

Katharine Kolcaba

# Pflegekonzept Comfort

Theorie und Praxis  
der Förderung von Wohlbefinden,  
Trost und Entspannung in der Pflege

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben  
von Diana Staudacher, Jürgen Georg und Angelika Zegelin



Katharine Kolcaba  
Pflegekonzzept *Comfort*

Verlag Hans Huber  
Programmbereich Pflege

*Beirat*  
Angelika Abt-Zegelin, Dortmund  
Jürgen Osterbrink, Salzburg  
Doris Schaeffer, Bielefeld  
Christine Sowinski, Köln  
Franz Wagner, Berlin





Katharine Kolcaba

# Pflegekonzept Comfort

Theorie und Praxis der Förderung von Wohlbefinden,  
Trost und Entspannung in der Pflege

Aus dem Amerikanischen von Michael Herrmann

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben  
von Diana Staudacher, Jürgen Georg und Angelika Zegelin

Verlag Hans Huber

**Katharine Kolcaba.** Dr., RN, MScN, USA

**Jürgen Georg (dt. Hrsg.).** RN, MScN, Pflegefachmann, -lehrer, -wissenschaftler (MScN),  
Programplaner und Redakteur beim Verlag Hans Huber, Bern

**Diana Staudacher (dt. Hrsg.).** Dr. phil. Freie Publizistin mit Schwerpunkt Pflege, Medizin und Gesundheit.  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsspital Zürich.

**Angelika Zegelin (dt. Hrsg.).** Hon.-Prof. Dr., Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Mag. Erziehungswissenschaft. Pflegewissenschaftlerin und Curriculumsbeauftragte an der Uni Witten-Herdecke. Honorarprofessorin an der Fachhochschule Rheine.

Lektorat: Jürgen Georg, Diana Staudacher, Andrea Weberschinke

Herstellung: Daniel Berger

Titellillustration: pinx. Winterwerb und Partner, Design-Büro, Wiesbaden

Umschlag: Claude Borer, Basel

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Printed in Germany

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber

Lektorat: Pflege

Länggass-Strasse 76

CH-3000 Bern 9

Tel: 0041 (0)31 300 45 00

Fax: 0041 (0)31 300 45 93

[verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)

[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem Amerikanischen.

Der Originaltitel lautet «Comfort Theory and Practice» von Katharine Kolcaba.

© 2002. Springer Publishing Company, New York

© der deutschsprachigen Ausgabe 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95193-5)

(E-Book-ISBN\_E PUB 978-3-456-75193-1)

ISBN 978-3-456- 85193-8

## Inhaltsverzeichnis

Geleitwort der amerikanischen Ausgabe . . . . .	11
Geleitwort der deutschen Herausgeber . . . . .	13
Vorwort . . . . .	21
Danksagung . . . . .	23
<b>Kapitel 1 – <i>Comfort</i> als Herzstück der Pflege . . . . .</b>	<b>25</b>
– Das Wesentliche der Pflegepraxis . . . . .	25
Sensibilität für die Bedürfnisse der Patienten . . . . .	26
– <i>Comfort</i> als wünschenswerter Zustand . . . . .	26
– <i>Comfort</i> als Bezugsrahmen der Pflege . . . . .	28
Aspekte des <i>Comfort</i> -Begriffs . . . . .	28
Drei Arten von <i>Comfort</i> . . . . .	29
– Physischer und psychischer <i>Comfort</i> . . . . .	29
– Die <i>Comfort</i> -Klassifikation . . . . .	30
Die <i>Comfort</i> -Erlebensbereiche . . . . .	30
– Physischer <i>Comfort</i> . . . . .	30
– Psychospiritueller <i>Comfort</i> . . . . .	31
– Umgebungsbezogener <i>Comfort</i> . . . . .	32
– Soziokultureller <i>Comfort</i> . . . . .	32
Die <i>Comfort</i> -Definition . . . . .	33
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 1) . . . . .	35
<b>Kapitel 2 – Der pflegerische Auftrag . . . . .</b>	<b>37</b>
<i>Comfort</i> als Wert in der Pflege . . . . .	38
Pflegewissenschaftliche Impulse für <i>Comfort</i> . . . . .	39
– Tröstende Interventionen: Janice Morse . . . . .	40
– Die helfende Rolle der Pflegenden: Patricia Benner . . . . .	41
– <i>Comfort</i> vermitteln als Ziel der Pflege: Denise Rankin-Box . . . . .	42
– <i>Comfort</i> im Spiegel der Kunst: Marilyn Donahue . . . . .	43
– <i>Comfort</i> in der häuslichen Pflege: Dawn Arrington und Karen Walborn . . . . .	43
– <i>Comfort</i> in der Geburtshilfe: Claire Andrews und Maureen Chrzanowski . . . . .	44
– <i>Comfort</i> bei chronischer Krankheit: Joan Hamilton . . . . .	45
– <i>Comfort</i> als primäres Patientenziel: Elise Gropper . . . . .	46
– Transkulturelle Aspekte von <i>Comfort</i> : Eloita Neves-Arruda . . . . .	46
Zusammenfassung der Erkenntnisse . . . . .	47
<i>Comfort</i> dringt an die Spitze des Pflegebewusstseins . . . . .	47
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 2) . . . . .	48

<b>Kapitel 3 – <i>Comfort</i> messen</b> .....	49
Konzeptuelle Fragen .....	49
<i>Comfort</i> im onkologischen Setting .....	51
<i>Comfort</i> -Datenanalyse .....	52
<i>Comfort</i> -Sekundäranalyse .....	53
<i>Comfort</i> -Verhältnisgleichung .....	53
Qualitative <i>Comfort</i> -Daten .....	54
Methodische Empfehlungen für <i>Comfort</i> -Studien .....	54
<i>Comfort</i> in Ihrer eigenen Population messen .....	56
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 3) .....	57
<b>Kapitel 4 – Philosophische Perspektiven</b> .....	59
Personale Ganzheitlichkeit .....	59
Ganzheitliche Interventionen .....	60
– Ein Patientenbeispiel .....	60
– Menschliche Umweltfaktoren .....	62
– <i>Comfort</i> -bezogene Pflge-theorien .....	63
– Das <i>Comfort</i> -Metaparadigma .....	64
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 4) .....	64
<b>Kapitel 5 – Die <i>Comfort</i>-Theorie</b> .....	65
<i>Comfort</i> als Theorie mittlerer Reichweite .....	65
– Der konzeptuelle Bezugsrahmen .....	65
Drei Arten von <i>Comfort</i> -Maßnahmen .....	67
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 5) .....	69
<b>Kapitel 6 – <i>Comfort</i>-Merkmale</b> .....	71
<i>Comfort</i> -Charakteristika .....	71
<i>Comfort</i> -Konzeptanalyse .....	72
Anwendungsweisen des <i>Comfort</i> -Begriffs .....	72
Ein <i>Comfort</i> -Modellfall .....	74
Ein <i>Comfort</i> -Grenzfall .....	74
Ein <i>verwandter Fall</i> .....	74
Ein <i>Gegenfall</i> .....	75
Ergebnis der <i>Comfort</i> -Fallanalysen .....	75
<i>Comfort</i> -Antezedenzen .....	75
<i>Comfort</i> -Konsequenzen .....	75
<i>Comfort</i> -Referenzobjekte .....	76
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 6) .....	76
<b>Kapitel 7 – <i>Comfort</i>-Studien</b> .....	79
Konzeptuelle und operationelle <i>Comfort</i> -Definitionen .....	79
Quantitative <i>Comfort</i> -Studien .....	80
– Die <i>Comfort</i> -Koronarangiographie-Studie .....	80
– Die <i>Comfort</i> -Harninkontinenz-Studie .....	82
– Die <i>Comfort</i> -Wehen-Studie .....	83

