

Kohärenzgefühl, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität bei Dialysepatienten in der Steiermark

und daraus resultierende künftige Herausforderungen an die
Pflege und Versorgung



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Monika Wagner

Graz, Mai 2009

Monika Wagner, Graz

monika.wagner1@chello.at

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, Mai 2009

Thesis angenommen

INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUSAMMENFASSUNG.....	4
1.1	Einleitung.....	4
1.2	Methodik.....	5
1.3	Ergebnisse.....	6
1.4	Diskussion.....	7
2	EINLEITUNG.....	9
2.1	Salutogenese und Krankheitsbewältigung.....	9
2.1.1	Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Krankheitsbewältigung.....	10
2.2	Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflege.....	12
2.2.1	Modell der Salutogenese in der Gesundheits- und Krankenpflege.....	13
2.2.2	Bedeutung des Kohärenzgefühls in der Gesundheits- und Krankenpflege.....	14
2.3	Das terminale Nierenversagen.....	15
2.3.1	Epidemiologie und volkswirtschaftliche Bedeutung des chronischen Nierenversagens: 15	
2.3.2	Der Dialysepatient – ein chronisch kranker Mensch.....	17
2.3.2.1	Bewältigungsformen von „Dialysestress“.....	20
2.3.2.2	Arbeiten mit Dialysepatienten.....	21
2.3.3	Konsequenzen einer salutogenetischen Perspektive für die Nierenersatztherapie.....	22
2.4	Forschungsfrage.....	24
3	METHODIK.....	25
3.1	Fragebogen.....	25
3.1.1	SOC Fragebogen nach Antonovsky.....	25
3.1.2	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV).....	26
3.2	Kriterien zur Selektion der Teilnehmer.....	27
3.3	Durchführung der Befragung.....	27
3.4	Auswertung.....	27
4	ERGEBNISSE.....	28
4.1	Darstellungen der Stichprobe.....	28
4.2	Korrelationen von SOC, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität.....	30
4.2.1	Vergleich der SOC Einzelkomponenten.....	30
4.2.2	Vergleich der SOC Einzelkomponenten mit dem Gesamt SOC.....	30
4.2.3	Darstellung des Gesamt SOC und Krankheitsverarbeitung.....	30
4.3	Ergebnisse in Bezug auf die Dauer der Nierenersatztherapie.....	33
4.3.1	Darstellung der Nierenersatztherapiedauer.....	33
4.3.2	Vergleich der 4 Gruppen in Bezug auf den SOC.....	34

5	DISKUSSION.....	35
5.1	Überblick	35
5.2	Korrelationen von Kohärenzgefühl und Krankheitsverarbeitung	35
5.3	Dauer der Nierenersatztherapie.....	36
5.4	Soziodemographische Variablen.....	37
5.4.1	Geschlecht	37
5.4.2	Alter	37
5.4.3	Familiäre Situation.....	37
5.4.4	Bildung	37
5.5	Krankheitsspezifische Variablen.....	38
5.5.1	Art der Nierenersatztherapie (HD/PD)	38
5.5.2	Transplantation	38
5.5.3	Selbsthilfe	38
5.6	Pflegerelevante Herausforderungen aus vorliegender Arbeit	39
5.7	Ausblick	40
6	ANHANG	41
6.1	Fragebogen.....	41
6.2	Zusätzliche Ergebnisse.....	52
7	LITERATURVERZEICHNIS.....	63

1 ZUSAMMENFASSUNG

AutorIn: Monika Wagner

BetreuerInnen: Elke Mesenholl-Strehler

1.1 Einleitung

Hintergrund und Stand des Wissens

Heute geht das Spektrum der Pflege weit über medizinorientierte Krankenpflege hinaus und nimmt einen zentralen Stellenwert in der Krankenversorgung ein.

Gerade im Hinblick darauf, dass die Pflegewissenschaft sich in den letzten Jahren stark in Richtung Gesundheit entwickelt hat, ist die Auseinandersetzung mit dem, was Gesundheit eigentlich ist bzw. ausmacht, unerlässlich. Im Vordergrund der pflegerischen Tätigkeiten werden nicht die Krankheit sondern die Gesundheit und die Fähigkeit des Menschen zur selbstständigen Gestaltung des Alltags gesehen. Hier bietet das Modell der Salutogenese einen Orientierungsrahmen für die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung und Pflege und konzentriert den Blickwinkel auf die Bewegung, die ein Patient auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum vollzieht. Diese Fragestellung ist für angemessene pflegerische Interventionen wichtiger als der Blick auf die Ursachen der Krankheit (Brieskorn-Zinke 2002).

Der Anstieg von chronischen Erkrankungen und die daraus entstehenden vielfältigen Probleme und Anpassungsherausforderungen der Betroffenen kennzeichnet eine besondere Herausforderung für die Pflege. Das Verständnis von chronischer Krankheit bleibt jedoch bruchstückhaft, wenn nicht gefragt wird, was es für die Erkrankten bedeutet, mit einer chronischen Krankheit zu leben und die vielfältigen vom Individuum zu erbringenden Bewältigungsleistungen nicht in die Betrachtung einbezogen werden. Erst dann ist es möglich, neben der Bewältigung von Krankheit zugleich die Förderung von verbliebenen Gesundheitspotenzialen und –ressourcen zu unterstützen und eine Ausweitung oder Verschlimmerung bestehender Einbußen zu verhüten oder zu verzögern (Schaeffer/Moers 2003).

Das Kohärenzgefühl zählt im Salutogenese Modell als zentrales dispositionelles Merkmal einer Person, um Anforderungen und Belastungen bewältigen zu können. Das Gefühl, die eigene Person betreffende Ereignisse verstehen zu können (SOC V=Verstehbarkeit), mit Anforderungen umgehen zu können (SOC H=Handhabbarkeit) und dabei Sinnhaftigkeit (SOC B=Bedeutsamkeit) für das eigene Leben zu empfinden, stellen demnach eine wichtige Bewältigungsressource dar.

Personen mit einem starken SOC (sense of coherence) wählen bestimmte Bewältigungsstrategien aus, die am geeignetsten scheinen, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sehen (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997).

Dialysepatienten nehmen eine Sonderstellung unter den chronisch Kranken ein. Neben der Bewältigung einer chronischen Krankheit kommt noch die Abhängigkeit von einer Dialysemaschine. Dialysefachpflegekräfte sind zeitlich am längsten und intensivsten mit den Dialysepatienten in Beziehung und können aus dieser Tatsache mit einer ganzheitlichen, nicht krankheits- sondern patientenzentrierten Perspektive sehr viel zu einer gelungenen Krankheitsbewältigung beitragen (Sokol/Hoppenworth 2006). Eine gelungene Pflegebeziehung durch Information, Beratung und Schulung verbessert die Krankheitsbewältigung und Lebensqualität (DeOreo 1997, Bader 1998, Curtin 2004).

Forschungsfrage(n)

Die Hauptfrage in dieser Arbeit befasst sich mit dem Zusammenhang von Kohärenzgefühl, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität bei terminal Nierenkranken in der Steiermark, ausgehend von der hypothetischen Annahme, dass Dialysepatienten mit einem hohen SOC ihre Krankheit besser bewältigen.

Eine zweite Frage beschäftigt sich mit dem SOC von Dialysepatienten und der Dauer der Dialysepflichtigkeit, da der Beginn der Nierenersatztherapie eine Krise darstellt und von einer Erschütterung des Kohärenzgefühls ausgegangen wird.

1.2 Methodik

Design

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quantitative Querschnittserhebung, bestehend aus einem soziodemographischen und krankheitsspezifischen Teil, dem SOC Fragebogen (29 Items), dem Freiburger Fragebogen zu Krankheitsverarbeitung (FKV 102) und 5 Fragen zur Lebensqualität.

Die Fragen zur Krankheitsverarbeitung wurden bei der Auswertung zu 12 Komponenten zusammengefasst: FKV 1 – Problemanalyse und Lösungsverhalten, FKV 2 – depressive Verarbeitung, FKV 3 – Hedonismus, FKV 4 – Religiosität und Sinnsuche, FKV 5 – Misstrauen und Pessimismus, FKV 6 – kognitive Vermeidung und Sinnsuche, FKV 7 – Ablenkung und Selbstaufwertung, FKV 8 – Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug, FKV 9 – Regressive Tendenz, FKV 10 – Relativierung durch Vergleich, FKV 11 – Compliance Strategien und Arztvertrauen, FKV 12 – Selbstermutigung.

Eine sekundäre Faktorenanalyse dieser Komponenten ergab folgende 4 Faktorenlösung: FKV 2,5,6,8 – depressive Verarbeitung, FKV 1,7,10,12 – kognitive Verarbeitung, FKV 3,9 – Soziale Unterstützung und Lebensgenuss, FKV 4,11 – Vertrauenssetzung und Religiosität.

Teilnehmer

An der Studie nahmen Dialysepatienten aus der gesamten Steiermark teil. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung wurden von der Erhebung ausgenommen und ein unteres Alterslimit von 20 Jahren festgelegt.

Durchführung

Die Erlaubnis zur Durchführung dieser Studie wurde von sämtlichen Leitern der neun steirischen Dialysestationen eingeholt. Es wurden neun Multiplikatoren bestellt, welche die Verteilung der Fragebögen im jeweiligen Dialysezentrum vornahmen. Diese Personen erhielten vorher eine schriftliche Standardinstruktion für eine aktuelle Erhebung, d.h. bei dieser Befragung geht es darum, genauer zu erfahren, wie die Dialysepatienten in der vergangenen Woche mit ihrer Erkrankung umgegangen sind und was sie im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan haben und wieweit ihnen dies geholfen hat, um mit ihrer Situation fertig zu werden.

Insgesamt wurden 444 Fragebögen im Juli 2008 ausgeteilt und 245 wurden zeitgerecht retourniert. Die Rücklaufquote betrug 55,1%.

Statistische Analyse

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels Varianzanalysen, Korrelationsanalysen und POST-HOC Tests (Scheffe-Prozedur und Tukey-HSD). Alle Ergebnisse wurden in eine Datenmaske eingegeben und mittels SPSS Programm bearbeitet.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen mit $p < 0,05$ festgesetzt.

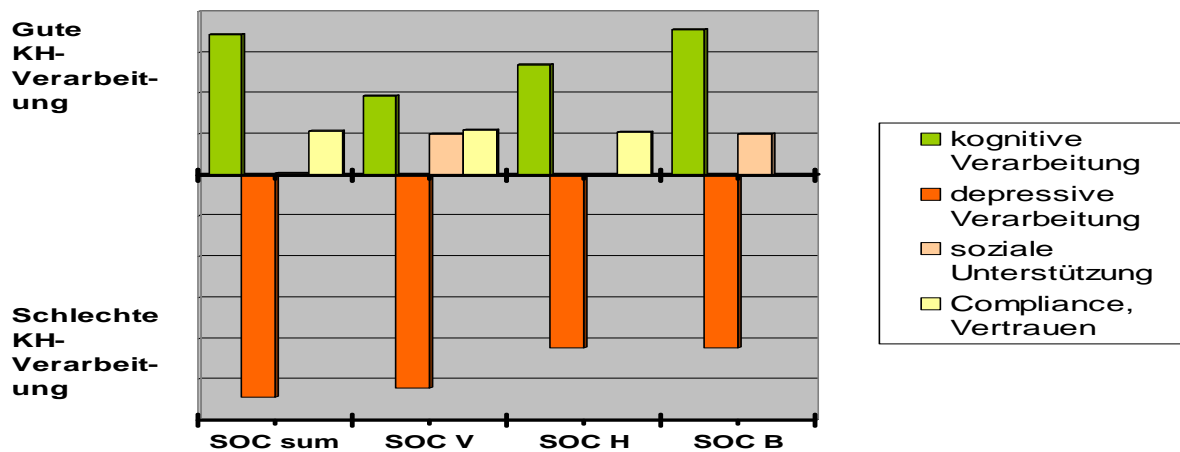
1.3 Ergebnisse

Die Auswertung dieser empirischen Studie zeigt, dass der SOC Gesamtwert der untersuchten Dialysepatienten im Mittel bei 145 lag. Daraus ergibt sich, dass diese Patientengruppe im Vergleich mit der Normstichprobe von Schuhmacher et al. (2000) mit einem SOC Wert von 145,7 kaum abweicht.

Ausgehend von der Hauptforschungsfrage kann eindeutig eine hoch signifikant positive Korrelation zwischen hohem Kohärenzgefühl, kognitiver Krankheitsverarbeitung und hoher Lebensqualität hergestellt werden. Ein hoher SOC Wert korreliert auch signifikant mit FKV 3 (Hedonismus) als Parameter für Lebensgenuss und FKV 11 (Compliance und Arztvertrauen). Ein niedriger SOC Gesamtwert und Einzelkomponenten korreliert positiv mit depressiver Krankheitsverarbeitung und schlechterer Lebensqualität.

Unterschiede zeigten sich auch in Bezug auf Alter, Geschlecht, familiäre Situation, Bildung und krankheitsspezifischen Daten.

Korrelation zwischen Krankheitsverarbeitung und SOC



Bei der zweiten Frage zeigt sich kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit zur Dauer der Nierenersatztherapie, jedoch wurden tendenziell niedrigere SOC Einzelkomponenten und ein niedrigerer Gesamt SOC in der Gruppe 1 (0-1 Jahr Dauer der Nierenersatztherapie) festgestellt. Ebenfalls zeigte sich in dieser Untergruppe ein signifikant hoher Wert für den Verarbeitungsmodus (FKV 5), welcher Misstrauen und Pessimismus beinhaltet.

1.4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Patienten mit einem hohen Kohärenzgefühl, ihre chronische Nierenkrankheit eher mit kognitiven Strategien verarbeiten. Im Gegensatz dazu zeigten Befragte mit niedrigem SOC ein eher depressives Verarbeitungsmuster.

Eine gute Lebensqualität, positives Coping und ein hohes Kohärenzgefühl korrelieren in der durchgeführten Studie signifikant.

Im Falle einer chronischen Nierenerkrankung gilt als Standard für eine gelungene Krankheitsverarbeitung, dass sich der Patient gut aufgeklärt fühlt, Handlungsansätze sieht, trotz Bedrohlichkeit und Langwierigkeit der Erkrankung noch Ziele in seinem Leben findet, für die es sich lohnt, auch eine belastende Nierenersatztherapie in Anspruch zu nehmen und das Vertrauen in die Menschen, in deren Hand sich der Patient begeben hat.

Derzeit ist in den meisten pflegewissenschaftlichen Perspektiven eine dichotome Sichtweise von Krankheit und Gesundheit inhärent. Nach Erachten der Autorin ist es sicherlich den pflegerischen Sachverhalten angemessener, das Begriffspaar Gesundheit und Krankheit beizubehalten, sie aber nicht als einander ausschließende, alternative Zustände zu sehen, sondern in Orientierung an Antonovsky als angenommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums zu betrachten.

Das Krankheits-Gesundheitskontinuum von Antonovsky und seine Weiterentwicklung (Faltermaier 1998) bieten gerade für die Pflege einen Orientierungsrahmen, in dem sich die komplexe Wirklichkeit eines chronisch erkrankten und pflegebedürftigen Menschen gut abbilden lässt.

Versorgungsintegration und –kontinuität gehören ebenfalls zu den konstitutiven Elementen einer bedarfsgerechten Versorgungsgestaltung bei chronischer Nierenkrankheit. Gerade der Pflege und ihre Beteiligung in der Umsetzung von multiprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsstrategien wird eine Schlüsselrolle beigemessen (z.B. Regulation von Schnittstellen).

Dialysepatienten benötigen aufgrund ihres dauerhaften und irreversiblen Krankheitsbildes sowie der besonderen Verlaufsdynamik langfristig angelegte Versorgungs- und Pflegekonzepte und eine ebensolches Management der mit ihnen verbunden Probleme (Corbin/Strauss 1998). Es muss darum gehen, den Gesamtverlauf positiv zu beeinflussen, seine Dynamik unter Kontrolle zu halten und vorzeitige Abwärtsentwicklung zu verhindern (z.B. durch Care Management, Disease- oder Trajektmanagement).

Prävention und Gesundheitsförderung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei dem Umgang mit chronischer Nierenkrankheit. Auch in Österreich beginnt sich langsam die Erkenntnis durchzusetzen, dass Prävention und Gesundheitsförderung sich angesichts des Wandels des Krankheitspanoramas nicht einzig auf Interventionen im Vorfeld der Krankheitsentstehung konzentrieren können, sondern auch der Gesundheitssicherung bei bereits beeinträchtigter Gesundheit widmen müssen, um negative Begleiterscheinungen zu vermeiden, zumindest aber zu verzögern.

Die Pflege muss eine doppelte Perspektive einnehmen, einerseits obliegt ihr die Hilfestellung bei der Bewältigung von Hilfsbedürftigkeit und zugleich die Förderung von verbliebenen Gesundheitspotenziale und –ressourcen, um so den Eintritt weiterer Gesundheitsstörungen zu vermeiden und Ausweitungen oder Verschlimmerungen bestehender Einbußen zu verhüten und zu verzögern (Corbin/Strauss 1998).

Patientenorientierung ist ein weiteres zentrales Element der Versorgungsgestaltung, um chronisch Kranken ein Höchstmaß an Lebensqualität und Autonomie sichern zu können.

Um künftig Aufgaben in der Betreuung von Dialysepatienten salutogen wahrzunehmen ist es notwendig, das Leben über die Krankheit „hinauszuheben“, die Pflege muss sich mehr als bislang dem sozialen Gefüge widmen, in dem der Kranke lebt.

2 EINLEITUNG

2.1 Salutogenese und Krankheitsbewältigung

Die Salutogenese bedeutet soviel wie „Gesundheitsentstehung“ und wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) in den 1970er Jahren als Gegenbegriff zur Pathogenese entwickelt.

Salutogenese setzt sich zusammen aus „Salus = Heil „ und „generieren = erzeugen“. Medizin war in der Vergangenheit sehr pathogenetisch orientiert, das heißt sie fragte nach dem was krank macht. Salutogenese fragt im Gegensatz dazu, nach dem, was Gesundheit fördert und erhält und wie es möglich ist, mit Beschwerden und Einschränkungen ein möglichst gutes Leben zu führen. Salutogenese ist auch sehr geprägt durch die Vorstellung von Gesundheit als Balance-Akt. Vieles kann Gesundheit angreifen, vieles sie schützen. Also gilt es schädigende Faktoren zu minimieren und die Schutzfaktoren zu stärken. Nach dem Salutogenesemodell ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden.

Eine der wenigen weitergehenden Überlegungen, das Konzept der Salutogenese mit einer allgemeinen Theorie der Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung zu verbinden, finden sich bei Broda (1995). Er fordert die Entwicklung einer kompetenzorientierten Rehabilitation, die im Gegensatz zur bisher vorherrschenden defizitorientierten Rehabilitation steht. Die kompetenzorientierte Rehabilitation umfasst die Betonung der Eigenverantwortung des Patienten, den Abbau von „Krankenrollenverhalten“ und die Stärkung der Patientenressourcen.

In einschlägiger Literatur findet man eine ganze Reihe unterschiedlicher Bewältigungskonzeptionen. Betrachtet man diese näher, so zeichnet sich jedoch sowohl in neueren Beiträgen zur Theorie und Terminologie der Bewältigungsforschung wie auch in aktuellen empirischen Arbeiten eine Orientierung an der Rahmenkonzeption von Lazarus ab, wobei die einzelnen Autoren das transaktionale Stress- und Bewältigungsmodell entweder explizit übernehmen oder aber als Bezugssystem für die eigene, abweichende Konzeption heranziehen.

