

Der Mensch hinter der Wunde
Leben mit einer chronischen Wunde

Projektarbeit

Weiterbildung Wundmanagement 2013

an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des
Ausbildungszentrums West in Innsbruck

Inhaltliche Beurteilung: Hermann Schlögl

vorgelegt von

Veronika Avdibasic

Innsbruck, im September 2013

Vorwort

Seit mehr als 15 Jahren arbeite ich an der Neurochirurgie der Universitätsklinik in Innsbruck.

Mein Interesse und mein Ziel als Wundmanagerin ist es, die bestmögliche Versorgung von Wunden gewährleisten zu können. Durch einen Fortbildungstag zum Themenschwerpunkt Wunden und Wundversorgung, wurde meine Entscheidung die Ausbildung im Wundmanagement zu absolvieren bestärkt.

In meiner langjährigen Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, habe ich stets versucht „über den Rand“ zu schauen, bzw. meinen fachlichen und beruflichen Horizont zu erweitern und die Patienten nicht über ihre Erkrankungen zu definieren.

Zu dieser Abschlussarbeit wurde ich durch meine Einstellung den Menschen gegenüber und durch die Aussage eines Patienten, der meinte: „meiner Wunde geht es gut, aber mir geht es schlecht“, inspiriert.

„Was ist das Schwerste von allem?

Was Dir das Leichteste dünket.

Mit den Augen zu sehen, was vor den Augen dir liegt“

(Goethe, 1794).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Definition der chronischen Wunde	2
3	Ursachen chronischer Wunden	2
3.1	Ulkus Cruris	3
3.1.1	Definition des Ulkus Cruris venosum	3
3.1.2	Ursachen des Ulkus Cruris venosum.....	4
3.1.3	Risikofaktoren	4
3.2	Definition des Ulkus Cruris arteriosum	5
3.2.1	Ursachen des Ulkus Cruris arteriosum	5
3.2.2	Risikofaktoren	6
3.3	Definition des Ulcus Cruris mixtum	6
4	Dekubitus	7
4.1	Internationale Definition von Dekubitus	7
4.2	Ursachen	8
4.3	Risikofaktoren	8
5	Diabetisches Fußsyndrom	9
5.1	Ursachen	9
5.2	Hauptfaktoren bei einem Diabetisches Fußsyndrom laut Bostelaar (2006)	10
6	Leben mit chronischen Wunden	10
7	Lebensqualität	12
7.1	Definition Lebensqualität	12
8	Schmerz	13
8.1	Definition Schmerz	14
8.2	Klassifikation von Schmerz	14
8.3	Klassifikation nach Dauer	14

8.4 Akuter Schmerz	15
8.5 Chronischer Schmerz	15
8.6 Klassifikation nach Pathogenese	15
8.6.1 Nozizeptorenschmerz	15
8.6.2 Neuropathischer Schmerz	16
8.6.3 Psychogener Schmerz	16
9 Mobilität	16
9.1 Definition Mobilität	17
10 Wundgeruch und -exsudat	18
10.1 Wundexsudat	18
10.2 Wundgeruch	19
10.3 Heinrich der VIII - der übelriechende Superstar	21
11 Schlafprobleme	22
12 Körperbild	22
12.1 Definition Körperbild	23
12.2 Verändertes Körperbild	23
13 Beeinträchtigungen des sozialen Lebens	24
13.1 Soziale Isolation	25
13.2 Probleme in der Partnerschaft	25
13.3 Berufliche und finanzielle Belastung	26
13.4 Therapiebedingte Probleme	26
13.5 Angst	27
13.6 Angst in Zusammenhang mit chronischen Wunden	28
14 Resümee	29
15 Zusammenfassung	30
16 Literaturverzeichnis	31

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ulkus Cruris venosum	3
Abb. 2: Ulkus Cruris arteriosum.....	5
Abb. 3: Ulkus Cruris mixtum	6
Abb. 4: Dekubitus Grad 4	7
Abb. 5: Diabetisches Fußsyndrom.....	9

1 Einleitung

Wunden bringen für die PatientInnen große Unsicherheiten mit sich und Pflegende tendieren dazu, sich auf die Wunde zu konzentrieren und nicht darauf zu achten, wie das Leben des Patienten/der Patientin verändert (Panfil, Schröder, 2010). Chronische Wunden können bei PatientInnen Unsicherheiten hervorrufen. Wie Uschok (2012) veröffentlichte, kann eine akute oder chronische Wunde des Körperäußeren den Betroffenen im Kern seiner Persönlichkeit verändern.

Eine nicht heilende Wunde bzw. chronische Wunde, stellt für einen Menschen nicht nur eine physische sondern auch ein starke psychische Belastung dar.

In fast allen qualitativen Studien wird über negative Auswirkungen der Wunde auf das psychische Befinden berichtet (Panfil, Schröder, 2010). Durch diese durchgeführten qualitativen Studien wird ersichtlich, dass eine professionelle Hilfestellung und psychische Unterstützung vom medizinischen Personal unumgänglich ist. „Es ist wichtig, dass Ärzte und Pflegende die Patienten als „Person“ sehen und sich auf dessen individuellen Erfahrungen konzentrieren mit dem Ziel, möglichst vollständige Erkenntnisse über dessen Gesundheitszustand bzw. Lebensqualität zu gewinnen und herauszufinden, wie sich die Wunde auf sämtliche Aspekte des Lebens auswirkt (Internationale Konsens, 17 07 2013).

In dieser Abschlussarbeit wird, anhand einer Literaturrecherche folgende Forschungsfrage bearbeitet und beantwortet: „Welche psychischen und physischen Herausforderungen stellen sich PatientInnen mit einer chronischen Wunde?“ Ziel dieser Projektarbeit ist es, die Lebenssituation und die Herausforderungen im täglichen Leben, von Menschen mit chronischen Wunden, darzustellen. Somit könnte eine verbesserte physische aber vor allem psychische Betreuung und Versorgung erreicht werden.

2 Definition der chronischen Wunde

Trotz der unterschiedlichen Definitionen in der Fachliteratur besteht weitgehende Einigkeit, Wunden als chronisch zu bezeichnen, wenn diese nach einer definierten Zeit von vier bis zwölf Wochen, hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle, unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen (Expertenarbeitsgruppe, 22 07 2013).

3 Ursachen chronischer Wunden

Wie Wozniak (2013) beschreibt, kann jede Wunde chronisch werden [...].