Leitprinzipien für <i>Comfort</i> -Studien . . . . .	84
– Kongruenz sicherstellen . . . . .	84
– Der Alpha-Koeffizient in <i>Comfort</i> -Studien . . . . .	85
– <i>Comfort</i> -Teststatistik . . . . .	85
– Bias in <i>Comfort</i> -Studien . . . . .	86
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 7) . . . . .	86
<b>Kapitel 8 – <i>Comfort Care</i>-Ethik . . . . .</b>	<b>87</b>
– Der Ruf über die Pflicht hinaus . . . . .	87
<i>Comfort</i> als Leitprinzip einer Ethik der Gesundheitsversorgung . . . . .	87
Eine Ethik der Benefizienz im Zeichen von <i>Comfort</i> . . . . .	88
– Erhöhte Patientenautonomie durch <i>Comfort Care</i> . . . . .	89
Ethische Fallstudie 1 . . . . .	89
– <i>Comfort Care</i> als Entscheidungsprinzip . . . . .	90
<i>Comfort Care</i> am Ende des Lebens . . . . .	90
– Ein friedlicher Tod . . . . .	91
– <i>Comfort</i> als Ausdruck der Hoffnung am Ende des Lebens . . . . .	91
Ethische Fallstudie 2 . . . . .	92
Eine Ethik der Fürsorge und des Mitgeföhls . . . . .	92
Unvergessliche Pflegepersonen . . . . .	93
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 8) . . . . .	93
<b>Kapitel 9 – «Institutionelle Integrität» als Rahmen für <i>Comfort Care</i> . . . . .</b>	<b>95</b>
<i>Comfort</i> im Rahmen der Ergebnisforschung . . . . .	95
Definition der «Institutionellen Integrität» . . . . .	96
«Institutionelle Integrität» operationalisieren . . . . .	97
Pflegesensitive <i>Comfort</i> -bezogene Ergebnisse . . . . .	97
<i>Comfort</i> in die Ergebnismessung einbeziehen . . . . .	98
<i>Comfort</i> -bezogene pflegerische Produktivität messen . . . . .	99
Klinische Praxisleitlinien für Schmerz und <i>Comfort</i> . . . . .	100
– Die Beziehung zwischen Schmerz und <i>Comfort</i> . . . . .	100
– Schmerzmanagement mit <i>Comfort</i> verbinden . . . . .	101
Modelle «Institutioneller Integrität» . . . . .	102
– <i>Comfort</i> -zentrierte Hospizpflege . . . . .	102
– <i>Comfort</i> -zentrierte geriatrische Akutversorgung . . . . .	103
– Umgebungsbezogener <i>Comfort</i> in der Geriatrie . . . . .	104
– <i>Comfort</i> -bezogene Pflegerichtlinien in der Geriatrie . . . . .	104
– Perspektiven der <i>Comfort</i> -zentrierten Geriatrie . . . . .	105
– <i>Comfort</i> -zentrierte Gemeindepflege . . . . .	106
– Ein <i>Comfort</i> -Projekt in der Gemeindepflege . . . . .	108
<i>Comfort</i> für Pflegenden . . . . .	111
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 9) . . . . .	112



<b>Kapitel 10 – <i>Comfort</i>-Zukunftsvisionen</b> .....	115
<i>Comfort</i> auf Patientenebene .....	116
<i>Comfort</i> auf institutioneller Ebene .....	116
<i>Comfort</i> auf kommunaler Ebene .....	118
<i>Comfort</i> auf nationaler Ebene .....	119
<i>Comfort</i> auf globaler Ebene .....	119
– <i>Comfort</i> auf transkultureller Ebene .....	120
<i>Comfort</i> -Arbeit für die Zukunft .....	120
Gedanken zum <i>Comfort</i> -Zitat (Kap. 10) .....	122
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	125
<b>Anhang A – Häufig gestellte Fragen zu <i>Comfort</i></b> .....	131
Theoretische Entwicklung .....	131
Ausbildung und Praxis .....	133
Forschung .....	134
<b>Anhang B– Evaluation der <i>Comfort</i>-Theorie</b> .....	136
Klarheit .....	136
Einfachheit .....	136
Allgemeingültigkeit .....	136
Empirische Präzision .....	136
Konsequenzen .....	137
<b>Anhang C – Allgemeiner <i>Comfort</i>-Fragebogen</b> .....	138
<b>Anhang D – <i>Comfort</i>-Strahlentherapie-Fragebogen</b> .....	141
<b>Anhang E – Perioperativer <i>Comfort</i>-Fragebogen</b> .....	143
<b>Anhang F – <i>Comfort</i>-Hospiz-Fragebogen (für Patienten)</b> .....	145
<b>Anhang G – Visuelle Analogskalen</b> .....	148
<b>Anhang H – Der modifizierte Karnofsky-Index</b> .....	149
<b>Anhang I – ICN-Ethikkodex für Pflegende</b> .....	150
<b>Anhang J – Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen</b> .....	151
<b>Anhang K – <i>Comfort</i> und <i>Comfort</i>förderung in Pflegeklassifikationen und im Pflegeprozess <i>Jürgen Georg</i></b> .....	153
Einführung und Übersicht .....	153
Bedeutung, alltagssprachlicher Gebrauch und Herkunft des Wortes .....	153
Klassifikatorische Zuordnung .....	154
Pflegemodelle und <i>Comfort</i> .....	157
– <i>Comfort</i> , fördernde Prozesspflege und ABEDLs .....	159
– <i>Comfort</i> und funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster .....	159
<i>Comfort</i> im Pflegeprozess .....	160
– <i>Comfort</i> und Pflegeassessment .....	161
– <i>Comfort</i> , Pflegediagnosen und -diagnostik .....	163
– Pflegeentscheidungen – Pflegeziele und -ergebnisse .....	165
– Pflegeinterventionen zur <i>Comfort</i> -Förderung .....	168

---

Ausblick .....	175
Literatur .....	176
Autorin .....	177
HerausgeberInnen der deutschen Ausgabe .....	177
Abkürzungsverzeichnis .....	178
Sachwortverzeichnis .....	179



## Geleitwort der amerikanischen Ausgabe

Dr. Katharine Kolcaba arbeitet seit 1987 an einer Theorie, die das Ziel hat, *Comfort* für Patienten zu gewährleisten. Die Liste ihrer Publikationen ist zugleich die Chronik des Konzeptentwicklungsprozesses ihrer *Comfort*-Theorie. Dr. Kolcaba beginnt dieses Buch, indem sie *Comfort* aus der Sicht des Patienten definiert. Dann stellt sie ein Messsystem vor, das zur Validierung dieses Begriffs dient. Sie arbeitet heraus, wie bedeutsam *Comfort* im größeren Zusammenhang einer Theorie der Gesundheitsversorgung für das 21. Jahrhundert ist.

Dieses Buch bietet eine Grundlage, um die *Comfort*-Theorie anzuwenden – in der Praxis, in der Ausbildung, in der Forschung und im Qualitätsmanagement.

Es ist ein integraler Bestandteil der Pflege, Patienten *Comfort* zu vermitteln. *Comfort* verbindet *Caring* mit den physischen, psychischen und spirituellen Aspekten der Patientenversorgung.

Dr. Kolcaba versteht *Comfort* für Patienten als ein sehr komplexes, reichhaltiges, geschätztes und für die Gesundheitsversorgung nützliches Konzept. Die energiespendende Eigenschaft von *Comfort* ist besonders wichtig für Patienten, die anstrengende Therapien oder Rehabilitationsprogramme bewältigen müssen oder friedvoll sterben möchten.

Wie Dr. Kolcaba darlegt, geht es Patienten, die *Comfort* erleben, besser und sie werden schneller wieder gesund, wodurch wertvolle finanzielle Mittel eingespart werden können.

Höheres *Comfort*-Erleben als unmittelbares, wünschenswertes Pflegeergebnis hängt zusammen mit gesundheitsförderlichen Verhaltens-

weisen. Diese werden positiv beeinflusst durch «institutionelle Integrität» (Werte, finanzielle Stabilität und ein ganzheitlicher Ansatz der Gesundheitsversorgung). Organisationen des Gesundheitswesens möchten auch in Zeiten sinkender personaler und finanzieller Ressourcen ein hohes Versorgungsniveau aufrechterhalten. Für sie stellt der *Comfort Care*-Ansatz ein kosteneffektives Modell dar. Der *Comfort*-Bezugsrahmen bietet Pflegenden und anderen Mitgliedern des Gesundheitsversorgungsteams eine Leitlinie für das ganzheitliche Assessment sowie ein Konzept für die Intervention, Evaluation und Planung der Patientenversorgung.

Darüber hinaus empfiehlt Dr. Kolcaba, ein Arbeitsumfeld zu gestalten, das auch Pflegenden eine Atmosphäre von *Comfort* bieten kann. Dies steigert ihre Ressourcen und befähigt sie, ihrerseits *Comfort* für Patienten zu erhöhen.

*Comfort* für Pflegenden umfasst u. a. folgende Komponenten: Autonomie, eine Personalausstattung in Übereinstimmung mit Best-Practice-Modellen, Unterstützung durch das Management, Fortbildung und einfühlsame Patientenedukation.

Es ist mir eine Ehre und zugleich eine große Freude, dieses Werk allen Pflegenden und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zu empfehlen, die Patienten versorgen und denen diese Patienten etwas bedeuten.

