



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Bedeutung der Würde in der Pflegewissenschaft:
eine Analyse ausgewählter Pflege-theorien und
Pflegeforschungen“

Verfasserin

Marie-Christine Mörth

gemeinsam mit: Tobias Hauzeneder

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122
Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft
Betreuer: Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die gekennzeichneten Teile der Arbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte, gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Ich versichere außerdem, dass die vorliegende Arbeit noch nicht einem anderen Prüfungsverfahren zugrunde gelegen hat.

April, 2011

Marie-Christine Mörth

Tobias Hauzeneder

Danksagung

Der größte Dank gilt unserem Betreuer, Prof. Schnepf, der uns auch in schwierigen Zeiten, mit Rat und Tat, zur Seite gestanden hat.

Auch möchten wir uns bei unserer Familie bedanken, die uns während des Studiums unterstützt hat. Besonderen Dank gilt dabei Marie-Christines Eltern, die unsere Diplomarbeit auch unter Zeitdruck Korrektur gelesen haben.

Marie-Christine und Tobias

Inhaltsverzeichnis

Einleitung (Mörth und Hauzeneder)	11
1. Methodisches Vorgehen (Mörth und Hauzeneder)	13
2. Würde als Begriff in Ethik, Recht, Philosophie und Pflege	15
2.1. Würde als Begriff in Ethik (Hauzeneder)	15
2.2. Würde als Begriff in Recht (Mörth).....	16
2.3. Würde als Begriff in der Philosophie (Mörth).....	18
2.4. Würde als Begriff in der Pflege (Hauzeneder).....	19
3. Würde als Begriff in Pflegetheorien	22
3.1. „Care“-Theorien (Mörth)	22
3.1.1. Jean Watson – Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung.....	22
3.1.2. Josephine Paterson und Loretta Zderad – Humanistische Pflege.....	35
3.1.3. Joyce Travelbee – Interpersonale Aspekte der Pflege	47
3.1.4. Gegenüberstellung der Ergebnisse	64
3.2. Theorien zu gestörten Funktionen (Hauzeneder).....	78
3.2.1. Callista Roy – Das Adaptationsmodell	78
3.2.2. Betty Neuman – Das Systemmodell.....	90
3.2.3. Dorothea Orem – Die Selbstpflegedefizit-Theorie.....	101
3.2.4. Gegenüberstellung der Ergebnisse	113
3.3. Gegenüberstellung der „Care“-Theorien mit den Theorien zu gestörten Funktionen (Mörth und Hauzeneder).....	123
3.4. Schlussfolgerung (Mörth und Hauzeneder).....	128
4. Forschungsergebnisse zu Würde in der Pflege	132
4.1. Literatursuche (Mörth und Hauzeneder).....	132
4.2. Darstellung der Studien.....	137
4.2.1. Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten (Mörth)	137
4.2.2. Sterben in Würde (Hauzeneder).....	154
5. Ergebnisdarstellung	164
5.1. Gegenüberstellung der „Care“-Theorien mit den Forschungsergebnissen zum Thema „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“ (Mörth)	164
5.2. Gegenüberstellung der Theorien zu gestörten Funktionen mit den Forschungsergebnissen zum Thema „Sterben in Würde“ (Hauzeneder)	171
6. Fazit (Mörth und Hauzeneder)	178
Literaturverzeichnis	181
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	188
Anhang	189
Abstract (Mörth und Hauzeneder).....	189
Curricula Vitae.....	190

*Der Menschheit Würde ist in eure Hand gegeben,
Bewahret sie!
Sie sinkt mit euch! Mit euch wird sie sich heben!
(Friedrich Schiller)*

Einleitung (Mörth und Hauzeneder)

Die professionelle Pflegeperson arbeitet sehr praxisbezogen mit Menschen und insbesondere für Menschen. Um eine Person angemessen zu pflegen, müssen allerdings nicht nur die entsprechenden pflegerischen Maßnahmen gesetzt, sondern auch mit der zu pflegenden Person respektvoll und bedachtvoll umgegangen werden, insbesondere bei Tätigkeiten, die ihre Intimsphäre betreffen.

Vor allem in den letzten Jahren und Jahrzehnten kam es in Österreich, aber auch in der Schweiz, in verschiedenen Pflegeeinrichtungen zu Misshandlungen und Demütigungen. So gab es z. B. in der Schweiz ein Pflegeheim, in dem mehrere demenzkranke Patienten und Patientinnen von vier Pflegepersonen in entwürdigenden Situationen fotografiert wurden (N.N., 2009) oder die Pfleglinge beauftragt wurden, nackt unter der Dusche zu tanzen (Dammann, 2009).

Diese Vorkommnisse sind allerdings nicht nur auf die Schweiz beschränkt, laut einer Mitarbeiterin des Otto-Wagner-Spitals, auch in Österreich. Netz- und Käfigbetten wurden vor Jahrzehnten verwendet, um Patienten und Patientinnen vor sich selbst zu schützen. Deren Gebrauch sollte nicht mehr stattfinden, allerdings wurden sie im Otto-Wagner-Spital trotzdem eingesetzt. Ebenso war es üblich, dass Klienten und Klientinnen an ihren Händen und Füßen gefesselt wurden, damit sie nicht ausbrechen konnten. Auf die Bedürfnisse und Hygiene der Menschen wurde keine Rücksicht genommen, da diese teilweise stundenlang in ihren Ausscheidungen liegen mussten und auch nicht ausreichend gewaschen wurden (Mayr, 2007).

Ein weiterer Pflegeskandal wurde 2003 im Geriatriezentrum Lainz (heute „Geriatriezentrum am Wienerwald“), durch mehrere Beschwerden eines Sozialarbeiters, aufgedeckt. Es wurde festgestellt, dass einige Pflegebedürftige schon ab 15 Uhr im Bett liegen mussten, andere Patienten und Patientinnen nicht ordnungsgemäß gewaschen wurden oder man es verabsäumt hatte, deren Nägel zu schneiden. Auch mussten die Klienten und Klientinnen sehr lange auf Hilfe für den Toilettengang warten (Redaktion, 2003).

Die Relevanz der Würde von Patienten und Patientinnen ist, in Anbetracht vergangener Vorfälle bei gleichzeitigem medizinischen und technologischen Fortschritt und steigender Bürokratisierung, heute größer denn je, wodurch es wichtig ist, dass auf diesem Gebiet weiter geforscht wird. Deswegen ist das Ziel dieser

Arbeit, die ausgewählten Pflege-theorien (Orem, Roy, Neuman, Watson, Travelbee, Paterson/Zderad) auf die Würde von Patienten und Patientinnen zu untersuchen und untereinander zu vergleichen und anschließend diese Ergebnisse, den Studien gegenüberzustellen.

