



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Inhalte des Beratungsgesprächs in der Pflege zum
Thema Ernährung bei Aufmerksamkeitsdefizit-
Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)“

verfasst von

Susanne Sonnleithner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Indiv. Studium Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ. Prof. Dr. Christian Popow

Danksagung

Ich möchte mich zuerst bei meiner Familie bedanken, die mich immer wieder aufgefordert hat, meine Diplomarbeit fertig zu schreiben.

Besonderer Dank gilt meinen Kindern, die in den letzten Tagen immer wieder gehört haben „Jetzt nicht“.

„Wie weit bist du mit deiner Arbeit“, war die nervende Frage meiner Freundinnen, die 10 Jahre lang nicht locker gelassen haben, damit ich die Arbeit schreibe. Danke, dass Ihr so lästig seid.

Ein Dank gilt auch meiner ehemaligen Oberschwester der Kinderklinik, die mich immer wieder motiviert hat mir ein Thema zu suchen und mich mit meinem Betreuer Prof. Christian Popow zusammengebracht hat.

Ein Dank geht auch an Tanja, die mit mir gemeinsam im Erwachsenenalter maturiert und studiert hat. Wir sind gemeinsam als Spitzenteam im Sauseschritt durch beide Abschnitte gebraust.

Es war wirklich eine sehr intensive Zeit, als wir gemeinsam gelernt und unsere Familienstrukturen verändert haben.

Ein besonderer Dank geht an Prof. Popow, der immer, wenn ich einen Motivationsschub hatte, da war und mich unterstützt hat.

Inhaltsangabe

	Seite
Danksagung	
1. Einleitung	7
1.1 Problemstellung	
1.2.Motivation für diese Arbeit	
1.3.Ziel der Arbeit	
2.Hauptteil	9
2.1. ADHS- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	
<u>2.1.1. Klassifizierung nach ICD und DSM</u>	
<u>2.1.2 Ätiologie und möglicher Verlauf</u>	
<u>2.1.3.Diagnostik</u>	
<u>2.1.4 Begleitsymptome</u>	
<u>2.1.5.ADHS kann in drei Schweregrade eingeteilt werden:</u>	
<u>2.2.1.6 Das therapeutische Gesamtkonzept</u>	
<u>2.1.7 Das multimodale Vorgehen</u>	
2.1.7.1 Medikation	
2.1.7.2 Verhaltenstherapie	
2.1.7.3 Familientherapie	
2.1.7.4 Interventionen bei schulischen Problemen	
2.1.7.5 Ergotherapie	
2.1.7.6 Diätetische Maßnahmen	
3.Beratungstheorie	26
<u>3.1 Beratungsaktivitäten</u>	
<u>3.2 Was ist pflegerische Beratung?</u>	
<u>3.3 Umschreibungen des Beratungsbegriffes in der Pflege</u>	

3.4 Aufgabenstellung an die Pflege

3.5 Grundlagen der Beratungskonzepten

3.6 Die besonderen Erfordernisse der Pflege an Beratungsansätze

3.7 Arten von Beratung

3.7.1 Die Expertenberatung

3.7.2 Die Prozessberatung

3.8 Anforderungen an einen/e professionelle/n PflegeberaterIn

3.9 Evidence-based Nursing

3.10 Unterschiede im pädiatrischen Bereich

3.11 Die Situation der Kinder in der Kinderkranken- und Jugendlichenpflege

3.12 Die Stufen der Beratung

3.13 Faktoren für das Gelingen einer guten Beratung

3.14 Hilfsmittel welche die Beratung unterstützen

3.14.1 Schriftliche Informationen

3.14.2 Multimedia

3.14.3 Einsatz von Sammelmappen

3.14.4 Fotoalben

3.14.5 Poster und Pinnwände

3.14.6 Interaktive Übungen

3.15. Anforderungen an die Pflegeperson in der Kinderheilkunde

4.Theoretischer Bezugsrahmen

44

4.1.Gesundheitsberatung in der Pflege von Roswitha Engel (2006)

4.1.1 Ressourcenorientierte Beratung

4.1.2 Lösungsorientierte Beratung

4.1.3 Prävention und gesundheitsfördernde Beratung

4.2.Beratungstypen

4.2.1 Die Aufklärende Beratung

4.2.2 Die Empfehlende Beratung

4.2.3 Die Erfordernisorientierte Beratung

4.2.4 Die Lösungserarbeitende Beratung

4.2.5 Die Komplexe Beratung

5. Methodenteil **52**

5.1. Forschungsansatz

5.2.Literaturrecherche

5.3. Darstellung der ernährungsbedingten Inhalte

6.Ernährungsbedingte Artikel und Studien **54**

6.1 Zusammenfassung

7.Mögliches Gesprächsmodell für die Ernährungsberatung in der Pädiatrie bei ADHS

63

8.Ernährungsberatung und Pflegeprozess **64**

8.1 Aufnahmegespräch und Beobachtung

8.2 Ziele der Beratung

8.3 Die Beratung als.Maßnahme

8.3.1. Gesprächsführung

8.3.2. Beratungstheorie

8.3.3 Die Phasen des Beratungsgespräches

8.4. Evaluation

8.5. Ein Abgrenzungsversuch zwischen Diätologen und Pflegepersonen

9.Theoretische Inhalte zum Thema Ernährung **69**

9.1Worauf es in der Ernährung ankommt

9.1.1Fette, Qualität. Anwendung und Wirkung

9.2 Wie kann man Nährstoffdefiziten bei ADHS vorbeugen?

9.3 Natürliche Vorkommen von Vitalstoffen, die bei ADHS von Nutzen sein können.

10.Hilfen in der Ernährungsberatung von Kindern **75**

10.1 Ernährungsgeschichten

10.1.1 Baue dein Körperhaus

10.1.2 Eine einfach formulierte Erklärung, wie der Gehirnstoffwechsel, Lernen und Ernährung zusammenhängen

Wie wir lernen und dabei glücklich werden?

10.1.3 Informationsmaterial

10.2 Ernährungsspiele, die man auch im Klinikalltag integrieren kann

10.2.1 Herstellung von Keimlingen

10.2.2 Kochen und Einkaufstipps

11. Schlussfolgerung **86**

Abstract **87**

Literatur und Quellennachweis **89**

1. Einleitung

1.1 Die Problemstellung

Innerhalb der Pflege etabliert sich immer mehr der Begriff Pflegeberatung. Durch den Wandel des Aufgabengebietes der Kinderkranken- und Jugendlichenpflege in Richtung Schulung, Information, Anleitung und Beratung ergeben sich neue Wege der Patientenversorgung. Systematisierte Abläufe von Beratung, ressourcenorientiertes Handeln und der individuelle Umgang sowohl mit Patienten als auch Angehöriger zählen zu den speziellen Anforderungen im pädiatrischen Bereich. Nicht nur die Implementierung der Beratung in der Praxis des Pflegealltages ist vorrangig, sondern auch die informellen Inhalte.

Im Bereich der Ernährung gibt es viele Ansätze die von Nutzen sind.

Die krankheitsbezogene Ernährungsberatung auf Kinderstationen gehört zum Aufgabengebiet der Pflege. Vom Patientenaufnahmegespräch bis zum Entlassungsgespräch zieht sich diese Thematik wie ein roter Faden durch die Betreuung der Patienten, dies gilt auch für jene, die ambulant behandelt werden. In dieser Arbeit sollen die verschiedenen Ansätze der Beratung aufgelistet und für den praktischen Pflegealltag tauglich zusammengeschrieben werden, damit sie in den Praxisalltag implementiert werden können.

Die Arbeit soll herausfiltern, ob es Ernährungsansätze gibt, die sich positiv bei ADHS auswirken können.

Die Ernährungsinhalte stehen neben dem Ablauf eines Beratungsgesprächs im Vordergrund.

1.2. Motivation für diese Arbeit

Mein persönlicher Absatz für diese Arbeit ist nicht nur in meiner Tätigkeit als Kinderkrankenschwester zu finden, sondern auch in der einer dreifachen Mutter. Das Thema Kinderernährung ist für mich ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsförderung. Prävention und Therapie gehen in diesem Fall Hand in Hand. Mangelernährung im Krankenhaus, ist durch viele medizinischen Studien, bereits mehrfach dokumentiert.

Ich möchte mit dieser Arbeit aufzeigen, dass es nicht ausreichend ist Kalorien zu sich zu nehmen, sondern dass ein großes Augenmerk auf Vitalstoffe gelegt werden soll.

1.3.Ziel der Arbeit

Bei Diabetes mellitus oder anderen Krankheitsbildern hat die Ernährungsberatung schon lange Tradition. Im Handbuch ADHS, gilt die Ansicht, dass es keine ernährungsbedingte Beeinflussung gibt. In zahlreichen Ernährungsstudien zu diesem Thema zeigt sich aber, dass Ernährung einen unterstützenden Beitrag leisten kann.

Die Literaturübersicht soll die Möglichkeiten einer ernährungstechnischen Intervention aufzeigen und das dafür notwendige physiologische Grundwissen vermitteln.

Weiters soll ein Beratungskonzept gefunden werden, das sich für den Ernährungsbereich in der Kinderkrankenpflege eignet.

Die Pflegetätigkeit im pädiatrischen Bereich unterscheidet sich gerade in der Patientenberatung entscheidend von der Erwachsenenpflege. Eine erwachsene Person wird in ihrer Selbstkompetenz gestärkt, sodass sie später ihre Pflege oder Betreuung selbst übernehmen oder sie an eine andere Person weiter geben kann. Es bleibt jedoch allein ihre Entscheidung, ob sie nun eine Therapie annimmt oder nicht. Die Pflege kann hier beraten, schulen und informieren, die Selbstverantwortung bleibt beim Patienten.

In der Kinderkranken- und Jugendlichenpflege trifft die Pflege auf eine andere Verantwortlichkeit laut ABGB (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch). Gleichzeitig sind in der EACH Charta (European Association for children in hospital) die Rechte des Kindes im Krankenhaus in 10 Artikeln festgehalten. „Der Artikel 4 (EACH Charta, 2006, S.15) besagt, dass Kinder sowie ihre Eltern das Recht haben, ihrem Alter und ihrem Verständnis entsprechend informiert zu werden.“

Die große Herausforderung besteht nun darin, die Kompetenz der Eltern zu fördern und ihnen die oftmals im Alltag schwierige Betreuung ihres Kindes in ihrer Verantwortung begreiflich zu machen.

2.Hauptteil

2.1 ADHS- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Zusammengefasst vorwiegend aus dem Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, Kapitel 2, Definition und Klassifikation, Hans-Christoph Steinhausen

ADHS- Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die auch als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom oder Hyperkinetische Störung (HKS) bezeichnet wird, ist eine psychische Erkrankung, die bereits im Kindesalter beginnt und sich durch Probleme mit der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität auszeichnet. Schätzungsweise 4-8% aller Kinder zeigen Merkmale in diesem Sinne von ADHS. ADHS gilt heute als häufigste Ursache von Verhaltensauffälligkeiten und schulischen Leistungsproblemen und Aufmerksamkeitsstörungen von Kindern und Jugendlichen. Erwachsene können ebenfalls an ADHS leiden.

2.1.1 Klassifizierung nach ICD und DSM

Obwohl sich die Krankenkassen auf die Einteilung von Erkrankungen auf den ICD Code geeinigt haben, werden Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von ADHS vermehrt nach dem DSM Modell beschrieben

Die Leitsymptome Nach ICD10 und DSM-IV sind: Unaufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität, Störung beginnt vor dem siebenten Lebensjahr, Situationsunabhängigkeit.

Die aktuelle Version der ICD (ICD10) unterteilt ADHS wie folgt:

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen (F90.8 oder F.90.9)
- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)

DSM-IV unterteilt drei Typen Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen.

In den Klammern steht der jeweilige Diagnoseschlüssel, welcher nach dem ICD 10 zutreffen würde:

- 314.01 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus (ICD 10: F90.0)
- 314.01 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus (ICD 10: F90.1)
- 314.00 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus (ICD 10: F98.8)

Durch ihre motorische Hyperaktivität fallen die beiden ersten Typen mit Aufmerksamkeitsdefizitstörung eher auf, als der nach außen nicht hyperkinetisch wirkende, unaufmerksame Typus. Dieser Typ scheint verträumt und ruhig zu sein („Träumelein“). Innere Unruhe beziehungsweise gedankliche Umtriebigkeit und Impulsivität können jedoch genauso auftreten wie bei den anderen Typen. Meist wird relativ spät ein scheinbar unerklärliches Versagen in der Schule oder im Beruf gefunden. Es wird vermutet, dass Mädchen in dieser Gruppe stärker vertreten sind als in den beiden anderen und deshalb seltener diagnostiziert werden.

Symptome der Hyperkinetischen Störung nach ICD 10

Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV

Unaufmerksamkeit

„Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.“

Die Kinder

- sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,
- sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,

- können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden),
- sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern, verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge,
- werden häufig von externen Stimuli abgelenkt, sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit waren während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn / sie ansprechen,
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder wegen Verständnisschwierigkeiten),
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern, wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben,
- verliert häufig Gegenstände, die er / sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
- lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Überaktivität

Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

- fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,
- verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
- laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl),
- sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen,
- zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität waren während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden.

- fuchteln häufig mit Händen oder Füßen oder winden sich auf den Sitzen
- verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen
- zeigen ein anhaltendes Muster exzessiven motorischer Aktivität, die durch den sozialen Kontakt oder Verbote nicht durchgreifende beeinflussbar sind

Impulsivität

Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

- platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist,
- können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,
- unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder das Spiel anderer ein),
- reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.“

(Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, Kapitel 2, Definition und Klassifikation, Hans-Christoph Steinhausen, Tabelle 2.1, S18)

Zusätzliche Kriterien

Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.

Die Symptome (Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität) verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit

Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84), einer manischen Episode (F30.-), einer depressiven Episode (F32.-) oder einer Angststörung (F40, F41).

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause).

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, Kapitel 2, Definition und Klassifikation, Hans-Christoph Steinhaus, Tabelle 2.1, S18)

Im Erwachsenenalter zeigt die Hyperaktivität einen veränderten Charakter an, indem sie sich als erhöhte innere Unruhe auswirkt. ADHS-Betroffene weisen verschiedene andere psychische Störungen, z. B. Depressionen, Angststörungen und Störungen des Selbstbildes und Selbstwertgefühls (Zwangsstörungen). Bei Frauen kann es vermehrt auch zu Essstörungen kommen. Betroffene beider Geschlechter können Bulämie als Begleiterkrankung entwickeln.

Aufgrund der Forschungsergebnisse zur Genese von ADHS seit 1990 hat sich das Geschlechterverhältnis von 1:9 auf 1:4 reduziert. Es werden mehr Betroffene als früher diagnostiziert.

2.1.2 Ätiologie und möglicher Verlauf

In vielen Fällen sind jüngsten Kinder einer Familie betroffen. ADHS ist nach heutigen Erkenntnissen ein multifaktorielles Krankheitsbild, das mit einer erblichen Disposition einhergeht.

Der Verlauf und die individuelle Ausprägung spielen neben psychosozialen Faktoren auch Umweltbedingungen eine wichtige Rolle. Es gibt Hinweise, dass Schwermetallbelastungen, Stoffwechselstörungen oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten Mitverursacher sind. Allerdings gibt es, trotz vieler möglicher unterschiedlicher biologischer Ursachen, kein stimmiges Modell zur ADHS. Auf den Betroffenen und deren Angehörigen wird meist ein erheblicher Druck ausgeübt. Ursachen dafür sind Versagen in der Schule oder im Beruf und die Entstehung von anderen psychischen Störungen.

Es gibt immer wieder Hinweise auf gesellschaftliche Ursachen, wie durch die breite Vernetzung und die damit verbundene Reizüberflutung durch ein Überangebot an Informationen, vermehrte Reize durch Fernsehen, Internet, Computer und Mobilfunk. Weiters werden immer höhere Anforderungen an jede einzelne Person gestellt, dies führt oft zu psychischen Stress. Stress wiederum bedeutet vermehrter Nährstoffbedarf. Beide Faktoren wirken sich verstärkend bei ADHS aus.

Umweltverschmutzung und schlechte Ernährungsgewohnheiten können ebenso Verursacher als auch Verstärker sein.

Früher wurden meist, Erziehungsfehler (Zappelphilip, Traumsuse), Vernachlässigung und frühkindliche Trauma als Ursache angenommen. Heute stehen andere Modell im Vordergrund, als Ursachen werden eher neurobiologische, psychologische und

soziale Faktoren als Theorien herangezogen. Bei circa der Hälfte der untersuchten ADHS- Betroffenen besteht eine genetisch bedingte Abnormität der neuronalen Signalverarbeitung im Gehirn. Eine vermehrte Disposition zeigt sich bei Kindern nach Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, niedrigem Geburtsgewicht, Infektionen, bei verschiedenen Schadstoffen, Erkrankungen oder Verletzungen des zentralen Nervensystems und Tabak und/ oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, II, Ätiologie und Pathophysiologie)

Der Krankheitsverlauf ist abhängig von:

- Alter in dem die Erkrankung diagnostiziert wurde
- den Reaktionen im familiären bzw. privaten Umfeld, in der Schule und am Ausbildungsplatz bis zum Zeitpunkt der Diagnose.

Diese Bedingungen werden für den Verlauf der Erkrankung bis zum Zeitpunkt der Aufnahme medizinischer Maßnahmen in der ADHS-Forschung heute als sehr wesentlich eingeschätzt. Eine rein medizinische Betrachtungsweise reicht nicht aus. Das neurobiologische Erklärungsmodell muss durch psychologische Theorien ergänzt werden. Es ist nicht eindeutig erklärt, ob die neurobiologischen Besonderheiten die Ursache der Verhaltensauffälligkeiten bilden oder ob diese nicht die Folge ungünstiger Nutzungsbedingungen, welche das Kind antrifft, darstellen.

Im Laufe der Lebensentwicklung der ADHS-Betroffenen führt die Symptomatik oft zu verschiedenen psychosozialen Folgeerscheinungen, die wiederum Rückwirkungen auf den Störungsverlauf haben und die Entstehung von Folgeerkrankungen erheblich beeinflussen. Durch die neurobiologisch bedingte Störung der Selbstregulation und Impulskontrolle kommt es beispielsweise immer wieder zu Konflikten mit Eltern, Gleichaltrigen und Lehrern, was durch ungünstige Bedingungen in Familie und Schule noch verstärkt werden kann.(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, III/13 Klinischer Verlauf)

2.1.3.Diagnostik

Voraussetzung für jede Behandlung von ADHS ist eine fundierte Diagnose durch einen Kinder- und Jugendpsychiaters. Dabei müssen Differenzialdiagnosen und eventuelle begleitende Krankheiten wie z. B. eine Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen (im Jugend- und Erwachsenenalter) beachtet werden. Die Diagnosestellung wird erschwert, da die Hauptmerkmale von ADHS (Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit usw.) auch als völlig normales Erscheinungsbild in den Entwicklungsphasen fast jeden Kindes auftreten. Die Differenzierung zwischen Norm und Auffälligkeit stellt Eltern und Pädagogen vor ein großes Problem.

