

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

20.09.2010 bis 05.10.2011

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Qualitätsicherung bei der
Schulung von Patienten
mit Diabetes mellitus**

vorgelegt von: Margarethe Plamenig
Landeskrankenhaus Wolfsberg
Interne Abteilung

begutachtet von: OSR. MMag. Dr. Leber-Anderwald
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Bildungszentrum

August/2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Plamenig Margarethe

Wolfsberg, August/2011

Kurzzusammenfassung

Im Rahmen des Weiterbildungslehrgangs für Führungsaufgaben wird in dieser Abschlussarbeit die Qualität der Schulung und Betreuung für Patienten mit Diabetes mellitus betrachtet. In der theoretischen Bearbeitung wird überprüft, ob die Qualitätskriterien für eine Diabetesschulung erfüllt sind. In der praktischen Bearbeitung wird die Schulung und Betreuung in Bezug auf Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit betrachtet. Das Ergebnis und die Schlussfolgerungen beider Betrachtungsweisen werden im Resümee zusammengefasst. Für eine Führungskraft ist das Sichtbarmachen von vorhandener Qualität ein wichtiges Managementinstrument um bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten die Mitarbeitermotivation zu erhalten und zu fördern.

Abstract

In this graduate thesis, as part of the training course for leadership, the quality of training and coaching for patients with diabetes mellitus is considered. The theoretical treatment checks out if the quality criteria for a diabetes education program are fulfilled. In practical processing, the training and coaching in relation of customer orientation and customer satisfaction is considered. The outcome and conclusions of both approaches are combined in the summary. For a manager, the visualization of quality is an important management tool to preserve and promote the staff motivation in the care of chronically ill patients.

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
DKGS/P	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst
DKKS/P	Diplomierte Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
et al	et alii, und andere
f/ff	folio, Blatt, und das folgende
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HbA1c	glykierte Hämoglobine
KABEG	Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft
LA	Lebensaktivität
LKH	Landeskrankenhaus
LQ	Lebensqualität
MW	Mittelwert
N	Nomination, Anzahl der Personen
od.	oder
PH	Pflegehelfer
RLT	Roper Logan Tierney
S.	Seite
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
vgl.	vergleiche
VÖD	Verband der Österreichischen Diabetesberater
z.B.	zum Beispiel
Zit.	Zitat

Inhaltsverzeichnis

0	VORWORT	6
1	EINLEITUNG	7
1.1	Vorstellung der Station Medizin 4.....	7
1.2	Definition Diabetes mellitus	14
2	SCHULUNG UND INTERAKTIVE BETREUUNG DER PATIENTEN	16
3	LEBENSQUALITÄT ALS ZIEL	20
4	DAS LEBENSMODELL NACH ROPER-LOGAN-TIERNEY	22
4.1	Das Pflegemodell nach Roper-Logan-Tierney	23
4.2	Lebensaktivität für eine sichere Umgebung sorgen	24
4.3	Lebensaktivität Kommunizieren	26
4.4	Lebensaktivität Essen und Trinken	29
4.5	Lebensaktivität sich sauber halten und kleiden	33
4.6	Lebensaktivität Sich als Mann und Frau fühlen und verhalten	35
5	EMPIRISCHER FORSCHUNGSTEIL	39
5.1	Patientenbefragung	40
6	SCHLUSS	54
7	RESÜMEE	55
8	LITERATURVERZEICHNIS	58
9	INTERNETQUELLEN	59
10	ABBILDUNGSVERZEICHNISS	59
11	TABELLENVERZEICHNISS	59
12	ANHANG 1	61
	ANHANG 2	64

0 VORWORT

Ich bin seit 1985 an der Internen Abteilung im Landeskrankenhaus Wolfsberg, im weiteren LKH Wolfsberg genannt, beschäftigt und habe während dieser Zeit an unterschiedlichen Stationen im Hause gearbeitet. Meine Tätigkeitsbereiche waren die Station Medizin 3, an diese ist die Notfallambulanz angeschlossen und die Intensiv-Beobachtungsstation. Mit Mai 2009 habe ich die Stationsleitung an der Station Medizin 4 übernommen, an welcher auch die Diabetesambulanz integriert ist.

Aus diesem Grunde stellen sich mir zwei Forschungsfragen:

F 1: Wie wirken sich die Diabetesschulung und die stationäre Betreuung der Patienten auf die Bewältigung des täglichen Lebens aus?

F 2: Ist der Tagesablauf flexibler oder unflexibler bzw. einfacher oder erschwert?

Die oben genannten Fragen sind deshalb von Bedeutung, da an der Station Schulungen und interaktive Betreuung der Patienten stattfinden und es für mich als Führungskraft von Interesse ist, welche Wirkung die Schulung auf deren Alltag und Lebensqualität nimmt. Die Qualität der angebotenen Schulung soll im Rahmen der Kundenorientierung und der Mitarbeitermotivation gesichert und überprüft werden.

In weiterer Folge ist es mir aber auch wichtig zu evaluieren ob die Betreuungsqualität, im Rahmen der Diabetesschulung, verändert werden sollte. In diesem Zusammenhang bin ich zu folgenden Hypothesen gelangt:

Hypothese 1: Die Diabetesschulungen und die interaktive Betreuung während des stationären Aufenthaltes haben Einfluss auf das tägliche Leben der Patienten.

Hypothese 2: Die Schulung und der stationäre Aufenthalt stehen im direkten Zusammenhang mit der Lebensqualität der Patienten.

Um die Sicherung der Betreuungs- und Behandlungsqualität zu gewährleisten fehlt noch ein geeignetes Messinstrument. Die Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen im Rahmen der Arbeit erfolgt in theoretischer und quantitativer Form.

Die Bezeichnung der Personen in der männlichen Form bezieht sich im folgenden Text auf die Vertreter beider Geschlechter.

Wolfsberg, im Dezember 2010

Plamenig Margarethe

1 EINLEITUNG

Die Interne Abteilung in Wolfsberg umfasst 4 Stationen mit insgesamt 99 Betten, davon entfallen 5 Betten an die Intensiv-Beobachtungsstation. Zusätzlich gibt es eine onkologische Tagesambulanz für Chemotherapie mit 5 Plätzen. An die Interne Abteilung angeschlossen sind die Dialysestation, die zentrale Endoskopie, sowie das Zentrallabor und Spezialambulanzen für Hämato-Onkologie, Herzschrittmacher/Kardiologie, Nephrologie, Rheumatologie und Gastroenterologie/Hepatologie.

An der Internen Abteilung werden Patienten mit allen Krankheitsbildern der Inneren Medizin wie z.B. Erkrankungen des Herzens, der Lunge, der Niere, gastrointestinale Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen behandelt, sowie auch Patienten mit neurologischen Erkrankungen, wie beispielsweise Apoplektischer Insult, Gehirnblutungen und Epilepsie, betreut (Anmerkung des Verfassers).

1.1 Vorstellung der Station Medizin 4

Räumliche Gliederung

Für ein besseres Verständnis ist es notwendig die Station Medizin 4 näher zu beschreiben. Medizin 4 ist eine Station mit 27 Betten, diese sind auf 8 Patientenzimmer verteilt. Es gibt 1 Einbettzimmer, welches auch als Isolierzimmer genutzt werden kann, 1 Zwei- und 1 Dreibettzimmer, sowie 4 Vierbettzimmer und 1 Fünfbettzimmer. Jedes Patientenzimmer ist mit Bad und WC ausgestattet (Anmerkung des Verfassers).

Betreuungskapazität

Um eine Übersicht der Betreuungskapazität zu geben, wird die Anzahl der an Medizin 4 betreuten Patienten mit Diabetes mellitus in Zahlen, die das Jahr 2010 betreffen, veranschaulicht.

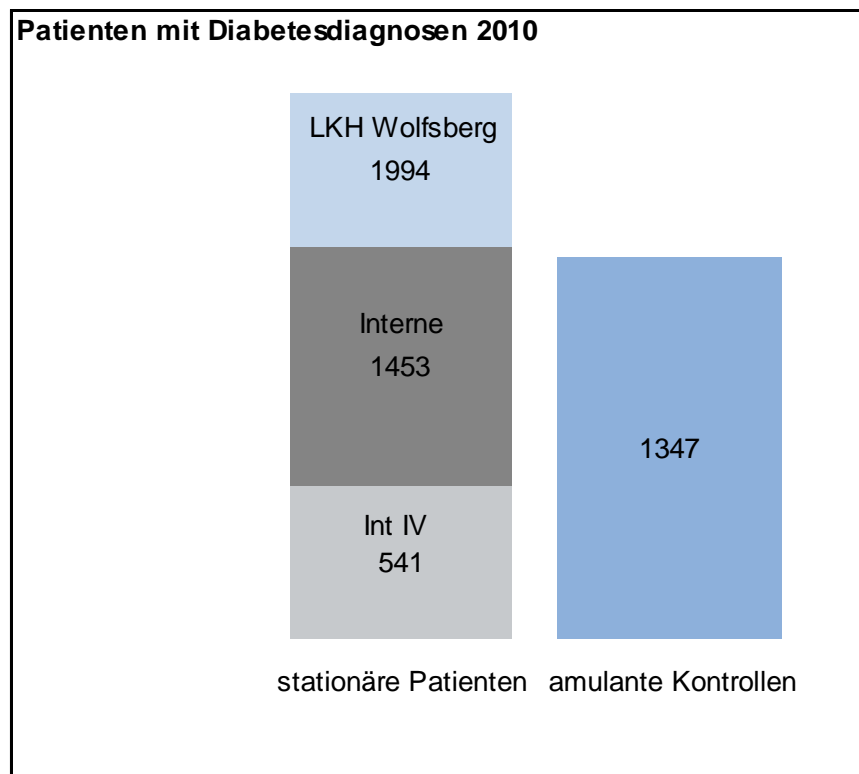


Abb.1: Patienten mit Diabetesdiagnosen 2010 (Interne Datenquelle Controlling LKH Wolfsberg, mit Genehmigung des Abteilungsvorstandes, 2011).

Krankheitsbilder an Medizin 4

Schwerpunktmäßig werden an der Station Patienten mit Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus sowie Nierenerkrankungen inklusive Dialysepatienten, die wegen akut auftretender Probleme stationär aufgenommen werden müssen, behandelt.

Pflegesystem

Unter Pflegesystem versteht man die Organisation der Pflege mit Arbeitsabläufen und Zuständigkeiten der Pflegenden.

An dieser Station wird die Bereichspflege durchgeführt. Bei der Bereichspflege auch Gruppen- oder Zimmerpflege, ist die Station in mehrere Bereiche bzw. Gruppen eingeteilt (vgl. Menche 2007, S. 55ff).

Die Station Medizin 4 ist in zwei Bereiche aufgeteilt, wobei ein Bereich einmal 3 Zimmer und einmal 4 Zimmer und somit dreizehn bis fünfzehn Patienten umfasst.

Wie in der Bereichspflege vorgesehen, ist während einer Schicht, eine Pflegekraft für die Pflegeplanung und alle pflegerelevanten Tätigkeiten (Erheben der Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Durchführung der Pflegemaßnahmen) zuständig. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten und der Pflegenden. Die Arbeit während einer Schicht kann eigenverantwortlich eingeteilt werden (Anmerkung des Verfassers).

Diabetesambulanz

Zusätzlich befindet sich an der Station ein Raum wo Gruppen- und Einzelschulungen für Patienten mit Diabetes mellitus, die Diabetesambulanz und spirometrische Untersuchungen stattfinden.

Die Diabetesambulanz findet zweimal wöchentlich, dienstags und mittwochs, statt. Dabei werden Blut- und Harnkontrollen inklusive dem HbA1c Wert (glykierte Hämoglobine) vorgenommen, sowie eine körperliche Untersuchung (Blutdruck, Gewichtskontrolle, Fußinspektion) durchgeführt. Nach Eingang der Laborbefunde findet im Anschluss mit den Patienten die Befundbesprechung statt. Im Rahmen dieses Gespräches werden Fragen beantwortet und einzelne Probleme bei der Umsetzung der Behandlung besprochen. Die Ambulanz wird gemeinsam von Ärzten und einem diplomierten Gesundheits- und Krankheitspflegefachdienst mit der Zusatzausbildung für Diabetesberatung betreut. Diese werden nachfolgend Diabetesberater genannt (Anmerkung des Verfassers).

Schulung und Beratung an Medizin 4

Beraten ist ein offener Dialog, bei welchem die individuelle Lösung eines Problems angestrebt wird.

Unter Schulen (Anleiten, Trainieren) wird ein Prozess verstanden, in dem Inhalte und Fertigkeiten schrittweise vermittelt werden, um ein definiertes Ziel zu erreichen (vgl. Menche 2007, S. 202).

Für die Schulungen der Patienten mit Diabetes mellitus gibt es, je nach Typ und Therapie der Erkrankung, unterschiedliche Möglichkeiten. Im Weiteren werden diese noch näher erläutert.

Alle Patienten mit Diabetes mellitus, welche in der Lage sind an einer Schulung teilzunehmen, werden bereits bei der Aufnahme an der Station über die strukturierte Gruppenschulung informiert. Es wird Ihnen das Diabetikerschulungsprogramm (Anhang 1) der Station ausgehändigt und sie werden im Aufnahmegespräch dazu angehalten an der Gruppenschulung teilzunehmen. In der graphischen Darstellung wird ein repräsentativer Monat gezeigt.

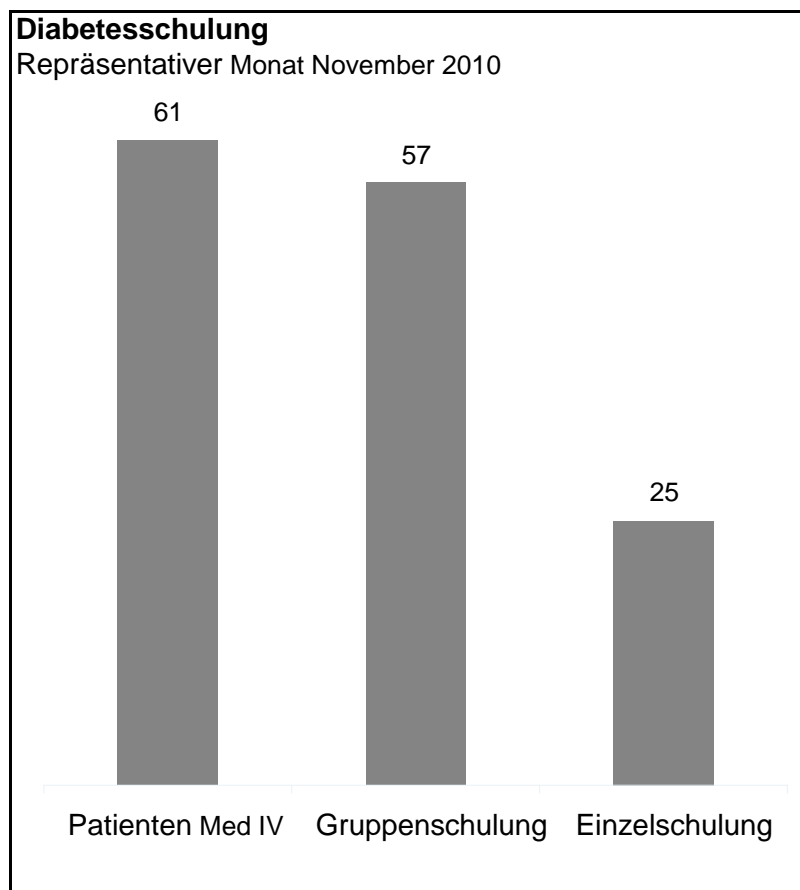


Abb.2: Diabetesschulung (Interne Datenquelle Controlling LKH Wolfsberg, mit Genehmigung des Abteilungsvorstandes, 2011).

Weiteres gibt es die Möglichkeit von Einzelschulungen durch Diabetesberater und Diätologen.

