



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das Gesundheitsverhalten von Gesundheits-
und Krankenpflegepersonen hinsichtlich
gesundheitsfördernder Strategien“

Verfasserin

Julia Lichtenwallner, BSc

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin / Betreuer:	FH-Prof. ⁱⁿ Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Roswitha Engel

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Menschen bedanken, die mich während des Verfassens meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Zuallererst bedanke ich mich bei meinen Eltern, Kurt und Hermine Lichtenwallner, die mich jahrelang während des gesamten Studiums unterstützt haben. Sie haben immer an mich geglaubt und mir das Gefühl gegeben, stolz auf mich zu sein. Dafür danke ich ihnen von ganzem Herzen. Weiters danke ich meiner Schwester Petra Lichtenwallner für die Korrektur meiner Diplomarbeit. Ich weiß ihre Genauigkeit, ihre Ausdauer und vor allem ihre Gewissenhaftigkeit sehr zu schätzen. Auch bei meiner Schwester Sigrid Lichtenwallner bedanke ich mich für die Motivation und die aufbauenden Worte während des Schreibens.

Auch möchte ich mich hiermit bei meinen lieben Freundinnen bedanken, die mich immer motiviert und positiv bestärkt haben. Besonders möchte ich mich bei Elfi Wurm bedanken, die trotz ihres straffen Terminkalenders Zeit gefunden hat, Korrekturarbeiten an meiner Arbeit durchzuführen. Auch bei meinen vielen lieben ArbeitskollegInnen möchte ich mich für den positiven Zuspruch bedanken.

Letztendlich gebührt mein größter Dank meiner Betreuerin, Dr. Roswitha Engel. Ich danke ihr für die mittlerweile jahrelange Unterstützung, die sie mit viel Geduld und Wertschätzung aufgebracht hat. Aufgrund ihrer vielfachen Tätigkeiten, schätze ich es besonders, dass sie für meine Betreuung Zeit gefunden hat.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
1. Gesundheit – eine Begriffsfindung.....	9
1.1 Was ist Gesundheit?	10
1.1.1 Dimensionen der Gesundheit	14
1.1.2 Bedingungs- und Einflussfaktoren der Gesundheit	16
1.2 Das Gesundheitsverständnis.....	20
1.3 Die Bedeutung von Gesundheit in der Pflege	24
2. Gesundheitsverhalten.....	27
2.1 Definition und Voraussetzung für Gesundheitsverhalten	29
2.2 Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung.....	33
2.3 Modelle zur Verhaltensänderung	35
2.3.1 Health Belief Model	36
2.3.2 Die Theorie des rationalen Handelns	37
2.3.3 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung ...	39
3. Salutogenese nach Aaron Antonovsky	43
3.1 Gesundheits- und Krankheitskontinuum.....	44
3.2 Generalisierte Widerstandsressourcen.....	45
3.3 Das Kohärenzgefühl	48
3.4 Salutogenese in der Pflege	50
4. Gesundheitsförderung	53
4.1 Gesundheitsförderung und damit in Beziehung stehende Gesundheitsbegriffe.....	54
4.2 Begriffsentwicklung innerhalb der WHO und Kritik	58
4.3 Gesundheitsansätze	63
4.4 Empowerment	66
4.5 Gesundheitsförderung in der Pflege	68
5. Praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung von Pflegenden	77
5.1 Arbeitsbelastungen in der Pflege	78
5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung anhand des gesundheitsfördernden Krankenhauses	83
5.3 Das Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen und die Anwendung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen in der Pflege	88

5.3.1	<i>Stress und Burnout</i>	91
5.3.2	<i>Ernährung und Bewegung</i>	96
5.3.3	<i>Konsum von Genussmitteln</i>	101
5.4	Gesundheitsbewusste Pflegepersonen - bessere Pflegende?	104
	Schlussfolgerung.....	109
	Abkürzungsverzeichnis.....	111
	Literaturverzeichnis	113

Einleitung

*...Gesundheit [ist] eine unbestimmbare Andersheit, die im Vollzug der Existenz ihren schweigenden Sitz hat...
(Schnell 2006, S. 344)*

Gesundheit. Ein umfassender Begriff, der heutzutage in jeglichen Bereichen – sei es im Alltag, in den Medien, in der Politik oder in den Wissenschaften – allgegenwärtig ist und auch in der Pflege einen immer höheren Stellenwert einnimmt. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, der wachsenden Multimorbidität und der Zunahme von chronischen Erkrankungen, wie Wirbelsäulenbeschwerden, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Osteoporose, Depressionen, etc. (Vgl. STATISIK AUSTRIA 2007, S. 18-20), ist nicht nur die Pflege der Krankheit, sondern auch die Pflege der Gesundheit von wesentlicher Bedeutung, um eine gesundheitsbezogene Lebensqualität aufrecht zu erhalten (Vgl. STATISIK AUSTRIA 2007, S. 17).

Bereits vor 100 Jahren setzte Florence Nightingale den Begriff der „Gesundheitspflege“ dem der „Krankenpflege“ entgegen (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 3). 1997 wurde mit der Inkraftsetzung des neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) die Berufsbezeichnung der/des „diplomierten Krankenschwester/pflegers“ durch die der/des „diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/pflegers“ ersetzt (GUKG, §12) (Vgl. HAUSREITHER 2007, S. 13). Pflege befasst sich demnach nicht nur mit der Krankheit bzw. Krankheitsbewältigung, sondern im gleichen Maße auch mit der (Förderung von) Gesundheit. So heißt es im GuKG, Paragraph 11, Absatz 1 und 2:

§11. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

(2) Er umfasst [u.a.] die pflegerische Mitwirkung (...) der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich. (HAUSREITHER 2007, S. 13)

Da die Vermittlung von Gesundheit Aufgabe von Pflegepersonen ist, weisen sie in der Betreuung von PatientInnen eine gewisse Vorbildfunktion auf. Dementsprechend zitiert BRIESKORN-ZINKE (2006): „Der gesellschaftliche Anspruch an die Pflegeberufe, Patienten stärker zu gesundheitsförderndem Verhalten zu veranlassen, muss mit der Förderung der Gesundheit der Pflegepraktiker in Übereinstimmung gebracht werden“ (WEIDNER 1995 zit. n. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 15). Ausgehend von dieser Thematik beschäftigt sich diese Arbeit mit der Fragestellung, wie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen selbst den Aspekt der Gesundheit „leben“. Verhalten sie sich selbst gesund, um ihren eigenen Gesundheitszustand zu erhalten/verbessern bzw. Krankheit zu verhüten? Lässt sich „Gesundheit“ in einem Berufsbild, das von schweren Tätigkeiten, Stress und langen Arbeitszeiten geprägt ist, überhaupt leben?

Die Motivation dieser Arbeit ergab sich aus den Praxiserfahrungen der Verfasserin, da Themen, wie negatives Gesundheitsverhalten, Stress, ungesunde Ernährung und körperliche Beschwerden im Arbeitsalltag von Pflegepersonen allgegenwärtige Begleiter sind. Gesundheitskompetenz und die Vermittlung von gesundheitsförderndem Verhalten sind aufgrund chronischer Krankheiten wichtige Komponenten in der Pflege, wobei Pflegende jedoch oft daran scheitern diese Maßnahmen bei sich selbst umzusetzen. Die eigene „ungesunde“ Lebensweise des Pflegepersonals steht damit in Opposition zum lehrenden Einfluss, den das eigene Gesundheitsverhalten auf die PatientInnen haben könnte. Dieses Paradoxon lieferte den Anstoß dafür, die Gesundheitsförderung der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ins Zentrum dieser Diplomarbeit zu rücken, um mögliche Lösungsansätze für jene Problematik aufzuzeigen.

In der Literatur wird vielfach über die Rolle von Pflegenden im gesundheitsfördernden Kontext mit PatientInnen berichtet (BRIESKORN-ZINKE 2006; BRIESKORN-ZINKE 2004; DAVIES 2011; GOTT et al 1990; McBRIDE 2004; MYERS 2010; SHINITZKY et al 2001), indem gezeigt wird, wie Pflegende das Gesundheitsverhalten von PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen positiv beeinflussen können. Diese Arbeit soll sich hingegen mit der Stärkung des Gesundheitsverhaltens von Pflegepersonen selbst beschäftigen, wobei aktuelle Forschungsliteratur die Basis darstellt (Vgl. CARLSON & WARNE 2007; McELLIGOTT et al 2010; McELLIGOTT et al 2009; McNEELY 2005; TRACOGNA et al 2003; TRACOGNA et al 2002).

Die Thematik eines gesundheitsbewussten Verhaltens ist nicht nur in der Beratung und Beziehung zu PatientInnen sowie für die Profession der Pflege von Relevanz, sondern auch für die Pflegenden selbst, da der Beruf von psycho-sozialen Belastungspotenzialen geprägt ist (Vgl. BRAUN & MÜLLER 2005, S. 132). Demzufolge sind Zeitdruck, übermäßige administrative Tätigkeiten, störende Unterbrechungen, anspruchsvolle PatientInnen, wechselnde Schichten, etc. (Vgl. ebd., S. 133), Faktoren, welche die Tätigkeit im Beruf erschweren und sowohl für körperliche, als auch für psychische Belastungen sorgen können. Gesundheitsbewusstes Verhalten und der Aspekt der Gesundheitsförderung sollen dem entgegenwirken.

Die wachsende Multimorbidität und das Ansteigen von chronischen Erkrankungen fordern gesundheitsfördernde Verhaltensweisen nicht nur von PatientInnen, sondern auch von deren Pflegenden. Daher soll diese Arbeit auf folgende Forschungsfragen Antwort geben:

Inwiefern ist gesundheitsförderndes Verhalten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für die Pflege von Bedeutung?

- Welche Bedeutung haben die Begriffe „Gesundheit“, „Gesundheitsverhalten“ und „Gesundheitsförderung“ für die Pflege?

- Welche Strategien/Methoden können von Pflegepersonen angewendet werden, um ihre eigene Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern?
- Welche Bedeutung hat gesundheitsförderndes Verhalten von Pflegepersonen für die Professionalisierung der Pflege?

Das Ziel der Arbeit besteht darin, auf Basis aktueller Literatur und Forschungslage Ansätze und Konzepte des Gesundheitsverhaltens sowie der Gesundheitsförderung klar strukturiert darzustellen, um ein Verständnis für die Thematik aufzubauen. Dabei werden die aus pflegewissenschaftlicher Sicht notwendigen Aspekte für die Gesundheitsförderung herangezogen und hinterfragt. Darauf aufbauend soll aus dem aktuellen Forschungsstand gezeigt werden, warum es für Pflegende wichtig ist, gesundheitsförderliche Strategien anzuwenden und welchen Vorteil sie daraus für sich selbst sowie für die Professionalisierung der Pflege ziehen können.

Gesundheit ist ein umfassender Begriff, der in der Literatur vielen Definitionen, Modellen und Theorien unterliegt (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 15-16; FLICK et al 2004, S. 37-38; FRANKE 2010, S. 32-34). In dieser Arbeit wird Gesundheit im Bezug des salutogenetischen Modells von Aaron Antonovsky (Vgl. ANTONOVSKY 1997; BRIESKORN-ZINKE 2000; FRANKE 2010, S. 164-179; HOEFERT & KLOTTER 2011, S. 73-84; STEINBACH 2007, S. 117-128) aufgearbeitet. Das heißt, nicht die Frage: „Was macht Pflegende krank?“, sondern „Was erhält Pflegende gesund?“ ist von zentraler Bedeutung. Um dazu Stellung nehmen zu können, wird ein Verständnis für die tragenden Komponenten des Salutogenese-Modells – Gesundheits-, Krankheitskontinuum, Widerstandsressourcen und Kohärenzsinn – vermittelt. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf dem Kohärenzgefühl, da es die „Voraussetzung [bietet], dass Menschen mit den verschiedensten Anforderungen flexibel umgehen können und über viele potentielle Coping-Fertigkeiten verfügen“ (FRANKE 2010, S. 172). Demzufolge ist der Leitgedanke von Bedeutung, was Pflegende selbst

für ihre Gesundheit tun können, von Bedeutung. In weiterer Folge werden die Begriffe der Verhaltensänderung, der Gesundheitsförderung und des Empowerment durchleuchtet, die zur Selbstbestimmung und Umsetzung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen eine tragende Rolle spielen. Gesundheitsförderung setzt die Pflicht eines gesunden Verhaltens voraus und geht „auf die Befähigung der Menschen [ein, um] ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen und sie mit den notwendigen Mitteln für ihr Wohlbefinden auszustatten“ (NAIDOO & WILLS 2010, S. 98).

Aufbauend auf den theoretischen Grundsätzen soll die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung von Pflegenden anhand aktueller Literatur näher ausgeführt werden. Dazu werden in Bezug auf die Belastungen des Berufes (Vgl. BRAUN & MÜLLER 2005; SHIELDS et al 2001) die Faktoren Stress, Ernährung und Bewegung sowie der Konsum von Genussmitteln näher beleuchtet. In der Literatur (TRACOGNA et al 2002; TRACOGNA et al 2003; McELLIGOTT et al 2009) wird verdeutlicht, dass in jenen Bereichen „erhebliche Gesundheitsprobleme vorhanden sind“ (TRACOGNA et al 2002, S. 435), die in dieser Arbeit erfasst, hinterfragt und deren Risiken und Strategien zur Behebung dargestellt werden. Dabei soll vermittelt werden, dass zu einem holistischen Konzept der Pflege nicht nur die Betreuung von PatientInnen, sondern auch die Selbstpflege und das Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen notwendig sind. „The nurses who can assess and address their wellness from physical, emotional, and spiritual level can more easily model this behavior for their patients, families, peers, and communities“ (McELLIGOTT et al 2009, S. 214).

Die Methode der Arbeit erschließt sich aus einer Literaturrecherche, wobei die Datenbanken PubMed, Cinahl und ScienceDirect durchsucht wurden. Die Suchwörter waren *health promotion* und *health behavior of nurses*, wobei die Suche in PubMed mit MeSHDatabase und anhand

von Ausschlusskriterien (Limits, Publikation von 2000 bis zum aktuellen Datum, Journals) konkretisiert wurde. Weiters wurden jene Studien ausgeschlossen, die sich mit dem Gesundheitsverhalten von PatientInnen befassen.

1. Gesundheit – eine Begriffsfindung

Das erste Kapitel dieser Arbeit widmet sich dem Begriff der Gesundheit. In der heutigen Gesellschaft ist er allgegenwärtig und wird als selbstverständlich angesehen. Schnell meint dazu: „Es gibt offenbar nichts Unauffälligeres im Leben als Gesundheit“ (SCHNELL 2006, S. 344). So wird *Gesundheit* oft nur als reine Abwesenheit von Krankheit angesehen, die nur dann in das Bewusstsein kommt, wenn sie nicht mehr vorhanden ist und körperliche Krankheitssymptome auftreten. Kickbusch (2006) hebt hervor, dass „die Moderne ihr Versprechen von der Machbarkeit der Gesundheit – die ‚Freiheit von Krankheit‘ als zivilisatorischer Prozess und als Emanzipation – in einem ersten historischen Schritt eingelöst hat“ (KICKBUSCH 2006, S. 35). Demzufolge sind die Erreichung von Gesundheit und der Zugang zu gesundheitlichen Diensten in der Gesellschaft ein selbstverständliches Gut geworden. Begriffe wie Wellness, Prävention, Schönheit, Biotechnologie und Gentechnik spielen eine immer größere Rolle dabei, Perfektion zu erlangen und bedürfen einer „steten Wachsamkeit und Gegensteuerung“ (Vgl. Ebd.).

Dieses Kapitel soll einen Einblick in die Komplexität des Gesundheitsbegriffes geben, wobei auf die verschiedenen Dimensionen und Einflussfaktoren sowie auf das Gesundheitsverständnis und seine Bedeutung in der Pflege näher eingegangen wird. Um dem Begriff der Gesundheit beizukommen, gibt es viele Arten von Anschauungen und Definitionen, die im ersten Unterkapitel aufgezeigt werden. Es wird verdeutlicht, dass die einzelnen Darstellungen von Gesundheit weit auseinander gehen (siehe Kapitel 1.1). Zudem kann der Begriff der Gesundheit in verschiedene Dimensionen eingeordnet werden (siehe Kapitel 1.1.1) und ist von einer Vielzahl von Einfluss- und Bedingungsfaktoren abhängig (siehe Kapitel 1.1.2).

Der zweite Abschnitt soll sodann die unterschiedlichen Ansichten der wissenschaftlichen Disziplinen darstellen, wobei hervorgehoben wird, dass es viele verschiedene Sichtweisen gibt, wie Gesundheit zu

verstehen ist. Somit unterliegt den verschiedenen Disziplinen ein jeweils anderes Gesundheitsverständnis (siehe Kapitel 1.2).

Das dritte Unterkapitel nimmt auf die Fragestellung Bezug, welche Bedeutung der Begriff der Gesundheit für die Pflege hat. Dabei wird erörtert, dass die Krankheitsfokussierung in der Pflege zunehmend abgelöst wird, indem nicht mehr die Krankheit, „sondern die Gesundheit und die Fähigkeit des Menschen zur selbstständigen Gestaltung des Alltags“ (BOTSCHAFTER & STEPPE 1994, S. 77 zit. n. BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 373) im Vordergrund stehen. Somit sprechen Botschafter und Steppe (1994) von dem sogenannten Paradigmenwechsel „von einer Krankheitsorientierung zur Gesundheitserhaltung“ (BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 373.) in der Pflege. Wird die Gesundheit als ein Pflegeziel erklärt, ist es auch notwendig auf Gesundheitstheorien Bezug zu nehmen. Somit geht Brieskorn-Zinke (2000) einen Schritt weiter, indem sie Pflegewissenschaft als eine Gesundheitswissenschaft deklariert (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 374-380). In einem weiteren Schritt soll in dem Kapitel die Bedeutung der Gesundheit für die Pflegepersonen abgeleitet werden.

1.1 Was ist Gesundheit?

Das Wort „gesund“ stammt aus dem Germanischen („swend[i]a“; „[ga]sunda“) und bedeutet stark, kräftig, geschwind (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 16). Gesundheit zu definieren stellt kein einfaches Unterfangen dar, da dem Begriff individuelle Bedeutungen zugeschrieben werden. Im nicht-wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird dies oft einfach mit „Nicht-Kranksein“ assoziiert, wobei die Gesundheit als selbstverständlicher Anteil des alltäglichen Lebens angesehen wird. Erst wenn körperliche Probleme das Wohlbefinden beeinträchtigen und Einschränkungen hervorrufen, rückt die nicht mehr vorhandene Gesundheit in den Vordergrund (Vgl. EWLES & SIMNET 2007, S. 19).

Schnell (2006) spricht von der sogenannten „Unfasslichkeit der Gesundheit“, die im Gegensatz zur „Krankheit“ kein klar umrissener, eigenständiger Begriff ist (Vgl. SCHNELL 2006, S. 344). Hurrelmann und Franzkowiak (2011) beschreiben Gesundheit als „kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben“ (HURRELMANN & FRANZKOWIAK 2011, S. 100). Eine Krankheit hingegen könne von der Person unabhängig gesehen und anhand von Normwerten gemessen werden (Vgl. SCHNELL 2006, S. 344). Die Gesundheit ist dagegen „eine unbestimmbare Andersheit, die im Vollzug der Existenz ihren schweigenden Sitz hat“ (Ebd.). Demzufolge spricht Schnell in diesem Zitat die Selbstverständlichkeit von Gesundheit an.

Zudem wird Gesundheit in der Gesellschaft mit den Begriffen Kraft und Robustheit, aber auch mit Emotionen wie Balance und innerem Gleichgewicht sowie Jugend, Schönheit, Fitness und Vitalität verbunden (Vgl. EWLES & SIMNET 2007, S. 19). Diese begriffliche Vielfalt zeigt, dass die Vorstellungen des Gesundseins in der landläufigen Meinung weit auseinander gehen. Auch in der Literatur werden zahlreiche Definitionen und Auffassungen über Gesundheit genannt (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 15-16; FRANKE 2010, S. 32-34; STEINBACH 2007, S. 25-33). So führen Brieskorn-Zinke (2006) und Franke (2010) Definitionen von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen im Laufe der Zeit an, um die Heterogenität der Gesundheitsansichten auf einen Blick hervorzuheben. In der nachstehenden Tabelle (Tab. I) wird ein Auszug jener Definitionen abgebildet.

„[...] Zustand, in dem wir weder Schmerzen leiden noch im Gebrauch der Lebenskräfte behindert sind.“ (Galen 129-199)

„Gesundheit ist nicht alles, ohne Gesundheit ist alles nichts.“ (Arthur Schopenhauer 1851)

„Bei guter Gesundheit sein heißt: Krankwerden können und noch davon genesen; es ist ein biologischer Luxus.“ (Georges Canguilhem 1950)

„Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können.“ (Freud)

„Was hätte es dem Menschen, wenn er die ganze Welt gewänne und säße in deren Besitz mit einem Magenkrebs, Sodbrennen und Prostataschwellung?“ (John Steinbeck 1953)

„Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“ (Talcott Parsons 1967)

„Unter Gesundheit verstehen wir nicht das Freisein von Beeinträchtigung und Nöten, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben.“ (StaeHELIN 1970)

„Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht.“ (Schipperges 1982)

„Gesundheit eines Biosystems ist seine Fähigkeit, Störungen zu beseitigen oder zu kompensieren.“ (Schäfer 1988)

„Sie (die Gesundheit) ist die Rhythmik des Lebens, ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder Gleichgewicht stabilisiert.“ (Hans-Georg Gadamer 1993)

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Klaus Hurrelmann 2000)

Tab. I: Heterogenität der Definitionen von Gesundheit. (BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 15-16; FRANKE 2010, S. 32-34)

Aufgrund der zahlreichen Anschauungen über Gesundheit, gibt es keine allgemein akzeptierte Begriffsdefinition, weshalb auch kein

eindeutiges Kriterium vorhanden ist, das die Gesundheit einer Person genau messen könnte (Vgl. FRANKE 2010, S. 22).

Die einflussreichste und bekannteste Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1946 formuliert und lautet wie folgt: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946 zit. n. EWLES & SIMNETT 2007, S. 22; FRANKE 2010, S. 33; STEINBACH 2007, S. 27) Diese Definition folgt einem ganzheitlichen Konzept, indem die biomedizinische durch eine multidimensionale Sichtweise ersetzt wird (Vgl. HURRELMANN & FRANZKOWIAK 2011, S. 101). Jedoch unterliegt die Definition auch zahlreicher Kritik, da hier von einem perfekten und einem statischen „Zustand“ ausgegangen wird, diese Zustände jedoch nie ganz erreicht werden können (Vgl. EWLES & SIMNETT 2007, S. 22). Zudem wird die Konzentration auf die subjektive Perspektive, die kaum zu operationalisierende Mehrdimensionalität und das Denken in Extremen beanstandet (Vgl. HURRELMANN & FRANZKOWIAK 2011, S. 101). Die Definition wurde im Laufe der Jahre weiterentwickelt, wobei Hurrelmann (2006) die folgende vorschlägt:

Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren (HURRELMANN 2006, S. 7).

Diese Definition ist nicht nur sehr umfassend, sondern sie beinhaltet auch einige Faktoren, die in den nachfolgenden Unterkapiteln –

Dimensionen sowie Einfluss- und Bedingungsfaktoren der Gesundheit – genauer beleuchtet werden sollen. Aus der Definition geht hervor, dass Gesundheit einerseits von dem individuellen Gesundheitsverhalten (siehe Kapitel 2), andererseits von bestimmten Einflüssen wie personalen Bedingungen sowie von Lebens- und Gesundheitsverhältnissen abhängig ist (Vgl. HURRELMANN 2006, S. 8). Zudem spricht Hurrelmann von Gesundheit als einem Zustand, in dem sich Personen „körperlich, psychisch und sozial in Einklang befinden“ und von Gesundheit als „Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren“ – Dimensionen der Gesundheit, welche im Folgenden näher betrachtet werden.

1.1.1 Dimensionen der Gesundheit

Die Literatur bietet eine Vielzahl von Herangehensweisen *Gesundheit* zu beleuchten. Um die Komplexität des Begriffes fassbar zu machen, werden im Folgenden verschiedene Einteilungen von Gesundheit hervorgehoben, die in der Literatur als Dimensionen der Gesundheit bezeichnet werden.

Ewles und Simnett (2007) sprechen von Dimensionen der Gesundheit, wobei sie den Begriff in eine physische, mentale, emotionale, soziale, spirituelle und gesellschaftliche Gesundheit unterteilen. Demzufolge wird die mechanische Funktion des Körpers als *physische Gesundheit* bezeichnet. Die *mentale Gesundheit* stellt die Fähigkeit dar, klar und zusammenhängend denken zu können. Die *emotionale Gesundheit* spiegelt den konstruktiven Umgang mit Emotionen, wie Angst, Freude oder Trauer wider. Um soziale Kontakte knüpfen und Beziehungen pflegen zu können, wird die *soziale Gesundheit* benötigt. Die *spirituelle Gesundheit* umfasst die Auseinandersetzung mit dem Glauben, der Religion aber auch mit der eigenen Entfaltung. Positive Einflussfaktoren aus der Umgebung, wie z.B. eine befriedigende Arbeit, gute Wohnverhältnisse oder gesellschaftlicher Status kennzeichnen die *gesellschaftliche Gesundheit* (Vgl. EWLES & SIMNETT 2007, S. 22). Demzufolge ist Gesundheit ein mehrdimensionaler Begriff, deren

verschiedene Disziplinen in Wechselwirkung zueinander stehen. Alle Bereiche beeinflussen das Individuum gleichermaßen, weshalb Gesundheit als ein ganzheitlicher Begriff angesehen werden kann (Vgl. STEINBACH 2007, S. 25).

Franke (2010) stellt sechs Dimensionen vor, wie Gesundheit (hinsichtlich unterschiedlicher Disziplinen) gesehen werden kann. Die Erste betrachtet *Gesundheit als Störungsfreiheit*, wobei von einer Dichotomie ausgegangen und Gesundheit somit als reine Abwesenheit von Krankheit betrachtet wird (Vgl. ebd., S. 34-36). Im Gegensatz dazu betont die zweite Dimension *Gesundheit als Wohlbefinden* und stellt damit die subjektive Ebenen eines Individuums in den Vordergrund (Vgl. ebd., S. 36-38). Die dritte Dimension teilt der Gesundheit die *Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung* zu (Vgl. ebd., S. 38-41). Hieraus wird ersichtlich, dass diese Begriffsauffassung nicht aus der Medizin sondern aus der Soziologie, Politik, dem Rechtswesen, aber auch aus der Psychologie stammt. Neben der Gleichsetzung mit der Arbeitsfähigkeit wird die Leistungsfähigkeit in der psychologischen Perspektive mit Kompetenz assoziiert. Damit wird die Anpassungsfähigkeit an den Alltag, die Kompetenz mit alltäglichen Problemen und Situationen umgehen zu können, zum Ausdruck gebracht (Vgl. ebd., S. 38-41). In der vierten Dimension wird *Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase)* mithilfe der Begriffe Ausgeglichenheit bzw. Ausgewogenheit definiert. Diese Definition reiht sich in die älteste Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff ein, wie sie bereits im antiken Griechenland von Hippokrates (460 – 377 v. Chr.) vertreten wurde. Auch seine Säftelehre kann dieser Dimension der Homöostase zugeordnet werden, da auch nach Hippokrates' Auffassung die Gesundheit des Menschen nur durch eine ausgewogene Verteilung der vier Körpersäfte - Blut, schwarze Galle, gelbe Galle und Schleim – aufrechterhalten werden kann. Freud spricht in diesem Zusammenhang ebenfalls von einem „innerem Gleichgewicht“, indem er ein Zusammenspiel der drei Instanzen Es, Ich und Über-Ich für eine seelisch gesunde

Persönlichkeit verantwortlich macht. Auch fernöstliche Gleichgewichtstheorien, wie die von Yin und Yang oder Ayurveda sind unter diesem Aspekt zuzuordnen (Vgl. ebd., S. 41-42). In Opposition zu dieser vierten Dimension steht die fünfte Dimension, welche *Gesundheit als Flexibilität (Heterostase)* betrachtet. Als gesund werden jene Menschen erachtet, die in der Lage sind, Störungen aktiv überwinden zu können. Ein Vertreter dieser Dimension ist Aaron Antonovsky, der davon ausgeht, dass Krankheit ein Bestandteil der menschlichen Existenz sei, der es aktiv zu begegnen gelte (siehe Kapitel 3) (Vgl. ebd., S. 43-44). Die letzte Dimension bezeichnet schließlich *Gesundheit als Anpassung*, und geht auf den Mikrobiologen René Dubos (1959, 1965) zurück. Dabei wird die Gesundheit als Fähigkeit gesehen, sich mit den Bedingungen der Umgebung auseinanderzusetzen (Vgl. FRANKE 2010, S. 44-46). Welche Bedingungsfaktoren die Gesundheit im Detail positiv wie auch negativ beeinflussen können, soll im nachstehenden Unterkapitel erläutert werden.

1.1.2 Bedingungs- und Einflussfaktoren der Gesundheit

Bedingungs-faktoren der Gesundheit meinen die Verfügbarkeit von bestimmten Voraussetzungen innerhalb der Umwelt, welche die Gesundheit der Menschen positiv beeinflussen (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 16). Diese Bedingungen beziehen sich einerseits auf Geschlecht und Lebensalter (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 16; HURRELMANN 2006, S. 48), andererseits auf sogenannte interne und externe Faktoren.

Hurrelmann und Franzkowiak (2011) sprechen in diesem Kontext von den sogenannten inneren und äußeren Anforderungen. Demzufolge gehören die genetische Veranlagung, die körperliche Konstitution, das Immun-, Nerven- und Hormonsystem sowie die Persönlichkeitsstruktur, die Belastbarkeit und das Temperament zu den personalen Bedingungs-faktoren bzw. inneren Anforderungen (Vgl. HURRELMANN & FRANZKOWIAK ebd., S. 102). Die sozioökonomische

Lage, das ökologische Umfeld, die Wohnbedingungen, hygienische Verhältnisse, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen sowie soziale und private Lebensverhältnisse entsprechen dagegen den äußeren Anforderungen. Gesundheit wird als Schnittmenge von all diesen Anforderungen gesehen und ist nur dann gegeben, wenn sowohl personale als auch umweltbezogene Herausforderungen bewältigt werden können (Vgl. ebd., S. 102-103).

Naidoo und Wills (2010) verweisen in diesem Zusammenhang auf das Modell von Dahlgren und Whitehead (1991) (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 26). Diese sprechen von den sogenannten „Einflussebenen der Gesundheit“, wobei die Hauptdeterminante die Ebenen des Alters, Geschlechts und der Erbanlagen betreffe. Weiters werde die Gesundheit grundlegend von den individuellen Verhaltens- und Lebensweisen beeinflusst, wie z.B. gesundes Essverhalten oder körperliche Betätigung (siehe Kapitel 2). Die Unterstützung von sozialen und kommunalen Netzwerken aber auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen können die Gesundheit positiv aber auch negativ prägen. Als letzte Ebene wird die ökonomische, kulturelle und physische Umwelt angeführt, welche die Gesundheit z.B. durch den Arbeitsmarkt oder den Lebensstandard indirekt beeinflusse (Vgl. ebd., S. 26).

