

ZUSAMMENFASSUNG



www.inter-uni.net > Forschung

Sterben und Sterbebegleitung als Aufgabe Ressourcen und Unterstützung für Palliativpatienten und ihre Angehörigen Zusammenfassung der Arbeit

Autorin: Elisabeth Durec

Betreuerin: Elke Mesenholl-Strehler

Einleitung

Hintergrund und Stand des Wissens:

Die medizinische Forschung, Medizintechnologien und biomedizinische Wissenschaften haben sich in den letzten Jahrzehnten rasant entwickelt. Elektronische Datenbanken stellen der Evidence Based Medicine Millionen von Daten und Forschungsergebnissen zur Verfügung. Hochentwickeltes Detailwissen und Expertentum wird im Kampf gegen immer genauer erforschte Krankheiten eingesetzt. Hilfsbedürftigkeit, Leid und Hinfälligkeit am Ende des Lebens, bei weit fortgeschrittenen, todbringenden Krankheiten, von multimorbiden, hochbetagten oder chronisch kranken Menschen lassen sich durch die pathogenetisch ausgerichtete Medizin allein nicht beantworten. Die Probleme und Leidenszustände der Patienten sind komplex und vielfältig, betreffen immer auch das soziale Umfeld und die Angehörigen und stellen an Professionisten spezielle Anforderungen. Das Thema Tod und Sterblichkeit und Arbeit im Umfeld des Sterbens erfordern spezielle Kompetenzen, eigene Forschungsmethoden, die Entwicklung von Konzepten und deren Umsetzung in Organisationen. Sie betreffen gleichermaßen medizinische, therapeutische und Pflegeberufe, die Sozialmedizin, die Gesundheitsforschung und die Soziologie.

Physiotherapie:

Die Physiotherapie stellt durch die Ausbildung und das Studium, sowie durch die Berufsorganisation und die Arbeitsweise einen Berufszweig dar, welcher eine Ressource und Unterstützungsform für schwerstkranken und sterbende Patienten sein könnte. Die Kernkompetenz, nämlich der physiotherapeutische Prozess, schließt Dialog, Vernetzung, Dokumentation und Evaluation in den Therapieverlauf ein. Die Arbeit an Körperwahrnehmung, Bewegung und Haltung bietet einen holistischen Zugang zum Patienten, spezielle Techniken eignen sich hervorragend zur Symptomenkontrolle, die Therapeut-Patientbeziehung und die Einbeziehung des familiären Umfeldes bieten eine psychosoziale Ressource. Die Palliation (von pallium = lat. Mantel), also die Begleitung und Linderung, ergänzt den präventiven, kurativen und rehabilitativen Arbeitsbereich der Physiotherapeutinnen komplementär. Forschungsergebnisse liegen vor allem über physiotherapeutische Interaktionen bei Palliativpatienten vor.

Palliative Care und Hospizwesen:

Laut der WHO Definition entspricht Palliative Care einer Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme sollen frühzeitig, aktiv gesucht, erfasst und angemessen behandelt werden.

Bei der Vermittlung und Umsetzung der Inhalte von Palliative Care geht es um drei Bereiche:

- Wissen (knowledge): Erkenntnis, Forschungsergebnisse, Information
- Fertigkeiten (skills): therapeutische, pflegerische, medizinische Techniken
- Haltung (attitude): Einstellung dem Leben und Sterben, der Situation, dem Patienten und seinen Angehörigen, sich selbst gegenüber

Ein Hauptaspekt von Palliative Care ist die Kommunikation: inter- und intraprofessionelle Kommunikation, empathische Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen, Öffentlichkeitsarbeit. Palliative Care ist „das Dach, worunter sich alle Professionisten... versammeln“ (Heller A. 2000), ohne Teamarbeit, Multi- und Interprofessionalität, mit hierarchischen und autoritären Strukturen oder im Alleingang ist diese Arbeit nicht denkbar. Der *holistische Handlungsansatz* begegnet den Bedürfnissen der Betroffenen auf allen Ebenen des Menschseins. Der *psychosoziale Aspekt* bezieht das Umfeld und die Familie stark in das Konzept ein, womit soziologische und familiensystemische Fragen und Erkenntnisse zum Tragen kommen, aber auch praktische Aspekte, wie materielle Ressourcen, Zeit und Kompetenzen.

