

Die zwei Paradigmen der Pflege – Zur Klassifikation amerikanischer Pflegemodelle

Norbert van Kampen

Der vorliegende Beitrag diskutiert die auf Rizzo-Parse zurückgehende Einteilung konzeptioneller Pflegemodelle in Modelle, die dem „Totality-Paradigm“ folgen, und Modelle, die dem „Simultaneity-Paradigm“ folgen. Davon ausgehend wird eine Klassifikation amerikanischer Pflegemodelle unter besonderer Berücksichtigung der Modelle von M. Rogers und R. Rizzo-Parse versucht.

Übersicht

1. Einleitung
2. Das einheitliche und das ganzheitliche Paradigma der Pflege
3. Grundannahmen beider Paradigmen
4. Gegenüberstellung der Pflegeziele
5. Forschungsmethoden
6. Theorieentwicklung
7. Allgemeines zur Klassifikation von Pflegemodellen gemäß des einheitlichen und des ganzheitlichen Paradigmas
8. Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas
9. Klassifikation der Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas
10. Diskussion der Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas

1. Einleitung

In vielen Überblicksarbeiten über die konzeptionellen Modelle der Pflege werden die vorhandenen Modelle aufgelistet, ohne daß sie klassifiziert und in Gruppen zusammengefaßt werden. Wo einige Autoren doch Klassifikationen vorschlagen, unterscheiden sie sich teilweise sehr voneinander (und wurden sogar von den Autoren selbst im Laufe der Zeit geändert). So klassifiziert Marriner-Tomey (1992) in der deutschen Übersetzung der (wahrscheinlich) zweiten Auflage ihres Buchs „Nursing theorists and their Work“ die Modelle in die Bereiche „Humanistische Krankenpflege“, „Zwischenmenschliche Beziehungen“, „Systeme“ und „Energiefelder“. In der dritten Auflage dieses Buches (1994) dagegen unterscheidet sie zwischen „Philosophien“, „Theorien großer Reichweite“ und „Theorien mittlerer Reichweite“. Riehl-Sisca (1989) schlägt eine Untergliederung in „Systemmodelle“, „Entwicklungsmodelle“ und „Interaktionsmodelle“ vor.

Meleis (1985) klassifiziert die Modelle in „Bedürfnistheorien“, „Interaktionstheorien“ und „Pflegeergebnistheorien“.

Auch wenn all diese Klassifikationen mehr oder weniger gut begründet und ausgehend von unterschiedlichen Systematisierungsansätzen (teilweise) gut nachvollziehbar sind, sind sie doch abhängig von den Schwerpunktsetzungen, die die Autoren in den Modellen sehen (wollen) bzw. von der Sichtweise, aus der sie sich diesen Modellen nähern. So wird z.B. Orem's „Selbstpflegedefizit-Theorie“ von Fawcett (1995) als Entwicklungsmodell, von Riehl-Sisca (1989) dagegen als Interaktionsmodell bezeichnet.

Bei den bisher vorliegenden Systematisierungsversuchen wird jedoch häufig übersehen, das sich – nach Rizzo-Parse (1987), deren Argumentation hier im wesentlichen gefolgt wird – die vorhandenen konzeptionellen Modelle der Pflege auf einer paradigmatischen Ebene durchaus in zwei deutlich voneinander unterscheidbare Gruppen einteilen lassen: Modelle, die dem „Totality-Paradigm“ folgen, und Modelle, die dem „Simultaneity-Paradigm“ zuzuordnen sind.

2. Das einheitliche und das ganzheitliche Paradigma der Pflege

In Anlehnung an Kuhn (1970) definiert Rizzo-Parse (1987: 2) den Begriff Paradigma folgendermaßen: „Ein Paradigma ist ein Weltbild über

ein Phänomen, das für eine Disziplin von Interesse ist.“ Ein Paradigma ist eines von vielen möglichen Weltbildern, eine bestimmte Perspektive, aus der heraus eine Wissenschaft ihren Gegenstand betrachtet. Aus unterschiedlichen Perspektiven ergeben sich zwangsläufig unterschiedliche Fragestellungen, zu deren Beantwortung verschiedene Methoden herangezogen werden müssen. So wird z.B. der Gegenstand „Mensch“ von einem Biologen völlig anders als von einem Psychologen betrachtet – auf der anderen Seite kann ein Psychologe mit biologischen Forschungsmethoden recht wenig anfangen; seine Strategie zur Beantwortung der ihn interessierenden Fragen ist eine völlig andere. Dies schließt natürlich die interdisziplinäre Zusammenarbeit bzw. die Entwicklung neuer Wissenschaften – wie in diesem Beispiel der Psychoneuroimmunologie – nicht aus, die dann allerdings für die Untersuchung ihrer spezifischen Fragestellungen wiederum andere Forschungsmethoden benötigt. Wenn in einer Wissenschaft zwei Paradigmen aufeinanderprallen, hat das u. U. heftige Auseinandersetzungen zur Folge, da es letztlich dabei immer um die Standortbestimmung der jeweiligen Disziplin geht – der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie (Adorno 1972) ist ein gutes Beispiel dafür.

Nach Rizzo-Parse gibt es in der Pflege zwei Paradigmen. „*The Man-environment totality paradigm posits Man as a total, summative organism whose nature is a combination of biopsychosocial-spiritual features. This*

worldview specifies the environment as the internal and external stimuli surrounding Man. Man adapts to and interacts with the environment to maintain balance and achieve goals. This belief is very different from the belief that Man is a unitary being in continuous mutual interrelationship with the environment, and whose health is a negentropic unfolding, which is the view of the simultaneity paradigm" (Rizzo-Parse 1987: 4). Auf den Punkt gebracht liegt der Unterschied zwischen beiden Paradigmen darin begründet, daß nach dem „man-environment totality paradigm“ das Ganze (die jeweilige Untersuchungseinheit) als Summe seiner Einzelteile verstanden wird, im „simultaneity paradigm“ dagegen sich das Ganze nicht als Summe seiner Einzelteile beschreiben läßt (das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile). In Ermangelung einer besseren deutschen Übersetzung wird im folgenden vom ganzheitlichen (man-environment totality) und einheitlichen (simultaneity) Paradigma gesprochen. Einheitlich wird hier im Sinne von Martha Rogers gebraucht: „Dieser Begriff ist im Sinne der Rogerschen Definition des Ganzen zu verstehen, d.h. 'eine Einheit bildend', 'eine Einheit erkennen lassend'; 'einheitlich' ist nicht im Sinne von 'gleich' zu verstehen“ (Rogers 1995: 193; Anmerkung der Übersetzer).