Eine Diagnose, welche von einem Kinder-und Jugendpsychiater gestellt werden sollte, wird mittels verschiedenen Testverfahren gestellt. Ein einzelner Test deckt nicht die komplette Differenzialdiagnostik ab. Zur grundlegenden Diagnostik gehören daher neben der Befragung des betroffenen Kindes, der Eltern/Erzieher und Lehrkräfte auch eine gründliche psychologische Testdiagnostik, bildgebende Verfahren, eine neurologische Untersuchung sowie Verhaltensbeobachtung, Verfahren zur Erkennung von Nährstoffdefiziten und/ oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

„Konzentrationsstörungen können auf ganz unterschiedliche biologische und psychologische Umstände und Ursachen zurückgeführt werden. Da sich die ADHS-Leitsymptome (z.B. Hyperaktivität, geringe Ausdauer, schlechtes Schriftbild, Ängste, Depressionen, Konzentrationsschwierigkeiten) und die eines Mangels an Magnesium überlappen, ist auch eine sorgfältige Überprüfung dieser Ursachen notwendig.“ (Cosmoterra Schulungsunterlage Lernstörungen, Bruck an der Mur, 19.4.2012)

Für die Fremdurteile (Lehrkräfte, Eltern) steht eine Reihe von Fragebogenverfahren zur Verfügung. Besser ist jedoch die direkte Beobachtung des Kindes in der Schule und zu Hause.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, IV, Untersuchung)

Kryptopyrrolurie (KPU)

„Ist ein einfacher Harntest, bei dem ein Vitamin B6 und Zink Mangel nachgewiesen werden kann. Kryptopyrrolurie ist eine Störung des Häm-Stoffwechsels. Kryptopyrrol wird aus Pyrrolen gebildet, die als Bausteine des roten Blutfarbstoffes normalerweise über den Stuhl ausgeschieden werden. In diesem Fall kommt es zu einem vermehrten Anfall von Pyrrolen, sodass diese nicht mehr nur über den Stuhl, sondern auch über den Urin ausgeschieden werden. Kryptopyrrol verbindet sich im Körper mit Vitamin B6 und Zink, deshalb kann es zu einem Mangel an diesen beiden Vitalstoffen kommen.“

(Cosmoterra Schulungsunterlage Lernstörungen, S8, Bruck an der Mur, 19.4.2012)

Der Feingold Test als Schnelltest

Der Kohlenhydratstoffwechsel hat mit Lernstörungen und ADHS große Bedeutung. Der Amerikanische Kinderarzt, Dr. Ben.F. Feingold machte die Entdeckung, dass Konservierungs- Farb- und Geschmacksstoffe Allergien und hyperaktives Verhalten auslösen können. Später entdecken andere Ärzte, dass Zucker ebenfalls Hyperaktivität verursachen können. Heute wird noch der Feingold Test als Schnellverfahren verwendet. Man gibt Kindern ein Glas Zuckerwasser und beobachtet, wie sie reagieren. Reagieren die Kinder, kann man auf eine Zuckerverwertungsstörung schließen. Meistens ist eine Unterversorgung von B- Vitaminen die Ursache. (Wegweiser zur Selbsthilfe bei Schulproblemen, Cogito, Norbert Fuchs, 1. Auflage Mai 2010)

Als Voraussetzung für die Diagnose von ADHS müssen die Kriterien, welche die Weltgesundheitsorganisation für diese Störung erarbeitet hat, streng eingehalten werden. Die Symptome müssen mindestens seit sechs Monaten vorliegen und erstmals schon vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten sein. (vgl ICD 10)

2.1.4 Begleitsymptome

Störungen des Sozialverhalten bezeichnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein anhaltendes Muster von unkontrollierten, dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltensweisen. Wegen des häufigen gemeinsamen Vorkommens von ADHS und der Störung des Sozialverhaltens wird immer noch diskutiert, ob es sich bei diesen Störungsbildern tatsächlich um getrennte Störungen handelt.

Aufgrund des häufigen Auftretens kann die komorbide Diagnose unter einem einzigen Code im ICD-10 als F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert werden.

Die Störung des Sozialverhaltens selbst ist aufgeteilt in verschiedene spezifische Diagnosen, welche den besonderen persönlichen und sozialen Umständen des Kindes oder Jugendlichen Rechnung tragen und eine genauere Klassifizierung ermöglichen.

- Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

Hier wird speziell Verhalten aufgeführt, welches Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen zeigt und auf den familiären Rahmen beschränkt ist, also nicht in der Schule oder mit Spielkameraden auftritt.

- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, I, Definition und Klassifikation))

Umschriebene Entwicklungsstörungen, schulische Leistungsdefizite und Hinweise auf Teilleistungsschwächen sind eine weitere Hinweise auf ADHS. Es werden damit spezifische Mängel in der Verarbeitungsfähigkeit des Gehirnes bezeichnet, die zu Schwierigkeiten in der Aneignung schulischer Fertigkeiten führen.

Sie umfassen laut ICD-10 (F 81):

- Lese- und Rechtschreibstörung
- Isolierte Rechtschreibstörung
- Rechenstörung
- Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, I, Definition und Klassifikation))

Unter Intelligenzminderung oder geistige Behinderung versteht man eine im Vergleich zu einem Durchschnittswert verminderte mentale Leistungsfähigkeit, so zum Beispiel eine geistige Behinderung, motorische oder handwerkliche Ungeschicklichkeiten oder einen Mangel an sonstigen, im Anwendungsfall spezifizierten Fähigkeiten.

Die Intelligenzminderung wird medizinisch definiert als eine deutlich geminderte kognitive Fähigkeit und im ICD-10 unter den Nummern F70–F79 beschrieben.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, I, Definition und Klassifikation))

Tic-Störungen gehören ebenfalls zu den komorbiden Störungen von ADHS. Als Tic bezeichnet man eine rasche, unwillkürliche, unregelmäßig wiederkehrende Entladung in einzelnen Muskeln oder Muskelgruppen. Betreffen diese den Hals-Nasen-Rachen-Raum bzw. die Stimm lippen, bezeichnet man das Geräusch als vokalen Tic. Auffallend wird ein Tic durch teilweise heftige Körperbewegungen oder Lautäußerungen bzw. das Rufen von Worten bis hin zu Sätzen.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, I, Definition und Klassifikation))

Ein negatives Selbstkonzept, also eine überwiegend negative Sicht der eigenen Person und des eigenen Handelns, oder eine Depression sind weitere häufige Komplikationen im Kindesalter.

Angststörungen treten oft bei unbehandeltem ADHS, durch die häufigen sozialen Konflikte, auf.

Beziehungsbeeinträchtigungen zu Familienmitgliedern, zu Erziehen oder Lehrern und zu Gleichaltrigen können eintreten.

Bei Sprach- und Sprechstörungen handelt es sich vorwiegend um Störungen des Redeflusses wie Stottern und Poltern.

Zwangsstörungen zeigen sich, indem sich bei den Patienten Gedanken und Handlungen aufdrängen, die zwar als quälend und sinnlos empfunden werden, aber dennoch umgesetzt werden müssen. Es besteht zumindest zeitweise Einsicht, dass die Zwangsgedanken oder -handlungen übertrieben sind. Durch die Störung ergeben sich deutliche Beeinträchtigungen des Alltagslebens.

Angststörungen zeigen sich in Angstanfällen vor einem Objekt oder einer Situation, im Vordergrund steht die Angst, die nicht angemessen ist. (Agoraphobie, Klaustrophobie, Arachnophobie, usw.)

Depression: 1/3 der Kinder und 2/3 der Erwachsenen mit ADHS zeigen depressive Symptome, die vermutlich auf die Außenseiterposition und dem ständigen Druck, doch anders zu sein, zurückzuführen sind.

Persönlichkeitsstörungen

Einschlafstörungen

Somatisierungsstörungen sind körperliche Beeinträchtigungen, die nicht auf eine organische Ursache zurückgeführt sind.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, I, Definition und Klassifikation))

2.1.5 Behandlung

Ziel der Behandlung ist es, das individuell unterschiedlich vorhandene Potenzial auszuschöpfen, die sozialen Fähigkeiten auszubauen und eventuelle Begleitstörungen zu behandeln. Die Behandlung sollte multimodal erfolgen, das heißt, es sollten parallel mehrere Behandlungsschritte durchgeführt werden (z. B. Psychotherapie, psychosoziale Intervention, Coaching, Pharmakotherapie). Die Wahl der Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad der Störung. Meist kann eine Therapie ambulant erfolgen.

ADHS kann in drei Schweregrade eingeteilt werden:

- Der leicht Betroffene hat zwar die biologische und genetische Disposition, bei ihm ist die Symptomatik aber nicht so stark ausgeprägt, dass er behandlungsbedürftig ist. Er besitzt eine höhere Kreativität, ist etwas weniger impulsgehemmt als normal und kann sich nicht so gut konzentrieren wie andere Personen. Dafür bekommt er aber am Rande liegende Details sehr viel besser mit. Trotzdem ist eine frühzeitige Information des Betroffenen und seines Umfeldes über ADHS sowie eine psychosoziale Hilfestellung wichtig. Dadurch kann ein Betroffener in seiner Entwicklung günstig beeinflusst werden, und die negativen Begleitsymptome werden abgeschwächt.
- Der mittelschwer Betroffene ist behandlungsbedürftig und leidet neben ADHS zunehmend unter Folgeerkrankungen. Er entwickelt keine Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Unter Umständen ergreift er einen Beruf, für den er geistig deutlich überqualifiziert ist. Das Suizidrisiko ist ohne Behandlung erhöht, und die Wahrscheinlichkeit von Schulversagen und Versagen im Beruf nimmt zu.
- Ein schwer Betroffener hat ein gestörtes Sozialverhalten und ein stark erhöhtes Risiko, Suchtverhalten zu entwickeln oder in die Kriminalität abzugleiten. Er sollte unbedingt behandelt werden.

2.1.6 Das therapeutische Gesamtkonzept

Die umfassende Behandlung kann folgende Therapien enthalten, die stets auf den Einzelfall abgestimmt werden. Die Behandlungen können in einem ambulanten sowie voll- oder teilstationären Setting angewandt werden.

Eingehende und umfassende Information aller beteiligten Personen über ADHS ist ein wesentlicher Bestandteil jeglicher Therapie. Moderne Therapieansätze streben neben der medizinischen und psychologischen Behandlung auch eine positive Gestaltung des Umfeldes (Schule, Kindergarten) durch Informationsmaterial und Fortbildungen an, da diese für den Krankheitsverlauf mitverantwortlich sind. Je besser alle direkten und indirekten Beteiligten informiert und einbezogen sind, desto besser kann die individuelle Therapie greifen. Bei auftretenden Problemen kann besser entgegengewirkt werden.

2.1.6.1 Medikationen

Eine Medikation ist bei Mittel- und Schwerbetroffenen in vielen Fällen angezeigt. Ziel dieser Behandlung ist es, die Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Selbststeuerungsfähigkeit zu verbessern. Dadurch wird der Leidensdruck der Betroffenen gemindert. Oft kann erst nach einer medikamentösen Einstellung des Patienten mit einer Psychotherapie begonnen werden. In erster Linie werden für die Behandlung Stimulanzien eingesetzt, die den Dopaminstoffwechsel im Gehirn beeinflussen. Dazu gehören Methylphenidat und Amphetaminderivate (D-Lamphetamin). Circa 70 % der Patienten sprechen darauf an. Es besteht auch die Möglichkeit Atoxetin, ein vorwiegend auf den Noradrenalinhaushalt wirkendes Antidepressivum zur Behandlung eingesetzt werden.

Methylphenidat

Methylphenidat (MPH) ist im Rahmen der Kurzzeitwirkung umfangreich untersucht worden. Langzeitanwendungen werden immer wieder diskutiert, bisherige haben Studien nicht eindeutig eine Beeinträchtigung der Gehirnentwicklung durch Methylphenidat ergeben. Trotzdem sollte der Wirkstoff nur nach sorgfältiger ärztlicher Überprüfung im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes verordnet werden. Es wird Methylphenidat unter den Handelsnamen Ritalin, Ritalin LA, Medikinet, Concerta, Methylphenidat Hexal und vielen weiteren vertrieben, da der

Produktschutz abgelaufen ist. Das bekannteste Methylphenidat-Präparat ist Ritalin. Alle diese Präparate enthalten den gleichen Wirkstoff, jedoch gibt es Unterschiede wie z.B. bei den Füll- und Zusatzstoffen. Ritalin hat beispielsweise eine andere Wirkdauer als Concerta oder Medikinet retard, denn bei einem retard Medikamenten wird der Wirkstoff zeitversetzt und kontinuierlich über den Tag an den Körper abgegeben. Das kann sich je nach Patient unterschiedlich auswirken. Daher sind Wirkung und Nebenwirkung bei jedem Patienten zu kontrollieren, um gegebenenfalls ein anderes Präparat auszuprobieren. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass Generika, auf Grund der anderen Trägersubstanzen nicht die selben Wirkung zeigen, wie das Ausgangspräparat.

Amphetaminpräparate

Amphetaminsulfat wird eingesetzt, wenn Methylphenidat nicht greift oder zu depressiven Symptomen führt, es zeigt sich bei aggressiven Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Störungen erfolgsversprechend.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, V, Therapien)

2.1.6.2 Verhaltenstherapie

Zielsetzung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen ist, eine möglichst angemessene Kompetenz im Umgang mit den ADHS- Besonderheiten und -Problemen zu erwerben.

Im Kindesalter orientieren sich verhaltenstherapeutische Therapieprogramme daran, in einem Elterntraining Informationen zu ADHS und geeignete Hilfen zum Aufbau von festen Regeln und Strukturen zu vermitteln. Weitere Zielsetzungen sind die Verbesserung der Selbststeuerung und der Aufbau eines Selbstbewusstseins.

Zur Behandlung wurden Therapieprogramme entwickelt, die speziell auf die Verhaltensprobleme und die Aufmerksamkeit der betroffenen Kinder ausgerichtet sind. Besonders haben sich hierbei operante Therapieprogramme bewährt. Durch verschiedene beiliegende Materialien und Übungen wird versucht, das Verhalten der Kinder und deren Aufmerksamkeit zu verbessern. Sie verwenden zumeist Pläne und versuchen, schon Kindern Wissen über Aufmerksamkeit und strategisches Handeln

zu vermitteln. Ein wichtiger Bestandteil sind die Eltern, welche die unterschiedlichen Therapieschritte zumeist unterstützen und kontrollieren müssen.

Das THOP (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten) ist ein multimodales Behandlungsprogramm. Es konzentriert sich vor allem auf die Verhaltensstörungen und wird bei schweren Störungen zumeist mit begleitender medikamentöser Therapie durchgeführt. Ein wichtiger Bestandteil des Programms ist es, den Eltern auch ein positives Erleben des Kindes zu vermitteln. Auch Positives am Kind zu sehen, fällt den Eltern hyperkinetischer Kinder häufig schwer, da diese Kinder sich aus der Sicht der Eltern oft abnorm verhalten. Die Gesellschaft erschwert dieses Problem noch zusätzlich. Das Therapieprogramm kann auch auf die Schule oder den Kindergarten ausgeweitet werden.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, V, Therapien)

2.1.6.3 Familientherapie

Es handelt sich um ein Verfahren der Psychotherapie und der psychologischen Beratung für Paare und Familien. Darin wird die Wahrnehmung der Familie geschult und positive Veränderungen und Entwicklungen der Beziehungen zwischen den Mitgliedern der Familie angestrebt. Die verschiedenen Schulen der Familientherapie teilen die Grundannahme, dass die Einbeziehung der Familie in den Therapieprozess die Effektivität einer psychotherapeutischen Behandlung steigert.

(vgl. Handbuch ADHS, Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung, Kohlhammer 2010, V, Therapien)

2.1.6.4 Interventionen bei schulischen Problemen

Bei Schwierigkeiten in der Schule oder im Kindergarten können bei vorhandenen Ressourcen neben einer Beratung der Lehrer und Erzieher in Kooperation mit Eltern, Lehrern und Erziehern verhaltenstherapeutische Interventionen angewandt werden.

2.1.6.5 Ergotherapie

Mit ADHS ist häufig eine Neigung mit einer Störung der Feinmotorik verbunden. Abhilfe kann hier eine Ergotherapie schaffen. Weiterhin kann die Ergotherapie Hilfe im Bewältigen von alltäglichen Problemen leisten. Eltern werden Übungen und Spiele gezeigt, die zur Problemlösung beitragen.

2.1.6.6 Diätetische Maßnahmen

Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt näher behandelt.

3. Beratungstheorie

3.1. Beratungsaktivitäten

In der Beratung unterscheiden wir im Wesentlichen folgende Aktivitäten

Information

Anleitung

Empfehlung

„Information meint gezielte fachliche Mitteilung, die Bereitstellung verschiedener Medien oder die Vermittlung relevanter Adressen in einem öffentlichen Angebot. Es beinhaltet Hilfestellung bei Recherchen und die Bereitstellung von Medien.

Anleitung ist die Vermittlung praktischer Fähigkeiten, dabei geht es um das Erlernen eines Handlungsablaufes.

Empfehlungen werden im Sinne eines Rates erteilt, wobei die Entscheidung, diesen anzunehmen ganz auf der Seite des zu Beratenden liegt. (vgl. Koch 2005)“

„Der Beratungsbegriff ist nicht eindeutig definiert, wird unterschiedlich genutzt und oft in einem Atemzug mit Informationsvermittlung, Anleitung, Schulung, Beistand oder auch Therapie genannt und gleichgesetzt (Schieron 2003,S2, zit.n. Koch S10)“

3.2 Was ist pflegerische Beratung?

„Beratung ist ein sehr vielseitiger und unspezifischer Begriff (vgl. Koch- Straube 2003 S2), der eine Spannweite möglicher Bedeutungsinhalte offen lässt (vgl. Engel 2006). Im Alltag wird sie oft mit empfehlen, informieren, unterweisen und dem Erteilen von gut gemeinten Ratschlägen gleichgesetzt. Im psychologischen, psychotherapeutischen, psychosozialen oder sozialberuflichen Bereich herrscht die Vorstellung von Beratung als reduzierte oder verkleinerte Therapie. In diesem allgemeinen Sinne war der Beratungsbegriff seit jeher auch in der Pflege präsent: informieren, Tipps geben, trösten, beruhigen und ermutigen (vgl. Koch- Straube 2003, S. 2).“

3.3 Umschreibungen des Beratungsbegriffes in der Pflege

Auf Grund der vielen Teilbereiche in der Pflege kann der Begriff Beratung inhaltlich schwer mit einer allgemein gültigen Definition gefasst werden.

„In allen Pflege-theorien ist die Aufforderung zur Bestärkung der Klienten enthalten. Schon Henderson sprach von „Kraft, Wille und Wissen“ der Patienten. Orem hat diesen Ansatz zur Selbstpflege-theorie verfeinert. Ziel ist es, dass der Patient durch Stärkung seiner Ressourcen und Vermittlung von gesundheitsrelevanten Wissen die eigne Alltagskompetenz wiedererlangt (Pflege heute, 5. Auflage, Urban und Fischer 2011, S180, 7.1.2)“

In dieser Arbeit wird vorwiegend das Beratungskonzept von Roswitha Engel berücksichtigt. Engel und Koch-Straube stellen den problemlösenden Ansatz nicht in den Vordergrund. Sie lassen viel Platz für präventives, gesundheitsförderndes und ressourcenorientiertes Handeln. Es werden hier jedoch weitere Beratungstheorien kurz angeschnitten um zu zeigen, dass es verschiedenen Beratungstheorien gibt.