Nun sollen aber weder Pflegepersonen noch Ärzte oder Ärztinnen durch unsere Ausführungen in Misskredit gebracht werden. Wir möchten die Patienten und Patientinnen nicht in eine Opferrolle bringen und gleichzeitig die Pflegepersonen oder Ärzte/Ärztinnen als Täter/Täterinnen darstellen. Es geht nicht um Schuldzuweisungen, denn wir sind uns bewusst, dass auch Pflegepersonen und andere Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems in Situationen kommen können, in welchen ihre eigene Würde durch Patienten und Patientinnen bedroht und auch verletzt wird.

Diese Arbeit soll lediglich die Würde von Patienten und Patientinnen innerhalb der verschiedenen Theorien beleuchten und anschließend diese Ergebnisse mit den Forschungsergebnissen aus den Studien verglichen werden.

1. Methodisches Vorgehen (Mörth und Hauzeneder)

Die vorliegende Diplomarbeit ist eine induktive Literaturstudie, die sich mit der Bedeutung der Würde in der Pflegewissenschaft auseinandersetzt. Eine induktive Vorgehensweise bedeutet, dass versucht wird, vom Besonderen auf das Allgemeine schließen zu können (Mayer, 2002). Hinsichtlich unserer Diplomarbeit bedeutet das, allgemeine Schlussfolgerungen aus der Analyse der ausgewählten Theorien, der Analyse der bearbeiteten Studien und letztlich aus deren Gegenüberstellung zu ziehen. Diese Ergebnisse werden erzielt, indem in dieser Arbeit folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1.) Wie wird die Thematik der Würde in den ausgewählten Pflege-theorien berücksichtigt?

1.1.) Wie wird die Thematik der Würde in den ausgewählten „Care“-Theorien berücksichtigt?

1.2.) Wie wird die Thematik der Würde in den ausgewählten Theorien zu gestörten Funktionen berücksichtigt?

2.) Wie kann die Würde des Patienten bzw. der Patientin anhand der ausgewählten Theorien gewahrt oder bestärkt werden?

2.1.) Wie kann die Würde des Patienten bzw. der Patientin anhand der ausgewählten „Care“-Theorien gewahrt oder bestärkt werden?

2.2.) Wie kann die Würde des Patienten bzw. der Patientin anhand der ausgewählten Theorien zu gestörten Funktionen gewahrt oder bestärkt werden?

3.) Gibt es Unterschiede zur Bedeutung von Würde zwischen Theorien zu gestörten Funktionen und „Care“-Theorien?

3.1.) Gibt es Unterschiede zur Bedeutung von Würde innerhalb der „Care“-Theorien?

3.2.) Gibt es Unterschiede zur Bedeutung von Würde innerhalb der Theorien zu gestörten Funktionen?

4.) Welche Rolle spielt der theoretische Begriff von Würde in der Pflegeforschung?

4.1.) Welche Rolle spielt der theoretische Begriff von Würde in Forschungsarbeiten zu chronischen Krankheiten?

4.2.) Welche Rolle spielt der theoretische Begriff von Würde in Forschungsarbeiten zu würdevollem Sterben?

Anfangs wird der Rahmen für den abstrakten Begriff Würde festgelegt, in dem er innerhalb der Bereiche Ethik, Recht, Philosophie und Pflege kurz dargestellt wird. Daraufhin werden insgesamt sechs Pflegetheorien („Care“-Theorien und Theorien zu gestörten Funktionen) beschrieben, untersucht und im Anschluss daran gegenübergestellt um Schlussfolgerungen, im Hinblick auf Würde, ziehen zu können. In weiterer Folge werden ausgewählte Studien zu den Themen „Sterben in Würde“ und „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“ dargestellt und mit den jeweiligen Theorien, im Hinblick auf Ähnlichkeiten oder Unterschiede verglichen, in Bezug auf die Wahrung der Würde. Beendet wird die Diplomarbeit mit einem Fazit.

Die Literaturrecherche hat in der Bibliothek der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien und in der Bibliothek des Rudolfinerhauses stattgefunden. Weiters sind Datenbanken wie CINAHL und PUBMED durchforstet worden, um Literatur zu sammeln. Es sind meist Bücher der Theoretikerinnen, auf Deutsch oder Englisch, gefunden worden, einzig bei den Theorien von Roy und Neuman sind auf Zusammenfassungen anderer Autoren/Autorinnen zurückgegriffen worden. Als wirklich schwierig hat sich die Suche nach Travelbees Theorie erwiesen, zumal auf keiner Bibliothek und in keiner Datenbank ihre Bücher zur Theorie gefunden werden konnten. Hierbei hat uns unser Betreuer, Prof. Schnepf, geholfen, indem er uns das englische Originalbuch, das in der Bibliothek der Universität Witten/Herdecke aufliegt, zugeschickt hat.

Genügend Literatur für die Darstellung des Würdebegriffs in den unterschiedlichen Fachgebieten, ist auf der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien und auf der Bibliothek der Universität Wien gefunden worden. Schwieriger hat sich die Suche nach geeigneten Studien zu chronischen Krankheiten gestaltet, zumal nur sehr wenige Studien gefunden werden konnten, die sich auch mit Würde auseinandersetzen. Studien zum Thema Sterben in Würde sind hingegen en masse durchgeführt worden, wodurch sich die Suche nach passenden Studien sehr leicht gestaltet hat. Die Suche nach Studien wird näher in Kapitel 4 erläutert.

2. Würde als Begriff in Ethik, Recht, Philosophie und Pflege

In diesem Kapitel wird Würde in den Gebieten Ethik, Recht, Philosophie und Pflege dargestellt, um einen allgemeinen Rahmen des Würdebegriffs zu erhalten, der letztlich in den Theorien und Studien untersucht wird.

2.1. Würde als Begriff in Ethik (Hauzeneder)

Nach Körtner (2004) hängt die Wahrung der Würde des Menschen davon ab, ob der Mensch sich selbst, als auch seine Mitmenschen, als Individuum achtet. Dies gelingt nur dann, wenn der Mensch seinem Gegenüber unvoreingenommen, im Hinblick auf seine Herkunft, Nationalität, sein Geschlecht, seinen Glauben und seine Kultur, begegnet, denn *„als Person ist jeder Mensch ein **Selbstzweck**, der nicht zum bloßen Objekt fremder Interessen degradiert werden darf.“* (Körtner, 2004, S. 20).

Für das Thema „Würde von Patienten und Patientinnen“ spielen zwei der vier Grunddimensionen der Ethik eine wesentliche Rolle: die Individualethik und die Personalethik. Die Individualethik beschäftigt sich damit, wie sich das Individuum zu sich selbst verhält, indem es sich gewisse Fragen stellt, wie: «Welche Beweggründe habe ich, dass ich Krankenpfleger/Krankenpflegerin werde?», «Was kann ich für meine Gesundheit beitragen?». Die Personalethik wiederum, geht darauf ein, wie sich das Individuum zu einer anderen Person verhält, wie z. B. ob die Pflegekraft schon wieder zu einem Patienten/einer Patientin gehen soll, obwohl dieser/diese des Öfteren an diesem Tag wegen Belanglosem geläutet hat (Körtner, 2004).