Die grundsätzlichen Unterschiede der zwei Paradigmen der Pflege und der daraus folgenden Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis lassen sich nach Rizzo-Parse stark vereinfacht in der Gegenüberstellung der jeweiligen Grundannahmen über Menschen und Gesundheit, den Pflegezielen und den Implikationen für Forschung und Praxis darstellen.

3. Grundannahmen beider Paradigmen

Die Grundannahme des *ganzheitlichen Paradigmas* ist, daß der Mensch ein bio-psycho-sozio-spirituelle Organismus ist, der unterschiedlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt ist und auf diese in unterschiedlicher Art und Weise reagiert. Das Ziel eines jeden Menschen besteht darin, einen Gleichgewichtszustand oder eine Homöostase zu erreichen, sich also

möglichst optimal an die gegebenen Umweltbedingungen anzupassen oder diese so zu verändern, daß eine Anpassung möglich ist. Gesundheit ist nach diesem Modell ein Zustand des Wohlbefindens, der dann erreicht ist, wenn der bio-psycho-sozio-spirituelle Organismus möglichst optimal an seine Umwelt angepaßt ist. Dieser Ansatz geht in seinen Ursprüngen auf Autoren wie Selye (1956), Maslow (1970) und sehr grundsätzlich auf René Descartes zurück.

Nach dem *einheitlichen Paradigma* dagegen ist der Mensch ein offenes System, das in einem gegenseitigen, rhythmisch sich vollziehendem Interaktionsprozeß mit seiner Umwelt steht und in seiner Einheitlichkeit durch die Betrachtung seiner Einzelteile nicht verstanden werden kann. Umwelt und Mensch stehen sich nicht, wie im ganzheitlichen Paradigma, dual gegenüber, sondern sind ineinander verwoben. Gesundheit ist hier kein Zustand, sondern ein Prozeß, in dem sich der Mensch entfaltet. Gesundheit „... wird vom Individuum erfahren und kann nur vom Individuum beschrieben werden. Es gibt keine optimale Gesundheit; Gesundheit ist einfach die Art und Weise, wie jemand sein persönliches Leben erlebt“ (Rizzo-Parse 1987: 136). Dieser Ansatz geht in seinen Ursprüngen auf Autoren wie von Bertalanffy (1968), Sartre (1963) und sehr grundsätzlich auf Albert Einstein zurück, um nur einige zu nennen, und ist in den letzten Jahren unter dem Begriff „New Age“ (Capra 1992) popularisiert worden.

Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas können auch als systemische Modelle bezeichnet werden, auf die beispielsweise auch chaostheoretische Forschungs- und Theoriearbeiten aufbauen. Dies wird unmittelbar deutlich, wenn z.B. der Ansatz von Rogers mit dem Ansatz von Maturana/Varela (1987), der systemischen Familientherapie (Weber/Stierlin 1989), den Arbeiten von Gregory Bateson (1985) und der Allgemeinen Systemtheorie von Bertalanffys (1968) verglichen wird. Systemische Modelle im Sinne der genannten Autoren zeichnen sich durch bestimmte Eigenschaften aus (z.B. Nichtkausalität, Strukturkopplung, Dynamik). Systeme im Sinne der Allgemeinen Systemtheorie lassen sich

nicht durch die Analyse der Wechselwirkungen zwischen ihren einzelnen Komponenten beschreiben und analysieren und sind damit deutlich von Strukturmodellen unterscheidbar, die Systeme durch die Analyse der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten beschreiben und erklären. Der Begriff System wird sowohl im einheitlichen als auch im ganzheitlichen Paradigma verwendet, bezeichnet aber völlig verschiedene Sachverhalte.

Im Unterschied zu dem Systembegriff, der dem einheitlichen Paradigma im hier skizzierten Sinne zugrundeliegt, definiert Stevens-Barnum (1994: 167 ff.) ihn genau gegensätzlich. Für sie ist der Systembegriff ein Begriff, der den Modellen in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas zuzuordnen ist. Dieser vermeintliche Widerspruch löst sich allerdings auf, wenn die Definition des Systembegriffs von Stevens-Barnum hinzugezogen wird. „*Im systemischen Ansatz liegt der Fokus auf den einzelnen Teilen und ihren Beziehungen zueinander, die das Ganze bilden und beschreiben (d.h. das System). Das System (das Ganze) ist nicht mehr als die Summe seiner Teile und deren Beziehungen zueinander.*“ Systemmodelle nach Stevens-Barnum sind logistische, statische Strukturmodelle. Da der Systembegriff im einheitlichen Paradigma ein dialektischer ist, mit dem insbesondere Entwicklungen beschrieben werden, bezeichnet die Autorin diese Modelle als Entwicklungsmodelle. „*Entwicklungsmodelle unterscheiden sich von Systemmodellen dadurch, daß ihre Ziele, Bestandteile und Strukturen entwicklungsfähig sind und dazu neigen, sich weiterzuentwickeln. In der Regel entwickeln sie sich zu einem immer höheren Komplexitätsniveau, das qualitative Veränderungen des Ganzen nach sich zieht und nicht nur neue Teile hinzufügt*“ (ebd.: 173). Mit dieser Definition von „Entwicklungsmodell“ beschreibt Stevens-Barnum allerdings exakt den Systembegriff, den z.B. Maturana/Varela (1987) in ihrer Evolutionstheorie verwenden.

4. Gegenüberstellung der Pflegeziele

Was die Ziele der Pflege betrifft, sind diese im *ganzheitlichen Paradigma* darauf ausgerichtet, kranke (oder bes-

ser: durch soziale Normen als krank definierte) Menschen zu versorgen bzw. zu heilen, Krankheiten zu verhindern und die Gesundheit der Menschen (bzw. das, was durch soziale Normen als gesund definiert wird) zu fördern. Im Mittelpunkt steht die krankheitsbezogene Hilfe für akut kranke, chronisch kranke oder behinderte Menschen, die in der Regel durch professionelle Experten erbracht wird. Die Hilfeleistungen werden bzw. sollen in einer systematischen Art und Weise durch den Pflegeprozeß mit den Stufen Diagnose, Intervention und Evaluation erbracht werden, der in der Regel ein hohes Ausmaß standardisierten Handelns zur Folge hat. „Pflegethemen auf der Grundlage der Theorien des ganzheitlichen Paradigmas wird durch den traditionellen Pflegeprozeß mit den Komponenten Assessment, Diagnose, Planung, Implementation und Evaluation operationalisiert ... Es gibt systematische Pflegepläne für Menschen mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen, die durch die medizinische Wissenschaft identifiziert wurden. Diese Pflegepläne werden den individuellen Bedürfnissen angepaßt und dabei jeweils modifiziert. Das Ergebnis der Pflege kann durch das Adaptionsniveau, die Selbstpflegefähigkeit (self-care agency) und die Ziele gemessen werden, die die gepflegten Personen erreicht haben“ (Rizzo-Parse 1987: 33).

