

**Zukunftswerkstatt Pflege -
Abschlussbericht der Arbeitsgruppe:**

**Auswahl eines geeigneten pflegetheoretischen
Bezugsrahmens für die Neukonzeption des
Pflegeleitbildes der DRK-Kinderklinik Siegen**

Verfasser:

**Annett Dietzel-Ströhla, Jörg Gräb, Birgit Krumm,
Uwe Mayenschein**



Siegen, Januar 2011

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Spezifische Aspekte der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen innerhalb ihres sozialen Bezugssystems	4
3. Die Pflegetheorie nach D. Orem - „Strukturkonzepte der Pflegepraxis“	6
3.1. Die Theorie der Selbstpflege.....	7
3.2. Die Theorie des Selbstpflegedefizits.....	8
3.3. Die Theorie der Pflegesysteme.....	11
3.3.1. Das vollständig kompensatorische System - Handlung der Pflegekraft	11
3.3.2. Das teilweise kompensatorische System - Handlung der Pflegekraft/ Handlung des Patienten.....	11
3.3.3. Das unterstützend-beratend-erzieherische System - Handlung der Pflegekraft/ Handlung des Patienten.....	12
3.4. Die fünf Methoden des Helfens.....	14
4. Die Pflegetheorie als Beitrag für ein gemeinsam getragenes professionelles Pflegeverständnis	16
5. Die Einbindung der Pflegetheorie in den Pflegeprozess	19
5.1. Selbstpfleegerfordernisse	21
5.2. Selbstpflege- /Dependenzpflege	22
6. Die Pflegetheorie als Legitimationsgrundlage für das Pflegehandeln in der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH	23
7. Die Pflegetheorie als Impuls und Rechtfertigung für die Weiterentwicklung bestehender und die Erschließung neuer Handlungsfelder der Pflegepraxis	25
8. Fazit und Ausblick.....	27
9. Literaturverzeichnis	29
Anhang 1 Glossar	35
Anhang 2 Die Kategorien der Selbstpfleegerfordernisse.....	37

1. Einleitung

Die Einrichtungen, in denen pflegerische Dienstleistungen angeboten werden, stehen aktuell einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüber. Angesichts komplexer gesellschaftlicher und bildungspolitischer Veränderungen ergeben sich veränderte Anforderungen an ihre Organisationsstruktur und ihre Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig ist der Staat bestrebt die Kostendynamik im Gesundheitswesen zu senken. Die Pflegeeinrichtungen stehen damit in dem Zwang, die Betreuungskosten ihrer Klienten zu stabilisieren und gleichzeitig die Leistungsausnutzung und die Qualität der pflegerischen Arbeit zu erhöhen.

Zur Bewältigung der zukünftigen Anforderungen bedarf es in den Einrichtungen einer umfangreichen Reorganisation der Disziplin Pflege, die einen Paradigmenwechsel im Denken und in der inneren Haltung der Berufsangehörigen impliziert. Professionalisierung heißt, wissenschaftlich begründet erklären zu können, wann und warum etwas hilfreich ist. Erklärende Theorien bilden dabei den Kern des Wissenstandes einer Disziplin. Dieses Wissen dient als Orientierung für Forschung und Lehre sowie für die Pflegepraxis. Die theoretischen Konstrukte müssen jedoch für das jeweilige Praxisfeld und die dort vorfindbaren Problemlagen passend sein, sie müssen also zielgruppen- und situationsspezifisch ausgerichtet sein. Nur dann lässt sich ihre Funktion, Verständnis für die Zusammenhänge zu vermitteln und Orientierung für die Weiterentwicklung von Interventionen zu geben, ausreichend entfalten.

Für die zukünftige Aufstellung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Einrichtungen der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH stellt sich also die Frage nach dem geeigneten pflegetheoretischen Bezugsrahmen. Auch die Arbeitsergebnisse aus der Zukunftswerkstatt Pflege definieren als Teilaufgabe des Gesamtprojektes das Arbeitspaket „Auswahl einer geeigneten Pflgetheorie“. Zu diesem Zweck bildete sich im Januar 2010 eine Arbeitsgruppe mit dem Projektauftrag: „Auswahl einer geeigneten Pflgetheorie für die Neukonzeption des Pflgeleitbildes der DRK-Kinderklinik Siegen“.

Vor dem 1. Arbeitstreffen am 14.01.2010 sichteten die Projektmitarbeiter eine Auswahl an Literatur zur oben beschriebenen Fragestellung. Zu Beginn des ersten Arbeitstreffens stimmten sich die Teilnehmer untereinander hinsichtlich der festzulegenden Zielvereinbarungen ab und leiteten davon die notwendigen Prozessschritte für die spätere Entscheidungsfindung ab. Es wurden Leitfragen entwickelt, welche die Auswahl einer bestimmten Pflgetheorie vereinfachen sollten. Es folgte eine eingehende Diskussion anhand der Leitfragen mit dem Ziel, eine geeignete Pflgetheorie zu identifizieren. Die Gruppe legte sich nach eingehender Diskussion anhand der aufgestellten Leitfragen schließlich auf die Pflgetheorie nach Dorothea Orem fest. Die sich daran anschließende

arbeitsteilige Vorgehensweise der schriftliche Beantwortung jeder einzelnen Leitfragen mit Hilfe der Orem'schen Theorie wurde im 2. Arbeitstreffen der Projektgruppe am 22.01.2010 abgeglichen und bewertet. Die Projektgruppe entschied sich daraufhin für die gründliche Überarbeitung und Zusammenführung der schriftlichen Einzelergebnisse in Form eines Abschlussberichtes.

Das Ziel des vorliegenden Abschlussberichtes besteht darin, darzulegen warum sich die Arbeitsgruppe innerhalb ihres Projektauftrages für die Pflegetheorie nach Dorothea Orem entschieden hat und welchen Beitrag dieser theoretische Bezugsrahmen für das Handlungsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Einrichtungen der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH leisten kann.

Die Aussagen stützen sowohl sich auf die Auswertung vorliegender allgemeiner Veröffentlichungen zum Thema „Konzeptionelle Modelle bzw. Theorien innerhalb der Disziplin Pflege als auch auf die Analyse des von Frau Dr. Elisabeth Holoch im Auftrag der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GkinD) und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V. erarbeiteten Positionspapieres „Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen“.

2. Spezifische Aspekte der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen innerhalb ihres sozialen Bezugssystems

Wenn ein Mensch aufgrund einer Erkrankung auf pflegerische Hilfe angewiesen ist, so spricht man von **Pflegebedürftigkeit**.¹ Der **Pflegebedarf** wird aus der Pflegebedürftigkeit eines Menschen abgeleitet und mittels der entsprechenden Pflegeinterventionen, -leistungen quantitativ, als auch qualitativ abgebildet.²

Der Begriff **Pflege** muss im Kontext mit Pflegebedürftigkeit eindeutig definiert werden. Dabei wird zwischen Pflege als alltäglichem Handeln³ und Pflege als beruflich-fachlichem Handeln differenziert. Bei der Ermittlung von Ursache, Art und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit stellt sich die Frage, ab wann und warum ein Kind/Jugendlicher auf die Inanspruchnahme von professioneller Pflege angewiesen ist. Bei der Beantwortung der o.g. Frage ist zu berücksichtigen:

¹ vgl. SGB XI §14, online unter: <http://www.sozialgesetzbuch.de>, (Stand: 12.04.2010)

² vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009:8)

³ Mit alltäglichem Pflegehandeln wird die Laienpflege, also Pflege durch Angehörige, soz. Bezugspersonen bezeichnet.

- *ob und inwiefern gesundheitsbezogenen Einschränkungen und Anforderungen (noch) durch die pflegebedürftige Person selbst kompensiert bzw. erfüllt werden können.*⁴
- *ob und inwiefern gesundheitsbezogenen Einschränkungen und Anforderungen (noch) durch die sozialen Bezugspersonen des betroffenen Menschen kompensiert bzw. erfüllt werden können.*⁵
- *in welchen Fällen, in welchem Ausmaß und in Bezug auf welche Einschränkungen bzw. Anforderungen ein Mensch und seine soziale Bezugsperson auf Hilfe von professionell Pflegenden bei der Durchführung gesundheits- und entwicklungsbezogener Handlungen angewiesen sind.*⁶

Ist ein Kind/Jugendlicher und seine sozialen Bezugspersonen auf das Handeln professionell Pflegender angewiesen, um seine Gesundheit, Entwicklung, Wohlbefinden und seine gesundheitsbezogene Lebensweise zu sichern, spricht man demnach von **Pflegebedürftigkeit**.⁷

Jedoch wird die emotionale Bindung innerhalb einer Eltern-Kind-Beziehung oder in der Beziehung zwischen einem Kind/Jugendlichen und seinen sozialen Bezugspersonen nach Boggatz besser mit dem Begriff der **Pflegeabhängigkeit** als dem der Pflegebedürftigkeit bezeichnet.

*„Abhängigkeit kann zum einen bedeuten: angewiesen sein auf, bestimmt sein durch Andere, unfähig sein etwas zu tun ohne jemand oder etwas anderes. Damit beschreibt Abhängigkeit die Beziehung zwischen zwei Personen, in der eine der beiden Personen eingeschränkte Möglichkeiten/ Fähigkeiten hat, etwas zu tun oder zu sein ohne etwas oder jemanden anderes, um einen erwünschten Zustand oder eine gewünschte Funktion auszuüben.“*⁸

Ein Kind ist in diesem Sinne pflegeabhängig von seinen sozialen Bezugspersonen, weil es:

- *zumindst bis ins Kleinkindesalter hinein ohne die Pflege seiner sozialen Bezugspersonen nicht überleben könnte.*⁹

⁴ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009: 40)

⁵ ebd.

⁶ ebd.