Ein wesentlicher Teil der Schulung erfolgt im Betreuungsverlauf an der Station von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (nachfolgend als DGKP bezeichnet) durch Informationsgespräche und Unterstützung beim Umsetzen von notwendigen Maßnahmen in die Praxis. Diese werden im Kapitel 4 genauer erläutert (Anmerkung des Verfassers).

Diese Betreuung und Umsetzung der Maßnahmen sind durch gesetzliche Rahmenbedingungen im Gesundheit- und Krankenpflegegesetz in den Paragraphen 14 und 15 festgelegt. Für den Pflegealltag steht der §:

Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich § 14

„(1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfaßt die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischer Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozeß), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

- 1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),*
- 2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),*
- 3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidungen über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),*
- 4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,*
- 5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),*
- 6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,*
- 7. psychosoziale Betreuung,*
- 8. Dokumentation des Pflegeprozesses,*
- 9. Organisation der Pflege*
- 10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals(...)*
- 11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und*
- 12. Mitwirkung an der Pflegeforschung“ (Weiss-Fassbinder, Lust 2006, S. 57ff).*

Ebenso wichtig für den Pflegealltag ist der in § 15 beschriebene:

Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich §15

„(1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung(...)

(...)(5) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

- 1. Verabreichung von Arzneimitteln,*
- 2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,*
- 3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,*
- 4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,(...)*

(...)(6) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnung gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen:

- 1. an Angehörige der Pflegehilfe sowie an Teilnehmer eines Pflegehilfelehrgangs im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten gemäß § 84 Abs.4,*
- 2. an Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches, (...)*“ (Weiss-Fassbinder, Lust 2006, S. 62ff).

Da an der Station Medizin 4 auch Diabetesberater tätig sind und diese einen wesentlichen Anteil der Betreuung und der Schulung übernehmen wird im Anschluss auf diese Berufsgruppe näher eingegangen.

Ausbildung

Um die Funktion einer Diabetesberatung ausüben zu können, benötigt man ein Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege im gehobenen Dienst, welches durch das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz anerkannt ist. Zusätzlich einen positiven Abschluss des Weiterbildungsseminares zur Diabetesberatung nach dem österreichischem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 64.

Aufgabenbereich

Kernaufgabe und Kompetenzen dieser Berufsgruppe sind strukturierte Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus und metabolischen Syndrom und deren Angehörige zu planen und durchzuführen. Weiters sollen die Betroffenen in ihrer Entscheidungs-, Handlungs- und Selbstbefähigung unterstützt werden um derer Lebensqualität zu verbessern bzw. zu erhalten. Die Dokumentation der erfolgten Beratungen bzw. Schulungen, das Erstellen und Überarbeiten von Schulungsunterlagen sowie das Anleiten von Mitarbeitern und Schülern, gehören ebenso zu deren Berufspflichten. Ein wesentlicher Aufgabenbereich ist die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, den interdisziplinären Berufsgruppen im Schulungsteam und an der Station, sowie der Kontakt mit vorgesetzten Stellen im internen und externen Bereichen, sowie öffentlichen Trägern (Krankenkassen und Pharmafirmen).

In den letzten 20 Jahren ist eine intensive Schulung der Patienten zu einem zentralen Punkt in der Behandlung des Diabetes mellitus geworden. Durch strukturierte Gruppenschulungen wird erwartet, dass sich Spätschäden des Diabetes mellitus verringern oder sogar verhindert werden können. Ziel ist es die Selbstständigkeit der Betroffenen für deren Alltags- und Berufsleben zu ermöglichen bzw. wiederherzustellen. Ein weiteres Ziel durch Schulung und Betreuung ist, die Lebensqualität, die Zukunftsaussichten und die Lebenserwartung von Menschen mit Diabetes mellitus zu verbessern, unabhängig von deren Begabungen, Fähigkeiten aber auch durch Diabetes mellitus bedingte Einschränkungen, so dass die Lebensqualität derjenigen eines Stoffwechselgesunden nahe kommt (vgl. VÖD Leitbild Diabetesberater, Quelle <http://www.diabetesberater.at/leitbild>).

Im Folgenden wird das Krankheitsbild des Diabetes mellitus kurz erläutert.

Es gibt mehrere Definitionen für dieses Krankheitsbild. Zwei für diese Arbeit zutreffende werden nachfolgend angeführt.

1.2 Definition Diabetes mellitus

„Der Begriff „Diabetes mellitus“ bedeutet „honigsüßer Durchfluss“. Das weist auf ein seit Jahrhunderten bekanntes Anzeichen dieser Erkrankung hin: die Zuckerausscheidung im Urin bei erhöhten Blutzuckerwerten. Volkstümlich bezeichnet man den Diabetes mellitus als „Zuckerkrankheit“. Ihr liegt eine Stoffwechselerkrankung zugrunde, die hauptsächlich die Blutzuckerregulation betrifft“ (Jäckle et al. 2000, S. 3).

Stoffwechseleränderungen unterschiedlicher Ursache werden unter der Bezeichnung Diabetes mellitus zusammengefasst. Sie sind entweder durch dauerhafte Erhöhung des Blutzuckerspiegels gekennzeichnet oder Kohlenhydrate die zugeführt werden können vom Organismus nicht zeitgerecht verwertet werden. Dies wird auch als Glukosetoleranzstörung bezeichnet, deren Ursache ein absoluter oder relativer Insulinmangel zugrunde liegt (vgl. Classen et al. 1991, S. 779).

Klassifikation Diabetes mellitus

Eine neue Einteilung des Diabetes mellitus, nach ätiologischen Aspekten, wurde 1997 von der amerikanischen Diabetes- Gesellschaft vorgeschlagenen, wobei folgend nur die Haupttypen angeführt werden:

- I. Diabetes mellitus Typ1, der durch eine autoimmune Beta-Zellzerstörung mit absoluter Insulinabhängigkeit gekennzeichnet ist.
- II. Diabetes mellitus Typ2, ist gekennzeichnet durch eine Kombination von Insulinmangel und Insulinresistenz
- III. Andere Formen des Diabetes mellitus z.B. genetische Defekte der Betazellfunktion oder der Insulinwirkung, Erkrankungen des exokrinen Pankreas
- IV. Schwangerschaftsdiabetes mellitus (vgl. Schatz 2004, S. 13).

Folgeerkrankungen:

Für die Prognose des Diabetikers sind weniger die Akutkomplikationen, wie z.B. das diabetische Koma, sondern vielmehr die diabetischen Folgeerkrankungen entscheidend. Diese betreffen vor allem die Arterien und somit alle Organsysteme (vgl. Menche 2007, S. 880).

Häufig auftretende Spätfolgen der Diabeteserkrankung sind die diabetische Mikroangiopathie und Makroangiopathie sowie die diabetische Polyneuropathie. Die diabetische Mikroangiopathie betrifft alle kleinen Blutgefäße, tritt aber vorwiegend an der Retina als diabetische Retinopathie und an der Niere als Nephropathie auf (vgl. Classen et al. 1991, S. 786).

Das diabetische Fußsyndrom hat mehrere Ursachen. Die erhöhte Infektionsneigung des Diabetikers im Zusammenhang mit Mikro- und Makroangiopathie sowie Neuropathie führt dazu, dass durch unbehandelte Druckstellen oder kleine Wunden ein diabetisches Gangrän entsteht. Diese Geschwüre können sehr tief sein, eine Knochenbeteiligung ist häufig. In mechanisch belasteten Regionen, meist Vorfuß, kann ein wie ausgestanzt wirkendes Geschwür entstehen, dieses wird als Mal perforans bezeichnet (vgl. Menche 2007, S. 881).

Epidemiologie

Weltweit ist eine massive Zunahme an Diabetes mellitus Erkrankungen zu verzeichnen. Aufgrund des gehäuften Auftretens, der Schwere und den Folgeschäden handelt es sich somit um eines der kostenträchtigsten Krankheitsbilder. Die globale Zahl von 150 Mio. im Jahre 2000 soll sich bis zum Jahr 2025 auf 300 Mio. verdoppeln. Es sind ca. 6 Mio. Deutsche an Diabetes mellitus erkrankt (vgl. Schatz 2004, S. 9).

Nach der österreichischen Diabetikervereinigung leben in Österreich 600.000 Menschen mit Diabetes mellitus, das sind 8% der Bevölkerung. Gleichzeitig berichtet die ärztliche Österreichische Diabetes Gesellschaft, dass sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes Typ1 in Österreich in den letzten 10 Jahren verdoppelt hat (vgl. <http://www.diabetes.or.at>).

2 SCHULUNG UND INTERAKTIVE BETREUUNG DER PATIENTEN

In den 1970er Jahren, seit die Diabetesschulung als ein Teil der Behandlung gilt, fand die Wissensvermittlung einseitig, als ärztlicher Vortrag, vor großen Gruppen statt. Das hatte wenig Erfolg auf die Wissensvermittlung und so wurden die Gruppen kleiner, die Inhalte abgestimmt, die Strukturen verbessert und der Lernstoff auch praktisch vermittelt. Die Teilnehmer sollten alles lernen, um ihre Erkrankung und Behandlung selbständig durchführen zu können. Obwohl den Teilnehmern einiges über die Erkrankung und Therapie vermittelt wurde, blieben Verhaltensänderungen, die zu einer Verbesserung des Stoffwechsels führen sollten, aus.

Lange & Hirsch (2002) haben in Anlehnung an Shillitoe (1998) festgestellt, dass es keine direkte Beziehung zwischen Diabeteswissen und Stoffwechsellage bzw. Lebensweise gibt. Intrapsychische Faktoren werden dafür verantwortlich gemacht, dass eine gute Stoffwechseleinstellung aufgrund des theoretischen Therapiewissens und der unter zu Hause normalen Umständen erreichbaren Einstellung, nicht erzielt wird. Der Grund für die Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen und der Umsetzung in eine gute Stoffwechseleinstellung, unterliegt komplexen psychischen Faktoren. Solche Faktoren, die für schlechte Blutzuckerwerte verantwortlich gemacht werden, sind Motivation, Durchhaltevermögen, gesundheitsbezogene Überzeugungen und Stressreaktionen. Diese beeinflussen sich gegenseitig. Somit bestimmen die Einstellung zur Krankheit und gesundheitsbezogene Überzeugungen den Behandlungserfolg (vgl. Lange & Hirsch 2002, S. 47).

Eine wesentliche Grundlage jeder Diabetesbehandlung stellt die Patientenschulung dar. Eine annähernd normale Blutzuckereinstellung kann nur durch gut motivierte und informierte Patienten erreicht werden. Nur so können akute Komplikationen wie z.B. Hypoglykämie und Folgeerkrankungen vermieden werden.

Patienten sollen die Behandlung (Ernährung, Bewegung, Selbstinjektionen, Medikamenteneinnahme) weitgehend eigenverantwortlich ausführen und in das Alltagsleben integrieren können. Um ein solches Selbstmanagement der Behandlung zu erreichen, muss einerseits ausreichend theoretisches Wissen über die Erkrankung und mögliche Therapiemethoden vermittelt werden. Daneben müssen auch Fertigkeiten wie, Blutzuckermessungen oder Selbstinjektionen, welche für die Selbstkontrolle notwendig sind, erlernt werden. Dazu ist eine ausreichende Krankheitsakzeptanz und Motivation der Patienten notwendig (vgl. Schatz 2004, S. 35f).

Im Konzept der Patientenschulung soll auf die kognitiven, psychosomatischen und affektiven Lernziele im gleichen Ausmaß eingegangen werden, ebenso ist die psychosoziale Verarbeitung ein wichtiger Teil.

Bei der Umsetzung unterschiedlicher Schulungsmodelle ist zu berücksichtigen, dass die Anforderungen und Ziele der einzelnen Typen des Diabetes mellitus verschieden sind und die Mindestanforderung der Qualität, wie organisatorische Voraussetzungen, Räumlichkeiten, Kompetenz des Schulungspersonals, Motivation der Teilnehmenden sowie die Evaluation der Schulung, erfüllt sind (vgl. Schatz 2004, S. 35f).

Bereits Johann Wolfgang von Goethe wusste:

„Es ist nicht genug, zu wissen, man muss auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss auch tun“ (<http://www.zeno.org>).

Strukturelle und personelle Voraussetzungen

Notwendige Rahmenbedingungen sind Schulungsräumlichkeiten mit entsprechenden Lehrmitteln, Blutzuckermessgeräte, ein schriftlicher Stundenplan, ein Curriculum sowie die Evaluation der Schulung. Die personelle Mindestvoraussetzung für ein Diabeteschulungsteam ist ein Diabetologe, ein Diabetesberater und eine Diätologin. Die Patientengruppen sollten auf max. 12 Patienten beschränkt sein (vgl. Schatz 2004, S. 35).

Schulung nach dem Düsseldorfer Modell

Wie bereits im Vorfeld erwähnt ist es notwendig Patienten mit den verschiedenen Typen des Diabetes mellitus unterschiedlich intensiv zu schulen. Für Patienten mit Diabetes mellitus Typ1, hat sich ein einwöchiges, strukturiertes Schulungs- und Behandlungskonzept, welches auf einem Programm der Universität Genf und Düsseldorf basiert, im deutschen Sprachraum durchgesetzt. Dieses Konzept umfasst eine persönliche Vorstellung aller Teilnehmer. Einzelne Themen werden in der Gruppe bearbeitet, praktische Fähigkeiten vermittelt und geübt. Anhand von Beispielen werden die Auswirkungen von durchgeführten Maßnahmen erörtert (vgl. Schatz 2004, S. 35).

Die gemeinsame Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 und jüngeren Typ2 Diabetespatienten mit intensivierter konventioneller Insulintherapie erscheint praktikabel, da auch hier eine normoglykämische Stoffwechsellage angestrebt wird. Allerdings kann die Ausarbeitung von speziellen Problemfeldern der beiden Diabetestypen für eine gemeinsame Schulung überfordernd und somit nachteilig sein.

Die Grundschulungen für ältere Typ2 Diabetespatienten welche diätetisch, mit Tabletten bzw. einer konventionellen Insulintherapie eingestellt sind, sollten bei einer Diabetesneueinstellung oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes bei anderen Indikationen, angeboten werden. Ein Durchmischen dieser Gruppen mit Patienten einer intensivierten Insulintherapie scheint nicht praktikabel, da durch die Schulung über intensivierte Therapieformen, eine unnötige Belastung bzw. Überforderung auftreten kann (vgl. Schatz 2004, S. 35ff).

Grenzen des Schulungsprogrammes und Alternativen

Ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm kann nie allen Patienten gerecht werden. Gründe dafür sind unterschiedliche Bildungsniveaus, individuelle kognitive Möglichkeiten der Patienten aber auch Unterschiede in der Compliance. Nach entsprechender Ursachenforschung erscheint eine individuelle Beratung und auch längerfristige Betreuung Einzelner sinnvoll. Patienten mit Krankheitsakzeptanz und guter Präventionshaltung sind in der Lage mit der Schulung den Umgang mit ihrer Erkrankung leichter zu erleben (vgl. Schatz 2004, S. 39).

Mehnert (2003) beschreibt die drei Säulen des Diabetesmanagement zu Beginn des 21. Jahrhunderts wie folgt:

„Letztlich muss der Patient die entscheidenden Dinge in der alltäglichen Therapieführung selbst tun. Strukturierte Informations- und Trainingsprogramme helfen ihm bei der Verwirklichung seiner persönlichen Therapieziele

- *strukturierte Information und praktisches Therapietraining des Patienten*
- *adäquate Therapie der Stoffwechselstörung*
- *Sicherstellung des Therapieerfolgs durch Selbstkontrolle des Patienten (Körpergewicht, Blutzucker, Urinzucker, Urinaceton) neben der Kontrolle beim Arzt“ (Mehnert 2003, S. 132).*

Im LKH Wolfsberg wird den Patienten eine Diabetesschulung angeboten, die im Besonderen auf eine in den Alltag integrierbare Therapie abzielt.