Das einheitliche Paradigma dagegen focussiert die von den Klienten subjektiv wahrgenommene Komponente der Lebensqualität. Da Gesundheit und Krankheit nach diesem Paradigma keine objektivierbaren Zustände sind, bezieht sich der Pflegebegriff auch nicht auf als gesund oder krank definierte Gruppen von Menschen, sondern auf alle Menschen. Pflege versucht demnach, allen Menschen (!) bei der Veränderung ihrer auf ihre individuelle Lebensqualität bezogenen Lebensmuster zu helfen. Pflegekräfte sind nach diesem Paradigma nicht Experten, sondern eher Begleiter. Von daher sind in Modellen, die diesem Paradigma folgen, auch keine standardisierten Pflegeprozesse entwickelt worden – jeder Pflegeprozeß orientiert sich an den individuellen Gegebenheiten und ist damit anders als alle anderen. Es wer-

den allenfalls Handlungsanweisungen formuliert, wie Pflegenden ihre Pflege ausführen sollten, welche Fähigkeiten und Qualifikationen dafür notwendig sind und wie ein Gesundheitssystem gestaltet werden könnte, das eine Pflege nach dem einheitlichen Paradigma erlaubt. „Die Autoritätsperson und der wichtigste Entscheidungsträger in bezug auf die Pflege ist der zu Pflegenden, nicht die Pflegekraft. Es gibt keine systematischen Pflegepläne auf der Grundlage bestimmter gesundheitlicher Probleme ... Das Ergebnis der Pflege wird in diesem Paradigma durch die gepflegte Person selbst im Lichte der eigenen Pläne zur Änderung gesundheitlicher Verhaltensmuster im Zusammenhang mit der Lebensqualität beschrieben“ (ebd.: 137).

5. Forschungsmethoden

Quantitative Forschungsmethoden stehen im Mittelpunkt der Forschungen, die am ganzheitlichen Paradigma orientiert sind. „Die aus den Naturwissenschaften übernommenen quantitativen Methoden stimmen völlig mit den Annahmen über den Menschen in diesem Paradigma überein, da sie kausale und assoziative Beziehungen messen“ (Rizzo-Parse 1987: 33). Es handelt sich hier um die klassischen Methoden der Sozial- und Naturwissenschaften, die von einem Kausalitätsprinzip ausgehen und versuchen, die biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Teile des Menschen zu betrachten und miteinander durch teilweise sehr komplexe statistische Modelle miteinander in Beziehung zu setzen. Allerdings können auch Forschungsarbeiten, die am einheitlichen Paradigma ausgerichtet sind, mit quantitativen Methoden arbeiten – jedoch stehen hier eher qualitative Verfahren im Mittelpunkt. „Die aus den Sozial- und Humanwissenschaften übernommenen qualitativen Methoden stimmen mit den Annahmen über den Menschen im einheitlichen Paradigma überein und wurden benutzt, um Theorien zu verbessern“ (ebd.: 137). Allerdings ist auch diese Aussage mehr im Sinne einer Schwerpunktsetzung zu betrachten – es gibt durchaus auch am ganzheitlichen Paradigma ausgerichtete Forschungsprojekte, die mit qualitativen Methoden arbeiten.

6. Theorieentwicklung

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß der Prozeß der Theorieentwicklung in beiden Paradigmen unterschiedlich verläuft. Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas versuchen die Etablierung der Pflege als eigenständiger Wissenschaftsdisziplin darüber zu erreichen, daß sie vorhandenes pflegerelevantes Wissen sammeln und unter pflegewissenschaftlich relevanten Gesichtspunkten systematisieren. Im Gegensatz dazu versuchen Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas, eine der Pflege eigene Fragestellung, eine bestimmte Sichtweise zu entwickeln und daraus die für die Pflegewissenschaft relevanten Fragestellungen abzuleiten. Viele Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas sind dadurch entstanden, daß Lehrende in der Pflege das Bedürfnis hatten, ihren Studenten den Lehrstoff in einer systematischen Art und Weise zu vermitteln. Die Schaffung neuen pflegewissenschaftlichen Wissens erfolgt in ganzheitlichen Ansätzen eher durch die Schließung von Lücken im bisherigen Wissen oder durch einen theoriegeleiteten effektiveren Einsatz des bisherigen Wissens in Wissenschaft und Praxis. Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas dagegen formulieren zunächst theoretisch eine Sichtweise, eine der Pflege zugrundeliegende Fragestellung, und leiten aus dieser deduktiv bestimmte Forderungen oder Hypothesen ab, die anschließend durch wissenschaftliche Forschungen verifiziert werden (sollen).

7. Allgemeines zur Klassifikation von Pflegemodellen gemäß des einheitlichen und des ganzheitlichen Paradigmas

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas durch ihre Sichtweise vom Menschen als Summe seiner Subsysteme bzw. „Bestandteile“, durch ihre Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als duale Begriffe, durch ihre Pflegeziele und die damit verbundenen Vorschläge zur Gestaltung der Pflegepraxis,

durch ihre Forschungsmethodologie und durch ihr Vorgehen bei der Theorieentwicklung von den Modellen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas unterscheiden lassen. Letztere betrachten den Menschen als Ganzes, das allein durch die Beschreibung seiner Subsysteme bzw. Bestandteile nicht verstanden werden kann (das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile), und verstehen Gesundheit als einen Entwicklungsprozeß, der sich bei jedem Menschen anders vollziehen kann.

