im Bett liegen oder bei Tisch sitzen. Das Gefühl, jederzeit um Hilfe läuten zu können, vermittelt diesen beiden Interviewpartnern Sicherheit.

„(...) das ist eine Vertrauenssache. Habe mich sehr sicher gefühlt. (...) das war die Sicherheit, dass ich jederzeit läuten habe können. Ja, also man ist hier nicht am toten Ast.“ (2)

„Na ja, gut war, dass wenn ich geläutet habe, wer gekommen ist.“ (4)

Bei der Benutzung des Leibstuhls, ist die Sicherheitsvermittlung für die Befragten auch von großer Bedeutung. Denn durch die medikamentöse Entwässerung müssen die Patient/-innen häufig und auch schnell ihre Notdurft verrichten. Durch den starken Harndrang kann es zu hastigen Bewegungen kommen und es besteht die Gefahr eines Sturzes. Aus diesem Grund ist die Sicherung des Leibstuhles besonders in der ersten Phase der Mobilisation wichtig.

„(...) sie hat geschaut, dass der Stuhl nicht wegrollt.“ (4)

Diese Interviewpartnerin gibt an, dass sie beim Gehen ängstlich ist und sich nur dann sicher fühlt, wenn sie eine Stütze hat.

„(...) das ist mir schon wichtig, denn ich bin ängstlich beim Gehen und (...) wenn jemand hilft...so die Hilfe neben mir habe, das schafft ungeheure Sicherheit. (...) Eigentlich, nur sich anklammern können, eine Stütze haben.“ (10)

Besonders nachdem die Patient/-innen eine längere Liegephase hinter sich haben, fühlen sie sich unsicher beim Aufstehen.

„Da hat er gesagt: ‚Halten Sie sich fest an mir an, ich falle nicht um. ‘Also, wo man sich fest anhalten kann und wenn man länger steht, kommt ja die,... Wie soll man sagen? Die Sicherheit, dass man stehen kann, kommt wieder zurück. Das ist ja nur, wenn man nach längerem Liegen aufsteht.“ (5)

Durch die Anwesenheit einer Pflegeperson gewinnt diese Interviewpartnerin nach und nach an Sicherheit und ermöglicht ihr danach ein selbstständiges Fortbewegen in ihrem Zimmer.

5.1.1.7 Ziele

Haben die Patient/-innen ein Ziel, so sehen sie auch einen Sinn in den Bewegungsübungen. Das zielgerichtete Agieren ist somit ein wichtiger Aspekt der Bewegungsförderung. Für den Großteil der Gesprächspartner sind die Bewegungen mit einer Zielsetzung verbunden. Alle Gesprächspartner äußern den Wunsch, wieder nach Hause gehen zu wollen. Danach weichen die einzelnen Richtungen der Zielsetzungen jedoch voneinander ab.

Die nachfolgenden Aussagen werden nach verschiedenen Zielausrichtungen unterschieden:

- o Ziele, die auf Fortbewegung ausgerichtet sind.

„Ich will einmal richtig aus dem Bett gehen können, (...) dass es nicht mehr so wird wie früher, das ist doch logisch. Nicht, aber man kann doch...man ist kein Unmensch, wenn man sagt: ‚Okay, ein bisschen will ich noch haben.‘ (...) Ja, und das Aufstehen und eine Zigarette rauchen (...) jetzt wenn es so schön ist, dass ich mich ins Freie setzen kann, (...) natürlich mit dem Rollwagen, das ist auch klar. (...) auf das arbeite ich hin.“ (2)

„Dass ich mit meinem Wagerl rausgehen kann. (...) Dass ich wieder zurück komme nach Hause. (...) Da kann ich alles erreichen, habe alles, was ich brauche und mehr brauche ich nicht. Dass meine Tochter mich besuchen kommt, mit der Enkelin. Na...das ist es. Was soll ich noch erwarten, zu Hause habe ich alles was ich brauche. Gehe mit meinem Rollator raus zu den anderen, ... Nachbarn meine ich. Das passt dann schon,...“ (9)

- o Ziele, die auf die Selbstständigkeit ausgerichtet sind.

„Ich will selbst für mich sorgen, selber aufs Klo gehen... (...) selber kochen, aber nur kleine Sachen, essen, anziehen, duschen. Das Wichtigste, das Elementarste selbst machen. (...). Ich habe geschaut, dass ich so schnell wie möglich wieder auf die Beine komme, dass ich wieder schnell nach Hause kann und mich selbst versorgen kann.“ (3)

„Ich hoffe, dass ich noch lange selbst gehen kann und mir zu Hause mit meinem Mann alles machen kann.“ (4)

„Dass ich besser aufstehen kann. Dass es besser wird mit dem Aufstehen (//) wenn mir wer hilft beim Aufstehen (...) zumindest (...) diese Tätigkeiten, die ich bis jetzt selbst durchführen konnte. Mir die Zähne putzen und aufstehen und (...) Haare machen. Alles, was ich gemacht habe, ohne nachzudenken und selbstständig. Wissen Sie...diese kleinen Nebensächlichkeiten, die man im täglichen Ablauf der Dinge.“ (6)

- o Ziele, die auf die Förderung der sozialen Kontakte ausgerichtet sind.

„Dass ich zu Hause in meiner Wohnung sein kann und dann gehe ich nach Hietzing, nach Schönbrunn in den Tiergarten, ...also... Ja, unterwegs bin, Leute sehen. Wissen Sie, ich wohne seit über 50 Jahren in Hietzing, meine Kinder sind hier zur Schule gegangen. Und wenn ich nach Hietzing, also ins Zentrum gehe, treffe ich mindestens einen Menschen, den ich kenne. Ja, und dann geht's wieder. Die meisten sind wie ich allein und dann geht's wieder (lacht) nach Hause. (...) Und das ist das, was ich gerne wieder machen würde. Ich hoffe, wenn nicht, kann man nichts machen. Man kann nichts erzwingen...mal sehen.“
(5)

- o Ziele, die auf den Lebensabend ausgerichtet sind.

„Na ja, als Zukunft gibt es nicht viel für mich. Zukunft ist für mich der Zentralfriedhof. Also das ist meine Zukunft, aber ich will es mir gemütlich machen zu Hause. Man soll mich in Ruhe lassen, ich möchte nicht im Heim landen, das ist mein Ziel. Mein Ziel ist, dass ich möglichst zu Hause sterbe. Ich sage jeden Morgen: ‚Lieber Gott, ich danke dir schön (lacht), dass du mich wieder hast wach werden lassen.‘, aber ich wäre froh, wenn ich einmal nicht aufwachen würde. Es wäre auch schön, wenn ich einmal einschlafen könnte.“
(10)

Beim letzten Beispiel handelt es sich um eine Aussage von einer 94-Jährigen Frau, der ältesten Interviewpartnerin dieser Befragung. Sie setzt sich mit dem eigenen Tod auseinander und erweckt den Anschein, als hätte sie keine Angst vor dem Sterben. Sie möchte ihre bestehende Beweglichkeit jedoch weiterhin erhalten und sogar noch verbessern, indem sie auf die Durchführung einer physiotherapeutischen Unterstützung besteht.

5.1.1.8 Hilfsmittel

Die meisten Patient/-innen benötigen, besonders bei den ersten Steh- und Gehversuchen, ein Hilfsmittel wie etwa einen Rollator, eine Krücke oder einen

Gehstock. Während der Befragung stellt sich heraus, dass die Gesprächspartner/-innen im Rahmen ihres Spitalsaufenthalts kaum adäquate Hilfsmittel zur Verfügung gestellt bekommen. Jene Patient/-innen, die bereits über eine Gehhilfe verfügen, lassen sich diese von zu Hause bringen.

Alle Befragten haben im Laufe dieses Krankenhausaufenthalts einen Leibstuhl benutzt. Etwa die Hälfte der Befragten erwähnen, dass sie die Zimmertoilette zweckentfremdet als Rollator benutzt haben.

„(...) ich bin schon aufgestanden, aber wie gesagt ich bin aufs Klosett gegangen und bin halt mit dem,...habe das Zimmerklo vor mir her geschoben...und habe mich...praktisch wie einen Rollator habe ich das Zimmerklo verwendet. Das ist ganz gut gegangen. (...) Zumindest hat es mir die Sicherheit gegeben.“ (7)

„Genau so wie dieser Sitz (zeigt auf den Leibstuhl), Sie glauben nicht, was diese 5 cm ausrichten beim Aufstehen, weil das hier höher ist. Da kann ich aufstehen, auch am Klo, da gibt es Haltegriffe und dann geht es.“ (9)

„Ja, dieser Stuhl, am Anfang, wie ich selbst aufs Klo gegangen bin, habe ich es wie einen Rollwagen benutzt. Zuerst habe ich Hilfe gebraucht beim Aufmachen der zwei Bremsen. Da habe ich die Schwester gebeten, es mir aufzumachen und später habe ich es dann gar nicht mehr zugemacht.“ (4)

Dies ist ein Beispiel für eine inadäquate Handhabung des Hilfsmittels, da es aufgrund der offenen Bremsen zu einem möglichen Sturz der Patient/-innen kommen kann.

In der Kinästhetik wird zur Bewegungsunterstützung auch die jeweilige Umgebung des Betroffenen eingesetzt. Zur Umgebung zählen alle Gegenstände, an denen sich die Patienten/-innen anhalten können, wie etwa ein Bett, Sessel oder Waschbecken.

„Ich habe mich schon immer wo angehalten. Die Schwestern sagten zu mir: ‚Mal da, mal da anhalten.‘, dann ist es gegangen.“ (3)

„(...) dass man sich anhalten kann bei wem. Beim Heizkörper geht zum Beispiel auch.“ (6)

„Ja, man kann sich hier überall anhalten. Bett, Tür, Türstock.“ (5)

Im Laufe des Gesprächs kam die Mitbenutzung der Umgebung zum Vorschein, bewusst Erinnerung war es aber keinem der Befragten.

Eine Interviewte gibt an, den Blasenverweilkatheder (BVK) zum Zeitpunkt des akuten Krankheitsgeschehens als Entlastung empfunden zu haben.

„Der Arzt hat gesagt ich soll mir diesen Katheder setzen lassen, bis es mir besser geht mit der Luft. Er hat gemeint, damit ich nicht immer aufstehen muss und er auch weiß, wie viel Harn ich habe. (...) jetzt war ich froh, dass ich eines bekommen habe. Ich habe die ersten Tage nur geschlafen und gehustet.“ (4)

Das Setzen eines Blasenverweilkatheters wird von den Pflegenden dieser Station nicht empfohlen, da es eine unnötige Infektionsquelle für die Betroffenen darstellt. Lediglich bei einem massiven körperlichen Erschöpfungszustand wird gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder Ärztin die Entscheidung für das Setzen eines BVK getroffen.

5.1.1.9 Grifftechnik

Wenn ein Mensch stark bewegungseingeschränkt ist, reicht bei der Wissensvermittlung von Bewegungsfertigkeiten eine verbale Anleitung nicht aus. Der Einsatz von Berührungen und Handgriffen ist für das erfolgreiche Erlernen von Bewegungsabläufen unverzichtbar.

Hinter der Art und Weise, wie einzelne Handgriffe oder auch ganze Handlungsabläufe in der Pflege während der Bewegungsunterstützung eingesetzt und durchgeführt werden, steckt eine bestimmte Technik. Im Fall der untersuchten Krankenstation ist es das kinästhetische Konzept, nach dem die Arbeitsgriffe ausgerichtet werden.

Auf die Frage, was besonders positiv in Bezug auf die Bewegungsunterstützung in Erinnerung geblieben ist, antwortet eine Befragte:

„Ja, das sind die (...) diese Handgriffe bzw. die ... wie man mich anfasst. Ob ich Schmerzen empfinde dabei, ob es mir weh tut oder nicht.“ (6)

Das Fachwissen über die Unterstützung eines bewegungseingeschränkten Menschen hält diese Interviewpartner/-innen für besonders wichtig. Sie ist der Meinung, dass bloßes Berühren allein nicht ausreichend ist.

„Na, da können Sie in kurzen Worten sagen, besser zu fassen. Nicht irgendwie zart oder zart zufassen, sondern richtig zupacken (...) richtig zupacken...und dann weiß man, wenn einer einen anfasst, dann merkt man, dass das nicht Zärtlichkeiten oder weiß ich was...das ist...das gehört dazu. (...) Manchmal lässt es sich nicht...wenn sie mich, mich heben wollen. Nicht, also da können sie mich nicht... was hilft mir das wenn sie mich am Körper anfassen? Das hilft mir gar nichts. Da muss wirklich jemand da sein, der auch Fachwissen hat in der Hinsicht (...), wie man einen alten Menschen, (...) der leidend ist, (...) anfasst.“ (1)

Die Handgriffe der Pflegenden sind dem Großteil der Befragten positiv in Erinnerung geblieben.

„Er muss einem Sicherheit vermitteln. Ich weiß nicht, wie ich mich ausdrücken soll, wenn ich mich anhalten kann und sie oder er hält mich und habe das Gefühl, ich habe einen wirklichen Halt, dann ist es egal ob wer so ist oder so. Also, der Griff ist wichtig, man muss ja nicht gleich blaue Flecken kriegen.“ (5)

„Ich denke die Schwestern und (...) Pfleger lernen das, wie der Griff ist. Die haben es im Griff, wie Sie einen dorthin bringen, wohin sie wollen.“ (3)

Mit dem Wort „Griff“ ist von dieser Befragten anscheinend nicht nur die Fertigkeit der Pflegepersonen, sondern auch die Situationsbeherrschung gemeint. Sie verneint jedoch die Frage, ob sie das Gefühl habe, dass die Entscheidung von den Pflegepersonen getroffen werden.

„Nein, nein, ich wollte ja aufs Klo oder mich waschen oder was essen.“ (3)

Geht es nach dem Kinästhetik Konzept, so sollen die Patient/-innen an ihren stabilen Körpermassen, wie Hüfte oder Brustkorb und nicht an den instabilen Zwischenräumen, wie Taille oder Hals unterstützt werden. Auf die Frage, an welcher Körperstelle sie während der Bewegungsunterstützung angefasst worden ist, zeigt eine Befragte auf ihren Hüftgürtel und Brustkorb.

„Weil man mich da... alles besser im Griff hat. (...) Ja, weil da stehe ich besser, weil man hat mehr Halt und steht besser und wenn man da langsam nachlässt, hat man ein sichereres Gefühl.“ (5)

Die einzelnen Handgriffe können die Interviewpartner/-innen nicht genau beschreiben. Ob während der Bewegungsunterstützung mit Zug, Druck oder lediglich mit einer Impulsgabe gearbeitet wurde, können die Betroffenen nicht unterscheiden. Allerdings erwähnen die Interviewpartner im Zusammenhang mit der Grifftechnik der Pflegenden immer die erfolgreiche Sicherheitsvermittlung, welche sie während der Bewegungsunterstützung wahrgenommen haben.

5.1.1.10 Präsenz

Die Anwesenheit mindestens einer Pflegeperson gibt den bewegungseingeschränkten Patient/-innen die nötige Sicherheit, sich selbst zu bewegen. Die Möglichkeit im Bedarfsfall sofort eine Hilfestellung zu erhalten, ist besonders am Anfang der Mobilisation besonders wichtig.

Die Gegenwart einer Pflegeperson bei der Fortbewegung empfinden 90 Prozent der Befragten als wichtig.

*„Ich bin nicht gerne allein. Ich habe es gerne, wenn jemand mit mir mitgeht.“
(1)*

„(...) wenn jemand hilft ...so die Hilfe neben mir haben, das schafft ungeheure Sicherheit. (...) Eigentlich nur sich anklammern können, eine Stütze haben, (...).“ (10)

Ein Interviewpartner gibt sogar an, dass er ohne Beisein einer unterstützenden Person keine eigenen Gehversuche unternommen hätte.

„Also wenn jemand neben mir...neben...sie ist praktisch neben mir gegangen und hat mit einer Hand nur gehalten und das hat schon mal gereicht. (...) Das gibt einem so viel Sicherheit, dass man dann eigentlich allein...probierte es dann alleine und dann geht es alleine auch ganz gut. (...) Nein, allein sicher nicht. Also ohne Unterstützung ganz am Anfang, da herunter (...) hätte ich sicher keinen Schritt gemacht.“ (7)

Eine Befragte verfügt über genügend physische Kraft um selbstständig kurze Strecken im Zimmer zurückzulegen, ermüdet jedoch auf Grund der Herzschwäche schnell und möchte deshalb zu ihrer eigenen Sicherheit eine Pflegeperson beim Fortbewegen an ihrer Seite haben.