In Wissenschaft und Lehre von Palliative Care haben das salutogenetische Konzept und gesundheitsförderliche Aspekte einen zentralen Stellenwert. (Knipping C. Lehrbuch Palliative Care 2007). Das Verhältnis zwischen Risiken und Ressourcen, Kompetenzen und Schutzfaktoren und der individuelle Umgang damit rücken in den Mittelpunkt des forschenden Interesses. (Richter, 2005).

Die hermeneutische Kompetenz, das Fallverstehen, also die Fähigkeit im Gespräch Wahrgenommenes zu deuten und ein komplexes Bild von den individuellen Bedürfnissen von Palliativpatienten und ihren Angehörigen zu bekommen, ist für Professionisten im Palliative Care entscheidend.

Salutogenese, Gesundheitsförderung:

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) ist der Begründer der Salutogenese, der Beforschung der Gesundheit. Der Kernaspekt seiner Forschung ist der SOC, Sense of Coherence, das Kohärenzgefühl. Es beschreibt ein in Kindheit und Jugend ausgeprägtes, stabiles, dynamisches Persönlichkeitsmerkmal, welches das Individuum ein auf Gesundheit, Gelingen und Engagement ausgerichtetes Leben anstreben und erwarten lässt. Diese Lebensorientierung beinhaltet die drei Aspekte der Verstehbarkeit (comprehensibility), der Handhabbarkeit (manageability) und der Bedeutsamkeit (meaningfulness). Antonovsky entwickelte den SOC Fragebogen zur Lebensorientierung, ein Messinstrument für den Kohärenzsinn. Dieser ist auch die Basis für Stress- und Bournoutforschung und Studien zur Lebensbewältigung unter besonders belastenden Bedingungen.

Andere soziologische Konzepte erfassen ebenfalls den Zusammenhang von äußerer Belastung und Persönlichkeitsmerkmalen und deren Dynamik, wie das transaktionale Stressmodell (Lazarus/Folkman 1984), das Konzept der Widerstandsfähigkeit (Kobasa 1979,1982) oder die Wirkung sozialer Unterstützung (Schwarzer 2004). Empowerment- und Efficacy- Konzepte zielen auf Ressourcenstärkung, Optimierung der Eigenwirksamkeit und Wachstum in belasteten Lebenssituationen ab.

Laut der Ottawa- Charta 1986 ist der Einsatz für die Gesundheit der Menschen ein vorrangiges Anliegen, welches auf allen sozialen Ebenen Einsatz verlangt. Dabei muss sowohl an dem Gesundheitsverhalten als auch an gesunden Verhältnissen (Lebenswelten) gearbeitet werden. Der Settingansatz beschreibt die Umsetzung gesundheitsfördernder Lebenswelten. Das Kernstück eines Lebensumfeldes

soll unter gesundheitsförderlichen Aspekten gestaltet werden, unter Teilhabe und Einbeziehung aller anwesenden Personen.

Forschungsfrage

In der vorliegenden Arbeit werden Familien mit schwerkranken, sterbenden Patienten mit ihren Lebensbedingungen und Ressourcen, auch unter Einbeziehung der Professionisten, als Setting betrachtet. Die Ressourcen, Barrieren und Defizite zur Bewältigung der belasteten Zeit sollen erhoben werden.

Die empirische Studie soll Aufschluss darüber geben, welche Art von professioneller Unterstützung für Familien, welche einen todkranken Patienten gepflegt, betreut oder begleitet haben, hilfreich war, was an Hilfe gefehlt oder die Bewältigung der schwierigen Zeit gestört hat. Was waren die familieninternen Ressourcen? Kann das Sterben und die Betreuung des Sterbenden als Aufgabe wahrgenommen werden?

Weiters soll untersucht werden, inwieweit sich Ressourcen und soziale Unterstützung den Aspekten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit nach Antonovskys Kohärenzkonzept zuordnen lassen.

Die Hypothese lautet: Experteninterventionen, welche auf die drei Aspekte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit nicht eingehen, werden nicht als hilfreich erlebt. Ressourcenorientiertes, salutogenetisches Vorgehen stärkt und unterstützt die Betroffenen und entlastet auch die Professionisten.

Methodik

Design:

Die Forschungsarbeit gehört in den Bereich der qualitativen Sozialforschung. Diese dient der Erlangung, Weiterentwicklung und Verfeinerung von Erkenntnissen durch empirisches Material und weiterführende Interpretation. (Kleining G., 1982). Der empirische Teil der Arbeit wurde als qualitative Einzelfallstudie vorbereitet. Die Fallserie soll Aufschluss über Ressourcen, Empowerment und professionelle Unterstützung in Familien mit sterbenden Patienten geben. Zur Erhebung von Datenmaterial wurden problemzentrierte Interviews (PZI nach A. Witzel) geführt. Dem Gegenstand angemessen, wurde auf Dialog, Prozessorientierung und Offenheit Wert gelegt.

