



Theorien der Pflege

Dr. Burns, E., MN,

Hauptaufgaben von Theorien

Fördern eine qualitativ hochwertige Pflegepraxis

- Beziehung zwischen PatientIn und Pflegeperson

Burt, 2007; Bohannon et.al., 2003; Wolf et al.,1998; Swan, 1998; Latham, 1996; Duffy, 1992

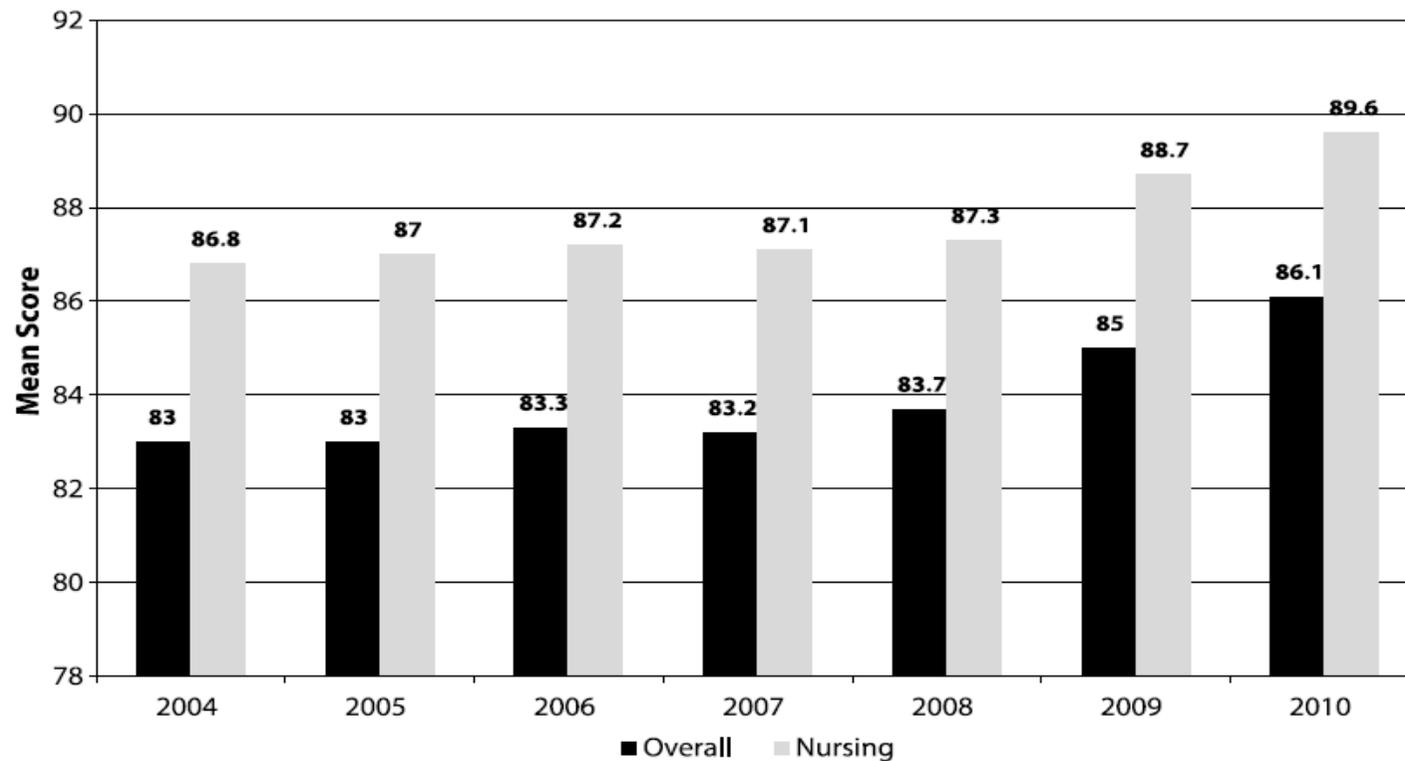
- Theorien mit dem Fokus auf Beziehungsaufbau in der Pflege "Caring Theories"