„Beratung ist (...) ein gemeinsamer und gemeinsam verantwortlicher Prozess des Suchens und Verstehens, in den die Klienten ihr Wissen, ihre Kompetenz, ihre Sicht von der Welt und ihrem Leben, ihre Erfahrungen einbringen und die Pflegenden ihr fachbezogenes Wissen und ihre Kompetenz, ihre Erfahrungen und die Fähigkeit, den Beratungsprozess zu initiieren, zu gestalten und zu einem Abschluss zu bringen (Koch-Straube 2003, S.86).“ „Suchen ist das gemeinsame Verstehen von potenziellen Problemlösungen, Verstehen meint die Sensibilisierung für ein Problem und dessen Ordnung (Koch, 2005; S. 14)“

„Beratung ist ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird.(vgl. Gittler-Bebestreit, 2006, S 38)“

„Beratung ist von einem Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden

unterstützt/optimiert bzw. seine Kompetenz zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben / des Problems verbessert werden“ (Dorsch 1982,88)“

„Beratung ist keine lenkende Ratgebung, da bei einem Ratschlag die Eigenbemühungen des Ratsuchenden weder optimiert noch unterstützt werden. Beratung ist ein professionelles, d.h. beruflich ausgeübtes Geschehen, dass vom Berater Kompetenz auf verschiedensten Gebieten verlangt und somit erlernt werden muss. Neben diesen Kompetenzen (z.B. Methodenvielfalt, Fachwissen, soziale und kommunikative Kompetenz, Feldkompetenz) muss sich der Berater zusätzlich ethische Grundwerte aneignen, die sich am deutlichsten über die Beratungsvariablen Empathie¹, Kongruenz² und Akzeptanz³ (vgl. u.a. Rogers 1983) erklären.“

Der von Engel konstruierte Beratungsbegriff wird hier näher ausgeführt, weil er sich in der Ernährungsberatung und auch im pädiatrischen Bereich gut einsetzen lässt. Er wird in einem eigenem Punkt behandelt.

¹ Empathie bezeichnet die Fähigkeit, Gedanken, Emotionen, Absichten und Persönlichkeitsmerkmale eines anderen Menschen oder eines Tieres zu erkennen und zu verstehen. Zur Empathie gehört auch die eigene Reaktion auf die Gefühle Anderer wie zum Beispiel Mitleid, Trauer, Schmerz oder Hilfsimpuls (wikipedia.at Stand Dezember 2012)“

² Kongruenz in der menschlichen Kommunikation ist die Übereinstimmung von verbaler und nonverbaler Aussage

³ „Akzeptanz (von lat. „accipere“ für gutheißen, annehmen, billigen) ist eine Substantivierung des Verbes akzeptieren, welches verstanden wird als annehmen, anerkennen, einwilligen, hinnehmen, billigen, mit jemandem oder etwas einverstanden sein. Dementsprechend kann Akzeptanz definiert werden als Bereitschaft, etwas oder jemanden zu akzeptieren (Drosdowski, 1989). Es wird deutlich, dass Akzeptanz auf Freiwilligkeit beruht. Darüber hinaus besteht eine aktive Komponente, im Gegensatz zur passiven, durch das Wort Toleranz beschriebenen Duldung. Akzeptanz drückt ein zustimmendes Werturteil aus und bildet demnach den Gegensatz zur Ablehnung (Aversion).(wikipedia.at Stand Dezember 2012)“

3.4 Aufgabenstellung an die Pflege

„Problembewältigung: „Beratung hat hier die Aufgabe, den Klienten dabei zu unterstützen, Probleme oder Störungen zu beseitigen, Defizite zu kompensieren und Schädigungen zu heilen (Engel 2006).“

Erweiterung im Umgang mit Ressourcen: „Individuen werden durch Beratung dabei unterstützt, aus eigenen Erfahrungen und eigener Kraft, Potentiale zu erkennen und diese weiterzuentwickeln. Hierbei nimmt Beratung eine wachstumsfördernde Rolle ein. (Engel, 2006,)“

Prävention, es wird versucht, Probleme und deren Ursache vorwegzunehmen, mit ihnen umzugehen oder diesen vorzubeugen. (Engel 2006)“

„Gesundheitsförderung, dient der Stärkung gesundheitserhaltender Faktoren (Engel, 2006,S.35).“

Prävention und Gesundheitsförderung sind wesentliche Bestandteile der Pflege und werden vermehrt auch in Expertenstandards berücksichtigt.

Bei sehr komplexen Situationen können auch mehrere Aufgabenbereiche zum Einsatz kommen.

Der Lernprozess

Beratung funktioniert nur dann, wenn sie zu einem Lernprozess führt.

Damit es bei einem Lernprozess zu Verhaltensänderung kommen kann/soll, ist es wichtig, dass der Klient aktiv mit einbezogen wird. Die Veränderung im Verhalten wird als Lernen definiert. Das Lernen ist erfolgt, wenn Wissen und neu erworbene Fähigkeiten in das alltägliche Leben integriert wurden.

Das Lernen wird in drei Arten eingeteilt, das kognitive Lernen, das affektive Lernen und das psychomotorische Lernen. Lernen erfordert das komplexe Verstehen von konkreten und abstrakten Konzepten.

Das kognitive Lernen, Lernen durch Verstehen, kann auch bei Personen, die nicht schreiben und lesen können, also auch Kindern, stattfinden. Das Informationsmaterial kann sowohl aus mündlichen Mitteilungen, schriftlichen Informationen, als auch aus Bildmaterial bestehen.

Das affektive Lernen steht eng im Zusammenhang mit Gefühlen und Werten, es ist besonders bei Ernährungsempfehlungen von großer Bedeutung, da es eine Veränderung des Verhaltens erfordert.

Das psychomotorische Lernen betrifft in erster Linie die motorischen Fähigkeiten.

Auch die Verschiedenen Lerntypen sollten berücksichtigt werden. Es gibt Typen des Sehens, Hörens, und Berührens.

„Es hat sich herausgestellt, dass die Verankerung der vermittelten Inhalte im Gedächtnis durch die Kombination verschieden Kanäle gesteigert wird –
Die Merkleistung ist

- Bei bloßen Zuhören mit 20% am niedrigsten

- Beim bloßen Sehen 30%

- Bei der Kombination von Hören und Sehen 50%

- Beim Nachsprechen weiter gesteigert

- Beim selbstständigen Durchführen mit 90% am höchsten.(Pfleger heute, S182)“

3.5 Grundlagen der Beratungskonzepte

„Derzeit vorhandene Beratungskonzepte, welche der Pflege als Vorlage oder zur Orientierung dienen können, kommen aus dem Bereich der Psychologie mit den drei großen Gruppen der Tiefenpsychologie, der Verhaltenstherapie und der Humanistischen Psychologie (vgl. Koch- Straube und Bachmann 2001, S.99/ Koch- Straube 2003, S. 10).“

„Andere Verfahren, wie z.B. systemische Konzepte oder sozialwissenschaftliche Konzepte entwickelten sich aus dem Bereich der Sozialwissenschaften oder der sozialen Arbeit.

Jedes Beratungskonzept setzt unterschiedliche Schwerpunkte in Bezug auf das Menschenbild, das Verändern von Verhalten und die Ziele der Beratung (vgl. Koch- Straube und Bachmann 2001, S.100).“

In den psychoanalytisch orientierten Beratungsansätzen liegt das Augenmerk auf dem Individuum mit seiner Psychodynamik und seiner Entwicklungsgeschichte. (vgl.Engel 2006)

Beim klientenzentrierten Beratungsansatz , geht zurück auf Carl Ransom Rogers (1902-1987), stehen die Erfahrungen, die Erlebenszusammenhänge und die Entwicklung einer Person im Mittelpunkt. Kognitive Anteile werden sekundär behandelt.Das Umfeld des Klienten findet dabei ebenfalls Beachtung. (vgl. Engel, 2006, S17)

Die verhaltenstheoretische Beratung zielt darauf ab, Bedingungen zu verändern, welche die Verhaltensschwierigkeiten aufrecht erhalten oder fördern.

Bei der systemischen Beratung wird davon ausgegangen, dass neben psychischen Ursachen und der Wahrnehmung, auch das soziale System des Klienten eine zentrale Rolle für Probleme und Störungen ist.

Die oben angeführten der Psychologie Ansätze lassen sich nur bedingt in die Pflege integrieren. So würde eine systemische Beratung, in der das soziale Umfeld des Klienten mit einbezogen werden würde oder ein tiefenpsychologischer Ansatz sowohl den Ausbildungsrahmen in der Krankenpflege sprengen, als auch die zeitlichen Ressourcen massiv überschreiten.

3.6 Die besonderen Erfordernisse der Beratungsansätze für die Pflege

Die Beratung findet immer im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit statt, starre Beratungssysteme finden hier wenig Anwendung, da die Bandbreite der Bedürfnisse des einzelnen Klienten sehr breit gefächert ist. Ein besonderes Erfordernis ist es, sich auf die sozialen, kulturellen und intellektuellen Eigenheiten eines jeden einzelnen einzulassen.

„Anders, als in den zuvor genannten Disziplinen, ist der Anlass für pflegerische Intervention und Beratung primär die Erkrankung und das körperliche Gebrechen eines Patienten (vgl. Koch- Straube und Bachmann 2003, S.86). Der Klient ist also ein Patient, dessen Krankheit Ursache seines Problems ist, sein Problem verstärkt (vgl. Tschudin 1990, S.13) oder der ein Problem hat, welches seine Erkrankung verursacht. Beratung ist in diesem Kontext sehr situations- und problemnah, stellt aber auch große Anforderungen an den Berater. Beratung im Prozess der Pflege steht immer im Spannungsfeld zwischen Gesundsein und Kranksein und soll Menschen dabei unterstützen, ihre veränderte Lebenssituation zu bewältigen. Laut Koch- Straube (2003, S.10) ist es wenig sinnvoll, sich einem beratungstheoretischen Ansatz zu verschreiben, sinnvoller sind individuell angepasste Methoden. (Koch- Straube, 2003)“

3.7 Arten von Beratung

3.7.1 Die Expertenberatung

„Bei der Expertenberatung handelt es sich um eine aufgabenorientierte und von dem Betreffenden nachgesuchte direktive Beratung. Der Ratsuchende hat sein Problem selbst erkannt und erwartet vom Berater fertige Ergebnisse oder Vorschläge zur Lösung (König/ Vollmer, 2000, S.47; Fatzer 1993, S.63f, zitiert in Schneider und Poser 2005, S.394).“

Die Problemlösung steht im Vordergrund, Fachwissen und kommunikative Kompetenz stehen im Vordergrund. Es handelt sich in erster Linie um eine Informationsweitergabe.

3.7.2 Die Prozessberatung

Bei der Prozessberatung soll der Ratsuchende bei der selbständigen Problemlösung unterstützt werden. Die Ressourcenorientierung steht im Vordergrund.

Beide Beratungsarten können miteinander verbunden werden.

3.8 Anforderungen an einen/e professionelle/n PflegeberaterIn

„Piechotta beschreibt (2006, S.215) folgende Anforderungen an einen professionellen Berater.

Der Berater-

- sollte einen Beratungsauftrag erkennen können und diesen mit dem Klienten gemeinsam benennen
- sollte über Fachwissen bezüglich Beratungs- und Kommunikationstechniken verfügen
- sollte eine Grundhaltung haben, die von Respekt, Wertschätzung, Akzeptanz, Empathie, Offenheit und Neugier geprägt ist
- sollte aktiv zuhören können
- sollte einen hohen Grad an (Selbst)-Reflexivität haben und in der Lage zur Gegenübertragungswahrnehmung und -analyse sein

Dazu sollte noch ergänzend hinzufügen werden, dass ein professioneller Berater in der Pflege auch über einen gewissen Fundus an pflegerischem Fachwissen im jeweiligen Tätigkeitsfeld verfügen muss.“

„So merken Abt-Zegelin und Huneke (1999, S.12) an, dass sich die Beratungskompetenz auf die Fachkompetenz stützen sollte. Der Berater sollte auch in der Lage sein, seinen Wissensstand zu aktualisieren, neue wissenschaftliche Erkenntnisse mit aufzunehmen und diese umsetzen.“

„Laut Koch- Straube zeichnet sich professionelle pflegerische Beratungskompetenz darin aus, dass:

- die Situation des Patienten (physisch und psychosozial) ganzheitlich wahrgenommen wird
- individuelle und umfeldbezogenen Ressourcen und Entwicklungschancen erfasst und diese mit dem Patienten erörtert werden
- ein gemeinsames Entwickeln von Lösungsschritten auf der Grundlage von Potentialen, Wünschen, Werten und Erfahrungen stattfindet. Die Selbstbestimmung des Patienten wird dabei geachtet.

Pflegende sind dabei die Experten ihres Fachs, der Patient jedoch ist Experte seines Lebens.“

In der Pädiatrie sind die Eltern Experten für ihre Kinder.

Lt. Fachbuch für die Pflege sind folgende Kriterien ausschlaggebend:

„Prinzipien der Lernpsychologie z.B. bei der Vermittlung von neuem Wissen an Bekanntes anknüpfen

Aufmerksamkeit zentrieren

Vorteile und Nutzen des neuen Wissen betonen

Alltagsrelevante Aspekte ansprechen

Möglichst viel visualisieren, anschaulich machen z.B. durch Zeichnungen, Modelle, Beispiele

Praktische Übungen zur Verfügung stellen

Den Patienten aktiv teilnehmen lassen, auf Fragen eingehen

Keine Ängste aufkommen lassen, weil sie das Aufnehmen und Behalten von Inhalten behindern

Falsche Vorabinformationen behutsam korrigieren

Intonation, Gestik, Blickkontakt und Körpersprache sollen verstärken

Aufmerksamkeit des Patient nicht überfordern durch ein Überangebot

Pausen berücksichtigen

Bei der Vermittlung des Wissens Prioritäten setzen, nicht alle Aspekte sind gleich wichtig

Familiäres und soziales Netzwerk für eine positive Verstärkung nutzen.(Pflege heute, S181)“

3.9 Evidence-based Nursing

„Laut Behrens und Langer (2006) kann Evidence- based Nursing (EBN) als „die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlichen belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden“(Behrens und Langer 2006, S.27) definiert werden.“

„Evidence -based Nursing soll den wissenschaftlich Nachweis liefern, damit in derartigen Entscheidungen die empirisch überprüfte Effektivität von pflegerelevanten Interventionen einfließen kann. Behrens und Langer (2006)

sprechen von sechs Schritten, in denen EBN abläuft, die dem Weg „von der internen zur externen Evidence und zurück“ (Behrens und Langer, 2006, S.22) beschreiben und die in der Entscheidungspraxis mit dem Patienten berücksichtigt werden sollten.“

„Die Aufgabenstellung ist der erste Schritt, damit eine beantwortbare Frage im zweiten formuliert werden kann. Daraus ergibt sich mit der Literaturrecherche der dritte Schritt, dieser wird im Vierten kritisch beurteilt, anschließend im fünften Schritt in die Praxis implementiert. Der sechste Schritt stellt die Evaluierung dar.(Behrens und Langer, 2006)“

„Unter externer Evidence wird das Wissen in den Datenbanken verstanden, sie existiert unabhängig von der Pflegeperson. Unter interner Evidence wird das an Überzeugungen und an die Kommunikation zwischen Pflegeperson und Patient gebundene Wissen verstanden. Bei dieser spielen persönliche Erfahrungen eine große Rolle. (Behrens und Langer, 2006)“

„Die Einführung von Qualitätskriterien in der Patientenedukation steht noch am Anfang. Gängige Verfahren beziehen sich auf die evidenzbasierten medizinischen Informationen“ (Pflege heute, S181)

3.10 Unterschiede im pädiatrischen Bereich

„Die Pädiatrie, deutsch Kinderheilkunde, ist die Lehre von der Entwicklung des kindlichen und jugendlichen Organismus, seiner Erkrankungen und ihrer Behandlung. Sie erstreckt sich über alle Teilgebiete der klinischen Medizin und hat eine starke Betonung in der Prävention.(wikipedia.at,Stand März 2008)“

Die Kinderkrankenpflege ist ein Teilgebiet der Krankenpflege. Sie wird von vorwiegend Kinderkrankenpflegerinnen ausgeübt.(Ausbildungsmöglichkeiten: Diplomierte Kinderkrankenschwester; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege mit Aufbaulehrgang Kinderkrankenpflege) Bei diesem Beruf handelt es sich um einen eigenständigen Ausbildungsberuf. Es werden Kinder und Jugendliche bis zum achtzehnten Lebensjahr betreut. „Laut Artikel 8 der EACH Charter haben Kinder ein Recht auf Personal, das durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt ist, auf die körperlichen, seelischen und entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien einzugehen (EACH Charta, 2006, S22).“

„Als einen Angehörigen bezeichnet man eine zu einer anderen Person oder zu einer Gruppe von Personen in einem besonderen rechtlichen oder soziologischen Verhältnis stehende Person, wenn man dieses besondere Verhältnis hervorheben will. Zumeist sind Personen gemeint, die in engem, familiären oder persönlichen Verhältnis zueinander stehen, z.B die Eltern.(vgl Sandra Bachmann, Koch-Straube 2001, S136)

Die Pflegetätigkeit im pädiatrischen Bereich unterscheidet sich gerade in der Beratung entscheidend vom Bereich der Erwachsenenpflege.

Eine erwachsene Person wird in ihrer Selbstkompetenz gestärkt, sodass sie später ihre Pflege oder Betreuung selbst übernehmen oder sie an eine andere Person weiter geben kann.

Es bleibt jedoch ihre Entscheidung, ob sie die Therapie annimmt. Die Pflege kann hier beraten, informieren und schulen, die Selbstverantwortung bleibt beim Patienten. In der Kinderkranken- und Jugendlichenpflege trifft die Pflege eine andere Verantwortlichkeit laut ABGB (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch), die elterliche Entscheidung ist ausschlaggebend.

Gleichzeitig sind in der EACH Charta (European Association for Children in Hospital) die Rechte des Kindes im Krankenhaus in 10 Artikeln festgehalten. Artikel 8 wurde bereits erwähnt. „Artikel 4 besagt, dass Kinder sowie ihre Eltern das Recht haben, ihrem Alter und ihrem Verständnis entsprechend informiert zu werden. (EACH Charta, 2006, S 15)“

Die große Herausforderung besteht darin, die Kompetenz der Eltern zu fördern und ihnen die oftmals aufwendige Betreuung und Pflege ihres kranken Kindes in ihrer Verantwortung begreiflich zu machen. Jedoch muss auch das Kind altersentsprechend informiert werden und in die Beratung mit einbezogen werden. Oft müssen Beratungsinhalte von den Angehörigen als Erziehungsmaßnahme an die Kinder weitergegeben werden. „Di Piazza sieht die Beratung als einen Teil des Erziehungsprozesses. (vgl. die Piazza 2001, S.7)“

Ein typisches Beispiel dafür aus der Kinderkrankenpflege ist die Einnahme von oralen Medikamenten. Auch wenn im Sinne einer Beratung das Kind informiert wurde, dieses jedoch die Einnahme verweigert, müssen die Angehörigen erziehend eingreifen. Die selbe Problemstellung findet sich in vielen Bereichen der Pflege, unter anderem auch in der Ernährung.

3.11 Die Situation der Kinder in der Kinderkranken- und Jugendlichenpflege

„Die Rollenverschiebung von der „Ersatzmutterrolle“, die noch in den 70iger Jahren durch streng geregelte Besuchszeiten und hauptsächlich grundpflegerischen Tätigkeiten ausgefüllt war, fordert nun in den letzten Jahren ein neues Pflegeverständnis mit dem erweiterten Spektrum der familienorientierten Pflege. (Bachmann, zit. nach Koch-Straube, 2001, S.137-138)“

„Die neuen Tätigkeitsprofile lauten: Anleiten, Beraten, Unterrichten, Diagnostizieren und Begutachten. (Holoch 2000, S.505, zit. nach Koch, 2005, S.9)“

„Heute hat sich die Betreuung kranker Kinder zu einer vielseitigen Aufgabe entwickelt. Das Pflegepersonal in der Pädiatrie arbeitet in einem multidisziplinären Team nicht mehr nur mit dem Arzt zusammen, sondern auch mit Sozialarbeitern, Erziehern und Physiotherapeuten, um hier nur einige Disziplinen zu nennen. Zusätzlich führten offene Besuchszeiten und die Mitaufnahme von Bezugspersonen im Krankenhaus, beginnend in den 70iger Jahren, zu grundlegenden Veränderungen

des Kompetenzprofils in der pädiatrischen Pflege. So steht heute im Mittelpunkt des Geschehens die gesamte Familie.