Räumliche Ausstattung für die Schulung

An der Internen Abteilung Station 4 steht ein Schulungsraum für Gruppen- und Einzelschulungen zur Verfügung. Die Ausstattung umfasst Lehrmittel, wie Schautafeln von Organen, Ernährungspläne, Patienteninformationsbroschüren und spezielle Literatur. Es stehen weitere diverse Geräte für Schulungszwecke zur Verfügung (z.B. Blutzuckermessgeräte und Insulinpens unterschiedlicher Hersteller). Damit ist es den Patienten auch möglich deren Handhabung zu üben und die für sie individuell geeigneten Geräte zu finden. Weiteres besteht vor Ort die Möglichkeit, für Schulungs- und Nachbetreuungszwecke, Laborbestimmungen vorzunehmen (Anmerkung des Verfassers).

Strukturierte Schulung

An der Station findet eine strukturierte Gruppenschulung statt. Jeder Patient mit Diabetes mellitus wird bereits bei der Aufnahme über diese Schulung informiert und es wird ein Schulungsprogramm (Anhang1) ausgehändigt. Das Diabetikerschulungsprogramm informiert über den Stundenplan, die Themen und Themeninhalte der Schulungen. Das Programm der Diabetesschulung umfasst eine zweiwöchige Schulung und basiert auf dem bereits erwähnten Konzept der Universität Düsseldorf. Die Gruppe der Patienten wird vom Diabetesberater zusammengestellt und Themeninhalte werden auf die Gruppe abgestimmt. Bei kürzeren stationären Aufenthalten haben Patienten die Möglichkeit, nach Absprache mit dem Diabetesschulungsteam, die Schulung ambulant fortzuführen.

Das Diabetesschulungsteam setzt sich aus Diabetologen, Diabetesberatern, Diätologen und Psychologen zusammen. Ein Aufgabenbereich dieses Teams ist die Durchführung der Gruppen- und Einzelschulungen. Eine weitere Aufgabe ist die theoretische und praktische Schulung und Betreuung der Diabetespatienten während des Tagesablaufes an der Station, in welchen auch das Team der Bereichspflege integriert ist. Im Rahmen der stationären Schulungen ist es den Patienten möglich Erfahrungen auszutauschen und das Team steht auch außerhalb des Schulungsplanes für die Betreuung zur Verfügung. Um spezielle Fragen und Probleme einzelner Diabetespatienten zu behandeln ist eine individuelle Beratung im Rahmen der Einzelschulung vorgesehen (Anmerkung des Verfassers).

3 LEBENSQUALITÄT ALS ZIEL

Die Lebensqualität wird im Folgenden deshalb so ausführlich beschrieben, weil sie für die Beantwortung der Forschungsfragen wichtig ist.

Der Begriff Lebensqualität umfasst ein komplexes Konzept aus psychischen, physischen und sozialen Komponenten, das auch die Funktionsfähigkeit im Alltag umfasst (vgl. Herpertz & Paust 1999, S. 41).

Bullinger et al. (2000), in Anlehnung an Najman & Levine (1981), stellt fest, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität ein latentes Konstrukt darstellt, welches nicht direkt messbar ist, sondern nur über Indikatoren beurteilt werden kann. Weiteres sollen nach Bullinger et al. (2000), in Anlehnung an Broer & Junge (1996), diese Indikatoren zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, psychische, soziale und körperliche Aspekte umfassen, um so ein Spiegelbild des Befindens und des Handlungsvermögens der Patienten zu erhalten.

Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität kann ein Selbstbericht verstanden werden, der alltagsnahe psychische, soziale, körperliche Aspekte zu Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit wiedergibt.

Ein wesentliches Ziel der Schulung und Therapie von Menschen mit Diabetes mellitus ist neben dem Vermeiden von Akut- und Folgekomplikationen der Erhalt einer größtmöglichen Lebensqualität. *„(...) Damit verbunden ist die gängige Erfahrung, daß emotionale und soziale Belastungen (z.B. Ängste vor Unterzuckerungen oder Folgeerkrankungen, Vorurteile und Stigmatisierung als „Diabetiker“, eingeschränkte Berufswahl) das Alltagsleben der Betroffenen oft stärker beeinträchtigen als körperliche Beschwerden wie Symptome eines hohen Blutzuckers (...)“* (Lange & Hirsch 2002, S. 28).

Das Erreichen dieses Zieles ist abhängig vom Verhalten der Patienten und deren seelischen Verarbeitung. Eine gute Stoffwechseleinstellung soll durch effektive Therapiemaßnahmen, bei gleichzeitig geringer Einschränkung der Lebensqualität, erreicht werden. Für die Wahl der individuellen Behandlung stehen immer mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Eine persönliche Auswahl ist wesentlich für die Lebensqualität und Therapiezufriedenheit der Betroffenen.

Lange und Hirsch (2002), in Anlehnung an Siegrist et al. (1996), unterscheiden zwischen Handlungsvermögen wie z.B. körperliche oder soziale Aktivitäten und dem Befinden als Ausdruck der Wahrnehmung wie Gefühle, körperliche Symptome.

Unterschiedliche Konzepte stellen Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität dar. Es wird immer häufiger ein Anstieg der Behandlungszufriedenheit dokumentiert, wobei der Aspekt der Lebensqualität oft nicht beeinflusst wird. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie muss nicht eine gute Qualität der Behandlung widerspiegeln. Bei der Einschätzung der Zufriedenheit wird von den Betroffenen zwischen dem aktuellem Status und dem, was als realistisch erreichbar möglich ist, verglichen. Weniger günstige Behandlungsformen können von Patienten als sehr gut beurteilt werden, solange keine anderen Alternativen bekannt sind. Diese Einstellung wird sich ändern, sobald den Patienten eine andere Möglichkeit der Behandlung zur Verfügung steht, welche sich positiv auf deren Alltagsleben auswirkt. Zwei Bereiche, was kann ich erreichen und wie weit bin ich davon entfernt, sind entscheidend für die Einschätzung der Zufriedenheit. Die Erfassung der Lebensqualität beinhaltet die Beschreibung von Einschränkungen und Belastungen, die Frage der Zufriedenheit ist nachrangig (vgl. Lange & Hirsch 2002, S.29ff).

Um auf die anfangs erwähnten Forschungsfragen genauer eingehen zu können, ist es notwendig, die Betreuung der Patienten im Rahmen des Pflegeprozesses zu beschreiben.

4 DAS LEBENSMODELL NACH ROPER-LOGAN-TIERNEY

Im LKH Wolfsberg wird das Pflegemodell nach Roper-Logan-Tierney, nachfolgend als RLT Modell bezeichnet, umgesetzt. Das RLT Modell beruht auf einem Lebensmodell. In diesem werden versucht die wesentlichen Merkmale dieser komplexen Erscheinung zu beschreiben. Im RLT Modell werden die fünf Hauptkomponenten Lebensaktivitäten (LA), Lebensspanne, Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, Faktoren, welche die LA beeinflussen und die Lebensindividualität miteinander in Verbindung gebracht.

Unter Lebensaktivitäten werden Aktivitäten verstanden, die das tägliche Leben beinhaltet. Während Aktivitäten wie Essen und Trinken, Schlafen, Arbeiten und Spielen beim Aufzählen für die meisten Menschen zum täglichen Leben gehören, werden Aktivitäten wie Atmen und Kommunizieren, welche ebenso einen wesentlichen Anteil einnehmen, oft nicht bewusst wahrgenommen.

Die Lebensaktivitäten stellen die zentrale Komponente des RLT Modells dar und werden nachfolgend angeführt: Für eine sichere Umgebung sorgen, Kommunizieren, Atmen, Essen und Trinken, Ausscheiden, Sich sauber halten und kleiden, Regulieren der Körpertemperatur, Sich bewegen, Arbeiten und Spielen, Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten, Schlafen, Sterben. Beeinflussende biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige, wirtschaftliche Faktoren sowie das Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum werden in Bezug auf die 12 Lebensaktivitäten ausgelegt.

Das Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum ist eng mit der Lebensspanne und den Lebensaktivitäten verbunden und ist auf zwei Pole ausgerichtet: dem der vollständigen Abhängigkeit und dem der vollständigen Unabhängigkeit. Es werden Lebensabschnitte verdeutlicht in denen man Lebensaktivitäten noch nicht bzw. nicht mehr selbständig ausführen kann (vgl. Roper et al. 2002, S. 27ff).

Wie das Leben vom einzelnen Menschen empfunden wird und die Ausführung seiner Aktivitäten z.B. wie, wo, wann und wie oft er diese ausführt, stellt seine Individualität dar.

Um die Individualität des Einzelnen im Leben erkennen zu können, werden die ersten vier Konzepte des Lebensmodelles herangezogen. Damit kann man Lebensstrukturen und aktuelle oder potentielle Probleme in den unterschiedlichen Lebensaktivitäten erfassen (vgl. Roper et al. 2002, S. 28ff).

4.1 Das Pflegemodell nach Roper-Logan-Tierney

Vergleicht man die Konzepte vom Lebensmodell und Pflegemodell unterscheiden sich diese nur in einem Bereich. Im Lebensmodell ist es die Individualität im Leben und im Pflegemodell die Individualisierung in der Pflege. Diese erfolgt in vier Schritten. Durch Einschätzen, Planen, Durchführen und Bewerten wird der Pflegeprozess in die Praxis umgesetzt (vgl. Roper et al. 2002, S. 91ff).

Um die Betreuung der Patienten mit Diabetes mellitus an der Station zu veranschaulichen und einen Einblick über die Situation des Patienten nach dem stationärem Aufenthalt zu geben, wird nachfolgend auf einzelne Lebensaktivitäten Bezug genommen und Beispiele angeführt. Im Anschluss wird versucht, durch diese theoretische Bearbeitung, die zu Beginn gestellten Forschungsfragen:

F 1: Wie wirken sich die Diabetesschulung und die stationäre Betreuung der Patienten auf die Bewältigung des täglichen Lebens aus?

F 2: Ist der Tagesablauf flexibler oder unflexibler bzw. einfacher oder erschwert?

anhand jeder Lebensaktivität theoretisch zu beantworten.

An der Station wird der Patient über alle notwendigen Maßnahmen informiert wie er seine Stoffwechsellage, ähnlich eines Stoffwechselgesunden, erreichen kann. Der Patient wird durch die Schulung und Betreuung befähigt, den Erkrankungsverlauf zu beeinflussen und zu bestimmen (Anmerkung des Verfassers).

4.2 Lebensaktivität für eine sichere Umgebung sorgen

Mit zunehmender technologischer und wissenschaftlicher Entwicklung entstehen neue Risiken, die man beachten muss. Risiken z.B. in Verbindung mit Abfällen, Benutzung von Drogen/Arzneimitteln.

Menschen sind einer Reihe von Umweltgefahren ausgesetzt, welche die Gesundheit, die Sicherheit und auch das Leben bedrohen. Externe Substanzen zu Hause, am Arbeitsplatz, in Krankenanstalten können Verletzungen, Krankheiten oder Infektionen verursachen. Ein gesunder Organismus ist in der Lage solche Angriffe mit bestimmten Abwehrmechanismen (leistungsfähiges Immunsystem) zu begegnen (vgl. Roper et al. 2002, S. 31).

An der Station wird der Patient geschult Stechhilfen zur Blutzuckerkontrolle, sowie Einmalnadeln zur Insulinverabreichung in den dafür vorgesehenen Abwurfbehälter zu entsorgen. Ebenso werden die Patienten über die richtige Lagerung des Insulin informiert. Vorräte von Insulin werden im Kühlschrank im Gemüsefach bei $+2^{\circ}\text{C}$ - $+8^{\circ}\text{C}$ gelagert. Insulin darf nicht gefrieren (Flugreisen, Skisport). Insulin in Gebrauch kann bei Zimmertemperatur aufbewahrt werden, soll aber nicht der direkten Sonne ausgesetzt sein.

Für die Umsetzung dieser wichtigen Maßnahmen ist der Patient zu Hause selbst verantwortlich. Er muss geeignete Abwurfbehälter organisieren und darauf achten sein Insulin richtig zu lagern (Anmerkung des Verfassers).

Da die Keimbesiedelung im Krankenhaus wesentlich höher als zu Hause in der gewohnten Umgebung ist, unterscheiden sich auch die auszuführenden Hygienemaßnahmen. Während es zu Hause ausreicht sich vor einer Blutzuckerselbstmessung die Hände mit Seife und Wasser zu reinigen, um Schweiß und Schmutz zu entfernen, ist es im Krankenhaus notwendig, bei Fremdmessungen durch das Pflegepersonal, die Einstichstelle mit einem geeigneten Desinfektionsmittel zu desinfizieren und dessen Einwirkzeit zu beachten. Dasselbe gilt bei der Verabreichung von Insulin durch das Pflegepersonal, während bei der Selbstinjektion durch den Patienten keine lokale Desinfektion notwendig ist. An der Station wird der Patient über alle notwendigen Maßnahmen informiert wie er seine Stoffwechsellage, ähnlich eines Stoffwechselgesunden, erreichen kann.

Der Patient wird durch die Schulung und Betreuung befähigt, den Erkrankungsverlauf zu beeinflussen und zu bestimmen (Anmerkung des Verfassers).

Die Lebensaktivität „für eine sichere Umgebung sorgen“ betreffend, bedeutet das in Bezug zur Fragestellung:

F 1: Im Rahmen dieser LA wird die Eigenverantwortung im Umgang mit Insulin gefördert. An der Station werden dem Patienten alle notwendigen Informationen über den Umgang mit Insulin theoretisch vermittelt. Ebenso wird der Umgang mit Insulin praktisch geübt (Lagerung, Schwenken von Mischinsulin vor Verabreichung, Art der Insulinverabreichung, Insulindosis, Umgang mit Insulinpen, wechseln von Insulinpatronen). Jede Insulinselbstinjektion durch den Patienten wird von der DGKP überwacht und kontrolliert. Dadurch wird der Patient praktisch angeleitet sich das Insulin richtig zu injizieren. Durch häufiges Üben erlangt der Patient die notwendige Sicherheit und auftretende Fehler können sofort korrigiert werden. Vermittelt wird ebenfalls das Durchführen der notwendigen Hygienemaßnahmen (Reinigung der Hände mit Wasser und Seife vor der Blutzuckerselbstkontrolle), das Bereithalten von Einmalspritzen, falls der Pen nicht funktioniert, das Verwenden von Abwurfboxen zum Entsorgen von Stechhilfen und Einmalnadeln müssen ins Alltagsleben integriert werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 können diese notwendigen Fertigkeiten bei guter Motivation und Krankheitsakzeptanz aufgrund des jüngeren Lebensalters gut vermittelt werden. Durch langjährige Krankheitsdauer und häufig vorbestehende Therapie mit oralen Antidiabetika ist die Akzeptanz bei Diabetes mellitus Typ2 Patienten sich Insulin verabreichen zu müssen oft geringer. Durch unzureichende Kenntnisse und viele andere Einflussfaktoren (Demotivation, Überforderung, schwierige Lebenssituation, akute Erkrankungen und Folgeerkrankungen) kommt es zu immer wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten. Ist die Selbstinjektion von einzelnen Patienten nicht möglich, wird eine Vertrauensperson des Betroffenen geschult, der diese Aufgabe übernimmt. Ist auch das nicht möglich, werden für den Patienten mit dessen Einverständnis, mobile Dienste der Krankenpflege organisiert.

F 2: Um den richtigen Umgang mit Insulin zu gewährleisten, muss der Patient für die richtige Lagerung (ob in Gebrauch oder nicht in Gebrauch), ausreichende Vorratsmenge, Transport (Urlaub, Flugreise, Sport) Sorge tragen. Ebenso in der Durchführung der notwendigen Hygienemaßnahmen und bei der Entsorgung gebrauchter Stechhilfen und Nadeln. Je höher die Krankheitsakzeptanz und Eigenverantwortung des Patienten umso sicherer werden die notwendigen Maßnahmen in den Alltag integrierbar sein.

