

TABUBEREICH IN DER PALLIATIVVERSORGUNG – SEXUALITÄT BEI KREBSERKRANKUNG

Abschlussarbeit

Universitätslehrgang Palliative Care –
Vertiefungslehrgang Palliativpflege Stufe II 2011



Name: Irene Mutenthaler

Adresse: Hauptstraße 11

3131 Getzersdorf

Betreuerin: Meike Schwermann

Abgabedatum: 25. September 2011

Salzburg, 25. September 2011

DANKSAGUNG

Vielen Menschen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen und mich sehr unterstützt haben, gebührt herzlichen Dank. Mein besonderer Dank gilt Frau Meike Schwermann, die die Betreuung meiner Arbeit übernommen hat. Weiteres wurde ich bei allen Fragen zur Gestaltung und zum Inhalt dieser Arbeit kompetent beraten. Danken möchte ich auch dabei Frau Anita Prankl, MSc, weil sie mich beim Verfassen dieser Arbeit sehr unterstützt hat.

Großen Dank und Respekt möchte ich der Fam. M. aussprechen, die meine offenen und intimen Fragen beantworteten, die ich anhand eines Fallbeispiels aufarbeiten konnte. Schließlich gilt ein besonderer Dank meinen Gatten Walter Mutenthaler, weil er mir in dieser nicht immer ganz einfachen Zeit zur Seite stand und mich ermutigte nicht aufzugeben.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einführung in die Problematik	5
1.1	Fragestellung und Zielsetzung	6
1.2	Methode und Gliederung der Arbeit	7
2	Theoretische Einführung zum Thema Sexualität	8
2.1	Menschenbild	8
2.2	Einfluss der Sexualität in der Palliativpflege/Gesellschaft	9
2.3	Einfluss der Sexualität für den schwerkranken Menschen	10
2.4	Paarbeziehung und Sexualität	11
2.5	Sexuelle Störungen	12
2.6	Selektive Wahrnehmung des Körperbildes	12
2.7	Mangelnde fachliche und kommunikative Kompetenz	13
3	Pflegeprozess im Allgemeinen	14
3.1	Die Pflegeanamnese im Rahmen des Pflegeprozesses	14
3.2	Die Pflegeanamnese und ihr theoretischer Bezugsrahmen	15
3.2.1	Die Lebensbereiche des Pflegemodells von Liliane Juchli.....	16
3.2.2	ATL Kind, Frau, Mann sein	16
4	Schriftliche Hilfestellung anhand eines Fallbeispiels	17
5	Zusammenfassung	20
6	Literaturverzeichnis	21

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Titelblatt: film-szenen.blogspot.com (Zugriff 10.08.2011)

Abb.2 Körperbild Modell nach Price, Kern, 2006: I(i)ebenswert bis zuletzt – zur Bedeutung der Sexualität in der palliativpflege, [Internet: Österreichische Pflegezeitschrift:

www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/04/kern.pdf, (Zugriff:

06.04.2011)..... 14

1 Einführung in die Problematik

Im Landeskrankenhaus St. Pölten gibt es seit 2008 ein Palliativteam, das sich aus zwei Personen vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, einer diplomierten Sozialarbeiterin und einem Arzt zusammensetzt. Der Palliativkonsiliardienst wird auf Anforderung/Anfrage – ausgehend seitens der Stationen – tätig, als Hilfestellung für die Betreuer¹ vor Ort in komplexen Betreuungssituationen im Zusammenhang mit dem Patienten. Weiteres wird die Betreuung von Angehörigen und Patienten, wenn diese einer speziellen palliativmedizinischen, beziehungsweise pflegerischen Untersuchung bedürfen, übernommen. Das Palliativteam bietet Erfahrungen in der Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an (vgl. ÖBIG, 2004, S. 18). Bei einem Basisseminar „Palliativ-Care“ wurde das Thema Lebensqualität, Sterben in Würde, Trauerbegleitung und Sexualität bei krebserkrankten Menschen behandelt. Durch das gemeinsame Überlegen und Diskutieren in der Gruppe über diese Themen, wurde den Kursteilnehmern bewusst, dass das Spezialthema Sexualität eine bedeutende Rolle für krebserkrankte Menschen ist. Partnerschaft und Sexualität, Qualität der Erlebnisse und deren Empfinden haben auf die gesamte Lebensqualität eines Menschen maßgeblichen Einfluss. Ebenso ist Vertrauen, Erotik, geistige Liebe, Zärtlichkeit und Nähe nicht nur in hohem Alter ein Thema, sondern auch bei krebserkrankten Menschen (vgl. Zettel, 2011, S.1). In Begleitung schwerstkranker Menschen wird Sexualität meist von den Pflegekräften und Betreuern ausgeblendet. Weiteres werden die Bedürfnisse nach Sexualität und Zärtlichkeit nicht wahrgenommen (vgl. Kern, 2006, S. 18). Die Pflegepersonen sollen auf die Bedürfnisse der Patienten, soweit es geht, eingehen, damit sich diese in ihrem körperlichen, geistigen und seelischen Zustand wohl fühlen. Da das Thema Sexualität eine Intimsphäre ist, haben viele krebserkrankte Menschen ein Problem sich