Die Interviews:

Die Interviews sollten sehr narrativ und wenig strukturiert geführt werden. Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden erstellt, welcher die Erzählung der Interviewpartner (IP) in Phasen, dem befragten Krankheits- und Sterbeprozess folgend, ablaufen lassen sollte. Als Grundgerüst wurden die Komponenten des SOC nach Antonovsky, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit operationalisiert, es sollten Aussagen über Ressourcen, Bewältigungsstrategien und professioneller Hilfe erhoben werden. Die TeilnehmerInnen der Studie, Angehörige bereits verstorbener Patienten, wurden über Verbindung zu hospizlichen Einrichtungen erhoben. Um eine größere Varianz der Aussagen zu erzielen, wurden verschiedene Familiensituationen ausgewählt und die TeilnehmerInnen zu drei Gruppen zusammengefasst. Es nahmen acht Frauen und ein Mann an der Studie teil. Das Durchschnittsalter in Gruppe 1 betrug 53a, in Gruppe 2 71,3a und in Gruppe 3 56,3a zum Zeitpunkt der Interviews. Die Interviews wurden von Oktober 2008 bis Januar 2009 auf einem Diktiergerät aufgenommen, die Dauer betrug zwischen 40 und 60 Minuten. Jedes Interview wurde in der folgenden

Woche wörtlich transkribiert, mit einem Code anonymisiert und mit einigen erhobenen demographischen Daten versehen. Die Transskripte dienten als Datenfundus für die Analyse.

Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse:

Die Texte wurden in einem ersten Schritt nach dem Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring P. (2007) reduziert und gebündelt. Dabei wurden die relevanten Textteile paraphrasiert und geordnet. Als deduktiver Schritt wurden für die drei Hauptkategorien die Aspekte von Antonovskys Kohärenzkonzept, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit operationalisiert. Das weitere Kategoriensystem wurde nach dem Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Abb.11a, S.75 Mayring P. 2007) entwickelt und nach dem Prinzip einer inhaltlichen Strukturierung geordnet und dargestellt.

KAT I		KAT II		KAT III	
Aspekt der Verstehbarkeit		Aspekt der Handhabbarkeit		Aspekt der Bedeutsamkeit	
KAT I 1	KAT I 2	KAT II 1	KAT II 2	KAT III 1	KAT III 2
intrinsische Aspekte	Experten-Verhalten	Bewältigen, eigene Ressourcen	Unterstützungsformen durch Professionisten	Bewertung der Situation durch IP und Patient, Rolle	Wertschätzung, motivative Unterstützung

Tabelle 1: das Kategoriensystem

Ergebnisse der Studie

Die Fallgeschichten

Aus den nach P.Mayrings Ablaufmodellen geordneten und analysierten Textteilen wurden zu jeder Hauptkategorie je neun Fallbeschreibungen erstellt. Die Fallbeispiele wurden zusätzlich in drei Untergruppen zusammengestellt, die sich durch die Familiensituation unterscheiden.

Für die Kategorie I (KAT.I.) Verstehbarkeit wurden die Aussagen der Interviewpartner (IP) zu der Situation der Erkrankung eines Angehörigen mit infauster Prognose, zur innerfamiliären Kommunikation und zum Informationsfluss und zur Beratung durch Professionisten nach den Gesichtspunkten geordnet: „was hat geholfen, die Situation zu verstehen und sich von den Aufgaben, die auf die Familie zukommen, ein Bild machen zu können, was hat gefehlt oder den Prozess des Annehmens gestört?“ Innerfamiliäre Ressourcen und Unterstützung durch Professionisten wurden dem Aspekt Verstehbarkeit des Kohärenzgefühls nach Antonovsky zugeordnet. Der Textanalyse zu Kategorie I wurden jeweils eine kurze Beschreibung der Familiensituation und demographische Daten vorangestellt.