Eine weitere Unterteilung der Einflussfaktoren auf Gesundheit nimmt Steinbach (2007) vor, indem sie zu Gesellschaft, Arbeitsbedingungen und privaten Lebensformen noch den Aspekt der Persönlichkeitsmerkmale hinzufügt. (Vgl. STEINBACH 2007, S. 33). Zu diesen zählen individuelle Verhaltensweisen, Vererbung sowie psychische und körperliche Auffälligkeiten. Dabei können Verhaltensmuster und Charaktere bestimmten Typen zugeordnet werden, bei denen das Risiko besonders hoch ist, an bestimmten Symptomen zu erkranken. So ist das Typ-A-Verhalten durch Ehrgeiz, leichte Erregbarkeit und Aggressivität, Feindseligkeit, Hast und Ungeduld, schnelle Sprechweise sowie reichliches Gestikulieren

gekennzeichnet. Empirische Studien aus der Gesundheitspsychologie haben einen Zusammenhang zwischen diesen Verhaltensweisen und koronaren Herzkrankheiten (KHK) festgestellt (Vgl. ebd., S. 35). Im Gegensatz dazu ist das Verhalten des Typ-C kooperativ, ausgleichend, hilfsbereit, freundlich und wenig anspruchsvoll. Hierbei wird eine Korrelation zwischen diesen Verhaltensmustern und Krebserkrankungen vermutet (Vgl. ebd., S. 36). Unter den gesellschaftlichen Einflüssen hebt Steinbach (2007) die soziale Ungleichheit hervor, die auf den Faktoren Armut, Arbeitslosigkeit, Bildung oder der familiären Situation basiert. Belastungen können die Gesundheit beeinträchtigen, wenn auf keine geeigneten sozialen Ressourcen zurückgegriffen werden kann (Vgl. ebd., S. 38). Auch die Arbeitsbedingungen nennt Steinbach als einen wesentlich beeinflussenden Faktor, welcher heutzutage besonders die Entfaltung des eigenen Potenzials sowie Über- bzw. Unterforderung betrifft. Die damit in Zusammenhang stehenden Arbeitsbelastungen der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen werden in dieser Arbeit in einem späteren Kapitel genauer betrachtet werden (siehe Kapitel 5.1).

Als letzter Einflussfaktor wird die private Lebensform angeführt. Sie spiegelt den Familienstand, die Geschlechterrolle und die Familienkonstellation wider. Studien belegen, dass im Gegensatz zur Ein-Eltern-Familie die Ehe die beste Lebensform ist, um gesund zu bleiben (Vgl. ebd., S. 39). Demnach leben verheiratete Personen statistisch gesehen länger und leiden weniger an psychischen Erkrankungen (Vgl. ebd.).

Bereits im Jahr 1980 veröffentlichte der sogenannte „Black Report“ die Korrelation der sozialen Schichtzugehörigkeit mit der Morbidität und Mortalität (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 27). Heute zeigt die Gesundheitsstatistik von 2010 (STATISTIK AUSTRIA, 2011), dass vor allem die Bildung, das Einkommen, die berufliche Tätigkeit, Arbeitslosigkeit aber auch ein Migrationshintergrund zu den sozialen Determinanten der Gesundheit zählen. Es wird festgehalten, dass

Angehörige der niedrigsten Bildungsstufe häufiger rauchen und häufiger an extremem Übergewicht leiden als höher gebildete Menschen. Ebenso ist eine signifikant hohe Raucherquote vermehrt bei arbeitslosen Personen zu verzeichnen. Einzig im Zusammenhang mit Adipositas bei Männern ist kein Unterschied zwischen den einzelnen Bildungsschichten zu erkennen (Vgl. STATISIK AUSTRIA 2011, S. 64). Daraus geht hervor, dass das Gesundheitsverhalten nicht nur aus der Lebensweise eines Einzelnen betrachtet werden kann, sondern immer auch im Kontext seiner Lebensverhältnisse zu sehen ist (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 48). Demzufolge ist die sogenannte „gesundheitliche Ungleichheit“ hervorzuheben, die laut Hradil (2009) heutzutage besonders auf die Determinanten Beruf, Geschlecht, Alter, Lebens- und Familienform, ethnische Zugehörigkeit und die erreichte Bildung Bezug nimmt (Vgl. HRADIL 2009, S. 36).

Die nachstehende Abbildung (siehe Abb. I) zeigt das ökologische „Mandala-Modell der Gesundheit“ nach Hancock. Hier wird auf einem Blick ersichtlich, wie die menschliche Gesundheit in ihre umfassenden Einflussfaktoren eingebunden ist. Hancock nennt dazu vier interagierende Ebenen: das *persönliche Verhalten*, das den individuellen Lebensstil beinhaltet; die *psycho-sozioökonomische Umwelt*, welche die Kultur und den gesellschaftlichen Status mit einbindet; die *Humanbiologie*, welche die Anatomie und Physiologie des Menschen umfasst und die *physikalische Umwelt und Biosphäre*, die für Wohn- und Arbeitsbedingungen oder für klimatische Bedingungen stehen (Vgl. HURRELMANN & FRANZKOWIAK 2011, S. 104).

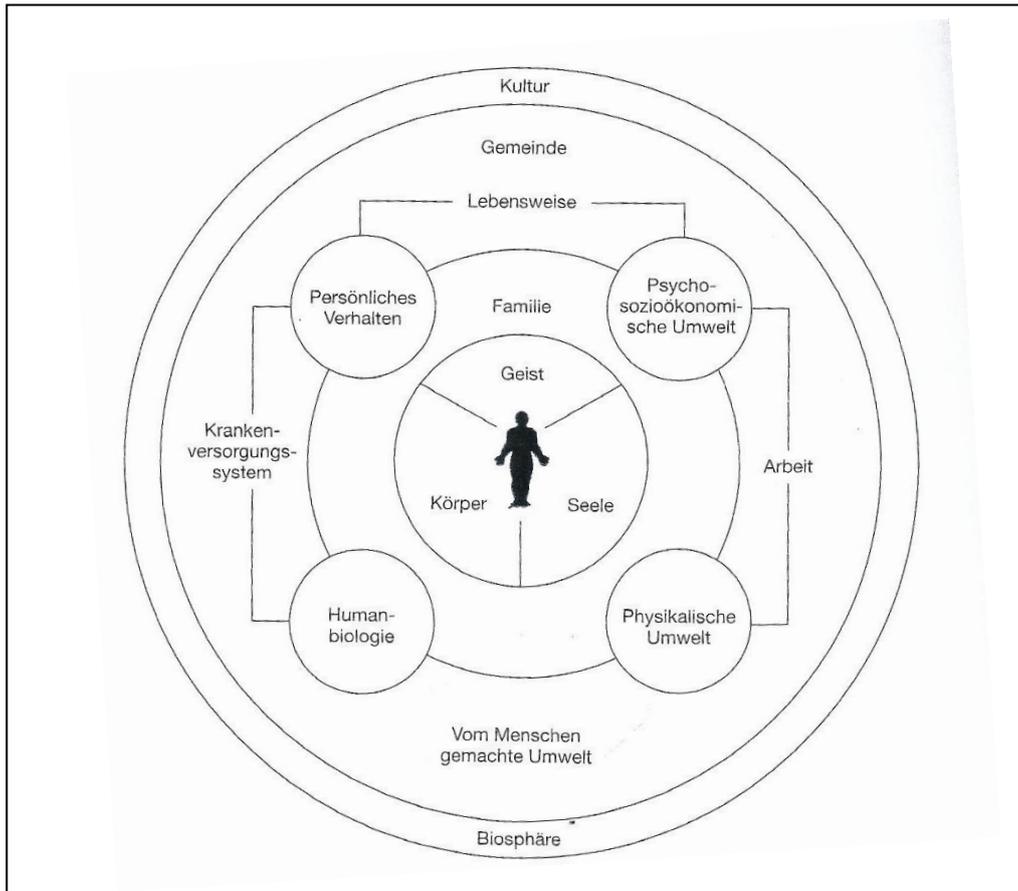


Abb. I: Hancocks Mandala-Modell der Gesundheit. (HURRELMANN & FRANZKOWIAK 2011, S. 104)

Mit diesen Ausführungen wurde ein Einblick in die Komplexität der verschiedenen Sichtweisen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit vermittelt. Im nachstehenden Kapitel wird nun das Gesundheitsverständnis näher betrachtet, das in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen herrscht.

1.2 Das Gesundheitsverständnis

Geht die *Gesundheit* nicht nur aus einer Definition und einer Betrachtungsweise hervor, so sind es vielmehr mehrere Arten eines Gesundheitsverständnisses, die diesem Begriff zugrunde liegen. Unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen beanspruchen jeweils ihre eigene Sichtweise auf dem Gesundheitsbegriff. Somit werden in diesem Kapitel die folgenden Modelle anhand eines kurzen Überblicks betrachtet: das Laienverständnis, das biomedizinische, bio-psycho-soziale, psychologische und soziologische Gesundheitsverständnis, das

kulturabhängige Verständnis sowie das pflegewissenschaftliche Gesundheitsverständnis.

Das *Laienverständnis von Gesundheit* zeigt die unterschiedlichen Sichtweisen in der Bevölkerung. Naidoo und Wills (2010) erläutern die fünf Laienkonzepte nach Blaxter (1990), welche die unterschiedlichen Auffassungen in der Wissenschaft zusammengefasst darstellen. Somit wird Gesundheit als „Nichtkranksein“, „körperliche Fitness“, „intakte soziale Beziehungen“, „Funktionstüchtigkeit“ und „psychisches und soziales Wohlbefinden“ definiert (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 14). Kickbusch (2006) hebt hervor, dass Gesundheit in der Bevölkerung zunehmend als „positive Lebensressource“ betrachtet wird (Vgl. KICKBUSCH 2006, S. 35). „Gesundheit wird als etwas gesehen, was im Leben stattfindet“ (Ebd., S. 36). Im Alltag wird die Gesundheit mit einer funktionellen Kompetenz assoziiert, welche die Befähigung bedeutet, alle Probleme meistern zu können (Vgl. STEINBACH 2007, S. 29). Nichtsdestoweniger rückt die Gesundheit oft erst dann in den Vordergrund, wenn sie nicht mehr vorhanden ist. Bevor körperliche Symptome auftreten, wird ihr zu wenig Beachtung geschenkt, ein Aspekt den die Gesundheitsförderung verhindern möchte (Vgl. ebd.). Für die Pflege ist das Laienverständnis unabdingbar, da es über die Ansichten der eigenen Gesundheit, Motivation und Verantwortung über die Gesundheit Auskunft gibt.

Das *biomedizinische Modell*, welches die dominierende Sichtweise innerhalb der Gesundheitsberufe darstellt, spricht von einem negativen Gesundheitsbegriff. Das bedeutet, dass das Nicht-Vorhandensein von Krankheiten im Zentrum dieses Modells steht (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 8). Die Krankheit als Abweichung bzw. Defekt steht hier im Vordergrund. Diese Beeinträchtigung gilt es kausal zu behandeln (Vgl. FRANKE 2010, S. 127-129; STEINBACH 2007, S. 110-111). Somit folgt dieser Ansatz einer pathogenetischen Perspektive, indem die Risikofaktoren und die Frage warum Menschen krank werden von Bedeutung sind. Ebenso ist hier eine reduktionistische Sichtweise

vorherrschend, da die subjektiven Gesundheitsvorstellungen ausgeblendet werden (Vgl. ebd., S. 9).

Im Gegensatz dazu geht das *bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis* davon aus, dass auch die Subjektivität des Einzelnen die Gesundheit beeinflusst (Vgl. MAGISTRAT DER STADT WIEN 2001, S. 45). Nicht nur die biologische Natur könne zu Krankheit oder Gesundheit führen, sondern auch die individuelle Einstellung, Gedanken und Emotionen (Vgl. ebd.). Dadurch entstehe ein ganzheitlicher Denkansatz von Gesundheit, der den Übergang von einer „krankheitsorientierten“ zu einer „patientenorientierten“ Perspektive ermöglicht (Vgl. ebd., S. 45-46; ENGEL 2009, S. 8).

Das *psychologische Gesundheitsverständnis* schließt „viele Befindlichkeitsdimensionen“ (MAGISTRAT DER STADT WIEN 2001, S. 46) mit ein, wodurch gesundheitliches Wohlbefinden und die Auffassung von einem Gesundheits- und Krankheitskontinuum¹ entstehen (Vgl. ebd.; ENGEL 2009, S. 8). Neben der Bewältigung externer und interner Anforderungen, sind Selbstwertgefühl, Wertschätzung durch andere, die Erfüllung sinnvoller Aufgaben, etc. Dimensionen des alltäglichen Lebens, die zu seelischer Gesundheit führen können (Vgl. ebd.).

Das *soziologische Gesundheitsverständnis* umfasst Gesundheitskonzepte, die von sozialen Rollen- und Leistungsanforderungen geprägt sind (Vgl. MAGISTRAT DER STADT WIEN 2001, S. 47). Demzufolge sind die gesellschaftlichen Verhältnisse von Bedeutung, wobei die soziale Ungleichheit als ein die Gesundheit bedrohender Faktor besonders hervorgehoben werden kann (siehe Kapitel 1.1.2).

¹ Das Gesundheits- und Krankheitskontinuum steht in Opposition zum dichotomen Konzept, das Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände darstellt, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können (Vgl. FRANKE 2010, S. 91). Der Mensch befindet sich im Gegensatz dazu auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, wobei beide Potenziale vorhanden sind. (siehe Kapitel 3.1)

Das *kulturabhängige Verständnis* von Gesundheit erfasst die unterschiedlichen Ansichten aufgrund der Herkunft, der Traditionen und des Glaubens. Im besonderen Hauptaugenmerk liegen die Grundwerte einer Gesellschaft, die für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit verantwortlich sind (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 17). Nach der Meinung der Verfasserin ist dieses Verständnis in der heutigen (transkulturellen) Pflege von besonderer Bedeutung.

Das *pfliegewissenschaftliche Gesundheitsverständnis* findet seinen Ursprung bereits ihren Ursprung vor hundert Jahren, als Florence Nightingale (1820-1920) den Begriff der Gesundheitspflege aufwirft. Orem (1914-2007) prägt den Begriff der Selbstpflegekompetenz, wenn sie in ihrer „Self-Care-Theory“ (1957) davon ausgeht, dass Menschen dazu befähigt werden sollen, persönliche Handlungen selbsttätig ausführen zu können (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2009, S. 170). Demzufolge ist eine professionelle Pflege nicht nur von „Selbstpflagedefiziten“, sondern auch von „Selbstpflegekompetenz“ (Vgl. ENGEL 2009, S. 8) abhängig. Daraus ergibt sich das Modell einer aktivierenden Pflege, das heutzutage in den Konzepten „Self-Care“ und „Selbstmanagementförderung“ zum Tragen kommt. Dabei spielt die Eigenkompetenz der PatientInnen eine wichtige Rolle, um die Autonomie in der Gesundheit der PatientInnen zu fördern (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2009, S. 171).

Aufgrund der Vielfalt der Konzepte des Gesundheitsverständnisses wird in der Literatur immer wieder versucht, diese zu einem einheitlichen Gefüge zusammenzuführen (Vgl. SEEDHOUSE 1986 zit. n. NAIDOO & WILLS 2010, S. 17). Dadurch können aber nicht mehr alle Faktoren und Bedeutungsinhalte erfasst werden, wodurch derartige Versuche großteils zum Scheitern verurteilt sind (Vgl. ebd., S. 20-21).

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besitzen nicht nur den Zugang zu wissenschaftlichen Disziplinen, sie haben – wie jeder andere auch – subjektive Gesundheitsvorstellungen, welche durch Erziehung und das soziale Umfeld erworben werden. Da sie Hauptakteure in

einem Berufsfeld sind, in dem die Vermittlung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten eine wesentliche Bedeutung haben, ist ein authentischer Umgang mit Laien unumgänglich, wodurch die eigenen Sichtweisen nicht ausgeblendet werden können. Demzufolge soll im darauffolgenden Kapitel die Bedeutung der Gesundheit in der Pflege im Allgemeinen (v.a. in der Pflege-Patient-Interaktion) und im weiteren Schritt für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Besonderen beleuchtet werden.

1.3 Die Bedeutung von Gesundheit in der Pflege

Gesundheit und Pflege sind zwei Begriffe, deren Zusammenhang auf den ersten Blick widersprüchlich wirkt, da die Gesundheit den Aspekt der Pflege eigentlich ausschließen sollte (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2009, S. 167). Aufgrund der Multimorbidität, des gehäuften Aufkommens von chronischen Erkrankungen und des erhöhten Lebensalters sind die Begriffe Prävention, Selbstfürsorge und Selbstpflege sowie Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung in der Pflege geworden. So führte der Paradigmawechsel bereits Mitte der 50er Jahre durch Florence Nightingale zu Veränderungen der herkömmlichen Krankenpflege, indem die Gesundheitspflege im selben Ausmaß an Bedeutung gewonnen hat (Vgl. ebd., S. 168). Gesundheit hat sich in den frühen Pflgetheorien weitgehend an dem medizinischen Modell orientiert. Die Etablierung der Pflegewissenschaft begünstigte einen Aufschwung in der gesundheitlichen Pflege, wodurch eine professionelle und kompetente Pflege hinsichtlich aller Aktivitäten des täglichen Lebens erreicht werden kann (Vgl. ebd., S. 177). So stehen nicht mehr allein die Defizite eines Menschen im Mittelpunkt, sondern seine Ressourcen und seine Gesundheit innerhalb externer Anforderungen sind von großer Bedeutung geworden.

Im Gegensatz der Medizin ist der Gesundheitsbegriff innerhalb der Pflegewissenschaft in seiner Subjektivität maßgeblich. So steht in der Pflege nicht die objektiv beurteilte Gesundheit durch die Ärzte, sondern

v.a. das subjektive Wohlbefinden der PatientInnen im Vordergrund. Die Beachtung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen und ein holistischer Denkansatz sind die Grundvoraussetzungen für eine professionelle Pflege-Patient-Interaktion (Vgl. ERIKSSON 2001, S. 14).

Gesundheit verstehen, den Weg dorthin finden, dem einzelnen Individuum in Situationen helfen, wo die eigene innere Hilfe nicht ausreicht, und die Selbsthilfe und Integration des Individuums fördern, das gehört zu den wichtigsten Forschungsarbeiten der Pflegewissenschaft (ERIKSSON 2001, S. 69).

Eriksson (2001) vertritt die Auffassung, dass es für die Pflegewissenschaft von besonderer Bedeutung ist, Daten über das Wissen von Menschen über ihre eigene Gesundheit zu sammeln. Die zahlreich vorhandenen Gesundheitstheorien und Definitionen reichen – so Eriksson – nicht aus, Pflegende zu befähigen, Menschen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu helfen. Eine Befragung auf offener Straße ergab jedoch, dass nicht genug über die eigene Gesundheit reflektiert, sondern die Verantwortung darüber der Gesellschaft überlassen wird. Eriksson zieht daraus den Schluss, dass es für die Pflegewissenschaft eine große Herausforderung ist, überhaupt erst ein Gesundheitsbewusstsein zu schaffen (Vgl. ERIKSSON 2001, S. 26).

Grundsätzlich unterscheidet Eriksson (2001) den theoretischen vom praktischen Gesundheitsbegriff. Letzterer meint die Umsetzung des Gesundheitsverhaltens mit Hilfe der Pflege. Der Transfer von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in die Praxis wird von gesellschaftlichen Einflüssen geprägt, was Eriksson mit dem Begriff der Integration näher definiert. Die integrierte Gesundheit stellt demzufolge eine ganzheitliche Denkweise von Gesundheit dar, die in der Gesellschaft anerkannt wird (Vgl. ebd., S. 55-62). Pflegende haben demnach die Aufgabe, Gesundheit in ihrer Ganzheitlichkeit als Pflegeziel zu betrachten und sie in den Pflegeprozess zu integrieren (Vgl. ebd., S. 113-123).

Demnach besteht das übergeordnete Pflegeziel darin, zu „der größtmöglichen Gesundheit des einzelnen Patienten und seiner Umgebung beizutragen“ (BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 14). Dabei sind die sozialen Komponenten miteinzubeziehen, indem in einem ganzheitlichen Sinne soziale Voraussetzungen – wie Familie und Gemeinschaften oder der Lebensstil – in die Pflege mit eingeplant werden (Vgl. ebd., S. 97). Aufgabe der Pflegenden besteht darin, die PatientInnen in einer Pflege-Patient-Beziehung in einem positiven, holistischen Gesundheitsverhalten zu bestärken.

Solch eine Beziehung besteht jedoch nicht nur aus professionellen und fachlichen Komponenten, sondern ist vor allem auch durch die Persönlichkeit der einzelnen Personen geprägt. „In diese Beziehung fließt nicht nur fachliches Können, sondern ebenso das Selbstverständnis bzw. das Selbstideal der Pflegenden mit ein, wie immer sich diese durch Sozialisation und Lebenserfahrung entwickelt haben“ (Ebd., S. 13). Demzufolge ist nicht nur für die Pflege selbst die Bedeutung der Gesundheit wesentlich, sondern auch für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Um Gesundheit und deren Aspekte weitervermitteln zu können ist es notwendig, sich in diesem Zusammenhang auch eine gewisse Art von Selbstbildung zu erwerben. Das heißt, dass ein Gesundheitsbewusstsein hinsichtlich von Gesundheitswissen, aber auch hinsichtlich von Gesundheitsgewissen unabdingbar sind (Vgl. ebd., S. 15). Demzufolge ist ein Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen zu empfehlen, um einer authentischen Gesundheitsbildung im Auftrag der Pflege gerecht zu werden. Was heißt es jedoch genau, sich gesund zu verhalten? Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle? Diese Fragen sollen im folgenden Kapitel näher erläutert werden, um im weiteren Schritt auf das richtige Gesundheitsverhalten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen näher eingehen zu können.

2. Gesundheitsverhalten

Der Mensch ist eine Mischung aus dem, was er wurde, was er ist und nicht war, aus dem, was war, was ist und was sein wird und niemals wird. Aus dem, was er hofft, glaubt, weiß, will und kann, nicht glaubt, nicht kann, nicht will, nicht weiß und nicht hofft (ERIKSSON 2001, S. 75).

So wie Einflüsse aus der Umwelt das Selbst prägen, sind auch die eigenen Handlungen maßgeblich für das Gesundheitsverhalten verantwortlich. Somit beeinflussen nicht nur interne und externe Faktoren den Gesundheitszustand, sondern auch zu einem großen Teil das eigene Gesundheitsverhalten. Laut dem Gesundheitsbericht Österreich (GBÖ) 2009 schätzten die meisten ÖsterreicherInnen ihre Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsbefragung von 2006/2007 als sehr gut (37,5%) bzw. gut (38,1%) ein (Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2009, S. 11). Die Morbiditäts- und Mortalitätsraten zeigen jedoch, dass die führenden Krankheiten jene sind, die aufgrund ungesunder Lebensweisen entstehen.

Nach dem Rückgang der Infektionskrankheiten im 19. und frühen 20. Jahrhundert sind die Hauptursachen für Erkrankung und Tod heute die Kreislauferkrankungen mit den koronaren Herzkrankheiten und Schlaganfällen, die Krebserkrankungen und die Atemwegserkrankungen (NAIDOO & WILLS 2010, S. 24).

Der GBÖ 2009 hält fest, dass die Spitalsaufenthalte in Österreich in den Jahren 2002-2007 am häufigsten mit Herz-Kreislauferkrankungen und Neubildungen korrelieren, gefolgt von Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Muskel- und Skelettsapparates sowie Krankheiten des Verdauungssystems (Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2009, S. 13). Die Mortalitätsrate in Österreich zeigt, dass die Haupttodesursache Herz-Kreislauferkrankungen sind (48,1 %). Im Jahr 2008 war in Wien bei 62% der weiblichen und 38% der männlichen Verstorbenen die Todesursache eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems (Vgl. Gesundheitsbericht Wien 2010, S. 86). Weiters

sind v.a. Krebserkrankungen (25,5%), Atemwegserkrankungen (5,6%), Verletzungen (4,5%), Verdauungserkrankungen (4,5%) sowie endokrine Stoffwechselerkrankungen (4,2%) – wie Diabetes mellitus und Adipositas – für die Sterblichkeit in Österreich verantwortlich (Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2009, S. 23). Demzufolge sind innerhalb der Bevölkerung zunehmend Krankheiten verbreitet, die v.a. durch einen ungesunden Lebensstil (wie Rauchen, erhöhten Alkoholkonsum, ungesunde und unausgewogene Ernährung sowie körperliche Inaktivität) verursacht werden. Studien belegen, dass Übergewicht, KHK, Osteoporose, Diabetes und Hypertonie durch gesundheitsbewusste Verhaltensweisen reduziert werden können (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2007, S. 28), wodurch wiederum Folgeerkrankungen vermieden werden könnten.

Gesundheitsbefragungen und –berichte zeigen, dass krankheitsauslösende Faktoren – hervorgerufen durch ungesunde Lebensweisen – im Steigen begriffen sind (Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2009). So war jede zweite befragte Person der Gesundheitsbefragung 2006/2007 zum Zeitpunkt der Durchführung übergewichtig (Vgl. ebd., S. 31). Weiters waren 20% von Bluthochdruck betroffen und 14% gaben an, einen erhöhten Cholesterinwert zu haben (Vgl. ebd., S. 33). Auch bei jenen ArbeitnehmerInnen, die im Gesundheitssektor tätig sind, sind derartige gesundheitsschädigende Faktoren festzustellen. Tracogna, Klewer und Kugler (2003) führten eine Studie in Deutschland durch, wobei sie 120 Krankenpflegepersonen über gesundheitsschädigende, aber auch – fördernde Verhaltensweisen befragten. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Raucherquote (45%), Schmerzen v. a. im Rücken (55%) sowie einen hohen Fast-Food-Konsum und einen täglichen Verzehr von Süßigkeiten (Vgl. TRACOGNA et al 2003, S. 116-117). Der BMI der StudienteilnehmerInnen bewegt sich jedoch im Normbereich und auch die sportlichen Aktivitäten werden mit 2,8h pro Woche sehr regelmäßig durchgeführt. An Hypertonie leiden nur 10,2% der Befragten (Vgl. ebd., S. 118). Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass

externe Faktoren, wie Stress und Arbeitsbelastungen sowie der heutige Wohlstand zu einem Lebensstil führen, der die Zahl der sekundären Erkrankungen weiter wachsen lässt. Die Integration von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen ist demzufolge ein wichtiger Aspekt, um die eigene Gesundheit fördern bzw. erhalten zu können.

Dieses Kapitel soll aufzeigen, was Gesundheitsverhalten ist, indem zunächst der Begriff definiert und in einem weiteren Schritt die Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ausgeführt wird (siehe Kapitel 2.1). Da gesundheitsschädigende Verhaltensweisen trotz des Wissens über deren Schädlichkeit alltägliche Begleiter sind, werden im darauffolgenden Unterkapitel die notwendigen Verhaltensänderungen und die Voraussetzungen dafür betrachtet. Dabei wird darauf eingegangen, dass eine Veränderung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil immer in einem sozialen Kontext eingebettet und innerhalb einer holistischen Perspektive zu betrachten ist (siehe Kapitel 2.2). Im letzten Unterkapitel (Kapitel 2.3) werden drei verschiedene Modelle – das *Health Belief Modell* (siehe Kapitel 2.3.1), die *Theorie des rationalen Handelns* (siehe Kapitel 2.3.2) und das *Transtheoretische Modell* (siehe Kapitel 2.3.3) – vorgestellt. Diese theoretischen Modelle sollen einerseits Erklärungsansätze für das Gesundheitsverhalten liefern, andererseits einen Einblick in die Komplexität des Begriffes geben.

2.1 Definition und Voraussetzung für Gesundheitsverhalten

„Als Gesundheitsverhalten („health behavior“) werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird“ (FALTERMAIER 2011, S. 311). Hurrelmann (2010) weitet diese Definition aus, indem er das Verhalten

in bestimmte Handlungsvorgänge unterteilt und die Subjektivität miteinbezieht. Somit lautet seine Definition folgendermaßen:

Unter ‚Gesundheitsverhalten‘ können alle diejenigen Prozesse der Aufmerksamkeit, des Erlebens, der Informationssuche, der Handlungsintention und der Handlungsausführung zusammengefasst werden, die auf die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und die Vermeidung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten abzielen (HURRELMANN 2010, S. 23).

Aus dieser Definition geht hervor, dass das Gesundheitsverhalten ein äußerst komplexer Prozess ist. Wechselseitige Einflüsse aus der Umwelt, aber auch physiologische Prozesse, Wahrnehmungen und Emotionen sowie zwischenmenschliche, gesellschaftliche, wirtschaftliche und psychologische Einflüsse bedingen individuelle Verhaltensweisen (Vgl. DICLEMENTE et al 2007, S. 206). Dadurch entsteht ein dichtes Geflecht an Faktoren, die allesamt den Begriff des Gesundheitsverhaltens beeinflussen und ihn nur schwer fassbar machen.

Verhaltensweisen, die als ein gesundes Verhalten gelten, sind Handlungen, die das Risiko vermeiden (Vgl. FALTERMAIER 2011, S. 311). Ein Risikoverhalten umfasst Verhaltensmuster, welche die Chance zu erkranken erhöhen. Zu diesen zählen die somatischen Risikofaktoren (wie z.B. hohes Cholesterin oder Hypertonie), die psychosozialen Risikofaktoren (wie z.B. Stress) sowie alltägliche Handlungsmuster (wie z.B. Rauchen, vermehrter Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Kost, exzessives Sonnenbaden oder riskantes Sexualverhalten). (Vgl. ebd.) In Opposition dazu stehen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie: ausreichend Bewegung und Sport, eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf, „Safer Sex“ sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Screenings (Vgl. ebd.).

Um gesundheitsrelevante Verhaltensweisen anwenden zu können, bedarf es vorerst eines Gesundheitsbewusstseins bzw. einer sogenannten Gesundheitskompetenz. Im ersten Schritt muss demnach ein Wissen über Gesundheit aufgebaut werden, damit in alltäglichen Situationen gesundheitsbewusst gehandelt werden kann (Vgl. FALTERMAIER 2011, S. 312). Die Gesundheitskompetenz wird in der Literatur auch als *Health Literacy* bezeichnet (Vgl. ABEL et al 2011, S. 337; BRIESKORN-ZINKE 2011, S. 252), die laut WHO (1998) wie folgt definiert wird:

the cognitive and social skills which determine the motivation and the ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health (WHO 1998 zit. n. BRIESKORN-ZINKE 2011, S. 252).