May Wykle, RN, PhD, FAAN  
 Dekanin, The Frances Payne Bolton School of Nursing  
 Case Western Reserve University  
 Cleveland, Ohio



## Geleitwort der deutschen Herausgeber *Comfort* – die «Spitze des Pflegebewusstseins»

Zur Aktualität und Bedeutsamkeit von *Comfort Care* für die Pflege

Diana Staudacher

### *Comfort* als höchster Wert der Pflege

Inmitten einer seelischen Krisensituation auf einmal Sicherheit und Halt erleben, mitten im Schmerz unerwartet Linderung empfinden, im Fieber von einer Minute zur anderen Kühlung spüren – dies bezeichnet Katherine Kolcaba als das Erleben von *Comfort*. Das Empfinden eines seelisch und körperlich angenehmen, entspannenden und energisierenden Zustands zeigt sich als Lebensnotwendigkeit und als Grunddimension des heilenden Geschehens. Nicht das Beseitigen von Schmerz und Leiden, nicht das Lindern von Symptomen ist das primäre Ziel der Pflege, sondern das Vermitteln eines positiven, vitalisierenden Empfindungszustands für Körper und Seele. Das Erleben von *Comfort* erweist sich als wichtiger Moment in Krankheits- und Leidenssituationen. Durch *Comfort* kann eine Person im Zustand äußerster Verletzlichkeit, Schwäche und Bedürftigkeit für Augenblicke, Minuten oder Stunden wieder Lebensenergie, Bewältigungskraft und ein gestärktes Selbstempfinden spüren. Dies ermöglicht ihr, einen Leidenszustand zu durchbrechen, heilsame Sinneserfahrungen zu erleben und Hoffnung zu schöpfen. So verbindet *Comfort Care* Situationen äußerster Negativität mit dem Empfinden maximaler Positivität. Dank dieses positiven Erlebens kann ein Mensch zeitweise

seine Leidenssituation loslassen und sich «über seine Situation erheben». Kranksein und Heilsein sind nicht mehr voneinander getrennte Welten – sie durchdringen einander.

Als Katherine Kolcaba begann, Pflegende für *Comfort* zu sensibilisieren, war noch nicht bekannt, welche biologischen Wirkungsweisen dem Erleben von *Comfort* zugrundeliegen. Erst heute, zwanzig Jahre nach dem Entstehen dieser Theorie, können wir ihre Bedeutung für die professionelle Pflege wertschätzen und ihre biologischen Grundlagen beschreiben.

Die therapeutische Kraft von *Comfort Care* beruht darauf, in einem verletzten oder erschöpften Organismus *Entspannungszustände* auszulösen (Esch & Stefano, 2010). Die Entspannungsreaktion («relaxation response») ist dem Menschen angeboren und dient seinem Überleben. Denn sie bildet das biologische Gegengewicht zur anhaltenden Stressreaktion («stress response»), in der sich ein erkrankter und verletzter Körper befindet (McEwen, 2012).

Im Entspannungszustand aktiviert der Organismus spezifische Stoffe, die den Stresshormonen Cortisol und Noradrenalin direkt entgegenwirken. Zugleich werden körpereigene «Beruhigungsmittel» aktiviert («endogene Opiate»), die schmerz- und angstlindernd wirken (Esch & Stefano, 2010). Eine vitalisierende, stimmungserhellende Kraft geht von Dopamin aus. Dessen Konzentration steigt im Entspan-

nungszustand um 65 % an (Rubia, 2009). Dopamin aktiviert motivationsbezogene Gehirnbereiche, wirkt stimmungsstabilisierend und zugleich antidepressiv. Somit aktiviert die Entspannungreaktion das körpereigene Selbstheilungspotenzial in Belastungssituationen (Esch et al., 2003) und gewährleistet das biologische Gleichgewicht (Homöostase).

Wie keine andere Pflge Theorie steht *Comfort Care* im Einklang mit dem aktuellen Wissen über den Einfluss therapeutischen Handelns auf physiologische Homöostase-Prozesse: «Das Erleben feinfühler Zuwendung und Pflege führt dazu, dass der Organismus weniger Stresshormone ausschüttet und das Nervensystem sein Gleichgewicht (Homöostase) aufrechterhalten kann» (Adler, 2002, 883). Vor dem Hintergrund dieser Forschungsergebnisse zeigt sich, welches therapeutische Potenzial das *Comfort*-Pflegekzept besitzt.

## Entspannung als heilsame Grunddimension

«Wer innerlich *Comfort* empfindet, ist seelisch gestärkt. Er kann den Widrigkeiten und Herausforderungen des Lebens die Stirn bieten» (Kolcaba, 2013). Diese Aussage verdeutlicht eines der wichtigsten Anliegen von *Comfort Care*: Die seelische Widerstandskraft der Patienten in Leidenssituationen zu steigern. Wechselwirkungen zwischen körperlichen, innerseelischen und sozialen Vorgängen erhalten somit hohe Aufmerksamkeit im *Comfort*-Pflegekzept. Dies hat bedeutsame Folgen für die Pflegepraxis. Zu den zentralen Aufgaben der Pflegenden gehört die «Positivierung des Patientenzustands» – in körperlicher, seelischer, spiritueller und umgebungsbezogener Hinsicht. «Positivierung» meint «mehr als die Abwesenheit von Schmerz, Leiden und Symptomen»: Ziel ist das Erleben tiefer seelischer Sicherheit, das Gefühl, feinfühlig verstanden zu werden, das Empfinden von Zuversicht und Vertrauen. Solche Erfahrungen erleben Patienten als *existentiell tragend*. Sie ermöglichen ihnen, eine positive Beziehung zum

Dasein aufrecht zu erhalten – selbst in extrem belastenden Situationen und Krankheitsphasen. Das Erleben von *Comfort* kann sie davor schützen, an ihrer Situation zu zerbrechen.

*Comfort Care* sorgt dafür, dass Patienten *heilsame Gegenerfahrungen* zu körperlichem und seelischem Belastungserleben machen können. *Comfort*-Interventionen gleichen negative Empfindungszustände durch positive aus. Dank aktueller biologischer Forschungsarbeiten können wir nachvollziehen, wie *Comfort*-Interventionen physiologisch wirken:

- Sie lösen einen Wechsel zur *parasympathischen* Aktivität des Nervensystems aus. Atem-, Herz- und Pulsfrequenz verlangsamen sich, der Tonus von Zellwänden und Muskeln lässt nach: Die stressbedingte Sympathicus-Reaktion klingt ab (Esch & Stefano, 2010).
- Ein physiologischer Ruhezustand tritt ein, der durch Alpha- und Theta-Wellen im EEG erkennbar ist (Esch et al., 2003).
- Die linke Gehirnhälfte ist stärker aktiviert, wodurch Wahrnehmungsreize als positiv und angenehm bewertet werden (Davidson et al., 2003).
- Im Entspannungszustand setzt der Körper Stoffe frei, die aggressive Sauerstoffradikale daran hindern, in Zellkerne einzudringen und dort Schäden auszulösen («oxidativer Stress»). Der Organismus ist geschützt vor Entzündungsprozessen, Tumorbildung und vorzeitiger Zellalterung (Esch & Stefano, 2010). Erst unter diesen Bedingungen kann er sich regenerieren und *Ressourcen* aufbauen.

Diese physiologischen Eigenschaften des Entspannungszustandes liegen der Wirkungsweise von *Comfort Care* zugrunde. Das *Comfort*-Pflegekzept ermöglicht, die Entspannungsreaktion als *heilsame Grunddimension* zum Tragen zu bringen. Umso wichtiger ist es, *Comfort* als ressourcenorientiertes Konzept ins Zentrum des professionellen Pflegeverständnisses zu rücken.

## «Inseln der Ruhe» als Energiequellen

Als «Insel der Ruhe und Resilienz» dient das parasympathische Nervensystem (Porges, 2011). Der Parasympathicus gilt als «Ruhenerve». Er gewährleistet Ausgeglichenheit und schont den Organismus. Somit ermöglicht er regenerative und ressourcenbildende Prozesse («trophotrope Wirksamkeit»). Diese können in Situationen erhöhter seelischer und körperlicher Belastung hohe Priorität haben. Eine überwiegend symptomlindernde Pflege kann diesen regenerativen Bedürfnissen nicht umfassend gerecht werden. Interventionen, die Entspannungszustände auslösen und eine parasympathische Aktivität einleiten, gelten deshalb als «relevante therapeutische Instrumente», besonders bei kardiovaskulären, neurodegenerativen und psychischen Erkrankungen (Esch et al., 2003). Das *Comfort*-Konzept bietet Pflegenden die Möglichkeit, «Insel der Ruhe» und Regeneration für Patienten zu gestalten und dabei das komplexe Zusammenspiel zwischen dem parasympathischen und sympathischen Nervensystem in die Pflege einzubeziehen.