Lazarus & Folkman (1984) definieren Bewältigung als „sich ständig verändernde kognitive und verhältnismäßige Bemühungen bzw. Anstrengungen (efforts), mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen, die die Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, zu bewältigen (to manage).

Krankheitsbewältigung schließt die Ebenen des Fühlens, Denkens und Handelns ein und hat das Ziel, Belastungen durch die Erkrankung und ihre Auswirkungen günstig zu beeinflussen. Krankheitsverarbeitung beschränkt sich weiters nicht nur auf ein Individuum, in systemischer Betrachtungsweise bezieht sie sich ebenso auf die umgebende Sozialstruktur (Weis, 1998). Die Begriffe „Krankheitsverarbeitung“ und „Krankheitsbewältigung“ werden synonym verwendet; der englische Ausdruck „Coping“ beschreibt die Bewältigung belastender Erlebnisse allgemein.

Grundsätzlich können Copingstrategien auf den Stressor ausgerichtet sein, also die Belastung verursachende Situation zu verändern. Sie können aber auch an der Wahrnehmung bzw. Interpretation dieser Situation ansetzen. Was die Wahl dieser Strategien angeht, verweist die Forschungsliteratur ebenfalls auf zahlreiche Determinanten.

2.1.1 Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Krankheitsbewältigung

Als Kernstück des Konzepts der Salutogenese hat Antonovsky das Kohärenzgefühl (SOC) definiert und versucht somit die Frage „Was hält Menschen gesund?“ zu beantworten.

Der SOC (sense of coherence) ist eine Grundhaltung um die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben. Sie setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus drei Komponenten zusammen:

Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Diese Komponente beschreibt die Erwartungen bzw. Fähigkeit von Menschen, Stimuli – auch unbekannt – als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein bzw. zu werden, die chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich sind. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky also ein *kognitives* Verarbeitungsmuster.

Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Diese Komponente beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Antonovsky nennt dies auch instrumentelles Vertrauen und definiert es als das „Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen“. Dabei betont Antonovsky, dass es nicht nur darum geht, über eigene Ressourcen und Kompetenzen verfügen zu können. Auch der Glaube daran, dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden, ist damit gemeint. Antonovsky betrachtet das Gefühl von Handhabbarkeit als *kognitiv-emotionales* Verarbeitungsmuster.

Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Diese Dimension beschreibt das Ausmaß in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre.

Antonovsky sieht diese *motivationale* Komponente als die wichtigste an. Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls. Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual.

Auch die Psychoneuroimmunologie hat mittlerweile vielfach aufgezeigt, dass Stress schwere, gesundheitliche Auswirkungen auf unseren Organismus haben kann, wie Antonovsky aber aufzeigte, kann andererseits eine erfolgreiche Bewältigung von Stress, unserer Gesundheit sogar eine grundlegende Stärkung verleihen.

Das Kohärenzgefühl nimmt Einfluss auf die Stresswahrnehmung und Stressbewältigung und kann die Anpassung an schwierige Lebenssituationen erleichtern. Menschen mit hohem Kohärenzempfinden nehmen Ereignisse oder Anforderungen eher als Herausforderung und weniger als Belastung wahr. Wenn sie dennoch Stress erleben, können sie ihn schneller wieder abbauen. Hier stützen viele der empirischen Ergebnisse die Aussagen Antonovskys.

Das Kohärenzerleben ist eine zentrale Ressource für die Bewältigung extremer Ereignisse und lebensverändernder Umstände, wie z.B. schwere Krankheiten, bleibende Behinderungen und langwierige Behandlung (Hausmann 2005).

Der SOC wirkt als flexibles Steuerungsinstrument, als Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Coping) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt.

„Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Copingstrategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997).

Das Kohärenzgefühl ist also nicht mit Copingstilen gleichzusetzen, sondern nimmt eine übergeordnete und steuernde Funktion ein (Antonovsky, 1993a).

Mit diesem hypothetisch angenommenen Ansatz befassten sich einige Studien. Es ist jedoch schwierig, die Ergebnisse dieser Untersuchungen einer Gesamtbetrachtung zu unterziehen, weil jede Studie andere Messkriterien heranzog und die Ergebnisse variierten (Horsburgh 2005).

Alle Möglichkeiten zur Beeinflussung des Kohärenzsinn sind interaktionsintensiv und verlangen das Ausschöpfen von professionellen Freiheitsgraden. Von vielen Ärzten werden zumindest in den Kliniken immer weniger interaktionsintensive Maßnahmen erbracht, da das ärztliche Handeln auf die technische und chemiekonzentrierte Beherrschung somatischer Prozesse gerichtet ist.

Gerade hier ist es die Pflegekraft, die die Folgen von Diagnose, Krankheit und Behandlung mit den Patienten und ihren Angehörigen zu bearbeiten hat. An dieser Stelle wird für die professionelle Pflege die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Kohärenzgefühls für die Wiedererlangung von Gesundheit zentral.

2.2 Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Gesundheitsförderung ist laut WHO als ein umfassendes Konzept zur Integration unterschiedlicher Maßnahmen zum Schutz, zu Erhaltung und zur Verbesserung der Gesundheit zu sehen.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und geistiges Wohlbefinden zu erlangen ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können (WHO, Ottawa Charta, 1986).

Heute geht das Spektrum der Pflege weit über medizinorientierte Krankenpflege hinaus. Die inhaltliche Ausweitung dieser neuen Professionalisierung richtet sich auch auf neue gesundheitsbezogene Wertmassstäbe in der Patientenversorgung wie Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG 1997) unterstreicht die Wichtigkeit aller gesundheitsförderlichen Maßnahmen, sie bestehen aus einem eigenverantwortlichen, einem mitverantwortlichen und einem interdisziplinären Tätigkeitsbereich (Weiss-Fassbinder/Lust 2000).

Das Gesundheitsförderungsgesetz (BGBl.I Nr. 51/1998), das Berufsbild (ÖGKV 2000), das neue Ausbildungscurriculum (ÖBIG 2004), aber auch die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflege machen es notwendig, den gesundheitsförderlichen Aspekt in der Pflege zu bedenken.

Gesundheitsförderung richtet ihre Perspektive, auf die Verbesserung gesundheitlicher Ressourcen und anerkennt eine Reihe von Werten wie Partizipation, Empowerment, Achtung der persönlichen Autonomie und Ganzheitlichkeit (Strobl, 2000).

Das ist natürlich auch vor dem Hintergrund der neuen Anforderungen an das österreichische Gesundheitswesen zu interpretieren, die sich verstärkt auf den Umgang mit chronisch kranken Menschen richten. Es bedarf Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität, mit dem Ziel die Betroffenen zu befähigen, damit sie ihre Krankheit und die damit verbundenen Einschränkungen möglichst gut meistern (Rosenbrock 2002).

Chronische Erkrankungen können nicht nur durch eine immer aufwändigere Technik behandelt, sondern müssen durch wirksame Strategien der Gesundheitsförderung bekämpft und in ihren Folgen durch umfassende Rehabilitation und qualifizierte Pflege gemildert werden (Bandura 1996).

2.2.1 Modell der Salutogenese in der Gesundheits- und Krankenpflege

Große Bedeutung für die Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung hat das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1923-1994) bekommen, daraus lässt sich ein umfassendes Gesundheitsverständnis ableiten.

Weiß (1999) verspricht sich aus der salutogenetischen Fragestellung nicht nur theoretische Ergiebigkeit, sondern insbesondere durch den Transfer der Forschungsergebnisse in die gesundheitspolitische Praxis, den Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung zu richten.

Durch eine salutogene Betrachtung können Krankheits- und Leidenszustände der Menschen effektiver angegangen werden, indem auch gesunde Anteile (Ressourcen) in der Behandlung Berücksichtigung finden.

Das Gesundheits-/Krankheitskontinuum von Antonovsky und seine Weiterentwicklung bieten gerade für die Pflege einen Orientierungsrahmen, in dem sich die komplexe Wirklichkeit eines erkrankten und pflegebedürftigen Menschen abbilden lässt. Die Dimensionen dieses Kontinuums schließen Wohlbefinden wie auch Beschwerden, Handlungs- und Leistungsfähigkeiten wie auch Einschränkungen und Unfähigkeiten und letztlich die medizinisch prognostische Diagnose mit ein (Brieskorn-Zinke 2002).

Der jeweilige Platz auf diesem Kontinuum ergibt sich aus der dynamischen Interaktion zwischen Belastungen und Ressourcen. Im Zentrum der salutogenen Sichtweise stehen Gesundheitsressourcen, die Menschen zur Verfügung stehen oder auch fehlen können.

Antonovsky (1997) fasst die Logik des salutogenetischen Ansatzes folgendermaßen zusammen:

An Stelle der wissenschaftlichen nicht haltbaren Dichotomie "gesund – krank" wird bei jedem Menschen davon ausgegangen, dass er einen Platz auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit einnimmt. An jedem Punkt des Kontinuums können gesunde und kranke Anteile des Wohlbefindens nebeneinander existieren.

Gesundheitsressourcen bzw. salutogenetische Faktoren sind alle diejenigen Einflussfaktoren, die eine Bewegung in Richtung auf mehr Gesundheit auf diesem Kontinuum bewirken. Die Wirksamkeit von Gesundheitsressourcen wird grundsätzlich als unabhängig von Risikofaktoren und Krankheitsdiagnosen angenommen, d.h. Gesundheitsressourcen kommen Kerngesunden, akut Erkrankten, chronisch Kranken und Sterbenskranken im Prinzip gleichermaßen zugute.

Daraus folgt, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung unspezifisch, d.h. unabhängig von Risikofaktoren und Krankheitsdiagnosen wirksam sind. Mit anderen Worten: Gesundheitsförderung wirkt zugleich gesundheitssteigernd auf Gesunde wie auch präventiv auf Risikogruppen und Therapie- und Rehabilitation unterstützend auf Kranke. (Trojan/Legewi, 2001)

2.2.2 Bedeutung des Kohärenzgefühls in der Gesundheits- und Krankenpflege

Wenn das Kohärenzgefühl als individuelles Regulations- und Leistungspotenzial für Gesundheit gesehen wird, leiten sich daraus bestimmte Handlungsorientierungen für eine gesundheitsförderliche Patient-Pflege-Interaktion ab.

„Es ist gerade das Pflegepersonal, das die Folgen von Diagnose, Krankheit und Behandlung mit den Patienten und deren Angehörigen zu bearbeiten hat. Durch Zuwendung, Beratung, Motivation und Schulungen ist es aufgefordert, Patienten bei der Bewältigung physischer, seelischer und sozialer Folgeprobleme von Krankheiten zu helfen. An dieser Stelle wird für die professionelle Pflege die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Kohärenzgefühls für die Wiedererlangung von Gesundheit zentral“ (Brieskorn-Zinke 2002).

Schließlich sollte auch die Pflegeforschung in Zukunft mehr Wert darauf legen, die Beziehung zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit und/oder vermittelnden oder moderierenden Einflüssen von Spannungssteuerung und Verhalten zu untersuchen. Denn die Entwicklung von Pflegeinterventionen, die auf einen erfolgreichen Spannungsabbau abzielen und positives Gesundheitsverhalten fördern, wird als ein zentrales Anliegen der Pflegewissenschaft gesehen ((McCloskey/Bulechek 1996).

Allerdings entwarf Antonovsky selbst ein eher pessimistisches Bild über die Stärkung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter. Die Frage der Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter ist empirisch noch nicht ausreichend beantwortet.

Im Gegensatz zu Antonovskys Feststellung, dass ab etwa dem 30. Lebensjahr das Kohärenzgefühl stabil bleibt, zeichnet sich in neueren Untersuchungen ab, dass der SOC bis ins hohe Alter veränderbar ist. Höfer (2002) bezeichnet Kohärenz weniger als Inhalt, sondern als einen Prozess.

Alte Menschen verfügen in der Regel über einen höheren SOC als junge Menschen (Bengel 2001).

Weiters wird davon ausgegangen, dass es Erschütterungen des Kohärenzgefühls in Krisensituationen gibt, die mit entsprechender Intervention schneller wieder stabilisiert werden können. Die gezielte Stärkung eines geschwächten Kohärenzgefühls (z.B. bei Eintritt einer Dialysepflichtigkeit bei Nierenversagen) bei einem Menschen, der vorübergehend aus dem Gleichgewicht geraten ist, muss als Zielvorstellung in pflegerisches Handeln integriert werden.

Die Auseinandersetzung mit dem Modell der Salutogenese ist für alle helfenden Berufe hilfreich. Den Pflegeberufen ermöglicht diese Auseinandersetzung ihren Interaktionen mit den Patienten eine Richtung zu geben, die von der Krankheit wegführen hin zu den Voraussetzungen für Gesundheit.

Gerade in Dialyseeinrichtungen ist die Pflegekraft sehr eng und auf Dauer mit den Patienten verbunden. Der Umgang mit diesen Belastungen wird von der Pflege häufig als problematisch und überfordernd erlebt und stellt damit auch für sie eine zusätzliche Belastung im ohnehin anstrengenden Pflegealltag dar. Auch die Ressourcen in der Pflege sind häufig begrenzt.

Die salutogenetische Perspektive bietet hier besonders auch eine Möglichkeit zur koordinierten und kooperativen Zusammenarbeit aller Gesundheitsexperten auf einer Dialyseeinheit. Sie ist derzeit eines der wichtigsten interdisziplinären Gesundheitskonzepte und deshalb haben die ableitbaren Handlungskonsequenzen eine integrierende Kraft, die wir zum Wohl von Dialysepatienten so dringend benötigen.

2.3 Das terminale Nierenversagen

2.3.1 Epidemiologie und volkswirtschaftliche Bedeutung des chronischen Nierenversagens:

Die Zahl der Patienten mit terminalen Nierenversagen ist stetig im Steigen begriffen. Weltweit leiden mehr als 500 Millionen Menschen an chronischen Nierenversagen.

In den Industrienationen sind Diabetes mellitus Typ II und Bluthochdruck aufgrund von Fehlernährung und Bewegungsmangel die häufigsten Ursachen für ein chronisches Nierenversagen (Statement zum Welt-Nieren-Tag 2007, ISN, IFKF).

Im Februar 2002 wurde von der Amerikanischen Nierenstiftung (National Kidney Foundation) der Begriff chronische Nierenkrankheit anhand der Proteinurie und der glomerulären Filtrationsrate (GFR) in der Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) in fünf Stadien neu definiert (Tab.1). Diese Definition hat sich mittlerweile international durchgesetzt.

Tab. 1: Chronisches Nierenversagen, National Kidney Foundation 2002

Stadium	GFR	Proteinurie nachweisbar	keine Proteinurie nachweisbar
1	> 89	Nierenkrankheit mit normaler Nierenfunktion	Normalbefund
2	60-89	Nierenkrankheit mit milder Nierenfunktionseinschränkung	milde Nierenfunktionseinschränkung, aber keine Nierenkrankheit
3	30-59	Nierenkrankheit mit moderater Nierenfunktionseinschränkung	
4	15-29	Nierenkrankheit mit schwerer Nierenfunktionseinschränkung	
5	< 15	Chronisches Nierenversagen / terminales Nierenversagen	

Im Stadium 5 einer chronischen Nierenerkrankung wird mit einer Nierenersatztherapie begonnen.

Als Nierenersatztherapie stehen zur Verfügung:

- Hämodialyse (Blutwäsche),
- Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse),
- Nierentransplantation

Durch die Notwendigkeit von teuren Nierenersatztherapien im Stadium 5 entstehen hohe Kosten für das Gesundheitssystem (ca. 50.000 – 60.000 € pro Pat./Jahr).

In Österreich sind derzeit 48% der Patienten, welche an einer terminalen Niereninsuffizienz leiden, mit einem Transplantat versorgt, weitere 48% verwenden die Hämodialyse als Nierenersatztherapie und lediglich knapp 4% aller Patienten mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie unterziehen sich derzeit einer Peritonealdialyse (Abb.1).

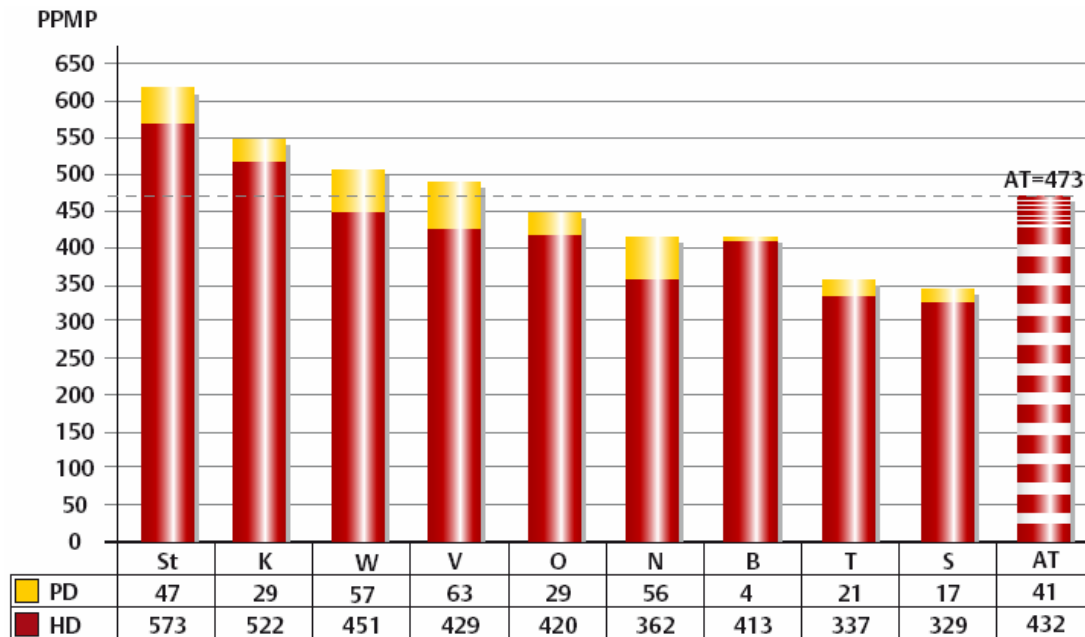


Abb. 1: Punktprävalenz der Dialysepatienten mit 31.12.2007, ÖDTR Jahresbericht 2007

Die Steiermark steht in Österreich an zweiter Stelle hinsichtlich der Dichte an Dialyseplätzen im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Es gibt neun Dialysezentren (Abb.2) mit gesamt 144 Behandlungsplätzen (Österreichische Gesellschaft für Nephrologie 2006).



Abb. 2: Dialyse- und Transplantationszentren in der Steiermark, ÖDTR Jahresbericht 2007

Auf Basis einer inzidenzbasierten Modellrechnung und unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung wird für die Steiermark bis 2015 ein Gesamtbedarf an 178 Hämodialyseplätzen berechnet (Harbacher 2007).

Ende des Jahres 2007 wurden 620 Patientinnen und Patienten in der Steiermark mit terminalem Nierenversagen dauerhaft mit Dialyse behandelt. Hierbei belief sich die Anzahl der Hämodialysepatienten auf 573, während 47 Patientinnen und Patienten eine Peritonealdialyse durchführten.

2.3.2 Der Dialysepatient – ein chronisch kranker Mensch

Das Verständnis für chronisch Nierenkranke bleibt bruchstückhaft, wenn nicht gefragt wird, was es für die Erkrankten bedeutet, mit dieser Krankheit zu leben und die vielfältigen vom Individuum zu erbringenden Bewältigungs- und Anpassungsleistungen nicht in die Betrachtung einbezogen werden. Erst dann ist es möglich, die konstitutiven Elemente einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung und Pflege zu identifizieren (Schaeffer/Moers 2003).