Duffy et al., 2007; Dingman et al.,1999; Watson, 2006

**Gute Beziehungen zwischen Patienten und
Pflegepersonen sind das Herz einer sicheren und
effektiven Pflege** (Aiken, 2005b, S.186)

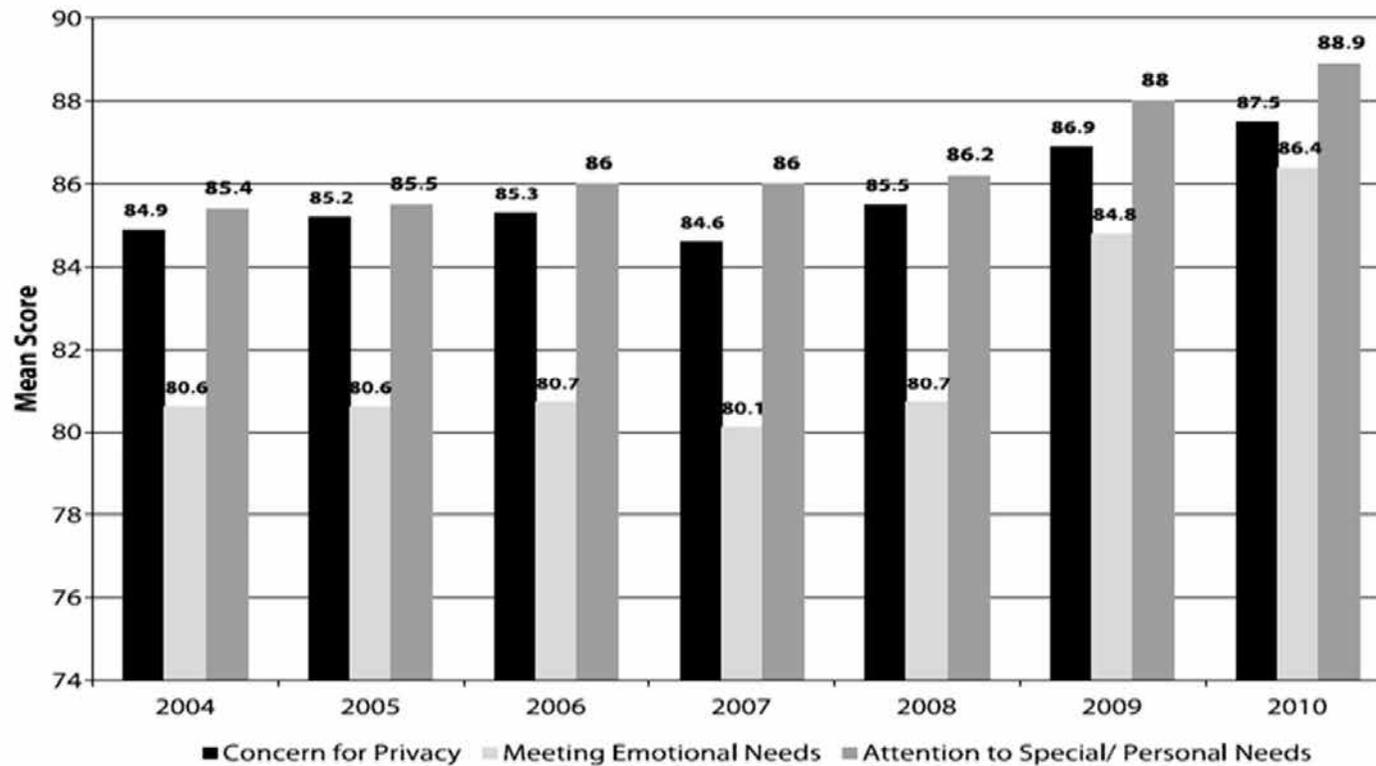
Theory of Caring - Swanson Implementation in North Carolina

(Tonges, M., 2011)