Das erkrankte Kind mit seinen Angehörigen, Geschwistern, Großeltern und anderen. (zit. nach Koch, 2005, S. 8)“ (vgl. Bachmann, Koch-Straube 2001, S. 136-138)

„Dabei versteht sich Beratung in der Kinderkrankenpflege als eine Unterstützung der Eltern beim Finden eines gemeinsamen Lösungsweges und unterstützt diese bei der Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Die Lösung bezieht sich auf ein Pflegeproblem des Kindes. (di Piazza 2001, S. 7, zit. nach Koch, 2005, S. 20-21)“

„Haben Eltern im Beratungsprozess gelernt, sind sie in der Lage, zukünftig anders zu reagieren. In einem von Eltern als erfolgreich betrachteten Beratungsprozess kommt es zu einer Verhaltensänderung. (di Piazza, 2001, S. 7, zit. nach Koch, 2005, S. 20)“

„Mit den Beratungsaktivitäten Informieren/Empfehlen, Anleiten und Beraten lassen sich die Ziele von Beratung in der Kinderkrankenpflege, die Förderung der elterlichen Ressourcen, der Problemlösungskompetenz und der Verantwortlichkeit für Gesundheit realisieren. (di Piazza, 2001, S. 8, vgl. nach Koch, 2005, S. 20)“

Di Piazza setzt sich mit der psychosozialen und pädagogischen Beratungsliteratur auseinander und transferiert diese Erkenntnisse in die Kinderkrankenpflege. Da es viele Beratungsdefinitionen gibt, wurde schon dargestellt. Bei allen Definitionen ist ein gemeinsamer Punkt zu erkennen, nämlich das Ziel der Verhaltensänderung. Diese Veränderung hat Einfluss auf das ganze System Familie.

Der Erziehungsprozess bei Kindern beinhaltet Beratung, je älter der zu Erziehende wird, umso mehr wird aus Erziehung Beratung. Beratung ist ein Lehr-/ Lernprozess und ist im Prozess der Erziehung enthalten.

Die Pflegekraft erkennt Defizite in der Pflege und strebt mit den Angehörigen und je nach Alter ggf. auch dem Kind einen Lösungsversuch an. Beratung in der Kinderkrankenpflege versteht sich als Unterstützung der Eltern beim Finden eines gemeinsamen Lösungsweges und unterstützt diese bei der Umsetzung der geplanten Maßnahmen. (vgl. Di Piazza, 2001)

3.12 Die Stufen der Beratung

„Initiale Phase/Benennen

Aufbau des Kontaktes, einer vertrauensvollen Beziehung, Herausfinden der Themen und Fragestellungen, des Konfliktes und Einordnung in den Kontext.

Aktionsphase/Erleben

Entfaltung des Themas, seine biographische Einordnung erkennen, Erfahrungen auf der Basis des kognitiven, emotionalen und somatomotorischen Erlebens gewinnen.

Integrationsphase/Reflektieren

Reflexion der Erfahrung aus der Aktionsphase

Neuorientierungsphase/Erprobung

Gedankliches, verhaltens- und realitätsorientiertes Experimentieren und Erproben der gewonnenen Einsicht, der Entscheidungen, des Verhaltens, z.B. Planung der aktiven, bewussten und von Selbstverantwortung getragenen Suche nach Alternativen. (Koch- Straube, 2001, S. 118 Tabelle)“

Stufenmodell nach Brenner

„Im Stufenmodell pflegerischer Kompetenz beschreibt sie fünf Leitgedanken der beratenden Tätigkeit. Sie umfassen

- Unterstützung zur Bewältigung und Integration von Krankheit oder Behinderung
- Mobilisation von Kräften zur Genesung
- Motivation zur Übernahme von Verantwortung
- Erhalt der Selbstbestimmung
- aktive Einbeziehung der Lebenswelt.

(Brenner, 1984, S. 90 ff, vgl. nach Gittler-Hebestreit, 2006, S. 18)“

3.13 Faktoren für das Gelingen einer guten Beratung

Auf das richtige Setting bei einem Gespräch ist zu achten. (ruhige Atmosphäre, keine Telefonate,...) Patienten und Angehörige sind immer wieder in ihrer Konzentration gestört, fühlen sich oftmals durch schlechte Beleuchtung oder ungemütliche Sitzpositionen negativ inspiriert. Es zeigt sich von Vorteil, wenn Räumlichkeiten gefunden werden können, die ausschließlich Schulungszwecken dienen.

Die Dauer sollte 30 Minuten nicht überschreiten, da danach die Merkfähigkeit abnimmt.

In weiterer Folge sollte das Bestreben der Pflege sein, von der Beratung und Schulung zwischendurch Abstand zu nehmen. Was jedoch nicht bedeutet das Beratung nicht in alle Handlungen integriert sein soll.

„Hilfe durch andere Eltern, die in einer ähnlichen Situation sind. Selbsthilfegruppen sehen viele Eltern als wichtige Austauschmöglichkeit an.
(Koch-Straube, 2001, S. 140)“

Weitere Faktoren die das Gelingen einer effizienten Beratung fördern

- Die Pflegeperson muss den Kenntnisstand und die Aufnahmefähigkeit des zu Beratenden einschätzen, weiters ist der kulturelle Aspekt mit einzubeziehen
- Ziele sollen festgelegt werden
- Der Beratende soll aktiv miteinbezogen werden
- Es sollen konkrete Verhaltensweisen vermittelt werden

Der Lernerfolg gehört evaluiert

Wobei man, nach nie vergessen sollte, dass das Erlernte erheblich abweichen kann von dem was in der Praxis umgesetzt wird.

Ziele der Beratung im pädiatrischen Bereich

In der pädiatrischen Pflege benötigen wir ein gemeinsames Ziel mit dem Patienten und dessen Angehörigen, das von Beginn an klar definiert werden muss.

Generelles Ziel der Beratung sind die Stärkung und Aktivierung der Fähigkeiten eines Menschen, die Herausforderung des täglichen Lebens zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, seine Probleme zu lösen und Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die die Gesundheit beeinflussen. Dies muss jedoch in der Kinderkrankenpflege von den Angehörigen und dem kindlichen Patienten getragen werden. (vgl. Koch, 2005, S. 21)

3.14 Hilfsmittel welche die Beratung unterstützen

3.14.1 Schriftliche Informationen

Entweder selbst erstellt oder angefordert von bestimmten Informationsstellen können sie allen Patienten und Angehörigen zugänglich gemacht werden. Sie können an Pinnwänden hängen, in Warteräumen aufliegen oder persönlich überreicht werden. Es gilt jedoch immer, vorab die Verständlichkeit des Materials abzuklären, egal ob inhaltlich oder sprachlich. Die Abklärung der Lesekompetenz der zu Beratenden hat große Bedeutung für die Evaluierung des Wissens der Leserin/des Lesers. Wichtig ist die kognitive, soziale und kulturelle Anpassung des Materials.

3.14.2 Multimedia

„Dieser Begriff wird verwendet, wenn mehrere Medien gleichzeitig zum Einsatz kommen. „Der Mensch lernt am besten, wenn gleichzeitig mehrere Sinneskanäle angeregt werden, (...).

3.14.3 Einsatz von Sammelmappen

Sie sind leicht zu transportieren, können überall den Beratenden zur Hand sein und eine Fülle an verschiedenen Informationen beinhalten. Sie können jederzeit ergänzt und somit aktualisiert werden. „Die Übersetzung des Inhaltes in Fremdsprachen ist vor allem in einigen städtischen Bereichen unerlässlich.

3.14.4 Fotoalben

Bildmaterial zeigt anschaulich verschiedene Lerninhalte.

3.14.5 Poster und Pinnwände

Beide sind ein gutes Mittel, um Informationen an Interessierte weiter zu geben. Eine klare verständliche Sprache oder Ausdruck ist enorm wichtig, um das Verständnis

des Lesers zu erlangen. Poster können auch gemeinsam mit dem zu Beratenden erstellt werden.

3.14.6 Interaktive Übungen

Interaktive Übungen sind einer der bedeutsamsten Ansätze in der Pädiatrie. Kinder lernen durch Begreifen und durch selbst tun. Aber auch Angehörige werden durch interaktive Ansätze in der Beratung gut bedient.

3.15. Anforderungen an die Pflegeperson in der Kinderheilkunde

Legt man die Veränderungen in der Pädiatrie, Beratungsdefinitionen, EACH Charta, Inhalte und Ziele der Beratung sowie forschungstheoretische Ansätze übereinander ergibt sich ein sehr komplexes Bild über die Anforderungen an eine Pflegende in der Kinderheilkunde.

In der Kinderpflege wird die Grundpflege der Patienten unter Anleitung der Pflegenden vorwiegend von Angehörigen übernommen. Unter diesen Bedingungen treffen sich zwei Fachpersonen, meist die Mutter, als Expertin für ihr Kind und die Pflegeperson als Pflegeexpertin. Dadurch entsteht einerseits ein Spannungsverhältnis, andererseits besteht auch die Gefahr eines Konkurrenzdenkens. Weiters arbeitet die Kinderkrankenpflege mit sehr unterschiedlichen Altersstufen. Die Betreuerin muss in der Lage sein, sowohl Kleinkinder als auch Jugendliche alters- und entwicklungsentsprechend, sowie deren erwachsenen Angehörigen zu beraten.

Dabei darf das Kind nicht über- oder unterfordert werden. Viele Kinder, insbesondere chronisch kranke, sind oft schon im Kindergarten neben ihren Angehörige Experten in Bezug auf ihre Erkrankung. Es braucht oft viel Empathie und Fachwissen, um Kinder für neue Behandlungsformen oder Lebensveränderungen zu gewinnen.

Wie schon Von Di Piazza beschrieben, müssen Angehörige manche Beratungsinhalte von Seiten der Erziehung in den Lebensalltag integrieren. Dies fordert von den Eltern konsequentes Handeln, und es entsteht auch oft das Gefühl, ein schlechter Elternteil zu sein, weil man das Beratungskonzept mit Nachdruck durchsetzen muss. Bei den Angehörigen im stationären Aufenthalt sieht jedoch „Verwöhnen“ vor „Konsequenz“.

Diese Konstellation erfordert erneut viel Professionalität und Feingefühl von der Pflegeperson.

4. Theoretischer Bezugsrahmen

4.1 Gesundheitsberatung in der Pflege von Roswitha Engel (2006)

„Laut Engel (2006) kann für den Bereich der Beratung in der Pflege derzeit von keiner „explizit existierenden Beratungstheorie ausgegangen werden, die einen vollständigen theoretischen Rahmen vorlegen oder der die Beratungspraxis in ausreichendem Maße zustimmen könnte (Engel, 2006, S.200).“ Die Definitionen von Beratung sind immer im Zusammenhang mit ihrer wissenschaftlichen Bezugsdisziplin zu sehen. Beratung der Psychologie, Sozialarbeit, Pädagogik und psychosozialer Arbeit spiegeln unterschiedliche Beratungspositionen wider. „Engel sieht sowohl in der Abgrenzung (Engel, 2006, S.10) als auch in der „Ergänzung“ zu diesen Beratungsdefinitionen (Engel, 2006, S10) die „Neudefinition von Beratung in der Pflege“ (Engel, 2006, S10)“

„Engel geht davon aus, dass durch gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen der Bedarf an professioneller Beratung in jüngster Zeit zugenommen hat. Beratung in der Pflege ist dann notwendig, wenn PatientInnen „im Setzen von Handlungsschritten und Entscheidungshilfen“ (Engel, 2006, S5) Unterstützung brauchen.“

In dem von Engel konstruierten pflegerlevanten Beratungsbegriff geht es um „Beratung, insbesondere Gesundheitsberatung in der Pflege als Prozess, bei dem in Zusammenarbeit mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen Lösungen zu existierenden oder potenziellen Problemsituationen, die den Gesundheitszustand des Patienten betreffen, erarbeitet werden. Es spielen zwei Ansätze in dieser Form der Beratung eine Rolle: Beratung die sich „auf Reaktionen von Krankheiten bezieht“ (Engel, 2006, S 200) sowie Beratung, die sich „auf Bedingungen zur Erhaltung bzw. Gestaltung von Gesundheit ausrichtet(Engel, 2006, S. 200)“

Engel führt weiters an, dass zwischen Beratung und Therapie eine grundsätzliche Trennlinie zu ziehen ist. „Beratung sei eine „Brücke zwischen Problemsystemen und Hilfssystemen (Engel, 2006, S. 32)“. Zu den Problemsystemen zählen Individuen, Gruppen von Individuen und Organisationen, während zu den Hilfssystemen Mittel (Geld, Recht, Arbeit), Soziales (Pflege, Ressourcen), Gesundheit (Medizin, Psychotherapie) und Bildung (Wissen, Kompetenz, Potenziale) zählen. Die Funktion der Beratung liegt in der Verständigung zwischen den Systemen, der Begleitung, der

Vorbereitung sowie der Abstimmung der Systeme aufeinander. Die Beratung erfolgt auf vier Ebenen:

1. „Sich über Sachverhalte informieren.(Engel, 2006, S. 32)“ Dabei informieren sich Berater und Klient gegenseitig über Gegebenheiten (z.B. Einfluss der Ernährung auf des Verhalten).
2. „Gemeinsam Maßnahmen planen (Engel, 2006, S. 32)“ Beratung besteht nicht nur aus Konversation, sondern sollte auch Maßnahmen zum Ziel haben. Problemlösende Handlungen sollten systematisch geplant werden.
3. „Inneres Erleben zum Ausdruck bringen (Engel, 2006, S. 32)“ Gefühle sollten in der Beratung wahrgenommen und berücksichtigt werden. Die in der klientenzentrierte Gesprächsführung von C. Rogers angeführten Wirkkräfte (Empathie,...) sollten in Beratungssituationen Anwendung finden.
4. „Beziehungsregeln aushandeln (Engel, 2006, S. 32)“ Beziehungen zwischen Berater und Klient müssen gestaltet werden. In der Kommunikation sollte vor allem Akzeptanz eine Rolle spielen.

„Beratung spielt sich auf allen vier Ebenen ab. Wenn Beratung zu keinem Ziel oder Ergebnis führt, ist eine spezialisierte Therapie angebracht. Therapeuten sind berechtigt, „tiefer gehende Explorationen“ (Engel, 2006, S. 32) zu erzielen. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass Beratung über einen kürzeren Zeitraum erfolgt als Therapie, eher aktuelle Probleme angreift und vorbeugende Ziele setzt. „Therapie wird hingegen eher bei schweren Störungen angewendet und bringt „eine tiefer gehende Arbeit soweit Selbstexploration des Betroffenen mit sich. (Engel, 2006, S. 34)“

Folgende Grundsätze spielen eine Rolle: die Ressourcenorientierung, die „Lösungsorientierung“ (Engel, 2006, S. 34), „die Präventionsorientierung“(Engel, 2006, S.34), die „Gesundheitsförderungsorientierung“ (Engel, 2006, S. 34) und die „Interaktionsorientierung“ (Engel, 2006, S. 35)

Unter Ressourcenorientierung wird die Annahme verstanden, dass Patienten immer über Ressourcenpotenziale verfügen, selbst dann, wenn sie größte Selbstpflegedefizite aufweisen.

Mit Lösungsorientierung ist das Finden einer gemeinsamen Lösung gemeint. Die Konstruktion einer Lösung steht einer Problemrekonstruktion gegenüber.

Unter Präventionsorientierung versteht man die präventive Beeinflussung potentiell krankmachender oder ein Pflegeproblem verursachender Faktoren.

Mit Gesundheitsförderungsorientierung ist die Bestärkung individueller, gesund erhaltender Faktoren gemeint.

Die Interaktionsorientierung beruht auf der Wirkung der zwischenmenschlichen Beziehung, die auf Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung basiert (Engel, 2006).

Laut Engel (2006) fließen Ansätze der klientenzentrierten Gesprächsführung sowie der systemisch fundierten Beratung in die Gesundheitsberatung in der Pflege ein. Demnach wird Gesundheitsberatung in der Pflege Empathie, Akzeptanz, Wertschätzung (Klientenzentrierte Gesprächsführung) sowie Ressourcen- und Lösungsorientierung (Systemisch fundierte Beratung) geprägt (Engel, 2006).

„Gesundheitsberatung in der Pflege ist „kein integraler Bestandteil einzelner Pflegehandlungen“ (Engel, 2006, S. 34), sondern eine „herausgehobene, eigenständige, von konkretem Beratungsbedarf ausgehende, patientenbezogene Aufgabe (Engel, 2006, S.34)“. Günstige Faktoren für die Effizienz der Gesundheitsberatung in der Pflege sind der Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patient und die Tatsache, dass Pflegepersonen über die allgemeine Lebenssituation und die Selbstpflegekompetenzen der Klienten von Grund auf informiert sind. (Engel, 2006)

4.1.1 Ressourcenorientierte Beratung

„Ressourcenorientiertes Beraten sucht nach „vorhandenen und/oder entwickelbaren Personen- und Umweltressourcen zur Bearbeitung von Problemsituationen.“ (Engel, 2006, S.40) Ausgehend von objektiven oder subjektiven Problemsituationen, besteht ein mehr oder weniger großer Anlass für eine Beratung. Solche Problemsituationen können Ressourcenverluste oder –defizite sein, wie Überforderung, Inkompetenz oder ein gescheitertes Zusammenwirken von persönlichen und Umweltressourcen.

Engel (2006) führt 5 Ansatzpunkte einer ressourcenorientierter Beratung an:

- Ressourcenorientierung: Nicht nur die vorhandenen Defizite von Menschen in Problemsituationen, sondern auch deren Stärken und Potenziale sollten berücksichtigt werden
- Ressourcendiagnostik: Ressourcen müssen erkannt und gegebenenfalls aktiviert werden. Ressourcen zu diagnostizieren ist genau so wichtig, wie Probleme zu diagnostizieren.
- Ressourcensicherung: Handelt es sich um ressourcenarme Klienten, so muss versucht werden, die so genannte Verlustspirale zu durchbrechen, um Ressourcen (ökologische, Ökonomische, soziale und persönliche) zu sichern oder zu gewinnen. Handelt es sich hingegen um ressourcenreiche Personen (z.B. präventive Beratung) so werden Ressourcen gezielt eingesetzt. Auf längere Sicht sollte ein Gleichgewicht zwischen Ressourceneinsatz und –gewinn hergestellt werden.
- Ressourcenanpassung: Ressourcen und Bedürfnisse sollten im Rahmen des Beratungsprozesses auf einander abgestimmt und angepasst werden. Engel (2006) nennt als Beispiel, dass wenig soziale Kompetenz einer KlientIn eventuell durch funktionierende Netzwerkverbindungen kompensiert werden kann.
- Rollenverständnis: Noch bevor Menschen Beratung wahrnehmen, mobilisieren sie oft ihre persönlichen Ressourcen und Umweltressourcen. Mit anderen Worten, Beratung als professionelle Ressourcenförderung und -sicherung, läuft häufig parallel mit nichtprofessioneller Ressourcenförderung und -sicherung ab. (Engel, 2006)

4.1.2 Lösungsorientierte Beratung

Das Ziel der lösungsorientierten Beratung ist primär die Lösungskonstruktion und nicht unbedingt die Problemrekonstruktion. Engel (2006) nennt 5 Ansatzpunkte für die lösungsorientierte Beratung:

1. Lösungsorientierung: Das Problem wird nur kurz beleuchtet, die Konzentration liegt auf der Lösung, wobei alternative Verhaltensmuster gesucht werden.
2. Nutzbarmachung von Ressourcen: Ressourcen werden versucht, nutzbar zu machen
3. Kostruktivität: Da jeder Patient anders wahrnimmt, ist auch ihre Realität unterschiedlich, Probleme werden umkonstruiert.
4. Veränderung: Durch die Lösung soll es zu einer Verhaltensänderung kommen. Bisherige Selbstbilder und Sichtweisen müssen durchbrochen werden
5. Minimalintervention: Eine kurze, zielgerichtete Beratung, wodurch Veränderungen erreicht werden sollen

4.1.3 Prävention und gesundheitsfördernde Beratung

Sie ist auf Personengruppen ausgerichtet, welche einen gesundheitlichen Risikofaktor aufweisen. Die Verhütung von Krankheit ist das Ziel.