Katherine Kolcaba weist wiederholt auf die «energiespendende, vitalisierende» Wirkkraft von *Comfort Care* hin. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, welche biologischen Ursachen dafür verantwortlich sein könnten. Die Energieleistung der Zellen steigt im Entspannungszustand (Bhasin, 2013). Eine Schlüsselrolle spielen hierbei die «Energiekraftwerke» der Körperzellen, die Mitochondrien. Sie stellen dem Körper im entspannten Zustand mehr Energie zur Verfügung: «Mitochondrien helfen den Zellen, Stressoren standzuhalten. [...] Sie fördern die Widerstandskraft der Zellen und darüber hinaus die Widerstandskraft des gesamten Organismus» (Bhasin, 2013, 11). *Comfort*-Interventionen mit entspannender Wirkung können nicht nur Zellprozesse beeinflussen. Auch das emotionale Erleben der Patienten positiviert sich. Dies hat weitreichende Folgen für die Kognition

und das Bewältigungsvermögen eines Patienten. Ein angenehmer Empfindungszustand

- löst ein ganzheitliches, tiefgreifendes Sicherheitserleben aus (Gasper & Clore, 2000).
- erweitert den Denk- und Handlungshorizont (Fredrickson, 2001).
- regt flexible, kreative Gedankengänge an (Fredrickson, 2001).
- ermöglicht, aktiv mit einer Situation umzugehen, sich Problemen zu stellen, statt auszuweichen (Jackson et al., 2003).
- führt dazu, auch in extremen Belastungssituationen einen positiven Sinn zu finden (Jackson et al., 2003).

Die Konzentration auf positives seelisches Erleben und Resilienz macht *Comfort Care* in besonderer Weise wertvoll für drei spezifische Patientengruppen: Personen mit chronischen Krankheiten, geriatrische und palliative Patienten.

## Comfort im Rahmen eines systemischen Krankheitsverständnisses

*Comfort Care* sensibilisiert das pflegerische Denken und Handeln für die komplexen Wechselwirkungen zwischen seelischem Erleben und körperlichen Reaktionen. So kann das *Comfort*-Pflegekonzept in einzigartiger Weise einem integrativen Krankheitsverständnis entsprechen: Erkrankungen sind keine «Störungen», sondern der Versuch des Organismus, eine extreme Belastungssituation zu bewältigen (McEwen, 2012). Ein Krankheitsgeschehen setzt ein, wenn der Mensch allzu häufig, allzu stark oder allzu lange Zeit Situationen ausgesetzt ist, die Stressreaktionen auslösen. Dadurch ist das sympathische Nervensystem dauerhaft erregt. Der Körper ist ständig angespannt und hohen Mengen an Stresshormonen ausgesetzt, die schädliche Reaktionsketten anregen (McEwen, 2012):

- Entzündungsprozesse werden ausgelöst und lassen sich nicht mehr regulieren (Cohen



et al., 2012). Entzündungsförderliche Stoffe (Zytokine) können auch zur Entstehung von Depression beitragen (Krishandas & Cavanagh, 2012).

- Nervenzellen sterben ab und neue Nervenzellen können sich nicht mehr bilden (McEwen & Gianaros, 2011).
- Im Zellkern wird die Erbsubstanz geschädigt: vorzeitige Zellalterungsprozesse finden statt (McEwen & Gianaros, 2011).
- das Risiko tumorbildender Prozesse steigt (Antoni et al., 2006).
- das Herz ist belastet, der Blutdruck erhöht sich, das Angsterleben intensiviert sich (Porges, 2011): kardiovaskuläre und neurodegenerative Krankheitsprozesse beginnen.
- das Immunsystem ist geschwächt (McEwen, 2012).

Dieses integrativ-systemische Krankheitsverständnis erfordert ein Pflegekonzept, das auf den fein abgestimmten Dialog zwischen Nerven-, Hormon- und Immunsystem abgestimmt ist. Diesem Anspruch kann *Comfort Care* entsprechen – durch Interventionen, die möglichst genau dem momentanen Aktivierungsgrad des sympathischen bzw. parasympathischen Nervensystem entsprechen.

## **Comfort Care an der Grenzen zwischen Körper und Seele**

«Der eigentliche Zweck der Pflege besteht darin, *Comfort* für Patienten zu fördern statt nur *Caring* (Fürsorge) zu leisten», betonte die Pflegewissenschaftlerin Janice Morse (Morse, 1992, 92). Diese Aussage ist heute aktueller als jemals zuvor. *Caring* ist primär auf das Handeln der *Pflegenden* bezogen. *Comfort* hingegen konzentriert sich auf das Erleben der Patienten und orientiert sich konsequent an ihrer Perspektive.

Katherine Kolcaba betont jedoch, dass das *Comfort-Konzept* stets *Caring* voraussetzt: «Der Begriff *Comfort Care* ist eine dynamische Kombination aus *Comfort* und *Care*. Beide fügen sich zu einem ganzheitlichen Bild gesundheits-

bezogener Unterstützung zusammen, wobei *Comfort* das Ziel (Substantiv) und die Art der geleisteten Versorgung (Adjektiv) ist. Der Begriff *Care* steht für intensive Zuwendung zum Patienten (Substantiv) und umfasst zugleich eine Handlung (Verb): sich kümmern um. In diesem Bezugsrahmen leisten Menschen Fürsorge für das spezifische Ziel, *Comfort* für Patienten zu erhöhen» (Kolcaba, 2013).

*Caring* bildet somit ein zentrales Wirksamkeitselement von *Comfort Care*: «Um *Comfort* zu erhöhen, muss die Pflegeperson eine Intervention auf fürsorgliche Weise durchführen» (Kolcaba, 2013). Jedes pflegerische Tun sollte von *Caring* durchdrungen sein, wie Katherine Kolcaba betont. So können fürsorglich gestaltete *körperbezogene* Interventionen auf das *seelische* Erleben einwirken. Entscheidenden Stellenwert haben deshalb Interventionen, die Katherine Kolcaba als «*Comfort* für die Seele» bezeichnet. Darunter versteht sie beispielsweise Maßnahmen wie Massage oder «*Therapeutic Touch*». Wie die Forschung zeigt, greifen diese Interventionen tief in die Physiologie ein: Sie aktivieren nicht nur Gene, die Zellheilungsprozesse anregen und Entzündungsprozesse begrenzen (Crane, 2012). Berührungseize an der Haut bewirken auch, dass das Hormon Oxytocin freigesetzt wird (Morhenn et al., 2012). Es beruhigt, senkt die Konzentration des Stresshormons Cortisol und löst Sicherheitsempfinden aus.

Wie entscheidend *Caring* für das *Comfort-Konzept* ist, zeigt die Reichweite des pflegerischen Auftrags, «umgebungsbezogenen *Comfort*» zu verwirklichen: Die Pflegeperson selbst ist die schützende, haltende und heilsame Umwelt für den erkrankten Menschen (Watson, 1979). Sie gestaltet den Erfahrungsraum, der ihm ein Empfinden von Integrität verleihen kann – trotz Krankheit, Schmerz und Leiden.

Erkennen Pflegende die *Comfort-Bedürfnisse* eines Menschen, können sie eine *individuell passende* Umwelt für ihn gestalten: Organismus und Umwelt ergänzen einander (Uexküll, 2002).

## Comfort und Caring – Hand in Hand

In Krankheits- und Leidessituationen reagieren Menschen mit einem angeborenen Bindungsbedürfnis (Grossmann, 2003). *Caring* lässt sich somit sinnvoll im Rahmen der Bindungstheorie erklären. Die Qualität einer tragenden, sicherheitsgebenden Bindung setzt maximale «Feinfühligkeit» der Bindungsperson voraus (Grossmann, 2003). Verstehen wir *Caring* als Ausdruck pflegerischer «Feinfühligkeit», setzt *Comfort Care* folgende Fähigkeiten voraus: Die Pflegeperson

- hat eine geschärfte Wahrnehmung für den körperlichen und seelischen Zustand des Patienten. Dies bildet die Grundlage, um empathisch reagieren zu können.
- erkennt Signale von Übererregung, erhöhter Spannung sowie Anzeichen innerer Not und Verzweiflung.
- vermittelt emotionale Resonanz, indem sie den Empfindungszustand des Patienten «mit ihm teilt» und ihm zurückspiegelt.
- negative Zustände möglichst rasch positiviert. Dies ist erforderlich aufgrund der krankheitsbedingt veränderten Emotionsregulation: In Krisen- und Leidenssituationen ist die rechte Gehirnhälfte stark aktiviert. Dadurch werden Wahrnehmungseindrücke überwiegend negativ gedeutet («Persistenz des negativen Affekts», Davidson et al., 2002). Dieser Zustand ist aus eigener Kraft nicht überwindbar. Er kann nur durch einen anderen Menschen unterbrochen und positiviert werden («externe Emotionsregulation»).