⁷ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009: 81)

⁸ vgl. Boggatz (2007), zitiert nach Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009: 59)

⁹ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009:59)

- für eine gesunde seelische Entwicklung auf Zuwendung und feinfühliges Beziehungsgestaltung und Interaktion mit Menschen angewiesen ist, zu denen es eine Bindung aufbauen und auf die es vertrauen kann¹⁰.
- ohne Anwesenheit und Aufsicht durch eine Person, die das Kind kennt und seine Fähigkeiten einschätzen kann, zu Schaden kommen kann.¹¹

„Selbst Schulkinder oder Jugendliche sind abhängig von der Pflege ihrer sozialen Bezugspersonen. Auch wenn sie wichtige „Aktivitäten des täglichen Lebens“ inzwischen selbstständig durchführen (wenn auch noch nicht vollständig selbst verantworten) können, so sind sie – ob gesund oder krank – abhängig von ihren sozialen Bezugspersonen. Ihre Abhängigkeit ist eher gekennzeichnet durch das Angewiesen sein auf die Unterstützung durch jemand anderes und darüber hinaus über die elterliche Sorge nach § 1626 BGB juristisch begründet.“¹²

Pflegebedürftigkeit und **Pflegeabhängigkeit** sind beide Ausdruck des Angewiesenseins auf personelle Hilfe, weil Kinder/Jugendliche entwicklungsbedingt nicht oder nur zum Teil in der Lage sind eigenverantwortlich für ihre Gesundheit, ihre Entwicklung sowie für ihr Wohlbefinden Sorge zu tragen.¹³

Es wird deutlich, dass bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit des Kindes/Jugendlichen und seiner sozialen Bezugsperson die Selbstpflegeerfordernisse¹⁴ und die Selbstpflegekompetenz¹⁵ erfasst werden müssen, um situativ geeignete Pflegeinterventionen abzuleiten. Entsprechend der zur Verfügung stehenden Kompetenzen und Möglichkeiten sollen die Betroffenen dabei sinnvoll einbezogen, unterstützt oder angeleitet werden.

3. Die Pflegetheorie nach D. Orem - „Strukturkonzepte der Pflegepraxis“

Mit ihrer Pflegetheorie verfolgte D. Orem das Ziel, Pflege konsequent zu einer eigenständigen und wissensbasierten Disziplin im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Orem gründet ihr Modell auf der Annahme, dass jeder Mensch sich selbst pflegen kann und will, also Selbstpflege¹⁶ betreibt.

¹⁰ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009:59)

¹¹ ebd.

¹² ebd.

¹³ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009: 82)

¹⁴ vgl. Anhang 2

¹⁵ vgl. Anhang 1

¹⁶ vgl. Anhang 1

Sie geht von einer ganzheitlichen Vorstellung des Menschen aus, die physische, psychische, soziale und spirituelle bzw. religiöse Aspekte umfasst. Ihrer „**Allgemeinen Pflegetheorie**“ liegen folgende zentrale Annahmen zugrunde:¹⁷

- *Menschen benötigen einen ständigen bewussten Austausch mit Anderen und ihrer Umwelt, damit sie leben und ihren Alltag bewältigen können.*
- *Die Fähigkeit zu gezielten Handeln wird in Form des „für sich und andere sorgen“ deutlich.*
- *Reifere, erwachsene Personen machen gelegentlich die Erfahrung, dass ihre Fähigkeit sich selber oder anderer Personen zu pflegen, eingeschränkt ist.*
- *Menschen erforschen und entwickeln neue Möglichkeiten, sich selbst und andere zu pflegen.*
- *Gruppen von Menschen übernehmen Aufgaben und zugewiesene Verantwortungen für die Betreuung von Mitgliedern, die Einschränkungen in der Selbstpflege erleben.*

Orems „**Allgemeine Theorie der Pflege**“ wird auch als „**Selbstpflege-defizit-Theorie**“ bezeichnet und beinhaltet folgende drei Teiltheorien, welche in gegenseitiger Wechselbeziehung zueinander stehen:

- *die Theorie der Selbstpflege*
- *die Theorie des Selbstpflegedefizits*
- *die Theorie der Pflegesysteme*

3.1. Die Theorie der Selbstpflege

Selbstpflege¹⁸ ist ein erlerntes und zielorientiertes Handeln, das Personen zur Aufrechterhaltung ihres Lebens, ihrer Gesundheit und ihres Wohlergehens ausführt.¹⁹ Erwachsene sorgen für sich selbst; Säuglinge, Kinder, Kranke, alte Menschen und Behinderte benötigen begrenzte Hilfe oder völlige Unterstützung bei der Ausübung von Selbstpflege, je nach ihren individuellen **Selbstpflegeerfordernissen**.

Diese Abhängigenpflege wird als **Dependenzpflege**²⁰ bezeichnet. Sie setzt eine gewisse soziale Abhängigkeit voraus und bezieht sich daher nicht auf die professionelle Pflegebeziehung.

¹⁷ vgl. Orem, (1997: 184)

¹⁸ vgl. Abb. 1

¹⁹ vgl. Orem, (1997: 188)

²⁰ vgl. Anhang 1

Orem bildet mit ihrer Theorie der Dependenzpflege die Abhängigkeit eines Kindes, Jugendlichen von seiner sozialen Bezugsperson ab, welche die Verantwortung für die Gesundheit, Erziehung und Entwicklung, Wohlergehen des Kindes und Jugendlichen trägt. Sie weist darauf hin, dass es Situationen gibt, in denen Menschen einander pflegen, ohne dass professionelle Pflege daran beteiligt ist, z. B. Eltern/Angehörige. Das impliziert, dass Eltern und Angehörige die erforderliche Selbstpflegekompetenz in bestimmten Lebenssituationen verfügen. Die **Selbstpflegekompetenz** befähigt den Menschen, die Selbstpflege durchzuführen.

3.2. Die Theorie des Selbstpfledefizits

In verschiedenen Phasen des Lebens besitzen Menschen nicht die Fähigkeit, „... kontinuierlich das Ausmaß und die Qualität von Selbstpflege aufrecht zu erhalten, die für die Erhaltung von Leben und Gesundheit, für die Genesung von Krankheiten oder Verletzungen oder für den Umgang mit ihren Auswirkungen situativ erforderlich sind.“²¹

Erst wenn auch nach Mobilisierung der eigenen Ressourcen bei veränderten **Selbstpflegeerfordernissen** die Fähigkeit zur Selbstpflege nicht ausreicht, wird Hilfe, professionelle Pflege nötig. Als Arten von Selbstpflegeerfordernissen unterscheidet Orem zwischen den **allgemeinen**, den **entwicklungsbedingten** und den **gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernissen**²², welche letztlich den **situativen Selbstpflegebedarf**²³ bestimmen.

Ein **Selbstpfledefizit**²⁴ liegt dann vor, wenn die Selbstpflegekompetenz einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht ausreicht, um den situativen Selbstpflegebedarf zu erfüllen.²⁵ Sind Eltern beispielsweise durch veränderte Selbstpflegeerfordernisse nicht in der Lage, Dependenzpflege in notwendigem Maße für ihr Kind zu leisten, besteht nach Orem ein **Dependenzpfledefizit**.

D.E. Orem hebt Faktoren²⁶, die **Einschränkungen der Selbstpflegekompetenz** bei verändertem Selbstpflegebedarf beschreiben wie folgt hervor:

- *die Einschränkung des Verstehens,*
- *die Einschränkung der Urteils- und Entscheidungsfindung, z.B. durch fehlendes Vorwissen oder durch Ablehnung oder Abneigung,*
- *die Einschränkung der Umsetzung, z.B. durch Wissens- oder Ressourcenmangel oder mangelnder Zielorientierung*

²¹ vgl. Orem, (1997: 58)

²² vgl. Anhang 2

²³ vgl. Abb. 1

²⁴ ebd.

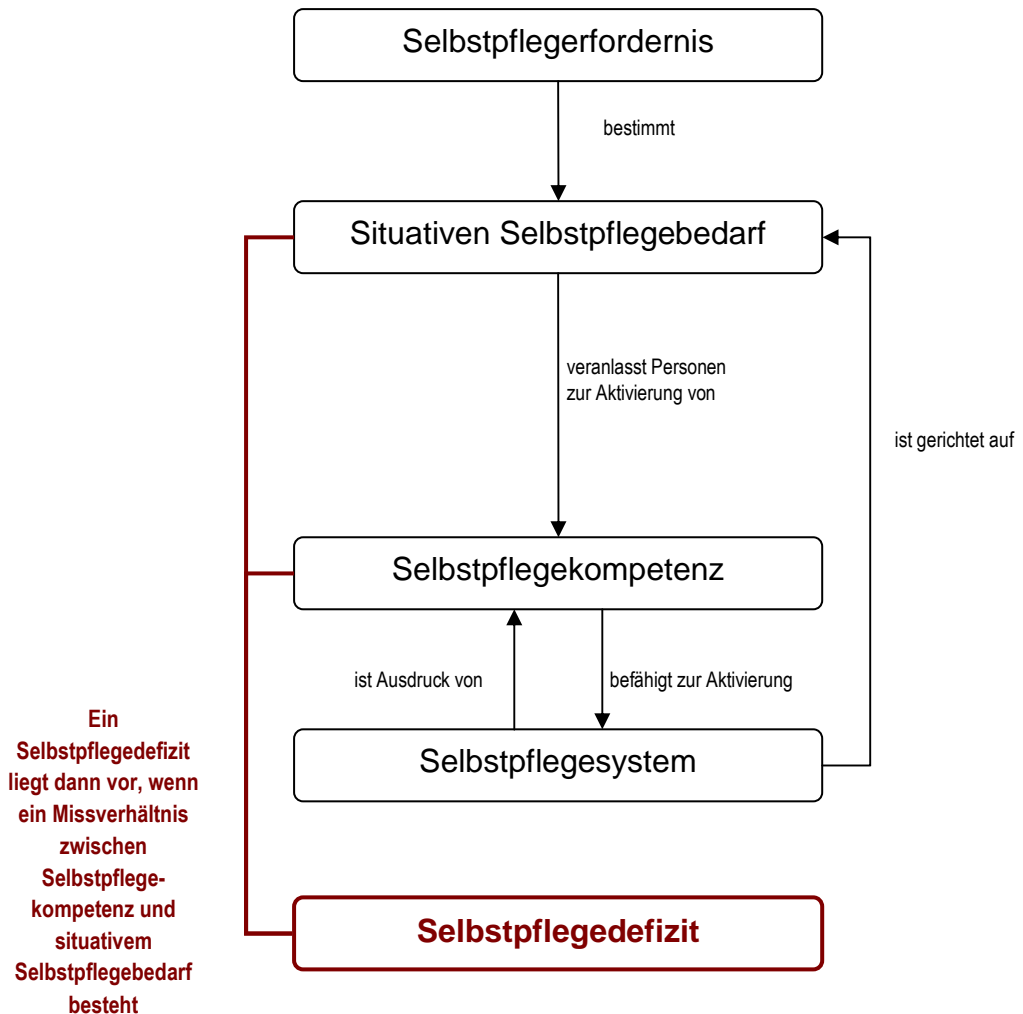
²⁵ vgl. Orem, (1997: 261)

²⁶ vgl. Orem, (1997: 258 ff)

Außerdem führt Orem relevante Merkmale auf, die bei der Erfassung des Pflegebedarfs und bei der Ermittlung der Hilfeleistung von professionell Pflegenden berücksichtigt werden (physische, soziale, gesellschaftliche, kulturelle Merkmale, etc.).