Ärzte/Ärztinnen sehen ihr Tun darin, dem Patienten/der Patientin zur Genesung zu verhelfen, wodurch es das Ziel der Ärzte/Ärztinnen ist, jedes Individuum zu heilen und von seiner Krankheit zu befreien (Ethik des Heilens). Da sich das ärztliche Personal das Heilen von Krankheiten zum Hauptziel setzt, sehen sie den Tod eines Patienten/einer Patientin als Niederlage bzw. persönliches Scheitern. Nicht so das Pflegepersonal, das versucht, unheilbar oder chronisch Kranke bis zum Lebensende bestmöglich zu pflegen und vor allem zu begleiten. Im Hinblick auf das Sterben treten die Begleitung des Individuums und die Aufrechterhaltung der Lebensqualität in den Vordergrund. Erfolgreiches Handeln besteht auch darin, dem Patienten/der Patientin ein gutes Sterben zu ermöglichen, indem er/sie von der Pflegekraft adäquat begleitet wird. Nichtsdestotrotz ist es von enormer Wichtigkeit zu beachten, dass

nicht die Krankheit, sondern die kranke Person gepflegt wird und dass auf ihre Ängste, Wünsche und Hoffnungen Rücksicht genommen werden muss. Laut Körtner (2004) ist das in der Praxis nicht immer der Fall, sondern werden Patienten/Patientinnen, die ihre Bedürfnisse äußern, als schwer umgänglich wahrgenommen. Um dieser Ansicht entgegenzuwirken, ist es von Bedeutung, den Patienten/die Patientin als Individuum zu sehen und mit ihm/ihr ein Gespräch zu führen, das durch respektvollen und würdevollen Umgang gekennzeichnet ist (Körtner, 2004).

Um ethisch vertretbares Handeln zu gewährleisten, ist im Jahre 1953 ein internationaler Ethikkodex für Pflegende, durch das International Council of Nurses (ICN), entwickelt worden. Die neueste überarbeitete Fassung, aus dem Jahre 2005, soll verdeutlichen, dass die Pflege einhergeht mit der *„[...] Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.“* (ICN-Ethikkodex für Pflegende, 2005, S.1).

2.2. Würde als Begriff in Recht (Mörth)

In Österreich wird die Achtung der Würde in Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 gesetzlich geregelt: *„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“* (Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 – Allgemeine Erklärung der Menschenrechte). Auch Artikel 5 befasst sich mit Würde: *„Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.“* (Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 – Allgemeine Erklärung der Menschenrechte).

Für die Pflege bedeuten diese Bestimmungen, dass die Pflegepersonen die Patienten/Patientinnen als Menschen wahrnehmen müssen, deren Würde zu wahren ist und durch keinerlei Maßnahmen verletzt werden darf.

Diese Pflege muss jedem Patienten/jeder Patientin zukommen, ungeachtet seiner/ihrer „[...] Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand. [...]“ (Artikel 2 der Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 – Allgemeine Erklärung der Menschenrechte).

Über die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte hinaus, gibt es in Österreich noch weitere Gesetze, in denen die Würde des Menschen und dessen Rechte verankert sind:

Die Patientencharta ist eine Vereinbarung über Patientenrechte, die zwischen Bund und den Bundesländern getroffen wurde. Sie beinhaltet allgemeine Regelungen für die Behandlung von Patienten/Patientinnen. In Artikel 2 heißt es: *„Die Persönlichkeitsrechte der Patienten und Patientinnen sind besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren.“* (Bund-Niederösterreich Patientencharta, 2002).

Die Patientencharta regelt weiters in Artikel 4, dass Patienten/Patientinnen das gleiche Recht auf medizinische Versorgung haben *„[...] ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts, der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung oder ähnliches [...]“* (Bund-Niederösterreich Patientencharta, 2002).

Die Würde von Patienten/Patientinnen ist weiters im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, kurz KAKuG, als auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, kurz GuKG, gesetzlich verankert.

§ 5a Z 7 KAKuG besagt, dass *„auch in Mehrbetträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist“* und § 5a Z 9 KAKuG, dass *„ein würdevolles Sterben sichergestellt ist [...]“* (KAKuG, 1993). Dies bedeutet, dass sowohl Ärzte/Ärztinnen als auch das gesamte Pflegepersonal, in jeder erdenklichen Situation, die Wahrung der Würde beachten müssen.

In § 4 Abs 1 GuKG heißt es, dass *„Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben [...]“* (GuKG, 1997). Dies bedeutet, dass die Pflegepersonen den Menschen ohne Vorurteile begegnen dürfen und diese auch, gleich an Recht und Würde, zu behandeln sind.

§ 14 Abs 2 Z 1 GuKG „Erhebung der Pflegebedürfnisse [...]“, § 14 Abs 2 Z 2 GuKG „Feststellung der Pflegebedürfnisse“, § 14 Abs 2 Z 4 GuKG „Durchführung der Pflegemaßnahmen“ (GuKG, 2009) besagen, dass der Patient/die Patientin es verdient hat, dass bestmöglichst auf seine/ihre Bedürfnisse eingegangen und somit seine/ihre Würde gewahrt und geschützt wird.

2.3. Würde als Begriff in der Philosophie (Mörth)

Im Folgenden wird versucht, den Würdebegriff innerhalb der Philosophie zu beschreiben. Sehr viele kluge Personen haben sich mit der Würde des Menschen auseinandergesetzt, von Cicero über Thomas von Aquin bis hin zu John Locke. Allerdings wird hier ausschließlich auf Immanuel Kant eingegangen. Dies deshalb, weil der Sinn dieses Unterpunktes darin besteht, den schwer fassbaren Begriff Würde aus philosophischer Sicht lediglich zu beleuchten und nicht eine eigene philosophische Abhandlung, unter Einbeziehung verschiedener philosophischer Werke, zu schreiben. Viele andere Personen haben dies getan und sind tief in die Materie eingetaucht, dies ist hier allerdings weder sinnvoll noch notwendig. Denn das Ziel dieses Kapitels ist es, lediglich einen Rahmen des abstrakten Würdebegriffs festzulegen, der für die weitere Bearbeitung in den Theorien und in den Studien notwendig ist. Darum wird nur auf die zentralen Thesen von Immanuel Kant eingegangen und werden diese nur oberflächlich behandelt. Folgende Unterlagen habe ich für die folgende Behandlung herangezogen: Baumgartner, Heinemann, Honnefelder, Wickler und Wildfeuer (2009); Wesche (2008); Tiedemann (2006).

„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ (Valentiner, 2008, S. 65).

Dieser weniger bekannte praktische Imperativ, oder auch Selbstzweckformel, von Immanuel Kant besagt, dass ein Mensch niemals zum Mittel und somit zum Objekt degradiert werden darf, weil dadurch seine Würde und seine Freiheit verletzt werden. Nach Kant besitzt jedes Subjekt, das zur Sittlichkeit und zur Moralität fähige Wesen, Würde und somit ausschließlich der Mensch. Die Würde stellt in diesem Zusammenhang einen Wert dar, dessen Preis nicht festgemacht werden kann und auch mit nichts anderem ersetzbar ist und dadurch nicht abgesprochen oder veräußert werden kann: *„Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas*

anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent gestattet, das hat eine Würde.“ (Valentiner, 2008, S. 72).