In Österreich haben etwa 400.000 Personen (5% der Bevölkerung) eine chronische Wunde, die oft aus einer Bagatellverletzung hervorgeht (Klinikum Wels-Grieskirchen, 22 07 2013).

Wie Danzer (2011) veröffentlichte, nimmt die Zahl der an einer chronischen Wunde leidenden Menschen stetig zu.

Verschiedene Faktoren können eine chronische Wunde verursachen.

Wie Scholz (2012) beschreibt, können Erkrankungen der Venen oder Arterien, Druck, Diabetes mellitus, aber auch andere Ursachen, z.B. Infektionen, Tumoren oder seltene Hauterkrankungen zugrunde liegen.

Die häufigsten chronischen Wunden sind das Beingeschwür (Ulkus cruris), das Druckgeschwür (Dekubitus) und Fußläsionen bei Zuckerkrankheit (Diabetisches Fußsyndrom) (Scholz, 23 07 2013).

3.1 Ulkus Cruris

Das Wort „Ulkus“ stammt aus der lateinischen Sprache und bedeutet Geschwür. Ebenso entspringt das Wort „Crus“ aus der lateinischen Sprache und steht für das Wort Unterschenkel.

3.1.1 Definition des Ulkus Cruris venosum

Das **Ulkus cruris venosum** (UCV) ist ein venöses Beingeschwür (im Volksmund auch „offenes Bein“ genannt), das sich aufgrund einer chronischen Venenschwäche (chronisch-venöse Insuffizienz = CVI) am Unterschenkel ausbildet. Das durch eine schlechte Stoffwechselsituation (trophisch) gestörte Gewebe bildet einen Defekt aus, der von der Lederhaut bis zur Unterhaut reicht. Eine Minderversorgung des Bindegewebes führt zu einer Wunde, die schlecht abheilt und eine aufwendige Therapie erfordert (Protz, 2011).



Abb. 1: Ulkus Cruris venosum (Chirurgische Praxis Bad Zwischenahn, 23 07 2013)

3.1.2 Ursachen des Ulkus Cruris venosum

Versagt der Ventilmechanismus der Venenklappen, wird das Blut aus den tiefen Beinvenen über die oberflächlich verlaufenden Venen abgeleitet (Umgehungskreislauf). Die Folge sind Stauungen und Ödembildungen im Bereich der unteren Extremitäten. Der erhöhte Venendruck verursacht eine Schädigung der Kapillaren (Endstromgefäße), der Gasaustausch der Hautzellen ist gestört, der Abtransport von Stoffwechselprodukten eingeschränkt. Schließlich kommt es zur Schädigung des Gewebes, bei bereits kleinsten Verletzungen kann es zu massiven Hautdefekten kommen und die Ausbildung eines Ulkus Cruris verursachen (Daumann, 07 07 2013).

3.1.3 Risikofaktoren des Ulkus Cruris venosum

Wie Daumann (2009) veröffentlichte, sind zusätzliche Risikofaktoren: „Bindegewebsschwäche, Nikotinabusus, Bewegungsmangel, überwiegend sitzende oder stehende Tätigkeiten (fehlende Muskelpumpe, Überlastung der Venen)“

3.2 Definition des Ulkus Cruris arteriosum

Das **Ulkus cruris arteriosum** ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür. Es kommt zum Substanzdefekt der Haut infolge einer chronisch arteriellen Verschlusskrankheit im Bereich des Unterschenkel (Daumann, 07 07 2013).



Abb. 2: Ulkus Cruris arteriosum (Dermls, 07 07 2013)

3.2.1 Ursachen des Ulkus Cruris arteriosum

Wie Protz (2011) beschreibt, ist das Ulkus Cruris arteriosum eine der folgenschwersten Wunden. Ursache ist in diesem Fall die periphere arterielle

Verschlusskrankheit (pAVK); pAVK ist der medizinische Sammelbegriff für Verengungen oder Verschlüsse der extremitätenversorgenden Gefäße (Arterien).

3.2.2 Risikofaktoren des Ulkus Cruris arteriosum

Wie Daumann (2009) beschreibt, sind die zusätzlichen Risikofaktoren: „Hypertonie, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, falsche Lebensgewohnheiten (z.B. Ernährung, Rauchen usw.).

3.3 Definition des Ulkus Cruris mixtum

Dahl und Dold (2009)-definieren das **Ulkus Cruris mixtum** als eine gemischte Form, aus **Ulkus Cruris venosum** und Ulkus **Cruris arteriosum**.



Abb. 3: Ulkus Cruris mixtum (Kompodium Wundbehandlung, 23 07 2013)

4 Dekubitus

Der Begriff Dekubitus kommt aus der lateinischen Sprache (decumbere) und bedeutet darniederliegen.



Abb.4: Dekubitus Grad 4 (Doccheck, 23 07 2013)

4.1 Internationale Definition von Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöcherne Vorsprünge infolge von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche

tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären (NPUAP/EPUAP, 23 07 2013).

4.2 Ursachen

Der Dekubitus gehört zu den sehr häufig vorkommenden chronischen Wunden, obwohl es sich hierbei um eine vermeidbare Wunde handelt. Die Entstehung eines Dekubitus wird zwar von vielen Faktoren beeinflusst (Ernährungszustand, Allgemeinzustand, Lebensalter usw.), Ursache ist jedoch stets eine Minderdurchblutung des Gewebes durch länger andauernde Druckeinwirkung von außen. Reibung und Scherkräfte begünstigen die Dekubitusentstehung zusätzlich (Voggenreiter, Dold, 2009).

4.3 Risikofaktoren

Wie Voggenreiter, Dold (2009) veröffentlichten, zählen zu den Risikofaktoren: Mobilitätseinschränkungen und Immobilität, sensorische Beeinträchtigungen, Gefäßerkrankungen, Malnutrition und Exsikkose, akute Erkrankungen, Verletzungen, schwere Grunderkrankungen, hohes Lebensalter, Hautfeuchtigkeit durch Schwitzen oder Inkontinenz, bereits erlittene Druckgeschwüre, Medikamente.

5 Diabetisches Fußsyndrom

Das diabetische Fußsyndrom wird folgend beschrieben: Infektion, Geschwürbildung und/oder Schädigung bzw. Zerstörung tiefen Gewebes, die mit neurologischen Auffälligkeiten und verschiedenen Graden einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit in den unteren Extremitäten einhergeht (Internationaler Konsensus, 24 07 2013).



Abb. 5: Diabetisches Fußsyndrom (Sunmed Wundtherapiezentrum, 24 07 2013).