Die Theorie macht deutlich, dass professionelle Krankenpflege die familienrelevanten Merkmale, die Handlungskompetenz der Eltern in der Dependenzpflege erkennt und bei der Wahl der Pflegeinterventionen berücksichtigt.

Abb.1 Theorie der Selbstpflege – Grundbegriffe und ihre Beziehungen



Ziele der Selbstpflege:

- Erhaltung des Lebens
- Förderung der persönlichen Entwicklung
- Förderung und Erhaltung einer gesunden Funktionsweise
- Förderung und Erhaltung von Wohlbefinden

Abb. 1 Schema zur Theorie der Selbstpflege (in Anlehnung an Wittneben, (1994, 105ff))

3.3. Die Theorie der Pflegesysteme

Mit dieser Theorie wird deutlich, was professionelle Pflege ist und was ihre Natur als helfende Profession ausmacht. Der Begriff System bezieht sich hierbei auf Personen, Handlungen oder Dinge mit ihren wechselseitigen Beziehungen. Pflege wird dabei als ein sich selbst organisierendes System verstanden.

Pflegesysteme sind geplante Handlungsreihen, die von Pflegenden in Verbindung mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen ausgeführt werden, um den situativen Selbstpflegebedarf des Patienten zu erfüllen. Sie dienen nach Orem der Kompensation oder der Überwindung von Selbstpflegedefiziten bzw. Dependenzpflegedefiziten.

Orem verdeutlicht die Aufgaben der professionellen Pflege anhand unterschiedlicher **Pflegesysteme**.²⁷ Ein effektives Pflegesystem koordiniert Verhaltensweisen von Pflegenden und Patienten so, dass angemessene pflegerische Ziele umgesetzt werden können.²⁸

Pflegesysteme können entsprechend der Verteilung der Rollenverantwortung und Handlungen von Pflegepersonen, Patienten und Angehörigen unterschieden werden in:

3.3.1. Das vollständig kompensatorische System - Handlung der Pflegekraft

- Verwirklichung der situativen Selbstpflege bzw. Dependenzpflege des Patienten
- Kompensieren der Unfähigkeit des Patienten Selbstpflege auszuführen bzw. der Einschränkungen der Eltern ihrer sozialen Verantwortung der Dependenzpflege nachzukommen
- Unterstützen und Schützen des Patienten

3.3.2. Das teilweise kompensatorische System - Handlung der Pflegekraft/ Handlung des Patienten

- Durchführung einiger Selbstpflegemaßnahmen bzw. Dependenzpflegemaßnahmen für den Patienten / die Eltern
- Kompensieren der Selbstpflegeeinschränkungen des Patienten oder der Dependenzpflegeeinschränkungen der Eltern
- Unterstützen des Patienten / der Eltern bei Bedarf
- Durchführung einiger Selbstpflegemaßnahmen
- Regulieren der Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenz
- Akzeptieren der Pflege und Unterstützung der Pflegekraft

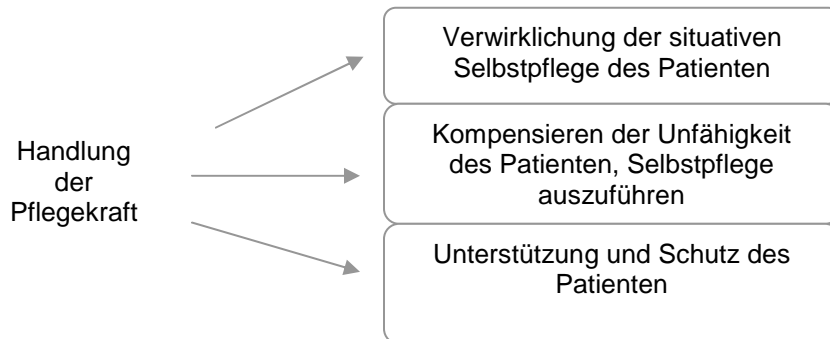
²⁷ vgl. Abb. 2

²⁸ vgl. Orem, (1997: 303)

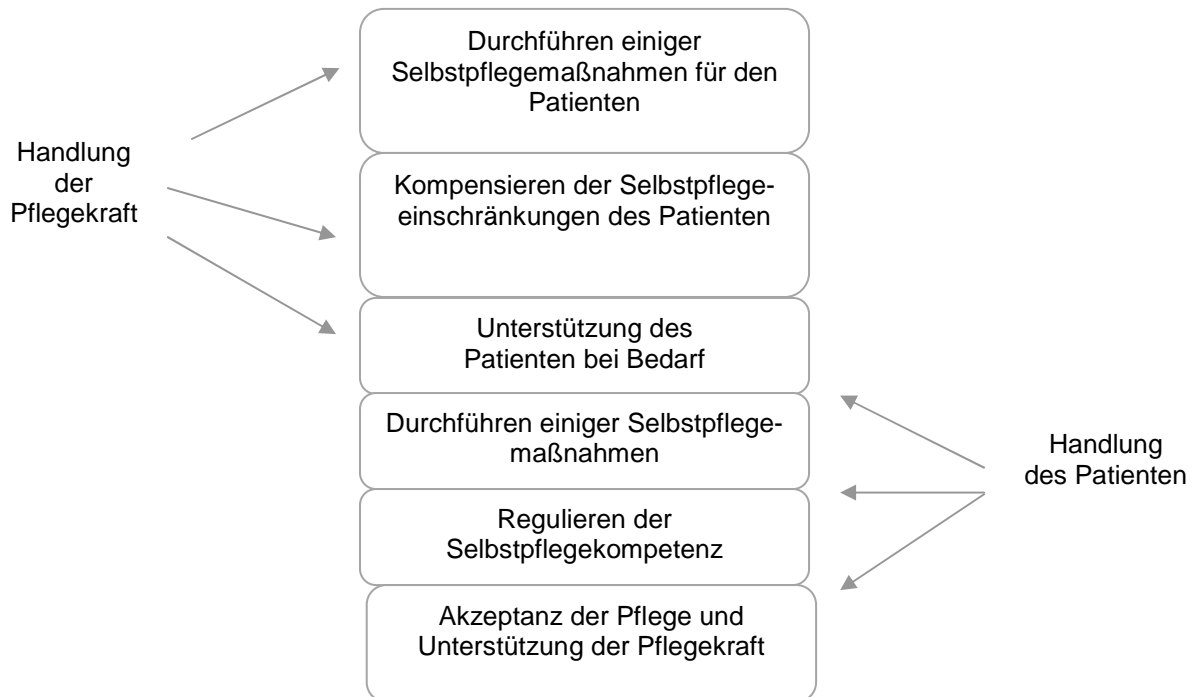
3.3.3. Das unterstützend-beratend-erzieherische System - Handlung der Pflegekraft/ Handlung des Patienten

- Verwirklichen der Selbstpflege / Dependenzpflege
- Regulieren der Ausübung und Entwicklung der Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenz

Das vollständig kompensatorische System



Das teilweise kompensatorische System



Das unterstützend – erzieherische System

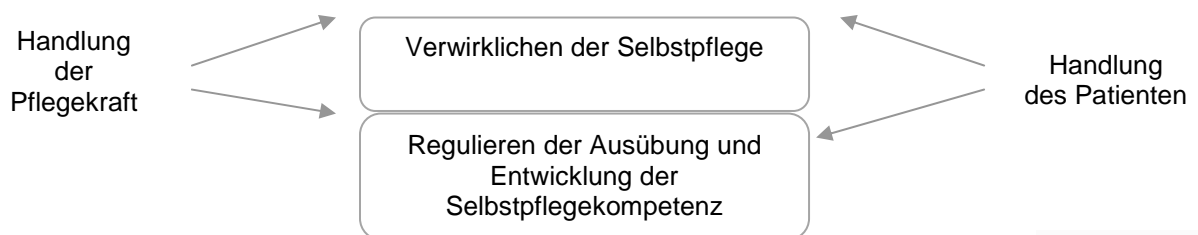


Abb. 2: Typen der Pflegesysteme, vgl. Orem (1997: 333)

Die Pflegesysteme ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Pflegesituation für Pflegende, Patienten und Angehörige. Gerade bei der Betreuung chronisch Kranker erlangen Angehörige, Patienten ein zunehmendes Maß an Selbstpflegekompetenz, wobei sich der Schwerpunkt der Pflege dann auf Unterstützung und Anleitung verlagert. Im Rahmen von Zustandsveränderungen können die benötigten Pflegesysteme jedoch wieder wechseln. So kann professionelle Pflege in akuten Krankheitsphasen einerseits kompensatorisch und begleitend als auch erzieherisch-unterstützend tätig werden.

3.4. Die fünf Methoden des Helfens

Ein wesentliches Element der Theorie der Pflegesysteme ist die Pflegekompetenz. Sie resultiert aus der Leitidee, dass Pflegende bestimmte Fähigkeiten brauchen, um effektive Pflege leisten zu können.

Pflegekompetenz beinhaltet durch Aus- und Weiterbildung erworbene und entwickelte Handlungsfähigkeiten, die von professionell Pflegenden in der Praxis für Personen mit gesundheitsbezogenen Selbstpflegedefiziten umgesetzt werden.²⁹

D. E. Orem definiert **professionelle Pflege** als:

“[...] Kunst, durch die der Pflegende [...] Personen mit Einschränkungen spezielle Unterstützung gewährleistet [...]. Die Kunst der Pflege wird praktiziert, indem für die Person mit Einschränkung ‘etwas getan wird’, indem man ‘ihr hilft, selbst etwas für sich zu tun’ und/oder indem man ‘ihr hilft zu erlernen, wie sie selbst etwas für sich tun kann’. Pflege wird auch praktiziert, indem man einer kompetenten Person aus der Familie des Patienten oder einem Freund des Patienten hilft zu lernen, ‘wie man etwas für den Patienten tun kann’. Einen Patienten zu pflegen ist somit eine praktische und didaktische Kunstfertigkeit“³⁰

Orem beschreibt in ihrer Definition verschiedene **Methoden des Helfens**.