Die Wirkungskraft des *Caring* hat tiefe biologische Wurzeln: Das Erleben einfühlsamer und fürsorglicher Zuwendung aktiviert das Hormon Oxytocin (Rodriguez et al., 2009). Es wirkt beruhigend auf angstbezogene Gehirngebiete (Heinrichs et al. 2003), lässt die Stressreaktion abklingen und löst Vertrauen aus (Bartz & Hollander, 2006). Das Erleben fürsorglicher *Comfort-Interventionen* wirkt wie eine Schutz-

hülle für den Organismus in Belastungssituationen. Denn das menschliche Gehirn ist ein «soziales Organ» (Frith, 2007): Mitmenschliche Nähe und therapeutische Zuwendung führen dazu, dass das Gehirn körperlich schmerzhaft und seelisch belastende Sinneseindrücke anders bewertet. Nervenzellnetze werden *in abgeschwächter Weise* aktiviert («attenuation» «neuronale Abschwächung») (Cassidy & Shaver, 2008). Belastungserleben kann dank sozialer Zuwendung *rational* und nicht *emotional* bewertet werden (Taylor, 2008). Dadurch bleiben schädliche stressbedingte Reaktionsketten aus (Entzündung, Zellalterung, Tumorbildung, Veränderungen des Immunsystems). Panisches Bedrohungerleben tritt nicht ein. Somit ist der Körper vor einem hochgradigen Erregungszustand geschützt (McEwen, 2012).

Spirituelle Bedürfnisse erhalten hohe Aufmerksamkeit im Rahmen von *Comfort Care*. Menschen können Spiritualität als eine Form der Fürsorge und Zuwendung erleben, die stärker und unerschütterlicher ist als menschliche Hilfe (Granqvist et al., 2013).

Das Bezogensein auf eine Macht, die grösser ist als das eigene Selbst, vermag absolute Sicherheit zu vermitteln. Dank einer tiefen spirituellen Bindung kann es Menschen gelingen, sich selbst und ihre Situation «loszulassen». Dieses befreiend-«transzendierende» Erleben löst im Organismus eine überwiegend parasympatische Aktivität aus: Entspannung und ein «tiefes Empfinden innerer Ruhe» treten ein (Mohandas, 2008). Spirituelles Erleben hat sich als bedeutsame Quelle der Resilienz erwiesen. Es ist u. a. verbunden mit deutlich weniger Stresserleben (erniedrigte Cortisol-Konzentration) und Schutz vor Depression. Eine gesteigerte Selbstkohärenz wird möglich (Lawler & Younger, 2002).

Diese Forschungsergebnisse belegen eindringlich die Notwendigkeit integrativer Pflegekonzepte: Um das *organische* Leben zu erhalten, brauchen Menschen unterstützendes *soziales, seelisches* und *spirituelles* Erleben (Barchas, 2011). Im Licht dieses ganzheitlich vertieften Betreuungsverständnisses stellt

*Comfort Care* tatsächlich «die Spitze des Pflegebewusstseins» (Kolcaba, 2003) dar.

## Ein Ruf über die Pflicht hinaus

«Wer *Comfort Care* praktiziert, lebt eine Ethik, die danach strebt, das «ethisch Gute» für den Patienten zu bewirken» (Kolcaba, 2013). Katherine Kolcaba erinnert daran, dass pflegerisches Handeln immer eine *ethische* Dimension hat. Ethisches Handeln beruht jedoch nicht nur auf Pflichten und Regeln. Es gründet wesentlich in der *inneren Haltung* der pflegerischen Persönlichkeit, die «das Gute» für den Patienten anstrebt und verwirklicht.

«Handle so, dass Du für den einzelnen Patienten ein maximal positives Erleben bewirken kannst – in körperlicher, seelischer, spiritueller und umgebungsbezogener Hinsicht».

Im Rahmen von *Comfort Care* besteht das «ethisch Gute» darin, *Comfort* für den individuellen Patienten zu verwirklichen. Dies setzt eine ausgeprägte «ethische Sensibilität» (Weaver, 2000) voraus – die Fähigkeit, sich in das Erleben, Denken und Fühlen des Patienten hineinzuversetzen: «Wir können nicht wissen, worin das Wohl des anderen besteht. Dennoch sollten wir uns darum bemühen, die Perspektive der anderen Person einzunehmen und uns von ihrer Sichtweise der Realität leiten zu lassen. Welche Handlungen erhöhen den *Comfort* eines Patienten tatsächlich?» (Kolcaba, 2013). Dies könnte zur Leitfrage ethischer Entscheidungsfindungsprozesse in der Pflege werden. Dann lassen sich «alle Behandlungsentscheidungen danach beurteilen, ob sie *Comfort* für den Patienten fördern können» (Kolcaba, 2013). Das handlungsleitende Prinzip von *Comfort Care* könnte dann lauten: «Handle so, dass Du für den einzelnen Patienten ein maximal positives Erleben bewirken kannst – in körperlicher, seelischer, spiritueller und umgebungsbezogener Hinsicht». Dieses Prinzip darf niemals verletzt werden. *Comfort*-Interventionen hätten somit

aus ethischen Gründen *höchste Priorität*. Sie zu unterlassen, wäre ethisch nicht zu verantworten. In der klinischen Realität wird jedoch allzu oft «bei fehlenden Ressourcen ... das ethisch gute Handeln geopfert zugunsten näherliegender, dringender Verpflichtungen». Da Kliniken vor allem wirtschaftliche Prioritäten setzen, ist es umso wichtiger, dass «*Comfort* als Wert für Patienten bei Leitungspersonen in Kliniken und Institutionen eine hohe Priorität hat» (Kolcaba, 2013).

Katherine Kolcaba ruft deshalb Pflegefachpersonen dazu auf, «*Comfort* höhere Priorität zu verleihen». Dieses Engagement ist notwendig, denn «*Comfort*, *Caring* und Empathie für Patienten sind nicht im Ethikkodex der Pflege enthalten» (Kolcaba, 2013).

*Comfort Care* umfasst *mehr* als eine «Ethik der Pflicht»: Sie ist ein «Ruf über die Pflicht hinaus» und beruht auf der Bereitschaft der Pflegenden, im Einsatz «für die Verwirklichung des Guten Verwundungen hinzunehmen» (Pieper, 2000). Katherine Kolcaba hebt hervor, dass *Comfort Care* «verbunden ist mit Tugenden wie außerordentliches Durchhaltevermögen, Hingabe, äußerstes Mitgefühl, Vorbildlichkeit und hohe Achtung vor Mitmenschen. Pflegende zeigen also ein Handeln jenseits des Erwarteten und jenseits dessen, wozu sich die meisten Menschen im Stande sehen» (Kolcaba, 2013).

Somit stellt *Comfort Care* nicht nur die «Spitze des Pflegebewusstseins» dar, sondern auch die «Spitze der Pflege-Ethik».

«Ethisch besonders bewusste Pflegende» nennt Katherine Kolcaba «*unvergessliche Pflegende*» (Kolcaba, 2013). Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie trotz vielfältiger Hindernisse *Comfort* für Patienten bewirken können. Sie machen den Weg frei für *Comfort* als Höchstwert der Pflege. Es bleibt zu wünschen, dass *Comfort Care* auch für Pflegende im deutschsprachigen Raum eine Inspiration sein kann – zum Besten der Patientinnen und Patienten.