Lassen sich die konzeptionellen Modelle der Pflege auf einer paradigmatischen Ebene noch relativ leicht voneinander unterscheiden, ist eine weitere Klassifikation der diesen Bereichen zugeordneten Modelle schon schwieriger. Dies betrifft insbesondere die Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas, die (allein schon bedingt durch ihre große Anzahl) den „mainstream“ innerhalb der pflegewissenschaftlichen Diskussion bilden. Bei den Modellen, die sich selbst dem einheitlichen Paradigma zuordnen bzw. diesem zugeordnet werden, besteht die Schwierigkeit dagegen eher darin, die „Spreu vom Weizen“ zu trennen und die Pflegemodelle herauszufiltern, die sich zwar der Terminologie des einheitlichen Paradigmas bedienen, diese bei näherer Betrachtung allerdings im Sinne des ganzheitlichen Paradigmas verwenden.

8. Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas

Das einheitliche Paradigma der Pflege geht im wesentlichen auf Martha Rogers (1970) zurück, die mit ihrer Wissenschaft vom einheitlichen Menschen (unitary human being) den Versuch unternommen hat, Pflege konsequent als eigenständige, von anderen Disziplinen unterscheidbare Wissenschaft mit einer ihr eigenen Sichtweise der Dinge, einer eigenständigen Fragestellung und einer eigenen Methodologie zu konzeptualisieren. Neben Rogers kann Rizzo-Parise (1987) als Hauptvertreterin der Modelle in der Tradition dieses Paradigmas angesehen werden. Weitere Theoretikerin-

nen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas sind Newman (1986), Fitzpatrick (1989), Barrett (1986), Ference (1986), Reed (1991) sowie Black und Haight (1992). Es sei hier aber deutlich herausgestellt, daß nicht alle Modelle, die bestimmten Grundannahmen von M. Rogers widersprechen, deshalb nicht dem einheitlichen Paradigma zuzuordnen sind. Als Beispiel nennt Stevens-Barnum (ebd.) das „Life-Transition-Modell“ von Sellder (1989). „*A life transition is initiated when a person's current reality is disrupted. The disruption of the reality can originate in a crucial event or from a determined decision ... Life transition theory describes how people restructure their reality and resolve uncertainty, a major characteristic of any transition. The shape of the transition is the resolution of the uncertainty*“ (ebd.: 437). Dies gilt eingeschränkt auch für das Modell Rizzo-Parises, die sich zwar explizit auf Rogers bezieht, auf der anderen Seite aber deutlich über Rogers hinausgeht und bestimmte Grundannahmen setzt, die dem Rogerianischen Modell widersprechen.

Auf der anderen Seite muß aber auch gesehen werden, daß nicht alle Theorien, die sich mit der dem einheitlichen Paradigma charakteristischen Konzentration auf Energieerhaltungsprozesse des Menschen beschäftigen, auch tatsächlich diesem Paradigma zuzuordnen sind. So benutzt Levine (1991) in ihrem Modell der vier Erhaltungsprinzipien (Conservation model) auf weiten Strecken eine Terminologie, die mit der Rogerianischen identisch ist – dennoch hat ihr Modell mit Rogers im speziellen und dem einheitlichen Paradigma im allgemeinen wenig gemeinsam. Fawcett (1995: 173) klassifiziert das Modell von Levine als Systemmodell, das den Menschen zwar als offenes System beschreibt, aber eine klare Trennung zwischen Mensch und Umwelt vornimmt. Im Gegensatz zu Rogers paßt sich bei Levine der Mensch seiner Umwelt an – Mensch und Umwelt werden nicht als Einheit, sondern als Gegensätze gesehen. Daher sollte Levine's Modell dem ganzheitlichen Paradigma zugeordnet werden. Wenn Marriner-Tomey (1992) Levine's Modell unter der Kategorie Energiefelder einordnet, in der sich auch die Modelle von Ro-

gers, Newman und Fitzpatrick wiederfinden, kann dies vor dem Hintergrund der zwei Paradigmen der Pflege schnell zu Mißverständnissen führen.

9. Klassifikation der Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas

Im Gegensatz zu den konzeptionellen Modellen in der Tradition des *einheitlichen Paradigmas*, die zumindest in ihren Grundannahmen weitgehend übereinstimmen und aus diesem Grunde nicht näher untergliedert werden sollten, findet sich bei den Modellen in der Tradition des *ganzheitlichen Paradigmas* eine Ansammlung verschiedenster konzeptioneller Modelle, die bis auf die bereits beschriebenen paradigmatischen Charakteristika zunächst wenig Gemeinsamkeiten aufweisen. Bei näherem Hinschauen zeigt sich jedoch, daß sich auch bei letzteren gewisse Schwerpunkte setzen lassen. In nahezu allen Modellen geht es um Kommunikation, Interaktion, Systeme und Grundbedürfnisse – allerdings unterscheiden sich die Schwerpunktsetzungen teilweise recht drastisch voneinander.

Einen ersten Theoriestrang bilden die *interaktionistischen Modelle*. Diese beschreibt Stevens-Barnum (1994: 215) folgendermaßen: „*Jede Theorie, deren Grundzüge in der Natur der Interaktion zwischen dem Patienten und der Pflegekraft liegen, ist eine Interaktionstheorie.*“ Als klassische Modelle können hier die Arbeiten von Peplau, Orlando und King genannt werden (vgl. zur Darstellung und Diskussion van Kampen 1997). Auch die Arbeiten von Paterson & Zderad sowie Watson fallen in diese Kategorie.

Als zweiter Theoriestrang können die *systemischen Modelle* genannt werden – wobei sich der im ganzheitlichen Paradigma verwendete Systembegriff deutlich vom einheitlichen Paradigma unterscheidet. Nach Stevens-Barnum (1994: 167) nennen viele Pflegeethnologinnen ihre konzeptionellen Modelle systemisch – jede versteht jedoch etwas anderes darunter. (Stevens-Barnum) (ebd.) legt eine Definition des ganzheitlichen Systembegriffs vor, dem sich hier angeschlos-