Gesundheitsfördernde Beratung richtet sich an die Gesellschaft im Allgemeinen, und soll gesundheitsfördernde Verhaltensweisen fördern. Besonders Pflegepersonen sprechen mit Patienten über das Erleben und die Konsequenzen von Krankheit und können so einen wertvollen Beitrag zur Bewältigung von Problemen leisten.

Das Modell der Pathogenese ist die Grundlage der präventiven Beratung, das Modell der Salutogenese liegt der Gesundheitsförderung zu Grunde. Zweitere zielt auf die Nutzung von Ressourcen ab. Die Leitfrage lautet: warum bleiben Menschen trotz schwieriger Situationen gesund (Engel, 2006)

Die Pathogenese fragt: "Warum und wovon werden Menschen krank?" (Engel, 2006, S. 49) und zielt auf Risiken, wie Bewegungsmangel, Rauchen etc. ab.

4.2. Beratungstypen

Die aufklärende, die empfehlende, die erfordernisorientierte, die lösungserarbeitende und komplexe Beratung.

4.2.1 Die Aufklärende Beratung

Unter „aufklärende Beratung“ versteht man die bewusst, systematische Vermittlung von Informationen um einen bestimmten Wissensstand beim Patienten zu erreichen. Die Patienten sollten aktiver Gesprächspartner sein. Das Stellen von Fragen kann einen verbesserten Wissensstand hervorbringen. Diese Form der Beratung ist sinnvoll, wenn die Patienten den Wunsch äußern, mehr zusätzliches Wissen zu erwerben, wenn Vorkenntnisse vorhanden sind, auf die aufgebaut werden kann, Ziele bereits gesetzt sind und Patienten verstärkt am Behandlungs- und Pflegeprozess teilnehmen sollen.

Die aufklärende Beratung soll Ängste und Verunsicherungen abbauen, eine symmetrische Kommunikation anstreben, die Autonomie und Selbstbestimmung steigern, die Selbstpflege optimieren und eine Verbesserung des Kohärenzgefühls anstreben.

Die aufklärende Beratung erfolgt meist mündlich und kann durch den Einsatz von Informationsmaterial ergänzt werden.

4.2.2 Die Empfehlende Beratung

„Empfehlende Beratung“ bedeutet, dass die bewusste, systematische Informationsvermittlung mit der Empfehlung von Maßnahmen, die für die Patienten vorteilhaft wären, einzugehen. Eine Umsetzung ist nicht zwingend.

Eine empfehlende Beratung ist sinnvoll, wenn sie im Anschluss an eine aufklärende Beratung erfolgt, oder die Patienten damit überfordert sind, aus der Informationsfülle eine selbständige Entscheidung zu finden und den Wunsch nach einer von außen kommenden Empfehlung haben oder die Patienten bereits über Fachkenntnisse verfügen und diese glaubhaft vertreten.

Folgende Ziele können mit der empfehlenden Beratung verfolgt werden: Förderung der Teilnahme am Entscheidungsprozess, Stärkung der Kontrollübernahme und Optimierung der Selbstpflege

4.2.3 Die Erfordernisorientierte Beratung

Sie liegt vor, wenn bestimmte gesundheitsbezogene Maßnahmen durchgeführt werden müssen. Sie findet in Form von einem Einzelgespräch statt und wird eher mündlich geführt oder schriftlich mit mündlich ergänzenden Kommentaren.

Sie ist sinnvoll, wenn erforderlich Maßnahmen noch nicht sachgerecht durchgeführt wurden, Patienten die Auswirkungen unterlassener Maßnahmen nicht verstehen und abschätzen können und Patienten motiviert sind, am Pflege -und Betreuungsprogramm mitzuarbeiten.

Ziele für eine erfordernisorientierte Beratung können das perfekte Durchführen von Maßnahmen sein.

4.2.4 Die Lösungserarbeitende Beratung

Sie konzentriert sich auf die Problemlösung, das Problem wird nur kurz angesprochen. Sie konzentriert sich auf die Ressourcen und die vorhandenen Kompetenzen von Patienten, um Lösungen für das Problem zu finden. Sie ist eine Einzelberatung.

Sie berücksichtigt einige Ansatzpunkte der systematischen Beratung:

„Blick auf alternative Verhaltensmöglichkeiten“ (Engel, 2006, S. 68) Es besteht die Annahme, dass es für alle Probleme eine Lösung gibt, die nur entdeckt werden muss.

„Nutzbarmachung vorhandener Ressourcen“ (Engel, 2006, S. 168)

„Der Patient als Experte“ (Engel, 2006, S. 168) Die Pflegeperson unterstützt den Patienten dabei eine Lösung zu finden.

„Selbstwirksamkeit“, der Patient wird bestärkt, eine Lösung selbständig zu finden. (Engel, 2006)

Eine „Lösungserarbeitende Beratung“ ist sinnvoll, wenn Patienten ein beratungsrelevantes Problem äußern oder den Wunsch haben, eine alternative Lösung für ein Problem zu erarbeiten.

Ziele können sein, den Patienten bei seiner Zielverfolgung zu unterstützen, neue Sichtweisen entstehen zu lassen oder dem Patienten Anerkennung für seine Lösung zukommen zu lassen.

4.2.5 Die Komplexe Beratung

Darunter wird der Ansatz verstanden, eine aufklärende, empfehlende und erfordernisorientierte Beratung in einer komplexen Problemsituation anzuwenden. Sie findet in Form von Einzelberatungen statt.

5. Methodenteil

5.1. Forschungsansatz

Ziel der Arbeit ist es, ernährungsbedingte Verhaltensmuster, die sich gesundheitsfördernd auf das Krankheitsbild ADHS auswirken, zusammenzufassen und eine Informationssammlung zu entwerfen, die in der Praxis an den Patienten und dessen Angehörigen weitergegeben werden kann.

Ein Beratungskonzept soll gefunden werden, das sich im Alltag umsetzen lässt.

Neben den Schwerpunkten des Beratungsgesprächs sind Forschungsarbeiten über ernährungsmäßige Zusammenhänge die Grundlage dieser Literaturarbeit.

Ziel einer Forschungsliteraturübersicht ist die Zusammenfassung des derzeitig bestehenden wissenschaftlichen Wissens zu einer Forschungsfrage. Die wissensbasierten Informationen sollen erkannt und zusammengefügt werden, um Empfehlungen für die Pflegepraxis ableiten zu können. Für die Erstellung einer systematischen Literaturübersicht ist das Recherchieren von Literaturquellen erforderlich. Es muss dargestellt werden, wie zuverlässig die ausgewählten Studien sind und „welche Lücken im Fundus an Forschungsarbeiten bestehen“ (Polit, Beck und Hungler; 2004, S. 155)

Behrens und Langer (2006) unterscheiden zwischen Übersichtsarbeit (Reviews) und systematischen Literaturübersichten. In der Übersichtsarbeit werden keine Ausschlusskriterien definiert. Sie stellt einen allgemeinen, subjektiven Überblick dar, Meinungen können vorkommen. Bei einer systematischen Übersichtsarbeit werden Publikationen nach einer vorher festgelegten Methode ausgewählt. Diese wird samt definierten Ein- und Ausschlusskriterien detailliert beschrieben. (Behrens und Langer, 2006)

5.2.Literaturrecherche

Neben dem allgemein zugänglichen Internet wurden Artikel aus Fachzeitschriften, Ratgebern und Büchern für diese Übersichtsarbeit zusammengetragen. Ein Teil der Ernährungsempfehlungen stammt direkt von Ausbildungs- und Forschungszentren für Ernährung und orthomolekulare Nährstoffmedizin, wie das Institut für Nährstofftherapie Lungau GmbH und Orthotherapie.

Im deutschsprachigen Raum lässt sich nur wenig über die Beratung in der Kinderkrankenpflege finden. In dieser Arbeit finden unter anderem der Artikel von Simone de Piazza, „Beratung in der Kinderkrankenpflege“(Pfleger 2001;14:5-11), und die Diplomarbeit von Julia Koch, Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen- Lippe im Studiengang Pflege mit dem Thema, „Untersuchung zum Stand der Beratung von Angehörigen in der Kinderkrankenpflege- Konsequenz für die Fortbildung“, Verwendung.

5.3. Darstellung der ernährungsbedingten Inhalte

Die Inhalte jedes einzelnen Publikationen oder Artikels wurden zusammengefasst. Der Schwerpunkt liegt auf den ernährungsbedingten Erkenntnissen. Die ernährungsmäßige Zusammenfassung wurde unter dem jeweiligen Studiennamen, Artikel, Buch, Autor und Jahr geschrieben.

6. Ernährungsbedingte Artikel und Studien

Deutschlandfunk, Forschung aktuell, 6.4.2011, Thekla Jahn, Diät bei ADHS
Der Artikel zeigt, dass ADHS und Nahrungsmittelunverträglichkeiten zusammen hängen können.

Lidy Pelsser vom ADHS Research Center in Eindhoven hat sich zusammen mit ihren niederländischen Kollegen von der Universität Rotterdam auf die Ursachensuche begeben und dabei die Ernährung ins Visier genommen. Bei ihrer Studie mit 100 ADHS-Kindern im Alter zwischen vier und acht Jahren bekam die Hälfte eine sogenannte Eliminationsdiät. Sie aßen nur Reis, Gemüse und Fleisch. Alles andere wurde aus dem Speiseplan herausgenommen, "eliminiert".

Bei 64% der Kinder mit Diät sind die Symptome verschwunden, sie verhielten sich wie normale, durchschnittliche Kinder ohne ADHS. Nach 5 Wochen Diät wurden einzelne Lebensmittel dazu gegeben. Jene Nahrungsmittel, bei denen die Symptome zurückkehrten, wurden aus dem Speiseplan gestrichen. Meist waren es 4-5 Lebensmittel, die eliminiert werden mussten, diese waren jedoch von Kind zu Kind verschieden, betrafen jedoch in erster Linie Produkte mit Zucker und Weißmehl. Für die Eltern durchaus kein Zuckerschlecken, dafür aber wirkungsvoll. Zu dieser Einschätzung der Studienergebnisse kommt auch Prof. Manfred Döpfner, Leiter des ADHS-Zentrums an der Universität Köln.

Die Autoren der Studie versuchten die Diät zu umgehen und eine Messung von IgG und IgE Werten im Blut der Kinder zu messen. Sie hofften auf einen Hinweis auf vorhandene Allergien. Diese Bluttest haben sich nicht als erfolgreich gezeigt.

krone.at 2.4.2012-ADHS wird bei Kindern häufig falsch

Forscher der Ruhr-Universität Bochum und der Universität Basel belegen, dass ADHS von Therapeuten häufig zu vorsehnell diagnostiziert wird, insbesondere bei Buben werden mehr Fehldiagnosen gestellt.

**„Alternative Medicine Review Volume 12, Number 3 2007, Review Article
Omega-3 DHA and EPA for Cognition, Behavior, and Mood: Clinical Findings
and Structural- Functional Synergies with Cell Membrane Phospholipids
Parris M. Kidd, PhD“**

Die Omega-3-Fettsäuren Docosahexaensäure (DHA) und Eicosapentaensäure (EPA) sind orthomolekulare, bedingt essentielle Nährstoffe, die die Lebensqualität verbessern können. DHA ist erwiesen wesentlich prä-und postnatalen Entwicklung des Gehirns, während EPA mehr Einfluss auf das Verhalten und Stimmung zu haben scheint. In doppel-blinden, randomisierten, kontrollierten Studien haben DHA und EPA-Kombinationen gezeigt, dass Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, Autismus, Dyspraxie, Dyslexie und Aggression von einer DHE/EPA Supplementierung profitieren können. Ausreichende Ernährung mit DHA und EPA ist grundlegend für die Hirnfunktion. DHA / EPA sind im Erwachsenenalter und vor allem in der Zeit der Gehirnentwicklungsschübe, besonders in der prä-und postnatale Entwicklung, wichtig. Nahrungsergänzung mit DHA und EPA hat sich vorteilhaft für viele der bekannten höheren geistigen Funktionen ausgewirkt.

**„Untersuchung unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Brigitte Hackenberg,
„Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität
Wien, ADHS Kinder unter der Therapie mit Omega 3/6 Fettsäuren (3. Int.
Congress on ADHD in Berlin com 26.-29. Mai 2011).“**

Omega 3/6 Fettsäuren wirken sich positiv bei ADHS aus.

Allerdings stellt eine rezente Übersichtsarbeit (Sonuga-Barke et al, 2013) diese Zusammenhänge auf die Omega-3- und Omega-6 Fettsäuren insofern infrage, als die wenigsten Studien prospektiv, randomisiert und doppelblind durchgeführt wurden, und dass die in den nicht kontrollierten Studien augenscheinlichen Unterschiede verschwinden, wenn die „höherwertigen“ Studien herangezogen werden!

„Fatty Acids in Dyslexia, Dyspraxia, ADHD and the Autistic Spectrum

Alexandra Richardson, D.Phil (Oxon), PCGE

**Senior Research Fellow, Mansfield College and University Lab of Physiology,
Oxford**

Nutrition Practitioner 2001, Volume 3, Issue 3 (November): 18-24“

Diese Untersuchung zeigt, dass es zu einer Verbesserung der Symptome von ADHS bei einer Gabe von ungesättigten Fettsäuren, bes. alpha Linolensäure in Kombination mit Vitamin E und Zink kommen kann. Weiters wird in der Studie darauf hingewiesen, dass eine ausreichend Versorgung von Mikronährstoffen bei Verhaltens- und Lernschwierigkeiten ratsam ist.

Personenkreise mit folgenden Anzeichen profitieren besonders aus einer Supplementierung.

- Atopische Tendenzen (vor allem Ekzeme)
- Visuelle Symptome (wie schlechte Nachtsicht oder Empfindlichkeit gegenüber hellem Licht und visuelle Störungen beim Lesen - z. B. Buchstaben und Wörter bewegen sich, schwimmen oder verschwimmen auf der Seite)
- Aufmerksamkeitsprobleme (einschließlich Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten mit anhaltender Konzentration)
- Körperliche Anzeichen von Fettsäure-Mangel (übermäßiger Durst, häufiges Wasserlassen, raue oder trockene Haut und Haare, Schuppen und weich oder spröde Nägel)
- Probleme mit der Merkfähigkeit
- Emotionale Empfindlichkeit oder Labilität (insbesondere übermäßige Angst / Anspannung, übermäßige Stimmungsschwankungen, Wutanfälle wegen "geringer Frustrationstoleranz")
- Schlafprobleme (insbesondere wenn diese Schwierigkeiten sowohl das Einschlafen als auch den Nachtschlaf und das Aufwachen betreffen)

„Effekte von Glutamat und Glutamin auf Lernen und Gedächtnis von Ratten]

[Artikel auf Chinesisch] Jing H, Cheng Y, Li S, Zhang G.

Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Academy of Military Medical

Sciences, Tianjin 300050, China.“

Zeigt am Versuch bei Ratten, das Glutamin zu einer Verbesserung der Hirnleistung führt.

„BMC Psychiatry. 2004 Apr 8; 4:9.

Zinksulfat als Ergänzung zur Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms mit Hyperaktivität bei Kindern und Methylphenidattherapie: eine doppelblinde, randomisierte Studie [ISRCTN64132371]. Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Khademi M.

Psychiatric Research Centre, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, South Kargar Street, Tehran 13185, Iran“

In einer 6- wöchigen Doppelblindstudie wurde die Wirkung von Zink bei Patienten mit ADHS durchgeführt. Das Zustandsbild hat sich unter der Zinkgabe verbessert.

„Magnes Res. 1997 Jun; 10 (2) :149-56.“

Die Wirkung physiologischer Supplementation von Magnesium auf Hyperaktivität bei Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS).

„Starobrat-Hermelin B, Kozielec T.

Department of Family Medicine, Pommerschen Medizinischen Akademie in Stettin, Polen.“

Die Studie umfasste 50 hyperaktive Kinder im Alter von 7-12 Jahren. Sie erhielten 6 Monate eine Magnesium- Supplementation, 25 Kinder erhielten keine Supplementation. Es wurde bei der Magnesiumgruppe eine Abnahme der Hyperaktivität beobachtet, die Studie zeigte auch, dass Kinder mit ADHS einen niedrigeren Magnesiumspiegel haben als Gesunde.

„J. Altern Complement Med. 2000 Feb; 6 (1) :19-29.

Die Wirkung von Vitamin-Mineral-Ergänzung auf die Intelligenz der amerikanischen Schulkinder: eine randomisierte, doppelblinde Placebo-kontrollierte Studie. Schoenthaler SJ, Bier ID, Junge K, Nichols D, Jansenns S. Institut für Soziologie und Strafrechtspflege, California State University, Stanislaus, Turlock 95380, USA.“

Die Studie belegt, dass es zu einem geringen Anstieg der nonverbalen Intelligenz bei der Gabe von Multivitamin- und Mineralstoffpräparaten kommt.

„Altern Ther Health Med. 2000 May; 6 (3) :85-91.

Rationale Dosierungen von Nährstoffen haben eine verbesserte Wirkung bei Lernschwierigkeiten.

Carlton RM, Ente G, Blum L, Heyman N, Davis W, Ambrosino S. Stonybrook University, Medical School, NY, USA.“

Eine randomisierte, doppel-blinde, Placebo-kontrollierte Crossover-Studie über 1 Jahr; Das Ergebnis der Studie zeigt, dass eine Nährstofftherapie in manchen Fällen zum Erfolg führt.

„Besteht ein Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und Verschiebungen im Mineralstoff- und Spurenelementenhaushalt?; Journal für Orthomolekularer Medizin 10;4 (2002), Dr. Gabriele Radermacher-Reuter“

Ungleichgewichte im Mineralstoff- und Spurenelementhaushalt, induziert durch einen Überschuß an potentiell toxischen Metallen oder eine Unterversorgung mit essentiellen Mineralstoffen und Spurenelementen sollten bei der Diagnose einer Hyperaktivität unbedingt in Betracht gezogen werden. Blei, Quecksilber und Aluminium können zu bleibenden neurologischen Schäden führen, die sich ähnlich wie ADHS äußern. Essentielle Mineralstoffe und Spurenelemente, besonders Zink, Eisen und Magnesium sind unentbehrlich, ein Mangel kann zu Hyperaktivität führen. Harn,- Vollblut- und Haaranalysen geben Auskunft über den Mineralhaushalt. Aus der Beteiligung potenziell toxischer Metallkonzentrationen sowie essentieller Elemente an der Pathogenese der Hyperaktivität ergibt sich ein alternatives therapeutisches Konzept zu den bisherigen Behandlungsmethoden. Dieses umfasst

im Wesentlichen eine Ausleitung der erhöhten Metalle sowie einen Ausgleich von Mineralstoff- und Spurenelementmängel durch Ernährungsumstellung und Substitutionstherapie.