¹ In dieser Arbeit werden zugunsten einer leichteren Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit auf geschlechtergerechte Formulierungen geachtet.

dem Thema zu widmen und darüber sprechen. Ärzte/Onkologen sprechen viel zu selten das Thema Sexualität bei Krebspatienten an. Ein Prozentsatz von 70 % der Patienten würde sich ein Gespräch über die möglichen Auswirkungen der Erkrankung oder Therapie auf die Sexualität wünschen. Noch höher ist der Prozentsatz bei denjenigen, die von sich aus nie aus Scham den Arzt ansprechen würden und sich mit der Frage „Sexualität“ alleingelassen fühlen (vgl. Kern, 2008, S 1128). Vielen Kursteilnehmern waren die Gespräche über Sexualität selbst unangenehm. Sie kamen zur Ansicht, dass sie große Probleme beim Durchführen der Pflegeanamnese hätten in Bezug auf Sexualität. Das zeigt sich, beispielsweise dadurch, dass das Pflegeanamnesegespräch zur bloßen „Abfragerei“ von vorgegebenen standardisierten Fragen gerät. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege läuft dadurch Gefahr, individuelle pflegediagnostische Aussagen nicht hervorbringen zu können, weil solche Pflegeanamnesen „erhoben und abgelegt werden“ (vgl. Leonie-Scheiber, 2005, Buchrücken). Den Mitarbeitern des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist kaum bewusst, dass sie nur mit einer sorgfältigen erhobenen Pflegeanamnese im Stande sind, pflegerische Daten zu erheben, die wiederum die Voraussetzung für eine gelungene Pflegeplanung ist. Daher hat sich die Verfasserin die Aufgabe gestellt, folgender Fragestellung nachzugehen:

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

- Wie wirken sich Krebserkrankungen und deren Therapie auf den Bereich Sexualität aus?
- Hat der Erkrankte noch Interesse an Sexualität?
- Wird darüber gesprochen?

Durch die Erarbeitung dieses Themas durch die Verfasserin soll eine Sensibilität beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen werden, sodass die Wahrnehmung und die Begleitung der Patienten mit eventuell vorhandenen sexuellen Bedürfnissen ein Bestandteil von

Palliative Care ist, damit die Lebensqualität der Patienten im Rahmen der Palliativversorgung verbessert werden kann. Voraussetzung hierfür ist die eigene kritische Reflexion des individuellen Umgangs mit dem Thema. Anhand eines Fallbeispiel und der Darstellung der Anwendung des ATLs: „Kind, Frau, Mann sein“ nach dem Pflegemodell von Liliane Juchli, wird eine schriftliche Hilfestellung für den Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dargestellt, um den Theorie-Praxis-Transfer zu erleichtern.

1.2 Methode und Gliederung der Arbeit

Die Entwicklung der schriftlichen Hilfestellungen für die professionellen Begleiter für die Unterstützung der Patienten basiert auf einer Literaturrecherche in Fachbüchern, Broschüren, Fachinformationen aus dem Internet und aus Gesprächen mit Psychotherapeuten und Onkologen. Auf der Basis eines konkreten Fallbeispiels wird die Problemstellung verdeutlicht und analysiert.

Zu Beginn erfolgt eine theoretische Einführung in die Problematik, über deren Fragestellung hin zur Zielsetzung, Methodik und Gliederung der Arbeit. Das zweite Kapitel erklärt die theoretische Einführung zur Sexualität. Es werden darin das Menschenbild im Zusammenhang zur Sexualität, Einfluss der Sexualität in der Palliativpflege/Gesellschaft sowie der Einfluss der Sexualität für den schwerkranken Menschen beschrieben. Paarbeziehung und Sexualität, sexuelle Störungen, selektive Wahrnehmung des Körperbildes und mangelnde fachliche, sowie kommunikative Kompetenzen werden kurz und prägnant beschrieben. Das dritte Kapitel der Arbeit handelt über den Pflegeprozess und Pflegeanamnese, dies deshalb, weil die Pflegeanamnese den Abschluss der ersten Phase des Pflegeprozesses bildet. Es werden darin die Hintergrundinformationen über die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und gezielt auf die ATL „Kind, Frau, Mann sein“ beschrieben, weil in der Praxis Pflegeanamnesen in ihrem Aufbau den Pflegemodellen – insbesondere den ATL – folgen. Das vierte und letzte Kapitel widmet sich

der schriftlichen Hilfestellung, um den Theorie-Praxis-Transfer zu erleichtern.