5.1 Ursachen

Wie Busch (2009) veröffentlichte, ist das diabetische Fußsyndrom eine der häufigsten Komplikationen des Diabetes mellitus.

5.2 Hauptfaktoren bei einem Diabetischen Fußsyndrom laut Bostelaar (2006)

Bostelaar (2006) beschreibt folgende drei Hauptfaktoren beim Diabetischen Fußsyndrom:

- 1.) Gestörte Gefäßversorgung (pAVK)
- 2.) Gestörte Innervation (Sensibilität)
- 3.) Infektion

Nach kurzer Darstellung der drei am häufigsten vorkommenden chronischen Wunden, ist es jedoch wichtig zu erwähnen, dass jede Wunde chronisch werden kann. Somit kann es jede Altersgruppe betreffen, und die damit verbundenen Einschränkungen und Hindernisse die sich den PatientInnen als Herausforderung stellen.

6 Leben mit chronischen Wunden

Eine chronische Wunde bedeutet für den Betroffenen/die Betroffene zusätzlich zu den körperlichen Beschwerden eine Einschränkung der **Lebensqualität**. Viele ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück, fühlen sich minderwertig und auf ihre Wunde „reduziert“.

Für den Patienten/die Patientin steht häufig nicht die Wunde und deren Abheilung im Vordergrund, sondern die Beeinträchtigungen, die sich aus der Situation ergeben (PflegeDossier, 30.07.2013).

Eine wesentliche Voraussetzung, damit ÄrztInnen und PflegerInnen den PatientInnen einfühlsamer begegnen, ist die Kenntnis, wie sehr die chronische Wunde selbst, aber auch die Therapie, die Lebensqualität der PatientInnen einschränkt. PatientInnen mit chronischen Wunden nennen die gleichen Probleme, die sie quälen: **Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen, Wundgeruch und starkes Nässen**. Hinzu kommen **Schlafprobleme, ein verändertes Körperbild, Beeinträchtigungen des sozialen Lebens, berufliche und finanzielle Belastungen sowie Probleme durch die Behandlung selbst**. Nur zu häufig bewegen sich die PatientInnen in einen Teufelskreis, aus Angst vor Schmerzen schränken sie ihre Mobilität und ihren Bewegungsradius ein und leiden dann unter ihrer selbst auferlegten Isolation.

Der ständige erfolglose Kampf mit der Wunde zermürbt die Betroffenen. Sie klagen über Ohnmachtsgefühle, „weil man ja doch nichts gegen den abstoßenden Wundgeruch machen kann“. Resignation und sozialer Rückzug sind die Folge. Sie reduzieren ihre Außenkontakte auf das Notwendigste, ihre Niedergeschlagenheit führt zu Spannungen in der Partnerschaft und Familie. Lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder sogar einer Frühverrentung wirken sich nicht nur finanziell aus, sondern Beeinträchtigen das Selbstbild und die sozialen Beziehungen (PTA-Forum, 25 07 2013).

Einen Wundpatient/einer Wundpatientin kann es mitunter schwer fallen, über die psychischen Belastungen seiner/ihrer Wunde zu sprechen. Menschen die über einen längeren Zeitraum mit einer Wunde leben müssen, können Zuversicht und Hoffnung verlieren und zum Selbstschutz soziale Abwehrmechanismen entwickeln, sich von anderen zurück ziehen, oder das wahre Ausmaß ihrer Probleme verdrängen. Einige verschließen die Augen vor den Problemen, andere wiederum machen ihrem Ärger über die Wunde – „warum ich“ – und über die ihnen verschriebenen Behandlungen Luft.

Menschen sind häufig frustriert darüber, dass ihre Wunde nicht heilt. Hautdefekte können zu Schuldgefühlen und Frustrationen führen, besonders wenn die Patienten alles richtig gemacht haben – und zu einem noch größeren Gefühl der Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Behandlern und anderen (Internationaler Konsens, 17 07 2013).

7 Lebensqualität

Eine Arbeitsgruppe der WHO definiert Lebensqualität als ein „weit reichendes Konzept, das in einer komplexen Art von der physischen Gesundheit der Person, vom psychologischen Status, vom Grad der Unabhängigkeit, von sozialen Beziehungen, persönlichen Überzeugungen und ihrem Verhältnis zu den wichtigen Merkmalen ihrer Umwelt beeinflusst wird (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus WHO-QOL Group, 1993, S. 128). Bullinger, die sich intensiv mit der Messung der Lebensqualität auseinandersetzt, definiert sie als ein multidimensionales psychologisches Konstrukt mit mindestens vier der folgenden Komponenten: körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz“ (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Bullinger, 1997, S. 128).

7.1 Definition Lebensqualität

Wie Panfil und Schröder (2010) berichten, hat der Begriff der Lebensqualität seinen Ursprung in den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts, in Politik und Wirtschaft. Damals standen ökonomische Kriterien, wie soziale Gerechtigkeit, Einkommen und materielle Sicherheit, im Mittelpunkt des Interesses (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Schumacher et al., 2003, S. 128). Im Gesundheitswesen wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität diskutiert.

Wie Panfil und Schröder (2010) veröffentlichten, gibt es leider keine einheitliche und verbindliche Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Wie sehr sich ein Patient/eine Patientin in seiner/ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlt, hängt neben dem Alter, der Persönlichkeit, dem Bewältigungsstrategien und der Selbstmanagement-Kompetenz ab (PTA-Forum, 25.07.2013).

8 Schmerz

Schmerz ist für Menschen mit einer chronischen Wunde sehr oft ein stetiger Begleiter.

Laut Wounds International (17 07 2013), sind für Patienten mit chronischen Wunden Schmerzen alltäglich.

Sowohl in den qualitativen wie in den quantitativen Studien steht das Thema Schmerz meist an erster bzw. wichtigster Stelle der wundbedingten Einschränkungen (Panfi, Schröder, 2010).

Wie Heintz (2009) beschreibt, ist nicht viel Fantasie notwendig, um sich vorzustellen, dass chronische Schmerzen die Lebensqualität eines Menschen stark einschränkt. Trotzdem ist ein niederschmetterndes Ergebnis der wenigen vorhandenen Studien, dass der überwiegende Teil der betroffenen PatientInnen nicht oder nur unzureichend mit Analgetika versorgt wird. Die bisher veröffentlichten Arbeiten weisen jedoch darauf hin, dass etwa zwei Drittel der Betroffenen starke Schmerzen haben. Weitere 20% geben leichte bis mittelstarke Schmerzen an.