„Wissen Sie das, das gibt einem...ich könnte (...) ohne weiteres auch alleine ins Bad gehen ...aber das Gefühl, es ist jemand da, der einen hält, wenn es nicht mehr geht, macht unheimlich viel aus. (...) wenn ich verschlafen bin oder in der Früh nach einem längeren Schlaf, da steht immer eine Ihrer Kolleginnen da, (...) also griffbereit und damit für den Fall des Falles, dass ich umfalle, dass sie mich auffängt. Das macht aber sehr viel aus.“ (5)

Diese Textpassage lässt darauf schließen, dass der Patientin die eigene vorhandene Fähigkeit bewusst ist und durch die Aussagen „macht unheimlich viel aus“ und „macht aber sehr viel aus“ die erhaltene Unterstützung rechtfertigen will.

Nicht nur im Spitalsalltag ist die Anwesenheit einer Begleitperson wichtig, sondern auch im privaten Umfeld werden für längere Wegstrecken Unterstützungen herangezogen.

„Die [Heimhilfe] hängt sich meine Handtasche um, auf der einen Seite gibt sie mir den Arm und da hänge ich mich ein und rechts habe ich meinen Stock (...) und dann kann ich so schön marschieren.“ (10)

Diese Interviewpartnerin erzählt, wie sie trotz ihrer eingeschränkten Beweglichkeit gemeinsam mit ihrer Heimhilfe Bankgeschäfte selbst erledigt.

5.1.1.11 Körperkontakt

Der Körperkontakt gehört zur grundlegenden Voraussetzung einer Bewegungsunterstützung, denn ohne Berührung kann keine Unterstützung stattfinden. Für die Mehrheit der Patient/-innen stellte der Körperkontakt kein Problem dar.

Ein Interviewpartner, für den der Körperkontakt eine Selbstverständlichkeit darstellt und der laut eigener Aussage keine Berührungsängste hat, stellt treffend fest:

„Ich würde nicht sagen, dass es mir unangenehm war, könnte auch nicht sagen dass es mir angenehm war. Es war eine Selbstverständlichkeit, weil wenn er mir hilft, muss er mich angreifen.“ (7)

Eine andere Interviewpartnerin erzählte von Berührungen, die ihr besonders in Erinnerung geblieben sind.

„Ja, ja...ich habe es als sehr angenehm empfunden. Wenn die Schwester mir auf die Schulter gegriffen hat oder mir den Rücken gestreichelt hat. ...Also ich habe das richtig genossen... (...) das gibt einem das Gefühl...man wird behütet, es passt wer auf einen auf,...es ist jemand da für einen..., dass der Schwester was daran liegt. Ist lächerlich, nicht wahr?“ (3)

Alle anderen Befragten stehen dem Körperkontakt relativ sachlich gegenüber und sind der Meinung, dass eine Hilfestellung unweigerlich Körperkontakt voraussetzt oder es zumindest „nicht unangenehm war.“ (8)

„(...) ich muss keinen persönlichen Kontakt haben mit niemanden, gar niemanden, aber bitte wenn mir wer hilft damit ich nicht umfalle, dann bin ich froh.“ (1)

Eine Befragte sagte sogar, dass sie sich an keinen Körperkontakt erinnern kann, erst im Laufe des Gespräches erwähnte sie im Rahmen der Körperpflege berührt worden zu sein. Der Körperkontakt im Zusammenhang der Bewegungsunterstützung war der Befragten jedoch nicht Erinnerungswürdig.

5.1.2 Hinderliche Verhaltensweisen

In dieser Kategorie werden Verhaltensweisen die sich negativ auf die Bewegungsunterstützung ausgewirkt haben, vorgestellt. Hierzu gehören unangemessene Umgangsformen der Pflegenden und bestimmte hinderliche Verhaltensweisen der Patient/-innen. Die Medikation und die Gestaltung der Umgebung können ebenfalls eine Mobilisation erschweren.

5.1.2.1 Umgang

Im täglichen Pflegealltag gibt es viele Berührungspunkte zwischen den Patient/-innen und den Pflegenden, die beim täglichen Miteinander zu Konflikten führen können. Diese Spannungen zwischen den Beteiligten können einen störenden Einfluss auf Mobilitätsunterstützung haben. Eine unfreundliche Wortwahl oder ein unhöflicher Umgangston tragen nicht zu einem gegenseitigen wertschätzenden Umgang bei. Unangemessenes Benehmen ist für den Beziehungsaufbau hinderlich, besonders in Situationen, in denen man auf die Hilfe eines anderen angewiesen ist. Eine gegenseitige Sympathie bzw. Antipathie kann natürlich niemals zur Gänze ausgeschlossen werden. In dieser Kategorie wird sichtbar, welche Grundhaltung und welches Fachwissen die Pflegenden in Bezug auf die Bewegungsunterstützung haben.

Ein Gesprächspartner erzählt von seinen schlechten Erfahrungen der Bewegungsförderung. Sobald er Bedenken hinsichtlich seiner vorhandenen Kraftreserven äußert, wird ihm von Seiten der Pflegenden Unwillen und fehlende Motivation vorgeworfen.

„Ich bin immer getrieben worden, aber ich selbst spüre, wie weit ich es kann. Wenn es gut gegangen ist, dann habe ich sowieso weiter gemacht. Aber wenn ich spüre, dass es nicht mehr geht, dann geht es auch nicht. Immer wurde gesagt: ‚Sie wollen nicht‘, das stimmt ja nicht.“ (9)

Diese Erfahrung macht der Patient auch auf der untersuchten Station.

„Hier ist das auch gesagt worden. Denn, wenn ich nicht mehr kann, dann verlassen mich meine Beine und ich liege am Boden. Das verstehe ich nicht, ich selbst weiß, wie weit ich kann. (...) Ich will ja auch was machen, denn ich weiß, wenn ich nichts mache, dann wird es immer schlechter mit dem Gehen. Dann ist es aus. Das weiß ich auch, aber man muss es angepasst machen. Das erwarte ich von den Ärzten oder anderen Betreuern oder Schwestern. Man muss als Fachmann wissen, wer was braucht, angepasst an den jeweiligen Patienten. Denn ganz wichtig, wenn man auch die gleiche Krankheit hat wie der andere, braucht trotzdem jeder was anderes. Angepasst eben.“ (9)

Abschließendes resümiert er über die Bewegungsmotivation durch Pflegende:

„Ja sicher, aber nur bis zu einer bestimmten Grenze. Denn, wenn ein Patient nicht will, dann kann nichts sein. Er muss wollen und mitmachen und vor allem, wie ich schon gesagt habe, er muss es können.“ (9)

Für eine Interviewpartnerin stellten die fehlenden Bezugspersonen während ihres Spitalsaufenthalts ein Problem dar. Die verschiedenen Berufsgruppen sowie der Schichtwechsel und Zeitdruck des Personals erschweren der Patientin den Überblick über das gesamte Betreuerteam.

„(...) Ich habe den Eindruck, dass sehr viele sind, ...da sind. (...) Ist sie jetzt ein Arzt oder ist das eine Schwester oder ist er ein Pfleger, oder was weiß ich was. Ich habe die nicht auseinander halten können. Wer, wer ist (...) es sind so viele, dass ich (...) das nicht auseinander halten kann. Und jeden Tag ein anderer. (...) Die sind immer auch gleich wieder draußen.“ (1)

Die Unfreundlichkeit des Pflegepersonals wurde von zwei Befragten erwähnt. In der beschriebenen Situation war den Patientinnen das Motiv für das unhöfliche Verhalten nicht ersichtlich und somit auch nicht nachvollziehbar.

„Es sind nicht alle gleich, nicht alle sind gleich freundlich (...) manche sind ziemlich barsch. (...) schnauzen einen an. Ich habe zweimal schon einem gesagt, warum schreien Sie mich so an? (...) sicherlich ist das unangenehm. Ich (...) bin mir ja gar nicht bewusst, dass ich etwas Falsches gemacht habe. Irgendetwas, nicht? Nicht entgegengekommen bin oder irgendwas. (...) Ein ‚Grießgram‘ gefällt mir nicht. (...) die haben mich richtiggehend angeschrien heute...richtiggehend angeschrien (...) Na, ja, weil es ihnen zu langsam ging das Ganze.“ (1)

„Nur wenn man, wie die eine, kaum dass ich was gesagt habe, den Mund aufgemacht habe.... Die ist da aufgegangen, als wenn es persönlich gegen sie wäre (...) Die hat mich gleich so angebissen ...die habe ich dann nicht mehr gesehen. Da habe ich mir gedacht: ‚Du dumme Gans du.‘ (//) alle waren nett und freundlich, da habe ich gesagt: ‚Sagen Sie mal, ich rede ja nicht von Ihnen.‘ Nicht? Und sag ich ‚Darf ich nicht was sagen...?‘ Ich habe irgendetwas beanstandet. Ich kann jetzt gar nicht ...das ist so ärgerlich, dass ich alles verdränge.“ (10)

Eine Interviewpartnerin beschreibt bildhaft, wie sie eigentlich während einer Bewegungsunterstützung nicht behandelt werden will.

„(...) wenn man den Hintern gar nicht mehr in die Höhe bringt, dass man sich anhalten kann bei wem. (...) und wenn es nicht geht, dass man nicht das Gefühl hat, dass man einen nassen ‚Fetzen umadum zahlt‘.“ (6)

Diese Anmerkung lässt jedoch darauf schließen, dass sie diese Erfahrung bereits einmal selbst miterlebt hat. Allerdings konnte im Laufe des Gesprächs nicht herausgefunden werden, wo sich diese Begebenheit ereignet hat.

Eine fehlende oder verzögerte Bereitschaft der Pflegepersonen zur Bewegungsunterstützung ist den folgenden zwei Interviewpartnerinnen aufgefallen.

„Ich bemühe mich halt und auf der anderen Seite steht die Schwester so daneben und schaut mich so an, überhaupt diese XX, die tut keinen Griff zu viel.“ (10)

„Sind sehr unterschiedlich. (...) Einige greifen gleich hin, manche auch nicht. Wollen mir irgendwie helfen. (...) andere aber sind eben (...) Und wenn eine kommt und gleich die Hilfsbereitschaft zeigt, ist das was ganz anderes, als wenn sie [sagen]: ‚Das müssen Sie selbst machen‘, und was weiß ich noch.“ (1)

In Hinblick auf eine Entlassung und einer gesundheitsfördernden Pflege erhalten die Patient/-innen auch Informationen über eine gesunde Lebensführung, den Umgang mit Herzinsuffizienz, sowie Bewegungsempfehlungen für zu Hause. Auf die Frage, ob sie sich an eine Information für zu Hause erinnern können, wird geantwortet:

„Ich denke, das wäre noch zu früh. Mir würde es momentan nichts nützen.“ (5)

„Nein, habe ich nicht, aber ich glaube nicht, dass es sehr sinnvoll ist, weil, wie soll wer anderer wissen, wie es zu Hause funktioniert?“ (7)

„Nein, wie soll wer anderer wissen, wie es mir daheim geht? Das ist das, was ich vorher gemeint habe. Jeder Mensch ist anders, denke die Information hätte mir nichts genützt und noch bin ich nicht zu Hause.“ (9)

Keiner der Befragten sieht einen Sinn in den Informationen für zu Hause. Die Interviewpartner/-innen unterscheiden, selbst bei gezielter Nachfrage, nicht zwischen den einzelnen Informationsrichtungen, wie Bewegung oder Lebensstil.

5.1.2.2 Angst

Durch den progressiven Verlauf der chronischen Herzinsuffizienz kommt es im Laufe der Zeit zu einer schleichenden Verschlechterung des Krankheitsbildes. Dieser fortschreitende Kräfteverlust bereitet einigen Interviewpartnern große Sorgen.

Besonders die Angst vor einem Sturz und den möglichen Folgen werden erwähnt. 80 Prozent der Interviewpartner/-innen weisen eine positive Sturzanamnese auf, d.h. dass der Großteil der Befragten bereits mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate gestürzt ist.

„(...) wieder hinfallen (...), dass das Ganze wieder von vorne anfängt ... Bitte, die Angst ist jetzt auch noch da. Ich werde mich anziehen wie ein Michelinmännchen.“ (2)

„Nun bin ich schon ein paar mal wieder gestürzt und immer wieder ins Krankenhaus gekommen. (...) Ich bin sturzgefährdet. Ich darf nicht alleine gehen.“ (10)

Die Angst vor der Aufnahme in eine Bettenstation dominiert das ganze Gespräch mit der nächsten Interviewpartnerin. Große Bedenken äußert sie vor allem in Bezug auf ihre eigene Zukunft und der bevorstehenden Ungewissheit.

„(...) weil man nicht weiß wie es weitergeht und was kommt, und wie... wie es weiter ausschaut. ... Ich habe Probleme damit, dass ich mich ...damit zurecht zu finden. Ich weiß nicht, ... weiß nicht ob das so richtig ist, aber ...aber ich habe Angst (...) vor der Zukunft. (...) Es hat noch niemand mit mir so richtig darüber gesprochen. Ich weiß wirklich nicht, was auf mich zukommt und ich habe Angst... richtige Angst davor. (...) Ja, wie ich eingefügt werde in die ganze Sache...die ganze Atmosphäre, in dem (/) wie man angeschaut wird. Weiß ich nicht... siebentes Rad am Wagen. (...) Du wirst ...hingestoßen in die ganze Situation und das ist das (...), wo ich sag, auf das warte ich nicht mehr.“ (6)

Besonders die letzte Aussage dieser ausgewählten Textpassage *„auf das warte ich nicht mehr“*, wird für die Autorin erst im Nachhinein verständlich. Es hat den Anschein, als hätte die Befragte entschlossen, nicht mehr zu „warten“. Wenige Monate nach dem Interview ist die Patientin verstorben.

5.1.2.3 Atemnot

Die Atemnot (Dyspnoe) bei Belastung und bei einem fortgeschrittenen Stadium der chronischen Herzinsuffizienz auch in Ruhe, ist ein Parameter, das auch bei der Klassifikation nach NYHA (siehe Tabelle 3) herangezogen wurde. Eine anfallartig auftretende Dyspnoe kann bei den Betroffenen Angstzustände, Beklemmungsgefühle

bis hin zu Todesangst führen. Eine bestehende Atemnot beeinflusst das ganze Tagesgeschehen und wird von den Beteiligten als unangenehm beschrieben.

„Mir geht es eigentlich gut, mir tut nichts weh, wenn das nicht mit dem Atmen wäre... (...) Die Luft, das ist sehr unangenehm.“ (8)

Durch den Wunsch, selbstständig sein zu wollen, hat eine Befragte ihre Leistungsfähigkeit weit überschätzt. Sie hat die Körperpflege selbstständig durchgeführt, obwohl sie zum damaligen Zeitpunkt über zu wenig Kraftreserven verfügte.

„Ich wollte mich selbst waschen, aufs Klo gehen. Mich selbst versorgen und das war mein Fehler. Ich habe mir...das war zu viel für mich. Ich habe keine Luft bekommen. (...) Ja, das war mein Fehler...ich war nämlich alleine duschen. Das mit der Luft ist etwas Furchtbares. Das ist eine furchtbare Krankheit, es drückt vom Bauch alles hinauf und ich krieg keine Luft.“ (3)

Die Befragten haben individuelle, hilfreiche Strategien zur Bewältigung einer momentanen Atemnot, besonders nach einer körperlichen Anstrengung, entwickelt.