In Anbetracht dessen, dass jeder Mensch Würde besitzt und andere nicht zum Objekt degradieren darf, weil auch diese Würde besitzen, formuliert Kant den kategorischen Imperativ: *„Handle nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“* (Valentiner, 2008, S. 53).

Der kategorische Imperativ entspricht eher einer Art Richtlinie und nicht einer Verhaltensanweisung. Der kategorische Imperativ besagt lediglich, dass man die eigene Handlung daran beurteilen soll, ob man vertreten kann, wenn sie zum allgemeinen Gesetz erklärt wird. Dieser Satz erinnert an die bekannte «Goldene Regel» Wenn du nicht willst, was man dir tu', das füg' auch keinem ander'n zu. Es gibt aber klare Unterschiede – so distanzieren sich die Kant-Forscher selbst von dieser Ausführung in Kants Werk „Metaphysik der Sitten“ in einer Anmerkung. Das Problem an der «Goldenen Regel» besteht unter anderem darin, dass die Subjektivität im Mittelpunkt steht: Was für eine Person akzeptabel ist, ist für die nächste nicht tolerierbar: (z. B. Verbrecher vs. RichterIn, Umweltaktivist vs. Atomkraftwerksmitarbeiterin etc.).

2.4. Würde als Begriff in der Pflege (Hauzeneder)

Das Thema „Würde von Patienten und Patientinnen“ wird in der Pflegeliteratur unzählige Male behandelt, sei es in Büchern oder Studien, mit den Schwerpunkten Sterben in Würde, die Wahrung der Würde im Krankenhaus etc.

Um die Würde von Individuen zu wahren, schreiben Fussek und Loerzer (2005), ist es die Aufgabe der Pflege, ihre Bedürfnisse im weitesten Sinne zu berücksichtigen. Jedoch sieht die Wirklichkeit anders aus. Die Würde der Patienten/Patientinnen wird verletzt, wenn sie mit Kosenamen angesprochen werden, wie „Schätzchen“, „Liebchen“, „Mäuschen“ oder „Oma“, obwohl die Patienten/Patientinnen keine nähere Bindung mit dem Pflegepersonal eingegangen sind. Ohne zu fragen, duzen Pflegekräfte die Patienten/Patientinnen, anstatt sie respektvoll mit „Sie“ anzusprechen. Wird dem Pflegepersonal aber bewusst, dass es beobachtet wird, wird der Patient/die Patientin so behandelt, wie er/sie es verdient hat (Fussek & Loerzer, 2005).

Sehr problematisch, aus Sicht des Pflegepersonals, ist unter anderem auch der Gang zur Toilette, da dieser sehr zeitaufwendig ist. Aus diesem Grund weisen Pflegendе darauf hin, dass keine Zeit wäre für einen Toilettenbesuch und, dass sie für das Verrichten ihrer Geschäfte eine Windel an hätten. Dies wiederum empfinden die Patienten/Patientinnen als entwürdigend. (Fussek & Loerzer, 2005).

Auch Strätling-Tölle (2000) beschäftigt sich mit der Würde von Patienten/Patientinnen. Sie meint: *„Ein Patient kann nur gesunden (oder einen friedlichen Tod sterben) wenn sein ganzer Körper wahr- und ernstgenommen wird und nicht nur seine Krankheit. Ein Patient kann nur gut gepflegt werden, wenn neben dem medizinischen, objektiven Befund seine subjektive Befindlichkeit eine Rolle spielen darf.“* (Strätling-Tölle, 2000, S. 131). Dies bedeutet, dass moralisches Handeln während der Ausübung von Pflegetätigkeiten – wie z. B. Hilfeleistung beim Toilettenbesuch, bei der Körperpflege oder auch bei der Essenseingabe – von großer Bedeutung ist. Weiters soll sich jede Pflegeperson mit der Frage auseinandersetzen, was für den Patienten/die Patientin getan werden kann, damit es ihm/ihr besser geht. Um diese Frage beantworten zu können, ist es fast unumgänglich die Betroffenen selbst zu fragen, da diese selbst wissen, was für sie gut und was für sie nicht so gut ist (Strätling-Tölle, 2000).

In einer Studie von Baillie (2009) wird untersucht, wie die Würde von Patienten/Patientinnen, insbesondere im Akut-Krankenhaus, gefördert werden kann. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Gefühle der Betroffenen als zentrale Bestandteile von Würde gesehen werden, wie z. B. sich wohlfühlen, Kontrolle haben und geschätzt werden. Die Patienten/Patientinnen betrachten „sich wohlfühlen“ als „sich beachtet fühlen“, glücklich, entspannt, unbesorgt sein, nicht genieren müssen und als allgemeines Wohlbefinden. Weiters wird die Würde durch respektvolles Verhalten gewahrt und beschrieben als ein Gefühl der Wertschätzung. Dies erklärt Baillie (2009) mit dem Gefühl des Umsorgens, dem „feeling of consequence“, dem Selbstwertgefühl und der Selbstachtung (Baillie, 2009).

Andere positive Faktoren, welche die Würde der Patienten/Patientinnen fördern, sind z. B. der Humor von Pflegepersonen und der Aufbau einer Beziehung zu diesen. Durch die Entwicklung einer Beziehung zum Pflegepersonal steigt die soziale Unterstützung der Patienten/Patientinnen und sie fühlen sich im Krankenhaus wohler. Bauen die erkrankten Individuen eine Beziehung mit dem Pflegepersonal auf, so wird auch auf ihre Privatsphäre Rücksicht genommen, indem z. B. sofort die

Vorhänge um die Betten zugezogen werden, um die Blicke anderer zu verhindern (Baillie, 2009).

Weitere Faktoren, welche die Würde fördern sind, respektvoller Umgang, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme, die Erklärung von Maßnahmen und die Förderung der Unabhängigkeit, aber auch die Art wie Patienten/Patientinnen angesprochen werden, spielen eine wichtige Rolle (Baillie, 2009).

Conclusio

Der Rahmen, der sich daraus ergeben hat, wie Würde in den Gebieten Ethik, Recht, Philosophie und Pflege beschrieben wird und der nun in der Analyse der Theorien und Studien auf Würde herangezogen wird, beinhaltet folgende Elemente:

- Die Würde wird gewahrt, wenn der Mensch als Individuum wahrgenommen wird und ihm vorurteilsfrei begegnet wird, ungeachtet seiner Rasse, Herkunft, Religion, etc.
- Die Ängste, Wünsche, Hoffnungen der Patienten/Patientinnen sind zu berücksichtigen.
- Ein respektvoller und würdevoller Umgang mit dem Individuum ist Voraussetzung – dies beinhaltet auch, den Patienten/die Patientin respektvoll und passend anzusprechen.
- In Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ähnlichen Gesundheitsinstituten ist die Privatsphäre der Patienten/Patientinnen zu wahren und muss ein würdevolles Sterben ermöglicht werden.
- Die Würde wird gewahrt, wenn das Individuum nicht zum Objekt degradiert wird.
- Es ist darauf zu achten, dass der Patient/die Patientin über seine/ihre Krankheit, die Folgen und die Behandlung aufgeklärt und informiert wird.