Eine **Methode des Helfens** ist „... eine Serie von Handlungen, um die gesundheitsbedingten Einschränkungen von Menschen tatsächlich zu überwinden oder zu kompensieren, damit sie für sich selbst tätig werden, um ihr Funktionieren und ihre Entwicklung oder die der von ihnen Abhängigen zu regulieren.“³¹

Situationen des Helfens sind nach Orem Bestandteil unseres gesellschaftlichen Lebens. Im professionellen Kontext des Gesundheitswesens weisen diese Situationen bestimmte Charakteristika der Rollenverteilung auf und können in **5 Methoden des Helfens** unterschieden werden:

²⁹ vgl. Orem, (1997: 270)

³⁰ ebd., (1997: 274f)

³¹ ebd., (1997: 16)

I. Für andere handeln:

Selbstpflegehandlungen des Pflegebedürftigen werden stellvertretend durch die Pflegeperson ausgeführt. Diese Methode des Helfens ist nur legitim, wenn ein spezielles Wissen, Können oder spezielle Techniken zum Erreichen der gesetzten Ziele erforderlich sind. Die Notwendigkeit des "für andere Handelns" kann auch entwicklungsbedingt sein. Es dient der Kompensation von reduzierten körperlichen und/ oder mentalen Funktionen des Patienten. Diese Form des Helfens sollte sobald als möglich gegen eine andere gewechselt werden.

II. Physische und psychische Unterstützung:

Diese Methode des Helfens soll vermeiden, dass der Patient in der gedanklichen Vorbereitung oder der praktischen Ausführung seiner Selbstpflege scheitert bzw. gesundheitlichen Schaden nimmt. Die Unterstützung soll zu einer stressfreien Bewältigung und Kontrolle der Situation durch den Patienten führen. Die Unterstützung kann einerseits psychologischer und andererseits körperlicher Art sein. Die psychologische Unterstützung kann verbal oder nonverbal sein. Sie findet aber immer durch Kommunikation statt. Der Helfer steuert mit seinem Wissen und seiner Erfahrung die Situation. Auch ein Zuhören oder ein "einfach Dasein" kann eine Hilfe in diesem Sinne sein.

III. Führen und anleiten:

Diese Methode des Helfens setzt Situationen voraus, in denen der Patient eine Wahl treffen muss, wie er handeln wird. Die Aufgabe der Pflegeperson besteht darin, den Patienten in eine Richtung zu führen, von der sie aufgrund ihrer Professionalität weiß, dass diese für den gesundheitlichen Zustand und die Entwicklung des Patienten vorteilhaft wäre.

IV. Gewährleisten einer umweltbezogenen Umgebung:

Bei dieser Methode des Helfens geht es um die Gestaltung von Bedingungen in der Umwelt des Patienten. Ziel ist es, eine Umgebung herzustellen in der personelle Entwicklung, Lernen und soziale Teilnahme ermöglicht wird. Die Umgebungsgestaltung durch den Helfenden erfordert Kenntnisse über die konkrete Pflegesituation und über die Biographie und den Status des Patienten. Bei der Umsetzung dieser Methode des Helfens ist von der Pflegeperson ein hohes Maß an Kreativität gefordert.

V. **Unterrichten:**

Diese Form des Helfens setzt auf der Seite des Patienten Kommunikations-, Lernfähigkeit und Problembewusstsein voraus. Der Helfende muss die Bedingungen des Patienten kennen, um die Methode des Unterrichts auf ihn abzustimmen. Ziel der Methode ist der Erwerb von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auf Seiten des Patienten. Die Rollenverteilung ist hier eindeutig: der Patient lernt und die Pflegeperson lehrt.

Entsprechend dieser Methoden variieren die Rollen von Pflegenden und Patienten. Innerhalb eines Pflegeprozesses können alle Methoden des Helfens zur Anwendung kommen.

4. Die Pflegetheorie als Beitrag für ein gemeinsam getragenes professionelles Pflegeverständnis

In einer Theorie werden **miteinander in Beziehung stehende Feststellungen** über bestimmte inhaltliche Bereiche einer Disziplin symbolisch **dargestellt**. Ziel ist es, eine Erklärung, Beschreibung und Vorhersage von Situationen, Handlungen und Ereignissen zu liefern.

Orem kennzeichnet Krankenpflege als Praxiswissenschaft mit einem spezifischen Gegenstandsfeld, nämlich der Pflegepraxis. In diesem Handlungsfeld wird pflegewissenschaftlich hervorgebrachtes Wissen von professionell Pflegenden kreativ und fallbezogen angewendet.

Aufgrund dieser Tatsache vermittelt die Orem'sche Theorie eine praxisnahe Theorie zu sein, mit einer besonderen Eignung zur Beschreibung, Erklärung und der Vorhersage des konkreten Handelns in der Pflegepraxis. Und dies auch deshalb, weil sie zudem....

- *handlungstheoretisch begründet ist,*
- *eine explizite Unterscheidung zwischen alltäglicher Pflege und beruflich-fachlicher Pflege trifft und*
- *dafür ausdifferenzierte, theoretisch begründete Konzepte liefert.*

Orem bietet eine handlungssystematische Begründung von „Alltagsaktivitäten“, die aus pflegerischer Perspektive von Relevanz sind. Sie spricht deshalb nicht von Aktivitäten oder Bedürfnissen, sondern von **Erfordernissen**. Gemeint sind Handlungen, die erforderlich sind, um die Gesundheit, das Wohlbefinden und eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten.

Orem hebt in ihrer Theorie dabei die präventive Gesundheitspflege hervor. Dieser Ansatz lässt erkennen, dass nicht die Krankheit, sondern die Förderung der Entwicklung und der Gesundheit in den Mittelpunkt der Pflege gestellt wird. Der Schwerpunkt der professionellen Pflege liegt also nicht in der ärztlich verordneten Therapie einer Erkrankung, sondern in der Aktivierung oder Reaktivierung der Selbstpflegefähigkeit des Menschen. Pflege fördert und unterstützt die Fähigkeit des Patienten, seiner Angehörigen in Form von Anleitung, Beratung oder Schulung für sich oder andere sorgen zu können. Professionelle Gesundheits-, Krankenpflege beinhaltet vorausschauendes, schützendes und förderndes Handeln. Sie soll der Gesundheitsförderung, der Gesunderhaltung dienen.

Außerdem wird mit dem Konzept der **Selbstpflegekompetenz**³² eine Systematik zur Verfügung gestellt, mit deren Hilfe Handlungseinschränkungen und -möglichkeiten eines Menschen im Umgang mit seinen Selbstpflegeerfordernissen differenziert eingeschätzt werden können.

Selbstpflegedefizite³³, verstanden als ein Ungleichgewicht zwischen Handlungsanforderungen und Handlungskompetenzen eines Menschen, können unterschieden werden in solche, die aufgrund von fehlendem oder unzureichendem Wissen bzw. Verstehen, von fehlender oder unzureichender Willenskraft und Entscheidungsfähigkeit oder von fehlender oder unzureichender körperlicher Kraft oder Fähigkeit entstehen.

Darüber hinaus liefert die Pflgetheorie von Orem mit der Theorie der Dependenzpflege ein theoretisches Konzept, das dem Umstand der Abhängigkeit eines Kindes/ Jugendlichen von seinen sozialen Bezugspersonen Rechnung trägt. **Dependenzpflege**³⁴ ist bewusstes, absichtsvolles und erlerntes Handeln. Dependenzpflege impliziert u.a. die Bereitschaft, Verantwortung für die Gesundheit, Entwicklung und das Wohlergehen von Kindern/ Jugendlichen zu übernehmen.

Auch verfolgt ein Pflegehandeln gemäß der Orem'schen Theorie ein nachgewiesenes hohes Maß an Patientenorientierung.

Karin Wittneben beschreibt in ihrem heuristischen Modell der multidimensionalen Patientenorientierung verschiedene Stufen als Ausdruck des jeweils zugrunde liegenden Verständnisses von Pflegehandeln. Als Hauptordnungskriterium des Stufenmodells nutzt sie das jeweilige Ausmaß an Patientenorientierung bzw. Patientenignorierung, welches dementsprechend hierarchisch den einzelnen Stufen ihres Modells zu entnehmen ist. Die Stufe mit dem höchsten Maß an Patientenorientierung sowie Kommunikations- und Interaktionsorientierung in Wittnebens Modell stellt die Stufe der Handlungsorientierung dar.

³² vgl. Anhang 1

³³ ebd.

³⁴ ebd.

Hier nutzt Wittneben die Theorie nach Orem als Grundlage zur Beschreibung dieser Stufe³⁵.

In der Frage nach den Charakteristika eines professionellen Pflegeverständnisses muss ebenso Bezug zu professionstheoretischen Überlegungen hergestellt werden. Im Vergleich der drei klassischen Professionsansätze entspricht Orem's Pflege-theorie auch dem überwiegend für die Pflege eingeforderten **handlungsorientierten** Professionalisierungsansatz nach Ulrich Oevermann, welcher sich im Gegensatz zu den von seinen Kollegen vertretenen **strukturorientierten** und **prozessorientierten** Ansätzen dadurch auszeichnet, dass die Professionalität einer Berufsgruppe über die Qualität des beruflichen Handelns im Sinne einer „reflexiven Könnerschaft“ definiert wird³⁶

Damit liefert die Theorie einen Orientierungsrahmen, welcher es den Pflegenden erlaubt, ihr Pflegehandeln ausgehend von einem gemeinsamen Grundverständnis und entlang eines theoretisch geleiteten, einheitlichen roten Fadens auszugestalten.

³⁵ vgl. Wittneben, Karin (2003 und 2004)

³⁶ vgl. Weidner (1999)

5. Die Einbindung der Pflege Theorie in den Pflegeprozess

Das Pflegemodell nach Orem verdeutlicht explizit die professionell pflegerischen Aufgaben innerhalb des Pflegeprozesses. Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses können anhand des Orem'schen Pflegesystems strukturiert abgebildet werden. Als Strukturelemente benennt sie Selbstpflegeerfordernisse, Selbstpflege-/ Dependenzpflegedefizite sowie Pflegesysteme³⁷.

Die Pflegenden können mit Hilfe der Theorie Handlungseinschränkungen und Handlungsmöglichkeiten eines Menschen im Umgang mit seinen Selbstpflege- oder Dependenzpflegeerfordernissen gezielt und differenziert erkennen, einschätzen und in entsprechende Pflegediagnosen überführen. Aus der Ermittlung der Selbstpflege- bzw. Dependenzpflegedefizite werden Pflegeziele und zielführende Pflegeinterventionen abgeleitet und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Bei der Auswahl sinnvoller Pflegeinterventionen sowie der Verteilung der Rollenanteile (Pflegekraft, Patient, Angehöriger) sind ggf. unterschiedlich ausgerichtete Pflegesysteme zu planen und zu realisieren. Orem erhebt den generellen Anspruch, dass die Durchführung aller Maßnahmen stets unter Einbeziehung aktueller pflegewissenschaftlicher Standards und Instrumente geschieht. Insofern bietet die Theorie nach D. Orem eine hilfreiche Orientierungsfunktion zur Ausgestaltung eines professionellen Pflegeprozesses in den Handlungsfeldern der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH.