Für die Kategorie II (KAT.II.) Handhabbarkeit wurden die Teilgeschichten der 9 Interviews dargestellt, welche Aussagen zu der Frage: wer oder was hilft, die schwere Zeit der Pflege eines

sterbenden Angehörigen und die Zeit des Sterbens zu bewältigen, enthalten. Wie haben die Betroffenen dieses Lebensereignis erlebt und gestaltet? Welche generalisierten Widerstandskräfte, welche persönlichen Voraussetzungen, welche inneren Ressourcen wurden mobilisiert, welche äußeren Unterstützungsformen wurden in Anspruch genommen um diese erhöhte Anforderung handhaben zu können, beziehungsweise, was hätte geholfen oder was hat die Situation zusätzlich belastet?

Für Kategorie III (KAT.III.) Sinnhaftigkeit wurden die zusammengefassten, strukturierten Teile der Interviews dargestellt, die Aussagen zur Bedeutung und Sinnhaftigkeit des Engagements in der Zeit der Pflege und des Sterbens eines Familienmitgliedes enthalten. Was war wichtig für den Patienten, die IP, welche Bedeutung haben Sterben und Tod, wie wertschätzend sind Professionisten mit der Familie umgegangen? Wie bewerten die IP das Lebensereignis retrospektiv?

Das Kategoriensystem

Zu jedem Kapitel (benannt nach den Hauptkategorien) wurden in einem Interpretationsteil eine Tabelle mit den geordneten Aspekten und Begriffen und ein Textteil mit deren Erklärungen erstellt.

KAT I Verstehbarkeit	
KAT I 1	KAT I 2
Intrinistische Aspekte, innerfamiliäre Kommunikation	Information, Kommunikation, kognitive Unterstützung durch Professionisten
<ul style="list-style-type: none"> • Vorhersagbarkeit • Emotional-kognitive Aspekte <ul style="list-style-type: none"> ○ Intuition ○ Hoffnung ○ Angst • Sterben und Tod war Thema • Kommunikation zwischen Patient und Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> ○ Offene Gespräche, gemeinsame Entscheidungen ○ Keine offenen Gespräche ○ Vorwissen als Ressource ○ Kein Vorwissen, aber neues Lernen als Herausforderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfängliche Diagnoseschritt <ul style="list-style-type: none"> ○ Klar kommuniziert, gut begleitet ○ Verwirrende Kommunikation, diffuse oder falsche Aussagen • Diagnoseverkündung, Überbringen von schlechter Nachricht <ul style="list-style-type: none"> ○ Kompetent und einfühlsam ○ Unangemessen, inhuman • Information, wie, wo und durch wen <ul style="list-style-type: none"> ○ Zufällig oder durch bekannte Professionisten ○ Automatisch, aufsuchend ○ Die Professionisten: Hausarzt, Pflege, Physiotherapeutin, Spital • Kommunikation, Information aus alternativen und komplementären Bereich <ul style="list-style-type: none"> ○ Hat gut getan ○ War unseriös

Tab.2. Aussagen zu KAT.I. Verstehbarkeit

KAT II Handhabbarkeit, Machbarkeit	
KAT II 1	KAT II 2
Innerfamiliäre Ressourcen	Professionelle Unterstützung
<ul style="list-style-type: none"> • Das Ehepaar als Team • Andere Familienmitglieder, Verwandte und Freunde • Räumliche Ressourcen • Zeitliche Ressourcen • Finanzelle, materielle Ressourcen • Pflegekompetenz • Gesundheit, Krankheit, Zusammenbrüche 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktische Unterstützung • Informative Hilfe • Bestätigung, Bestärkung, evaluative Unterstützung • Professionisten <ul style="list-style-type: none"> ○ Hausärzte ○ Fachärzte ○ Krankenhausteams ○ Notarztteams ○ Rettungsleute und freiwillige Helfer ○ Physiotherapeutinnen ○ Mobile Pflegedienste

Tab.3. Aussagen zu KAT.II. Handhabbarkeit

KAT III Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit	
KAT III 1	KAT III 2
Intrinistische Aspekte	Professionisten, externe Hilfe
<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung für den Patienten • Die Rolle der Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> ○ Phasen der Trauer ○ Fürsorge und Schutz ○ Stark sein, Hilfe annehmen, Schuldgefühle • Bindung, Liebe, Zuneigung • Auseinandersetzung mit Sterben und Tod • Bedeutung der Sterbebegleitung aus der heutigen Sicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestärkung, Wertschätzung • Unterstützung in der Sterbephase • Trost und Trauerbeistand • Spirituelle Ressourcen

Tab.4. Aussagen zu KAT.III. Sinnhaftigkeit

Diskussion und Ausblick

In multi- und interprofessioneller Teamarbeit, sowie bei holistischem Zugang zu Problemen und Situationen ist die Kenntnis der Kompetenzen aller beteiligten Professionen wichtig. Ebenso können Betroffene nur dann Nutzen aus professionellen Angeboten ziehen, wenn sie die Grundzüge der Arbeitsweisen und Absichten von Berufsangehörigen und Institutionen kennen.