Im deutschsprachigen Raum wird Gesundheitskompetenz als „die Fähigkeit von Individuen verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln“ (ABEL et al 2011, S. 337). Im Kontext der Gesundheitsförderung stellt dieser Begriff einen wichtigen Faktor dar, weil Menschen durch Gesundheitskompetenz dazu befähigt werden sollen, in einem holistischen Denkansatz hinsichtlich des eigenen Körpers sowie externer Determinanten mit Gesundheit und Krankheit richtig umzugehen (Vgl. ebd.). Gesundheitskompetenz wird über die Kultur, die Erziehung sowie über die Bildung erworben. Durch eine Integration in den Alltag der *Health Literacy*, stellt sie die Basis für das Gesundheitsverhalten dar (Vgl. ebd.).

Brieskorn-Zinke (2011) unterteilt Gesundheitskompetenz in ein wissensbasiertes und in ein erfahrungsbasiertes Verständnis. Ersteres beschreibt die Fähigkeit, „gesundheitliche Informationen Lesen, Verarbeiten und Verstehen zu können, um im täglichen Leben Entscheidungen treffen zu können, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken“ (BRIESKORN-ZINKE 2011, S. 251). Die erfahrungsbasierte Perspektive hingegen beruht auf der Tatsache, dass Verhaltensweisen

erst durch „Wahrnehmen, Empfinden und Spüren“ verändert werden können (Vgl. ebd.). Brieskorn-Zinke beruft sich dabei auf das sogenannte Leibkonzept und die Achtsamkeitspraxis (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2011). Diese gehen davon aus, dass Gesundheitsverhalten bei den inneren Prozessen beginnt. So soll eine Hinführung zum eigenen Selbst, d. h. zum Erleben innerer Vorgänge wie des Atmens, Schlafens, der eigenen Befindlichkeit (Sattsein und Hungerhaben, Abgeschlagenheit und Frische, Ruhe und Unruhe) ein „bewusstes Wollen“ zu einem gesundheitsbewussten Verhalten herbeiführen (Vgl. ebd., S. 255). In der Achtsamkeitspraxis stehen v. a. Erfahrungen im Vordergrund, die in einem salutogenetischen Denkansatz verankert sind und somit auf das Wohlbefinden (und nicht auf das Risikoverhalten) abzielen (Vgl. ebd.).

(...) unterschiedliche Momente als Ausdruck unseres Selbst zu erleben, das führt uns zu Leibbewusstsein und zu unserer Lebendigkeit. So können wir uns auch jetzt im Moment erleben, in der Bandbreite zwischen angespannt oder gelassen, schwer oder erleichtert, eng oder weit, müde oder frisch, mit oder ohne Schmerzen. In jedem Fall spüren wir uns dabei als einen Teil der Natur, die wir selber sind und lassen das geschehen (BRIESKORN-ZINKE 2011, S. 255).

Vor allem in der Pflege ist dieser Ansatz wichtig, da in der Pflege-Patient-Beziehung das leibliche Befinden und nicht medizinische Diagnosen (des Körpers) im Vordergrund stehen (Vgl. ebd.). Brieskorn-Zinke geht einen Schritt weiter, indem sie die Achtsamkeitspraxis und das Leibkonzept als ein zukünftiges Lernfeld in der Pflegeausbildung ansieht, um einerseits die Gesundheit der Pflegenden selbst zu fördern und andererseits die Professionalität der Pflegenden im Kontext von Gesundheitsförderung voranzutreiben. (Vgl. ebd., S. 256). Somit ist nach Brieskorn-Zinke nicht nur eine wissensbasierte, sondern auch eine erfahrungsbasierte Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für ein optimales Gesundheitsverhalten notwendig (Vgl. ebd.).

Somit kann festgehalten werden, dass die Gesundheitskompetenz für ein Gesundheitsverhalten Voraussetzung ist. Welche Faktoren sind jedoch von Bedeutung, wenn bereits gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu Gewohnheiten geworden und somit fester Bestandteil des Alltags sind? Welche Voraussetzungen sind für eine Veränderung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten maßgeblich? Diesen Fragen wird im nächsten Abschnitt nachgegangen.

2.2 Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung

Eine Verhaltensänderung hin zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil setzt einerseits gesundheitliche Überzeugungen, andererseits auch soziale Einflüsse voraus. Das heißt, dass ein Bewusstsein über gesundheitsbewusste Verhaltensweisen immer im Kontext mit der Umgebung zu sehen ist. Finanzielle Mittel, der Beruf, die Familie, Stress, etc. können Faktoren darstellen, die ein Risikoverhalten begünstigen. Um dem entgegenzuwirken definieren Naidoo und Wills (2010) sechs Voraussetzungen, die für eine Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhaltensmustern notwendig sind (Vgl. ebd., S. 231). In der folgenden Abbildung (siehe Abb. II) werden diese auf einen Blick ersichtlich.

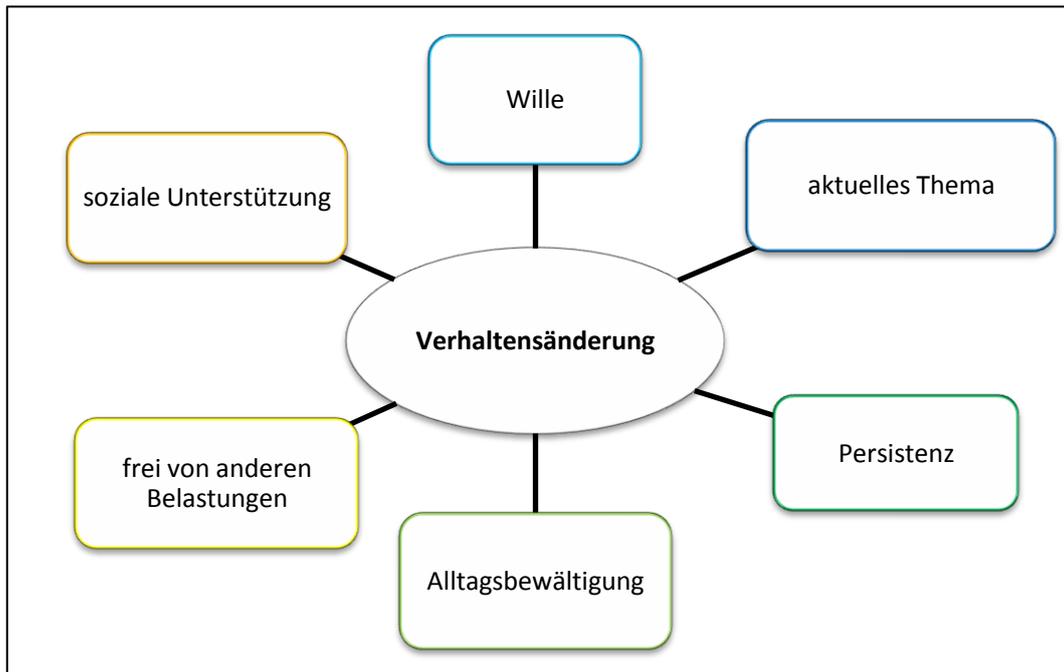


Abb. II: *Sechs Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung* (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 231-232).

Die erste Voraussetzung bezieht sich auf den eigenen Willen. Es kann nur eine Veränderung vollzogen werden, wenn diese auch gewollt ist. Werden Verhaltensweisen als nicht gesundheitsschädigend angesehen, können weder Vorschriften noch Motivationsversuche einen Erfolg erzielen (Vgl. ebd.). Weiters ist es wichtig, dass das gesundheitsbezogene Verhalten zu einem aktuellen Thema wird. Das heißt, dass Handlungsweisen, wie Rauchen, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel als alltägliche Begleiter oft unbewusst durchgeführt werden. Ereignisse, wie z.B. ein/eine neuer/neue Lebenspartner(in), der/die Nichtraucher(in) ist, der Tod eines nahen Verwandten aufgrund von Krebs, etc. veranlassen dazu, dass eigene Verhaltensweisen reflektiert werden (Vgl. ebd.). Die dritte Voraussetzung geht davon aus, dass eine Verhaltensänderung über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Dadurch werden gesundheitsbewusste Verhaltensweisen ritualisiert und als Begleiter im Alltag dauerhaft eingelernt. Als Beispiel kann hier das altbewährte Treppensteigen angeführt werden, das leicht in den Alltag zu integrieren ist (Vgl. ebd., S. 232). Darauf aufbauend besagt die vierte Voraussetzung, dass das

neue Verhalten ein Teil der Strategien zur Alltagsbewältigung werden muss (Vgl. ebd.). Demzufolge ist es notwendig, verschiedene Routinen neu zu überdenken und ev. mittels anderer, gesundheitsbewusster Verhaltensweisen zu kompensieren (z.B. als Trost Bewegung zu machen, anstatt Schokolade zu essen). Dabei muss betont werden, dass jene neuen Verhaltensmuster einen Kraftaufwand bedeuten, der nur dann bewältigt werden kann, wenn gegenwärtig keine Probleme oder Belastungen vorhanden sind. Zudem ist eine soziale Unterstützung für eine Verhaltensänderung von Vorteil, da die Menschen dadurch positiv bestärkt werden (Vgl. ebd.).

Somit wird deutlich, dass nicht nur der „gute Wille“ und gesundheitliche Überzeugungen eine Verhaltensänderung hin zu einem gesundheitsbewussten Leben herbeiführen. Eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens ist von vielen Faktoren und Komponenten abhängig, die sich gegenseitig beeinflussen. Im nächsten Kapitel werden theoretische Modelle dargestellt, die einen weiteren Einblick in die Komplexität des Gesundheitsverhaltens geben.

2.3 Modelle zur Verhaltensänderung

Kerr et al (2007) zeigen auf, dass das Gesundheitsverhalten zu einem großen Teil auch von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften abhängig ist (Vgl. KERR et al 2007, S. 60-132). Somit kann durch bestimmte Einstellungen, Wahrnehmungen und Erwartungen, aber auch durch die Implementierung von Intentionen eine Verhaltensänderung vollzogen werden (Vgl. ebd.). Dies lässt sich anhand verschiedener Gesundheitsverhaltensmodelle theoretisch näher betrachten. Es werden dabei zwei Arten von Modellen unterschieden: kontinuierliche Prädiktionsmodelle und dynamische Stadienmodelle. Erstere gehen davon aus, dass Menschen vorzugsweise eine Handlung vollziehen, wenn sie aufgrund bestimmter Variablen (Verhaltenskontrolle, Einstellungen,...) beeinflusst werden (Vgl. HURRELMANN et al 2010, S. 27). Die Stadienmodelle hingegen beschreiben, dass Menschen im Zuge einer Verhaltensänderung

unterschiedliche Stadien durchlaufen. Im Folgenden werden drei Modelle – das *Health Belief Model*, die *Theorie des rationalen Handelns* und das *Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung* – vorgestellt, welche theoretisch veranschaulichen sollen, wie eine Verhaltensänderung aufgrund von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften erfolgen kann. Zudem zeigen sie, dass im Prozess einer Verhaltensänderung viele Variablen vorhanden sind, die berücksichtigt werden müssen.

2.3.1 *Health Belief Model*

Das *Health Belief Model* (zu dt.: das Modell gesundheitlicher Überzeugungen) – ein Prädiktionsmodell – ist das wohl bekannteste theoretische Modell, das im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten steht (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 215). Ursprünglich wurde es von Rosenstock 1966 entwickelt und 1974 von Becker modifiziert (Vgl. ebd.). Den Leitgedanken des Modells bildet eine Art Kosten-Nutzen-Analyse, die davon ausgeht, „dass die Entscheidungen zur Verhaltensänderung von der Beurteilung ihrer Machbarkeit und dem damit verbundenen Nutzen abhängen“ (Ebd.). Das heißt, eine Änderung des Verhaltens wird nur dann vollzogen, wenn ein Vorteil darin gesehen wird. Naidoo und Wills (2010) zählen vier Voraussetzungen auf, die dazu führen das eigene Gesundheitsverhalten zu überdenken. Individuen müssen demnach:

- „einen Anreiz zur Verhaltensänderung haben,
- sich durch ihr gegenwärtiges Verhalten bedroht fühlen,
- überzeugt sein, dass eine Verhaltensänderung für sie vorteilhaft wäre und wenige negative Folgen mit sich bringen würde,
- sich kompetent fühlen bzw. in der Lage sehen, diese Verhaltensänderung auch praktisch durchführen zu können“ (Ebd.).

„Mir wird so etwas nicht passieren!“ Dieser optimistische, jedoch irrationale Leitsatz ist bei vielen Menschen fest verankert.

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum werden weiter praktiziert, da sie als kurzfristige Belohnungen einen größeren Anreiz darstellen, als die daraus resultierenden, langfristigen Beeinträchtigungen (Vgl. ebd., S. 217). Das *Health Belief Model* geht davon aus, dass Individuen einen Handlungsauslöser benötigen, um die Lebensumstände zu verändern (Vgl. ebd., S. 218). Ereignisse, wie ein Arbeitsplatzwechsel, eine Schwangerschaft, der Tod eines nahe stehenden Menschen oder die Prognose eines Facharztes können zu einer Veränderung motivieren (Vgl. ebd., S. 218-219).

Die Kritik an diesem Modell besteht darin, dass alle auslösenden Faktoren, die eine Verhaltensänderung bewirken, als gleich wertig angesehen werden und keine Gewichtung erfolgt. Unterschiedliche Faktoren, die das Verhalten einzelner Menschen beeinflussen, können demzufolge nicht identifiziert und vorhergesagt werden (Vgl. ebd., S. 219). Weiters wird heftig kritisiert, dass dieses Modell die Menschen mittels Angsterzeugung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten bringen will (Vgl. STEINBACH 2007, S. 146). Jedoch ist anzumerken, dass dieses Modell sehr wohl die Komplexität der Verhaltensänderung aufzeigt (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 219).

2.3.2 Die Theorie des rationalen Handelns

Die *Theorie des rationalen Handelns* (Theory of Reasoned Action) wurde von Ajzen und Fishbein im Jahre 1980 entwickelt (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 219) und zählt ebenfalls zu den Prädiktionsmodellen. Der Ausgangspunkt dieser Theorie ist, dass das jeweilige Verhalten von einer sogenannten Verhaltensintention gesteuert wird. Umso stärker die Intention, desto eher wird eine bestimmte Handlung ausgeführt. Ist z.B. die Intention täglich genügend Obst und Gemüse zu essen sehr hoch, wird die betreffende Person diese Handlung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch umsetzen (Vgl. LUSZCZYNSKA & SUTTON 2007, S. 76). Zudem wird in diesem Modell davon

ausgegangen, dass das Verhalten von zwei Variablen abhängig ist. Eine Verhaltensänderung ist beeinflussbar von:

- „Ihren Einstellungen [die aller Menschen, Anm. d. Verf.], d. h. ihren Ansichten über die Folgen des Verhaltens und ihrer Bewertung der positiven und negativen Aspekte der Verhaltensänderung,
- ihren subjektiven Einschätzungen der bestehenden sozialen Normen, d. h. was ‚wichtige andere‘ tun und von ihnen erwarten und inwieweit sie diese Normen erfüllen und so sein möchten wie die anderen“ (NAIDOO & WILLS 2010, S. 219).

Zusammen ergeben diese beiden Variablen die Intention zu einer bestimmten Handlung oder auch zu einer Verhaltensabsicht (Vgl. ebd., S. 220), die nicht nur aus der eigenen Überzeugung, sondern im gleichen Maße aus den Ansichten vom sozialen Kontext bestimmt wird. Somit unterscheidet sich diese Theorie insofern von dem *Health-Belief Modell*, als hier dem Einfluss durch soziale Normen eine weitaus größere Bedeutung zugemessen wird. Hier wird davon ausgegangen, dass ein gewisser gesellschaftlicher Druck – ausgeübt durch Medien, Peergruppen, aber auch durch die Familie – zu einer Verhaltensänderung führen kann (wie z.B. Reduktion von Körpergewicht) (Vgl. ebd.). Somit nimmt nach Ajzen und Fishbein die Vorbildfunktion, welche überdies mit Status und Glaubwürdigkeit ausgestattet ist, einen hohen Stellenwert im Bereich der Gesundheitsförderung ein (Vgl. ebd., S. 221).

Ajzen führte die Theorie 1991 weiter (Theory of Planned Behaviour), indem er eine zusätzliche Variable – die Kontrolle über das eigene Verhalten – als wichtigen Indikator für eine Verhaltensänderung deklarierte (Vgl. NAIDOO & WILLS, 2010, S. 224). Dabei unterscheidet er eine interne von einer externen Verhaltenskontrolle. Erstere meint die Selbstverantwortung über die eigene Gesundheit. Im Gegensatz dazu wird die externe Verhaltenskontrolle mit dem Glauben assoziiert, dass das Handeln von Zufällen oder dem Schicksal abhängig ist (Vgl.

ebd., S. 225). Eine Umfrage (Blaxter 1990) ergab, dass ungesunde Verhaltensweisen, wie Übergewicht, Rauchen und das Verweigern von präventiv-medizinischen Angeboten häufig mit einem niedrigen Grad der internen Verhaltenskontrolle korrelieren. Diese Menschen, die sozusagen „extern kontrolliert“ werden, sind Personen aus der unteren Sozialschicht mit einem niedrigen Bildungsstand und geringem Einkommen (Vgl. NAIDOO & WILLS, 2010, S. 225). Somit spielt erneut die soziale Ungleichheit eine große Rolle, weil dadurch auch die Verhaltensänderung beeinflusst wird.

Ein neues Phasen- oder Stadienmodell, das heutzutage international anerkannt ist und Ähnlichkeiten mit der Theorie des rationalen Handelns hat, ist das sogenannte *Health Action Process Approach-Modell* (HAPA-Modell; zu dt.: sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns) von dem deutschen Gesundheitspsychologen Schwarzer (2004) (Vgl. FALTERMAIER 2011, S. 313). Hierbei wird davon ausgegangen, dass zunächst in einem Prozess der Intention, die Motivation gebildet wird, sich gesund verhalten zu wollen. In einem nächsten Schritt wird innerhalb eines volitionalen (d.h. die Willensfähigkeit betreffend) Prozesses die Planung und Realisierung des angestrebten Gesundheitsverhaltens durchgeführt (Vgl. LUSZCZYNSKA & SUTTON 2007, S. 85).

2.3.3 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das *transtheoretische Modell der Verhaltensänderung* (TTM; oder Stages of Change Model) wurde von Prochaska und DiClemente (1984, 1986 und 1992) entwickelt. Ursprünglich wurde es zur Veränderung des Suchtverhaltens eingesetzt. Es kann aber in allen Situationen, die mit Verhaltensänderungen einhergehen, angewendet werden. Die folgende Abbildung (Abb. III) zeigt das Modell mit seinen Stadien auf einen Blick, wobei veranschaulicht wird, dass Veränderungen immer Teil eines Kreislaufes sind (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 227).

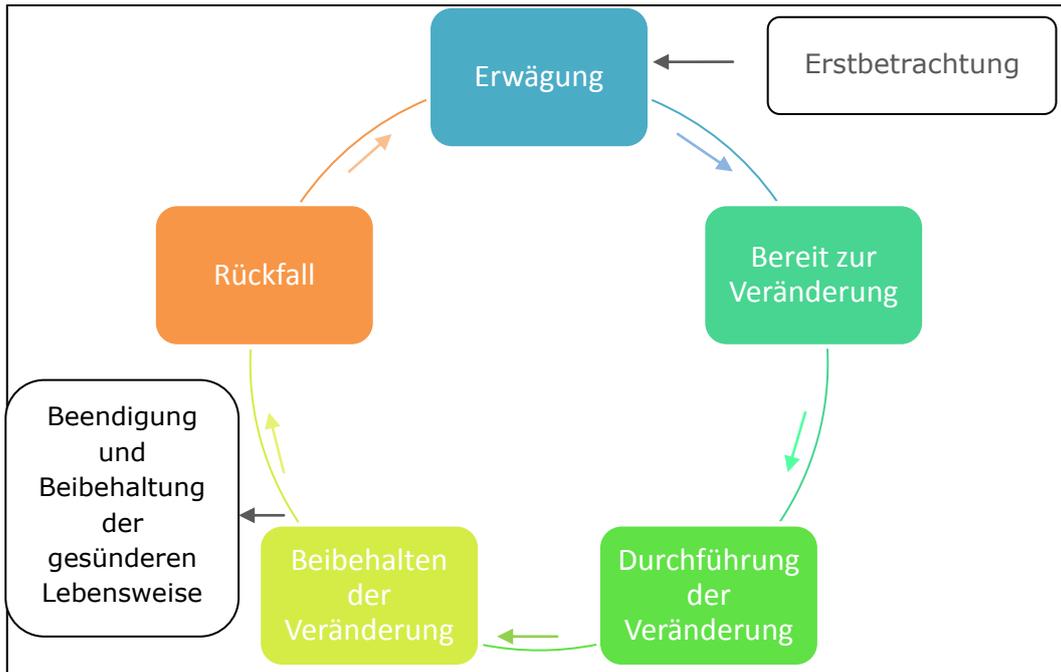


Abb. III: *Modell der Stadien der Veränderung.* (Vgl. EWLES & SIMNETT 2007, S. 266; NAIDOO & WILLS 2010, S. 227).

Im Stadium der *Erstbetrachtung (oder Absichtslosigkeit)* haben die Menschen noch keinen Anlass für eine Verhaltensänderung gefunden. Personen in dieser Phase sehen ihre Verhaltensweisen nicht als gesundheitsschädigend an (Vgl. PROCHASKA 2007, S. 118). Erst wenn der Gesundheitszustand gefährdet und ein dementsprechendes Gesundheitsbewusstsein erzeugt wird, können Personen in das nächste Stadium übergehen (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 228). Die *Erwägung (oder Absichtsbildung)* bezieht sich auf jene Menschen, die zwar den Nutzen einer Veränderung erkennen, jedoch noch nicht bereit sind, diese Veränderung auch umzusetzen. Dieses Stadium kann unterschiedlich lang dauern oder unter Umständen auch gar nicht verlassen werden (Vgl. ebd.). Im nächsten Stadium findet bereits eine *Vorbereitung zur Veränderung* statt: „der wahrgenommene Nutzen [...] wird [größer eingeschätzt] als der damit verbundene Aufwand“ (Ebd.). Menschen in dieser Phase verfügen bereits über einen Durchführungsplan für die Zukunft und haben bereits beschlossen, Hilfe in Anspruch zu nehmen (wie z.B. Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe, Termin für ein Beratungsgespräch oder einen Arztbesuch) (Vgl. PROCHASKA 2007, S. 120). Das nächste Stadium,

die *Durchführung der Veränderung*, ist gekennzeichnet von einem klaren Ziel, einem realistischen Plan, Unterstützung und Belohnungen (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 228). Sind diese Merkmale dauerhaft vorhanden kann das Stadium der *Beibehaltung der Veränderung (oder Stabilisierung)* erreicht werden. Dauert diese Phase Jahre an, können jene Menschen in die *Beendigung* gelangen, die letzte Phase dieses Modells. Trotz einer noch so schwierigen Lebenslage wird jeder Versuchung widerstanden, in alte Gewohnheiten zurückzufallen. Dieses Stadium erreichen zu können wird jedoch oft als unrealistisch angesehen, da ein Rückfall nie ganz auszuschließen ist (Vgl. PROCHASKA 2007, S. 122). Dabei muss betont werden, dass ein Rückfall keineswegs als Versagen gedeutet werden darf, sondern als ein Bestandteil des Kreislaufes der Veränderung, der sowohl ein vorwärts als auch ein rückwärts Gehen miteinschließt (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 228). Eine Verhaltensänderung wird hier als Prozess gesehen, der in das alltägliche Leben integriert ist und sich aufgrund von bestimmten Ereignissen entwickelt (Vgl. PROCHASKA 2007, S. 118).

Als Schlüssel und Hauptintervention für das Vorankommen in ein fortgeschrittenes Stadium wird die Motivation gesehen. Demnach wird davon ausgegangen, dass GesundheitsförderInnen im Rahmen einer patientenorientierten Form der Beratung Personen hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens motivieren sollen, damit diese das Stadium der *Beibehaltung der Veränderung* leichter erreichen können (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 229; SHINITZKY & KUB 2001, S. 181).

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, dass sich Gesundheitsverhalten bzw. eine Verhaltensänderung auf alle Bereiche des alltäglichen Lebens beziehen. Aufgrund zahlreicher Einflussfaktoren wie Stress, Alkoholkonsum, Rauchen, etc. ist es schwierig ein Risikoverhalten permanent zu vermeiden. Darum lautet der Grundgedanke dieser Arbeit, dass gesundheitsfördernde Strategien unter Berücksichtigung des Salutogenese-Konzepts angewendet werden sollen. Dabei spielt

der sogenannte Kohärenzsinn eine wesentliche Rolle, welcher „die Notwendigkeit der Abstimmung körperlicher und geistiger Prozesse beim Zustandekommen eines Gefühls von umfassender Gesundheit unterstreicht“ (HOEFERT & KLOTTER 2011, S. 14). Somit kann ein Kohärenzgefühl den Einzelnen hinsichtlich der Umsetzung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen bestärken. Wie das Modell der Salutogenese und der sogenannte Kohärenzsinn genau definiert sind und wie diese Begriffe im Zusammenhang mit der Pflege und v.a. mit den Pflegepersonen zu sehen sind, soll im nachstehenden Kapitel näher ausgeführt werden.

3. Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Dieses Kapitel widmet sich der Salutogenese (salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; genese, lat.: Entstehung) nach Aaron Antonovsky (1997), ein Konzept, das der Frage nachgeht, was Menschen dazu befähigt gesund zu bleiben, und damit einen Leitgedanken der Gesundheitsförderung bildet (Vgl. HURRELMANN 2010, S. 120). In den ersten drei Abschnitten werden die Grundgedanken des Gesundheits- und Krankheitskontinuums (siehe Kapitel 3.1), der generalisierten Widerstandsressourcen (siehe Kapitel 3.2) und des Kohärenzgefühls (siehe Kapitel 3.3) betrachtet. Zudem soll die Bedeutsamkeit des Salutogenese-Konzepts für die Pflege und im weiteren Schritt für das Pflegepersonal gezeigt werden (siehe Kapitel 3.4).

Aaron Antonovsky (geb. 1923 in Brooklyn) studierte Geschichte und Wirtschaft an der Universität in Yale, promovierte 1952 in Soziologie und widmete sich danach der Medizinsoziologie und der Stressforschung. Er erforschte u.a. die ethnischen Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei Frauen in Israel. Unter den Probandinnen dieser Untersuchung waren auch Frauen, welche in der NS-Zeit die Konzentrationslager überlebt hatten. Diese Frauen und die Tatsache, dass sie es trotz ihrer Erfahrungen im Krieg schafften, sich ein neues Leben aufzubauen, bewegte Antonovsky dazu, sich mit der Erforschung des Gesundbleibens auseinanderzusetzen. Die Fragestellung „Was erhält Menschen gesund?“ bildet den Grundgedanken seines Konzepts der Salutogenese, das er in seinen Werken *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being* (1979) und *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well* (1987)² vorstellt. Am 7. Juli 1994 starb Aaron Antonovsky in Beer-Sheva (Israel) im Alter von 71 Jahren. (Vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 13; FRANKE 2010, S. 164)

² Dt. Ausgabe: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (1997)

Mit seinem Konzept wandte sich Antonovsky vom biomedizinischen Krankheitsmodell ab. Seine Salutogenese steht dabei nicht in Opposition zur Pathogenese (Lehre der Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung) (Vgl. THOMA & FEUCHTINGER 2008, S. 1045), sondern wird als deren notwendige Ergänzung und komplementäre Beziehung angeführt (Vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 30; ENGEL 2009, S. 26). Nicht die Defizite eines Menschen, sondern seine Ressourcen stehen hier im Mittelpunkt (Vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 30). Es wird nicht danach gefragt, welche Aspekte dazu führen, dass Menschen krank werden, sondern danach wie der Einzelne seine Gesundheit erhalten kann. Dadurch vollzieht Antonovsky einen Paradigmenwechsel weg von einer Krankheitsfokussierung hin zu einer Gesundheitsorientierung. Es entsteht eine positive Denkweise, die Menschen dazu mobilisieren soll, ihre individuellen Kräfte zu fördern, um mit alltäglichen Belastungen besser umgehen zu können (Vgl. STEINBACH 2007, S. 118).

Wie dieses Konzept im Detail aufgebaut ist, welche Ansätze daraus für die Pflege und speziell für das Gesundheitsverhalten von Bedeutung sind, wird in den folgenden Abschnitten näher betrachtet.

3.1 Gesundheits- und Krankheitskontinuum

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“ (ANTONOVSKY 1997, S. 23). Antonovsky lehnt die Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit als Dichotomie ab, indem er davon ausgeht, dass sich Menschen auf einem Gesundheits- und Krankheitskontinuum befinden. Das heißt, Menschen sind nicht strikt als „gesund“ oder „krank“ zu beurteilen, sondern jeder kranke Mensch besitzt genauso gesunde Anteile, wie jede gesunde Person auch über kranke Anteile verfügt (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 375). Das Kontinuum ist durch die zwei Pole „health-ease“ (Gesundheit) und „dis-ease“ (Ent-Gesundung) begrenzt, weshalb es auch HEDE-Kontinuum genannt wird (Vgl. FRANKE 2010, S. 166). Die Menschen sollen

bestrebt sein, ihr Leben so auszurichten, um dem einen Pol der Gesundheit möglichst nahe zu kommen, wobei eine völlige Gesundheit, aber auch eine völlige Krankheit, nie ganz erreicht werden kann (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 375). Je nach Anteil der Belastungen und der Fähigkeit, diese zu überwinden, nehmen die Menschen auf dem Kontinuum eine bestimmte Position ein, wobei sie sich jedoch ständig in Bewegung befinden (Vgl. ebd., S. 375).

„Krankheit ist im salutogenetischen Verständnis weder der Ausfall eines Systems noch ein abgrenzbares, isoliertes Ereignis, sondern sie wird im Sinne einer Ent-Gesundung (dis-ease) als Prozess verstanden, der in die Geschichte eines Menschen eingebettet ist“ (FRANKE 2010, S. 166). Demzufolge gehören Krankheiten zum Leben und zur Normalität aller Menschen und stellen keine Abweichung von der Norm dar. Diese Denkweise unterscheidet sich von dem pathogenetischen Modell, das von einer Homöostase ausgeht. Menschen befinden sich dabei im Gleichgewicht, das nur durch ungünstige Ereignisse gestört wird, wodurch Krankheiten ausgelöst werden können (Vgl. ebd. S. 165). Nach Antonovsky baut die salutogenetische Denkweise auf der Heterostase auf (siehe Kapitel 1.1). Gesunde Menschen sind demnach tagtäglich mit Stressoren konfrontiert, die es aktiv zu bewältigen gilt (Vgl. ebd. S. 43). Erkrankung, Leid und Tod sind allgegenwärtige Begleiter und gehören daher zur menschlichen Existenz. Gesundheit wird nach Antonovsky „als Ausdruck einer erfolgreichen Überwindung der Heterostase“ (HOEFERT & KLOTTER 2011, S. 74) verstanden. Wie können nun Menschen, welche ständig von Stressoren umgeben sind, wie z.B. Krankheitserregern, Stress, Umweltverschmutzung, etc., relativ gesund bleiben? (Vgl. ebd., S. 74) Dazu führt Antonovsky den Begriff der „Ressourcen“ ein, der im Folgenden näher betrachtet werden soll.