„Wissen Sie, ich kann nicht lange liegen...im Sitzen ist es besser mit der Luft. (...) Man kann nichts machen...nur warten...bis es vorbei geht... den Sauerstoff nehmen...aber das hilft auch nicht immer.“ (3)

„(...) ich habe mich auf das eigentlich schon ein bisschen eingestellt. (...) Ich habe (...) die gesamte Bewegung reduziert. (...) Ich habe eigentlich... so richtig Atemnot habe ich sehr, sehr selten bekommen, weil ich mich dementsprechend bewegt habe.“ (7)

„Stehen bleiben. (...) Pausen machen, da muss ich stehen bleiben. Stütze ich mich auf meinen Stock und dann finde ich schon eine Mauerkante wo ich mich ein bisschen hinlehnen kann (...) und dann geht es wieder weiter zur Bank. Und auf der Bank setze ich mich auch irgendwohin und ruhe mich aus. (...) und dann gehe ich wieder zurück. (...) mit Pausen, dann geht's schon. (10)

„Besser war es, als der Oberteil vom Bett oben war, da habe ich Luft bekommen. (...) auch im Sitzen. Und einmal ist eine Schwester gekommen und hat mir die Polster so gelegt. (4)

Die Patientin hat als Atemhilfe eine V-Lagerung erhalten. Bei dieser Lagerung werden die Pölster so übereinander gelegt, dass sie die Form des Buchstabens „V“ ergeben. Der überlappende Teil wird dem Patienten entweder unter die Schulter oder das Kreuzbein gelegt, sodass sich die Lungenflügel entfalten können und somit einer besseren Belüftung der Lunge dient.

Die älteste Interviewpartnerin ist am besten über die förderlichen Verhaltensmaßnahmen bei drohender Verschlechterung der Erkrankung informiert.

„Manchmal ist es sehr schlimm, wenn ich zu große Luftnot habe, dann nehme ich einfach die doppelte Menge Lasix [Entwässerungsmittel] (...) und dann haut das so viel Wasser raus, dann wird es besser. Bei mir ist es so, da sammelt sich gleich Wasser in der Lunge. Das ist bei mir die große Gefahr, das weiß ich schon. Ich habe jetzt schon jahrelang Erfahrung, (...) da heißt es dann immer, Lasix nehmen, (...) dann drückt es mich ganz schön aus und dann ist es wunderbar. Dann wird es gleich leichter und ich habe eine große Flasche Sauerstoff, die krieg ich immer. (...) Ja, dann lege ich mich hin und nehme den Sauerstoff. (...) ich wiege mich ab, (...) und da weiß ich, dass ich mich wegen dem Wasser kontrolliere.“ (10)

Durch die tägliche Gewichtskontrolle zu Hause kann eine drohende Verschlechterung der chronischen Herzinsuffizienz frühzeitig erkannt werden. Nehmen die Patient/-innen innerhalb von einem Tag mehr als zwei Kilogramm zu, wird ihnen empfohlen, entweder Medikamente zur Entwässerung einzunehmen oder den behandelnden Arzt oder Ärztin aufzusuchen. Das tägliche Abwiegen ist neben der regelmäßigen Medikamenteneinnahme und Lebensstilveränderung eines der wichtigsten Verhaltensregeln, an das sich die herzinsuffizienten Patient/-innen halten sollten.

5.1.2.4 Resignation

Bei alten Menschen kann es durch Verluste, Einschränkungen oder Krankheiten zur Entstehung einer Depression kommen. Eine Depression zählt jedoch nicht zum normalen Alterungsprozess eines Menschen. Demzufolge sollten depressive Episoden nicht unterschätzt und dringend abgeklärt werden.

„Ja, wie soll ich sagen...es macht einen nicht freudiger. Wenn es nur so kleine Fortschritte werden (...) Viel zu wenig. Das sind keine Fortschritte. ...Na ja, was will man mit dem Alter, man kann nicht immer erwarten, dass es besser wird ... Man wird ja nicht stärker ... mir kommt vor, dass alle stärker sind, die da sind, als ich. (...) das war mein Leben, so und jetzt ist ganz Stillstand. (...) Ich habe nicht viel vorzuzeigen. Die Hand heben, den Fuß ein bisschen heben, aber nicht stabil...leider, das hätte ich nie geglaubt. (...) mein Mann ist 17 Jahre tot und ich bin noch da. Ein zähes Leben ist das schon...da muss man noch froh sein, wenn einem nichts weh tut. Froh ist übertrieben, aber man muss mit dem zufrieden sein.“ (8)

Bei dieser Interviewpartnerin ist eine depressive Verstimmung deutlich erkennbar. So stark ausgeprägt findet sich diese Kategorie nur bei dieser Patientin. Der Verlust ihrer Beweglichkeit ist für die Erkrankte ein einschneidendes Erlebnis. Ihr eigenes Zustandsbild macht sie traurig und lässt sie keine Fortschritte mehr erkennen. Diese schwermütige Stimmungslage äußert sich auch durch einen reduzierten Lebenswillen der Patientin.

5.1.2.5 Medikamentengabe

Bei einer akuten Verschlechterung der chronischen Herzinsuffizienz ist die intravenöse Gabe eines Diuretikums zur Flüssigkeitsausscheidung indiziert. Bei allen Interviewpartnern wurde aufgrund ihrer Erkrankung ein Entwässerungsmittel injiziert. Lediglich zwei Personen erwähnen die belastende Wirkung dieses Medikaments.

„(...) denn dann muss es schnell gehen, dadurch, dass ich Lasix bekomme. Da geht es so schnell, manchmal wundere ich mich, dass ich es überhaupt noch rechtzeitig aufs Klo schaffe.“ (4)

„Mir wurden fünf oder sogar 15 Kilo weggenommen mit der Entwässerung. Das war, glaube ich, zu viel. Einmal sogar 11 Kilo, das war auf der Rehab., deshalb bin ich glaube ich, auch gestürzt. Das war zu viel, ich konnte mich nicht mehr bewegen.“ (9)

Zwei weitere Befragte erzählten über Halluzinationen und geistige Beeinträchtigungen, die sie im Zusammenhang mit Medikamenten erlebt haben.

5.1.2.6 Umgebungsgestaltung

Auf der Intensivstation ist, aufgrund des kritischen Allgemeinzustands der Erkrankten, eine andauernde Überwachung der Vitalfunktionen notwendig. Zur Stabilisierung des Kreislaufs werden den Patient/-innen Medikamente infundiert. Die dafür benötigten Monitorkabeln und Infusionsschläuche werden von 40 Prozent der Interviewpartner/-innen als bewegungseinschränkend empfunden.

„(...) außerdem konnte ich nicht, weil ich habe so viele Schläucherl gehabt, da überall, überall...an die Schläucherl gehängt und war schon von daher sehr eingeschränkt in der Bewegung.“ (7)

Eine Befragte beklagt sich über ein fehlendes Trapez an ihrem Krankenbett, an dem sie sich beim Bewegen im Bett anhalten oder beim Aufstehen aus dem Bett hochziehen kann.

„Ich habe das immer im Spital gehabt, hier gibt es das nicht. (...) Ja, das stimmt schon, ich habe auch keines [zu Hause], aber da habe ich auch ein anderes Bett.“ (4)

Auf der untersuchten Krankenhausstation wurden im Rahmen des Kinästhetik Konzepts alle Trapeze von den Krankenbetten der Patient/-innen entfernt. Der Beweggrund liegt in der Förderung eines spiraligen Bewegungsmusters, das der physiologischen Fortbewegung eines Menschen entspricht, im Gegensatz zum zumeist anstrengenden parallelen Bewegungsmuster, welches durch die Benutzung eines Trapezes weiter

gefördert wird. Die wenigsten der Patient/-innen besitzen ein Krankenbett zu Hause und sollen deshalb jene Bewegungsmuster erlernt werden, die das Ein- und Aussteigen vom Bett erleichtern.

5.1.3 Wahrnehmung

Wie Menschen die Einschränkung ihrer Beweglichkeit und die Mobilitätsförderung sowohl auf physischer als auch psychischer Ebene erleben, steht im Mittelpunkt dieser Kategorie.

5.1.3.1 Körperliche Wahrnehmung

Beim Versuch, sich selbst oder im Rahmen einer Bewegungsunterstützung zu bewegen wird den Befragten das Ausmaß ihrer Einschränkungen bewusst. Die eigenen körperlichen Defizite, Grenzen und eine herabgesetzte Belastbarkeit kommen zum Vorschein.

Ein Gesprächspartner unterscheidet bei der eingeschränkten Mobilität zwischen der Funktionseinschränkung des Bewegungsapparates und einer herabgesetzten Leistungsfähigkeit.

„Weil ich war an sich nicht bewegungseingeschränkt, sondern ich habe nicht viel Bewegung gemacht. Weil die Herzschwäche ist ja nicht neu, die ist schon da gewesen. Dadurch war ich eigentlich schon ziemlich eingeschränkt. (...) an sich konnte ich mich voll bewegen.“ (7)

Ein weiterer Interviewpartner erzählt am Beispiel seiner Enkelin, wie das eigene Krankheitserlebnis zum Verständnis der Erkrankung eines anderen beitragen kann.

„Wie kann ein Junger wissen, wie es einem alten kranken Menschen geht? Meine Enkelin ist immer gekommen und ist gehüpft und hat gesagt: ‚Komm Opa, machen wir das und das‘, und eines Tages frage ich meine Tochter: ‚Wo ist den die XX?‘, dann hat es geheißen sie ist krank. Seitdem hat sie nichts mehr gesagt, da war sie selbst krank und da hat sie gewusst, wie es ist.“ (9)

Im folgenden Abschnitt ist der Gedankengang einer Patientin zum Thema „im Bett liegen“ deutlich erkennbar.

„So liege ich sehr gut, mir tut kein Kreuz weh oder irgendwas. Ich liege wie im Federbett, was mich eigentlich wundert. (...) Hat man kein Gefühl mehr oder ist es wirklich so gut? (...) O ja, das täte ich schon spüren, wenn etwas weh tät. Den Schmerz spürt man schon.“ (8)

Dem Großteil der Befragten fehlt die tägliche Bewegung. Die Patient/-innen haben das Gefühl, dass sie die Leistungen von früher nicht mehr im gewohnten Ausmaß erbringen können. Für etwa die Hälfte der Interviewten ist der Zustand, bewegungseingeschränkt zu sein, neu. Das Zurechtfinden mit dieser neuen Situation stellt sie vor neue Herausforderungen, wie etwa das Erlernen von neuen Fertigkeiten.

Die andere Hälfte der Befragten kennt diese Phase der vorübergehenden Funktionseinschränkung und hat sich bereits an die veränderten Lebensverhältnisse angepasst.

„(...) konnte ich mich voll bewegen, nur habe ich mich langsam bewegt und vorsichtig bewegt. (7)

Einige Gesprächspartner können die wahrgenommenen Einschränkungen relativ exakt beschreiben.

„(...) stehen kann ich ganz kurz nur, beim Bett anhalten und ganz kleine Schritte, ganz niedere. (...) dann muss ich mich wieder nieder setzen. Kann ich nicht mehr stehen. (...) Die Knie sinken zusammen, bleiben nicht gerade stehen.“ (8)

„Wenn ich die Füße raus schwing aus dem Bett, (...) dann muss ich mich irgendwie aufstützen von alleine und den Armen, dass ich hoch komme (...) und das ist furchtbar schwierig.“ (1)

Andere wiederum beschreiben ihre Funktionseinbußen unpräzise und global.

„Mir ist es so schlecht gegangen, also ich habe nichts, also nichts... selbst nichts machen können (...) ich habe für alles Hilfe gebraucht...Unterstützung gebraucht.“ (7)

Das größte Problem bereitet den Befragten das Aufstehen vom Bett. Diese Einschränkung wurde am häufigsten genannt.

Die Müdigkeit und Abgeschlagenheit ist eines der Leitsymptome der chronischen Herzinsuffizienz. Alle Befragten erwähnten im Laufe des Gesprächs die fehlende körperliche Kraft und Ausdauer.

„Alles hat mich angestrengt (...) ich hatte am Anfang wenig Kraft.“ (4)

„(...) man ist nur schwach“ (7)

„Ich bin noch nicht so richtig mit dem..., dass ich so wackelig auf den Beinen bin“ (6)

„(...) konnte mich schon zur Seite drehen, aber ich war einfach zu schwach. (...) wurde immer schwächer. Später dann habe ich immer mehr gekonnt, immer besser. (...) Ich habe mich selbst gewaschen und abgetrocknet wurde ich dann von der Pflege, (...) weil ich zu schwach war, hatte keine Kraft mehr. Mir bleibt die Luft weg und außerdem musste ich mich festhalten, denn ich kann nicht frei stehen. (...) Kraft sparen ist wichtig, dass habe ich vorher auch nicht gewusst, aber ich habe es gelernt. (...) langsam, Pausen machen.“ (9)

In der letzten Aussage lässt sich eine Anpassung an die Krankheitsbedingungen erkennen. Der Betroffene teilt seine vorhandenen Kraftreserven ein, um sich körperlich nicht zu verausgaben.

Auf die Frage, welche krankheitsbedingten Einschränkungen sie an sich selbst wahrgenommen hat, antwortet eine Befragte:

„Dass ich so müde bin. Wenn ich da hinein gehe, bin ich so erschöpft, als wenn ich fünf Stunden Hausputz gemacht hätte. (...) Also dass ich so müde bin, also die Müdigkeit macht mir enorm zu schaffen.“ (5)

Bei einer akuten Verschlechterung setzen die Beschwerden plötzlich ein. Dieser schlagartige Krankheitsbeginn hat diese zwei Interviewpartnerinnen besonders überrascht:

„Ich weiß nicht, warum bei mir (/)...ich weiß es nicht. Es ist so, es ist sehr schwierig. Ich wundere mich selbst darüber, dass bei mir alles auf einmal alles Beschwerden macht, was mir keine Beschwerden gemacht hat.“ (1)

„Und dann war auf einmal dieser Klacks und aus war es. Ich weiß nicht, was das war (...) von einer Minute auf die andere. (...) und auf einmal war es aus...die Kraft weg, alles weg.“ (8)

In der Phase der kardialen Dekompensation benötigt der Körper viel Kraft, um die Ursache der akuten Atemnot auszugleichen. Die darauf folgende Entwässerungstherapie bedeutet einen erneuten Energieverlust für den menschlichen Körper und führt zu den typischen Ermüdungserscheinungen. In Summe führt eine Verschlechterung der Herzleistungsfunktion zu den bekannten Erscheinungen, wie Müdigkeit, körperliche Schwäche und eine reduzierte Belastbarkeit.

5.1.3.2 Geistige Wahrnehmung

Welche Gedanken den Interviewpartner/-innen durch den Kopf gegangen sind und welche Eindrücke sie während der Zeit der Mobilitätseinschränkung wahrgenommen haben, wird im Folgenden dargestellt.

Die Befragten, welche bei ihrer Aufnahme in einer sehr schlechten körperlichen Verfassung waren, können sich kaum an die erste Zeit Ihres Spitalaufenthalts erinnern.

„Ich bin allerdings in den ersten Tagen nicht ganz da gewesen. Ich war ganz daneben. (...) Na ja, alles nur so wage. Ich habe gewusst, ich bin hier. Ich habe gewusst, es kommt das Essen, aber so richtig, wie jetzt mit Ihnen, hätte ich nicht reden können.“ (5)

Eine Patientin war bis wenige Wochen vor der Befragung komplett selbstständig. Sie lebte mit ihrer Schwester gemeinsam in einer Wohnung, die beiden gingen gemeinsam einkaufen und kochten sich abwechselnd das Mittagessen.

Mittlerweile benötigt die Befragte Hilfestellung beim Bewegen im Bett und beim Transfer in einen Lehnstuhl. In den letzten Tagen vor dem Interview sitzt die Patientin aufgrund fehlender Kraft und Ausdauer nur noch im Querbett.

„Man wird älter, das nutzt nichts. Das Leben ist vorbei. (...) früher viel mehr darüber nachgedacht. Jetzt werden die Gedanken immer langsamer, wahrscheinlich ... (...) Was wird weiter geschehen? Wie wird es enden? Es zieht sich sowieso schon hinaus. (...) Ja, einer kommt und einer geht. Das ist aber im Leben so, das war mir nie klar. Früher, habe es mir nicht vorstellen können, dass das unbedingt so sein muss, aber es ist immer gewesen und es wird weiter sein. (...) Das ist der Lauf. Da, mit den Gedanken bin ich ja noch beisammen, nur dass alles langsamer geht, viel langsamer, aber verwirrt direkt bin ich nicht.“ (8)

Im Laufe des Gesprächs erzählt sie, dass ihr die Bewegung immer wichtig war. Die Erfahrung der herabgesetzten Bewegungsfähigkeit ist für diese Befragte besonders einschneidend. Sie macht sich Gedanken über die Zeit während und nach dem Spitalsaufenthalt und setzt sich mit dem Thema Sterben auseinander.