So konkret sich einige dieser Aspekte gestalten, bleibt Würde ein sehr abstraktes Konzept, das zu definieren schwierig ist. Aus diesem Grund wäre es von Vorteil, wenn sich die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen gemeinsam ausarbeiten, was Würde für sie bedeutet und durch welche Maßnahmen, auch in kritischen Situationen, die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt werden kann.

3. Würde als Begriff in Pflegetheorien

Da wir in den Theorien zahlreiche Erwähnungen des Würdebegriffs und viele implizite Würdebezüge gefunden haben, werden wir bei der Darstellung der sechs Theorien nur auf jene Würdebezüge eingehen, die inhaltlich mit der gesamten Theoriedarstellung stimmig sind. Alle expliziten Erwähnungen von Würde und die gesamten Würdebezüge werden schließlich in der Gegenüberstellung der „Care“-Theorien und in der Gegenüberstellung der Theorien zu gestörten Funktionen näher erläutert.

3.1. „Care“-Theorien (Mörth)

Watsons Theorie über die menschliche Zuwendung, Patersons und Zderads Theorie über die zwischenmenschliche Zuwendungsbeziehung und Travelbees Theorie über interpersonale Aspekte der Theorie können zur Gruppe der „Care“-Theorien gezählt werden. Diese Theorien werden im Folgenden kurz und überblicksweise dargestellt, das Hauptaugenmerk wird aber auf die jeweiligen expliziten Erwähnungen des Würdebegriffs oder auf implizite Bezüge zur Würde des Menschen gelegt.

3.1.1. Jean Watson – Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung

Watson bettet ihre Theorie in die Humanwissenschaft ein und versucht somit sich bewusst von der naturwissenschaftlichen Tradition der Medizin abzugrenzen, deren Hauptaugenmerk auf der Vermehrung von Wissen und der Behandlung von Krankheiten und Symptomen liegt. Watsons Theorie basiert auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen und diese ist nur dann möglich, wenn Pflegewissenschaft als Humanwissenschaft betrachtet wird, in der der Mensch Ausgangspunkt allen Handelns ist (Watson, 1996). *„Im Rahmen der Humanwissenschaft – nicht jedoch im herkömmlichen wissenschaftlichen Rahmen – kann die Pflege das menschliche Leben als wertvolles Geschenk begreifen, als wunderbaren, geheimnisvollen Prozeß, dem wir mit Ehrfurcht begegnen.“* (Watson, 1996, S. 32)

Philosophisch – wissenschaftlicher Hintergrund

Basierend auf den Anschauungen verschiedener Theoretikerinnen und den damit verbundenen Aussagen zum Wesen der Pflege, beschreibt sie sechs Punkte, die auch Eingang in Watsons Theorie finden, wobei nur Punkt 1 zur Gänze angeführt wird, die fünf anderen werden zusammengefasst dargestellt:

„1. Das Individuum gilt als Person, die es an sich und für sich selbst wert ist, Zuwendung zu erfahren, respektiert, genährt, verstanden und unterstützt zu werden. Jedes Individuum gilt in einem allgemeinen philosophischen Sinne als voll funktionsfähiges, integrales Selbst, das mehr und anders ist als bloß die Summe seiner Teile.“ (Watson, 1996, S. 28)

Diese Zeilen beschreiben deutlich, wie Watson den Menschen sieht: als Individuum, das aus der Masse hervor geht und mit seinen Eigenheiten wertgeschätzt und dessen Würde geschützt und gewahrt werden muss. In Watsons Theorie geht Würde immer mit Menschlichkeit einher und das oberste Gebot der Pflege, dies geht auch deutlich aus Punkt 1 hervor, ist es die Würde und Menschlichkeit zu schützen und zu fördern und warnt vor den medizinischen Betrachtungsweisen, in welchen Krankheiten, erkrankte Körperregionen und Symptome, jedoch nie die Person als Ganzes betrachtet wird. *„Qualifizierte Pflege und Gesundheitsfürsorge sind ohne den humanistischen Respekt vor der funktionalen Einheit des Menschen undenkbar geworden.“* (Watson, 1996, S. 43)

Punkt 2 bis Punkt 4 besagen, dass die zwischenmenschliche Zuwendung und die damit verbundenen Handlungen zwischen der Pflegeperson und dem Patienten/der Patientin einerseits und des Patienten/der Patientin mit seiner/ihrer Umgebung andererseits, Gesundheit und Heilung beeinflussen können, genauso wie alle zuwendungsbedingten Handlungsweisen, die über die Behandlung hinausgehen. Punkt 5 besagt, dass die Pflege, neben der Gesundheit des Patienten/der Patientin, auch das Wohlbefinden fördert (Watson, 1996).

Das Fördern von Wohlbefinden geschieht mit unterschiedlichen Maßnahmen, eine davon ist das Schützen und Stärken der Würde des Menschen. Denn Wohlbefinden kann nur dort hergestellt werden, wo die Würde gewahrt wird.

Der metaphysische Aspekt

In den Anfängen der Medizin waren Ärzte gleichzeitig auch Priester und Heiler, aber aufgrund der technologischen und medizinischen Fortschritte und vermehrten Kenntnissen des menschlichen Körpers, begann man den Körper in unterschiedliche Bereiche und Regionen einzuteilen und somit die anfängliche Einheit von Körper, Geist und Seele aufzuspalten. Schließlich bildeten sich unterschiedliche Fachgruppen, die sich mit unterschiedlichen medizinischen und technologischen Behandlungsmöglichkeiten auf unterschiedliche Bereiche des Körpers spezialisierten, wobei die Seele kaum beachtet oder vollständig ignoriert wurde (Watson, 1996).

In den letzten Jahrzehnten jedoch wurde der menschlichen Seele mehr Bedeutung beigemessen und die Haltung gegenüber einem spirituellen Aspekt des Menschen änderte sich. Doch auch wenn sich die Grundgedanken bezüglich des Selbst und der menschlichen Natur änderten, ist es die Aufgabe der Pflege, sich gesunden und kranken Menschen zu widmen und somit für ihr Wohlbefinden zu sorgen. Watsons Theorie besagt, dass *„[...] das moralische Ideal der Pflege im Prozeß der zwischenmenschlichen Fürsorge und Zuwendung liegt und die Pflege daher in der heutigen Gesellschaft die wichtige soziale Aufgabe hat, die Würde des Menschen zu schützen und die Menschlichkeit zu bewahren.“* (Watson, 1996, S. 57). Watson bezieht eine metaphysische Sichtweise von der Einheit Körper, Geist und Seele in ihre Theorie ein, die den Prozess der transpersonalen Zuwendung maßgeblich beeinflusst (Watson, 1996).