Krankheit als Verlustkrise

Der Verlust von Gesundheit bzw. der Zusammenbruch von scheinbar selbstverständlichem Zusammenspiel der Organe und Organsysteme ist die Verlustkrise überhaupt. Der Erkrankte sieht sich in seiner Identität und seinem Selbstkonzept bedroht und empfindet eine wachsende Angst. Der Beginn einer Dialysebehandlung markiert den Anfang einer solchen existenziellen Krise, die eine traumatische Schockreaktion auslösen kann. Er spürt Hilflosigkeit, emotionale Verwirrung und große Unsicherheit.

Die Nicht-Prognostizierbarkeit dessen, wie lange ein Zustand relativen Gleichgewichts anhält, wann der nächste Krankheitsschub kommt oder neue und zusätzliche Probleme auftauchen, wird von den Erkrankten zumeist als enormer Stressfaktor erlebt, auf den sie sich kaum einstellen vermögen. Diese Unsicherheit beeinträchtigt in mannigfaltiger Weise auch die Lebensqualität (Mishel 1997).

Chronische Erkrankungen sind kaum als singuläre Belastungsereignisse aufzufassen, sondern stellen sich eher als Kette bedrohlicher und beanspruchender Erfahrungen in sehr vielen Lebensbereichen dar (Abb.3).

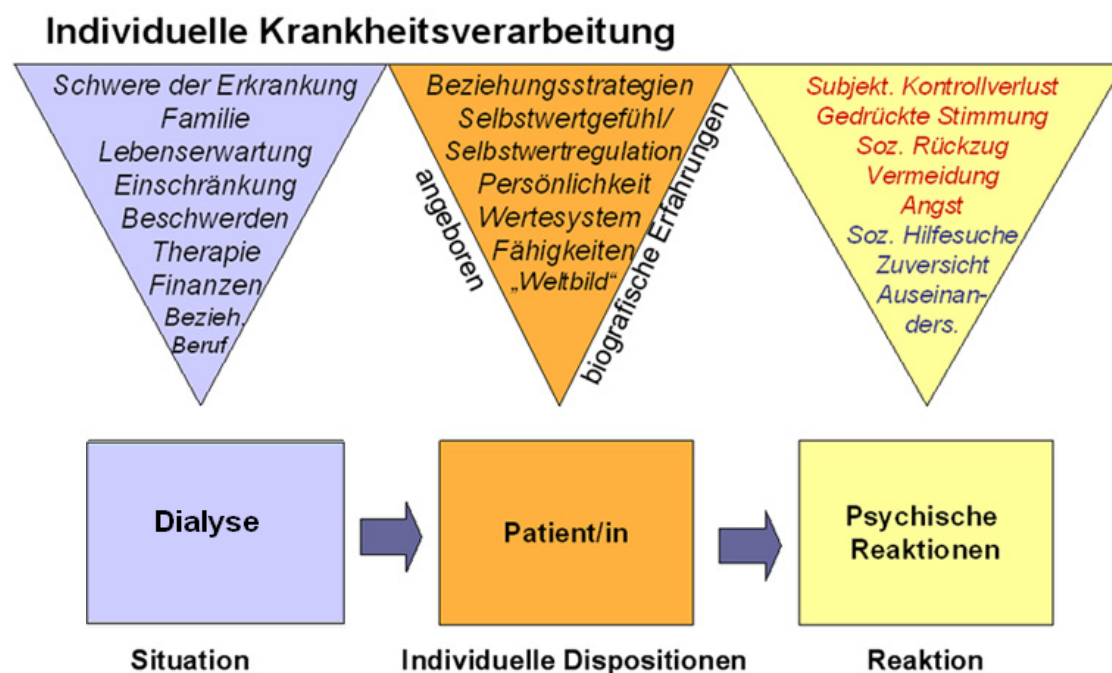


Abb. 3: Individuelle Krankheitsverarbeitung

Bei der Bewältigung von existenziellen Krisen versagen im Allgemeinen die bewährten Strategien. Mit Themen wie Lebensangst, Abhängigkeit, Kontrollverlust, latenter Todesbedrohung etc. wird der Mensch meist unvorbereitet konfrontiert.

Die Erkrankung zwingt zur Besinnung, stellt neue Anforderungen und macht ungewohnte Bewältigungsformen notwendig. Insofern initiieren Krisensituationen immer auch Entwicklungsschübe. Krisenbewältigungsformen stellen immer auch Lernprozesse dar, die typische Verlaufsformen aufweisen (Miller 2003).

Dabei verläuft der „Lernprozess“ nicht in strenger Abfolge. Je nach individueller Ausgangslage und Bewältigungskompetenz werden einzelne Stufen übersprungen, wird auf Stufen verharrt oder bereits bewältigte Abschnitte werden noch einmal durchlaufen.

Im Folgenden werden die drei Hauptphasen der Krisenverarbeitung vorgestellt (Schuchardt 1979).

Die Abhängigkeitsphase:

Eingangsstadium: kognitiv-reaktiv, fremdgesteuerte Dimension

Am Beginn der Erkrankung steht die tiefe Erschütterung und Hilflosigkeit. Der Betroffene sucht verzweifelt nach Erklärungen, die die aufgetretene Erschütterung als vorübergehendes Ereignis enthüllen, und er wehrt sich gegen die zunehmende Ohnmacht mit Aggressivität.

Ziel in dieser Phase ist zunächst eine gelungene Beziehungsaufnahme zum Patienten. Dies gibt ihm die Sicherheit in der neuen Umgebung, die nicht zuletzt zur Angstreduktion beiträgt.

Die Befreiungsphase (frühestens ab ca. ½ Jahr an der Dialyse):

Durchgangsstadium: emotional, ungesteuerte Dimension

Im Laufe seiner Erkrankung versucht der Patient, seinen bewussten Wünschen und seinen Bedürfnissen nachzugehen, sich aus der hilflos machenden Behandlungs- und Betreuungssituation zu befreien und gleichzeitig innere Ängste abzubauen. Der Patient versucht nun eigene Formen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu finden. Diese Zeit ist günstig, um den Patienten bei seinen ersten Schritten in Richtung wachsender Eigenständigkeit zu begleiten.

Die Autonomiephase (nach ca. 1Jahr an der Dialyse):

Zielstadium: reflexiv, aktional und selbstgesteuerte Dimension

In dieser Phase ist die Beziehung gekennzeichnet durch eine partnerschaftliche Umgangsform zwischen dem Patienten und dem Dialysefachpersonal. Der Patient entscheidet mitverantwortlich über die Behandlungsmodalitäten auf der Handlungsebene.

Nach einem Jahr ist für viele Dialysepatienten das Geschehen auf der Dialysestation zum Alltag geworden.

Belastungen verschiedenster Art bleiben für Hämodialysepatienten weiter bestehen (Noll 1998):

Körperliche Belastungen:

- Durst aufgrund von Flüssigkeitsmangel durch Trinkmengeneinschränkung
- Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen durch Dialyse, Medikamentennebenwirkungen, Urämie
- Obstipation durch Flüssigkeitsmangel, Bewegungsmangel, geringe Zufuhr von Ballaststoffen, Medikamentennebenwirkungen
- Juckreiz durch trockene Haut aufgrund von Flüssigkeitsmangel und Medikamentennebenwirkungen, Urämie
- Schmerzen aufgrund renaler Osteopathie, Steal-Syndrom am Shuntarm, Polyneuropathie, Bluthochdruck
- Erschöpfung (Fatigue) durch die kontinuierliche Dialysebehandlung und verstärkt nach jeder Dialyse

Psychisch-seelische Belastungen:

- Depressive oder aggressive Stimmung wegen eintöniger, schlecht schmeckender Hämodialysediät
- Hilflosigkeit, Resignation oder Aggression wegen Abhängigkeit von Maschine und Personal
- Unzulänglichkeitsgefühle wegen eingeschränkter Sexualität
- Ängste vor Shuntpunktion, Infektion am Dialysekatheter, ungewisse Zukunft

Soziale Belastungen:

- Auseinandersetzungen mit Pflegenden und Ärzten als Ausdruck der Krankheitsbewältigung
- Auseinandersetzungen mit Angehörigen als Hilfspersonen
- Verlust sozialer Kontakte durch eingeschränkte Freizeitaktivitäten
- Berufliche Veränderungen, Frühpensionierung

Potentielle Belastungen:

- Gefahr der Mangelernährung durch einseitige Diät
- Gefahr von Atemnot durch Überwässerung
- Gefahr von Infektionen
- Gefahr von Muskelkrämpfen durch zu raschen Flüssigkeitsentzug
- Gefahr von Kreislaufkollaps oder Krampfanfall durch Bluthochdruck,
- Elektrolytverschiebungen
- Suizidgefahr durch Stressbelastung, Depression

2.3.2.1 Bewältigungsformen von „Dialysestress“

Das Dialysefachpersonal muss sich mit verschiedensten Bewältigungsformen des Patienten auseinandersetzen, um Patienten durch die unterschiedlich ausgeprägten Krisenphasen professionell begleiten zu können. Stress gilt als Gefährdung des inneren Gleichgewichtes, dem der Organismus Regulationsmechanismen entgegensetzt (Deers 1998).

In einer Studie an 75 Dialysepatienten in Portugal zeigt sich, dass die Patienten schwerem Stress ausgesetzt waren und dass psychosoziale Stressfaktoren ebenso problematisch sind wie die physiologischen. Die Patienten benutzten eher problemorientierte Verarbeitungsmethoden als affektorientierte Verarbeitungsmethoden. Beim Ansteigen des Stresslevels werden aber eher wieder affektorientierte Verarbeitungsmuster benutzt. Obwohl die Lebensqualität zufrieden stellend war, waren die Patienten mit ihrem körperlichen Wohlbefinden unzufrieden (Christóvão 1999).

Anders zeigt eine große Studie aus Taiwan (2642 Patienten) eher affektorientierte Krankheitsbewältigung mit Isolation und Ablehnung (Yeh/Chou 2007).

Eine andere Studie aus Hong Kong wiederum stellt einen Zusammenhang der Krankheitsbewältigung zwischen traditionellen Philosophien der befragten Patienten (Confucianisam, Buddhism, Taoism) und der westlichen Bevölkerung her (Mok/Tam 2001).

Muthny (1988) verglich chronisch Nierenkranke mit Myocardinfarktpatienten und stellte fest, dass Dialysepatienten ähnliche Bewältigungsstrategien anwenden, jedoch mehr in die Richtung depressiver Verarbeitung tendierten.

Die häufigsten in der Literatur und in Evaluierungen genannten Krankheitsbewältigungsformen von Dialysepatienten sind (Sokol/Hoppenworth 2006, Baldree/Murphy/Powers 1982, Bihl/Ferrans/Powers 1988, Lok 1996):

- Angst, Regression
- Aggression
- Depression
- Sachorientiertheit, Problemverleugnung
- Psychosomatik
- Gefühlsoffenheit, Autonomie
- Non-Compliance Verhalten

Terminal Nierenkranke erleben ihre Abhängigkeit von der Dialysemaschine durchaus ambivalent. Auf der einen Seite ist sie lebensspendendes Medium, auf der anderen Seite unterwirft sie den Patienten einer strengen Kontrolle (Drees 1992).

Folgende Stressfaktoren treten dabei besonders hervor:

- Die Maschine wird selten als Teil des eigenen Körpers erlebt (sie gehört mehreren Patienten, wird teilweise ohne zu fragen ausgetauscht).
- Die Maschine kann nicht eigenständig bedient werden (es entsteht Abhängigkeit von anderen Personen mit der Folge der Unsicherheit und Ausgeliefertsein).
- Der Patient muss 3-mal die Woche zur Dialyse fahren (er wird immer an seine Krankheit erinnert, sein Leben ist von der Dialyse abhängig).
- Die Technik ist „unvollkommen“ (der Patient muss mit den Pflegekräften kooperieren und aktiv werden).

2.3.2.2 Arbeiten mit Dialysepatienten

Bei aller „Gewöhnung“ der Patienten an die Erkrankung und trotz wachsender Selbstverantwortung im Umgang damit, ist die begleitende, stützende und motivierende Hilfe des Fachpersonals ein notwendiger Teil der Arbeit (Latham 1998).

Die medizinisch-technische Versorgung der Dialysepatienten macht selbstverständlich einen wesentlichen Teil der täglichen Arbeit des Pflegepersonals aus. Doch damit ist nur ein Teilbereich des Tätigkeitsfeldes erfasst. Die Pflege chronischer Patienten ist notwendigerweise immer auch Pflege von Beziehungen. Erst die verlässliche und vertrauensfördernde Begegnungsgestaltung durch die Pflegenden gibt den Patienten die Möglichkeit, sich während ihres Aufenthaltes in der Dialyse als Menschen mit einer unverwechselbaren Identität zu fühlen und nicht nur als „menschliches Anhängsel“ an einer unpersönlichen Maschine.

Wir wissen heute, dass die Art der Krankheitsverarbeitung einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität und auch auf die Überlebenszeit der Patienten hat (Heim 1989, Küchler 1996). In diesem Zusammenhang bekommt die Qualität der Kommunikation und der Beziehung eine große Bedeutung.

Pflegekräfte berichten, dass die Bedienung der Maschinen und sämtliche damit zusammenhängenden Tätigkeiten zu Routinen werden und immer mehr in den Hintergrund treten. Als fortwährender Anspruch bleibt dagegen die Gestaltung der Beziehungen zu den Patienten, die nicht selten über Jahre dauern. Jede Begegnung mit chronisch Kranken fordert die Beteiligten neu und stellt situationsspezifische Ansprüche. Wichtig für die Gestaltung förderliche Patientenbeziehungen sind Authentizität, Empathie und Wertschätzung.

Untersuchungen bei Menschen mit chronischen Krankheitsproblemen zeigen, dass die Lebensqualität dieser Betroffenen in einer gelungenen Pflegebeziehung durch Information, Beratung und Schulung enorm verbessert werden kann und somit Krankheitsannahme und –bewältigung zufrieden stellender verläuft (Siegrist 1991, Petermann/Warschburger 1997, Baartmans 2002, Ricka/Evers 2004).

Dies bestätigen auch Studien mit Dialysepatienten (DeOreo 1997, Bader 1998, Curtin 2004).

Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass der Umgang mit chronisch Kranken „als ein Herzstück der Pflege betrachtet werden muss“ (Funk 1997). Die Herausforderung im Umgang mit chronisch Erkrankten liegt nicht nur darin sie zu pflegen und betreuen, sondern ihnen ebenfalls gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen anzubieten.

Studien belegen, dass die Dialysepflegekräfte von allen Mitarbeitern in der Dialyse zeitlich am längsten mit den Patienten im Kontakt stehen und am intensivsten von allen Teammitgliedern dem Patienten zur Verfügung stehen. Die aus der Beziehung zum Patienten resultierenden Kommunikationsdynamiken (Krankheitsverarbeitung, krankheitsbedingte Veränderungen usw.) zwischen Patienten und Pflegekräften sind in der Dialyse am stärksten ausgeprägt (Sokol/Hoppenworth 2006).

Geht man der Frage nach, welches Rollenverhalten terminal Nierenkranke bevorzugen, findet man eindeutige Studienergebnisse. Caress (1997) führte eine Querschnittstudie mit 405 Nierenkranken in Großbritannien durch zur Kennzeichnung der Patientenrolle durch die Betroffenen selbst. Die am häufigsten eingenommene Rolle ist eine passive. Der Wunsch nach einer partizipativen Patientenrolle wird eher von jüngeren Patienten geäußert, wobei das Stadium der Erkrankung und Geschlecht keine Auswirkungen hatten.

2.3.3 Konsequenzen einer salutogenetischen Perspektive für die Nierenersatztherapie

Die terminale Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Hämodialyse, kann mit dem „Bezugsrahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve“ nach Corbin und Strauss (1998) beschrieben werden. Dialysepatienten leben in einem Zustand, der ohne regelmäßige Dialyse zur Urämie und folglich innerhalb von Tagen zum Tod führt.

Jede Dialyse ist demnach eine Lebensverlängerung mit der Konsequenz einer reduzierten Lebensqualität bei zugleich auch verkürzter Lebenserwartung. Diese Aspekte und ein komplexes Behandlungsregime haben Auswirkungen auf das Selbstkonzept.

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sind auch bei Dialysepatienten nicht als eine starre Gegebenheit aufzufassen, sondern als zwei Pole eines Spektrums. Die Übergänge zwischen den Begriffen sind fließend und unterliegen einem dynamischen Prozess. Je nachdem, wo ein Dialysepatient sich in diesem Spektrum befindet, kann er mehr oder weniger gesund oder krank sein. Auf dieses Spektrum wirken körperliche, psychische und soziale Einflüsse ein. Sie verschieben den Akzent entweder in die eine oder die andere Richtung.

Aus diesem salutogenen Modell ergeben sich wichtige Erkenntnisse für die Arbeit mit Dialysepatienten. Obwohl die nephrologische Erkrankung meist aus biologischen Ursachen (immunologische, entzündliche Erkrankungen, etc.) entsteht, hat sie durch ihre Folgen, Auswirkungen, die nicht nur den Körper, sondern auch die psychische (Ängste, Selbstwertgefühl, Aggression, Depression etc.) und soziale Ebene (Verlust sozialer Bindungen, Arbeitsverlust, sozialer Status, etc.) betreffen (Dohmann 2003).

Viele der mit chronischer Nierenkrankheit verbundenen Beeinträchtigungen sind nicht revidierbar, wohl aber beeinflussbar. So können zahlreiche der negativen Begleiterscheinungen aufgefangen oder gemildert werden, wenn geeignete Rehabilitationsstrategien zum Tragen und Prävention und Gesundheitsförderung trotz beeinträchtigter Gesundheit Beachtung finden.

Von Seiten des Versorgungswesens ist es grundsätzlich erforderlich, den Konsequenzen, die das Leben mit chronischer Nierenerkrankung aufwirft, mehr Beachtung zu schenken. Chronisch Kranken stellen sich subjektiv vielschichtige Bewältigungs- und Anpassungsherausforderungen. Die Komplexität ergibt sich aus der wechselseitigen Durchdringung von vier Ebenen: der der Biographie/Identität, des direkten Krankheitsgeschehens, des Alltags- und des sozialen/familären Lebens und der Umgang mit dem Versorgungswesen.

Zugleich ist sie Resultat dessen, dass die Anpassungs- und Bewältigungserfordernisse keinen einmaligen und gleichförmigen Charakter haben und daher nicht oder nur zeitweise in Routinen aufgelöst werden können – beides entscheidende Faktoren dafür, weshalb das Leben mit chronischem Kranksein stets in Gefahr ist, aus der Balance zu geraten und Kontrollerhalt zu einer wichtigen Aufgabe wird (Schaeffer/Moers 2003).

Die Wichtigkeit dieser ganzheitlichen Ansätze in der Nierenersatztherapie unterstreicht die größte internationale Studie an Dialysepatienten – The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), in welcher 9600 Patienten aus 309 Dialysezentren befragt wurden. Unter anderem hat die DOPPS Studie gezeigt, dass die psychische Verfassung, soziale Lebensumstände und die Einstellung der Patienten einen erheblichen Einfluss auf den Erfolg der Dialysebehandlung haben (Goodkin/Mapes/Held (2000).