3.2 Generalisierte Widerstandsressourcen

Wie bereits beschrieben, bewegen sich Menschen nach Antonovsky auf einem Kontinuum, wobei der Umgang mit Stressoren von besonderer

Bedeutung ist (Vgl. FRANKE 2010, S. 166). Stressoren werden als „Anforderungen [definiert], auf die der Organismus keine direkt verfügbaren oder automatischen adaptiven Reaktionen hat, und diese sind angesichts, der permanenten Konfrontation des Menschen mit Ungleichgewicht und Chaos allgegenwärtig“ (Ebd., S. 167). Stressoren oder auch „generalisierte Widerstandsdefizite“ (Generalized Resistance Deficits, GRD) lösen somit Stress aus und rufen Spannungszustände hervor (Vgl. STEINBACH 2007, S. 123), die es anhand der vorhandenen Ressourcen innerhalb des menschlichen Organismus zu überwinden gilt. Ressourcen werden dabei als „Fähigkeit des Individuums [gesehen], Anpassungsherausforderungen des Lebens zu meistern und damit Spannungszustände angemessen zu bewältigen“ (HOEFERT & KLOTTER 2011, S. 74). Demzufolge ist es notwendig, Kräfte zu mobilisieren, um alltäglichen Einwirkungen entgegen zu treten. Dabei müssen Stressoren nicht unbedingt schädlich sein (wie Erkrankungen, Kündigung, mangelnde finanzielle Mittel, etc.), auch positive Ereignisse (wie die Geburt eines Kindes, Beförderung, etc.) können zu Spannungen führen (Vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 125). Wichtig dabei ist es, den unterschiedlichen Stressoren aktiv zu begegnen, da eine erfolgreiche Bewältigung gesundheitliche Anteile fördert und stärkt. Gelingt dies nicht, kann das zu Belastungen und im weiteren Sinne zu Defiziten in der Gesundheit führen. Dabei fragt die salutogenetische Sichtweise nicht, wie man einem gegebenen Stressor begegnet, sondern welche Faktoren direkt zur Gesundheit beitragen (Vgl. ebd. S. 25).

Antonovsky nennt die Faktoren, die Menschen zum Pol der Gesundheit führen „generalisierte Widerstandsressourcen“ (Generalized Resistance Resources, GRRs). *Generalisiert* bezieht sich auf die Komplexität, die verschiedene Situationen beinhalten, *Widerstand* auf die Steigerung der gesundheitlichen Widerstandsfähigkeit (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 378; THOMA & FEUCHTINGER 2008, S. 1044). Die GRRs nehmen Bezug auf die unterschiedlichsten Variablen des gesamten Lebens, welche zu einer positiven Bewältigung der Stressoren führen.

In der nachstehenden Tabelle werden sie näher betrachtet (siehe Tab. II).

Widerstandsressourcen	Beispiele
Gesellschaftliche Widerstandsressourcen	Politische und ökonomische Stabilität, Frieden, intakte Sozialstrukturen
Individuelle Widerstandsressourcen	
<i>Kognitive Ressourcen</i>	Wissen, Intelligenz, präventive Gesundheitseinstellung
<i>Psychische Ressourcen</i>	Selbstvertrauen, Ich-Identität, Selbstsicherheit
<i>Physiologische Ressourcen</i>	Stabile körperliche Konstitution, Kompetenz des Immunsystems
<i>Interpersonale Ressourcen</i>	Eingebundenheit in stabile soziale Netze, soziale Unterstützung
<i>Ökonomische und materielle Ressourcen</i>	Finanzielle Unabhängigkeit, sicherer Arbeitsplatz
<i>Soziokulturelle Ressourcen</i>	Eingebundenheit in stabile Kulturen, philosophische Überzeugungen

Tab. II: *Generalisierte Widerstandsressourcen* (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 377; FRANKE 2010, S. 167).

Hieraus wird ersichtlich, dass Widerstandsressourcen sowohl für den Einzelnen, als auch im Zusammenhang mit der Gesellschaft auftreten können (Vgl. FRANKE 2010, S. 167). Sind für eine Person genügend Widerstandsressourcen verfügbar, kann ein konstruktiver Umgang mit Stressoren erfolgen, wodurch sich diese nicht weiter ausbilden können. Die Menschen erfahren anhand der Bewältigung etwas Positives, sie werden dadurch gestärkt und sind damit weiteren negativen Einflüssen nicht hilflos ausgesetzt (Vgl. ebd., S. 168).

Wie ist es Menschen jedoch möglich, aus ihren Ressourcen zu schöpfen und somit konstruktiv mit Stressoren umzugehen?

Subsumiert man Stressoren, insbesondere die chronischen, endemischen Stressoren, unter das übergeordnete verbindende Konzept der GRR-GRDs, so schafft man eine theoretische Grundlage für die Konstruktion eines Meßgeräts, das die Ressourcen und die Stressoren – könnte ich doch hierfür ein einziges Wort prägen! – über das SOC [Sense of Coherence, Anm. d. Verf.] mit dem gesundheitlichen Zustand verknüpft (ANTONOVSKY 1997, S. 45).

Antonovsky spricht hier von dem sogenannten Kohärenzgefühl (SOC), das ein Verbindungsglied zwischen Stressoren und Widerstandsressourcen darstellt und dazu führt, dass Gesundheit erlangt werden kann. Eine eingehende Betrachtung des Kohärenzgefühls liefert der folgende Abschnitt.

3.3 Das Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) beschreibt eine „Grundhaltung, eine individuelle, psychologische Einflussgröße, die aufzeigt, wie gut Individuen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit zu nutzen“ (FEUCHTINGER & THOMA 2008, S. 1044). Das Kohärenzgefühl stellt den Kern der salutogenetischen Perspektive dar (Vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 30), weil dadurch den Menschen die Bewegung in Richtung des Gesundheitspols auf dem Kontinuum ermöglicht wird (Vgl. ebd., S. 33).

ANTONOVSKY (1997) definiert das Kohärenzgefühl folgendermaßen:

Das SOC (Sense of Coherence, Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;

- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (ANTONOVSKY 1997, S. 36).

Aus dieser Definition geht hervor, dass das Kohärenzgefühl ein Maß für ein bestimmtes Empfinden bzw. für eine individuelle Grundhaltung ist. Es basiert auf einem Gefühl des Vertrauens, dass Begebenheiten im Leben erklärbar, vorhersehbar und aufgrund des Einsatzes von Ressourcen handhabbar sind. Weiters stellt es eine Zuversicht dar, dass die Anforderungen von außen und das Engagement gerecht entlohnt werden, indem ihnen jeweils eine Bedeutung zugemessen wird (Vgl. SCHÜFFEL et al. 1988, S. 2 zit. n. STEINBACH 2007, S. 120). Daraus ergeben sich drei Komponenten des Kohärenzgefühls, die *Verstehbarkeit* (Comprehensibility), die *Handhabbarkeit* (Manageability) und die *Sinnhaftigkeit* (Meaningfulness).

Die *Verstehbarkeit* drückt die kognitive Fähigkeit der Menschen aus, Ereignisse zu verstehen, zu erklären und auch wenn sie unerwartet eintreten, klar strukturiert einzuordnen. Die *Handhabbarkeit* ist die Zuversicht, alle Hürden und Hindernisse bewältigen zu können – sei es aus eigener Kraft oder mit Unterstützung von anderen (Vgl. STEINBACH 2007, S. 121). Die *Sinnhaftigkeit* stellt die affektiv-emotionale Komponente dar (Vgl. HOFFERT & KLOTTER 2011, S. 75), indem den einzelnen Herausforderungen ein Wert und eine Bedeutung beigemessen wird.

Für Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl sind Stressreize weniger bedrohlich. Herausforderungen werden als nicht bzw. weniger belastend eingestuft, wodurch deren erfolgreiche Bewältigung ermöglicht wird. Bei Eintritt von stressreichen Ereignissen werden die GRR aktiviert, wodurch eine größere Wahrscheinlichkeit gegeben ist, eine Lösung zu finden. Durch den Erfolg entsteht ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, was wiederum zu einer Stärkung des Kohärenzgefühls führt. Somit kann sich eine Erfolgsspirale entwickeln.

Demgegenüber können jedoch Menschen mit niedrigem SOC in eine Abwärtsspirale geraten (Vgl. HOEFERT & KLOTTER 2011, S. 76-77).

Wie kann dieses Modell in die Praxis umgesetzt werden? Ist es für die Pflege und vor allem für Pflegenden von Bedeutung? Nach der theoretischen Veranschaulichung soll im nächsten Unterkapitel die praktische Umsetzung der Salutogenese behandelt werden.

3.4 Salutogenese in der Pflege

Brieskorn-Zinke (2000) wagt mit ihrem Artikel „Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts“ einen ersten Schritt in die Richtung, das theoretische Modell nach Antonovsky in die Pflegepraxis umzusetzen. „Es kann angenommen werden, dass Antonovskys Überlegungen etwas in den Pflegenden anspricht, was sie aus dem Pflegealltag, also aus der Interaktion mit Patienten, kennen und was sie häufig intuitiv und fragmentarisch schon immer mit Patienten bearbeitet haben“ (BRIESKORN-ZINKE 2000, S. 379). Demnach fragt sie nach der Bedeutung des salutogenetischen Modells in der Pflege, woraus sie „bestimmte Handlungsorientierungen für die Pflege-Patient-Interaktion“ (Ebd., S. 379) ableitet und die Stärkung des Kohärenzgefühls als ein Pflegeziel definiert (Vgl. ebd.). Dabei sollen die drei Faktoren *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* auf die jeweilige Situation der PatientInnen (chronische Erkrankung, palliative Behandlung, Eintritt von Pflegebedürftigkeit,...) angewendet werden. Um den Kohärenzsinn positiv zu beeinflussen, ist es von Bedeutung, psychosoziale Faktoren zu beachten und „interaktionsintensive Maßnahmen“ anzuwenden, um die Professionalisierung der Pflege zu gewährleisten (Vgl. ebd., S. 376). Dadurch haben Pflegenden eine beratende, motivierende und schulende Funktion, mittels derer sie PatientInnen in der Erlangung von Gesundheit unterstützen (Vgl. ebd., S. 377).

Um jedoch eine Professionalisierung der Pflege gewährleisten zu können, beinhaltet das – nach der Meinung der Verfasserin – nicht nur die Umsetzung des salutogenetischen Modells in der Pflege-Patient-Interaktion, sondern auch bei Pflegenden selbst. Demzufolge kann ein authentisches Arbeiten mit der salutogenetischen Sichtweise nur dann erfolgen, wenn die Pflegenden selbst ihren Alltag dahingehend reflektieren. In der Studie von FEUCHTINGER & THOMA (2008) „Was erhält Pflegende gesund?“ wurden Pflegende nach ihrem Gesundheitsverhalten in Hinblick auf die drei Faktoren des SOC, der Stressoren und der generalisierten Widerstandsressourcen befragt. Hier wurde dem Kohärenzgefühl eine hohe Bedeutung zugemessen, indem ihm bestimmte Ansprüche zugeordnet wurden. Das Gefühl der Verstehbarkeit wurde mit einer hohen Flexibilität, fachlicher Kompetenz und vorgegebenen Standards assoziiert. Die Handhabbarkeit wurde mit einer hohen Belastbarkeit, einer guten Unterstützung im Team, Zeit für PatientInnen und das Einhalten-Können von Pausen gleichgesetzt. Dabei wird jedoch eingewandt, dass der Pflegealltag aufgrund von Zeitmangel oft nicht handhabbar ist. Das Gefühl der Bedeutsamkeit wird von den Pflegenden mit Stolz für ihren Beruf und ihre Leistungen gleichgesetzt, wobei sie die Rahmenbedingungen jedoch als ungünstig wahrnehmen. Weiters fehlt ihnen die Anerkennung innerhalb der Gesellschaft und im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen (v.a. Ärzte) (Vgl. FEUCHTINGER & THOMA 2008, S. 1045).

Im Zuge der Studie wurden auch viele Stressoren im Pflegebereich aufgezeigt. So erwiesen sich Notfallsituationen, vermehrte administrative Tätigkeiten, Zeitmangel, unregelmäßige Arbeitszeiten und Zeitdruck verbunden mit hoher Verantwortung, Personalmangel, geringer Bezahlung und langer Arbeitsphasen als besonders stressauslösende Faktoren. Als generalisierte Widerstandsressourcen wurden von den befragten Pflegenden eine positive Einstellung zu ihrer Arbeit, ein unterstützendes Umfeld, soziale Kontakte sowie Freizeitaktivitäten und Erholung genannt (Vgl. ebd., S. 1046).

Die Befragung kann ein Bewusstsein für die Faktoren schaffen, welche die Gesundheit von Pflegenden beeinflussen. Demzufolge können Lösungsansätze herausgearbeitet werden, um persönliche Widerstandsressourcen zu reflektieren und auch zu festigen. Nach der Meinung der Verfasserin kann mithilfe derartiger Studien ein erster Schritt in Richtung Gesundheitsförderung für Pflegende getan werden, da diese ihren Berufsalltag und ihr Gesundheitsverhalten nur auf individueller Basis überdenken und auch verändern können.

Wie genau der Begriff der „Gesundheitsförderung“ definiert wird, welche Ansätze für Pflegende wichtig sein können und in welchem Hinblick Gesundheitsförderung bei der Professionalisierung der Pflege von Bedeutung ist, soll im nächsten Kapitel dargestellt werden.

4. Gesundheitsförderung

Wurden in den bisherigen Kapiteln die Begriffe der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und der Salutogenese betrachtet, soll nun darauf aufbauend die Gesundheitsförderung erklärt werden. Da dies ein sehr umfangreicher Begriff ist, der ganze Bücher füllt, soll in dieser Arbeit anstatt einer detailreichen Beschreibung vor allem der Bezug von Gesundheitsförderung zur Pflege im Mittelpunkt stehen. Welche Bedeutung hat Gesundheitsförderung für die Pflege und in einem weiteren Schritt für die Pflegepersonen? Welche Ansätze der Gesundheitsförderung können für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen von Bedeutung sein? Inwiefern ist gesundheitsförderndes Verhalten von Pflegepersonen für die Professionalisierung der Pflege wesentlich? Dies sind die Fragen, die im Laufe dieses Kapitels geklärt werden sollen.

Um ein Verständnis für die *Gesundheitsförderung* aufbauen zu können, soll zunächst der Begriff definiert und dessen Abgrenzung zur Prävention und anderen Gesundheitsbegriffen in groben Zügen näher veranschaulicht werden (siehe Kapitel 4.1). Im nächsten Unterkapitel soll gezeigt werden, wie sich der Begriff anhand der Chartas der WHO entwickelt hat und welcher Kritik er unterliegt (siehe Kapitel 4.2). Das darauffolgende Unterkapitel geht auf die Gesundheitsansätze ein, die einen gesundheitsfördernden Lebensstil begünstigen (siehe Kapitel 4.3). Das nächste Unterkapitel stellt die Methode des Empowerments vor, die für die Umsetzung eines selbstbestimmten Gesundheitsverhaltens wesentlich ist (siehe Kapitel 4.4). Auch soll damit der Bogen zum Modell der Salutogenese und des Kohärenzsinnns gespannt werden, indem die Selbstentfaltung eines gesundheitsfördernden Verhaltens erläutert wird. Darauf aufbauend wird im abschließenden Unterkapitel die Bedeutung der Gesundheitsförderung in der Pflege und v. a. für deren Professionalität erläutert (siehe Kapitel 4.5), um im Anschluss auf die

Gesundheitsförderung von Pflegenden selbst näher eingehen zu können.

4.1 Gesundheitsförderung und damit in Beziehung stehende Gesundheitsbegriffe

Gesundheitsförderung (health promotion) ist ein vielschichtiger Begriff, der einer umfassenden Definition bedarf. Im Zentrum steht die salutogenetische Ansicht, wobei darauf Wert gelegt wird, wie Personen ihre Gesundheit erhalten können. Steinbach (2007) definiert den Begriff der Gesundheitsförderung folgendermaßen:

Gesundheitsförderung (...) ist ein Prozess, in dessen Zentrum Menschen stehen, die in hohem Maße selbstbestimmt über ihre Gesundheit verfügen. Um aber diese Selbstbestimmung leben zu können, müssen sie zuallererst ein Verständnis für Gesundheit entwickeln. Sowohl der Einzelne wie auch Gruppen und Gesellschaften müssen lernen, ihre Gesundheit – und dazu gehören auch ihre Wünsche und Hoffnungen – wahrzunehmen, um ein eigenes, persönliches Gesundheitsverständnis zu entwickeln. Auf diese Weise soll Gesundheit zu einem Teil des täglichen Lebens werden (STEINBACH 2007, S. 51).

Diese sehr umfangreiche Definition soll nun eingehender betrachtet werden. Gesundheitsförderung zielt nicht auf den Einzelnen sondern auf die gesamte Bevölkerung ab, d. h. auf Menschen in allen Lebenslagen und -phasen, die mittels Gesundheitsförderung dazu befähigt werden sollen, ihre Schutzfaktoren und Ressourcen zu stärken (Vgl. HURRELMANN et al 2010, S. 16). In Abgrenzung zur Pathogenese steht hier nicht das Zurückdrängen von Risikofaktoren, sondern die „Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten“ (Ebd., S. 13) im Vordergrund. Dabei werden zwei Ansätze unterschieden: erstens der partizipatorische (1) und zweitens der ganzheitliche Ansatz (2), wobei beide einander wechselseitig beeinflussen (Vgl. STEINBACH 2007, S. 52).

Demnach ist Gesundheitsförderung ein komplexer Prozess, der

- (1) einerseits auf die Verbesserung der individuellen Lebensweisen,
- (2) andererseits aber auch in einem ganzheitlichen Sinne auf die sozialen und gesundheitspolitischen Lebensbedingungen eingeht (Vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011a, S. 138).

Für den partizipatorischen Ansatz ist es von Bedeutung, dass Menschen lernen, selbst für ihre Gesundheit die Verantwortung zu übernehmen und im Sinne einer Selbstbestimmung aktiv Entscheidungen hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens treffen (Vgl. STEINBACH 2007, S. 53). Die Stärkung der eigenen Gesundheit hinsichtlich eines ganzheitlichen Ansatzes hingegen umfasst mehrere Bereiche des alltäglichen Lebens: soziale und wirtschaftliche Faktoren, wie z.B. gute Bedingungen am Arbeitsplatz; Umweltfaktoren, wie z.B. gute Wohnbedingungen oder eine gute Luft- und Wasserqualität sowie ein Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, wie z.B. Sozial-, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen (Vgl. HURRELMANN et al 2010, S. 16). Es werden hier nicht nur die persönliche Gesundheitskompetenz, sondern auch Gesundheitsdeterminanten aller Bereiche – medizinische, hygienische, edukative, ökonomische, psychische, psychiatrische, kulturelle, familiäre, soziale, rechtliche, architektonische und ökologische – berücksichtigt (Vgl. HURRELMANN & LAASER 2006, S. 753). Somit arbeitet die Gesundheitsförderung intersektoral, indem viele unterschiedliche Akteure innerhalb eines Settings³ (wie Schule, Krankenhaus, Kindergarten, etc.) beteiligt sind. Dadurch wird Gesundheitsförderung zu einer komplexen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe (Vgl. HURRELMANN et al 2010, S. 47).

³ Als Setting wird ein soziales System bezeichnet, das aus einer bestimmten Personengruppen und dem Einfluss bestimmter Umweltbedingungen besteht, wodurch gesundheitsbezogene Faktoren in den Alltag mit einbezogen werden können (Vgl. HURRELMANN 2010, S. 49). Beispiele dazu wären die Schule, ein Betrieb, der Kindergarten oder das Krankenhaus.

Das Ziel der Gesundheitsförderung besteht darin, durch die Bestärkung von Schutzfaktoren einen Gesundheitsgewinn zu erreichen. Dieser sollte so früh wie möglich in die Entwicklung der Menschen integriert werden, „um ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität [zu erreichen], als es ohne die Intervention erwartbar gewesen wäre“ (HURRELMANN et al 2010, S. 16). Bereits vor der Entstehung einer Erkrankung soll ein Gesundheitsbewusstsein geschaffen werden, damit eine entsprechende gesundheitsbezogene Lebensqualität erreicht werden kann.

In Opposition dazu steht die *Krankheitsprävention*, die sich an der pathogenetischen Sichtweise orientiert und demnach auf die Vermeidung und Verhütung von Krankheiten abzielt (Vgl. ebd., S. 14). Dabei ist es wichtig zu erwähnen, dass beide Strategien nicht klar voneinander abzugrenzen sind, sondern vielmehr einander ergänzen und im Sinne einer Zusammenarbeit zu einer Verbesserung der Gesundheit führen können (Vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011a, S. 138). Beide Ansichten verfolgen das selbe Ziel, nämlich einen Gesundheitsgewinn, jedoch durch eine jeweils voneinander verschiedene Form der Intervention (Vgl. HURRELMANN & LAASER 2006, S. 752). Während sich die Gesundheitsförderung an die gesunde Bevölkerung wendet, bezieht sich die Prävention auf eine Risikogruppe, die bereits erwartbare oder erkennbare Symptome einer Gesundheitsschädigung oder Erkrankung aufweist. Das Ziel besteht hier darin, die jeweiligen Gesundheitsbeeinträchtigungen einzudämmen oder zu vermeiden (Vgl. ebd., S. 752-753). Hierzu werden bestimmte Interventionsstadien unterschieden.

Die *Primärprävention* versucht den Ausbruch einer Krankheit durch bestimmte Maßnahmen wie Impfen oder spezielle Interventionsprogramme (z.B. in Schulen) zu verhindern. Ziel ist also die Inzidenz bestimmter Erkrankungen zu reduzieren, indem gesunde Menschen angesprochen werden (Vgl. LEPPIN 2010, S. 36). Die *Sekundärprävention* richtet sich an Personen, die zwar noch als gesund

gelten, aber aufgrund von therapeutischen Maßnahmen in einer Arzt-Patient-Beziehung stehen. Das Ziel besteht hier darin, etwa durch Screenings eine Progredienz einer Erkrankung zu vermeiden. Ein Beispiel dafür wäre die Mammografie (Vgl. ebd., S. 36). Die *Tertiärprävention* versucht sodann eine bereits diagnostizierte Erkrankung einzudämmen, indem die Intensität der Erkrankung, Folgeschäden oder Rückfälle durch rehabilitative Interventionen verhindert werden sollen (Vgl. ebd.).

Aber nicht nur Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Begriffe in den Gesundheitswissenschaften. Die nachstehende Abbildung (siehe Abb. IV) zeigt die am häufigsten verwendeten Gesundheitsbegriffe, die in wechselseitiger Beziehung zum Begriff der Gesundheit stehen.

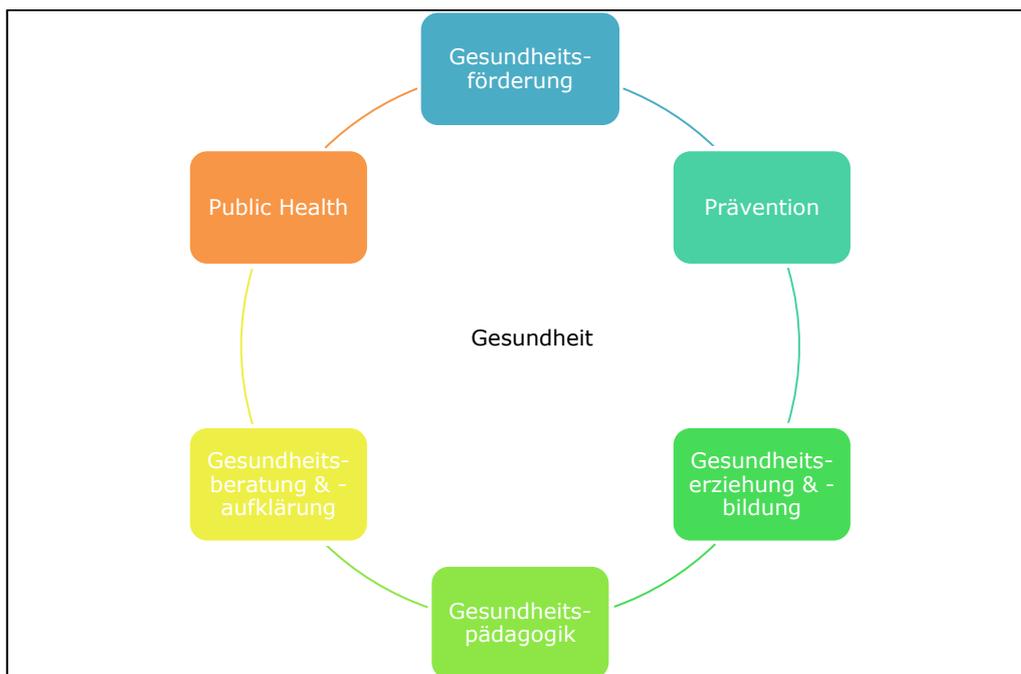


Abb. IV: Darstellung verschiedener Gesundheitsbegriffe.

Die *Gesundheitserziehung* spricht Kinder und Jugendliche an, die Adressaten der *Gesundheitsbildung* sind hingegen Erwachsene. Ziel beider Bereiche ist es das Wissen hinsichtlich der Entwicklung von Alltagskompetenzen im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen zu vermehren (Vgl. STEINBACH 2007, S. 49). Im Gegensatz dazu richtet

sich die *Gesundheitspädagogik* nicht nur an das praktische Handeln, sondern auch an die Wissenschaft (Vgl. ENGEL 2009, S. 16). Die *Gesundheitsaufklärung* und die *Gesundheitsberatung* haben wiederum das Ziel Informationen zu vermitteln. Die Gesundheitsaufklärung tut dies mit Hilfe von Massenmedien; die Gesundheitsberatung über persönliche Gesprächsführung (Vgl. STEINBACH 2007, S. 47). Neben der Prävention und der Gesundheitsförderung stellt *Public Health* ein weiteres Feld dar, das die Gesunderhaltung der Bevölkerung als seine multidisziplinäre Aufgabe sieht und mit „öffentliche Gesundheitsförderung“ übersetzt werden kann (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2003, S. 66; ENGEL 2009, S. 17; KOLIP 2002, S. 14-16).

Nach diesen Definitionen von Gesundheitsförderung und den damit in Beziehung stehenden Disziplinen soll im nächsten Unterkapitel anhand eines groben Überblicks aufgezeigt werden, wie sich der Begriff innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt hat und welcher Kritik er unterliegt.

4.2 Begriffsentwicklung innerhalb der WHO und Kritik

Der Begriff Gesundheitsförderung ist noch relativ jung und entwickelte sich in den 70er Jahren aus gesundheitspolitischen Debatten innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (WHO – World Health Organization) (Vgl. HURRELMANN & LAASER 2006, S. 750). In Österreich haben v. a. das *Gesundheitsförderungsgesetz* (1998) und der *Fonds Gesundes Österreich* Richtlinien formuliert, welche die Gesundheitsförderung vorantreiben. Aber auch Gesundheitsförderungsaktivitäten durch die Krankenkassen sowie die betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 5.2) bestehen bereits seit einigen Jahren (Vgl. ROHRAUER-NÄF & WALDHERR 2011, S. 223).

Die Leitgedanken der WHO zur Gesundheitsförderung bestehen aus zwei Grundprinzipen. Das erste Prinzip bezieht sich darauf, dass „Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur allein das Fehlen von

Krankheiten und Gebrechen ist“ (STEINBACH 2007, S. 66). Das zweite Prinzip beinhaltet, dass Gesundheit ein Grundrecht jedes Menschen ist (Vgl. ebd.). Ausgehend von diesen Prinzipien wurde die Gesundheitsförderung anhand mehrerer Deklarationen weiterentwickelt. 1978 wurde mit der *Deklaration von Alma-Ata – 1st International Conference on Primary Health Care* – der erste Meilenstein von der WHO gelegt (Vgl. ebd., S. 67). Hier wurden die beiden oben formulierten Prinzipien hervorgehoben, wobei Gesundheit als etwas Positives definiert wurde (Vgl. KLOTTER 2009, S. 38). Weiters lenkte diese Konferenz die Verantwortung über die Gesundheit auf jeden Einzelnen, wobei Menschen nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht für ihre eigene Gesundheit tragen (Vgl. STEINBACH 2007, S. 68).

Die bekannteste Charta zur Gesundheitsförderung ist die *Deklaration von Ottawa* (1986) – *1st Global Conference on Health Promotion*. Ausgehend von der Deklaration von Alma-Ata wurde das Ziel, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, angestrebt (Vgl. KLOTTER 2009, S. 41). Es wurden fünf Handlungsfelder und drei zentrale Handlungsstrategien formuliert, welche die Umsetzung der Gesundheitsförderung beschreiben. Die nachstehende Tabelle soll einen Einblick geben, welche Dimensionen der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta zentral sind (siehe Tab. III).

5 Handlungsfelder

- Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik aufbauen
Gesundheit in allen politischen Bereichen z.B. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
Sicherung von gesundheitsbezogenen Lebensbedingungen durch Settings wie Schulen, Spitälern
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
z.B. Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
z.B. durch Information, gesundheitsbezogene Bildung
- Gesundheitsdienste neu orientieren
Orientierung an ganzheitliche Persönlichkeiten durch Verbesserung sowohl auf medizinischer als auch auf sozialer, politischer und ökonomischer Ebene, z.B. gesundheitsfördernde Krankenhäuser

3 Handlungsstrategien innerhalb dieser Handlungsfelder

- Anwaltschaft für Gesundheit übernehmen
Aktive Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer Faktoren sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren
- Befähigen und ermöglichen
Verwirklichung des eigenen größtmöglichen Gesundheitspotenzials durch Kompetenzförderung und Empowerment
- Vermitteln und vernetzen
Kooperation mit allen Gesundheitsakteuren

Tab. III: *Handlungsfelder und Handlungsstrategien der Ottawa-Charta* (Vgl. KABASCHÖNSTEIN 2011, S. 139-140; KOLIP 2002, S. 217-222; STEINBACH 2007, S. 69-70).

Die Tabelle zeigt den gesamten Prozess der Gesundheitsförderung, der einerseits aus ganzheitlichen, andererseits auch aus partizipatorischen Anteilen besteht. Im Vordergrund stand bei dieser Konferenz v. a. die Selbstbestimmung der Individuen. Menschen sollen dazu befähigt werden, sich autonom und verantwortungsbewusst um die eigene Gesundheit zu kümmern (Vgl. KLOTTER 2009, S. 41-43; STEINBACH 2007, S. 69). Dabei ist die Gesundheit nicht das Ziel des Lebens, sondern die Ressource zum Leben (Vgl. KLOTTER 2009, S. 42).