## Referenzen

- Adler, H. (2002). The Sociophysiology of Caring in the Doctor-Patient Relationship. *J Gen Intern Med*, 17 (11), 883–890.
- Antoni, M., Lutgendorf, S., Cole, S., Dhabhar, F., Sephton, S. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. *Nat. Rev. Cancer*, 6, 240–48.
- Barchas, P., Barchas, J. (2011). Sociophysiology 25 years ago. Early perspectives of an emerging discipline now part of social neuroscience. *Ann N.Y. Academy of Sciences*, 1231, 1–16.
- Bartz, J., Hollander, E. (2006). The neuroscience of affiliation: Forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. *Hormones Behav* 50:518–528.
- Bhasin, M., Dusek, J., Chang, B., Joseph, M. (2013). Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. *PLoS ONE*, 8 (5), 1–13.
- Cahn, B.R., Polich, J., 2006. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin* 132 (2), 180–211.
- Cassidy, J., Shaver, P. (2008). *Handbook of Attachment*. New York: Guilford Press.
- Chrousos, G. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nat. Rev. Endocrinol.* 5, 374–381.
- Cohen, S. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, and disease risk. *PNAS*, 109 (16), 5995–5999.
- Crane, J., Ogborn, D., Cupido, C. (2012). Massage Therapy Attenuates Inflammatory Signaling After Exercise-Induced Muscle Damage. *Sci Transl Med*, 119 (4), 1–8.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564–570.
- Davidson, R., Pizagalli, D., Nitschke, J., Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from Affective Neuroscience. *Annual Rev Psychol.* 53, 545–574.
- Dusek, J., Out, H., Wohlhueter, A., Bhasin, M., Zerbini, L. (2008) Genomic counter-stress changes induced by the relaxation response. *PLoS ONE*, 3, 1–13.
- Esch, T., Fricchione, G., Stefano, G. (2003). The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Med Sci Monit*, 9 (2), 23–34.
- Esch, T., Stefano, G. (2010). Endogenous reward mechanism and their imbalance in stress reduction exercise and the brain. *Arch Med Sci* 6 (3), 447–455.
- Exline, J., Jones, W. (Ed.) *APA handbook of psychology, religion and spirituality: cardiovascular responses, stress, mood and physical health*. *Journal of Religion and Health*, 41 (4), 347–362.
- Fredrickson, B., Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19 (3), 313–332.
- Fredrickson, B., Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13 (2), 172–5.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-built theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Frith, C. (2007). The social brain? *Philos Trans R Soc Lond Biol Sci.* 29, 671–678.
- Gasper, K., Clore, G. (2000) Do you have to pay attention to your feelings to be influenced by them? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 698–711.
- Gasper, K., Clore, G. (2002). Attending to the big picture: Mood and global versus local processing of visual information. *Psychological Science*, 13, 34–40.
- Grossmann, K.E., Grossmann, K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Granqvist, P., Kirkpatrick, L.A. (2013). Religion, spirituality and attachment. In K. Pargament (Ed.). *APA Handbook for the psychology of religion and spirituality*, 1, 129–155.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*, 54, 1389–1398.
- Jackson, D., Burghy, C., Hanna, A., Larson, C., Davidson, R. (2000). Resting frontal and anterior temporal EEG asymmetry predicts ability to regulate negative emotion. *Psychophysiology*, 37, 50.
- Jackson, D. Mueller, C.J., Dolski, I., Dalton, K.M., Nitschke, J.B., Urry, H.L., Rosenkranz, M.A., Ryff, C.D., Singer, B.H., & Davidson, R.J. (2003). Now you feel it, now you don't: Frontal brain electrical asymmetry and individual differences in emotion regulation. *Psychological Science*, 14, 612–617.
- Kirschbaum, C. (2001). Das Stresshormon Cortisol – ein Bindeglied zwischen Psyche und Soma? <http://www.uni-duesseldorf.de/Jahrbuch/2001/PDF/pageskirschbaum.pdf>
- Krishnadas, R., Cavanagh, J. (2012). Depression: an inflammatory illness? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 83 (5), 495–502.
- Kolcaba, K. (2013). *Pflegekonzept Comfort*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Granqvist P.; Kirkpatrick L., Pargament, K. (2013). Religion, spirituality, and attachment.
- Lawler, K., Younger, J. (2012). Theobiology: Analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of Religion and Health*, 41 (4), 347–362.
- McEwen, B. (2012). Brain on Stress. How the social environment gets under the skin.
- McEwen, B., Gianaros, G. (2011). Stress and allostasis-induced brain plasticity. *Ann Rev Med*, 62, 431–45.
- Mohandas, E. (2008). Neurobiology of spirituality. *Mens Sana Monogr*, 6 (1), 63–80.

- Morhenn, V., Beavin, L., Zak, P. (2012) Massage increases oxytocin and reduces adrenocorticotropin in humans. *Altern Ther Health Med*, 18 (6), 11–18.
- Morse, J. (1992). Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, 1 (1), 91–106.
- Pieper, J. (2000). Werke. Bd. 7: Religionsphilosophische Schriften. Hamburg: Felix Meiner.
- Porges, S. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological foundations of emotions and attachment, communication, and self-regulation*. New York: Norton.
- Taylor, S., Burklund, L., Eisenberger, N. (2008). Neural Bases of moderation of cortisol stress Responses by psychological resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (19), 197–211.
- Rodrigues, S., Saslow, L., Garcia, N., John, O. (2009). Oxytocin receptor genetic variation relates to empathy and stress reactivity in humans, *PNAS*, 106 (50), 21437–21441.
- Rubia, K. (2009). The neurobiology of meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biological Psychology*, 82, 1–11.
- Trope, Y., Ferguson, M., Raghunathan, R. (2001) Mood as a resource in processing self-relevant information. In J. P. Forgas (ed.), *Handbook of affect and social cognition* (pp. 256–274). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Uexküll, T. (2002). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*, München: Urban & Fischer.
- Watson, J. (1979). *Nursing. The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.
- Weaver, K., Morse, J., Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (5), 607–618.

## Vorwort

Dieses Buch ist die Summe meiner Arbeiten zu *Comfort* für Patienten. Darin wende ich mich an Pflegende und Mitarbeitende des Gesundheitsversorgungsteams, die eine *Comfort*-orientierte, theoriebasierte Praxis als wertvoll erachten – für Patienten, für Pflegende und für das Gesundheitswesen. Ich habe versucht, dieses Buch persönlich und nutzerfreundlich zu gestalten. Es soll das Selbstvertrauen der Pflegenden stärken.

Viele Autorinnen aus der Pflege und ergänzenden Disziplinen haben zu meiner *Comfort*-Theorie beigetragen. Auf sie weise ich in der Literaturliste am Schluss dieses Buches hin.

Keine Theorie entsteht im Vakuum. Auch die *Comfort*-Theorie wurde aus einem gemeinschaftlichen Bewusstsein heraus geschaffen: Viele Pflegende haben erkannt, wie bedeutsam *Comfort* in der Pflege und im gesamten Versorgungsprozess ist.

Rückblickend erkenne ich deutlich, dass es im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Grundausbildung reiche Impulse für *Comfort* gab. Meine *Comfort*-Theorie hat viele Helferinnen und dank ihnen ist mir oft «ein Licht aufgegangen». Diese Impulse habe ich hier nachgezeichnet. Dabei wollte ich deutlich machen, dass viele mit ihren Ideen zur *Comfort*-Theorie beigetragen haben.

Als ich dieses Buch schrieb, konnte ich erneut überprüfen, wie die *Comfort*-Theorie in der Praxis anwendbar ist, ob sie frei von Widersprüchen ist und welche Konsequenzen sie hat. Bei dieser Untersuchung habe ich neue Einsichten gewonnen. Meine Vorstellungen von *Comfort* und seinen Möglichkeiten haben sich erweitert.

Das interaktive Denken, das beim Ausarbeiten und Gestalten eines Buches entsteht, habe

ich als sehr anregend empfunden. Es entsteht eine Art schriftstellerisches System von Kräften und Gegenkräften. Das Schreiben dieses Buches war eine wertvolle Zeit der Integration, des Erörterns und Verfeinerns. Dabei kamen neue Ideen zum Vorschein vor dem Hintergrund der veränderten Situation in der Gesundheitsversorgung und in der Wirklichkeit unserer Welt.

Selbst nach vielen Jahren, die ich der *Comfort*-Theorie gewidmet habe, glaube ich daran, dass sie weiter wachsen kann. Dies spricht für die Dynamik des Konzepts und für die Entwicklungsmöglichkeiten unseres Wissens im Bereich der Pflege und der Gesundheitsversorgung. Mein Wunsch, die Nuancen von *Comfort* zu erfassen, lebt weiter.

Dieses Buch wendet sich an Pflegefachpersonen in der Praxis. Ihnen soll die Theorie einen Nutzen bringen. Wenn sie die *Comfort*-Theorie nicht verwenden oder verstehen können, wird sie nach und nach untergehen. Beim Schreiben dieses Buches wurde mir jedoch klar, dass *Comfort Care* (d. h. die praktizierte *Comfort*-Theorie) nicht auf die Pflege als Berufsgruppe beschränkt ist. Sie hat zwar ihren Ursprung in der Pflege – und ich bin stolz auf ihre traditionellen Wurzeln. Sie kann jedoch ein interdisziplinäres Modell für die Gesundheitsversorgung darstellen. Ich hoffe sehr, dass dies in Zukunft so sein wird.

*Comfort Care* kann eine einigende Kraft in der praktischen Gesundheitsversorgung ausüben. Denn sie ist auf das Wesentliche ausgerichtet, das allen Disziplinen im Gesundheitswesen gemeinsam ist: die Arbeit für Patienten. Wer mit Patienten und pflegebedürftigen Menschen arbeitet, kann den Bezugsrahmen von

*Comfort Care* nutzen. Dies gilt für die Prävention, die Patientensicherheit, die Versorgung chronisch oder akut kranker Menschen sowie für den Anfang und das Ende des menschlichen Lebens.