Dadurch kann sich der Tagesablauf unflexibler gestalten und erschwert sein (Anmerkung des Verfassers).

4.3 Lebensaktivität Kommunizieren

Die verbale und nonverbale Kommunikation ist integraler Bestandteil jeder menschlichen Beziehung. Jede Information zu anderen Lebensaktivitäten, wird mit Hilfe der Kommunikation vermittelt. 1960 wurde von Berlo ein Kommunikationsmodell vorgeschlagen, welches aus den vier Komponenten Quelle, Mitteilung, Kanal und Empfänger besteht. *„Demnach kommt es zur Kommunikation, wenn eine Person (die Quelle) eine Mitteilung über ein bestimmtes Medium (Kanal) sendet, so dass diese von einem Empfänger aufgenommen werden kann. Dieser Prozess wurde dann angepasst, um ein Rückkoppelungsmodell zu bilden, in dem die Kommunikation eine Reaktion bei dem Empfänger auslöst. Diese Reaktion führt auf der anderen Seite wieder dazu, dass der Empfänger zur Quelle einer Rückmeldung wird, die über einen bestimmten Kanal gesendet wird und somit ein Feedback für die Originalquelle darstellt“* (Berlo, 1960, Zit. in Roper et al. 2002, S. 33).

Die Kommunikation erfolgt im Allgemeinen über zwei Hauptkanäle, den verbalen und den nonverbalen Kanal. Während Kommunikation beim verbalen Kanal durch das gesprochene und geschriebene Wort entsteht, erfolgt diese bei der nonverbalen Kommunikation über Parasprache das heißt die Art und Weise wie Sprache eingesetzt wird, und Kinetik (Bewegungslehre).

Kommunikation wird durch verschiedene Umstände beeinflusst. Ein wesentlicher Faktor bei der Kommunikation ist das Alter. Das Entschlüsseln von Kommunikationsaktivitäten verbal oder nonverbal (Babys, Kindern, älteren Menschen) erfordert Geduld und Kompetenz. Weiteren Einfluss auf die Kommunikation nehmen psychische Gesundheitsprobleme, körperliche und geistige Behinderungen, die biologische Körperstruktur in Verbindung mit den Sinnesorganen (sehen, hören, riechen, schmecken, tasten) welche zum Teil mit Hilfsmitteln (Brille, Hörgerät) kompensiert werden können. Die Kommunikation wird gezwungenermaßen auch durch das Intelligenzniveau beeinflusst. Dieses beeinflusst die Lernfähigkeit, das Erinnerungsvermögen sowie das Zuhören, das Lesen und Schreiben.

Die Lebensaktivität Kommunikation wird auch von der aktuellen Stimmung (Depression, Erregung), soziale und kulturelle Wertvorstellungen (rassenabhängige und ethnische Unterschiede, Sprachprobleme, spezialisiertes Vokabular) gelenkt. Obwohl Kommunikation eine höchst individuelle Aktivität darstellt, ist bei dieser nicht der Einzelne entscheidend, sondern die zwischenmenschliche Beziehung (vgl. Roper et al. 2002, S. 33ff).

Kommunikation im Krankenhaus beginnt bei der Aufnahme oder schon davor, wenn eine Aufnahme der Patienten geplant ist und durch telefonische Kontaktaufnahme ein Termin vergeben wird. Bei beiden wird der erste Eindruck für den Patienten wesentlich sein. Können Wünsche in Bezug auf den Termin berücksichtigt werden, erfolgt die Weitergabe von notwendigen Informationen (z.B. dass der Patient bei der Aufnahme „nüchtern“, keine Medikamente einnehmen und Insulin nicht gespritzt werden soll). Für gewisse Untersuchungen ist es auch notwendig blutverdünnende Medikamente eine bestimmte Zeit vor der stationären Aufnahme zu pausieren.

Wird der Patient stationär aufgenommen, sollte dies in freundlicher, ruhiger Atmosphäre erfolgen. Nach der persönlichen Vorstellung werden Informationen über den weiterführenden Ablauf und geplante Maßnahmen (Aufklärungen mit schriftlicher Zustimmung, Blutabnahme, Anamnese, weiterführende Untersuchungen), gegeben. Dabei ist darauf zu achten, dass dem Patienten alles verständlich vermittelt wird, ohne ihn zu überfordern. Nachfolgend werden die Räumlichkeiten der Station gezeigt, das Zimmer zugewiesen, Mitpatienten vorgestellt und der Tagesablauf erklärt.

Die Pflegeanamnese wird von dem DGKP des Bereiches, in welchem der Patient zugewiesen wurde, erhoben. Die Informationssammlung beginnt bei schriftlichen Unterlagen, z.B. Einweisung vom Hausarzt, Arztbrief vom Voraufenthalt und dem Aufnahmegespräch mit dem Patienten und wenn notwendig die Einbeziehung von Angehörigen. Diese stellt ein wesentliches Instrument zum Erheben von Lebensaktivitäten, bestehenden Problemen und vorhandenen Ressourcen dar. Es werden direkte Informationen durch Beobachtung der Pflegenden (z.B. Atmung) und indirekte Informationen (Verlegungsbericht einer anderen Abteilung) sowie subjektive Informationen (Empfindungen „ich fühle mich ängstlich“) und objektive Informationen (Blutdruck, Gewicht), erhoben. Ebenso findet eine körperliche Untersuchung des Patienten statt, wobei besonders Einschränkungen von Aktivitäten des Patienten beachtet werden z.B. Hautdefekte, Lähmungen.

Während des gesamten stationären Aufenthaltes ist die verbale und nonverbale Kommunikation im Rahmen der Betreuung und Schulung ein wichtiger Bestandteil für Patient und Pflegende. Sie hat Auswirkung auf das Vertrauensverhältnis, die Motivation, den Lernerfolg und die Zufriedenheit aller Beteiligten (Anmerkung des Verfassers).

Die Lebensaktivität „Kommunizieren“ betreffend, bedeutet das In Bezug zur Fragestellung:

F 1: Im Rahmen der Anamnese sollen Einschränkungen in Bezug auf diese LA, durch direkte und indirekte Informationen, erhoben werden (z.B. Einschränkung des Seh- bzw. Hörvermögens, kognitive Einschränkungen). Der Patient erhält über verbale (Gruppen- und Einzelschulungen) und nonverbale Kommunikation (Anleiten und Kontrolle der Selbstinjektion, Blutzuckermessung) wichtige Informationen. Es ist wichtig sicher zu stellen, dass der Patient das vermittelte theoretische Wissen versteht und in die Lage versetzt wird das Erlernete in die tägliche Praxis umzusetzen. Eine gute Vertrauensbasis ist Grundvoraussetzung für den Schulungserfolg und führt dazu, dass Hemmungen des Patienten notwendige Fragen zu stellen abgebaut werden. Der Diabetesberater steht während der Arbeitszeit auch für telefonische Auskünfte bei Unklarheiten oder auftretenden Problemen zur Verfügung. Bei Problemen mit Blutzuckermeßgeräten und Pen können diese an der Station geprüft bzw. getauscht werden. Zusätzlich werden Bewilligungen für Medikamente über die Diabetesambulanz eingeholt. Diese Maßnahmen sollen den Patienten unterstützen den Alltag sicherer und leichter zu gestalten. Jedoch ist anzumerken, dass die Auswirkung der Schulung und Betreuung der Patienten sehr von deren Individualität abhängig ist und es auf die Bereitschaft des Patienten ankommt, vermitteltes Wissen anzunehmen. Im Rahmen der Betreuung wird versucht individuell auf die Bedürfnisse und Probleme der Patienten einzugehen. Dies ist besonders wichtig, da der Patient dadurch Wertschätzung erfährt, eine Vertrauensbasis entsteht und deshalb oft erst Ursachen für eine schlechte Einstellung der Stoffwechsellage erkannt werden.

F 2: Die Informationsvermittlung und der hohe Anteil an Eigenverantwortung dieses theoretische Wissen in die Praxis umzusetzen, können dazu führen, dass Informationsdefizite nicht eingestanden werden und es zu Überforderung kommt. Durch Beeinträchtigung in den LA (Sehen, Hören, Bewegungseinschränkungen) kann der Lebensalltag unflexibel und erschwert sein. Durch Wertschätzung und Empathie für den Patienten und als Anlaufstelle für Fragen und Probleme soll durch eine geschaffene Vertrauensbasis der Tagesablauf erleichtert werden (Anmerkung des Verfassers).

4.4 Lebensaktivität Essen und Trinken

Im Alltagsleben stellen Essen und Trinken für alle Altersgruppen wichtige Aktivitäten dar und werden als solche auch meist positiv bewertet. Essen und Trinken verursachen nicht nur Wohlbehagen, sie sind auch lebensnotwendig um Körperzellen mit der notwendigen Energie zu versorgen. In Notsituationen isst der Mensch fast alles um sein Überleben zu sichern. Steht jedoch ausreichende Kost zur Verfügung wird deren Aufnahme im Gehirn von Zentren gesteuert (die Appetit und Durst kontrollieren) und durch biochemische Prozesse geregelt. Um die Fertigkeiten zu besitzen, welche nötig sind um das Essen und Trinken auszuführen, ist auch ein gewisses Intelligenzniveau erforderlich. Dieses ist auch erforderlich um die richtige Kost auszuwählen und zuzubereiten. Emotionale Zustände wie Aufregung und Stress können sich auf die normale Nahrungsaufnahme auswirken. Hinweise für eine ernste Störung sind Appetitverlust oder fehlende Freude am Essen über längere Zeit. Als Quelle des Wohlbefindens und der Sicherheit, kann übermäßige Ernährung auch zu Fettleibigkeit führen. Mit der Einnahme von Mahlzeiten sind oft gewisse Rituale verbunden und sie haben in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehung große Bedeutung. Auch die äußere Umgebung hat Einfluss auf die Auswahl von Nahrung. Während in bestimmten Ländern der Erde noch immer Menschen an Unterernährung und mangelnder Trinkwasserversorgung sterben, sind in den industrialisierten Ländern Nahrung und Getränke im Überfluss vorhanden (vgl. Roper et al. 2002, S. 40ff).

Die Ernährung bei Patienten mit Diabetes mellitus hat einen wesentlichen Anteil bei der Behandlung und entspricht einer gesunden Vollwertkost. Bei der Ernährungsberatung im Krankenhaus soll sich der Kostplan den Patienten anpassen und auf den Tagesablauf, Geschmacksvorlieben bzw. Abneigungen, Unverträglichkeit von Nahrungsmittel, kulturelle und religiöse Riten, Rücksicht nehmen (Anmerkung des Verfassers).

Ernährungsberatung und Ernährung im Krankenhaus

Bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ2 ist die Information über den Energie bzw. Kaloriengehalt von Nahrung und Getränken vorrangig. Diese Patienten sollen über den Einfluss der Nahrungsmittel auf den Blutzucker und über eine langfristige Ernährungsumstellung hinsichtlich einer Gewichtsreduktion beraten werden. Sie erhalten an der Station eine kohlenhydrat- und vor allem fettreduzierte Kost (vgl. Menche 2007, S. 889ff).

Bei Patienten mit einer konventionellen Insulintherapie ist es wichtig, Kohlenhydrate gleichmäßig über den Tag zu verteilen.

Diese Patienten müssen über Kohlenhydratmengen und Broteinheiten Bescheid wissen. Eine Broteinheit, kurz BE, entspricht einer Kohlehydratportion von 10-12 Gramm. An der Station erhalten diese Patienten 6 Mahlzeiten, welche in BE berechnet sind und gleichmäßig über den Tag verteilt werden.

Patienten mit einer intensivierten konventionellen Insulintherapie können über Anzahl der Portionen, Portionsgröße (Anzahl der BE) weitgehend frei entscheiden. Voraussetzung dafür sind Blutzuckerselbstkontrollen, Berechnen von Kohlehydratmengen sowie das Berechnen der notwendigen Insulindosis (vgl. Menche 2007, S. 889ff).

Die Bestellung der Mahlzeiten erfolgt über ein EDV System, in welchen Kostformen und Diäten, hinterlegt sind. Diese können für den Einzelnen auch geändert werden, um Wünsche oder Abneigungen zu berücksichtigen. Bei den Kostformen Normalkost, Leichte Vollkost und vegetarische Kost, ist eine freie Menüauswahl, bei Diäten Wünsche über den Diätologen, möglich. An der Station werden die Mahlzeiten 3-mal täglich, zu bestimmten Zeiten, bereits erwärmt von der Küche geliefert. Jede Essensportion ist für den einzelnen Patienten mittels Karte gekennzeichnet. Auf dieser steht die Kostform, Aufteilung der BE und das Menü.

Somit erhält der Patient je nach Bestellung 3-6-mal täglich sein Essen serviert. Das Essen ist aufbereitet und in Bezug auf Fett- und Kohlehydratanteil berechnet. Essenszeiten werden durch das bereits vorgefertigte erwärmte Essen weniger flexibel, da das Aufbewahren aus hygienischen Gründen nur für begrenzte Zeit möglich ist. Ess-Spritzabstände werden vom Stationsablauf und durch Untersuchungen beeinflusst. Das Austauschen von BE ist nur im begrenzten Ausmaß, durch Beschränkungen der lagernden Nahrungsmittel, möglich. Es wird an der Station hauptsächlich der theoretische Ansatz, mit Hilfe von Ernährungsplänen welche Kohlehydratanteile, Art der Kohlehydrate und Portionsgrößen pro BE zeigen, vermittelt. Zusätzlich finden Einzelberatungen mit dem Diätologen statt. Wie weit der Patient in der Lage ist, BE zu berechnen und auszutauschen, wird in Gesprächen abgefragt und bei Patienten mit intensivierter konventioneller Insulintherapie mittels Testessen überprüft. Dabei isst der Patient eine Portion seiner Wahl, welche nicht vorbereitet wurde, schätzt den Kohlehydratanteil und injiziert sich angepasst sein Insulin. Durch Blutzuckerkontrollen wird überprüft inwieweit die vom Patienten durchgeführte BE/Insulinberechnung übereinstimmt.

Dies dient den Patienten dazu, unter kontrollierten Bedingungen diese Lebensaktivität zu üben, so Sicherheit zu gewinnen und bei eventuell auftretenden Fehlberechnungen gleich Vorort Informationen zu erhalten (Anmerkung des Verfassers).

Diabetespatienten sollen, falls kein Grund für eine Einschränkung wie z.B. Herzschwäche vorliegt, ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Während ungesüßte Getränke wie Wasser, Kräutertee sehr gut geeignet sind, muss bei Fruchtsäften der Zucker- und Kalorienanteil berücksichtigt werden. Alkohol sollte nur in Maßen konsumiert werden, auch dabei ist der Zuckergehalt zu berücksichtigen, da der Genuss von Alkohol Unterzuckerungen verursachen kann (vgl. Menche 2007, S. 890).

Zu Hause steht der Patient vor der Aufgabe die für ihn geeigneten Nahrungsmittel richtig auszuwählen, aufzubereiten bzw. aufbereiten zu lassen. Je nach Therapieart Mahlzeiten einzuteilen, Ess- Spritzabstände zu berücksichtigen und sich je nach Kohlehydratanteil die angepasste Insulindosis zu injizieren. Damit der Patient ein Gefühl für die Menge eines Lebensmittels, die einer BE entspricht bekommt, muss diese anfangs gewogen werden. Für Geübte ist es ausreichend den Anteil zu schätzen, diesen aber gelegentlich mit der Waage zu überprüfen. Es ist naheliegend, dass ein Diabetiker der in Bezug auf die Lebensaktivität Essen und Trinken gut geschult ist, weniger Einschränkung in seinem Alltagsleben und seiner Lebensqualität (z.B. Restaurantbesuche, flexiblere Mahlzeiten, Berufsausübung) erfährt (Anmerkung des Verfassers).

