



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Aspekte und Anforderungen an die Beratung in der
Pflege alter Menschen“

Verfasserin

Sandra Schmid

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuerin:

A 057 122
Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
FH-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Sandra Schmid

Wien, Februar 2013

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich allen für die Unterstützung während meines Studiums danken.

Ich danke meiner Familie, besonders meinen Eltern, dass sie immer für mich da sind und ich mich somit in allen allfälligen Belangen an sie wenden darf.

Meinem Freund Georg möchte ich besonders danken für seine täglich aufbauenden Worte und die unaufhörliche Geduld.

Danke an alle Freunde, vor allem für das Verständnis meiner oftmals zeitlichen Einschränkung und die Ermutigungen.

Ein besonderes Dankeschön auch an meine Betreuerin FH-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel, die mir eine hilfreiche Unterstützung war. Durch ihre konstruktive, fachlich ausgezeichnete Kompetenz und ihre wärmenden Zusprüche war es mir möglich diese Arbeit fertigzustellen.

Kurzzusammenfassung

Aufgrund der immer höheren Lebenserwartung nimmt die Anzahl der alten Menschen in der Gesellschaft stetig zu. Durch das Alter steigt das Risiko pflegerische Maßnahmen zu benötigen, und es können körperliche, psychische sowie soziale Veränderungen auftreten. Daraus ergeben sich wiederum spezifische Anforderungen an die Beratung in der Pflege beim alten Menschen. Hierzu erfolgte eine Literaturrecherche, vorwiegend in Büchern, wissenschaftlichen Datenbanken und Fachzeitschriften, wobei spezifische Anforderungen das Alter betreffend durch diese Einteilung besonders deutlich gemacht wurden.

Eine ausführliche Klärung des Beratungsbegriffes sowie dessen Relevanz für die Pflege konnte erfolgen. Hierzu wurde es auch wichtig, sich dem Kommunikationsbegriff und dessen Konzepten anzunehmen. Die pflegewissenschaftliche Relevanz des Themas wurde zusätzlich durch eine Einführung in demographische Veränderungen, sowie themenrelevante Pflgetheorien, Einbeziehung der Gerontologie und Alterstheorien dargestellt.

Die Recherche zeigt vor allem, dass die Rolle des Alten Menschen in der Gesellschaft, Politik und Familie, sowie existierende Altersbilder, einen Einfluss auf das Selbstbild der Menschen und somit auf die Kommunikation nimmt. Körperliche, psychische oder soziale Gegebenheiten wirken sich ebenfalls auf die Beratung aus. Die Wichtigkeit von Information und Beratung wurde angeführt, und in der Forschung zeigt sich, dass diese wiederum einen Einfluss auf gegebene Faktoren und das Leben des alten Menschen haben kann.

Abstract

Due to increasing life expectancy the number of elderly people in society is growing steadily. With age there is a growing risk of requiring nursing measures, as physical, psychological and social changes are taking place. Thus specific consultation in geriatric care is needed. To this end the research included primarily books, scientific data banks and journals in order to classify geriatric needs.

A thorough definition of the concept of consultation as well as the relevance of geriatric care was achieved, as well as concepts of communication. The topic of nursing science was delineated by an introduction in demographic changes, relevant theories of nursing, including gerontology and old age theories.

The research shows above all that the role of elderly people in society, politics and family, as well as existing age models, have impact on the self perception of people and thus on their communication. Physical, psychological and social conditions also effect consultation. The importance of information and consultation is scientifically proved by their influence on given factors and the conditions of life of elderly people.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Der alte Mensch | 3 |
| 2.1 Demographische Faktoren | 3 |
| 2.2 Generationsunterschiede | 5 |
| 2.3 Altersbilder | 7 |
| 2.4 Die Rolle/n des alten Menschen | 10 |
| 2.4.1 Gesellschaft | 10 |
| 2.4.2 Politik | 11 |
| 2.4.3 Familie | 11 |
| 3. Beratung im Kontext des Alterns | 13 |
| 3.1 Perspektiven in der Pflege | 13 |
| 3.2 Der Begriff Ganzheitlichkeit | 15 |
| 3.3 Themenrelevante Pflegetheorien | 16 |
| 3.3.1 Dorothea Orem | 16 |
| 3.3.2 Callista Roy | 18 |
| 3.3.3 Kritische Betrachtung | 20 |
| 3.4 Gerontologie | 20 |
| 3.4.1 Gerontologie in der Pflege | 21 |
| 3.4.2 Alterstheorien | 23 |
| 3.5 Kommunikation | 25 |
| 3.5.1 Nonverbale Kommunikation | 25 |
| 3.5.2 Kommunikationsmodell nach Watzlawick | 26 |
| 3.5.3 Transaktionsanalyse nach Berne | 28 |
| 3.5.4 Kommunikation nach Schulz von Thun | 29 |
| 4. Beratung im Allgemeinen | 31 |
| 4.1 Begriffsfassung von Beratung | 31 |
| 4.1.1 Aufgaben der Beratung | 33 |
| 4.2 Entwicklung von Beratung | 34 |
| 4.2.1 Beratung und Therapie | 35 |
| 4.3 Beratungsindikation | 36 |
| 4.3.1 Ziele der Beratung | 38 |
| 4.4 Beratung in der Pflege | 39 |
| 4.4.1 Positionierung von Beratung in der Pflege | 40 |
| 4.5 Ausgewählte Beratungstheorien | 42 |
| 4.5.1 Klientenzentrierte Beratung | 43 |
| 4.5.1.1 Gesundheit und Störung | 43 |
| 4.5.1.2 Beratungsziele | 44 |

| | | |
|---------|-----------------------------------------------------------|----|
| 4.5.2 | Verhaltenstheoretisch/ kognitive Beratung | 44 |
| 4.5.2.1 | Gesundheit und Störung | 45 |
| 4.5.2.2 | Beratungsziele | 45 |
| 4.5.3 | Systemische Beratung | 46 |
| 4.5.3.1 | Gesundheit und Störung | 46 |
| 4.5.3.2 | Beratungsziele | 47 |
| 4.6 | Beratungsprinzipien | 47 |
| 4.6.1 | Aufbau der Beziehung zum/zur Klienten/In | 48 |
| 4.6.2 | Haltung des/der Beraters/In | 49 |
| 4.6.3 | Einstellung des/der Klienten/In | 50 |
| 4.7 | Gesprächsführung | 51 |
| 4.7.1 | Unterscheidung direkter/nichtdirektiver Techniken | 51 |
| 4.7.2 | Fragen stellen | 51 |
| 4.7.3 | Zuhören | 52 |
| 4.8 | Geschlechtsunterschiede | 53 |
| 4.9 | Kulturunterschiede | 54 |
| 4.10 | Rolle der Familie | 56 |
| 5. | Aspekte der Beratung im Hinblick auf körperliche Faktoren | 57 |
| 5.1 | Beeinträchtigung der Sinne (Wahrnehmung) im Alter | 57 |
| 5.1.1 | Sehsinn | 58 |
| 5.1.2 | Beratungsanforderungen bei Sehbeeinträchtigung | 59 |
| 5.1.3 | Gehörsinn | 60 |
| 5.1.4 | Beratungsanforderungen bei Hörbeeinträchtigung | 61 |
| 5.1.5 | Geruchssinn und Geschmackssinn | 62 |
| 5.1.6 | Beratungsanforderungen | 63 |
| 5.1.7 | Tastsinn | 63 |
| 5.1.8 | Beratungsanforderungen | 64 |
| 5.2 | krank im Alter | 65 |
| 5.2.1 | Chronische Krankheiten | 65 |
| 5.2.2 | Beratungsanforderungen bei chronischen Krankheiten | 66 |
| 5.2.3 | Medikamenteneinnahme | 68 |
| 5.2.4 | Beratungsanforderungen | 68 |
| 5.3 | Inkontinenz | 69 |
| 5.3.1 | Faktoren welche Beratung bei Inkontinenz beeinflussen | 71 |
| 5.3.2 | Beeinflussung der Faktoren durch Beratung | 73 |
| 5.4 | Ernährung | 74 |
| 5.4.1 | Verändertes Durstgefühl | 75 |
| 5.4.2 | Beratungsanforderungen | 75 |
| 5.5 | Hautveränderungen | 78 |

| | |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| 5.5.1 Beratungsanforderungen | 79 |
| 6. Aspekte der Beratung im Hinblick auf psychische Faktoren | 80 |
| 6.1 Sinnfrage | 80 |
| 6.1.1 Blick in die Zukunft | 81 |
| 6.1.2 Tabuthema Tod | 82 |
| 6.1.3 Beratungsanforderungen | 83 |
| 6.2 Krisen | 85 |
| 6.2.1 Verlusterlebnisse | 86 |
| 6.2.2 Traumatisierende Ereignisse | 86 |
| 6.2.3 Ängste | 87 |
| 6.2.4 Beratungsanforderungen | 88 |
| 6.3 Depressionen | 89 |
| 6.3.1 Suizid | 90 |
| 6.3.2 Beratungsanforderungen | 92 |
| 6.4 Gedächtnis | 93 |
| 6.4.1 Beratungsanforderungen | 94 |
| 7. Aspekte der Beratung im Hinblick auf soziale Faktoren | 95 |
| 7.1 Soziale Strukturen im Alter | 95 |
| 7.1.1 Familienstrukturen | 96 |
| 7.1.2 Isolation | 97 |
| 7.1.3 Beratungsanforderungen | 98 |
| 7.2 Alltagsbeeinträchtigungen | 99 |
| 7.2.1 Schlafstörungen | 99 |
| 7.2.2 Beratungsanforderungen bei Schlafstörungen | 100 |
| 7.3 Sexualität und Partnerschaft im Alter | 102 |
| 7.3.1 Beratungsanforderungen bei Sexualität im Alter | 104 |
| 7.4 Patientenverfügungen | 106 |
| 7.4.1 Beratungsanforderungen | 107 |
| 8. Schlussfolgerungen | 108 |
| 9. Literaturverzeichnis | 111 |
| 10. Abkürzungsverzeichnis | 125 |
| 11. Anhang | 127 |
| 11.1. Lebenslauf | 127 |

1. Einleitung

Das Leben im Alter kann verschiedenste Veränderungen mit sich bringen. Daraus ergeben sich, einerseits ein erhöhter Betreuungsbedarf, andererseits spezielle Bedürfnisse im Alter und somit spezielle Anforderungen an das Gesundheitssystem und die Pflege. Die Pflege könnte hier an die Selbstständigkeit der Menschen ansetzen und auf die speziellen Bedürfnisse in Form von bedarfsgerechter Beratung reagieren (Vgl. Gogl et al, 2008, S. 435-436, S. 440).

Pflegebedürftigkeit trifft jedoch nicht zwingend jeden Alten Menschen, daher wird eine individuelle Betrachtungsweise immer notwendig.

„Mit der Steigung der Lebenserwartung hat die Zahl der Jahre, in denen Menschen ohne gesundheitliche Beschwerden leben ebenso zugenommen, wie die Lebensjahre mit gesundheitlichen Beschwerden“ (Gogl et al, 2008, S. 435).

In dieser Arbeit sollen im Alter häufig auftretende körperliche, psychische und soziale Faktoren gesammelt und beschrieben werden und eventuell daraus ergebene spezielle Bedürfnisse des alten Menschen für die Beratung herausgefiltert werden. Durch die Einteilung der eventuellen Veränderungen im Alter soll hervorgehoben werden, dass der Umgang mit alten Menschen, beziehungsweise die Kommunikation im Alter, andere Anforderungen hat und die Bedürfnisse des alten Menschen sich auch von jungen Menschen unterscheiden.

Daraus ergibt sich die zentrale Forschungsfrage: *Welche besonderen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren ergeben sich im Alter sehr häufig und inwieweit kann Beratung damit umgehen?*

Weitere Fragestellungen der Arbeit wären: Inwieweit verändert sich der Umgang mit Menschen höheren Alters? Welche Aspekte in der Beratung müssten aufgrund körperlicher oder psychischer Veränderungen beachtet werden? Gibt es Veränderungen oder Umstände im Alter, die das soziale Verhalten/Rollen/Leben beeinflussen? Ergeben sich daraus besondere Anforderungen an die Beratung, im Hinblick auf ein fortgeschrittenes Alter und was bedeutet dies konkret im Umgang mit alten Menschen?

Existieren verschiedene Altersbilder, welche sich im Laufe der Zeit verändert haben und ergeben sich daraus besondere Anforderungen an die Beratung? Gibt es somit auch Generationsunterschiede, welche sich auf die Beratung auswirken könnten?

Es soll eine Literaturrecherche zum Thema, insbesondere in Büchern, Wissenschaftlichen Datenbanken oder Zeitschriften durchgeführt werden. Die Arbeit soll auf wissenschaftliche Grundlagen aufbauen und leicht verständlich sein. Mit der Arbeit sollen Pflegepersonen und alte Menschen erreicht werden. Beratung und Kommunikation ist ein wichtiger Bereich in der Pflege, um die Menschen erreichen zu können und eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Auch für externe Stellen, wie etwa Öffentlichkeitsarbeit, ist das Thema durchaus nützlich.

Vorausgehend werden Demographische Faktoren angeführt, um die Situation darzustellen und das Verständnis der Notwendigkeit dieses Themas aufzugreifen. Danach wird die Kultur des Alterns aufgegriffen, wobei diese verschiedene Altersbilder, die Rolle des Alten Menschen, sowie mögliche Generationsunterschiede umfasst. Eine kurze Darstellung ist wichtig, um die Notwendigkeit einer Beratung aufzuzeigen, bzw. auch die unterschiedlichen Anforderungen von Beratung.

Wissen über Beratung im Kontext des Alterns soll auf Theorien stützend zusammengetragen werden, um einen klaren theoretischen Bezug herzustellen. Hierbei soll ein Bezug zu ausgewählten Pflege-theorien, der Gerontologie, sowie der Kommunikation hergestellt werden.

Auf den Begriff Beratung, sowie dessen Bezug zur Pflege wird genauer eingegangen. Danach folgen körperliche, psychische Faktoren und darauf folgende mögliche spezifische Anforderungen an die Beratung. Aspekte der Beratung im Bezug auf ausgewählte soziale Faktoren, welche besondere Bedeutung im Alter haben oder bekommen, werden ebenfalls gesucht, aufgegriffen und behandelt. Die verschiedenen Punkte werden dargestellt, um aus möglichst allen Bereichen einen Überblick zu verschaffen. Die besonderen Maßnahmen von Beratung sollen durch diese Einteilung besonders deutlich gemacht werden.

2. Der alte Mensch

Dieses Kapitel führt eine kurze Darstellung der demographischen Veränderungen an. Diese Einführung ist wichtig, um eine wachsende Notwendigkeit von Beratung im Alter darzustellen.

Das Aufzeigen von verschiedenen Generationen ist wichtig, um mögliche unterschiedliche Anforderungen an die Beratung aufzugreifen. Die Demographische Entwicklung und Generationsverhältnisse hängen durchaus zusammen.

„Die Darstellung der Bevölkerungsdynamik ist auch grundlegend für eine Analyse der Generationenbeziehungen [...] Auf diese Weise lässt sich der Wandel in der Größe der Altersgruppen umschreiben, die ihrerseits die zahlenmäßige Basis für das Entstehen von Gesellschaftsgenerationen sind“ (Lüscher & Liegle, 2003, S. 68).

Eine Auseinandersetzung mit Altersbildern und verschiedenen Rollen des Alten Menschen, welche möglicherweise Einfluss auf die Beratung haben, soll ebenfalls hier erfolgen.

2.1. Demographische Faktoren

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wird es notwendig, sich dem Alter bewusst zuzuwenden. Prognosen zeigen, dass schon bis zum Jahre 2030 die Zahl der über 60-Jährigen sehr hoch sein wird (Vgl. Sigl, 2004, S. 4).

Seit den 50er Jahren ist die Anzahl der Österreicher/Innen stetig angestiegen. Bis zu den 70er Jahren, war hierfür ein hoher Geburtenanteil verantwortlich, danach stieg die Bevölkerung aufgrund von Einwanderungen. Die Einwanderungszahl war also in den letzten Jahren anhaltend höher, als die Auswanderungszahl. Diese Gegebenheit wird sich grundsätzlich laut Statistik- Austria auch in naher Zukunft vermutlich nicht verändern und somit ist mit einem weiteren Bevölkerungswachstum zu rechnen. Die Bevölkerung wird aber gleichzeitig von einem Alterungsprozess geleitet, da die Zahl der über 65-Jährigen in den nächsten Jahren erheblich ansteigen wird. Dies bedeutet, dass die Anzahl der 20-65-Jährigen, welche derzeit die erwerbsfähige Bevölkerung darstellt, in naher Zukunft, durch

Einwanderung in Österreich steigen wird, langfristig gesehen jedoch, aufgrund der Alterung der Gesellschaft irgendwann sinken muss (Vgl. Hanika, 2010, S. 11-14).

Österreich wird also zukünftig eine immer ältere Bevölkerung aufweisen. Diese Entwicklung lässt sich mit einer, in den letzten Jahren, stetig gestiegenen und vermutlich weiterhin steigenden Lebenserwartung erklären. „Bis ins späte 19. Jahrhundert“ war die Säuglingssterblichkeit sehr hoch und viele Menschen starben an Infektionskrankheiten. Eine höhere Lebenserwartung ist dem Fortschritt der Medizin zu verdanken und damit einer stetig gesunkenen Säuglingssterblichkeit und der Eindämmung von Infektionskrankheiten. Die durchschnittliche Lebenserwartung, gemessen im Jahre 1998, liegt bei Frauen bei 80,9 Jahren, bei Männern liegt diese bei 74,6 Jahren und ist daher nahezu doppelt so hoch, als um die Wende zum 20. Jahrhundert (Vgl. Tazi-Preve et al, 1999, S. 15-16).

Dem Wachstum einer älteren Bevölkerung, steht ein schon länger anhaltender und stetiger Rückgang von Geburten entgegen. Seit 1970 wird ein allgemeiner Geburtenrückgang gemessen. Prognosen zeigen, dass in Österreich mit der 1970er Generation, welche im Jahre 2030 ein Alter von 60 Jahren aufweist, die Entwicklung hin zu einer „alten Bevölkerung“ einen Höhepunkt erreicht haben wird. Danach werden vermutlich die Bevölkerungszahlen, aufgrund der niedrigen Geburtenzahlen wieder etwas sinken, vorausgesetzt die Bedingungen bleiben gleich und beispielsweise die Einwanderungszahl steigt nicht erheblich an. Eine „Demographische Alterung“ vollzieht sich demnach vor allem auch wegen einer niedrigen Gesamfruchtbarkeitsrate und ist daher eine internationale Erscheinung (Vgl. Tazi-Preve et al, 1999, S. 20-21).

„Als Folge dieses globalen Alterungsprozesses wird sich der Anteil älterer Menschen weltweit von derzeit rund 10% bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln (22%). In den entwickelten Industriestaaten wird der Anteil der über 60-Jährigen 2050 rund ein Drittel der Bevölkerung ausmachen“ (Tazi-Preve et al, 1999, S. 20).

Die Bevölkerung wird immer älter und die Zielgruppe verändert sich, vor allem aus gesundheitlicher und pflegerischer Sicht, dadurch auch in ihren Bedürfnissen. Vorsorgen

und geeignete Bedingungen für die Bevölkerung müssen geschaffen werden (Vgl. Hanika, 2010, S. 109; Tazi-Preve et al, 1999, S.66).

2.2. Generationsunterschiede

„Das Konzept der *Generationendifferenz* beinhaltet, dass der sozialen Tatsache und dem Bewusstsein der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation die soziale Tatsache und das Bewusstsein entsprechen, sich von Angehörigen anderer Generationen in Bezug auf prägende Erfahrungen sowie Umbrüche der Lebens- und der Gesellschaftsgeschichte und dementsprechend in Fühlen, Denken, Wissen und Handeln zu unterscheiden“ (Lüscher & Liegle, 2003, S. 60).

"Wir haben eine Geschichte, wir sind Geschichte und wir verkörpern Geschichte" (Radebold, 2009, S. 31).

Aus den Zitaten geht hervor, dass die Geschichte des Menschen und gemachte Erfahrungen das gesamte Leben beeinflussen und auch das Verhalten prägen. Daher wäre es wichtig die Geschichte des Menschen in der Pflege zu berücksichtigen, sowie die Verschiedenartigkeit von Generationen herausfiltern.

Für die ältere Generation, spielen einschneidende Erlebnisse, wie etwa die Folgen der Weltkriege oder der Nachkriegszeit eine Rolle. Beispielsweise betreffen die Folgen des 2. Weltkrieges, einen großen Teil der heutigen älteren Generation. Während des Weltkrieges und auch in der Nachkriegszeit wurden Erfahrungen gemacht, welche im Gedanken und in Erinnerungen immer wieder auftauchen können. Verlusterfahrungen wurden gemacht, einerseits gingen geliebte Menschen verloren, andererseits auch bestimmte Sicherheiten. Gewalterfahrungen und andere „traumatisierende“ Bilder waren an jeder Ecke zu sehen und zu spüren und haben daher diese Generationen geprägt. All diese Dinge haben einen großen Einfluss auf das damalige und heutige Leben der Menschen. Diese bedrückenden Erfahrungen, können daher nicht einfach ausgeblendet werden, da sie durchaus sowohl psychische, soziale und familiäre Bereiche der Betroffenen beeinflussen und somit auch beträchtliche Auswirkungen, in unterschiedlichsten Formen, auf verschiedene Berufsfelder haben (Vgl. Radebold, 2009, S. 17-27).

Radebold ist der Ansicht, dass geschichtliche Erfahrungen sehr wohl Folgen haben, welche in verschiedenen Bereichen aufkommen können und daher ist eine zeitgeschichtliche Betrachtung des Menschen und seiner Geschichte auch für die Beratung in der Pflege wichtig.

„Die Wahrscheinlichkeit ist daher groß, dass Professionelle diesen Folgen in Beratung und Psychotherapie, bei der allgemeinen ärztlichen und insbesondere psychiatrischen Behandlung sowie in Pflege und Seelsorge in vielfältiger Form begegnen werden“ (Radebold, 2009, S. 19).

„Zeitgeschichtliches Denken und Einfühlen“ besagt unter anderem, dass sowohl Informationen über die Vergangenheit in Form von Fakten eingeholt werden, als auch das eigene Empfinden und Erlebte beleuchtet wird. Die damalige Familienzusammensetzung wird miteinbezogen. Die weitere Lebensgeschichte und die Gegenwart des Menschen werden berücksichtigt (Vgl. Radebold, 2009, S. 138).

Die Demographischen Entwicklungen werfen demnach nicht nur nötige Strukturveränderungen im Gesundheitssystem auf, sondern bringen auch Veränderungen der Einstellung der Generationen gegenüber dem Gesundheitswesen hervor. Dies bedeutet, dass jetzige Generationen beispielsweise vom Technologiefortschritt geprägt sind, diesen nutzen und sich dadurch das Erleben von und der Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden wandelt. Die individuelle Sichtweise, spielt in jedem Fall eine Rolle für die Pflege (Vgl. Gogl et al, 2008, S. 443-444).

Die Unterschiedlichkeiten der Menschen sind folglich, aufgrund der unterschiedlich gemachten Erfahrungen in der Geschichte, zu beobachten. Menschen welche mit etwa ähnlichen Umständen ihrer Zeit konfrontiert wurden, werden sich sicherlich von Menschen, welche mit anderen Umständen konfrontiert wurden, unterscheiden. Trotzdem darf die Individualität nie außer Acht gelassen werden. Ähnliche zeitliche Umstände bedeuten nicht, dass jeder Mensch diese gleich erlebt und verarbeitet hat (Vgl. Elfner, 2008, S. 15).

„Eine derart individuelle Verarbeitung gilt natürlich nicht nur für zeitgeschichtliche Einflüsse, sondern auch für gegenwärtige körperliche, psychische und situative Faktoren“ (Elfner, 2008, S. 15).

2.3. Altersbilder

Altersbilder sind soziale Gebilde, welche von der Gesellschaft gemacht werden und auch verändert werden können (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 19; Elfner, 2008, S. 25).

Diese sind auch von der jeweiligen Kultur abhängig und können daher je nach Ort variieren (Vgl. Kruse, 2011, S. 95-96).

Heute existieren, reichlich negative Assoziationen über den Alten Menschen und das Altern. Die Menschen verbinden das Alter eher mit Einbußen und Verlusten (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 15; Kruse, 2011, S. 122).

Das Alter hat in unserer Gesellschaft einen negativen Beigeschmack erhalten. Im Gegensatz stellt die Gesellschaft, die Jugend gleich mit Vitalität und diese wird verherrlicht. Dies ist im täglichen Leben, in der Medienpräsenz und im Fernsehen erkennbar. Hier finden beispielsweise Alte Menschen weniger Präsenz und das Anstreben von langanhaltender Jugend wird stetig betont. Diese Einstellungen schüren einerseits Ängste vor dem älter werden und bestimmen andererseits auch, wie sich junge Menschen gegenüber alten Menschen verhalten. Negative Annahmen über alte Menschen schließen oder grenzen diese aus und können der alten Generation ein negatives Selbstbild aufdrängen (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 15-18).

„Eine Diskrepanz zwischen dem eigenen Selbstbild und Fremdbild können Alte sowohl bei jugendlich überhöhten Idealen als auch bei unrealistisch negativen Altersbildern erleben. Für beide Abweichungen sind persönliche Anpassungsleistungen gefordert“ (Elfner, 2008, S. 25).

„*Nicht das Alter ist das Problem, sondern unsere Einstellung dazu*“ (Marcus Tullius Cicero, zit. n. Friedrich-Hett, 2007, S. 62).

Die Vorstellungen vom Alter existierten im Laufe der Geschichte nicht immer in derselben Form. Vor der Einführung der Pension, war die Situation eines alten Menschen vom jeweiligen Stand und von wirtschaftlichen Verhältnissen abhängig. Wenn ein Mensch nicht mehr arbeiten konnte, oder gesundheitliche Probleme bekam, bedeutete dies oft eine negative Wendung und führte meist zu einem Leben in Armut.

Heutzutage hat eine Umkehr stattgefunden und es wird von „Altersgrenzen“ gesprochen, was bedeutet, dass alleine das Alter negative Assoziationen, wie Begrenztheit, Einbußen oder Krankheit hervorruft (Vgl. Weber et al, 1997, S. 257).

Solch eine, rein negative Sicht hat nicht nur, wie bereits erwähnt, Auswirkungen auf den alten Menschen selbst, sondern trägt auch die Auswirkung mit sich, dass die Potenziale der alten Menschen nicht gänzlich eingesetzt werden (Vgl. Kruse, 2011, S. 122).

Daher ist ein „Verständnis“ für das Alter und davon, was Alter bedeutet, besonders wichtig. „Das Verständnis des Alterungsprozesses verbessert die Einstellung zum Alter vor allem bei den betroffenen Personen, aber auch bei denen, die sie umgeben“ (Kozon & Hanzlíková, 2003, S. 31).

Studien haben ergeben, dass die Einstellung zum Alter vom Beruf, vom Bildungsgrad und von gemachten Erfahrungen mit alten Menschen abhängig ist. Mehr Wissen über das Alter fördert eine positivere Einstellung dazu (Vgl. Weber et al, 1997, S. 27-28).

„*Alt sein* ist kein statischer Zustand, der etwa jenseits des 60. Lebensjahres eintritt. *Das Alter* lässt sich auch keineswegs mit normativen Erwartungen bezüglich des chronologischen, biologischen, psychologischen oder sozialen Alters erfassen. *Alt werden* ist vielmehr ein dynamischer und vielschichtiger Prozess über die ganze Lebensspanne hinweg“ (Elfner, 2008, S. 14).

Das Alter wird meist fälschlicherweise mit Pflegebedarf assoziiert, wobei nicht alle alten Menschen zwingend Pflege benötigen und diese oft erst im höheren Alter tatsächlich erforderlich wird. Natürlich steigt andererseits, die Wahrscheinlichkeit des Unterstützungsbedarfs im Alter an. Es kann aber gesagt werden, dass die ältere Generation

in ihrer Lebensweise durchaus aktiv und auch länger aktiv ist (Vgl. BMFSFJ, 2010, S. 186).

Dies bestätigen auch Studien über die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ welche besagen, dass eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Alter gegeben ist. Dies bedeutet, dass eine längere Lebenserwartung, nicht im Widerspruch zur Gesundheit steht sondern, dass mit einer Verlängerung der „behinderungsfreien Jahre“ zu rechnen ist (Vgl. Lüscher & Liegle, 2003, S. 73).

Wenn Veränderungen im Alter auftreten bringen diese folglich nicht zwingend einen Verlust der Unabhängigkeit mit sich. „Krankheiten oder Beschwerden können auftreten, ohne dass sie notwendigerweise eine Behinderung oder aber einen Hilfe- oder Pflegebedarf zur Folge haben“ (Ding-Greiner, 2011, S. 135).

Das außer Acht lassen eines positiven Altersbildes kann, wie bereits erwähnt, das Selbstbild negativ beeinflussen und die Entwicklung der Menschen behindern. Einerseits können alte Menschen ihre eigenen Fähigkeiten nicht wahrnehmen und unterschätzen diese, andererseits werden ihnen vermutlich aufgrund des Alters, Möglichkeiten unterschlagen. Körperliche Veränderungen können nicht angenommen und integriert werden, wenn eine rein negative Sichtweise besteht. Die Auseinandersetzung mit möglichen Veränderungen und Grenzen ist notwendig, um neue Situationen annehmen, möglicherweise daran wachsen zu können und auch Möglichkeiten der Unterstützung entdecken zu können (Vgl. BMFSFJ, 2010, S. 19).

„Es kommt also darauf an, Menschen auch in äußerlich abhängigen Situationen als unabhängige Individuen wahrzunehmen und sie auch in diesen Situationen zum sozialen Leben beitragen zu lassen, das heißt, ihre Beiträge zu würdigen und gleichwertig anzunehmen“ (BMFSFJ, 2010, S. 71).

Es ist an der Zeit das Alter und somit alte Menschen anzunehmen und achten zu lernen. Ein positiver Umgang wird notwendig, nicht nur wegen demographischen Entwicklungen, sondern zum Vorteil aller Menschen und um die Gesellschaft positiv zu beeinflussen. Dies

ist vor allem auch in der Beratung beim alten Menschen wichtig (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 17).

„ (...) Berater und Therapeuten sind in der Verantwortung, den Prozess des Alterns und die älteren Menschen angemessen und inspirierend wahrzunehmen“ (Friedrich-Hett, 2007, S. 17).

2.4. Die Rolle/n des alten Menschen

Hier soll kurz auf mögliche Rollenbilder alter Menschen und deren Entwicklung eingegangen werden. Alte Menschen sind verschiedenen Rollenbildern ausgesetzt. Hier erfolgt eine Einteilung in Gesellschaft, Familie und Politik.

2.4.1. Gesellschaft

Früher nahmen alte Menschen einen hohen Stellenwert und eine wichtige Rolle in der Gesellschaft ein. Sie standen vor allem in der Position bedeutende „Werte“ an die nächsten Generationen weiterzugeben. Der Stellenwert des Alten Menschen änderte sich dann in der Zeit der Industrialisierung, wo sich die Ideale wandelten und die Jugend des Menschen betont und hervorgehoben wurde (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 19).

Eine immer höhere Lebenserwartung steigert heute aber wieder etwas das Ansehen und die Anerkennung eines längeren, späteren Lebensabschnittes. Das Alter wird zunehmend als „Chance und Herausforderung“ betrachtet. Die „Leistungsfähigkeit“ der Menschen und eine zunehmend positive Gesundheit bis ins höhere Alter, werden anerkannt. Andere Gelegenheiten werden im Alter gesehen, wie etwa die Beschäftigung mit dem Sinn des Lebens, einer möglichen Reifung der Persönlichkeit und eine positive Beziehungsgestaltung zu jüngeren Generationen (Vgl. Lüscher & Liegle, 2003, S. 72-73).

Das folgende Zitat zeigt, dass die älteren Menschen von heute wollen in der Gesellschaft, Aufgaben annehmen und erfüllen.

„Spätere Generationen älterer Menschen unterscheiden sich von früheren nicht nur durch eine im Allgemeinen bessere Ausstattung mit Ressourcen, sondern auch durch ihre Interessen und Teilhabebedürfnisse“ (BMFSFJ, 2010, S. 243).

2.4.2. Politik

Da es immer mehr alte Menschen gibt, werden auch die Anforderungen an die Politik, für diese Gruppe höher werden.

Die Leistungsfähigkeit des Alten Menschen scheint in der heutigen Arbeitswelt nicht wirklich gewürdigt zu werden. Das heutige System der Pensionszahlungen, welches gesetzlich geregelt ist, lässt keine freiwillige Ausweitung der Beschäftigung zu. Das Durchschnittsalter der Menschen in der Arbeitswelt wird vermutlich zunehmen, daher ist die ältere Bevölkerung mit ihren Fähigkeiten anzuerkennen und in die Entwicklung mit hineinzunehmen. Die Einsatzbereitschaft und vor allem auch das ehrenamtliche Engagement der älteren Generation sind sehr hoch. Es wird hier deutlich, dass alte Menschen ihren Beitrag in der Gesellschaft leisten wollen und es gilt als Herausforderung für die heutige Politik, diese Bereitschaft zukünftig mehr zu fördern (Vgl. BMFSFJ, 2010, S. 239-243).

Um diese Bereitschaft der alten Menschen fördern zu können, gilt es deren Position durch Angebote aus dem Gesundheitswesen zu stärken. „Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Beratungsangebote, weil sie ihrerseits dazu beitragen, dass ältere Menschen den Bereich autonomer Handlungsbefähigung ausweiten können“ (Lüscher & Liegle, 2003, S. 216).

2.4.3. Familie

Die gesellschaftlichen Entwicklungen und die hohe Lebenserwartung haben grundsätzlich die Existenz von Verwandtschaftsnetzwerken nicht wesentlich verändert. Familiäre Netzwerke im Alter sind durchaus vorhanden und das Risiko im Alter gänzlich ohne Verwandtschaft zu leben ist heutzutage sogar zurück gegangen, einzig die Zahl der Verwandten hat sich verändert bzw. verschoben. Dies bedeutet, dass durch den

Geburtenrückgang zwar weniger mögliche Geschwister und andere nähere Verwandte existieren, jedoch durch die höhere Lebenserwartung mehr Generationen bestehen.

Des Weiteren hat sich der Familien – oder Verwandtschaftsbegriff gewandelt, denn heutzutage ist eine genetische Verwandtschaft nicht unbedingt zwingend ein Indiz dafür, ob diese Beziehungen bestehen oder gepflegt werden. Die Familienkonstruktionen haben sich in den letzten Jahren also ebenfalls gewandelt und somit auch ihre Beziehungen zueinander. Die Generationsbeziehungen äußern sich heutzutage auch zunehmend in getrennten Wohnverhältnissen. Untersuchungen zeigen, dass alte, nicht pflegebedürftige Menschen verstärkt in unabhängigen Wohnverhältnissen leben. In diesem Punkt, zeigt sich also auch wieder eine Autonomie der heutigen alten Generation (Vgl. Ehmer, 2000, S. 26-28).

All diese Faktoren wirken sich auf das Leben des alten Menschen und seine Rolle in der Familie aus.

Grundsätzlich besteht ein relativ entspanntes Verhältnis zwischen den Generationen. Des Weiteren bestehen, ein gegenseitiges Geben und Nehmen und die Bereitschaft zur persönlichen Unterstützung zwischen Jungen und Alten. Dies bedeutet, dass sicherlich irgendwann Hilfestellungen von einer jüngeren Generation für die Ältere geleistet werden, wie beispielsweise etwa in Form von Pflege, andererseits unterstützen die Älteren ebenfalls die jüngeren Generationen, beispielsweise im finanziellen Bereich (Vgl. Ehmer, 2000, S. 22-24).

3. Beratung im Kontext des Alterns

Zum besseren Verständnis der Pflege werden in diesem Kapitel, auf den Aufbau von themenrelevanten Pflege-theorien eingegangen, allgemeine Begriffe erklärt und kritisch betrachtet. Des Weiteren sollen die Gerontologie und spezifische Alterstheorien erläutert werden.

Um Beratung und ihre Aufgaben zu verdeutlichen ist es wichtig, sich den Begriff Kommunikation anzunehmen, verschiedene Konzepte zu erläutern und diese darzustellen.

3.1. Perspektiven in der Pflege

In der Pflege sind verschiedene Sichtweisen, Werte und Normen entstanden, welche in der Theorie angeführt werden und für die Praxis eine Orientierung bilden. MELEIS (1999) nennt folgende Einteilung von Perspektiven in der Pflege:

- Humanwissenschaft
- praxisorientierte Disziplin
- betreuende Disziplin
- gesundheitsorientierte Disziplin

Die „**Humanwissenschaft**“ betrachtet den Menschen als Ganzes. Dies schließt sowohl Gesundheit als auch Krankheit mit ein. Das individuelle Erleben und Empfinden des Einzelnen werden ins Zentrum gerückt.