Die Absicht des Theorieteiles der vorliegenden Arbeit war es daher, Grundlagen aus Physiotherapie, Palliative Care und Salutogenese vorzustellen und damit den interprofessionellen Dialog und die Kommunikation zwischen Professionisten und Laien zu fördern. Dabei wurde in jedem Kapitel, aus der jeweiligen Sichtweise, der Zugang zum Forschungsobjekt der empirischen Studie, nämlich der Sterbephase von Palliativpatienten zu Hause, dargestellt.

Die Überschneidungen und Parallelen der dargestellten Bereiche definieren den Inhalt und die Motivation zur Forschungsarbeit.

Die Schnittstelle Physiotherapie, Palliative Care, Gesundheitsförderung und Salutogenese beinhaltet therapeutische Interaktionen unter salutogenetischen Aspekten mit Palliativpatienten und ihren Familien, Engagement und Bewältigung der Sterbephase in Familien unter Einbeziehung sozialer Unterstützung.

Die Ansätze, Inhalte und Grundlagen der drei vorgestellten Konzepte lassen sich den Aspekten des Kohärenzkonzeptes (Antonovsky) zuordnen. Es gibt jeweils einen kognitiv- intellektuellen, kommunikativen Wissensaspekt, einen pragmatischen Handlungsansatz auf der kognitiv- emotionalen und praktischen Ebene und Prozess begleitend, beziehungsweise phasenübergreifend, den Aspekt der geistigen Einstellung, Beziehung, Rolle, die Ziel- und Sinnfrage als emotional- motivative Komponente.

Salutogenetischer Aspekt	Physiotherapie	Palliative Care	Gesundheitsförderung
Verstehbarkeit Kognitive Ebene Informative Hilfe Kommunikation	Wissen: Evidenzbasierte Therapie, clinical reasoning, interdisziplinäre Kommunikation, symmetrischer Dialog mit Patienten, PR	Wissen (knowledge) zum Sterbeprozess, Phasen, Probleme, Symptome, empathische Kommunikation, PR	Information zur Gesundheit über alle Ebenen (Politik, Kommunen, Erziehung..) symmetrische Kommunikation, Beratung als Ressource
Machbarkeit (manageability) Handlungsebene Bewältigen	Techniken, Behandlungskonzepte, Methoden, Interaktionen	Fertigkeiten (skills) medizinische, pflegerische, therapeutische, psychologische Interventionen	Soziale Hilfe und Unterstützung, instrumentell informativ evaluativ materiell
Bedeutsamkeit (meaningfulness) Sinn, Ziel Emotional-motivative Ebene	Reflexion, Patient-Therapeut- Beziehung, Rolle im Helferberuf, Selbstachtsamkeit, Empathie	Haltung (attitude), Umgang mit dem existentiellen Thema Tod und Sterben, Wertschätzung, Teamfähigkeit	Autonomie, Selbstbewusstsein, Eigenverantwortung

Tab.5. Salutogenetische Aspekte in Physiotherapie, Palliative Care und Gesundheitsförderung

Zusammenfassend lassen sich folgende Antworten auf die Fragen, ob Sterben und Sterbebegleitung als kohärent erlebt werden können und ob sich Ressourcen den Aspekten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zuordnen lassen, aus den Ergebnissen der Studie geben:

- Personen, die früher schon eine Lebensorientierung, die einem starken SOC entspricht, hatten, können auch in der Situation einer todbringenden Krankheit eines Familienmitgliedes leichter innere und äußere Ressourcen mobilisieren.
- Die grundsätzliche Einbeziehung der Sterblichkeit und des Todes ist Teil einer ganzheitlichen, salutogenetischen Lebensbegleitung.
- Sowohl innere Ressourcen als auch professionelle Unterstützung lassen sich tendenziell den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zuordnen, wobei sich die Aspekte häufig überschneiden, beziehungsweise gegenseitig bedingen.
- Interventionen und Unterstützung für Palliativpatienten und ihre Angehörigen sollen die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Lebenssituation bestärken, dann werden sie als hilfreich angenommen.
- Für Professionisten im Palliative Care ist wahrscheinlich ein starker SOC von Vorteil, um im Umfeld von todbringender Krankheit, Sterben, Verlust und Trauer hilfreich und lebens- und gesundheitsstärkend agieren zu können.
- Der wichtigste Aspekt ist für Patienten, Angehörige und Professionisten Sterben und Tod als Teil des normalen Lebens zu akzeptieren und dadurch Sinn in der Gestaltung des Lebensendes und Motivation zum Engagement zu finden.