Der eigene Tod ist auch für diesen Befragten ein relevantes Thema.

„...und wissen sie was sehr, sehr schön ist? Dass ich diese Angst vor dem Tod weggegeben habe. (...) was soll's, mache ich halt den letzten Schnaufer. Und ich fühle mich wirklich wunderbar (...) und die Angst...ich habe vieles erlebt (...) und ich glaube...das kann man nicht aufarbeiten (...), aber wenn man ein bisschen daran arbeitet, geht es sehr wohl.“ (2)

Der Interviewpartner macht sich nicht nur über das Ableben Gedanken, sondern auch über seine Vergangenheit. Durch die Aufarbeitung von alten Konflikten möchte er die Harmonie in seiner Familie wieder herstellen.

„Ich habe mit meiner Schwester fünf oder sechs Jahre nicht mehr gesprochen. Und bin dann da im Bett gelegen und habe mir gesagt: (...) ‚Warum ist der Kontakt abgebrochen?‘ Es war kein böses Wort und kein Schimpfen. Gar nichts. Ja, nur ich habe den Kontakt abgebrochen und dann habe ich gesagt: ‚Okay, wenn du es so machen tust, musst du es auch wieder ausbessern.‘ (...) Es sind so viele Sachen, die auf einmal logisch werden, wenn man ein bisschen [nach]denkt darüber. (...) Harmonie, und so habe ich auch mit verschiedenen anderen Sachen Schluss gemacht, also aufgearbeitet und es waren so Träume. Und die Träume waren sehr, sehr quälend....und....ja... wenn ich aufgearbeitet habe, dann habe ich befreit aufgeatmet.“ (2)

Eine fremdbestimmte Wartezeit wird von jedem Betroffenen unterschiedlich wahrgenommen.

„(...) dass ich manchmal warten musste, bis wer Zeit hatte. Natürlich sind da auch andere Menschen, aber (...) wenn (...) sie warten müssen, bis wer kommt, dann dauert es viel länger, obwohl es eigentlich gleich lange ist. (...) Es kommt einem länger vor. Deshalb habe ich es öfters selbst probiert. Ich musste aufs Klo und dann habe ich es wieder zurück halten müssen. Obwohl die... nach zwei Minuten schon da waren, aber für mich war das zu lange.“ (9)

Sind die Situationen dringlich oder geht es wie in diesem Fall, um ein menschliches Grundbedürfnis, dann kann das subjektive Zeitempfinden die tatsächliche Zeitspanne länger werden lassen.

5.1.4 Hilfe annehmen

Die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Bewegungsunterstützung ist zum einen der Wille der Patient/-innen selbst Bewegung machen zu wollen und zum anderen die angebotene Hilfestellung der Pflegenden anzunehmen.

Alle befragten Personen waren bei der stationären Einweisung in einer schlechten körperlichen Verfassung, sodass sie auf die Hilfe bzw. Unterstützung von Pflegenden angewiesen waren. In dieser Kategorie finden sich alle Aussagen, über die Erfahrung ausgeliefert zu sein und Hilfe zuzulassen.

5.1.4.1 Helfen lassen

Für den Großteil der Interviewpartner/-innen sehen die körperliche Unterstützung, die sie im Rahmen eines Spitalsaufenthalts von den Pflegepersonen erhalten, als einen Teil ihres Genesungsprozesses an. Mehr als die Hälfte der Befragten verbrachten den Beginn des Spitalsaufenthaltes wegen ihres akuten lebensbedrohlichen Zustandes auf der Intensivstation. Den Befragten sind die Unterstützungsmaßnahmen seitens der Pflegepersonen besonders in dieser Zeit der akuten Verschlechterung Erinnerung. Ein Befragter erzählt über die Zeit während des Aufenthalts auf der Intensivstation.

„Also ich bin an sich ganz froh, wenn mir wer hilft ...und noch dazu in so einer Situation wie ich jetzt war oder teilweise noch bin, wenn man froh ist, wenn einem wer hilft (...) Unangenehm war es mir nie (...) habe ich immer gerne angenommen. Ich habe das ganze positiv in Erinnerung (...) Es kann einem nicht unangenehm sein, zumindest mir war es nicht unangenehm, weil ich habe sowieso nichts allein machen können.“ (7)

Auffällig ist, dass dieser Patient die Bewegungseinschränkung lediglich in der akuten Phase der kardialen Dekompensation wahrgenommen hat und er der Meinung ist, in der Zeit danach keine Unterstützung erhalten zu haben. Er gibt an, alle Aktivitäten in der Zeit nach dem akuten Krankheitsverlauf selbstständig und ohne Hilfe durchgeführt zu haben. Tatsächlich erhielt dieser Interviewpartner sowohl beim Aufstehen vom Bett oder Sessel Hilfestellung, als auch beim Zurücklegen von kurzen Wegstrecken.

„Also wenn ich aufs Klosett gegangen bin, habe ich ... brauche ich niemanden dazu. (...) Es war nicht mehr notwendig irgend...eigentlich hier herunter habe ich niemanden mehr...(..) Ich habe hier unten keine Hilfe gebraucht.“ (7)

Mit „hier unten“ meint der Befragte die Bettenstation, auf die er nach der Stabilisierung seines Zustandes verlegt worden ist.

Es konnte sich weder der anfangs intensivpflichtige Patient, noch die zwei Patientinnen, die direkt auf die Station aufgenommen wurden, an die Unterstützung von den Pflegenden erinnern.

„Bis jetzt gar nichts. Bis jetzt kein...keinerlei.“ (6)

„Nein, ich habe alles alleine gemacht. Sonst kann ich mich nicht bewusst an Kontakt [Körperkontakt] erinnern (...) Aber ich bin sowieso alleine aufgestanden.“ (4)

Diese Befragten geben erst bei Nachfragen oder im Laufe des Gesprächs an, eine Hilfestellung von Pflegenden erhalten zu haben. Eine Interviewpartnerin verneint zweimal die Frage, ob sie Unterstützung bei ihrer Mobilitätseinschränkung erhalten habe. Erst bei der Frage: „Haben Sie den Leibstuhl benutzt?“, antwortet sie:

„Ja, das schon. (...) Da habe ich geläutet und es ist eine Schwester gekommen und hat mir geholfen.“ (4)

Bei den restlichen Befragten ist ersichtlich, dass sie die Hilfestellung bewusst wahrgenommen haben.

„(...) wenn mir dann wer Unterstützung gibt, dass ich hoch kann, das ist natürlich sehr schön und angenehm.“ (10)

„(...) wenn ich wollte, dann habe ich geläutet und es war immer wer da. Wissen Sie, das ist auch so was, das ist in einem Spital was Gutes...aber zu Hause. Deshalb muss ich es selbst lernen. (...) also wieder mobil werden.“ (3)

Die Hilfestellung im Krankenhaus ist für diese Interviewpartnerin greifbar. Die Möglichkeit, jederzeit um Hilfe läuten zu können, empfindet sie als angenehm. Sie sieht es jedoch auch als Ansporn wieder selbstständig zu werden, da sie zu Hause alleine lebt und keine Unterstützung erwarten kann.

Der Interviewpartner in der folgenden Textpassage hat schon öfters in seinem Leben Phasen der eingeschränkten Beweglichkeit erlebt. Über Wochen ist er schon nach Operationen und schlechtem allgemeinen Zustand im Bett gelegen. Diese Erfahrungen mit dem „Liegen“, machen sich auch in der Fülle seiner Antworten zum Thema „Hilfe annehmen“ bemerkbar.

„(...) die Leute wissen, was sie gelernt haben und jetzt muss man sich als Patient ganz einfach trauen und die Hilfe nehmen und sich ins Netz fallen lassen. (...) Nur muss man bereit sein, Hilfe anzunehmen. Und das war... auch nicht so ohne weiters und einfach. (...) Und man muss sich mit dem abfinden, das ist der erste Schritt. (...) Das würde ich nur jedem Menschen empfehlen, (...) die diese Erfahrung mitmachen. Weil was nutzt es, wenn man ein Kasperltheater aufführt und man ist dabei der unglücklichste Mensch und man steht sich im weiteren im Wege. (...) Nur wenn man sagt: ‚Nein, nein das kann ich schon.‘ Was wichtig ist, ist dass man selbst drauf kommt, sich helfen zu lassen. (...) Nur so kann man über die Runden kommen.“ (2)

Auf die Fragen, was der Befragten bei der Bewegung wichtig ist und ob sie das Gefühl hat, dem Pflegepersonal zur Last zu fallen, antwortet eine Interviewpartnerin:

„Die Hilfeleistung, (...) dass mich wer unterstützt zum Aufstehen...dass ich besser aufstehen kann und mich wieder besser niedersetzen kann. (...) Nein, das ist ein Spital, ein Krankenhaus, da geht es einem nicht besser als den anderen. Das gehört dazu.“ (6)

Die Einschränkungen und Krankheiten der anderen werden von der Befragten wahrgenommen. Diese Beobachtungen vermitteln ihr das Gefühl, dass sie nicht die

einzigste ist, die auf eine Hilfestellung angewiesen ist. Diese Sichtweise hilft ihr, die Unterstützung der Pflegenden anzunehmen.

5.1.4.2 Ausgeliefert sein

Die Angst, für immer auf Hilfe angewiesen zu sein, wird im Lauf der Gespräche von mehreren Interviewpartnern/-innen beschrieben. Die Darstellungen reichen von Mitleid gegenüber pflegebedürftiger Menschen, Betroffenheit bis hin zum Gefühl, abhängig zu sein.

„Ich hoffe, dass ich noch lange selbst gehen kann und mir zu Hause mit meinem Mann alles machen kann. Also Menschen, die so ans Bett gefesselt sind oder für jeden Handgriff Hilfe brauchen, sind arm.“ (4)

Die Selbstständigkeit wieder zu erlangen ist ein wichtiges Ziel aller Befragten. Selbstbestimmt agieren und somit die Freiheit, den Ort seiner Wahl selbst aufsuchen zu können, schafft eine Zufriedenheit bei diesen Betroffenen.

„Ich kann jetzt schon mit dem Wagerl hinfahren, wohin ich will. Das will ich nicht, wenn ich wen rufen muss, damit er mich wohin führt. Nein, jetzt ist es besser so.“ (9)

Eine Interviewpartnerin empfindet die erhaltene Bewegungsunterstützung beim Aufstehen oder Niederlegen als *„angenehm und schön“ (10)*. Im Laufe des Gesprächs erwähnt sie jedoch mehrmals den Unwillen, um Hilfe bitten zu müssen.

„Ich sage da nichts. Da quäle ich mich lieber. (...) das ist mir alles so peinlich, dass ich mich so bedienen lasse und so...(.) Mag ich nicht.“ (10)

Die Unterstützung bei der Verrichtung der Notdurft, die naturgemäß auch mit Bewegung einhergeht, bereitet ihr sehr große Probleme. Im Vordergrund steht das Schamgefühl der Befragten.

„Ich wollte raus. Ich wollte raus. Mir ist nichts so peinlich, als wenn ich da Hilfe beanspruchen muss und ich aufs Zimmerklo gehen muss. Und ich ...ach...das kann ich niemandem sagen. Das treibt mich immer wieder auf die Füße ...weil mir das so unangenehm ist, dass ich mir von anderen den Po ausputzen lassen muss und so weiter. Mich vielleicht auf die Schüssel setzt und so. Es ist fürchterlich für mich, das ist das Schlimmste was mir passieren kann. Ich ertrage gerne jede, jede Strafe, die man mir auferlegt, aber...und jeden Schmerz ertrage ich, aber ich schäme mich fürchterlich, mir da unten sauber zu machen und da rum zu tun. Und das ist mir... fürchterlich. (...) ist mir so unangenehm. (...) furchtbar peinlich (...). Wissen Sie ich bin noch aus der Generation, wir sind so blöd erzogen worden. So voller Scham..“ (10)

Der nächste Gesprächspartner leidet an starken Bewegungseinschränkungen, sodass eine vollkommene Herstellung der Bewegungsfähigkeit kaum möglich ist. Während des Gesprächs sagt er bereits, dass die Wiederherstellung der Beweglichkeit nicht sein Bestreben ist, voraussichtlich aus dem Grund, weil ihm die irreversible Funktionseinschränkung bereits bewusst ist.

„Jetzt ist man darauf angewiesen momentan, wenn es längere Strecken sind, dass wer einem hilft. Ob mir das (...) je...ob ich das schaffe (...), dass ich das nicht mehr brauche das weiß ich nicht und das ist aber auch nicht (...) mein Bestreben, weil, (...) man soll (...) wie ein Gummiband. Man soll es nicht so weit [dehnen] ... bis es reißt. (...) Also, ich meine, wenn man glaubt, dass das da jetzt ist und ab diesem Zeitpunkt...brauche ich niemanden mehr, (...) also das kann ich mir abschminken.“ (2)

In der letzten Zeile dieser Textpassage ist deutlich erkennbar, dass dieser Patient bereits auf dem Weg ist, sich mit dieser Situation abzufinden. Er ist sich im Klaren, dass er sich nicht mehr ohne fremde Hilfe fortbewegen kann.

5.1.5 Rücksicht auf Pflegende

Der Pflegeberuf geht sowohl mit physischer als auch psychischer Belastung einher. Besonders in Notsituationen müssen Pflegende Prioritäten setzen, um akut vital

gefährdete Patient/-innen rasch zu versorgen. Geringe Zeit- und Personalressourcen, Schichtdienst und Überbelastung erhöhen zusätzlich den Druck auf die Pflegenden.

Die Kategorie „Rücksicht auf Pflegende“ fasst das Verständnis, das die Befragten dem Pflegeberuf und den Pflegepersonen als Mensch entgegenbringen zusammen und zeigt auch auf, dass Patient/-innen sich zum Teil bewusst zurücknehmen, um den Pflegenden nicht „zur Last zu fallen“.

Eine Interviewpartnerin sieht sich selbst als Belastung für die Pflegenden an.

„(...) Sicherlich, ich meine, wenn man so schwer ist. Ich habe 62 kg (...) ist nicht so viel, aber zum Herumziehen viel zu viel.“ (6)

Höflichkeit und ein freundlicher Umgangston ist für eine Interviewpartnerin besonders wichtig. Sie bemüht sich, den Pflegepersonen zu „gefallen“, indem sie Rücksicht auf ihre Vorstellungen bzw. Arbeitstechniken legt. Bei dieser Textpassage erzählt sie, barsch behandelt worden zu sein. Sie versteht den Grund für diesen rücksichtslosen Umgang nicht, da sie den Pflegenden keinen Anlass für ein unfreundliches Benehmen gegeben hat.

„Ich bin mir ja gar nicht bewusst, dass ich etwas Falsches gemacht habe. Irgendetwas nicht? Nicht entgegengekommen bin oder irgendwie. Habe ich gar nicht den Eindruck. (...) Sie sagen, jetzt machen wir so und machen wir so. Und ich gebe mir alle Mühe, wirklich alle Mühe, das tatsächlich so zu machen, wie sie es wollen. (...) komme sehr entgegen den Schwestern. (...) ich auch immer höflich mit den Leuten, habe höflich gefragt ob ich bitte den Rollator haben kann.“ (1)

Mehreren Aussagen ist zu entnehmen, dass Befragte Rücksicht auf die Pflegepersonen nehmen und abwarten, bevor sie fremde Hilfe holen.

„Schauen Sie, die haben in der Nacht so viel zu tun und wenn etwas nicht gegangen ist, dann erst habe ich geläutet.“ (2)

„Ja, ich warte lieber ab. Ich bin ein geduldiger Mensch.“ (8)

Die Befragten nehmen den Zeitmangel der Pflegepersonen wahr. Den Grund für die geringen Zeitressourcen sehen die Patient/-innen zum Beispiel im hohen Arbeitsaufwand oder im Personalmangel.

„(...) aber die Schwestern haben auch viel zu tun.“ (4)

„(...) die haben ja nicht nur ein Zimmer. Nicht? Sondern sie haben mehrere. Und das müssen sie alles zur Zufriedenheit bewältigen (...) Wenn sie sich so hasten, sind sie erfolgreich wieder weg (...) Die kriegen ja auch ihre Einteilung...ihre Arbeitseinteilung...und so weiter, das muss in der Zeit erledigt sein...und das in der Zeit... das ist auch sehr schwierig.“ (1)

Im Laufe der Gespräche stellt sich heraus, dass die Betroffenen durchaus Verständnis für einen Zeitaufschub haben, solange es sich in einem angemessenen Zeitrahmen hält und auf ein mögliches Versäumnis seitens der Pflegenden die angemessene Reaktion folgt.