Viele Faktoren müssen mit einbezogen werden, um den Menschen als Ganzes betrachten zu können. Unter Anderem hat die jeweilige Umwelt einen Einfluss auf den Menschen, als auch kulturelle, geschlechtliche, gesellschaftliche oder geschichtliche Strukturen. Die Erfahrungen, welche ein jeder macht, fließen in das Denken und Handeln mit ein, daher sind diese zu erfassen und die individuelle Sichtweise dieser Erfahrungen aufzugreifen. Dies kann vor allem durch Kommunikation gelingen (Vgl. Meleis, 1999, S. 165-166).

Als eine Voraussetzung für den Fortschritt in der „Altenpflege“, ist „[...] eine humanistische Einstellung zu allen Gruppen von Menschen nötig, die für die Pflege typisch ist und aus ihrer Grundaufgabe stammt. Die Pflege bietet Hilfe für alle, überall dort

wo man sie braucht, ohne Rücksicht auf Alter, Rassen-, Volksgruppen- oder Religionszugehörigkeit“ (Kozon & Hanzlíková, 2003, S. 28).

Pflege ist eine „**praxisorientierte Disziplin**“, da sie ausführende Aufgaben hat, und somit eine angewandte Disziplin ist. Die Pflege hat täglich mit Menschen, ihren individuellen Lebensgeschichten und den daraus resultierenden Reaktionen zu tun. Pflegekräfte haben die Möglichkeit, sich mit den jeweiligen Bedingungen der Menschen auseinanderzusetzen und danach zu fragen. Die Pflege hat unter anderem die Aufgabe, das Befinden des Menschen zu verbessern, die jeweilig benötigte Hilfestellung zu leisten und Ressourcen zu fördern.

Pflege ist eine Profession und daher lässt sich bereits viel theoretisches Wissen sammeln. Für die Sichtweise als „praxisorientierte Disziplin“, spielen also Theorie und Praxis gleichermaßen eine Rolle und diese beeinflussen sich auch gegenseitig (Vgl. Meleis, 1999, S. 166-169).

Pflege als „**betreuende Disziplin**“ versteht diese, als Grundbaustein für „Versorgung“ und „Betreuung“. Es gibt verschiedene feministische, moralische oder künstlerische Anschauungen davon, wie die Begriffe in der Pflege betrachtet werden können und was sie für die Praxis bedeuten.

In jedem Fall spielt die Beziehung zum/r Klienten/In eine wesentliche Rolle und auch die Betrachtungsweise der Pflege, dass jedes Individuum andere Bedürfnisse hat, was wiederum Grundlage für eine Beziehungsherstellung ist. Die Pflege kann sich somit nicht nur rein auf das Umsetzten gelernter Fähigkeiten verlassen, sondern ist immer auch vom Gegenüber, sowie dem eigenen Befinden abhängig. „Gefühle“ und „Zuwendung“ spielen daher eine Rolle und die Erhaltung, der Würde des Menschen ist wesentlich (Vgl. Meleis, 1999, S. 169-173).

Die Pflege als „**gesundheitsorientierte Disziplin**“, hatte schon in früheren Zeiten einen wichtigen Stellenwert für diesen Beruf. Der jeweilige Blickwinkel hat Auswirkungen auf das Handeln in der Pflege. Ein Fokus auf die Gesundheit ergibt einen anderen Blickwinkel als beispielsweise ein Fokus auf Krankheit. Eine positive Sichtweise der Gesundheit soll angestrebt und gefördert werden. Das Augenmerk liegt hierbei auf der Betrachtung und Erhaltung der noch vorhandenen Ressourcen des Einzelnen. Klienten/Innen werden

wiederum auf Grund ihres individuellen Befindens und ihrer eigenen „Wahrnehmung“ eingeschätzt.

Eine grundsätzliche Gesundheitsorientierung zeigt sich durchaus im Pflegealltag. Pflegekräfte unterstützen den Menschen im Pflegeprozess, blicken auf mögliche Ressourcen, stellen das Befinden des/der Klienten/In in den Vordergrund, unterstützen „gesunde Gewohnheiten“ und wollen eine gewisse Alltagsroutine begünstigen (Vgl. Meleis, 1999, S. 173-174).

3.2. Der Begriff Ganzheitlichkeit

Der Begriff Ganzheitlichkeit wird in der Literatur, in Theorien und in der Praxis immer wieder aufgegriffen und verwendet, daher soll dieser hier kurz erklärt werden.

Pflege, welche ganzheitlich denkt „sieht den Menschen als eine Körper-Seele-Geist-Einheit, die in ständiger Wechselbeziehung mit sich und mit ihrer Umwelt steht. Das menschliche Dasein wird von den Beziehungen zur eigenen Person, zur sozialen Umwelt (Mitmenschen, Gesellschaft), zur natürlichen Umwelt (Wasser, Boden, Luft und Klima), zur künstlichen Umwelt (technische und materielle Produkte) und zum Übersinnlichen (Glaube, Religion, Mythos, Transzendenz) geprägt. Das Ganze ist nicht die Summe, sondern das Zusammenwirken, die Einheit der Teile“ (Seel, 2003, S. 2).

Es gibt keine einheitliche Klärung von dem Begriff Ganzheitlichkeit und es gibt auch andere Begriffe, welche sinnähnlich verwendet werden, beispielsweise der „Holismus“ oder das „bio-psycho-soziale Wesen“. Mit Ganzheitlichkeit ist wohl gemeint, dass der Mensch als Ganzes betrachtet wird, wobei auch erst mehrere Bestandteile ein Ganzes bilden. Pflege-theoretiker/Innen, vertreten hier verschiedene Sichtweisen. Einige versuchen, Bestandteile des ganzheitlichen Menschen zu klären. Andere wiederum vertreten die Meinung, dass der Mensch ausschließlich als Ganzes, als unbegrenzte „Einheit“ und nicht als zusammengefügte Teilchen gesehen werden kann. Dieser Begriff ist schwer erklärbar, da es unterschiedliche Sichtweisen gibt, somit ist dieser auch Kritik ausgesetzt.

Einerseits kommen durch eine ganzheitliche Betrachtung neue Aspekte in der Pflege hinzu, welche die Wichtigkeit von Beziehungen betont und von einer rein körperlichen Betrachtung abweicht. Andererseits ist es für die Pflege nicht umsetzbar, dem Menschen

als „Ganzes“ zu begegnen. In der Praxis können nur Teilgebiete eines Menschen betrachtet werden und somit können nur einzelne Bereiche der Klienten/Innen für die Pflegepersonen erreichbar sein (Vgl. Stemmer, 1999, S. 86-90).

Eine ganzheitliche Sicht ist „[...] nicht als ein erreichbares Ziel oder Zustand, sondern als eine Orientierung möglich“ (Koch-Straube, 2008, S. 78).

Ganzheitliche Ausrichtung kann also in kein alles umfassendes Konzept gebündelt werden, sondern soll eine Orientierungshilfe sein. Jede pflegerische Situation wird, wie die Menschen selbst, einzigartig sein. Erklärende Konzepte sind dennoch wichtig, um einen Rahmen für eine solche Orientierung zu bilden. Die Beratung in der Pflege ist ein „Ausdruck“ der ganzheitlichen Sichtweise (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 78).

3.3. Themenrelevante Pflegetheorien

Die Entwicklung von Theorien ist notwendig, um Wissen zu sammeln und die Pflege, sowie deren Aufgaben von anderen Berufsgruppen zu unterscheiden (Vgl. Kühne-Ponesch, 2004, S. 26).

Viele Theoretiker/Innen, haben sich mit dem Thema Pflege auseinandergesetzt und den Grundstein für eine Pflegewissenschaft gelegt. Einige ausgewählte Theorien bilden auch die Grundlage für diese Arbeit. Einige Kernbereiche daraus, sind auch für die Beratung wichtig.

3.3.1. Dorothea Orem

Die von Orem, bereits in den 50er Jahren entwickelte Theorie, wird in der Praxis oft angewandt und ist daher ständigen Diskussionen, aber auch Kritik ausgesetzt (Vgl. Meleis, 1999, S. 606).

Gerade weil diese Theorie so viel Aufmerksamkeit findet und sehr häufig zitiert wird, soll diese auch einen Grundstein für diese Arbeit bilden.

Orems Theorie stellt die Bedürfnisse und die Bedürfnisbefriedigung des/der Klienten/In in den Mittelpunkt. Erst wenn eines der Bedürfnisse nicht mehr erfüllt werden kann, tritt die Pflege in den Vordergrund. Die Rolle von Pflegekräften, sowie deren Aufgaben, werden aufgegriffen (Vgl. Meleis, 1999, S. 302-303).

Die „Selbstfürsorgedefizit-Theorie“, entstand aus der Praxis heraus und beschäftigt sich auch mit grundlegenden Fragen, wie beispielsweise warum und wann Pflege zum Einsatz kommt und welche Ziele diese verfolgt. Grundsätzlich spielt in ihrer Theorie die Selbständigkeit bzw. „Selbstfürsorge“ eine zentrale Rolle. Dies bedeutet, dass jeder Mensch die Fähigkeit für sich selbst zu sorgen hat. Erst dann, wenn die „Selbstfürsorge“ die Möglichkeiten des Menschen übersteigt und auch die Möglichkeiten der unterstützenden Personen aus dem Umfeld, wird professionelle Pflege benötigt. Das Ziel der Pflege ist die Überwindung dieser „Defizite“ und ist als zeitlich begrenzt zu betrachten. Orems Theorie lässt sich daher grundsätzlich in drei Theorien - jene der „Selbstfürsorge“, der „Selbstfürsorge-Defizite“ und des „Pflegesystems“ einteilen (Vgl. Orem, 2008, S. 85-87).

„Selbstpflege“ kann von der jeweiligen Person selbst als auch, wie bereits erwähnt, von umliegenden Personen ausgeführt werden. Es gibt wiederum drei Arten der Selbstpflege, nämlich die betreffend der „universellen“, „entwicklungsbezogenen“ und „gesundheitlich bedingten“ Notwendigkeiten. „Universelle Selbstpflegeerfordernisse“, betreffen das Wohlbefinden eines jeden Menschen und drehen sich beispielsweise um die Versorgung mit Luft, Flüssigkeit, Nahrung, betreffen die Ausscheidung, den Ausgleich zwischen Aktivität und Ruhe, das Sozialverhalten, Vorbeugung von Gefahren und die allgemeine Entwicklung im sozialen Gebilde. „Entwicklungsbezogene Erfordernisse“, betreffen die jeweilige Entwicklungsstufe, welche der Mensch im Laufe des Lebens durchlebt. „Gesundheitlich bedingte“ Bedürfnisse betreffen vor allem jene Dinge, welche mit dem Gesundheitssystem und der Versorgung, bzw. Behandlungsmaßnahmen und den persönlichen Auswirkungen zusammenhängen (Vgl. Meleis, 1999, S. 607-609).

Es gibt grundsätzliche Bedingungen, welche immer Einfluss auf die „Selbstfürsorgetheorie“ haben, wie etwa das „Alter, Geschlecht, Entwicklungsstadium,

Bildung, Gesundheitszustand, Umfeld, sozioökonomische Lage, finanzielle Mittel, Lebensform und Lebenserfahrungen“ (Orem, 2008, S. 90).

„Selbstfürsorge-Defizite“ werden anhand der genannten Bedürfnisse ermittelt. Ein Defizit besteht, wenn die Person selbst oder Personen aus dem Umfeld, aufgrund gesundheitlicher Bedingungen ein oder mehrere Bedürfnisse nicht mehr selbstständig erfüllen können. Hier kommt professionelle Pflege zum Einsatz und diese soll die jeweiligen Defizite ermitteln und ausgleichen. Die Ausprägungen der Defizite sind ausschlaggebend für Form und Umfang der Pflege.

Die „Theorie des Pflegesystems“ beschreibt die benötigte Pflegesituation und ihr Umfeld sowie die Planung und Durchführung der Pflege. Wichtig hierbei ist die „interpersonale Einheit“, welche sich aus Pflegepersonal, dem Klienten und hilfeleistenden Personen aus dem nahen Umfeld zusammensetzt. Die Pflege plant und mobilisiert individuelle Hilfeleistungen, die „interpersonale Einheit“ erhält entsprechende Rollenfunktionen, um schließlich die geplanten Leistungen gemeinsam durchführen zu können. Die Kommunikation und Abstimmung zwischen allen Beteiligten spielt eine wesentliche Rolle für die erfolgreiche Entwicklung des Pflegeverhältnisses. Grundsätzlich soll die Autonomie des Menschen gefördert werden. Die jeweiligen Ressourcen des Einzelnen sollen bestimmt, genutzt und auf diesen soll aufgebaut werden.

Das „Pflegesystem“ wird, wie bereits erwähnt, von bestimmten Einflüssen, wie Alter, Geschlecht usw. geprägt, welche wiederum beachtet werden müssen, da sie den Ort und die Zeit der Pflege bestimmen. Die Pflege hat auch gewisse rechtliche Anforderungen zu befolgen und ist an das Gesundheitssystem, der jeweiligen Organisation gebunden. Sie wird als individuell, abgestimmte Planung und Durchführung beschrieben (Vgl. Orem, 2008, S. 90-97).

3.3.2. Callista Roy

Roy's Theorie wurde in den 60er Jahren entwickelt und beschäftigt sich vor allem mit den Fragen, wer und was das Ziel von Pflege ist. Ihre Theorie ist vor allem humanistisch geprägt und betrachtet den Menschen daher aus ganzheitlicher Sicht. Gesundheit und Krankheit werden als ein Teil des Menschen betrachtet. Die Umwelt und das Umfeld haben durchaus Einfluss auf den Menschen und sind daher zu berücksichtigen. Roy ist der

Ansicht, dass der Mensch Fähigkeiten hat, sich der Umwelt, bei verändernden Umständen, entsprechend anzupassen. Diese Fähigkeiten besitzt der Mensch von Geburt an oder er hat diese im Laufe des Lebens erworben.

Pflege ist notwendig, wenn diese Strategien sich einer „ungewöhnlichen Belastung“ anzupassen oder eine Situation zu bewältigen nicht mehr ausreichend effektiv sind. Sie soll daher eine Anpassung möglich machen und fördern. Das Ziel der Pflege ist, Verhalten zu ändern, um die Situation wieder bewältigen zu können. Der Mensch ist dabei durchaus in der Lage, aktiv mitzuwirken. Erfolgreiche Anpassung legt laut Roy wieder Energien frei, um auf die aufkommenden Reize eingehen zu können. Die „Würde des Menschen“ spielt bei Roy ebenfalls eine Rolle und die Einstellungen des Einzelnen sollen stets beachtet werden (Vgl. Meleis, 1999, S. 456-458).

Roy beschreibt den Menschen als ein „adaptives System“, mit grundsätzlich zwei, den „regulativen“ und „kognitiven“ untergeordneten Systemen, welche durch Wahrnehmung miteinander in Verbindung stehen und jeweils die Aufgabe haben, auf verschiedene Reize zu reagieren. Des Weiteren benennt Roy folgende vier „Modi“ des Menschen: den „physiologischen Modus“, „Selbstkonzept-Modus“, „Rollenfunktions-Modus“ und den „Interdependenz-Modus“, welche wiederum für eine Reaktion zur Verfügung stehen.

Das „regulative“ System, ist hauptsächlich für den körperlichen/physiologischen Modus zuständig, wie beispielsweise Sinneswahrnehmungen, Regulation von Körperflüssigkeiten, neurologische und hormonelle Aufgaben, während das „kognitive“ System mit allen „Modi“ verbunden ist.

Die einzelnen „Modi“ werden für eine erfolgreiche Anpassung, in einer sich stetig verändernden Umwelt verwendet. Der „Physiologische Modus“, bestimmt die körperlichen Reaktionen eines Menschen auf die Umwelt. Roy stellt hier auch körperliche Grundbedürfnisse dar, zu welchen ein Ausgleich von aktiv und ruhig sein, sich ernähren und ausscheiden, atmen und sich sicher fühlen, zählen. Der „Selbstkonzept-Modus“ beschreibt das eigene Bild eines Menschen, die Werte und Vorstellungen vom Leben und umfasst das Bedürfnis von psychischer Zugehörigkeit. Der „Rollenfunktionsmodus“ steht für die soziale Zugehörigkeit und zeigt auf, dass der Mensch verschiedene Rollen einnimmt und in verschiedene Rollensysteme eingebettet ist. Der „Interdependenz-Modus“ beschreibt die Beziehungen und die Beziehungsfähigkeit eines Menschen (Vgl. Meleis, 1999, S. 458-460).

3.3.3. Kritische Betrachtung

Beide genannten Theorien orientieren sich hauptsächlich am Leiden bzw. der Krankheit des Menschen. Sie legen die ganze Verantwortung für eine Besserung der Situation auf die Pflege und die Pflegekräfte, was den/die Patienten/In in einer Abhängigkeit darstellt und die vorhandenen Kräfte eines jeden, für den Heilungsprozess selbst, eher in den Hintergrund stellt. Dagegen wird in Orems Theorie das Umfeld und die Mitmenschen des/der Klienten/In sehr wohl in den Pflegeprozess und Entscheidungen miteinbezogen, was den Menschen nicht nur in einer Pflege – Klienten/Innen Beziehung zeigt, sondern ein breiteres Blickfeld eröffnet. Die Einbeziehung der Umwelt, des Umfeldes und deren Einfluss auf den Menschen, sowie dessen Fähigkeit aktiv zu sein, werden auch in Roys Theorie berücksichtigt. Eine solche Sichtweise ist ebenso für die Beratung in der Pflege bedeutend. Dennoch dient in den genannten Theorien die Kommunikation, unter Einbeziehung von Wünschen und Vorstellungen des/der Klienten/In, hauptsächlich dazu, Pflege zu optimieren und mit ihr Erfolg zu haben. Eine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung wird hier nicht angestrebt (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 20-24).

Solch eine Beziehung spielt in der Beratung jedoch eine wesentliche Rolle. Klienten/Innen und Berater/Innen dürfen und sollen sich gegenseitig in den Prozess einbringen. Ein gleichwertiges Verhältnis zwischen Klienten/Innen kann zwar, aufgrund von bestehenden Verschiedenheit, beispielsweise Kulturalität, Wissen oder sozialen Faktoren, nicht vollständig hergestellt werden, das Streben nach diesem bildet jedoch einen Grundstein für die Beratung (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 80-81).

3.4. Gerontologie

Die Forschungsprioritäten aus der Gerontologie bilden eine weitere Grundlage für diese Arbeit. Aus diesem Grund soll eine kurze Darstellung dieser erfolgen.

„Die Gerontologie – die kontinuierliche und systematische Erforschung menschlicher Alternsprozesse – betrachtet Fragen des Alters und Alterns unter hauptsächlich drei

Gesichtspunkten: nämlich dem biologischen, psychologischen und gesellschaftlichen“ (Schmassmann, 2006, S. 17).

Die Biologische Sichtweise beschäftigt sich mit der Endlichkeit des Menschen und mit körperlichen Veränderungen im Alter, als natürliche Folge. Hierbei wird nach allgemeinen „Prozessen“ gesucht, welche Krankheiten, äußere Einflüsse oder den Lebensstil außer Acht lassen. Hier wird auch auf die biologische Individualität eines Jeden hingewiesen, denn jeder Mensch altert anders und körperliche Veränderungen treten zu unterschiedlichen Zeiten auf.

Die psychologische Sichtweise beschäftigt sich mit den „seelisch-geistigen Fähigkeiten“. Eine gesellschaftliche Sicht, führt den Einfluss der Allgemeinheit, der Familie oder politischen Strukturen auf den alten Menschen an (Vgl. Schmassmann, 2006, S. 17-22).

3.4.1. Gerontologie in der Pflege

Die „gerontologische Pflege“ hat ihren Ursprung in der Geriatrie, welche unter Mithilfe der Pflege vor allem Ziele, wie etwa die Gesundung des Alten Menschen oder Mäßigung von Erkrankungsbeschwerden anstrebt. Aus dem Begriff „geriatriische Schwester/Pfleger“, entwickelte sich dann der Begriff „gerontologische Pflege“. Der Fokus wird hierbei nun mehr auf den ganzen Menschen in seinem Alterungsprozess gelegt und nicht ausschließlich auf die Krankheit (Vgl. Kozon & Hanzlíková, 2003, S. 28).

„Die *gerontologische Pflege* können wir im Allgemeinen als wissenschaftliche und praktische Disziplin definieren, die sich auf die Hilfe bei der Ausübung der Aktivitäten und der Befriedigung der Bedürfnisse orientiert, die zur Festigung der Gesundheit, zur Milderung der Krankheit und zum Erreichen der Selbstständigkeit führen.

Gerontologische Pflege ist also die Hilfe bei der Bewältigung der Tätigkeiten, die der ältere Mensch nicht selbst durchführen kann“ (Kozon & Hanzlíková, 2003, S. 28-29).

Gesichtspunkte aus der Gerontologie nehmen einen immer höheren Stellenwert in der Pflegeforschung ein. Dies geht aus einer umfassenden Studie in der Schweiz hervor, wo unzählige Themen festgestellt und festgehalten wurden. Ein wichtiger Forschungsaspekt, betrifft beispielsweise den Alltag des alten Menschen, bzw. die Erleichterung des Alltags

und die „Förderung der Selbständigkeit“. Hierbei wird wiederum auf benötigte, erlernte Fähigkeiten zur Unterstützung des alten Menschen hingewiesen, und die Förderung dieser Fähigkeiten durch die Pflege.

Das Erlernen zusätzlicher Qualifikationen, mit dem Ziel Unabhängigkeit zu fördern, kann durch Beratung und Schulung in der Pflege beeinflusst werden (Vgl. Gogl et al, 2008, S. 435-440).

Das Umsetzen einer Förderung von Unabhängigkeit ist von verschiedenen Faktoren abhängig, welche ebenfalls Beachtung in der Forschung finden. „Neben kognitiven und funktionellen Gesundheitsaspekten beeinflussen die sozioökonomische Situation, die eigenen [sic] Identität und Lebensgeschichte die familiäre und soziale Situation sowie das Angebot von staatlichen Dienstleistungen das eigenständige Leben zu Hause“ (Gogl et al, 2008, S. 440).

Die Gebiete für die Pflegeforschung im Leben der Alten Menschen sind zahlreich. Ein erfolgreiches Leben zu Hause wird als positiv angesehen, auch mit Inanspruchnahme von Pflege. Es wird aber keineswegs ausschließlich dem Leben zu Hause Beachtung geschenkt, somit ergibt sich auch Forschungsbedarf für die Förderung von Unabhängigkeit nach und während einem Aufenthalt im Krankenhaus oder anderen Einrichtungen.

Das Sozialverhalten spielt eine wichtige Rolle und hängt wiederum von möglichen körperlichen Veränderungen ab, als auch von anderen einschneidenden Erlebnissen, welche im Alter präsent werden (beispielsweise der Rückzug aus dem Berufsleben, mögliche familiäre Umstrukturierungen durch Verlust des/der Partners/In oder die Wohnsituation des Menschen). Die Zahl der täglichen körperlichen Beschwerden oder chronischen Krankheiten nimmt zu, daher gilt es hier soziales Verhalten, trotz körperlichen Belastungen zu fördern.

Alte Menschen ohne tägliche Einschränkungen brauchen ein Bewusstsein von notwendigen Präventionsmaßnahmen.

Beratung in der Pflege wäre eine zu erforschende Maßnahme an diesen Dingen unterstützend, anzusetzen (Vgl. Gogl et al, 2008, S. 435-440).

3.4.2. Alterstheorien

Es gibt Alterstheorien aus verschiedenen Bereichen, welche zu eigenen Zeiten entwickelt wurden und auch unterschiedliche Bezeichnungen erhalten haben. Jede Theorie betrachtet den alten Menschen aus einem anderen Blickwinkel. Es gibt keine alles umfassende Theorie. Diese dienen vor allem dazu, sich die eigene Sichtweise bewusst zu machen und andere zuzulassen (Vgl. Matolycz, 2011, S. 13-20).

Um einen weiteren grundlegenden, theoretischen Bezug zum alten Menschen herzustellen, erfolgt hier in Anlehnung an MATOLYCZ (2011) eine kurze Darstellung von einigen *Alterstheorien* aus den Bereichen der Soziologie und Psychologie:

Das „**Defizitmodell**“ wurde aus verschiedenen Studienergebnissen der Psychologie heraus entwickelt und beschreibt den Menschen als ein Wesen, welches im steigenden Alter mit Fähigkeitsveränderungen und „Verlusten“ zu rechnen hat. Vor allem im geistigen Bereich, erfährt der Mensch einen Abbau. Die Bereiche wurden später, beispielsweise auf die Motivationsbereitschaft vom alten Menschen ausgeweitet. Dieses Modell tritt heute zunehmend in den Hintergrund. Viele zu beachtende individuelle Faktoren, welche Auswirkungen auf die Fähigkeiten im Alter haben können, werden anerkannt (Vgl. Matolycz, 2011, S. 13-14).

Die „**Disengagementtheorie**“ baut ähnlich dem Defizitmodell darauf aus, dass das Alter mit einem stetigen biologischen Abbau einhergeht. Diese Theorie besagt, dass aus diesem Grunde immer weniger soziale Kontakte angestrebt würden und somit ein konstanter Rückzug die Folge ist. Eine soziale Einbindung der alten Menschen zu fördern wäre hierbei erfolglos, da diese dem natürlichen Prozess und Wünschen des Alten Menschen entgegenwirke. Diese Annahmen wurden weitestgehend entkräftet, da wiederum andere Einflüsse, beispielsweise Finanzen, die Umwelt oder negative Altersbilder Auswirkungen auf die sozialen Aktivitäten des Alten Menschen haben können (Vgl. Matolycz, 2011, S. 14-15).

Die „**Aktivitätstheorie**“ wurde etwa zeitgleich der Disengagementtheorie entwickelt und stellt zu dieser ein Gegengewicht dar. Hierbei geht es darum, möglichst viele Aktivitäten auszuführen, um einem sozialen Rückzug entgegenzuwirken. Der Mensch strebt nach Aufgaben die er ausführen kann. Im Alter kommen Veränderungen, beispielsweise durch den Verlust des beruflichen Lebens auf, welche durch andere Aktivitäten ausgeglichen werden sollen. Eine kritische Betrachtung dieser Theorie besagt, dass ein solcher Aktivitätsausgleich, nicht auf alle aufkommenden Veränderungen im Leben angewandt werden kann (Vgl. Matolycz, 2011, S. 15-16).

Die „**Kontinuitätstheorie**“ beschreibt den Menschen mit dem Wunsch nach gleichbleibenden Umständen, welche das Gefühl von Sicherheit geben. Dies bedeutet, dass die jüngeren Jahre in den älteren Jahren widergespiegelt werden sollen. Dies soll sowohl innerlich in Form von Werten und Vorstellungen, als auch an äußerlichen Bedingungen, erkennbar sein. In dieser Theorie wird die individuelle Entwicklung vom Menschen anerkannt, jedoch geht diese fest davon aus, dass der Mensch immer die gleichen Verhältnisse beibehalten möchte, was nicht auf jeden Menschen zutreffen wird (Vgl. Matolycz, 2011, S. 16-17).

Das „**Kompetenzmodell**“ sieht im Alten Menschen durchaus Leistungsvermögen. Dies bedeutet, dass der alte Mensch durchaus in der Lage ist, Neues zu lernen und sich neuen Anforderungen zu stellen. Das Wissen und die Erfahrung des alten Menschen, werden hier hoch geschätzt und könnten auch für die allgemeine Gesellschaft von Nutzen sein. Die kritischen Ansichten zu diesem Modell, warnen vor reiner Verherrlichung des Alters und auch hier gilt wiederum, dass es keine Generalisierung von Menschentypen geben kann (Vgl. Matolycz, 2011, S. 17).

Außerdem gibt es Theorien, welche im Alter von einer geistigen Reifung ausgehen oder aufkommende Lebenssituationen als anzunehmende Herausforderungen ansehen. Des Weiteren gibt es „biografisch orientierte“ Anschauungen, welche das Leben des alten Menschen und dessen Verlauf betrachten, als auch den Blick beispielsweise auf das persönliche Erleben von Umständen richten (Vgl. Matolycz, 2011, S. 18-20).

3.5. Kommunikation

Die Kommunikation, hat einen hohen Stellenwert in der Pflege, da diese verstärkt an eine ganzheitliche Anschauung anlehnt und daher die Bedeutung von Gesprächen zunehmend anerkannt wird. Ein weiterer Aspekt ist der Umgang mit Informationen über den Menschen, das Beobachten der Bedürfnisse und das Fördern der Unabhängigkeit. Auf diesen Gebieten wird die Notwendigkeit von Kommunikation deutlich (Vgl. Brunen & Herold, 2001, S. 435).

Demzufolge sollen hier ausgewählte Kommunikationsmodelle und Erklärungen von Kommunikationsarten und deren Bedeutung aufgegriffen werden.

3.5.1. Nonverbale Kommunikation

Nonverbale Signale spielen eine große Rolle in Gesprächen und können eine gute Kommunikation fördern oder auf Unstimmigkeiten hinweisen, wenn die Körpersprache beispielsweise dem Gesagten widerspricht. Es ist daher sinnvoll, sich dieser Sprache, vor allem in einem Beratungsprozess, bewusst zu werden und auch zu lernen diese einzusetzen.

„Dort, wo die Körpersprache stimmig ist, hilft sie, die Kommunikation zu unterstützen. Die Körpersprache kann aber auch auf Diskrepanzen und Probleme hinweisen“ (Rogall et al, 2005, S. 37).

Die nonverbale Kommunikation lässt sich unterteilen und äußert sich „optisch, akustisch, taktil“ oder durch das äußere Erscheinungsbild.

„Optische“ Signale werden z.B. durch Ausdrücke des Gesichtes sichtbar, womit Gefühle und Gedanken aufgedeckt oder auch unterstrichen werden können. Weitere „optische“ Signale sind etwa die „Gestik“, also Bewegungen des Körpers, vor allem die Hände und der Kopf, die allgemeine „Körperhaltung“ und das „Blickverhalten“. Der Blickkontakt spielt eine große Rolle in Gesprächen und fehlende Blicke lassen meist auf Unsicherheit oder Widersprüchlichkeiten schließen. All diese Zeichen können sich natürlich kulturell

etwas unterscheiden, die allgemeinen Gefühlsempfindungen jedoch, haben meist ähnliche Auswirkungen auf die nonverbale Verständigung, bzw. können vom Gegenüber so aufgefasst werden. Die Akustik, also wie das Gesagte übermittelt wird, z.B. in welcher Lautstärke, Geschwindigkeit, oder ob Pausen existieren, spielen ebenfalls eine Rolle für Gespräche. „*Taktile*“ Verhaltensweisen können sich durch Berührungen, während eines Gesprächs äußern, haben aber auch vor allem Bedeutung bei Begrüßungen und Verabschiedungen. Das äußere Erscheinungsbild, wie etwa Kleidung oder Gerüche können auch bewusst eingesetzt werden und wirken ebenfalls auf das Gegenüber.

Jeder Mensch hat auch ein „*räumliches Verhalten*“, was einerseits bedeutet, dass in gewissen Situationen ein individuell, bestimmter Abstand zum Anderen gewahrt werden möchte und andererseits kann der Raum an sich als Mittel zur positiven Gesprächsförderung bewusst eingesetzt werden. Hierbei spielen beispielsweise die Atmosphäre oder die Einrichtung des Raumes eine große Rolle. Gefühle, wie beispielsweise Mitgefühl, können durch Berührung verstärkt ausgedrückt werden. Die Pflege arbeitet mit Körperkontakt und Nähe, daher schließt diese manchmal das individuelle Raumverhalten ein. Dies bedeutet, dass hier ein besonderer Kommunikationsfluss besteht, welcher genutzt werden kann (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 34-40).

3.5.2. Kommunikationsmodell nach Watzlawick

Paul Watzlawick, hat sich mit der menschlichen Kommunikation auseinandergesetzt und dabei fünf Grundsätze aufgestellt. Sein Kommunikationsmodell besagt, dass jegliche Verhaltensweisen, also alles was der Mensch tut oder nicht tut, zur Kommunikation gehören. Dies bedeutet, dass der Körpersprache, den Bewegungen, der Haltung und anderen sprachlichen Verhaltensweisen der jeweiligen Person ebenfalls Beachtung geschenkt werden muss. Hierzu zählen also nicht nur reine Worte, sondern z.B. auch Pausen, Betonungen, ein Blick, das Lächeln oder Seufzen, ungeachtet davon ob die jeweiligen Handlungen bewusst oder unbewusst ausgeführt wurden (Vgl. Watzlawick et al, 2007, S. 51-52).

Watzlawick führt im *ersten* Grundsatz an, dass jede Verhaltensweise gleichbedeutend mit Kommunikation ist, was bedeutet, dass man „nicht *nicht* kommunizieren kann. Handeln

oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht *nicht* auf diese Kommunikationen reagieren und kommunizieren damit selbst“ (Watzlawick et al, 2007, S. 51).

Der *zweite* Grundsatz besagt, dass jede Aussage einen „*Inhalts- und einen Beziehungsaspekt*“ hat. Dies bedeutet, dass alles was gesagt wird, eine gewisse Botschaft oder Aussage hervorbringt, aber auch aufzeigt, wie diese Botschaft vom Gegenüber verstanden werden soll. Es wird also deutlich, dass jeder in einem Gespräch, auch die jeweilige Beziehung zum Gegenüber ausdrückt bzw. die eigene Sichtweise über diese vermittelt.

Der *dritte* Grundsatz nennt sich „*Interpunktion von Ereignisfolgen*“. Es scheint, als wäre Kommunikation ein ständiger Austausch von Informationen, wobei jedoch jeder Mensch eigene Strukturen oder Schwerpunkte entwickelt hat. Jeder Mensch hat also ganz individuelle, teilweise von der Kultur oder anderen Dingen beeinflusste Strukturen der Kommunikation in Gesprächen. Diese wirken sich wiederum auf den Gesprächsverlauf und die Beziehung zum Gegenüber aus. Wenn die Interpunktionsstrukturen der Menschen sehr unterschiedlich sind, kann es häufig zu Konflikten kommen (Vgl. Watzlawick et al, 2007, S. 53-59).

Viertens unterscheidet Watzlawick zwischen „*digitaler und analoger Kommunikation*“. Diese beiden Kommunikationsformen beeinflussen jedes Gespräch, ergänzen wiederum einander und sind einzeln betrachtet unvollständig. Die „digitale Kommunikation“ äußert sich vor allem durch Wörter, Bezeichnungen für die Dinge und bringt wiederum einen bestimmten Inhalt zum Ausdruck. Sie kann Dinge sehr präzise beschreiben und ist grundsätzlich ein vielfältiges Sprachmittel, vor allem auch zur Weitergabe von Wissen. Eine rein digitale Ausdrucksweise jedoch bringt die Beziehungsebene nicht ausreichend zum Ausdruck. Hierfür ist die analoge Kommunikationsform von Bedeutung, welche durch Veranschaulichung zum Ausdruck gebracht wird, z.B. durch Körpersprache. Wie bereits erwähnt, ergänzen sich beide Formen, da beispielsweise Sprache, welche sich der analogen Kommunikation widerspricht, Fehlschlüsse hervorbringt. Ebenso könnte eine rein analoge Zeichensprache falsch ausgelegt werden.

Fünftens beschreibt Watzlawick, dass es „*symmetrische und komplementäre Interaktionen*“ gibt. Diese beiden bringen die jeweilige Beziehung zwischen Menschen zum Ausdruck, welche entweder auf „Gleichheit“, also symmetrische Form oder auf „Unterschiedlichkeit“, komplementäre Form aufbaut. Symmetrische Beziehungen streben nach Gleichheit und wollen unterschiedliche Sichtweisen abbauen, während komplementäre Beziehungen die Unterschiedlichkeit ausdrücken und im besten Fall nutzen können (Vgl. Watzlawick et al, 2007, S. 61-70).

3.5.3. Transaktionsanalyse nach Berne

Um Bernes Modell der „Transaktionsanalyse“ erklären zu können, muss vorerst die „Struktur“ einer Persönlichkeit beschrieben werden. Diese lässt sich mit drei verschiedenen „Ich-Zuständen“ erklären, welche gesondert voneinander betrachtet werden können. Ideal ist es, wenn alle drei Zustände zusammenspielen und diese bewusst werden können, um angemessen damit umzugehen (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 24-26).