In der 2nd *Global Conferene of Health Promotion in Adelaide* (1988) waren die Kernthemen die Autonomie und Mitwirkung der BürgerInnen, die Zusammenarbeit aller Bereiche innerhalb der

Gesellschaft und die primäre Gesundheitsversorgung (Vgl. STEINBACH 2007, S. 70). Besonders die folgenden vier Handlungsfelder bildeten das Hauptaugenmerk dieser Konferenz: Frauengesundheit, Zugang zu ausreichender Nahrung zur Vermeidung von Unter- und Mangelernährung, Reduktion von Alkohol- und Tabakkonsum und die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Umwelt (z.B. Minimierung von Schadstoffen) (Vgl. KLOTTER 2009, S. 46-48; STEINBACH 2007, S. 70-71).

Eine weitere wichtige Charta der WHO ist die *Jakarta-Erklärung* (1997), die bereits die 4. internationale Konferenz⁴ darstellte und die Weiterführung der bisherigen Ziele für das 21. Jahrhundert forderte („Gesundheit für Alle im 21. Jahrhundert / Gesundheit 21“) (Vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011b, S. 149-150; STEINBACH 2007, S. 71). Zusätzliche Themen waren die Verstärkung, die steigende Anzahl älterer Menschen, die hohe Prävalenz chronischer Krankheiten, Bewegungsarmut, die Zunahme des Drogenmissbrauchs sowie Gewalt (Vgl. KOTTER 2009, S. 49).

Im Jahr 2000 stand bei der *Konferenz von Mexico-City* der Abbau von Chancenungleichheiten im Vordergrund. 2005 wurde die *Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt* entwickelt, welche auf die Ergebnisse der Ottawa-Charta weiter ausgebaut hat (Vgl. STEINBACH 2007, S. 72). Die 7. internationale Konferenz fand 2009 in Nairobi statt, wobei die Implementierung der Gesundheitsförderung in alltägliche Lebenssituationen diskutiert wurde (Vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011b, S. 150)

All diese Chartas der WHO bilden die Grundsätze für die Gesundheitsförderung und legen eine Richtlinie und einen Rahmen zur Umsetzung fest. So sind die Deklarationen der WHO wichtige politische Initiativen, die auf globale gesundheitliche Defizite hinweisen und Änderungsmaßnahmen vorschlagen (Vgl. KLOTTER 2009, S. 57-60).

⁴ Die 3. internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand 1991 in Sundsvall, Schweden statt.

Jedoch werden die Deklarationen der WHO innerhalb der Literatur nicht nur positiv bewertet, sondern unterliegen auch einiger Kritik (Vgl. KLOTTER 2009). So schreibt Klotter (2009) folgendes:

Gesundheitsförderung, das ist möglicherweise zuallererst eine sozialrevolutionäre Utopie (nachdem alle anderen ausgestorben sind), die sich des Mäntelchens der Gesundheit bedient, um die Gesellschaft in Richtung mehr soziale Gerechtigkeit und in Richtung mehr Staat zu verändern (KLOTTER 2009, S. 132).

Gesundheitsförderung will nichts anderes als die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen fördern. Aber eben das stimmt nicht. Denn die Gesundheit der Bevölkerung dient auch der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Nation, sie dient der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, zumindest ist dies eine ihrer Absichten (KLOTTER 2009, S. 15).

Klotter (2009) spricht hierbei die Problematik an, dass Gesundheitsförderung nicht nur körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden erreichen will, sondern auch dazu dient ein produktives Individuum im Sinne des Kapitalismus zu erhalten (Vgl. KLOTTER 2009, S. 58). Daraus ergibt sich eine zweite Problematik, weil das Streben nach Gesundheit als Pflicht angesehen wird. Das heißt, es wird von der WHO impliziert, dass alle Menschen einheitlich nach Gesundheit streben, was der Einzelne jedoch wirklich will, wird nicht hinterfragt. „Selbstbestimmung meint so immer: Selbstbestimmung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten“ (Ebd., S. 39). Eine freie Entscheidung über ein individuelles Gesundheitsverhalten wird aber völlig ausgeklammert, und es schwingt hier mit, dass die BürgerInnen die Pflicht hätten sich gesund zu verhalten. Dies erhöht wiederum den Druck innerhalb der Gesellschaft gesundheitsförderliches Verhalten ausführen zu müssen. Im Sinne von Antonovsky befindet sich jedoch jeder Einzelne auf einer Relativität zwischen Gesundheit und Krankheit. Stressoren sind alltägliche Begleiter, weshalb es äußerst schwierig ist, eine ganzheitliche Gesundheit zu erlangen. Immer mehr Faktoren sprechen bei der heutigen Lebensweise gegen einen

gesundheitsbewussten Alltag. Daher sollte die Gesundheit nicht als vollkommenes Gut angesehen werden, das es aufrechtzuerhalten bzw. zu erlangen gilt. Vielmehr sollte die Gesundheit in vielen kleinen Schritten bzw. Zwischenzielen erreicht werden, was Demotivation (und somit Rückfälle in alte Verhaltensmuster) verhindert. (Vgl. ebd., S. 58). Wie ein gesundheitsförderndes Verhalten erreicht werden kann, zeigt das nächste Unterkapitel. Hier werden die verschiedenen Ansätze im Erlangen von Gesundheit vorgestellt.

4.3 Gesundheitsansätze

Die Ansätze der Gesundheitsförderung lassen sich in *verhaltensorientierte* und *verhältnisorientierte* Interventionen einteilen (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 95). Verhaltensorientierte Maßnahmen setzen direkt am Individuum an, verhältnisorientierte Interventionen betreffen hingegen die Rahmenbedingungen in der Umgebung (Vgl. KLOTTER 2009, S. 22). Eigentlich sind diese Interventionsformen eine Unterteilung der Primärprävention, weil hier ebenfalls von einer Verhaltensprävention und einer Verhältnisprävention ausgegangen wird. Beide Begriffe sind nicht nur hinsichtlich der Vermeidung von Risikofaktoren, sondern auch hinsichtlich des Aufbaus salutogenetischer Ressourcen im Bereich der Gesundheitsförderung einsetzbar (Vgl. KABA-SCHÖNSTEIN 2011c, S. 205). Verhaltensorientierte Maßnahmen wären beispielsweise individuelle Beratungen hinsichtlich des Rauchverhaltens, während verhältnisorientierte Interventionen die Rahmenbedingungen, wie z.B. die Durchsetzung von rauchfreien Krankenhäusern, betreffen.

Durch welche Methoden kann nun gesundheitsförderliches Verhalten bestärkt werden? Wie können Menschen dazu befähigt werden, Gesundheitsförderung zu leben? Im Folgenden werden fünf Ansätze der WHO beleuchtet, die eine Richtlinie darstellen, auf welche Weise Individuen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil verholfen werden kann.

1. Der medizinische Ansatz

Dieser Ansatz stützt sich auf präventiv-medizinische Modelle, wobei z.B. GesundheitsberaterInnen medizinische Behandlungsmethoden erwägen, mit denen Krankheiten verhindert werden können. Das Ziel besteht darin, Krankheiten zu verhüten, indem beispielsweise Beratungen über bestimmte vorbeugende Maßnahmen vollzogen werden (Beratungen über Schutzimpfungen oder über das Kontrollieren des Blutdruckes) (Vgl. EWLES 2007, S. 56). Dieser Ansatz ist „top-down“ (von oben nach unten) geleitet, weil die KlientInnen das Fachwissen der ExpertInnen anerkennen müssen, um einen erwünschten Erfolg erzielen zu können. Dadurch wird die Abhängigkeit der Menschen von der Medizin erhöht, denn sie legen die Verantwortung ihrer Gesundheit in die Hände von ExpertInnen und unterwerfen sich deren Behandlungen (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 105). Demnach ist dieser Ansatz eine präventive Methode, da die Inzidenz von Erkrankungen und die damit verbundene Mortalität vermindert werden soll (Vgl. ebd., S. 107).

2. Der Ansatz der Verhaltensänderung

Dieser Ansatz verfolgt das Ziel Menschen in ihrem Gesundheitsverhalten zu beeinflussen und zu einem besseren Lebensstil zu erziehen. Beispiele hierfür wären Menschen hinsichtlich des Zigaretten- und Alkoholkonsums, der Ernährung oder sportlicher Aktivitäten zu beraten (Vgl. EWLES 2007, S. 56). Dass die Methoden zur Verhaltensänderung komplexe Prozesse sind, wurde bereits im zweiten Kapitel anhand der unterschiedlichen Modelle gezeigt (siehe Kapitel 2.3). Auch dieser Ansatz ist häufig ein von ExpertInnen geleiteter „top-down“ Ansatz, indem GesundheitsförderInnen die Bevölkerung über bestimmte wünschenswerte Verhaltensmuster aufklären wollen (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 109).

3. Der erzieherische Ansatz

Das Ziel dieses Ansatzes besteht darin, Informationen über gesundheitsbezogene Fragen weiterzuvermitteln, um einen gesunden Lebensstil erreichen zu können. Dabei ist es die Aufgabe der GesundheitsberaterInnen nicht nur Wissen weiterzugeben, sondern auch Menschen in einem gesundheitsbewussten Handeln zu bestärken sowie ihnen dazu zu verhelfen Entscheidungen zu treffen und zu reflektieren (Vgl. EWLES 2007, S. 57). Im Gegensatz zu dem Ansatz der Verhaltensänderung werden Individuen in ihrer Entscheidungsfreiheit ermutigt und nicht in eine bestimmte Richtung gedrängt (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 110). Ein Kritikpunkt liegt jedoch darin, dass die sozialen Komponenten, die in dem Prozess der Verhaltensänderung sehr wohl mit einfließen, hier nicht berücksichtigt werden (Vgl. ebd.).

4. Der klientenzentrierte Ansatz

In diesem Ansatz stehen die eigenen Entscheidungen über gesundheitsrelevante Verhaltensmuster und die Selbstverantwortung darüber im Mittelpunkt. Individuen sollen durch eigene Erkenntnisse und Erfahrungen herausfinden, was sie in ihrem Alltag verändern möchten (Vgl. EWLES 2007, S. 57). Deshalb ist dieser, im Gegensatz zu den bisherigen Ansätzen, „bottom-up“ (von unten nach oben) geleitet (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 111). Die GesundheitsförderInnen haben innerhalb dieses Ansatzes nicht die Rolle des Experten/der Expertin, sondern sie agieren hier als VermittlerInnen oder UnterstützerInnen (Vgl. ebd.). Diese Methode wird auch als Empowerment bezeichnet und wird im folgenden Unterkapitel (siehe Kapitel 4.4) noch näher erläutert.

5. Der Ansatz des Gesellschaftswandels

Dieser Ansatz strebt eine Förderung der Gesundheit durch eine Veränderung der materiellen, sozialen und ökonomischen Umgebungsfaktoren an. Demzufolge orientiert sich dieser Ansatz am

gesellschaftlichen und nicht am individuellen Wandel. Das Ziel besteht darin, gesundheitsfördernde Umgebungsfaktoren zu ermöglichen (Vgl. EWLES 2007, S. 57). Der Ansatz ist neuerlich „top-down“ geleitet, wobei er sich an ganze Organisationen wendet und Aufgaben wie Lobbyarbeit oder Politik- und Strategieplanung beinhaltet (Vgl. NAIDOO & WILLS 2010, S. 115).

In diesem Kapitel wurden die verschiedenen Ansätze in der Gesundheitsförderung aufgezeigt, wobei die meisten einem „top-down“ geleiteten Ansatz folgen. Das heißt, dass Individuen die Verantwortung über ihre Gesundheit anderen Menschen überlassen und sich somit zu ihrem erwünschten Ergebnis führen lassen wollen. In dieser Arbeit steht der salutogenetische Grundgedanke mit der Leitfrage, was Menschen (hier: Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) für ihre Erhaltung der Gesundheit selbst tun können im Vordergrund, weshalb im Folgenden der Ansatz des Empowerments näher betrachtet werden soll.

4.4 Empowerment

Eine Methode der Gesundheitsförderung stellt das sogenannte Empowerment (Ermächtigung, Befähigung) dar (Vgl. STEINBACH 2007, S. 54). Diese Strategie zielt im Sinne des salutogenetischen Kohärenzsinns auf die eigene Befähigung ab, die Lebenswelt für sich selbst adäquat gestalten zu können (Vgl. BRANDES & STARK 2011, S. 57). Stellt das Kohärenzgefühl eine Grundhaltung dar, inwiefern Individuen Ressourcen für sich selbst zur Förderung der eigenen Gesundheit nützen können, so ist Empowerment auf die Bestärkung der autonomen Bemächtigung gerichtet, ein gesundes Leben zu führen. Diese Methode bezieht sich nicht nur auf ein reines Empfinden, sondern stellt einen Ansatz dar, der Menschen bekräftigen soll, gesundheitsrelevante Faktoren eigenverantwortlich in ihren Lebensalltag zu integrieren. So kann Empowerment folgendermaßen definiert werden:

[Es ist] die Befähigung von Individuen, Gruppen und Gemeinschaften mitzubestimmen, wie ihre Gesundheit gefördert werden soll und sie zu unterstützen, die dafür notwendigen Kompetenzen zu erwerben, damit sie ein höheres Maß an Kontrolle und Einfluss zur Verbesserung ihrer Gesundheit übernehmen können (LAVERACK 2010 zit. n. NAIDOO & WILLS 2010, S. 95).

Empowerment ist also eine Strategie, Menschen darin zu bestärken, in verschiedenen Situationen autonom gesundheitsbewusst zu handeln (Vgl. STEINBACH 2007, S. 55). Die Teilhabe an einem gesundheitsbewussten, selbstbestimmten Leben soll durch die Hilfe von ExpertInnen ermöglicht werden. Das Ziel besteht darin, eigenständig die Kontrolle über adäquate Verhaltensmuster zu erreichen, da dies eine wesentliche Voraussetzung für das physische und psychische Wohlbefinden darstellt (Vgl. ebd.). Dabei haben die GesundheitsförderInnen die Aufgabe, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Das heißt, es liegt an ihnen, „die Möglichkeiten zu verbessern, damit Betroffene ihre Interessen besser vertreten können – und nicht diese Interessen für die Betroffenen zu vertreten“ (BRANDES & STARK 2011, S. 59).

Wie sieht nun der Einsatz dieser Methode in der Praxis aus? Leitfragen die im Zuge dieses Prozesses verfolgt werden, sind z.B. „Unter welchen Bedingungen gelingt es Menschen, eigene Stärken zusammen mit anderen zu entdecken? Was trägt dazu bei, dass Menschen aktiv werden und ihre eigenen Lebensbedingungen gestalten und kontrollieren? Was können [ExpertInnen] dazu beitragen, um verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen?“ (BRANDES & STARK 2011, S. 57). In der Praxis kann folgendermaßen auf diese Fragen eingegangen werden: Menschen sollen beispielsweise hinsichtlich ihrer Probleme und Bedürfnisse dazu befähigt werden, die eigenen Handlungsspielräume zu erkennen. Weiters können Profis / GesundheitsberaterInnen Informationsquellen und Orientierungshilfen aufzeigen und gemeinsam mit ihren KlientInnen/PatientInnen Lösungsansätze erarbeiten und sie in ihrer Fähigkeit zur

Selbstorganisation bestärken. Alle diese Maßnahmen können auch auf Veränderungen der externen Faktoren (Finanzen, Arbeitsplatz) hinauslaufen. Schließlich zählt z.B. auch die Mediation zu den praktischen Methoden des Empowerments.

Somit leistet Empowerment einen wesentlichen Beitrag in der Pflege, weil dadurch die Selbstbestimmung und die Ausübung von autonomen Handlungen bestärkt werden. Menschen werden in ihrer Selbstpflege aktiviert, wodurch die Selbstständigkeit und damit der Bedarf an Pflegebedürftigkeit reduziert werden kann. Die Anwendung der Methode fordert im Sinne der Vorbildrolle auch die Pflegepersonen selbst heraus, da es nicht immer einfach ist, Empowerment bei sich selbst anzuwenden. Im nächsten Kapitel wird die Bedeutung der Gesundheitsförderung in der Pflege erläutert und die Rolle der Pflegenden betrachtet, um daraus schließlich gesundheitsfördernde Verhaltensmuster von Pflegenden ableiten zu können. Zunächst wird die Rolle der Pflegenden im Bereich der Gesundheitsförderung beschrieben, um dann im abschließenden Kapitel (siehe Kapitel 5) die Umsetzung von Gesundheitsförderung bei Pflegepersonen beleuchten zu können. Somit soll ein Bogen gespannt werden, um im letzten Schritt die Forschungsfrage: *Inwiefern ist gesundheitsförderndes Verhalten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für die Pflege von Bedeutung?* beantworten zu können.

4.5 Gesundheitsförderung in der Pflege

Wurde bislang die Gesundheitsförderung im Allgemeinen betrachtet, wird nun in diesem Kapitel der Bezug zur Pflege hergestellt. Was heißt nun Gesundheitsförderung in der Pflege? Ist dies ein neues Teilgebiet, oder ist dieses Feld implizit bereits in der Praxis vorhanden? Wie bereits an der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegeperson“ abzulesen ist, sind die beiden Anteile Gesundheit und Krankheit in der Pflege vorhanden. Pflegendе führen somit nicht nur Tätigkeiten aus, die sich auf die Krankheit der PatientInnen beziehen (z.B. das Messen der Vitalparameter), sondern

sie haben auch einen gesundheitsrelevanten Einfluss, wie z.B. die Mundpflege, die Lagerung oder die Mobilisation (Vgl. STEINBACH 2007, S. 133). Gesundheitsfördernde Pflege auszuüben, heißt jedoch nicht nur das „Gesundwerden“ anzustreben, sondern sich auch auf das „Gesundsein“ zu konzentrieren (Vgl. ebd.). Dies bedeutet eine Distanzierung vom krankheitsorientierten Ansatz, wodurch eine Neuorientierung und ein neuer Denkansatz in der Pflege notwendig werden. So wird im Zuge der Salutogenese das Gesunde im Menschen in den Mittelpunkt gerückt.

Eine solche Sichtweise auf Gesundheitsförderung in der Pflege stellt die Individualität der PatientInnen und ihre Eingebundenheit in das soziale Umfeld in den Fokus. „for health promotion to be considered in its ‘true’ context, no examination of health promotion can *ever* be fully considered without first considering what an individual’s health is as it is influenced by the social, cultural, political and economic conditions of the society in which they live“ (WHITEHEAD 2009, S. 870). Dabei besteht die Aufgabe der Pflegenden darin, eine beratende Unterstützung für ihre PatientInnen zu sein und sie zum Empowerment zu befähigen (Vgl. STEINBACH 2007, S. 133).

Wie ein solches Verhalten in der Praxis erfolgen kann zeigt Brieskorn-Zinke (2003; 2006) genauer auf. So unterteilt sie die Handlungsschritte zur Veränderung zu einem Gesundheitsverhalten in die Ebenen der Kompetenzstärkung und deren Interventionsstrategien, die in der nachstehenden Abbildung (siehe Abb. V) veranschaulicht werden.

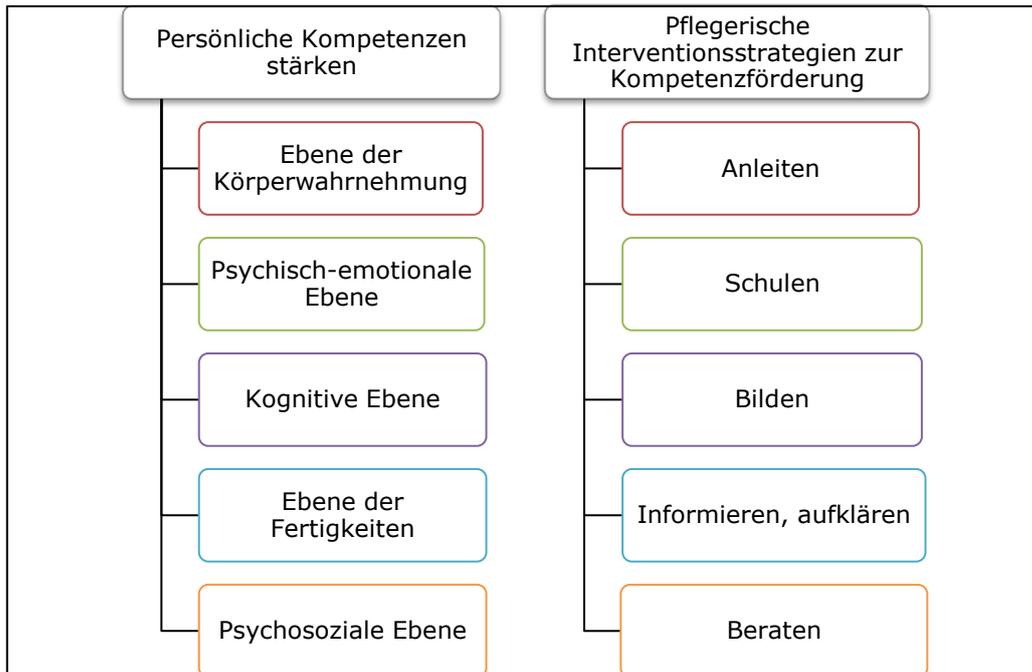


Abb. V: *Pflegerische Handlungsfelder zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens* (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2003, S. 69-71; BRIESKORN-ZINKE 2004, S. 332-334; BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 98-104; HASLINGER-BAUMANN & MAYER 2009, S. 244-245).

Brieskorn-Zinke geht davon aus, dass ein gesundheitsfördernder Ansatz in der Pflege durch die Stärkung der persönlichen Kompetenzen und durch bestimmte Interventionsstrategien erfolgt (Vgl. HASLINGER-BAUMANN 2009, S. 244). Das Erreichen einer Kompetenzstärkung, muss auf verschiedenen Ebenen erfolgen, die im Pflegealltag nicht voneinander getrennt, sondern miteinander verbunden sind und einander überlappen (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 101). Die *Ebene der Körperwahrnehmung* meint, dass nur durch ein Bewusstwerden des eigenen Körpergefühls eine Grundlage für Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit aufgebaut werden kann (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2004, S. 332; BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 99). Dem Pflegepersonal ist das Körperleben der PatientInnen besonders zugänglich. Somit können Pflegende durch Pflegehandlungen, wie beim Waschen, bei bestimmten Einreibungen, beim Lagern oder Mobilisieren, Orientierungspunkte erzeugen, wodurch die eigene Körperwahrnehmung der PatientInnen gefördert wird (Vgl. ebd.). Pflegeansätze wie das Bobath-Konzept oder die Kinästhetik sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen, weil sie die

Selbstkompetenz des eigenen Körpers steigern können (Vgl. ebd.). Die *psychisch-emotionale Ebene* betrifft die Unterstützung im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen, wie die Verarbeitung einer Krankheit, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und den Verlust von Selbständigkeit oder den Umgang mit den Folgen des Alters (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 99). Die Pflegenden können auf dieser Ebene anhand eines ressourcenorientierten Ansatzes die PatientInnen auf ihrem Weg positiv bestärken und ihnen helfen, sich mit der lebensverändernden Thematik auseinanderzusetzen. Ein wichtiger Ansatz ist hierbei die Beratung. Dabei soll einerseits eine Akzeptanz der veränderten Situation oder der Erkrankung erreicht werden, andererseits soll eine Bestärkung der eigenen Fähigkeiten erfolgen (Vgl. ebd.). Auf der *kognitiven Ebene* erfolgt eine Aufklärung über die Erkrankung, wodurch eine Vermehrung des Wissens und auch eine Stärkung des Selbstbewusstseins erzielt werden soll (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2004, S. 333; HASLINGER-BAUMANN & MAYER 2009, S. 244). Eine umfassende Beratung erhöht die Selbständigkeit im Umgang mit ihrer Erkrankung, indem individuelle Entscheidungs- und Auswahlprozesse ermöglicht werden (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2004, S. 334). Die *Ebene der Fertigkeiten* bezieht sich auf die sogenannte Patientenedukation, in deren Rahmen eine bestimmte Anleitung oder Schulung pflegerischer Tätigkeiten – wie das Setzen von Injektionen, die Pflege eines Stomas oder eine Wundversorgung – erfolgen (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2004, S. 334; BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 100). Auf der *psychosozialen Ebene* werden die PatientInnen hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes bestärkt und unterstützt. Das Augenmerk der Pflegenden soll neben der individuellen Pflege auch auf den Beziehungsstrukturen und dem äußeren Umfeld liegen, damit auch im extramuralen Bereich für ein soziales Unterstützungsangebot gesorgt werden kann (Vgl. ebd.).

All diese Ebenen basieren somit auf bestimmten Interventionsstrategien, die Brieskorn-Zinke (2006) mit den Pflegehandlungen – Anleiten, Schulen, Bilden, Informieren und

Aufklären sowie Beraten – beschreibt (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 101-104). So geht es beim Anleiten um das Erlernen einer bestimmten Pflegehandlung. Das Schulen beinhaltet dasselbe Ziel, wird jedoch in einer Gruppe ausgeführt. Das Bilden meint die Gesundheitsbildung, wobei gesundheitsfördernde Aspekte miteinbezogen werden sollen. Das Informieren und das Aufklären erfolgen durch die Weitervermittlung von Wissen, was durch den Einsatz von Broschüren und Magazinen unterstützt werden kann. Das Beraten hingegen soll einen individuellen Lösungsprozess erarbeiten (Vgl. ebd., S. 102-103).

Somit kann festgestellt werden, dass Pflegende eine tragende Rolle innerhalb des Feldes der Gesundheitsförderung inne halten. „Due to a professional focus on health (...), nurses are in a unique position to serve as leaders and role models in health promotion“ (WHITEHEAD 2009, S. 868). Whitehead (2009) bringt mit diesem Zitat die bedeutende Vorbildrolle der Gesundheits- und Krankenpflegeperson als GesundheitsförderInnen auf den Punkt. Er verdeutlicht, dass in der Literatur die Pflegeperson als wichtige Instanz in der Gesundheitsförderung angeführt wird. „(...) nurses have the most vital role to play in population health and, as key health professionals working necessarily in a multi-disciplinary fashion, are in a powerful position to globally advocate for a future healthy planet“ (WILLS 2007 zit. n. WHITEHEAD 2009, S. 870). In seiner Literaturrecherche stellt er jedoch fest, dass Gesundheitsförderung in der Pflege ein weites Feld darstellt, das nach wie vor vor einigen Herausforderungen steht. So hat Gesundheitsförderung in der Pflege zwar ein hohes Ansehen, die praktische Ausübung dieser Disziplin gelingt jedoch nicht immer. Pflegende stehen demnach vor dem Problem des Theorie-Praxis-Transfers, weil sie das theoretische Wissen nur schwer in die Praxis integrieren und auch umsetzen können (WHITEHEAD 2009, S. 869). Whitehead (2009) schließt daraus, dass zwar viele Studien über Gesundheitsförderung in der Pflege vorhanden sind, dass diese aber über die Frage inwiefern sie praktisch anwendbar sind, kaum

Aufschluss geben. Hier wäre weiterer Forschungsbedarf vonnöten (Vgl. ebd.).

Casey (2007) setzte sich mit der Thematik der Gesundheitsförderung in der Praxis von Pflegenden auseinander und untersuchte innerhalb einer Studie sowohl die Auffassung als auch das Verständnis und die eigenen Erfahrungen zur Gesundheitsförderung in der Praxis von Pflegepersonen (Vgl. CASEY 2007, S. 1039). Die Interviews zeigen, dass die Pflegenden sehr zögerlich reagieren, wenn sie über ihr Verständnis zu Gesundheitsförderung und deren Umsetzung in der Praxis befragt werden (Vgl. CASEY 2007, S. 1044). Die meisten sehen den Bereich nicht als Bestandteil der Pflege an, sondern eher als eine Art Zusatzarbeit, die nur dann zum Einsatz kommt, wenn auch genügend Zeit vorhanden ist. Andere wiederum hatten Schwierigkeiten, den Begriff zu definieren, da Gesundheitsförderung als selbstverständlicher, integrierter Begleiter ihrer Pflege angesehen wird (Vgl. ebd.). Einen Faktor, welchen die InterviewteilnehmerInnen nennen und den sie als hindernd für die Umsetzung der Gesundheitsförderung empfinden, ist die Routine (Vgl. ebd., S. 1045). So wird oft nur ein bestimmter Zeitplan abgearbeitet ohne bewusst gesundheitsfördernde Aspekte in die Pflege mit einzubeziehen. Andere negativ beeinflussende Komponenten stellen der Personalmangel und der Stress dar, die zu einer fehlenden Pflege-Patient-Beziehung führen, wodurch wiederum die praktische Gesundheitsförderung zu kurz kommt (Vgl. ebd.). Ein weiterer Grund, warum Pflegende Gesundheitsförderung in der Praxis nur selten ausüben, ist, dass sich die StudienteilnehmerInnen nicht adäquat dafür ausgebildet fühlen. Zusammengefasst kann anhand dieser Studie festgestellt werden, dass das Wissen und das Verständnis der Pflegenden über die Gesundheitsförderung nur eingeschränkt vorhanden sind (Vgl. ebd., S. 1046). Eine mangelnde Ausbildung, aber auch organisatorische Faktoren stellen Barrieren in der Ausübung gesundheitsfördernder Elemente in der Pflege dar. (Vgl. ebd.).

Auch Haslinger-Baumann & Mayer (2009) greifen diese Problematik für Österreich auf. Die Berufsbezeichnung als „Gesundheits- und Krankenpflegeperson“ verdeutlicht die Fokussierung der Tätigkeitsbereiche nicht nur allein auf die Krankheit, sondern im gleichen Maße auch auf die Gesundheit (Vgl. HASLINGER-BAUMANN & MAYER 2009, S. 241). Somit beziehen sich Leistungen der Pflegenden nicht nur auf die Genesung und Wiederherstellung der Gesundheit sondern auch auf die Verbesserung der Lebensqualität. Dies kann im Sinne der Gesundheitsförderung umgesetzt werden, indem die Methoden Empowerment, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung zum Einsatz kommen (Vgl. ebd., S. 241-242). Haslinger-Baumann und Mayer (2009) führen jedoch an, dass eine offene Haltung gegenüber der Gesundheitsförderung in Österreich noch nicht in die Praxis der Pflegenden eingedrungen ist (Vgl. ebd., S. 241). Traditionen, Arbeitsbedingungen, hierarchisch geprägte Organisationen und ein weitgehend kuratives Tätigkeitsfeld setzen den Fokus bislang speziell auf Kranke, weshalb ein Bewusstsein des gesundheitsfördernden Potenzials dieser Berufsgruppe (im Gegensatz zu anderen Ländern) noch aussteht (Vgl. ebd., S. 241-242).