Begriffserklärungen

Seele/höheres Selbst/Geist

Die menschliche Seele entspricht in Watsons Theorie einer höheren Bewusstseinsstufe, einer inneren Stärke, die es ermöglicht einen besseren Zugang zur eigenen Intuition zu gewinnen, mitunter sogar unerklärliche, mystische Erlebnisse, Gedanken oder Vorgänge auszulösen. Der Mensch ist also ein spirituelles Individuum, das in der westlichen Gesellschaft jedoch nicht als solches betrachtet wird, sondern nur auf seine körperlichen Eigenschaften reduziert wird. Allerdings wird in diesem Zusammenhang außer Acht gelassen, dass die Empfindungen und Erfahrungen einer Person vielmehr von den inneren als von

äußeren Umständen abhängen (Watson, 1996). *„Der Seele einer jeden Person gebührt tiefer Respekt; sie verdient es, mit Würde und Ehrfurcht behandelt zu werden, weil ihre unbekannte, grenzenlose Reise durch Zeit und Raum fort dauert. Somit liegt die Existenz der menschlichen Seele in etwas Umfassenderem, Größerem und Mächtigerem begründet als dem physischen Leben wie wir es kennen und in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bisher kennenlernen konnten.“* (Watson, 1996, S. 64)

Krankheit

Krankheit bedeutet in Watsons Theorie mehr als nur eine Anzahl von Symptomen – vielmehr lässt es auf eine innere Unausgeglichenheit von Körper, Geist und Seele bzw. von Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung schließen. Solch eine Disharmonie kann aufgrund von z. B. Not, Kummer, Schuldgefühlen, Stress, etc. entstehen und verschiedene Krankheitsbilder auslösen. Natürlich kann Krankheit auch durch genetische oder konstitutionelle Faktoren verursacht werden und bei Unausgeglichenheit ausbrechen, wodurch sich die innere Disharmonie weiter vergrößert (Watson, 1996).

Gesundheit

Ist ein Körper gesund, so besteht Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele und ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung. *„Dieser Gesundheitsbegriff schließt das gesamte Wesen des Individuums mit all seinen physischen, sozialen, ästhetischen und moralischen Aspekten ein, anstatt nur wenige Bereiche des menschlichen Verhaltens und der Physiologie zu berücksichtigen.“* (Watson, 1996, S. 67)

Die Pflege

Nach Watson (1996) hat der Begriff „Pflege“ einen zärtlichen Aspekt, der unterschwellig mitschwingt. Im Grunde jedoch umfasst der Pflegebegriff:

- Wissen
- Denken
- Werte
- Handeln
- Philosophie

- Engagement
- Liebe
- Leidenschaft

Diese Punkte finden sich in allen Handlungen und in der Verbindung von beiden Beteiligten im Zuge des Prozesses der zwischenmenschlichen Zuwendung wieder (Watson, 1996).

Die Person

Die Person wird als «In-der-Welt-Seiendes» betrachtet und besteht aus drei Ebenen: Körper, Geist und Seele. *„Die Person ist also nicht nur ein Organismus oder ein materielles, physisches Wesen, sie ist auch ein Teil der Natur und ein geistiges Wesen, weder rein physisch, noch rein geistig zu sehen.“* (Watson, 1996, S. 75)

Aufgrund der Erlebnisse, die einer Person in der Welt widerfahren, erkennt sie die eigene Existenz und kann die Natur auch transzendieren, wenn sie lernt, diese zu manipulieren. Die Person und das Selbst bilden dann eine Einheit, wenn Körper, Geist und Seele ausgeglichen sind (Watson, 1996).

Das Selbst

Das Selbst entspricht einem unendlichen Ablauf, in dem Erfahrungen in Wissen gewandelt werden und ein Moment den nächsten beeinflusst. Es gibt auch ein ideales Selbst, das einem spirituellen Selbst entspricht und in dem das eigentliche Wesen der Person liegt (Watson, 1996).

Das phänomenale Feld

Das phänomenale Feld basiert auf allen Erfahrungen und Erlebnissen, die eine Person gemacht hat und beeinflusst auch in weiterer Folge, das Verhalten und die Wahrnehmung der Person in unterschiedlichen Situationen. Das phänomenale Feld, ebenso der geistige und emotionale Zustand, kann sich von einem Moment zum anderen verändern, genauso wie ihre Wahrnehmungen, Ideen, Erinnerungen und Zukunftsvisionen, die sich miteinander verbinden und wieder in das phänomenale Feld einwirken (Watson, 1996).

Harmonie und Disharmonie

Besteht zwischen Körper, Geist und Seele oder zwischen der Person und der Welt oder zwischen der Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung eine Unausgeglichenheit, führt dies zu einer inneren Inkongruenz, die auch wahrgenommen wird. Diese stellt eine Bedrohung für das Wohlbefinden der Person dar und kann Krankheit, Angst, Verzweiflung oder Unruhe auslösen und über einen längeren Zeitraum hinweg auch verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen. Eine Disharmonie, die als Unzufriedenheit und Unausgeglichenheit wahrgenommen wird, kann daher rühren, dass sich Körper, Geist und Seele in keinem harmonischen Verhältnis befinden, wenn die Person das eigene Selbst ablehnt oder wenn sie einem unrealistischen idealen Selbst folgt, oder aber wenn die Bindung zu anderen Menschen fehlt. Der Mensch versucht Harmonie von Körper, Geist und Seele zu erzielen, damit er sein Selbst weiterentwickeln und einbeziehen kann. Die Aufgabe der Pflege ist es herauszufinden, weshalb Unausgeglichenheit entsteht und wie sie beseitigt werden kann (Watson, 1996).

Ereignis und Anlass der Zuwendungstransaktion

Das Ereignis ist der erste Kontakt zwischen der Pflegeperson und dem Patienten/der Patientin und somit auch das Aufeinandertreffen ihrer persönlichen Erfahrungen und phänomenalen Felder. Das Ereignis entspricht einem Punkt in Zeit und Raum, auf welchem in weiterer Folge die jeweiligen Erfahrungen und Wahrnehmungen basieren. Der Anlass ist umfangreicher als das Ereignis, bezieht Entscheidungen und Taten sowohl von der Pflegekraft als auch von dem Patienten/der Patientin mit ein und kann nachhaltigen Einfluss auf ihre weiteren Lebensgeschichten nehmen (Watson, 1996).

Schwerpunkt, Intensität und Perspektive

Während der Patient/die Patientin den Schwerpunkt auf seine/ihre Krankheit und ihre Auswirkungen auf seine/ihre Lebenssituation legt, konzentriert sich die Pflegekraft auf das Selbst der erkrankten Person. Auch nehmen die am Prozess Beteiligten die Intensität ihrer Beziehung anders wahr. Während der Patient/die Patientin direkt von der Krankheit betroffen ist, kann sich die Pflegekraft lediglich in sein/ihr Empfinden einfühlen. Selbiges trifft auch auf die Perspektive zu: die Pflegeperson spürt den

Schmerz nicht, im Gegensatz zum erkrankten Menschen, bei welchem sich das Leiden auf dessen Körper, Geist und Seele auswirkt (Watson, 1996).