Die Lebensaktivität „Essen und Trinken“ betreffend, bedeutet das in Bezug zur Fragestellung:

F 1: Der Patient erhält an der Station viele Informationen über Nahrungsmittel und Getränke, da diese LA eine wesentliche Säule der Therapie darstellt. Das bedeutet oft eine vollständige Änderung der Trink- und Ernährungsgewohnheiten für den Patienten. Er sollte über Nahrungsmittelzusammensetzung (Kohlehydrat-, Fett- und Eiweißanteil) Bescheid wissen und bei Insulintherapie Proteineinheiten berechnen können. Um den Kohlehydratanteil richtig zu berechnen, ist es anfangs notwendig diese Nahrungsmittel abzuwiegen bei zunehmender Sicherheit kann dieser auch geschätzt werden. Um diese Maßnahmen in den Lebensalltag umsetzen zu können muss der Patient die theoretischen Informationen erlernen und umsetzen. Dies erfordert einen hohen Anteil an Eigeninitiative, Selbstmanagement (um Ess- Spritzabstände zu berücksichtigen, Aufteilung der Mahlzeiten, Portionsgrößen, Zusammensetzung von Lebensmitteln, Art und Anteil von Kohlehydraten) und Selbstdisziplin.

Während es für den Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 wichtig ist den Kohlehydratanteil der Nahrung zu kennen sollte der Patient mit Diabetes mellitus Typ2 auf eine kohlehydrat- und fettreduzierte Kost achten. Die Ernährung eines Diabetes mellitus Patienten entspricht einer gesunden Vollkost (Anmerkung des Verfassers).

Für Ernährungsfragen erhält der Patient neben der Gruppenschulung wenn notwendig eine Einzelberatung durch den Diätologen. Ernährungspläne mit Portionsgrößen, welche die Menge eines Nahrungsmittels die einer BE entsprechen darstellen, werden ausgehändigt. In Bezug zur LA Trinken erhält der Patient Informationen welche Getränke für ihn geeignet sind. Bei Fruchtsäften muss der Zucker- und Kohlehydratanteil berücksichtigt werden. Alkoholische Getränke mit einem hohen Zuckeranteil sind ungeeignet. Alkohol kann in Kombination mit oralen Antidiabetika oder Insulintherapie eine Hypoglykämie verursachen.

F 2: Je nach Lernfähigkeit des Patienten und Therapie muss es bei dieser LA nicht zwingend zu einer Einschränkung der Flexibilität im Lebensalltag kommen. Je flexibler Essenszeiten gestaltet werden können umso leichter lässt sich die Erkrankung ins Alltagsleben integrieren (Beruf, Bewegung). Je unflexibler die Mahlzeiten, desto starrer gestaltet sich der Tagesablauf. Dies muss sich nicht zwingend nachteilig auf den Tagesablauf auswirken und ist patientenabhängig. Die Krankheitsakzeptanz des Patienten wird ausschlaggebend dafür sein, ob sich dadurch der Tagesablauf erschwert. Je nach Ernährungsgewohnheit des Patienten, Krankheitsdauer- und Verlauf, wird die Umstellung auf eine gesunde Vollkost mehr oder weniger belastend sein (Anmerkung des Verfassers).

4.5 Lebensaktivität sich sauber halten und kleiden

Archäologische Funde von Hilfsmitteln beweisen, dass Körperpflege schon von sehr frühen Zivilisationen durchzuführen wurde. Um Haut, Haare, Nägel und Zähne zu reinigen wurden die dafür notwendigen Artikel stets verbessert und das Interesse daran, durch Werbung und Produkte der kosmetischen Industrie, weiter verstärkt. Dies betrifft auch die Kleider- und Modeindustrie. Der Fortschritt hat dazu geführt, dass es Kleidung für jede Gelegenheit gibt und diese pflegeleicht wurde. Ziel der Erziehung ist es Körperpflege und Kleiden selbständig, meist in einer gewissen Privatsphäre, durchzuführen. Die Art (Dusche oder Vollbad) und die Häufigkeit (einmal täglich oder einmal wöchentlich) der Körperpflege ist meist von den Eltern anerzogen.

Eine wichtige Aktivität stellt das Händewaschen dar. Hände sind eine wesentliche Kontaminationsquelle und haben beim Übertragen von Infektionen zu Hause, in öffentlichen Einrichtungen, in Krankenhäusern große Bedeutung. Körperpflege beinhaltet das Schneiden und Reinigen der Finger- und Fußnägel, das Reinigen des Genitalbereiches, Zahn und Mundpflege und die Haarpflege.

Kleidung spiegelt Tradition und Kultur wieder, dient der nonverbalen Kommunikation und ist in der Lage Stimmungen zu vermitteln (Farbauswahl). Sie hat auch den Zweck vor äußeren Einflüssen (Wetter) oder gegen Verletzungen zu schützen. Kleidung wird genutzt um sich zu gefallen und persönliche Orientierungen zu unterstützen. Einschränkungen ergeben sich durch körperliche und geistige Behinderungen, sowie dem Einkommen (vgl. Roper et al. 2002, S. 45ff).

Patienten mit Diabetes mellitus unterliegen einer großen Infektionsgefahr. Bakteriellen Hauterkrankungen und Candidosen kann durch sorgfältige Hautpflege und richtige Hygienemaßnahmen entgegengewirkt werden. Durch das Austrocknen der Haut können Hautrisse entstehen und diese stellen Infektionspforten dar. Das Austrocknen der Haut sollte durch rückfettende Seifen vermieden werden, wobei es nicht zwingend notwendig ist, täglich den ganzen Körper einzuseifen. Für die Hautpflege weniger geeignet sind Pflegelotionen mit Alkoholgehalt und Desinfektionsmittel. Besonders wichtig ist die Fußpflege beim Diabetes mellitus Patienten. Ist die Durchblutung gestört und die Schweißsekretion vermindert wird die Haut trockener und rissiger. Durch das verminderte Schmerzempfinden werden Verletzungen oft erst spät bemerkt.

An der Station erfolgt eine Beratung wie Fußpflege korrekt gemacht wird: Die Füße täglich waschen, dazu körperwarmes Wasser (Temperatur mittels Thermometer kontrollieren) und rückfettende Seifen verwenden. Füße nicht länger als drei Minuten baden, anschließend gut abtrocknen, besonders die Zehenzwischenräume. Bei trockener, rissiger Haut die Füße mit einer Pflegecreme behandeln. Die Zehenzwischenräume nicht cremen. Die Füße täglich auf Verletzungen, Druckstellen, Hornhaut, Blasen untersuchen, eventuelle Hilfsmittel wie einen Spiegel verwenden oder eine Vertrauensperson bitten, diese Inspektion durchzuführen. Bei der Nagelpflege die Nägel gerade schneiden, besser noch feilen und an den Ecken abrunden. Wegen der Verletzungsgefahr geeignetes Werkzeug verwenden und bei Hühneraugen oder Hornhaut eine professionelle Fußpflege in Anspruch nehmen. Das Tragen von geeignetem Schuhwerk (auf Nähte und Falten achten, geschlossene Schuhe bei der Gartenarbeit) wird empfohlen. Der Patient soll nicht barfuß laufen und bei kalten Füßen, wegen eventuell vorhandener Sensibilitätsstörung, keine Wärmeflasche oder elektrisches Heizgerät verwenden.

Auch kleinste Verletzungen müssen behandelt werden und sind ärztlich zu beobachten (vgl. Menche 2007, S. 887ff).

An der Station werden Maßnahmen wie Fußpflege, Fußinspektion und Beingymnastik praktisch geübt. Es wird auf geeignetes Material der Kleidung (z.B. Socken aus Baumwolle oder Seide, Abschluss darf nicht einschnüren) und auf geeignetes Schuhwerk hingewiesen. Bei Bedarf werden Vorfußentlastungsschuhe verordnet, diese werden von Orthopäden für den Patienten angemessen und geliefert. Die Kontaktaufnahme zu den gewünschten Orthopäden erfolgt von der Station, die Verordnung wird von den Stationsärzten ausgestellt. Die vorher erwähnten Maßnahmen sollen auch zu Hause selbstverantwortlich umgesetzt werden (Anmerkung des Verfassers).

Die Lebensaktivität „sich sauber halten“ betreffend, bedeutet das in Bezug zur Fragestellung:

F 1: Auch in diesem Bereich kommt den Patienten eine hohe Eigenverantwortung zu. Beginnend beim Händewaschen vor Blutzuckerselbstkontrolle, bei der Hautbeobachtung vor Selbstinjektion sowie der richtigen Haut- und Fußpflege. Können diese erforderlichen Maßnahmen nicht selbst durchgeführt werden, müssen diese von anderen Personen übernommen werden (z.B. Fußpflege). Auch das Tragen von geeigneter Kleidung und Schuhwerk spielt eine wichtige Rolle und gehört zur Eigenverantwortung des Patienten.

F 2: Die notwendigen Hygienemaßnahmen, wie das Händewaschen bedeuten normalerweise keinen zusätzlichen Aufwand und können in den Tagesablauf integriert werden. Auch die Fußinspektion kann im Rahmen der Körperpflege gemacht werden und bedeutet geringen zusätzlichen Aufwand. Diese Maßnahmen sollten sich weder auf die Flexibilität noch auf das Alltagsleben auswirken (Anmerkung des Verfassers).

4.6 Lebensaktivität Sich als Mann und Frau fühlen und verhalten

Die Sexualität ist, über die gesamte Lebensspanne, ein wichtiger Bereich der Persönlichkeit und des zwischenmenschlichen Verhaltens. Sexuelle Identität besitzt jeder Mensch und diese Wahrnehmung des „Ich“ erfolgt als Mann oder Frau. Je nach Kultur und Gesellschaft kommt Sexualität unterschiedlich zum Ausdruck. Diese werden nicht nur durch biologische Unterschiede bestimmt. Es gibt verschiedenes Rollenverhalten in der Gesellschaft, zu Hause oder im Beruf wobei überlieferte Unterschiede immer mehr verschwinden und soziale Sitten immer liberaler werden. Durch den Prozess der Sozialisation werden Normen und Moralvorstellungen der Gesellschaft von der Familie bzw. Erziehungsberechtigten weitergegeben.

Im Laufe der Entwicklung lernt das Kind, wie sich Männer und Frauen in der Gesellschaft verhalten sollen und wie Sexualität ausgedrückt werden kann. Während es bei den gesellschaftlichen Formen des sexuellen Ausdrucks große Unterschiede gibt, ist das Verhalten in Bezug auf die Anziehungskraft eines sexuellen Partners universell.

Durch gesetzliche Regelungen werden unerwünschten sexuellen Beziehungen, wie z.B. Inzest oder Geschlechtsverkehr von Erwachsenen mit Kindern, untersagt. Die monogame Ehe ist in der westlichen Zivilisation noch immer die Norm, obwohl es im 20. Jahrhundert durch die sogenannte sexuelle Revolution zu mehr Unterschieden als Übereinstimmungen gekommen ist. Die soziale Freizügigkeit hat in der westlichen Zivilisation nicht nur Vorteile sondern auch Probleme mit sich gebracht. Viele Menschen leiden wegen sexueller Probleme, Schwierigkeiten durch Trennung und Scheidung, Streitigkeiten in der Partnerschaft, zunehmend unter Stress. Ein weiterer Nachteil ist das Vordringen der Pornographie in den Medien und ihre schädigende Wirkung auf Kinder (z.B. Internet). Das freizügigere Verhalten hat einerseits zur Beseitigung von Stigmata geführt, welchen verschiedenen sexuellen Partnerschaften anhaftete, andererseits aber das Problem der sexuell übertragbaren Krankheiten vergrößert (vgl. Roper et al. 2002, S. 59ff).

Durch das soziale Umfeld werden Ausdrucksweisen des sexuellen Verhaltens sowohl geformt als auch beschränkt. Heterosexualität wird von den meisten Erwachsenen bevorzugt und als normal empfunden. Die sexuelle Anziehungskraft zwischen Personen des gleichen Geschlechtes (Homosexualität) ist seit jeher und in allen Gesellschaften existent. Bei der Transsexualität ist das zentrale Merkmal eine gegensätzliche geschlechtliche Identität.

Wichtige Aspekte zur LA „Sich als Mann und Frau fühlen und verhalten“ sind Schwangerschaft, Geburt und Fruchtbarkeit. In der Beziehung zwischen Erwachsenen stellt der Geschlechtsverkehr eine wichtige Komponente dar. Dieser sichert auch den Fortbestand der Spezies (vgl. Roper et al. 2002, S. 60ff).

Bei Patienten mit Diabetes mellitus treten häufig sexuelle Funktionsstörungen auf. Vorrangig dabei ist eine verminderte sexuelle Erregung. Die Lebensqualität des Patienten wird durch sexuelle Probleme, welche sich auch auf die Partnerschaft auswirken, beeinträchtigt. Da Sexualität allgemein sowie sexuelle Funktionsstörungen ein Tabuthema darstellen, scheuen viele Patienten davor zurück dieses Thema offen anzusprechen. Der Pflegende hat die Aufgabe, auf bestimmte Hinweise zu achten, Vertrauen aufzubauen, Probleme zu besprechen und Gespräche mit den behandelnden Ärzten zu vermitteln. Zur Verbesserung der Lebensqualität bei sexueller Funktionsstörung stehen dem Betroffenen zahlreiche Hilfsmittel zur Verfügung (z.B. psychologische Beratung, Medikamente, Gleitmittel, Prothesen) und der Patient sollte vom Pflegenden dementsprechende Informationen erhalten.

Frauen mit Diabetes mellitus sollten schon vor Eintreten einer Schwangerschaft eine weitgehend normale Einstellung des Blutzuckerspiegels erreichen um diabetesbedingte Komplikationen bei Mutter und Kind zu vermeiden. Während der Schwangerschaft sind häufige Kontrollen durch den Internisten und Gynäkologen erforderlich. Die Erkrankung selbst spricht nicht gegen eine Schwangerschaft (vgl. Menche 2007, S. 888).

In Bezug auf die LA „Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten“ wird an der Station versucht ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen, damit dieser seine Hemmungen verliert Fragen, in Bezug auf Sexualität und eventuell damit verbundene Probleme, zu stellen. Genaues Hinhören bei Andeutungen und Hinterfragen sind wichtige Kompetenzen um den Patienten die für ihn notwendigen Informationen geben zu können. Probleme mit sexuellen Funktionsstörungen werden beim jüngeren Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 eher nachrangig sein. Mit Fortbestehen der Erkrankung und bei älteren Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 und Typ2 aber an Bedeutung gewinnen.

Durch wiederkehrende stationäre Aufnahmen, werden Ängste und Hemmungen abgebaut und der Patient wird Probleme leichter ansprechen (Anmerkung des Verfassers).

Die Lebensaktivität „sich als Mann und Frau fühlen und verhalten“ betreffend, bedeutet dies in Bezug zur Fragestellung:

F 1: In dieser Hinsicht ist es für Frauen mit Diabetes mellitus wichtig schon vor Eintreten einer Schwangerschaft eine gute Einstellung ihrer Stoffwechsellage zu erlangen, um diabetesbedingte Komplikationen zu vermeiden. Betreuung, Unterstützung und Begleitung, durch häufigere ambulante Kontrollen, erhält die Patientin während der gesamten Schwangerschaft. Bei sexuellen Funktionsstörungen ist es wichtig, dass der Patient die für ihn notwendigen Informationen erhält. Mit Empathie und Verständnis für Probleme soll eine Vertrauensbasis geschaffen werden, um als Anlaufstelle für Fragen in Bezug auf Sexualität behilflich zu sein. Das impliziert die Vermittlung von Fachärzten sowie Weitergabe von Informationen und Broschüren.