Schlussfolgerung:

Die Aussagen der IP, also der betroffenen Laien, bestätigen die Hauptanliegen einer salutogenetisch ausgerichteten Palliative Care. Die beste und wissenschaftlich fundierte medizinische Behandlung wird nur in Verbindung mit empathischer Kommunikation und nur als Teilaspekt sozialer Unterstützung als hilfreich empfunden. Bei allen ärztlichen, therapeutischen und sonstigen professionellen Unterstützungen sind das aktive auf die Betroffenen Zugehen, das Bekannt- und Vertrautsein und die Erreichbarkeit die wichtigsten Aspekte. Professionisten werden als gute Helfer empfunden, wenn sie zu Verstehbarkeit und Bewältigung der Situation beitragen und familiäre Ressourcen stützen. „Gesundes Sterben“ muss ein Thema der Gesundheitsförderung sein, da im Umfeld von sterbenden Patienten komplexe Probleme und Leid entstehen, welche Öffentlichkeit und Institutionen ebenso angehen wie betroffene Familien und einzelne Individuen.

Eigenkritisches:

Die vorliegende Arbeit war als Beitrag zum interprofessionellen Dialog und zum Verknüpfen von wissenschaftlicher Erkenntnis mit Erlebten von Betroffenen angelegt. Die aufwendige Technik der Inhaltsanalyse narrativer Interviews liefert keine harten Fakten. Die Ergebnisse lassen sich quantitativ nicht weiterverwenden. Als wissenschaftlicher Artikel oder als Unterlage für Vorträge und Seminare lassen sich nur Teilaspekte verwenden. Für große Datenmengen und einer größeren Anzahl von Teilnehmern, wie zum Beispiel bei einer Querschnittsstudie oder Bedarfserhebung, müsste die Fragestellung mehr Tiefenschärfe haben. Umfangreiches Material sollte in Teamarbeit als Projekt mit konkreten Arbeits- und Zeitplan bearbeitet werden, da die Analysearbeit in ihren vielen Ablaufschritten für eine einzelne Person einen enormen Aufwand bedeutet und vielleicht schwer nachvollziehbar und dokumentierbar ist.

Ausblick:

Zu konkreten Fragestellungen, zum Beispiel in Bezug auf empathische Kommunikation, auf Bekanntheit und Erreichbarkeit von Professionisten, über hilfreiche Interventionen von Physiotherapeutinnen könnten ebenfalls Betroffeneninterviews durchgeführt werden, allerdings wäre eine stärkere Strukturierung und engere Problemzentrierung von Vorteil. Interessant könnten Studien über Experten im Palliative Care unter Einbeziehung des SOC Fragebogens sein. Bei Bedarferhebungsstudien sollte der Aspekt der eigenen Ressourcen von Betroffenen und deren Stützung durch Professionisten beachtet werden.

1.4. Literatur

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Die Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)

Blättner B. & college@inter-uni.net: Fundamentals of Salutogenesis - Health Promotion (WHO) and Individual Promotion of Health: Guided by Resources / Salutogenetische Grundlagen

Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen. edition@inter-uni.net

Bundesverband der Diplomierten Physiotherapeuten Österreichs. (Hrsg.). (2004). Berufsprofil der/ des diplomierten Physiotherapeuten. Fachzeitschrift-Physiotherapie 1a/2004, 12-14

Endler P. C. & college@inter-uni.net: Working Scientifically in Complementary Medicine and Integrated Promotion of Health / Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung. edition@inter-uni.net 2004.

Hitzler, R., Honer, A. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske/ Budrich, 1997.

Knipping C. (Hrsg.) Lehrbuch für Palliative Care. Verlag Hans Huber Bern 2006

Mayer H. & Van Hilten E.: Einführung in die Physiotherapieforschung. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2007.

Mayring P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 2002.

Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag, 2007.

Zapotoczky, K. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand. Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz 2002.

www.wissioimed.de/pdf_dateien/salutog.pdf Zusammenfassung Schutzfaktoren von Prof. Dr. med. Fischer Bernd