„(...) die Schwestern haben auch viel zu tun. Manchmal habe ich etwas später bekommen oder einmal wurde mein Tee auch vergessen, aber der Schwester ist es dann eingefallen, als sie zum Bett machen gekommen ist und mich gesehen hat. Sie hat sich dann entschuldigt. (...), aber ich denke, das kann schon passieren. Die haben viel zu tun.“ (4)

Die Befragten nehmen die betreuenden Pflegepersonen auch als Menschen wahr und zeigen Verständnis für deren private Probleme und Sorgen. Diese Beobachtungen hinsichtlich des Befindens der Pflegenden werden zumeist während der einzelnen Pflege Tätigkeiten gemacht und haben somit auch einen direkten Einfluss auf die Interaktion zwischen den Beteiligten.

„(...) jeder ist halt anders. Wissen Sie, jeder Mensch,...also ich gehe davon aus, dass die Menschen einem nichts Böses wollen. Es kann jeder mal so oder so drauf sein und demnach arbeiten. Man muss nicht immer gleich was sagen. Nein, denke ich nicht.“ (3)

„(...) bei manchen merkt man schon, dass sie gerade nicht gut drauf sind. (9)

„Wissen Sie, ich denke, dass jeder von uns ein Mensch ist (...) und jeder mal einen schlechten Tag haben kann ... jeder kann private Probleme haben.“ (3)

„(...) Wunder kann ich nicht erwarten und ich weiß, wie schwer der Beruf ist. Ich meine, ich bin ja nicht aus einer anderen Welt, wenn ich auch schon so alt bin. Ich habe viel zuviel mitgemacht, aber ich kann ja nicht erwarten, dass die immer freundlich und immer lächelnd sind. Die haben ja zu Hause auch Familie, vielleicht auch eine Kinderschar dazu ...werden alle ihre Sorgen haben. (...) Freundlich, nett und zuvorkommend. (...) Freilich ist das schön, aber ich kann auch nicht immer freundlich sein. Die haben auch ihre Sorgen...die hat ihre Nöte, ihre Sorgen.“ (10)

Ein Interviewpartner empfiehlt sogar einen emphatischen Umgang mit den Pflegenden.

„(...) also man sollte sich da hineindenken, dass die Leute hier ihren Beruf ausüben (...) und private Sorgen haben.“ (2)

Der Pflegeberuf ist in den Augen der Befragten eine Herausforderung, die nicht von jedem Menschen angenommen werden kann, da es ein hohes Maß an Geduld und Einfühlungsvermögen voraussetzt.

„Habe es mir gar nicht vorstellen können früher. Na ja, weil die Schwestern viel leisten müssen. Das kann man sich erst vorstellen, wenn man es erlebt.“ (8)

„Ich würde diesen Job nicht ausüben können, weil irgendwer hätte (...) dann eine Leibschüssel am Kopf. (...) Na ja, es ist nicht jedermanns Sache. Ich meine, vielleicht wäre ich zu ungeduldig.“ (2)

„(...) also viele Schwestern haben schon auch viel Geduld.“ (4)

Nach Meinung der Befragten ist der Umgang mit „schwierigen“ Patient/-innen eine weitere Belastung die der Pflegeberuf mit sich bringt. Eine Rücksichtnahme seitens der Erkrankten wäre von Vorteil, meinen die Interviewten.

„Aber es gibt auch so ‚sekkante‘ Patienten. Die denken nur an sich - Ich bin krank und sonst niemand.“ (4)

„(...) und der Patient muss natürlich auch danach sein, es dem Personal nicht zu schwer machen. Ist auch nur ein Mensch.“ (8)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mehrheit der Befragten der Meinung ist, dass der Pflegeberuf sehr belastend ist und durch „schwierige Patienten“, Nachtdienste und hoher Arbeitsbelastung gekennzeichnet ist.

5.1.6 Individuelle Merkmale der Pflegenden

Zu den individuellen Merkmalen der Pflegenden zählen das Geschlecht und die Arbeitstechnik, die äußeren Merkmale wie Körpergröße, Gewicht und körperliche Konstitution.

Das äußere Erscheinungsbild eines Menschen kann sowohl negative als auch positive Assoziationen bei anderen Menschen auslösen. So kann ein korpulenter, großer Mann das Gefühl von Stärke und Sicherheit vermitteln, wohingegen eine zierliche, kleine Frau Unsicherheit und Schwäche ausstrahlt. Solche Vorannahmen sind auch in den Interviews zu finden.

„(...) natürlich schaut ein stattlicher Mann gleich anders aus.“ (9)

„Da kommt jetzt so eine kleine Frau. Da habe ich Angst gehabt (...) dass, weil wenn ich hin falle (...).“ (2)

5.1.6.1 Geschlecht

Die männlichen Pflegepersonen werden von den Befragten beider Geschlechter positiv hervorgehoben. Sie assoziieren einen Mann mit durchwegs positiv besetzten Begriffen wie Kraft und Sicherheit.

„(...) ich muss sagen, Männer packen ganz anders zu. Ist ja klar, die haben ganz andere Kräfte.“ (10)

„Aber die Männer haben das schon im Griff.“ (2)

In den gesamten Interviews finden sich lediglich drei inhaltlich unterschiedliche Aussagen über weibliche Pflegepersonen. Eine Interviewpartnerin legt bei der Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden den Schwerpunkt auf die Umgangsformen und trennt kategorisch zwischen freundlich und unfreundlich.

„Ich glaube, die Männer waren sogar freundlicher, die waren freundlicher. Die Frauen haben geglaubt, sie vergeben sich was, wenn sie lächeln.“ (1)

Ein Befragter schildert seine Erfahrungen mit weiblichen Pflegepersonen, die von der äußeren Erscheinung her zur Annahme verleiten, über wenig physische Kraft zu verfügen, wie folgt:

„Das glaubt man gar nicht, dass die Frauen, die relativ zart aussehen, wirkliche Kräfte haben. Das ist fantastisch, ... bewundernswert.“ (2)

Von den sieben weiblichen Interviewpartnerinnen erwähnt lediglich eine Frau, dass sie bei der Intimpflege die Unterstützung einer weiblichen Pflegeperson bevorzugt.

„Also wenn es ums ‚Klo gehen‘ geht, dann ist mir eine Frau schon lieber. Es ist so „schänant“. Wissen Sie, da hätte ich schon lieber eine Schwester. Aber der XX ist zwar auch entzückend und auch der Pfleger (...) Ja, genau der Schüler. Der ist auch sehr nett, aber wenn man mit ‚Intimsachen‘ zu tun hat, will man,... also ich, lieber eine Schwester haben. Aber man kann sich das nicht immer aussuchen. Es hat ja jeder seine Aufgabe zu tun.“ (3)

Sie stellt aber auch gleichzeitig fest, dass nicht immer die Möglichkeit besteht, diesem Wunsch nachzukommen. Die Rücksicht auf das Pflegepersonal und die Anpassung an die Institution Krankenhaus führt dazu, dass die Patientin ihren Wunsch nicht einfordert.

5.1.6.2 äußere Merkmale

Lediglich zwei Personen stellten hinsichtlich der äußeren Merkmale von Pflegepersonen einen Unterschied bei der Bewegungsunterstützung fest. Ein Befragter empfand die fehlende Kraft und geringe Körpergröße der Pflegenden als hinderlich und fühlte sich dabei unsicher.

„...wenn jemand körperlich schwach ist. Also das ist kein Nachteil, aber ich meine ich kann ja nicht mit einem zweijährigen Kind in Konkurrenz gehen.“ (2)

„Aber da haben mich die zwei Damen...solche kleinen, habe ich mir gedacht, hoffentlich fliegen wir nicht die Stiegen herunter.“ (2)

Die Körpergröße und die Statur der unterstützenden Person spielte bei diesem Befragten eine wichtige Rolle. Wirkten die betreffenden Pflegenden stabil und groß genug, konnten diese ihm die nötige Sicherheit vermitteln und helfen, die Unterstützung anzunehmen.

„(...) das ist wichtig. Ich kann die Hilfe eher annehmen, als wenn jemand zart ist.“ (2)

Eine andere Interviewpartnerin nimmt die körperliche Statur ihres Gegenübers wahr, sieht jedoch keinen Nachteil darin.

„Die können genau soviel Kraft haben (...) die setzen es anders ein (...) die eine Kollegin von Ihnen (...), also die hat einen Griff und die ist eher zierlich.“ (5)

Sie beschreibt die Vorzüge eines korpulenten Mannes und die Sicherheitsvermittlung während der Hilfestellung.

„Aber wenn man so einen Pflock hat und der hat mich da so genommen, dann geht man ganz anders. (...) Das war angenehm, (...) ich habe ein sichereres Gefühl gehabt.“ (5)

Zur Relativierung dieser Aussagen sollte noch erwähnt werden, dass die zuerst genannte Person ein bewegungseingeschränkter, großer, korpulenter Mann ist, der sich beim Aufstehen unsicher fühlt. Die zweite Person weist zum Zeitpunkt der Befragung nur noch eine geringe Einschränkung ihrer Beweglichkeit auf und benötigt beim Aufstehen vom Bett lediglich die Anwesenheit einer Pflegeperson.

Alle anderen Interviewpartner/-innen geben an, keine Unterschiede durch ein äußeres Merkmal der Pflegepersonen festgestellt zu haben. Auch bei einer gezielten Nachfrage fallen den Interviewten keine Besonderheiten auf.

„Eigentlich nicht.“ (8)

„Nein, ich finde nicht.“ (9)

„Nein, nur wenn wer dick ist, muss man ihn nicht ausschließen, der oder auch die kann ja auch nichts dafür.“ (4)

In der zuletzt angeführten Antwort spiegelt sich die Wahrnehmung einer Befragten wieder. Entweder hält die Befragte ein oder mehrere Pflegepersonen für übergewichtig oder sie vermittelt mit dieser Aussage, ihre eigenen persönlichen Erfahrungen mit diesem Themenbereich.

5.1.6.3 Technik

Der Großteil der Patient/-innen gibt an, keine Unterschiede bei der Arbeitstechnik der einzelnen Pflegenden festgestellt zu haben. Lediglich diese drei Aussagen nehmen Bezug auf die individuellen Praktiken der Pflegepersonen.

„Keine großen, vielleicht ganz kleine. (...) Je nachdem wie der Mensch ist, mancher ist mehr robust mancher ist mehr, wie soll ich sagen...feiner. (...) Das Robuste macht gar nichts, ist ganz gut. Das gehört schon dazu, sonst wird man ganz lahm. Ist schon was wert.“ (8)

„Ein gesunder Mensch langt ganz anders zu.“ (10)

„(...) wie der Dreh dort hingeht, weil es ist alles mit einem Dreh. (...) Na ja, Angst hat man doch immer. Angst, aber das ist (...) nicht notwendig. Sag ich mal so. Also die Angst die ich gehabt habe, war nicht notwendig. Nicht, weil die haben ihre eigenen Tricks, die Pfleger [und] (...) die Schwestern (...) und die machen das schon. Weil da ist der ...na wie heißt den ... der XX ...der hat irgendwie den Sinn dafür“ (1)

Im Rahmen der kinästhetischen Interaktion kommt es während der Bewegungsunterstützung immer wieder zu individuellen Situationen, in denen die Beteiligten gemeinsam Wege finden müssen, in welcher Art und Weise die Mobilisation statt finden soll. Trotzdem gibt es seitens der Befragten kaum Aussagen, die sich auf die individuellen Unterschiede bei der Bewegungsunterstützung beziehen.

5.2 Verteilung der Kategorien

Interview	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σ
K 1 förderliche Verhaltensweisen	36	47	58	43	64	15	44	30	32	72	<u>441</u>
1. Motivation	2	10	17	12	15	4	5	7	5	14	91
2. Kraftquellen	1	7	2	3	9	2	4	10	7	13	58
3. Umgang	13	7	4	6	1	1	1	3	Ø	18	54
4. Unterstützung	3	Ø	6	3	1	Ø	15	1	5	8	42
5. Interaktion	3	10	4	4	5	Ø	4	2	5	Ø	37
6. Sicherheit	2	9	6	5	6	1	3	1	1	3	37
7. Ziele	Ø	2	10	2	6	4	2	3	3	3	35
8. Hilfsmittel	2	1	1	4	1	1	5	Ø	2	9	26
9. Grifftechnik	7	1	3	Ø	9	2	1	Ø	Ø	1	24
10. Präsenz	1	Ø	1	4	8	1	1	1	3	3	23
11. Körperkontakt	2	Ø	4	Ø	3	Ø	3	2	1	Ø	15
K 2 hinderliche Verhaltensweisen	22	10	9	13	3	16	8	19	10	25	<u>135</u>
1. Umgang	19	5	2	6	2	3	4	1	8	10	60
2. Angst	1	4	Ø	1	Ø	12	Ø	3	Ø	6	27
3. Atemnot	Ø	Ø	6	2	1	Ø	1	1	1	6	18
4. Resignation	1	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	14	Ø	2	17
5. Medikamenten- gabe	Ø	1	Ø	2	Ø	Ø	2	Ø	1	Ø	6
6. Umgebungs- gestaltung	1	Ø	1	2	Ø	Ø	1	Ø	Ø	1	6
K 3 Wahrnehmung	7	8	3	2	9	9	13	18	11	28	<u>108</u>
1. körperliche Wahrnehmung	5	4	3	2	6	8	13	14	6	21	82
2. geistige Wahrnehmung	2	4	Ø	Ø	3	1	Ø	4	5	7	26
K 4 Hilfe annehmen	1	13	2	2	Ø	5	4	2	3	18	<u>51</u>
1. Helfen lassen	1	9	1	1	1	5	4	2	2	5	31
2. Ausgeliefert sein	Ø	4	1	1	Ø	Ø	Ø	Ø	1	13	20
K 5 Rücksicht auf Pflegende	10	11	6	3	Ø	1	Ø	6	4	7	<u>48</u>
K 6 Individuelle Merkmale der Pflegenden	4	8	4	3	10	Ø	1	5	6	6	<u>47</u>
1. Geschlecht	2	5	4	1	4	Ø	1	1	4	3	25
2. äußere Merkmale	1	3	Ø	1	3	Ø	Ø	1	1	1	11
3. Technik	1	Ø	Ø	1	3	Ø	Ø	3	1	2	11

Tabelle 6: Eigene Darstellung

5.3 Ziele von Patient/-innen und Pflegenden

Die Analyse akzidentaler Dokumente, Unterlagen die unabhängig von der Analyse entstanden sind, zählt zur Methode der Datenerhebung. Die Dokumentenanalyse der Pflegeplanungen erfolgt nach den Kriterien der qualitativen Analyse und bedient sich einer offenen Vorgangsweise, d.h. die Analyse wird aus dem Material heraus entwickelt. (vgl. Mayer, 2002, S. 145)

Im Rahmen des Pflegeprozesses wird bei Patient/-innen die eine pflegerische Unterstützung benötigen, eine Pflegeplanung erstellt. Diese Planungen enthalten die festgestellte Pflegediagnosen sowie die dazugehörigen Pflegemaßnahmen und Zielsetzungen. Durch die Erstellung einer Pflegeplanung ist ein einheitliches Vorgehen in Bezug auf Pflegehandlungen und Pflegeziele gewährleistet. Weiters erfüllen die Pflegenden durch diese Verschriftlichung des Pflegeprozesses die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentationspflicht.

Vor der Gegenüberstellung der Ziele von Patient/-innen und Pflegenden, folgen zum besseren Verständnis die Begriffserläuterungen der kinästhetischen Fachausdrücke:

Querbett:	Sitzende Position im Bett, Beine „hängen“ aus dem Bett
Ellbogenstütz:	Abstützen am Ellbogen
Hinaufbewegen im Bett:	durch Gewichtsverlagerung kopfwärts hinaufbewegen
Impulsgabe:	Leichter Druck mit der Hand, für den Beginn einer Bewegung
Zug an der Hand:	durch die Gewichtsverlagerung der Pflegeperson nach hinten beugt sich der Körper des Patienten nach vor

Im Folgenden werden die Ziele der Patient/-innen mit den Zielen der Pflegenden verglichen. Es werden pro Interviewpartner/-in (IP) jeweils nur zwei Ziele zur Veranschaulichung dargestellt.