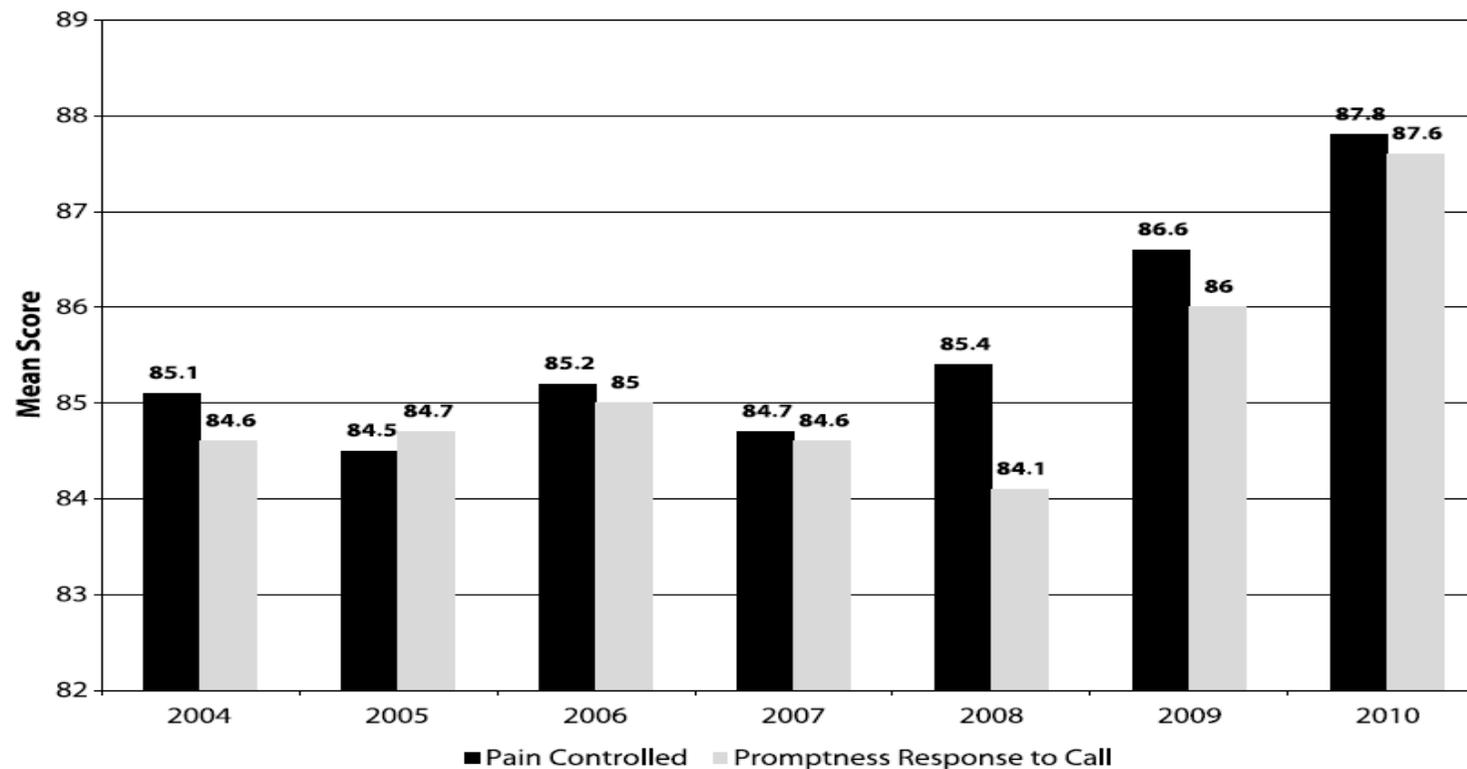
Theory of Caring - Swanson Implementation in North Carolina

(Tonges, M., 2011)



Theory of Caring - Swanson Implementation in North Carolina

(Tonges, M., 2011)



Hauptaufgaben von Theorien

➤ **Unterstützen die Entscheidungsfindung**

Die Theorie bestimmt was wir wahrnehmen.