Der Darm kann durch Schwermetallbelastung geschwächt sein, darum stellt eine Darmreorganisation eine weitere sinnvolle Maßnahme dar.

Eine basenorientierte Ernährung begünstigt das Ausleiten von Schwermetallen.

**„Nutriologische Medizin, Melvyn R.Werbach; Hädecke Verlag 2001, 2.Auflage
Nuriologische Medizin ist ein Quellenbuch klinischer Forschung über den
Einfluß von Nahrung, Nutrienten und Unverträglichkeiten auf über mehr als
hundert Krankheiten.“**

Bei der Zusammenfassung der Ernährungsempfehlungen, werden die einzelnen Studien deshalb nicht explizit erwähnt.

Kapitel 14 Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität

Dass Vermeiden von Zucker zu einer Verbesserung des Krankheitsbildes von ADHS führt, ist sehr umstritten. Einige Untersuchungen zeigen, dass die Einnahme von Zucker mit eiweißreicher Ernährung zu keiner Veränderung führt, jedoch Zucker in Kombination mit Kohlenhydraten eine Verschlechterung des Krankheitsbildes bedingt. Der Kohlenhydrat/Protein -Quotient ist also ausschlaggebend.

Coffein begünstigt hyperaktives Verhalten nicht, es zeigt sogar das es bei einigen Kindern zu einer verbesserten Lernfähigkeit kommen kann.

Nahrungsmittel- Unverträglichkeiten können die Syntome von ADHS begünstigen.

In einigen Studien wurde nachgewiesen, dass eine Ernährung die künstliche Farbstoffe und Aromen, Konservierungsmittel und Mono-Natriumglutamat ausschließt, zu einer Verbesserung des Krankheitsbildes führt.

Es konnte gezeigt werden, dass Belastungen mit toxische Metalle wie Kadmium, Aluminium, Quecksilber und Blei neurotoxisch wirken und sich negativ auf die schulischer Leistungen auswirken.

Ein Mangel an Magnesium, Eisen, Zink, Kupfer sowie eine Kupfer- oder Phosphatüberlastung begünstigen hyperkatives Verhalten.

Die Supplementierung von D-Phenylalanin, L- Tyrosin, L-Tryptophan kann heilsam sein.

Viele hyperaktive Kinder weisen einen Mangel an essentiellen Fettsäuren auf. Gaben von essentiellen Fettsäuren können zu einer Heilung führen.

Cholinmangel begünstigt hyperaktives Verhalten.

Kapitel 57 Lernstörungen

Eine Mangelerkrankung sollte immer bei Verhaltensstörungen in Erwägung gezogen werden.

Es zeigt sich, dass Kinder, die kein Frühstück essen, eine schlechtere kognitive Leistung haben.

Der Konsum von Zucker kann einen Leistungsabfall verursachen. Kinder neigen zu Angst, Irritabilität und Konzentrationsschwächen nach zuckerreichen Mahlzeiten. Raffinierte Kohlenhydrate und Zucker sollen daher vermieden werden.

Es wurde gezeigt, dass das Verhältnis Zink zu Kadmium in raffinierten Kohlenhydraten niedrig ist, da Zink vermehrt im Keim zu finden ist. Kinder die vermehrt Vollkornprodukte zu sich nehmen, haben einen höheren Zinkanteil in der Ernährung und zeigen bessere kognitive Leistungen.

Es gibt Hinweise darauf, dass Nahrungsmittelunverträglichkeiten auch zu Hyperaktivität, Reizbarkeit und Aggression führen können.

Es kommt bei Vermeiden von Zucker und Lebensmittelzusatzstoffen zu einer besseren schulischen Leistung.

Es konnte gezeigt werden, dass Belastungen mit toxischen Metallen wie Kadmium, Aluminium, Quecksilber und Blei neurotoxisch wirken und sich negativ auf die schulischen Leistungen auswirken.

Die Plasmakonzentration von Vitamin C und der Intelligenzquotient korrelieren positiv.

Patienten mit Lernstörungen haben ein erhöhtes Risiko eines Vitamin B6 Mangels.

Die Gabe von Multivitaminpräparaten zeigte eine verbesserte kognitive Leistung und Muskelstärke, als bei Kindern die keine Supplementierung erhielten.

Kinder mit Magnesiummangel zeigen mehr Unruhesymptome und psychomotorische Instabilität.

Eisenmangel steht in Zusammenhang mit verminderter Aufmerksamkeit und Ausdauer, sowie schlechteren Schulleistungen.

Kinder mit einem Zinkmangel sind reizbar, weinerlich und mürrisch. Eine ausreichende Zinkzufuhr kann vor den schädlichen Wirkungen der Kadmium-Toxizität schützen.

Jodmangel stört die intellektuelle und neuromotorische Entwicklung bei anscheinend normalen Kindern.

Gute Ernährung, Multivitaminpräparate und Mineralien zeigen eine signifikante Besserung der Intelligenz, des Betragens und des Lernens. Wobei hier unter guter Ernährung eine Diät gemeint ist, die toxische Metalle, raffinierte Nahrungsmittel, Zucker, Fette und Salz reduziert und Faserstoffe, Vollkorn, und Multivitaminpräparate forciert.

Zusammenfassung

Aus der Zusammenfassung der oben genannten Studien gehen einige Nährstoffe heraus, die sich bei ADHS positiv auf das Krankheitsbild auswirken können. Auch wenn eine Beratung individuell vonstatten geht und den sozioökonomischen, familiären, schulischen/beruflichen und kulturellen Bedingungen angepasst wird, können einige Lebensmittel und Speisen als allgemeine Empfehlung zusammengefasst und lernpädagogisch aufbereitet werden.

7.Mögliches Gesprächsmodel für die Ernährungsberatung in der Pädiatrie bei ADHS

Das Beratungskonzept von Engel lässt sich gut in den pädiatrischen Beratungsprozess transportieren. Die verschiedenen Ansätze decken den Bedarf in der pflegerischen Ernährungsberatung.

Je nachdem welcher Auslöser oder Verstärkungsfaktor bei ADHS vorgefunden wird, gibt es ein Ansatzmodell.

Aufgrund des komplexen Problems, dem sozialen Umfangs und der verschiedenen Altersstufen in einer Familie, die wegen ADHS beraten werden müssen, steht die Komplexe Beratung im Vordergrund.

Die erfordernisorientierte Beratung kommt in erster Linie zum Einsatz, wenn es um die Medikamenteneinnahme geht. Der aufgeklärte Patient und seine Angehörigen stehen hier im Vordergrund, damit die Einnahmecompliance verbessert werden kann. Auch eine Eliminierungsdiät findet hier ihren Ansatz.

Eine Empfehlende Beratung kommt dann zum Einsatz, wenn keine ernährungsbedingten Ursachen behandelt werden müssen, nach dem Motto, „Gesunde Ernährung schadet nie“ oder der Patient aus den vielen Informationen heraus keine Entscheidung zu treffen vermag.

Eine *Präventive oder Gesundheitsfördernde Beratungsform* macht Sinn, wenn es nachweislich ein Vitalstoffdefizit gibt. Hier werden neben der „Gesunden Ernährung“ speziell Lebensmittel herausgearbeitet, die diese Defizite kompensieren können. Die Empfehlung von Nahrungsergänzungen obliegt dem Arzt.

Die *Lösungsorientierte Beratung* kommt zum Einsatz, wenn Umsetzungslösungen für den Alltag gesucht werden, auch den öffentlichen Bereich betreffend, wie Schulen u.ä..

8. Ernährungsberatung und Pflegeprozess

Eine Ernährungsberatung bedeutet immer einen Eingriff in die Lebensgewohnheiten der Familie. Die Beratung umfasst Lern-, Kommunikations- und Sozialisationsprozesse, in denen es um Vermitteln von Wissen, Können und Fertigkeiten geht. Die Beratung muss praktisch, lebensnah und dem kulturellen Aspekt angepasst sein.

Eine Ernährungsberatung ist Teil des individuellen medizinischen Gesamtkonzepts und unterliegt den Phasen des Pflegeprozesses.

8.1 Aufnahmegespräch und Beobachtung

Beim Aufnahmegespräch eines Patienten sollte unter anderem eine Ernährungsanamnese stattfinden. Solche Anamnesegespräche werden in der Pflege meist mit standardisierten Aufnahmebögen durchgeführt.

Anamneseschwerpunkte sind Essgewohnheiten, Verzehrsmengen, Vorlieben und Abneigungen bezüglich Speisen und Lebensmitteln und das Trinkverhalten.

Weitere Punkte die in einem Anamnesebogen festgehalten werden sind Körpergewicht, Länge, Allergien, Medikamenteneinnahme, Stuhlgang und Veränderungen der Haut und Schleimhäute, sowie Haarausfall.

Wie kann man bereits mittels Anamnese oder Beobachten des Essverhaltens Nährstoffdefizite erkennen?

1. Isst das Kind gerne und häufig, Feingebäck, Salgebäck, Pizza, Pommes, Süßigkeiten, Weißgebäck kann man von einer großen Wahrscheinlichkeit auf ein Defizit Chrom, Mangan, B – Vitamine, Zink vorliegen.
2. Trinkt das Kind gerne oder vorwiegend Limonaden, sie enthalten viel Zucker und plündern Chrom, Mangan, Zink und B- Vitamine.
3. Bringt Zuckerkonsum ein Kind zum Ausrasten, kann man von einem komplexen Nährstoffdefizit ausgehen.
4. Kann sich das Kind am Morgen nach dem Aufstehen nicht an seine Träume erinnern besteht lt. dem bekannten Ernährungsmediziner Dozent Dr. Kulinski, ein Vitamin B6 und Zinkmangel

5. Ein- und Durchschlafstörungen weisen auf eine Unterversorgung von B5 hin.

6. Mundwinkelrhagaden sind ein Hinweis auf Vitamin B2, B6 oder Folsäuredefizit.

7. Trockene Haut ist meist eine Unterversorgung von Vitamin B2, Lecithin und /oder hochwertigen Fettsäuren.

Ausgehend von der Anamnese, Beobachtung und der ärztlichen Diagnose/Anordnung kann der beratende Handlungsbedarf erhoben werden.

8.2. Zielsetzung

Das Ziel der Beratung ist es, dem Patienten und dessen Familie das Wissen einer gesundheitsfördernden Ernährung näher zu bringen und sie zur Bereitschaft der Umsetzung zu motivieren.

Die Ernährungsberatung stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse und kann nur im persönlichen Kontakt unter Berücksichtigung der individuellen Alltagssituationen erfolgen. Essgewohnheiten beginnen bereits in der Kindheit und werden durch Familie, Freunde und Mode beeinflusst. Diese Verhaltensmuster sind schwer aufzubrechen und lassen sich nicht immer innerhalb kurzer Zeit ändern.

Ernährungsberatung ist immer ein Trainingsprozess, der in kleinen Schritten zu einer allmählichen Veränderung des Essverhaltens führen soll, deshalb ist eine Evaluierung von Bedeutung, da man je nach Ist-Zustand weitere Beratungseinheiten anordnen kann. „Damit ein neues Verhalten zur Gewohnheit wird, muss es mindestens 21 Tage lang ohne Unterbrechung durchgehalten werden. Mindestens ein halbes Jahr lang besteht dann noch die Gefahr, rückfällig zu werden (Höflinger, 2003)“

Zielformulierungen werden immer positiv formuliert. Da die komplexe Lebensveränderung selten sofort in der Gesamtheit umsetzbar ist, sollten Nah- und Fernziele gesetzt werden.

8.3 Beratung als Maßnahme

Information

Es kommt zur Vermittlung von Ernährungswissen und Funktionszusammenhängen.

Empfehlen

Lebensmittel und Speisen, die gesundheitsfördernd sind, das spricht die kognitive und emotionale Ebene an

Anleitung

Auf der psychomotorischen Ebene werden praktische Fertigkeiten, wie Kochen, eingeübt.

Die Maßnahmen können unterstützt werden:

Einsatz von Beratungsmaterial

Lebensmittelposter, Verpackungsmaterial, Zeichnungen, "Kaufmannsladen und Lebensmittel", Information- und Lebensmittellisten, Rezepte,

Methoden

Ernährungsmärchen, Ernährungsgeschichten, „Kaufmannsladen spielen“, gemeinsam einkaufen, Rezepte umgestalten, Rezepte kreieren, Kochen und Verkosten von Speisen.

8.3.1. Gesprächsführung

Es wird neben dem theoretischen Wissen mit dem Patienten und seinen Angehörigen eine Strategie entwickelt, wie sich die Informationen in den Alltag umsetzen lassen können. Die von Carl Rogers entwickelte Methode der Gesprächsführung stellt eine geeignete Kommunikationsform dar. Es werden problemorientierte Lösungen gefunden. Empathie, Kongruenz und Akzeptanz bestimmen die Gespräche.

8.3.2. Beratungstheorie

Das Salutogenetische Konzept nach Aaron Antonovsky erklärt die Frage, wie durch geeignetes individuelles oder instituiertes Verhalten Gesundheit erhalten, Heilungsprozesse gefördert und Krankheiten bewältigt werden können. In Anlehnung an das Konzept der Salutogenese leitet sich in der Ernährungsberatung die Forderung nach einer Umwelt ab, die das Gefühl der Sinnhaftigkeit entstehen lässt. Die Grundhaltung des Menschen gegenüber dem eigenen Leben entscheidet darüber, wie gut sie in der Lage sind, Ressourcen zum Erhalt der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens zu nützen.

Das Salutogenetische Konzept stützt sich hauptsächlich auf das Kohärenzgefühl. Je ausgeprägter das Gefühl ist, desto besser sind die Voraussetzungen für das Gelingen einer Verhaltens- bzw. Essverhaltensänderung.

Die zentrale Frage ist: „Was hält den Menschen gesund.“

Motivation und Eigenkompetenz werden gestärkt. Die Formulierung positiver Essensregeln unterstützt den Erfolg.

Im Sinne der Pflegeplanung sollten Ziele und Maßnahmen festgehalten werden. Das Ziel wird positiv formuliert. Hat der Patient begonnen, die Beratungsinhalte umzusetzen, werden die erreichten Ziele als Motivator eingesetzt. Der Patient formuliert an Hand der Ziele seine konkreten Maßnahmen selbst, dies wirkt positiv verstärkend. Der Patient und seine Angehörigen übernehmen die Verantwortung für sich selbst.

Für den Berater sind neben dem Fachwissen, sozialkommunikative Kompetenz und Selbstkompetenzen, eigenes Selbst- und Stimmungsmanagement, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Konflikt- und Kritikfähigkeit notwendig.

8.3.3 Die Phasen des Beratungsgespräches

Problembeschreibung: Probleme definieren, Bedingungen analysieren

Zielformulierung: Konkrete Veränderungen planen, Perspektiven entwickeln

Maßnahmenplanung: Lösungen sammeln und erproben

Reflexion: neue Erfahrungen aufzeigen und Lösungen bewerten

Beratungsinhalte: Ernährungszusammenhänge, Lebensmittelauswahl, Zubereitung, Essverhalten, Lebensführung und die Auswirkungen auf die Lebensqualität.

8.4. Evaluation

Die Evaluation der ernährungsmedizinischen Beratung als qualitätssichernde Maßnahme stellt ein Grunderfordernis in der Pflegepraxis dar und ist Teil des Qualitätsmanagements. Prozessbegleitende Evaluierung kommt einer Zwischenanamnese gleich. Die Evaluierung bezieht sich auf Erfolg und Misserfolg bei der Umsetzung im Alltag und die neuerworbene Lebensqualität. Es können für die Evaluierung auch statistische Daten wie Laborparameter, psychologische Tests und anderes herangezogen werden.

8.5. Ein Abgrenzungsversuch zwischen Diätologen und Pflegepersonen

In vielen Bereichen im klinischen Alltag verschwimmen die Tätigkeiten des multidisziplinären Teams, auch wenn es eine genaue gesetzliche Abtrennung gibt. Diätologen und Krankenpflegepersonal arbeiten nebeneinander, wobei sich die Arbeit der Diätologen eher auf Krankheitsbilder mit der dazugehörigen Ernährung konzentriert (Ernährung bei Diabetes, Nierenversagen, Stoffwechselerkrankungen usw.). Ihnen obliegt es, Nährstoff- und Kalorienberechnungen durchzuführen. Die Krankenpflege unterstützt die Integration in das Leben des Patienten durch Hilfestellungen bei der Umsetzung der Diäten z.B. Broteinheitenberechnungen durch Abwiegen der Speisen. Im Sinne der Gesundheitsförderung berät die Pflegeperson im Bereich der physiologischen Ernährung.

Mit den zwei Ansätzen der Beratung nach dem Modell von Engel könnte man die ernährungsmedizinische Beratung der Diätologen auf Beratung, die sich „auf Reaktionen von Krankheiten bezieht“ (Engel, 2006, S 200) und die pflegerische Ernährungsberatung als die, die sich „auf Bedingungen zur Erhaltung bzw. Gestaltung von Gesundheit ausrichtet“ (vgl. Engel, 2006, S. 200).

9.Theoretische Inhalte zum Thema Ernährung

9.1 Worauf es in der Ernährung ankommt

Es besteht ein Wechselspiel zwischen Körper, Geist und Seele. So können Vitamin C und Magnesiumverluste über den Harn unter Stress vervielfachen. Ein Vitamin C und Magnesiumdefizit wiederum begünstigt die Stress- Resistenz.

Der Mensch ist, was er isst ...und trinkt.

Jede Körperzelle, wir bestehen aus ca. 60 Billionen. Jede Zelle beschäftigt ca. 10.000 Mitarbeiter, sogenannte Zellenzyme. Sie bestehen vorwiegend aus Aminosäuren. Die Zellenzyme verarbeiten jedes Teilchen der Ernährung. Sie schneiden, kürzen, verlängern, schweißen und biegen an jedem Nahrungsteilchen herum, damit sie in die Zelle eingebaut werden können. Dies nennt man Stoffwechsel. Die Enzyme nutzen Spezialwerkzeuge, Vitamine, Spurenelemente, Mineralien und sekundäre Pflanzenstoffe (z.B. Flavonoide, Carotinoide). Jedes Enzym braucht seine speziellen Werkzeuge.

Unser Körper braucht basische Elektrolyte um Abfallprodukte des Stoffwechsels binden zu können und über Stuhl und Harn ausgeschieden werden zu können. Basenlieferanten sind vorwiegend Gemüse und Salate.

Bei den Schweißarbeiten unserer Zellenzyme fallen regelmäßig große Mengen an biologischen Zündfunken an. Sie werden als Radikale und Peroxide bezeichnet. Diese Zündfunken sind wichtig, trotzdem besteht die Gefahr des Übergreifen von den Funken und ein Versengen und Zerstören von Zellen. Damit dies nicht passiert braucht man „biologische Feuerlöcher“, Antioxidantien genannt.

Man findet sie besonders gehäuft in Obst und Gemüse, vorrangig die Farbstoffe. Je mehr Färbung vorhanden ist, desto mehr Farbstoffe sind enthalten. (rote Trauben, Paradeiser, usw.)

Unser Körper produziert etwa 7-8 Millionen neue Zellen pro Sekunde.

Eiweiß, auch als Protein bezeichnet besteht aus 22 unterschiedlichen Aminosäuren, Sie werden im Körper zu Hormonen, Muskeln und Bindegewebssubstanzen umgewandelt.