Schmerz ist eine individuelle Erfahrung und Unterschiede im persönlichen, familiären und kulturellen Hintergrund können zu Unterschieden in der persönlichen Erfahrung und Ausdruck der Schmerzen führen (Wounds international, 17 07 2013).

8.1 Definition Schmerz

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache“ (Danzer, 2011.zit. aus International Association for Study of Pain, 1994, S. 118).

Ohne suffiziente Schmerztherapie führen die chronischen Schmerzen und die Schmerzereignisse bei Manipulationen zu psychischen Belastungen, die erstens die Schmerzen weiter verstärken und zweitens dauerhafte Folgen, wie Depressionen oder chronische Schmerzsyndrome, auch nach erfolgreicher Abheilung der Wunde nach sich ziehen können (Heintz, 2009).

8.2 Klassifikation von Schmerzen

Wie Heintz, (2009) veröffentlicht, kann die Einteilung des Schmerzes nach verschiedenen Kriterien erfolgen. Von zentraler therapeutischer Bedeutung sind die **Klassifikationen nach Dauer** und **Pathogenese**.

8.3 Klassifikation nach Dauer

Vom zeitlichen Ablauf her unterscheidet Heintz (2009) zwischen:

- akutem und
- chronischem Schmerz.

8.4 Akuter Schmerz

Der akute Schmerz wird durch eine Verletzung oder eine Gewebeschädigung ausgelöst. Er ist gut lokalisierbar und seine Intensität korreliert mit dem auslösenden Reiz (Heintz, 2009).

8.5 Chronischer Schmerz

Eine einheitliche Definition, ab welcher Dauer ein Schmerz als chronisch bezeichnet wird, gibt es nicht. Manche Autoren sprechen von einem Zustand, der über die erwartete normale Heilungszeit einer akuten Erkrankung oder Verletzung hinaus persistiert. Andere Autoren legen statt der erwarteten Heilungszeit einen Zeitraum von einem, wieder andere, von sechs Monaten fest.

8.6 Klassifikation nach Pathogenese

Laut Heintz (2009) lassen sich pathogenetisch Schmerzen in folgende Schmerzarten einteilen:

8.6.1 Nozizeptorenschmerz

Sie setzen eine direkte Gewebsschädigung mit einer Aktivierung von Nozizeptoren voraus. Sie werden weiter in somatische und viszerale Schmerzen unterteilt. Somatische Schmerzen sind gut lokalisierbar und werden als dumpf und bohrend angegeben. Viszerale Schmerzen werden auch als „Eingeweideschmerzen“ bezeichnet. Sie sind typischerweise kolikartig und schlecht lokalisierbar.

8.6.2 Neuropathische Schmerzen

Sie werden durch eine Schädigung peripherer Nerven oder durch Läsionen des zentralen Nervensystems verursacht (z. B. durch Amputationen, Querschnittslähmungen, virale Infektionskrankheiten oder Polyneuropathie).

8.6.3 Psychogene Schmerzen

Dies ist ein durch psychologische Mechanismen wie z. B. Verlusterlebnisse, Konfliktsituation, Konditionierung oder Stressverarbeitung (mit-) bedingter Schmerz. Von den betroffenen wird es als rein körperlich empfunden.

Doch auch die besten Strategien gegen Schmerzen, kann nicht die Zuwendung durch die Pflegekraft ersetzen. Grundsätzlich müssen Schmerzen ernst genommen werden und dem Patienten/der Patientin Zuspruch und Aufmerksamkeit zukommen lassen, Ängste nehmen und Vertrauen durch Aufklärung aufbauen (Protz, 2011).

9 Mobilität

Der Begriff entspringt aus der lateinischen Sprache-Mobilitas.

Einschränkungen der Mobilität haben verschiedene Hintergründe. Sie können Symptome der Erkrankung, subjektive Reaktionen auf die Erkrankung, z. B. auf Schmerzen, oder Teil präventiver oder therapeutischer Maßnahmen sein. PatientInnen mit Dekubitus sind durch Schmerzen und therapiebedingt in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Sie müssen in unangenehmen Positionen liegen oder werden durch Antidekubitusmatratzen (Wechseldruckmatratzen und druckreduzierende Kissen beim Sitzen) in ihrer Bewegung eingeschränkt und fühlen sich unsicher. Als zusätzlich belastend erleben Patientinnen, wenn sie für Lagerungen geweckt werden oder unattraktive Blickrichtungen lange aushalten müssen (z. B. Wände starren) (Panfil, Schröder, 2010).

Patientinnen mit einem Ulkus Cruris können schlecht Treppen steigen oder haben Probleme, in den Bus zu gelangen. Sie meiden bestimmte Bewegungen, aus Angst, sich zu stoßen und eine neue Wunde zu verursachen. Die eingeschränkte Mobilität hängt eng mit den Schmerzen, mit Wundverbänden, geschwollenen Beinen, Exsudation und Schuhproblemen zusammen und wirkt sich negativ auf Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens aus (Panfi, Schröder, zit. aus Rich/Mc Lachlan, 2003; Persoon et al., 2004, S. 133).

9.1 Definition Mobilität

Fähigkeit, sich in seiner Umgebung frei zu bewegen und die Aktivitäten des täglichen Lebens (nahezu) unabhängig auszuführen (Pfleger Heute, 2000).

Menschen mit Mobilitätseinschränkungen haben oft das Gefühl, anderen Menschen „lästig“, zu sein und ziehen sich immer mehr zurück. Wie Pfleger Dossier (2012) veröffentlichte, resultieren diese Einschränkungen häufig in einer Reduzierung der sozialen Kontakte, da die eigenverantwortliche Lebensführung dem Betroffenen/der Betroffenen nicht mehr möglich ist. Freizeitaktivitäten mindern sich, Termine orientieren sich an der Therapie und nicht an eigenen Entscheidungen.

Der Patient/die Patientin wird abhängig von Anderen und empfindet sich als Last. Folgeschwerstes Resultat ist die soziale Isolation.

10 Wundgeruch und -exsudat

Wundgeruch bzw. Wundexsudat kommt aus der lateinischen Sprache und bedeutet ausschwitzen.

10.1 Wundexsudat

Kliniker beschreiben das Wundexsudat als das „was aus der Wunde kommt“, „Nässen einer Wunde“, und „ein Überschuss an normaler Wundfeuchte“.

Diese üblicherweise herangezogenen Definitionen für Wundexsudat werden seiner wirklichen Komplexität jedoch nicht gerecht.