In einer schwedischen Studie Lebensqualität und Kohärenzgefühl in Abhängigkeit mit der Art der Hämodialysebehandlung (home HD, self-care HD, center HD) verglichen, mit keinem signifikanten Ergebnis. Die Anzahl der Teilnehmer war zu gering und weitere Studien sind notwendig um eine Aussage zu treffen, jedoch zeigt sich tendenziell eine bessere Lebensqualität und ein höheres Kohärenzgefühl bei Patienten an der Heimdialyse (Ageborg 2005).

Die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Konzepte für die Pflege chronisch Kranker ist notwendiger denn je. Zwar gibt es Bemühungen, bestehende Pflege-theorien auf den Umgang mit chronischen Krankheiten zu übertragen – so etwa das Adaptionskonzept von Roy (Roy/Andrews 1991) oder die Selbstfürsorgetheorie von Orem (1997) -, aber keinen theoretischen Diskurs, der sich direkt mit der Pflege chronisch Kranker befasst.

Nicht minder wichtig ist eine Erweiterung des Selbst- und Aufgabenverständnisses. Die Realisierung einer sich entlang dem Krankheitsverlauf vollziehenden bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege, verlangt mehr als herkömmliches Pflegehandeln. Sie umfasst edukative Aufgaben wie Unterstützung, Anleitung, Schulung und Begleitung bei der von den Erkrankten im Verlauf der Krankheit zu leistenden, nicht routinisierten Bewältigungs- und Anpassungsarbeit sowie Bemühungen darum, Biographie, Familie, Alltag und Krankheit im Gleichgewicht zu halten, impliziert ebenso Wissensvermittlung und Beratung dabei, wie die Krankheit unter Kontrolle zu halten ist, Gesundheitseinbußen kompensiert werden können und mit und trotz Krankheit Autonomie und Normalität wieder zu erlangen und aufrechtzuerhalten sind.

2.4 Forschungsfrage

Aufgrund der vorhandenen Literatur wird in dieser Arbeit der Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Krankheitsbewältigung bei terminaler Niereninsuffizienz untersucht.

Hauptfragestellung:

Bewältigen terminal Nierenkranke in der Steiermark mit einem hohen Kohärenzgefühl ihre Krankheit besser?

Am Beginn der Dialysepflichtigkeit kommt es bei vielen Patienten zu einer Krise und das Kohärenzgefühl wird erschüttert. Erst nach ca. 1 Jahr kommt der Patient in die Autonomiephase.

2. Fragestellung:

Gibt es einen messbaren Unterschied des Kohärenzgefühls bei Dialysepatienten in der Steiermark bezogen auf die Dauer der Dialysepflichtigkeit

3 METHODIK

An sämtlichen Dialysezentren im Bundesland Steiermark wurde eine einmalige Querschnittserhebung durchgeführt. Für diese wissenschaftliche Arbeit wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt.

3.1 Fragebogen

Der verwendete Fragebogen besteht aus fünf Teilen.

Ausgehend von der Forschungsfrage wurde der SOC Fragebogen (29 Items), der Freiburger Fragebogen zu Krankheitsverarbeitung (FKV 102) und 5 Fragen zur Lebensqualität verwendet.

Zusätzlich wurden im soziodemographischen Teil neben Alter, Geschlecht, Wohnort, Wohnungsgröße, Bildung auch die familiäre und berufliche Situation erhoben, da diese eventuell einen Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität nehmen könnten.

Im krankheitsspezifischen Teil wurden mögliche Einflussgrößen aus der Literatur übernommen, die in direktem Bezug zur Krankheit und Behandlung stehen, wie etwa die Art und Dauer der Behandlung, Dauer der Nierenerkrankung, ausreichender Informationserhalt vor der Behandlung sowie das Dialysezentrum.

Der gesamte Fragebogen inklusive Begleitschreiben ist im Anhang dargestellt.

3.1.1 SOC Fragebogen nach Antonovsky

Um den SOC Wert von Personen ermitteln zu können bzw. das Kohärenzgefühl darstellen zu können, entwickelte Aaron Antonovsky den so genannten SOC Fragebogen auch „Fragebogen zur Lebensorientierung“ genannt. Das Original des Fragebogens erschien in Hebräisch und Englisch und wurde 1991 von Noack et al ins Deutsche übersetzt.

Es handelt sich dabei um 29 Fragestellungen, die mit jeweils 7 Möglichkeiten von den Befragten zu beantworten sind. Die Fragen lassen sich zu den 3 SOC Komponenten SOC-H (Handhabbarkeit), SOC-V (Verstehbarkeit) und SOC-B (Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit) zuordnen und ergeben einen Gesamt SOC (sum).

3.1.2 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Dieser von F.A. Muthny entwickelte Fragebogen erfasst ein breites Spektrum an Krankheitsverarbeitungsmodi auf den Ebenen von Kognition, Emotion und Verhalten. Aufbauend auf den Grundlagen der Streß- und Copingforschung von Lazarus beinhaltet die Langform des Fragebogens 102 Items mit jeweils 5 Antwortmöglichkeiten zur Krankheitsverarbeitung.

Für die Hauptskalen des FKV 102 liegen die internen Konsistenzen über $\alpha = 0,80$.

Inhaltliche Validität: Der Fragebogen wurde auf Grund theoretischer Coping-Konstrukte und den von verschiedenen Autoren als relevant erachteten Dimensionen der Krankheitsverarbeitung entwickelt. Die Konstruktvalidität ist durch die weitgehend faktorenanalytisch begründete Skalenbildung an gemischten Stichproben chronisch Kranker gewährleistet.

Die 102 Fragen werden bei der Auswertung zu 12 Komponenten zusammengefasst (Tab.2):

Tab.2: 12 Komponenten des FKV

1	FKV 1: Problemanalyse und Lösungsverhalten
2	FKV 2: Depressive Verarbeitung
3	FKV 3: Hedonismus
4	FKV 4: Religiosität und Sinnsuche
5	FKV 5: Misstrauen und Pessimismus
6	FKV 6: Kognitive Vermeidung und Dissimulation
7	FKV 7: Ablenkung und Selbstaufwertung
8	FKV 8: Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug
9	FKV 9: Regressive Tendenz
10	FKV 10: Relativierung durch Vergleich
11	FKV 11: Compliance-Strategien und Arztvertrauen
12	FKV 12: Selbstermutigung

Eine sekundäre Faktorenanalyse der Skalen (Tab.3) erbringt in nachfolgender Tabelle dargelegte Struktur mit zwei dominierenden Faktoren, die je 21% der Varianz aufklären und als „depressive Verarbeitung“ und „kognitive Verarbeitung“ interpretiert wurden.

Tab.3: 4-Faktoren-Lösung schöpft 65% der Varianz aus

FKV 2,5,6,8	„Depressive Verarbeitung“ (21% Varianzausschöpfung = VA)
FKV 1,7,10,12	„Kognitive Verarbeitung“ (21% VA)
FKV 3,9	„Soziale Unterstützung und Lebensgenuss“ (13% VA)
FKV 4,11	„Vertrauenssetzung und Religiosität“ (10% VA)

Dieser Fragebogen (FKV102) wurde in seiner Entwicklung unter anderen auch an Dialysepatienten (n=212) erprobt und wird heute vorwiegend bei körperlich chronisch Kranken eingesetzt. Mit dieser Fassung wurde an 3 Patienten ein Pretest durchgeführt.

3.2 Kriterien zur Selektion der Teilnehmer

Es wurden alle dialysepflichtigen Patienten an allen neun Dialysezentren der Steiermark befragt, die bewußtseinsklar und orientiert sind. Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung wurden von der Erhebung ausgenommen. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und ein unteres Alterslimit von 20 Jahren wurde festgelegt.

3.3 Durchführung der Befragung

Die Erlaubnis zur Durchführung dieser Studie wurde von sämtlichen Leitern der neun steirischen Dialysestationen eingeholt. Es wurden neun Multiplikatoren bestellt, welche die Verteilung der Fragebögen im jeweiligen Dialysezentrum vornahmen. Diese Personen erhielten vorher eine schriftliche Standardinstruktion für eine aktuelle Erhebung, d.h. bei dieser Befragung geht es darum, genauer zu erfahren, wie die Dialysepatienten in der vergangenen Woche mit ihrer Erkrankung umgegangen sind und was sie im Zusammenhang damit gedacht, gefühlt und getan haben und wieweit ihnen dies geholfen hat, um mit ihrer Situation fertig zu werden.

Teilweise wurden die Fragebögen während einer Dialysebehandlung ausgefüllt oder die Patienten nahmen ihn mit nach Hause und brachten ihn beim nächsten Termin wieder mit.

Insgesamt wurden 444 Fragebögen im Juli 2008 ausgeteilt und 245 wurden zeitgerecht retourniert. Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, betrug die mittlere Rücklaufquote über alle Dialysezentren 55,1% mit einem Range von 35,8% - 78,3%.

Tab. 4: Rücklaufquote der Fragebögen (FB)

Dialysestation	FB - ausgeteilt	FB retuor	Rücklaufquote (%)
Univ. Klinikum Graz	83	65	78,3
LKH Bruck	50	25	50
LKH Rottenmann	14	6	42,8
Dialyseinstitut Gießauf	67	24	35,8
Dialyse BHB Graz	22	13	59,1
Dialyseinstitut Waller	50	28	56
Dialyseinstitut Katschnig	70	45	64,2
Dialyse Graz-West	78	34	43,6
Diakonissen KH	10	5	50
Gesamt	444	245	55,1

3.4 Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalysen, Korrelationsanalysen und POST-HOC Tests (Scheffe-Prozedur und Tukey-HSD). Alle Ergebnisse wurden in eine Datenmaske eingegeben und mittels SPSS Programm bearbeitet.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen mit $p < 0,05$ festgesetzt.

4 ERGEBNISSE

4.1 Darstellungen der Stichprobe

Um die Repräsentativität der Stichprobe darzustellen wurden soziodemographische Daten in Bezug auf Alter, Geschlecht, Wohnort, familiäre Struktur, Bildung und berufliche Situation erhoben.

Geschlecht

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer biologisch-anatomischen Voraussetzungen, ihres Gesundheitsbewusstseins bzw. -verhaltens, ihres Krankheitsspektrums, ihrer Krankheitsbewältigung und ihrer Interaktionen im Gesundheitssystem.

Bei dieser Stichprobe (n=242) entfielen 161 auf männliche und 81 auf weibliche Dialysepatienten.

Alter

Die demographische Entwicklung führt auch zur Erhöhung von Multimorbidität, die Prävalenzraten chronischer Erkrankungen steigen mit zunehmendem Lebensalter, diese Fakten führen unweigerlich auch zu Beeinträchtigungen von Lebensqualität und Krankheitsbewältigung.

In vorliegender Stichprobe sind höhere Altersgruppen wesentlich stärker vertreten, dies entspricht auch dem tatsächlichen Durchschnittsalter der Dialysepatienten in Österreich (ÖBIG 2004) (Abb.4).

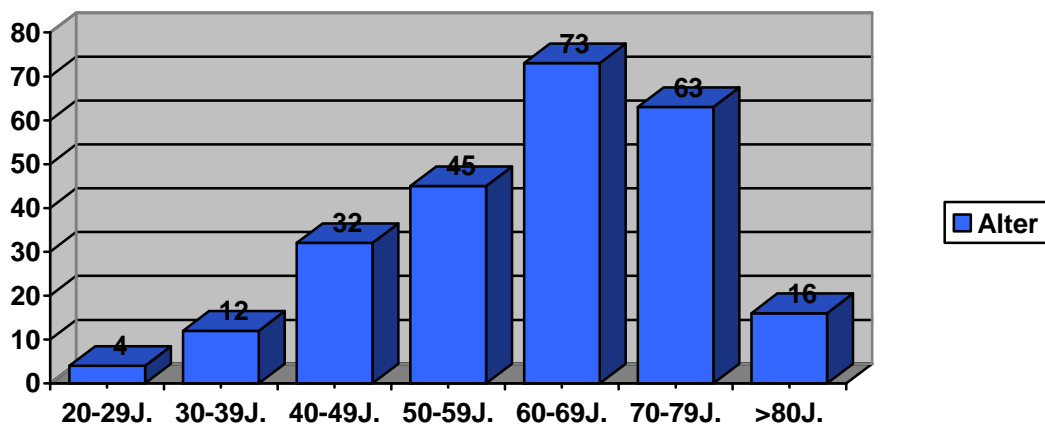


Abb. 4: Alter der Befragten (n=242)

Wohnort und familiäre Situation

Die zunehmende Urbanisierung ist auch in der Steiermark zu beobachten. Einsamkeit, Isolation, Anonymität und fehlende familiäre Strukturen werden speziell in Großstädten häufig beobachtet und können zu großen psychosozialen Problemen führen, welche die Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität beeinflussen.

Im Gegensatz zu diesem Trend gab die Mehrheit der Stichprobe (n=181) als Wohnort ein Dorf bzw. eine Kleinstadt (>25000 EW) an, dies könnte wiederum auf das Alter der Teilnehmer zurückzuführen sein.

Weiters wurde der Familienstand (Abb.5) erhoben. Um die derzeitige familiäre Lebenssituation aufzuzeigen, gaben 77 Teilnehmer an „allein lebend“ und 166 lebten in einer Partnerschaft.

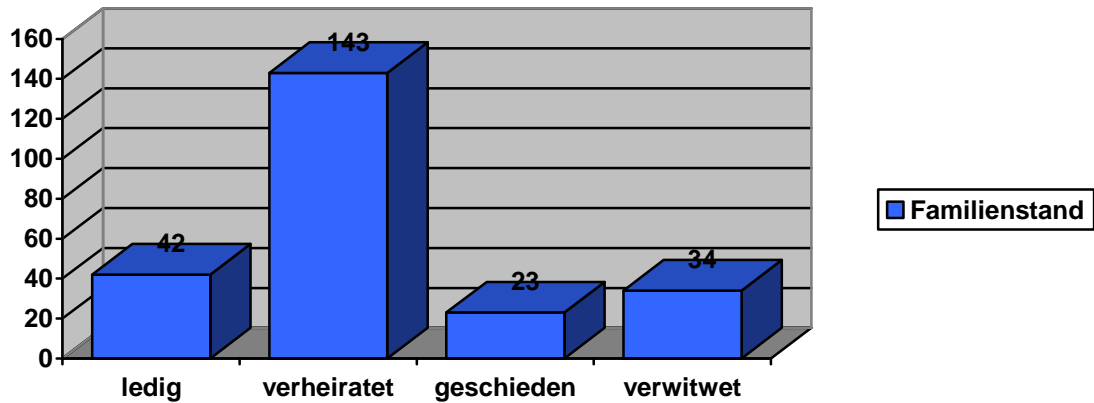


Abb.5: Familienstand der Befragten (n=242)

Bildung und berufliche Situation

Auch in der Steiermark ist ein klarer sozialer Gradient hinsichtlich Gesundheitsressourcen in Bezug auf Bildung und Erwerbstätigkeit gegeben (Gesundheitsbericht für die Steiermark 2005).

Es wurde die höchste Schulbildung erfragt (Abb.6): Volksschule (VS)- 65 TN, Hauptschule (HS) – 84 TN, Polytechnikum (PT) – 23 TN, berufsbildende mittlere Schule (BMS) – 27 TN und allgemein höhere Schule und universitärer Abschluss (AHS/Uni)- 33 TN.

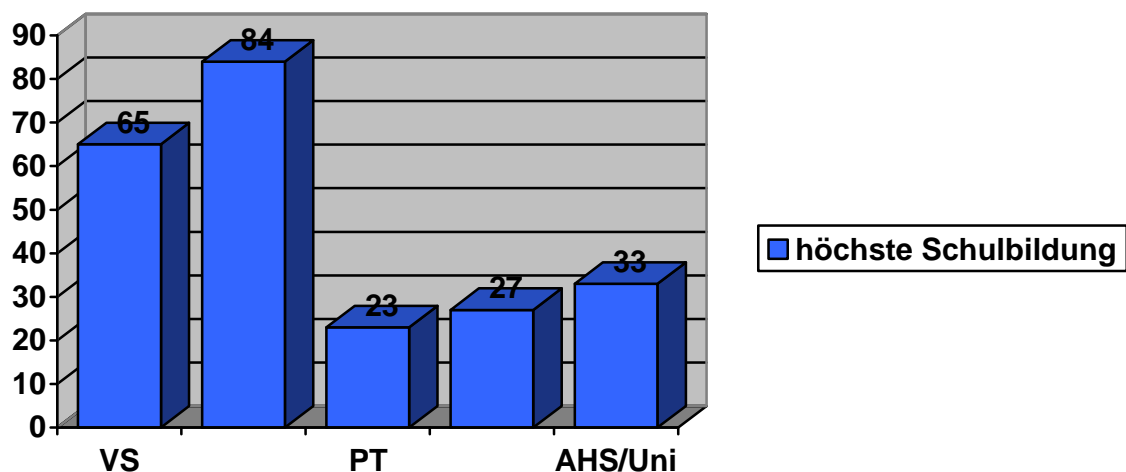


Abb. 6: Höchste abgeschlossene Schulbildung der Teilnehmer

Die überwiegende Mehrheit der Stichprobe 192 von 242 gaben an Pensionisten zu sein, 9 Personen Arbeiter, 22 Personen Angestellte, 9 Selbständige, 10 Hausfrauen, 1 Arbeitsloser.

Davon arbeiten 26 Befragte in einer Vollzeitbeschäftigung und 2 Personen sind Teilzeit beschäftigt.

4.2 Korrelationen von SOC, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität

Ausgehend von der Hauptforschungsfrage wurde das Kohärenzgefühl ermittelt und anschließend ein Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung hergestellt.

4.2.1 Vergleich der SOC Einzelkomponenten

Ausgehend von der Hauptforschungsfrage wurden in vorliegender Arbeit zuerst die SOC Einzelkomponenten betrachtet. Es zeigt sich in Tabelle 5, dass die drei SOC Einzelkomponenten signifikant untereinander korrelieren (SOC V-H: $r=,524$, $p<,001$; SOC V-B: $r=,452$, $p<,001$; SOC H-B: $r=,670$, $p<,001$).

Tab. 5 Korrelation der SOC Einzelkomponenten untereinander

	N	Korrelation	Signifikanz
SOCV & SOCH	245	,524	,000
SOCV & SOCB	245	,452	,000
SOCH & SOCB	245	,670	,000

4.2.2 Vergleich der SOC Einzelkomponenten mit dem Gesamt SOC

Um weiterführend nur mit dem Gesamt SOC Wert zu arbeiten wurden noch die Korrelationen mit den Einzelkomponenten untersucht (Tab.6). Es zeigt sich, dass alle Einzelkomponenten mit dem Gesamtwert signifikant korrelieren (SOC V-sum: $r=,772$, $p<,001$; SOC H-sum: $r=,871$, $p<,001$; SOC B-sum: $r=,864$, $p<,001$), das heißt, je höher der Wert einer Person bei einer Komponente ist, desto höher ist der Gesamt SOC.

Tab. 6: Korrelation der SOC Einzelkomponenten mit dem Gesamt SOC (sum)

	N	Korrelation	Signifikanz
SOCV & SOCsum	245	,772	,000
SOCH & SOCsum	245	,871	,000
SOCB & SOCsum	245	,864	,000

4.2.3 Darstellung des Gesamt SOC und Krankheitsverarbeitung

Damit die Krankheitsverarbeitung besser mit dem Kohärenzgefühl in Verbindung gebracht werden kann, wurde in vorliegender Arbeit hauptsächlich mit der sekundären 4 Faktorenanalyse der Krankheitsverarbeitungen (Tab.3) gearbeitet.