Berne unterscheidet zwischen dem „Eltern-Ichzustand“, „Erwachsenen-Ichzustand“ und dem „Kind“. Der „Eltern-Ichzustand“ setzt sich aus Erfahrungen und Einstellungen zusammen, welche von einem Elternteil aufgenommen wurden. Einerseits ergeben sich maßregelnde oder moralische Verhaltensmuster und andererseits kommen in bestimmten Situationen fürsorgliche Merkmale zum Vorschein. Das „Kind“ bringt Gefühle oder Regungen aus der Kindheit hervor. Dieses kann sich wiederum durch Anpassung, Unterwerfung oder Aufmerksamkeitsbedürfnis, Rebellion äußern. Der „Erwachsenen-Ichzustand“ zeigt sich im selbstständigen Denken und analysiert die Realität (Vgl. Berne, 2001, S. 71-74).

Unter „Transaktion“ versteht Berne jegliche Gestaltung gegenseitiger Umgangsformen. „Diese verlaufen typischerweise in Form von Ketten: Ein *transaktionaler Stimulus* von X ruft eine *transaktionale Reaktion* von Y hervor; diese Reaktion wird zum Stimulus für X, und die Reaktion von X darauf wird im Gegenzug zum neuen Stimulus für Y. Die *Transaktionsanalyse* beschäftigt sich mit der Analyse solcher Verkettungen und insbesondere mit ihrer Programmierung“ (Berne, 2001, S. 84).

Aus diesem Zitat geht hervor, dass ausgesendete Nachrichten vom Empfänger einerseits einen Einfluss auf die Reaktion des Gegenübers haben und andererseits dessen Reaktion wiederum Einfluss auf den Gesprächsverlauf hat. Dies bedeutet, dass eine gegenseitige Verflechtung besteht. Hier muss den jeweiligen „IchZuständen“ Beachtung geschenkt werden, welche wohlbermerkt jederzeit beliebig gewechselt werden können. Je nachdem, auf welchen Ichzustands-Ebenen kommuniziert wird, unterscheidet Berne zwischen „komplementären Transaktionen“ und „Überkreuz-Transaktionen“.

Eine „komplementäre Transaktion“ würde beispielsweise bedeuten, dass zwei Menschen auf gleichen Ichzustands-Ebenen kommunizieren. Hier würde etwa, eine gesendete Nachricht eines „Erwachsenen Ichs“ eine Reaktion des „Erwachsenen“ Gegenübers hervorrufen. Es gibt jedoch auch noch viele andere Ausprägungen „komplementärer Transaktionen“, welche im Gespräch durchaus erfolgreich verlaufen können, wie etwa wenn Transaktionen zwischen, sich ergänzenden Ichs bestehen, wie beispielsweise zwischen einem „Eltern Ich“ und einem „Kind“. Eine „Überkreuz-Transaktion“ besteht, sobald eine flüssige Transaktion unterbrochen wird. Diese liegt vor, wenn eine Nachricht eines „Erwachsenen Ichs“, welche für das „Erwachsene Ich“ des Gegenübers bestimmt ist, auf eine Reaktion des „Kindes“ oder dem „Eltern Ich“ stößt. Diese Form führt zu zwischenmenschlichen Missverständnissen, welche die Kommunikation stören.

Eine Analyse der Transaktionen ist wichtig, um sich den Ichzuständen bewusst zu werden und die Ursache von Konflikten aufdecken zu können. Alle Ichzustände sind wichtig und sollten ihre Aufmerksamkeit erhalten, generell sollte jedoch das „Erwachsene Ich“ gestärkt werden (Vgl. Berne, 2001, S. 90-94).

3.5.4. Kommunikation nach Schulz von Thun

Das Modell von Schulz von Thun beschäftigt sich mit anfallenden Problemen in der Kommunikation, damit was dahinter steckt und wie diese verbessert werden kann.

Es gibt „vier Seiten“ einer Nachricht in der Kommunikation, den „Sachinhalt“, den „Beziehungsaspekt“, die „Selbstoffenbarung“ und den „Appell“. Jede ausgedrückte Nachricht einer Person hat also einen bestimmten Inhalt, drückt aus in welcher Beziehung die beiden Kommunizierenden zueinander stehen, gibt etwas von der Person selbst preis und möchte auch etwas verändern bzw. eine Auswirkung haben (Vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 13-16).

Wie es vier Seiten einer ausgesendeten Nachricht gibt, bestehen auch vier Empfangsöhren, womit eine Nachricht gehört werden kann. Der Empfänger entscheidet selbst, auf welche Botschaft er reagieren möchte. Dies bedeutet, dass jede Nachricht, je nach Ausrichtung der Empfangsöhren unterschiedlich, aufgenommen werden kann.

Dadurch kann es leicht zu Kommunikationsproblemen kommen. Es sind beispielsweise nicht immer alle Ohren empfangsbereit, oder manche Menschen hören besonders gut auf einer Empfangsebene. Diese Erscheinung ist insbesondere problematisch, wenn der Sender einer Botschaft etwas anderes ausdrücken möchte, als diese vom Gegenüber verstanden wird. Des Weiteren wird es problematisch, wenn zwei Personen einen Konflikt beispielsweise auf der Sachebene austragen wollen, obwohl sich der eigentliche Konflikt auf die Beziehungsebene bezieht. Konflikte können aber auch durch andere Unstimmigkeiten aufkommen, wie etwa wenn körperliche Anzeichen oder die nonverbale Ausdrucksweise dem Gesagten widersprechen. Diese Abläufe sind den Kommunikationspartnern oft gar nicht bewusst und daher gilt es, zur Verbesserung der Gesprächsbasis sich diese Dinge vor allem bewusst zu machen (Vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 35-50).

Um eine problematische Kommunikation zu verbessern, ist es wichtig, beim einzelnen Individuum zu beginnen bzw. bei sich selbst. Es soll aber auch der allgemeine „Umgangsstil“ beleuchtet werden, da Beziehung immer zwischen mindestens zwei Menschen besteht. Des Weiteren sollte auch ein Augenmerk auf das Umfeld, die Gesellschaft oder die Bedingungen, in welchen sich die Personen begegnen, gelegt werden. Es ist vor allem wichtig, sich mit den Gefühlen zu beschäftigen und sich der eigenen „Innenwelt“ bewusst zu werden. Das heißt, es soll geprüft werden, ob das Gesagte mit dem Gefühlsleben übereinstimmt. Es muss aber auch erforscht werden, wie das Gesagte vom Gegenüber aufgefasst wird (Vgl. Schulz von Thun, 2005, S. 16-21).

4. Beratung im Allgemeinen

Es existieren unterschiedliche Begrifflichkeiten für Beratung, welche teilweise synonym verwendet werden. In diesem Kapitel werden für die Pflege relevante Begriffe herausgefiltert. Eine Auseinandersetzung mit der Entwicklung und Techniken von Beratung soll stattfinden, sowie die Relevanz für die Pflege erörtert werden. Die Rolle der Familie, als auch eventuelle Geschlechts- und Kulturunterschiede werden aufgegriffen.

4.1. Begriffsfassung von Beratung

Beratung kann in vielen verschiedenen Bereichen ihre Anwendung finden und sich daher auch in verschiedenen Formen äußern. Diese kann in speziellen Settings zwischen „Helfer/Innen“ und Klienten/Innen, aber auch im Berufsalltag unter anderem als „Unterstützungsangebot“ oder Begleitung, als auch in Form von Wissensvermittlung eingesetzt werden. In jedem Fall ist Beratung eine Form des Kontakts zwischen zwei Menschen, mit Hilfe von gelernten Kommunikationstechniken, bestimmte Ziele zu erreichen und den/die Klienten/In bestmöglich, dabei zu unterstützen Probleme zu bewältigen. Beratung gibt dabei keine spezifischen Lösungen vor und ist somit nicht als eine Form des „Ratschlags geben“ zu betrachten (Vgl. Sickendiek et al, 2008, S. 13- 14).

Generell wird zwischen „Alltagsberatung“ und „Professioneller Beratung“ unterschieden. „Alltagsberatung“ kann sowohl in alltäglichen Gesprächen, als auch im Berufsalltag vorkommen, wobei es sich hier auch um eine gewisse Hilfestellung handeln kann. Diese äußert sich beispielsweise unter Freunden oder Bekannten, im Geben von Ratschlägen oder Diskutieren über bestimmte Themen mit dem Ziel zu einer gemeinsamen Lösung zu gelangen. Der Unterschied zu einer „professionellen Beratung“ liegt in einer bewussten methodischen und zielorientierten Gestaltung und hierfür sind besondere Fähigkeiten bzw. Wissen des/der Beraters/In notwendig (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 68-69; Suditu, 2003, S. 162-163).

Das Wissen der Berater/Innen ist komplex. Berater/Innen „müssen wissen, wie sie Gespräche mit einzelnen Personen, Gruppen und ggf. auch Organisationen gestalten, wann

und mit welchen Konsequenzen sie etwas ansprechen, wann sie Netzwerke einbeziehen, Ressourcen ermitteln und aktivieren helfen, wie sie mit Konflikten umgehen, wie sie Veränderungen initiieren, durchführen und evaluieren können, wie mit kultureller Vielfalt und Pluralität umzugehen ist, welche sozialen oder räumlichen Kontexte wie in das Beratungsgeschehen zu integrieren sind“ (Engel & Sickendiek, 2005, S. 165).

Wie aus dem Zitat hervorgeht, müssen Berater/Innen die Fähigkeit entwickeln, auf das Gegenüber in den verschiedensten Situationen, sowohl kommunikativ eingehen zu können, als auch einen Blick auf beeinflussende Faktoren einbeziehen.

Beratung ist ein Prozess, dessen Dauer begrenzt ist. Der/Die Berater/In kann im Prozess verschiedene Methoden und Techniken einsetzen. In der Beratung werden die aufkommenden Themen des/der Klienten/In behandelt und es werden gemeinsam erreichbare Ziele gesucht und festgesetzt. Es wird eine Beziehung zum Gegenüber aufgebaut und gestaltet. Vorhandene Ressourcen des/der Klienten/In werden genutzt und dieser/diese wird aufgefordert aktiv den Prozess mitzugestalten (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 73).

Der Beratungsprozess bezieht sich nicht nur auf den möglicherweise verändernden Verlauf von Beratungseinheiten, sondern ist eine Ansichtsform und zeigt auf, dass jede Interaktion und Beratung in irgendeiner Form Spuren beim Menschen hinterlässt (Vgl. Engel & Sickendiek, 2005, S. 164).

Wesentlich für die Beratung ist ein erfolgreicher Beziehungsaufbau zwischen dem/der Berater/In und dem/der Klienten/In. Beide sollten als gleichberechtigte Partner angesehen werden. Dazu ist eine gewisse „Sensibilität“ des/der Beraters/In notwendig, wobei hier besonders auf eine verständliche Sprache und mögliche kulturelle Einflüsse geachtet werden muss. Die individuelle Sicht des/der Einzelnen Klienten/In ist stets einzubeziehen. Beratung achtet jedoch auch auf die äußeren Gegebenheiten und Einflüsse und bezieht somit auch soziale Einflüsse ein (Vgl. Schaeffer & Dewe, 2008, S. 140).

Beratung muss also viele den Menschen betreffende Gegebenheiten beachten. Unter anderem ist Beratung „dialogische Kommunikation, Achtung vor der Einzigkeit der Würde des Menschen, Wahrnehmen der Kompetenz der Pflegebedürftigen, Förderung der

Ressourcen, Respekt vor der Selbstbestimmung, Wahl ermöglichen, Umweltbedingungen einbeziehen, vom biographischen Gewordensein und den Zukunftsperspektiven ausgehen“ (Koch-Straube, 2008, S. 66).

4.1.1. Aufgaben der Beratung

In diesem Abschnitt sollen noch einmal einige Aufgaben der Beratung herausgefiltert werden, um einen Überblick zu erhalten.

Die Aufgaben der Beratung, können je nach Situation des/der Klienten/In etwas variieren.

„Beratung kann präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen, also im Vorfeld der Entstehung manifester Probleme ansetzen, bei aktuell bestehenden Schwierigkeiten in Anspruch genommen oder in bezug auf den Umgang mit Folgen von Beeinträchtigungen nachgesucht oder angeboten werden“ (Sickendiek et al, 2008, S. 13).

Aus diesem Zitat wird auch schon deutlich, dass Problemsituationen des Menschen nicht immer zu lösen oder aus der Welt zu schaffen sind. Daher versteht sich der Weg von Beratung nicht zwangsläufig darin, dies zu versuchen, sondern primär Probleme zu erkennen und zu mindern oder auch mit den Auswirkungen von veränderten Lebensumständen besser klar zu kommen (Vgl. Sickendiek et al, 2008, S. 13).

Zu den spezifischen Aufgaben der Beratung zählt beispielsweise das „Informieren“. Dabei sollen dem/der Patienten/In die jeweiligen Möglichkeiten und Angebote aufgezeigt, sowie ein Verständnis für die eigene gesundheitliche Situation gefördert werden. Beratung kann „koordinieren“ und vielseitig „unterstützen“, wobei hier wiederum das Einbeziehen der vorhandenen Netzwerke, beispielsweise das Umfeld, die Familie oder professioneller Stellen wichtig ist. Beratung erfolgt „persönlich“ und kann somit die individuellen Bedürfnisse, Fragen oder Ängste des Menschen ermitteln und darauf eingehen. Eine reine Informationsübermittlung reicht nicht aus, denn es folgt eine individuelle Verarbeitung der Informationen, welche im persönlichen Gespräch ebenfalls ermittelt werden kann. Beratung hat grundsätzlich immer eine Stärkung der Position des Individuums im Blick (Vgl. Brinkmann-Göbel, 2001a, S. 26-29).

4.2. Entwicklung von Beratung

Beratung gab es schon in der Antike, wobei Beratung zu früheren Zeiten auf den Alltag ausgerichtet war. Beratung als Profession hat sich erst im Laufe der Zeit mit den Wissenschaften entwickelt, woraus Beratung heute ihre verschiedenen Sichtweisen bezieht (Vgl. Engel, 2006, S. 9-10; Vgl. Sickendiek et al, 2008, S.31).

Es gibt demnach Beratungstheorien, aus den Bereichen der Psychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik, welche auch für die Pflege relevant sein können. Jedes dieser Konzepte hat andere Prioritäten und Vorstellungen, bezüglich „Menschenbild“, dem Verhalten des Menschen oder den Zielen der Beratung. Daher gibt es verschiedene Sichtweisen für die Beratung, welche sich dennoch in manchen Dingen und Zielen überschneiden und ähnlich sein können (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 103-104).

Trotz oder aufgrund der Entwicklung von Beratung aus den genannten, verschiedenen Bereichen, wird diese immer mehr „disziplinübergreifend“ betrachtet werden. Dies bedeutet, dass sich Beratung zunehmend „lebensweltorientiert“ und „biographisch“ versteht (Vgl. Sickendiek et al, 2008, S. 57-58).

Beratung hat sich im Laufe der Jahre auch zu einem öffentlichen Bereich entwickelt. Dies bedeutet, dass Beratung heute auch von der Gesellschaft und den jeweiligen Problemen der Zeit geprägt wird. Dadurch haben sich unzählige spezielle Beratungsfelder gebildet. Hierzu zählen z.B. die Familienberatung, Bildungsberatung, Beratung in Wirtschaftsfragen oder Gesundheitsberatung welche sich mit allen Belangen der Gesundheit befasst. Die Tatsache, dass Beratung in den verschiedensten Bereichen vorkommt und auch im Alltag stattfindet, erschwert eine Übersicht und dieser Aspekt täuscht darüber hinweg, dass es keiner speziellen Ausbildung bedarf um Beratung ausführen zu können. Einerseits muss hier also eine genaue Beleuchtung des Feldes, in welchem Beratung stattfindet, gelernt werden und andererseits muss die Befähigung von Beratung als Profession anerkannt werden.

Dies bedeutet für die Praxis, dass der/die Beratende ein spezifisches Fachwissen über das jeweilige zu beratende Feld haben muss und außerdem theoretisches Wissen über Beratungstheorien und Techniken, wie beispielsweise die Kommunikation oder

Handlungswissen. Das laufende Zusammenspiel von Theorie und Praxis ergibt schließlich professionelles Beraten (Vgl. Engel & Sickendiek, 2005, S. 164-165).

4.2.1. Beratung und Therapie

Die Begriffe Beratung und Therapie werden häufig synonym benutzt. Es ergeben sich durchaus Gemeinsamkeiten, jedoch auch wesentliche Unterschiede der Handlungsfelder, welche hier aufgegriffen werden sollen.

Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil, aller genannten Bereiche. Es gibt demnach ein „Problem“ oder eine Angelegenheit durch verändernde Umstände im Leben, welche behandelt werden. Der/Die Klient/In soll in jedem Fall, in dessen/deren Selbstkontrolle gestärkt werden und dessen/deren Bereitschaft, sich auf das jeweilige Angebot einzulassen ist notwendig (Vgl. Schaeffer & Dewe, 2008, S. 129-130).

Beratung stellt eine Verbindung zwischen „Problemsystemen“ (z.B. Personen, Umständen) und „Hilfssystemen“ (z.B. Ressourcen) dar.

Im Beratungsprozess bewegt man sich, laut Redlich auf den bereits genannten vier Ebenen der Kommunikation nach Schulz von Thun. Es geschieht ein gegenseitiger Austausch von „Informationen“. Es werden gemeinsam „Maßnahmen“ gesucht. Das „innere Erleben“ wird nach Außen gebracht und es geschieht Beziehungsgestaltung. Beratung befasst sich mit allen vier Ebenen, umfasst also ein breites Spektrum und unterscheidet sich dadurch von einer Therapie. Therapie kommt also dort zum tragen, wo eine Beratung nicht mehr effizient ist, sie ist somit tiefergehend und dauert oft länger (Vgl. Redlich, 1997, S. 151-159).

„Beratung zielt stärker als Therapie auf die Veränderung der Umweltbedingungen des Individuums und seiner Interaktionen darin und weniger auf die Auflösung innerpsychischer Konflikte“ (Koch-Straube, 2008, S. 68).

Laut Schaeffer & Dewe ist der Grund, Beratung in Anspruch zu nehmen, ebenfalls eine bestehende „Problemsituation“ des/der Klienten/In. Der/Die Berater/In soll unterstützend dazu beitragen, dass der/die Klient/In selbst, denkbare Handlungsmöglichkeiten erkennt.

Außerdem ist der/die Berater/In bei der „Umsetzung gemeinsam erarbeiteter“ Möglichkeiten eine Hilfe. Beratung setzt dort an, wo Menschen eigenständig fähig sind, mit unterstützenden Hilfeleistungen oder nötigen Informationen ihre Lage zu verbessern. Beratung kann sowohl mit einzelnen Personen oder in Gruppen erfolgen. Diese findet in der Regel zeitlich beschränkt statt und gilt daher als „Kurzzeitintervention“ (Vgl. Schaeffer & Dewe, 2008, S. 138-139).

Therapie hingegen ist auf einen längeren Zeitpunkt ausgerichtet. Der/Die Patient/In hat meist wenig Möglichkeit, sich selbstständig aus der Situation zu verhelpen. Therapie bezieht sich somit auf „Gesundheitsstörungen“ und zielt im besten Fall auf Heilung der „psycho-sozialen Integrität“ ab. Diese soll den Menschen wiederum befähigen, das eigene „Handlungsvermögen“ wieder zu erlangen oder zu verbessern (Vgl. Schaeffer & Dewe, 2008, S. 146-147).

Einige „Beratungsansätze“ haben sich aus „Therapeutischen“ Ansätzen heraus entwickelt. Dennoch ist Beratung als eigenständiges Feld zu betrachten, welches keinesfalls unter einer Therapie steht.

„Beratung ist nicht Minimalversion von Therapie, sie stellt nicht die Ersatzlösung für eine nicht mögliche Therapie dar (z. B. weil Therapie nicht gewollt ist oder kein Therapieplatz frei ist). Beratung kann gleichwohl zu einer Therapie überleiten“ (Koch-Straube, 2008, S. 72).

Eine definitive Unterscheidung der beiden Begriffe ist jedenfalls nicht leicht, da Beratung als auch Therapie „Hilfeleistungen“ sind, welche mit Anwendungen von Methoden arbeiten und jeweils zu erreichende Ziele festlegen (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 68).

4.3. Beratungsindikation

Beratung wird benötigt, wenn die eigenen Kräfte nicht mehr ausreichen, um auf aufkommende Probleme zu reagieren. „Professionelle Beratung setzt ein oder ist erforderlich, wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfenetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (Koch-Straube, 2008, S. 66).

Durch die demografische Entwicklung und Veränderungen des allgemeinen Gesundheitsbildes ergeben sich neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen, wobei Beratung darauf reagieren kann.

„Der demografische Wandel hat unabhängig davon, dass spätere Generationen im Allgemeinen einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als frühere, steigende Ausgaben in den sozialen Sicherungssystemen zur Folge. Gleichzeitig gewinnen in der gesundheitlichen Versorgung chronische Krankheiten gegenüber akuten Krankheiten an Gewicht. Unter politischen Entscheidungsträgern besteht heute weitgehend Einigkeit, dass eine demografie-sensible Gesundheitspolitik stärker als bisher auf Eigenverantwortung und Prävention setzen muss“ (BMFSFJ, 2010, S. 242).

Die Rollen des Patienten haben sich im Laufe der Jahre ebenfalls verändert. Patienten/Innen wollen und sollen aktiv mitarbeiten. Es gibt unzählige Angebote, welche auch bereits genutzt werden, andererseits ist es nicht leicht in der Fülle der Angebote das Passende zu finden. Eine Aufgabe der Beratung ist es also auch die Menschen zu informieren um deren Selbstständigkeit noch zu fördern. Beratung deckt auch vor allem bisher ungenutzte Ressourcen auf und hilft Lösungen zu finden (Vgl. Schneider et al, 2003, S 64-69).

Einige Gründe laut London (2010) weshalb Beratung benötigt wird:

- sachgerechte und wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen
- lebenswichtige Selbstversorgungskompetenzen zu entwickeln
- Probleme zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren
- Antworten auf Fragen zu bekommen bzw. zu finden

Beratung richtet somit stets den Blick auf den/die Patienten/In, um den Zustand oder die Umstände zu verbessern (Vgl. London, 2010, S. 288).

4.3.1. Ziele der Beratung

Die unterschiedlichen Beratungsfelder oder Disziplinen können verschiedene Ziele aufwerfen, es können aber auch durchaus Gemeinsamkeiten gefunden werden, welche sehr allgemein auf die Beratung zutreffen.

Beratung hat „[...] generell die Förderung von Selbst- und Situationserkenntnis sowie die Eröffnung und Aktivierung von Kompetenzen und Ressourcen auf seiten der KlientInnen zum Ziel [...]“ (Sickendiek et al, 2008, S.15).

Ein wesentliches Ziel von Beratung ist somit die „*Stärkung der Selbstbestimmung*“ des Menschen. Es gibt unzählige Angebote im Gesundheitswesen und Beratung kann hier helfen einen Überblick zu erhalten, um selbst Entscheidungen treffen zu können.

Des Weiteren ist die „*Stärkung der Beteiligung*“ ein Ziel der Beratung. Diese kann nur erfolgreich sein, wenn der/die Patient/In bereit ist mitzuarbeiten. Das bedeutet auch, dass die Wünsche, Umstände und Ressourcen des/der Klienten/In stets Beachtung finden.

Gesundheitsberatung setzt sich mit allen Belangen der Gesundheit auseinander. Gesundheit soll erhalten oder Unabhängigkeit gefördert werden. Gesundheitsberatung möchte Menschen aller Schichten, möglichst frühzeitig zu erreichen, mit dem Ziel soziale Ungleichheit zu verringern (Vgl. Brinkmann-Göbel, 2001a, S. 24-26).

London beschreibt die Ziele der Beratung sehr praxisnah. Demnach werden gemeinsam mit dem/der Klienten/In Ziele festgelegt. Der „Beratungsbedarf“ soll wenn möglich von dem/der Klienten/In selbst erkannt werden und dessen „Prioritäten“ werden beachtet. Der/Die Klient/In wird aufgefordert aktiv mitzuarbeiten und die Suche nach den Möglichkeiten und Ressourcen wird folglich begonnen. Beratung verfolgt des Weiteren das Ziel, dass der/die Klient/In das Gelernte umsetzen kann. Beratung kann somit den Menschen einbeziehen, um den „Lernerfolg“ und das Verständnis für die Thematik zu prüfen. Beratung kann auch Möglichkeiten oder Netzwerke aufzeigen, um das Interesse zu wecken, nach dem Prozess weiter zu lernen und ist auch in dieser Hinsicht offen für die Wünsche des/der Klienten/In (Vgl. London, 2010, S. 320-321).

Beratung hat stets den/die Klienten/In im Blick. Folgendes Zitat fasst nochmals wesentliche Ziele von Beratung, aus der Sicht des/der Beraters/In, zusammen.

„BeraterInnen machen sich im Beratungsprozess ein Bild von der Person, Situation und Umwelt der Ratsuchenden (wahrnehmen), unterstützen die Ratsuchenden, Strukturen und Muster ihrer individuellen Lage zu erkennen (ordnen), wenden sich den Ratsuchenden zu und zeigen sich zur Mitwirkung an der Problemlösung bereit (teilnehmen) und helfen ihnen schließlich als ermutigende PartnerInnen, Auswege und Lösungen zu entwickeln und Fähigkeiten und Autonomie (zurück) zu gewinnen (für möglich halten)“ (Sickendiek et al, 2008, S. 14).

4.4. Beratung in der Pflege

„Pflegerberatung ist eine zielorientierte Tätigkeit der Pflegenden, die zeitlich, räumlich und personell begrenzt ist und zur Erhöhung des Wissen [sic], zur Verbesserung der Fertigkeiten und zur Änderung der Einstellungen des Patienten zu einem bestimmten Gesundheits- und Pflegeproblem führt“ (Kozon & Hanzlíková, 2003, S. 35-36).

Wenn Veränderungen im Leben eintreten welche pflegerische Maßnahmen erforderlich machen, dann ist die Pflege die Verbindung zwischen Patienten/Innen und den Erfahrungen, Ängsten und Fragen, die der Mensch erlebt. Die Menschen sind verunsichert und wissen nicht, wie sie auf die neue Situation reagieren sollen. Pflegekräfte können hier mit Hilfe der Beratung einhaken und dadurch dem Menschen bestenfalls die psychische und körperliche Unabhängigkeit zurückgeben oder zumindest fördern (Vgl. London, 2010, S. 27).

Die Unabhängigkeit kann, wie bereits erwähnt durch informieren gestärkt werden. Eine Maßnahme zur Förderung der Unabhängigkeit ist „die gewissenhafte Vermittlung von Informationen, das heißt die Beratung von Patienten und Angehörigen“ (London, 2010, S. 27).

Eine Wissensvermittlung reicht jedoch noch nicht aus, um den Menschen dazu zu bringen, das Gelernte in den Alltag einzubauen und gegebenenfalls sein Verhalten zu ändern. Beratung ist mehr als reine Informationsweitergabe und wird erst effektiv wenn der tatsächliche Lernerfolg überprüft wird und der/die Patient/In, entsprechende Hilfestellung zur Verhaltensänderung erhält (Vgl. London, 2010, S. 60).

„Beratung bedeutet [...] nicht in erster Linie die Vermittlung von immer mehr Informationen, sondern die Erweiterung von Fähigkeiten und Fertigkeiten bei den Beratenen“ (Suditu, 2003, S. 165-166).

Es gibt verschiedene Grundsätze, welche für Beratungssituationen in der Pflege relevant sein können.

Hierzu zählt die „*Ressourcenorientierung*“, welche den Blick auf die vorhandenen Möglichkeiten und Potentiale des Menschen richtet und versucht Ressourcen jeglicher Art zu ermitteln.

Eine „*Lösungsorientierung*“ sucht nach möglichen Lösungsansätzen, welche im gemeinsamen Prozess aufgespürt werden.

Die „*Präventionsorientierung*“ bezieht sich auf Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit bei gesellschaftlichen Gruppen mit hohen Risikofaktoren.

Eine „*Gesundheitsförderungsorientierung*“ möchte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit finden und in das Leben integrieren, daher richtet diese den Blick auf die ganze Bevölkerung.

Die „*Interaktionsorientierung*“ macht deutlich, dass ein gelungener Beziehungsaufbau in der Beratung für deren Erfolg wesentlich ist (Vgl. Engel, 2006, S. 34-48).

4.4.1. Positionierung von Beratung in der Pflege

„Beratung – die Zusammenarbeit mit anderen, um diese bei der Lösung ihrer Probleme zu helfen – ist für Pflegende keine neue Aufgabe. In unserer heutigen Zeit, in der Bedingungen für die Gesundheitsversorgung immer komplexer werden und sich immer schneller verändern, wird der Ruf nach Pflegenden, die formale Beratungsleistungen anbieten, immer lauter. [...] Die Umstellung der Lebensgewohnheiten, langfristige Therapien oder dringend erforderliche Vorbeugungen verlangen nach einer hochqualifizierten Beratungsleistung seitens des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ (Suditu, 2003, S. 161).

Aus diesem Zitat geht hervor, dass Beratung durchaus als eine Aufgabe der Pflege erkannt wird.

Dies geht auch bereits aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe hervor. Darin werden Aspekte der Beratung als Aufgabe in der Pflege bereits in der Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege angeführt.

Laut § 42 sind unter anderem soziologische, psychologische und pädagogische Fächer, Bestandteil der Ausbildung. Unter anderem werden die Begriffe „Gesundheits- Erziehung“ und „Förderung“ angeführt. Ein Auseinandersetzen verschiedener Techniken, wie „Konfliktbewältigung“, „Kommunikation“, „Supervision“ und „Kreativitätstraining“ findet statt (Vgl. ÖGKV: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. <http://www.oegkv.at/index.php?id=2986>, Zugriff am 15.12.2011).

Die Pflege hat also den Begriff Beratung als Aufgabe aufgefasst. In § 16 des GuKG. wird dies noch einmal sehr deutlich:

Ein Aufgabenbereich der Pflege ist, „Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung“ (ÖGKV: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. <http://www.oegkv.at/index.php?id=2986>, Zugriff am 15.12.2011).

Beratung ist also einerseits bereits Bestandteil der Pflege, andererseits werden spezifischere Fächer wie „Gesprächsführung“ oder „Beratung“ noch nicht in der Ausbildung angeboten. Beratung könnte aber durchaus professionell sein, indem sie in das berufliche Handeln der Pflege mit einbezogen wird (Vgl. Engel & Sickendiek, 2005, S. 163-164).

Es gibt hierbei verschiedene Sichtweisen darüber, ob Beratung als eigenständiges Feld in der Pflege oder als in den Pflegeprozess integrierte Aufgabe anzusehen ist.

Beratung in der Pflege als „selbstverständlicher“ integrierter Bestandteil vermag, laut Koch-Straube, die pflegerische Sichtweise in den Mittelpunkt zu stellen. Nicht die Krankheit selbst ist Kernpunkt, sondern das individuelle Erleben, die Veränderungen und die Fragen des/der Patienten/In. Dies könnte beispielsweise in Form einer „Erstberatung“ eingeführt werden, um dem/der Klienten/In zu helfen, besser eigene Entscheidungen treffen zu können (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 191-192).

Laut Engel ist Beratung in der Pflege „nicht integraler Bestandteil“, da diese eine bewusste, professionelle Handlung und somit ein geplanter „Prozess“ ist. Der Bedarf, Probleme, Ressourcen und Ziele werden hierbei, gemeinsam mit dem/der Klienten/In ermittelt. Spezifische „Gesprächstechniken“ und Einstellungen des/der Beraters/In sind wesentlich. Diese Fähigkeiten könnten, in Form eines spezifischen Aufbaumoduls, in die Ausbildung integriert werden (Vgl. Engel, 2006, S. 67-69).

Wie aus diesen Äußerungen hervorgeht, ist in jedem Fall der Beratung in der Pflege spezifischen Raum zu geben. Ein Ausbau dieser in der Pflegepraxis ist erforderlich und es wird nötig diese genau zu definieren.

Beratung ist in jedem Fall mit entsprechendem Fachwissen verbunden. „Die Grundlage für eine erfolgreiche Patientenberatung ist eine fundierte pflegerische und pflegewissenschaftliche Ausbildung sowie eine entsprechende Praxis. Als Pflegeberater/In kann nur eine Person agieren, die über eine umfangreiche Berufserfahrung verfügt und zum Zeitpunkt der Beratung auch noch enge Verbindungen zur direkten Pflege hat“ (Suditu, 2003, S. 165).

Beratung ist somit als professionelle Leistung anzusehen. „Pflegeberatung ist ein Tätigkeitsbereich, der die Professionalität der Pflegenden aufzeigt und den Klienten bzw. pflegenden Angehörigen effektiv Hilfe leistet“ (Kozon & Hanzlíková, 2003, S. 40).

4.5. Ausgewählte Beratungstheorien

Wie bereits erwähnt, hat Beratung ihre Wurzeln in verschiedenen Bereichen und ist somit auf die Psychologie, Sozialarbeit und die Pädagogik zurückzuführen. Je nach Betrachtungsweise verändern sich die Anwendungsbereiche. (Vgl. Engel, 2006, S. 15-16).

In der vorliegenden Arbeit wird vorrangig auf ausgewählte psychotherapienahe Beratungskonzepte eingegangen. Es werden hier nur, die für diese Arbeit relevanten, ausgewählten Theorien aufgezählt und anschließend auch diese Begriffe für die Arbeit weiter verwendet.

Es gibt verschiedene Theorien, welche das Handeln von Beratung in der Pflege, theoretisch beschreiben. Diese bilden den theoretischen Hintergrund für das praktische Handeln.

Nach ENGEL (2006) lauten diese wie folgt:

- Klientenzentrierte Gesprächsführung
- Verhaltenstheoretisch/ kognitive Beratung
- Systemische Beratung

4.5.1. Klientenzentrierte Beratung

Klientenzentrierte Beratung ist ein häufig angewandtes Konzept in der Praxis. Dieses hat sich aus der Psychotherapie abgeleitet und Carl Ransom Rogers bildete die Grundlage für diese Form. Die Klienten- oder Personenzentrierte Beratung stellt den Menschen in den Vordergrund. Dies bedeutet, der Mensch wird mit all seinen Schwächen und Stärken angenommen. Jeder häuft im Laufe des Lebens ständig Erfahrungen an, welche die Handlungsmuster beeinflussen und somit befindet sich der Mensch ständig in Entwicklung. Dem/r Klienten/In wird eine Autonomie zugesprochen, welche ihn/sie befähigt mit Unterstützung, schwierige Lebensphasen oder Probleme selbst zu lösen. Der Aufbau einer Beziehung zwischen dem/r Berater/In und dem/r Klienten/In spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Damit erhält also der/die Berater/In eine hilfstellende Funktion (Vgl. Schmid, 1999, S. 168-171).

4.5.1.1. Gesundheit und Störung

Jeder Mensch hat eine „subjektive Wirklichkeit“, welche im Laufe des Lebens, durch „Erfahrungen“ und gleichzeitigen „Bewertungen“ der Situationen konstruiert wird. Somit entwickelt sich ein „Selbstkonzept“, auf welches der Mensch zurückgreift. Eine Störung liegt vor, wenn Unstimmigkeiten zwischen dem „Selbst“ und den „Erfahrungen“ aufkommen. Bestimmte „Erfahrungen“ können als Bedrohung erlebt werden und deshalb unerwünschte Verhaltensweisen hervorbringen (Vgl. Elfner, 2008, S. 44-46).

Nach Rogers besteht „absolute“ Gesundheit, wenn „alle für das Selbst relevanten Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden können (...)“ (Elfner, 2008, S. 45).

Ein Mensch welcher diesen optimalen Zustand erreicht, wäre frei von allen Ängsten, denn jede „Erfahrung“ könnte bewusst aufgenommen werden. Dieser Zustand wäre optimal, ist jedoch nicht zu erreichen, da jeder Mensch individuelle Ängste oder Gedanken hat, welche das Handeln in bestimmten Situationen beeinflussen. Dies bedeutet, dass alle Menschen Unstimmigkeiten, zwischen der Vorstellung wie sie gerne wären und dem wie sie sind und sich verhalten, haben (Vgl. Elfner, 2008, S. 45-46).

4.5.1.2. Beratungsziele

Das Ziel von klientenzentrierter Beratung ist folglich, den Menschen in seiner Entwicklung zu unterstützen.

„Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem. Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird“ (Rogers, 1994, S. 36).

Der Mensch befindet sich sein Leben lang in Entwicklung. Diese Tatsache ist unabhängig vom Alter und daher jedem Menschen zuzugestehen (Vgl. Elfner, 2008, S. 45).