2 Theoretische Einführung zum Thema Sexualität

Sexualität bedeutet nicht nur einem Geschlecht anzugehören, sondern auch zwischen Geschlechtspartnern, dessen geschlechtliches Verhalten, Verhaltensweisen und Interaktionen von Lebewesen, ebenso wie alle Gefühle in Bezug auf Ihr Geschlecht. Sexualität dient nicht nur der Lust sondern auch der Fortpflanzung und Förderung von Beziehungen. Wenn man von verschiedensten Menschen ausgeht, haben alle eine unterschiedliche Bedeutung und Wahrnehmung für Sex. Dies ist abhängig von der Erziehung, Erfahrung und der Wertvermittlung des Umfeldes (vgl. Zettel, 2011, S.1). Die Weltgesundheitsorganisation definiert sexuelle Gesundheit als "die Integration psychischer, emotionaler, intellektueller und sozialer (und spiritueller; Anm.d.Verf.) Aspekte auf eine Weise, die Bereicherung des Lebens und Stärkung von Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe zur Folge hat" (vgl. Kern, 2008, S. 1128). Im Folgenden werden auf das Menschenbild und auf die Einflüsse der Sexualität in der Palliativpflege/Gesellschaft sowie schwerkranken Menschen eingegangen.

2.1 Menschenbild

Menschen sind innerlich frei nur bei der Geburt. Kinder beobachten die Erwachsenen um sich herum und können sich so entwickeln. Die Kinder lernen und entwickeln eigene Vorstellungen darüber, wie sie sich selbst gegenüber in der Welt und anderen verhalten sollen. Vorbilder sind die Menschen die um sie herum sind wie zum Beispiel Eltern, Geschwister und Lehrer. Die zwischenmenschliche Beziehungen und Wechselwirkungen stehen einander gegenüber. Negative Gefühle wie Wut, Angst oder Trauer genauso auch natürlichen Gefühle, unseren Sinn für Humor, Empfindsamkeit und das Gespür für Wunder, spiegelt das Innere in uns wieder. Wenn unsere

Gefühle nicht ernst genommen werden, haben wir gelernt sie zu verdrängen oder zu ignorieren. Dieses Innere in uns lebt immer noch in uns und sucht überall nach der Liebe, die es damals nicht ausreichend bekommen hat. Das kann dahin führen, dass wir versuchen die Aufmerksamkeit der Umgebung zu bekommen, durch helfendes Aufopfern oder uns hilflos, leidend und schmollend zu zeigen. Aber das Innere in uns möchte nicht mit irgendwelchen materiellen Dingen abgespeist werden, sondern es wünscht sich, dass seine Gefühle – negative wie auch positive – wahrgenommen und dessen Bedürfnisse erkannt werden (vgl. Dreikurs, 2003, S 169).

2.2 Einfluss der Sexualität in der Palliativpflege/Gesellschaft

Mit diesem Thema wird ein gesellschaftliches Tabu berührt, denn es ist schwierig die Sexualität im Hinblick der letzten Phase des Lebens aufgrund der Sprachen und Hilflosigkeit anzusprechen. Denn bei sterbenden, beziehungsweise schwerkranken Menschen wird das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Sexualität oft nicht mehr wahrgenommen. Dabei ist sich als Mann oder Frau zu verstehen, zu sein und sich zu fühlen von zentraler Bedeutung. Sexualität ist Ausdruck unserer Persönlichkeit, Identität. Ein wichtiger Bestandteil des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls – Lebensqualität – ist die Sexualität, beziehungsweise sexuelle Identität (vgl. Kern, 2008, S. 962). „Lebensqualität wird durch das Maß bestimmt, in welchem das Leben über die Krankheit hinauswachsen kann“ (Kern, 2008, S. 962). In einem ganzheitlichen Konzept ist die Auseinandersetzung mit diesen Tabu erforderlich, um den Fragestellungen, Bedürfnissen der Patienten und Sehnsüchten angemessen zu begegnen und besprechen zu können (vgl. Kern, 2006, S. 18). Mit Freiheit und Offenheit wird oft die Sexualität in den Medien dargestellt und beschrieben was „normal“ und üblich ist. Ein damit verbundener großer Erfolgsdruck und ein hohes Maß an sexueller Aktivität, zum Beispiel einen Orgasmus bei jedem sexuellen Kontakt zu erreichen, wird damit zur Messlatte. In diesem Zusammenhang wird oftmals die Sexualität zusätzlich mit Attributen wie Schönheit und Anziehungskraft in Verbindung gebracht.

Die moderne Gesellschaft hat das verbreitete Ideal fit, dünn, faltenlos, beweglich, leidenschaftlich zu sein. Dem gegenüber ist das Thema Sexualität im Kontext mit Krankheit immer noch ein Tabu. Daher hemmt und blockiert nicht selten die Beschäftigung mit den Fragen, deren Bedürfnisse und Ängste der Patienten und Angehörigen bezüglich „Tabu Sexualität“ (vgl. Kern, 2008, S. 1128 – S 1129).