Um eine Lösung für dieses Problemfeld zu finden, stellen Haslinger-Baumann und Mayer (2009) vier Tätigkeitsfelder vor, mit denen die Gesundheitsförderung in der Pflege in Zukunft systematisiert und verstärkt werden kann (Vgl. ebd., S. 246). Der erste Tätigkeitsbereich bezieht sich auf die Kommunikation, wobei die Beratung im Zentrum steht. Vor allem für eine rehabilitative Pflege mit chronisch kranken Menschen ist eine Förderung der individuellen Handlungskompetenz erforderlich. Das Ziel besteht darin, durch eine beratende Funktion die Strategie des Empowerments zu erwerben, damit individuell eine bessere Lebensqualität erreicht werden kann. Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Sichtweise der Pflege selbst, indem nicht mehr der kranke Mensch und sein veränderter Gesundheitszustand, sondern „das Gesunde eines kranken Menschen“ in den Mittelpunkt gerückt

wird (Vgl. ebd., S. 246-247). Hierbei wird nach dem Prinzip der Salutogenese eine ressourcenorientierte Pflegeplanung angestrebt und anstatt des Pflegeprozesses gewinnt der „Gesundheitsprozess“ an Bedeutung (Vgl. ebd.). Als dritter wichtiger Schritt zur Förderung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Pflege wird die Prävention angeführt. Nicht nur eine Krankheitsprävention im medizinischen Sinne ist in der Pflege von Bedeutung sondern auch die Prävention von Pflegebedürftigkeit. Haslinger-Baumann und Mayer (2009) sprechen dabei den Forschungsbedarf evidenz-basierter Gesundheitsförderung an, der hierfür noch notwendig wäre (Vgl. ebd., S. 247). Vor allem für die Professionalität der Pflege wäre dies unabdingbar, um die Pflegepraxis durch ein wissenschaftlich begründetes Wissen transparent darstellen zu können (Vgl. STAUDINGER 2002, S. 135). Das vierte Tätigkeitsfeld, das für eine zukunftsorientierte Gesundheitsförderung in der Pflege als wichtig zu erachten ist, bezieht sich auf die Ausweitung der Pflege auf gesunde Menschen. In verschiedenen Settings wie Gemeinden, Schulen, Familien, können gesundheitsrelevante Verhaltensweisen hinsichtlich einer holistischen Pflege aufgezeigt werden. Ein Beispiel hierfür wäre das Modellprojekt der „Family Health Nurse“ in Deutschland (Vgl. HASLINGER-BAUMANN & MAYER 2009, S. 248).

Somit wurden hier vier zukunftsorientierte Perspektiven vorgestellt, wie Gesundheitsförderung in der Pflege umgesetzt werden könnte. Doch wie leben Pflegende selbst ihre Gesundheit? Haben gesundheitsfördernde Verhaltensweisen von Pflegepersonen einen Einfluss auf die Professionalität und Qualität der Pflege? Diese Fragen sollen im nachstehenden Kapitel erörtert werden.

5. Praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung von Pflegenden

Da im Sinne des Qualitätsmanagements die Patientenversorgung im Mittelpunkt steht, hat das Pflegepersonal eine gute Ausgangsposition, zur Gesundheitsförderung der Patienten beizutragen. Um die Vorbildrolle glaubhaft auszufüllen, ist neben einer ausreichenden Kenntnis von gesundheitsrelevanten Lebensweisen auch deren Integration in die eigene Lebensführung eine Voraussetzung (TRACOGNA et al 2003, S. 116).

Wurde im vorherigen Kapitel die Gesundheitsförderung als Handlungsfeld in der Pflege beleuchtet, soll in diesem Kapitel nun der Bogen zum gesundheitsfördernden Verhalten von Pflegepersonen gespannt werden. Welche Arbeitsbelastungen aber auch Ressourcen bringt dieser Beruf mit sich? Welche Strategien / Methoden können von Pflegepersonen angewendet werden, um ihre eigene Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern? Welche Bedeutung hat gesundheitsförderndes Verhalten von Pflegepersonen für die Professionalisierung der Pflege? Sind gesundheitsbewusste Verhaltensweisen für die Qualität der Pflege ausschlaggebend? Fragen, die in diesem Kapitel anhand aktueller Forschungsliteratur beantwortet werden sollen. So soll in mehreren Schritten auf die zentrale Forschungsfrage *Inwiefern ist gesundheitsförderndes Verhalten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für die Pflege von Bedeutung?* eine Antwort gefunden werden.

Zunächst werden die Belastungen innerhalb des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angeführt (siehe Kapitel 5.1), die das gesundheitsbewusste Verhalten erschweren. Danach wird die betriebliche Gesundheitsförderung hinsichtlich des Konzeptes des gesundheitsfördernden Krankenhauses erläutert (siehe Kapitel 5.2). Damit wird gezeigt, wie Gesundheit in die Arbeit integriert werden kann. Im Anschluss folgt eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Gesundheitsverhalten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und den möglichen Strategien gesundheitsschädigenden

Verhaltensweisen entgegenzuwirken (siehe Kapitel 5.3). Dabei werden die Faktoren Stress (siehe 5.3.1), Ernährung und Bewegung (siehe 5.3.2) sowie der Konsum von Genussmitteln (siehe 5.3.4) genauer beleuchtet. Im letzten Kapitel soll schließlich die Bedeutung der praktischen Umsetzung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen bei Pflegepersonen und deren Relevanz für die Pflege hervorgehoben werden (siehe Kapitel 5.4).

5.1 Arbeitsbelastungen in der Pflege

Die Pflege ist ein Berufsfeld, das von vielen Arbeitsbelastungen geprägt wird. Aufgrund der hohen Anforderungen sind Pflegepersonen häufig von berufsspezifischen Krankheitssymptomen betroffen (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 18). Hauptsächlich äußern sich diese physisch als Beschwerden wie Kreuz-, Rücken-, Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen sowie psychisch als Stresssymptome und Burnout (Vgl. TRACOGNA et al 2003, S. 117). Braun und Müller (2005) zeigen in ihrer Studie auf, dass der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege im Gegensatz zu anderen Berufen eine deutlich höhere Anforderungsschwelle und eine weitaus höhere Belastung mit sich bringt (Vgl. BRAUN & MÜLLER 2005, S. 135-139). Allen voran sind die psychischen Belastungen im Gesundheitssektor am höchsten (Vgl. BMGFJ 2008, S. 31). Diese werden v. a. durch die hohe Flexibilität, die hohe Anzahl an Arbeitsunterbrechungen sowie durch die alltägliche Konfrontation mit Tod und Leid ausgelöst (Vgl. ebd.). Ebenso ist in der Berufsgruppe des Gesundheitssektors das Risiko hoch, Opfer von Gewalt und Belästigungen zu werden. Physische Beschwerden treten v. a. durch die rotierenden Schichten, aber auch durch biologische, chemische sowie ergonomische Belastungen auf. Auch soziale Belastungen machen diesen Beruf problematisch; so geben die Befragten mangelnde Karrierechancen und Probleme im Privatleben aufgrund der unregelmäßigen Arbeitszeiten an (Vgl. ebd.).

Braun und Müller (2005) führten eine Befragung von Pflegepersonen durch, in welcher die Belastungsschwerpunkte ermittelt wurden (Vgl.

BRAUN & MÜLLER 2005, S. 133). Die Studie bestätigte die seit Jahrzehnten bestehenden Forderungen, die nicht nur die physische Komponente, sondern auch organisatorische und psycho-soziale Faktoren betreffen (Vgl. ebd.). Die StudienteilnehmerInnen berichteten, dass vor allem der Zeitdruck, das erhöhte Maß an administrativen Tätigkeiten sowie störende Unterbrechungen ihrer Arbeit als anstrengend empfunden werden. Die folgende Abbildung zeigt eine graphische Darstellung der belastenden Situationen von Pflegepersonen (siehe Abb. VI).

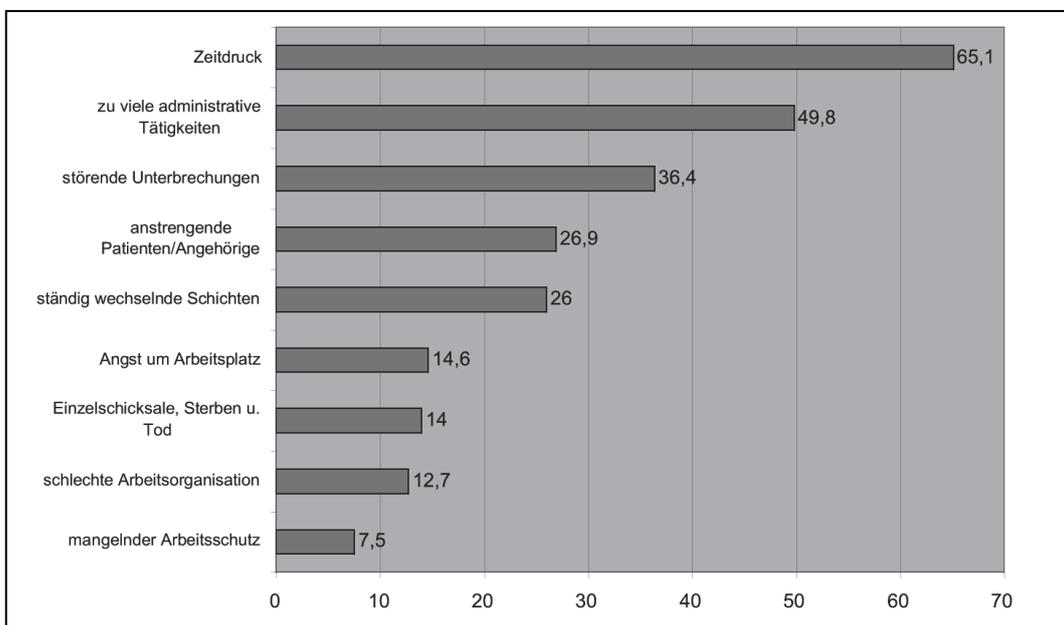


Abb. VI: Arbeitsbelastungen von examinierten Pflegekräften (in Prozent) 2003 (BRAUN & MÜLLER 2005, S. 133).

Tracogna et al (2003) führten ebenfalls eine Befragung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durch, wobei das subjektive Gesundheitsverhalten und der momentane Gesundheitszustand ermittelt wurden. Die genannten Arbeitsbelastungen sind hier die Arbeit als solche, das Betriebsklima und die hohe fachliche Anforderung (Vgl. TRACOGNA et al 2003, S. 117). Als weitere Belastungsfaktoren gelten viele Überstunden, wenig freie Wochenenden, eine hohe Patientenquote, Personalmangel, wenig Zeit für Pausen und eine hohe Verantwortung (Vgl. TRACOGNA et al 2002, S. 434). Zudem wurde festgestellt, dass mit dem Alter und der

Berufserfahrung die genannten Faktoren als weniger belastend empfunden werden (Vgl. ebd.).

Rabenschlag und Shaha (2007) führten eine qualitative Studie durch, in der anhand gruppenspezifischer Interviews die Belastungssituationen von Pflegenden ermittelt wurden. Aus den ausgewerteten Resultaten wurden Interventionsstrategien für die Praxis abgeleitet, wodurch ein Theorie-Praxis-Transfer erreicht werden sollte. Die Ergebnisse wurden in zwei große Bereiche eingeteilt. So wurden auf der einen Seite die belastenden Patientensituationen und auf der anderen Seite die Arbeitsorganisation, die Qualitätssicherung und das Pflegeverständnis als erschwerende Faktoren im Pflegealltag ermittelt. Die Kategorie der belastenden Pflegesituationen ergab sich aus vielen einzelnen sogenannten Codes wie z.B. die Angehörigen von PatientInnen, die Pflege von aggressiven, verwirrten PatientInnen oder eine Reanimation. Als Ressource für derartige Belastungssituationen wurden dabei das Team und die kollegiale Zusammenarbeit angeführt. Der Bereich der Arbeitsorganisation, Qualitätssicherung und des Pflegeverständnisses beinhaltete die Kritik über die Diskrepanz zwischen Pflegeleitbild und dessen tatsächlicher Umsetzung sowie die unterschiedlichen Pflegevorstellungen (Vgl. RABENSCHLAG & SHAHA 2007, S. 38). Interventionsstrategien orientierten sich an der Pflegequalität und der ganzheitlichen Pflege, wobei praxisnahe Lösungen diskutiert wurden (Vgl. ebd., S. 39). Diese sollten leicht in die Praxis integrierbar sein und die ermittelten belastenden Situationen reduzieren. Somit wurden für die befragte Station relevante Strategien gefunden, die auch langfristig umgesetzt werden konnten.

Die sogenannte NEXT-Studie (Nurses' Early Exit) – eine Längsschnittstudie von 2002-2005 – untersuchte Gründe, warum Pflegepersonen vorzeitig aus dem Beruf aussteigen (Vgl. SIMON et al 2005). Die Erhebung der Arbeitssituation und -anforderungen erfolgte anhand standardisierter Fragebögen von 78.000 befragten

Pflegepersonen aus zehn europäischen Ländern⁵. Die Ergebnisse zeigen, dass erhebliche Belastungen vorhanden sind und auch die Pflegenden selbst diese als besonders erschwerend empfinden. So kennzeichnet sich der Bereich der physikalischen Exposition besonders durch die erhöhte Infektionsgefahr, Lärm und gefährliche Stoffe. Die psychisch und körperlich schwierigen Arbeitsanforderungen äußern sich v.a. durch den Zeitdruck sowie durch das Heben und Tragen. Die quantitative Arbeitsanforderung, welche die erhöhte Arbeitsmenge und den Stress widerspiegelt, wird von den Pflegepersonen als bedrückend empfunden (Vgl. ebd., S. 15). Weiters konnte in der NEXT-Studie festgestellt werden, dass emotionale Belastungen, wie Tod, Leid sowie unfreundliche und aggressive PatientInnen, zu einem deutlich erhöhten Risiko von Burnout führen (Vgl. ebd., S. 20). Letztendlich kann aus der NEXT-Studie abgeleitet werden, dass eine Vielzahl von belastenden Faktoren in der Pflege vorherrschen, welche die Absicht den Beruf zu wechseln begünstigen.

Trotz der Vielfältigkeit an belastenden Faktoren konnten Braun und Müller (2005) in ihrer Befragung nur einen geringen Grad an Unzufriedenheit feststellen (Vgl. BRAUN & MÜLLER 2005, S. 139). Dies lässt sich daraus schließen, dass in der Pflege auch Ressourcen vorhanden sind, welche Pflegende in ihrer Arbeit wertschätzen und als gesundheitsfördernd erachten. So können Aspekte, wie eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit, ein hoher autonomer Handlungsspielraum oder das Team als soziale Unterstützung, die belastenden Faktoren minimieren bzw. ausgleichen. Die nachstehende Abbildung zeigt die Bedingungen für Pflegepersonen, die als Gesundheitsressourcen angeführt werden können (siehe Abb. VII).

⁵ Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Polen, Schweden, Slowakei

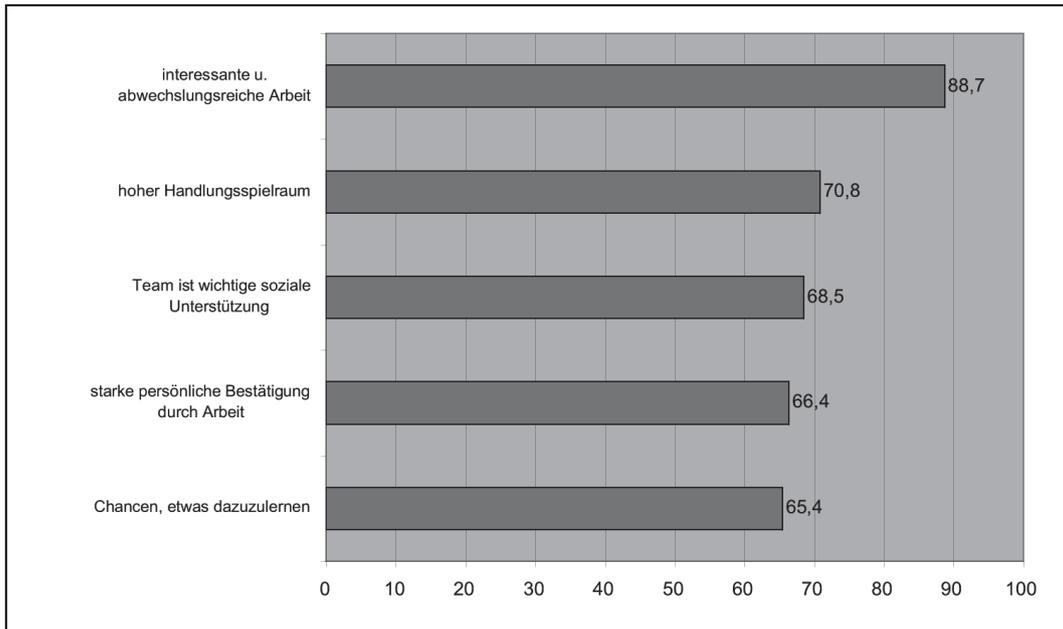


Abb. VII: *Positive Arbeitsbedingungen als Gesundheitsressourcen bei Pflegekräften (in Prozent) 2003* (BRAUN & MÜLLER 2005, S. 136).

Um die eigene Gesundheit zu wahren, ist es wichtig aus diesen Gesundheitsressourcen schöpfen zu können. Ebenso kann eine regelmäßige Supervision im Rahmen der Arbeitszeit zu einer Auseinandersetzung mit störenden Faktoren und daraus resultierend zu einer Beseitigung von Belastungspotenzialen führen (Vgl. HÖPPNER 2004, S. 156). Herrschen in der Arbeit die Belastungssituationen vor, führt dies nicht nur zu einer gewissen Unzufriedenheit sondern auch zu einer Unausgeglichenheit. Die Folgen betreffen nicht nur die Pflegepersonen selbst, indem gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, Stress und Burnout hervorgerufen werden können, sondern auch die Pflege. So leiden unter den Arbeitsbelastungen auch die Pflegequalität und die Beziehung zu den PatientInnen, da eine Professionalität der Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann (Vgl. BRAUN & MÜLLER 2005, S. 131). Dies lässt sich daraus schließen, dass ein gesundes Umfeld für die Pflege von PatientInnen von Bedeutung ist. „Additionally, a strong link has been established between a healthy nursing workforce and improving patient health“ (CARLSON & WARNE 2007, S. 507). Demzufolge müssen für die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Verhaltens der Pflegenden nicht nur die individuellen Verhaltensweisen beachtet werden sondern auch die

Umgebungsfaktoren. Darum wird im nächsten Kapitel die betriebliche Gesundheitsförderung anhand des Settingansatzes vom gesundheitsfördernden Krankenhaus näher betrachtet.

5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung anhand des gesundheitsfördernden Krankenhauses

Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen (WHO 1986 zit. n. ULICH 2009, S. 481).

Dieser Auszug der Ottawa Charta zeigt, dass Gesundheitsförderung alle Bereiche des Lebens und somit auch den der Arbeit inkludiert. Dementsprechend stellt die Gesundheitsförderung nicht nur ein Handlungsfeld von Pflegepersonen dar sondern im selben Maß einen umgebenden Einflussfaktor am Arbeitsplatz. Darum ist auch die betriebliche Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung. Dieses Konzept soll sowohl die Arbeitsbedingungen systematisch verbessern als auch die Gesundheitskompetenzen der MitarbeiterInnen bestärken (FALLER & REINBOTH 2011, S. 240). In diesem Sinne orientiert sich die betriebliche Gesundheitsförderung an der Salutogenese, an der Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen, an einer Förderung der Lebenswelt, am Empowerment und auch an der sozialen Umgebung hinsichtlich einer Gerechtigkeit und Chancengleichheit (Vgl. HÖPPNER 2004, S. 140).

Höppner (2004) führte eine Studie an Pflegepersonen durch, wobei bestimmte Kategorien für eine betriebliche Gesundheitsförderung eruiert wurden. Die Aufgabe der Pflegepersonen bestand darin, die relevantesten Kategorien für eine Förderung der Gesundheit hervorzuheben (Vgl. ebd., S. 141). Diese sind: konstruktive Konfliktbewältigung, (optimale) Teamfunktionen, (positive) Teamatmosphäre, qualifizierte Leitung und unterstützende Bedingungen (am Arbeitsplatz) (Vgl. ebd., S. 144).

Gruppendiskussionen mit Pflegenden ergaben überdies, dass eine konstruktive Konfliktbewältigung v. a. durch eine personale Kommunikations- und Konfliktbewältigungskompetenz ermöglicht werden kann. Mögliche zu berücksichtigende Strategien sind hierbei Empathie, Selbstreflexion, Lösungsorientierung und die Kompetenz, Konflikte direkt und offen anzusprechen (Vgl. ebd., S. 145). Das Team wurde als sogenannte Kraftquelle angeführt, die durch eine gemeinsame Leistungsfähigkeit und durch den emotionalen Halt besticht (Vgl. ebd., S. 146). Eine weitere wichtige Gesundheitsressource stellt für die befragten Pflegenden die Teamleitung dar, die durch soziale Kompetenzen, Ehrlichkeit und Integrität als Vorbild für MitarbeiterInnen fungieren soll (Vgl. ebd., S. 149). Die unterstützenden Bedingungen umfassen organisatorische Ressourcen wie adäquat ausgestattete und optisch ansprechende Arbeitsräume, Aufenthaltsräume aber auch Angebote für Kinderbetreuung oder flexible Arbeitszeitgestaltung (Vgl. ebd., S. 154).

Bei der Gesundheitsförderung innerhalb eines Settings geht es darum, „die Organisationsstrukturen und Praxisroutinen des Settings zu verändern, damit sie auf Dauer eine gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsumwelt sicherstellen“ (NAIDOO & WILLS 2010, S. 372). Das Setting *Krankenhaus* stellt eine komplexe Organisation dar, da es eine große Anzahl von unterschiedlichen Bereichen umfasst. So konzentriert sich das gesundheitsfördernde Krankenhaus nicht nur auf die Gesundheitsrisiken der PatientInnen, sondern auch auf die der Belegschaft. Physische Schädigungen wie die Ansteckungsgefahr oder einseitige Belastungen, psychische Anforderungen wie Stress oder Burnout sowie soziale Determinanten wie die Schicht- und Nachtarbeit, sind allesamt belastende Faktoren denen die Beschäftigten eines Krankenhauses ausgesetzt sind (Vgl. PELIKAN 2011, S. 251). Neben der Gesundheit der Belegschaft und der PatientInnen schließt die Gesundheitsförderung des Krankenhauses auch die Gesundheit der Angehörigen von PatientInnen, die der Bevölkerung im Einzugsgebiet sowie die aller Beteiligten, welche mit den Produkten und

Dienstleistungen des Krankenhauses konfrontiert sind (z.B. Abfallwirtschaft) mit ein (Vgl. ebd.). Alle relevanten gesundheitsfördernden Strategien sollen dahingehend vereint werden, dass alle betroffenen Gruppen – Beschäftigte (aller Professionen), PatientInnen und Angehörige – in die Umsetzung der Gesundheitsförderung mit einbezogen werden (Vgl. ALTGELD & KOLIP 2010, S. 50).

In Österreich existiert das Modell des gesundheitsfördernden Krankenhauses auf der Grundlage der Ottawa Charta (1986) bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten. 1989 wurde es mit dem Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ an der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung ins Leben gerufen (Vgl. BMGFJ 2008, S. 14). Heute existiert ein globales Netzwerk der gesundheitsfördernden Krankenhäuser (Health Promotion Hospitals – HPH), an dem 37 nationale und regionale Netzwerke auf drei Kontinenten (Europa, Nordamerika und Asien) und Mitgliedseinrichtungen aus Ländern ohne Netzwerke (Australien) beteiligt sind. Insgesamt sind hier beinahe 700 Krankenhäusern vernetzt (Vgl. ebd.).

Pelikan (2011) definiert ein gesundheitsförderndes Krankenhaus folgendermaßen:

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser versuchen ihren Gesundheitsgewinn dadurch zu optimieren, dass sie in allen ihren Entscheidungen deren Auswirkungen (auch) auf die Gesundheit aller betroffenen Akteure mit berücksichtigen (PELIKAN 2011, S. 250-251).

Dieser Gesundheitsgewinn soll durch eine Verbesserung der Kommunikationsroutinen (nach innen und außen), durch die Qualifizierung des Personals sowie durch eine Veränderung von bestimmten routinierten Leistungen und Angeboten (Dienstplanorganisation, Verpflegung,...) erzielt werden (Vgl. ALTGELD & KOLIP 2010, S. 52). Dabei werden die gesundheitsfördernden Handlungen in bestimmte Strategien für die jeweiligen Gruppen – PatientInnen, MitarbeiterInnen und regionale Bevölkerung – eingeteilt

(Vgl. BMGFJ 2008, S. 22). Diese orientieren sich an der gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebenswelt bzw. des Settings, der Einführung neuer gesundheitsbezogener Leistungsangebote, der Verbesserung der Gesundheit durch eine Lebensstilentwicklung und an der Weiterentwicklung des HPHs selbst (Vgl. ebd.). So können, abgestimmt auf die jeweilige Zielgruppe, sechs Strategien formuliert werden, die in der nachstehenden Tabelle aufgelistet sind (siehe Tab. V).

Strategie	Mitarbeiter
1. Empowerment für gesundheitsfördernde Selbstreproduktion	Förderung der Gesundheit während der Arbeit (z.B. Erholungsphasen)
2. Empowerment für gesundheitsfördernde Koproduktion	Gestaltung von Veränderungen der Arbeitsprozesse, die sich auf die Gesundheit auswirken (z.B. Gesundheitszirkel als Umsetzungsmaßnahme)
3. Gesundheitsfördernde und empowernde Gestaltung der Gesundheitseinrichtung als Lebenswelt	Verbesserung der gesundheitsbezogenen materiellen und sozio-kulturellen Umwelt (z.B. der ergonomischen Bedingungen und des Arbeitsklimas)
4. Empowerment für Krankheitsmanagement	Kompensation nicht vermeidbarer Belastungen und dadurch entstandener körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen (z.B. Unterstützung bei Suchtproblemen)
5. Empowerment für Lebensstilentwicklung	Steigerung des Gesundheitsgewinns durch Unterstützung gesundheitsfördernder Lebensstile (Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress sowie Sucht- und Genussstoffen)
6. Beiträge zur gesundheitsfördernden und empowernden Regionalentwicklung	Gesundheitsfördernde Gestaltung der Region für MitarbeiterInnen (z.B. Betriebskindergarten, Abkommen mit regionalen Fitnesscentern)

Tab. IV: *Strategien gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen in Hinsicht der MitarbeiterInnen* (Vgl. BMGFJ 2008, S. 23-33).

Die Umsetzung dieser Strategien soll zu bestimmten Zielsetzungen eines gesundheitsfördernden Krankenhauses führen, die in fünf konkreten Punkten angeführt werden können. Somit soll ein HPH folgendes erreichen:

1. die Förderung von Menschenwürde, Gleichheit und Solidarität, durch die Akzeptanz von verschiedenen Bevölkerungsgruppen,
2. die Erreichung einer „lernenden Organisation“ hinsichtlich der Qualitätsverbesserung, des Wohlbefindens der PatientInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen sowie des Schutzes der Umwelt,
3. die Orientierung an einem holistischen Konzept,
4. die Gewährleistung einer effizienten Nutzung von Ressourcen hinsichtlich zur Verbesserung der Gesundheit und
5. die Vernetzung mit anderen Gesundheitseinrichtungen (Vgl. ALTGELD & KOLIP 2010, S. 51).

McBride (2004) führte eine Querschnittstudie durch, welche die Meinungen von PatientInnen über ein gesundheitsförderndes Krankenhaus erfasste (Vgl. McBRIDE 2004). Die Studie zeigt, dass die PatientInnen dem Ansatz eines gesundheitsfördernden Krankenhauses zur Förderung ihrer eigenen Gesundheit grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen (Vgl. ebd., S. 77). Sie legen jedoch nahe, dass der Wissenstand der Pflegenden über gesundheitsbewusste Verhaltensweisen verbessert werden müsste, um die Effektivität gesundheitsrelevanter Maßnahmen genauer den PatientInnen auch vermitteln zu können (Vgl. ebd.).

Nurses should view the HPH movement as another opportunity truly to embrace evolving broad-based health promotion concepts, as a means to forge and own their own health agenda, and also as a means to move beyond the traditional reliance of a limited health education role (WHITEHEAD 2005, S. 20).

Whitehead (2005) führt in seinem Artikel eine kritische Auseinandersetzung des HPHs mit der Rolle der Pflegepersonen in

einem gesundheitsfördernden Krankenhaus an. Demnach ist ein gesundheitsförderndes Krankenhaus für die Pflegepersonen sowohl im Bezug auf ihre eigene Gesundheit als auch zur Vermittlung von gesundheitsbezogenen Erkenntnissen im Sinne eines holistischen Ansatzes, als wichtig anzusehen. Jedoch bleibt anzumerken, dass bislang nur wenige Krankenhäuser als HPHs geführt werden, obwohl der Grundgedanke eines gesundheitsfördernden Krankenhauses bereits seit 20 Jahren besteht (Vgl. ebd., S. 25).

Ein holistischer Pflegeansatz unter Berücksichtigung der gesundheitsförderlichen Pflege ist ein komplexer Prozess, der viele Faktoren und viele Akteure miteinschließt. So spielt nicht nur das gesundheitsfördernde Krankenhaus an sich eine wesentliche Rolle sondern auch das Verhalten der Pflegepersonen selbst. Inwiefern Pflegende selbst gesundheitsfördernde Verhaltensweisen ausüben und in welcher Weise diese angewendet werden können wird im nachstehenden Kapitel beleuchtet.

5.3 Das Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen und die Anwendung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen in der Pflege

„As nurses focus on the health of their patients, families, and communities, are they practicing health-promoting behaviors for themselves? Is there a healthy nurse in the house?“ (McELLIGOTT et al 2009, S. 211). Gesundheitsförderung wird in der Pflege von PatientInnen aufgrund der Multimorbidität, der erhöhten Anzahl von chronischen Erkrankungen und des steigenden Lebensalters immer wichtiger. Pflegende sind ein Teil des gesundheitsfördernden Krankenhauses, sie fungieren als Vorbild, wobei die Erwartungen an sie groß sind. Dass die Rolle der Pflegepersonen in der Gesundheitsförderung von Bedeutung ist, wurde bereits aufgezeigt (siehe Kapitel 4.5), doch wie sieht nun das Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen selbst aus? „Nurses often use holistic approaches to counseling patients about health promotion, but studies reveal poor

health-promoting behaviors in nurses themselves“ (McELLIGOT et al 2010, S. 176). Der gesundheitsvermittelnde Aspekt gewinnt innerhalb der Pflege immer mehr an Bedeutung, wobei die Aufgabe der Pflegepersonen darin besteht, PatientInnen hinsichtlich gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu beraten. Studien zeigen jedoch, dass Pflegende selbst nur wenige gesundheitsfördernde Strategien in ihrem eigenen Lebensstil anwenden (Vgl. McELLIGOTT 2009; McELLIGOTT 2010; TRACOGNA 2002; TRAGOGNA 2003). Dabei stellte bereits Florence Nightingale fest, dass eine gewisse Selbstpflege und eine gesundheitsrelevante Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst einen hohen Beitrag zu einer holistischen Pflege leisten können (Vgl. McELLIGOT et al 2009, S. 211). Ebenso heben die *Standards of Practice of the American Holistic Nurses Association* (AHNA) (2007) die Relevanz der Selbstpflege, der Selbstverantwortung und der Selbstreflexion in einer holistischen Pflege hervor (Vgl. ebd.).