Grundbestreben und Bedürfnisse

„Der Mensch hat ein Grundbestreben: sein wahres Selbst zu verwirklichen, indem er den spirituellen Kern seines Selbst verwirklicht und – im höchsten Sinne – gottähnlicher wird.“ (Watson, 1996, S. 77)

Durch Transaktionen, die im Zuge der zwischenmenschlichen Zuwendung getätigt werden, soll das eigene Selbst weiterentwickelt werden, wodurch die Erkenntnis, Achtung, Kontrolle und Heilung des Selbst der Pflegeperson und des Patienten/der Patientin gesteigert werden kann. Das Verhalten eines jeden Menschen dient allein dazu, die eigenen Bedürfnisse, die er im phänomenalen Feld wahrnimmt, zu befriedigen (Watson, 1996).

Die menschlichen Bedürfnisse sind:

- Wunsch nach Liebe und Zuwendung
- positive Reaktion und Akzeptanz
- Verständnis und Wertschätzung
- zwischenmenschliche Bindungen einzugehen
- mit der Welt in Harmonie zu leben (Watson, 1996).

Annahmen und Voraussetzungen der zwischenmenschlichen Zuwendungsbeziehung

Folgende Annahmen sind für das Verständnis der Theorie notwendig (Watson 1996):

1. Die Pflegekraft kann im Zuge des Prozesses der zwischenmenschlichen Zuwendung mittels Transaktionen auf einer höheren Ebene, die Zeit und Raum transzendiert, eine Bindung zum Patienten/zur Patientin aufbauen, wodurch ein besseres Bewusstsein des Selbst entstehen kann.
2. Der Körper des Menschen ist durch Zeit und Raum determiniert – die Seele des Menschen allerdings nicht.
3. Betrachtet die Pflegeperson Körper, Geist und Seele als Einheit und nicht als voneinander getrennte Bereiche des Menschen, so kann sie *„über alle Ebenen – Körper, Geist oder Seele – Zugang zum inneren Selbst der Person [...] finden [...]“* (Watson, 1996, S. 69)

4. *„Jeder Mensch sollte seinen Umgang mit anderen auf den eigenen Wesenskern und das eigene moralische Verständnis hin überprüfen, denn wenn jemand auf grundlegender Ebene (z. B. in der pflegerischen Beziehung) entmenschlicht wird, kann von dieser Beziehung keine Menschlichkeit zurückstrahlen.“* (Watson, 1996, S. 69)

Diese Aussage erinnert an die «Goldene Regel»: «Was du nicht willst, das man dir tu’, das füg’ auch keinem ander’n zu.» Dies bedeutet, nur wenn man selbst erkennt, welche Werte einem wichtig sind, kann man diese Werte auch in eine Beziehung zu einer anderen Person einbauen. Wie weiter oben beschrieben, ist es die Aufgabe der Pflege die Würde und Menschlichkeit der Patienten/Patientinnen zu wahren und dies gelingt der Pflegeperson, wenn sie diese so behandelt, wie sie selbst gerne behandelt werden möchte.

5. Jede Person ist ein soziales Wesen, das Liebe und Zuwendung von anderen braucht.
6. Um Krankheiten erkennen zu können, ist es wichtig, nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der geistigen Ebene zu suchen.
7. Das phänomenale Feld ist die Summe aller bisherigen Erlebnisse eines Menschen. *„Das phänomenale Feld ist der Bezugsrahmen des Individuums und schließt dessen subjektive, innere Beziehungen ebenso mit ein wie seine Wahrnehmungen und Erfahrungen von Objekten und Subjekten sowie von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.“* (Watson, 1996, S. 70)

Damit die Pflegeperson den Prozess der zwischenmenschlichen Zuwendung beginnen kann, muss sie (Watson 1996):

- *„menschliches Verhalten und menschliche Reaktionen auf akute oder potentielle Gesundheitsprobleme kennen;“* (American Nurses’ Association, 1980, zitiert in: Watson, 1996, S. 99)
- *„individuelle Bedürfnisse erkennen und verstehen;*
- *Möglichkeiten zur Erfüllung von Bedürfnissen beherrschen;*
- *um die eigenen Stärken und Grenzen wissen;*
- *die andere Person in ihren Stärken und Grenzen wahrnehmen;*
- *die Bedeutung der Situation einschätzen;*
- *und Einfühlsamkeit, Trost und Mitgefühl zum Ausdruck bringen können.“*
(Watson, 1996, S. 99)

Die Werte der zwischenmenschlichen Zuwendungsbeziehung

Die Werte, für die die Pflegekraft in diesem Zusammenhang und im Zuge der zwischenmenschlichen Zuwendung eintritt, sind:

- Achtung der Wunder und Rätsel des Lebens
- Würdigung einer spirituellen Dimension des Lebens
- Würdigung einer Kraft, die allen Prozessen der Zuwendung, des Wachstums und Veränderung immanent ist
- Respekt vor dem Menschen und dem menschlichen Leben
- Schutz und Förderung der Autonomie und Entscheidungsfreiheit der erkrankten Person
- Anerkennung der individuellen Wahrnehmungen und Erlebnisse betreffend Gesundheit und Krankheit
- Förderung der Selbsterkenntnis, Selbstkontrolle und Selbstheilungskraft des Patienten/der Patientin (Watson, 1996).

Das Ziel der Pflege

Das Ziel der Pflege ist es, im Zuge des Prozesses der zwischenmenschlichen Zuwendung, mit Handlungen die Harmonie von Körper, Geist und Seele wieder herzustellen, wobei dies die Selbstheilungskräfte und die Selbsthilfe des Patienten/der Patientin aktiviert. Konkret geschieht dies dadurch, dass die Pflegeperson aktiv auf die erkrankte Person und ihr Empfinden eingeht und sie dabei insofern unterstützt (Watson, 1996) *„[...] den Sinn der eigenen Existenz sowie die Bedeutung der inneren Disharmonie, des Leidens und des Unwohlseins zu erkennen, damit in einem zweiten Schritt die Selbstkontrolle, die Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung der Person gestärkt werden kann.“* (Watson, 1996, S. 67)

Dieses aktive Eingehen der Pflegekraft auf den Patienten/die Patientin selbst und auf sein/ihr Empfinden bedeutet, die erkrankte Person in ihrer Ganzheit wahrzunehmen und nicht nur den betroffenen Körperregionen Aufmerksamkeit zu schenken. Da der Patient/die Patientin nicht auf seine/ihre Erkrankung oder Verletzung reduziert wird, wird gleichzeitig seine/ihre Menschlichkeit und somit auch seine/ihre Würde wahrgenommen.