Fette und Öle versorgen unsern Körper mit Energie, sie schützen uns auch vor Kälte und mechanischen Belastungen. 10 % des Nahrungsfettes sollte aus hoch ungesättigte Fettsäuren bestehen. Diese hochwertigen elastischen Fettteile dienen unserem Körper zum Aufbau elastischer, reizfester und belastbare Muskel, Nerven und Immunzellen.

Kohlenhydrate, Stärke und Mehl, sie dienen vorwiegend als Brennstoff und struktureller Baustoffe.

Egal welche Kohlenhydrate abgebaut werden, braucht der Stoffwechsel" B Vitamine", Sie selbst liefern, als Vollkorn diese Vitalstoffe. Isst man vorwiegend „schlechte“ Kohlenhydrate, kommt es nicht nur zu einer mangelnden Zufuhr, sondern auch zu einem hohen Verbrauch.

Vitamine, Mineralien, Spurenelemente, Farbstoffe tragen einen wichtigen Bestandteil der Ernährung dar. Jedes Vitamin hat eine spezielle Aufgabe und kann nicht mit einem anderen ausgetauscht werden. Sie werden als Vitalstoffe bezeichnet.

Bei ADHS fehlen besonders Zink, Kupfer, Chrom, Mangan, Magnesium und der Vitamin B Komplex.

Bei der Gabe von essentiellen Fettsäuren sollte Vitamin E und C mit verabreicht werden.

Vitamine sollten immer als ein Multivitaminpräparat verabreicht werden, nicht nur weil jedes seinen speziellen Aufgabenbereich hat, sondern weil der Stoffwechsel in Askaden abläuft. Z.B. Vitamin E gibt seine Elektronen ab und wirkt so antioxidativ.

Hat es seine Elektroden abgegeben, ist es selbst ein freies Radikal, welches von Vitamin C gepuffert wird.

Schon bei einer 20%-igen Unterversorgung an Vitaminen und Spurenelementen kommt es zu einer um 50% verringerten Enzymbildung (lt. dem deutschen Ernährungspysiologen Prof. Dr. Med. H.J. Holtmeier)

9.1.1 Fette, Qualität. Anwendung und Wirkung

Man unterscheidet kurzkettige, mittelkettige und langkettige Fette. Der Sättigungsgrad wird durch die Doppelbildungen bestimmt, es werden gesättigt, einfach ungesättigte, zweifach ungesättigte und mehr fachungesättigte Fettsäuren unterschieden.

Gesättigte Fettsäuren sind reaktionsträge, ungesättigte Fettsäuren hingegen sind sehr reaktionsaktiv, sie haben Doppelbildungen, die gerne mit anderen Molekülen in Verbindung gehen.

Die kurzkettigen Fettsäuren, wie die Buttersäure, oder mittelkettigen Fettsäuren (MCT), wie die Laurinsäure, (Kokosfett) sind leicht verdaulich. Sie werden von der Darmschleimhaut aufgenommen und brauchen keine Gallensäure. Laurinsäure fördert die Regeneration der Darmschleimhaut und das Wachstum guter Darmkeime und hemmt schädliche Bakterien und Pilze. Sie werden in erster Linie in Energie umgebaut und kurbeln den Stoffwechsel an.

Die langkettigen Fettsäuren Palmitinsäure oder Palmfett werden vorwiegend als Fettdepot gespeichert. Für ihre Verdauung braucht der Körper Gallensäure.

Ungesättigte Fettsäuren sind essentiell, können nicht von unserem Körper gebildet werden. Sie sind wesentlich für den Stoffwechsel und die Bildung von

Gewebshormonen. Sie werden Omega Fettsäuren genannt, je nachdem wo ihre Doppelbildung liegt, spricht man von Omega 3, 6 oder 9. Die Lage der Doppelbildung gibt über ihre Eigenschaften Auskunft.

Einfach ungesättigte Fettsäuren werden gut verstoffwechselt, typisch ist die Ölsäure, die in Oliven,- Mandel- und Rapsöl vorkommt. Sie schützen das Herzkreislaufsystem. Sie sind nicht essentiell.

Die zweifach ungesättigten Fettsäuren, die Linolsäure, aus Sonnenblumen-, Distel- und Traubenkernöl, stärken das Immunsystem. Sie werden schnell verstoffwechselt und sind eine Vorstufe von vielen regulierenden kurzlebigen Hormonen.

Die dreifach ungesättigten Fettsäuren, greifen, weil sie sehr stoffwechselaktiv sind sofort im Stoffwechsel ein. Ihre beiden Vertreter sind die Alpha Linolensäure und die Gamma Linolensäure. Sie haben eine unterschiedliche Wirkung und sind ein wichtiger Bestandteil von Hormonen.

Die Alpha Linolensäure, Leinöl, kommt einem körpereigenen Schmerzmittel gleich, ähnlich dem Fischöl, es ist ein natürlicher Entzündungsblocker und hilft das Blut geschmeidig fließen zu lassen. Sie ist ein wichtiger Zellbaustein und Bestandteil von Hormonen.

Die Gamma- Linolsäure aus dem Nachtkerzen- und Borretschsamenöl, beeinflusst den Hormonhaushalt positiv. Sie reduziert Stresshormone und wirken stimmungsaufhellend.

Die mehrfach ungesättigten Fettsäuren, regen die Hormonproduktion an, reduzieren Stresshormone, wirken entzündungshemmend und schmerzlindernd. Sie sind auch ein wesentlicher Bestandteil des Gehirnes.

Die Bedeutung von Cis- und Transfettsäure.

Cisfettsäuren haben einen wichtigen Beitrag im Zellstoffwechsel.

Sie haben eine Knickstruktur, dadurch sind sie sehr elastisch und eignen sich sehr gut für unsere Zellen. Je mehr Doppelketten und je länger sie sind, umso gesünder sind sie.

Sie passen wie der Schlüssel ins Schloss , je länger und ungesättigter sie sind, desto besser können sie in die Zellen eingebaut werden.

Transfettsäuren sind ungesättigte Fettsäuren. Cis Fettsäuren wandeln sich bei hohen Temperaturen in Transfettsäuren um. Ihnen fehlt der Knick. Die Fettsäure streckt sich und wird ein gerades Molekül, so wird aus der weichen, flüssigen, nicht klebenden Cisfettsäure eine klebrige,wenig elastische Transfettsäure.

Auf Grund der industriellen Verarbeitung werden zumeist aus Cisfettsäuren Transfettsäuren. Sie passen nicht mehr so gut in das Schloss und verursachen „steife Zellen“

Für den Konsumenten ist das eine wichtige Information, den auf Ölverpackungen müssen Transfettsäuren nicht deklariert werden. Da sie auch ungesättigte Fettsäuren sind, wird dies auf der Verpackung vermerkt.

Wie oben schon erwähnt sind ungesättigte Fettsäuren sehr reaktionsfreudig, aus diesem Grund sind sie nur kurz haltbar. Durch industrielle Verarbeitungsschritte werden sie haltbar gemacht und ihrer Farbstoffe beraubt.

„Pflanzenöl“ bedeutet nichts anderes, als dass ein billiger, pflanzlicher Ölgrundstoff so lange industriell bearbeitet wird, dass das Endprodukt immer gleich schmeckt.

Die Wichtigkeit von Omega 3 und Omega 6 Fettsäuren.

Diese Fettsäuren bilden Vorstufen von Gewebshormonen, den Eicosanoiden. Sie sind essentiell und nur kurzfristig haltbar, sie können Schmerzen reduzieren, Entzündungen verhindern und regulierend im Herz- Kreislaufsystem eingreifen.

Leinöl eignet sich auf Grund seiner Fettsäuren Zusammensetzung, neben Fischölen, am besten für die ADHS unterstützenden Ernährung. Es darf jedoch nicht gekocht werden und soll wegen seiner geringen Haltbarkeitszeit im Kühlschrank gelagert werden. Man kann es über Salate geben oder unter fertig gekochte Speisen, wie Suppen oder Gemüse rühren.

9.2 Wie kann man Nährstoffdefiziten bei ADHS vorbeugen?

Eine wichtige Maßnahme ist die Reduktion von „B- Vitamin Räubern“(Zucker, Stärke) und ein ersetzen durch hochwertige Produkte, die „Vitamin B Lieferanten“ sind, wie Vollkorn, Weizenkeime, Haferflocken, Nüssen. Nebenbei liefern diese Lebensmitteln auch Chrom, Mangan und Zink.

Weizenkeimlinge kann man gut in Joghurt einrühren, Tockenfüchte und oder Nüsse können als Naschersatz verwendet werden.

Eigelb, Soja, Weizenkeimlinge und Nüsse liefern Lecithine.

Auch wenn nicht eindeutig bewiesen ist, dass Omega 3 und 6 Fettsäuren einen Einfluss auf ADHS haben, werden sie hier erwähnt. Sie sind vorwiegend, wie bereits angeführt, in kaltgepressten, nicht raffinierten Pflanzenölen, Nüssen, Leinsamen und Fischen vorhanden.

Lebensmitteln, die vorwiegend Nährstoffe enthalten, die man bei ADHS einsetzen kann.

Weizenkeime, Nüsse, Trockenobst, Obst und frischgepresste, unraffinierte Obstsäfte. Vollkorngetreide, ungeschälter Reis, Gemüse, Vollkornnudeln, kaltgepresste und nicht raffinierte Pflanzenöle, Erdäpfel, Fisch, Sojaprodukte, Hülsenfrüchte

9.3. Natürliche Vorkommen von Vitalstoffen, die bei ADHS von Nutzen sein können

Chrom

Hefe, Geflügel, Vollkorngetreide

Kupfer

milchsauren Gurken, Wal-, Para-, Hasel-, Cashew Nüsse, Vollkorngetreide, Sonnenblumenkerne, Weizenkeime

Lecithine

Gekeimte Pflanzensamen, Sojabohnen, Kohlgemüse, Ei

Magnesium

Weizenkleie, Sonnenblumenkerne, Amaranth, Quinoa, Weizenkleie,

Mangan

Schwarzer Tee, Weizenkeime, Nüsse

Vitamin B6

Eine gute Darmflora kann Vitamin B6 bilden, Bierhefe, Sojabohnen, Vollkornhafer, Walnüsse, Tierleber, Hühnerei, Vollkorngetreide, Weizenkeime, Avacados, Erdäpfel, Grünkohl, Bananen,

Zink

Roggenkeime, Weizenkeime, Sonnenblumenkerne, Vollkornweizen, Sojabohnen, Schweine-, Rindfleisch, Austern.

10. Hilfen in der Ernährungsberatung von Kindern

10.1 Ernährungsgeschichten

Sie sollen helfen, Kindern, das Thema Ernährung näher zu bringen.

10.1.1 Baue dein Körperhaus

Gesunde Ernährung, oder was braucht man für ein Haus zum Bauen.

Auf die Frage, was man zum Haus bauen braucht, antworten Kinder meist: Ziegeln, Fenster, Türen...

Man kann den Kindern dann folgendes erklären:

Zum Bauen braucht man die oben genannten Dinge, diese sind den Baustoffen Eiweiß und Fett gleichzusetzen und geben dem Haus sein Aussehen und die Festigkeit. Zum Errichten eines Hauses braucht man auch Arbeiter, die das Bauen durchführen, sie sind die Energie der Kohlenhydrate. Als letzte wichtigen Bestandteile der Ernährung braucht man Vitalstoffe, Vitamine, Mineralien, Spurenelemente, diese stellen das Werkzeug dar. Die besten und teuersten Baumaterialien kann man ohne Werkzeug nicht verwenden.

Dieses Modell ist sehr einfach verständlich. Bei größeren Kindern kann man noch zusätzlich über die Übersäuerung des Bindegewebes sprechen, indem man ihnen erklärt, dass hier die Abfallbeseitigung nicht ausreichend funktioniert. Dadurch können die Baustoffe, Werkzeuge und Arbeiter nicht optimal zum Einsatz kommen. Erst wenn die Müllabfuhr wieder funktioniert, durch Gemüse und Vollkorn, kann der Bau wieder gut vonstatten gehen.

Die Frage: „Wie soll dein Haus aussehen, aus welchen Lebensmitteln/ Baustoffen willst du bestehen?“, unterstützt das Modell.

Da Kinder sich gut Häuser vorstellen können, hilft ihnen dieses Modell beim Verstehen, was „gesunde Ernährung“ ist. Man kann das Modell auch noch durch Zeichnen, Basteln oder Bauen (Matador) untermauern.

Der Begriff „Gesunde Ernährung“ definiert sich hier, mit einer individuellen Ernährungsempfehlung die zu einer Verbesserung der Symptome führen soll. Auch für Angehörigen ist diese kindergerechte Geschichte eine Hilfestellung.

10.1.2 Eine einfach formulierte Erklärung, wie der Gehirnstoffwechsel, Lernen und Ernährung zusammenhängen

Wie wir lernen und dabei glücklich werden?

Das Gehirn und seine hier sehr vereinfachte Darstellung, wo wie es auch im Beratungsgespräch mit Kindern verwendet werden kann.

Unser Gehirn kann mit Stromkabeln verglichen werden. Ca. 2% unseres Körpergewichts sind unser Gehirn. Es verbraucht 20% unseres Sauerstoffes und 25 % von unserer Glucose. NADH hilft Zucker umzusetzen zu können.

Das Frontalhirn setzt die Entscheidung von den Emotionen um. Die Amygdala, der Mandelkern, ist unser Angstzentrum. Das Zwischenhirn ist die Umschaltstelle von Reizen zu Emotionen. Der Nucleus accumbens unterstützt das Lernen. Er ist der Gegenspieler der Amygdala, sein Motto ist „No risk, no fun“.

Eine Botschaft kommt von außen. Unser Gehirn bildet „Lern- und Glücks-Botenstoffe“ (z.B. Dopamin, Noradrenalin, Serotonin). Die Botenstoffe aktivieren den Nucleus accumbens und das Frontalhirn. Nervenzellen bilden neue Synapsen und neue Vernetzungen über die gebildeten Botenstoffe. Dabei werden auch Endomorphine frei, die uns glücklich machen. Die Nervenzellen sind mit Myelin aus Fettsäuren umgeben, diese leiten die Impulse weiter.

Neurotransmitter (Nervenbotenstoffe) wirken aktivierend oder entspannend.

Aktivierend sind Adrenalin, Noradrenalin (Bewegung), Dopamin (Aufmerksamkeit), Serotonin (Glück) und Glutaminsäure (wachhaltend).

Entspannend sind die aus Glutaminsäure und Vitamin B6 gebildeten Stoffe Gamma-Amino-Buttersäure und Glutamin sowie Acetylcholin.

Um Neurotransmitter bilden zu können, braucht der Körper unter anderem „Vitamin B“, Folsäure, Niacin, Vitamin B6, Kupfer und Vitamin C.

Lernen, Sport und Bewegung stimulieren Endomorphine.

10.2 Ernährungsspiele, die man auch im Klinikalltag integrieren kann

10.2.1 Herstellung von Keimlingen

Keimlinge aus Kresse, Soja, Senfkörner, Alfa Alfa, Sonnenblumenkerne, Geteidekörner,... kann man sich leicht selber machen.

Man kann sich in Reformhäusern genau über das Angebot und Anbau erkundigen.

Sie schmecken lecker aufs Brot, zu Salaten, in verschiedenen Speisen mitgekocht,...Sie sind richtige Energiekraftwerke!!!! (der Samen muss durch die Schale brechen, sich nach oben durch die Erde kämpfen...das heißt Power)

Keimlinge verfügen über große Mengen an Vitaminen und Mineralien.

Anleitung:

In den Deckel eines Gurkenglas werden kleine Löcher gebohrt, die Samen hineingefüllt und mit Wasser ausgegossen. Dann stellt man sie über Nacht dunkel an einen warmen Ort. Am nächsten Tag leert man das Wasser über die Löcher aus und spült 2x täglich die Keimlinge mit Wasser. Danach lässt man alle überflüssige Feuchtigkeit weg und stelle sie an einen hellen Ort. Das Spülwasser eignet sich gut zum Blumen gießen.

Nach 3-5 Tagen, je nach Art sind sie fertig. Im Kühlschrank verlangsamt man den Prozess.

Es macht den Kindern Spaß, wenn sie die Wachstumsphasen beobachten können und auch die verschiedenen Teilungsverfahren der Pflanzen sehen. Sonnenblumen keimen anders als Kressesamen.

10.2.2 Kochen

Kochen macht den meisten Kindern Spaß. Sie können Lebensmittel „begreifen“ und Selbstgemachtes schmeckt besser. Mit dem Rezept von Haferflockenkugeln soll gezeigt werden, dass ohne großen Aufwand, bereits im Krankenhausaufenthalt ein pädagogisches Lernkonzept integriert werden kann. Lerntheoretisch können Kinder dadurch am meisten Lernen.

Haferflockenkugeln

Haferflocken mit Birnensaft mischen, ev. Trockenobst dazugeben, sodass eine feste Masse entsteht. Diese zu Kugeln formen.

10.3 Rezeptvorschläge und Einkaufstipps für den Alltag.

Sie können den Angehörigen als Informationsmaterial mitgegeben werden, sie sollen eine Hilfestellung für den Alltag darstellen.

Eine alte Weisheit heißt: Frühstück wie ein Kaiser, Mittagessen wie ein König und Abendessen wie ein Bettler.

Ein aus komplexen Kohlenhydrate bestehendes Frühstück erleichtert den Start in den Tag.

Karottenkugeln

1 Tasse geriebene Karotten

¼ T Wasser

½ T Honig

2 EL Öl

1TL Vanille

2 T Kokosflocken

½ T Vollmehl

etwas Salz

Die Zutaten gut vermengen, 10 Minuten ziehen lassen, zu Kugeln formen und bei 160 °C ca. 30 Minuten backen

Waffeln, sie sind ein ideales Frühstück,

250 ml Milch

1 Ei

Beides miteinander versprudeln und je nach Geschmack und Laune folgende Zutaten beimengen, Vollkornmehl, Weizenkeime, Nüsse, Trockenobst, Vanille, Kakaopulver, Honig, Haferflocken, Leinöl uvm.

Es soll ein dickflüssiger Teig entstehen. Dann im Waffeleisen oder in einer Pfanne herausbacken. Den Teig kann man vorbereiten und im Kühlschrank zugedeckt 1-2 Tage lagern

Zucchini- Kürbis-Birnen-Apfel- oder Karottenkuchen

¼l Öl

3/8l Rohrzucker

3 Eier schaumig rühren

1l Dinkelvollmehl

2 TL Backpulver

½- 1 TL Zimt

Prise Nelkenpulver

100g geriebene Mandeln

¾ l Zucchini,- Kürbis,- Apfel,- Birnen oder Karottenmus dazu dazumengen

Die Masse auf einem mit Backpapier ausgelegtem Blech verteilen und bei 180°C backen

Nach Geschmack mit Marmelade bestreichen und mit Kokosflocken/Mandelsplitter bestreuen.

Warmes Dinkel/Hirse/Polenta Frühstück

¼ Wasser

Salz

Butter

Ca. 4 EL Dinkelgrieß oder Polenta oder Hirse

Rosinen oder Dattelstücke

Gedünstetem Obst (z.B. Apfelkompott)

Frisches Obst (Banane, Apfel)

Warme Milch

Wasser mit einer guten Brise Salz und etwas Butter zum Kochen bringen. Gries einrühren und unter ständigem Rühren aufkochen lassen. Nach Geschmack Rosinen oder Dattelstücke mitkochen oder vor dem Quellen einstreuen. Mit gedünsteten Obst und/oder frischen Obst verfeinern. Nach Geschmack event. mit warmer Milch übergießen und geniessen!

Gerstenbrei mit Beeren

1 Tasse Gerste

2 TL Honig

1 EL Sonnenblumenkerne

2 Scheiben ungeschälten Ingwer

3 Kardamomkapseln

1 Prise Salz

250 g frische Beeren nach Belieben (Heidelbeeren, Himbeeren ...)