In Tabelle 7 wird eine signifikante Korrelation der kognitiven Variablen der Krankheitsverarbeitung (FKV 1, 10, 12) und eines hohen Kohärenzgefühls deutlich (FKV1-SOCsum: $r=,253$, $p<,001$; FKV10-SOCsum: $r=,135$, $p=,039$; FKV12-SOCsum: $r=,301$, $p<,001$). Die Komponente FKV 7 (Ablenkung und Selbstaufwertung) zeigt in dieser Studie keinen Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl.

Aus diesem Ergebnis geht hervor, dass Dialysepatienten mit einem hohen Kohärenzgefühl häufiger kognitive Verarbeitungsmuster zur Krankheitsbewältigung wählen.

Tab. 7: Korrelation der kognitiven Variablen der Krankheitsverarbeitung und dem SOC

	N	Korrelation	Signifikanz
FKV1 & SOCsum	238	,253	,000
FKV10 & SOCsum	235	,135	,039
FKV12 & SOCsum	237	,301	,000

Weiters zeigt sich in dieser Untersuchung, dass Personen mit einem hohen SOC seltener depressive Verarbeitungsmuster (FKV 2, 5, 6, 8) wählen. In Tabelle 8 wird eine deutlich negative Korrelation der depressiven Faktoren mit einem hohen Gesamt SOC (FKV2-SOCsum: $r=-,394$, $p<,001$; FKV5-SOCsum: $r=-,249$, $p<,001$; FKV6-SOCsum: $r=-,256$, $p<,001$; FKV8-SOCsum: $r=-,188$, $p<,001$) dargestellt.

Tab. 8: Korrelation der depressiven Variablen der Krankheitsverarbeitung und dem SOC

	N	Korrelation	Signifikanz
FKV2 & SOCsum	239	-,394	,000
FKV5 & SOCsum	235	-,249	,000
FKV6 & SOCsum	236	-,256	,000
FKV8 & SOCsum	238	-,188	,004

Der Faktor soziale Unterstützung und Lebensgenuss (FKV 3, 9) wurde ebenfalls einem hohen Kohärenzgefühl gegenübergestellt und es zeigt sich eine positive Korrelation mit der Komponente 3 - Hedonismus (FKV3-SOCsum: $r=,161$, $p=,013$) und eine negative Korrelation mit der Komponente 9 - regressive Tendenz (FKV9-SOCsum: $r=-,154$, $p=,018$).

Ein hoher SOC und Religiosität (FKV 4) zeigten keinen Zusammenhang, jedoch zeigten Dialysepatienten mit einem hohen Kohärenzgefühl eine bessere Compliance und hatten größeres Therapeutenvertrauen (FKV11-SOCsum: $r=,217$, $p=,001$).

Zusammenfassend wird in dieser deskriptiven Studie ein deutlicher Zusammenhang zwischen positiver Krankheitsverarbeitung (kognitive Strategien, soziale Unterstützung und Vertrauen) und hohem Kohärenzgefühl gezeigt. Ein depressives Verarbeitungsmuster und eine regressive Tendenz korreliert negativ mit einem hohen SOC (Abb.7).

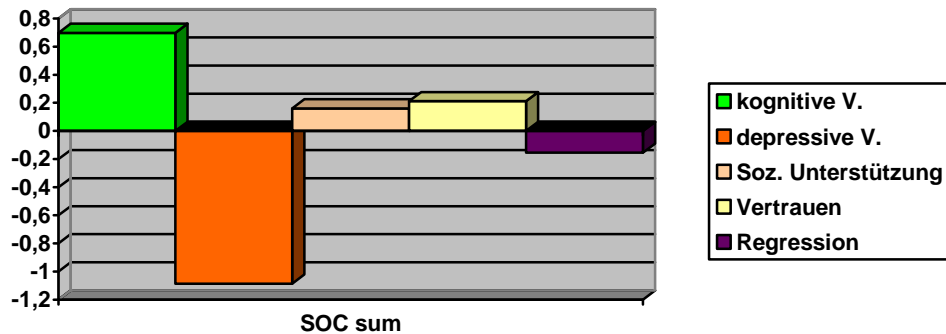


Abb.7: Korrelation hoher SOC und Krankheitsverarbeitung

Einer der wichtigsten Parameter um eine gute Krankheitsbewältigung von chronisch Kranken darzustellen ist die Lebensqualität (QoL). In vorliegender Arbeit zeigt sich eine signifikante Korrelation (QoL-SOCsum: $r=,484$, $p<,001$; QoL-FKV2: $r=,149$, $p=,022$; QoL-FKV10: $r=,229$, $p<,001$; QoL-FKV12: $r=,259$, $p<,001$; QoL-FKV11: $r=,150$, $p=,021$) von einem hohen Kohärenzgefühl, kognitiven Verarbeitungsmodus und Vertrauen mit einer hohen Lebensqualität (Tab.9).

Tab. 9: Korrelation von QoL , hoher SOC und positiver Krankheitsverarbeitung

	N	Korrelation	Signifikanz
QoL & SOCsum	242	,484	,000
QoL & FKV2	238	,149	,022
QoL & FKV10	234	,229	,000
QoL & FKV12	236	,259	,000
QoL & FKV11	235	,150	,021

Ebenso zeigt Tabelle 10 einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen hoher Lebensqualität und depressiver Krankheitsverarbeitung und regressiver Tendenz (QoL-FKV2: $r=-,442$, $p<,001$; QoL-FKV5: $r=-,240$, $p<,001$; QoL-FKV6: $r=-,239$, $p<,001$; QoL-FKV8: $r=-,222$, $p=,001$; QoL-FKV9: $r=-,257$, $p<,001$).

Tab. 10: Korrelation von QoL und depressiver Krankheitsverarbeitung

	N	Korrelation	Signifikanz
QoL & FKV2	238	-,442	,000
QoL & FKV5	234	-,240	,000
QoL & FKV6	236	-,239	,000
QoL & FKV8	237	-,222	,001
QoL & FKV9	232	-,257	,000

4.3 Ergebnisse in Bezug auf die Dauer der Nierenersatztherapie

Am Beginn der Dialysepflichtigkeit kommt es bei vielen Patienten zu einer Krise und das Kohärenzgefühl wird erschüttert. Erst nach ungefähr einem Jahr kommen die Betroffenen in die Autonomiephase, daher wurde in dieser Erhebung der SOC in Bezug auf die Dauer der Nierenersatztherapie (NET) ermittelt.

4.3.1 Darstellung der Nierenersatztherapiedauer

Wie in Abbildung 8 dargestellt beträgt die Dauer der NET in der überwiegenden Mehrheit der Stichprobe (n=183) weniger als 4 Jahre (Abb.8).

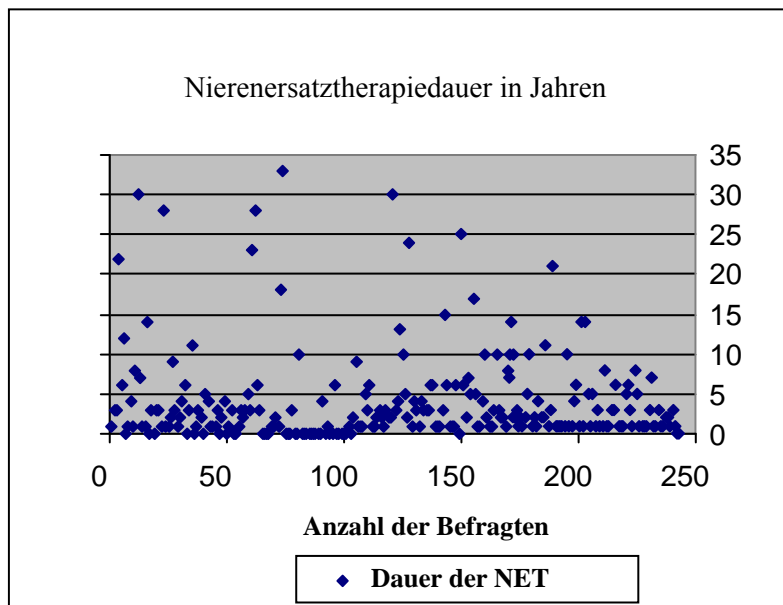


Abb.8 Dauer der Nierenersatztherapie (NET) in Jahren

Um eine Unterscheidung des SOC zu ermitteln, wurden die 245 an der Befragung teilnehmenden Dialysepatienten in dieser Untersuchung in 4 Gruppen (Gruppe 1 (0-1 Jahre) – n=37, Gruppe 2 (>1-2 Jahre) – n=70, Gruppe 3 (>2-4 Jahre) – n=70, Gruppe 4 (>4 Jahre) – n=61) unterteilt (Abb.:9).

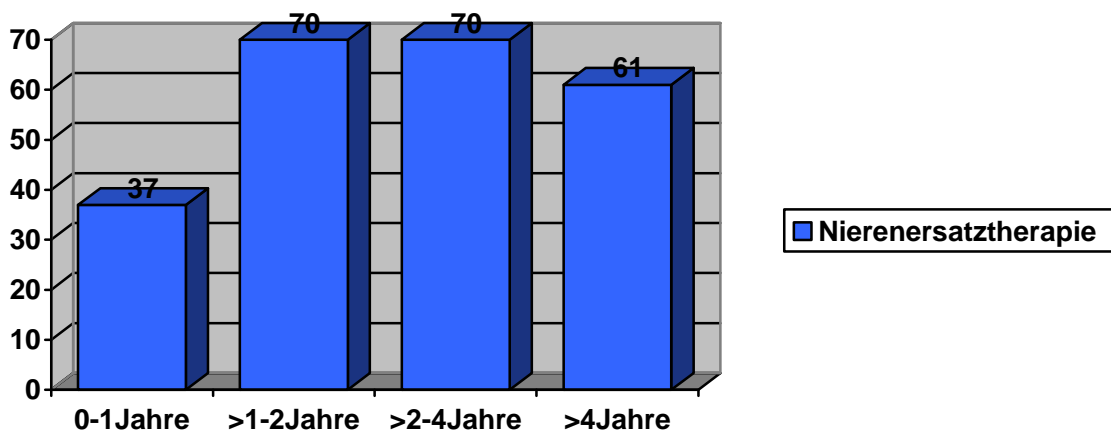


Abb.:9 Gruppen in Bezug auf die Dauer der NET

4.3.2 Vergleich der 4 Gruppen in Bezug auf den SOC

Eine Varianzanalyse zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den 4 Gruppen im SOC Gesamtwert ($F_{3;241}=,305$, $p=,822$).

Post-Hoc-Tests zeigen, dass Gruppe 1 (0-1 Jahre) einen tendenziell niedrigeren SOC aufweist im Gegensatz zu den anderen Gruppen (Abb.10).

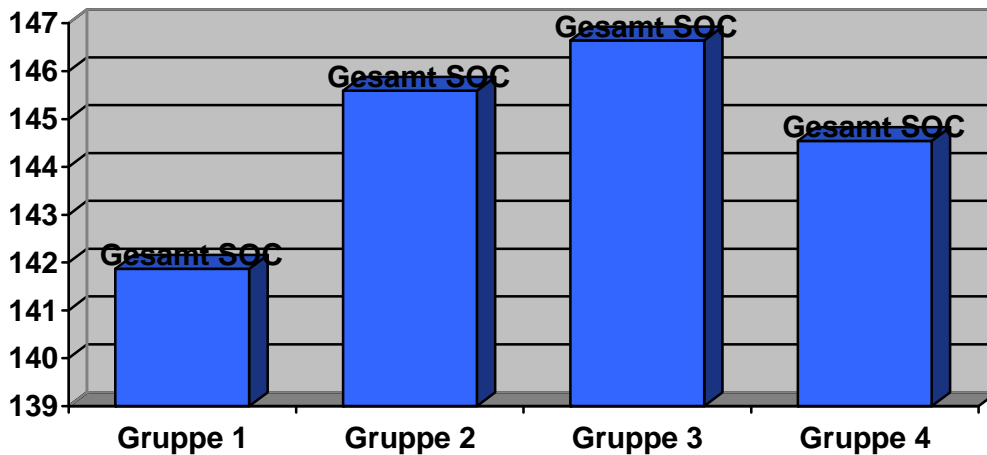


Abb.10: Gruppenvergleich mit dem Gesamt SOC

Diese Tendenz ist auch deutlich in den SOC Einzelkomponenten V und H ausgeprägt. SOC B zeigt in dieser Studie keinen Zusammenhang mit der Dauer der Nierenersatztherapie.

Weitere soziodemographische und krankheitsspezifische Daten, wie Behandlungsart, ausreichende Vorinformation, Ort des Dialysezentrums, Wunsch und Anmeldung zur Transplantation, Dauer der Nierenerkrankung, Mitglied einer Selbsthilfegruppe wurden erfragt und ihr Zusammenhang mit SOC, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität bearbeitet und sind im Anhang unter Punkt 6.2. nachzulesen.

5 DISKUSSION

5.1 Überblick

Ziel der vorliegenden Studie ist es, den Kohärenzwert (Gesamt-SOC, und SOC-Einzelkomponenten) im Setting Dialysepatienten und dessen Bezug zur Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität zu bestimmen. Die Befragung wurde im Sommer 2008 in allen Dialyseeinrichtungen der Steiermark durchgeführt.

Dialysepflichtige Patienten nehmen aus Sicht der Pflege einen Sonderstatus unter den chronisch Kranken ein – neben krankheitsbedingter Beeinträchtigungen kommt noch die Abhängigkeit von einer unumgänglichen Nierenersatztherapie und der damit verbundene Zeitaufwand dazu.

Aufgrund der Dauerhaftigkeit ihrer Erkrankung, ihrer nur bedingt zu kontrollierenden Progredienz, der besonderen Verlaufsdynamik und Komplexität ist die pflegerische Versorgung von Dialysepatienten eine besondere Herausforderung.

Chronisch Kranke sind „bedingt gesund“, streckenweise in ihrer Autonomie, Eigenkompetenz und Souveränität eingeschränkt und streckenweise nicht. Sie benötigen zuweilen eher protektive, gleichwohl aber autonomierespektierende Hilfsstrategien und dann wieder eher ressourcenorientierte und autonomiefördernde.

Diese ambivalente Rollensituation von Dialysepatienten bedeutet für die Pflege, dass der Eigenkompetenz und Autonomie ihrer Klienten mehr Aufmerksamkeit zuteil werden muss. Das freilich ist mit einem Umdenken verbunden: bedeutet den Patienten als Ko-Produzenten der Leistungserbringung ernst zu nehmen und beinhaltet außerdem, sich von der bloßen Defizitausrichtung zu verabschieden und die geforderte Umorientierung von der Krankheits- hin zur Gesundheits- bzw. Ressourcenorientierung nachzuvollziehen.

Eine salutogene Pflege konzentriert sich nicht einzig an vorhandenen Einschränkungen, sondern beachtet die mit und trotz Krankheit und Beeinträchtigungen verbliebene Gesundheit.

5.2 Korrelationen von Kohärenzgefühl und Krankheitsverarbeitung

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Patienten mit einem hohen Kohärenzgefühl, ihre chronische Nierenkrankheit signifikant hoch mit kognitiven Verarbeitungsstrategien verarbeiten. Im Gegensatz dazu zeigen Befragte mit niedrigen Kohärenzwerten ein eher depressives Verarbeitungsmuster (Antonovsky 1993a).

Eine hohe Lebensqualität, positives Coping und ein hohes Kohärenzgefühl korrelieren in vorliegender Arbeit ebenfalls signifikant (Mishel 1997).

Im Falle einer chronischen Nierenerkrankung gilt als Standard für eine gelungene Krankheitsverarbeitung, dass der Patient sich gut aufgeklärt fühlt, Handlungsansätze sieht, trotz Bedrohlichkeit und Langwierigkeit der Erkrankung noch Ziele in seinem Leben zu sehen, für die es sich lohnt, auch eine belastende Nierenersatztherapie in Anspruch zu nehmen und das Vertrauen in die Menschen, in deren Hand sich der Patient begeben hat.

Zwar sind Menschen, die pessimistisch eingestellt sind, keine Lebensziele haben, kein Vertrauen in das Leben haben und schon gar nicht in die Behandelten, schwer zu einem positiven Coping zu bewegen, während Menschen mit einem mitgebrachten stabilen Kohärenzgefühl oft schon gute Verarbeitungsstrategien mitbringen.

Aber Aufklärung, Handlungsansätze zu sehen und Sinn im Danach zu finden, Vertrauen zu den Menschen zu haben, in deren Hände man sich begibt, zeigt doch, dass diese wesentlichen Komponenten für ein positives Coping nicht in der Persönlichkeit eines chronisch Kranken alleine liegen, sondern ein kommunikatives Geschehen zwischen Patient und behandelten Experten ist.

5.3 Dauer der Nierenersatztherapie

In Bezug auf die Dauer der Nierenersatztherapie zeigen sich mit Beginn der Dialysepflichtigkeit tendenziell niedrigere SOC Werte. Die Studie ergab zwar keine Signifikanz, jedoch kann in Anlehnung an die Ausführungen von Brieskorn-Zinke (2002) von einer Erschütterung des Kohärenzgefühls ausgegangen werden.

Um die Krisenhaftigkeit eines Dialysestarts entgegenzuwirken, werden spezielle Schulungsprogramme im Prädialysestadium in einigen Dialysezentren angeboten. Eine neuerliche Untersuchung wäre notwendig, um die genauen Auswirkungen dieser Maßnahme zu prüfen.

Ebenfalls zeigten Patienten welche ausreichend Vorinformation erhalten bzw. an Patientenschulungen teilgenommen haben, einen tendenziell höheren SOC Gesamtwert und eine signifikant höhere Lebensqualität ((DeOreo 1997, Bader 1998, Curtin 2004), jedoch werden in den Dialyseeinrichtungen unterschiedliche Vorinformationen angeboten.

Hier gibt es Tendenzen eine standardisierte Prädialyses Schulung anzubieten und anschließend wäre eine neuerliche Untersuchung angezeigt. Dieses Ergebnis zeigt, dass das Kohärenzgefühl zu einer inhaltlichen Richtschnur für Beratungs- und Informationsgespräche mit Patienten und Angehörigen werden muss und deckt sich auch mit den Arbeiten von Brieskorn-Zinke (2002).

5.4 Soziodemographische Variablen

5.4.1 Geschlecht

In dieser Studie haben männliche Dialysepatienten einen tendenziell höheren SOC als weibliche, diese Beobachtung beschreibt auch Antonovsky (1997). Die depressive Verarbeitungsvariable FKV 5 (Misstrauen, Pessimismus) und kognitive Variable FKV 12 (Selbstermutigung) waren bei männlichen Befragten signifikant höher als bei weiblichen.

Die Auswirkungen dieses Ergebnisses müssten in einer neuerlichen Arbeit untersucht werden.

5.4.2 Alter

Der Großteil der Dialysepopulation besteht aus älteren Menschen. Im Gegensatz zu Bengel (2001) zeigt diese Studie eine signifikante Abnahme der SOC Komponenten H und B mit zunehmendem Alter und erklärt somit auch teilweise die Ergebnisse von Caress (1996) in welcher eher eine passive Patientenrolle eingenommen wird, da die motivationale und emotionale Ebene abnimmt.

Signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppen ergaben sich in der Altersgruppe 60-69 Jährige, sie zeigten eine signifikant niedrige kognitive Verarbeitungsvariable FKV 7 (Ablenkung und Selbstaufwertung) und in der Altersgruppe 50-59 Jähriger, sie wiesen eine signifikant niedrige regressive Tendenz auf. Diese Ergebnisse müssten mit der Gerontologieforschung verglichen werden, dies würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Die Lebensqualität der Dialysepatienten sinkt signifikant mit Zunahme des Alters (Küchler 1996).

5.4.3 Familiäre Situation

Verwitwete und geschiedene Dialysepatienten weisen einen signifikant schlechteren SOC Gesamtwert und SOC B (motivationale Komponente) im Gegensatz zu ledigen und verheirateten Befragten auf. Die Lebensqualität bei Teilnehmern, welche in einer Partnerschaft leben, ist signifikant höher.

Dieses Ergebnis findet sich in der DOPPS Studie (2000) wieder und unterstreicht die Wichtigkeit der Kenntnis des familiären und sozialen Umfeldes in der Betreuung von Dialysepatienten. Um das familiäre Konstrukt im Umfeld des Patienten zu entlasten ist die Einbeziehung der Angehörigen unumgänglich.

5.4.4 Bildung

Mit steigendem Bildungsgrad steigt tendenziell bei dieser Studie auch der Gesamt SOC und alle Einzelkomponenten.

Die kognitive Verarbeitungsvariable FKV 1 (Lösungsverhalten, Problemanalyse) war in Gruppe 5 (Akademiker) signifikant hoch, jedoch in Gruppe 1 (Volksschule) und Gruppe 4 (berufsbildende mittlere Schule) signifikant niedrig.

FKV 7 (Ablenkung und Selbstaufwertung), ebenfalls eine kognitive Verarbeitungsstrategie, sind signifikant hoch bei Befragten welche als höchste Schulbildung die Volksschule oder Hauptschule angaben, jedoch signifikant niedrig bei Personen mit Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule oder universitärer Ausbildung.

Die depressiven Krankheitsverarbeitungsmuster FKV 5 (Misstrauen und Pessimismus) und FKV 6 (Kognitive Vermeidung und Dissimulation) sind bei Befragten der Gruppe 1 und 2 signifikant hoch und in Gruppe 4 und 5 signifikant niedrig.

Vorliegende Ergebnisse zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Bildung und Krankheitsverarbeitung und untermauern auch das Konzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO (1999), speziell die gesundheitliche Chancengleichheit. Auch in der Steiermark ist ein klarer sozialer Gradient hinsichtlich Gesundheitsressourcen in Bezug auf Bildung gegeben (Gesundheitsbericht für die Steiermark 2005, Stronegger 1997).

5.5 Krankheitsspezifische Variablen

5.5.1 Art der Nierenersatztherapie (HD/PD)

Bei der Krankheitsverarbeitung zeigt sich ein signifikant hoher FKV 12 (Selbstermutigung) bei Patienten, welche als Nierenersatztherapie die Peritonealdialyse gewählt haben. Peritonealdialysepatienten führen die Nierenersatztherapie nach erfolgter Einschulung eigenständig zu Hause durch und daher übernehmen sie eine aktive Patientenrolle in der Selbstermutigung eine wichtige Verarbeitungsstrategie darstellt (Caress 1997).

5.5.2 Transplantation

Signifikant hohe SOC Gesamtwerte zeigten Patienten, welchen transplantiert werden möchten und bereits angemeldet sind, ebenfalls war die SOC B Einzelkomponente signifikant höher. SOC H ist zusätzlich signifikant höher bei Teilnehmern welche bereits angemeldet sind.

Bei Patienten welche in der Vergangenheit eine Nierentransplantation hatten, zeigte sich ein signifikant hoher SOC V.

Bei Befragten, welche bereits zur Transplantation angemeldet sind und/oder den Wunsch nach einer Transplantation bejahten, ergaben sich signifikant hohe kognitive Verarbeitungsstrategien in FKV 1 (Lösungsverhalten, Problemanalyse) und FKV 12 (Selbstermutigung) sowie signifikant hohe FKV 11 (Arztvertrauen und Compliance) Werte.

FKV 8 (Sozialer Rückzug) hingegen war signifikant hoch bei Befragten, welche nicht transplantiert werden möchten. Die depressiven Verarbeitungsmuster: FKV 2 (depressive Verarbeitung), FKV 5 (Misstrauen, Pessimismus) und FKV 9 (regressive Tendenz) sind signifikant hoch bei Befragten welche nicht zur Transplantation gemeldet sind.

Die Nierentransplantation ist das Optimalverfahren in der Wahl der Nierenersatztherapie. Speziell für ältere dialysepflichtige Patienten (>65 Jahre) wurde das spezielle Transplantationsprogramm ESP (European Senior Programm) – „old for old“ Programm entwickelt um auch für diese Patientengruppe eine Möglichkeit zu schaffen, möglichst rasch transplantiert zu werden.

Eine Transplantation ist auch die einzige Möglichkeit für den Dialysepatienten der Abhängigkeit von der Dialysemaschine zu „entfliehen“ (Drees, 1992).

Die Lebensqualität ist bei Patienten welche transplantiert werden wollen und/oder bereits angemeldet signifikant höher. Häufig sinkt mit der Dauer der Dialysebehandlung die Lebensqualität und die Lebenserwartung, die Aussicht auf ein Organ und damit verbunden auf ein neues Leben helfen dem Patienten die Situation besser zu meistern

5.5.3 Selbsthilfe

Bei Teilnehmern, welche Nichtmitglieder einer Selbsthilfegruppe sind, ergab die Befragung einen signifikant hohen FKV 12 (Selbstermutigung) und FKV 6 (Kognitive Vermeidung, Dissimulation)Verarbeitungsmodus.

Anhand dieser Ergebnisse ist die Mitgliedschaft bei einer Selbsthilfegruppe als eine wichtige Ressource zu sehen. Wichtige Information über Krankheitsbewältigung können auch Betroffene selbst geben und zeigen somit neuen Patienten wie sie besser mit der Krankheit zu Recht kommen (Verzeichnis für Selbsthilfegruppen in Österreich unter www.selbsthilfe.at).

5.6 Pflegerelevante Herausforderungen aus vorliegender Arbeit

Die Ziele der Pflege sind heute eng mit dem Gesundheitsbegriff verknüpft. Für die Theorieentwicklung in der Pflege bedeutet dies eine intensive Auseinandersetzung mit neuen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten, die zu erklären versuchen, was Gesundheit ausmacht.

Derzeit ist in den meisten pflegewissenschaftlichen Perspektiven eine dichotome Sichtweise von Krankheit und Gesundheit inhärent. Nach Erachten der Autorin ist es sicherlich den pflegerischen Sachverhalten angemessener, das Begriffspaar Gesundheit und Krankheit beizubehalten, sie aber nicht als einander ausschließende, alternative Zustände zu sehen, sondern in Orientierung an Antonovsky als angenommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums zu betrachten. Das Krankheits-Gesundheitskontinuum von Antonovsky und seine Weiterentwicklung (Faltermaier 1998) bieten gerade für die Pflege einen Orientierungsrahmen, in dem sich die komplexe Wirklichkeit eines chronisch erkrankten und pflegebedürftigen Menschen gut abbilden lässt.

Die Dimensionen dieses Kontinuums schließen Wohlbefinden, wie auch Beschwerden, Handlungs- und Leistungsfähigkeit wie auch Einschränkungen und Unfähigkeit und letztlich den Experten-Befund mit ein. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Patienten, also sein Platz auf dem Kontinuum, ergibt sich aus der dynamischen Interaktion zwischen Belastungen und Ressourcen, auf allen Ebenen des Seins. Den Platz bestimmt auch nicht allein die Diagnose des Experten, sondern er ergibt sich aus dem professionellen Gespräch des Gesundheitsexperten mit dem Patienten und seinen Angehörigen über alle in Frage kommenden Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, die ein Patient hat bzw. erlebt. Nicht die spezifische Erkrankung und ihre Folgen stehen im Zentrum der Anamnese, sondern die Lebenssituation und Teile der Lebensgeschichte unter Berücksichtigung heilsamer gesundheitsförderlicher Ressourcen.

Diese, mehrere Phänomene integrierende, Konzeption des Bereichs „Gesundheit“ trifft die Kernbereiche pflegerischer Handlungsfelder und pflegerischer Aufgabenbereiche. Sie zeigt, bei welchen Aktivitäten des täglichen Lebens Menschen pflegerische Unterstützung brauchen und bei welchen nicht.

In Orem (1997) heißt es, pflegerische Hilfsmethoden richten sich auf das Selbsthilfevermögen bzw. auf das Selbstpflegetdefizit von Menschen. Da beides von professionell Pflegenden immer wieder neu zu analysieren und festzulegen ist, muss sich der pflegerisch-diagnostische Blick speziell auf die Bewegung konzentrieren, die Patient auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum vollzieht, immer verbunden mit der Frage, welche Kräfte die Bewegung in eine positive oder negative Richtung erklären können. Dieser Blick und diese Fragestellung sind unerlässlich für angemessene pflegerische Interventionen bei chronisch Nierenkranken.

Gerade im Hinblick darauf, dass die Pflegewissenschaft sich in den letzten Jahren stark in Richtung Gesundheit entwickelt hat, ist die Auseinandersetzung mit dem, was Gesundheit eigentlich ausmacht, unerlässlich. Im Vordergrund der pflegerischen Arbeit sieht die Autorin nicht mehr die Krankheit, sondern die Gesundheit und die Fähigkeit des Menschen zur selbstständigen Gestaltung des Alltags.

5.7 Ausblick

Was bedeutet diese salutogene Betrachtung für die Pflege und Versorgung von Dialysepatienten?

Von Seiten des Versorgungswesens muss es zur Selbstverständlichkeit werden, den Konsequenzen, die das Leben mit chronischem Kranksein und Dialysepflichtigkeit aufwirft, mehr Beachtung zu schenken.

Für Dialysepatienten ist ihre Krankheit zudem mit vielen negativen Begleitphänomenen und Belastungen verbunden. Um sie abzufedern, kommt der Bereitstellung Sicherheit stiftenden Rückhalts und Maßnahmen zur sozialen und emotionalen Unterstützung eine wichtige Funktion zu.

Versorgungsintegration und –kontinuität gehören ebenfalls zu den konstitutiven Elementen einer bedarfsgerechten Versorgungsgestaltung bei chronischer Nierenkrankheit. Gerade der Pflege und ihre Beteiligung in der Umsetzung von multiprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsstrategien wird eine Schlüsselrolle beigemessen (z.B. Regulation von Schnittstellen).

Dialysepatienten benötigen aufgrund ihres dauerhaften und irreversiblen Krankheitsbildes sowie der besonderen Verlaufsdynamik langfristig angelegte Versorgungs- und Pflegekonzepte und eine ebensolches Management der mit ihnen verbunden Probleme (Corbin/Strauss 1998). Es muss darum gehen, den Gesamtverlauf positiv zu beeinflussen, seine Dynamik unter Kontrolle zu halten und vorzeitige Abwärtsentwicklung zu verhindern (z.B. durch Care Management, Disease- oder Trajektmanagement).

Geeignete Rehabilitationskonzepte stellen ein anderes zentrales Versorgungselement dar, denn viele der mit chronischer Krankheit verbundenen Beeinträchtigungen sind zwar nicht revidier- bzw. heilbar, wohl aber veränderbar.

Prävention und Gesundheitsförderung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei dem Umgang mit chronischer Nierenkrankheit. Auch hierzulande beginnt sich langsam die Erkenntnis durchzusetzen, dass Prävention und Gesundheitsförderung sich angesichts des Wandels des Krankheitspanoramas nicht einzig auf Interventionen im Vorfeld der Krankheitsentstehung konzentrieren können, sondern auch der Gesundheitssicherung bei bereits beeinträchtigter Gesundheit widmen müssen, um negative Begleiterscheinungen zu vermeiden, zumindest aber zu verzögern.

Die Pflege muss eine doppelte Perspektive einnehmen, einerseits obliegt ihr die Hilfestellung bei der Bewältigung von Hilfsbedürftigkeit und zugleich die Förderung von verbliebener Gesundheitspotenziale und –ressourcen, um so den Eintritt weiterer Gesundheitsstörungen zu vermeiden und Ausweitungen oder Verschlimmerungen bestehender Einbußen zu verhüten und zu verzögern (Corbin/Strauss 1998).

Patientenorientierung ist ein weiteres zentrales Element der Versorgungsgestaltung, um chronisch Kranken ein Höchstmaß an Lebensqualität und Autonomie sichern zu können.

Um künftig Aufgaben in der Betreuung von Dialysepatienten salutogen wahrzunehmen ist es notwendig, das Leben über die Krankheit „hinauszuheben“, die Pflege muss sich mehr als bislang dem sozialen Gefüge widmen, in dem der Kranke lebt. Denn die soziale und emotionale Unterstützung, die er von dort erhält, ist von unschätzbarem Wert für die Bewältigung des Krankheitsgeschehens und die Wiederherstellung bzw. den Erhalt seiner sozialen und psychischen Integrität. Für die Pflege impliziert dies zweierlei: zum einen ist auch sie gefordert, Angehörige als Ressource und nicht als Störfaktor zu betrachten und zum Erhalt informeller Hilfspotenziale und –netze beizutragen.

6 ANHANG

6.1 Fragebogen

Soziodemographische Daten:

Geschlecht: W M

Alter: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80 --

Familienstand: Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Wohnort: Großstadt (über 100.000 EW)
Mittlere Stadt (25.000 – 100.000EW)
Kleinstadt (unter 25.000 EW)
Dorf

Haushaltsgröße: -50m2 51-75m2 76-100m2 101-125m2 126-

Haushalt: Allein lebend Zusammenlebend mit Partner/in

Kinder im Haushalt: 1 2 3 4 und mehr

Schulbildung: VS HS PT BMS AHS Studium

Berufstätigkeit dzt.:

Arbeiter/in <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>
Angestellte/r <input type="checkbox"/>	Vollzeit <input type="checkbox"/>
Selbstständig <input type="checkbox"/>	
Hausfrau/mann <input type="checkbox"/>	
Arbeitslos <input type="checkbox"/>	
Pensionist/in <input type="checkbox"/>	

Erlerner Beruf:

Diagnosespezifische Daten:

Dialysezentrum: Dialyse LKH Graz
Dialysezentrum Giessauf
Dialyse Graz- West
Dialyse BHB
Dialyse LKH Bruck
Dialyse Feldbach
Dialyse Judenburg
Dialyse LKH Rottenmann
Dialyse Schladming

Nierenkrank seit: **Jahre**

Davon in der Nierenambulanz.: **Jahre**

Davon in der Hämodialyse: **Jahre**

Davon transplantiert: **Jahre**

Davon an der Peritonealdialyse: **Jahre**

Derzeit bin ich: an der Hämodialyse
an der Peritonealdialyse
transplantiert
nicht dialysepflichtig

Wollen Sie nierentransplantiert werden?

Ja Nein Weiß nicht

Zur Transplantation angemeldet:

Ja Nein Weiß nicht Voruntersuchungen laufen

Haben Sie vor Behandlungsbeginn ausreichend Information zu den verschiedenen Möglichkeiten der Nierenersatztherapie erhalten?

Ja Nein

Fahrzeit von zu Hause ins Dialysezentrum: **Min.**

Sind Sie beim steirischen Dialyseverein Mitglied?
Ja Nein

Fragebogen zur Lebensorientierung:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?

Habe nie dieses Gefühl 1 2 3 4 5 6 7 habe immer dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache

keinesfalls erledigt werden würde 1 2 3 4 5 6 7 sicher erledigt werden würde

3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd 1 2 3 4 5 6 7 Sie kennen sie sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

äußerst selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist

ausgesprochen interessant 1 2 3 4 5 6 7 reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck 1 2 3 4 5 6 7 sehr klare Ziele und einen Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war ihr Leben

voller Veränderungen,
ohne dass Sie wussten,
was als nächstes passiert 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend sein 1 2 3 4 5 6 7 todlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

man kann für
schmerzliche Dinge
Dinge im Leben
im Leben immer
eine Lösung finden 1 2 3 4 5 6 7 es gibt keine Lösung für
schmerzliche

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie

fühlen wie schön
es ist zu leben 1 2 3 4 5 6 7 sich fragen, warum Sie
überhaupt da sind

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

immer verwirrend
und schwierig 1 2 3 4 5 6 7 immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und
Zufriedenheit 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen sein, ohne dass Sie wissen, was als nächstes passiert 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

sich daran zu verzeihen 1 2 3 4 5 6 7 zu sagen: "Nun gut, seis drum, ich muss damit leben" und weitermachen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen 1 2 3 4 5 6 7 wird sicher etwas geschehen, dass das Gefühl verdirbt

21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

23. Glauben Sie, dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

Sie sind sich dessen ganz sicher 1 2 3 4 5 6 7 Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 1 2 3 4 5 6 7 oft

26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzen 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzten

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern 1 2 3 4 5 6 7 Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

Bitte prüfen Sie jede der folgenden Aussagen, wie stark sie für Ihre in der Instruktion beschriebene Situation zutrifft.

Kreuzen Sie bitte für **jede Aussage** eine Zahl an, die für Sie am ehesten stimmt.

Bitte zügig beantworten, ohne bei den einzelnen Fragen lange zu überlegen!

Wie stark trifft diese
Aussage für Sie zu?