IP	Ziele laut Pflegeplanung	Ziele der Patient/-innen
1	kann sich mit Zug an der Hand und Ellbogenstütz ins Querbett setzen, kann mittels verbaler Anleitung und Mitbenutzung der Umgebung aufstehen	„Selbstständigkeit“ „nach Hause“
2	Kann sich mit Anleitung (Mitbenutzung der Umgebung) und Fixierung des Fußrückens im Bett hinaufbewegen, kann sich mit Impulsgabe an der Hüfte und Anhalten am Seitenteil zur Seite drehen,	„aus dem Bett heraus gehen“ „im Rollstuhl sitzen“ „selbst mit Rollator gehen“ „rauchen gehen“
3	Kann in den Ellbogenstütz und danach mit Zug an der Hand selbstständig aufsitzen, Kann mit Anhalten an der Umgebung und Anleitung zum Tisch gehen	„dass ich nach Hause komme“ „dass ich das Elementarste selbst machen kann“
4	kann sich im Bett selbst aufsetzen kann sich Querbett setzten	„Selbstständigkeit“ „nach Hause gehen“
5	kann durch Impulsgabe an der Hüfte und Anhalten an der Umgebung aufstehen	„elementare Dinge selbst machen“
6	kann nach verbaler Anleitung selbst aufstehen	„dass es nicht schlechter wird“ „mit dem Rollator gehen“
7	kann sich selbstständig aufsetzen, kann nach Anleitung den Transfer auf den Leibstuhl selbstständig bewältigen	„dass es besser wird“
8	Kann sich mit Zug an der Hand und Impulsgabe an der Hüfte ins Querbett setzten, kann kurze Zeit stehen, sitzt im Lehnssessel zu den Mahlzeiten	„vielleicht nach Hause zu meiner Schwester“
9	kann sich selbstständig ins Querbett setzten kann mit Zug an der Hand aufstehen	„dass ich wieder nach Hause komme“ „mit meinem Wagerl raus gehen“
10	kann sich ins Querbett setzten kann vom Bett auf stehen	„nach Hause“

Tabelle 7: Eigene Darstellung

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit dieser Arbeit wird versucht, das Erleben der herzinsuffizienten Patient/-innen bei der Bewegungsunterstützung darzustellen. Anhand der sechs Kategorien und der Dokumentenanalyse der Pflegeplanungen sollen die anfangs genannten Forschungsfragen beantwortet werden.

Förderliche Verhaltensweisen

Die Befragten sind der Meinung, dass ohne Willenskraft der Patient/-innen keine Bewegungsmotivation durch die Pflegenden möglich ist. Die Eigenmotivation zur Durchführung von Bewegung ist beim Großteil der Gesprächspartnern/-innen stark ausgeprägt. Die Möglichkeit zur Verbesserung eines funktionellen Zustands ist in hohem Maße von einer positiven Grundeinstellung und Motivation des bewegungseingeschränkten Menschen abhängig (vgl. Büscher & Wingefeld, 2008, S.109). Die Bewegungsanimation durch die Pflegenden spielt bei den Interviewpartnern/-innen eine untergeordnete Rolle. Die Motivationsversuche werden von den Befragten kaum wahrgenommen. Lediglich drei Interviewpartner/-innen erinnern sich bewusst an eine Bewegungsmotivation durch die Pflegepersonen. Im Pflegealltag wurden alle Patient/-innen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme, Körperpflege oder Ausscheidung mehrmals von den Pflegenden animiert. Möglicherweise unterscheiden die Befragten zwischen einer gezielten Bewegungsunterstützung und der Bewegung im Alltag. Im Zusammenhang mit einer gezielten Bewegungsförderung wird die Berufsgruppe der Physiotherapeuten/-innen mehrmals genannt.

Zu den Kraftquellen der Erkrankten zählen Zufriedenheit, vorhandene Bewegungsfähigkeiten und bestehende soziale Kontakte. Ein Gesprächspartner schöpft seine Kraft aus der Meditation, dem religiösen Glauben und den Gesprächen mit den Pflegenden.

Zu den förderlichen Verhaltensweisen zählen auch die persönlichen Eigenschaften der Pflegepersonen. Die Befragten halten Geduld und Ausgeglichenheit sowie einen freundlichen und zuvorkommenden Umgang mit den Pflegebedürftigen für die wichtigsten Eigenschaften der Pflegenden. In der Subkategorie „Unterstützung“ finden sich ebenso positive Verhaltensweisen der Pflegenden, wie zum Beispiel ein

umsichtiges und vorausschauendes Handeln und das Angebot zur Hilfestellung bei der Bewegung.

Der Körperkontakt während der Bewegungsunterstützung stellt für den Großteil der Interviewpartner/-innen eine Selbstverständlichkeit dar.

Für die bewegungseingeschränkten Patient/-innen ist es wichtig, zielgerichtete und sinnstiftende Bewegungen durchzuführen. Fehlen den Patient/-innen die Ziele, sehen sie auch keinen Sinn in ihren Bewegungen und ziehen sich zurück. Dieser Rückzug wirkt sich negativ auf das Wohlbefinden und auf den Selbstwert eines Menschen aus. Die Bewältigung von Krankheit und Einschränkungen hängt auch maßgeblich davon ab, wie viel Sinn die Menschen in ihrem Dasein sehen und ob sie sich wertgeschätzt und gebraucht fühlen (vgl. Zegelin, 2010, S. 137).

In der Subkategorie „Sicherheit“ steht die erfolgreiche Sicherheitsvermittlung im Vordergrund. Das Thema „Sicherheit“ findet sich jedoch auch in anderen Subkategorien wie „Präsenz“, „Hilfsmittel“, „Interaktion“ und „Grifftechnik“ wieder. Somit geht aus dieser Kategorie deutlich hervor, dass die Vermittlung der Sicherheit bei den Befragten einen hohen Stellenwert hat. Für 90 Prozent der Befragten ist die Anwesenheit einer Pflegeperson besonders bedeutend. Für einige Interviewpartner/-innen stellt die Gegenwart einer Pflegeperson sogar eine Grundbedingung für die Mobilisation dar. Einige Gesprächspartner/-innen verlassen auch ihr Zuhause nicht ohne eine Begleitperson.

Der adäquate Gebrauch von Hilfsmitteln ist auch grundlegend für die Erhaltung einer erfolgreichen Mobilisation. Passende Hilfsmittel für bewegungseingeschränkte Menschen sollen zur Erleichterung des Transfers und Positionswechsels führen (vgl. Zegelin, 2010, S. 152). Auf der untersuchten Krankenstation finden sich keine adäquaten Gehhilfen, sodass die Gesprächspartner/-innen diverse Hilfsmittel, wie der Leibstuhl, zweckentfremdet benutzen. Eine inadäquate Handhabung der Hilfsmittel erhöht jedoch die Sturzgefahr der Patient/-innen.

Keiner der Gesprächspartner/-innen gibt an, bei der Bewegungsunterstützung Angst oder Unsicherheit verspürt zu haben. Unsicherheit empfindet ein Teil der Befragten lediglich, wenn sie nach einer längeren Liegephase aufstehen.

Während der kinästhetischen Interaktion können die Pflegenden ihre fachliche Kompetenz umsetzen und tragen somit ebenfalls zur Sicherheitsvermittlung der Befragten bei. Unter der Subkategorie „Grifftechnik“ versteht eine Gesprächspartnerin

nicht ausschließlich die Grifftechnik der Pflegenden, sondern auch die Situationsbeherrschung.

Hinderliche Verhaltensweisen

Während des sozialen Umgangs miteinander entstehen Situationen, in denen es zu Konflikten zwischen den Beteiligten kommen kann. Fehlende Bezugspersonen, Zeitmangel und Unfreundlichkeit werden von den Gesprächspartnern/-innen genannt. Auch die fehlende Motivation zur Unterstützung seitens der Pflegepersonen wird erwähnt. Diese Sichtweise der Befragten kann entstehen, wenn sich die Pflegenden bewusst zurücknehmen, um die Erkrankten zu animieren, zum Beispiel alltägliche Dinge selbst zu verrichten. Wird diese Absicht zur Förderung der eigenen Fähigkeiten den Patienten/-innen nicht ausreichend vermittelt, so kann dieses Verhalten als ein mangelndes Interesse der Pflegenden an der Bewegungsunterstützung ausgelegt werden. Eine Vorverurteilung durch Pflegende ist einem Befragten besonders negativ aufgefallen. Die Pflegepersonen legen den Wunsch eines Befragten, die Mobilisation aufgrund seiner körperlichen Schwäche abubrechen, als Desinteresse aus. Die herzinsuffizienten Patient/-innen kennen die Grenzen ihrer Belastbarkeit und können diese auch gut einschätzen. Mit der reduzierten Bewegung wollen die Erkrankten eine Überforderung vermeiden oder die vorhandenen Kraftreserven für andere Tätigkeiten, die ihnen wichtiger erscheinen, sparen.

Die Informationsvermittlung von Verhaltensweisen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wie eine effiziente Fortbewegung zu Hause empfinden die Befragten als unwichtig.

Die Atemnot aufgrund der kardialen Herzinsuffizienz beeinflusst das ganze Tagesgeschehen der Erkrankten und wird von allen Gesprächspartner/-innen als Belastung empfunden. Verhaltensweisen, die hinderlich auf die Atemnot wirken sind eine liegende Körperposition oder einer Überforderung.

Angst und Resignation sind Kategorien, die bei jeweils einer Interviewpartnerin den gesamten Gesprächsverlauf stark dominieren, wobei sich die Angst der Gesprächspartnerin nicht auf die Bewegungsunterstützung, sondern auf die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung bezieht.

Eine adäquate Umgebungsgestaltung hat ebenso einen Einfluss auf die Beweglichkeit der Gesprächspartner, wie die Medikamentengabe. Besonders die medikamentöse

Entwässerungstherapie reduziert die vorhandenen Kraftreserven der Befragten, jedoch äußern sich lediglich zwei Personen dazu.

Aus diesen beiden Kategorien lässt sich zusammenfassen sagen, dass die Qualität der Bewegungsunterstützung stark von der fachlichen Kompetenz der Pflegenden abhängig ist.

Wahrnehmung

Die körperlichen Einschränkungen aufgrund der chronischen Herzinsuffizienz beeinflussen das gesamte Leben der Erkrankten. Müdigkeit und herabgesetzte körperliche Leistungsfähigkeit werden in diesem Zusammenhang von allen Interviewpartner/-innen erwähnt. Die Patient/-innen richten ihre gesamten Bewegungsabläufe nach der Tagesverfassung und den vorhandenen Kraftreserven aus. Die Interviewpartner/-innen können die Bewegungseinschränkungen und körperlichen Grenzen großteils genau beschreiben. Im Laufe der Jahre entwickeln die herzinsuffizienten Patient/-innen Verhaltensweisen die ihnen ein an die Krankheitsbedingungen angepasstes Leben ermöglichen. Langsame Bewegungen und vermehrte Pausen werden als Vermeidungsstrategien genannt, mit denen Überbelastung vermieden werden soll. Lediglich ein geringer Anteil der Befragten führt gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie das regelmäßige Spaziergehen durch. Umgekehrt bemängelt ein Großteil der Gesprächspartner/-innen das Fehlen regelmäßiger Bewegung.

In der Subkategorie „geistige Wahrnehmung“ beschreiben die Gesprächspartner/-innen, dass sie sich in der Zeit der akuten Verschlechterung kaum an die ersten Tage ihres Spitalsaufenthaltes erinnern können. Im Laufe des Krankenhausaufenthalts machen sich die Patient/-innen Gedanken über das Sterben, die Vergangenheit und die Bewältigung der körperlichen Einschränkungen.

Während der Interviews sind die kognitiven Einschränkungen der Befragten zum Teil deutlich erkennbar. Ein verlangsamter Redefluss, Konzentrationsstörungen und ein plötzlicher Themenwechsel während des Gesprächs kennzeichnen den Interviewverlauf. Bei Patient/-innen mit Herzinsuffizienz kann es zu vorübergehenden oder dauerhaften kognitiven Beeinträchtigungen kommen (vgl. De Geest, Levental, Mahrer-Imhof, Hengartner-Kopp, Conca, Bernasconi, Petry & Brunner-La Roca, 2004, S. 264).

Hilfe annehmen

Ein Drittel der Befragten scheint die Hilfestellung der Pflegepersonen nicht wahr zu nehmen. Sie geben bei direkter Nachfrage an, keine Unterstützung erhalten zu haben und jegliche Tätigkeiten selbstständig durchgeführt zu haben. Erst im Laufe des Gespräches erwähnen die Interviewpartner/-innen die pflegerischen Hilfeleistungen. Für die Autorin stellt sich die Frage, weshalb diese drei Befragten die erhaltene Hilfestellung nicht wahrnehmen.

Eine mögliche Erklärung ist die erfolgreiche Vermittlung des kinästhetischen Konzeptes. Das Ziel dieses Bewegungskonzeptes ist die Wiedererlangung der Mobilität beziehungsweise der selbstständige Umgang mit vorhandenen Einschränkungen zum frühest möglichen Zeitpunkt. Für die bewegungseingeschränkten Menschen ist es wichtig, dass sie sich wirksam in ihren Bewegungen fühlen und eine Unterstützung erhalten, die ihnen ermöglicht das Geschehen zu kontrollieren (vgl. Hantikainen et al., 2006, S.12). Im Rahmen der Interaktion erfahren die Patient/-innen durch die aktive Mitgestaltung der Bewegungssituation, welche Fähigkeiten sie tatsächlich noch besitzen und steigern gleichzeitig die Selbstkontrolle über ihr eigenes Leben (vgl. Hatch, 1996, S.17). Mit der Unterstützung der „Selbstkontrolle“ meint Hatch et al. die Hilfe der Pflegenden zur Selbsthilfe der Patient/-innen. Die Selbstkontrolle zeigt den Befragten auf, dass sie die Bewegungen selbst durchgeführt und bestimmt haben. Diese Sichtweise der Patient/-innen ist ein wichtiges und erklärtes Ziel der kinästhetischen Unterstützung und spricht für eine gelungene Vermittlung des Kinästhetik Konzeptes.

Ein weiterer Erklärungsansatz für das „Nicht Wahrnehmen“ der Hilfestellung ist die ständige Präsenz der Pflegenden. Angehörige anderer Berufsgruppen wie Physiotherapeut/-innen arbeiten gezielt an der Mobilitätsförderung mit den Patient/-innen und werden daher von ihnen bewusst wahrgenommen. Die Unterstützung der Pflegenden wird durch die dauernde „Verfügbarkeit“ als ein Teil der Grundversorgung angesehen. Diese Sichtweise der Patient/-innen würde bedeuten, dass die Pflegenden ihre eigenen Leistungen nicht ausreichend „präsentieren“. In der Pflegepraxis sehen die Pflegepersonen die Bewegungsunterstützung nicht als ihre Hauptaufgabe an, sondern überlassen die Verantwortung für die Mobilisation anderen Berufsgruppen wie der Physiotherapie.

Der Beweggrund für die obengenannten Sichtweisen der Befragten warum sie keine Hilfestellung wahrgenommen haben, geht aus den Interviews nicht hervor.

Die Subkategorie „Ausgeliefert sein“ ist wenig ausgeprägt, obwohl zur Zeit der Befragung noch 60 Prozent der Interviewpartner/-innen auf eine Hilfestellung bei der Bewegung angewiesen sind. Auch in dieser Kategorie spielt der Begriff „Selbstkontrolle“ eine wichtige Rolle. Die Stärkung der Selbstkontrolle kann das Gefühl, jemandem ausgeliefert zu sein, abschwächen. Unter der Bezeichnung Autonomie wird die Fähigkeit „selbstbestimmt zu handeln“ verstanden. Collopy unterscheidet zwischen zwei zentralen Aspekten der Autonomie, die Entscheidungsmöglichkeit und die Handlungsfähigkeit, als vorrangig motorische und kognitive Fähigkeit zur Interaktion mit der Umwelt (vgl. Collopy, 1988, S. 11). Diese Differenzierung lässt darauf schließen, dass ein Mensch trotz fehlender motorischer Handlungsfähigkeit, weiterhin autonom und somit selbstbestimmt handeln kann. In dieser Subkategorie werden mehrere Aussagen über die Zufriedenheit, nicht mehr abhängig zu sein, getätigt.