Albert Einstein

Hauptaufgaben von Theorien

- leiten die Forschung

Anwendung von Theorien in der Forschung

	Silva, 1986	Moody et al. 1988	Jaarsma et al. 1993	Fawcett, 2000	Bond et al. 2008
Zeitraum	1952-1985	1977-1986	1986-1990	1999	2002-2006
Artikel insg.		720	428	116	2857
Pflegetheorien	62		21 (17%)	5 (4%)	460 (21%)
Andere Theorien		352 (49%)	100 (83%)	45 (39%)	377 (17%)
Testung von Theorien	9 (15%)	22 (3%)	56 (13%)	28 (24%)	

Hauptaufgaben von Theorien

- Unterstützen die Kommunikation
- Leiten die Ausbildung
- Beeinflussen die Identität des Berufsstandes

Hauptaufgaben von Theorien

„...nurses must clearly articulate the unique knowledge the profession of nursing contains...“

otherwise

„nurses will be plumbers and electricians of healthcare, completing tasks...and walking away from one of the most needed professions in the world (Fawcett, J., 2013, in Karnick, P. 2013).

Probleme

- They do not believe them.
- They do not know about them.
- They do not understand them.
- They do not know how to apply them.
- They are not allowed to use them.

(Mc Kenna, 1994)

Kritik

„Grand Theorien neigen dazu alles und damit nichts zu erklären und sind nur selten empirisch gestützt“ (DeKeyser, Medoff-Cooper 2001, S.330).

„Die allgemeinen Theorien enthaltenen normative Zielsetzungen,...“ (Moers, Schaeffer 2000, S.47).

„Die meisten Pflge-theorien sind ungeeignet für eine Praxisdisziplin“ (Schröck, 1997, S.41).

Forderungen

- Theorieansätze mit größerer Praxisrelevanz zu entwickeln (Weidner 2003; DeKeyser et al., 2001; Moers et al., 2000; Schröck 1997).

Theorien mittlerer Reichweite
Situationspezifische Theorien

Wahl der Theorie

➤ **Auswahlkriterien** (McKenna, 1994)

- PatientInnen
- Setting
- Verständlichkeit u.a.

Theory of Comfort



Kolcaba, K. (1994)