sen wird: „Im Systemansatz liegt der Fokus auf den einzelnen Teilen und deren Beziehungen zueinander, die das Ganze bilden und es beschreiben (d.h. das System). Das System (das Ganze) ist nicht mehr als die Summe seiner Teile und deren Wechselwirkungen.“ Mit dieser Definition werden systemische Modelle in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas deutlich von systemischen Modellen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas abgegrenzt. Stevens-Barnum (ebd.) unterscheidet folgende Arten von Systemmodellen: „Die inhaltlichen Gegenstandsbereiche von Pflegesystemen beinhalten den Menschen als System ... das Patient-Pflegekraft Interaktionssystem ... größere Systeme wie Gemeinden und Gesellschaften ... und organisatorische Einheiten wie Gesundheitssysteme ...“. Als Beispiele seien hier die Arbeiten von Johnson, Neuman und King genannt (vgl. ausführlich van Kampen 1997). Gemeinsames Kennzeichen dieser Modelle ist es, daß bei ihnen die Anpassungsprozesse des Menschen an die Umwelt im Mittelpunkt stehen und sie von daher viel mit sozialwissenschaftlichen Streßmodellen gemeinsam haben. Um den Unterschied zu den Modellen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas noch einmal pointiert herauszustellen: Im einheitlichen Paradigma kreieren sich Umwelt und Mensch in einem wechselseitigen Strukturkoppelungsprozeß gegenseitig, in den Systemmodellen in der Tradition des ganzheitlichen Paradigmas wird davon ausgegangen, daß sich der Mensch an gegebene Umweltbedingungen anpaßt.

Bedürfnisorientierte Modelle, deren Ansatz es ist, Grund- oder Pflegebedürfnisse zu definieren, die befriedigt werden müssen, stellen den dritten großen Theoriestrang dar. Im engeren Sinne handelt es sich dabei um die Modelle von Henderson und Abdellah, deren Gemeinsamkeit es ist, bestimmte Grundbedürfnisse der Pflege (Henderson) bzw. Pflegeprobleme (Abdellah) zu definieren, die gesunde Menschen selbstständig bewältigen können (vgl. ausführlich van Kampen 1997).

Können sie dies in einem der Bereiche nicht, so ist es Aufgabe der Pflege, hier unterstützend tätig zu werden. In einem weiteren Sinne läßt

sich auch die Selbstpflegedefizit-Theorie von Orem unter diese Kategorie fassen. Orem definiert zwar nicht explizit bestimmte Pflegeprobleme, zentral in ihrem Ansatz ist jedoch die Fähigkeit der gesunden Menschen, Selbstpflege (self-care) ausführen zu können (s Anm. 2). Aufgabe der Pflege nach Orem ist es, Menschen, die dazu nicht mehr in der Lage sind, dahingehend zu unterstützen, daß sie dies nach Möglichkeit wieder erlernen (vgl. ausführlich: van Kampen 1997).

10. Diskussion der Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas

Abschließend sollen die Modelle von M. Rogers und R. Rizzo-Parse einer kritischen Diskussion unterzogen werden, ohne diese Modelle allerdings in diesem Rahmen näher vorstellen zu können (vgl. dazu die komprimierte Darstellung in: van Kampen (1997); ausführlich in: Rogers (1995), Rizzo-Parse (1987, 1987a) – und zwar aus folgendem Grund:

Sicherlich sind vielen die Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas auf den ersten Blick sympathischer als die klassischen Pflegemodelle des ganzheitlichen Paradigmas, greifen sie doch mit ihrer Betonung des Menschen als einheitlichem Wesen (im Rogerschen Sinne), ihrer Hervorhebung der Patientenautonomie, der Betonung der Lebensqualität etc. Themenbereiche auf, denen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion zu Recht eine erhebliche Bedeutung zukommt. Gerade weil diesen Bereichen aber eine solche Bedeutung zukommt, lohnt es sich, einmal genauer hinzusehen und zu fragen, ob diese Modelle ihrem hohen Anspruch tatsächlich gerecht werden können – gerade unter professionspolitischen Gesichtspunkten. Dabei stehen im folgenden die konzeptionellen Modelle von Rogers und Rizzo-Parse im Mittelpunkt – die Schlußfolgerungen lassen sich tendenziell auch auf die anderen Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas beziehen.

Allen Modellen in der Tradition des

einheitlichen Paradigmas ist gemeinsam, daß sie Gesundheit als subjektiven Begriff definieren, der im Sinne von Lebensqualität (Parse) bzw. zu erreichendem maximalem Gesundheitspotential (Rogers) verstanden wird und somit nur individuell zu erschließen ist. Die Ziele der Pflege sind daher abhängig von den Möglichkeiten und Wertvorstellungen der Klienten. Dieser ist der Hauptakteur, der von den Pflegekräften begleitend unterstützt wird. Dies setzt allerdings voraus, daß die Klienten in der Lage sind, eigene Bewertungen vorzunehmen, sich Ziele zu setzen, diesbezügliche Entscheidungen zu treffen und diese auch zu verantworten. „Eine Kardinalregel dieser Praxismethodologie besteht darin, daß die Autorität und Verantwortung im Entscheidungsprozeß bei der Person (dem Klienten) und nicht bei der Pflegekraft liegt“ (Hickman 1990: 326). Aufgabe der Pflege ist es, die Klienten in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, ohne ihnen dabei die Verantwortung aus der Hand zu nehmen. Dieser Ansatz ist auch unter einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive interessant, entspricht er doch in etwa dem, was Rappaport (1985) als „Empowerment“ beschrieben hat (vgl. Stark 1996). Empowerment bezeichnet dabei einen Prozeß, „... in dem Betroffene ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeiten bewußt werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen ... Leitperspektive ist die selbstbestimmte Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens“ (Theunissen/Plaute 1995: 11). Dieses Konzept liegt auch implizit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) zugrunde – die Schlußfolgerungen, die sich aus den Modellen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas für die Praxis ziehen lassen, zeigen also deutliche Parallelen zur gesundheitswissenschaftlichen Theoriebildung und Forschung.