Eine Tasse Gerste mit 10 Tassen Wasser, Salz, Ingwer und Kardamomkapseln in einem großen Topf aufkochen. Topf mit einem Deckel fest verschließen und auf kleiner Flamme etwa 2 Stunden lang kochen. Für 2 Portionen vom gekochten Gerstenbrei etwa 2 Schöpflöffel in eine Schüssel geben. Mit Sonnenblumenkernen und Honig verrühren. Frische Beeren in den Brei rühren und mit frischer Minze oder Melisse bestreut servieren.

Erdäpfel-Nusstorte

500 g mehliges Erdäpfel kochen und passieren

7 Dotter

200 g Rohrzucker schaumig rühren

250 g Nüsse

1 TL Backpulver

Saft 1 Zitrone

1 Stempel Rum, etwas Zimt

1 Lebkuchengewürz untermengen

Schnee von 7 Eiklar unterheben

180° 1 Stunde backen

zum Anrichten überzuckern oder mit Schokoladenglasur überziehen

Haselnusscreme

100 g Haselnuss rösten in einer trockenen Pfanne dann reiben mit

50 g Hafermark

2 EL Maisstärke

1/8 Wasser aufkochen

2 TL Honig

1 P. Vanillezucker

1/8 l geschlagenes Obers unterrühren

Grünkernlaibchen

150g Grünkernschrott

50g Dinkelvollkornschrott

1 kl Zwiebel fein gehackt

2 EL Butter

1 Knoblauchzehe

4 EL Haferflocken

½ l Wasser

Dille, Oreganon, Petersilie und etwas Curry je nach Geschmack

Salz

Zwiebel in Butter anrösten, Knoblauch beimengen, mit Wasser aufgießen und den Schrott unterrühren, kurz aufkochen, dann ca. 15 Minuten ziehen lassen, abkühlen und Eier, Gewürze unterheben. Laibchen formen und im Backrohr bei 180 Grad backen, mit etwas Butter bestreichen.

Passt zu Salaten, Roten Rübenpüree.... Mit Leinöl verfeinert

Grünkernbraten

2 EL Butterschmalz

2 fein geschnittene Karotten

2 Zwiebel feingehackt

1 Stange Lauch geschnitten

200g Grünkernschrott

2 Eier

80g gemahlene Nüsse

Thymian, Estragon

100g Hartkäse fein gemahlen

Semmelbrösel, Pfeffer, Salz, Muskat

Zwiebel, Karotten, Lauch, andünsten, mit 400 ml Wasser aufgießen

Schrott beimengen ausquellen lassen

In die abgekühlte Masse die restlichen Zutaten beimengen, zu einem Braten formen und im Rohr bei 200 Grad in einer Auflaufform backen.

Sprossenpuffer

1 Zwiebel feom gehackt

300g Sojasprossen

100g Dinkelvollkormmehl

2 Eierc

Pfeffer. Kräutersalz,

Den Teig in kleine Pufferformen und in Öl backen

Weizenkeimsalat

100g Weizenkeime

1 kleiner Salat

200g Zucchini grob gehackt

150 g Karotten grob gehackt

200g Blattspinat fein gehackt

Dressing aus 2 EL Creme friache

2 EL Leinöl

2 EL Sonnenblumenkerne

1 EL Senf

Saft von einer Orange

Alles vermengen

Erbsenlaibchen

1 fein gehackte Zwiebel

500g gekochte Erbsen

2 Eier

Salz, Pfeffer, Senf, fein gehackte Petersilie, Muskat

2 alte Semmeln im Wasser eingeweicht und ausgedrückt untermengen

Alles gut vermengt und wie Schnitzel paniert und herausgebacken.

Tortilla mit Spinat und Kartoffeln

400 g vorw. Festkochende Kartoffel

5-6 EL Olivenöl

2-3 Knoblauchzehen

1-2 Zwiebel

400 g Spinat oder Mangold

Salz, frisch gemahlenen Pfeffer

8 Eier

Kartoffeln schälen, waschen und in dünne Scheiben schneiden. In einer großen beschichteten Pfanne Olivenöl erhitzen und die Kartoffelscheiben anbraten. Knoblauchzehen sowie Zwiebel schälen, fein schneiden und ca. 10 min. kräftig mit braten. Spinat oder Mangold putzen, waschen und zugeben. Mit Salz und Pfeffer würzen und zugedeckt dünsten bis das Gemüse durch ist (wenn zu flüssig, Deckel abnehmen und Flüssigkeit verdampfen lassen). Eier schaumig schlagen, mit Salz und Pfeffer würzen und über das Gemüse gießen. Die Eimasse zugedeckt bei mittlerer Hitze in etwa 4-5 min. stocken lassen

Einkaufstipps

Kaltgepresste und nicht raffinierte Pflanzenöle bekommt man meist in gut sortierten Apotheken oder Reformhäusern. Leinöl ist nur dann gut, wenn es eine kurze Haltbarkeit hat.

Im Handel sind Mehle erhältlich, wo bei der Verarbeitung gekeimte Sprossen untergearbeitet sind, sie sind besonders reich an B- Vitaminen und stellen eine „Alternative“ zu Vollkornmehl dar, wenn dieses nicht toleriert wird.

Fertigspeisen, Suppenpulver und fertige Speisegewürzmischungen enthalten meist, Geschmacksverstärker, Konservierungsmittel und künstliche Aromen. Sie sollten weitgehend vermieden werden.

Getrocknete Hülsenfrüchte sind billiger, als Konserven. Konserven enthalten oft durch die Verpackung verursacht, Schwermetalle.

Salz besteht von Natur aus aus über 80 Elementen. Unser Speisesalz ist raffiniert und besteht aus NaCl, meist jodiert. Es gibt im Handel auch Natursalze, die reich an Mineralsalzen sind.

Die Empfehlung kann von allen Familienmitgliedern genossen werden, da sie von einer „gesunden Ernährung“, wie sie allgemein üblich propagiert wird nicht abweicht. Sie legt den Schwerpunkt auf Lebensmitteln und Rezepten, die sich günstig auswirken können und soll die Angehörigen unterstützen ein für ihre Familie geeignete Ernährungsform zu finden.

11. Schlussfolgerung

Es gibt, wenn auch nicht immer eindeutig bewiesen, einen Einfluss der Ernährung auf ADHS. Es kristallisieren sich bei der Betrachtung der einzelnen Studienergebnissen verschiedene Patientengruppen heraus, bei denen es unterschiedliche Mängel an Nährstoffen gibt.

Ein Nährstoffdefizit wird von ärztlicher Seite erkannt und kann von dieser Seite direkt mittels Nährstoffergänzung (z. B. Vitamin B6 und Zink) beseitigt werden.

In dem Versuch eine Grundlage von einer Ernährungsberatung für Patienten mit ADHS und deren Angehörigen zu finden, liegt der Vorteil, dass nicht ein einzelner Nährstoff, in Form einer Nahrungsergänzung, zugeführt wird, sondern eine allgemein gültige Ernährungsempfehlung abgegeben wird, in der alle Nährstoffe, die sich günstig auswirken, in ihrer biologischen Form zugeführt werden, ohne einem bestimmten Stoff zu bevorzugen.

Es kann dadurch eine gute Nährstoffbasis geschaffen werden

Die Beratungstheorie nach Engel (2006) lässt zu, je nach Ernährungs,- Alter- und Wissenszustand des Patienten, eine geeignete Beratungsform in Anwendung zu bringen.

Für die Praxis und weiterer Forschung ergibt sich daraus die Frage, wie sich eine Ernährungsumstellung nach den oben zusammengetragenen Inhalten auf die einzelnen Patienten auswirken kann und ob sich das Modell der pflegerischen Beratung nach Engel dafür eignet.

Abstract

Problembeschreibung

ADHS- Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, die auch als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom oder Hyperkinetische Störung (HKS) bezeichnet wird, ist eine bereits im Kindesalter beginnende psychische Störung, die sich durch Probleme mit der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität auszeichnet. Schätzungsweise 4-8% aller Kinder sind betroffen.

Aus der Zusammenfassung einiger ernährungsmedizinischer Studien gehen Nährstoffe heraus, die sich bei ADHS positiv auf das Krankheitsbild auswirken können. Es stehen auch Nahrungsunverträglichkeiten zur Diskussion.

Es besteht der Verdacht, dass besonders Omega 3 und 6 Fettsäuren, Zink, Kupfer, Chrom, Mangan, Magnesium und der Vitamin B Komplex fehlen.

Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, ernährungsbedingte Verhaltensmuster, die sich gesundheitsfördernd auf das Krankheitsbild ADHS auswirken, zusammenzufassen und eine Informationssammlung zu entwerfen, die in der Praxis an den Patienten und dessen Angehörigen weitergegeben werden kann.

Ein pflegerisches Beratungskonzept soll gefunden werden, das den Ansprüchen in der Pädiatrie gerecht wird.

Design

Diese Arbeit stellt eine Übersichtsarbeit aus verschiedenen pflegerischen Beratungsmodellen und Nährstoffstudien bei ADHS und Ernährungsempfehlungen dar.

Ergebnis

Auch wenn eine Beratung individuell vonstatten geht und den sozioökonomischen, familiären, schulischen/beruflichen und kulturellen Bedingungen angepasst wird, können einige Lebensmittel und Speisen als allgemeine Empfehlung zusammengefasst und lernpädagogisch aufbereitet werden.

Bei der Betrachtung einiger Beratungskonzepte hat sich das Beratungsgespräch nach Engel (2006) geeignet für den Bereich der Kinderkrankenpflege herausgestellt.

Ihre Beratungskonzepte, der „Prävention und gesundheitsfördernde Beratung“, der „Aufklärende Beratung“, der „Empfehlende Beratung“, der „Erfordernisorientierte Beratung“, der „Lösungserarbeitende Beratung“ und der „Komplexe Beratung“ decken den Beratungsbedarf in der Kinderheilkunde ab.

Schlussfolgerung

Es gibt, wenn auch nicht immer eindeutig bewiesen, einen Einfluss der Ernährung auf ADHS. Es kristallisieren sich bei der Betrachtung der einzelnen Studienergebnissen verschiedene Patientengruppen heraus, bei denen es unterschiedliche Mängel an Nährstoffen gibt, die über eine Ernährungsberatung ausgeglichen werden können.

Die Beratungstheorie nach Engel (2006) lässt zu, je nach Ernährungs-, Alter - und Wissenszustand des Patienten, eine geeignete Beratungsform in Anwendung zu bringen.

Literatur und Quellennachweis

Pflanzenöle, Ruth von Braunschweig, Stadelmannverlag, 2. Auflage 2008

Burgersteins Handbuch Nährstoffe, Haugverlag, Dr. Lothar Burgerstein, 10. Auflage

Mit Nährstoffen heilen, Norbert Fuchs, Ralf Reglin Verlag Köln, 2. Auflage 2001

Nährstoffdefizite erkennen und behandeln, Norbert Fuchs, Dietmar Rösler, Ralf Reglin Verlag Köln; 2009

Gesund durch Spurenelemente, Maria- E. Lange- Ernst; Goldmannverlag, 2. Auflage 1988

Kleine Schritte führen zum Erfolg; Beratungskompetenz im Rahmen des Diätologischen Prozesses; Mag. A.E.Purtscher, Fhg- Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH, Pro Care, Pflegepraxis, 06-07/2012, Springerverlag

Klinische Ernährungsmedizin, Maximilian Ledochowski, Springer Wien/New York 2010

Cosmoterra Berater Schulungsunterlagen 2011,

Cosmoterra Schulungsunterlage Lernstörungen, Bruck an der Mur, 19.4.2012

Lehrunterlagen des LFI Lehrganges „Kräuterpädagogik“ 2010, Niederösterreich

Deutschlandfunk, Forschung aktuell, 6.4.2011, Thekla Jahn, Diät bei ADHS
Der Artikel zeigt das ADHS und Nahrungsmittelunverträglichkeiten zusammen hängen können.

Wegweiser zur Selbsthilfe bei Schulproblemen, Cogito, Norbert Fuchs, 1. Auflage Mai 2010

krone.at 2.4.2012-ADHS wird bei Kindern häufig falsch diagnostiziert

Alternative Medicine Review Volume 12, Number 3 2007 Review Article
Omega-3 DHA and EPA for Cognition, Behavior, and Mood: Clinical Findings and Structural- Functional Synergies with Cell Membrane Phospholipids
Parris M. Kidd, PhD

Fatty Acids in Dyslexia, Dyspraxia, ADHD and the Autistic Spectrum
Alexandra Richardson, D.Phil (Oxon), PCGE
Senior Research Fellow, Mansfield College and University Lab of Physiology, Oxford

Nutrition Practitioner 2001, Volume 3, Issue 3 (November): 18-24
Effekte von Glutamat und Glutamin auf Lernen und Gedächtnis von Ratten]
[Artikel auf Chinesisch] Jing H, Cheng Y, Li S, Zhang G.
Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Academy of Military Medical

Sciences, Tianjin 300050, China.

BMC Psychiatry. 2004 Apr 8; 4:9.
Zinksulfat als Ergänzung zur Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität bei Kindern Methylphenidat: eine doppelblinde, randomisierte Studie [ISRCTN64132371]. Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Khademi M.
Psychiatric Research Centre, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, South Kargar Street, Tehran 13185, Iran

Magnes Res. 1997 Jun; 10 (2) :149-56.
Starobrat-Hermelin B, Kozielec T.
Department of Family Medicine, Pommerschen Medizinischen Akademie in Stettin, Polen.
J Altern Complement Med. 2000 Feb; 6 (1) :19-29.

Die Wirkung von Vitamin-Mineral-Ergänzung auf die Intelligenz der amerikanischen Schulkinder: a randomized, double-blind placebo-kontrollierte Studie. Schoenthaler SJ, Bier ID, Junge K, Nichols D, Jansenns S.

Institut für Soziologie und Strafrechtspflege, California State University, Stanislaus, Turlock 95380, USA.

Altern Ther Health Med. 2000 May; 6 (3) :85-91.

Rational Dosierungen von Nährstoffen haben eine verbesserte Wirkung bei Lernschwierigkeiten.

Carlton RM, Ente G, Blum L, Heyman N, Davis W, Ambrosino S.

Stonybrook University, Medical School, NY, USA.

Besteht ein Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und Verschiebungen im Mineralstoff und Spurenelementen? Journal für Orthomolekularer Medizin 10;4 (2002), Dr. Gabriele Radermacher-Reuter

Nutriologische Medizin, Melvyn R.Werbach; Hädecke Verlag 2001, 2.Auflage

Nuriologische Medizin ist ein Quellenbuch klinischer Forschung über den Einfluß von Nahrung, Nutrienten und Unverträglichkeiten auf über mehr als hundert Krankheiten.

Manfred Döpfner: Hyperkinetische Störungen. In: Franz Petermann (Hrsg.):

Lehrbuchder Klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete

Auflage. Hogrefe, Göttingen 2002, ISBN 3-8017-2157-4, S. 152–179.

Franz-Josef Hücker: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom: Forschung und Perspektive. In:

Psychotherapie Forum. Vol. 13, Nr. 2, 2005 (Springer Wien), S. 41–46.

Johanna Krause, Klaus-Henning Krause: ADHS im Erwachsenenalter. Die

Aufmerksamkeitsde-fizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. 3. vollst.

akt. und erw. Aufl. Schattauer, Stuttgart 2009, ISBN 978-3-7945-2533-1.

Gerhard W. Lauth, Hanna Raven: Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen

(ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review. Psychotherapeutenjournal 1/2009,

S. 17–30 (PDF).

Marianne Leuzinger-Bohleber, Yvonne Brandl, Gerald Hüther (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Schriften des Sigmund-Freud-Institutes Bd. 4. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006, ISBN 3-525-45178-4.

Martin D. Ohlmeier, Mandy Roy (Hrsg.): ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene. 1. Auflage. W. Kohlhammer, Stuttgart 2012, ISBN 978-3-17-021068-4.

Paul H. Wender: Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer [Mit einem Vorwort von Götz-Erik Trott], (Originaltitel: ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults übersetzt von Frank Badura). Kohlhammer, Stuttgart 2002, ISBN 3-17-017097-X.

Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger, Manfred Döpfinger (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung; Verlag W. Kohlhammer, 1. Auflage 2010

wikipedia, www.wikipedia.at, vom 29.1.2013
www.pflege.de, 2009

Bachmann, S.; Beratung in der Kinderkrankenpflege. Eine empirische Untersuchung zu den Erwartungen von Eltern chronisch kranker Kinder. Studiengang Pflegepädagogik, Köln.

Benner P., (1984), Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, Hans Huber Verlag, 1. Auflage, Bern

Berner, Wet al. Unbenannt (2002), Die Umsetzungsberatung

Brandenburg, H., (2005), Wie gelangt neues Wissen in die Praxis der Pflege?

EACH Charta, (2006), European Association for Children in Hospital, 2. Auflage

Jusline <http://www.jusline.at> ABGB 29.11.2010 Internet

Koch, J. (2005), Untersuchung zum Stand der Beratung von Angehörigen in der Kinderkrankenpflege- Konsequenzen für die Fortbildung, Diplomarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe im Studiengang Pflege

Koch- Straube, U., (2006): Beratung in der Pflege, Verlag Hans Huber, Bern
London F, (2003) Informieren, Schulen, Beratung, deutsche Ausgabe Abt. Zegelin, A.,
2. Auflage 2010, Verlage Hans Huber, Bern

Beier, J., (2003), Patienten- und familienorientierte Information und Beratung in der häuslichen Kinderpflege in Deutschland, ein Stiefkind pflegewissenschaftlicher Forschung? Editorial in Pflege, Jg. 16/2003, Hans Huber Verlage, Bern. S. 63-65

Engel, R. (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Wien: Facultas.

Di Piazza, S. (2001), Beratung in der Kinderkrankenpflege. IN
Pflege Jg. 14/2001 Hans Huber Verlag, Bern, S. 5-11
1. Auflage, Engelsbach

Holoch, Elisabeth (2000): Aktuelle Anforderungen an die Kinderkrankenpflege: pflegepädagogische Antworten. IN Kinderkrankenschwester Jg. 19/2000. S. 504-506

Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern: Huber

Behrens J., Langer G. (2006) „Evidence-based Nursing and Caring“ 2.
überarbeitete und ergänzte Auflage Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-
Toronto-Seattle

Schrems, B., (2002), Der Prozess des Diagnostizierens

Pflege heute, 5. Auflage, Urban und Fischer 2011

Rezeptunterlagen aus der Ernährungstherapie nach TCM, Susanne Sonnleithner

Powerfrühstück, Claudia Nichterl, avbuch

Sonuga-Barke, E.J.S, Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R.W., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Cogill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Wong, I.C.K., Sergeant, J., European ADHD Guidelines Group (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry 10.1176/appi.ajp.2012.12070991

Lebenslauf

1976-1980 Volksschule Vorgartenstraße, 1020 Wien

1980-1984 Hauptschule 1.Klassenzug Feuerbachgasse 3, 1020 Wien

1984-1985 Einjährige Haushaltungsschule, Straßergasse 38, 1190 Wien

1985-1986 Erster Jahrgang Krankenpflegeschule, AKH Wien, 1090 Wien

1986-1989 Kinderkrankenschule AKH Wien, 1090 Wien

1994-1999 Fernschule Bundesrealgymnasium, Henriettenplatz, 1070 Wien

1999 -2002 Abschluß der beiden Studiumsabschnitten Pflegewissenschaft Uni Wien

2002-2013 Kinderpause

2013 Abschlussarbeit