	G a r n i c h t	W e n i g	m i t t e l m ä ß i g	z i e m l i c h	S e h r s t a r k
1. Ich habe versucht, mehr über meine Situation herauszufinden.	1	2	3	4	5
2. Ich wollte lieber nicht so genau über meine Erkrankung Bescheid wissen.	1	2	3	4	5
3. Eigentlich wollte ich nur hören, dass alles gar nicht so schlimm ist.	1	2	3	4	5
4. Ich habe versucht, die Ursachen meiner Erkrankung herauszufinden.	1	2	3	4	5
5. Ich habe es nicht an mich herankommen lassen.	1	2	3	4	5
6. Ich habe mich geweigert, die Sache ernst zu nehmen.	1	2	3	4	5
7. Ich habe es auf die leichte Schulter genommen.	1	2	3	4	5
8. Ich habe es einfach nicht glauben wollen.	1	2	3	4	5
9. Ich habe versucht, alles zu meiden, was mich an meine Krankheit erinnert.	1	2	3	4	5
10. Ich habe mich in Tagträume geflüchtet und stellte mir frühere Zeiten und Orte vor, an denen es mir besser ging.	1	2	3	4	5
11. Ich habe mir gewünscht, dass das Problem verschwinden oder sich in nichts auflösen werde.	1	2	3	4	5
12. Ich habe Phantasien über den guten Ausgang der Sache gehabt.	1	2	3	4	5
13. Ich habe auf ein Wunder gehofft.	1	2	3	4	5
14. Ich habe überlegt, was andere tun würden, um mit dieser Situation fertig zu werden.	1	2	3	4	5
15. Ich wusste, was ich zu tun hatte, ich habe meine Anstrengungen verdoppelt, um alles zum Besten zu wenden.	1	2	3	4	5
16. Ich habe verschiedene Möglichkeiten überlegt, um mit dem Problem fertig zu werden.	1	2	3	4	5
17. Ich habe mir vorgenommen, nichts zu überstürzen.	1	2	3	4	5
18. Ich habe einen Plan entworfen, was ich zu tun hatte und habe	1	2	3	4	5

danach gehandelt.					
19. Ich habe mich nur mit dem beschäftigt, was als nächstes zu tun war, Schritt für Schritt.	1	2	3	4	5
20. Ich habe versucht, zu verstehen, was da auf mich zukam, um mich besser darauf einstellen zu können.	1	2	3	4	5
21. Ich habe versucht, meiner Situation positive Seiten abzugewinnen.	1	2	3	4	5
22. Ich habe überlegt, wie ich früher mit ähnlichen Schicksalsschlägen fertig geworden bin.	1	2	3	4	5
23. Ich habe andere Patienten gefragt, wie sie damit fertig geworden sind.	1	2	3	4	5
24. Ich habe versucht, mir zu erklären, was überhaupt los ist.	1	2	3	4	5
25. Ich war niedergeschlagen und traurig.	1	2	3	4	5
26. Ich war wütend.	1	2	3	4	5
27. Ich hatte Angst.	1	2	3	4	5
28. Ich war mit den Nerven am Ende.	1	2	3	4	5
29. Ich habe gereizt und ungehalten reagiert.	1	2	3	4	5
30. Ich habe versucht, meine Gefühle für mich zu behalten.	1	2	3	4	5
31. Ich habe versucht, mich nicht zu sehr von meinen Gefühlen leiten zu lassen.	1	2	3	4	5
32. Ich habe mir häufiger etwas Gutes gegönnt.	1	2	3	4	5
33. Ich wollte viel in der Natur sein.	1	2	3	4	5
34. Ich nahm mir vor, mich jetzt besonders zu schonen.	1	2	3	4	5
35. Ich habe besonderes gut gegessen.	1	2	3	4	5
36. Ich habe mir Schönes im Fernsehen, Kino oder Theater angesehen.	1	2	3	4	5
37. Ich habe jetzt bewusster gelebt.	1	2	3	4	5
38. Ich habe mir gesagt, deine Zeit ist jetzt sehr kostbar.	1	2	3	4	5
39. Ich nahm mir vor, das Leben so gut wie möglich zu genießen.	1	2	3	4	5
40. Ich habe mir mehr Zeit für mich selbst genommen.	1	2	3	4	5
41. Ich habe endlich Dinge getan, zu denen ich früher nie gekommen bin.	1	2	3	4	5
42. Ich habe mit meinem Schicksal gehadert.	1	2	3	4	5
43. Ich habe mich immer wieder gefragt, warum es gerade mich getroffen hat.	1	2	3	4	5
44. Ich tat mir selbst leid.	1	2	3	4	5
45. Ich fühlte mich besonders vom Pech verfolgt.	1	2	3	4	5
46. Ich war entschlossen, gegen die Krankheit anzukämpfen.	1	2	3	4	5
47. Ich habe mich an jeden Strohalm geklammert, der sich bot.	1	2	3	4	5
48. Ich habe mir gesagt, dass es bei mir ja nicht so schlimm kommen muss wie bei anderen Patienten.	1	2	3	4	5
49. Ich habe auf meinen Optimismus und Lebensmut gebaut.	1	2	3	4	5

50. Ich war überzeugt, dass die Behandlung erfolgreich sein würde.	1	2	3	4	5
51. Ich habe mir gesagt, wenn ich nur daran glaube, werde ich schon damit fertig.	1	2	3	4	5
52. Ich habe mir vor Augen geführt, was ich im Leben erreicht habe.	1	2	3	4	5
53. Ich habe mir gesagt, dass ich schon Schlimmeres gemeistert habe.	1	2	3	4	5
54. Ich habe mir klargemacht, dass mir schon Wichtigeres gelungen ist.	1	2	3	4	5
55. Ich stürzte mich in die Arbeit, um die Krankheit zu vergessen.	1	2	3	4	5
56. Ich sah viel fern, um mich abzulenken.	1	2	3	4	5
57. Ich habe versucht, das Ganze zu vergessen.	1	2	3	4	5
58. Ich habe weitergemacht, als wenn nicht geschehen wäre.	1	2	3	4	5
59. Ich hatte das Gefühl, irgendwie Zeit gewinnen zu müssen.	1	2	3	4	5
60. Ich fügt mich meinem Schicksal, manchmal hat man eben Pech.	1	2	3	4	5
61. Ich hatte das Gefühl, dass alles keinen Sinn mehr hat.	1	2	3	4	5
62. Ich habe resigniert.	1	2	3	4	5
63. Ich habe mich hilflos gefühlt.	1	2	3	4	5
64. Ich habe viel gegrübelt.	1	2	3	4	5
65. Ich bin von den Gedanken an meine schwierige Situation nicht mehr losgekommen.	1	2	3	4	5
66. Ich habe Halt im Glauben gesucht.	1	2	3	4	5
67. Ich habe mir klar gemacht, dass meine Krankheit einen höheren Sinn hat, auch wenn ich ihn jetzt vielleicht noch nicht verstehe.	1	2	3	4	5
68. Ich habe versucht, die Krankheit als Chance zu sehen.	1	2	3	4	5
69. Ich habe die Krankheit als eine Prüfung gesehen, die ich bestehen muss.	1	2	3	4	5
70. Ich habe gebetet.	1	2	3	4	5
71. Ich bin häufiger bzw. wieder in die Kirche gegangen.	1	2	3	4	5
72. Durch die Krankheit habe ich zu mir selbst gefunden.	1	2	3	4	5
73. Ich bin religiöser geworden.	1	2	3	4	5
74. Ich habe mich genau an die ärztlichen Vorschriften und Ratschläge gehalten.	1	2	3	4	5
75. Ich habe mir vorgenommen, meinerseits alles zu tun, damit die Behandlung Erfolg hat.	1	2	3	4	5
76. Ich habe mich voller Vertrauen in die Hand der Ärzte begeben.	1	2	3	4	5
77. Ich habe auf den Fortschritt der Medizin vertraut.	1	2	3	4	5
78. Ich war misstrauisch, ob auch nichts versäumt oder übersehen wurde.	1	2	3	4	5
79. Ich habe mir gesagt, durchschauen kannst du das sowieso nicht, was die Ärzte mit dir machen.	1	2	3	4	5

80. Ich habe mich den Ärzten hilflos ausgeliefert gefühlt.	1	2	3	4	5
81. Mir wurde klar, wie wichtig ich für andere bin.	1	2	3	4	5
82. Ich habe mir gesagt, jetzt kannst du nicht mehr so viel Rücksicht auf andere nehmen.	1	2	3	4	5
83. Ich habe mir gesagt, jetzt geht es um dich, da müssen die anderen zurückstecken.	1	2	3	4	5
84. Ich habe mich auf das Schlimmste gefasst gemacht.	1	2	3	4	5
85. Ich habe mit allem gerechnet.	1	2	3	4	5
86. Ich habe mir gesagt, es wird schon schief gehen.	1	2	3	4	5
87. Ich habe „Galgenhumor“ entwickelt.	1	2	3	4	5
88. Ich habe wiederentdeckt, was im Leben wichtig ist.	1	2	3	4	5
89. Ich habe mir vor Augen geführt, dass es andere noch schlimmer getroffen hat.	1	2	3	4	5
90. Ich habe mir selbst gesagt, um wie viel schlimmer alles sein könnte.	1	2	3	4	5
91. Ich habe mir gesagt, dass ich mit der Krankheit besser fertig werden kann als andere.	1	2	3	4	5
92. Es hat mir Mut gemacht, dass andere damit fertig geworden sind.	1	2	3	4	5
93. Ich habe mir jemand gewünscht, der mir sagt, was ich machen soll.	1	2	3	4	5
94. Ich wollte mich verwöhnen lassen.	1	2	3	4	5
95. Ich habe mir gewünscht, schwach sein zu dürfen.	1	2	3	4	5
96. Ich wollte mich bei jemandem ausweinen.	1	2	3	4	5
97. Ich wollte die Meinung von Anderen zu meiner Situation hören.	1	2	3	4	5
98. Ich habe andere nicht wissen lassen, wie schlecht die Dinge um mich stehen.	1	2	3	4	5
99. Ich wollte das unbedingt alleine mit mir abmachen.	1	2	3	4	5
100. Ich wollte möglichst niemanden sehen.	1	2	3	4	5
101. Ich habe mich von Freunden und Bekannten zurückgezogen.	1	2	3	4	5
102. Ich dachte, ich müsste alleine damit fertig werden.	1	2	3	4	5

Fragen zur Lebensqualität

Bitte überlegen Sie folgende Fragen sorgfältig, ehe sie antworten. Dann zeichnen Sie einen Kreis um die am besten passende Antwort.

Q1. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit zur Zeit ein?

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 weder gut noch schlecht
- 4 schlecht
- 5 sehr schlecht

Q2. Wie schätzen Sie Ihre geistige Gesundheit zur Zeit ein?

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 weder gut noch schlecht
- 4 schlecht
- 5 sehr schlecht

Q3. Wie ist die Beziehung zu Ihrem Partner zur Zeit?

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 weder gut noch schlecht
- 4 schlecht
- 5 sehr schlecht
- 6 ich habe keinen Partner

Q4. Wie sind die Beziehungen zu Ihren Freunden zur Zeit?

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 weder gut noch schlecht
- 4 schlecht
- 5 sehr schlecht
- 6 ich habe keine Freunde

Q5. Wie fühlen Sie sich in Bezug auf sich selber zur Zeit?

- 1 sehr gut
- 2 gut
- 3 weder gut noch schlecht
- 4 schlecht
- 5 sehr schlecht

6.2 Zusätzliche Ergebnisse

Darstellungen der statistischen Parameter in Bezug auf krankheitsspezifische Daten

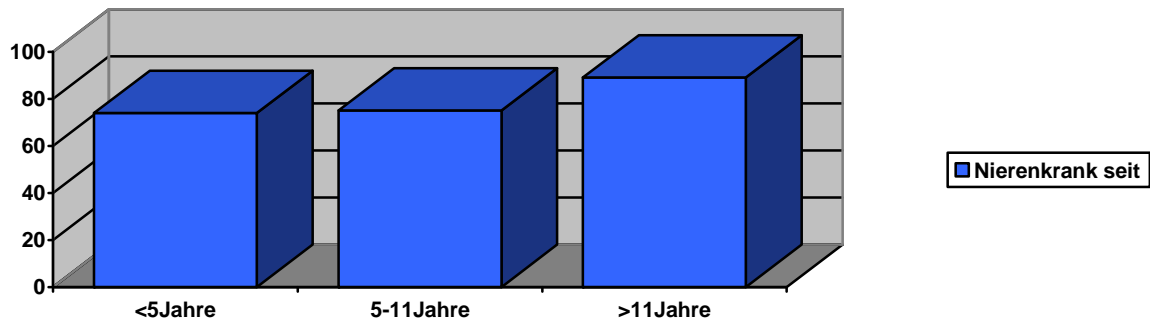
Die Stichprobe unterscheidet sich nach Behandlungsart, Dauer der Nierenerkrankung, ausreichende Vorinformation, Wunsch nach einer Transplantation, Anmeldung zur Transplantation, Transplantation in der Vergangenheit, Mitglied einer Selbsthilfegruppe und Ort der Dialyseeinrichtung.

Behandlungsart:

197 befragte Personen unterziehen sich einer Hämodialyse- und 29 einer Peritonealdialysebehandlung.

Dauer der Nierenerkrankung:

Gruppe 1 (<5 Jahre) – n=74, Gruppe 2 (5-11 Jahre) – n=75, Gruppe 3 (>11 Jahre) – n=89.



Ausreichend Vorinformationen erhalten:

185 Personen gaben an Vorinformationen zur Dialysebehandlung erhalten zu haben, 46 Personen verneinten die Frage.

Transplantationen

Wunsch nach einer Transplantation:

124 Patienten antworteten mit Ja und 70 Patienten mit Nein. 45 Patienten wissen nicht, ob sie sich derzeit transplantieren lassen wollen.

Angemeldet zur Transplantation:

84 Personen waren zur Transplantation gemeldet und 117 wollten sich nicht anmelden. Bei 21 Personen laufen die Voruntersuchungen zu einer Anmeldung und 16 Personen wissen nicht ob sie angemeldet sind.

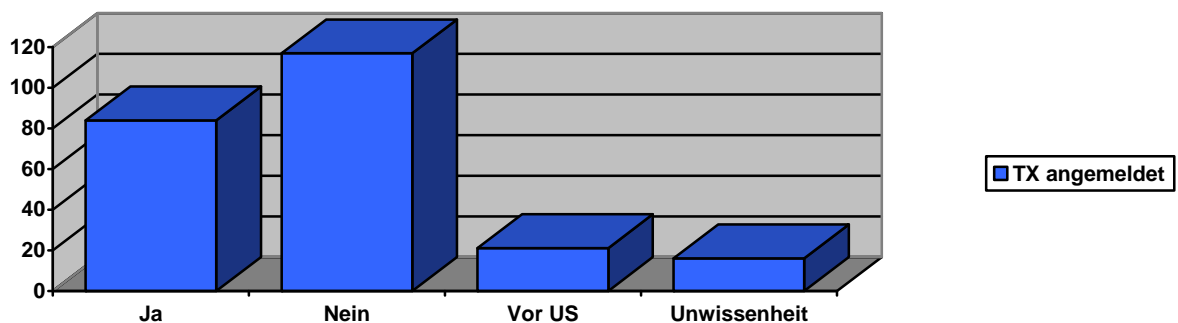


Abbildung 11: Anmeldung zur Transplantation

Transplantationen in der Vergangenheit:

41 Patienten waren schon transplantiert und 201 Patienten nicht.

Selbsthilfegruppe:

37 Teilnehmer sind Mitglied des Dialysevereins und 203 Teilnehmer nicht.

Ort der Dialyseeinrichtung:

Siehe Tabelle 4 aus vorliegender Studie.

Ergebnisse SOC

Aus den ausgewerteten Fragebögen (n=242) ergibt sich ein gemittelter SOC von 145 bei steirischen Dialysepatienten. Zeitgleich wurde ebenfalls diese Befragung bei Prädialysepatienten (n=92) mit einem mittleren SOC von 147 und bei transplantierten Patienten (n=56) mit einem SOC von 153 durchgeführt.

SOC in Bezug auf soziodemographische Daten:

SOC und Geschlecht:

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Dialysepatienten im Bereich der SOC Einzelkomponenten, sowie des SOC Gesamtwertes festgestellt werden (Tab.11). Tendenziell zeigt sich jedoch ein etwas höherer SOC bei Männern.

Tab. 11: SOC und Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung
soc_sum	weiblich	81	141,7916	28,009
	männlich	161	146,9593	24,353

SOC und Alter:

Signifikante Unterschiede (Tab.12) innerhalb der Gruppen gab es in den Einzelkomponenten SOC H ($p=0,027$) und SOC B ($p=0,022$).

Tab.12: SOC und Alter

	Alter	N	Mittelwert	Standardabweichung
soch_sum	bis 49	48	53,3105	9,964
	50-59	45	54,2543	9,683
	60-69	72	49,3705	9,940
	ab 70	77	50,3434	10,099
	Gesamt	242	51,3697	10,079
socb_sum	bis 49	48	43,7917	8,870
	50-59	45	44,4000	7,913
	60-69	72	39,9722	9,855
	ab 70	77	40,6296	9,609
	Gesamt	242	41,7623	9,381

SOC und Wohnort bzw. Wohnungsgröße:

Keine signifikanten Unterschiede

SOC und familiäre Situation:

Keine Signifikanz gab es bei der Anzahl der Kinder.

In Bezug auf den Familienstand (Tab.13) zeigen sich signifikante Unterscheidungen innerhalb der Gruppen im Bereich SOC B ($p=0,009$) und SOC sum ($p=0,029$).

Tab.13: SOC und Familienstand

	Familienstand	N	Mittelwert	Standardabweichung
socb_sum	ledig	42	43,4524	7,796
	verheiratet	143	42,7293	8,710
	geschieden	23	37,9006	12,917
	verwitwet	34	38,2787	9,941
	Gesamt	242	41,7706	9,381
soc_sum	ledig	42	147,1274	20,959
	verheiratet	143	147,9667	24,775
	geschieden	23	134,1415	34,827
	verwitwet	34	137,8544	25,579
	Gesamt	242	145,0863	25,713

SOC und berufliche Situation:

Keine Unterschiede zwischen Vollzeit und Teilzeitbeschäftigten

SOC und Bildung:

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Gruppen, jedoch zeigt sich je höher der Bildungsgrad desto höher der SOC sum (Tab.14). Diese Tendenz ist auch in den Einzelkomponenten nachweisbar.

Tab.14: SOC und Bildung

	Höchste Schulbildung	N	Mittelwert	Standardabweichung
soc_sum	1,00	65	139,4480	25,996
	2,00	84	146,3858	25,436
	3,00	23	146,0466	21,126
	4,00	27	144,7356	30,694
	5,00	33	150,2701	23,128
	Gesamt	232	144,7689	25,608

SOC in Bezug auf krankheitsspezifische Daten:

SOC und Behandlungsart:

Es gibt keine signifikanten Unterschiede des SOC Gesamtscores (SOC sum), sowie auch auf die SOC Einzelkomponenten in Bezug auf die Behandlungsart.

SOC und Dauer der Nierenerkrankung:

Keine signifikanten Unterschiede nach Dauer der Nierenerkrankung.

SOC und ausreichende Vorinformationen:

Keine signifikanten Unterschiede, höherer SOC in der Gruppe welche Vorinformationen erhalten hat.

SOC und Wunsch nach einer Transplantation:

Hier zeigten sich signifikante Unterschiede: SOC B ($p=0,009$) und SOC sum ($p=0,017$) waren deutlich höher in der Gruppe welche gerne transplantiert werden würde (Tab.15).

Tab.15: SOC und Wunsch nach Transplantation

	TX_ Wunsch	N	Mittelwert	Standardabweichung
socb_sum	ja	124	43,2661	8,921
	nein	70	39,5544	10,188
soc_sum	ja	124	149,0980	25,535
	nein	70	139,8209	26,270

SOC und zur Transplantation angemeldet:

Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede (Tab.16) in den Einzelkomponenten SOC H ($p=0,025$), SOC B ($p=0,013$) und im Gesamtwert SOC sum ($p=0,016$).

Tab.16: SOC und zur Transplantation angemeldet

	TX_ Angemeld.	N	Mittelwert	Standardabweichung
soch_sum	ja	84	53,0212	9,971
	nein	117	49,8372	9,791
socb_sum	ja	84	43,1905	8,114
	nein	117	39,9345	9,705
soc_sum	ja	84	149,1766	22,847
	nein	117	140,5340	26,405

SOC und Transplantationen in der Vergangenheit:

Im Bereich SOC V ($p=0,035$) zeigte sich eine Unterscheidung (Tab.17).

Tab.17: SOC und Transplantation in der Vergangenheit

	Transplanti ert_rec	N	Mittelwert	Standardabweichung
socv_sum	nein	204	50,6082	10,905
	ja	41	54,5301	10,283

SOC und Selbsthilfegruppe:
Keine signifikanten Unterschiede.

SOC und Ort der Dialyseeinrichtung:
Es wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt, jedoch ein deutlich niedriger Gesamt SOC (Mittelwert SOC sum: 137) und in allen Einzelkomponenten des SOC ergibt sich im DZ Feldbach im Vergleich zu den Dialyseeinrichtungen des LKH Bruck (Mittelwert SOC sum: 147) und LKH Graz (Mittelwert SOC sum: 147).

Ergebnisse Krankheitsverarbeitung (FKV)

FKV in Bezug auf soziodemographische Daten:

FKV und Geschlecht:
FKV 5 ($p=0,041$) und FKV 12 ($p=0,035$) zeigten signifikante Unterschiede (Tab.18).