Dennoch gibt gerade diese Klientenzentrierung Anlaß zur Kritik, da sie die Fähigkeit der Klienten zur verbalen oder nonverbalen Kommunikation voraussetzt: „Es kann kaum daran gezweifelt werden, daß die Anwendung von Parses Theorie in der Praxis die Pflege individualisieren würde. Dennoch kann man sich Situationen vorstellen, in denen der Klient nicht mit der Pflegekraft interagieren

kann. In diesen Fällen werden andere Daten die Pflegepraxis leiten, aber wer trifft die Entscheidungen?“ (Hickman 1990: 326) Wie also ist mit Menschen zu verfahren, die nicht im herkömmlichen Sinne kommunizieren können, z.B. komatöse Patienten, schwer geistig behinderte Menschen, Menschen mit schweren körperlichen Behinderungen (z.B. einem starken Spasmus)? Der Hinweis, daß eine solche Fragestellung Ausdruck eines eingeschränkten Kommunikationsverständnisses sei, da nach Watzlawick (1985) jedes Verhalten Kommunikation ist (es gibt kein Nicht-Verhalten und damit auch keine Nicht-Kommunikation), ist zwar prinzipiell richtig, hilft in der Praxis allerdings vielfach nicht weiter. Dies heißt nun nicht, daß eine derartige Kommunikation innerhalb gewisser Grenzen nicht möglich wäre. Der von Theunissen/Plaute (1995) herausgegebene Band „Empowerment und Heilpädagogik“ macht sehr schön deutlich, daß eine eingeschränkte Kommunikation auch mit schwerstbehinderten Menschen möglich ist und oft nicht an den Betroffenen scheitert, sondern an den organisatorischen Rahmenbedingungen, die einen mit einer solchen Kommunikation teilweise verbundenen erheblichen Mehraufwand nicht zulassen (s. Anm. 3). Nur: Rogers und Parse gehen in ihren Modellen nicht näher auf die diesbezüglichen Probleme ein und zeigen keine konkreten Möglichkeiten auf, wie mit nicht im herkömmlichen Sinne kommunikationsfähigen Klienten umzugehen ist. Dieser Aspekt, dem gerade unter Praxisgesichtspunkten eine erhebliche Bedeutung zukommt, bedarf in den Modellen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas dringend einer Klärung.

Zum anderen wird es bei einer konsequenten Umsetzung der Ansätze des einheitlichen Paradigmas in die Praxis oft zu Zielkonflikten zwischen Pflegekräften und Klienten kommen. Im Prinzip setzen sowohl Rogers als auch Parse den Willen des Klienten zur Gesundwerdung voraus. Pflege soll den Klienten auf diesem Weg begleiten und ihm die dazu notwendigen Hilfen zur Verfügung stellen. Was aber, wenn der Klient Hilfen benötigt, die die Pflegekraft nicht für notwendig hält oder die sie moralisch nicht verantworten kann? (s. Anm. 4)

Was ist, wenn die gewünschten Hilfen einer Therapie im Wege stehen, wenn z.B. ein alkoholabhängiger pflegebedürftiger Mensch von der Pflegekraft verlangt, ihn mit Alkohol zu versorgen? Bezogen auf diese Problemfälle können Rogers und Parse keine Antworten geben. Gerade dies wäre aber dringend notwendig, wenn sich Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas in der Praxis behaupten und auch durchsetzen wollen. Allerdings sei an dieser Stelle ausdrücklich zur Vorsicht gemahnt: Die genannte Kritik, die sich prinzipiell auf alle bedürfnisorientierten Ansätze übertragen läßt, sollte nicht als Plädoyer für eine paternalistische Pflege, in der auf die Bedürfnisse der Klienten überhaupt nicht eingegangen wird, mißverstanden werden, deren Unzulänglichkeiten hinreichend bekannt sind. Gerade deshalb ist es wichtig, hier Antworten zu finden, die eine Klientenzentrierung auch in solchen Fällen möglich machen, da diese auch bei den genannten Personengruppen eine bedürfnisgerechtere Versorgung nach sich ziehen dürfte.

Kommen wir noch einmal auf den Umgang mit den Klienten, die nicht sprachlich kommunizieren können, zurück – und zwar in bezug auf die von Parse entwickelte Forschungsmethodologie (vgl. Parse 1987; van Kampen 1997). Diese setzt sprachliche Kommunikation zwingend voraus. „Dialogical engagement“ als Kern der Methode ist ohne die Fähigkeit zur strukturierten Kommunikation schlichtweg nicht möglich. Daher ist diese Methodologie nicht auf Klienten anwendbar, die beispielsweise im Koma liegen. Aber auch hier sollte nicht mit zweierlei Maß gemessen werden. Gäbe es in den Natur- und Sozialwissenschaften Methoden, die auf einer empirischen Basis Aufschluß über die Empfindungen und Bedürfnisse beispielsweise von komatösen Klienten oder auch von autistischen Menschen geben könnten, so wäre Parse sicherlich die erste, die mit derartigen Methoden arbeiten würde. Aber solche Methoden gibt es (noch) nicht – es handelt sich bei dem angesprochenen Problem also nicht um ein spezifisches Problem der Modelle im einheitlichen Paradigma, sondern um ein Problem der empirischen Forschung überhaupt.

Auffällig ist bei der von Parse entwickelten Methodologie, daß sich der Wissenschaftler bei der Datenerhebung nicht – wie bei den gängigen qualitativen Verfahren, z.B. dem narrativen Interview, üblich – zurückhält, um die Probanden nicht zu beeinflussen, sondern im Gegenteil im „dialogical engagement“ auch seine eigenen Meinungen und Standpunkte mit einbringt. Trotz der möglichen Kritik, diese Methode sei subjektiv und würde daher zu nahezu beliebigen Forschungsergebnissen führen, folgt genau diese Erhebungsmethode konsequent aus den Grundannahmen des einheitlichen Paradigmas, da die systemischen Modelle, auf die sich dieses Paradigma beziehen, die Behauptung, daß es so etwas wie einen objektiven Beobachter gäbe, negieren. Das einheitliche Paradigma geht davon aus, daß allein durch die Anwesenheit des Beobachters die Situation beeinflusst wird und dieses letztlich unvermeidlich ist. Ob dadurch allerdings die Untersuchungsergebnisse verfälscht werden, oder ob sich im Gegenteil durch die bewußte Einbeziehung der Sichtweise des Wissenschaftlers in den Prozeß der Datengenerierung Verfälschungen vermeiden lassen, die sonst unbemerkt bleiben würden, ist eine interessante und durchaus strittige Frage, der in zukünftigen Forschungsarbeiten dringend nachgegangen werden sollte.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die speziellen Kompetenzen, über die Pflegekräfte nach dem einheitlichen Paradigma verfügen müssen. Werden die Modelle von Rosemarie Rizzo-Parse und Martha Rogers mit der von Carl Rogers (1972) entwickelten, „klientenzentrierten Gesprächsführung“ verglichen, zeigen sich deutliche Parallelen. Dazu Hickman (1990: 328): „*Sie (Parse) spricht von der Notwendigkeit, die Pflege eher in den Human- als in den Naturwissenschaften zu verankern und deshalb Themen wie die Mensch-Umwelt Interaktion, die gemeinsame Herstellung von Gesundheit etc. in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen ... Die Frage, die sich damit stellt ist allerdings: Ist damit der gesamte Wissensbestand der Pflege beschrieben?*“ Sicherlich ist unstrittig, daß Pflegekräfte neben den von Rogers/Parse geforderten Qualifikationen auch über medizinisch-techni-