Die Gesundheitsversorgung der Zukunft wird interdisziplinär sein. Deshalb sollten wir alle Hand in Hand arbeiten. Pflegende leisten einen wertvollen Beitrag zu den Patientenergebnissen (Buerhaus, 2000). Ich bin davon überzeugt, dass Pflegepersonen die Qualität ihrer eigenen *Praxis* kontinuierlich verbessern werden. Wie ihnen dies gelingen kann, werden Pflegepädagoginnen im Unterricht deutlich machen. Definitionsgemäß erfordert Qualitätsverbesserung, positive und negative Patientenergebnisse, die durch die Pflege oder die interdisziplinäre Versorgung beeinflusst werden, zu dokumentieren und zu messen. Das Ziel besteht darin, auf einer Station die negativen Ergebnisse zu *senken* und die positiven zu *steigern*. *Comfort* ist ein positives Ergebnis und ich hoffe, dass alle Pflegenden und Mitarbeitende des Teams *Comfort* optimieren und dokumentieren möchten. Pflegende können spezifische standardisierte, computergestützte Datensätze nutzen, um eine verbesserte Qualität nachzuweisen. Der entscheidende

Punkt besteht jedoch darin, dass die Pflege und die interdisziplinäre Versorgung in die Forschung integriert sein sollten. Unsere alltägliche Praxis wird zum Teil im Messen von Ergebnissen bestehen. Im gesamten Buch sind deshalb Praxis und Forschung miteinander verbunden. Ich hoffe, das Buch kann als Leitfaden dienen, um die Gesundheitsversorgung und die Ergebnissforschung eng miteinander zu verknüpfen.

Das Buch endet mit einer Vision von weltweitem *Comfort*. Ich hoffe, dass Leserinnen und Leser sich über diese Vision Gedanken machen, sie vor Augen halten und auf sie hinarbeiten.

Ich danke meinen Leserinnen und Lesern und hoffe, dass sie sich angesprochen fühlen und auf ihre persönliche Weise Mitglied unseres *Comfort*-Teams werden möchten:

In Ihrer Praxis, in Ihrem Unterricht, in Ihrem Ringen mit Problemen in Forschung, Ethik und in Ihrem Leben möge die Zukunft von *Comfort* liegen.

Kathy Kolcaba

## Referenz

Buerhaus, P., Needleman, J. (2000). Policy implication of research on nurse staffing and quality of care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 1, 5–16.

## Danksagung

Das Verfassen dieses Buches gelang nur durch viel Liebe und Unterstützung. An erster Stelle ist dieses Buch eine Hommage an Sie, meine Studierenden und KollegInnen sowie an alle AnwenderInnen der *Comfort*-Theorie. Ihre Rückmeldung und Ihre Anfragen haben mich motiviert, alles, was ich über *Comfort* weiß, in diesem Buch zusammenzufassen. Nun können Sie alles, was Sie für Ihre Forschung und Ihre klinischen Initiativen benötigen, in diesem Buch nachlesen.

Ich hoffe, dass diese Publikation als handliches Nachschlagewerk für alle dienen kann, die jetzt oder in Zukunft die *Comfort*-Theorie anwenden möchten.

Beim Schreiben dieses Buches haben mich viele Menschen unterstützt. Meine Lektorin Ruth Chasek war freundlich, energisch und entschlossfreudig. Die Dekanin des College of Nursing an der Universität von Akron, Dr. Cynthia Capers, gewährte mir ein Sabbatical, um dieses Buch zu schreiben. Sie zeigte mir dadurch, dass sie mein Engagement für *Comfort* wertschätzte. Für technische Unterstützung danke ich John Gurnak, Rick VanDerveer und Dave Jansen. Meine Freundin und Forschungspartnerin, Dr. Therese Dowd, diskutierte mit mir über *Comfort*, redete mir gut zu, half mir, *Comfort* bei Patienten und Studierenden anzuwenden und redigierte die Kapitelentwürfe aufmerksam und sorgfältig. Der Illustratorin Karen Crabtree, die ihr Talent einbrachte, danke ich dafür, dass sie verstand, was ich vermitteln wollte.

Ein Dank gilt auch den ProfessorInnen der Western Case University, die mich unterstütz-

ten. Prof. Dr. May Wykle war stets ein *Comfort*-Vorbild und eine Mentorin in jedem Sinne für mich. Sie verteidigte meine Ideen über Ganzheitlichkeit, als ganzheitliches Denken noch nicht anerkannt war. Prof. Dr. Richard Steiner führte mir die Kunst der statistischen Analyse vor Augen und würdigte die Komplexität von *Comfort*-Messungen. Die Alumni Association der Frances Payne Bolton School of Nursing und Sigma Theta unterstützten mich finanziell. Diesen Menschen und Organisationen werde ich immer dankbar sein.

Meine Familie ist mein Schutzort und meine Basis. Ich danke ihr von ganzem Herzen, dass sie stets für mich da war. Meine Mutter war der erste Mensch, der mich mit *Comfort* vertraut machte – durch ihre bedingungslose Liebe und ihre Zuversicht hinsichtlich meiner Zukunft.

Sie ist ein Vorbild an Ausdauer und Durchhaltekraft. Mein Mann, der Philosoph Raymond Kolcaba, leistete einen bedeutenden Beitrag zu den Kapiteln 6 und 8. Er ist noch immer begeistert von *Comfort* und glaubt daran. Meine Töchter, Christine, Jill und Liz sowie meine sieben Enkel unterstützen mich und erinnern mich daran, im Augenblick zu leben. Ihre Gesundheit und Vitalität inspirierten mich.

Dieses Buch ist dem Andenken meines Bruders, John Arnold, und meines Vaters, John Arnold Jr., gewidmet. Beide starben zu jung und ich vermisse sie sehr – auch nach vielen Jahren. Doch sie lächeln mir zu, ermutigen mich in meinen Träumen und ich glaube, dass ich sie wiedersehen werde. Euch allen möchte ich danken.





## Kapitel 1 – *Comfort* als Herzstück der Pflege

*Comfort* kann eine schützende Decke sein  
 oder ein Gespräch,  
 eine Salbe für mein wundes Knie;  
 ein offenes Ohr für mein Leiden,  
 Socken, die meine Füße wärmen;  
 ein Medikament gegen Schmerzen,  
 jemand, der mich beruhigt;  
 ein Anruf meines Arztes oder eines Freundes,  
 ein Rabbi oder ein Priester,  
 wenn mein Leben endet.

*Comfort* ist, was auch immer ich als wohltuend  
 wahrnehme,  
 etwas Lebensnotwendiges – und zugleich  
 sehr Persönliches.

S. D. Lawrence  
 (Kolcaba, 1995b: 289)

*Comfort* für Patienten und *Comfort Care* sind individuelle, ganzheitliche und vielschichtige Begrifflichkeiten. Vor etwa 15 Jahren begann ich, mich in diese Themen zu vertiefen, nachdem ich sie in meiner täglichen pflegerischen Praxis «entdeckt» hatte. Nach der Erkundungs- und Erklärungsphase verbrachte ich viele Jahre damit, zu analysieren, zu definieren, zu operationalisieren, zu theoretisieren und zu testen, was *Comfort* für Patienten in verschiedenen Situationen bedeutet. In diesem Kapitel beschreibe ich, wie mein Anliegen sich entwickelt hat und warum mir *Comfort* so wichtig war. Dann stelle ich dar, wohin mich dieser Forschungsprozess führte, wie ich *Comfort* in einfachen Worten erklärte, als Pflegeergebnis definierte und schließlich in die interdisziplinäre Gesundheitsversorgung einführte. Schließlich stelle ich im Detail dar, wie sich *Comfort* anhand eines Diagramms messen lässt. Ergänzend

dazu formuliere ich eine Definition dieses reichhaltigen Begriffs, der so viele Dimensionen hat. Die Klassifikation von *Comfort* bildet das Fundament für die Arbeit mit dem Konzept. Wie bedeutsam diese Klassifikation ist, wird im Folgenden deutlicher werden. Am Schluss des Kapitels stehen Gedanken zum *Comfort*-Zitat.

### Das Wesentliche der Pflegepraxis

Seit fünfzehn Jahren beschäftige ich mich mit dem Begriff *Comfort*. Diese Arbeit begann mit einer Aufgabe von Dr. Rosemary Ellis in einem Seminar zum Thema «Einführung in Pflegeethorie». Wir sollten unsere Pflegepraxis in einem Diagramm darstellen. Dies schien eine leichte Aufgabe. Dabei sollten wir Begrifflichkeiten verwenden, die für unser Setting spezifisch waren und sich in der Literatur fanden. Zwischen den Begrifflichkeiten sollten wir Zusammenhänge herstellen und sie mit Richtungspfeilen sowie Plus- und Minuszeichen graphisch sichtbar machen. Diese Aufgabe forderte uns zum Nachdenken heraus: Was war das Wesentliche unserer Pflegepraxis? Welche Hoffnungen machten wir uns in Bezug auf unsere Patienten? Was wollten wir für Patienten in einem spezifischen Pflegesetting erreichen? Wie könnten wir die Patienten beim Erreichen dieser Ziele unterstützen? All dies in einem einzigen Diagramm darzustellen, war eine Übung, die präzises Denken erforderte. So begann meine intensive Reflexion hinsichtlich des Stils und der Werte meiner Pflege.