2.3 Einfluss der Sexualität für den schwerkranken Menschen

„Alle Menschen haben eine sexuelle Identität und – so unterschiedlich die Bedürfnisse auch sind – so haben wir Menschen alle eines gemeinsam: das Bedürfnis nach Liebe und Intimität und die Berechtigung, diese Gefühle zu leben“ (Kern, 2008, S. 1129). Grundsätzlich unterscheidet sich kaum die Bedeutung der Sexualität zwischen schwerkranken und gesunden Menschen, es ist ein dominierender Trieb der menschlichen Natur. Unabhängig von Krankheit und Alter kann der Wunsch nach Körperkontakt, Intimität, Innigkeit, Nähe, Anteilnahme, Intimität und gegenseitige Bindung sein. Alle Aspekte menschlichen Lebens beeinflussen die sexuelle Identität und das Bewusstsein von Weiblichkeit und Männlichkeit. „Menschsein und Leben“ ist meist gleichbedeutend mit dem Gefühl Sexualität und ihrem Ausdruck. Während des gesamten Lebens, ist die Basis einer hohen Persönlichkeit eine positive sexuelle Identität, zunächst unabhängig der Erfahrung von Krankheit mit raschem Verfall oder vom Durchleben eines einfachen Alterungsprozesses. So lange schwerkranke Patienten noch gesund, gefragt und geliebt waren, haben diese sowohl sexuelle Intimität, Enttäuschungen und befriedigende Beziehungen gesucht. Durch eine schwere Erkrankung kommt es zu einer Veränderung im Leben sozusagen zu einer Verschiebung des Gleichgewichtes und der Prioritäten. Durch die Behandlungen werden die Funktion der Organe und des Organsystems zum Teil stark beeinträchtigt. Grund dafür könnten Operationen, Bestrahlungen, Therapien sowie Medikamente sein. Schmerzen schränken die gewohnte Funktion des Körpers ein und dadurch den Patienten zu einer neuen Lebensart

zwingen. Patienten die aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung das Hauptinteresse dem Überleben gilt, ist die Sexualität zweitgrößte Sorge. Beeinträchtigung, Veränderungen und Störungen des menschlichen Körpers kann die Sexualität und damit Libido, sexuelle Funktion und Reaktion sowie den Grad der Befriedigung negativ beeinflussen. Im Zusammenhang auf ihre besondere Identität werden schwerstkranke Menschen als Mann oder als Frau oft nicht genügend (an)gesehen. Es stehen die Erkrankung, beziehungsweise das Symptom im Mittelpunkt. Sie benötigen Hilfe, Unterstützung, Information, Erlaubnis und den geeigneten Rahmen – um sich darüber äußern zu können – ihrer sexuellen Bedürfnisse, denn man fühlt sich sehr schnell alleingelassen, zu äußern (vgl. Kern, 2008, S. 1129f).

2.4 Paarbeziehung und Sexualität

Für viele dient meist die Sexualität nicht nur zur Fortpflanzung und Lustbefriedigung, es wird auch dadurch ermöglicht sich einem anderen Menschen besonders nahe zu fühlen. Nicht nur der Geschlechtsakt ist für viele Paare ein Ausdruck ihrer Zuneigung und Anziehung, sondern ebenso wichtig ist für sie gemeinsame Werte und Erlebtes, gegenseitiger Respekt, Vertrauen und andere Zeichen ihrer Verbundenheit. Je nach Lebensphase und persönlichem Empfinden hat Sexualität im Leben eines Menschen einen unterschiedlichen Stellenwert. Wie man im dargestellten Fallbeispiel lesen kann, wird bei einer einschneidenden Erkrankung wie Krebs die sexuelle Aktivität für eine gewisse Zeit lahmgelegt oder in den Hintergrund gerückt. Wenn die Krankheit überstanden ist, wächst auch wieder die Lust auf sexuelles Beisammensein. Wichtig ist in der Zwischenzeit sich nicht unter Druck setzen zu lassen, denn auf welche Art oder wie oft sexuelle Begegnungen stattfinden sollten, gibt es keinerlei Abmessungen. Betroffene sollten sich Zeit lassen, vielleicht mit der Partnerin über Wünsche und Möglichkeiten sprechen. (vgl. Lanz, 2010, S.15).

2.5 Sexuelle Störungen

Bei Krebserkrankungen kommt es meist durch therapeutische Maßnahmen zu Störungen der Sexualität. Dabei werden drei Bereiche unterschieden:

- Medikamentöse-,
- Strahlen- und
- Chemotherapie.

Bei der medikamentösen Therapie kann auf indirekter und direkter Weise eine sexuelle Funktionsstörung auftreten. Bei Strahlentherapie kann es neben einer allgemeinen Schwäche auch zu Fertilitätsstörungen (Synonym für Fruchtbarkeitsstörungen) kommen, nicht zu vergessen, die Missempfindungen durch Strahlenschäden. Die Nebenwirkungen bei der Chemotherapie können zu herabsinken des Allgemeinzustandes, Störung der Fertilität bei Männern und Frauen und des Wohlbefindens führen. Der sexuelle Reaktionszyklus kann durch die Störung der Fertilität beeinträchtigt sein (vgl. Wolbring-Phiel, 2008, S. 10). Des Weiteren darf die Fatigue (Schwäche, Erschöpfung) nicht vergessen werden, die einen erheblichen Einfluss auf die Sexualität hat. Noch hinzu kommt das herabsinken des Allgemeinzustandes sowie die psychische Belastung (vgl. Schwermann, 2011, S.4).