Um den jeweiligen Menschen verstehen zu können, ist es notwendig anzuerkennen, dass jeder Mensch eine eigene Sichtweise hat und somit auch eine eigene „Wirklichkeit“ konstruiert. In manchen Fällen können auf Grund von gemachten Erfahrungen Erklärungen für bestimmte Empfindungen oder Verhaltensweisen gefunden werden, in anderen Fällen gelingt dies nicht. Für die klientenzentrierte Beratung ist es nicht entscheidend, ob solche Erklärungen gefunden werden können, sondern das „Verstehen“ des/der Klienten/In und der erlebten Empfindungen der jeweiligen Situation stehen im Mittelpunkt (Vgl. Elfner, 2008, S. 43-44).

4.5.2. Verhaltenstheoretisch/ kognitive Beratung

Die Verhaltenstherapie ist ebenfalls ein Psychotherapeutisches Verfahren. Die Verhaltenstherapie hat sich stetig weiterentwickelt und integriert verschiedene Theorien, daher ist diese auch vielseitig anwendbar. Der Mensch wird auch hier als ein aktives

Wesen, mit bewussten Aktionen und in einem sozialen Umfeld betrachtet (Vgl. Fliegel, 1994, S. 7-8).

„Verhalten ist in der Verhaltenstherapie das, was ein Mensch erlebt (reagiert, fühlt, denkt, körperlich empfindet) und in welchem Kontext er es tut“ (Fliegel, 1994, S. 17).

Die genannten „Inneren Zustände“, werden in der Verhaltenstherapie mit dem Begriff „Kognition“ beschrieben. Diese Zustände haben Auswirkungen auf das jeweilige Verhalten. Dies bedeutet, dass nicht die äußeren Gegebenheiten den Menschen behindern oder beeinflussen, sondern die individuelle Denkweise darüber. Trotzdem hängen das innere Leben des Menschen und die äußeren Umstände eng zusammen, daher müssen beide Seiten betrachtet werden (Vgl. Fliegel, 1994, S. 18-21).

Die Verhaltenstherapie besagt, dass „Verhalten“ ein Lernprozess ist und daher grundsätzlich auch immer eine Veränderung im Verhalten bewirkt werden kann (Vgl. Fliegel, 1994, S. 7; Koch-Straube, 2008, S. 107).

4.5.2.1. Gesundheit und Störung

Ob ein bestimmtes Verhalten als normal angesehen wird, hängt vom gesellschaftlichen Umfeld und von gesellschaftlichen Normen ab.

Störungen können also „erst im Zusammenhang mit einem sozial gesetzten Maßstab als solche beschrieben werden: Es gibt keine Abgrenzung von normalem und nichtnormalem Verhalten, beides wird nach den gleichen Lernprinzipien erworben. Man lernt, daß Verhalten in bestimmten Situationen angemessen, erwünscht, nichtstörend oder normal bzw. unangemessen, unerwünscht, störend oder unnormale ist“ (Fliegel, 1994, S. 14-15).

4.5.2.2. Beratungsziele

Der/Die Klient/In wird unterstützt, selbst aktiv zu werden. Bewusste Handlungen werden angestrebt und negative äußere Einflüsse sollen erkannt und wenn möglich verändert werden. Beratung verfolgt immer individuelle Zielsetzungen (Vgl. Fliegel, 1994, S. 30-31).

„Die Verhaltenstherapie verfolgt das Ziel, die Fähigkeit des Menschen zur Selbststeuerung in den Mittelpunkt therapeutischer Bemühungen zu stellen. Die Probleme des Menschen werden immer im Hier und Jetzt, das heißt aktualitätsbezogen, erklärt. Die Gründe für die Aufrechterhaltung der Probleme werden im Heute gesucht, und daraus ergeben sich auch die therapeutischen Ansatzpunkte in der Gegenwart des Menschen und seiner sozialen Umgebung“ (Fliegel, 1994, S. 8).

Das jeweilige individuelle Verhalten, die Gedanken und Empfindungen, müssen im Zusammenhang mit der Situation betrachtet werden. Hier ist die Einbeziehung der Umwelt der Person wichtig und daher in den Prozess mit einzubeziehen (Vgl. Fliegel, 1994, S. 16-17).

4.5.3. Systemische Beratung

Das „Systemische“ Konzept hat sich von einer „Familientherapie“, wo das familiäre Umfeld in den Verlauf mit einbezogen wurde, zu einem komplexeren Konzept weiterentwickelt. Herausgehoben wird, dass viele „Systeme“ und nicht ausschließlich die Familie das Leben beeinflussen. „Systemische Beratung“ beschäftigt sich also nicht nur mit „persönlichkeitsspezifischen“ Themen. Das Zusammenwirken von zwischenmenschlichen Begebenheiten und „Interaktionen“, welche von verschiedenen Faktoren abhängen, stehen hier hauptsächlich im Mittelpunkt (Vgl. Bamberger, 2001, S. 6).

„Im beraterisch/therapeutischen Fokus stehen also Individuum **und** Kontext, das **interdependente** Beziehungsgeschehen, insbesondere die **interpersonelle** Kommunikation“ (Bamberger, 2001, S. 6).

4.5.3.1. Gesundheit und Störung

Früher wurde problematisches Verhalten mit einem aus dem Gleichgewicht geratenen Familiensystem erklärt. Heute geht es nicht mehr um problematische „Systeme“, wie etwa die Familie, sondern um die Problematik einer fehlenden oder unzureichenden bzw. gestörten Kommunikation in den verschiedenen „Systemen“ (Vgl. Engel, 2006, S. 30-31).

„Systemische Beratung beschäftigt sich daher nicht mit problematischen Verhaltensweisen allein, sondern mit den Kommunikationen über diese Verhaltensweisen“ (Engel, 2006, S. 31).

4.5.3.2. Beratungsziele

Ein Ziel der Systemischen Beratung ist es, sich mit möglichen Kommunikationsstörungen zu befassen.

Dazu muss wiederum gesagt werden, dass sich jeder Mensch eine eigene „Wirklichkeit“, aufgrund von Erfahrungen baut, welche wiederum Einfluss auf die eigenen Verhaltensweisen und Einstellungen hat. Die subjektive Sicht ist durchaus bedeutend, aber auch das Verstehen des jeweiligen „Systems“, in dem sich der/die Klient/In befindet (Vgl. Engel, 2006, S. 30-31; Bamberger, 2001, S. 7-8).

Systemische Beratung orientiert sich wie andere Techniken, an möglichen Lösungen und an den Möglichkeiten der Klienten. Auch hier wird der/die Klient/In dazu befähigt aktiv zu handeln (Vgl. Engel, 2006, S. 31).

Aus allen drei genannten Theorien lässt sich schlussfolgern, dass diese den Menschen und die Förderung der Selbstständigkeit in den Mittelpunkt stellen.

4.6. Beratungsprinzipien

Beratende Personen müssen bestimmte Prinzipien in der Praxis beachten, um den Menschen im Beratungsprozess erfolgreich begegnen zu können. FRIEDRICH-HETT (2007) hat folgende Grundsätze, aus praktischen Erfahrungen zusammengetragen:

- „respektvolle, wertschätzende und neugierige Grundhaltung,
- offene, gleichberechtigte und dialogische Gesprächsführung,
- beziehungsgewandte und selbstreflexive Berater- oder Therapeutenposition (Beziehungsgestaltung),

- Einbeziehung der Familien und wichtigen Bezugspersonen (familien- und systemintegrierende Sichtweise),
- Auftrags-, Ziel- und Zukunftsorientierung,
- Entwicklung eines individuellen Verständnisses der aktuellen Problematik, unter Berücksichtigung des Lebenslaufs (Problem- oder Krisenverständnis),
- Entwicklung neuer Perspektiven mit entsprechenden Lebens- bzw. Altersbildern,
- notwendige Aufarbeitung relevanter Krisen und Konflikte sowie Förderung von entsprechenden Verarbeitungsfähigkeiten,
- Förderung von Selbstwernerleben und Selbstwirksamkeitsempfinden,
- Entwicklung und Unterstützung sozialer Beziehungsnetzwerke“ (Friedrich-Hett, 2007, S. 32-33).

4.6.1. Aufbau der Beziehung zum/zur Klienten/In

Jeder Mensch hinterlässt bereits von der ersten Begegnung an, einen Eindruck beim Gegenüber. Hierbei spielen beispielsweise das Aussehen, die Körpersprache, sowie Einstellungen und Werte eine Rolle. Die erste Begegnung kann also schon ausschlaggebend für den Verlauf der Beziehungsgestaltung sein.

Für eine erfolgreiche Beziehung ist es vor allem wichtig, das Gegenüber ernst zu nehmen und diesem „partnerschaftlich“ zu begegnen. Dies in der Pflege umzusetzen ist sehr schwierig, da die Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem/der Patienten/In meist „nicht freiwillig“ herbeigeführt wurde. Die Pflegeperson befindet sich also stets auf einer scheinbar höheren Ebene. Die „Inhalte“ und „Ziele“ sind auch meist schon vorgegeben oder entsprechen einem gewissen Standard. Daher ist es besonders wichtig, den Blick auf den Menschen, seine Bedürfnisse und Einzigartigkeit zu richten und nicht nur die Krankheit oder Defizite zu sehen. Dies kann durch bewusste Handlungen, wie beispielsweise Blickkontakt, Körpersprache oder besondere Aufmerksamkeit deutlich gemacht werden (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 89-92).

Das Umfeld und die Raumgestaltung spielen ebenfalls eine Rolle für die Kommunikation. Die Ordnung der Stühle, das Aussehen und die Form des Tisches können beispielsweise Abstand oder Nähe zum Gegenüber schaffen. Dabei muss auch auf den natürlichen

Wunsch, einen gewissen Distanzraum für sich zu bewahren, geachtet werden. In der Pflege wird dieser individuelle Raum oft zwangsläufig überschritten. Dies macht die Besonderheit der Pflege aus und diese kann auch bewusst in der Kommunikation eingesetzt werden (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 38-39).

Die gesamte „Gesprächsatmosphäre“, sowie die Haltung des/der Beraters/In und die Anwendung von Gesprächstechniken, beispielsweise zuhören und nachfragen, spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle für den Beziehungsaufbau. Der/Die Berater/In haben durchaus Einfluss auf den erfolgreichen Aufbau der Beziehung zum/zur Klienten/In (Vgl. Schneider et al, 2003, S. 72).

Demnach ist der Beziehungsaufbau wesentlicher Bestandteil von Kommunikation und Beratung, daher auch ausschlaggebend für den Beratungserfolg.

4.6.2. Haltung des/der Beraters/In

BACHMAIR (2006) beschreibt, dass der/die Berater/In gegenüber dem/r Klienten/In „Akzeptanz“, „Empathie“ und „Kongruenz“ braucht:

„Akzeptanz“ bedeutet den Menschen anzunehmen und Verständnis für seine Situation aufzubringen. Dem Gegenüber soll das Gefühl vermittelt werden, dass seitens des/der Beraters/In keine negative Wertung und Haltung über das Gesagte eingenommen wird, vor allem auch wenn der/die Klient/In Gefühlsausbrüche, in Form von Wut oder Tränen zeigt. „Akzeptanz“ ist der erste Schritt um Vertrauen zum Gegenüber aufzubauen.

Die „Empathie“ seitens des/der Beraters/In, äußert sich durch Einfühlungsvermögen gegenüber dem/r Klienten/In und somit kann ein vertrauensvolles Gespräch entstehen. Das Gefühlsleben macht oft Angst und daher wird dieses nicht sofort ausgebreitet oder sogar verdrängt. Erst wenn Vertrauen aufgebaut wurde und eine entspannte Stimmung herrscht, ist der/die Klient/In in der Lage, Gefühle offenzulegen. Die Aufgabe des/der Beraters/In ist es, dem Menschen unterstützend, durch das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ zu helfen, die Gefühle zu ordnen und darzustellen. Durch Nachfragen beispielsweise, benennt

der/die Beratende Gefühle, welche sich möglicherweise in „Sachaussagen“ zeigen. Durch „Empathie“ wird somit das Nachdenken über die eigenen Gefühle gefördert.

Die „Kongruenz“ bezieht sich auf den/die Berater/In und beschreibt die Stimmigkeit der eigenen Gefühle und den Aussagen im Gespräch. Das Gespräch soll ehrlich verlaufen und das Gesagte sollte sich nicht dem Gesichtsausdruck widersprechen. Dies bedeutet nicht, dass die beratende Person das Gegenüber mit eigenen Gedanken überhäufen soll, aber schwierige Situationen können durchaus angesprochen werden. Das Erweisen von „Kongruenz“ oder „Echtheit“ des/der Beraters/In, ist eine Grundlage für eine Vertrauensbeziehung (Vgl. Bachmair et al, 2005, S. 30-32).

„Kongruenz“ oder „Echtheit“ bedeutet also, dass der/die Beratende die eigenen Gefühle und Meinungen nicht vor sich oder dem Gegenüber verbergen versucht, sondern wenn es das Gespräch erfordert, diese auch offen legen kann. So kann auch das Gegenüber den Ansporn erhalten sich zugänglicher zu zeigen (Vgl. Brinkmann-Göbel, 2001b, S. 399).

Die Einstellung und Meinung des/der Beraters/In spielen folglich eine Rolle in der Beratung und beeinflussen die Situation.

„Das Menschenbild des Beraters, die Bestimmung und Kenntnis der eigenen Prämissen haben einen großen Einfluss auf die Beratungssituation“ (Prem, 2003, S. 186).

Ein positives Selbstbild des Menschen und seine Einstellung zum Alter spielen also eine wesentliche Rolle für erfolgreiche Beratungssituationen im Umgang mit alten Menschen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Einstellung bzw. Meinung des/der Beraters/In, gegenüber dem Alter und die eigenen „Altersbilder“. Eine Aufgabe von Beratung ist es, „Entwicklungspotenziale“ aufzugreifen und dann zu unterstützen.

An eine Beratung sollte vorurteilsfrei herangegangen werden, daher ist die Überprüfung der Einstellungen notwendig (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 31-32).

4.6.3. Einstellung des/der Klienten/In

Es muss erwähnt werden, dass auch die Einstellung des/der Klienten/In eine entscheidende Rolle für den Verlauf der Beratung spielt. Die Bereitschaft des/der Klienten/In, etwas am

Leben oder an der Situation zu ändern, ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Beratung. Dies bedeutet vor allem auch, dass der/die zu Beratende aktiv am Beratungsprozess mitarbeiten muss und nicht die gesamte Verantwortlichkeit dem/der Berater/In überträgt (Vgl. Suditu, 2003, S. 164).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass beide Haltungen sowohl die des/der Klienten/In, als auch die des/der Beraters/In betrachtet werden müssen.

4.7. Gesprächsführung

Da Beratung professionell agiert, können verschiedenste Gesprächstechniken ihre Anwendung finden. Hier sollen unterschiedliche Gesprächstechniken beschrieben werden.

4.7.1. Unterscheidung direkter/nichtdirekter Techniken

In der Beratung kann grundsätzlich zwischen „direktiven“ und „nichtdirektiven“ Techniken unterschieden werden. Bei „direktiven“ Methoden greift der/die Berater/In aktiv in das Gespräch ein und versucht dieses zu lenken. Hier werden vorwiegend Fragen gestellt oder Informationen weitergegeben. Zu den direktiven Techniken zählen unter anderem das „Fragenstellen“ oder die Weitergabe von Informationen. Die „nichtdirektive“ Methode möchte den Menschen anregen, die eigenen Gedanken zu äußern und zu ordnen. Zu dieser Gruppe zählt das „aktive Zuhören“ mit seinen Anwendungen.

Beide Sichtweisen, die „direktive“ und die „nichtdirektive“, verfolgen also unterschiedliche Ziele. In der Pflege können, je nach Situation beide Techniken zum tragen kommen (Vgl. Engel, 2006, S. 56).

4.7.2. Fragen stellen

Der/Die Berater/In kann durch gezielte Fragestellungen das Gespräch in eine Richtung lenken oder strukturieren. Hierfür gibt es wiederum verschiedene Fragetechniken.

„*Offene Fragen*“, lassen ein breites Spektrum an Antwortmöglichkeiten und fordern den/die Klienten/In dazu auf mehr zu erzählen. Laut Culley werden diese meist mit den Wörtern „was“, „wo“, „wie“, „wer“ eingeleitet. Zu der Gruppe der „offenen Fragen“

zählen die „Hypothetischen Fragen“ welche eingesetzt werden, um zu ergründen wie Situationen theoretisch, die Zukunft betreffend, aussehen könnten. Hierbei wird das Gegenüber herausgefordert, die eigenen Vorstellungen, Ängste und Phantasien preis zu geben oder sich möglicherweise eine positive Ausgangslage vorzustellen. „Warum-Fragen“ sollten im Beratungsprozess vermieden werden, da diese zwangsläufig anregen, sich mit „Gründen“ zu beschäftigen.

„*Geschlossene Fragen*“ lassen nur knappe Antwortmöglichkeiten zu und laufen meist auf ja/nein Antworten hinaus laufen. Das Gegenüber wird nicht angeregt von sich zu erzählen und der Kommunikationsfluss könnte dadurch unterbrochen werden. Aus diesem Grunde sollten diese sparsam eingesetzt werden. Zur Gruppe der „Geschlossenen Fragen“ zählen beispielsweise „Entweder-Oder-Fragen“, wobei der/die Berater/In dem/der Klienten/In hierbei bereits Richtungen vorgibt. „Serienfragen“ sind ebenfalls weniger hilfreich, da sie Verwirrung in das Gespräch bringen und meist nur auf eine Frage geantwortet wird. Dies gilt auch für „Leitfragen“ die dem/der Klienten/In die Botschaft vermitteln, welche Sichtweisen oder Werte von ihm/ihr vertreten werden sollten (Vgl. Culley, 2002, S. 86-92).

4.7.3. Zuhören

Für den Kommunikationsfluss der Beratung in der Pflege spielt das „Zuhören“ eine wichtige Rolle. Der/Die Berater/In kann dadurch Interesse signalisieren und somit den/die Klienten/In dazu auffordern, mehr zu erzählen. Somit können auch die Prioritäten und Wünsche des/der Klienten/In herausgehört werden.

Eine spezielle Form des Zuhörens ist das „**Aktive Zuhören**“, wobei es hierfür wiederum verschiedene Anwendungstechniken gibt. Hierzu gehört unter anderem das „**Paraphrasieren**“ was bedeutet, dass das Gesagte noch einmal wiederholt wird, vor allem um herauszufinden, ob das Gegenüber richtig verstanden wurde. Beim „**Verbalisieren**“ werden die Gefühle des Menschen in Worte gefasst. Diese Technik kann dem Gegenüber helfen, seine Gefühle besser auszudrücken und sich ihnen klar zu werden. Das „**Zusammenfassen**“ im Gespräch kann hierfür ebenfalls sehr hilfreich sein und macht nochmals Interesse deutlich. Das „**Klären**“ dient dazu das Gesagte eindeutig auszudrücken, um falsche Auslegungen zu vermeiden (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 63-67).

Ein weiterer wichtiger Aspekt beim Zuhören sind die entstehenden Pausen in einem Gespräch. Diese werden manchmal als unangenehm empfunden, können jedoch vom/von der Berater/In genutzt werden. Hierbei kann besonders auf die nonverbale Ausdrucksform, in Form von Nicken oder Blicken, aber auch auf verbale Ausdrücke, beispielsweise verstehende Äußerungen wie „ja“, „hm“ usw. geachtet werden. Solche Pausen können den/die Klienten/In dazu anregen, die Gedanken zu ordnen und mehr von sich aus zu erzählen (Vgl. Bachmair et al, 2005, S. 32-33).

4.8. Geschlechtsunterschiede

Der Begriff Gender Mainstreaming¹ hat in unserer Gesellschaft bereits Anklang gefunden und auch in der Pflege, sind eventuelle Unterschiede zwischen Mann und Frau zu beachten. Für die Pflege sind z.B. Gesundheitsanforderungen und das Verhalten relevant. Die Geschlechter haben ein unterschiedliches Körpergefühl. Frauen nutzen beispielsweise öfter das Gesundheitswesen und gehen früher zum Arzt als Männer (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 41- 43).

Es gibt also immer zwei Sichtweisen im Gesundheitswesen zu beachten und es ergeben sich daraus auch andere Anforderungen. Biologische Faktoren sind zu beachten, denn die Geschlechter unterscheiden sich vor allem in ihrer Genetik und ihren Hormonhaushalten. Aus diesem Grund kann es zu ungleichen Gesundheitsproblemen kommen. Wie bereits erwähnt, besteht bei Frauen schneller die Bereitwilligkeit sich über das Körperempfinden zu äußern. Frauen haben im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer. Wesentlich hierfür können gesundheitsschädigende Verhaltensweisen sein, z.B. das Rauchen, wobei hier der Anteil der rauchenden Männer noch höher ist, als der Frauen. Das Sozial- und Arbeitsverhalten kann sich ebenfalls unterscheiden (Vgl. Babitsch et al, 2006, S. 512-516).

¹ „Wenn von Gender Mainstreaming gesprochen wird, geht es darum, das Leben in allen seinen Facetten aus der Sicht von Frauen und Männern wahrzunehmen und die Sichtweisen von Frauen und Männern bei allen gesellschaftlichen Entscheidungen zur Geltung zu bringen und so für Chancengleichheit zu sorgen. Gender Mainstreaming geht es um die Verwirklichung von Geschlechtergerechtigkeit für Frauen und Männer. [...] **Gender** verweist auf die Normierungen, Rollen- und Aufgabenzuschreibungen, die Frauen und Männern in unserer Gesellschaft zugeschrieben werden“. Mit „**Mainstream** [...] soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Gender-Perspektive zu einem zentralen Bestandteil bei allen gesellschaftspolitischen Planungen und Prozessen werden soll“ (Rogall et al, 2005, S. 41).

Die Kommunikation unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Geschlechtern. Männer verwenden eher eine sachlich orientierte Sprache, während Frauen vorrangig am Beziehungsaustausch priorisiert sind. Dadurch kann sich auch die „Ausdrucksweise“ in der Art der Formulierungen unterscheiden. Frauen reagieren sensibler auf zwischenmenschliche Störungen und sind interessiert daran Dinge von vielen Seiten zu beleuchten und zu verstehen. Männer wollen eher die eigene Sichtweise darlegen und schneller zum Punkt der Diskussion kommen. Das beleuchten dieser Unterschiede soll dazu beitragen, einen für beide Geschlechter, gelungenen Kommunikationsfluss anzustreben (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 45-46).

Hierbei ist wiederum anzumerken, dass von einer Generalisierung abzuraten ist. Eben diesem Thema, bestimmter „Geschlechterrollen“ widmet sich der Begriff „Gender“. Eine festgesetzte Zuschreibung von weiblichen und männlichen Verhaltensweisen, drängt möglicherweise eine gewisse Rollenverpflichtung auf (Vgl. Sickendiek et al, 2008, S. 82).

4.9. Kulturunterschiede

In einer multikulturellen Gesellschaft, kommt es zwangsläufig zu Begegnungen mit Klienten/Innen aus unterschiedlichen Kulturen. Außerdem kann auch das Pflegepersonal aus anderen Ursprungsländern stammen. Diese Vielfältigkeit muss in der Pflege daher ihre Beachtung finden. Jeder Mensch hat gewisse Vorstellungen und Bilder von Menschen aus bestimmten Kulturen. Somit können Klischees existieren oder der Status in der Gesellschaft spielt eine Rolle für diese Ansichten. Diese Zuordnungen müssen nicht der Wahrheit entsprechen und daher in der Beratung bewusst betrachtet werden. MigrantInnen können beispielsweise in ein Land einwandern, bereits jahrelang sesshaft sein und daher eine ganz andere Kultur haben, als angenommen (Vgl. Rommelspacher, 2005, S. 182-183).

Eine kulturspezifische Betrachtungsweise der Beratung in der Pflege, ist von großer Relevanz. „Die vielfältigen Aspekte interkulturellen² Zusammenlebens beeinflussen

² „Mit Interkulturalität wird stärker die Beziehung zwischen zwei unterschiedlichen Positionen und Perspektiven betont, während mit Transkulturalität mehr auf das Gemeinsame abgehoben wird [...]“ (Rommelspacher, 2005, S. 183).

zwangsläufig die pflegerische Beziehung, da auch die Pflege nicht in einem gesellschaftsfreien Raum stattfindet. Dies stellt professionell Pflegende, aber auch die Gepflegten vor große Anforderungen“ (Bartel & Rüschemschmidt, 2008, S. 156).

Menschen aus unterschiedlichsten Kulturen bringen Erfahrungen aus ihrer Kultur mit und somit auch eigene Vorstellungen, welche sich von anderen unterscheiden können. Die Aufgabe der Pflege und der Beratung in der Pflege ist es, sich diese Unterschiede bewusst zu machen, bestmöglich darauf einzugehen und zu nutzen. Informationen über die jeweilige Kultur können hierfür hilfreich sein. Das Gesundheitsverständnis, das Schmerzempfinden oder der Umgang mit Krankheiten kann von der Kultur abhängig sein und sich völlig von der Kultur des/der Beraters/In unterscheiden. Die Beratung muss hier informieren, um Missverständnisse zu vermeiden und die andersartigen Bedürfnisse des Menschen erkennen zu können. Auf die Sprache bzw. eventuelle Sprachbarrieren ist hier einzugehen. Für den/die Berater/In ist es auch wichtig, die eigenen Einstellungen oder möglichen Ängste vor dem „Fremden“ zu prüfen, um der jeweiligen Kultur sensibel gegenüber treten zu können.

Es muss jedoch wiederum beachtet werden, dass jeder Mensch eine individuelle Persönlichkeit und Entwicklung besitzt. Menschen unterscheiden sich von einander und somit unterscheidet sich auch der individuelle Umgang, ihrer mitgebrachten Kultur (Vgl. Bartel & Rüschemschmidt, 2008, S. 155-159).

Menschen aus verschiedenen Kulturen können aber auch, im Bezug auf Bedürfnisse „Gemeinsamkeiten“ haben. Die Anwesenheit von „Schmerz“ oder „Krankheit“ macht dies deutlich, auch wenn die Empfindungen und der Umgang unterschiedlich sein können. Menschen haben daher das Recht in gewisser Weise „gleich behandelt“ zu werden. Dies bedeutet, dass die Herkunft oder das Aussehen, keine Auswirkungen auf die Qualität der Beratung haben dürfen (Vgl. Rommelspacher, 2005, S. 186).

Für den/die Berater/In ist es wichtig, sich den Verschiedenheiten oder einer „Diversität“ auf verschiedenen Ebenen, sowohl kulturell bedingt, als auch beispielsweise Unterschiedlichkeiten das „Lebensalter“ oder „sexuelle Orientierung“ betreffend, bewusst zu werden. Eine „Sensibilität“ für diese Dinge wird wichtig, um Vorurteile abzubauen,

Ausgrenzungen zu vermeiden aber auch gewisse „Fremdheiten“ im Beratungsprozess annehmen zu können (Vgl. Engel et al, 2008, S. 112-114).

4.10. Rolle der Familie

In der Pflege können verschiedenen Beratungssituationen und daher auch unterschiedliche Beratungskonstellationen, entstehen. Demnach können Gespräche mit Patienten/Innen, als auch Gespräche mit Angehörigen oder auch zeitgleich mit beiden Parteien, geführt werden. Die Einbeziehung von Familiensystemen ist wichtig, um mögliche Ressourcen zu mobilisieren oder Unterstützungssysteme zu bilden (Vgl. Engel, 2006, S. 35-36).

Studien zur „Selbsthilfe“ besagen, dass die meisten gesundheitlichen Probleme im Familiensystem selbst gelöst werden. Die Familie kann vielfältig unterstützen, beispielsweise kann diese eine „soziale“ Stütze sein und Gefühle wie Wärme und Geborgenheit vermitteln. Im „Krankheitsfall“ können die Familienmitglieder, Unterstützungshilfe leisten. Des Weiteren kann ein „Gesundheitsförderlicher Lebensstil“ in der Familie erlernt werden bzw. kann ein gegenseitiger Ansporn hierzu geleistet werden. Es muss hier jedoch auch beachtet werden, dass nicht alle Familiensysteme einen positiven Effekt haben müssen. Finanzielle Belastungen, Gewalt, Überforderung einzelner Personen oder andere Umstände, können also auch negative Auswirkungen haben (Vgl. Kolip & Lademann, 2006, S. 625-641).

Wie bereits mehrmals betont wurde, ist es dennoch für die Beratung wichtig, soziale Einflussfaktoren aufzugreifen und, wenn nötig das Umfeld, mit den Beteiligten einzubeziehen. Diese betrachtet die Beschwerden der Menschen und dessen Auswirkungen, zusammenhängend mit der Umwelt und dem Umfeld. Dort kann Beratung ebenfalls wirken und auch Veränderungsmöglichkeiten erfassen (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 70-71).

5. Aspekte der Beratung im Hinblick auf körperliche Faktoren

Im Alter können durch biologisch bedingte Veränderungsprozesse körperliche Veränderungen auftreten. Diese Veränderungen verlaufen höchst unterschiedlich und setzen auch bei jedem Menschen zu einer anderen Zeit ein. Dennoch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine oder mehr körperliche Veränderungen im Alter zu erlangen (Vgl. Schmassmann, 2006, S. 27-29).

Die Beratung in der Pflege muss, aufgrund meist umfangreicher körperlicher Beschwerden, mit speziellen Anforderungen rechnen. Der/Die Klient/In soll befähigt werden, selbstständig zu handeln und beispielsweise „gesundheitliche Empfehlungen“ umzusetzen. Beim alten Menschen ergeben sich durchaus andere Anforderungen an die Beratung, da der Mensch möglicherweise aufgrund körperlicher Veränderungen nicht selbstständig in der Lage ist, Maßnahmen umzusetzen oder andere Bedingungen vorherrschen um das Gesagte für die Person verständlich zu machen (Vgl. London, 2010, S. 249-250).

Das folgende Kapitel soll nun häufig vorherrschende körperliche Veränderungen aufgreifen, beschreiben und mögliche besondere Anforderungen an die Beratung anführen.

5.1. Beeinträchtigung der Sinne (Wahrnehmung) im Alter

Im Alter lassen die Sinnesfunktionen, aus biologischen Gründen nach. Dies bedeutet, der Mensch verliert mit dem Alter die ursprüngliche Sehfähigkeit und sieht nicht mehr gleich scharf. Bewegungen können schwerer wahrgenommen werden und das Sehen im Dunkeln fällt immer schwerer. Das Hörvermögen verändert sich, wobei vor allem höhere Töne zunehmend schwieriger gehört werden. Der Geruchs- und Geschmackssinn vermindert sich und somit verändert sich auch das Empfinden der Nahrungsaufnahme. Zuletzt wird auch der Tastsinn gemindert (Vgl. Viidik, 2006, S. 35-36).

Alle diese Faktoren können somit Einfluss auf das Leben des alten Menschen haben.

5.1.1 Sehsinn

Der Sehsinn nimmt mit dem Alter stetig ab. Dies hängt von mehreren Faktoren ab, wobei die Linse beispielsweise, ein Leben lang wächst. Dadurch wird diese immer dichter und somit weniger flexibel. Folglich verliert der Mensch an Sehschärfe und auch die Farbwahrnehmung verändert sich. Es können sich auch sichtbare Veränderungen, nämlich „Linsentrübungen“, ergeben. Diese Trübungen lassen sich bereits bei über 65-Jährigen feststellen. Auch die „Pupillenweite“ verringert sich mit dem Alter und daher fällt das Sehen im Dunkeln zunehmend schwerer und der Mensch kann nicht so gut auf schnelle Lichtveränderungen reagieren. Das Gesichtsfeld nimmt ebenfalls ab und es wird schwieriger, auf mehrere Dinge gleichzeitig, zu reagieren. Eine Einschätzung der Geschwindigkeit zukommender Objekte, beispielsweise Fahrzeuge, wird noch schwieriger. All diese Dinge können somit im Straßenverkehr eine Rolle spielen. Dadurch erhöht sich bereits bei über 60-Jährigen das Unfallrisiko im Straßenverkehr. Auch im Alltag des älteren Menschen spielen diese Veränderungen eine wesentliche Rolle (Vgl. Guski, 1996, S. 130-131).

Es gibt verschiedene Einschränkungen des Sehvermögens. Diese können von unterschiedlichen Faktoren abhängig sein. Manchmal lassen sich die Veränderungen durch Sehhilfen ausgleichen. Ist dies nicht mehr möglich, so ist es zu stärkeren Einschränkungen oder zur Blindheit gekommen. Manchen Menschen, welche als blind eingestuft sind, ist es durchaus möglich noch Dinge zu erkennen. Ein Mensch gilt als blind, wenn trotz Sehhilfen, nur ein Zehntel des normalen Sehvermögens besteht. Dies bedeutet, dass dieser Mensch erst in einer Entfernung von einem Meter Dinge erkennt, welche sich im Normalfall aus zehn Meter Entfernung erkennen lassen (Vgl. Goldstein & Ritter, 1997, S. 513-514).

Eine Sehbehinderung kann oft als eine Folge von verschiedenen Augenerkrankungen, welche im Alter häufiger auftreten, z.B. Diabetes oder grüner Star, hervorgerufen werden. Eine Sehbehinderung geht mit einer stärkeren Einschränkung einher. Es kann keine genaue Zahl, sehbehinderter alter Menschen ermittelt werden. In Deutschland beträgt die Anzahl Sehbehinderter um 600.000, wobei schätzungsweise zwei Drittel, der über 60-Jährigen

betroffen sind. Eine Auseinandersetzung mit speziellen Anforderungen an diese Gruppe ist somit durchaus relevant (Vgl. Deittert et al, 2000, S. 161).

5.1.2 Beratungsanforderungen bei Sehbeeinträchtigung

Die Beratung soll im Alltag unterstützend wirken und kann auf spezielle Ansprüche sehingeschränkter Menschen eingehen. Eine Studie über die „Unterstützung sehbehinderter alter Menschen“ hat sich mit möglichen Besonderheiten dieser Gruppe beschäftigt. Es wurden 16 qualitative Interviews mit Betroffenen durchgeführt und Besonderheiten oder Veränderungen in der Kommunikation herausgefiltert. Ein wichtiger Aspekt für Beratung ist die nonverbale Kommunikation. Diese ist bei Sinnesverlust erheblich eingeschränkt und kann bei Seheinschränkungen nicht mehr erkannt werden. Auf diesen Aspekt muss daher im Gespräch, bewusst geachtet werden.

Um Missverständnisse oder Ausgrenzungen zu vermeiden, ist es wichtig die Menschen aus dem Umfeld, über Veränderungen zu informieren und einzubeziehen. Das Sorgen für „Sicherheit“ spielt für diese Gruppe eine große Rolle. Ressourcen müssen ermittelt werden, um „Sicherheit“ und Mobilität der alten Menschen im Alltag herzustellen. Hierbei können wiederum Personen aus dem Umfeld Hilfestellungen leisten. Weitere Angebote von Einrichtungen oder Ermäßigungen können, mithilfe von Beratung aufgezeigt und ermittelt werden. In dieser Studie wurde ein „Ratgeber“, als Hilfsmittel mit solchen nötigen Informationen verfasst (Vgl. Deittert et al, 2000, S. 160-168).

Der/Die Berater/In sollte klären, welche Einschränkungen vorhanden sind. Sehhilfsmittel können überprüft werden bzw. kann darauf geachtet werden, dass diese getragen werden. Die Fähigkeiten des/der Klienten/In sollen geklärt werden, z.B. ob bei Blindheit eventuelle Brailleschriftkenntnisse vorhanden sind. Möglicherweise kann mehr mit anderen Sinnen gearbeitet werden und auditives Hörmaterial herangezogen- oder Gegenstände ertastet werden. Materialien sind grundsätzlich so zu wählen, dass der/die Klient/In mitarbeiten kann. Bei Verwendung von schriftlichen Informationsmaterialien kann besonders auf die Verständlichkeit, die Schriftgröße und Lichtverhältnisse geachtet werden. Es kann im Speziellen darauf geachtet werden, sämtliche Beratungsvorgänge zu erklären (Vgl. London, 2010, S. 245-246).

5.1.3 Gehörsinn

Das Gehör kann sich im Alter ebenfalls verändern. Dies hängt von äußeren, als auch von biologischen Einflüssen ab. In unserer Gesellschaft sind die Ohren immer häufiger Geräuschen und auch lauten Tönen ausgesetzt. Der Berufsalltag kann einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Gehörs im Alter haben. Männer sind stärker von einer Abnahme dieses Sinnes betroffen, als Frauen. Vor allem die Wahrnehmung von höheren Tönen wird zunehmend schwieriger. Alten Menschen fällt es schwerer, bei Nebengeräuschen, das Gesagte zu verstehen. Die „Sprachverständlichkeit“ nimmt generell etwas ab, da die Verarbeitung im Gehirn weniger schnell funktioniert. Die „Hörschärfe“ kann teilweise durch Hörhilfen ausgeglichen werden (Vgl. Guski, 1996, S. 132-133).