A holistic Theory of Comfort

Journal of Advanced Nursing, 19, 1178-1184

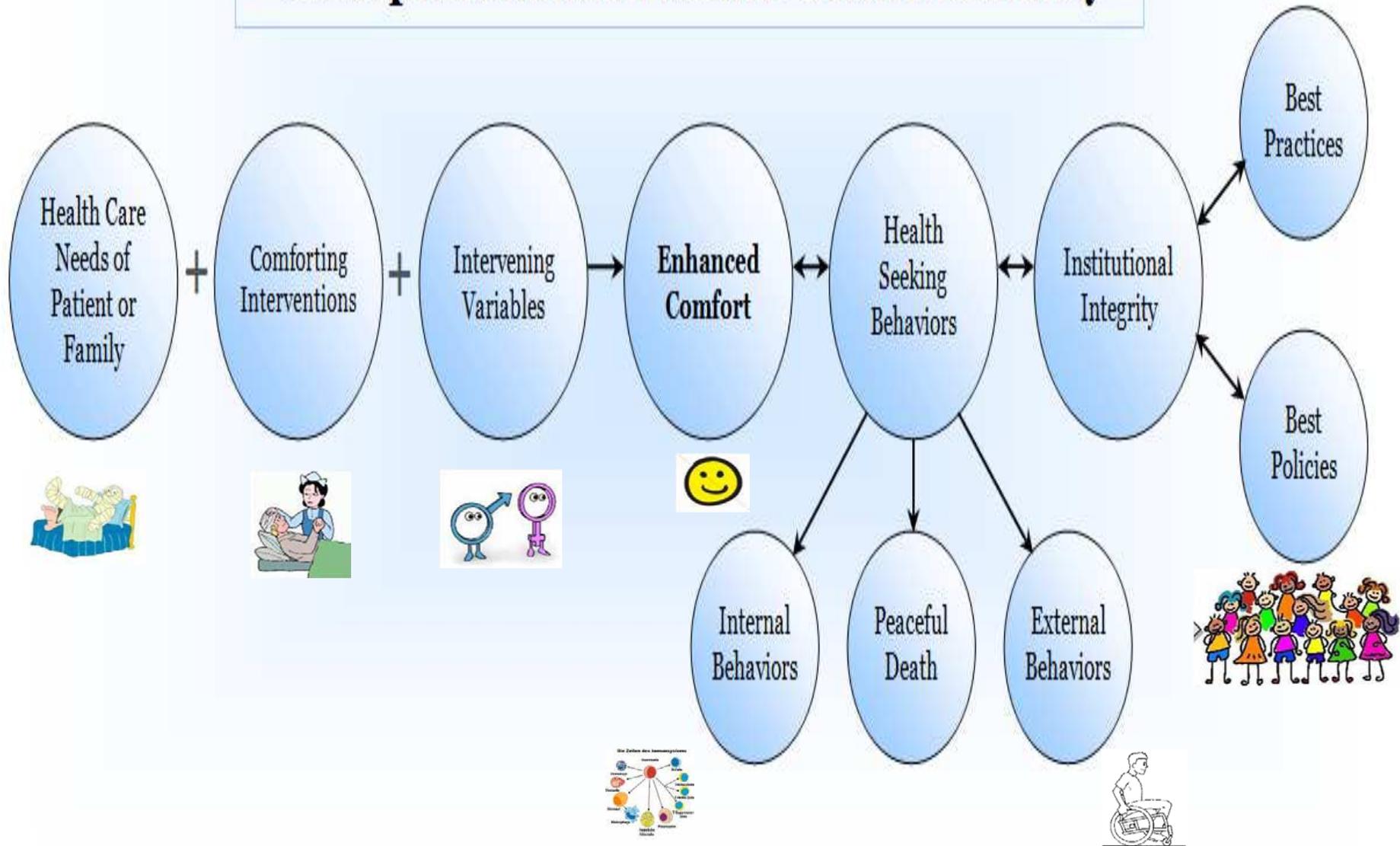
Annahmen der „Theory of Comfort“

- Menschen antworten ganzheitlich auf viele, komplexe Stimuli
- Wohlbehagen ist ein wünschenswertes Pflegergebnis und ein Teil guter Pflege
- Menschen streben kontinuierlich nach Wohlbehagen
- Wohlbehagen stärkt die PatientInnen

Konzepte des Metaparadigma der „Theory of Comfort“

- **PatientIn:** Ein Individuum / Familie / Gemeinschaft die Pflege benötigen
- **Umwelt:** Aspekte der PatientInnen / Familie die Wohlbehagen beeinflussen und ev. verbessert/erhalten werden können
- **Gesundheit:** Die optimale Funktion der PatientInnen / Familie welche durch größtes mögliches Wohlbehagen gestützt wird
- **Pflege:** Das Assessment der Bedürfnisse der PatientInnen / Familien und die Gestaltung von Maßnahmen um Wohlbehagen zu erreichen