sches Wissen verfügen müssen. Darüber, wie letztgenanntes Wissen in die Pflege nach dem einheitlichen Paradigma integriert werden kann, finden sich bei den Autorinnen allerdings keine Antworten. Modelle in der Tradition des einheitlichen Paradigmas begründen Pflege als Wissenschaft vom einheitlichen Menschen (unitary being) mit einer ihr eigenen Sichtweise. Die Übertragbarkeit in die Praxis, und damit die Frage nach den Aufgaben der Pflegekräfte und der Stellung der Pflege im interdisziplinären Team, stellt sich erst in zweiter Linie. Dennoch konstatiert Rogers (1995: 108) „Die handlungsleitenden Prinzipien, die für die praktische Pflege benötigt werden, leiten sich aus dem konzeptionellen System der Pflege ab.“ Klientenzentrierung in der Pflege ist also zunächst eine Leitlinie, die der interaktionsintensiven Pflege-tätigkeit (Badura 1994: 68) eindeutigen Vorrang vor den technikintensiven Bestandteilen der Pflege einräumt. Dennoch ist es notwendig, technik- und interaktionsintensive Pflegeleistungen aufeinander abzustimmen und sie – auch unter theoretischen Gesichtspunkten – in ein Konzept zu integrieren. Zwar hat Rogers diesbezügliche Überlegungen in bezug auf Krankenhäuser zumindest als wichtige Fragestellung bereits 1970 formuliert (Rogers 1995: 157) – dennoch ist in der fehlenden Berücksichtigung der „technischen“ Pflegeleistungen ein deutliches Manko in den Modellen des einheitlichen Paradigmas zu sehen.

Um es pointiert zu sagen: Pflegekräfte können sicherlich keine „Allroundtalente“ sein – wie sie es in der Praxis leider allzuoft sein müssen. Gerade deshalb aber ist es wichtig, Konzepte der interdisziplinären Zusammenarbeit zu entwickeln, in denen allen an einer Aufgabe (in diesem Fall der Gesundheit des Klienten) beteiligten Professionen bestimmte, voneinander abgrenzbare und trotzdem aufeinander bezogene Tätigkeitsbereiche zugeschrieben werden. So gesehen wäre es durchaus statthaft, den Pflegekräften die interaktionsintensiven Tätigkeiten zu übertragen und die medizinisch-technischen (Hilfs-) Tätigkeiten einer anderen Berufsgruppe zuzuordnen, aber: Wäre dies auch praktikabel, wäre es durchsetzbar

und sinnvoll, etwa eine Berufsgruppe, sagen wir mit dem Namen „Medizinisch-Technische Pflegeassistentin“, vorzuschlagen?

Soweit die Ausführungen zu einigen wesentlichen Bereichen, die in den Modellen in der Tradition des einheitlichen Paradigmas dringend der Klärung bedürfen, wollen diese ihrem hohen Anspruch gerecht werden. Trotz der hier vorgebrachten Kritikpunkte sollte allerdings eines nicht vergessen werden: Konzeptionelle Modelle in dieser Tradition zielen – wie fast alle Pflegemodelle – nicht auf die Erklärung bestimmter Pflegephänomene, sondern eher auf die Überwindung der bestehenden Verhältnisse durch die Etablierung der Pflege als eigenständiger wissenschaftlicher Disziplin mit ihr eigenen Fragestellungen, Schlußfolgerungen und daraus abgeleiteten Handlungsleitlinien. Sie beschreiben die Realität also weniger, sondern stellen ihr eher antithetisch ein Modell einer möglichen Zukunft gegenüber. Vor diesem Hintergrund kommt den Pflegemodellen im einheitlichen Paradigma zweifellos eine wichtige Bedeutung zu, tragen sie doch erheblich zu einer veränderten Problemwahrnehmung bei und damit zu einem Bewußtseinswandel der Pflegekräfte weg von einer paternalistischen und hin zu einer klientenzentrierten Struktur der Versorgung. Auch wenn sich dieser Prozeß zunächst nur in den Köpfen der Pflegekräfte vollzieht, ist er dennoch Voraussetzung für eine Veränderung der Realität. Diese optimistische Sichtweise zeigt sich in allen Modellen, die in der Tradition des einheitlichen Paradigmas angesiedelt sind – und gerade deshalb sollte versucht werden, die genannten Widersprüche zu klären und diesen wichtigen Ansatz konstruktiv weiterzuentwickeln.

Norbert van Kampen,

Diplom-Soziologe,
Gesundheitswissenschaftler
Lehrbeauftragter an der
Alice-Salomon-Fachhochschule
Institut für Diagnostik und Therapie
der Epilepsien am Epilepsiezentrum
in Berlin
Herzbergstr. 79
10362 Berlin

Anmerkungen

(1) Lebensqualität ist hier im Sinne von Zapf (1984) zu verstehen als „gute Lebensbedingungen, die mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden einhergehen“. Da sich Qualität auf die Lebensbedingungen und das Wohlbefinden bezieht (und nicht auf das Leben an sich), ist der Begriff Lebensqualität eigentlich irreführend, wird hier aber dennoch verwendet, da er sich allgemein durchgesetzt hat.

(2) Die von Orem definierten Bereiche, in denen Selbst- und Fremdhilfeaktivitäten ausgeführt werden, können allerdings durchaus als Bereiche interpretiert werden, in denen sich jeweils spezielle menschliche Grundbedürfnisse ausdrücken.

(3) Daß das Konzept von Rogers auch bei komatösen Patienten anwendbar ist und durchaus zu einem Behandlungserfolg führen kann, zeigt das illustrative Beispiel bei Botschaffer/Moers (1992: 120).

(4) Ein gutes Beispiel ist hier die Diskussion um die Sexualität behinderter Menschen und die dazu notwendigen Hilfen – auch was die käufliche Liebe betrifft (vgl. Das Band 1996: 8 ff.). In den Niederlanden beispielsweise werden Behinderte, die zu Prostituierten gehen, im Bedarfsfall von ihren Pflegekräften dabei begleitet (Panorama 1992).