Auch bei Höreinschränkungen gibt es verschiedene Einteilungen. Als gehörlos werden Menschen eingestuft, bei welchen ein nicht wiederherstellbarer Hörverlust auftritt, wobei auch Hörhilfen hier keine Abhilfe schaffen können. Dieser kann angeboren sein oder im Kindesalter eintreten, wobei in diesen Fällen meist in Gebärdensprache kommuniziert wird. Ein vollständiger Gehörverlust ist auch im späteren Lebensalter möglich, wobei hier bisher die Lautsprache genutzt wurde und daher meist „lautsprachbegleitende Gebärden“ bzw. Lippenablesen oder schriftliche Kommunikation gewählt wird. Schwerhörigkeit bedeutet, eine Einschränkung auf einem oder beiden Ohren, wobei es hier Einteilungen in verschiedene Schweregrade gibt. Betroffene greifen meist auf die Lautsprache zurück. Im Alter kommt oft Schwerhörigkeit zu Tage, lärmbedingt, altersbedingt, erblich oder stoffwechselbedingt. Häufig tritt auch eine Vermischung verschiedener Faktoren auf, welche schließlich zur Schwerhörigkeit führen.

In Deutschland sind etwa 14 Millionen Menschen hörbeeinträchtigt. Die Zahl der älteren hörbeeinträchtigten Menschen wird auf etwa 60 Prozent der über 70-Jährigen geschätzt. Die Anteile in Alten- und Pflegeheimen liegen bei etwa 45-75 Prozent und somit werden höhere kommunikative Anforderungen an das Pflegepersonal erforderlich (Vgl. Decker-Maruska & Kratz, 2008, S. 32-35).

5.1.4 Beratungsanforderungen bei Hörbeeinträchtigung

Zu Beginn ist es wiederum wichtig, die Einschränkungen abzuklären, bzw. zu klären was der/die Klient/In kann und wie er/sie kommunizieren möchte. Grundsätzlich können laute Hintergrundgeräusche vermieden werden. Wenn der/die Klient/In ein Hörgerät trägt, ist dessen Funktion zu testen und auf eine langsame, deutliche Ausdrucksweise zu achten. Es empfiehlt sich ungefähr einen Meter Abstand zum/zur Klienten/In einzuhalten, um eine optimale Kommunikation mit Hörgerät zu erreichen. Im Falle des Beherrschens der Gebärdensprache, könnte ein/e Übersetzer/In als Unterstützung hinzu gebeten werden. Möglicherweise können wiederum andere Sinne genutzt und mit entsprechenden Materialien gearbeitet werden (Vgl. London, 2010, S. 246-247).

Hierbei gilt auch zu beachten, dass sich der alte Mensch für seine Hörbeeinträchtigung möglicherweise schämt und diese somit versucht zu verbergen. Eine verstehende Haltung des/der Beraters/In ist dann besonders wichtig und meist hilft es bereits die Sicht des/der Klienten/In über deren Sorgen kennenzulernen und somit den nötigen Beziehungsaufbau zu schaffen, welcher erst Veränderung bewirken kann (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 58).

In der Kommunikation mit hörbeeinträchtigten älteren Menschen ist besondere Aufmerksamkeit auf eine niedrigere Sprechgeschwindigkeit, deutliche Aussprache und nicht zu lautes sprechen bzw. schreien zu achten. Ein guter Blickkontakt ist herzustellen und keine ablenkenden Anleitungen während dem Sprechen ausführen. Eine respektvolle Sprache ist anzuwenden (Vgl. Decker-Maruska & Kratz, 2008, S. 33).

Aufgrund der hohen Anzahl Betroffener Menschen, kann es sich durchaus lohnen, bestimmte Maßnahmen in den Pflegebetrieb zu integrieren. Entsprechende Aufklärung des Pflegepersonals kann hierfür hilfreich für den Pflegealltag sein. So können irritierende Verhaltensweisen des/der Patienten/In kritisch hinterfragt und mögliche Hörbeeinträchtigungen erkannt werden.

Eine deutsche Studie von 158 Patienten/Innen, in einer geriatrischen Abteilung der St. Barbara Klinik hat aufgezeigt, dass rund 71,5 Prozent „alltagsrelevante“ Höreinschränkungen aufwiesen. Rund 47 Patienten/Innen waren mit einem Hörgerät ausgestattet, wobei 24 dieses so gut wie nie benutzten. Durch eine medizinische Reinigung

der Ohren konnten bei 57,5 Prozent der Betroffenen, messbare Verbesserungen erzielt werden. Die genannte Klinik hat aufgrund dieser Studie einen „Hörservice“ für stationäre Patienten/Innen eingerichtet. Eine individuelle Terminplanung mit einer eingehenden Höruntersuchung vor Ort, die Anpassung und Einstellung des Hörgerätes oder auch eines neuen Gerätes zur Probe, sowie „Beratung rund ums Hören“ wurde durch dieses Projekt möglich gemacht (Vgl. Decker-Maruska & Kratz, 2008, S. 33-35).

5.1.5 Geruchssinn und Geschmackssinn

Der Geruchssinn ist wichtig, um die Umgebung zu erkunden. Viele Gerüche werden bewusst wahrgenommen, um z.B. Lebensmittel auf Verderbenheit zu testen oder andere Gefahrenquellen zu erkennen. Viele Gerüche werden auch unbewusst wahrgenommen und können somit Erinnerungen, ein wohliges oder unangenehmes Gefühl auslösen. Der Geruchssinn hängt eng mit dem Geschmackssinn zusammen. Dies bedeutet, dass sich der Geschmackssinn ohne den Geruchssinn ebenfalls reduziert. Gerüche und deren Vielfältigkeit, fehlen dem Menschen, wenn diese nicht mehr wahrgenommen werden können, daher spielen diese für den Genuss eine wesentliche Rolle (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 362-363).

Der Geschmackssinn hat ebenfalls die biologische Funktion, schädliche Stoffe zu erkennen. Der Mensch unterscheidet vorwiegend zwischen den verschiedenen Geschmacksrichtungen, „salzig“, „sauer“, „süß“ oder „bitter“. Süße Lebensmittel lösen eher positive körperliche Reaktionen aus, wohingegen saures eher nicht bevorzugt behandelt wird (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 373-374).

Auch diese Sinne nehmen im Alter ab, daher dauert es länger Gerüche zu erkennen und Geschmäcker zu identifizieren. Vor allem neuartige Gerichte können vom älteren Menschen schwerer angenommen werden. Vorrangig reduziert sich auch die Erkennung von süßen Lebensmitteln. Für den Genuss der Nahrung ist ein Zusammenspiel von Düften und Geschmäckern bedeutsam (Vgl. Viidik, 2006, S. 35-36; Arens-Azevedo & Behr-Völtzer, 2002, S. 14).

5.1.6 Beratungsanforderungen

Da die Geruchs- und Geschmackswahrnehmung bedeutend ist, um Lebensmittel genießen zu können, kann das Nachlassen dieser Sinne einen Einfluss auf das Ernährungsverhalten der älteren Menschen haben. Dadurch kann es zu überhöhter Salz- und Gewürzeinnahme kommen. Es ist wichtig, diese Zufuhr zu kontrollieren und Gerichte lieber verstärkt mit frischen Kräutern zu würzen. Es kann mehr auf das Aussehen und die Attraktivität einer Speise geachtet werden. Dazu gehören auch die „Tischatmosphäre“ und ausreichend Zeit zum Essen. Die Vorlieben und Einsprüche des alten Menschen sollen einbezogen werden. Eine Beratung in Bezug auf Ernährung im Alter kann stattfinden (Vgl. Seel, 2003, S. 954).

5.1.7 Tastsinn

Durch das Ertasten können Menschen Informationen aus der Umwelt aufnehmen. Berührung und Schmerz kann empfunden werden und auch Gegenstände werden erfahrbar. Insbesondere wenn andere Sinne eingeschränkt sind, kann dieser ein wichtiger Ersatz werden. Ein Beispiel hierfür ist die sogenannte Brailleschrift³, welche von blinden Menschen genutzt werden kann (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 333-334).

Der Tastsinn im Alter kann durch verschiedene Aktivitäten gefördert werden. Beispielsweise ertasten von Gegenständen, was gewöhnlich klingt aber durchaus aktivierend sein kann und auch das Gedächtnis fördert (Vgl. Wehner & Kristan, 2008, S. 12).

Lage- und Bewegungsempfinden

Die Bewegungswahrnehmung ist besonders wichtig für das alltägliche Leben. Wenn Bewegung nicht mehr vollständig wahrgenommen wird, kann das Herankommen von Objekten oder Personen nicht eindeutig erkannt werden und es kommt zu erheblichen Problemen. Es kommt beispielsweise zu Kommunikationsproblemen, da Gesichtsbewegungen des Gegenübers nicht eindeutig erkannt werden. Die Wahrnehmung

³ Die Brailleschrift ist ein Alphabet in Form von Punkten, welche sich ertasten lassen und somit blinden Menschen das Lesen ermöglicht (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 334).

des Straßenverkehrs ist nicht mehr eindeutig gegeben, da die Entfernung bzw. die Bewegung von Objekten nicht richtig eingeschätzt werden können. Es kann also durchaus zu gefährlichen Situationen kommen (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 217).

Schmerzempfinden

Das Schmerzempfinden ist wichtig, um sich vor möglichen Gefahren zu schützen. Der Schmerz macht manchmal erst auf eine Gefahrensituation aufmerksam und veranlasst zu handeln. Menschen ohne Schmerzempfindungen fehlt somit ein Warnsystem.

Schmerz wird von jedem Menschen unterschiedlich empfunden. Dies kann von verschiedenen kognitiven Faktoren, z.B. der „Erwartungshaltung“ oder der Aufmerksamkeit auf den Schmerz hin oder vom Schmerz weg abhängen (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 350-354).

Beim alten Menschen verändert sich die Reaktionszeit auf den Schmerz, dies bedeutet dass der Mensch länger braucht, um den Schmerz wahrnehmen zu können. Unter anderem liegt dies daran, dass die Haut dünner wird und die Schmerzrezeptoren nicht so schnell anschlagen. Aufgrund der Veränderungen der Haut, wird auch die Wundheilung verlangsamt, was wiederum längeren Schmerz begünstigt. Seelische Ängste oder Leiden wirken sich ebenfalls verstärkend auf das Schmerzerleben aus. Schmerzen nehmen mit dem höheren Alter zu (Vgl. Bernatzky & Likar, 2005, S. 168-169).

5.1.8 Beratungsanforderungen

Mit dem Tastsinn kann in der Pflege, beispielsweise in Form von „Sensorischer Aktivierung“ gearbeitet werden. Vor allem bei demenz kranken Menschen kann sensorisches Arbeiten, durch das Ertasten von vertrauten Gegenständen und/oder mit Gerüchen, Bildern, Geräuschen erfolgen. Alle Sinne sollen mit dieser Methode stimuliert und Orientierung im Raum und der Umgebung gefördert, sowie die Motorik gestärkt werden (Vgl. Wehner & Kristan, 2008, S. 12-13).

Daraus lässt sich schließen, dass der Tastsinn möglicherweise auch in Beratungssituationen genutzt werden könnte, vor allem wenn andere Sinne eingeschränkt sind, könnte das Arbeiten mit dem tasten unterstützend wirken.

Auch hier gilt zu beachten, dass grundsätzlich jeder Mensch ein individuelles Empfinden hat. Dies gilt auch für die Sinneswahrnehmung, insbesondere das Schmerzempfinden (Vgl. Goldstein & Irtel, 2008, S. 356).

Es ist wichtig dem Schmerz nachzugehen, wobei hier die Gefahr besteht Schmerz nicht zu erkennen, da er vom/von der Klienten/In nicht ausgesprochen wird oder unterbewertet wird, was wiederum Folgen einer Verstärkung oder auch Chronifizierung haben kann. Viele verschiedene, auch in dieser Arbeit aufgegriffene Faktoren, wie Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, psychische oder soziale Komponenten haben Auswirkungen auf den Schmerz bzw. können Anzeichen von Schmerz sein. Eine genaue Anamnese, Befragung und Beratung des/der Klienten/In sind daher von Bedeutung (Vgl. Likar et al, 2005, S. 176).

Besonderheiten im Bezug auf den alten Menschen ergeben sich zum Beispiel auch aus dem Vorurteil, dass der Schmerz eine hinzunehmende Begleiterscheinung des Alters sein muss. Die Kommunikation über den Schmerz gestaltet sich möglicherweise, aufgrund genannter körperlicher oder psychischer Einschränkungen schwieriger. Da Schmerzen mit so vielen anderen Symptomen einher gehen oder sogar die Ursache sein können, sind Fehleinschätzungen möglich (Vgl. Pipam, 2005, S. 172).

5.2. krank im Alter

Im Alter können körperliche Beeinträchtigungen auftreten. Die Möglichkeit an einer oder mehreren Krankheiten zu leiden steigt mit dem Alter. Körperliche Aktivitäten, Ernährungsgewohnheiten oder andere Maßnahmen können eventuell zur Gesundheit beitragen. Dennoch gibt es Krankheiten bzw. Einflüsse, mit welche im Alter gehäuft auftreten. Im Folgenden soll hier auf chronische Krankheiten, Medikamenteneinflüsse und spezifische Anforderungen an die Beratung eingegangen werden.

5.2.1. Chronische Krankheiten

Immer mehr Menschen, unabhängig vom Alter, sind von chronischen Krankheiten betroffen. Aufgrund der Veränderungen im Alter steigt wiederum die Wahrscheinlichkeit krank zu werden und es können auch mehrere chronische Krankheiten parallel auftreten.

Es lässt sich auch allgemein ein Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und chronischen Krankheiten herstellen (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 55).

Chronische Krankheiten bringen grundsätzlich dauerhafte Veränderungen mit sich und sind somit nicht heilbar. Lediglich Symptome oder Krankheitsschübe können behandelt werden. Die Ursache kann meist nicht genau bestimmt werden, es ist jedoch ein verstärktes Auftreten von chronischen Krankheiten in westlichen Ländern auffällig. Diese Entwicklung ist auf ungesunde Ernährung, zu wenig Bewegung, Stress und andere Faktoren hinsichtlich der Lebensweise in dieser Gesellschaft zurückzuführen (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 55).

Betroffene haben viele neue Herausforderungen zu meistern und brauchen daher dringend Unterstützung und Begleitung im Alltag. Der Umgang mit der Krankheit und im ersten Schritt vor allem die Auseinandersetzung mit dieser ist bedeutend. Hierzu gehört das verbundene Wissen über die Krankheit, sowie Symptome, mögliche Behandlungsstrategien müssen gefunden werden, die finanzielle Lage muss geklärt werden und schlussendlich soll die Integration der Krankheit in den Alltag gelingen. Die Beziehungsgestaltung zu Angehörigen und auch dem Pflegepersonal ist hierfür bedeutsam (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 52).

5.2.2. Beratungsanforderungen bei chronischen Krankheiten

Ein alltagsintegrierter Umgang mit einer chronischen Krankheit und deren Akzeptanz für die weitere Lebensgestaltung sind ein Prozess, welcher individuell andauert und gestaltet wird. Die Pflege ist oft nicht in diesen Prozess eingegliedert, sondern in akuten Phasen oder gesondert, im Einsatz. Um die Krankheit in den Alltag integrieren zu können, haben sich die Betroffenen viel Wissen eingeholt, reichlich Erfahrungen gesammelt und individuelle Strategien im Umgang mit ihr entwickelt. Diese Tatsache sollte vom Pflegepersonal anerkannt und in der Beratung genutzt werden. Umgekehrt ist eine Aufklärung von Seiten der Pflege über die Krankheit bzw. Behandlungsmöglichkeiten, Medikamenteneinnahme und deren Wirkung, sowie einen vorsorglichen Umgang zur Erreichung von möglichst stabilen Phasen, vor allem zu Krankheitsbeginn von großer Bedeutung (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 53-59).

Corbin und Strauss haben sich mit dem Erleben der Betroffenen von chronischen Krankheiten auseinandergesetzt und dabei ein Phasenmodell entwickelt, welches auch für die Beratung relevant wird. Demnach gibt es verschiedenen Phasen, welche von Betroffenen unterschiedlich durchlaufen werden, wobei einzelne Phasen auch öfter vorkommen können. Demnach beginnt der Verlauf bereits im „Vorstadium“, welches von einzelnen Lebensweisen und Veranlagungen abhängt. Wenn erste Symptome auftreten, überwiegt Unsicherheit, es kann eventuell eine Diagnose erfolgen und Pläne können bereits entwickeln werden. Die „stabile Phase“ zeichnet sich durch das Anstreben von Sicherheit aus. In „Instabilen Phasen“ sind Symptome und Auswirkungen nicht mehr kontrollierbar und es gilt wieder in die Stabilität zurück zu kehren. Eine „akute Phase“ verfolgt das Selbe Ziel, wobei es hier zu stationären Aufenthalten bzw. Komplikationen kommen kann. Die „Krisenphase“ kann „lebensbedrohlich“ werden und es wird ebenfalls versucht, in irgendeiner Form Kontrolle zu erlangen. „Normalisierung“ bedeutet Ressourcen zu stärken und ein Umgang mit der Krankheit soll gelingen. Die „Abwärtsphase“ verzeichnet zunehmende Verschlechterung des Krankheitsverlaufes bis diese zur „Sterbephase“ gelangt. Begleitung in diesen Prozessen ist sehr wichtig.

Das Modell soll in der Alltagsplanung helfen, Symptome vorzeitig zu erkennen, um angemessen darauf reagieren zu können und zwar in Zusammenarbeit im Beziehungsgebilde der Pflege, Angehörige und Klient/In. Das Ziel ist, herauszufiltern welche Aufgaben im Alltag zu erledigen sind, was dem/der Betroffenen im Rahmen seiner Kräfte möglich ist, bzw. mit welcher Unterstützung geholfen werden kann (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 60-65).

Für die Beratung steht demnach der Beziehungsaufbau zum/zur Klienten/In im Mittelpunkt. Es ist wichtig die Lage des/der Klienten/In ernst zu nehmen, an vorhandenes Wissen anzuknüpfen, Unsicherheiten oder Ängste anzusprechen und dann gemeinsam zu planen, wie es beispielsweise nach einer Akutphase weiter geht. Das Ziel ist es, die Krankheit in das Leben zu integrieren, neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln und eine positive Selbstwahrnehmung herzustellen. Am Schwierigsten gestaltet sich die Akzeptanz der Krankheit und dessen Prozess ist individuell und zeitlich unbegrenzt. Die Biographie des/der Klienten/In, sowie bisher gemachte Erfahrungen müssen einbezogen werden. Durch die Krankheit wird das Selbstbild verändert, sowie die Zukunft mit deren Planung beeinflusst. Für den/die Klienten/In und dessen Umfeld ist es wichtig zu lernen, Symptome

zu deuten und zu beobachten, um den Alltag mit Selbstbestimmung zu meistern. Die jeweiligen Phasen sollen beachtet werden, um auch den Bedürfnissen des Menschen gerecht zu werden und Überforderung vorzubeugen. Infolgedessen vollzieht sich schrittweise ein Neuentwurf der eigenen Biographie (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 61-68).

5.2.3. Medikamenteneinnahme

Die korrekte Medikamenteneinnahme bzw. -einstellung im Alter ist besonders wichtig, da sich diese erheblich auf den Zustand, bestehende Krankheiten und auf den Körper auswirken. Im Alter, sind viele Menschen entweder unter- oder übermedikamentiert. Der Bedarf sollte jedoch genau abgeklärt werden, da aufgrund des Alters gewisse Veränderungen, bezüglich der Wirkungsweise von Medikamenten hinzukommen. Aufgrund der verminderten Magensäureproduktion im Alter, lösen sich Medikamente langsamer auf. Auch die Resorption von Medikamenten wird dadurch vermindert, unter anderem auch aufgrund „geringerer Darmbeweglichkeit“. Des Weiteren verbleiben Medikamente, wegen der geringeren Belastbarkeit der Darmhaut, länger im Darm. Dennoch hält die Wirkung länger an, was wiederum von einem erhöhten Fettgehalt des Körpers abhängt (Vgl. Schmidt-Traub, 2011b, S. 86-87).

5.2.4. Beratungsanforderungen

Aufgrund der beschriebenen, veränderten Wirkungsweise von Medikamenten im Alter, wird ein besonderer Austausch zwischen Pflegekräften und Ärzten/Innen notwendig. Auch auf eine Zusammenarbeit mit Apotheken kann geachtet werden, wobei die Selbstmedikation ebenfalls berücksichtigt werden sollte. Manche Medikamente ziehen die Eigenschaft einer Flüssigkeitsverminderung im Körper mit sich, welche durch vermehrtes Trinken ausgeglichen werden muss, was wiederum eine besondere Kontrolle beim alten Menschen veranlasst. Studien weisen darauf hin, dass ein Großteil der älteren Menschen, deren Medikamente, aus verschiedenen Gründen nicht ordnungsgemäß einnehmen. Einerseits hängt dies davon ab, dass die Menschen deren Wirkung in Frage stellen, wobei hier durch genaue Informationsweitergabe und Aufklärung des/der Klienten/In Abhilfe geschaffen werden kann. Andererseits sollte darauf geachtet werden, dass die

Einnahmebestimmungen verstanden worden sind, als auch mögliche Einnahmehilfen angeboten werden bzw. das soziale Umfeld des/der Klienten/In ebenfalls miteinbezogen wird. Es sollte eine möglichst überschaubare Zahl an Medikamenten verordnet werden, wobei hierbei auch Prioritäten gesetzt werden können (Vgl. Köppel, 2005, S. 265-270).

Hier muss auch beachtet werden, dass es Suchtpotenzial in diesem Bereich geben kann. Laut Van den Berg (2008) sind c.a. 10% aller Suchtkranken in Kliniken über 60 Jahre alt. Unter anderem können vor allem Schmerz- und Schlafmittel abhängig machen (Vgl. Van den Berg & Wulf, 2008, S. 459-460).

Beratung kann hier aufklären und eventuell aufdecken.

5.3. Inkontinenz

Es gibt viele Faktoren, welche eine Inkontinenz begünstigen können. Das Alter spielt hierfür eine Rolle, was wiederum bedeutet, dass generell das Risiko zu erkranken mit dem Alter steigt. Körperliche oder geistige Einschränkungen, welche den Weg zum WC erschweren oder plötzliche Veränderung des Umfeldes, auch Krankheiten oder Medikamenteneinnahme, welche mit dem Alter eher begünstigt werden sind Einflüsse auf die Entstehung einer Inkontinenz. Aus diesen Gründen wird hier wieder Beratung relevant (Vgl. Hayder et al, 2008, S. 20-21).

Inkontinenz bedeutet, eine unkontrollierte bzw. ungewollte Entleerung von Harn oder Stuhl. Viele verschiedene Faktoren können der Auslöser einer Inkontinenz sein. Hierzu zählen körperliche Ursachen, als auch äußere Einflüsse z.B. kann die Mobilität des/der Klienten/In eine Rolle spielen. Psychische Faktoren können ebenfalls dieses ungewollte körperliche Verhalten, unbewusst auslösen. Belastungssituationen, einschneidende Erlebnisse oder der Umzug in ein Heim können Einfluss auf die Entstehung von Inkontinenz haben.

Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz, wobei hier nur kurz die vorrangig im Alter vorkommenden Arten aufgegriffen werden. Hierzu zählt die „Dranginkontinenz“, welche in Verbindung mit anderen Krankheiten oder Einflüssen begünstigt auftreten kann. Die Dranginkontinenz äußert sich durch verstärkten „Harndrang“. Vor allem demenzielle Krankheiten oder abnutzungsbedingte Krankheiten des Nervensystems, sowie

Medikamenteneinnahmen treten in Verbindung mit dieser Form häufig auf. Die „Stress- oder Belastungsinkontinenz“ bringt eine Entleerung von Harn in Tröpfchenform mit sich, wobei diese z.B. beim Husten, Lachen oder schweren Heben verstärkt werden kann und somit in solchen Situationen mehr Harn entweicht. Die Ursache hierfür ist beispielsweise oft ein „Östrogenmangel“ oder die Schwächung der „Beckenbodenmuskulatur“. Daher tritt diese Form vermehrt beim weiblichen Geschlecht auf. Die Beiden bisher genannten Formen kommen am Häufigsten im Alter vor. Es kann auch eine „Mischinkontinenz“ auftreten, welche verschiedene Anzeichen der beiden genannten Arten mit sich bringt (Vgl. Matolycz, 2011, S. 176-178).

Es kann auch eine Stuhlinkontinenz im Alter auftreten, an der nur wenige Menschen erkranken, die Wahrscheinlichkeit zu erkranken jedoch mit dem Alter steigt. Die Menschen bemerken oft die Entleerung nicht oder können diese nicht mehr verhindern. Meist werden geringere Mengen Stuhl, in flüssiger Form abgegeben. Es können verschiedene Ursachen der Auslöser für eine Stuhlinkontinenz sein, z.B. eine Erkrankung des „Darmschließmuskels“. Bestimmte Medikamente, demenzielle Erkrankungen, chronische -Verstopfung oder -Durchfall können Stuhlinkontinenz begünstigen.

Es ist demnach wichtig, in jedem Fall nach der Ursache zu suchen, um Behandlungsmöglichkeiten zu ermitteln. In vielen Fällen ist dann eine Heilung möglich (Vgl. Schneiderzik, 1993, S. 128-130).

Menschen, welche Anzeichen einer Inkontinenz an sich bemerken, handeln leider sehr oft nicht. Meist geschieht dies aus Schamgefühl, auch weil dieses Thema in unserer Gesellschaft noch tabu ist. Ältere Menschen nehmen Inkontinenz oft als eine normale Alterserscheinung hin. Keine oder zu wenig Aufklärung haben hier große Auswirkungen auf das Leben der Menschen, da hierdurch keine Behandlungsmaßnahmen gesetzt werden können. Betroffene distanzieren sich meist von ihrem Umfeld oder auch das Umfeld von ihnen (Vgl. Matolycz, 2011, S. 178-179).

Das Problem wird nicht nur verschwiegen, Menschen finden auch selbstständig Wege, um Inkontinenz in das Leben zu integrieren. Frauen greifen oft auf Monatseinlagen zurück, die Wäsche wird häufig gewechselt, nach WC Möglichkeiten wird allezeit Ausschau gehalten oder wie bereits erwähnt öffentliche Gänge ganz gemieden. Manche Betroffenen reduzieren von sich aus die Flüssigkeitszunahme (Vgl. Hayder et al, 2008, S. 38-39).

Zu wenig trinken kann jedoch zu Harnwegsinfekten oder Darmstörungen führen und Inkontinenz sogar fördern (Vgl. Hayder et al, 2008, S. 85).

Zu wenig Flüssigkeit oder Nahrung bewirken auch Kraftlosigkeit und somit können wiederum Stürze begünstigt werden (Vgl. Ahnis, 2009, S. 116).

Behandlungsmöglichkeiten

Zur Behandlung von Inkontinenz, stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um eine Besserung zu erlangen. Bei Dranginkontinenz, aber auch bei Stuhlinkontinenz kann ein „Beckenbodentraining“ Anwendung finden, wobei hier die Muskulatur gestärkt wird und/oder mithilfe von elektrischen Impulsen die Muskelkontrolle gespürt und erlernt werden soll. Ein „Blasentraining“ kann, dem/der Klienten/In helfen, den Harnspeicher zu trainieren. Hierbei werden die Abstände der Zeiten, von vorzeitigem Urinverlust genau protokolliert und der/die Klient/In soll lernen, in bestimmten Zwischenräumen, unabhängig vom Harndrang das WC aufzusuchen. Die Abstände der WC- Gänge können nach einiger Zeit individuell verlängert oder verkürzt werden, um den ungewollten Harnverlust zu kontrollieren. Bei Stuhlinkontinenz spielt wiederum das Ernährungs- und Trinkverhalten eine wichtige Rolle.

Medikamentöse Behandlungen oder „Inkontinenzhilfsmittel“ sind ebenfalls einzubeziehen und können Abhilfe schaffen. Am Ende bleiben noch operative Eingriffe anzuführen, welche oftmals Ursachen erfolgreich beheben können (Vgl. Ahnis, 2009, S. 25-27).

5.3.1 Faktoren welche Beratung bei Inkontinenz beeinflussen

Eine quantitative Studie mit 58 Männern und 73 Frauen, ab dem 60 Lebensjahr, in Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Partnern, wie „Mitgliedern der Deutschen Kontinenzgesellschaft“ und beispielsweise des Fonds Soziales Wien hat gezeigt, dass die Bedeutung von Information bei Inkontinenz hoch ist. Einige relevante Themen für Betroffene sind beispielsweise, Ursachen, mögliche Ansprechpartner/Innen, Therapiemöglichkeiten mit deren Vor- und Nachteilen, sowie Umgangsmöglichkeiten im Alltag, auch im Bezug auf das Familiensystem. Die Ergebnisse unterschieden sich unter anderem, je nach Bildungs- Familien- stand, Alter oder Geschlecht (Vgl. Braumann, 2010, S. 59-81).

Aus diesem Grunde wäre wiederum eine individuelle Beratung anzustreben.

„Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte Information und Beratung durch verschiedene Berufsgruppen der Inkontinenzversorgung zu empfehlen ist“ (Braumann, 2010, S. 140).

Ein feinfühligem Umgang, die emotionale Sicht des/der Betroffenen, sowie das Einfühlen in dessen Situation wird hier in der Beratung wichtig. Daher ist besonderes Augenmerk auf Ungestörtheit und einem geschützten Rahmen zu legen. Es ist abzuklären, ob das Umfeld Bescheid weiß, inwiefern es einbezogen werden kann und ob der/die Betroffene damit einverstanden ist. Solch ein intimes Thema, erfordert eine geschlechtsorientierte Beratung. Verschiedenes Material kann hinzugezogen werden, um mögliche Beckenübungen bildlich darzustellen oder schriftliche Informationen, auch weiterführende Ansprechpartner/Innen oder Selbsthilfegruppen weiterzugeben. Erforderliche Hilfsmittel können ebenfalls bereits begutachtet werden, wobei hier auch bisherig, angewandte Strategien auf deren Nützlichkeit geprüft werden können. Es gilt die persönlichen und umliegenden Ressourcen des/der Klienten/In zu finden und darauf erreichbare Ziele zu setzen (Vgl. Hayder et al, 2008, S. 82-84).

Einige Beispiele für solche Ziele können das Suchen von geeigneter, warmer Kleidung sein, das Umgestalten der Umgebungsfaktoren, wie Ausräumung von Hindernissen am Weg zum WC, spezielle Orientierungshilfen oder praktische und ästhetische Umgestaltung der Toilette. Bei speziellen Trainings ist regelmäßig guter Zuspruch gefragt (Vgl. Hayder et al, 2008, S. 87-92).

Motivationsbelebung ist aufgrund von meist lang anhaltenden Therapien von besonderer Bedeutung. Beispielsweise wird ein gezieltes Beckenbodentraining erst bei einer Langzeitanwendung wirksam. Des Weiteren müssen die Übungen auch richtig und somit meist unter Aufsicht durchgeführt werden (Vgl. Braumann, 2010, S.20-21).

Eine qualitative Studie in einer Klinik für geriatrische Rehabilitation in Deutschland hat sich mit der Frage der Kommunikation über Inkontinenz zwischen älteren Patienten/Innen und Ärzten/Innen und dem Pflegepersonal beschäftigt (Vgl. Kummer, 2011, S. 69-78).

Die Pflege befindet sich im direkten Kontakt mit dem Menschen und könnte bewusste Kommunikation in den pflegerischen Alltag einbauen. „Die pflegerische Aufnahme sowie jegliche Interventionen zur Versorgung der Inkontinenz sind Situationen, in denen

Pflegende als auch Patienten die Inkontinenzproblematik ansprechen könnten“ (Kummer, 2011, S. 147).

Aufgrund der Ergebnisse ist es gelungen, „Handlungsempfehlungen“ abzuleiten. Hier werden einige, noch nicht eingehend erwähnte, beratungsrelevante Erläuterungen vorgestellt. Es ist zu empfehlen Gespräche über Inkontinenz anzustreben, auch wenn das Thema sehr intime Dinge behandelt. Allerdings wäre es wichtig, dieses in einer ungestörten Situation, wenn möglich in einem eigenen Raum stattfinden zu lassen. Es wäre günstig, bereits bei der Anamnese den Kontinenzzustand zu erheben und vielleicht auch mögliche „Expertenstandards“ einzuführen. Aktives Zuhören spielt hier eine große Rolle, um auch individuelle Bedürfnisse des Menschen zu vernehmen und auf Ängste einzugehen. Ein respektvoller Umgang, Höflichkeit und Verständnis, unabhängig von der Altersgruppe sind anzustreben (Vgl. Kummer, 2011, S. 222-226).

5.3.2 Beeinflussung der Faktoren durch Beratung

Es ist nicht einfach, fördernde Kontinenz-Maßnahmen in den Pflegealltag zu integrieren. Gleichwohl ist es eine Aufgabe der Pflege, den Menschen bestmöglich in seiner Selbsthilfe zu unterstützen. Daher wird es für eine optimale Beratung wiederum notwendig, auch das Personal zu schulen. Ergebnisse einer Studie aus zwei Pflegeheimen, aufbauend auf bereits vorhandene Ergebnisse aus einem Krankenhaus, haben gezeigt, dass oftmals im Vorhinein Hilfsmittel, beispielsweise Inkontinenzeinlagen, ohne wirklichen Bedarf eingesetzt wurden. Dies hatte zur Folge, dass das Personal, die eingeschränkte Zeit des Alten Menschen, zwischen Harndrang und Ausscheidung weniger einkalkulierte. Dem Personal mangelte es oftmals an Informationen über Alternativmethoden, Toilettentrainings oder andere Kontinenz fördernde Faktoren (Vgl. Müller & Müller, 2004a, S. 105-108).

Im Bethanien-Krankenhaus an der Uni Heidelberg, wurde diesbezüglich eine „Kontinenzberatungsstelle“ eingerichtet, wobei diese insbesondere auf das Pflegepersonal, dessen Fragen und Informationsbedarf ausgerichtet ist. Verschiedene Fragen werden behandelt, etwa wie kann das Kontinenzproblem des/der Patienten/In am Besten eingeschätzt werden, welche Ziele können angestrebt und wie können diese begutachtet werden. Ein wöchentlicher Austausch unter Mitarbeiter/Innen und somit eine wichtige Stütze im Alltag, als auch eine reflektierte Vorgehensweise, konnten eingeführt werden.

Die Situation des/der Patienten/Innen konnte ebenfalls weitestgehend verbessert werden (Vgl. Müller & Müller, 2004b, S. 109-112).

5.4. Ernährung

Eine abwechslungsreiche Ernährung, mit genügend „essentiellen Amino- und Fettsäuren, Vitaminen und Mineralien“ spielt in jedem Alter, eine wesentliche Rolle für einen gesunden Organismus. Der generelle „Energiebedarf“ ist beim alten Menschen vermindert, demnach wird eine „kalorienärmere“ Ernährung notwendig. Gleichzeitig bleibt eine nährstoffreiche Kost bedeutend und es ist eine vermehrte Zufuhr von Kalzium und bestimmten Vitaminen, z.B. Vitamin K und D empfehlenswert. Es muss also mehr auf die Bevorzugung bestimmter Lebensmittel und deren Inhaltsstoffe geachtet werden. Oft bringt dies eine Umstellung der bisherigen Gewohnheiten mit sich.

Generell ist auf abwechslungsreiche Kost zu achten. Hierfür kann die bekannte „Ernährungspyramide“, welche eine bildliche Darstellung von empfohlenen Lebensmitteln darstellt, als Orientierung dienen. Süße Lebensmittel oder Alkohol, zählen zu den Genussmitteln und sollten in Maßen konsumiert werden. Tierische Lebensmittel, vor allem Fleisch, aber auch Fette und Öle sollten nicht in Übermaßen zu sich genommen werden. Gemüse, Obst, Getreideprodukte oder Hülsenfrüchte dagegen, können täglich mehrmals am Speiseplan stehen. Bei Milch und Milchprodukten sollte auf fettarme Lebensmittel zurück gegriffen werden. Genügend Flüssigkeitszufuhr ist für jeden Organismus wichtig.

Die Ernährung hat einen wesentlichen Einfluss auf den Körper, z.B. Herz, Darm und die Gesundheit des Menschen (Vgl. Küpper, 2003, S. 106-110).