³⁷ vgl. Abb. 3

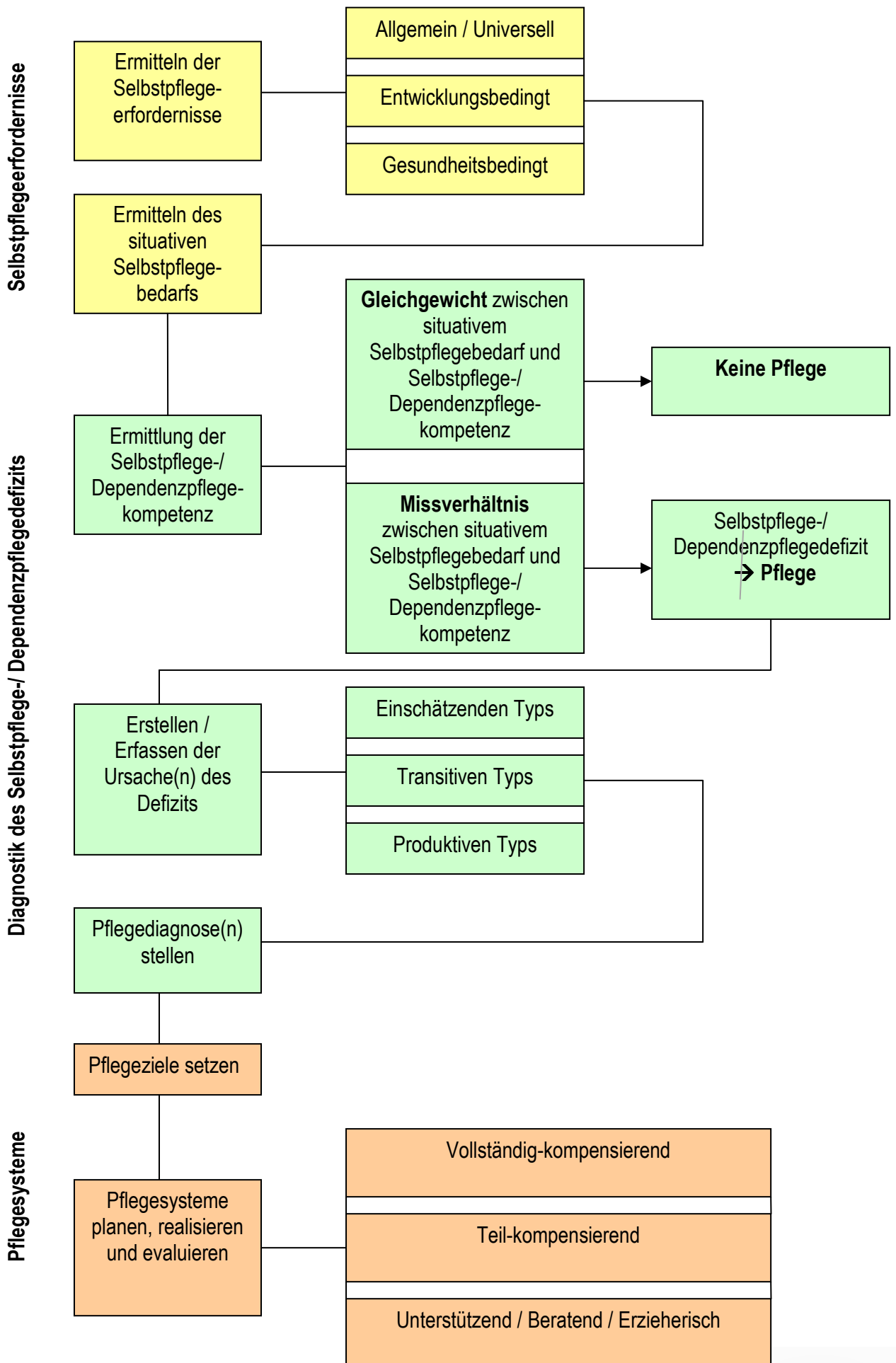


Abb. 3: Darstellung der Selbstpflagedefizit-Theorie im Pflegeprozess nach Spirig (1995)

5.1. Selbstpflegetherfordernisse

Der situative Pflegebedarf setzt sich aus verschiedenen Selbstpflegetherfordernissen³⁸ zusammen. Betrachtet man die Kategorien von Selbstpflegetherfordernissen im Detail, dann zeigt sich, dass sie im Vergleich mit den (Lebens-)Aktivitäten von Henderson und Roper, Logan & Tierney präziser formuliert sind. Ebenso werden sie als Handlungserfordernisse beschrieben und andere Kategorien mit erfasst, die für die Pflegepraxis im Allgemeinen und für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Besonderen von zentraler Bedeutung sind:

Die **gesundheitsbedingten Selbstpflegetherfordernisse**, die von hohem praktischen Nutzen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit insbesondere bei akut und chronisch kranken Menschen (sowohl im stationären, als auch im ambulanten Setting) sind, und die **entwicklungsbedingten Selbstpflegetherfordernisse**, die bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen immer eine Rolle spielen.³⁹

Bei der Pflegebedarfsermittlung müssen zumindest die großen Entwicklungsabschnitte „Säuglingsalter“, „Kleinkindalter“, „Schulkindalter“ (bis 10. Lebensjahr) und „Jugendlichenalter“ (zwischen dem 11. und 18. Lebensjahr) berücksichtigt werden. Insbesondere die von Orem beschriebenen entwicklungsbedingten Selbstpflegetherfordernisse unter Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie erscheinen hierfür als geeignete Grundlage. Konkret heißt das, dass Verfahren und Instrumente zur Ermittlung des Entwicklungsstandes oder der Entwicklungsphase eines Kindes/Jugendlichen im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfassen müssen:

- *welche Entwicklungsaufgaben (entwicklungsbedingten Selbstpflegetherfordernisse) für das jeweilige Alter und in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand des Kindes/Jugendlichen von besonderer Bedeutung sind,*
- *über welche Kompetenzen die Dependenzpflegenden im entwicklungsfördernden Umgang mit ihrem Kind/Jugendlichen im Rahmen der Pflege oder Anleitung zur Pflege ihres Kindes/Jugendlichen verfügen,*
- *welche Selbstpflegekompetenzen ein Kind/Jugendlicher im Alltag und / oder in der Kooperation bzw. Interaktion mit anderen (Dependenzpflegenden, älteren Geschwistern, Freunden, Pflegefachpersonen) und nicht nur bei der alleinigen Durchführung von Selbstpflegehandlungen zeigt.*

³⁸ vgl. Anhang 2

³⁹ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009:67)

5.2. Selbstpflege- /Dependenzpflege

Selbstpflegedefizite, verstanden als ein Ungleichgewicht zwischen Handlungsanforderungen und Handlungskompetenzen eines Menschen, können unterschieden werden in solche, die aufgrund von fehlendem oder unzureichendem Wissen bzw. Verstehen, von fehlender oder unzureichender Willens- und Entscheidungskraft oder von fehlender oder unzureichender körperlicher Kraft oder Fähigkeit entstehen. Diese Ausdifferenzierung hilft begründet nachzuweisen, ob und warum ein Mensch eher Anleitung und Beratung oder eher körperliche Unterstützung und/oder eine Kompensation seiner psychischen, mentalen oder körperlichen Beeinträchtigungen benötigt. Deshalb wird in der Systematik des Konzeptes der Selbstpflegekompetenz auch auf der Suche nach Ursachen unterschieden zwischen:

- **Selbstpflegeetätigkeiten einschätzenden Typs** (*kennen, wissen, verstehen, beachten*),
- **Selbstpflegeetätigkeiten transitiven Typs** (*reflektieren, beurteilen, entscheiden*)
- **Selbstpflegeetätigkeiten produktiven Typs** (*Vorbereitungen treffen, umsetzen, Auswirkungen und Ergebnisse des Handelns beobachten und überprüfen*)⁴⁰

Die **Teilkonzepte der Selbstpflegekompetenz**⁴¹ stellen eine Systematik zur Verfügung, mit deren Hilfe Handlungseinschränkungen und Handlungsmöglichkeiten eines Menschen im Umgang mit seinen Selbstpflegeerfordernissen gezielt und differenziert erkannt, eingeschätzt und definiert werden können.⁴²

⁴⁰ vgl. Dr. Elisabeth Holoch, Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, (2009: 28)

⁴¹ vgl. Abb. 2

⁴² vgl. Orem, (2001: 257)

6. Die Pflegetheorie als Legitimationsgrundlage für das Pflegehandeln in der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH

Wir können unser Pflegehandeln mit der Theorie nach D. E. Orem theoretisch und rational begründet legitimieren,...

- *weil wir theoretisch fundiert alle Pflegehandlungen ausweisen können, die erforderlich sind, um die Gesundheit, das Wohlbefinden und eine gesunde Entwicklung der uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten.*
- *weil die von Orem als Selbstpflegethizite definierten Zustände, verstanden als ein Ungleichgewicht zwischen Handlungsanforderungen und Handlungskompetenzen eines Menschen, sich nicht nur auf gesundheits- bzw. krankheitsbedingte Selbstpflegethizite bezieht, sondern entwicklungsbedingte und allgemeine Selbstpflegethizite ebenso explizit in den Blick nehmen.*
- *weil Orem perspektivreich zwischen Selbstpflegethiziten unterscheidet, die aufgrund von fehlendem oder unzureichendem Wissen bzw. Verstehen, von fehlender oder unzureichender Willenskraft und Entscheidungsfähigkeit oder von fehlender oder unzureichender körperlicher Kraft oder Fähigkeit entstehen.*
- *weil wir gleichzeitig mit der Theorie der Dependenzpflege in der Lage sind, transparent zu machen, inwieweit die uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen von ihren sozialen Bezugspersonen pflegeabhängig sind und mit welchem Maß an Kompetenz die Bezugspersonen ihre Dependenzpflege ausüben.*
- *weil laut Orem sowohl Kinder und Jugendliche als auch soziale Bezugspersonen als pflegebedürftig gelten, sofern sie auf das Handeln von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen angewiesen sind.*
- *weil wir damit auch solche Pflegehandlungen legitimieren, die aufgrund eines Ungleichgewichts zwischen dem Gesamt (Quantität und Qualität), der Selbstpflegethizite eines Kindes/Jugendlichen und der Kompetenz der sozialen Bezugspersonen (Dependenzpflegehandlende) resultieren.*

- *weil Dependenzpflege-defizite pflegfachliche Hilfe in Form von Anleitung, Beratung oder Schulung erfordern mit dem Ziel, die Dependenzpflegekompetenz der sozialen Bezugspersonen zu fördern oder zu stabilisieren. Dies schließt die Unterstützung bei der entwicklungs- und gesundheitsfördernden Gestaltung der durch Pflegeabhängigkeit gekennzeichneten Beziehung zwischen Kindern/ Jugendlichen und Dependenzpflegehandelnden mit ein.*

Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen ist in besonderem Maße gekennzeichnet durch das Angewiesen sein auf vorausschauendes, schützendes und förderndes Handeln. Dies deshalb,...