F 2: Bei gut geschulten Patientinnen mit Diabetes mellitus sollte sich der Lebensalltag und die Flexibilität aufgrund der Schwangerschaft nicht verändern. Sexuelle Funktionsstörungen können das Alltagsleben erschweren und die Flexibilität bzw. Spontanität verändern. Durch das Ergreifen von unterstützenden Maßnahmen sollte sich die Lebensqualität verbessern (Anmerkung des Verfassers).

Die Forschungsfragen konnten wie folgt beantwortet werden.

Beantwortung der Forschungsfragen:

F 1: Wie wirken sich die Diabetesschulung und die stationäre Betreuung der Patienten auf die Bewältigung des täglichen Lebens aus?

Die Diabetesschulung und die Betreuung an der Station nehmen großen Einfluss auf die Bewältigung des täglichen Lebens für den Patienten. Die theoretische und praktische Wissensvermittlung ist Grundvoraussetzung für den Patienten um überhaupt Einfluss auf die Erkrankung, den Erkrankungsverlauf bzw. die Stoffwechsellage nehmen zu können. Durch Information, Motivation, Betreuung und Unterstützung können Folgeschäden verzögert bzw. vermieden werden und die Lebensqualität in Bezug auf die Erkrankung erhalten bleiben. Bei guter Stoffwechseleinstellung des Patienten sind ambulante Kontrollen und Beratungsgespräche ausreichend und stationäre Aufnahmen können vermieden werden. Der Patient kann durch Eigeninitiative und Selbstmanagement sein Alltagsleben organisieren und selbst gestalten.

F 2: Ist der Tagesablauf flexibler oder unflexibler bzw. einfacher oder erschwert?

Durch die Diabeteschulung und Betreuung an der Station erhält der Patient alle nötigen Informationen um seinen Tagesablauf freier und flexibler gestalten zu können. Die Schulung soll die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen für den Patienten möglich und einfach machen. Bei auftretenden Problemen sind die Diabetesberater auch telefonisch erreichbar um Unterstützung zu geben (Anmerkung des Verfassers).

Um die gestellten Forschungsfragen und Hypothesen quantitativ zu beantworten, wird nachfolgend die quantitative Forschungsmethode kurz erläutert und die Forschungsmethode und das Forschungsdesign beschrieben.

5 EMPIRISCHER FORSCHUNGSTEIL

An Medizin 4 erhalten Patienten mit Diabetes mellitus eine Schulung und Betreuung welche, wie bereits in Kapitel 2 behandelt, die strukturellen und personellen Voraussetzungen einer Diabetesschulung entsprechen. Es ist noch kein geeignetes Messinstrument vorhanden um die Forschungsfragen:

F 1: Wie wirken sich die Diabetesschulung und die stationäre Betreuung der Patienten auf die Bewältigung des täglichen Lebens aus?

F 2: Ist der Tagesablauf flexibler oder unflexibler bzw. einfacher od. erschwert?

und die

Hypothesen 1: Die Diabetesschulungen und interaktive Betreuung während des stationären Aufenthaltes haben Einfluss auf das tägliche Leben der Patienten.

Hypothese 2: Die Schulung und der stationäre Aufenthalt stehen im direkten Zusammenhang mit der Lebensqualität der Patienten.

zu beantworten.

An der Diabetesambulanz werden Patienten nach stationären Aufenthalten betreut. Im Rahmen der Aufenthalte haben alle Patienten mindestens einmal, bei Mehrfachaufenthalten wiederholt, an der Gruppenschulung teilgenommen. Insulinpflichtige Typ1 und Typ2 Patienten mit Diabetes mellitus wurden durch den Diabetologen und in Einzelschulungen von den Diabetesberatern und zusätzlich in Bezug auf Ernährung von den Diätologen auf eine gesunde Vollwertkost und Broteinheiten geschult (Anmerkung des Verfassers).

Für die Beantwortung der gestellten Forschungsfragen und Hypothesen wurde das quantitative Forschungsdesign gewählt. Quantitative Forschung entstammt aus der Naturwissenschaft. Es wird mit objektiven Daten gearbeitet welche durch standardisierte Erhebungen oder durch dasselbe wiederholte gleiche Vorgehen bei Versuchen erhoben werden (vgl. <http://www.pflegewiki.de/wiki/Kategorie:Pflegeforschung>).

Die Befragung erfolgt in schriftlicher Form mittels strukturiertem Fragebogen, das heißt jeder Patient erhält dieselben Fragen in identischer Reihenfolge und Formulierung gestellt. Der Fragebogen wurde unterteilt in Faktfragen, Wissensfragen und Fragen nach Bewertungen. Die Wissensfragen wurden an den Fragebogen Diabetes-Wissens Test (DWT) rev. Version von Harb, B. M. (2006) angelehnt, Faktfragen und die Bewertungsfragen vom Verfasser erstellt. Der Fragebogen ist im Anhang 2 in seiner Gesamtheit abgebildet.

Die Stichprobe (Teil einer Grundgesamtheit) entspricht einer Clusterstichprobe (Teilmenge welche die Grundgesamtheit repräsentiert). Es wurden insulinpflichtige Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 und Typ2, die nach stationärem Aufenthalt in der Diabetesambulanz betreut werden befragt. Die Befragung erfolgte an beiden Ambulanztagen dienstags und mittwochs, am 24.5. und 25.5. 2011, in der Kalenderwoche 21. Die Fragebogenauswertung erfolgt mittels SPSS, ein Softwareprogramm für Statistik und Analyse.

5.1 Patientenbefragung

An beiden Ambulanztagen wurden insgesamt 17 Fragebögen an alle insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 und Typ2 verteilt. Von den Teilnehmern wurden 13 Fragebögen retourniert, dies entspricht einem Rücklauf von 76,5%.

Retournierte Fragebögen	13	76,5%
Ausgegebene Fragebögen	17	100%

Tab.1: ausgegebene und retournierte Fragebögen (Quelle: Plamenig, 2011)

Auswertung der Faktfragen, Angaben zur Person:

Alter des/der Befragten

An der Befragung nahmen insgesamt 13 Patienten teil. Das Gesamalter verteilte sich zwischen 62 und 79 Jahren, wobei sich in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren, 5 Patienten (entsprechen 39%) und in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren, 8 Patienten (entsprechen 61%) befanden. Das durchschnittliche Alter betrug 72,2 Jahre mit einer Standardabweichung (SD) von 6,5 (Tab.26).

	Häufigkeit	Prozent
Gültig 62	1	7,7
63	1	7,7
65	1	7,7
67	1	7,7
68	1	7,7
71	1	7,7
75	1	7,7
77	2	15,4
78	2	15,4
79	2	15,4
Gesamt	13	100,0

Tab.2: Alter der Patienten (Quelle: Plamenig, 2011)

Geschlecht der/des Diabetespatienten

Es hat sich gezeigt, dass insgesamt mehr männliche Patienten (N=8) als weibliche Patienten (N=5) teilgenommen haben. Es befanden sich in beiden Altersgruppen mehr männliche Patienten.

Vergleich Altersgruppe/Geschlecht der Patienten

		Geschlecht der/des Diabetespatienten		Gesamt
		Weiblich	Männlich	
Altersgruppe	Altersgruppe 60-69	2	3	5
	Altersgruppe 70-79	3	5	8
Gesamt		5	8	13

Tab.3: Altersgruppe, Geschlecht der/des Diabetespatienten Kreuztabelle (Quelle: Plamenig, 2011)

Diabetes seit (Angabe in Jahren)

Bei der Frage seit wie vielen Jahren die Patienten an Diabetes mellitus erkrankt sind, ergab sich eine Streuung zwischen 2 und 50 Jahren, wobei 8 Patienten eine Erkrankungsdauer bis zu 15 Jahre und 3 Patienten eine Erkrankungsdauer über 40 Jahre vermerkten. Bei 2 Fragebögen wurde keine Angabe bzgl. der Erkrankungsdauer gemacht.

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	2,00	2	15,4
	5,00	1	7,7
	7,00	1	7,7
	9,00	1	7,7
	10,00	1	7,7
	11,00	1	7,7
	15,00	1	7,7
	40,00	1	7,7
	41,00	1	7,7
	50,00	1	7,7
	Gesamt	11	84,6
Fehlend	System	2	15,4
	Gesamt	13	100,0

Tab.4: Diabetes seit Angabe in Jahren (Quelle: Plamenig, 2011)

Auswertung der Fragen zur Schulung und Betreuung an der Station:

Diese Fragen konnten mit „sehr gut/sehr hilfreich, gut/hilfreich, wenig/wenig hilfreich und gar nicht/gar nicht hilfreich“ bewertet werden. Wobei die die Bewertung „sehr gut und gut“ als positiv, „wenig und gar nicht“ als negativ beurteilt wird.

Wie verständlich wurde Ihnen das Wissen über Diabetes mellitus vermittelt?

Die Frage wie verständlich das Wissen über Diabetes mellitus vermittelt wurde, ist von 69% (N=9) der Befragten als „sehr gut verständlich“, von 23% (N=3) der Befragten als „gut verständlich“ und von 8% der Befragten (N=1) als „wenig verständlich“ bewertet worden. Somit befindet sich die Auswertung mit 92% im positiven Bereich wobei angemerkt wird, dass die Bewertung „nicht verständlich“ von keinem Befragten gewählt wurde.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig wenig verständlich	1	7,7
gut verständlich	3	23,1
sehr gut verständlich	9	69,2
Gesamt	13	100,0

Tab.5: Wie verständlich wurde Ihnen das Wissen über Diabetes mellitus vermittelt (Quelle: Plamenig, 2011)

Wie sind die vermittelten Inhalte für sie im Alltag umsetzbar?

Die Frage wie die vermittelten Inhalte im Alltag umsetzbar sind, wurde von 39% der Teilnehmer (N=5) als „sehr gut umsetzbar“, von 54% der Teilnehmer (N=7) als „gut umsetzbar“ und von 8% der Teilnehmer (N=1) als „wenig umsetzbar“ bewertet. Auch diese Bewertung befindet sich mit 92% im positiven Bereich und auch bei dieser Frage die Bewertung mit „gar nicht umsetzbar“ von keinem Teilnehmer stattgefunden hat.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig wenig umsetzbar	1	7,7
gut umsetzbar	7	53,8
sehr gut umsetzbar	5	38,5
Gesamt	13	100,0

Tab.6: Wie sind die vermittelten Inhalte für sie im Alltag umsetzbar (Quelle: Plamenig, 2011)

Was ist für Sie bei der Umsetzung besonders schwierig?

Bei dieser Frage hatten die Patienten die Möglichkeit freie Antworten zu formulieren. Knapp die Hälfte der Befragten, 46% (N=6) nutzten die Möglichkeit bekanntzugeben, in welchem Bereich die Umsetzung der vermittelten Inhalte besonders schwierig ist und es hat sich folgendes Ergebnis gezeigt. Es ist zu bemerken, dass 3 Nennungen dem Bereich Lebensaktivität Essen und Trinken zugeordnet werden können.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig	7	53,8
einzuhalten	1	7,7
Gewichtsreduktion	1	7,7
Heißhunger; Unterzucker	1	7,7
Hunger	1	7,7
richtig einschätzen	1	7,7
Spritzen; viel in der Natur	1	7,7
Gesamt	13	100,0

Tab.7: Was ist für Sie bei der Umsetzung besonders schwierig (Quelle: Plamenig, 2011)

Wie hilfreich waren die praktischen Anweisungen für Blutzuckermessung und Insulinselbstinjektion?

Bei der Frage ob die praktischen Anweisungen für notwendige Maßnahmen der Blutzuckermessung und Insulininjektion hilfreich waren, zeigte sich folgendes Ergebnis. Als „sehr hilfreich“ wurden die Anweisungen von 69% der Teilnehmer (N=9) bewertet, „hilfreich“ von 23% der Teilnehmer (N=3), somit von 92 % als positiv bewertet. Als „wenig hilfreich“ von 8% der Teilnehmer (N=1). Auch bei dieser Frage wurde „gar nicht hilfreich“ nicht gewählt.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig wenig hilfreich	1	7,7
hilfreich	3	23,1
sehr hilfreich	9	69,2
Gesamt	13	100,0

Tab.8: Wie hilfreich waren die praktischen Anweisungen für Blutzuckermessung und Insulinselbstinjektion (Quelle: Plamenig, 2011)

Auswertung der vermittelten Inhalte

Im Bereich der Wissensfragen hatte der Patient die Möglichkeit richtige Aussagen anzukreuzen. Jede richtige Entscheidung wurde mit einem Punkt bewertet und somit waren maximal 15 Punkte zu erreichen.

Eine Broteinheit (BE) enthält:

Diese Frage wurde von 77% der Befragten (N=10) richtig und von 23% der Befragten (N=3) falsch beantwortet.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig Antwort falsch	3	23,1
Antwort richtig	10	76,9
Gesamt	13	100,0

Tab.9: Eine Broteinheit (BE) enthält (Quelle: Plamenig, 2011)

Anzeichen einer Unterzuckerung können sein:

Bei dieser Frage gab es zwei richtige Antwortmöglichkeiten. Diese wurden von 15% der Teilnehmer (N=2) erreicht. Eine richtige Antwort gaben 54% der Teilnehmer (N=7). Falsch beantwortet wurde die Frage von 8% der Teilnehmer (N=1) und 15% der Teilnehmer (N=2) haben die Frage nicht beantwortet.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig Antwort falsch	1	7,7
eine Antwort von zwei richtig	7	53,8
alle zwei Antworten richtig	2	15,4
eine falsch angekreuzt	1	7,7
nichts angekreuzt	2	15,4
Gesamt	13	100,0

Tab.10: Anzeichen einer Unterzuckerung können sein (Quelle: Plamenig, 2011)

Diabetische Folgeerkrankungen können auftreten an:

Auch bei dieser Frage gab es zwei richtige Antwortmöglichkeiten. Wobei 39% der Befragten (N=5) beide richtigen Antworten wählten und 54% der Befragten (N=7) eine richtige Antwort wählten. Von 8% der Befragten (N=1) wurde die Frage nicht beantwortet.

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	eine Antwort von zwei richtig	7	53,8
	alle zwei Antworten richtig	5	38,5
	Gesamt	12	92,3
Fehlend	System	1	7,7
	Gesamt	13	100,0

Tab.11: Diabetische Folgeerkrankungen können auftreten an (Quelle: Plamenig, 2011)

Der HBA1C Wert zeigt:

Bei dieser Frage gab es nur eine richtige Antwortmöglichkeit. Diese wurde von 85% der Befragten (N=11) gewählt. Als falsch oder nicht beantwortet wurde die Frage von jeweils 8% der Befragten (N=1).

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Antwort falsch	1	7,7
	Antwort richtig	11	84,6
	Gesamt	12	92,3
Fehlend	System	1	7,7
	Gesamt	13	100,0

Tab.12: Der HBA1C Wert zeigt (Quelle: Plamenig, 2011)

Insulin wird gespritzt:

Diese Frage konnte mit maximal zwei Möglichkeiten richtig beantwortet werden. Alle beide Antworten richtig erkannt haben 15% der Befragten (N=2) und eine Antwort richtig erkannt 85% der Befragten (N=11). Hierbei muss angemerkt werden, dass an der Station ausschließlich die Selbstinjektionen in den Bauch praktisch geübt werden.

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	eine Antwort von zwei richtig	11	84,6
	alle beiden Antworten richtig	2	15,4
	Gesamt	13	100,0

Tab.13: Insulin wird gespritzt (Quelle: Plamenig, 2011)

Beurteilung Diabeteswissenstest Punkte (Max.15):

Beim Diabeteswissenstest hat sich gezeigt das von 15 möglichen Entscheidungen die Streuung zwischen minimal 9 (N=2) und maximal 15 (N=2) Punkten liegt. Die Punktezahl von 12 wurde am häufigsten, von 54% der Befragten (N=7) erreicht.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig 9,00	2	15,4
10,00	1	7,7
11,00	1	7,7
12,00	7	53,8
15,00	2	15,4
Gesamt	13	100,0

Tab.14: Beurteilung Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) (Quelle: Plamenig, 2011)

Bericht Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten:

Beim Diabeteswissenstest unabhängig vom Alter der Befragten hat sich gezeigt, dass die weiblichen Teilnehmer (N=5) mit einem MW von 11,80 leicht über dem MW der männlichen Teilnehmer (N=8) MW 11,75 liegen.