2.6 Selektive Wahrnehmung des Körperbildes

Unser Körperbild kann als Zusammenspiel von Wahrnehmungen, Wissen, inneren Vorstellungen und Gefühlen betrachtet werden. Weil das Körperbild eine konstante Veränderung hat, versucht der Mensch „über die gesamte Lebensspanne die Balance zu halten“ (vgl. Kern, 2006, S. 18 – S 19).

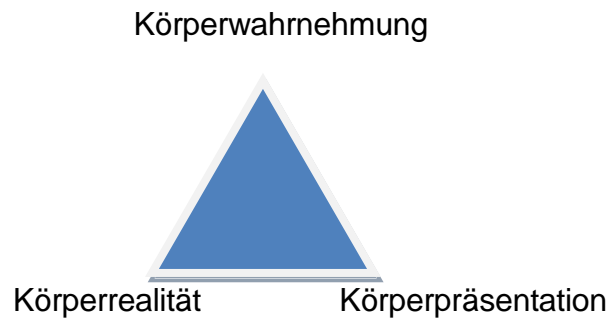


Abb.2 Körperbild Modell nach Price, Kern, 2006: I(i)ebenswert bis zuletzt – zur Bedeutung der Sexualität in der palliativpflege, [Internet: Österreichische Pflegezeitschrift: www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/04/kern.pdf, (Zugriff: 06.04.2011)]

In der selektiven Wahrnehmung besteht in der Begleitung ein Defizit. In der Pflege lernen wir das präzise Wahrnehmen und Beschreiben der körperlichen Beobachtungen. Zum Beispiel bei einem Verbandswechsel bei Frauen nach Mamma Ablatio kann eine Aussage sein „Die Wunde sieht gut aus.“ Dieser Satz spricht nur die Körperrealität an – selektives Körperbild, so als gebe es die anderen Anteile nicht, denn sie werden situativ abgespalten. Wenn sie den Satz weiterknüpfen mit „...aber ihr Körper ist ihnen gar nicht mehr vertraut, sie fühlen sich gar nicht mehr in ihm zu Hause“, wird die Körperwahrnehmung angesprochen (vgl. Kern, 2006, S. 18 – S 19).

2.7 Mangelnde fachliche und kommunikative Kompetenz

Bei Fortbildungen ist bei den Teilnehmern zu Beginn eine große Hemmung beim Thema Sexualität, Zärtlichkeit und Intimität im beruflichen Zusammenhang anzusprechen zu erfahren. Erst im Verlauf wird deutlich, wie wichtig ein gewisser Sprachraum ist, wenn man hört wie viel unausgesprochenes Leid es bei Angehörigen und Patienten, aber auch Begleitern gibt. Gesprächsansätze von Patienten werden oft nicht wahrgenommen. „Wie sehe ich denn aus, werde ich wieder?“. Der Wunsch könnte sein, etwas über die Prognose der Lebenszeit zu erfahren. Aber was ist mit der ersten Aussage über das Aussehen? Dies wird oft überhört. Könnte da nicht ein Gespräch

eingefädelt und wo die Versehrtheit des Körpers betrauert, Sehnsüchte und Wünsche ausgedrückt werden können? (vgl. Kern, 2006, S. 19 – S 20). In den nächsten Kapiteln wird das Thema „Sexualität bei Krebserkrankung“ in den Pflegeprozess, beziehungsweise in die Aktivitäten des täglichen Lebens „Kind, Frau, Mann sein“ eingegliedert, damit der Theorie-Praxistransfer umgesetzt werden kann.

3 Pflegeprozess im Allgemeinen

Mitte der 80er Jahre begann man den Pflegeprozess im deutschsprachigen Raum einzusetzen. Wobei bereits in den 50er Jahren die Entwicklung des Pflegeprozesses in den USA begann und auf betreiben der Weltgesundheitsorganisation nach Nordeuropa gebracht wurde. Anhand des Pflegeprozesses wird sichergestellt, dass der Patient weder über- noch unterpflegt, sondern angemessen und wirksam gepflegt wird. Durch Erarbeiten der angemessenen Pflegeziele, Erhebungen der Ressourcen und setzen der Maßnahmen unterscheidet sich die berufliche Pflege der Laienpflege durch geplantes, systematisches Vorgehen. Der Gesetzgeber hat in seinen Ausführungen im Rahmen der beruflichen Pflege zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich die Umsetzung des gesamten Pflegeprozesses als eine der Berufspflichten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ernannt (vgl. Weiss-Faßbinder-Lust, 2006, S. 58).

3.1 Die Pflegeanamnese im Rahmen des Pflegeprozesses

Pflegeanamnese als Definition ist die Informationssammlung und Erhebung der Pflegebedürfnisse und die Pflegeabhängigkeit je nach Grad des Patienten, sowie die Beurteilung und der Feststellung der zur Deckung der Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen dient (vgl. Leoni-Scheiber, 2004, S. 28). Bei einer Pflegeanamnese sollten bezüglich Inhalt und Gestaltung folgende zentrale Parameter vorhanden sein:

Angaben bezüglich Person, Persönlichkeit und Biographie des Patienten, Beeinträchtigung und Einschränkung von Funktionen, Angaben zum körperlichen und geistigen Zustand. Des Weiteren sollte auf die Einstellung und Werterhaltung, Verhaltensmuster und -formen die im Zusammenhang mit dem Kranksein und Spiritualität, sowie der Krankheit selbst die von Bedeutung sind eingegangen werden. Das Umfeld zu den Bezugspersonen, Vorlieben und Gewohnheiten, Stärken und Schwächen, Informationsstand zum aktuellen Gesundheitszustand und Wissensstand zur vorliegenden gesundheitlichen Störung sind ebenfalls wichtige Punkte (vgl. Heering, 2006, S. 28 – 29).