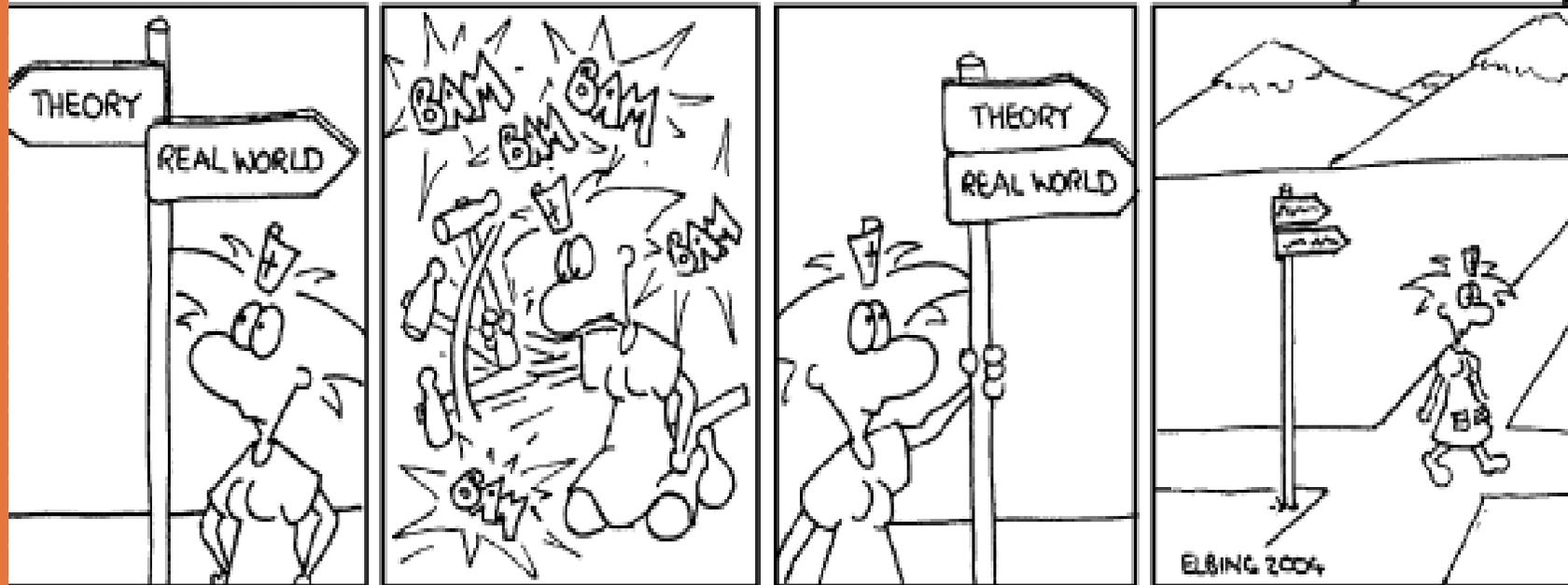
Conceptual Framework for Comfort Theory



Dr. Burns Evelin, MN
Evelin Burns Nursing KEG
www.ebnursing.at
evelin.burns@kpr.at