McElligott, Siemers, Thomas und Kohn (2009) führten eine Studie durch, in der sie die gesundheitsbezogene Lebensweise von Pflegenden anhand des *Health-Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) ermittelten. HPLP II ist eine Skala, die sich aus den Kategorien Ernährung, Stress, Spiritualität, Gesundheitsverantwortung, zwischenmenschliche Beziehungen und physische Aktivitäten zusammensetzt (Vgl. McELLIGOTT et al 2009, S. 212). Das Ziel besteht darin, aus diesen Kategorien die gesundheitsrelevanten Faktoren für Pflegepersonen festzustellen. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten abgefragten Bereiche im Zusammenhang mit einem gesundheitsfördernden Lebensstil der Pflegenden für diese selbst eine eher geringe Rolle spielen (Vgl. ebd., S. 213-214). So sind v. a. die Kategorien Stressmanagement, physische Aktivität und die Gesundheitsverantwortung Aspekte, die im Alltag am wenigsten berücksichtigt werden (Vgl. ebd., S. 213). Die Studie zeigt die Lücken der gesundheitsbezogenen Kompetenzen und auch die fehlenden gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen von Pflegenden auf. Daraus kann geschlossen werden, dass ein Handlungsbedarf dahingehend

besteht, aufzuzeigen, welche Herausforderungen die Umsetzung der Gesundheitsförderung beinhalten. Aus den so gewonnenen Erkenntnissen können dann Interventionen abgeleitet werden, die es den Pflegepersonen ermöglichen, ihre eigenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu überdenken und anzuwenden (Vgl. ebd.). Anhand der Ergebnisse der Studie erfolgt die Umsetzung in der Praxis, wobei v. a. leicht implementierbare Aspekte wie eine (stressreduzierende) Massage für das Personal, ein Ruheraum oder ein bestimmtes Gesundheitsprogramm für MitarbeiterInnen zum Einsatz kommen. „Health promotion, which is a vital component of nursing, needs to be ingrained in the lifestyle of each nurse and supported in the research arena“ (Ebd., S. 214).

McElligott, Leask Capitulo, Morris und Click (2010) untersuchten in einer weiteren Querschnittstudie die Auswirkungen gesundheitsfördernder Programme – the Collaborative Care Model (CCM) Programme und a self-care plan – auf das Gesundheitsverhalten von Pflegenden. Verglichen wurden die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe, die keine Interventionen hatten. Vor und nach der Intervention wurde das HPLP II durchgeführt. Der Vergleich der Ergebnisse der Pre- und Posttests ergab, dass sich das gesundheitsfördernde Verhalten v. a. in den Bereichen Ernährung, Spiritualität und zwischenmenschliche Beziehungen in der Interventionsgruppe verbessert hatte (Vgl. McELLIGOTT et al 2010, S. 182). Somit hebt die Studie die Relevanz von gesundheitsfördernden Programmen in der Pflege hervor.

Insgesamt zeigen beide Studien sehr deutlich die fehlende Umsetzung gesundheitsfördernder Aspekte bei den Pflegenden selbst, obwohl diese nicht nur für den eigenen Lebensstil sondern auch für eine ganzheitliche Pflege von maßgeblicher Bedeutung sind. „Holistic caring and nurturing of self support a healthy balance and increase productivity and a fuller participation in the life experience“ (ELIOPOULOUS 2004 zit. n. McELLIGOTT et al 2009, S. 214).

Eine holistische Pflege unter der Berücksichtigung der Selbstpflege in der Praxis auch umzusetzen, ist in der alltäglichen Jobroutine aufgrund der Vielzahl von Belastungen nicht immer einfach. Gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensmuster äußern sich v. a. durch Stress, in Fehlernährung und mangelnder Bewegung sowie im Konsum von Genussmitteln. Inwiefern sich diese drei Aspekte im Leben von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen äußern und wie die Pflegenden gesundheitsfördernde Strategien gezielt in der Praxis anwenden können, wird in den folgenden Unterkapiteln genauer betrachtet.

5.3.1 Stress und Burnout

Stress ist heutzutage ein allgegenwärtiger Begriff, der vor allem umgangssprachlich sehr häufig verwendet wird. Viele Menschen fühlen sich in ihrem Alltag unter Druck gesetzt oder gehetzt (Vgl. FRANKE 2010, S. 100). Der Begriff Stress stammt aus dem Lateinischen (lat.: *stringere* – zusammenziehen, eng ziehen) und kann aus wissenschaftlicher Sicht mittels drei Unterteilungen definiert werden. Der erste Teil geht zurück auf Hans Selye (1976), der Stress als Reaktion oder als Antwort des Organismus auf eine Situation oder ein Ereignis erklärt (Vgl. ebd., S. 100-101). Er geht von dem sogenannten Adaptionssyndrom (AAS) aus. Stress führt demnach zu einer Alarmreaktion, dann zu einem Widerstand bzw. einer Resistenz und schließlich zu einer Erschöpfung. Eine Stresssituation beeinflusst dabei die körperlichen Funktionen Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel und Muskulatur (Vgl. ebd., S. 104). Weiters kann Stress als Auslöser für eine emotionale Reaktion beschrieben werden, wobei in diesem Zusammenhang vom sogenannten Stressor gesprochen wird (Vgl. ebd., S. 105). Ausgehend von dieser Definition können zwei Forschungsansätze unterschieden werden. Die sogenannte Life-event-Forschung geht davon aus, dass eine bestimmte Veränderung im Leben (Umzug, Geburt eines Kindes, Heirat,...), sei sie positiv oder negativ, eine emotionale Erregung, also Stress, hervorruft (Vgl. ebd.,

S. 106). Der persönlichkeits- und verhaltenstheoretische Ansatz bezieht sich hingegen auf die Beeinflussung von bestimmten Verhaltensweisen im Umgang mit Stress, wodurch eine Krankheit entstehen kann (Typ-A-Verhaltensmuster) (Vgl. ebd., S. 109-110). Die dritte Definition von Stress geht auf Richard S. Lazarus (1998) zurück, der Stress als Interaktion ansieht, die durch die Beziehung zwischen Individuum und Umwelt gekennzeichnet ist (Vgl. ebd., S. 111-112). Den Hintergrund zu diesem Gedanken liefert seine Arbeit zu der Coping-Theorie (1967), die sich mit der Bewältigung von Stress befasst (Vgl. ebd., S. 111).

Positiver Stress wird als Eustress bezeichnet. Dieser wirkt motivierend und anregend und dient dazu Herausforderungen zu bewältigen. In Opposition dazu steht der Distress, der mit Angst, Furcht und Verunsicherung verbunden ist, wodurch ein Fluchtverhalten ausgelöst werden kann (Vgl. ebd., S. 103). Ist negativer Stress langfristig vorhanden, kann die Phase der Entspannung nicht erreicht werden, wodurch dem Körper die Möglichkeit entzogen wird, sich zu regenerieren. Die Folgen manifestieren sich als Erschöpfung, der Organismus bricht zusammen, das Immunsystem wird geschwächt und ernsthafte Erkrankungen wie Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Immunerkrankungen, Adipositas, Depression, etc. können dadurch verursacht werden (Vgl. FRANKE 2010, S. 119; McNEELY 2005, S. 292). Weiters ist anzumerken, dass stressreiche Situationen das Risiko erhöhen, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, etc. erhöhen. Viele Menschen sehen derartige Risikoverhaltensmuster als Ausgleich in angespannten Situationen. So gilt das Rauchen einer Zigarette als kurze Entspannung in einer Stresssituation (Vgl. FRANKE 2010, S. 120).

In der Pflegeliteratur ist Stress ein vielfach diskutiertes Thema (Vgl. GAROSSA et al 2008; McNEELY 2005; RABENSCHLAG & SHAHA 2007; TRACOGNA 2002), da dieser aufgrund des hohen Belastungsgrades

einen alltäglichen Begleiter in der Pflegepraxis darstellt. „Nursing stress is considered a problem that affects the practice worldwide“ (Vgl. GARROSA et al 2008, S. 419). Sind Stressoren im Arbeitsumfeld dauerhaft vorhanden, beeinflussen diese nicht nur die Qualität der Pflege, sondern im selben Maße auch den Gesundheitszustand von Pflegenden (Vgl. ebd.). So können nicht nur physische Beeinträchtigungen sondern auch psychische Beschwerden erhöht werden, was letztlich auch zum Burnout führen kann.

Burnout ist in der heutigen Zeit ein vielfach diskutierter Begriff, der wissenschaftlich betrachtet „als ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Erfüllung und Leistungsfähigkeit im intensiven beruflichen Kontakt mit Menschen“ (MASLACH 1976 zit. n. GLASER 2012, S. 580) definiert wird. Burnout stellt demzufolge kein Krankheitsbild dar, sondern gilt vielmehr als ein arbeitspsychologisches Syndrom, das von mehreren Faktoren gleichzeitig beeinflusst wird und im schlimmsten Fall in einer Depression enden kann (Vgl. ebd., S. 582). Die emotionale Erschöpfung ist mit einem innerlichen Gefühl des „ausgelaugt Seins“ verbunden. Der Aspekt der Depersonalisation meint ein negatives, zynisches Verhalten gegenüber der eigenen Leistungsfähigkeit. Die reduzierte persönliche Erfüllung und Leistungsfähigkeit äußern sich in einer negativen Grundstimmung hinsichtlich der eigenen Kompetenzen und des beruflichen Tätigkeitsfeldes (Vgl. ebd.).

Brannon (2001) assoziiert Stressoren im Pflegealltag mit einem verstärkten Arbeitsaufwand, der Anforderung, viele Tätigkeiten gleichzeitig verrichten zu müssen, der geforderten Flexibilität sowie mit der Unterordnung unter die Medizin (Vgl. BRANNON 2001 zit. n. McNEELY 2005, S. 295). Weitere organisatorische Faktoren, die den Stress erhöhen, sind Überlastungen, die Aufgabe verschiedene Rollen erfüllen zu müssen sowie Unklarheiten im Tätigkeitsfeld (Vgl. GARROSA et al 2008, S. 419). Doch nicht nur organisatorische Aspekte können Stress und Burnout hervorrufen, sondern auch individuelle

Faktoren wie Geschlecht, Alter und Persönlichkeitsmerkmale (Vgl. GLASER 2012, S. 581). Es kann festgestellt werden, dass jüngere Beschäftigte häufiger von Burnout betroffen sind als ältere, was v. a. mit anfänglichen Schwierigkeiten beim Berufseinstieg, unrealistischen Berufserwartungen und unzureichenden Erfahrungen mit Bewältigungsstrategien in Verbindung gebracht werden kann (Vgl. ebd.).

Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang und González (2008) führten eine Querschnittstudie durch, in der die Beziehung zwischen organisatorischen Stressoren, individuellen sowie soziodemographischen Faktoren in Bezug auf Burnout untersucht wurde. Es nahmen 473 Pflegende an der Studie teil, welche anhand einer Nursing Burnout Scale (NBS) zu den genannten Themen befragt wurden (Vgl. ebd., S. 421). Die Ergebnisse zeigen eine hohe Korrelation zwischen den beruflichen Stressoren und Burnout. Weiters wird deutlich, dass Pflegepersonen mit einer starken Persönlichkeit, die durch Kontrolle über ihr Tätigkeitsfeld und eine gewisse Offenheit für Veränderung bestechen, ein vermindertes Risiko haben, an Burnout zu erkranken (Vgl. ebd., S. 425). Hieraus wird ersichtlich, dass nicht nur die Stressoren im Beruf sondern auch die individuellen Persönlichkeitsmerkmale im Bezug auf Burnout eine wesentliche Rolle spielen. Im Gegensatz dazu belegt die Studie nach Faller und Reinboth (2011), dass Burnout v. a. durch organisatorische Problematiken und weniger durch persönliche Merkmale entsteht (Vgl. FALLER & REINBOTH 2011, S. 247). Sie können zeigen, dass v. a. Konflikte, die durch das Verhältnis von Arbeit und Privatleben entstehen, Burnout verursachen (Vgl. ebd.).

Jenull, Brunner, Ofner und Mayr (2008) führten ebenfalls eine Querschnittstudie durch, die sich mit den Arbeitsbelastungen, Burnout, Coping und der Gesundheit von Pflegenden in der stationären Altenpflege in Österreich (Wien und Kärnten) auseinandersetzt. Die Studie verdeutlicht eine hohe Arbeitsbelastung, die v. a. durch

Faktoren wie Zeitdruck, Personalmangel und ein geringes Mitgestaltungsrecht verursacht werden (Vgl. JENULL et al 2008, S. 21). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Konsequenzen dieser Belastungsfaktoren in emotionaler Erschöpfung, in einer intrinsischen Motivation sowie einer Aversion gegen KlientInnen äußern (Vgl. ebd., S. 21-22). Als erschreckend erwies sich sowohl der hohe Anteil (17%) an aversiven Haltungen gegenüber den PatientInnen als auch die hohe Anzahl (30%) der Pflegekräfte, welche die darauf abzielende Frage gar nicht erst beantwortet haben. Daraus lässt sich schließen, dass „das Wahrnehmen und vor allem Eingestehen von Aversionen (...) notwendige Voraussetzungen [sind], um die eigene Überforderung und Konfliktpotenziale positiv auflösen zu können“ (JENULL et al 2008, S. 22). Hieraus wird eine emotionale Belastung sichtbar, die sich in Aggressionen, Gewalt äußern und sich schließlich zu Burnout weiterentwickeln kann.

Um das Burnoutrisiko im Umgang mit PatientInnen zu senken, untersuchte Lampert (2011) das Konzept des „detached concern“ von Lief und Fox (1963) in einer empirischen Studie mit AltenpflegerInnen (Vgl. GLASER 2012, S. 582). Dabei wurde festgestellt, dass ein Gleichgewicht zwischen professioneller Zuwendungsfähigkeit (concern) und professioneller Distanzierungsfähigkeit (detachment) für die Vorbeugung von Burnout entscheidend ist. Institutionelle Rahmenbedingungen sowie vorherrschender Zeitdruck erschweren jedoch die Umsetzung dieses Konzepts (Vgl. ebd.).

Als Copingstrategien, die für einen Ausgleich zu belastenden Situationen sorgen, nannten die ProbandInnen der Studie von Jenull et al (2008) Sport, familiäre Kontakte und Lesen. Langfristig gesehen zeigen die Studienergebnisse, dass Empowerment auf allen Ebenen – individuell, organisatorisch und politisch – notwendig ist, um Veränderungen hinsichtlich einer Reduzierung der Belastungen und des Stresspotenzials herbeiführen zu können (Vgl. JENULL et al 2008, S. 22).

Weiters sind als Stressbewältigungsstrategien v. a. Fort- und Weiterbildungen, zu nennen, die Pflegende im Umgang mit Stress schulen (Vgl. GLASER 2012, S. 582). Ebenso sind Stressbewältigungs- und Achtsamkeitstrainings für die Stressprävention einzusetzen (Vgl. ebd.), da sie Pflegende dazu befähigen Einstellungen und Handlungen zu überdenken, selbstreflektiert zu handeln und die Persönlichkeit zu stärken, um schließlich anstrengende Situationen adäquat meistern zu können. Brieskorn-Zinke (2011) plädiert für die Achtsamkeitspraxis (siehe Kapitel 2.1), da durch das Bewusstwerden des inneren Selbst auf die Stimmen des eigenen Körpers gehört wird. Werden die äußeren Umgebungsreize ausgeblendet und die Wahrnehmung auf den eigenen Leib reduziert, werden selbstverständliche Empfindungen und Vorgänge wie das Atmen ins Bewusstsein gerufen. Durch die Wahrnehmung der eigenen Atemvorgänge, kann ein Gespür für den eigenen Leib entwickelt werden.

Über das Atmen erleben wir unseren Lebensrhythmus, die Verbindung der inneren Welt mit der äußeren Welt und manchmal auch die beglückende Erfahrung, dass wir nichts tun müssen, sondern einfach vom Atmen getragen werden und uns im Atmen geborgen fühlen (BRIESKORN-ZINKE 2011, S. 254).

Externe Faktoren werden hierbei ausgeblendet, wodurch das Stresserleben ausgeschaltet werden kann. Weitere stressreduzierende Methoden sind z.B. Yoga, Tai Chi, Meditation, autogenes Training, die Gerda-Alexander Methode, etc., welche einen Ausgleich zu den belastenden Faktoren im Arbeitsalltag herstellen können. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl individuelle Maßnahmen als auch organisatorische Aspekte für die Stressprävention bedeutsam sind.

5.3.2 Ernährung und Bewegung

Adipositas, Diabestes mellitus Typ II, Hypertonie, koronare Herzkrankheiten, Osteoporose sowie die Depression sind typische Wohlstandserkrankungen unserer modernen Zivilisation, die v. a. aus

einer ungesunden Ernährung und mangelnder Bewegung resultieren (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2007, S. 28-29). Der Gesundheitsbericht (2009) hält fest, dass jede zweite befragte männliche Person in Österreich übergewichtig ist (43% der Männer, 29% der Frauen) (Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2009, S. 31), dabei ist jedoch der Anteil an Adipösen (bei beiden Geschlechtern) eher gering (12%) (Vgl. ebd., S. 39). V. a. die Männer sind von Übergewicht betroffen, aber auch die gesamte Altersgruppe von 45-85 Jahren (Vgl. ebd.). Weiters zeigt die Gesundheitsbefragung 2006/2007, dass 20% der befragten Personen an Hypertonie und 14% an einem erhöhten Cholesterinwert leiden, wodurch Folgeerkrankungen wie koronare Herzerkrankungen aber auch ein Schlaganfall oder Myokardinfarkt ausgelöst werden können (Vgl. ebd., S. 33).

„Menschen sind ‚instinktlose Omnivoren‘, d. h. sie können aus der Vielzahl des Essbaren wählen und haben keine angeborenen Steuerungsmechanismen, die sie zu einer ‚richtigen‘ Ernährung leiten“ (Vgl. METHFESSEL & SCHLEGEL-MATTHIES 2011, S. 135). Das Überangebot an Nahrungsmitteln verleitet uns zu einem Konsum, der einer ausgewogenen Ernährung oft widerspricht. Aber nicht nur eine falsche Nährstoffzufuhr sondern auch der gesamte Lebensstil sowie psychische, soziale und sozio-kulturelle Einflüsse prägen das heutige Essverhalten (Vgl. ebd.). Die österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und die Gesundheitsstatistik aus dem Jahr 2010 zeigen, dass die Ernährung sehr stark vom Geschlecht abhängig ist (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2007, S. 29-30; STATISTIK AUSTRIA 2011, S. 61). So ist der Fleischkonsum in der männlichen Bevölkerung höher, Frauen bevorzugen dagegen eine Mischkost mit viel Obst und Gemüse (Vgl. ebd.). Die Ernährungssituation in Österreich ist als eine typisch „westliche“ Esskultur zu bezeichnen, weil ein erhöhter Fleischverzehr (v. a. Schweinefleisch) und ein Mangel an Fischkonsum festzustellen ist (Vgl. KUNZE 2004, S. 70). Des Weiteren wird nur ein geringer Anteil an ungesättigten Fettsäuren, Ballaststoffen und Stärke sowie an Elektrolyten und Mineralstoffen konsumiert (Vgl. ebd.).

Die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Ernährung stellt hohe Anforderungen an den Einzelnen wie das Sammeln von Informationen bzw. die Weiterbildung des Wissens über eine ausgewogene Ernährung (Vgl. METHFESSEL & SCHLEGEL-MATTHIES 2011, S. 138). Dabei ist nicht nur das Wissen über die richtige Aufteilung der Nahrungsbestandteile (Kohlenhydrate: 50-55%, Fett: 30%, Eiweiß: 10-15%) sondern auch die Zubereitung des Essens und die Verteilung des Essens über den Tag hinweg von Bedeutung (Vgl. ebd.). Aber nicht nur das individuelle Verhalten spielt hierbei eine Rolle, sondern auch externe Faktoren wie das soziale Umfeld oder die Arbeit. So zeigen die Ergebnisse der nachstehenden Studien, dass nicht nur individuelle Verhaltensmuster den Ernährungszustand von Pflegenden prägen sondern im gleichen Maße auch die organisatorischen Bedingungsfaktoren.

Die Studie von Zapka, Lemon, Magner und Hale (2009) aus den USA beschreibt das Körpergewicht und die darauf bezogenen Meinungen sowie das Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen (Vgl. ZAPKA et al 2009, S. 854). Weiters werden die Beziehungen von demographischen Faktoren, Gesundheit, Gewicht und beruflichen Aspekten zum Gesundheitsverhalten untersucht. Die Studie richtet sich an die individuelle Gesundheit von Pflegepersonen selbst ebenso wie an den Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung und an die Funktion der Pflegenden als Vorbilder für das Gesundheitsverhalten von PatientInnen (Vgl. ebd., S. 857). Die Ergebnisse zeigen, dass nach dem Body Mass Index (BMI) 37% der ProbandInnen als übergewichtig und 28% als adipös gelten (Vgl. ebd., S. 856). Darüber hinaus stimmte die Einstellung zum eigenen Körpergewicht größtenteils mit dem BMI überein. Weiters wurde keine Korrelation zwischen einem hohen BMI und Stress ermittelt, es konnte hingegen festgestellt werden, dass ein stressreicher Arbeitstag auch mit einer gesunden Ernährung und einer erhöhten Aktivität verbunden werden kann (Vgl. ebd., S. 858). Jedoch wurde ein hoher Verzehr von Süßigkeiten während der Dienstzeit angegeben, da sich viele PatientInnen mit

Pralinen bei den Pflegenden bedanken (Vgl. ebd.). Viele Pflegepersonen würden sich in diesem Fall eine gesündere Alternative wünschen. Weitere wünschenswerte praktische Implikationen, die eine gesundheitsbezogene Esskultur fördern würden, wären z.B. ausreichende Pausen und genügend Zeit zum Essen, Angebote von gesundem Essen, gratis Obst, Zugang zu Fitnesscentern und Informationen über gesundes Essverhalten und Bewegung. All dies verdeutlicht die Wichtigkeit eines gesundheitsförderlichen Umfeldes für das individuelle Gesundheitsverhalten. „A variety of activities supported by leadership at the organizational and work unit levels will reinforce awareness of healthy habits, build social support and encourage individual behaviours“ (Ebd., S. 859).

Eine weitere Studie, die sich nicht nur auf die individuellen Einflussfaktoren des Gesundheitsverhaltens bezieht, sondern ebenso für die Implementierung organisationsbedingter Aspekte plädiert, wurde in Hong Kong von Wong H. W., Wong, M., Wong, S. und Lee (2010) durchgeführt. Diese Querschnittstudie untersuchte den Zusammenhang zwischen der Schichtarbeit und einem ungesunden Essverhalten von Pflegenden. Dabei wurde festgestellt, dass ein großer Anteil von Pflegenden zu ungünstigem Essverhalten neigt (Vgl. WONG et al 2010, S. 1025). Die Schichtarbeit wirkt sich nicht nur auf das soziale Leben und den eigenen Rhythmus negativ aus sondern auch auf die Ernährung (Vgl. ebd.). So geben die ProbandInnen einen hohen Konsum an ungesunden Lebensmitteln wie Süßigkeiten, Fast Food oder fettreichem Essen, während des Nachtdienstes an, weil damit die Wachsamkeit gesteigert und von Müdigkeit abgelenkt werden soll (Vgl. ebd.). Selbiges bestätigt auch die Studie von Tracogna et al (2003), die in ihrer Befragung von Pflegepersonen eine ungesunde Ernährung und zwar hohen Fastfood-Konsum ermittelten, welcher aus den unregelmäßigen Arbeitszeiten resultiert (Vgl. TRACOGNA et al 2003, S. 119). Organisationale Implikationen, die ein ungesundes Essverhalten reduzieren, wären z.B. die Bereitstellung von gesunden Imbissen sowie Workshops oder Beratungsstellen, die über eine

gesunde Ernährung informieren (Vgl. WONG et al 2010, S. 1026-1027).

Aber nicht nur die Ernährung ist ein großer Einflussfaktor auf chronische Erkrankungen sondern auch die Bewegung. Laut der WHO (2009) starben im Jahr 2004 3,2 Millionen Menschen weltweit aufgrund von unzureichender Bewegung (Vgl. STARK & FUCHS 2011, S. 101). Viele Studien belegen die positive Wirkung von körperlicher Aktivität sowohl auf die physische als auch auf die psychische Gesundheit (Vgl. ebd.). Laut der Gesundheitsstatistik 2010 ist ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung körperlich nicht aktiv (Dauer der leichten Aktivitäten beträgt weniger als 4 Stunden in der Woche) (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2011, S. 61). Dagegen betreiben etwa ein Drittel der Männer und rund ein Viertel der Frauen in Österreich in ihrer Freizeit regelmäßig Sport (die Ausübung von schweißtreibender körperlicher Aktivität findet an mind. drei Tagen in der Woche statt) (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2007, S. 30). Mit steigendem Alter nimmt die Aktivität jedoch wieder ab, was sich v. a. bei der männlichen Bevölkerung bemerkbar macht (Vgl. ebd.).

Die Bewegung ist auch im Zusammenhang mit der Pflege ein wichtiges Thema, weil sie sowohl für die Pflege-Patient-Beziehung als auch für die Körperlichkeit der Pflegenden selbst eine Grundlage bildet. So ist die Pflegepraxis von bewegungsintensiven Handlungsfeldern geprägt, die den Pflegealltag rund um die PatientInnen begleiten. Das Betten machen, das Waschen von PatientInnen, Transferaktionen, Lagerungen, Mobilisationen aber auch das Verrücken von Betten und Möbeln oder das Tragen von Wäschesäcken sind Tätigkeiten, die von Pflegenden Bewegungen abverlangen, die belastend und ungesund auf den Körper wirken können (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 152). Die Folgen äußern sich in Rücken- und Nackenbeschwerden, da durch die genannten Tätigkeiten v. a. das Tragen und Heben die Wirbelsäule belastet wird (Vgl. ebd.). Demzufolge ist die Achtsamkeit auf den eigenen Körper der Pflegenden die Voraussetzung, um die Belastungen

auf die Wirbelsäule einzudämmen. „Wer sich seiner körperlichen Fähigkeiten, seiner Bewegungsmöglichkeiten sicher und bewusst ist, darüber verfügen kann, der erweitert seine Persönlichkeit und kann dann meist auch selbstverständlicher mit der Körperlichkeit anderer umgehen“ (SCHÖNING 1990 zit. n. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 10).

Tracogna et al (2003) zeigen in ihrer Studie, dass die befragten Pflegekräfte durchschnittlich 2,8h Sport in der Woche betreiben (Vgl. TRACOGNA et al 2003, S. 117). Motive dafür sind der Ausgleich zur Arbeit, Spaß am Sport und der Erhalt der körperlichen Fitness. Der Zeitmangel und die unregelmäßigen Arbeitszeiten stellen Gründe für jene Pflegenden dar, die keinen Sport betreiben (Vgl. ebd.). Aber nicht nur Sport allein kann die Beweglichkeit von Pflegenden fördern. Um eine rückengerechte Pflege zu ermöglichen, können Methoden wie die Kinästhetik aber auch Entspannungsprogramme, wie Gymnastik, Yoga und autogenes Training sowie spezielle Hilfsmethoden (Patientenlifter, Rutschbrett,...) Schmerzen vorbeugen und für eine körperliche Stabilität sorgen (Vgl. KRAUS-PFEIFFER 2007, S. 790; SCHIERON 2012, S. 702).

5.3.3 Konsum von Genussmitteln

„Gesundheit ist ein Wert, der mit anderen Werten wie Genuss, Müßiggang, Risiko konkurriert“ (KLOTTER 2009, S. 133). So stehen Genussmittel oft mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen im Widerspruch. Unter Genussmittel werden Produkte verstanden, „die nicht wegen ihres Nährwerts, sondern wegen ihres Geschmacks und / oder ihrer anregenden / beruhigenden Wirkung genossen werden“ (BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 167). Leider sind Genussmittel nicht nur mit dem erwünschten Hochgefühl sondern ebenso mit möglichen Gesundheitsgefährdungen verbunden (Vgl. ebd.).

Das Rauchen zählt zu dem Genussmittel mit den größten gesundheitlichen Auswirkungen, weil dadurch Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Hypertonie, chronische

Bronchitis sowie bösartige Neubildungen der Lunge, der Mundhöhle, des Kehlkopfes und der Verdauungsorgane vermehrt auftreten können (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2007, S. 34). Laut der Gesundheitsstatistik 2010 rauchen in Österreich rund ein Fünftel der weiblichen (19%) und ein Viertel der männlichen Bevölkerung (28%) (Vgl. STATISTIK AUSTRIA 2010, S. 60). Ein weiteres Genussmittel, das erhebliche körperliche Schädigungen auslöst, ist der Alkohol. Er kann zu Leberzirrhose, Herzmuskelerkrankungen, Schädigungen des Gehirns sowie des Nervensystems führen (Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2009, S. 35). Ein problematischer Alkoholkonsum liegt in Österreich bei 4% der Bevölkerung vor, wobei von einer höheren Dunkelziffer auszugehen ist (Vgl. ebd.). In der Studie von Tracogna et al (2003) liegt die Raucherquote bei Pflegenden bei 45% und der Alkoholkonsum bei ca. 0,4l Bier oder ca. 0,3l Wein pro Woche (Vgl. TRACOGNA et al 2003, S. 116). Die überdurchschnittlich hohe Raucherquote bei Pflegenden wird mit der Raucherpause erklärt, die eine kurzzeitige Entziehung von der Arbeit ermöglicht (Vgl. ebd., S. 118). Somit gilt das Rauchen als Entspannung und Grund für eine Pause, ein Umstand, der jedoch bei einer Initiierung eines gesundheitsfördernden Krankenhauses durch andere Möglichkeiten im Umgang mit Belastungen ersetzt werden sollte (z.B. Ruheraum) (Vgl. ebd., S. 118).

McKenna, Slater, McCance, Bunting, Spiers und McElwee (2003) führten eine Studie durch, in der sie britische Pflegekräfte über die Einstellung und mögliche Gründe für das Rauchen befragten (Vgl. McKENNA et al 2003, S. 359). Rund 26% der befragten Pflegenden waren RaucherInnen, 19% gaben an einmal geraucht zu haben, während 55% Nicht-RaucherInnen waren (Vgl. ebd., S. 362). Als Gründe für ihr Rauchverhalten gaben sie die Sucht, den damit verbundene Genuss, den Arbeitsdruck, Angst oder Depression, die Kontrolle über das Gewicht und zu allerletzt den Einfluss von Familie und Freunden an (Vgl. ebd.). Die meisten ProbandInnen wollen jedoch mit dem Rauchen aufhören, für sie stellte es jedoch bislang eine

Schwierigkeit dar, dies auch in die Tat umzusetzen (Vgl. ebd., S. 363). Die Studie zeigt, dass die meisten Befragten bereits vor dem Einstieg in die Pflege rauchten. Somit stellt der Beruf keinen Indikator dar, mit dem Rauchen zu beginnen. Jedoch zeigen die Ergebnisse, dass der Stress und der Arbeitsdruck dazu führt, die Gewohnheit beizubehalten bzw. die Menge an gerauchten Zigaretten auch noch zu erhöhen (Vgl. ebd., S. 364).