3.2 Die Pflegeanamnese und ihr theoretischer Bezugsrahmen

Die meisten in der Pflegepraxis genutzten Pflegemodelle beziehen sich auf die so genannten „Bedürfnismodelle“, die auf der Bedürfnishierarchie von Abraham Maslow (1908 – 1970) aufgebaut sind. Ganz egal, nach welchem Pflegemodell in der Anwendung ein für die Pflegeanamnese entwickelter Pflegeanamnesebogen aufgebaut ist, es sind immer wieder Gemeinsamkeiten zu finden. Wenn der Patient diese Lebensbereiche nicht mehr selbständig erfüllen kann, wird die Pflegeperson tätig und unterstützt den Patienten, um die Bedürfnisse in all diesen Lebensbereichen zu erfüllen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Pflegeanamnese nach einem Pflegemodell auszurichten in der Praxis durchaus sinnvoll ist. Denn dadurch wird automatisch auch ein struktureller Rahmen vorgegeben und daher „nichts“ übersehen. Das weitere pflegerische Handeln wird dadurch bestimmt, dass wichtige Problemsituationen, die den Patienten und dessen Bedürfnisse betreffen berücksichtigt werden (vgl. Fürstler, 2000, S. 21-22).

3.2.1 *Die Lebensbereiche des Pflegemodells von Liliane Juchli*

Die Schweizer Pflegepädagogin Liliane Juchli (1994), redet in ihrem, erst seit den 1990er Jahren bekanntem Pflegemodell von „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL). Es handelt sich um 12 Lebensbereiche wie folgt:

1. ATL Wach sein und Schlafen
2. ATL Sich Bewegen
3. ATL Sich Wachen und Kleiden
4. ATL Essen und Trinken
5. ATL Ausscheiden
6. ATL Körpertemperatur Regulieren
7. ATL Atmen
8. ATL Sich sicher fühlen und verhalten
9. ATL Raum und Zeit gestalten
10. ATL Kommunizieren
11. ATL Sinn finden
12. ATL Kind, Frau, Mann sein (vgl. Budnik, 2003, S. 36-37)

Folgend wird aus den zwölf ATL gezielt das ATL Kind, Frau, Mann sein herausgenommen und mit dem Thema „Sexualität“ zusammengeführt.

3.2.2 *ATL Kind, Frau, Mann sein*

Scham und Schamgefühl, Intimität und Intimsphäre und der Umgang mit Geschlechtlichkeit auch in anderen Kulturkreisen spielen in der Pflege eine tatsächlich große Rolle. In der Pflegeanamnese werden Fragen zur Sexualität oft weggelassen, außer der medizinische Behandlungsgrund würde dies erfordern. Dieser Lebensbereich wird letztendlich in der pflegerischen Praxis auf die Wahrung der Intimsphäre reduziert. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema setzt dennoch großes Feingefühl voraus, weil die Pflegenden unter Umständen auch ihre eigene Einstellung zur Sexualität reflektie-

ren müssen (vgl. Heinz, Jung-Heinz, Staub-Westphal, 2004, S. 420). Aus diesem Grund folgt im nächsten Kapitel anhand eines Fallbeispiels ein Theorie-Praxis-Transfer, zur Erleichterung für den Gehobenen Dienst.

4 Schriftliche Hilfestellung anhand eines Fallbeispiels

Herr M. ist 43 Jahre, verheiratet und hat mit seiner Frau ein Kind. Im Dezember 2005 wurde das erste Mal über den Verdacht eines N.Hodgkin (bösartigen Erkrankungen des Lymphatischen Systems) seitens der Ärzte gesprochen, weil der Patient geschwollene Lymphknoten hatte, die relativ rasch sichtbar wurden. Anfang Jänner 2006 wurden Proben entnommen und die Diagnose konnte wie oben beschrieben festgestellt werden. Als Chemobeginn stand somit der Februar 2006 fest. Die Dauer der Chemotherapie waren alle drei Wochen, wobei dieser Tag acht Stunden Zeit in Anspruch nahm. Insgesamt wurde ein Zyklus von sechs Chemotherapien verordnet. Vor der sechsten Chemotherapie wurde ein Positronen Emissions Tomographie (PET) durchgeführt. Mit der anschließenden Computertomographie (CT) wurden folgende Diagnosen festgestellt:

- Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom GIII mit Übergang in ein diffuses B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphoma. Stadium 3a (mediastinale, cervicale und inguinale Lymphknoten) ED 09.01.2006b. R-CHOP-Polychemotherapie vom 06.02. bis 14.06.2006. Nach der fünften Chemotherapie wurde die Therapie auf Wunsch des Patienten abgebrochen.
- Tiefe Beinvenenthrombose links 03.05.2006 bei heterozygoter Faktor V Leidenmutation, sowie heterozygoter PAI-Polymorphismus / laufende Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin.
- Mäßiggradig Lungenemphysem bei Nikotinabusus
- Zustand nach Myocarditis 7/2004
- Zustand nach Meningoencephalitis mit Sinussagitalis Thrombose 1978

Bis Mitte 2007 erhielt der Patient eine Antikörper Therapie. Danach sollte er ein Jahr lang keine Kinder zeugen. Der Onkologe hat den Patienten darüber aufgeklärt und auch wenn Kinderwunsch bestehen sollte, müsste er sein Sperma einfrieren lassen. Über die körperlichen Veränderungen und Sexualität wurde nicht gesprochen. Der Patient hatte zu diesem Zeitpunkt seit sechs Monaten eine Freundin. Herr M. äußerte, dass er nach seiner Diagnosestellung seiner Freundin mehr beistehen musste, als sie ihm. Nach der Aufklärung fiel seine Freundin in ein tiefes Loch. Sexualität war zu diesem Zeitpunkt bei beiden nur ein Thema am Rande. Vor der Erkrankung führten die beiden für sich ein normales Sexualleben. Unter normales Sexualleben versteht Schwermann in ihrem Vortrag

- ein auf die Befriedigung sexueller Bedürfnisse gerichtetes Verhalten. Sexualität äußert sich in Gefühl und Verhalten und ist für jeden Menschen einzigartig
- beiden Sexualpartnern Vergnügen bereitet und beide damit einverstanden sind (Schwermann, 2011, S.3)

Nach der Diagnosenstellung äußerte der Patient weiter, dass sich das Thema „Sexualität“ veränderte. Sexualität war mehr eine Pflicht als eine Kür während seiner Erkrankung. Für den Patienten war es beruhigend, wieder Geschlechtsverkehr zu haben. Das Verlangen war von Seiten der Partnerin teils da und teils auch nicht. Sie wollte mehr Kuschele, weil Sexualität nicht an erster Stelle stand. Da vor der Erkrankung das Thema „Sexualität“ nicht so wichtig war für beide, wurde darüber niemals nachgedacht. Sie konnten sich beide trotzdem während des Geschlechtsverkehrs gedanklich nicht gehen lassen und loslassen, denn die Erkrankung stand immer dazwischen. Der Patient selbst empfand keinen Druck von Seiten der Partnerin, aber er hatte Angst, sie aufgrund der „Nicht Befriedigung“, beziehungsweise der Erkrankung zu verlieren. Auch äußerte der Patient, dass ein Altersunterschied von 14 Jahren vorhanden ist und die Beziehung noch zusätzlich

auf den Prüfstand setzte. Die Veränderungen des Selbstbildes durch die Erkrankung sowie der Selbstwahrnehmung waren für Herrn. M katastrophal. Am meisten hat er unter den Haarausfall gelitten, dies war für ihn ein Riesenproblem: „Man verliert dadurch einen Teil an den Feind „Krankheit“ und man kann sich nicht wehren“. Weiteres spricht der Patient von seiner Selbständigkeit, die ihm zu schaffen machte und Existenzängste hervorriefen. Der Erkrankte holte sich bei der Krebshilfe zusätzlich Unterstützung, weil der soziale Druck – bezüglich seiner gewerblichen Selbständigkeit – für ihn sehr hoch war. Die Krebshilfe bietet Informationen bezüglich Förderungen bei Krankheitsausfall im Alltag, psychische Unterstützung in Bezug auf die Erkrankung „Leben mit Krebs“ und zum Wissen über das Thema Krebs an.

Inzwischen ist die Erkrankung stabil. Der Patient heiratete seine Freundin und sie haben eine Tochter auf natürlichen Weg gezeugt. Die Diagnose Krebs wurde von beiden akzeptiert und in das gemeinsame Leben mit eingeschlossen.

Nach dem Überdenken dieses Fallbeispiels und durch die Hintergrundfragen bezüglich des ATL's Kind, Frau, Mann durch die Autorin, bringt dies den Vorteil, dass durch das Nachdenken und miteinander reden mit dem Patienten und den Angehörigen die kognitiven sowie die emotionalen Bereiche und die Bedeutsamkeit der Erkrankung angeregt und gedanklich gespeichert werden konnten. Durch das Niederschreiben vom Erlebtem des Patienten und deren Angehörigen kann der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege den theoretischen Hintergrund der Pflegeanamnese besser aufarbeiten. Ein gut strukturiertes Konzept bewirkt ein effizientes und effektives Arbeiten und verhindert das Vergessen von Detailinformationen des Patienten (vgl. Leoni-Scheiber, 2005, S. 49).

5 Zusammenfassung

Diese Arbeit hat sich die Aufgabe gestellt, folgender Fragestellung nachzugehen:

- Wie wirken sich Krebserkrankungen und deren Therapie auf den Bereich Sexualität aus?
- Hat der Erkrankte noch Interesse an Sexualität?
- Wird darüber gesprochen?