Rücksicht auf Pflegende

Aus den Interviews ist erkennbar, dass die Gesprächspartner/-innen große Rücksicht auf die Pflegenden nehmen. Die Befragten nehmen die Pflegepersonen als Menschen wahr und haben für ihre privaten Probleme und Sorgen Verständnis. Weiters sind die Befragten der Meinung, dass der Pflegeberuf mit einer hohen Arbeitsbelastung, der nicht jeder Mensch gewachsen ist, einhergeht.

Durch die Rücksicht auf die Pflegenden entstehen auch Situationen, in denen die Patienten/-innen bewusst ihre eigenen Bedürfnisse hinauszögern. Die Befragten erzählen, dass sie abwarten, bevor sie Hilfe holen, weil sie nicht zur Last fallen wollen. Zegelin (vgl. 2010, S. 125) stellt in ihrer Studie über die Bettlägerigkeit fest, dass die Pflegebedürftigen ihre Bedürfnisse zurückstellen, um die Pflegenden zu schonen.

Individuelle Merkmale

Bei der Frage nach den geschlechtsspezifischen Unterschieden nehmen die Befragten hauptsächlich zu den männlichen Pflegepersonen Stellung. Das liegt möglicherweise daran, dass der Pflegeberuf heute noch zum Großteil von Frauen ausgeübt wird und den verhältnismäßig wenigen Männern dieser Berufssparte somit ein höheres Maß an Aufmerksamkeit zuteil wird. Das Geschlecht der betreuenden Pflegeperson scheint den Befragten nicht wichtig zu sein. Der Wunsch, von einer Pflegeperson des gleichen Geschlechts gepflegt zu werden, wird lediglich von einer Gesprächspartnerin erwähnt.

Beim äußeren Erscheinungsbild der Pflegenden wird von den Interviewpartner/-innen nur auf die körperliche Statur, wie Körpergröße und Körpergewicht, Bezug genommen. Diese Aussagen über die äußeren Merkmale werden aber nur von zwei Befragten erwähnt. Den anderen Gesprächspartner/-innen sind keine Besonderheiten bei der äußeren Erscheinung der Pflegepersonen erinnerlich.

Entgegen den Erwartungen der Autorin stellen die Befragten keine besonderen Unterschiede bei den individuellen Unterstützungstechniken der Pflegenden fest. Besonders im Zusammenhang mit dem Kinästhetik Konzept erwartet die Interviewerin auffallende Unterschiede bei den individuellen Techniken der einzelnen Pflegenden. In der Kinästhetik steht die Interaktion der Beteiligten im Vordergrund. „*Interaktion meint hier, durch eine Handlung in Beziehung zu sein und Informationen auszutauschen, damit ein gemeinsames Ziel erreicht werden kann*“ (Hatch et al., 1996, S. 25). Aus diesem Grund werden die Unterstützungsabläufe nicht anhand eines Schemas durchgeführt, sondern werden, orientiert am kinästhetischen Konzept, individuell angepasst durchgeführt.

Möglicherweise hätte eine Umformulierung der Fragestellung während des Interviews die bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegenden ersichtlich machen können.

Bei der Bewegungsunterstützung spielen die individuellen Kennzeichen der Pflegenden wie Geschlecht, Technik und äußere Merkmale eine untergeordnete Rolle.

Ziele von Patient/innen und Pflegepersonen

Die Zielsetzungen zwischen den Patient/-innen und den Pflegepersonen weichen deutlich voneinander ab. Die Pflegepersonen orientieren sich ausschließlich an Nahzielen und richten die gesamten Pflegemaßnahmen danach aus. Die Interviewpartner/-innen nennen lediglich Fernziele, die sie erreichen möchten. Die Entlassung nach Hause und die Wiedererlangung der Selbstständigkeit sind die meist genannten Ziele der Befragten. Lediglich ein Gesprächspartner (siehe IP 2 von Tabelle 7) formuliert konkrete Vorsätze.

Diese Divergenz der Ziele deutet darauf hin, dass erstens die Pflegepersonen die Zielsetzungen nicht gemeinsam mit den Patient/-innen vereinbaren, sondern selbst die Entscheidungen treffen und zweitens, dass die befragten Personen das Erreichen von Teilzielen, wie das Aufsetzen im Bett, nicht als Erfolg werten.

7 Implikationen für die Pflege

Im fortgeschrittenen Alter kommt es durch Einschränkung der Beweglichkeit zunehmend zu Abhängigkeit beziehungsweise einem Autonomieverlust. Kommt es zu einem dauerhaften Funktionsverlust, bedarf der bewegungseingeschränkte Mensch einer kompetenten Unterstützung, um die Restmobilität zu erhalten. Der Pflegeberuf kann einen wichtigen Betrag zur Erhaltung oder Verbesserung der Mobilität von alten Menschen leisten.

Die Pflegepersonen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Bewegungsunterstützung. Die individuelle Sicherheitsvermittlung sollte im Vordergrund der Mobilitätsförderung stehen. Die zuständige Pflegeperson kann bereits bei der Anamnese den Unterstützungsbedarf des Patienten erfragen. Weitaus wichtiger und effizienter ist die Einschätzung während der eigentlichen Bewegungsunterstützung des Patienten beziehungsweise der Patientin. Bei der direkten Hilfestellung kann die betreuende Pflegeperson eine exakte Einschätzung der vorhandenen Einschränkungen und den Sicherheitsbedarf der Patienten/-innen ermitteln. Besonders wichtig ist die Sturzvermeidung durch Hilfsmittel wie Handläufe, festes Schuhwerk und ausreichendes Licht. Ein barrierefreies Gehen, Begleitung oder adäquate Gehhilfen verhindern ebenfalls einen möglichen Sturz. Die Anschaffung von Hilfsmitteln wie Rollator, Gehstock, Rollstuhl oder Krücken wäre für die Krankenstationen von Vorteil, um die Bewegungsaktivitäten so bald als möglich durchführen zu können. Die Pflegenden sollten über die adäquate Handhabung der Gehhilfen geschult sein, um den Patienten/-innen eine fachgerechte Anwendung vermitteln können. Besonders wichtig ist, dass die Hilfsmittel an die Person, welche die Gehhilfe benutzt, angepasst wird.

Die Zielsetzungen für die Pflegemaßnahmen sollten die Pflegenden gemeinsam mit den Patienten/-innen planen. Nur so kann gewährleistet werden, dass sowohl die Patient/-innen als auch die Pflegepersonen das gleiche Ziel verfolgen. Das Fernziel der Patienten/-innen soll von den Pflegepersonen nicht für unmöglich erklärt werden. Stattdessen soll den Patient/-innen vermittelt werden, dass das Nahziel der Bewegungsunterstützung zum erwünschten Fernziel führen kann. Die Erreichung der individuellen Nahziele fördert zusätzlich die Motivation der Erkrankten. Eine individuell angepasste Zielsetzung ist beispielsweise ein Terrassenbesuch mit dem

Rollator, damit der Patient oder die Patientin dort zum Beispiel eine Zigarette rauchen kann. Dieser „Ausflug“ würde auch dazu beitragen, dass die Patient/-innen Bewegungen machen, die für sie selbst zweckerfüllend und zielgerichtet sind.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit Physiotherapeuten/-innen ist empfehlenswert, um die einzelnen Maßnahmen beider Berufsgruppen aufeinander abzustimmen und so eine Überforderung der Patient/-innen zu vermeiden.

Anstatt sich auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie Essens- und Getränkeverteilung zu konzentrieren und die Bewegungsförderung ausschließlich den Physiotherapeut/-innen zu überlassen, sollte die Bewegungsunterstützung von den Pflegepersonen im Rahmen der Gesundheitsförderung als eine der Hauptaufgaben in der Pflege gesehen werden.

Die Pflegenden sollen ihre eigenen Tätigkeiten in den Vordergrund stellen und die durchgeführte Bewegungsunterstützung sowohl mit den Patient/-innen als auch mit den Kollegen/-innen besprechen. Die gelungene Mobilisation gehört im Sinne des Lernprozesses für die nächste Bewegungsunterstützung ebenso besprochen wie die misslungene Mobilisation. Um eine Fehlinterpretationen zu vermeiden, sollten die Pflegenden die Patient/-innen informieren, dass die Beobachtung verschiedener Situationen nicht als Unwille der Pflegenden interpretiert werden soll. Zur Vermeidung solcher Fehleinschätzungen sollen die Pflegenden Präsenz bei der Bewegungsunterstützung zeigen und die Patient/-innen vorab darüber aufklären.

Die Menschen, die über ausreichend physische Kraft verfügen und sich trotzdem für die Unterstützung seitens der Pflegepersonen entscheiden, tun dies, um ihre vorhandenen Kraftreserven nicht auszuschöpfen. Die Betroffenen wollen ihre Energie nicht für die tägliche Körperpflege „verbrauchen“. Stattdessen möchten sie beispielsweise mit dem Rollator auf die Terrasse gehen. Es liegt an der betreuenden Pflegeperson, den Grund herauszufinden, warum bestimmte Tätigkeiten trotz vorhandener Kraft nicht selbstständig durchgeführt werden. Die Aufgabe der professionellen Pflege ist es, den Balanceakt zwischen Selbstbestimmung und „Hilfe annehmen“ zu halten. Den Patient/-innen sollte vermittelt werden, dass eine Einschränkung der Bewegungsfähigkeit nicht mit Autonomieverlust einhergeht.

Die Informationen von Pflegenden über die Verhaltensmaßnahmen bei Herzinsuffizienz und Hinweise über eine effiziente Bewegung zu Hause sind für die Patient/-innen während des Spitalsaufenthalts nicht relevant. Die Krankheitsbewältigung steht während des stationären Aufenthalts im Vordergrund. Eine Informationsvermittlung im Rahmen eines Abschlussgesprächs wäre hier von Vorteil. Um die Hospitalisierungsrate zu senken und die Lebensqualität der herzinsuffizienten Patient/-innen zu verbessern, wäre eine ambulante Nachbetreuung besonders wichtig. Diese Nachversorgung der Erkrankten sollte über einen längeren Zeitraum erfolgen und Verhaltensmaßnahmen wie das tägliche Abwiegen, gesunde Ernährung und Lebensstilveränderungen beinhalten.

8 Literaturangabe

Asmussen-Clausen, Maren. Kinästhetik: Bewegungen analysieren und individuell unterstützen. In: Die Schwester Der Pfleger. 42. Jahrg. 3/03. S. 194 - 199

Bartels, Heinz. Bartels, Rut. 1985. Physiologie. Lehrbuch und Atlas. Urban & Schwarzenberg. 2. Auflage.

Bauriedel, Gerhard. Skowasch, Dirk. Lüderitz, Berndt. Die chronische Herzinsuffizienz. In: Deutsches Ärzteblatt/ Jg.102/ Heft 9/ 4. März 2005. A 592 – 601.

Brieskorn-Zinke, Marianne. 2004. Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart. 2. Auflage

Brög-Kurzemann, Ulrike. Sieber, Hannes. Weh, Bernhard. 2000. Grundpflege. Behandlungspflege gegliedert nach AEDL. Vincentz Verlag. Hannover.

Cavanagh, Stephen, J. 1997. Pflege nach Orem. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau. 2. Auflage

Citron, I. 2004. Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 2. Auflage

Collopy, Bart. Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions. In: The Gerontologist. (June 1988) 28 (Supply.). 10-17

Curriculum. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. 2003. Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.

Darmann, Ingrid. Bewegung als Interaktion - Systemisch-konstruktivistische Sichtweise von Bewegung und Konsequenzen für die Pflege. In: Pflege 2002; 15:181-186. Heft 5

De Geest, Sabina. Steeman, Els. Leventhal, Marica E. Mahrer-Imhof, Romy, Hengartner-Kopp, Beatrice. Conca, Antoinette. Bernasconi, Arlette T. Petry, Heidi, Brunner-La Rocca, Hanspeter. Complexity in caring for an ageing heart failure population: concomitant chronic conditions and age related impairments. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2004, 3: 263-270.

Deschka, Marc. Pflege bei Herzinsuffizienz. In: Die Schwester Der Pfleger, 42. Jahrg. 9/03. 672 - 677

Diehr, Paula. Hirsch, Calvin. Health Benefits of Increased Walking of Sedentary, Generally Healthy Older Adults: Using Longitudinal Data to Approximate an Intervention Trial. In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010 September; 65A(9): 982-989.

Dorner, Thomas. Rieder, Anita. 2008. Gesundheitsvorsorge und Prävention. In: Böhmer, Franz. Füsgen, Ingo (Hrsg). Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Böhlau, Wien

Eisenschink, Anna Maria. Kirchner, Elisabeth. Bauder-Mißbach, Heidi. Loy, Sabine. Kron, Martina. Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisation im Vergleich zur Standardmobilisation auf die Atemfunktion bei Patienten nach aorto-coronarer Bypass-Operation und weitere relevante Faktoren. In: Pflege 2003; 16: 205-215. Heft 4

Fiatrone, Maria A. O'Neill, Evelin F. Rayn, Nancy Doyle. Clemens Karen M. Solares, guido R. Nelson, Miriam E. Roberts, Susan B. Kehayias, Joseph J. Lipsitz, Lewis A. Evans, William J. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. In: The New England Journal of Medicine 1994, 330:25. 1769-1775.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Bundesblatt für die Republik Österreich. 1997. 1279-1314.

Hakim, Amy A. Petrovitch, Helen. Burchfiel, Cecil. Ross, G. Webster. Rodriguez, Beatriz L. Withe, Lon R. Yano, Katsuhiko. Crub, J. David. Abbott, Robert D. Effects of walking on mortality among nonsmoking retired men. In: The New England Journal of medicine 1998; 338:2, 94- 99.

Hantikainen, Virpi. Riesen-Uru, Seija. Raemy-Röthl, Birgit. Hirsbrunner, Therese. Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik® und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. In: Pflege 2006; 19:11-22. Heft 1

Harlacher, Rudolf. Immobilität. In: Böhmer, Franz. Fügen, Ingo (Hrsg). Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Böhlau, Wien

Hatch, Frank; Maietta, Lenny. 2003. Kinästhetik – Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. Urban & Fischer Verlag. 2. Auflage.

Hatch, Frank; Maietta, Lenny; Schmidt, Suzanne. 1996. Kinästhetik – Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege. DBfK - Verlag. 4. Auflage.

Heinhold, Heidi. Plesch Christian. Die Bedeutung der Bewegung im Pflegeprozess: Mobilisieren heißt trainieren. In: Pflegezeitschrift 11/2004; 762- 765.

Ho, Kalon K.L. Anderson, Keaven M. Kannel, William B. Grossman, William. Levy, Daniel. Survival After the Onset of Congestive Heart Failure in Framingham Heart Study Subjects. In: Circulation. Journal of the American Heart Association. 1993;88: 107–115.

Hurrelmann, Klaus. 2010. Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag Weinheim und München. 7. Auflage.

Janssen, W. Bussmann, H. Stam, H. Determinants of the Sit-to-Stand Movement: A Review. In: Physical Therapy. Volume 82. Number 9. September 2002. 866-878

Jeschke, Dieter. Zeilberger, Karlheinz. Altern und körperliche Aktivität. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 101/ Heft 12/ 19. März 2004. A 789- 798.

Kenneth, John. Pres Rayn. 1978. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research - The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. U.S. Government Printing Office

Kuhlmey, Adelheid. Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, Adelheid (Hrsg.). Schaeffer, Doris (Hrsg.). 2008. Alter, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber. Bern.

Kulbe, Annette. 2009. Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik – Lehrbuch für Pflegeberufe. Kohlhammer GmbH Stuttgart. 2. Auflage.

Langer, Gero. Hein, Bernd. 2008. Prüfungswissen Pflege: Wissensgrundlagen kompakt. Urban & Fischer Verlag.

Leventhal, Howard. Rabin, Carolyn. Leventhal, Elaine A. Burns, Edith. 2001. Health risk behaviors and aging. In: Birren, James E. Schaie, K. Warner. Handbook of the psychology of aging. Academic Press. London. 5th Edition.