Heute weiß man, dass das Wundexsudat als eine Reaktion auf ein kompliziertes Wechselspiel zwischen den folgenden Komponenten gebildet wird:

- Wundätiologie
- Physiologie der Wundheilung
- Wundumgebung
- Sich verstärkende pathologischen Prozesse.

Das Wundexsudat wird häufig als etwas negatives interpretiert. Vielmehr ist es so, dass das Exsudat bekanntermaßen die Wundheilung unterstützt, indem es:

- verhindert, dass das Wundbett austrocknet
- das Einwandern von gewebereparierenden Zellen erleichtert
- essentielle Nährstoffe für den Zellstoffwechsel liefert
- die Diffusion von Immun- und Wachstumsfaktoren erst möglich macht
- die Abscheidung von totem oder geschädigtem Gewebe unterstützt (Autolyse).

Das Exsudat kann jedoch dann für den Patienten/die Patientin bzw. Ärztinnen und Pflegepersonal zum Problem werden, wenn die anfallende Menge und/oder die Zusammensetzung die Wundheilung verzögern oder verhindern, zu körperlichen und psychosozialen Morbiditäten und/oder einem geistigen Bedarf an gesundheitsbezogenen Ressourcen führen (World Union of Wound, 03 08 2013).

10.2 Wundgeruch

Der Geruch ist die Eigenschaft einer Substanz, die den menschlichen Geruchssinn aktiviert.

- Kann nicht **gesehen** werden
- Kann nicht **gemessen** werden
- Kann nicht **berührt** werden
- **Kann gerochen werde** (ZHaW, 05 08 2013).

Der Grund für unangenehme Wundgerüche sind in der Regel Infektionen der Wunde, die auf der Besiedlung von abgestorbenen Gewebe durch Bakterien beruhen (MedizinInfo, 03 08 2013).

In vielen qualitativen Studien berichten Menschen von unangenehmen Wundgeruch und Wundexsudat. PatientInnen fühlen sich durch Wundgeruch beschmutzt, gefangen, niedergeschlagen und haltlos, da dieser sie daran hindert, uneingeschränkt und mit dem Gefühl, akzeptiert zu werden, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten (Panfil, Schröder, 2010).

Die Betroffenen fühlen sich oft hilflos und unwohl in ihrem Körper.

Wie Panfil und Schröder (2010) berichten fühlen sich die Patientinnen machtlos, da sie selbst nichts gegen den Geruch unternehmen können.

Vor allem die nonverbalen Reaktionen von Professionellen auf den Geruch werden sensibel registriert und die Betroffenen fühlen sich verletzt, wenn sie das Gefühl haben, dass Pflegekräfte ihre Bedürfnisse nicht adäquat wahrnehmen und in ihren Handlungen zu technisch orientiert sind.

Sie verlieren Vertrauen, wenn Pflegekräfte den Geruch als nicht existent beschreiben, obwohl die Betroffenen ihn ständig wahrnehmen. Die PatientInnen werden zunehmend frustriert und versuchen sich selbst zu schützen, indem sie mehr zu Hause bleiben, räumliche Distanz zu anderen Menschen wahren oder im Krankenhaus ein Bett am Fenster wählen.

Wichtig ist für die Betroffenen, Trost zu finden. Dies bedeutet, Freundschaft oder Zugehörigkeit zu erleben, indem sie sich als Menschen akzeptiert oder „gewollt“ erfahren. PatientInnen beschreiben es als hilfreich, wenn Pflegekräfte nicht nur fachkundig die Wunde versorgen, sondern wahrhaftig sind, die Betroffenen ernst nehmen, sich für ihr Erleben interessieren und sie als „ganzen“ Menschen sehen.

Regelmäßig von gleichen Personen versorgt zu werden, wird ebenso als entspannend wahrgenommen wie Humor oder die Erkenntnis, dass es noch viel schlimmer sein könnte.

Ein Einbezug der Patienten in die Versorgung, in der sie als Mensch erst genommen und nicht nur als Körper wahrgenommen werden, hilft ihnen, Autonomie sowie Kontrolle über die Situation zu gewinnen

10.3 Heinrich der VIII – der übelriechende Superstar (1491-1547) (König von England)

Durch einen schweren Unfall (Sturz vom Pferd), zog sich der Monarch eine **übelriechende** offene Wunde am Oberschenkel zu. Hautulzerationen wurden des Monarchen ständiger Begleiter.

Historiker vermuten, dass dies der Wendepunkt seines Lebens war, und der Wandel seiner Persönlichkeit vom vielversprechenden jungen Prinzen zum grausamen, paranoiden, bösen Tyrannen.

Nicht nur die Psyche, auch der Lebensstil Heinrichs änderte sich aufgrund der posttraumatischen Komplikationen. Die Ulzerationen an den Beinen beendeten seinen bislang mit körperlichen Anstrengungen gepflasterten Lebensstil. Statt Tennis zu spielen, zu tanzen und zu reiten, frönte Henry, der früher zehn Pferde pro Tag bis zu deren Erschöpfung geritten hatte, nun exzessiv den Freuden der Tafel, oft mit bis zu 13 Gerichten pro Tag, heruntergespült mit bis zu zehn Pint Bier (Ärzteblatt, 05 08 2013).

Dieser kleine Ausflug in die Geschichte soll aufzeigen, dass auch ein König nicht davon befreit ist eine chronische Erkrankung bzw. Wunde zu bekommen.

11 Schlafprobleme

Schlaf ist ein regelmäßig wiederkehrender, physiologischer Erholungszustand mit zeitweiser „Bewusstlosigkeit“. Er ist als Aufbau- und Erholungsphase lebensnotwendig (Pfleger Heute, 2000).

Wie Panfil und Schröder (2010) berichten, hängen Schlafprobleme bei chronischen Wunden sehr eng mit Schmerzen zusammen.

Jeder der schon einmal nicht einschlafen bzw. durchschlafen konnte, kennt das Gefühl am nächsten Tag, „nicht fit“ zu sein.

Nicht erholsamer Schlaf kann zu Beeinträchtigungen der Gesundheit, sowie der sozialen und der beruflichen Leistungsfähigkeit führen (DGSM, 05 08 2013).