Tab.18: FKV und Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV5	weiblich	76	2,4371	0,812
	männlich	157	2,6667	0,793
FKV12	weiblich	77	3,5240	0,971
	männlich	158	3,8016	0,931

FKV und Alter:
In FKV 7 ($p=0,030$) und FKV 9 ($p=0,036$) zeigten sich innerhalb der Gruppen signifikante Unterschiede (Tab.19).

Tab.19: FKV und Alter

	Alter	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV7	bis 49	48	2,9010	0,742
	50-59	44	2,8604	0,816
	60-69	69	2,7457	0,871
	ab 70	73	3,1454	0,787
	Gesamt	234	2,9238	0,820
FKV9	bis 49	48	2,4677	0,949
	50-59	44	2,1216	0,823
	60-69	68	2,2243	0,956
	ab 70	71	2,5784	0,990
	Gesamt	231	2,3641	0,953

FKV in Bezug auf Wohnort und Wohnungsgröße:
Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

FKV und familiäre Situation:

In Bezug auf die Kinderanzahl, ob allein- oder zusammenlebend und in Bezug auf Familienstand zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

FKV und berufliche Situation:

Keine signifikanten Unterscheidungen.

FKV und Bildung:

Hier zeigten sich signifikante Unterschiede (Tab.20) in den Bereichen FKV 1(p=0,045), FKV 5(p=0,043), FKV 6(p=0,029) und FKV 7(p=0,047).

Tab.20: FKV und Bildung

	Bildung	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV1	1,00	62	3,0989	0,738
	2,00	82	3,3465	0,767
	3,00	23	3,4286	0,834
	4,00	27	3,0551	0,844
	5,00	33	3,4918	0,648
	Gesamt		227	3,2737
FKV5	1,00	62	2,7032	0,714
	2,00	80	2,5418	0,883
	3,00	22	2,9740	0,788
	4,00	27	2,3951	0,849
	5,00	33	2,3965	0,732
	Gesamt		224	2,5898
FKV6	1,00	60	2,9429	0,679
	2,00	82	2,6914	0,766
	3,00	23	2,6715	0,835
	4,00	27	2,4344	1,069
	5,00	33	2,4512	0,968
	Gesamt		225	2,6904
FKV7	1,00	62	3,0810	0,752
	2,00	81	3,0060	0,742
	3,00	22	2,7500	0,906
	4,00	27	2,6389	0,976
	5,00	33	2,7240	0,782
	Gesamt		225	2,9162

FKV in Bezug auf krankheitsspezifische Daten:

FKV und Behandlungsart:

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsart. Lediglich im Bereich FKV 12($p=0,051$) zeigt sich eine deutliche Tendenz (Tab.21).

Tab.21: FKV und Behandlungsart

	Behandlung	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV12	HD	191	3,6563	0,951
	PD	29	3,9931	0,822

FKV und Dauer der Nierenerkrankung:

Keine signifikanten Unterscheidungen feststellbar.

FKV und ausreichend Vorinformationen erhalten:

Hier zeigt sich eine signifikante Unterscheidung in FKV 12($p=0,017$) (Tab.22).

Tab.22: FKV und ausreichend Vorinformation

	Vorinfo	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV12	ja	183	3,7653	0,947
	nein	43	3,3802	0,932

FKV in Bezug auf Transplantationen

FKV und der Wunsch nach einer Transplantation:

In den Bereichen FKV 1($p=0,009$), FKV 8 ($p=0,043$), FKV 11($p=0,032$) und FKV 12($p=0,008$) konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden (Tab.23).

Tab.23: FKV und Wunsch nach einer Transplantation

	Wunsch TX	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV1	ja	123	3,3848	0,810
	nein	65	3,0731	0,696
FKV8	ja	121	2,4714	0,777
	nein	67	2,7182	0,829
FKV11	ja	121	4,2851	0,875
	nein	66	3,9710	1,074
FKV12	ja	121	3,8380	0,961
	nein	66	3,4538	0,875

FKV und zur Transplantation angemeldet:

FKV 1(p=0,022), FKV 2(p=0,010), FKV 5(p=0,039), FKV 9(p=0,039), FKV 11(p=0,048) und FKV 12(p=0,002) unterschieden sich signifikant (Tab.24).

Tab.24: FKV und zur Transplantation angemeldet

	TX angem.	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV1	ja	84	3,3898	0,820
	nein	113	3,1365	0,718
FKV2	ja	84	2,4017	0,899
	nein	114	2,7492	0,960
FKV5	ja	84	2,4537	0,792
	nein	112	2,6906	0,792
FKV9	ja	84	2,2190	0,961
	nein	110	2,5079	0,958
FKV11	ja	84	4,2976	0,893
	nein	112	4,0186	1,024
FKV12	ja	84	3,9262	0,910
	nein	112	3,5076	0,946

FKV und Transplantationen in der Vergangenheit:

Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede

FKV und Selbsthilfegruppe:

Signifikante Unterscheidungen (Tab.25) bestehen in den Bereichen FKV 6(p=0,032), FKV 12(p=0,033).

Tab.25: FKV und Selbsthilfegruppe

	DV Mitglied	N	Mittelwert	Standardabweichung
FKV6	ja	38	2,4075	0,893
	nein	194	2,7275	0,827
FKV12	ja	37	3,3838	0,983
	nein	196	3,7459	0,933

FKV und Ort der Dialyseeinrichtung

Keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Ergebnisse Lebensqualität

Lebensqualität in Bezug auf soziodemographische Daten:

Lebensqualität und Geschlecht:
Keine signifikanten Unterschiede.

Lebensqualität und Alter:
Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,010$) der Lebensqualität zwischen den Gruppen (Tab.26).

Tab.26: Lebensqualität und Alter

	Alter	N	Mittelwert	Standardabweichung
QoL	ab 70	47	1,8674	0,583
	60-69	45	1,8489	0,575
	50-59	72	2,0512	0,515
	bis 49	77	2,1422	0,564

Lebensqualität in Bezug auf Wohnort und Wohnungsgröße:
Keine signifikanten Unterschiede

Lebensqualität und familiäre Situation:
Hier zeigt sich keine Signifikanz bei der Anzahl der Kinder und dem Familienstand. Jedoch in der Variable allein lebend oder zusammenlebend ergab sich eine signifikante Unterscheidung ($p=0,024$) (Tab.27).

Tab.27: Lebensqualität und in Partnerschaft oder allein lebend

		N	Mittelwert	Standardabweichung
QoL	zusammenlebend	71	2,1411	0,625
	allein	166	1,9615	0,528

Lebensqualität und berufliche Situation:
Keine Signifikanz.

Lebensqualität und Bildung:
Keine Signifikanz.

Lebensqualität in Bezug auf krankheitsspezifische Daten:

Lebensqualität in Bezug auf die Behandlungsart:
Keine signifikanten Unterschiede nachweisbar.

Lebensqualität und Dauer der Nierenerkrankung:
Keine Signifikanz.

Lebensqualität und ausreichend Vorinformationen erhalten:

Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied (Tab.28) in der Lebensqualität ($p=9,016$).

Tab.28: Lebensqualität und ausreichend Vorinformation

	Vorinfo	N	Mittelwert	Standardabweichung
QoL	ja	183	2,1931	0,572
	nein	46	1,9646	0,570

Lebensqualität und Transplantationen

Lebensqualität und der Wunsch nach einer Transplantation:

Signifikanz ($p=0,002$) bei der Gruppe welche transplantiert werden möchte (Tab.29).

Tab.29: Lebensqualität und Wunsch nach Transplantation

	TX Wunsch	N	Mittelwert	Standardabweichung
QoL	ja	123	2,1391	0,517
	nein	69	1,8789	0,574

Lebensqualität und zur Transplantation angemeldet:

Hoch signifikantes Ergebnis ($p=0,000$) zeigt die Gruppe welche zur Transplantation angemeldet sind (Tab.30).

Tab.30: Lebensqualität und zur Transplantation gemeldet

	TX angem.	N	Mittelwert	Standardabweichung
QoL	ja	83	2,1622	0,537
	nein	116	1,7789	0,579

Lebensqualität und Transplantationen in der Vergangenheit:

Keine signifikanten Unterschiede.

Lebensqualität und Selbsthilfegruppe:

Keine signifikanten Unterschiede.

Lebensqualität und Ort der Dialyseeinrichtung:

Keine signifikanten Unterschiede

Korrelationen

Unter Tabelle 31 werden im Detail die Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität dargestellt.

Tab.31: Korrelation zwischen SOC, FKV und QoL

		socv	soch	socb	soc_ sum	FKV1	FKV2	FKV3	FKV4	FKV5	FKV6	FKV7	FKV8	FKV9	FKV 10	FKV 11	FKV 12	QoL
socv_	Korrelation nach Pearson	1,000	,524**	,452**	,772**	,190**	-,389**	,083	,041	-,224**	-,260**	-,022	-,170**	-,200**	,066	,218**	,197**	,296**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,003	,000	,200	,531	,001	,000	,738	,008	,002	,312	,001	,002	,000
	N	245	245	245	245	238	239	237	234	235	236	236	238	233	235	236	237	242
soch_	Korrelation nach Pearson	,524**	1,000	,670**	,871**	,156*	-,291**	,103	,076	-,200**	-,178**	,000	-,177**	-,089	,133*	,212**	,249**	,448**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000	,016	,000	,112	,247	,002	,006	,998	,006	,177	,041	,001	,000	,000
	N	245	245	245	245	238	239	237	234	235	236	236	238	233	235	236	237	242
socb	Korrelation nach Pearson	,452**	,670**	1,000	,864**	,280**	-,310**	,202**	,095	-,199**	-,207**	,084	-,129*	-,101	,134*	,124	,298**	,461**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	,000	,002	,149	,002	,001	,200	,046	,125	,040	,058	,000	,000
	N	245	245	245	245	238	239	237	234	235	236	236	238	233	235	236	237	242
soc_sum	Korrelation nach Pearson	,772**	,871**	,864**	1,000	,253**	-,394**	,161*	,086	-,249**	-,256**	,029	-,188**	-,154*	,135*	,217**	,301**	,484**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	,000	,013	,189	,000	,000	,654	,004	,018	,039	,001	,000	,000
	N	245	245	245	245	238	239	237	234	235	236	236	238	233	235	236	237	242

7 LITERATURVERZEICHNIS

Ageborg, M., Allenius, B., Cederfjäll, C. (2005). Quality of life, self-care ability and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study. *Hemodialysis international*. 9(4).

Antonovsky, A. (1993a). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Dgvt Verlag Tübingen.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Die Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt Verlag, Tübingen, Lengerich.

Baartmanns, P. (2003). Lebensqualität als Ergebniskriterium der Pflege bei chronischen Erkrankungen. Eine systematische Literaturstudie. In: *PR-Internet. Pädagogik, Management und Informatik in der Pflege*. 4. Jahrgang Nr.6, S. 47-52. HpS-Medienverlag, Mönchaltorf CH.

Bader, S.A., Braude, R.M. (1998). „Patient informatics“: Creating new partnerships in medical decision making. *Academic Medicine*. 73(4).

Baldree, K., Murphy, S., Powers, M. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on hämodialysis. *Nursing research* 31(2).

Bandura, B. (1996). Pflege vor den Herausforderungen durch die Gesundheitswissenschaften, *Pflege*, 9.

Bengel, J. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise im Auftrag der BZgA., Erw. Neuauflage. Köln.

Bihl, M., Ferrans, C., Powers, M. (1988). Comparing stressors and quality of life of dialysis patients. *ANNA Journal* 15(1).

Brieskorn-Zinke, M. (2002). Salutogenese in der Pflege. In: Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (Hsrg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl* 2. Auflage, Juventa, Weinheim, München.

Broda, M., Bürger, W. & Dinger-Broda, A. (1995). Therapieerfolg und Kohärenzgefühl – Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationär verhaltensmedizinischer Behandlung. In: Lutz & N. Mark (Hrsg.). *Wie gesund sind Kranke?* Verlag für Angewandte Psychologie. Göttingen.

Brüggemann, I. (2006). Patientenpartizipation in Krankenhaus – Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel von Dialysepatienten. In: *PInterNet 2006* (1)

Caress, A. (1997). Patient roles in dication-making. *Nursing times* 93(31).

Christóvão, F. (1999). Stress, Verarbeitung und Lebensqualität chronischer Hämodialysepatienten. In: EDTNA/ERCA Journal XXV(4).

Corbin, J.M., Strauss, A. (1998). Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Ullstein Medical. Wiesbaden.

Curtin, R.B. (2004). Self-Management, Knowledge and Functioning and Well-Being of Patients on Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal. 31(4).

Deers, A. (1992). Die Psychische „Einverleibung“ der Maschine – Phantasie – und stimmungsorientierte Balintgruppe. Dialyse-Cocktail, Interessengemeinschaft für Dialysepatienten und Nierentransplantierten in Bayern e.V., 4.

Deers, A. (1998). Verarbeitungsformen von Dialysestress. In: Franz, H.E. Dialyse. Pabst Science Publishers.

DeOreo, P.B. (1997). Hemodialysis patient assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance. American Journal of Kidney Diseases. 30(2).

Dohmann, C. (2003). Psychologische Aspekte in der Betreuung von Dialysepatienten. In: Breuch, G.(Hrsg.). Fachpflege für Nephrologie und Dialyse. 3. Auflage. Urban & Fischer. München, Jena.

Faltermaier, T., Kühnlein, I, Burda-Viering, M. (1998). Gesundheit im Alltag, Verlag Juventa, Weinheim, München.

Funk, S. (Hrsg.), (1997). Die Pflege chronisch Kranker. Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Gesundheitsbericht Steiermark (2005). Amt der steiermärkischen Landesregierung. Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen. www.gesundheit.steiermark.at.

Goodkin, D., Mapes, D., Held. P. (2000). The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): How Can We Improve the Care of Hemodialysis Patients? Semin Dial. 2001 Mai-Juni, 14 (3).

Harbacher W. (2007). Nephrologische Versorgung in der Steiermark. Modellbasierte Schätzung des Bedarfs an Hämodialyseplätzen für die Jahre 2010 und 2015. i.A. des Gesundheitsfonds Steiermark. Graz, Joaneum Research Forschungsgesellschaft mbH.

Hausmann C. (2005). Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Facultas Universitätsverlag. Wien.

Heim, E. (1989). Coping und Adaptivität, Gibt es ein geeingnetes oder ungeeignetes Coping?, Psychother., Psychosom., medizinische Psychologie, 38.

Horsburgh, M.E. (2005). Salutogenese: Ursprünge der Gesundheit und Kohärenzgefühl. In: Hill Rice, V. (Hrsg.) Stress und Coping. Verlag Hans Huber. Bern.

Höfer, R. (2002). Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. In Wydler, H., Kolip, P., Abel, T. (Hrsg): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis einer gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa Verlag, Weinheim, München.

KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Diseases: Evaluation, Classification and Stratification. American Journal of Kidney Diseases, 2002 Feb; 39 (2, Sup) www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm

Kidney Disease (2007). Common, Harmful, Treatable World Kidney Day, a joint initiative of the International Society of Nephrology (ISN) and the International Federation of Kidney Foundation (IFKF) www.worldkidneyday.org

Küchler, T., Rappat, S., Holst, K., Graul, J., Wood-Dauphinee, S., Henne-Bruns, D., Schreiber, H.W. (1996). Zum Einfluss psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Forum Deutscher Krebsgesellschaft, 1.

Latham, C.E. (1998). Is there data to support the concept that educated, empowered patients have better outcomes? Journal of the American society of Nephrology. 9(12).

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. Publishing company Inc. Springer. New York.

Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. Journal of Advanced Nursing 37(4).

McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (1996). Nursing interventions classification (NIC). 2.Aufl. C.V. Mosby. New York.

Miller, J.-F. (2003). Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Mishel, M. (1997). Mit chronischer Krankheit leben: Mit Unsicherheit leben. In: Die Pflege chronisch Kranker, Funk, S.G., Tornquist, E.M., Champagne, M.T., Wiese, R.A. (Hrsg.). Key Aspekts 1, Huber. Bern.

Mok, E., Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic hämodialysis patients in Hong Kong. In: Journal of Clinical Nursing 2001 Jul. 10(4).

Muthny, F.A. (1988). Illness specificity and coping with illness--an empirical comparison of dialysis and heart infarct patients. Psychosom. Med. Psychoanal. 1988.

Noack, H., Bachmann, N., Oliveri, M., Kopp, H.G., Udris, I. (1991). Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung auf der Grundlage von Übersetzungen von Strub, B., Fischer-Rosenthal, W., Weiss, W., Sigrist, J. Bern.

Noll, R. (1998). Dialysepflege. In: Kellnhauser, E. (Hrsg.) Der diagnoseorientierte Pflegeprozess, Bd.2. Bibliomed. Melsungen.

Orem, D. (1997). Eine Theorie der Pflegepraxis. In *Pflegetheorien. Beispiele aus USA*, Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., Meleis, A. (Hrsg.) Huber, Bern.

Österreichische Gesellschaft für Nephrologie (2006). Jahresbericht 2005, Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2000). Berufsbild, Wien.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), (2004). Offenes Curriculum – Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Wien.

Ricka, R., Evers Georges, C.M. (2004). Behandlungsart, Selbstpflege und Wohlbefinden von dialysierten Patienten. In: *Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift*. 17. Jahrgang. Huber, Bern.

Rosenbrock, R. (2002). Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: *Innovation durch New Public Health*. Flick, U. (Hrsg.), Hofgreffe, Göttingen.

Roy, C., Andrews, H. (1991). The Roy adaption model: The definitive statement. Appleton/Lange, Norwalk.

Schaeffer, D., Moers, M. (2003). Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderung für die Pflege. In *Handbuch Pflegewissenschaft*. Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) 1. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim.

Schuchardt, E. (1979). Soziale Integration Band 2, Weiterbildung als Krisenverarbeitung. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Klinkhardt Verlag. Bad Heilbrunn.

Schumacher, J., Gunzelmann, T., Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Chereence Scale von Antonovsky. *Diagnostica* 46: 154-164, Berlin.

Siegrist, J. (1991). Die Erfassung subjektiver Gesundheit bei Patienten in der Kardiologie. In: *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* Nr. 16.

Sokol, C., Hoppenworth, U. (2006). Arbeiten mit Dialysepatienten. Praxisbuch für Fachpersonal. Springer. Heidelberg.

Strobl, J. (2000). Gesundheitsförderung – eine neue Herausforderung für die Pflege. In: *Danzinger, A. (Hrsg.) Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege*. Maudrich. Wien.

Stronegger, W., Freidl, W., Rasky, E. (1997). Health behaviour and risk behaviour. Socioeconomic differences in an Austrian rural country, *Social Science Medicine*, 44,3.

Trojan, A., Legewie, H. (2001). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS Verlag. Frankfurt.

Weiss-Faßbinder, S., Lust, A. (2000). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) samt ausführlichen Erläuterungen. 3. Auflage, Manz, Wien.

Weis, J., Koch, U. (1998). Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse – eine theoretische Einführung, In Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Koch, U., Weis, J. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart.

Weiß, W., Gognalons-Nicolet, M. (1999). Medizin und Gesundheitssoziologie. In: Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (Hrsg.) Sozial- und Präventivmedizin Public Health. 2. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

WHO (1999). Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung (=Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für Alle“ 5). Kopenhagen.

Yeh, S.C., Chou, H.C. (2007). Coping strategies and stressors in patients with hämodialysis In: Psychosom. Med. 2007 Feb.-Mar., 69(2).