Gesundheitsförderliche Strategien, die sich auf einen adäquaten Umgang mit Genussmitteln beziehen, inkludieren: Autonomie, Selbstwahrnehmung und Genussfähigkeit (Vgl. BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 176). Das Ziel besteht darin, Maßnahmen zu setzen, damit schädigende Verhaltensweisen reguliert bzw. aufgegeben werden können (Vgl. ebd.). Somit soll im Sinne der Salutogenese nahe am Kohärenzgefühl gearbeitet werden, um mögliche Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit freizusetzen (Vgl. ebd.). Dabei können praktische Übungen selbst durchgeführt werden, die den Konsum von Genussmitteln regulieren und als Suchtprävention eingesetzt werden sollen. Ein Beispiel hierfür wäre die freiwillige Verzichtübung, indem bewusst das bestimmte Suchtverhalten innerhalb einer gewissen Zeitspanne unterlassen wird (Vgl. ebd., S. 177). Der Verzicht bestärkt die Selbstwahrnehmung, wodurch die eigenen Verhaltensweisen hinsichtlich einer möglichen Abhängigkeit reflektiert werden können (Vgl. ebd.).

Der Umgang mit Genussmitteln ist jedoch nicht nur negativ zu betrachten, da Genuss auch mit positiven Motiven assoziiert werden kann. „Genießen können zielt somit einerseits auf die Fähigkeit zur bewussteren Selbstwahrnehmung, andererseits überhaupt erst zum Erleben von Wohlergehen, von Gesundheit“ (BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 178). So ist eine Balance zwischen dem Genießen und der Selbstreflexion hinsichtlich gesundheitsschädigender Verhaltensweisen erforderlich. Pflegende können in ihrer beratenden Funktion diese Sichtweise auch den PatientInnen näherbringen, indem sie ihnen

vermitteln, „was Genuss (nicht) ist und wie lustvoll genießen sein kann“ (BRIESKORN-ZINKE 2006, S. 178).

Zusammengefasst ist festzustellen, dass das Handlungsfeld der Pflege viele Belastungsfelder und Risiken mit sich zieht, welche die Gesundheit der Pflegenden beeinträchtigen können. Somit sollen einerseits die Pflegekräfte selbst und andererseits die Organisation darauf bedacht sein, das Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen, um die Gesundheit der Pflegenden und deren Vorbildrolle gegenüber den PatientInnen zu bestärken. Beeinflusst jedoch die Gesundheit der Pflegenden die Qualität der Pflege? Ist ein Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen für die Professionalisierung entscheidend? Fragen, denen im nachstehenden Unterkapitel noch nachgegangen werden.

5.4 Gesundheitsbewusste Pflegepersonen - bessere Pflegende?

Unterstützt ein gesundheitsbewusstes Verhaltensmuster von Pflegenden die Qualität und Professionalität der Pflege? Nachstehend werden einige Zitate aus der aktuellen Literatur angeführt, welche für ein gesundheitsbewusstes Verhalten von Pflegepersonen plädieren.

As nurses model self-care and 'walk the talk' of health promotion, they not only improve their own health, but they model healthy behaviors for others (McELLIGOTT et al 2010, S. 182).

As health care professionals, nurses have the opportunity to model healthy behavior for their patients and clients (LALLY et al 2008, S. 373).

The nurses who can assess and address their wellness from a physical, emotional, and spiritual level can more easily model this behavior for their patients, families, peers, and communities (McELLIGOTT et al 2009, S. 214).

(...) that to be effective in health promotion, nurses must be role models of the healthy behaviors they seek to promote (RUSH et al 2010, S. 815).

Üben Pflegepersonen gesundheitsfördernde Maßnahmen aus, ist dies nicht nur für ihre eigene Gesundheit förderlich, sondern sie üben

darüber hinaus auch eine Vorbildwirkung auf ihre PatientInnen aus. Zudem ist davon auszugehen, dass es für Pflegende leichter ist, wenn sie körperlich, emotional und auch spirituell gesund sind, sich also mit ihrem Körper in Einklang fühlen, um dieser Vorbildrolle als gesundheitsbewusste Person zu entsprechen. Diese Meinung wird auch in der Literatur vielfach vertreten (Vgl. CARLSON & WARNE 2007; LALLY et al 2008; McELLIGOTT et al 2010; McELLIGOTT et al 2009; TRACOGNA et al 2003). Sind gesundheitsbewusste Pflegepersonen aber wirklich die besseren Pflegenden? Beeinflusst das Gesundheitsverhalten von Pflegepersonen eine gesundheitsförderliche Pflege? Sind sich Pflegende ihrer Vorbildrolle bewusst?

Die Ottawa-Charta geht davon aus, dass die Gesundheitsförderung in der Pflege nicht nur ein Handlungsfeld zur Betreuung der PatientInnen ist, sondern auch die Pflegenden selbst sowie die Umgebungsfaktoren betrifft (Vgl. McBRIDE 1994 zit. n. CARLSON & WARNE 2007, S. 506). „Health promotion is a holistic concept that calls for the creation of empowered relationships between self, others, and the environment to improve wellness“ (CARLSON & WARNE 2007, S. 506). Carlson und Warne (2007) zeigen in ihrer Literaturrecherche, dass Gesundheitsförderung als ein holistisches Konzept für Empowerment sowohl für PatientInnen als auch Pflegende wichtig wäre. Derartige gesundheitsförderliche Verhaltensmuster sind jedoch in der Praxis oft schwer umzusetzen (Vgl. ebd., S. 511). Pflegende scheitern nicht nur bei PatientInnen, sondern auch bei sich selbst. Dies könnte nach Carlson und Warne (2007) durch organisatorische und bereits edukative Maßnahmen verhindert werden (Vgl. ebd.). Weiters nennen sie die Methode des handlungsorientierten Lernens (Action learning), wodurch in kleinen Schritten die persönliche Kompetenz, die eigene Selbsteinschätzung und die therapeutische Beziehung zu den PatientInnen bestärkt werden. Davon sollen Pflegende, der Arbeitsplatz und die zu pflegenden Menschen gleichermaßen profitieren (Vgl. ebd.).

Only then will nurses be better able to use their relationships with patients and within and across their communities of practice to engage in health promotion activities aimed at promoting well being and empowerment for both their patients and for each other (CARLSON & WARNE 2007, S. 511).

Demzufolge kann durch eine adäquate Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Pflege sowohl die Beziehung zu den PatientInnen als auch das gesundheitsbewusste Verhalten von Pflegenden selbst positiv beeinflusst werden. Carlson und Warne stellen abschließend fest: „healthier nurses will become more effective health promoters“ (Ebd.).

Rush, Kee und Rice (2010) widmeten sich ebenfalls dieser Thematik und entwickelten im Zuge einer Studie eine Skala, welche die Selbstwahrnehmung der Pflegepersonen zu ihrer Funktion als Vorbildrolle in der Gesundheitsförderung misst (Vgl. RUSH et al 2010, S. 815). Diese Skala, genannt „Self as Role Model in Health Promotion Scale“ (SARMHEP), soll Aufschluss darüber geben, inwiefern Pflegende den Einfluss ihres eigenen Lebensstils in einer gesundheitsfördernden Interaktion mit PatientInnen wahrnehmen. Die Skala verdeutlicht, dass die Faktoren „use of professional self“ (Professionalität), „identification of self with idealized“ (Identifizierung), „use of imperfect self“ (Unvollkommenheit), „valuing self“ (Wertschätzung) und „self as health promoter“ (Gesundheitsförderer/in) in der Wahrnehmung der Pflegenden in einer gesundheitsfördernden Beratungssituation mit PatientInnen von Bedeutung sind. Die Studie zeigt, dass Pflegende nicht die Aufgabe haben, in einer perfekten Weise Gesundheitsförderung zu präsentieren, sondern dass es von großer Bedeutung ist, den PatientInnen Gesundheitsförderung in einer gleichberechtigten Situation näher zu bringen (Vgl. ebd., S. 829). Pflegende vertreten die Meinung, dass neben einer Vorbildwirkung für gesundheitsbewusste Verhaltensweisen Faktoren wie Ehrlichkeit, Authentizität und Vorurteilslosigkeit ebenso vorgelebt werden müssen, um die Interaktion mit den PatientInnen zu verstärken. Dadurch kann

eine Vertrauensbasis geschaffen werden, die eine größere Akzeptanz für gesundheitsfördernde Methoden erzeugt (Vgl. ebd., S. 828).

Wichtig ist jedoch zu betonen, dass sich im Falle der Gesundheitsförderung, (...), die Handlung nicht von der Haltung trennen lässt und beides benötigt wird. Die Haltung alleine ist zu wenig, um für den anderen Menschen wirksam zu werden, und auch zu wenig für ein professionelles Agieren. Sie ist aber Voraussetzung für gesundheitsförderndes Handeln in der Pflege (Vgl. HASLINGER-BAUMANN & MAYER 2009, S. 242).

Demzufolge ist eine gewisse Selbstreflexion über das eigene gesundheitsbewusste Verhalten für eine gesundheitsfördernde, beratende Pflege unabdingbar. Auf diese Weise stützt sich die Gesundheitsförderung in der Pflege nicht nur auf theoretisches Wissen. Im selben Maß ist auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Wahrnehmung, die Introspektion und Selbsterfahrung von Bedeutung. Dies soll nicht nur im Rahmen der Ausbildung zum Thema gemacht werden, sondern bedarf eines lebenslangen Lernens (z.B. durch persönliche Fort- und Weiterbildungen) (Vgl. HASLINGER-BAUMANN & MAYER 2009, S. 242). Nach dem salutogenetischen Denkansatz soll eine Stärkung der Ressourcen erfolgen, wodurch Pflegenden in der Lage sein sollen, nicht nur einen gesundheitsfördernden Alltag sondern auch eine authentische gesundheitsfördernde Pflege zu leben (Vgl. ebd., S. 243). „Es gilt, das Gesunde zu stärken, für sich selbst als Mensch und als Pflegeperson auch für die anderen“ (Ebd.).

Schlussfolgerung

Die Förderung der Gesundheit wird aufgrund der chronischen Erkrankungen und der steigenden Lebenserwartung ein immer größeres Thema in der Pflegepraxis. Dabei ist Gesundheitsförderung nicht nur auf die PatientInnen zu beziehen, sondern aufgrund der Arbeitsbelastungen und einer gewissen Vorbildfunktion im gleichen Maße auch auf die Pflegenden. Der salutogenetische Grundgedanke mit der Fragestellung „*Was hält Menschen gesund?*“ steht dabei im Vordergrund.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, zu zeigen, warum es für Pflegende wichtig ist, gesundheitsförderliche Strategien anzuwenden und welchen Vorteil sie daraus für sich selbst sowie für die Professionalisierung der Pflege ziehen können. Die dazu formulierte Fragestellung lautet: *Inwiefern ist gesundheitsförderndes Verhalten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für die Pflege von Bedeutung?* Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt zunächst durch eine Hinführung zur Thematik, indem die Begriffe „Gesundheit“, „Gesundheitsverhalten“ und „Gesundheitsförderung“ näher beleuchtet werden. Daraus wird ersichtlich, dass jene Begriffe komplexe Prozesse sind, die mittels vieler Theorien definiert werden können.

Die Ausübung von Gesundheitsverhalten ist an eine lebenslange Durchführung gebunden, die laut der aktuellen Forschungsliteratur (Vgl. McELLIGOTT 2009; McELLIGOTT 2010; TRACOGNA 2002; TRACOGNA 2003) von Pflegenden nur teilweise angestrebt wird. Dabei ist jedoch ein gesundheitsförderliches Verhalten nicht nur für die Stärkung des eigenen Selbst von Bedeutung, sondern auch für die Professionalisierung der Pflege. Somit stellte bereits Florence Nightingale fest, dass eine gewisse Selbstpflege und eine gesundheitsrelevante Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst einen hohen Beitrag zu einer holistischen Pflege leisten können (Vgl. McELLIGOTT et al 2009, S. 211).

Da sich ungesunde Verhaltensmuster v. a. durch Stress, in mangelnder Bewegung, in einer Fehlernährung sowie im Konsum von Genussmitteln äußern, werden diese Bereiche in der Arbeit genauer betrachtet. Studien zeigen, dass Pflegende aufgrund einer Vielzahl von Belastungen (Zeitdruck, Schichtarbeit, administrative Tätigkeiten, das Miterleben von Leid und Tod, Personalmangel, etc.) ein erhöhtes Risiko für gesundheitsschädigende Lebensweisen haben (Vgl. GAROSSA et al 2008; KRAUS-PFEIFFER 2007; McKENNA et al 2003; McNEELY 2005; RABENSCHLAG & SHAHA 2007; SCHIERON 2012; TRACOGNA 2002; WONG et al 2010; ZAPKA et al 2009). So können bestimmte Strategien für ein gesundheitsförderliches Verhalten von Vorteil sein, um die eigene Belastbarkeit zu erhöhen und die Pflege-Patient-Beziehung positiv zu beeinflussen. Methoden, die ein gesundheitsförderliches Verhalten herbeiführen können beziehen sich v. a. auf eine Stärkung des Empowerments sowie des Kohärenzgefühls. Beispiele dafür sind die Achtsamkeitspraxis, organisatorische Fort- und Weiterbildungen sowie Gesundheitsprogramme, die den Schwerpunkt v. a. auf die Selbstwahrnehmung und Reflexion der eigenen Handlungen legen.

Doch nicht nur die Handlung, sondern auch die Haltung gegenüber gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist für eine ganzheitliche Pflege von Bedeutung. Authentizität, Ehrlichkeit sowie eine Vorurteilslosigkeit schaffen eine Vertrauensbasis in der Interaktion mit PatientInnen, wodurch eine Akzeptanz für gesundheitsfördernde Strategien erzeugt werden kann. Nach dem Denkansatz der Salutogenese soll eine Stärkung der Ressourcen erfolgen, wodurch Pflegende in der Lage sein sollten, nicht nur einen gesundheitsfördernden Alltag, sondern auch eine authentische gesundheitsfördernde Pflege zu leben.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	– Abbildung
AHNA	– American Holistic Nurses Association
Anm. d. Verf.	– Anmerkung der Verfasserin
BMGFJ	– Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	– Body Mass Index
bzw.	– beziehungsweise
CCM	– Collaborative Care Model
dt.	– deutsch
ebd.	– ebenda
GuKG	– Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GRD	– Generalized Resistance Deficit (Generalisiertes Widerstandsdefizit)
GRR	– Generalized Resistance Resource (Generalisierte Widerstandsressource)
HAPA	– Health Action Process Approach
HEDE-Kontinuum	– HealthEase DisEase-Kontinuum
HPH	– Health Promoting Hospital
HPLP II	– Health Promoting Lifestyle Profile II
KHK	– koronare Herzkrankheit
mind.	– mindestens
NBS	– Nursing Burnout Scale
PHNs	– Public Health Nurses
SARMHEP	– Self as Role Model in Health Promotion Scale
SOC	– Sense of Coherence
Tab.	– Tabelle
u. a.	– unter anderem
v. a.	– vor allem
v. Chr.	– vor Christus
Vgl.	– Vergleiche
WHO	– World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

z.B. – zum Beispiel
zit. n. – zitiert nach

Literaturverzeichnis

- ABEL, T.; SOMMERHALDER, K. & BRUHIN E. (2011): Health Literacy/Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 337-340). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- ALTGELD, T. & KOLIP, P. (2010)³: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: HURRELMANN, K.; KLOTZ, T. & HAISCH, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 45-56). Bern: Verlag Hans Huber.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dt. Ges. f. Verhaltenstherapie.
- BRANDES, S. & STARK, W. (2011): Empowerment/Befähigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 57-60). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- BRAUN, B. & MÜLLER, R. (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: Pflege & Gesellschaft. 10(3), 131-141.
- BRIESKORN-ZINKE, M. (2011): Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung von professioneller Gesundheitskompetenz in der Pflege. In: Pflege. 24(4), 251-257.
- BRIESKORN-ZINKE, M. (2000): Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. In: Pflege. 13, 373-380.
- BRIESKORN-ZINKE, M. (2003): Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung. In: Pflege. 16, 66-74.
- BRIESKORN-ZINKE, M. (2009): Gesundheit in der Pflege. In: BIENDARRA, I. & WEEREN, M. (Hrsg.): Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe (S. 167-179). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- BRIESKORN-ZINKE, M. (2006)³: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- BRIESKORN-ZINKE, M. (2004): Pflegerische Handlungsfelder der Gesundheitsförderung. In: Die Schwester Der Pfleger. 43(5), 330-335.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009 (GBÖ 2009). Bundesministerium für Gesundheit: Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND (BMGFJ) (Hrsg.) (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien.
- CARLSON, G.D. & WARNE, T. (2007): Do healthier nurses make better health promoters? A review of the literature. In: Nurse Education Today. 27, 506-513.
- CASEY, D. (2007): Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. In: Journal of Clinical Nursing. 16, 1039-1049.
- CHANG, L. & LIU, C. (2008): Employee empowerment, innovative behavior and job productivity of public health nurses: A cross-sectional questionnaire survey. In: International Journal of Nursing Science. 45, 1442-1448.
- DAVIES, N. (2011): Healthier lifestyles: behavior change. In: Nursing Times. 107(23), 20-23.
- DICLEMENTE, R.; SALAZAR, L.; CROSBY, R. & WINGOOD, G. (2007): Verhalten ändern. Interventionsstrategien. In: KERR, J.; WEITKUNAT, R.; MORETTI, M. (Hrsg.): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung (S. 206-219). München: Urban & Fischer Verlag.
- ENGEL, R. (2009): Gesundheitsförderung und Prävention. Skriptum der Lehrveranstaltung Gesundheitsförderung und Prävention an der FH Campus Wien.
- ERIKSSON, K. (2001): Gesundheit. Ein Schlüsselbegriff der Pflegelehre. Bern: Verlag Hans Huber.
- EWLES, L. & SIMNETT, I. (2007)⁵: Gesundheit fördern. Ein praktischer Leitfaden. Wien: Facultas Verlag.
- FALLER, G. & REINBOTH, C. (2011): Bedarfslagen und Interventionsnotwendigkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. In: Pflege. 24(4), 239-250.

- FALTERMAIER, T. (2011): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 311-314). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- FLICK, U.; WALTER, U.; FISCHER, C.; NEUBER, A & SCHWARTZ, F. W. (2004): Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern: Verlag Hans Huber.
- FEUCHTINGER, J. & THOMA, J. (2008): Was erhält Pflegende gesund? In: Die Schwester Der Pfleger. 47(11), 1043-1046.
- FRANKE, A. (2010²): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- GARROSA, E; MORENO-JIMÉNEZ, B; LIANG, Y & GONZÁLEZ, J. L. (2008): The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. In: International Journal of Nursing Studies. 45, 418-427.
- GLASER (2012): Burnout – zur Begriffsklärung und Versachlichung der Debatte. In: Die Schwester Der Pfleger. 51(6), 580-582.
- GOTT, M. & O'BRIEN, M. (1990): The role of the nurse in health promotion. In: Health promotion international. 5(2), 137-143.
- HASLINGER-BAUMANN, E. & MAYER, H. (2009): Gesundheitsförderung als Aufgabe der professionellen Pflege. In: SPICKER, I. & LANG, G. (Hrsg.): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft. (S. 240-258). Wien: Facultas Verlag.
- HAUSREITHER, M. (2007): Kodex des österreichischen Rechts. Gesundheitsberufe. Band I. Wien: LexisNexis Verlag.
- HOEFERT, H.-W. & KLOTTER, C. (2011): „Gesunde Lebensführung“ – kritische Analyse eines populären Konzepts. Bern: Verlag Hans Huber.
- HÖPPNER, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern: Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- HRADIL, S. (2009)²: Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme,

- Perspektiven (S. 35-54). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HURRELMANN, K. & FRANZKOWIAK, P. (2011): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 100-105). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- HURRELMANN, K. (2010)⁷: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftlichen Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- HURRELMANN, K.; KLOTZ, T. & HAISCH, J. (Hrsg.) (2010)³: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 35-44). Bern: Verlag Hans Huber
- HURRELMANN, K & LAASER, U. (2006)⁴: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: HURRELMANN, K; LAASER, U. & RAZUM, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 749-780). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- JENULL, B.; BRUNNER, M.; OFNER, M. & MAYR, M. (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. In: Pflege. 21, 16-24.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L. (2011a): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 137-144). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L. (2011b): Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa-Charta 1986 und den Folgekonferenzen). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 145-150). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L. (2011c): Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 203-214). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.

- KERR, J.; WEITKUNAT, R. & MORETTI, M. (Hrsg.) (2007): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. München: Urban & Fischer Verlag.
- KICKBUSCH, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft – Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag Gesundheitsförderung.
- KLOTTER, C. (2009): Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben. Eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- KOLIP, P. (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- KRAUS-PFEIFFER, G. (2007): Schulung für den Rücken. In: Die Schwester Der Pfleger. 46(09), 790-791.
- KUNZE, U. (2003)³: Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin für Human- und Zahnmediziner. Wien: Facultas Verlag.
- LALLY, R. M.; CHALMERS, K. I.; JOHNSON, J.; KOJIMA, M.; ENDO, E.; SUZUKI, S.; LAI, Y.-H.; YANG, Y.-H.; DEGNER, L.; ANDERSON, E & MOLASSIOTIS, A. (2008): Smoking behavior and patient education practices of oncology nurses in six countries. In: European Journal of Oncology Nursing. 12, 372-379.
- LEPPIN, A. (2010)³: Konzepte und Strategien der Prävention. In: HURRELMANN, K.; KLOTZ, T. & HAISCH, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 35-44). Bern: Verlag Hans Huber.
- LUSZCZYNSKA, A. & SUTTON, S. (2007): Einstellungen und Erwartungen. In: KERR, J.; WEITKUNAT, R.; MORETTI, M. (Hrsg.): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung (S. 75-90). München: Urban & Fischer Verlag.
- MAGISTRAT DER STADT WIEN – BEREICHSLEITUNG FÜR GESUNDHEITSPLANUNG UND FINANZMANAGEMENT (Hrsg.) (2001): Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey – Gesundheitsberichterstattung Wien – Studie S1/2001. Wien: AV-Druck plus GmbH.
- McBRIDE, A. (2004): Health promotion in the acute hospital setting: the receptivity of adult in-patients. In: Patient Education and Counseling. 54, 73-78.
- McELLAGOTT, D.; LEASK CAPITULO, K.; MORRIS, D. L. & CLICK, E. R. (2010): The Effect of a Holistic Program on Health-Promoting

- Behaviors in Hospital Registered Nurses. In: Journal of Holistic Nursing. 28(3), 175-183.
- McELLIGOTT, D.; SIEMERS, S.; THOMAS, L. & KOHN, N. (2009): Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? In: Applied Nursing Research. 22, 211-215.
- McKENNA, H.; SLATER, P.; McCANCE, T.; BUNTING, B.; SPIERS, A. & McELWEE, G. (2003): The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behavior of nurses. In: International Journal of Nursing Studies. 40, 359-366.
- McNEELY, E. (2005): The consequences of job stress for nurses' health: Time for a check-up. In: Nursing Outlook. 53, 291-299.
- METHFESSEL, B. & SCHLEGEL-MATTHIES, K. (2011): Ernährung und Diätetik. In: HOEFERT, H.-W. & KLOTTER, C. (Hrsg.): „Gesunde Lebensführung“ – kritische Analyse eines populären Konzepts (S. 127-142). Bern: Verlag Hans Huber.
- MYERS, R.E. (2010): Promoting healthy behaviors: How do we get the message across?. In: International Journal of Nursing Studies. 47, 500-512.
- NAIDOO, J. & WILLS, J. (2010)²: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- PELIKAN, J. M. (2011): Gesundheitsförderung und Krankenhaus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 250-253). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- PROCHASKA, J. (2007): Stages of Change – Phasen der Verhaltensänderung, Bereitschaft und Motivation. In: KERR, J.; WEITKUNAT, R.; MORETTI, M. (Hrsg.): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung (S. 118-132). München: Urban & Fischer Verlag.
- RABENSCHLAG, F. & SHAHA, M. (2007): Analyse teamspezifischer Belastungssituationen und Entwicklung angepasster Interventionen: ein Aktionsforschungsprojekt mit Pflegenden. In: Pflege. 20, 35-40.
- ROHRAUER-NÄF, G. & WALDHERR, K. (2011): Gesundheitsförderung in Österreich. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und

- Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 223-230). Köln: Verlag für Gesundheitsförderung.
- RUSH, K. L.; KEE, C. C. & RICE, M. (2010): The Self as Role Model in Health Promotion Scale: Development and Testing. In: *Western Journal of Nursing Research*. 32(6), 814-832.
- SCHIERON, M. (2012): Prävention von Rückenbeschwerden. Gemeinsam für einen starken Rücken. In: *Die Schwester Der Pfleger*. 51(07), 700-703.
- SCHNELL, M. W. (2006): Die Unfasslichkeit der Gesundheit. In: *Pflege & Gesellschaft*. 11(4), 344-350.
- SHINITZKY, H. E. & KUB, J. (2001): The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. In: *Public Health Nursing*. 18(3), 178-185.
- SIMON, M.; TACKENBERG, P.; HASSELHORN, H.-M.; KÜMMERLING, A; BÜSCHER, A. & MÜLLER B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. <http://www.next-uni-wuppertal.de> (Download: 20.11.2012).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2010): Gesundheitsbericht Wien 2010. Vienna Health Report 2010. Wien.
- STARK, A. & FUCHS, R. (2011): Körperliche Aktivität und gesunde Lebensführung. In: HOEFERT, H.-W. & KLOTTER, C. (Hrsg.): „Gesunde Lebensführung“ – kritische Analyse eines populären Konzepts (S. 101-126). Bern: Verlag Hans Huber.
- STATISTIK AUSTRIA (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien.
- STATISIK AUSTRIA (2011): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- STAUDINGER, C. (2002): Die Gesundheitsversorgung in Österreich brauch die Pflegewissenschaft. In: KOZON, V. (Hrsg.): *Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet* (S. 132-135). Wien: Facultas Verlag.
- STEINBACH, H. (2007)²: Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlag.
- TRACOGNA, U.; KLEWER, J. & KUGLER, J. (2002): Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Krankenpflegepersonal – Eine Literaturübersicht. In: *Gesundheitswesen*. 64, 430-436.

- TRACOGNA, U.; KLEWER, J. & KUGLER, J. (2003): Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Pflegepersonal im Krankenhaus. In: *Gesundh ökon Qual manag.* 8, 115-119.
- ULICH, E. (2009): Arbeit, Gesundheit und Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: BIENDARRA, I. & WEEREN, M. (Hrsg.): *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe* (S. 481-497). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- WHITEHEAD, D. (2005): Health promoting hospitals: the role and function of nursing. In: *Journal of Clinical Nursing.* 14, 20-27.
- WHITEHEAD, D. (2009): Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. In: *International Journal of Nursing Studies* 46, 865-874.
- WONG, H.; WONG, M. C. S.; WONG, S. Y. S & LEE, A. (2010): The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. In: *International Journal of Nursing Studies.* 47, 1021-1027.
- ZAPKA, J. M.; LEMON, S. C.; MAGNER, R. P. & HALE J. (2009): Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. In: *Journal of Nursing Management.* 17, 853-860.

Abstract

Die Vermittlung von Gesundheitsförderung ist aufgrund der fortschreitenden Entwicklung der Multimorbidität ein wichtiges Feld in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Pflegepersonen erhalten dadurch eine gewisse Vorbildfunktion gegenüber den PatientInnen. Doch wie leben Pflegende selbst Gesundheit? Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, das Gesundheitsverhalten von Pflegenden hinsichtlich des gesundheitsfördernden Ansatzes der Salutogenese zu beschreiben, gesundheitsförderliche Strategien aufzuzeigen sowie den Einfluss auf die Professionalität der Pflege zu beleuchten. Die Literatur zeigt, dass Belastungen den Beruf kennzeichnen, wodurch die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erschwert wird.

Um eine kompetente gesundheitsförderliche Pflege ausüben zu können, ist sowohl die Stärkung der Ressourcen der PatientInnen, als auch der Pflegenden selbst durch eine Reflexion und Introspektion der eigenen Verhaltensmuster notwendig.

Since these days chronic health problems are rapidly increasing worldwide, a focus on health promotion is required in nursing. As a result, nurses have to function as both experts to advise their patients on health behaviors, and as role models. But how do nurses themselves behave in terms of personal health promotion? The aim of this diploma thesis is to describe the health behavior of nurses with respect to the approach of salutogenesis. Accordingly, the thesis points out how nurses themselves can act in a healthy way and also delineates the influence of health promotion on the professionalism of nursing. The literature indicates the high potential of pressure being put on nurses, which consequently impedes the implementation of healthy behaviors. Therefore, health promotion in nursing needs a reinforcement of the resources of both patients and nurses, which can be achieved by reflection and introspection of one's own behavior patterns.

CURRICULUM VITAE

LICHTENWALLNER JULIA



AUSBILDUNG

09/2008-06/2011	FH-Bachelor-Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“
seit 10/2005	IDS Pflegewissenschaft
09/2001-06/2005	Bundesrealgymnasium Zwettl

BERUFSERFAHRUNG

Seit 09/2011	Evangelisches Krankenhaus Hans-Sachs-Gasse 10-12 1180 Wien DGKS, Abteilung Neurologie
08/2010 und 08/2009	Geriatrizentrum Liesing Perchtoldsdorfer Straße 6, 1230 Wien Station B1 Ferialpraktikum (Sanitätsgehilfin)
07-08/2008	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum Baumgartner Höhe 1, 1145 Wien Station Palliative Care Ferialpraktikum (Sanitätsgehilfin)
09/2006	Krankenanstalt Rudolfstiftung Juchgasse 25, 1030 Wien Station Urologie Ferialpraktikum (Sanitätsgehilfin)

SONSTIGE TÄTIGKEITEN

Mitarbeit am Forschungsprojekt
Sparkling Science
ethik&gesundheit
Unterricht jenseits normalisierender Anerkennung

<http://www.mehr-als-ethik.at>

Buchbeitrag: HAAS, T. & LICHTENWALLNER, J. (2012): Alles graue Theorie? Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege bei der praktischen Anwendung von Forschungsethik. In: PFABIGAN, D. & ZELGER S. (Hrsg.): Mehr als Ethik. Reden über Körper und Gesundheitsnormen im Unterricht. Wien: Facultas Verlag.