- *weil Kinder bis einschließlich zur Phase der Pubertät noch nicht in ausreichendem Maße kompetent sind für ihre Gesundheit, ihre Entwicklung und ihr Wohlbefinden selbstverantwortlich zu sorgen. Insbesondere, weil ihre kognitiven Fähigkeiten noch nicht ausreichen und sie noch nicht über die notwendigen Entscheidungsfreiräume und –möglichkeiten verfügen, um die Bedingungen, Voraussetzungen und Folgen ihres Handelns adäquat einschätzen zu können.*
- *weil Gesundheitsstörungen, Entwicklungsbeeinträchtigungen, Selbstpflege- und Dependenzpflege-defizite nicht nur Auswirkungen auf den aktuellen Gesundheitszustand und das aktuelle Wohlbefinden, sondern immer Folgen für die zukünftige Lebensqualität eines Kindes- und Jugendlichen haben können.*
- *weil Pflegebedürftigkeit im Kindes- und Jugendalter immer mit der Notwendigkeit zu entwicklungs-, gesundheitsfördernden und präventiven Handeln einhergeht. Dabei ist das Ziel nicht ausschließlich der Erhalt oder das Wiedererlangen, sondern vor allem die Entwicklung von Selbstständigkeit.*

„Legitime Patienten von Pflegenden sind Personen, deren Selbstpflege- oder Dependenzpflegekompetenz hinsichtlich des Verstehens und Erfüllens des eigenen situativen Selbstpflegebedarfs oder dem der von ihnen abhängigen Personen aufgrund des Gesundheitszustandes oder der Gesundheitspflegeerfordernisse nicht ausreichend sind oder unzureichend werden.“⁴³

Damit bringt Orem zum Ausdruck, dass immer dann Pflegefachpersonen einen Auftrag haben, sich mit einem Menschen und/oder seinen sozialen Bezugspersonen genauer zu befassen, wenn ein Ungleichgewicht (Selbstpflegedefizit /Dependenzpflegedefizit) zwischen den Anforderungen an seine Selbstpflege (Selbstpflegeerfordernissen) und der Kompetenz im Umgang mit diesen Anforderungen besteht.

⁴³ vgl. Orem, (1997: 475)

Durch die Verwendung des Begriffs der Selbstpflegetherfordernisse wird deutlich, dass es sich dabei eben nicht um subjektive Bedürfnisse, sondern um Notwendigkeiten handelt.

7. Die Pflegetheorie als Impuls und Rechtfertigung für die Weiterentwicklung bestehender und die Erschließung neuer Handlungsfelder der Pflegepraxis

In der Theorie von Orem finden sich viele Begründungen, und Hinweise auf die Legitimation und Notwendigkeit der Schulung, Anleitung und Prävention für Kinder sowie Eltern und andere Dependenzpflegende. Damit haben die Aktivitäten, Schulungen und Aktionen, die bereits an der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH angeboten werden, ihre Berechtigung.

Zu überlegen ist, inwieweit das Schulungs- und Präventionsangebot aufgrund des pflegerischen Auftrages, der sich aus der Theorie eindeutig ergibt, voranzutreiben und zu erweitern ist.

Die zu bewältigenden gesundheitsbezogenen Handlungsanforderungen an das Kind (Selbstpflegetherfordernisse) bzw. seine sozialen Bezugspersonen (Dependenzpflegebedarf) verändern sich enorm in Abhängigkeit vom Alter und der Entwicklungsphase eines Kindes/Jugendlichen. D.h. die Pflegebedürftigkeit verändert sich nicht nur deshalb, weil ein Kind/Jugendlicher oder seine sozialen Bezugspersonen ggf. selbstständiger / unselbstständiger in der Bewältigung der Handlungsanforderungen werden oder weil sich der Gesundheitszustand verändert, sondern auch deshalb, weil sich die Handlungsanforderungen alters- und entwicklungsbedingt verändern, so z.B. die Ernährung eines Kindes oder sein Umgang mit angstausslösenden Situationen.

Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen ist in besonderem Maße gekennzeichnet durch das Angewiesen sein auf vorausschauendes, schützendes und förderndes Handeln. Pflegebedürftigkeit geht im Kindes- und Jugendalter deshalb immer mit der Notwendigkeit zu entwicklungs-, gesundheitsförderndem und präventivem Handeln einher.

- *Die Pflege eines insbesondere **chronisch kranken oder behinderten Kindes** hat immer rehabilitativen Charakter. Denn Pflegebedürftigkeit im Kindes- oder Jugendalter bedeutet auch Angewiesen sein auf die Information, ggf. Schulung, Anleitung oder Beratung des gesamten sozialen Umfeldes bzgl. der Pflege und Unterstützung des Kindes; und zwar nicht nur der sozialen Bezugspersonen im engeren Sinne, sondern auch beispielsweise der Erzieherinnen, Lehrerinnen, Betreuerinnen im Hort, der*

Freunde und Familien, bei denen sich das Kind außerhalb seiner Familie aufhält. Nur so ist eine Integration in die Gesellschaft und die Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen hin zu größtmöglicher Selbstständigkeit bzgl. seiner Selbstpflege möglich.

- *Die Pflege eines Kindes hat **immer präventiven, ja sogar gesundheits-förderlichen (salutogenetischen)** Charakter. Pflegebedürftigkeit in diesem Sinne bedeutet nicht nur angewiesen sein auf die (teil)- kompensatorische oder anleitend-unterstützende Hilfe durch andere, sondern auch darauf, dass die pflegende Person während der Pflege die Interaktion mit dem Kind bzw. Jugendliche so gestaltet, dass sie eine gesundheitsfördernde Wirkung zeigt. Soziale Bezugspersonen eines Kindes pflegen, sofern sie kompetent sind, ihr Kind so, dass seine Gesundheit gefördert und Gefahren oder Risiken vorgebeugt wird. So betrachtet ist ein Kind (insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter) immer im doppelten Sinnen pflegebedürftig. Zum einen, weil sich ein Kind nur durch eine feinfühlig Pflege und Betreuung gesund entwickeln kann und zum anderen, weil ein Kind auf die pflegerische Hilfe durch Pflegefachpersonen angewiesen sein kann, wenn seine sozialen Bezugspersonen diese Form vom präventiver Pflege nicht adäquat gelingt.*
- *Pflege ist zwar nicht gleichzusetzen mit Erziehung, dennoch beinhaltet die Pflege eines Kindes oder Jugendlichen häufig auch **pädagogische** Aspekte. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung oder mit Verhaltensauffälligkeiten, aber auch bei Kindern/Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung wird offensichtlich, dass Pflegebedürftigkeit Erziehungsbedürftigkeit mit einschließt. Bei der Pflege dieser Kinder/Jugendlichen ist das Ziel sehr häufig auch eine Verhaltensmodifikation oder ein Kompetenzzuwachs und damit eine Entwicklung hin zu zunehmender Mündigkeit oder zumindest größtmöglicher Selbstständigkeit in der Sorge für die eigene körperliche und seelische Gesundheit.*

Nach Orem gilt Selbstpflege als der Gegenstandsbereich, mit dem sich die Pflege als Wissenschaft und Praxisdisziplin befasst. Pflegefachpersonen kümmern sich sowohl in der täglichen pflegerischen Praxis als auch auf wissenschaftlichem Gebiet vorrangig um das, was Menschen tun, um für sich selbst, d.h. für ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre Entwicklung zu sorgen und die Möglichkeiten und Einschränkungen dies zu tun. Sie haben dann einen legitimen Auftrag, wenn Menschen nicht (mehr) in der Lage sind, ihren eigenen Selbstpflegebedarf bzw. wenn Menschen nicht (mehr) in der Lage sind, den Selbstpflegebedarf ihrer sozialen Bezugspersonen zu erfüllen.

8. Fazit und Ausblick

Aus der Sicht der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist D. E. Orems Darstellung der Dependenzpflege zu begrüßen. Diese beschreibt die fürsorgliche Beziehung und enge Verbundenheit zwischen Eltern und Kind und begründet den notwendigen pflegerischen Ansatz bei den Eltern, Angehörigen in Form von Anleitung, Beratung, Unterstützung und Schulung. Somit stellt Orems Theorie auch eine Argumentationsgrundlage für die pflegerische Leistungsakzeptanz gegenüber der Gesellschaft, den Kostenträgern, anderen Professionen und unseren Kunden dar.

Orems Pflgetheorie bildet das Fundament für die sukzessive Entwicklung eines gemeinsamen Pflegeverständnisses und dient der Pflegepraxis als Leitlinie zur Organisation und Umsetzung professionellen Pflegehandelns.

- *Die Theorie kann als Grundlage für eine Strukturierung der Pflegepraxis sowie des Pflege- und Klinikalltages genutzt werden. (Anleitungs-, Beratungs-, Schulungsangebote, Bezugspflegemodell) Professionelle Pflege kann ihre Handlungskompetenz gegenüber der Laienpflege hervorheben, kommunizieren.*
- *Die o. g. Theorie kann Grundlage für ein zeitgemäßes, pflegespezifisches Dokumentationssystem darstellen, in dem die Pflegeleistung strukturiert, kontinuierlich und umfassend abgebildet werden kann. (MDK, KK, Kunden)*
- *Mit einer strukturierten Pflegeerfassung auf dem theoriebasierten Fundament kann eine professionelle Fachsprache entwickelt werden, die sich einerseits klar von anderen Professionen abgrenzt, also die eigene Profession abbildet und andererseits zur Qualitätssteigerung im Pflegealltag beitragen kann.*
- *Anleitung, Beratung und Schulung kann anhand des Pflegemodells als Handlungsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege definiert, begründet und konkret abgebildet werden. (Krankenkassen, Eltern, Kinderärzten)*
- *Pflegeleistungen können den gesellschaftlichen Anforderungen entsprechend entwickelt, aktualisiert und kommuniziert werden (Angebot und Nachfrage), die zum nachhaltigen Erfolg des Unternehmens beitragen.*

Um dies zu erreichen, müssen Teilprojekte oder -aufgaben der „Zukunftswerkstatt Pflege“ die sich im Kontext der Thematik „Einführung der Pflegetheorie“ ergeben, berücksichtigt werden. Diese können sein:

- *Auswahl eines Bezugspflegesystems, in dem Pflegende kontinuierlich Verantwortung für ihre Patienten und deren Bezugspersonen übernehmen.*
- *Theoriegeleitete Einbeziehung von Dependenzpflege-Handelnden (Angehörige/ Bezugspersonen) in den Pflegeprozess.*
- *Konkretisierung des Pflegeprozesses anhand der Pflegetheorie nach Orem*
- *Strukturierte Umsetzung und Institutionalisierung von Angehörigen- und Patientenschulungen unter Berücksichtigung der von Orem klassifizierten Methoden des Helfens.*
- *Förderung von Kooperation und Koordination im interdisziplinären Team, um die Chance für eine Neuschneidung der Verantwortungsbereiche mit dem Ziel, eine optimalen Patientenversorgung zu ermöglichen.*

9. Literaturverzeichnis

Autorenband:

Holoch, Elisabeth: Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen. Eine Untersuchung aus Perspektive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. GKinD e.V. und BeKD e.V., Kornwestheim 2009.