Nurstoons

by Carl Elbing



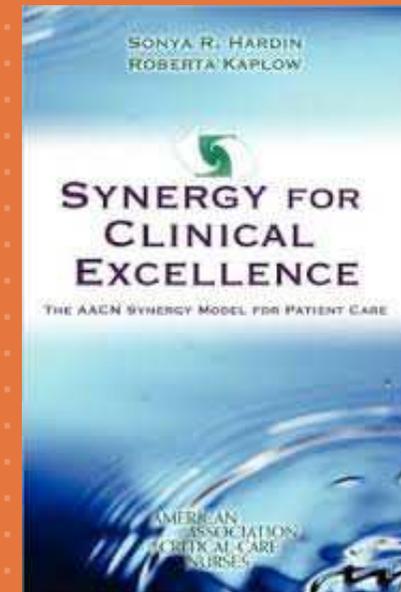
www.nurtoon.com

AACN Synergy Model



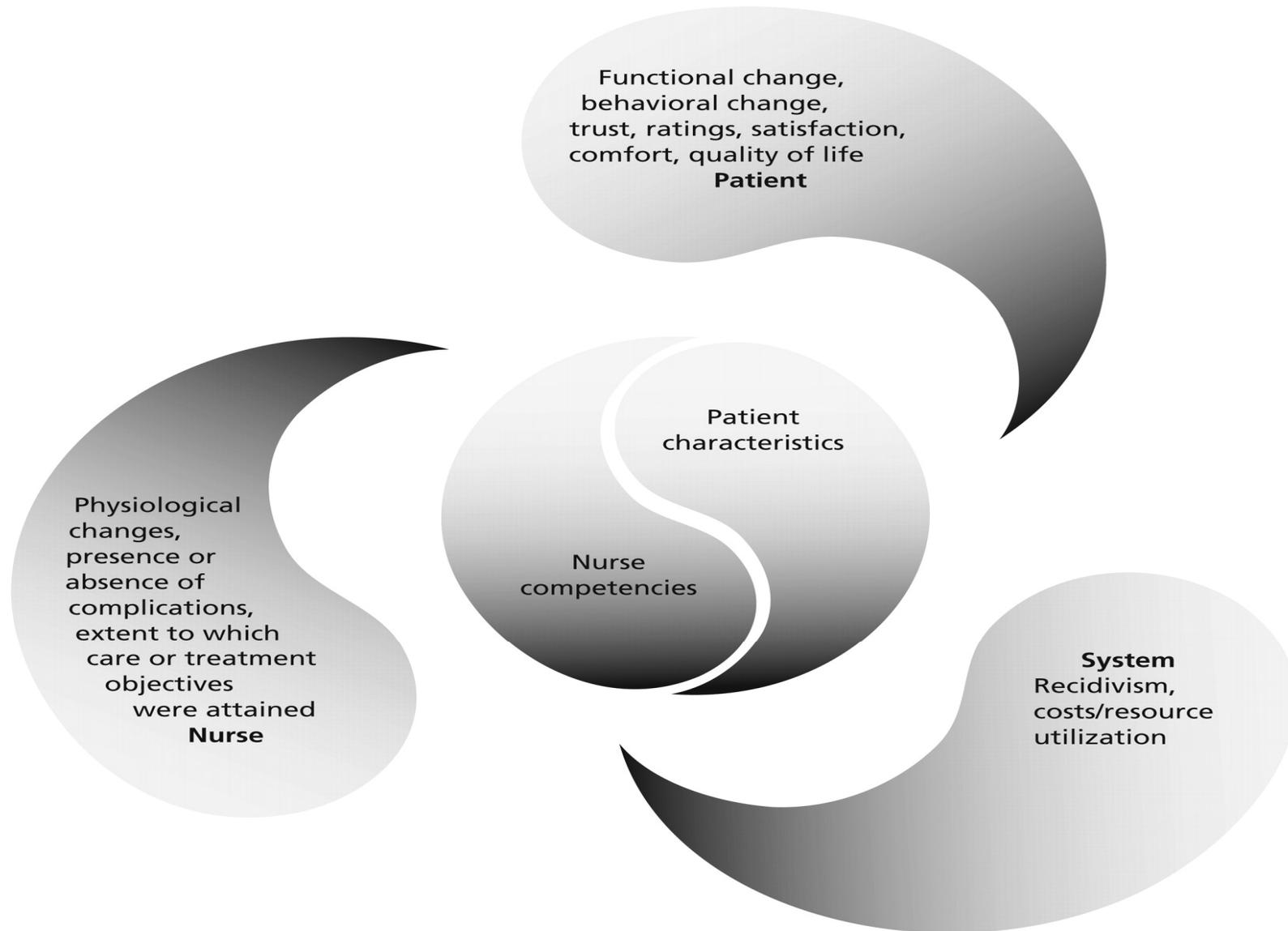
- Hardin, S., Kaplow, R.: (2005).

American Association of Critical Care Nurses (AACN)



Annahmen des „AACN Synergy Models“

- Jeder Patient ist eine biologische, soziale und spirituelle Einheit auf einer bestimmten Entwicklungsstufe.
- Jeder Patient und die Familie des Patienten geben den Rahmen für die Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson vor.
- Patienten haben eine Reihe von beschriebenen Charakteristika. Alle Charakteristika sind verbunden und beeinflussen einander. Sie dürfen nicht isoliert betrachtet werden.



Charakteristische Merkmale der Patienten

Widerstandskraft: Die Fähigkeit des Patienten zu einer Rückkehr auf eine restaurative Ebene durch Ausgleichs- und Bewältigungsstrategien.

Verletzlichkeit: Die Anfälligkeit für tatsächliche oder potenzielle Stressoren, die sich auf Ergebnisse negativ auswirken können

Stabilität: Die Fähigkeit ein stabiles Gleichgewicht zu halten

Komplexität: Die komplizierte Verflechtung von zwei oder mehreren Systemen (z. B. Körper, Familie, Therapien)

Charakteristische Merkmale der Patienten

Ressourcen: Umfang der Ressourcen (Personal, finanzielle, soziale, psychologische, technische, etc.).

Teilnahme an der Pflege: Ausmaß in dem der Patient und die Familie sich in der Pflege engagieren.

Partizipation in Entscheidungen: Ausmaß in dem der Patient und die Familie sich in Entscheidung bezgl. der Pflege engagieren

Vorhersagbarkeit: Eine summative Eigenschaft, die es erlaubt einen gewissen erwarteten Verlauf der Erkrankung festzustellen

Charakteristische Merkmale der Pflegepersonen

- Klinische Beurteilung
- Fürsprache und moralische Vertretung
- Pflegepraktiken
- Zusammenarbeit
- Systematisches Denken
- Reaktion auf Unterschiedlichkeit
- Neue Erkenntnisse beachten
- Lernbegleiter