Geschlecht der/des Diabetespatienten	Mittelwert	N	Standardabweichung
Weiblich	11,80	5	2,17
Männlich	11,75	8	1,75
Insgesamt	11,77	13	1,83

Tab.15: Bericht Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten (Quelle: Plamenig, 2011)

Bericht Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten:

Im Zusammenhang mit dem Alter hat sich gezeigt, dass jüngere Patienten messbar mehr wissen (MW 13.20, SD 1,64) als ältere Patienten (MW 10.88, SD 1,36).

Altersgruppe	Mittelwert	N	Standardabweichung
Altersgruppe 60-69	13,20	5	1,64
Altersgruppe 70-79	10,88	8	1,36
Insgesamt	11,77	13	1,83

Tab.16: Bericht Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten (Quelle: Plamenig, 2011)

Aus dem Zusammenhang von Alter und Geschlecht der Befragten ergab sich, dass in der jüngeren Altersgruppe das Diabeteswissen bei den weiblichen Patienten höher ist als bei den männlichen Patienten. Der MW liegt in dieser Gruppe bei 13,2 (SD 1,64), bei 15 erreichbaren Punkten hoch und spricht somit für eine höhere Lebensqualität der Patienten. In der höheren Altersgruppe ist das Diabeteswissen bei den männlichen Befragten höher.

Altersgruppe	Geschlecht der/des Diabetespatienten	Mittelwert	Standardabweichung	N
Altersgruppe 60-69	Weiblich	13,50	2,12	2
	Männlich	13,00	1,73	3
	Gesamt	13,20	1,64	5
Altersgruppe 70- 79	Weiblich	10,67	1,53	3
	Männlich	11,00	1,41	5
	Gesamt	10,88	1,36	8
Gesamt	Weiblich	11,80	2,17	5
	Männlich	11,75	1,75	8
	Gesamt	11,77	1,83	13

Tab.17: Deskriptive Statistiken Abhängige Variable: Altersgruppe, Geschlecht, Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) (Quelle: Plamenig, 2011)

Auswertung der Fragen zur Lebensqualität bezugnehmend zur Schulung:

Die Patienten hatten die Möglichkeit die Fragen mit „stimmt genau, stimmt eher, stimmt eher nicht und stimmt gar nicht“ zu beurteilen. Fragen welche mit „stimmt genau und stimmt eher“ beantwortet wurden werden als positiv gewertet, Fragen welche mit „stimmt eher nicht, stimmt gar nicht“, als negativ gewertet. Es ist anzumerken, dass bei „stimmt gar nicht“ keine Bewertung erfolgte.

Die Schulung hat dazu beigetragen meine Flexibilität im Alltag zu verbessern

Die Flexibilität im Alltag hat sich durch die Schulung bei 85% der Befragten (N=12) verbessert. Bei 8% der Befragten (N=1) wurde die Frage mit „stimmt eher nicht bewertet“. Nicht beantwortet wurde diese Frage von 8% der Befragten (N=1).

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	stimmt eher nicht	1	7,7
	stimmt eher	3	23,1
	stimmt genau	8	61,5
	Gesamt	12	92,3
Fehlend	System	1	7,7
Gesamt		13	100,0

Tab.18: Die Schulung hat dazu beigetragen meine Flexibilität im Alltag zu verbessern (Quelle: Plamenig, 2011)

Die Schulung hat geholfen die diabetesgerechte Ernährung umzusetzen

Von 92% der Befragten (N=12) wurde angegeben, das die Schulung geholfen hat, die diabetesgerechte Ernährung umzusetzen. Mit „stimmt eher nicht“ antwortete 8% der Befragten (N=1).

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	stimmt eher nicht	1	7,7
	stimmt eher	2	15,4
	stimmt genau	10	76,9
	Gesamt	13	100,0

Tab.19: Die Schulung hat geholfen die diabetesgerechte Ernährung umzusetzen (Quelle: Plamenig, 2011)

Nach der Schulung habe ich das Gefühl, Folgeerkrankungen besser vermeiden zu können

Das Gefühl zu haben Folgeerkrankungen nach der Schulung besser vermeiden zu können gaben 92% der Patienten (N=12) an. Mit „stimmt gar nicht“ wurde diese Frage von 8% der Patienten (N=1) bewertet.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig stimmt gar nicht	1	7,7
stimmt eher	4	30,8
stimmt genau	8	61,5
Gesamt	13	100,0

Tab.20: Nach der Schulung habe ich das Gefühl, Folgeerkrankungen besser vermeiden zu können (Quelle: Plamenig, 2011)

Nach der Schulung habe ich das Gefühl mit Hypoglykämien besser umgehen zu können

Das Gefühl nach der Schulung mit Hypoglykämien besser umgehen zu können fand bei allen (100%) Befragten (N=13) Zustimmung und ist in Bezug für die Lebensqualität der Patienten als sehr positiv zu bewerten.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig stimmt eher	5	38,5
stimmt genau	8	61,5
Gesamt	13	100,0

Tab.21: Nach der Schulung habe ich das Gefühl mit Hypoglykämien besser umgehen zu können (Quelle: Plamenig, 2011)

Durch die Schulung hat sie meine Lebensqualität verbessert

Eine Verbesserung der Lebensqualität gaben alle (100%) Befragten (N=13) an.

	Häufigkeit	Prozent
Gültig stimmt eher	3	23,1
stimmt genau	10	76,9
Gesamt	13	100,0

Tab.22: Durch die Schulung hat sie meine Lebensqualität verbessert (Quelle: Plamenig, 2011)

Summe Lebensqualität (Max. 15)

Bei der Fragen der Lebensqualität bezugnehmend auf die Schulung konnten maximal 15 Punkte erreicht werden. Es zeigte sich eine Streuung von 9 bis 15 Punkten. Wobei 33% der Befragten (N=4), 9 bis 12 Punkte und 58% der Befragten (N=8), 13 bis 15 Punkte erzielten. Die Frage nicht beantwortet haben 8% der Befragten (N=1).

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	9,00	1	7,7
	10,00	1	7,7
	11,00	1	7,7
	12,00	1	7,7
	13,00	2	15,4
	14,00	2	15,4
	15,00	4	30,8
Gesamt		12	92,3
Fehlend	System	1	7,7
Gesamt		13	100,0

Tab.23: Summe Lebensqualität (Max. 15) (Quelle: Plamenig, 2011)

Bericht Vergleich LQ (Max. 15) im Bezug zum Geschlecht der Patienten:

Hier hat sich gezeigt, dass die weiblichen Teilnehmer (N=4) einen höheren MW mit 14 (SD 2,82) erreichten als die männlichen Teilnehmer (N=8) mit einen MW von 12,5 (SD 2,39). Somit zeigt sich bei den Frauen eine bessere Lebensqualität.

Geschlecht der/des Diabetespatienten	Mittelwert	N	Standardabweichung
Weiblich	14,00	4	0,82
Männlich	12,50	8	2,39
Insgesamt	13,00	12	2,09

Tab.24: Bericht Vergleich LQ (Max. 15) im Bezug zum Geschlecht der Patienten (Quelle: Plamenig, 2011)

Bericht Summe LQ (Max. 15) im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten:

In Abhängigkeit vom Alter zeigt sich in der jüngeren Altersgruppe (N=4) eine schlechtere Beurteilung der Lebensqualität MW 12,75 (SD 2,63) als in der höheren Altersgruppe (N=8). Hier wird die Lebensqualität mit einem MW von 13,13 (SD 1,96) besser bewertet.

Altersgruppe	Mittelwert	N	Standardabweichung
Altersgruppe 60-69	12,75	4	2,63
Altersgruppe 70-79	13,13	8	1,96
Insgesamt	13,00	12	2,09

Tab.25: Bericht Summe LQ (Max. 15) im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten (Quelle: Plamenig, 2011)

Deskriptive Statistiken Zusammenhang LQ (Summe Max.15 Alter und Geschlecht der Patienten):

Im Zusammenhang Alter, Geschlecht und LQ zeigt sich, dass Frauen (N=4) in beiden Altersgruppen eine höhere LQ erzielen als Männer (N=8). Während der MW in beiden Altersgruppen bei den Frauen gleich ist (MW 14), zeigt sich bei den Männern ein deutlicher Unterschied. In der niedrigeren Altersgruppe wird die LQ von den männlichen Patienten (N=3) mit einem MW von 12,33 deutlich geringer beurteilt als von männlichen Patienten (N=5) in der höheren Altersgruppe mit dem MW von 12,60.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter des/der Befragten	13	62	79	72,23	6,46
Diabetes seit (Angabe in Jahren)	11	2,00	50,00	17,45	17,43
Diabeteswissenstest Punkte (Max.15)	13	9,00	15,00	11,77	1,83
Summe LQ (Max. 15)	12	9,00	15,00	13,00	2,09
Gültige Werte (Listenweise)	10				

Tab.26: Deskriptive Statistiken Zusammenhang LQ (Summe Max.15 Alter und Geschlecht der Patienten (Quelle: Plamenig, 2011)

Durch die quantitative Forschung konnten die Fragen wie folgt beantwortet werden. Das Alter der Teilnehmergruppe lag zwischen 62 und 79 Jahren, davon 5 weibliche und 8 männliche Patienten. Die Erkrankungsdauer betrug 2 bis 50 Jahre, wovon 3 Patienten länger als 40 Jahre an Diabetes mellitus leiden. Bei den Fragen zur Schulung in Bezug auf Verständlichkeit, Umsetzbarkeit im Alltag und wie hilfreich die praktischen Anweisungen für die Stoffwechselfbstkontrolle waren, befand sich die Auswertung mit jeweils über 90% im positiven Bereich. Bei der freien Antwortmöglichkeit in welchem Bereich die Umsetzung besonders schwierig ist, wurde der Bereich LA „Essen und Trinken“ 3-mal angegeben.

Im Bereich der Wissensfragen wurden am Häufigsten 12 Punkte erreicht. Das entspricht einem Wert von 80%, wobei die Frauen bei den Fragen nach dem Wissen im Mittelwert leicht über dem der Männer lagen.

Bei den Fragen zur Lebensqualität hat es bei der Auswirkung der Schulung auf die Flexibilität 85% Zustimmung, die diabetesgerechte Ernährung besser umsetzen zu können und Folgeerkrankungen besser vermeiden zu können, 92% Zustimmung gegeben.

Mit Hypoglykämien besser umgehen zu können und eine Verbesserung der Lebensqualität wurde von allen Teilnehmern bestätigt.

Bei den weiblichen Teilnehmern zeigte sich in beiden Altersgruppen eine höhere Lebensqualität als bei den männlichen Teilnehmern. Bei den männlichen Befragten wurde die Lebensqualität in der höheren Altersgruppe besser bewertet als in der jüngeren Altersgruppe.

Aufgefallen ist, dass der Teilnehmer mit den meisten Punkten im Wissensbereich die theoretische und praktische Schulung als „wenig hilfreich“ bzw. „wenig umsetzbar“ bewertete (Anmerkung des Verfassers).

6 SCHLUSS

Nach der Bearbeitung des Themas „Qualitätsicherung bei der Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus“ in theoretischer und quantitativer Form können folgende Schlüsse gezogen werden.

Im LKH Wolfsberg erfolgt die Schulung von Diabetespatienten an der Station Medizin 4 nach den vorgegeben Richtlinien. Es werden wie gefordert die räumlichen, personellen und strukturellen Anforderungen erfüllt. Wie in Kapitel 2 behandelt zeigt sich, dass es für den Schulungserfolg mannigfaltige Einflüsse gibt, aber es wesentlich vom Patienten abhängt wie gut er das vermittelte theoretische und praktische Wissen zu Hause im Rahmen seiner Lebensaktivitäten anwendet. Das Vermitteln der Maßnahmen zur Stoffwechselkontrolle soll dem Patienten dazu befähigen die Selbständigkeit im Berufs- und Alltagsleben zu erhalten. Somit hat die Schulung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus sowohl Einfluss auf das tägliche Leben und auf die Lebensqualität der Betroffenen. Da es sich beim Diabetes mellitus um eine Langzeiterkrankung handelt, ist es wichtig im Rahmen der Kundenorientierung diese professionell zu begleiten und zu unterstützen um mögliche Folgeerkrankungen so lange als möglich hintanzuhalten bzw. zu verhindern. Da ca. 8% der österreichischen Bevölkerung an Diabetes mellitus erkrankt sind erscheint es sinnvoll eine qualitativ hochwertige Schulung anzubieten. Durch gut geschulte Patienten reduziert man die Anzahl der stationären Aufenthalte und vermeidet Folgeerkrankungen so dass durch ein erfolgreiches, qualitätsgesichertes Schulungsprogramm auch ein ökonomischer Nutzen entsteht.

Bei der quantitativen Bearbeitung hat sich wieder übereinstimmend mit der Theorie gezeigt, dass das Wissen nicht immer mit der Lebensqualität korreliert. Die Patienten zeigten sich bei der Befragung mit der Schulung und der Lebensqualität jedoch im positiven Bereich. Zu überdenken wäre ob Patienten mit unterschiedlichen Wissensniveaus gezielter selektiert werden sollten um mit diesen spezielle Themen zu behandeln und somit eine eventuelle Unterforderung in der Gruppenschulung vermieden wird. Ein weiterer Gedanke wäre Schulungen in gewissen Zeitabständen, nicht nur im Rahmen von stationären Aufenthalten anzubieten um erworbenes Wissen der Patienten zu verstärken bzw. eingeschlichene Unsicherheiten und Fehler zu korrigieren. Abschließend ist festzuhalten, dass die Schulung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus ein wesentlicher Teil der Therapie ist und auf diese im Rahmen der Qualitätsicherung, der Kundenorientierung und der Mitarbeitermotivation ein wichtiger Augenmerk zu legen ist.

7 RESÜMEE

Nach der theoretischen und praktischen Bearbeitung meines Themas „Qualitätsicherung bei der Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus“ und der Beantwortung meiner gestellten Forschungsfragen und Hypothesen zeigt sich für mich als Führungskraft folgendes Bild. An Medizin 4 erfolgt die Schulung und Betreuung auf hohem Qualitätsniveau. Ziel muss es sein, dieses hohe Niveau zu halten, in Bezug auf Kundenorientierung immer wieder zu verbessern und das Wissen der Mitarbeiter dem neuesten fachlichen und pflegerischen Wissenstand anzupassen.

Zu Überlegen wäre eine bessere Verknüpfung der Information beim Erkennen von Hypoglykämien. Typische Symptome wie Schwitzen und Zittern wurden von den Befragten richtig zugeordnet, Heißhunger hingegen nicht.

Auch bei der Selbstinjektion von Insulin wird die Verabreichung in den Bauch von allen Befragten richtig erkannt, die Injektion in das Unterhautfettgewebe wird nur von zwei der Befragten verknüpft. Wobei an der Station nur die Injektion in den Bauch praktisch geschult wird.

Eine weitere Überlegung wäre, Patienten noch gezielter zu selektieren um Über- bzw. Unterforderung der Patienten in der Gruppenschulung zu vermeiden.

In Hinblick auf die Mitarbeitermotivation bei der Betreuung chronisch kranker Patienten, mit immer wiederkehrenden Aufenthalten, war es mir wichtig in dieser Arbeit die tägliche Betreuung und Schulung aufzuzeigen. Ein weiteres Anliegen war sein, den Mitarbeitern gezielte Fortbildungen zur Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus anzubieten, um den Betreuungsbedarf der Patienten aus pflegerischer Sicht nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sicherzustellen.