12 Körperbild

Der Begriff „**Körperbild**“ oder der häufig verwendete Begriff „**Körperbildstörung**“ sind in mehrfacher Hinsicht kritisierbar. So vermittelt das Wort „Bild“ einen statischen Eindruck, der dem äußerst dynamischen Geschehen in der Entwicklung und auch in der täglichen, ständigen Veränderung dieses Phänomens nicht gerecht wird. Zudem suggeriert der Begriff „Störung“ etwas Mechanisches, das mittels einer technischen Reparatur wieder behoben werden kann. Es handelt sich hier jedoch um ein mehrdimensionales Konstrukt, das gegenüber einfacher Reparaturbemühungen resistent ist.

Der Begriff der Körperbildstörung thematisiert auch nicht, wie psychologisch bedeutsam es eigentlich für eine Person ist, negative Gefühle einzelnen Teilen oder auch dem Ganzen gegenüber zu haben, wie zentral also dieses Konzept für die betreffende Person ist.

Die Begriffe „Körperbild“ und „Körperbildstörung“ haben sich aber weithin durchgesetzt [...] (Panfil, Schröder, 2010).

12.1 Definition Körperbild

Unter Körperbild wird von uns derjenige Aspekt des Selbstkonzeptes verstanden, der sich aus der Gesamtheit der Einstellungen zum eigenen Körper (Wahrnehmungen, Kognitionen, Affekte und Wertungen) konstituiert (Panfil, Schröder, 2010).

Körperbild und Selbstwertgefühl sind Elemente des Selbstkonzeptes, welches als Summe aller Gefühle, die eine Person über sich selbst hat, definiert wird (Zip-online, zit. aus Csorba, 1998, S.53, 05 08 2013).

12.2 Verändertes Körperbild

Ein negatives Körperbild ist gerade in der heutigen Zeit, wo sich alles um gutes Aussehen dreht, für die Betroffenen ein schwerwiegendes Problem.

Wie Panfil und Schröder (2010) veröffentlichten, haben PatientInnen mit einem veränderten Körperbild ein niedriges Selbstwertgefühl.

So wird von PatientInnen mit **Diabetischen Fußsyndrom** berichtet, die das Gefühl haben, das „eigene Selbst“ und „das Leben“ zu verlieren. Sie müssen Schuhe und Hosen tragen, die sie selbst als nicht kleidsam bzw. unvorteilhaft bewerten.

Vor allem bei betroffenen Frauen wird auch über negative Auswirkungen berichtet, weil sie als hässlich empfundenen Schuhwerk tragen müssen.

Weiters wird von PatientInnen mit **Dekubitus** berichtet, unter denen vor allem Frauen und Patienten leiden, bei denen chirurgische Lappenrekonstruktionen durchgeführt wurden (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Langemo et al., 2000, S. 352).

In einer qualitativen Studie wird beschrieben, dass das Krankheitsbild eines **Ulkus cruris venosum** in jeder Phase der Erkrankung zu Veränderungen des Körperbildes führt (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Gieseke. 2001, S. 353).

Nach Meinung von Panfil und Schröder (2010), muss trotz der schwachen Datenlage deutlich geworden sein, dass eine Veränderung des Körperbildes bei Pflege von Menschen mit chronischen Wunden einen festen Platz haben muss.

Negative Körperbildveränderungen können für den Patienten/die Patientin gravierende Auswirkungen mit schweren psychischen und sozialen Folgen haben – sie stellen also ein wichtiges Pflegeproblem dar.

Freunde und Familie können viel Trost und Kraft spenden, indem sie den Patienten/die Patientin dabei unterstützen, ihre positiven Betrachtungsweisen aufrechtzuerhalten (Internationaler Konsens, 17 07 2013).

13 Beeinträchtigungen des sozialen Lebens

Unter dem Begriff soziales Leben, wird die Fähigkeit am Leben mit Familie, Gesellschaft, Freunden und Kollegen teilzuhaben, verstanden. In den nachstehenden Unterkapiteln werden daraus resultierende Problemstellungen erläutert.

13.1 Soziale Isolation

WundpatientInnen verbringen ggf. viele Stunden im Bett oder sitzend, und haben dabei wenig zu tun. Sie haben privat und beruflich weniger Möglichkeiten zur sozialen Interaktion, was zur sozialen Isolierung und Depressionen führen kann.

Viele Menschen müssen womöglich ihr soziales Leben mit den beschämenden Aspekten einer Wunde, wie z. B. Wundgeruch und sichtbares Exsudat sowie die körperlichen Faktoren wie Schmerzen, reduzierte Mobilität oder psychische Probleme (z. B. Depression) in Einklang bringen (Internationaler Konsens. 17 07 2013).

Immobilität, an einen Rollstuhl gebunden sein, schmerzhaft Mobilität oder die Notwendigkeit der Hochlegens der Beine sind mit vermehrten Aufenthalt in der häuslichen Umgebung verbunden (Panfil, Schröder, 2010).

PatientInnen können lieb gewonnene und wichtige Aktivitäten außerhalb des Hauses nicht mehr wahrnehmen (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Neil/Munjas, 2000. S. 134). Wie PatientInnen berichten, sind ihre sozialen Kontakte gering und sie fühlen sich sozial isoliert und wenig unterstützt. Dies gilt insbesondere für jüngere PatientInnen. Die Freizeitaktivitäten sind durch die Erkrankung mäßig bis schwer eingeschränkt (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Rich/Mc Lachlan, 2003. S. 134).

13.2 Probleme in der Partnerschaft

Wie Panfil und Schröder (2010) veröffentlichten, äußern PatientInnen Ängste hinsichtlich ihrer Partnerschaft, wenn der Partner den Verbandwechsel vornehmen muss und der Patient/die Patientin sich als wertlos und als Belastung für den Partner empfindet.

Niedergeschlagenheit führt zu Spannungen in Partnerschaft und Familie(PTA-Forum, 25 07 2013).

Zusätzlich kommt noch das Gefühl nicht mehr attraktiv und gut genug für den Partner zu sein (Wolf, 06 08 2013).

13.3 Berufliche und finanzielle Belastung

Die Arbeitssituation ist ebenfalls stark von der Erkrankung betroffen. Sowohl quantitative wie qualitative Studien berichten von zum Teil großen Problemen am Arbeitsplatz, wie z. B. das betroffene Bein nicht schonen und hochlegen zu können, um Schwellungen und Schmerzen zu reduzieren. Viele PatientInnen sind arbeitslos, vorzeitig berentet oder können ihre Arbeit nicht umfassend leisten (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus McPherson/Binning, 2002; Goodridge et al., 2005. S 135).

Patientinnen (Männer mehr als Frauen) die aufgrund ihrer Wunde nicht arbeiten können, verspüren häufig einen Rollenverlust innerhalb der Familie und es fällt ihnen schwer, ihre finanzielle Lage zu meistern (Internationaler Konsens, 17 07 2013).