Literatur dieser Arbeit:

- Abeles, P. et al.: Measuring patient dependency in child and adolescent mental health. In: British Journal of Nursing 16 (2007) 17, S. 1064 – 1072
- Ainsworth, M.D.S. et al.: Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1978
- Arbeitsgruppe Kinderpflege: Die Pflegeversicherung von Kindern. Literaturübersicht, Erfahrungsbericht und interdisziplinäres Konsensuspapier. Schömburg 1998
- Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004
- Bartholomeyczik, S.: Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Konzeptentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen. In: PrInterNet 6 (2004), 7-8, S. 389 – 395
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD, vormals BKK): Zielsetzungen und Kompetenzsicherung in der Kinderkrankenpflege. Neue Qualitäten. Neuss 1998
- Bielert, K.: Die Pflegeabhängigkeitsskala – Ein valides Instrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs?. O.J. <http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/upload/Pflegeabhaengigkeitsskala.pdf>. (Letzter Zugriff am 12.9.2008)
- Boggatz, Th. et al.: The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing 60 (2007) 5, S. 561 – 569
- Corbin, J. et al.: Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 2003
- Cignacco, E.: Die Entwicklung einer Pflegeforschungsagenda für die Pädiatrie für die Jahre 2007 bis 2017 als Teil der nationalen „Swiss Research Agenda for Nursing.“ In: Pflege 21 (2008) 6, S. 423 – 434
- Creekmur, T. et al.: Evelyn Adam: Konzeptionelles Pflegemodell. In: Marriner-Tomey, A.: Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom-Verlag, Basel 1997, S. 209 – 228
- Dassen, D. et al.: Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. In: Pflege 14 (2001) 2, S. 123 – 127
- Dassen, D. (Hrsg.): Handbuch zur Pflegeabhängigkeitsskala. Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin 2007

De Meester, D.W. et al.: Virginia Henderson. Definition der Krankenpflege. In: Pflegeetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom Verlag, Basel 1997, S. 136 – 154

Deutscher Pflegerat & Universität Witten/Herdecke (DPR & UWH): Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Witten-Herdecke, Berlin, Januar 2008

DIP (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.) (Hrsg.): Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). Eine empirische Grundlage. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004

Doran, D.M. (Ed.): Nursing-Sensitive Outcomes. State of the Science. Jones and Bartlett Publishers, Boston u.a. 2003

Endacott, R.: Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing 25 (1997), S. 471 – 476

Escolme, D.; James, C.: Assessing respite provision: the Leeds nursing dependency score. In: Paediatric Nursing 16 (2004) 2.S- 27 – 30

Evers, G.C.M.: Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. Ullstein Mosby, Wiesbaden 1997

Evers, G.C.M. (Hrsg.): Professionelle Selbstpflege. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 2002

Fawcett, J.: Pflegemodelle im Überblick. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 1996

Fegert, J. M.: Gesundheitsförderung durch Feinfühligkeit. Vortrag auf der Fachtagung „Die Chance der ersten Monate“, Stuttgart 10.12.2008. (http://www.uniklinikulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/Fe_TK_Stuttga_8_12_10.pdf; letzter Zugriff am 27.12.2008)

Gordon, M.: Handbuch Pflegediagnosen. Ullstein Medical, Berlin und Wiesbaden 1998

Häußler, M. et al.: Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern. In: Gesundheitswesen 64 (2002), S. 527 – 533

Haley, S. M. et al.: Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, Standardization, and Administration. Manual, Version 1.0. Boston, MA: Trustees of Boston University, Health and Disability Research Institute 1992 (<http://www.bu.edu/hdr/products/pedi/manual.html>; letzter Zugriff am 5.1.2009)

Henderson, V.; Nite, G.A.: The principles and practice of nursing. Macmillan, New York 1967

Hollenweger, J.: Frühförderung und ICF. Überlegungen zur Anwendung der ICF in der frühen Kindheit. In: Frühförderung interdisziplinär 26 (2007) 4, S. 149 – 157

Holmes, C. A.; Warelou, Ph. J.: Culture, needs and nursing: a critical theory approach. In: Journal of Advanced Nursing 25 (1997), S. 463 – 470

Holoch, E.: Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 2002

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. (Verfasser: Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D.) Bielefeld 2007

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld & Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (IPW & MKD WL): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. (Verfasser: Wingenfeld, K., Büscher, A.; Gansweid, B. Bielefeld/Münster 2008a

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld & Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (IPW & MKD WL): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.. Anlagenband. Bielefeld/Münster 2008b

Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (IPP & MDS): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2 Ohne Ortsangabe 2008

Isfort, M.; Weidner, F.: Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen.“ Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschland e.V. Freiburg u. Köln 2001

Kirkevold, M.: Pflegetheorien. Urban & Schwarzenberg, München 1997

Kluge, F.: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. De Gruyter, Berlin, New York 1999

Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozesspflege. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1993

Kubricht, D.W.: Therapeutic self-care demands expressed by outpatients receiving external radiation therapy. In: Cancer Nursing 7 (1984) 2, S. 43 – 52

Jaarsma, T. et al.: Developing a supportive-educative program for patients with advanced heart failure within Orem's general theory of nursing. In: Nursing Science Quarterly 11 (1998) 2, S. 79 – 85

Johnson, M. et al. (Hrsg.): Pflegeergebnisklassifikation – NOC. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 2005

Kunkel, P.-Ch.; Röchling, W.: Eltern – Kind. Das Buch zur Fernsehserie ARD.- Ratgeber Recht. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2004

Marriner-Tomey, A.: Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Recom-Verlag, Basel 1992

Meleis, A.: Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 1999

Meleis, A.: Theoretical Nursing. Development and Progress. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia u.a. 2005

Mischo-Kelling, M.; Wittneben, K.: Pflegebildung und Pflegetheorien. Urban & Schwarzenberg, München 1995

Nursing Development Conference Group (Ed.): Concept Formalization in Nursing. Process and Product. Little, Brown and Company, Boston 1979 (Reprint 2004)

- Orem, D.E.: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Wiesbaden 1997
- Orem, D.E.: Nursing. Concepts of Practice. Mosby, St. Louis u.a. 2001
- Panfil, E.: Messung der Selbstpflege bei Ulcus cruris venosum. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 2003
- Papoušek, M. et al. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungstext der Eltern-Kind-Beziehungen. Verlag Hans Huber, Bern u.a. 2004
- Postman, N.: Das Verschwinden der Kindheit. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M. 1993
- Ravens-Sieberer, U. et al.: Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel- Fragebogen). In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 51 (2001), S. 384 - 393
- Ravens-Sieberer, U.; Bullinger, M.: KINDL®. Manual zum Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. 2000. (<http://www.kindl.org/fragebogen.html>; letzter Zugriff am 23.12.2008)
- Ravens-Sieberer, U. et al.: Gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 (2007) 50, S. 810 – 818
- Reisach, B. Ch.: Probleme bei der Begutachtung von Kindern. In: Pflege & Gesellschaft 11 (2006) 2, S. 151 – 157
- Ricka R. et al.: Adequate self-care of dialysis patients: review of the literature. In: International Journal of Nursing Studies 39 (2002) 3, S. 329 – 339
- Roper, N.; Logan, W.W. & Tierney, A.J.: Die Elemente der Krankenpflege. Recom Verlag, Basel 1987
- Sarimski, K.; Steinhausen, H.-Ch.: KIDS – Kinder-Diagnostik-System, Band 2. Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung. Hogrefe Verlag, Göttingen u.a. 2007
- Schuntermann, M.F.: Einführung in die ICF. Ecomed Medizin, Landsberg/Lech 2007
- Sidani, S.: Symptom Management. In: Doran, D.M. (Ed.): Nursing-Sensitive Outcomes. State of the Science. Jones and Bartlett Publishers, Boston u.a. 2003, S. 115 – 175
- Taylor, S.G. et al.: A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. Nursing Science Quarterly. 14, 2001, 1: 39-47
- Tork, H. et al.: Care dependency among school-aged children: Literature review. In: Nursing and Health Sciences 9 (2007) 9, S. 142 – 149
- Tork, H. et al.: Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale among hospitalised school-aged children in Germany. In: Nursing and Health Sciences 10 (2008), S. 17 – 22
- Verein zur Förderung der Qualitätssicherung in der neurologischen Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen e.V. (VFQnF): Assessments in der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftliches Projekt mit Unterstützung des

Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). O.O. und o.J. (www.friedehorst.de/nrz/Assessment-Handbuch_-_korrigiert_2.pdf; letzter Zugriff am 30.12.08)

Walker, L.; Avant, K.: Strategies for Theory Construction in Nursing. Appleton & Lange, Norwalk, CT, 2005

World Health Organization (WHO): International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version. ICF-CY. Genf 2007

Wygotski, L.S.: Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes. Edited by Michael Cole et al. Harvard University Press, Cambridge u.a. 1978

Wygotski, L.: Ausgewählte Schriften. Band 2: Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit. Pahl-Rugenstein, Köln 1987

Wingenfeld, K.: Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim u. München 2000, S. 339 – 361

Ziegenhain, U. et al.: Die Chance der ersten Monate. Feinfühlig Eltern – gesunde Kinder. Schirmer Medien GmbH & Co KG, Ulm 2008

Orem, D.E.: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden 1997.

Wittneben, Karin: Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfelddidaktik. 5. Auflage, Peter Lang Verlagsgruppe, Frankfurt/M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien 2003.

Aufsatz im Sammelband:

Spirig, Rebecca (Hrsg.): Referate zum Internationalen Kongress. Pflegetheorien und ihre Bedeutung für Praxis und Ausbildung. Aarau 1995, Verlag Hans Huber. Bern 2000.