Der Allgemeine, körperliche sowie psychische Zustand des alten Menschen kann also durch Ernährung beeinflusst, bzw. durch mangelhafte Ernährung verschlechtert werden. Es kann im Alter leichter zu einer Mangelernährung kommen. Hierfür können zum Beispiel erhöhte Appetitlosigkeit oder die Veränderung des Sättigungsgefühls verantwortlich sein. Medikamenteneinnahme, Bewegungsmangel, Krankheiten oder Schmerzen können einen negativen Einfluss auf den Appetit nehmen. Körperliche Beeinträchtigungen, Krankheiten oder Veränderungen der Kau- oder Schluckfähigkeit können wiederum zu mangelhafter Ernährung beitragen. Das Risiko für auftretende „Komplikationen“, bei vorhandenen

Krankheiten oder ausgeführten Operationen kann dadurch verstärkt werden. Ein wechselseitiger Einfluss ist somit gegeben (Vgl. Küpper, 2003, S. 97-104).

5.4.1. Verändertes Durstgefühl

Das Durstgefühl, welches im Zwischenhirn gesteuert wird, nimmt im Alter ab. Der Körper braucht jedoch genügend Wasserzufuhr, um die Leistungen erbringen zu können. Daher sind alte Menschen gefährdet, Austrocknungserscheinungen oder andere Folgeerscheinungen, z.B. Verdauungsprobleme oder Verwirrheitszustände zu entwickeln (Vgl. Arens-Azevedo & Behr-Völtzer, 2002, S. 17-18; Schulz, 2006, S. 758).

Im Alter nimmt der „Wasseranteil am Körpergewicht“ um etwa 10% ab. Die Leistungsfähigkeit der Niere und der Hormonhaushalt zur Regulierung des Wasserhaushaltes verändern sich ebenfalls. Die Folge können verschiedenste Erkrankungen sein. Störungen des Wasserhaushaltes erhöhen auch die Sturzgefahr des alten Menschen (Vgl. Dieckmann 2004, S. 155).

Ältere Menschen sollten daher besonders auf die Flüssigkeitszufuhr achten, da sonst eine Dehydration entstehen kann, welche sich ebenfalls durch erhöhte Sturzgefahr, Schwindel oder Verwirrtheit äußern kann (Vgl. Schulz, 2006, S. 758).

5.4.2 Beratungsanforderungen

Beim gesunden alten Menschen ist generell keine spezielle Diät notwendig. Die Ernährung soll sich jedoch an den verringerten Energiebedarf angleichen, allerdings pendelt sich dies in der Regel von selbst ein. Es wäre jedoch wichtig, fettreiche Nahrung, vor allem versteckte Fette zu meiden und pflanzliche Lebensmittel vorzuziehen. Aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden, kann eine Diätkost erforderlich werden, wobei hier Fachkräfte, zur Beratung mit einbezogen werden sollten. Für die funktionierende Beziehung zum/zur Klienten/In ist jedenfalls eine Aufklärung über die Notwendigkeit und Maßnahmen entscheidend. Ansonsten kann es sein, dass die Kost abgewehrt wird und es immer wieder zu Konflikten zwischen den Parteien kommt (Vgl. Huhn, 2010, S. 546-548).

Es können also durchaus bisherige Gewohnheiten umgeworfen werden. Manche ältere Menschen sind es beispielsweise gewohnt, dreimal am Tag, volle Mahlzeiten zu essen. Es ist empfehlenswert öfter, kleinere Portionen zu essen und dabei auf den Kaloriengehalt zu achten. Da der Geschmackssinn im Alter abnimmt, kann hier besonders auf eine schmackhafte Zubereitung geachtet werden. Hierfür können Gewürze und Kräuter verwendet werden, wobei wiederum weitestgehend auf zu viel Salz verzichtet werden sollte. Da ältere Menschen weniger Durst empfinden können, ist besonderes Augenmerk auf die Flüssigkeitszufuhr zu legen. Die Tagesmenge könnte bereits am Vormittag bereitgestellt werden, um täglich daran erinnert zu werden. Besonders bei sportlichen Betätigungen, ist auf eine zusätzliche Wasserzufuhr hinzuweisen (Vgl. Schneidrzik, 1993, S. 132-134)⁴.

In jedem Fall ist es wichtig, Getränke in „Reichweite“ hinzustellen. Ältere Menschen sollten an das Trinken erinnert werden, wobei hier Angehörige wiederum eine Stütze sein können. Gewohnheiten, beispielsweise beliebte Getränke, Lieblingstassen können einbezogen werden. Es kann auch auf das Gewicht des Gefäßes, sowie auf dessen Beschaffenheit, beispielsweise die Henkelgröße geachtet werden. „Schnabeltassen“ lassen sich nicht empfehlen, da hier das Austreten der Flüssigkeitsmenge schwer kontrolliert werden kann und es zur Aspiration kommen kann. Trinkpläne und Dokumentation über die Flüssigkeitsaufnahme sind unerlässlich (Vgl. Schulz, 2006, S. 759).

Das Angebot an Speisen sollte möglichst vielfältig sein und verlockend angeboten werden. Mahlzeiten welche gesehen werden, also direkte Essensausgabe oder Buffets, können meist besser vom alten Menschen angenommen werden. Das Auge bestimmt sehr viel mit und auch die gemachten Vorstellungen der Gerichte können variieren (Vgl. Huhn, 2010, S. 547).

Es können aber auch Speisekarten kreativ gestaltet werden, beispielsweise mit Bildern. Auch „Verköstigungen“ könnten durchgeführt werden, etwa um neue Nahrungsmittel, erfinderisch einzubeziehen (Vgl. Arens-Azevedo & Behr-Völtzer, 2002, S. 96-97).

Vielfalt gilt auch für die Flüssigkeitsversorgung, obgleich Wasser, ungesüßte Tees oder Fruchtsäfte bevorzugt angeboten werden sollten. Dem ungeachtet ist auch nichts gegen

⁴ Ähnlicher Vergleich in Arens-Azevedo, 2002, S. 95-96; Huhn, 2010, S. 547-548.

anderwärtige Getränke, wie Kaffee oder mäßig Alkohol einzuwenden (Vgl. Huhn, 2010, S. 546-547; Arens-Azevedo & Behr-Völtzer, 2002, S. 96).

Durch Abwechslung, kann es gelingen den Durst anzuregen, was Priorität haben sollte. Gegebenheiten, welche das Durstgefühl und den Geschmack noch einschränken können sollten nach dem trinken angeboten werden, beispielsweise die Zahnpflege (Vgl. Schulz, 2006, S. 759).

Um den genauen „Ernährungszustand“ und Bedarf des Alten Menschen ermitteln zu können, existieren Standards oder Anamnesebögen (Vgl. Küpper, 2003, S. 98-11), sowie Empfehlungen für die Praxis und Leitlinien. Diese sind eher medizinisch orientiert und Trinkprotokolle oder Gewichtserfassungen erfüllen somit eine Kontrollfunktion. Experten im Rahmen der Bundeskonferenz in Deutschland, haben hierzu weitere Handlungsempfehlungen ausgearbeitet. Neben funktionalen Fähigkeiten, sollen auch biografische „Gewohnheiten“ ergründet werden. Die Gründe für ungenügende Speisezufuhr sollen gefunden werden. Kann der Mensch die Nahrung funktional- oder will er diese- nicht aufnehmen. Es empfiehlt sich unterstützende, organisatorische Maßnahmen für die Pflege zu setzen (Vgl. Kohlen et al, 2009, S. 146-149).

Gewohnheiten, Wünsche oder Vorlieben sollten möglichst mit einbezogen werden. Eventuell könnte durch solche Vorlieben ein besserer Zugang zum Menschen hergestellt werden und in akuten Krankheitssituationen oder bei Krisen zusätzlich eingesetzt werden (Vgl. Huhn, 2010, S. 550).

Demgemäß kann eine verminderte „Kaufähigkeit“ im Alter negative Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme haben. Es wäre wichtig den Zustand der Zähne bzw. Zahnprothesen zu überprüfen. Es kann auch kurzfristig zu weicherer Kost zurückgegriffen werden (Vgl. Seel, 2003, S. 954).

Es können somit Alternativen, wie Kompott, püriertes Obst oder milchhaltige Speisen angeboten werden. (Vgl. Huhn, 2010, S. 546).

Aufgrund der Gebiss Veränderungen, verminderter Schluckfähigkeit oder körperliche Schwäche, benötigt der ältere Mensch mehr Zeit zum essen, welche ihm auch gewährt werden sollte. Der ältere Mensch hat in der Regel auch Zeit und daher können die

Mahlzeiten auch als Beschäftigung genutzt werden. Dazu kann auch das Umfeld, wie eine ruhige Umgebung, das Ambiente, Tischordnung, benötigte Hilfestellungen beachtet werden (Vgl. Huhn, 2010, S. 548-550).

5.5. Hautveränderungen

Die Haut beginnt ab dem 30. Lebensjahr zu altern und verschiedene Anzeichen hierfür werden im höheren Alter immer deutlicher. Dieser Prozess ist von erblichen, biologischen und Umwelt- Faktoren abhängig. Lediglich die Umweltfaktoren können beeinflusst werden. Hierzu zählt beispielsweise die Vermeidung von ungeschützter oder kontinuierlicher Sonnenlichtaussetzung der Haut. Generell kann die Hautalterung nicht verhindert werden, aber auf die veränderten Bedürfnisse der Haut im Alter, kann beispielsweise durch verstärkte Pflege eingegangen werden (Vgl. Schneidrzik, 1993, S. 14-16).

Die Haut hat eine Schutzfunktion, welche unter anderem die Einlagerung von schädlichen Stoffen verhindert. Auch diese Funktion wird im Alter reduziert. Hautzellen haben grundsätzlich die Fähigkeit sich ein Leben lang neu zu bilden, dennoch verringert sich, deren Lebensdauer. Aus diesen Gründen wird die Haut empfindlicher und es können schneller äußere Verletzungen entstehen.

Die Haut verliert mit den Jahren an Dicke und Elastizität, somit kommt es zur vermehrten Faltenbildung. Vor allem das äußere Erscheinungsbild verändert sich dadurch, aber auch gesundheitliche Beschwerden können aufgrund der Hauterschlaffung entstehen. Die Oberlider können z.B. an Elastizität verlieren, und somit kann die Sehkraft eingeschränkt werden.

Eine weitere wesentliche Veränderung ist die vermehrte Trockenheit der Haut im Alter. Dies lässt sich auf die verminderte Fähigkeit, Wasser zu binden, sowie auf die verminderte Funktion der Talg- und Schweißdrüsen zurückführen. Das bedeutet, dass der alte Mensch weniger natürliches „Hautfett“ produziert, welches auch als Schutzfunktion dient. Die vermehrte Trockenheit kann zu unangenehmen Beschwerden, wie „Juckreiz“ oder Folgekrankheiten z.B. „Ekzemen“ führen. Die Austrocknung kann auch durch die Verwendung von Waschlotionen begünstigt werden, da diese meist Körperfettlösend wirken. Daher ist auf besondere Pflege im Alter zu achten. Es können „rückfettende

Waschmittel“ benützt werden und die Reaktionen der Haut sind genau zu beobachten (Vgl. Schneidrzik, 1993, S. 14-16; Van den Berg & Wulf, 2008, S. 359).

Unter anderem durch eine verminderte Zahl an Schweißdrüsen verändert sich demnach auch das Temperaturempfinden der Haut und somit die Regulation der Körpertemperatur im Alter. Die „Wärmeabgabe“ der Haut wird auch durch zahlreiche körperliche Veränderungen der Arterien, Venen, des Fettgewebes und anderen vermindert (Vgl. Van den Berg & Wulf, 2008, S. 359).

5.5.1. Beratungsanforderungen

Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden die Haut im Alter besonders zu pflegen. Die regelmäßige Reinigung ist wichtig, um Schmutz, Schuppen und Schweiß zu entfernen, hierfür sollten aber keine Seifen verwendet werden, da diese den Säureschutzmantel der Haut zusätzlich strapazieren. Es empfehlen sich demnach milde Waschlotionen, rückfettende Duschlotionen oder Badezusätze. Langes Duschen oder Baden sollte vermieden werden, vor allem höhere Temperaturen sollen ebenfalls vermieden werden, da diese Faktoren die Austrocknung verstärken. Nach dem Duschen sollten Pflegecremen eingesetzt werden, welche einen Schutz bieten und ebenfalls rückfettend sind (Vgl. Heyn, 2007; Van den Berg & Wulf, 2008, S. 361).

Hautreinigungsmittel sollten im Alter eher sparsam angewandt werden, vor allem bei strapazierter, trockener Haut kann eventuell darauf verzichtet werden, auch weil Wasser bereits eine reinigende Wirkung hat. Die Füße und Sohlen im Alter sollten nicht vergessen werden, da diese leicht zu Druckstellen neigen (Vgl. Van den Berg & Wulf, 2008, S. 361-362).

Das Trinken ist auch sehr wichtig für die Haut, um einer Austrocknung von Innen heraus vorzubeugen. Eine zusätzlich vitaminreiche Ernährung hat ebenfalls positive Auswirkungen. Sonnenschutzmittel wären immer zu empfehlen. Für bereits stark bestehenden Juckreiz gibt es zahlreiche Cremes, beispielsweise mit Ölen oder Harnstoff, um diesen zu lindern (Vgl. Heyn, 2007).

6. Aspekte der Beratung im Hinblick auf psychische Faktoren

Psychische Faktoren spielen eine wesentliche Rolle im Umgang mit alten Menschen. Die Themen Sinnfindung oder die Beschäftigung mit dem Tod sind vor allem im Hinblick auf die Endlichkeit im Alter wesentlich. Durch die zahlreichen Veränderungen, welche das Alter und auch dessen verändernde Alltagsgestaltung mit sich bringt, kann es auch zu psychischen Belastungen kommen.

Krisen, Ängste, Depressionen und Suizid sind eng miteinander und auch oft mit körperlichen Faktoren verknüpft, dennoch soll hier eine Einteilung gemacht werden, um auf verschiedenste Veränderungen im Alter näher einzugehen. Dadurch sollen die besonderen Maßnahmen an die Beratung, im Hinblick auf psychische Faktoren deutlich gemacht werden. Es wird versucht Alters spezifische Aspekte zu filtern.

6.1. Sinnfrage

Die Beschäftigung mit „Sinngebung“ ist ein individueller und „aktiver Prozess“. Der Mensch ist meist auf der Suche nach dem Sinn von bereits Geschehenem. Hierbei wird oft von „Lebenssituationen“ erzählt, welche mit „Sinnerlebnissen“ einhergehen, die auch plötzlich eintreten können. Eine alte Frau, welche mit dem Tod des Mannes konfrontiert wurde, erlebte einen besonderen Sinn darin, ihren Mann im Sterben in seinem Sinne begleitet zu haben. Solche Ereignisse bestimmen auch die Gegenwart und den Umgang mit dem Verlust. Ein Rentner, der in seinem Beruf einen besonderen Sinn sah, hat möglicherweise seinen Lebenssinn verloren. Auch bei Depressionen ist häufig Sinnverlust zu beobachten. Der Sinn ist meist mit Werten verbunden, so kann ein Mensch, welcher keinen Sinn mehr hat in die „Perspektivlosigkeit“ geraten. Umgekehrt, kann ein Mensch, welcher den Lebenssinn für sich entdeckt hat, besonders in schwierigen Situationen darin Lebensmut finden. Der Glaube spielt hierbei sehr oft eine wichtige Rolle. Heute nimmt generell die Zugehörigkeit einer Gemeinschaft eher ab und das Streben nach individuellen Lebensweisen nimmt zu. Dies spiegelt sich auch in Kirchen wider. Kirchengemeinschaften werden durchaus genutzt, jedoch eher dann wenn diese der „Individualisierung des Glaubens“ entgegen kommen (Vgl. Schmitz-Scherzer, 2001, S. 126-128).

Jeder Mensch ist endlich und im Alter wird die voraussichtliche Lebensspanne übersichtlich. Somit wird die Suche nach dem Sinn möglicherweise noch konkreter. Bisherige Wertvorstellungen können in veränderten Lebenssituationen Halt geben oder aber erschüttert werden und neue Sinnfindung auslösen. Unzählige Einflüsse, beispielsweise das soziale Umfeld oder körperliche Veränderungen, spielen hierfür wiederum eine wichtige Rolle. Es muss hier nochmals betont werden, dass jeder Mensch individuell ist und somit auch die Sinnfindung, sowie die Auslebung unterschiedlich verläuft, unabhängig vom Alter (Vgl. Schmitz-Scherzer, 2001, S. 127-128).

Menschen wandeln sich, unabhängig vom Alter. Sinnfindung und Unterstützung sind daher im Alter wichtige Elemente, die der Motivation dienen und sich erfolgsfördernd auf die Beratung auswirken (Vgl. Rosenmayr, 2006, S. 320).

„Wo Menschen in schwierigen Situationen ihrem Leben einen Sinn geben (können), ist zu beobachten, dass sie aufleben, sich gezielt interessieren, ins Gleichgewicht kommen“ (Rogall et al, 2005, S. 147).

Sinnggebung bedeutet demnach auch „neue Möglichkeiten“, welche das Alter bietet zu erkennen. Etwas Neues lernen, der Lebenszeit einen individuellen Sinn geben, etwas vom Leben erwarten aber auch das Geben kann sinnfüllend sein (Vgl. Gross & Fagetti, 2008, S. 77-79)

6.1.1 Blick in die Zukunft

Der Blick in die Zukunft kann auch mit der Sinnfindung zusammenhängen, so werden etwa Fragen aufgestellt, was noch möglich ist oder sein wird und wozu sich Umstände verändern. In jedem Alter ist es wichtig Ziele zu setzen, da Ziellosigkeit auch zu einer Resignationshaltung führen kann. Hierbei ist es unerheblich ob von kurzfristigen, mittel- oder langfristigen Zielen gesprochen wird. Kurzfristige Ziele hängen mit der unmittelbaren Situation zusammen, beispielsweise einem Krankenhausaufenthalt und der Auseinandersetzung was danach passiert bzw. wie es weiter geht. Ein mittelfristiges Ziel könnte beispielsweise die Suche nach einem zukünftigen Heimplatz oder alternativen Wohnformen sein. Langfristige Ziele könnten wiederum mit der Auseinandersetzung des Todes zusammenhängen, zum Beispiel eventuelle Vorbereitungen zu treffen. Die

Zielfindung ist individuell und die Angaben entsprechen daher nur beispielhaften Aussagen (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 122-123).

Das Gespräch über Ziele und ein zuversichtlicher Blick in die Zukunft sind für den Prozess der Beratung bedeutend. Ziele und Wünsche des/der Klienten/In geben Zuversicht und unterstützen den Menschen dabei, aktiv zu werden. „Visionen“ sind in jedem Alter erwünscht und erstrebenswert (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 41).

6.1.2. Tabuthema Tod

Der Tod ist auch heute in unserer Gesellschaft leider noch ein Tabuthema. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema wird aber, nicht nur im Hinblick auf die heranrückende Endlichkeit im Alter wichtig, sondern ist auch bei bestehenden Ängsten hilfreich. Sich der Situation zu stellen und die damit verbundenen Gespräche mit einer/m Vertrauten, können Ängste im besten Fall lösen. Zumindest kann das bisherige Leben beleuchtet werden und auch eine bessere Gestaltung der Zukunft gelingen.

Ängste, welche den Tod betreffen, können wiederum höchst unterschiedlich sein. Manche Menschen beschäftigen sich mehr damit, wie die Situation in der Stunde des Todes sein wird z.B. können Ängste über mögliche Schmerzen oder das Alleinsein auftreten. Außerdem können Sorgen was noch Alles zu erledigen wäre, Verabschiedungswünsche oder der Wunsch Selbstständig zu bleiben, aufkommen. Andere Menschen wiederum machen Sorgen, was nach dem Tod kommt, zu schaffen. In beiden Fällen kann eine Auseinandersetzung helfen, beispielsweise können für den ersten Fall mögliche Vorbereitungen, wie Gespräche mit Angehörigen, eventuelle Vollmachten oder persönliche Erledigungen getroffen werden. Im zweiten Fall spielt möglicherweise der Glaube eine besondere Rolle. Es hat sich gezeigt, dass gläubige Menschen, die den Glauben verinnerlicht haben weniger Angst vor dem Tod haben. Religiöse Menschen, welche den Ansporn zum Glauben eher durch äußere Umstände erhalten, besonders an Regeln und Gesetzen festhalten, welche Ihnen auch zu schaffen machen können, da sie diesen nicht vollständig entsprechen können und an spätere Strafen glauben (Vgl. Schmidt-Traub, 2011b, S. 91-93).⁵

⁵ Ähnlicher Vergleich Erlemeier, 2011, S. 40-41

Tatsache ist, der Tod ist präsent und daher wird sich jeder Mensch in irgendeiner Form damit beschäftigen. Die Pflege kann hierbei unterstützend wirken.

Eine qualitative Studie, welche 2012 veröffentlicht, in einem Krankenhaus in Basel durchgeführt wurde hat sich mit der Kommunikation über den Tod mit dem alten Menschen beschäftigt. Es wurden 17 Krankenschwestern und 14 Ärzte interviewt, wobei auf die Bereitschaft über dieses Thema zu sprechen eingegangen wurde und mögliche Themen, welche ein Hindernis darstellen können. Hier gaben 21 von 31 Befragten, eine hohe Bereitschaft an, über den Tod und das Sterben zu sprechen und 7 Personen eine geringe Bereitschaft. Nur 4 von 31 Menschen bevorzugten es, über rein medizinische und körperliche Belange zu sprechen. Hier muss kritisch angemerkt werden, dass dieses Ergebnis jedoch im Gegensatz zu anderen Studien steht.

Hindernisse und Schwierigkeiten ergeben sich durch Zeitmangel, Mangel an Privatsphäre bzw. dass kein geeigneter Ort zur Verfügung steht. Des Weiteren gaben 12 Personen die eigene Auseinandersetzung als Hindernis an, da durch ein Gespräch die Konfrontation mit dem eigenen Tod besteht und diese als unangenehm empfunden wird. Andere Hindernisse waren der Widerstand oder der kognitive Zustand seitens des/der Klienten/In. Kognitive Zustände als Hindernis konnten auch in anderen Studien gefiltert werden. Im Vergleich zu weiteren Studien, gaben über 40 Prozent der Klienten/Innen an, solche Gespräche führen zu wollen (Vgl. Lenherr et al, 2012).

Inwieweit diese Studie Relevanz hat ist fraglich, da die Gruppe der Untersuchten nicht sehr groß war, dennoch weisen die möglichen Hindernisse auf den Bedarf einer zusätzlichen Ausbildung und die eigene Auseinandersetzung mit diesem Thema hin. Ein offener Umgang mit dem Tod wäre wünschenswert und für die Beratung wäre es wichtig, sich diesen Störfaktoren bewusst zu werden.

6.1.3 Beratungsanforderungen

Da die Themen Sinnfindung, Beschäftigung mit dem Tod und Beschäftigung mit der Zukunft eng miteinander verknüpft sind, werden sie hier gemeinsam aufgegriffen.

Für die Beratung ist es wichtig den Gedanken und Sorgen des alternden Menschen wertschätzend zu begegnen. Es ist wichtig den Menschen ernst zu nehmen und auf die Themen, welche ihn beschäftigen einzugehen und nicht abzutun, egal welcher Art sie sind (Vgl. Friedrich- Hett, 2007, S. 32-33).

Die bisher gemachten Vorstellungen vom Alter, Beobachtungen oder auch gesellschaftlichen Meinungen, haben einen erheblichen Einfluss auf das Selbstbild im Alter. Diese wirken sich somit auch auf die Zukunftsgestaltung aus. Die Vorstellungen werden jedenfalls wiederum individuell ausfallen, daher ist es wichtig den Menschen zu fragen und zu versuchen seine Sicht zu verstehen. Der Eintritt in die Pension kann beispielsweise sowohl als Verlust und somit Abbau der Fähigkeiten, als auch als neue Chance betrachtet werden (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 47-49).

„Wenn es uns im Gesprächsprozess gelingt, Lebens- oder Altersbilder zu fördern, welche für die Klienten oder Kunden neue Perspektiven beinhalten, hilft dies, eine *positive Zukunftsorientierung* zu entwickeln und trägt wesentlich zum Erfolg des Beratungs- oder Therapieprozesses bei“ (Friedrich-Hett, 2007, S. 49).

Es ist aber auch wichtig realistisch zu denken und erreichbare Ziele zu stecken. Der/Die Klient/In kann durchaus in umsetzbaren Wünschen bestärkt und begleitet werden. Ziele sollten positiv formuliert werden und Fragen wie -was müsste geschehen, um dieses oder jenes erreichen zu können? – kann nachgegangen werden (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 41).

Menschen entwickeln im Laufe des Lebens eine Lebenshaltung, welche sich aber, wie bereits mehrfach aufgezeigt, jederzeit verändern kann. Für die Beratung ist es wichtig, eventuelle Ressourcen dieser Haltung zu finden und zu nutzen. Ein Beispiel hierfür wäre der Glaube, welcher durchaus Kraft geben kann, auch schwierige Veränderungen zu bewältigen (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 28).

Rogall et al benennen Kommunikation, in denen es über solch sensible Themen geht als „Seelsorgerliche Gespräche“. Sie verweisen unter anderem darauf, dass es wichtig wäre, eventuelle Kommunikationsstörungen oder Auffälligkeiten wahrzunehmen und anzusprechen. Beispielsweise wenn ein Mensch immer wieder das gleiche wiederholt, Sätze nicht beendet, die Körpersprache besonders auffällt. Im Alter können solche Dinge

auch krankheitsbedingt sein und müssen daher differenziert betrachtet werden. Vorsichtiges Nachfragen, eine eventuelle Konfrontation mit „freundlichen Worten“ oder auch Pausen im Gespräch aushalten und dem Menschen Raum geben zu erzählen, sind grundsätzlich hilfreich (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 130-131).

Auf jeden Fall ist hier auch auf den geeigneten Rahmen, Raum, Umfeld, Geräusche zu achten und sich Zeit zu nehmen bzw. eventuell Gesprächszeiten festzusetzen und Gespräche möglichst nicht abrupt beenden. Die Pflegekräfte sollen sich über ihre eigenen Gedanken bezüglich dieser Themen bewusst werden, da solche Gespräche über Sinn, Tod und Zukunft ansonsten für eine/n Gesprächspartner/In zur Belastung werden können. Die Pflege kann sich hier wieder mit anderen Organisationen vernetzen, beispielsweise Trauergruppen oder Besuchsdiensten oder mit schriftlichen Materialien, Sprüchen, Empfehlungen arbeiten (Vgl. Rogall et al, 2005, S. 147-148).

Die Gestaltung des Sterbens ist für alle Beteiligten eine große Herausforderung und die Pflege muss „aktive Beteiligung“ fördern, hier macht es auch Sinn, Angehörige mit einzubeziehen (Vgl. Loewy, 2006, S. 120-122).

6.2 Krisen

Jeder Mensch kann, durch verschiedenste Veränderungen im Leben in eine Krise geraten. Eine Krise wird als Situation der „Überforderung“ beschrieben, welche nicht selbst bewältigt werden kann. „Eine krisenhafte Gefährdung spitzt sich zu, wenn es in einer stark belastenden Lebenssituation nicht mehr gelingt, sie mit eigenen verfügbaren Mitteln, d. h. Bewältigungsressourcen, die sich in der Vergangenheit bewährt haben, zum Besseren zu wenden“ (Erlemeier, 2011, S. 161).

Eine Krise greift somit erheblich in die Psyche des Menschen ein und kann oft eine Vorstufe der Depression sein. Eine Krise ist noch nicht als Krankheit zu betrachten, sondern ist eine belastende Situation in einem „Veränderungsprozess“ des Menschen, welcher aus seinem inneren Gleichgewicht geraten ist. Der alte Mensch kann von „Lebensveränderungskrisen“, beispielsweise der Eintritt in die Pension oder der Einzug in ein Pflegeheim, als auch „traumatischen Krisen“, wie Krankheiten oder der Verlust eines Menschen, betroffen sein. Eine Krise braucht spezielle Krisenintervention, welche von

verschiedenen Organisationen, auch ambulant angeboten werden. Oft gehen Krisen mit Suizidgedanken einher und daher wird das Handeln für die Pflege wichtig (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 161-162).

6.2.1. Verlusterlebnisse

Wenn Krankheit auftritt, bedeutet dieser Umstand eine erhebliche Veränderung des Alltages für den Menschen. Für die Beratung ist es hier wichtig, vor allem Selbstkompetenzen zu erkennen und dem/der Klienten/In dabei zu unterstützen, die Krankheit möglichst in den Lebensalltag zu integrieren. Die „Bedeutung“ für den jeweiligen Menschen, des Verlustes und somit auch dessen Auswirkungen auf gegenwärtige oder zukünftige Pläne, spielen eine wesentliche Rolle. Des Weiteren haben diese Veränderungen auch Auswirkungen auf das Umfeld, vor allem auch die Angehörigen. Das Selbstbild und die jeweilige Situation des Einzelnen müssen für eine erfolgreiche Unterstützung herangezogen werden (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 115-116).

Wenn ein naher Angehöriger oder der/die Partner/In stirbt bedeutet dies auch einen großen Verlust im Leben des Menschen. Diese Verlusterlebnisse können auch in Krisen überleiten. Es wird daher notwendig sich diversen „Belastungsfaktoren“ zu stellen. Wie bereits erwähnt bedeuten auch situationsbedingte Veränderungen im Alter manchmal einen Verlust, und stehen auch in Bezug auf die „Alltagsfähigkeiten“. Hier wird es wichtig ressourcenorientiert zu denken (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 51-53).

6.2.2. Traumatisierende Ereignisse

Es gibt verschiedene Erlebnisse, etwa Krieg, Naturkatastrophen, andere Übergriffe oder auch plötzliche Erkrankungen, welche zu Traumatisierungen führen können. Wenn Traumatisierungen anhalten, kommt es beispielsweise zu einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“. Das Ereignis festigt sich im Gehirn, ist somit auch messbar und wird von den Betroffenen, in Form von Erinnerungsbildern und körperlichen Anzeichen immer wieder erlebt. Der Zweite Weltkrieg hat in Europa diesbezüglich Spuren hinterlassen, insbesondere in den heute älteren Generationen. Traumatisierungen müssen behandelt

werden, da sie sonst weiterhin bestehen bleiben und für den alten Menschen, aufgrund der erhöhten Stressbelastung, zusätzlich körperliche Krankheiten mit sich bringen können. Nach der Kriegszeit wurden die Ereignisse jedoch meist verdrängt, auch seitens der Gesellschaft und somit bestehen diese Probleme heute noch im besonderen Maß beim alten Menschen. Die Erlebnisse brechen bei vielen Menschen erst im Alter wieder auf. Durch die Pension bleibt mehr Zeit zum grübeln und der Mensch beschäftigt sich auch intensiver mit der Endlichkeit des Lebens und dem Geschehenen (Vgl. Schmidt-Traub, 2011b, S. 30-32).

Zeitgeschichtliche Erfahrungen können im späteren Alter in der Pflege eine Rolle spielen, da bestimmte Verhaltensweisen erst durch eine biographische Betrachtung erklärbar werden. Ein Beispiel für solch eine Situation wäre, wenn eine Pflegeperson in der Nacht einer alten Dame am Flur begegnet und ihr von hinten auf die Schulter tippt und diese zu Schreien beginnt. Die Dame wurde in der Kriegszeit ausgeraubt oder vergewaltigt und fühlt sich in dieser Situation, zeitlich zurückversetzt. Eine Reihe anderer Auswirkungen können sichtbar werden, beispielsweise in Form von Schlafstörungen, Verstummen im höheren Alter oder aber Äußerungen, welche der damaligen Ideologie entsprechen. Es kann auch zu Missverständnissen zwischen verschiedenen Kulturen kommen, auch aufgrund der gemachten Erfahrungen (Vgl. Radebold, 2009, S. 185-187).

6.2.3. Ängste

Im Alter können aus verschiedensten Gründen Angststörungen auftreten. „Einschneidende Veränderungen in der Lebensführung, wie Berentung, Erkrankung und der Verlust von Angehörigen und Freunden, lösen bei älteren Personen Ängste aus oder verschlimmern sie“ (Schmidt-Traub, 2011b, S. 14)

Diese treten oft in Verbindung mit anderen psychischen Belastungen, wie Depressionen und Gedächtnisstörungen auf (Vgl. Kasper, 2006, S. 49-50). Auch andere bereits genannte Faktoren können Einfluss nehmen, hierzu gehören beispielsweise körperliche Veränderungen, Schmerzen oder Isolation (Vgl. Schmidt-Traub, 2011a, S. 63).

Das Phänomen Angst tritt sowohl beim jungen, als auch beim alten Menschen im gleichen Maß auf und meist beginnen Angststörungen schon in jüngeren Jahren und kehren im Alter wieder. Im Alter wird es jedoch schwieriger Angststörungen zu erkennen, da die Symptome auch auf körperliche Krankheiten hinweisen können und es wird im Alter möglicherweise eher von körperlichen Beeinträchtigungen ausgegangen. Demgegenüber lösen Ängste „Stresssituationen“ aus, welche für den Körper belastend sind und auf Dauer, Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Angststörungen sind in jedem Alter behandelbar und es ist daher wichtig eine Diagnose zu stellen. Es gibt sehr wohl Störungen, welche im Alter häufiger auftreten, nämlich „Generalisierte Angststörungen“ oder „Panikstörungen“ und „Traumatisierungen“ (Vgl. Schmidt-Traub, 2011a, S. 58-61).

Jede Form von Angst hat verschiedene Auswirkungen und Anzeichen, wobei sich alle Formen auch auf eine Weise körperlich äußern. Eine „generalisierte Angststörung“ kann unter anderem Ruhelosigkeit, Konzentrationsstörungen oder Schlafstörungen auslösen. Betroffene plagen über Monate hinweg, verschiedenste Ängste und sie versuchen Situationen, welche daran erinnern zu vermeiden, was die Angststörungen wiederum verfestigt. „Panikstörungen“ treten wiederholt auf und äußern sich durch Panikanfälle, welche mehrere Minuten andauern. Ein Panikanfall ist begleitet von beispielsweise Atemnot, Schwindel, Herzrasen und weiteren Symptomen. Auch hier ist die Gefahr eines Rückzuges des Menschen groß und meist versuchen sich Betroffene besonders zu schonen, was wiederum die Situation verschlimmert (Vgl. Schmidt-Traub, 2011b, S. 14-22).

6.2.4. Beratungsanforderungen

Im Pflegealltag gibt es in Bezug auf psychische Veränderungen, wie Traumatisierungen einiges zu beachten, um den Menschen nicht zusätzlichen Belastungen auszusetzen. Für die Beratung bedeuten diese Aspekte biographisches und vor allem auch zeitgeschichtliches Denken. Da Krisen, Ängste oder Traumata mit anderen psychischen Beeinträchtigungen einhergehen können, wie beispielsweise Depressionen wird es wichtig auf diese Dinge einzugehen und sie anzusprechen (Vgl. Radebold, 2009, S. 189-190).

Des Weiteren wurden, wie bereits erwähnt, Traumatisierungen in der Nachkriegszeit meist nicht adäquat behandelt, was wiederum Auswirkungen im Alter haben kann (Vgl. Schmidt-Traub, 2011a, S. 143).

„Hochbetagte Patienten sollten folglich immer nach ihren Kriegserlebnissen befragt werden. Die explorierten gesundheitlichen, emotionalen und sozialen Folgeerscheinungen werden in den Lebenskontext, die Makroanalyse und in den gesellschaftshistorischen Rahmen eingebettet“ (Schmidt-Traub, 2011a, S. 143).

Radebold empfiehlt Fragen, bezüglich zeitgeschichtlichen Erlebnissen, bereits beim Aufnahmegespräch, bzw. in einem Fragebogen mit einzubeziehen. Die Pflege sollte hier wiederum ihre Grenzen kennen und auf andere Ansprechpartner/Innen bzw. Professionen verweisen. Dennoch könnten hier Weiterbildungen für das Pflegepersonal helfen, Situationen des/der Klienten/In besser deuten zu können (Vgl. Radebold, 2009, S. 193).

6.3 Depressionen

Besondere Belastungen, Krisen sind oft der Auslöser für Depressionen. Alte Menschen sind einigen Krisen ausgesetzt, diese können zum Beispiel der Verlust von Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes mit Eintritt in die Pension, körperliche Einschränkungen, finanzielle Veränderungen, Veränderung der Familienstruktur, mögliche Einsamkeit oder andere Faktoren sein. Der alte Mensch kann jedenfalls mit anderen Krisen konfrontiert sein, im Vergleich zum jungen Menschen, was ein spezifisches Angebot für diese Gruppe notwendig macht (Vgl. Haupt et al, 2008, S. 645-646; Erlemeier, 2011, S. 24).

Bezüglich der Unterschiede der Häufigkeit des Auftretens von Depressionen im Alter und in jungen Jahren, kommen Autoren zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Erlemeier und andere verweisen darauf, dass Depressionen beim alten Menschen nicht häufiger auftreten, als beim jungen Menschen (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 26; Lützenkirchen, 2008, S. 31). Andere Studien verweisen auf einen höheren Anteil von betroffenen alten Menschen (Vgl. Haupt et al, 2008, S. 647; Matolycz, 2011, S. 66).