## Sensibilität für die Bedürfnisse der Patienten

In den späten 1980er Jahren leitete ich eine Station für Patienten mit Demenz. Es gab vieles, das ich an der Pflege dieser Menschen sehr ansprechend empfand. Ein besonders interessanter Aspekt beeinflusste jedoch meine Reaktion auf Rosemary Ellis' Aufgabe: Die fünfzehn Bewohnerinnen und Bewohner waren der Sprache im üblichen Sinne nicht mächtig. Sie sprachen auf eine sehr individuelle Weise. Vor allem in den späteren Stadien der Demenz waren mir ihre Laute zwar vertraut, doch sie waren auf ungewohnte, eigenwillige Weise miteinander verbunden. Darüber hinaus waren die Bewohnerinnen und Bewohner sehr verletzlich, da jede geringfügige körperliche oder emotionale Veränderung sie aus dem Gleichgewicht bringen konnte. Dann hatten sie nicht mehr die Kraft, ihre Emotionen zu kontrollieren. Die Literatur zur Demenzpflege beschreibt dieses Verhalten als «herausfordernd», «agitiert», «aggressiv» oder «unkooperativ» (Schwab et al., 1985). Eine solche emotionale Erregtheit kann entstehen, sobald der Organismus aus seinem Gleichgewicht gerät, etwa durch eine Verletzung, eine Infektion, Dehydratation, Obstipation oder durch ein emotionales Trauma.

Zeigte einer unserer Bewohner eine intensive emotionale Reaktion, befand sich bald die ganze Station in Aufruhr. Die «Agitiertheit» einer Person führte dazu, dass die übrigen Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls ein solches Verhalten zeigten. Es war daher wichtig, solche Situationen zu verhindern oder möglichst wirksam auf sie einzuwirken.

Unser Problem lag darin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner nicht mit Worten zum Ausdruck bringen konnten, was mit ihnen geschehen war oder woran sie litten. Wir mussten «Detektive» sein und anhand der Körpersprache eines Bewohners, seiner Langzeitanamnese, seines Ausdrucksverhaltens, seiner Handlungen, seiner Besucher und jeglicher individueller Risikofaktoren Vermutungen über sein mo-

mentanes Problem anstellen. Beispielsweise konnte ein leichter Harnwegsinfekt zu «Agitiertheit» ohne jedes weitere Symptom führen. Angesichts dieser besonderen kommunikativen Voraussetzungen wurden wir sehr sensibel für die Bedürfnisse der Bewohner und für die Hintergründe ihres Verhaltens.

### *Comfort* als wünschenswerter Zustand

In der Literatur zur Pflege von Menschen mit Demenz fand ich außer «Agitiertheit» auch Begriffe wie «förderliche Umgebung» und «Optimalfunktion». Diese drei Begriffe waren die Grundlagen meines Diagramms und ich stellte Beziehungen zwischen ihnen her. Eine «förderliche Umgebung» ist das therapeutische Milieu, das den Bedürfnissen gebrechlicher Patienten entsprechend angepasst wird (Wolanin & Phillips, 1981).

Im Diagramm unterteilte ich die Erscheinungsformen der «Agitiertheit» in physische und psychische, da unsere «Detektivarbeit» mit der Untersuchung dieser beiden unterschiedlichen, aber miteinander verflochtenen Ursachen begann. Dann dachte ich darüber nach, wie wir auf unserer Station «Agitiertheit» zu verhindern versuchten. Diese pflegerischen Interventionen nannte ich *Comfort*-Interventionen.

Als «Optimalfunktion» konzeptualisierte ich die Fähigkeit, am Alltagsleben teilzunehmen, beispielsweise den Tisch zu decken, sich zu waschen und anzuziehen, einen Salat zuzubereiten oder sich einem ergotherapeutischen Programm bis zum Schluss zu widmen (Wolanin & Phillips, 1981). Was taten die Bewohnerinnen und Bewohner in der Zwischenzeit? Wie sollte ich als Stationsleiterin den Zustand der «Normalität» für die Bewohnerinnen und Bewohner beschreiben? Welche Verhaltensweisen zeigten sie, wenn sie sich im Gleichgewicht befanden und nicht «agitiert» waren? Wie könnte ich diesen Zustand nennen, der für meine Pflegepraxis so wichtig schien und den die Bewohnerinnen und Bewohner nicht in Worte fassen konnten?

Nach langen Diskussionen und intensivem Nachdenken kam mir das Wort «*Comfort*» in den Sinn. Diese Begrifflichkeit beschrieb sehr gut den wünschenswerten Zustand, den wir für die Bewohnerinnen und Bewohner erreichen wollten. Der Begriff selbst stand für einen entspannten, gesunden, friedlichen und für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner *individuell* gestalteten Zustand. Waren diese Menschen in einem Zustand von *Comfort*, fühlten sie sich wohl, nahmen Kontakt zu anderen auf, bewegten sich entspannt, machten es sich bequem, ruhten sich aus, kamen mit den Mitarbeitenden gut zurecht, lachten oder summten vor sich hin. Sie zeigten also eine allgemeine Behaglichkeit und Zufriedenheit innerhalb ihrer Umgebung.

Darüber hinaus schien dieser *Comfort*-Zustand eine notwendige Bedingung für jene speziellen Aufgaben zu sein, die «Optimalfunktion» erforderten. Sich behaglich zu fühlen, bevor man etwas Schwieriges tut, schien für die Bewohnerinnen und Bewohner eine Grundvoraussetzung zu sein. Im Zustand von *Comfort* war auch «normales», sozial erwünschtes Verhalten möglich.

Das Wort *Comfort* schien den Zustand auszudrücken, den wir uns für die Bewohnerinnen und Bewohner wünschten, wenn sie gerade keine Aktivitäten ausübten bzw. bevor sie mit diesen Aktivitäten begannen. Der *Comfort*-Begriff konnte also tatsächlich diesen so schwer greifbaren und für die Bewohnerinnen und Bewohner so entscheidenden Zustand bezeichnen. Dies begeisterte mich und ich fügte diesen Begriff in mein ursprüngliches Diagramm ein. Der Aufbau dieses Bezugsrahmens prägte die ersten Schritte in Richtung einer *Comfort*-Theorie und war der Ausgangspunkt meiner Gedanken zur Vielschichtigkeit dieses Begriffs (Abb. 1-1).

Als wir unsere Seminaufgabe zum Abschluss brachten, war Dr. Ellis sehr krank und konnte nicht mehr unterrichten. Sie empfahl mir jedoch, meinen Bezugsrahmen auszuarbeiten und einen Text über *Comfort* zu verfassen.

Als ich Dr. Adams den Bezugsrahmen zeigte, reagierte sie sofort: «*Comfort*? Sie interessieren sich für *Comfort*? Das ist ein wundervolles Pflegekonzept. Sie sollten Ihre Arbeit an *Comfort* auf jeden Fall fortsetzen.» Ich war überrascht und glücklich, aber sicherlich auch sehr naiv hinsichtlich dessen, was das «Arbeiten mit *Comfort*» bedeutete. Damals hatte ich *Comfort* noch nicht definiert. Es war mir noch nicht bewusst, welche Konsequenzen der Begriff *Comfort* in meinem Diagramm hatte. Außerdem war ich noch weit davon entfernt, mich intensiver mit dem Thema *Comfort* zu beschäftigen.

Vor dem Abschluss meines Masterstudiums reichte ich für eine gerontologische Tagung in Toronto ein Abstract ein, in dem ich meinen Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz beschrieb. Als dieser Beitrag angenommen wurde, begann ich, nervös zu werden. Dies war meine erste Pflege-tagung kurz nach meinem Masterexamen. Ich wusste nicht, was mich erwartete, außer dass ich – als noch unerfahrene Pflegenden – meinen Bezugsrahmen vorstellen wollte, der für erfahrene Kolleginnen interessant sein könnte – oder auch nicht.

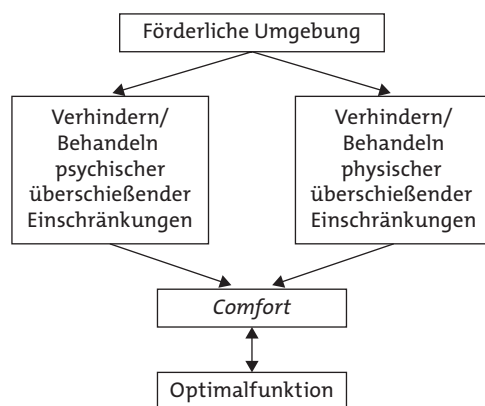


Abbildung 1-1: Ein Pflegebezugsrahmen für gerontologische Pflege (Quelle: Kolcaba, K. [1992a]. The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 18[6], 33–38. Abdruck mit Genehmigung der Slack Corporation)