Zusätzlich fallen finanzielle Belastungen durch Fahrtkosten, Rezeptgebühren und fehlende Erstattungsfähigkeit wichtiger Therapiekomponenten an (GTP-System, 06 08 2013).

13.4 Therapiebedingte Probleme

Patienten erleben die Behandlung und deren Organisation als einschränkend für ihr Leben. Sie sind durch die Wunde bzw. den Verband in der Schuhwahl eingeschränkt und können sich beispielsweise die Füße nicht waschen (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Rich/McLachlan, 2003; Persoon et al. 2004. S. 136).

Kompressionsstrümpfe werden oder die tägliche Fußpflege werden als belastend erlebt, auch wenn die therapeutische Notwendigkeit eingesehen wird (Panfil, Schröder, 2010. zit. aus Zäck, 2002, Rich/McLachlan, 2003, Flaherty, 2005. S. 136).

Internationalen Studien zufolge sehen PatientInnen ihre Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen als die erheblichsten Wund- und therapiebedingten Probleme an.

Weitere Belastungen sind die Geruchs- und Exsudatentwicklung, Jucken und Anschwellen der Beine, eingeschränkte Schuhwahl, Verkomplizierung der täglichen Hygiene, Verlust der gewohnten Selbstständigkeit, Schlafstörungen und ein als negativ empfundenen Körperbild (Protz, 06 08 2013).

Zusammenfassend werden alle therapeutisch notwendigen Aktivitäten zur Wundheilung und Vermeidung als belastend und die Lebensqualität einschränkend erlebt (Panfil, Schröder, 2010).

13.5 Angst

Angst ist ein seelisches und körperliches Phänomen. Sie führt zu einem intensiven Gefühl der Bedrohung und des Ausgeliefert-Seins sowie zu vegetativen Symptomen wie Herzklopfen, Zittern („wie Espenlaub“), Schweißausbrüchen (feuchte Hände), Schwindel, trockener Kehle, Übelkeit und Durchfall (Pflege Heute 2000).

13.6 Angst in Zusammenhang mit chronischen Wunden

Angst ist ein häufiger Begleiter bei Patienten mit chronischen Wunden, Angst vor dem „was ist das?“ „woher kommt die Wunde?“ „warum heilt diese nicht?“ „was kommt auf mich zu?“ und die Angst vor Schmerzen (Rodday Wundmanagement 06 08 2013).

Hinzu kommen Existenzängste, „kann ich mit der Wunde noch in meinen Beruf arbeiten?“, und Angst vor privaten Konsequenzen (Internationaler Konsens, 17 07 2013).

Angst begleitet einen Wundpatienten somit in allen Bereichen seines Lebens.

14 Resümee

Nach Darstellung der vereinzelt Lebenssituationen, von Menschen mit chronischen Wunden, ist es ersichtlich, dass sich den Betroffenen viele Hindernisse und Belastungen, sowohl auf physischer und auf psychischer Ebene in den Weg stellen.

Es wird aufgezeigt, wie wichtig es ist, den Betroffenen Menschen die beste Versorgung zukommen zu lassen. Ihnen das Gefühl zu geben, als Mensch akzeptiert und nicht auf ihre Wunde reduziert zu werden.

Besonders als Wundexperte/Wundexpertin, muss der Mensch in seiner Gesamtheit gesehen werden und versucht werden zwischen Arzt und Patient/Patientin zu vermitteln. Die Lebensqualität des Betroffenen muss an erster Stelle stehen. In den absolvierten Praktika erfolgten mehrere Gespräche mit Betroffenen und dadurch wurde ein kleiner Einblick in ihr Leben ermöglicht. Die Betroffenen zeigten große Freude darüber, dass sich eine Person für ihr alltägliches Leben, mit einer chronischen Wunde, interessiert.

Die Forschungsfrage dieser Abschlussarbeit, „welche psychischen und physischen Herausforderungen stellen sich PatientInnen mit einer chronischen Wunde?“, konnte durch eine Literaturrecherche beantwortet werden.

Die Menschen müssen sich altersabhängig jeden Tag neuen Herausforderungen stellen. Sei es die Angst vor Schmerzen, Mobilitätsprobleme, berufliche sowie private Probleme, Schlafstörungen, Zurückziehen von sozialen Kontakten, Körperbildstörungen, Therapiebedingte Probleme. Hinzu kommen Existenzängste.

Das persönliche Resümee ist es, die Menschen als „Mensch“ wahrzunehmen, den Mensch hinter der Wunde zu sehen. Vielleicht kann mit dieser Arbeit ein klein wenig dazu beigetragen werden, den Blickwinkel in Richtung „der Mensch hinter der Wunde“ zu lenken.

*Traue deinen Augen nicht immer, durch manche
Menschen sehen sie hindurch*

(Zitat von Martin Gerhard Reisenberger, 1949, Diplombibliothekar und Autor).

Der Mensch hinter der Wunde-Leben mit einer chronischen Wunde
Veronika Avdibasic

15 Zusammenfassung

Jede Wunde kann chronisch werden, oft durch eine Bagatellverletzung. In Österreich leiden etwa 400.000 Menschen (5% der Bevölkerung), an einer chronischen Wunde.

Verschiedene Faktoren können eine chronische Wunde verursachen. Wie Scholz (2012) beschreibt, können Erkrankungen der Venen oder Arterien, Druck, Diabetes mellitus, aber auch andere Ursachen wie Infektionen, Tumoren oder seltene Hauterkrankungen zugrunde liegen.

Die häufigsten chronischen Wunden sind das Beingeschwür (Ulkus Cruris venosum,-arteriosum,- mixtum), das Druckgeschwür (Dekubitus) und Fußläsionen bei Diabetes mellitus (Diabetisches Fußsyndrom) (Scholz, 23 07 2013). Wie Danzer (2011) veröffentlichte, nimmt die Zahl der an einer chronischen Wunde leidenden Menschen stetig zu.

PatientInnen mit chronischen Wunden äußern folgende Probleme: Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen, Wundgeruch und starkes Nässen, Schlafprobleme, ein verändertes Körperbild, Beeinträchtigungen des sozialen Lebens, sowie berufliche und finanzielle Belastungen. Hinzu kommen Probleme durch die Wundbehandlung selbst. Je nach Altersgruppe betreffend, äußern sich die verschiedenen Probleme einmal weniger, einmal mehr.