Leyk, Dieter. Bedeutung regelmäßiger körperlichen Aktivität in Prävention und Therapie. In: Deutsches Ärzteblatt/ Jg. 106/ Heft 44/ 30. Oktober 2009. 713- 714.

Löllgen, Herbert. Körperliche Aktivität beugt Krankheiten vor. In: Deutsches Ärzteblatt/ Jg. 99/ Heft 42/ 18. Oktober 2002. A 2758 – 2760.

Luttik, Marie Louise. Jaarsma, Tiny. Lesman, Ivonne. Sanderman, Robbert. Hagedoorn, Mariët. Quality of life in partners of people with congestive failure: gender and involvement in care. In: Journal of Advanced Nursing 2009; 65(7), 1442-1451.

Mayer, Hanna. 2002. Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlag.

Mayer, Hanna. 2007. Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Facultas Verlag. 2. Auflage

Mayring, Philipp. 2008. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik. Beltz Verlag. 10. Auflage.

Mensdorf, Birte. Mit so wenig Anstrengung wie möglich zum Ziel. In: Pflegezeitschrift 12/ 2007. S. 691- 694.

Muntwyler, Jörg. Epidemiologie der Herzinsuffizienz. In: Therapeutische Umschau, Band 57, 2000, Heft 5. 279- 283.

Muntwyler, Jörg. Follath, Ferenc. Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz: eine Analyse der aktuellen Behandlungspraxis bei ambulanten Patienten in der Schweiz. In: Schweiz Med Wochenschau 2000; 130: 1192- 1198.

Müller, Rita. Halfens, Ruud. Schwendimann, Rene. Müller, Marianne. Imoberdorf, Reinhard. Ballmer, Peter E. Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. In: Pflege 2009; 22:431 – 441. Heft 6

Paffenbarger, Ralph S. Hyde, Robert T. wing, Alvin L. Lee, I-Min. Jung, Dexter L. Kampert, James B. The Association of Changes in Physical-Activity Level and Other Lifestyle Characteristics with Mortality among Men. In: The new England Journal of Medicine. 1993 Feb. 25; 328 (8): 338- 345.

Pichler, Max. Epidemiologie, Pathophysiologie und Klinik der Herzinsuffizienz. In: Journal für Kardiologie – Austrian, Journal of Cardiology 1999; 6(12), 604-606.

Piepoli, M.F. Flather, M. Coats, AJS. Overview of studies of exercise training in chronic heart failure: the need for a prospective randomised multicentre European trial. In: Eur Heart J 1998; 19: 830–41.

Platzer, Werner. 1999. Taschenatlas der Anatomie. Band 1. Bewegungsapparat. Georg Thieme Verlag. 7. Auflage.

Pölzl, Gerhard. Metzler, Bernhard. Köhler, Andreas. Schindelwig, Klaus. Wechselberger, Eugen. Zwick, Ralf. Pachinger, Otmar. Machbarkeit und Effizienz einer extramuralen Nachsorge von Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz – das Tiroler Modell. In: Journal für Kardiologie – Austrian, Journal of Cardiology 2007; 14 (1-2), 13-17.

Renner, Britta. Staudinger, Ursula. M. 2008. Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: Kuhlmei, Adelheid (Hrsg.). Schaeffer, Doris (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber. Bern.

Rickenbacher, Peter. Herzinsuffizienz: Epidemiologie, Pathophysiologie. In: Swiss Medical Forum, Nr. 1/2, 10. Januar 2001. 4 – 9.

Robbins, Alan S. Rubenstein, Laurence Z. Josephson, Karen. Schulman, Barbara L. Osterweil, Dan. Fine, Gilbert. Predictors of Falls Among Elderly People, Results of Two Population-Based Studies. In: Arch Intern Med. 1989; 149(7): 1628- 1633

Rütten, Alfred. Abu-Omar, Karim. Lampert, Thomas. Ziese, Thomas. (2005) Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Robert Koch-Institut, Berlin.

Rydén-Bergsten, Tina. Andersson, Fredrik. The health care costs of heart failure. In: Sweden. Journal of Internal Medicine. 1999; 246: 275-284.

Schaeffer, Doris. Wingenfeld, Klaus. 2000. Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag.

Schäffler, Arne. Menche, Nicole. 1997. Pflege konkret Innere Medizin: Lehrbuch und Atlas für die Pflegeberufe. Gustav Fischer Verlag. Ulm. 2. Auflage.

Stefan, Harald. Allmer, Stefan. Eberl, Josef. 2000. Praxis der Pflegediagnosen. SpringerWienNewYork. 3. Auflage

Steinbach, Herlinde. 2007. Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas Verlag. Wien. 2. Auflage.

Stewart, Simon. Jenkins, Andrew. Buchan, Scot. McGuire, Alistair. Capewell, Simon. McMurray, John. The current cost of the heart failure to the National Health Service in the UK. In: European Journal of Heart Failure 4 (2002) 361-371.

Tavazzi, L. Gianuzzi, P. Physical training as a therapeutic measure in chronic heart failure: time for recommendations. In: Heart 2001; 86: 7–11.

Tideiksaar, Rein. 2008. Stürze und Sturzprävention. Assessment – Prävention – Management. Verlag Hans Huber. 2. Auflage

Tsuji, Ichiro. Takahashi, Kohko. Nishino, Yoshikazu. Ohkubo, Takayoshi. Kuriyama, Shinichi. Watanabe, Yoko. Anzai, Yukiko. Tsubono, Yoshitaka. Hisamichi, Shigeru. Impact of walking upon medical care expenditure in Japan: the Ohsaki Cohort Study. In: International Journal of Epidemiology. 2003; 32: 809-814.

Vavra, Elisabeth. 2008. Alterskulturen des Mittelalters und der frühen Neuzeit. Verl. Der Österr. Akad. der Wiss. Internationaler Kongress Krems an der Donau.

Von Herz, Adelheid. Vom Lasten schleppen zur Körperkommunikation. In: Dr. med. Mabuse 142. März/ April 2003. 41- 44.

Walter, Ulla. 2008. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, Adelheid (Hrsg.). Schaeffer, Doris (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber. Bern.

Walter, Ulla. Flick, Uwe. Neuber, Anke. Fischer, Claudia. Schwartz Friedrich-Wilhelm. 2006. Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. VS- Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Walter, Ulla. Plaumann, Martina. 2008. Beweglich? Grundlagen zum Bewegungsapparat, Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Ansätze ihrer Prävention. Springer Berlin Heidelberg. Weißbuch Prävention.

Wick, Ditmar. 2005. Biomechanische Grundlagen sportlicher Bewegungen. Lehrbuch der Biomechanik. Spitta Verlag.

Wilke, Andreas. Maisch, Bernhard. 1998. Kardiologie. Ein Lehrbuch für Krankenpflegeberufe. Wiss. Verl.-Ges. Stuttgart

Woisetschläger, Christian. Kongreßbericht: Therapie der Herzinsuffizienz-Angiotensin-II-Rezeptorblocker bei Herzinsuffizienz als Kombinationspartner oder Alternative. In: Journal für Kardiologie – Austrian, Journal of Cardiology 2006; 13(1-2), 40-42.

Wurm, Susanne. Tesch-Römer, Clemens. 2008. Gesundheit älterer Erwerbstätiger. In: Kuhlmei, Adelheid (Hrsg.). Schaeffer, Doris (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber. Bern.

Zegelin, Angelika. „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. In: Pflege 2005; 18:281 – 288. Heft 5

Zegelin, Angelika. 2010 „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Verlag Hans Huber. 2. Nachdruck

Zehender, Leo. 2006. Alter und Emanzipation: Eine sozialphilosophische Spurensuche im gerontologischen und pflegewissenschaftlichen Kontext. Facultas Verlag. Wien

Internetquellen:

American Nurses Association. 1995. Auszug aus den ethischen Richtlinien zur Leitung, Durchführung und Verbreitung von Pflegeforschung

URL: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/ANA1995.pdf> abgerufen am 03.03.2011

Auszug aus den ethischen Richtlinien zur Leitung, Durchführung und Verbreitung von Pflegeforschung (American Nurses Association) von Lauxen, Oliver, 1995:

URL: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/Belmont-Report.pdf> abgerufen am 03.03.2011

Bundes- Gesundheitssurvey: körperliche Aktivität. 2003.

URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=10157&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=8269966&p_lfd_nr=1 abgerufen am 10.02.2011 → noch nicht zitiert

Bundesministerium für Gesundheit, Gesundes Österreich GmbH, Fonds Gesundes Österreich: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Stand 2010.

URL: <http://zmi.fgoe.org/fgoe/plone/presse-publicationen/downloads/forschung/bewegungsempfehlungen> abgerufen am 02.04.2010. --> noch nicht zitiert

DEAS- Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurvey. Altern im Wandel. 2010.

URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Altern-im-Wandel,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> abgerufen am 10.02.2011

Der Alterssurvey. Gesundheit- und Gesundheitsvorsorge. 2005.

URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=35236.html> abgerufen am 10.02.2011

Gesundheit in Deutschland. Körperliche Aktivität. 2006.

URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=10157&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=45972517&p_lfd_nr=1 abgerufen am 10.02.2011

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung.

URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
abgerufen am 29.09.2010

Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. 2010.

URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Presse/pressemitteilungen,did=164588.html>
abgerufen am 2011 → noch nicht zitiert!

Statistik Austria, Lebensformen nach Alter – Jahresdurchschnitt 2009.

URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html abgerufen am 02.12.2010

WHO, Aktives Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln 2002.

URL: http://libdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf abgerufen am 22.01.2011

WHO, Gesundheit 21- Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung. 1998.

URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/88592/EHFA5-G.pdf
abgerufen am 11.03.2011

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

Abbildung 1: The Determinants of active ageing WHO 2002.

URL: <http://wisdom.unu.edu/en/active-aging/>

abgerufen am 22.01.2011.....10

Abbildung 2: Übersicht der Einflussfaktoren auf die Mobilität.....20

Tabelle 1: Literaturübersicht.....6

Tabelle 2: Die sechs kinästhetischen Konzepte.....22

Tabelle 3: Klassifikationen der chronischen Herzinsuffizienz nach NYHA.....24

Tabelle 4: Interviewüberblick.....34

Tabelle 5: Transkriptionskriterien.....38

Tabelle 6: Verteilung der Kategorien.....94

Tabelle 7: Gegenüberstellung der Ziele der Patient/-innen und Pflegenden.....96

10 Abkürzungsverzeichnis:

ebd.	Ebenda
S.	Seite
vgl.	vergleiche

11 Anhang

Anhang 1a: Information zur Einverständniserklärung

Anhang 1b: Einverständniserklärung

Anhang 2: Halbstandardisierter Interviewleitfaden

Anhang 1a: Einverständniserklärung

Information und Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, möchte ich Gespräche mit Personen durchführen, welche in ihrer Bewegung eingeschränkt sind und Unterstützung bei der Fortbewegung benötigen. Die Zielgruppe der Befragung sind Personen, welche an einer Herzmuskelschwäche leiden.

Das vorläufige Thema meiner Diplomarbeit lautet: „**Welche Elemente machen einen Transfer aus Sicht der Patienten gut und sicher?**“

Durch eine Herzmuskelschwäche werden Betroffene in ihrer Bewegung zunehmend eingeschränkt. Das Aufstehen trotz Atemnot, Müdigkeit und fehlender Kraft empfinden erkrankte Personen als anstrengend. Menschen, welche krankheitsbedingt, vorübergehend oder dauerhaft eine beeinträchtigte Mobilität haben, brauchen gezielte und konstante Anleitung, um rasch zur Selbstständigkeit zurückzufinden.

Das Wissen, wie Menschen einen Ortswechsel unter professioneller Anleitung erleben, ist wichtig, um zu erfahren, was die förderlichen und hemmenden Faktoren sind. Durch die Teilnahme an diesem Gespräch würden Sie einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis von bewegungseingeschränkten Menschen leisten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 1 b: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung für die Unterhaltung „Welche Elemente machen einen Transfer aus Sicht der Patienten gut und sicher? “

Die gewonnen Informationen werden vertraulich behandelt und in anonymisierter Form in meiner Diplomarbeit veröffentlicht. Die Dauer des Gesprächs wird in etwa 45 Minuten betragen. Sie können das Gespräch jederzeit und ohne Angaben von Gründen unterbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich freiwillig an diesem Gespräch teilnehme und mit der Aufzeichnung der Befragung mittels Aufnahmegerät einverstanden bin. Weiters erkläre ich mich bereit, für eventuelle telefonische Rückfragen zur Verfügung zu stehen. Ich bin informiert, dass ich die Unterhaltung jederzeit und ohne Angaben von Gründen unterbrechen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Befragte Person

Name:

Unterschrift.....Ort, Datum.....

Anhang 2 Halbstandardisierter Interviewleitfaden

1. Sie haben in den letzten Tagen Hilfe/ Unterstützung beim Aufstehen gebraucht, was hat Ihnen besonders gut gefallen/ geholfen oder war positiv? Was sind gute Elemente/ Verhaltensweisen? Fühlten Sie sich sicher? Was gab Ihnen Sicherheit? Was war besonders hilfreich gewesen? Können Sie mir beschreiben, was für Sie wichtig war? Was ist Ihnen wichtig beim Aufstehen?
2. Was lief nicht so gut? Hat Sie irgendetwas an der Mobilisation gestört, war negativ oder hat Sie verunsichert? Was hat gefehlt? Was hat der/die Andere anders gemacht? Gibt es eine gegenteilige Situation?
3. An welchen Körperteilen wurden Sie angefasst? Haben Sie es als angenehm oder als unangenehm empfunden?
4. Sie sind sowohl von einer männlichen als auch von einer weiblichen Pflegeperson unterstützt worden. Haben Sie Unterschiede feststellen können?
5. Erhielten Sie vor der Positionsveränderung eine Vorinformation oder erhielten Sie die Information während dessen Schrittweise? Wurden Sie zur Bewegung angeleitet oder bekamen Sie direkte Unterstützung, d.h. angefasst?
6. Wurden Hilfsmittel (wie Rollator, Sessel, Lehnstuhl,...) oder Ihre Umgebung (Nachtkästchen, Bettende, Tisch,...) miteinbezogen? Wenn ja, welche?
7. Wie oft am Tag wurden Sie bewegt oder zum Bewegen angeleitet? Wollten Sie öfters oder seltener aufstehen?
8. Zu welchem Zeitpunkt wurde die Positionsveränderung vorgenommen? Haben Sie den Zeitpunkt bestimmt oder wurde es dem Tagesablauf angepasst?
9. Das Ziel der Bewegung? Steckt da Ihr eigenes oder das Interesse der Pflegepersonen dahinter? Was war der unmittelbare Grund für die Mobilisation? (waschen gehen, Untersuchung, Essen,...)

10. Würden Sie sagen, dass bestimmte Merkmale einer Person, wie etwa die Größe, die Statur, das Geschlecht, eine Rolle spielen?
11. Haben Sie Informationen für zu Hause bekommen? Können Sie Ihrer Meinung nach, etwas von der Unterstützung für Ihre Zukunft mitnehmen? Werden Sie erlerntes auch außerhalb des Krankenhauses anwenden? Wurden Ihre Angehörigen miteinbezogen, eingeschult oder informiert?
12. Gibt es noch etwas, was Sie sagen möchten und wonach ich noch nicht gefragt habe?

12 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Barbara Kirchsteiger-Wikipil, geb. am 20. März 1978 in Sopron (Ungarn)

österreichische Staatsbürgerin

Familienstand: verheiratet

Wohnhaft: Seckendorfstrasse 2-4/3/24, 1140 Wien

Ausbildung:

1993 – 1997

Krankenpflegeschule AKH, Wien 1090

2004 – 2006

Studienberechtigungsprüfung mit Schwerpunkt Psychologie

2006 – 2011

IDS Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Soziologie, Universität Wien 1010

Berufserfahrung/ Weiterbildung:

1997 - 2001

Geriatrie-Zentrum am Wienerwald

Langezeitpflegestation, ab 1999 mit Schwerpunkt Validation

2001 – bis jetzt

Kardiologie

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

1999

Grundkurs für Validation in der Pflege

2003

Weiterbildung zur Praxisanleiterin

2005

Grund- und Aufbaukurs in Kinästhetik