Jedenfalls ist eine Diagnose im Alter erschwert, da sich die Anzeichen einer Depression im Alter mit anderen körperlichen Beschwerden vermischen und diese nicht so leicht einzuordnen sind, beispielsweise kann Depression mit einer Demenzform verwechselt

werden (Vgl. Matolycz, 2011, S. 67). Die Symptome können vielfältig sein und auch unabhängig einer Depression auftreten, was wiederum eine Diagnose erschwert. Hierzu gehören Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, negative Gefühle, Schmerzen und weitere. Depressionen gehen oft mit Ängsten einher und umgekehrt (Vgl. Kasper, 2006, S. 48).

Andere Gründe für eine Fehldiagnose, könnte das Schamgefühl des alten Menschen sein, wegen psychischen Beeinträchtigungen zum/zur Arzt/Ärztin zu gehen (Vgl. Lützenkirchen, 2008, S. 32), andererseits ist auch eine zunehmende Ablehnung der Ärzte/Ärztinnen gegenüber alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu beobachten. Diese Entwicklung kann wiederum auf negative Altersbilder, sowie auf angebliche Schwierigkeiten beim alten Menschen bezüglich Therapieerfolgen, zurückzuführen sein. Der Erfolg einer Therapie ist jedoch nicht altersabhängig (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 30-32).

6.3.1. Suizid

Suizide nehmen mit dem Alter stetig zu, wobei ältere Männer, im Vergleich zu Frauen 10fach öfter den Tod als Alternative wählen. Daher ist die Gruppe der alten Menschen besonders gefährdet. In Österreich ist in den letzten Jahren ein allgemeiner Rückgang von Suizidraten zu verzeichnen, dennoch starben im Jahr 2011, rund 1286 Menschen an Suizid. Im Vergleich ist diese Rate doppelt so hoch, wie etwa Tod durch Verkehrsunfälle. Der Rückgang lässt sich mit dem Ausbau „Psychosozialer Versorgung“, besonders im Hinblick auf Depressionen, erklären. Eine Depression ist demnach ein hoher Gefährdungsfaktor für Suizid (Vgl. Kapusta, 2012, S. 4-16).

Laut WHO, sterben weltweit, jährlich etwa eine Million Menschen an Suizid. Die Zahl von Suiziden hat sich weltweit in den letzten 45 Jahren um etwa 60 % erhöht. Ältere Männer sind unter anderem eine der am meisten, gefährdetsten Gruppen. Suizid und Depressionen sind, wie bereits erwähnt eng miteinander verknüpft, wobei auch viele andere Faktoren, wie soziale, biologische oder kulturelle Umstände Einfluss nehmen können. Auch weil

dieses Thema in der Öffentlichkeit zu wenig präsent ist und demnach ein großes Tabuthema, wird es schwierig Suizid einzugrenzen und daher bedarf es hier an Aufklärung (Vgl. WHO: Suicide prevention - SUPRE. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, Zugriff am 14.11.2012).

Die Literatur stimmt weitestgehend überein, dass Männer im Alter eine höhere Suizidrate haben, im Vergleich zu Frauen, vor allem bei über 70-Jährigen ist dies besonders zu verzeichnen. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass die Suizidversuche der Frauen, die der Männer weit übersteigen. Es darf hier demnach nicht von einseitiger Betrachtung ausgegangen werden und geschlechtsspezifische Bedürfnisse müssen hier in jedem Fall einfließen (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 93).

Frauen leiden häufiger unter Depressionen und haben vermehrt Selbstmordgedanken, wobei hier davon ausgegangen wird, dass Frauen häufiger darüber sprechen und diese Ängste annehmen können (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 63) ein weiterer Grund für diese Diskrepanz, wären die Selbstmordtechniken, Männer greifen zu anderen Methoden einen Selbstmord auszuführen, beispielsweise Waffen oder Erhängen (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 70-71).

Auslöser für Suizidgedanken können vielseitig sein und unter anderem mit einem oder mehreren der bereits genannten Themen zusammenhängen. Hinzu gehören körperliche Belastungen und Schmerzen, psychische Belastungen, soziale Isolation oder auch die eigene Einstellungen und Hoffnungsansichten (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 81-86).

Alte Menschen sind häufig mit einem oder mehreren dieser Zustände konfrontiert. Daher ist ein Augenmerk auf dieses Thema besonders im Alter zu achten. „Alte Menschen, die unter Vereinsamung, schmerzhaften, chronischen Krankheiten und Hoffnungslosigkeit leiden, die zudem kritische Lebensereignissen wie Verwitwung zu verkraften haben, gehören zu den Risikogruppen mit erhöhter Suizidgefährdung“ (Erlemeier, 2011, S. 77).

Suizidprävention im Alter unterscheidet sich insofern, dass einerseits das Thema in der Öffentlichkeit weniger Anklang findet und beim alten Menschen scheinbar, eher hingenommen wird. Der alte Mensch hatte ein langes Leben, hat schon sehr gelitten und das Leiden muss einmal ein Ende haben sind oft mitschwingende Töne in der Gesellschaft

und den Medien. Andererseits wird eine Gefährdung wiederum nicht so leicht erkannt, da oft körperliche Faktoren in den Vordergrund treten (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 197-198).

Es gibt Studien darüber, dass Bewohner/Innen in stationären Pflegeeinrichtungen ebenfalls Suizidversuche durchführen. Zwar werden diese eher „indirekt“, beispielsweise in Form von Nahrungsverweigerung durchgeführt, dennoch sind diese ernst zu nehmen. Über diese Thematik gibt es jedoch noch unzureichend Studien (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 106). Daraus lässt sich folgern, dass auch in der Pflege dieses Thema möglicherweise noch tabuisierend einzuordnen ist.

6.3.2. Beratungsanforderungen

Depressionen können grundsätzlich behandelt werden, die Beratung sollte hier gegebenenfalls ihre Grenzen kennen und an andere Stellen verweisen.

„Bei leichter Depression kann bereits eine Beratung und Anleitung des alternden Patienten zum besseren Umgang mit der gedrückten Stimmung Erfolge bringen. Zeigt sich innerhalb von zwei Wochen jedoch keine Besserung, sollte eine Psychotherapie begonnen werden“ (Schmidt-Traub, 2011a, S. 156).

Da eine Depression ein Übergang zum Suizid bedeuten kann, wäre das Erkennen einer Gefährdung bedeutend. Dies kann durch nachfragen, bei der Anamnese, einem Beziehungsaufbau zum Menschen und dem daraus folgenden Informationsgewinnung durchaus erfolgen (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 74-75).

Direktes Nachfragen wäre hier wichtig, sowie Angehörige zu informieren und einzubeziehen, andere soziale Kontakte anstreben und einbeziehen, wenn nötig, die Aufklärung und Zusammenarbeit über und mit anderen fachlichen Stellen. Eine Fortbildung für die Pflege in diesem Bereich wäre hier wichtig und könnte helfen, Situationen geeignet einschätzen zu können (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 107-108).

Garand & Mitchell versuchten in einer Literaturanalyse Risikofaktoren über Suizide zusammenzutragen und beschäftigten sich mit der Frage, inwieweit die Pflege eine Gefährdung erkennen kann bzw. welche Rolle die Pflege spielen kann. Hier wurden

wiederum bereits genannte Faktoren benannt. Für die Praxis wird unter anderem empfohlen direkte Fragen zu stellen, beispielsweise –Sind Sie in letzter Zeit so traurig, dass Sie über den Tod und das Leben nachdenken? Haben Sie Gedanken darüber, dass das Leben nicht mehr lebenswert ist? Haben Sie darüber nachgedacht sich zu verletzen? Sollten diese Gedanken überwiegen und der/die Klient/In vielleicht sogar Pläne äußern, wird eine Behandlung schnell nötig. Angehörige oder andere soziale Netze sollten mobilisiert werden (Vgl. Garand & Mitchell, 2006).

6.4 Gedächtnis

Grundsätzlich ist das Lernen in jedem Alter möglich und wichtig. Zur Gedächtnisleistung im Alter gibt es verschiedene Annahmen, welche teilweise auch schon widerlegt wurden. Man ging davon aus, dass die kognitive Leistungsfähigkeit in jüngeren Jahren am stärksten ist und im Alter immer mehr ab nimmt. Heute besagt die Forschung, dass die Gedächtnisleistung von vielen verschiedenen, biographischen Faktoren beeinflusst wird, beispielsweise die Bildung, der Beruf, der Gesundheitszustand, verschiedene Umweltfaktoren, als auch die Motivation des alten Menschen. Dennoch gibt es Unterschiede, beispielsweise ist das Kurzzeitgedächtnis im Alter verringert, während das Langzeitgedächtnis gut funktioniert. Die Zeit zwischen der Aufnahme eines Reizes, der Verarbeitung im Gehirn und der Reaktion darauf werden verlängert. Dies bedeutet unter anderem auch, dass viele Reize zu gleichen Zeit zu einer Überforderung führen können. Neue Situationen, eine neue Umgebung oder neue Informationen müssen erst verarbeitet und gespeichert werden und daher muss hierfür genügend Zeit eingeplant werden (Vgl. Matolycz, 2011, S. 103-107).

Im Alter können auch leichte oder schwere Gedächtnisstörungen auftreten, welche ebenfalls von vielen Faktoren abhängen. Manifestierte Gedächtnisstörungen können in die Demenz eingeordnet werden. Die Zahl von dementen Menschen steigt, wobei es verschiedene Formen gibt (Vgl. Kasper, 2006, S. 45-52).

Da Demenz ein spezifisches, weitreichendes Thema darstellt und spezielle Kommunikationstechniken existieren, bzw. Umgangsformen mit Betroffenen entwickelt

wurden, welche von der hier dargestellten Form der Beratung abweichen bzw. den Rahmen sprengen würden, wird in dieser Arbeit nicht spezifisch darauf eingegangen.

6.4.1 Beratungsanforderungen

Für die Beratung ist es besonders wichtig auf eventuelle Gedächtnisprobleme einzugehen, damit der/die Klient/In das Gesagte verstehen kann. Dazu ist es wichtig kleine Schritte zu machen und eher häufiger kurze Gespräche, in geringeren Abständen zu führen. Dazwischen sollten genügend Pausen bestehen und dem/der Klienten/In kann die Möglichkeit eingeräumt werden, Kritik oder Feedback zu geben. Dies kann wiederum helfen das Gesagte besser zu verarbeiten, da die Themen vom/von der Klienten/In wiederholt werden. Wiederholungen von Informationen auf Seiten des/der Beraters/In sind ebenfalls ein wichtiger Punkt. Da das Gehirn besser auf Bilder reagieren kann, ist es sinnvoll diese Erkenntnis für die Beratung zu nutzen. Generell können allfällige „Erinnerungshilfen“ verwendet werden, beispielsweise Wecker, Uhren, Kalender, Listen und vieles mehr (Vgl. London, 2010, S. 243).

Des Weiteren ist es besonders wichtig sich Zeit zu nehmen und nicht zu viele Informationen auf einmal weiter zu geben. Themen, welche für den alten Menschen von Bedeutung sind, werden leichter angenommen werden können, dazu gehört auch das Gegenüber zuerst zu motivieren. Das Gespräch sollte auf jeden Fall in entspannter Atmosphäre stattfinden und der/die Klient/In soll das Gefühl bekommen jederzeit nachfragen zu können. Die Interessen des Menschen, seine/ihre Geschichte bzw. Erfahrungen und deren Bedeutung werden wiederum individuell ausfallen. Für die Beratung lohnt es sich diesen Dingen nachzugehen, um einen Zugang zum Menschen zu erhalten (Vgl. Matolycz, 2011, S. 111-116).

7. Aspekte der Beratung im Hinblick auf soziale Faktoren

All diese genannten möglichen körperlichen und psychischen Veränderungen beeinflussen auch das soziale Verhalten. Durch körperliche Einschränkungen etwa, werden die sozialen Kontakte geringer, da die Mobilität möglicherweise eingeschränkt ist. Umgekehrt hat auch der soziale Stand bzw. das Familiensystem einen Einfluss auf das soziale Verhalten (Vgl. Röttger-Liepmann, 2007, S. 44).

Eventuelle Besonderheiten sozialer Strukturen und Gefahren der Isolation, Alltagsbeeinträchtigungen werden hier aufgegriffen. Gesellschaftliche Veränderungen, auch der Umgang mit Themen der Sexualität oder die zunehmende Autorität des alternden Menschen verändern soziale Gefüge. Daraus ergeben sich möglicherweise auch Besonderheiten im Umgang mit dem Alten Menschen bzw. in der Beratung, welche hier herausgefiltert werden sollen.

7.1. Soziale Strukturen im Alter

Soziale Strukturen im Alter gestalten sich höchst unterschiedlich. Diese können sich aus dem/der Partner/In, Kindern, Enkeln, Geschwister, Freunde, Nachbarn oder anderen außerfamiliären Kontakten zusammensetzen (Vgl. Höpflinger, 2009, S. 1).

Die einzelnen Netzwerke können unterschiedliche Bedeutung für den Menschen haben. Studien zeigen, dass der/die Partner/In im Alter zu den wichtigsten Bezugspersonen zählt, wobei die Wahrscheinlichkeit der Verwitwung steigt. Der Anteil der betroffenen Frauen ist hier wiederum höher, als der der Männer. Etwa 60% der 85-89-Jährigen in der Schweiz haben noch eine Partnerin, der Prozentsatz der Frauen liegt dagegen nur bei 13% (Vgl. Höpflinger, 2009, S. 5-6).

Studien zeigen, dass ältere Menschen zwar zahlenmäßig weniger soziale Kontakte haben, diese aber beständig pflegen. Dennoch sind etwa ein Viertel der alten Menschen in Deutschland „unzureichend“ sozial eingebettet. Der Einfluss sozialer Kontakte auf die Gesundheit lässt sich in der Literatur weitestgehend feststellen (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 24).

Ein Bericht des BMFSFJ besagt, dass die sozialen Netzwerke ab einem Alter von 76 Jahren abnehmen, was sich auf körperliche Beschwerden und zunehmende Pflegebedürftigkeit zurückführen lässt. Ein weiterer Faktor ist die steigende Wahrscheinlichkeit, dass nahestehende Personen versterben. Netzwerke der jüngeren Alten, 60 bis 75-Jährigen hingegen sind meist stabil, wobei bereits mit Auszug der Kinder ein erster leichter Abstieg zu verzeichnen ist. Dieser kann jedoch mit dem Aufbau neuer Kontakte kompensiert werden. Die höhere Lebenserwartung der Frauen, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Verwitwung im Alter, was wiederum Einfluss auf das soziale Verhalten hat. Der Bericht des BMFSFJ verzeichnet hier im Bezug auf die Netzwerkgröße keinen erheblichen Unterschied zwischen den Geschlechtern, da Frauen durchschnittlich über mehr soziale Kontakte verfügen, welche sich im Alter jedoch angleichen (Vgl. Hoff, 2003, S. 13-16).

7.1.1. Familienstrukturen

Ein Wandel der Familienstrukturen, lässt sich in der Geschichte der Menschheit, beständig feststellen. Nando beschreibt diese Entwicklung, am Beispiel von Deutschland. Noch vor wenigen Jahrzehnten, existierten hauptsächlich Familien mit mehreren Kindern und es war üblich, dass mehrere Generationen in einem gemeinsamen Haushalt lebten und sich gegenseitig unterstützten. Staatliche Absicherungen gab es wenig und persönliche und strukturelle Veränderungen wurden intern, durch die Familie gelöst. Soziale Kontakte wurden eher innerfamiliär gepflegt. Ein Grund dafür war die eingeschränkte Mobilität und die Verankerung der Arbeitsstelle im eigenen Heim bzw. der näheren Umgebung. Frauen nahmen eher traditionelle Rollen im Haushalt und der Familie ein. Dieses Bild veränderte sich mit dem Ende des 2. Weltkrieges immer mehr und Frauen wurden zunehmend erwerbstätig (Vgl. Belardi et al, 2007, S. 12-16).

Trotz des beschriebenen Wandels besagt die Literatur, dass der allgemeine Zusammenhalt und das Unterstützungssystem in Familien nicht nachgelassen haben. Es muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass keine Generalisierungen gemacht werden können und auch zu früheren Zeiten nicht nur eine Art von Familienstruktur vorhanden war, sondern diese breit gestreut, je nach Kultur und Ort variierten (Vgl. Schmassmann, 2006, S. 140-141; Majce, 2006, S. 178).

Heute existieren eher Kleinfamilien, so sind etwa ein Drittel aller Kinder in Deutschland Einzelkinder. Das Bild der Familie hat sich gewandelt. Der Großteil der Paare ist nicht mehr zwingend verheiratet, Eltern vermögen sich häufig zu trennen und die Zahl der Alleinerzieher/Innen steigt (Vgl. Belardi et al, 2007, S. 20).

Einpersonenhaushalte steigen stetig, was einerseits mit der „Individualisierung“, häufigeren Trennungen und weniger Kindergeburten, andererseits mit dem Wandel der alternden Bevölkerung und Verwitwung zusammenhängt (Vgl. Statistik Austria: Haushaltsprognosen.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushalts_und_familienprognosen/index.html#index2, Zugriff am 19.01.2012).

Daraus lässt sich schließen, dass sich das Bild und somit auch die Definition von Familie gewandelt haben, da diese nicht zwingend Heirat und Verwandtschaft ausmacht.

Der alte verheiratete Mensch könnte, aufgrund der steigenden Lebenserwartung, mit seinem/seiner Partner/In, nach Eintritt des Rentenalters noch viele Jahre gemeinsam verbringen. Möglicherweise lebt der alte Mensch durch die Entwicklung, weit von den Kindern oder Enkeln entfernt (Vgl. Belardi et al, 2007, S. 29). Die heutigen alten Menschen sind eher verheiratet, da nach dem 2. Weltkrieg ein traditionelles Bild vorherrschend war. Spätere Generationen werden eher andere Formen der Paarbeziehungen pflegen, wobei auch gegenwärtig der Anteil unverheirateter älteren Menschen steigt (Vgl. Höpflinger, 2009, S. 7).

Verschiedene Umstände haben einen Einfluss auf das soziale Verhalten des alten Menschen und bringen somit auch verschiedene Anforderungen an die Beratung.

7.1.2. Isolation

Alte Menschen können von Isolation betroffen sein. In der Literatur wird hier zwischen Isolation, welche sich auf die Menge bzw. Häufigkeit von Kontakten bezieht und Einsamkeit, welche sich auf das subjektive Empfinden von Kontaktmöglichkeiten bezieht, unterschieden. Besonders isolationsgefährdet sind beispielsweise Menschen im höheren Alter, Alleinlebende, Witwen/Witwer oder Menschen welche den Verlust nahestehender Personen verkraften müssen, Kinderlose, Kranke, Mobilitätseingeschränkte, sowie

Menschen die ihr gewohntes Umfeld verlassen müssen, etwa durch Umzug in ein Pflegeheim (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 29-31; Schmassmann, 2006, S.176-177).

Eine durchgeführte Literaturanalyse von Daten zwischen 1983-2007, mit Einbeziehung sämtlicher Studien (ursprünglich 153, in die Wertung miteinbezogen 30) aus den Suchmaschinen „CINAHL, PsycINFO und Medline“, sowie weiteren Büchern zum Thema alter Mensch und soziale Isolation zeigt fünf Merkmale zur Erkennung von Isolation auf. Die Häufigkeit von Kontakten, das Gefühl der Zugehörigkeit innerhalb dieser Beziehungen, erfüllende, nicht rein oberflächliche Beziehungen, sowie tatsächliches „Engagement“ oder Bemühen gegenseitiger Kontaktaufnahme und die Qualität. Schlechte Qualität von Beziehungen kann sich durch viele Faktoren, zum Beispiel Unzuverlässigkeit oder missbräuchlicher Art äußern.

Alte Menschen sind zunehmend von Isolation betroffen und diese wirkt sich zusätzlich negativ auf die Gesundheit aus. Ein verstärkter Zusammenhang mit Depressionen und Suizidgefahr ist erkennbar.

Hierfür sind, wie bereits erwähnt, sowohl körperliche, psychische, als auch Umwelt bedingte Faktoren auslösend. In der Pflege ist es nun erforderlich auf bereits besprochene Faktoren und Auslöser zu achten, um eine mögliche Isolation frühzeitig zu erkennen und entgegenwirken zu können. Die Analyse verweist auf die Notwendigkeit, weiteren Forschungsbedarfes, hinsichtlich dieses Themas (Vgl. Nicholson, 2009, S. 1344-1350).

7.1.3. Beratungsanforderungen

Wenn möglich können soziale Beziehungen in der Beratung mit einbezogen werden, was einem systemischen Ansatz entspricht, da diese einen positiven Einfluss auf die Beratungssituation haben können. Es sollen Menschen einbezogen werden, welche für den/die Klienten/In oder die Situation von Bedeutung sind. Grundsätzlich sollte dieser Ansatz mit dem alten Menschen vorher besprochen werden. Die Einbeziehung kann dabei helfen, den Menschen in seinem System besser einzuschätzen, verschiedene Sichten können betrachtet werden und für gegenseitiges Verständnis aller Beteiligten sorgen. Eine Alternative wäre zirkulierendes Fragen im Gespräch, beispielsweise was der/die Partner/In für eine Meinung zum Thema haben könnte oder was eventuelle Streitpunkte sind, von

wem sich der/die Klient/In verstanden/nicht verstanden fühlt ec. (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 39-40)

Nach Friedrich-Hett sollten Berater/Innen in jedem Fall nach sozialen Kontakten der Klienten/Innen fragen. Sind die sozialen Kontakte eingeschränkt, wird empfohlen, Vorschläge für eventuelle, neue soziale Beziehungen, beispielsweise Vereine, Seniorenrunden, Kirchengemeinschaften oder diverse Angebote zu unterbreiten. Solche Ziele entsprechen oft nicht den Vorstellungen des/der Klienten/In, können aber durchaus „verhandelt“ werden. Das Ausprobieren solcher Gruppen, verläuft oft positiv, weshalb hier von diesem eher untypischen Zugang von Beratung, in Form von Verhandlung gesprochen wird. Natürlich muss der Wunsch des/der Klienten/In akzeptiert werden, aber eine Ermutigung, Neues auszuprobieren könnte Erfolge bringen (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 54-55).

Je nach Mensch und Situation wird die Beratung einen individuellen Zugang finden müssen. Ziel der Beratung ist es, auf die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen einzugehen und diese dabei zu unterstützen. Die bisherige Einteilung hat gezeigt, dass es unterschiedlichste Lebensformen gibt und es diese in der Kommunikation zu beachten gilt.

7.2. Alltagsbeeinträchtigungen

Alle genannten Veränderungen im Alter können zu einer Einschränkung oder Erschwärung des Alltags führen. Die Mobilität, Schmerzen, körperliche Krankheiten oder Beschwerden, psychische Belastungen haben Auswirkungen auf das soziale Verhalten und somit auch den Alltag. Ein gestörter Schlaf ebenfalls Auswirkungen auf soziale Kontakte haben und kann den Alltag erheblich beeinträchtigen. Daher wird hier insbesondere auf diesen Aspekt näher eingegangen.

7.2.1. Schlafstörungen

Die Schlafphasen im Alter verändern sich, was wiederum körperliche Ursachen hat, hier aber im Bezug auf soziale Faktoren genannt wird, da gestörte Ruhephasen, aufgrund von Müdigkeit, einen Einfluss auf soziale Aktivitäten haben können.

Umgekehrt können auch eingeschränkte soziale Kontakte einen Einfluss auf Schlafstörungen nehmen, da generell weniger Bewegung erfolgt (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 24).

Veränderungen der Schlafphasen müssen nicht immer Störungsbedingt sein. Aufgrund von Veränderungen, wird es für den alten Menschen schwieriger durchzuschlafen und es dauert länger wieder einzuschlafen. Die Tiefschlafphase verringert sich, wodurch zwischenzeitliches aufwachen verstärkt wahrgenommen wird. Ältere Menschen haben einen anderen Rhythmus und gehen daher früh abends zu Bett und wachen auch früh morgens auf. Dennoch treten beim alten Menschen auch häufig Schlafstörungen auf, welche behandelt werden sollten. Hierfür kann es verschiedene Ursachen geben, beispielsweise Depressionen, Trauer, Ängste, Schmerzen, körperliche Krankheiten oder Medikamente. Umweltfaktoren, wie Geräusche oder Lichtquellen können ebenfalls Einfluss nehmen. Zu langer, häufiger Mittagsschlaf, welcher vielleicht auch in die Abendstunden hinein verläuft, begünstigt ebenfalls Schlafstörungen (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 19-31).

Schlafstörungen können körperliche und seelische Folgen haben oder auch Suchterkrankungen auslösen. Es könnte beispielsweise auf Alkohol zurückgegriffen werden, um das Einschlafen vorläufig zu erreichen (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 50-51).

Schlafmittel können ebenfalls leicht abhängig machen und somit einen negativ Kreislauf heraufbeschwören (Vgl. Kuhn, 2010, S. 16).

7.2.2. Beratungsanforderungen bei Schlafstörungen

Die Beratung kann hier auf viele, den Schlaf fördernde Faktoren aufmerksam machen.

Mittagsruhen, auch mehrmalig, sind möglich, sollten aber nicht mehr als 30 Minuten dauern (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 31). Des Weiteren sollte diese Mittagsruhe nur bis 14 Uhr erfolgen, da eine spätere Tageszeit wiederum negativen Einfluss haben kann (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 93). Wenn tagsüber viel geschlafen wird, könnte eine Rhythmusumstellung möglicherweise schon Erfolg bringen. Für den alten Menschen wäre es wichtig, tagsüber auf genügend Flüssigkeitszufuhr zu achten und abends weniger zu

trinken, vor allem auf Alkohol und Koffein sollte zu später Stunde verzichtet werden (Vgl. Kuhn, 2010, S. 15-16).

Auf Alkohol muss nicht vollständig verzichtet werden, kleine, nicht regelmäßige Mengen können eine durchaus beruhigende Wirkung haben, ansonsten kann auf Kräutertees zurückgegriffen werden. Dennoch sind große Mengen an Flüssigkeit am Abend zu vermeiden und es empfiehlt sich die Blase vor dem schlafen gehen nochmals zu entleeren. Schwere Kost am Abend sollte vermieden werden, „Spätmahlzeiten“ sind aber durchaus erlaubt, da sich ein Hungergefühl natürlich wiederum negativ auf den Schlaf auswirken kann (Vgl. Matolycz, 2011, S. 189-190). Zum Konsumverhalten (Häufigkeit, Menge) von Alkohol existieren in der Literatur unterschiedliche Meinungen, ob etwa ein Vollständiger Verzicht sinnvoll wäre. Staedt et al. verweisen ebenfalls darauf, dass Alkohol nicht als „Schlafmittel“ verwendet werden sollte, vor allem aber eine regelmäßige Konsum ist abzuraten (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 93-94).

Bestimmte „Bettzeiten“ können festgelegt werden und auf Ruhe, angenehme Dunkelheit und kühlere Temperatur im Zimmer geachtet werden. Es sollte darauf geachtet werden, nicht vor dem Fernseher oder mit Radio einzuschlafen. Genügend körperliche Bewegung am Tag, wirken sich förderlich auf den Schlaf aus (Vgl. Kuhn, 2010, S. 15-16). Ein täglicher, dreißig Minuten Spaziergang für mobile alte Menschen würde bereits genügen, um positive Effekte zu erzielen (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 94). Bequeme Lagerung und die Art des Bettes können sich auswirken, daher kann auch stationär darauf geachtet werden, dass sich der Mensch wohlfühlt. Wenn Schmerzen der Grund für Schlafstörungen sind, kann hier eine Absprache mit dem/der Arzt/Ärztin, bezüglich Medikamente erfolgen. Mit Gerüchen könnte gearbeitet werden, beispielsweise wirkt sich Lavendel beruhigend aus. Es wäre zu empfehlen, den Tag Revue passieren zu lassen, z.B. in Form von kurzen Telefongesprächen mit Angehörigen (Vgl. Matolycz, 2011, S. 189-190).

Rituale können dabei unterstützen, den Menschen auf den Schlaf vorzubereiten. Der Körper kann auch durch gleiche Abläufe auf den Schlaf vorbereitet werden. Solche Rituale müssen sicherlich individuell gestaltet werden, Beispiele hierfür könnten beruhigende Musik, eine warme Dusche (Vgl. Staedt et al, 2009, S. 96) das kurze öffnen eines Fensters, die Uhr aufziehen oder andere wiederkehrende Dinge sein (Vgl. Matolycz, 2011, S. 191).

7.3. Sexualität und Partnerschaft im Alter

Das sexuelle Verständnis und die Diskussion in der Gesellschaft über dieses Thema haben sich ab den 50er Jahren ausgebildet. Mit verfügbaren Verhütungsmethoden, haben sich Rollenverständnisse, vor allem die der Frau ebenfalls gewandelt und die Thematik ist im Allgemeinen etwas enttabuisiert worden. Die Gesellschaft betrachtet Sexualität im Alter jedoch sehr wohl noch als moralische Schranke. Es existiert ein allgemeines Schönheitsideal, welches mit Jugendlichkeit und Gesundheit einhergeht. Dieses Ideal, spricht dem älteren oder kranken Menschen ein Bedürfnis ab und prägt die allgemeine gesellschaftliche Vorstellung. Es kann durchaus, aufgrund des Alters zu körperlich, sexuellen Reaktionsveränderungen kommen, welche jedoch noch nicht gänzlich, sexuelle Betätigung ausschließt. Wie aus verschiedenen Untersuchungen hervorgeht, haben ältere Menschen ein Bedürfnis nach sexueller Nähe und leben diese auch aus. Demgemäß zeigt eine globale Studie aus dem Jahre 2002, wobei rund 26.000 Menschen aus 28 Ländern miteinbezogen wurden, dass 80 Prozent der Männer und Frauen zwischen dem 40. und 80. Lebensjahr, Sex als wichtigen Bestandteil ihres Lebens betrachten. Eine Studie in Deutschland 1999 belegt ebenfalls, dass 84 Prozent der Männer zwischen 60 und 69 Jahren sexuell aktiv waren, sowie 71 Prozent der befragten Männer zwischen 70 und 79 Jahren (Vgl. Schnabel & Krämer, 2004, S. 85-86).

Allerdings gibt es auch Studien, welche im Vergleich mit jüngeren Altersgruppen, zu etwas abweichenden Ergebnissen, von sexueller Aktivität im Alter kommen. Eine Studie in Deutschland beispielsweise, welche im Jahre 2002, 2.604 Personen miteinbezog, darunter 728 ab dem 60. Lebensjahr, kommt zum Ergebnis, dass für rund 57 % der über 70-Jährigen, „Erotik“ keine wesentliche Bedeutung hat. Vorstellungen von Erotik verändern sich allerdings im Alter, so spielen „Leidenschaft“, „Abwechslung“ oder die Form des Körpers weniger eine Rolle, als etwa „Vertrauen“ oder „Zärtlichkeit“. Weitere Gründe, wie Krankheiten, Medikamenteneinnahme, kein/e bzw. ein/e Partner/In oder das eigene Körpergefühl können einen Einfluss nehmen (Vgl. Kolland, 2011, S. 46-47).

Es existieren somit verschiedene Ergebnisse mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Ein weiteres Beispiel wäre eine Studie aus Bayern, welche zwischen 2009 und 2010

durchgeführt wurde und fünfzig Frauen und Männer, ab dem 65. Lebensjahr interviewte. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden eingesetzt. Personen mit Depressionen und demenziellen Erkrankungen wurden hier nicht mit einbezogen. Das Durchschnittsalter betrug 78,2 Jahre und die Personen lebten größtenteils im eigenen Haushalt, aber auch in betreuten Wohnformen oder im Pflegeheim. Diese Studie ging unter anderem der Frage nach, ob bestehende Krankheiten, wie Inkontinenz, Depression, Herzerkrankungen usw. einen negativen Einfluss auf das Erleben von Sexualität haben, wobei hier kein Zusammenhang gefunden werden konnte. Die Personen erlebten solche Einschränkungen nicht als Hindernis sexuell aktiv zu sein. Religiöse Erziehung hatte für 83 Prozent keinen Einfluss, für 87 Prozent hatten die Wechseljahre ebenfalls keinen besonderen Einfluss. Ausschlaggebend sind eventueller Libidoverlust oder das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein eines/r Partners/In, wobei die Frauen sich mehr, auch über den Tod hinaus, dem Partner verbunden fühlen, was das sexuelle Interesse einschränkte. Auch diese Studie hat das Interesse an Sexualität im Alter bestätigt und schlägt eine höhere Auseinandersetzung mit diesem Thema in der Pflege vor (Vgl. Buchner et al, 2011, S. 69-94).

Es muss hier wiederum angemerkt werden, dass andere Studien einen negativen Einfluss von bestehenden Krankheiten auf die Sexualität beobachten, vor allem im Hinblick auf sexuelle Funktionen. Das sexuelle Interesse und Empfinden, unabhängig vom Alter, wird aber in allen Studien beschrieben. Eine Auseinandersetzung in der Pflege, mit den Wünschen des/der Patienten/Innen wird hier somit notwendig (Vgl. Shodjai-Baghini & Plas, 2011, S. 174-182)

Dies stimmt auch in etwa mit dem Ergebnissen einer Studie überein, in welcher 60 Personen, in einem Krankenhaus in Mumbai interviewt wurden. Rund 57 % der über 60-Jährigen erweisen sich hier als sexuell aktiv. Hier hatten vor allem chronische Krankheiten einen negativen Einfluss auf das Sexualleben. Weitere Faktoren sind der Verlust des/der Partners/In, kulturelle Faktoren, aber auch Schamgefühle und Schuld aufgrund religiöser Werte oder auch gesellschaftlich bedingt (Vgl. Kalra et al, 2011).

Besonders bei solch einem Thema muss die Würde des Menschen bewahrt und auf dessen Selbstbestimmung geachtet werden. Sexuelle Gelüste im Alter sollten deshalb nicht ignoriert oder abgewertet werden. Sexualität ist etwas Intimes und die Pflege greift durch

bestimmte Handlungen, sei es beim Entkleiden, der Intimpflege, oder der Gebiss- und Haarpflege, in den Intimitätsbereich eines Menschen ein. Intimität ist individuell und jeder hat eine eigene Grenze, wo diese beginnt. Für die Pflege ist es wichtig, sich dessen bewusst zu werden und auf eventuelle Schamgefühle behutsam einzugehen. Es ist auch wichtig die Dinge anzusprechen und offen aber wertschätzend mit der Thematik umzugehen (Vgl. Bach, 2011, S. 161-163).

Pflegehandlungen im Intimbereich müssen „eindeutig“ sein, dies bedeutet unter anderem genau zu erklären welche Handlungen, wie ausgeführt werden und geeignete Handschuhe zu tragen (Vgl. Sowinski, 2011, S. 843).

Die Sexualität im Alter soll nicht außer Acht gelassen werden und spielt auch in der Beratung eine Rolle.

7.3.1. Beratungsanforderungen bei Sexualität im Alter

Sexualität hat einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Wenn nun eine Krankheit vorhanden ist, können verschiedene Ängste beim/bei Patienten/Innen aufkommen, welche zur Einstellung oder Vermeidung von Sexualität führen. Diese Einschränkungen sind oft nicht notwendig und daher ist es wichtig, den/die Patienten/In über die jeweilige Lage aufzuklären und eventuelle Ängste anzusprechen. Hier ist wiederum die individuelle Situation des/der Klienten/In zu beachten, gegebenenfalls ist der/die Arzt/Ärztin, als auch der/die Partner/In mit einzubeziehen. Ein Beispiel hierfür sind sexuelle Aktivitäten nach einem Herzinfarkt. Die körperliche Betätigung kann positive Auswirkungen auf die Genesung haben, jedoch muss hier unbedingt die individuelle Lage des/der Patienten/In abgeklärt, sowie über die genaue Handhabung in Form einer Beratung gesprochen werden. Natürlich gibt es auch Krankheiten bzw. Medikamente, welche sich wiederum negativ auf körperliche, sexuelle Funktionen auswirken können, auch hier wird es wichtig das Thema zu besprechen. Sexualberatung im Pflegebereich ist ein sehr spezifischer und umfangreicher Bereich, weswegen eine gesonderte Ausbildung notwendig ist, oder auch der Verweis auf weitere Ansprechpartner/Innen sinnvoll ist. Dennoch sollte, wie bereits erwähnt, dieser wichtige, menschliche Bereich in der Pflege nicht ausgeklammert werden (Vgl. Schnabel & Krämer, 2004, S. 85-88).