In der Projektarbeit wird aufgezeigt, dass die professionelle und menschliche Betreuung auf psychischer sowie physischer Ebene unumgänglich ist.

Schlüsselwörter: chronische Wunden, Beeinträchtigung, Pflege

16 Literaturverzeichnis

Bostelaar R. (2006). Wundmanagement in der Klinik. Ein Ratgeber zum Umgang mit chronischen Wunde. Hannover. Verlag Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Busch P. (2009). Diabetisches Fußsyndrom. In: **Voggenreiter G., Dold Ch. (Hg.)**. Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln. Stuttgart, New York. Verlag Georg Thieme. S 125-132

Chirurgische Praxis Bad Zwischenahn (2013). Ulkus cruris venosum.
<http://www.mvz-zwischenahn.de/html/wundzentrum.html> (23 07 2013)

Dahl P., Dold Ch. (2009). Ulcus Cruris. In: **Voggenreiter G., Dold Ch. (Hg.)**. Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln. Stuttgart, New York. Verlag Georg Thieme. S 132-142

Danzer S. (2011). Chronische Wunden. Beurteilung und Behandlung. Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer

Daumann S. (2009). Wundmanagement und Wunddokumentation.

Dermls (2013). Ulkus cruris arteriosum.
<http://www.dermis.net/dermisroot/de/25827/image.htm> (07 07 2013)

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009).
<http://www.charite.de/dgsm/dgsm/> (05 08 2013)

Deutsches Ärzteblatt (2009). Heinrich VIII.: Kraft und Brutalität.
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/66209/Heinrich-VIII-Kraft-und-Brutalitaet> (05 08 2013)

Doccheck Pictures. (2013). Dekubitus Grad 4.
<http://pictures.doccheck.com/de/photos/323/17887/decubitus-grad-4/> (23 07 2013)

Expertenarbeitsgruppe. (2009). „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“.
books.google.at/books?isbn=364229992X (17 07 2013)

GTP-System GmbH & Co KG. (2013). Konzept IV, chronischer Wunden.
<http://www.veronika-gerber.de/resources/Konzept+IV+chronische+Wunden.pdf> (06 08 2013)

Heintz M. (2009). Schmerztherapie. In: **Voggenreiter G., Dold Ch., (Hg.)**. Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln. Stuttgart, New York. Verlag Georg Thieme. S. 172-184

Internationaler Konsensus (1999). Internationaler Konsensus über den Diabetischen Fuss. <http://www.ag-fuss-ddg.de/download/DiabetischerFuss.pdf> (24 07 2013)

Internationaler Konsens (2012). Optimierung des Wohlbefindens von Menschen mit chronischen Wunden. http://www.woundsinternational.com/pdf/content_10659.pdf (17 07 2013)

Klinikum Wels-Grieskirchen (2012). Wundmanagement Die chronische Wunde. [http://www.klinikum-wegr.at/klinikum/resource/582127231698182011_613006195200309528_rt8\\$Woxk.pdf](http://www.klinikum-wegr.at/klinikum/resource/582127231698182011_613006195200309528_rt8$Woxk.pdf) (22 07 2012)

Kompendium Wundbehandlung (2013). Ulkus cruris mixtum. http://www.medizinundpraxis.de/html/Rubriken_A-Z/Wundreinigung_Debridement/A1.html (23 07 2013)

MedizinInfo (2013). Chronische, schlecht heilende Wunden bei Palliativpatienten. <http://www.medizininfo.de/palliativmedizin/haut/wunden.shtml> (03 08 2013)

NPUAP/EPUAP (2009). Leitlinien Dekubitus. Prävention. http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_German.pdf (23 07 2013)

Panfil E., Schröder G. (2012). Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten. Bern. Verlag Hans Huber

Protz K. (2011). Moderne Wundversorgung. München. Verlag Urban & Fischer

Protz K. (2009). Edukation von Patienten bei Ulcus cruris venosum. K Protz - Heilberufe, 2009 – Springer (06 08 2013)

PflegeDossier. (2012). Chronische Wunden. Geben sie der Wunde Sauerstoff. <http://www.md-institute.com/cms/ressorts/wundversorgung/Chronische-Wunden-Geben-Sie-der-Wunde-Sauerstoff.pdf> (30 07 2013)

Pflege Heute. (2000). Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. München. Verlag Urban & Fischer

PTA-Forum. (2013). Lebensqualität bei chronischen Wunden. Das Selbstmanagement stärken. <http://www.pta-forum.de/index.php?id=469> (25 07 2013)

Scholz S. (2010). Chronische Wunden-ÖGDC. http://www.oegdc.at/pat_chronische_wunden.html (23 07 2013)

Sunmed Wundtherapiezentrum. (2013). Diabetisches Fußsyndrom. http://www.sunmed.at/wtz/die_wunde_diabetischen_fuss.html (24 07 2013)

Urschek A. (2010). Das Körperbild von Menschen mit chronischen Wunden. In: **Panfil E., Schröder G. (Hg.).** Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten. Bern. Verlag Hans Huber. S. 345-357

Voggenreiter G., Dold Ch. (2009). Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln. Stuttgart, New York. Verlag Georg Thieme

World Union of Wound. (2007). Wundexsudat und die Rolle der Verbände. Ein Konsensdokument. http://www.woundsinternational.com/pdf/content_9911.pdf (03 08 2013)

Wounds International. (2010). Wundinfektion & Schmerztherapie. Einfach erklärt. <http://www.woundsinternational.com/made-easys/wundinfektion-and-schmerztherapie-einfach-erklrt> (17 07 2013)

Wozniak G. (2013). Chronische Wunden: Wenn aus einer Mücke ein Elefant wird. <http://www.derwesten.de/staedte/bottrop/chronische-wunden-wenn-aus-einer-muecke-ein-elefant-wird-id7884731.html> (23 07 2013)

Wolf D. (2013). Verlustangst-Angst den Partner zu verlieren. <http://www.angst-panik-hilfe.de/angst-vor-verlusten.html> (06 08 2013)

ZHaW (2013). Evidenzbasierte Schlüsselkonzepte für die Pflegepraxis-am Beispiel chronischer Wunden. <http://pd.zhaw.ch/publikation/upload/204401.pdf> (05 08 2013)

ZIP-online (2009). Körperbild und Selbstwertgefühl von Patienten mit Gesichtsbbeeinträchtigung. Leipzig. Verlag Oemus Media AG. S. 53. (05 08 2013)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig eingereicht.

Innsbruck, im September 2013