Begriffsdefinition

Apoplektischer Insult: Schlaganfall

Candidosen: meist lokale Pilzinfektion der Haut und Schleimhaut

Chemotherapie: spezifische Hemmung von Infektionserregern und Tumorzellen im Organismus mittels Chemotherapeutika

Diabetes mellitus: Zuckerharnruhr, Zuckerkrankheit

Dialyse extrakorporale: für physikalisches Verfahren zur Trennung gelöster Teilchen das heißt (hochmolekularer) und kristalliner (niedermolekularer) Körper

Epilepsie: griechisch epilepsia Fallsucht

Hämato/gen: aus dem Blut stammend

HbA1c Langzeitblutzuckerwert: Der rote Blutfarbstoff (Hämoglobin (Hb)) ist das Transporteiweiß für Sauerstoff in den roten Blutkörperchen. Dieses verbindet sich mit der Glukose im Blut. Der Wert gibt die durchschnittlichen Blutzuckerwerte der letzten 8-12 Wochen wieder (vgl. Jäckle & Hirsch & Dreyer, 2000)

Hepatologie: Als Hepatologie wird ein Spezialgebiet der Gastroenterologie bezeichnet, das die Physiologie und Patho (physio)logie der Leber und der Gallenwege sowie Diagnostik und Behandlung der Krankheiten dieser Organe umfasst (vgl.<http://de.wikipedia.org/wiki/Hepatologie>)

Gangrän: Im lebenden Organismus lokal begrenztes Absterben von Zellen oder Gewebe, aufgrund von Minderdurchblutung

Gastroenterologie: für, Anatomie, Physiologie und Pathologie des Magen- Darm- Kanals

Gestationsdiabetes: Schwangerschaftsdiabetes

Kardiologie: für Lehre von Herzen und seinen Erkrankungen

Makroangiopathie: für Sklerose der großen und größeren Gefäße

Mikroangiopathie: für spezifische diabetische Krankheit der kleinen Gefäße, besonders an der Retina der Augen (Mikroaneurysmen), der Niere (Glomerulosklerose) und der kleinen peripheren Gefäße

Nephropathie: allgemeiner Ausdruck für Nierenerkrankungen

Nephrologie: Wissenschaft und Lehre von den Nierenkrankheiten

Onkologie: für Lehre von den Geschwulstkrankheiten

Polyneuropathie: für zusammenfassender Begriff, der die entzündlichen und degenerativen Nervenkrankheiten umfasst

Retinopathie: für nicht entzündlich bedingte Netzhauterkrankung

Rheumatologie: für Lehre von den rheumatischen Erkrankungen

Spirometrie: für Messung und graphische Darstellung („Spirogramm“) der Atmung

(Quelle Pschyrembel, 1982, 254. Auflage, Pflege Heute, 4.Auflage).

SPSS: bezeichnet eine Softwarefirma, die Statistik- und Analyse-Software entwickelt und vertreibt (Quelle <http://de.wikipedia.org/wiki/SPSS>)

8 LITERATURVERZEICHNIS

Bullinger, Monika & Siegrist, Johannes & Ravens-Sieberer (Hrsg.) (2000) Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und- soziologischer Perspektive, Hogrefe Verlag für Psychologie Göttingen Bern Toronto Seattle

Classen, Meinhard & Diehl, Volker & Kochsiek, Kurt (1991) Innere Medizin, München, Urban & Schwarzenberg Wien, Baltimore Herpertz, Stephan & Paust, Rainer(Hrsg.) (1999) Psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus, Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Jäckle, Renate. & Hirsch, Axel. & Dreyer, M. (2000) Gut leben mit Typ-1-Diabetes (4. Auflage), München Jena Urban & Fischer Verlag

Lange, Karin & Hirsch, Axel (2002) Psycho-Diabetologie: personenkonzentriert beraten und behandeln, Kirchheim Verlag, Mainz

Lektorat Pflege und Dr. med. Menche, Nicole Langen/Hessen (2007) Pflege Heute Lehrbuch für Pflegeberufe 4. vollständige überarbeitete Auflage, Elsevier GmbH München Der Urban & Fischer Verlag München Jena

Mehnert, Hellmut & Standl, Eberhard & Usadel, Klaus-Henning & Häring, Hans-Ulrich (2003) Diabetologie in Klinik und Praxis (2004), (5.,vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage) Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Pschyrembel Willibald (Gegr. von Otto Dornblüth), Pschyrembel Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica (1982), 254.neubearbeitete Auflage, Walter de Gruyter Berlin New York

Roper, Nancy & Logan, Winfried W. & Tierney, Alison J. (2002) Das Roper-Logan-Tierney-Modell Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA) Aus dem Englischen von Ute Villwock Verlag Hans Huber Bern Göttingen Toronto Seattle

Schatz, Helmut (2004) Diabetologie kompakt (3.,neu bearbeitete und aktualisierte Auflage) Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Weiss-Fassbinder, Susanne. & Lust, Alexandra. (2006) Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG

9 INTERNETQUELLEN

http://www.diabetesberater.at/images/stories/Downloads/Profil1__2_.pdf Zugriff am 31.1.2011, um 21.37 Uhr

<http://www.diabetesberater.at/leitbild> Zugriff am 31.1.2011, um 21.42Uhr

<http://www.diabetes.or.at/> Zugriff am 22.2.2011, um 12.05 Uhr

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Kategorie:Pflegeforschung> Zugriff 24.4.2011, um 09.23 Uhr

<http://de.wikipedia.org/wiki/Hepatologie> Zugriff am 7.5.2010, um 10.56

<http://de.wikipedia.org/wiki/SPSS#Geschichte> Zugriff am 21.6.2011, um 22.09 Uhr

<http://www.zeno.org/Literatur/M/Goethe,+Johann+Wolfgang/Romane/Wilhelm+Meisters+Wanderjahre/Drittes+Buch/Achtzehntes+Kapitel> Zugriff 22.2.2011, um 15:28 Uhr

10 ABBILDUNGSVERZEICHNISS

Abb.1: Patienten mit Diabetesdiagnosen 2010 (Interne Datenquelle Controlling LKH Wolfsberg, mit Genehmigung des Abteilungsvorstandes, 2011)

Abb.2: Diabetesschulung (Interne Datenquelle Controlling LKH Wolfsberg, mit Genehmigung des Abteilungsvorstandes, 2011)

11 TABELLENVERZEICHNISS

Tab.1: ausgegebene und retournierte Fragebögen

Tab.2: Alter der Patienten

Tab.3: Altersgruppe, Geschlecht der/des Diabetespatienten Kreuztabelle

Tab.4: Diabetes seit Angabe in Jahren

Tab.5: Wie verständlich wurde Ihnen das Wissen über Diabetes mellitus vermittelt

Tab.6: Wie sind die vermittelten Inhalte für sie im Alltag umsetzbar

Tab.7: Was ist für Sie bei der Umsetzung besonders schwierig

Tab.8: Wie hilfreich waren die praktischen Anweisungen für Blutzuckermessung und Insulinselbstinjektion

Tab.9: Eine Broteinheit (BE) enthält

Tab.10: Anzeichen einer Unterzuckerung können sein

Tab.11: Diabetische Folgeerkrankungen können auftreten an

Tab.12: Der HBA1C Wert zeigt

Tab.13: Insulin wird gespritzt

Tab.14: Beurteilung Diabeteswissenstest Punkte (Max.15)

Tab.15: Bericht Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten

Tab.16: Bericht Diabeteswissenstest Punkte (Max.15) im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten

Tab.17: Deskriptive Statistiken Abhängige Variable: Altersgruppe, Geschlecht, Diabeteswissenstest Punkte (Max.15)

Tab.18: Die Schulung hat dazu beigetragen meine Flexibilität im Alltag zu verbessern

Tab.19: Die Schulung hat geholfen die diabetesgerechte Ernährung umzusetzen

Tab.20: Nach der Schulung habe ich das Gefühl, Folgeerkrankungen besser vermeiden zu können

Tab.21: Nach der Schulung habe ich das Gefühl mit Hypoglykämien besser umgehen zu können

Tab.22: Durch die Schulung hat sie meine Lebensqualität verbessert

Tab.23: Summe Lebensqualität (Max. 15)

Tab.24: Bericht Vergleich LQ (Max. 15) im Bezug zum Geschlecht der Patienten

Tab.25: Bericht Summe LQ (Max. 15) im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten

Tab.26: Deskriptive Statistiken Zusammenhang LQ (Summe Max.15 Alter und Geschlecht der Patienten)

(Quelle aller Tabellen Plamenig, 2011)

12 ANHANG 1

DIABETIKERSCHULUNGSPROGRAMM

Interne Abteilung des LKH Wolfsberg

Vorstand: Prim. Dr. Werner Fortunat

1.Woche

<u>Montag</u>	09.00 bis 10.00 Uhr	<u>WAS IST DIABETES</u> Typ I - Typ II Diabetes, Symptome
	13.30 bis 14.30 Uhr	<u>SELBSTKONTROLLE UND SELBSTTHERAPIE VON BLUT UND HARNZUCKER</u>
<u>Dienstag</u>	09.00 bis 10.00 Uhr	<u>GESUNDE ERNÄHRUNG – Teil I</u> Inhaltsstoffe der Ernährung, Kohlenhydrate, Süßungsmittel
		<u>BEWEGUNGSTRAINING</u> 10.00 bis 10.30 Uhr Diabetikerturnen Nordic walking
<u>Mittwoch</u>	09.00 bis 10.00 Uhr	<u>BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN</u> beim Diabetes
	13.30 bis 14.30 Uhr	<u>DER DIABETISCHE FUSS</u> Vorbeugung und Behandlung
<u>Donnerstag</u>	09.00bis 10.00 Uhr	<u>GESUNDE ERNÄHRUNG – Teil II</u> Ballaststoffe, Getränke, BE

BEWEGUNGSTRAINING

10.00 bis 10.30 Uhr Diabetikerturnen

Nordic walking

Freitag

09.00 bis 10.00 Uhr

ÜBER- UND UNTERZUCKERUNG

Symptome, Selbst- und Fremdtherapie

DIABETIKERSCHULUNGSPROGRAMM

Interne Abteilung des LKH Wolfsberg

Vorstand: Prim. Dr. Werner Fortunat

2 .Woche

Montag

09.00 bis 10.00 Uhr

INSULINTHERAPIE-

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

13.30 bis 14.30 Uhr

**SELBSTKONTROLLE UND
SELBSTTHERAPIE**

VON BLUT UND HARNZUCKER

Dienstag

09.00 bis 10.00 Uhr

GESUNDE ERNÄHRUNG – Teil III

Fette, Eiweiß

BEWEGUNGSTRAINING

10.00 bis 10.30 Uhr Diabetikerturnen

Nordic walking

<u>Mittwoch</u>	09.00 bis 10.00 Uhr	<u>PSYCHOLOGISCHE STRESSBEWÄLTIGUNG</u>
	13.30 bis 14.30 Uhr	<u>DER DIABETISCHE FUSS</u> Vorbeugung und Behandlung
<u>Donnerstag</u>	09.00 bis 10.00 Uhr	<u>GESUNDE ERNÄHRUNG</u> – Teil IV Ernährung in Restaurants und auf Reisen, Rezepte, spez. Rückfragen
		<u>BEWEGUNGSTRAINING</u> 10.00 bis 10.30 Uhr Diabetikerturnen Nordic walking
<u>Freitag</u>	09.00 bis 10.00 Uhr	<u>AUSSERGEWÖHNLICHE SITUATIONEN</u> Reisen, Sport, Erkrankungen

(Quelle Interne Abteilung mit Genehmigung des Abteilungsvorstandes, überarbeitet 2010)

ANHANG 2 Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen meines Weiterbildungslehrganges möchte ich erfahren, wie sich die angebotene Schulung und Betreuung an der Station Medizin 4 auf Ihr Alltagsleben auswirkt. Ich habe Fragen erstellt und bitte Sie um ein paar Minuten Zeit um diese zu beantworten. Die Befragung ist anonym und wird nur für die Abschlussarbeit verwendet. Bitte beachten Sie unser ganzes Schulungsangebot, welches sich aus der Gruppenschulung, den Einzelschulungen und der Betreuung an der Station zusammensetzt. Mit der Beantwortung der Fragen helfen Sie uns das Schulungsangebot zu verbessern.

Danke für Ihre Mitarbeit, die Stationsleitung

Plamenig Margarethe

Angaben zur Person:	
Alter:	_____ Jahre
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Diabetes seit:	_____ Jahren
Fragen zur Schulung und Betreuung an der Station: (Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an)	
Wie verständlich wurde Ihnen das Wissen über Diabetes mellitus vermittelt?	<input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> gar nicht
Wie sind die vermittelten Inhalte für Sie im Alltag umsetzbar?	<input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> gar nicht
Was ist für Sie bei der Umsetzung besonders schwierig?	
Wie hilfreich waren die praktischen Anweisungen für Blutzuckermessung und Insulinselbstinjektion?	<input type="radio"/> sehr hilfreich <input type="radio"/> hilfreich <input type="radio"/> wenig hilfreich <input type="radio"/> gar nicht hilfreich
Fragen über die vermittelten Inhalte: (Bitte richtige Aussagen ankreuzen, es können mehrere Aussagen richtig sein)	
Eine Broteinheit (BE) enthält:	<input type="radio"/> 10 g Kohlenhydrate <input type="radio"/> 12 g Kohlenhydrate <input type="radio"/> 14 g Kohlenhydrate

Anzeichen einer Unterzuckerung können sein:	<input type="radio"/> großer Durst <input type="radio"/> Schwitzen, Zittern <input type="radio"/> Heißhunger
Diabetische Folgeerkrankungen können auftreten an:	<input type="radio"/> Bandscheiben <input type="radio"/> Nieren <input type="radio"/> Nerven
Der HBA ₁ C Wert zeigt:	<input type="radio"/> den durchschnittlichen Blutzucker der letzten 6-8 Wochen <input type="radio"/> den durchschnittlichen Blutzucker der letzten 6-8 Tage <input type="radio"/> den durchschnittlichen Blutzucker der letzten 24 Stunden
Insulin wird gespritzt:	<input type="radio"/> nur in den Bauch <input type="radio"/> ins Unterhautfettgewebe <input type="radio"/> in die Blutgefäße
Fragen bezüglich Ihrer Lebensqualität: (Bitte kreuzen Sie das für sie Zutreffende an)	
Die Schulung hat dazu beigetragen meine Flexibilität im Alltag zu verbessern.	<input type="radio"/> stimmt genau <input type="radio"/> stimmt eher <input type="radio"/> stimmt eher nicht <input type="radio"/> stimmt gar nicht
Die Schulung hat geholfen die diabetesgerechte Ernährung umzusetzen.	<input type="radio"/> stimmt genau <input type="radio"/> stimmt eher <input type="radio"/> stimmt eher nicht <input type="radio"/> stimmt gar nicht
Nach der Schulung habe ich das Gefühl Folgeerkrankungen besser vermeiden zu können.	<input type="radio"/> stimmt genau <input type="radio"/> stimmt eher <input type="radio"/> stimmt eher nicht <input type="radio"/> stimmt gar nicht
Nach der der Schulung habe ich das Gefühl mit Hypoglykämien besser umgehen zu können.	<input type="radio"/> stimmt genau <input type="radio"/> stimmt eher <input type="radio"/> stimmt eher nicht <input type="radio"/> stimmt gar nicht
Durch die Schulung hat sich meine Lebensqualität verbessert.	<input type="radio"/> stimmt genau <input type="radio"/> stimmt eher <input type="radio"/> stimmt eher nicht <input type="radio"/> stimmt gar nicht
Bitte vergewissern Sie sich, ob Sie alle Fragen beantwortet haben! Gibt es etwas das Sie mir in Bezug auf die Schulung gerne mitteilen möchten? Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!	

(erstellt vom Verfasser mit Anlehnung an Diabetes-Wissens Test (DWT) rev. Version von Harb, B.M. 2006).