Eine sensible Herangehensweise ist bei dieser Thematik unumgänglich, insbesondere auf sprachliche Formulierungen, sowie die Wahl eines geeigneten Zeitpunktes ist zu achten. Dem/Der Patienten/In kann durch Kommunikation möglicherweise die Angst genommen werden oder gezeigt werden, dass es keine Tabus geben muss. Eine wertfreie Haltung ist einzunehmen und vor allem auch auf Kultur- und Glaubensunterschiede einzugehen (Vgl. Schnabel & Krämer, 2004, S. 88).

Da Sexualität, auch im Alter geschlechtsspezifisch unterschiedlich sein kann, wird hier dieser Aspekt einfließen müssen (Vgl. Vogt, 2007, S. 103). Andere tabuisierte Themen können aufkommen, beispielsweise Homosexualität im Alter. Hier ist ein besonders sensibler Zugang der Beratung notwendig. Es sollte darauf geachtet werden, zusätzliche Missverständnisse zu vermeiden und vereinbarte Gespräche einzuhalten und Herangehensweisen zu erklären. Die eigene Einstellung des/der Beraters/In muss hier wiederum reflektiert werden (Vgl. Pulver, 2007, S. 115-116).

Gerade in so einem intimen Bereich ist es notwendig Professionalität zu wahren. Sexualität ist mit einem positiven Körper- und Lebensgefühl verbunden. Generell ist der Wunsch nach Intimität somit als etwas Positives zu erachten. Aus diesem Grund ist es auch wichtig etwas Privatsphäre einzuräumen und die Pflege kann, in ihren möglichen Rahmen dafür Sorge tragen. Wie bereits erwähnt, ist besonders auf Formulierungen zu achten und im Zweifelsfall eher eine sachliche Kommunikationsebene vorzuziehen. Bei älteren Menschen kann es, aufgrund von kognitiven Einschränkungen ein besonderes Thema sein, Grenzen zu beobachten oder zu bestimmen. Ein gegenseitiger sexueller Kontakt muss immer beiderseits zugelassen werden. Der Mensch muss prinzipiell vor eventuellen Verletzungen geschützt werden. Das Pflegepersonal sollte ebenfalls geschützt werden, beispielsweise könnte es zu zweideutigen Situationen oder verbalen Äußerungen gegenüber dem/der Pfleger/In kommen, auf welche reagiert werden muss. Diese Grenzen können mit einer etwas aus dem direkten Feld außenstehenden Person besprochen werden, beispielsweise der Leitung (Vgl. Sowinski, 2011, S. 840-844).

7.4. Patientenverfügungen

Die Gesellschaft hat sich im Hinblick auf Patientenverfügungen stark verändert. Menschen wollen zunehmend autonom entscheiden und nehmen daher solche Maßnahmen häufiger in Anspruch, um ihren Wunsch vorzeitig klarzustellen. Grundsätzlich muss der/die Klient/In über jeweilige Behandlungen aufgeklärt werden und sein/ihr Einverständnis abgeben. Kann der/die Klient/In aus gegebenen Anlässen nicht selbst entscheiden, wird in der Regel gerichtlich eine Sachwalterschaft, das heißt eine Entscheidungsvertretung bestimmt oder es kommt eine Patientenverfügung zum Tragen, welche bereits im Vorhinein von dem/der Patienten/In aufgesetzt wurde. (Vgl. Russegger, 2005, S. 334-336).

„Eine Patientenverfügung [...] ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist“ (RIS: Patientenverfügungs-Gesetz -PatVG, 2006, § 2 (1)).

Patientenverfügungen sind für den/die Arzt/Ärztin, sowie andere im Behandlungsprozess eingebundene Personen, rechtlich bindend. Dies wird zusätzlich im Wiener Krankenanstaltengesetz deutlich, denn laut § 17 müssen Patientenverfügungen in der Krankengeschichte angeführt werden und ihre Beachtung finden (Vgl. Wien.at: Wiener Krankenanstaltengesetz –Wr.KAG, 1987, § 17 (e)).

Es bestehen verschiedene Formen der Patientenverfügung, die „verbindliche“, welche jedenfalls einzuhalten ist und die „beachtliche“, welche den Willen des/der Klienten/In enthält und dieser somit in Entscheidungen einbezogen werden kann, jedoch nicht zwingend eingehalten werden muss. Der/Die Klient/In muss bestmöglich aufgeklärt werden und genaue Formulierungen sollen aufgesetzt werden. Die verbindliche Verfügung ist maximal 5 Jahre gültig, die beachtliche Verfügung hingegen hat keine rechtliche Frist einzuhalten. Ein Ablaufdatum kann jedoch von dem/der Klient/In festgelegt werden, was auch empfohlen wird. Die rechtlichen Bestimmungen sind umfangreich und können, je nach Fall variieren (Vgl. RIS: PatVG, 2006, 2. -3. Abschnitt).

Die Medizin hat unheimliche Fortschritte zu verzeichnen, um das Leben längst möglich zu erhalten. Diese Angebote können auch bedrohend wirken, denn einerseits wollen die Menschen die bestmögliche Behandlung, andererseits soll der Sterbeprozess nicht hinausgezögert werden. Solche Verfügungen können wichtige Wegweiser sein, um im Sinne des Menschen zu handeln, dennoch muss stets die gegenwärtige Situation beachtet werden. Wichtig ist, dass eine Verfügung jederzeit widerrufen werden kann, hierzu reicht auch die Körpersprache (Vgl. Patientenverfügung. Willenserklärung. <http://www.patientenverfuegung.or.at>, Zugriff am 27.11.2012).

Für die Beratung lässt sich daraus auch schließen, dass das Thema Selbstbestimmung und deren Möglichkeiten zunehmend an Bedeutung gewinnen.

7.4.1. Beratungsanforderungen

Autonomie spielt in unserer Gesellschaft eine zunehmend große Rolle und um Entscheidungen bestmöglich treffen zu können ist es besonders wichtig alle Möglichkeiten mit ihren Für- und Widerargumenten zu kennen. „Werte“ und „Ziele“ des Individuums sind höchst unterschiedlich und können nur persönlich formuliert werden. Für die Pflege ist es wichtig solche Wünsche, im möglichen Rahmen zu berücksichtigen. Hier gilt es zu beachten, dass solche Werte, wie auch der Mensch selbst, im ständigen Veränderungsprozess stehen und das Erleben von konkreten Situationen anders sein kann, als das vorherige Auseinandersetzen mit einer Solchen. Die Pflege ist hier in eine Gradwanderung zwischen Ethik und rechtlichen Bestimmungen eingebunden (Vgl. Loewy, 2006, S. 124-125).

8. Schlussfolgerungen

Demographische Veränderungen der Gesellschaft konnten dargestellt werden und somit die Anführung einer Notwendigkeit, auch im Pflegebereich, Netzwerke auszubauen (Vgl. Hanika, 2010, S. 109; Tazi-Preve et al, 1999, S.66).

Der Einfluss der Gesellschaft, Altersbilder und die jeweiligen Rollen, auf das Leben des alten Menschen, wurden aufgezeigt (Vgl. Elfner, 2008, S. 25; Friedrich-Hett, 2007, S. 49). Andere mögliche Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Kultur oder Geschlechtsunterschiede wurden aufgegriffen. Eine ausführliche Darstellung des Alters und die Herstellung eines Bezuges zur Pflege sind erfolgt.

Der Begriff Beratung konnte geklärt und ebenfalls ein Bezug zur Pflege hergestellt werden. Die Wichtigkeit von Beratung, den ganzen Menschen betreffend konnte aufgezeigt werden, sowie beeinflussende Faktoren, welche Auswirkungen auf den Beratungsprozess haben können. Demnach bezieht sich die Beratung sowohl auf körperliche, psychische als auch auf soziale Faktoren. Die Beachtung aller Faktoren ist unter anderem wichtig, um in der Beratung vorhandene Ressourcen des/der Klienten/Innen erkennen zu können. Ein Beratungsbedarf in der Pflege ist gegeben. Ein Verständnis von Beratung in der Pflege sollte demnach professionell und theoretisch begründet erfolgen (Vgl. Engel, 2011, S. 37-38).

Sich häufig ergebene körperliche, psychische und soziale Faktoren im Alter konnten dargestellt werden, wobei das Thema sehr breit gefächert ist und im Rahmen dieser Arbeit nur ein Einblick in die Thematik erfolgen konnte. Die einzelnen Faktoren sind eng miteinander verwebt und beeinflussen sich gegenseitig. Dennoch wurde hier der Versuch eine Einteilung vorzunehmen gemacht, wobei auffällt, dass einzelnen Faktoren nicht ausschließlich getrennt voneinander betrachtet werden können.

Eine individuelle Sichtweise auf die Person und Situation ist demnach sehr wichtig (Vgl. Elfner, 2008, S. 15).

Demnach muss hier auch angemerkt werden, dass keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können.

Im Bezug auf körperliche Faktoren kann zusammengefasst werden, dass bei Sinneseinschränkungen eine besondere Einbeziehung der anderen Sinne wichtig ist (Vgl. London, 2010, S. 245-246). Bei chronischen Krankheiten kann eine Orientierung nach dem Modell von Corbin und Strauss stattfinden, wobei dieses dabei unterstützen soll, besondere Bedürfnisse zu erkennen (Vgl. Hüper & Hellige, 2007, S. 60-61). Bei der Medikamenteneinnahme im Alter sollte eine Aufklärung über Wirkungsweisen, sowie eine erhöhte Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen stattfinden (Vgl. Köppel, 2005, S. 265-270). Bei Inkontinenz wurde die Bedeutung von Informationsweitergabe (Vgl. Braumann, 2010, S. 90), sowie dessen Auswirkungen auf die Situation deutlich (Vgl. Müller & Müller, 2004a, S. 105-108; Müller & Müller, 2004b, S. 109-112). In Bezug auf die Ernährung ist auf den Kaloriengehalt, Gewohnheiten, Abwechslung und Vorlieben zu achten, sowie auf genügend Flüssigkeitszufuhr hinzuweisen (Vgl. Schneidrzik, 1993, S. 132-134). Die besonderen Bedürfnisse der Haut, bzw. Pflegebedarf im Alter sollen dem/der Klienten/In dargelegt werden (Vgl. Van den Berg & Wulf, 2008, S. 361).

Im Bezug auf psychische Faktoren im Alter konnte aufgezeigt werden, dass Themen der Sinnfindung oder Kommunikation über den Tod einzubeziehen wären.

Psychische Veränderungen, wie Krisen, Verlusterlebnisse, Trauma oder Ängste erfordern unter anderem zeitgeschichtliches Denken (Vgl. Radebold, 2009, S. 189-190). Da Depressionen und Suizid eng zusammen hängen, wäre es wichtig eventuelle Gefährdungen zu erkennen und Gespräche nicht zu scheuen (Vgl. Erlemeier, 2011, S. 74-75). Auf die Verarbeitungsfähigkeit von alten Menschen mit Gedächtnisproblemen muss in Beratungssituationen, z.B. durch langsames Sprechen eingegangen werden (Vgl. London, 2010, S. 243).

Soziale Beziehungen können sich eventuell im Alter verändern, jedenfalls haben diese einen Einfluss auf die Situation des Menschen und sollten daher gegebenenfalls mit einbezogen werden (Vgl. Friedrich-Hett, 2007, S. 39-40).

Schlafstörungen können sich auf das Sozialverhalten auswirken und es wurde aufgezeigt, dass Beratung auf schlaffördernde Maßnahmen aufmerksam machen kann.

Sexualität spielt auch im Alter eine wesentliche Rolle, wobei hier eine sensible, wertfreie Herangehensweise der Kommunikation wichtig ist (Vgl. Schnabel & Krämer, 2004, S. 88).

Durch die möglichen Veränderungen im Alter, sowie eventuell multiples Auftreten Dieser, ist davon auszugehen, dass der/die Berater/In hierfür eine spezifische Betrachtungsweise benötigt. Natürlich werden solche Einflüsse nicht ausschließlich alte Menschen betreffen, dennoch konnten durchaus spezielle Anforderungen, das Alter betreffend angeführt werden. Aufgrund der steigenden Wichtigkeit dieses Themas besteht weiterhin reichlich Forschungsbedarf, sowie die Notwendigkeit eines Ausbaus von professioneller Beratung in der Pflege.

9. Literaturverzeichnis

AHNIS, Anne: Bewältigung von Inkontinenz im Alter. Subjektives Belastungserleben, Krankheitsverarbeitung und subjektives Wohlbefinden bei alten Menschen mit Harn- und Analinkontinenz. Huber, Bern, 2009.

ARENS-AZEVEDO, Ulrike; BEHR-VÖLTZER, Christine: Ernährung im Alter. Lehrbuch Altenpflege. Vincentz Verlag, Hannover, 2002.

BABITSCH, Birgit; DUCKI, Antje; MASCHESKY-SCHNEIDER, Ulrike: Geschlecht und Gesundheit. In: HURRELMANN, Klaus; LAASER, Ulrich; RAZUM, Oliver: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, 4. Aufl., Weinheim und München, 2006, S. 511-527.

BACH, Doris: Die Tabuisierung von Intimität und Sexualität im Alter. In: BACH, Doris; BÖHMER, Franz: Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien, 2011, S. 159-172.

BACHMAIR, Sabine; FABER, Jan; HENNIG, Claudius; KOLB, Rüdiger; WILLIG, Wolfgang: Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. Beltz, 7. Aufl., Weinheim, 2005.

BAMBERGER, Günter G.: Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. Beltz, 2. Aufl., Weinheim, 2001.

BARTEL, Dorothee; RÜSCHENSCHMIDT, Ingrid: Interkulturelle Pflege – interkulturelle Beratung? In: KOCH-STRAUBE, Ursula: Beratung in der Pflege. Hans Huber, 2. Aufl., Bern, 2008, S. 155-166.

BELARDI, Nando; AKGÜN, Lale; GREGOR, Brigitte: Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Juventa, 5. Aufl., München, 2007.

BERNATZKY, Günther; LIKAR, Rudolf: Schmerzphysiologie und Schmerz-Epidemiologie unter besonderer Berücksichtigung des Alters. In: LIKAR, Rudolf; BERNATZKY, Günther; PIPAM, Wolfgang; JANIG, Herbert; SADJAK, Anton (Hg): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien, 2005, S. 167-170.

BERNE, Eric: Die Transaktionsanalyse in der Psychotherapie. Eine systematische Individual- und Sozial- Psychiatrie. Junfermann Verlag, Paderborn, 2001.

BMFSFJ- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bericht der Sachverständigenkommission. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin, 2010, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff am 2.5.2011.

BRAUMANN, Antje: Information und ihre Bedeutung bei Harninkontinenz. Die besondere Situation der Frauen und Männer ab dem 60. Lebensjahr. Hans Huber, 1. Aufl., Bern, 2010.

BRINKMANN-GÖBEL, Regina: Gesundheitsberatung: Zur Relevanz eines <neuen> Elements im Gesundheitswesen. In: BRINKMANN-GÖBEL, Regina (Hg): Handbuch für Gesundheitsberater. Hans Huber, Bern, 2001a, S. 13-31.

BRINKMANN-GÖBEL, Regina: Beraterkompetenzen unter besonderer Berücksichtigung der kommunikativen Kompetenz. In: BRINKMANN-GÖBEL, Regina (Hg): Handbuch für Gesundheitsberater. Hans Huber, Bern, 2001b, S. 389-401.

BRUNEN, M. Helgrad; HEROLD, Eva- Elisabeth: Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Schlütersche, 2. Aufl., Hannover, 2001.

BUCHNER, J.; MAIER, V.; ULLMANN, R.; GARTEN, T.: Sexualität im Alter. Ergebnisse einer Pilotstudie der HELIOS Klinik Berching. In: BACH, Doris; BÖHMER, Franz: Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien, 2011, S. 69-95.

CULLEY, Sue: Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Beltz, Weinheim und Basel, 2002.

DECKER-MARUSKA, Mechthild; KRATZ, Bernd: Hördefizite. Der hörgeschädigte ältere Mensch im Pflegealltag. In: Die Schwester der Pfleger 47. 2008/1, S. 32-35.

DEITTERT, Ch.; LAMMERDING, A.; STIENEN, U.; TEMME, P.; URBANEK, R.; STEENBLOCK, M.; WINTER, G.; ZIELKE-NADKARNI, A.: Projekt zur Unterstützung sehbehinderter alter Menschen: <<Entwicklung eines Ratgebers für den kommunalen Bereich Münster>> In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 2000/13, S. 160-168.

DIECKMANN, P.: Flüssigkeitshaushalt und Exsikkose. In: RENTELN-KRUSE, Wolfgang (Hg): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Steinkopff, Darmstadt, 2004.S. 155-166.

DING-GREINER, Christina: Herausforderungen der vierten Lebensphase. In: GABRIEL, Karl; JÄGER, Willi; HOFF, Gregor Maria: Alter und Altern als Herausforderung. Alber, Band 35, Freiburg, 2011, S. 125-146.

EHMER, Josef: Alter und Generationenbeziehungen im Spannungsfeld von öffentlichem und privatem Leben. In: EHMER, Josef; GUTSCHNER, Peter: Das Alter im Spiel der Generationen. Historische und sozialwissenschaftliche Beiträge. Böhlau, Wien, 2000, S. 15-48.

ELFNER, Peter: Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2008.

ENGEL, Roswitha: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2006.

ENGEL, Roswitha: Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Einführende Elemente, Methoden und Beispiele. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2011.

ENGEL, Frank; NESTMANN, Frank; SICKENDIEK, Ursel: Theoretische Konzepte der Beratung. In: SCHAEFFER, Doris; SCHMIDT-KAEHLER, Sebastian (Hg): Lehrbuch Patientenberatung. Huber, Bern, 2008, S. 93-126.

ENGEL, Frank; SICKENDIEK, Ursel: Beratung - ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft. 2005/4, S. 163 – 171. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/2005.04a.pdf>, Zugriff am 15.12.2012.

ERLEMEIER, Norbert: Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart, 2011.

FLIEGEL, Steffen: Stichwort Verhaltenstherapie. Wilhelm Heyne Verlag, München, 1994.

FRIEDRICH-HETT, Thomas: Das Alter schätzen lernen. Neue Perspektiven für Beratung und Therapie älterer Menschen. In: FRIEDRICH-HETT, Thomas (Hg): Positives Altern. Neue Perspektiven für Beratung und Therapie älterer Menschen. Transcript, Bielefeld, 2007, S. 15-67.

GARAND, Linda; MITCHELL, Ann M.: Suicide in older Adults: Nursing Assessment of Suicide risk, 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864075/>, Zugriff am 23.01.2012.

GOGL, Anna; PANFIL, Eva-Maria; SCHREMS, Berta; SPIRIG, Rebecca: Forschungsprioritäten der gerontologischen Pflege. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 2008/1, S. 435-447.

GOLDSTEIN, E. Bruce; RITTER, Manfred (Hg): Wahrnehmungspsychologie. Eine Einführung. Spektrum, Heidelberg, 1997.

GOLDSTEIN, E. Bruce; IRTEL Hans (Hg): Wahrnehmungspsychologie. Der Grundkurs. Spektrum, 7. Aufl., Heidelberg, 2008.

GROSS, Peter; FAGETTI, Karin: Glücksfall Alter. Alte Menschen sind gefährlich, weil sie keine Angst vor der Zukunft haben. Herder, Freiburg im Breisgau, 2008.

GUSKI, Rainer: Wahrnehmen – ein Lehrbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1996.

HANIKA, Alexander (Statistik Austria): Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010-2030 mit Ausblick bis 2050 („ÖROK-Prognosen“). Endbericht zur Bevölkerungsprognose. Wien, 2010, http://www.statistik.at/web_de/presse/051897, Zugriff am 02.01.2013.

HAUPT, Christiane; LÖSCHMANN, Christoph; LAMPRECHT, Friedhelm: Depressive Störungen im Alter – Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis. In: Pflegewissenschaft, 2008/12, S. 645-650.

HAYDER, Daniela; KUNO, Elke; MÜLLER, Margit: Kontinenz- Inkontinenz- Kontinenzförderung. Praxishandbuch für Pflegende. Hans Huber, Bern, 2008.

HEYN, Gudrun: Haut im Alter. Den Spuren der Zeit begegnen. In: Pharmazeutische Zeitung. 2007/1, http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2434&no_cache=1&sword_list%5b0%5d=haut&sword_list%5b1%5d=im&sword_list%5b2%5d=alter&sword_list%5b3%5d=den&sword_list%5b4%5d=spuren&sword_list%5b5%5d=der&sword_list%5b6%5d=zeit&sword_list%5b7%5d=begegnen, Zugriff am 20.01.2013.

HOFF, Andreas (Bundesministerium für Familie , Senioren, Frauen und Jugend- BMFSFJ): Die Entwicklung sozialer Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse des Alterssurveys 2002. Berlin, 2003. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/alterssurvey-2002,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff am 24.01.2013.

HÖPFLINGER, François: Soziale Beziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. 2009. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>, Zugriff am 19.01.2013.

HUHN, Siegfried: Ernährung im Alter. Mit Freude und Genuss essen. In: Die Schwester der Pfleger. 2010/6, S. 546-550.

HÜPER, Christa; HELLIGE, Barbara: Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2007.

KALRA, G.; SUBRAMANYAM, A; PINTO, C: Sexuality: desire, activity, and intimacy in the elderly. 2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22303037>, Zugriff am 20.01.2013.

KAPUSTA, Nestor (Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien): Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich. Wien, 2012, http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf, Zugriff am 12.11.2012.

KASPER, Siegfried: Depression, Angst und Gedächtnisstörungen im Alter. In: ROSENMAYR, Leopold; BÖHMER, Franz (Hg): Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis. WUV-Universitätsverlag, 2. Aufl., Wien, 2006, S. 45-58.

KOCH- STRAUBE, Ursula: Beratung in der Pflege. Hans Huber, 2. Aufl., Bern, 2008.

KOHLN, Helen; BENSCH, Sandra; MEUSSLING-SENTPALI, Annette: zur Regulierung eines Problems in der Pflegepraxis: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung alter Menschen. In: Pflegezeitschrift. 2009/3, S. 146-149.

KOLIP, Petra; LADEMANN, Julia: Familie und Gesundheit. In: HURRELMANN, Klaus; LAASER, Ulrich; RAZUM, Oliver: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, 4. Aufl., Weinheim und München, 2006, S. 625-652.

KOLLAND, Franz: Sexualität und Lebenszufriedenheit im Alter. In: BACH, Doris; BÖHMER, Franz: Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien, 2011, S. 37-54.

KOZON, Vlastimil; HANZLÍKOVÁ, Alzbeta: Gerontologische Pflege – Pflegeberatung vaskulärer PatientInnen. In: KOZON, Vlastimil; FORTNER, Norbert: Gerontologische Pflege- Pflegeberatung. ÖGVP Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien, 2003, S. 27-41.

KÖPPEL, Claus: Pharmakotherapie im Alter. In: LIKAR, Rudolf; BERNATZKY, Günther; PIPAM, Wolfgang; JANIG, Herbert; SADJAK, Anton (Hg): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien, 2005, S. 265-271.

KRUSE, Andreas: Altersbilder in anderen Kulturen. In: GABRIEL, Karl; JÄGER, Willi; HOFF, Gregor Maria: Alter und Altern als Herausforderung. Alber, Band 35, Freiburg, 2011, S. 91-124.

KUHN, Daniela: Wenn die Nacht zum Tag wird. In: Visit. 2010/1, S. 14-16. <http://zh.pro-senectute.ch/de/magazinvisit/archiv/2010.htm>, Zugriff am 18.1.2013.

KUMMER, Katja: Kommunikation über Inkontinenz – ein Thema zwischen alten Patienten, Ärzten und Pflegenden? Hans Huber Verlag, Bern, 2011.

KÜHNE-PONESCH, Silvia: Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas Verlag, 1. Aufl., Wien, 2004.

KÜPPER, Claudia: Ernährung älterer Menschen. Leitfaden für Ernährungsfachkräfte sowie für Alten- und Krankenpflegeberufe. Umschau Zeitschriftenverlag, 2. Aufl., Frankfurt am Main, 2003.

LENHERR, Gabriel; MEYER-ZEHNDER, Barbara; KRESSIG, Reto W.; REITER-THEIL, Stella, 2012, <http://www.smw.ch/content/smw-2012-13563/>, Zugriff am 21.01.2013.

LIKAR, Rudolf; BERNATZKY, Günther; SITTL, Reinhard; GRIESSINGER, Norbert: Schmerztherapie unter Berücksichtigung des Alters. In: LIKAR, Rudolf; BERNATZKY, Günther; PIPAM, Wolfgang; JANIG, Herbert; SADJAK, Anton (Hg): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien, 2005, S. 175-188.

LOEWY, Erich H.: Leben und Tod aus medizinischer Sicht. In: ROSENMAYR, Leopold; BÖHMER, Franz (Hg): Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis. WUV-Universitätsverlag, 2. Aufl., Wien, 2006, S. 118-128.

LONDON, Fran: Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Hans Huber, 2. Aufl., Bern, 2010.

LÜSCHER, Kurt; LIEGLE, Ludwig: Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Freiburg, 2003.

LÜTZENKIRCHEN, Anne: Depression im Alter. Soziale Arbeit und ambulante Versorgungsstruktur. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2008.

MAJCE, Gerhard: Generationsbeziehungen: Eine Chance für die Zukunft. In: ROSENMAYR, Leopold; BÖHMER, Franz (Hg): Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis. WUV-Universitätsverlag, 2. Aufl., Wien, 2006, S. 173-193.

MATOLYCZ, Esther: Pflege von alten Menschen. Springer-Verlag, Wien, 2011.

MELEIS, Afaf Ibrahim: Pflege-theorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Hans Huber, Bern, 1999.

MÜLLER, Elke; MÜLLER, Margit: Alt = inkontinent – unabwendbares Schicksal? In: Pflegezeitschrift. 2004a/2, S. 105-108.

MÜLLER, Margit; MÜLLER, Elke: Strategien gegen die Hilflosigkeit. In: Pflegezeitschrift. 2004b/2, S. 109-112.

NICHOLSON, Nicholas R. Jr.: Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. In: JAN Journal of Advanced Nursing. 2009/6, S. 1342-1352.

OREM, Dorothea E.: Eine Theorie der Pflegepraxis. In: SCHAEFFER, Doris; MOERS, Martin; STEPPE, Hilde; MELEIS, Afaf: Pflge-theorien. Beispiele aus den USA. Hans Huber, Bern, 2. Aufl., 2008. S. 85-97.

ÖGKV- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflege- Verband: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. <http://www.oegkv.at/index.php?id=2986>, Zugriff am 15.12.2011.

Patientenverfügung Willenserklärung, <http://www.patientenverfuegung.or.at>, Zugriff am 27.11.2012.

PIPAM, Wolfgang: Schmerz und Demenz, ein unerforschtes Gebiet? In: LIKAR, Rudolf; BERNATZKY, Günther; PIPAM, Wolfgang; JANIG, Herbert; SADJAK, Anton (Hg): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien, 2005, S. 171-174.

PREM, Christian: Co-Abhängigkeit. „Damit die PartnerIn nicht selber zum Frosch wird“. In: KOZON, Vlastimil; FORTNER, Norbert: Gerontologische Pflege- Pflegeberatung. ÖGVP Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien, 2003, S. 185-196.

PULVER, Marco: Anders Altern: Beratung für schwule Senioren. In: FRIEDRICH-HETT, Thomas (Hg): Positives Altern. Neue Perspektiven für Beratung und Therapie älterer Menschen. Transcript, Bielefeld, 2007, S. 112-131.

RADEBOLD, Hartmut: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter. Klett-Cotta, 3. Aufl., Stuttgart, 2009.

REDLICH, Alexander: Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In: NESTMANN, Frank (Hg): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Dgvt-Verlag, Tübingen, 1997, S. 151-160.

RIS- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Patientenverfügungs-Gesetz-PatVG, 2006, <http://www.patientenverfuegung.or.at/pdf/PatVG.pdf>, Zugriff am 04.02.2013.

ROGALL, Renate; JOSUKS, Hannelore; ADAM, Gottfried; SCHLEINITZ, Gottfried: Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Schlütersche, Hannover, 2005.

ROGERS, Carl R.: Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main, 1994.

ROMMELSPACHER, Birgit: Transkulturelle Beratung in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. 2005/4, S. 182-189.

ROSENMAYR, Leopold: Entwicklungen im späten Leben: Realitäten und Pläne. Chancen im Beruf und in selbstgewähltem Handeln danach. In: ROSENMAYR, Leopold; BÖHMER, Franz (Hg): Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis. WUV-Universitätsverlag, 2. Aufl., Wien, 2006, S. 314-330.

RÖTTGER-LIEPMANN, Beate: Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2007.

RUSSEGGER, Thomas: Die Patientenverfügung. In: LIKAR, Rudolf; BERNATZKY, Günther; PIPAM, Wolfgang; JANIG, Herbert; SADJAK, Anton (Hg): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien, 2005, S. 331-336.

SCHAEFFER, Doris; DEWE, Bernd: Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: SCHAEFFER, Doris; SCHMIDT-KAEHLER, Sebastian (Hg): Lehrbuch Patientenberatung. Huber, Bern, 2008, S. 127-152.

SCHMASSMANN, Hector: Alter und Gesellschaft. Eine Analyse von Alternsprozessen unter dem Aspekt sozialer Netzwerke. edition gesowip, Basel, 2006.

SCHMID, Peter F.: Personenzentrierte Psychotherapie. In: SLUNECKO, Thomas; SONNECK, Gernot (Hg): Einführung in die Psychotherapie. WUV-Universitätsverlag, Wien, 1999, S. 168-211.

SCHMIDT-TRAUB, Sigrun: Angststörungen im Alter. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2011a.

SCHMIDT-TRAUB, Sigrun: Angstfrei im Alter. Ein Selbsthilfebuch für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2011b.

SCHMITZ-SCHERZER, Reinhard: Ohne Vergangenheit und Zukunft gibt es keine sinnvolle Gegenwart. In: Pflegezeitschrift. 2001/2, S. 126-128.

SCHNABEL, Marina; KRÄMER Uwe: Sexualität und Pflege: Ein Tabu braucht seinen Platz im Alltag. In: Pflegezeitschrift. 2004/2, S. 85-88.

SCHNEIDER, Kordula; BRINKER-MEYENDRIESCH, Elfriede; SCHNEIDER, Alfred: Pflegepädagogik. für Studium und Praxis. Springer, Berlin, 2003.

SCHNEIDRZIK, Willi E.J.: Gesundheitsratgeber für Senioren. Gesundheitsregeln bei Befindlichkeitsstörungen älterer Menschen. Gustav Fischer Verlag, 3. Aufl., Stuttgart, 1993.

SCHULZ, Ralf-Joachim: Dehydration im Alter: Wenn der Durst fehlt. Pflegezeitschrift. 2006/12, S. 758-759.

SCHULZ VON THUN, Friedemann: Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Rowohlt Taschenbuch Verlag, 41. Aufl., Reinbek, 2005.

SEEL, Mechthild: Die Pflege des Menschen. Gesundsein, Kranksein, Altern, Sterben, Beobachtung, Unterstützung bei den ATL, Pflorgetechniken, Pflegestandards, anatomisch-physiologische Grundlagen, Krankheitslehre, besondere Lebens- und Pflegesituationen, Pflegekonzepte. Kunz, 3. Aufl., Hagen, 2003.

SHODJAI-BAGHINI, Mitra; PLAS, Eugen: Sollten wir Sex im Alter thematisieren? In: BACH, Doris; BÖHMER, Franz: Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien, 2011, S. 173-182.

SICKENDIEK, Ursel; ENGEL, Frank; NESTMANN, Frank: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Juventa, 3. Aufl., Weinheim, 2008.

SIGL, Viktor: „einfach leben“- der Katalog. Alles Wissenswerte für die Pflege zu Hause. 2004, S. 1-9. www.tmg.at/images/images_content/presse_gc_einfach_leben_200704.pdf, Zugriff am 30.1.2013.

SOWINSKI, Christine: Sexualität in der Pflege. Keine Frage des Alters. In: Die Schwester der Pfleger. 2011/9, S. 840-844.

STAEDT, Jürgen; GUDLOWSKI, Yehonala; HAUSER, Marta: Schlafstörungen im Alter. Rat und Hilfe für Betroffene und Angehörige. W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushalts_und_familienprognosen/index.html#index2, Zugriff am 19.01.2012.

STEMMER, Renate (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft): Ganzheitlichkeit in der Pflege – unerreicht, da unerreichbar? In: Pflege und Gesellschaft, 1999/4, S. 86-91. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0499stemmer.pdf>, Zugriff am 06.11.2011.

SUDITU, Claudiu: Aufbau einer professionellen Pflegeberatung. In: KOZON, Vlastimil; FORTNER, Norbert: Gerontologische Pflege- Pflegeberatung. ÖGVP Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien, 2003, S. 161-175.

TAZI-PREVE, Irene M.; KYTIR, Josef; LEBHART, Gustav; MÜNZ, Rainer (Institut für Demographie Österreichische Akademie der Wissenschaften): Bevölkerung in Österreich. Demographische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte. Wien, 1999, http://www.oeaw.ac.at/vid/download/sr_vol12_bevoest.pdf, Zugriff am 10.01.2012.

VAN DEN BERG, Frans; WULF, Dorothe (Hg): Angewandte Physiologie. Alterungsprozesse und das Alter verstehen. Thieme, Band 6, Stuttgart, 2008.

VIIDIK, Andrus: Biologisches Altern – Gesetzmäßigkeiten und Beeinflussbarkeit. In: ROSENMAYR, Leopold; BÖHMER, Franz (Hg): Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis. WUV-Universitätsverlag, 2. Aufl., Wien, 2006, S. 21-44.

VOGT, Michael: Zwischen Hoffen und Bangen: Partnerschaftsberatung im Alter. In: FRIEDRICH-HETT, Thomas (Hg): Positives Altern. Neue Perspektiven für Beratung und Therapie älterer Menschen. Transcript, Bielefeld, 2007, S. 95-111.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; JACKSON, Don. D.: Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien. Hans Huber, 11. Aufl., Bern, 2007.

WEBER, Georg; ERLEMEIER, Norbert; NASSEHI, Armin; SAAKE, Irmhild; WATERMANN, Lars Oliver: Altersbilder in der professionellen Altenpflege. Eine empirische Studie. Leske + Budrich, Opladensen, 1997.

WEHNER, Lore; KRISTAN, Elisabeth: Sensorische Aktivierung für SeniorInnen. Pflegenetz 2008/4, S. 12-13.

WHO- Weltgesundheitsorganisation: Suicide prevention - SUPRE. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, Zugriff am 14.11.2012.

Wien.at: Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG. <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s7400000.htm>, Zugriff am 27.11.2012.

10. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|------------------------------------------------------------|
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| bzw. | beziehungsweise |
| ca. | circa |
| d.h. | das heißt |
| ec. | ecetera |
| ggf. | gegebenenfalls |
| GuKG | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz |
| Hg | Herausgeber |
| ÖGKV | Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflege- Verband |
| RIS | Rechtsinformationssystem |
| S. | Seite |
| usw. | und so weiter |
| Vgl. | Vergleiche |
| WC | water closet |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |
| Wr.KAG | Wiener Krankenanstaltengesetz |
| z.B. | zum Beispiel |
| 50er | Fünziger Jahre |
| 60er | Sechziger Jahre |
| 70er | Siebziger Jahre |
| % | Prozent |
| § | Paragraph |

11. Anhang

11.1 Lebenslauf

Persönliche Daten:

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| Name | Sandra Schmid |
| Geburtsdaten | Klagenfurt, 26. August 1983 |
| Staatsbürgerschaft | Österreich |

Ausbildung:

| | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| seit WS 2005 | Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien |
| 1998 - 2004 23. Juni 2004 | HBLA- Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe Abschluss der Reifeprüfung |
| 1997 - 1998 1993 - 1997 1989 - 1993 | MLW - Mittlere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe Hauptschule in Ferlach Volksschule in Ferlach |

Berufserfahrung:

| | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| seit Sep. 2012 | Angestellte der Caritas, Haus St. Elisabeth, Wien – Assistentin der Hausleitung, Beratung und Begleitung von Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen |
| Mai 2011 – Sept. 2011 | Angestellte bei Peter PAN – Pflege und Adoption, NÖ – Besuchskontaktbegleitung, Organisation, Kinderbetreuung |
| Feb. 2006 – Jun. 2007 | Mitarbeiterin der Seniorenhilfe, Wien – Unterstützung im Alltag, Reflexion- Jour Fixe |
| Aug. 2010 | Wiener Pflege -, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft – Mitwirkung pflegfachlicher Stellungnahmen, Teilnahme an Patient/Innengesprächen, Mitarbeit im Kanzleibereich |
| Dez. 2011 – Aug. 2012 Dez. 2004 – Jun. 2010 | Angestellte beim österr. Patentamt, Abt. Trade Mark Services, Wien – Markenprüfung, Verwaltung, selbstständiger Bereich |

Wien, Februar 2013