Weidner F.: Was bedeutet Professionalisierung für Pflegeberufe? In Sauter/Richter (Hrsg.): Pflegeexperten für den Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1999.

Internet:

Soziale Pflegeversicherung: SGB XI. online unter: <http://www.sozialgesetzbuch.de> (Abruf: 12.04.2010).

Wittneben, Karin (2004): Pflege als Bildungsprozess. In: Tagungsbericht des Evangelischen Bildungszentrums zur Pflegeberufe-Fachtagung „Pflege bildet“. online unter: http://www.ebz-pflege.de/Acrobat/Wittneben-Pflege_als_Bildungsprozess.pdf. (Abruf: 13.09.08).

Anhang

Anhang 1: Glossar

Anhang 2: Die Kategorien der Selbstpfleegerfordernisse,
nach D.E. Orem

Dependenzpflege = die Ausübung von Aktivitäten, die verantwortliche, heranreifende oder reife Personen zu Gunsten von sozial abhängigen Personen für eine bestimmte Zeit auf kontinuierlicher Basis initiieren und durchführen, um Leben zu erhalten und Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern.

Dependenzpflegekompetenz = die entwickelnden und sich entfaltenden Fähigkeiten von Personen, den situativen Selbstpflegebedarf von Personen zu verstehen und zu erfüllen, die sozial von ihm abhängig sind, oder die Entwicklung und Ausübung der Selbstpflegekompetenz dieser Personen zu regulieren.

Dependenzpflege-Handelnder = ein heranreifender Jugendlicher oder ein Erwachsener, der die Verantwortung akzeptiert und erfüllt den situativen Selbstpflegebedarf von wichtigen Bezugspersonen, die sozial von ihm abhängig sind, zu verstehen, erkennen und zu erfüllen oder die Entwicklung und Ausübung der Selbstpflegekompetenz dieser Personen zu regulieren. Dependenzpflegesystem - Handlungsabläufe und -sequenzen, die von Dependenzpflege-Handelnden durchgeführt werden, um den situativen Selbstpflegebedarf von sozial abhängigen Personen zu erfüllen, für die sie verantwortlich sind.

Grundlegende Bedingungsfaktoren = stellen die internen oder externen Faktoren dar, die die Fähigkeit der Person beeinflussen, sich in der Selbstpflege zu engagieren, oder die die Art und den Umfang der erforderlichen Selbstpflege betreffen. Orem hat 10 bedingende Faktoren herausgearbeitet: Alter, Geschlecht, Entwicklungs- und Gesundheitszustand, soziokulturelle Orientierung, Faktoren des Gesundheitspflegesystems, Behandlungsmodalitäten, familiäre Systemfaktoren, Lebensstrukturen einschließlich der regelmäßigen Aktivitäten, Umweltfaktoren, Verfügbarkeit und Angemessenheit von Ressourcen.

Pflegesystem = geplante, zielgerichtete Handlungsreihen, die von Pflegenden in Verbindung mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen oder Freunden ausgeführt werden, um den situativen Selbstpflegebedarf des Patienten zu erfüllen.

⁴⁴ vgl. Orem, (1997: 499f)

Selbstpflege = Selbstpflege ist eine zielgerichtete, regulierende Aktivität von Einzelpersonen, die durchgeführt wird, um die eigene Entwicklung und Funktionen im Interesse von Leben, Gesundheit und Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Selbstpflege muss erlernt und kontinuierlich durchgeführt werden.⁴⁵

Selbstpflegedefizit = eine Beziehung zwischen dem menschlichen situativen Selbstpflegebedarf und der Selbstpflegekompetenz, in der einzelne entwickelte Selbstpflegefähigkeiten innerhalb der Selbstpflegekompetenz nicht einsetzbar oder nicht angemessen sind für das Verstehen und Erfüllen einiger oder aller Komponenten des bestehenden Selbstpflegebedarfs.

Selbstpflegeerfordernisse = bezeichnen den spezifischen Bedarf an Handlungen und Verhalten, um menschliche Funktionsweisen und Entwicklungen zu erhalten und zu fördern. Sie beschreiben die beabsichtigten oder erwünschten Ergebnisse, die Ziele der Selbstpflege.⁴⁶

Selbstpflegefähigkeit = komplexe, (an)gelernte Fähigkeit, den kontinuierlichen Anforderungen zu genügen, die die Lebensprozesse regulieren, Integrität und Entwicklung des Menschen aufrechterhalten und das Wohlbefinden bewirken. Selbstpflegefähigkeit variiert mit dem Alter, dem Gesundheitszustand, Ausbildung, Lebenserfahrungen, kulturellen Einflüssen und Ressourcen. Sie umfasst Kenntnisse, Motivation, geistige und manuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, die benötigt werden, um die eigenen Selbstpflegeerfordernisse zu erkennen und ihnen adäquat zu begegnen.

Selbstpflegekompetenz = komplexe, entwickelte Fähigkeit von Personen, um ihre eigene Entwicklung und Funktionen zu regulieren und zu kontrollieren. Dies umfasst die Einschätzung der für sie bedeutenden Selbstpflegeerfordernisse und die Initiierung von Maßnahmen zur Erfüllung dieser Erfordernisse.⁴⁷

Selbstpflegesystem = Handlungsabläufe und -sequenzen, die von Individuen durchgeführt werden oder wurden, um ihren Selbstpflegeerfordernisse zu erfüllen.

⁴⁵ vgl. Orem, (1997: 188)

⁴⁶ ebd. (1997: 208)

⁴⁷ vgl. Orem, (1997:476)

Situativer Selbstpflegebedarf - Die Zusammenfassung von Maßnahmen, die zu bestimmten Zeiten oder über eine gewisse Zeitdauer notwendig sind, um alle bekannten Selbstpflegeerfordernisse einer Person zu erfüllen und die entsprechend bestehender Bedingungen und Umstände spezifiziert werden. Die verwendeten Methoden sind geeignet, die Faktoren zu kontrollieren oder zu strukturieren, die hinsichtlich der Erfordernisse die Werte bestimmen, die das menschliche Funktionieren regulieren, z.B. die ausreichende Versorgung mit Sauerstoff, Flüssigkeit und Nahrung und außerdem die Aktivitätselemente und Erfordernisse umzusetzen, z.B. Aufrechterhaltung, Förderung, Vorbeugung und Bereitstellung.

Anhang 2 Die Kategorien der Selbstpflegeerfordernisse

1. Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse

Die allgemeinen Selbstpflegeerfordernisse beziehen sich auf die Deckung der grundlegenden Lebensprozesse, die Funktionalität und das allgemeine Wohlbefinden. Sie sind allen Menschen gemeinsam und dem jeweiligen Alter, Entwicklungsstadium und Umweltbedingungen angepasst.⁴⁸ Dies sind:

- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Sauerstoffzufuhr.
- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr.
- Aufrechterhaltung einer ausreichenden Zufuhr von Nahrungsmitteln.
- Gewährleistung einer Versorgung in Verbindung mit Körperhygiene und Ausscheidungsprozessen.
- Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe.
- Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion.
- Vorbeugung von Risiken für das Leben, das menschliche Funktionieren und das Wohlbefinden.
- Förderung der menschlichen Funktionen und Entwicklungen innerhalb sozialer Gruppen in Übereinstimmung mit den menschlichen Potentialen, bekannten menschlichen Grenzen und dem Wunsch der Menschen, normal zu sein.⁴⁹

⁴⁸ vgl. Orem, (1997: 117)

⁴⁹ vgl. Orem, (1997: 209)

2. Entwicklungsbedingte Selbstpflegetherfordernisse

In den unterschiedlichen Stadien des Lebens, von der Geburt bis zum Tod, entwickelt sich jeder Mensch als individuelle, einzigartige Person in der Gesellschaft. Ebenfalls erfährt jeder Mensch im Laufe seines Lebens Bedingungen, die die Entwicklung negativ beeinflussen können. In bestimmten Lebensphasen, so etwa im Säuglingsalter und in der Kindheit können die Erfordernisse hinsichtlich der Entwicklung nur durch Eltern oder andere Personen erfüllt werden. Jeder spezifische Entwicklungsstand stellt daher auch spezifische Anforderungen an die Selbstpflege. Diese beinhaltet:

- Die Gewährleistung der menschlichen Entwicklung in jeder Lebensphase vom Embryo bis zum Erwachsenen im Alter.
- Pflege im Zusammenhang mit Bedingungen, die die Entwicklung nachteilig beeinflussen können.
- Vermeidung von Auswirkungen solcher Bedingungen.
- Abmilderung oder Überwindung von eingeschränkten Möglichkeiten Wissen zu erwerben, Anpassungsproblemen, körperlichen oder geistigen.
- Reduzierung oder Korrektur schädigender Folgen des Verlustes eines engen Familienmitglieds oder Freundes oder unheilbarer Krankheit⁵⁰

3. Gesundheitsbedingte Selbstpflegetherfordernisse⁵¹

- Inanspruchnahme und Sichern einer geeigneten medizinischen Unterstützung, wenn man spezifischen körperlichen oder biologischen Einflussfaktoren oder Umweltbedingungen im Zusammenhang mit pathologischen Ereignissen und Zuständen ausgesetzt ist, oder wenn es Beweise für genetische, physiologische oder psychologische Bedingungen gibt, von denen man weiß, dass sie zu einer menschlichen Erkrankung führen oder damit im Zusammenhang stehen.
- Bewusstsein und Beachtung von Auswirkungen und Ergebnissen der pathologischen Bedingungen und Zustände, einschließlich der Folgen für die Entwicklung.

⁵⁰ vgl. Orem, (1997: 214)

⁵¹ vgl. Orem, (1997: 219f)

- Effektive Ausführung von medizinisch verordneten diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Vorbeugung spezifischer Krankheiten, einmal die Krankheit selbst betreffend, zum anderen aber auch zur Regulation des integrierten Funktionierens der Person, zur Linderung von Deformationen oder Abnormitäten und zur Kompensation von Behinderungen.
- Bewusstsein und Beachtung sowie Regulation der Beschwerden oder negativen Auswirkungen von medizinischen Maßnahmen, die vom Arzt verordnet und ausgeführt werden, einschließlich der Auswirkungen auf die Entwicklung.
- Veränderung des Selbstkonzepts (und Selbstbildes), indem man sich als Mensch akzeptiert, der sich in einem bestimmten Gesundheitszustand befindet und der einer spezifischen Form von Gesundheitspflege bedarf.
- Lernen, mit den Auswirkungen der pathologischen Bedingungen, Zustände und Auswirkungen der medizinischen Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen zu leben und zwar in einem Lebensstil, der die kontinuierliche persönliche Entwicklung fördert.