Literatur

Adorno, Theodor W. (1972): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Neuwied: Luchterhand

Badura, Bernhard (1994): Public Health – Aufgabenstellungen, Paradigmen, Entwicklungsbedarf. In: Schaeffer, Doris; Moers, Martin; Rosenbrock, Ralf (Hrsg.): Public Health und Pflege – Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Edition Sigma, S. 55 – 71

Barrett, E.A.M. (1986): Investigation of the Principle of Helicy – The relationship of human field motion and power. In: Malinski, V. M. (Hrsg.): Explorations on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings. Norwalk, CT.: Appleton-Century Crofts, S. 173 – 188

Bateson, Gregory (1985): Ökologie des Geistes – anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Bertalanffy, L. von (1968): General System Theory, New York: George Braziller

Black, G.; Haight, B.K. (1992): Integrality as a holistic framework for the life-review process. In: Holistic Nursing Practice, 1, S. 7 – 15

Botschaffer, Petra; Moers, Martin (1992): Martha Rogers – Pflege als Wissenschaft vom Einheitlichen Menschen. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 2, S. 110 – 121

Capra, Fritjof (1992): Wendezeit – Bausteine für ein neues Weltbild. München: DTV (Original publiziert 1982)

Das Band (1996): Zeitschrift des Bundesverbandes für Körper und Mehrfachbehinderte e.V. Heft 1

Fawcett, Jaqueline (1995): Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Third Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company

Ference, Helen M. (1986): The relationship of time experience, creativity traits, differentiation, and human field motion. In: Malinsik, V.M. (Hrsg.): Explorations on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings, Norwalk, CT.: Appleton-Century-Crofts, S. 95 – 106

Fitzpatrick, J.J. (1989): A life perspective rhythm model. In: Fitzpatrick, Joyce J.; Whall, Ann L. (Hrsg.): Conceptual Models for Nursing – Analysis and Application. Second Edition. Norwalk, Connecticut/ San Mateo, California: Appleton & Lange

Hickman, Janet S. (1990): Rosemarie Rizzo Parse. In: George, Julia B. (Hrsg.): Nursing Theories – The Base for Professional Nursing Practice. Third Edition. Englewood Cliffs, New Jersey: Appleton & Lange, S. 311 – 332

Kampen, N. van (1997): Theoriebildung in der Pflege. Eine kritische Rezeption amerikanischer Pflegemodelle. Frankfurt a.M.: Mabuse

Kuhn, Thomas S. (1970): The Structure of scientific Revolutions. Chicago: Chicago University Press

Levine, M.E. (1991): The conservation principles – A model for health. In: Schaefer, K.M.; Pond, J.B. (Hrsg.): Levine's conservation model: A framework for nursing practice. Philadelphia: F.A. Davis, S. 1 – 11

Marriner-Tomey, Ann (Hrsg.) (1992): Pflge-theoretikerinnen und ihr Werk. Basel: Recom

Marriner-Tomey, Ann (Hrsg.) (1994): Nursing Theorists and their Work. Third Edition. St. Louis, Baltimore, Boston etc.: Mosby

Maslow, A. (1970): Motivation and personality. Second Edition. New York: Harper & Row

Maturana, Humberto R.; Varela, Francisco (1987): Der Baum der Erkenntnis – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz

Meleis, A. (1985): Theoretical Nursing – Development and Progress. Philadelphia: Lippincott

Newman, Margaret A. (1986): Health as Expanding Consciousness. St. Louis: C.V. Mosby

Panorama (1992): Sendung in der ARD am 02.11.92, Videoaufzeichnung

Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2, S. 257 – 278

Reed, P.G. (1991): Toward a nursing theory of self-transcendence – Deductive reformulation using developmental theories. In: Advances in Nursing Science, 13, S. 64 – 77

Riehl-Sisca, Joan (Hrsg.) (1989): Conceptual Models for Nursing Practice. Third Edition. Norwalk, Connecticut/ San Mateo, California: Appleton & Lange

Rizzo-Parse, Rosemarie (Hrsg.) (1987): Nursing Science – Major Paradigms, Theories, and Critiques. Philadelphia, London, Toronto etc.: W.B. Saunders Company

Rizzo Parse, Rosemarie (1987a): Man-Living-Health Theory of Nursing. In: Rizzo-Parse, Rosemarie (Hrsg.): Nursing Science – Major Paradigms, Theories and Critiques. Philadelphia, London, Toronto etc.: W.B. Saunders Company, S. 159 – 180

Rogers, Carl (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler

Rogers, Martha E. (1970): An Introduction to the theoretical Basis of Nursing. Philadelphia F.A. Davis

Rogers, Martha E. (1992): Nursing Science and the Space Age. In: Nursing Science Quarterly, 5, S. 27 – 34

Rogers, Martha E. (1995): Theoretische Grundlagen der Pflege – Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Sartre, Jean Paul (1963): Search for a method. New York: Alfred A. Knopf

Selder, F. (1989): Life transition theory – The resolution of uncertainty. In: Nursing & Health Care, 8, S. 437 – 451

Selye, Hans (1956): The Stress of Life. New York: McGraw-Hill

Stark, W. (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg i. Brsg.: Lambertus

Stevens-Barnum, Barbara J. (1994): Nursing Theory – Analysis, Application, Evaluation. Fourth Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company

Theunissen, Georg; Plaute, Wolfgang (1995): Empowerment und Heilpädagogik – Ein Lehrbuch. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Watzlawick, Paul (1985): Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber

Weber, Gunthard; Stierlin, Helm (1989): In Liebe entzweit – ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Mager-suchtsfamilie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

World Health Organization (WHO) (1992): Die Ottawa-Charta. In: Trojan, Alf; Stumm, Brigitte: Gesundheit fördern statt kontrollieren – Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer, S. 84 – 92

Zapf, Wolfgang (1984): Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, W; Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M.

Der DV Pflegewissenschaft im Internet

Unsere Homepage im Internet, die uns dankenwerterweise von Herrn Happe bereitgestellt wurde und von diesem betreut wird, bietet

- allgemeine Informationen über den DV Pflegewissenschaft
- Steckbriefe der Sektionen und Arbeitsgruppen
- Termininformationen
- Ausschnitte aus Pflege & Gesellschaft (Abstracts der Artikel, Buchrezensionen)

Ein Mausklick auf unsere Internetseiten lohnt also. Die Adresse ist allerdings etwas kompliziert:
www.muenster.de/K.happe@dv.h+m