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, war es notwendig, eine theoretische Einführung zum Thema Sexualität darzustellen. In Folge wurde der gesamte Pflegeprozess zusammengefasst, weil die Pflegeanamnese der Ausgangspunkt desselben ist. Die pflegebezogenen Informationen sind ein wichtiger Bestandteil der Pflegeanamnese, weil aus diesen Informationen entsprechende Pflegediagnosen zu formulieren sind. Auch wurde die Sensibilität für den Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen und die Wahrnehmung sowie die Begleitung des Patienten mit dem Thema „Sexualität“ berücksichtigt. Aufgrund der Veränderungen des Selbstbildes durch die Erkrankung sowie der Selbstwahrnehmung konnte die erste Frage beantwortet werden. Aufgrund der vielen Gespräche in der Pflegeanamnese, konnte das Thema „Sexualität“ zwischen Patient und Angehörigen nochmals aufgearbeitet werden, weil es durch die Krankheit doch zum Thema wurde. Dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege muss bewusst werden, dass sie nur mit einer ausführlichen erhobenen Pflegeanamnese im Stande sind, pflegerische Daten zu erheben, die in der Folge Pflegediagnosen zu generieren. Zum Ergebnis kann gesagt werden, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sich auf die Pflegediagnosen wie „Angst“, die Partnerin zu verlieren sowie „Existenzängste“ bezüglich seiner Arbeit aufzunehmen und pflegerische Maßnahmen festzulegen.

6 Literaturverzeichnis

BUDNIK, Birgitt (2003): Pflegeplanung leicht gemacht - Für die Gesundheits- und Krankenpflege, 4.Auflage, URBAN & FISCHER Verlag, München

DREIKURS, Rudolf (2003): Selbstbewusst, Die Psychologie eines Lebensgefühls, 5. Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. Kg, München.

FÜRSTLER, Gerhard (2000): Pflegeprozess. Unpubliziertes Skriptum für den Unterricht an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am LK St. Pölten-Lilienfeld.

HEINZ Claudia, JUNG-HEINTZ Heike, STRAUB-WESTPHAL Tanja (2004): ATL Kind, Frau, Mann sein, In: KELLNHAUSER Edith, SCHEWIOR-POPP Susanne, SITZMANN Franz, GEIßNER Ursula, GÜMMER Martina, ULLRICH Lothar, Pflege - Professionalität erleben, 10. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

HEERING, Christian (2006): Das Pflegevisiten-Buch, 2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.

KERN, Martina (2006): I(i)ebenswert bis zuletzt – zur Bedeutung der Sexualität in der Palliativpflege, In: Österreichische Pflegezeitschrift online. [Internet: www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/04/kern.pdf, (letzter Zugriff: 06.04.2011)]

KERN, Martina (2008): Palliativpflege Schwerstkranker und Sterbender – Patientenzentrierte Pflege und Aufgaben in Schmerztherapie und Symptombehandlung, In: AULBERT, Eberhard; NAUCK, Friedemann; RADBRUCH, Lukas (Hrg.), 2. Auflage, Verlag Schattauer, Stuttgart, New York.

KERN, Martina (2008): Sexualität und Intimität bei Schwerkranken, In: AULBERT, Eberhard; NAUCK, Friedemann; RADBRUCH, Lukas (Hrg.), 2. Auflage, Verlag Schattauer, Stuttgart, New York.

LANZ, Susanne (2010): Männliche Sexualität bei Krebs, Ein Ratgeber der Krebsliga für Patienten und ihre Partnerinnen, Krebsliga Schweiz, Bern.

LEONI-SCHEIBER, Claudia (2005): Didaktik Pflegeprozess - Ein Leitfaden für den Unterricht, Facultas Universitätsverlag, Wien.

LEONI-SCHEIBER, Claudia (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Fakultas Universitätsverlag, Wien.

SCHWERMANN, Meike, (2011): Veränderungen des Körperbildes und der Sexualität, Unpubliziertes Skriptum für den Unterricht in Form einer Power Point - Basiskurs Palliative Care für Pflegende Kooperationsprojekt des Fachbereiches Pflege und Gesundheit der FH Münster und der Herz-Jesu-Krankenhaus Hilstrup GmbH.

WEISS-FAßBINDER – LUST, (2006): BGBl I 108/1997 idgF BGBl I 90/2006: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 5., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Manz Verlag

WIDMER Christine (2008): Erektile Dysfunktion – ein Thema für uns?, Unpubliziertes Skriptum für den Unterricht: [Internet: <http://gesund.co.at/krebssexualität-11909>, Startseite, 11.06.06 (Zugriff: 06.04.2011)}.

WOLBRING-PHIEL; Christel (2008): Sexualität in der Palliativmedizin , Unpubliziertes Skriptum für den Unterricht in Form einer Facharbeit

ZETTEL, Stefan (2010): [Internet:
http://akademie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/akademie/WB_Onko_Projektarbeit_Krebs_und_Sexualit%C3%A4t_kein_Tabu_101103.pdf (Zugriff: 06.04.2011)].