Die zwischenmenschliche Zuwendungsbeziehung

Das Potenzial, das in der Beziehung zwischen der Pflegeperson und dem Patienten/der Patientin liegt, ist für Watsons Theorie maßgeblich und kann positive Effekte auf beide am transpersonalen Zuwendungsprozess Beteiligten haben. Allerdings können diese Auswirkungen nur erzielt werden, wenn einige Punkte von beiden Seiten erfüllt werden (Watson, 1996).

„Eine wichtige Rolle spielte auch, daß sie [die Fürsorge, Anm.] Wissen, Verantwortung und menschliche Größe sowie ein tiefgehendes persönliches, soziales und moralisches Engagement jeder einzelnen Pflegekraft zur Voraussetzung hat.“ (Watson, 1996, S. 43)

Erfüllt eine Pflegeperson diese Bedingungen, so erkennt sie in der erkrankten Person das Individuum, mit seinen persönlichen Eigenschaften und Bedürfnissen und sieht in ihm nicht nur die Krankheit und ihre Symptome. Dies bedeutet in weiterer Folge, dass die Pflegekraft nicht Gefahr laufen wird, den Patienten/die Patientin zum Objekt zu degradieren, wodurch seine/ihre Menschlichkeit und Würde gewahrt werden.

Auch muss die Pflegeperson den Wert der transpersonalen Zuwendung anerkennen, um sie überhaupt dem Patienten/der Patientin zukommen zu lassen, und muss diese Erkenntnis einer höheren geistigen Ebene entspringen. Es geht dabei um mehr als um die Betreuung aus Pflichtbewusstsein oder moralischer Verpflichtung (Watson, 1996). Diese höhere Ebene *„... setzt voraus, daß sich die Pflegekraft aus ihrer philosophischen Grundhaltung heraus moralisch verpflichtet fühlt, Würde und Menschlichkeit zu schützen und zu bewahren.“* (Watson, 1996, S. 49)

Während die Medizin, aufgrund ihres naturwissenschaftlichen Ansatzes, versucht den Patienten/die Patientin in erkrankte und gesunde Körperregionen einzuteilen, um diesen/diese dann noch weiter aufzuspalten, ihn/sie dann von Fachgebiet zu Fachgebiet herumreicht, während sich die technischen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten immer weiter entwickeln, und auch die Bürokratisierung im Gesundheitswesen zunehmend um sich greift, ist es die Aufgabe der Pflege, die zwischenmenschliche Zuwendung im Bereich ihrer Möglichkeiten langfristig zu etablieren (Watson, 1996).

„Unser Berufsstand trägt sowohl gegenüber jedem einzelnen als auch gegenüber der gesamten Gesellschaft die große ethische und soziale Verantwortung, sich in Gegenwart und Zukunft als Anwalt der Menschlichkeit zu engagieren.“ (Watson, 1996, S. 50). Es ist also Aufgabe der Pflegepersonen, neben den praktischen

pflegerischen Tätigkeiten, einerseits dafür zu sorgen, dass sie nicht selbst im Zuge der Arbeitsroutine, die Würde der Patienten und Patientinnen verletzen, und andererseits deren Würde zu schützen, wenn die Gefahr besteht, dass sie durch andere verletzt wird.

Das Besondere an der transpersonalen Zuwendungsbeziehung ist, dass sie die Möglichkeit bietet, die Einheiten von Körper, Geist und Seele von zwei Individuen in einem bewusst erlebten Augenblick zu verschmelzen, wodurch deren Selbstheilung und innere Harmonie verstärkt werden, und somit ihr Selbst, Zeit, Raum und ihre Biografie transzendieren. Im Idealfall lernen die beiden beteiligten Personen ihr eigenes Selbst im anderen kennen – dies entspricht einem universellen Selbst – und tritt auch das phänomenale Feld der Pflegeperson in das phänomenale Feld des Patienten/der Patientin ein und umgekehrt, wobei diese gemeinsame Erfahrung ein eigenes Feld bildet. Aufgrund dieser Intersubjektivität wird verhindert, dass der erkrankten Person jegliche Menschlichkeit abgesprochen wird. Schließt die Pflegeperson den Patienten/die Patientin vor ihrer eigenen Subjektivität aus und verhindert somit die Intersubjektivität, degradiert sie sowohl sich selbst als auch die erkrankte Person zum Objekt (Watson, 1996).

„In den mit der Zuwendung verbundenen Transaktionen vermittelt und spiegelt die Pflegekraft unter dem spezifischen Einsatz von Bewegungen, Sinneswahrnehmungen, Berührungen, Geräuschen, Worten, Farben und Formen die Verfassung des Patienten oder der Patientin wider. Sie geht dabei so vor, daß intersubjektive Gefühle, Gedanken und angestaute Energien frei werden und in Fluß kommen können.“ (Watson, 1996, S. 78-79). Dadurch hilft sie aktiv, die Harmonie wiederherzustellen, sowie die Bedeutung der Erfahrungen herauszufinden und erreicht sie dadurch auch das Ziel der Pflege: die Würde der erkrankten Personen zu fördern (Watson, 1996).

Im Zuge der zwischenmenschlichen Zuwendung bringen sowohl die Pflegeperson als auch der Patient/die Patientin seine/ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse und somit ihr jeweiliges phänomenales Feld in die Beziehung mit ein, während genau dieser Kontakt wiederum Einfluss auf ihre Lebensgeschichte nimmt (Watson, 1996).

Persönliche Stellungnahme

Watsons Theorie der zwischenmenschlichen Zuwendung ist an und für sich leicht verständlich und nachvollziehbar. Es gibt Teile von verschiedenen Kapiteln, die sie ständig wiederholt um dann noch ein Detail hinzuzufügen, allerdings fällt dies nicht negativ auf, sondern erfährt der Leser/die Leserin, worauf es in der Theorie ankommt. Besonders positiv hervorzuheben ist die Synopse im letzten Kapitel, in der noch einmal kurz die wichtigsten Punkte zusammengefasst angeführt werden.

Mir hat besonders gut an der Theorie gefallen, dass jeder Mensch als Individuum gesehen und somit Patienten/Patientinnen in ihrer Ganzheit mit ihrer persönlichen Biografie betrachtet werden sollen. Sie beschreibt das wörtlich: „*Das Individuum gilt als Person, die es an sich und für sich wert ist, [...] respektiert, [...] und unterstützt zu werden.*“ (Watson, 1996, S. 28). Versucht man nach diesem Grundsatz seinem Mitmenschen zu begegnen, ist es von vornherein nicht möglich, auf irgendeine Art und Weise eine Abhängigkeit oder ein Defizit auszunützen, überheblich oder abfällig über eine Person zu reden. Viele Pflegeskandale in den letzten Jahrzehnten hätten nach diesem Grundsatz nie stattgefunden. Dieser Ansatz ist, meiner Meinung nach wert, öfters ins Gedächtnis gerufen zu werden, sowohl in der Pflegepraxis als auch im täglichen Umgang mit unseren Mitmenschen.

Auch ist positiv an der Theorie von Watson (1996), dass Krankheiten nicht nur symptomatisch behandelt werden sollen, sondern, dass Ursachen in einem Ungleichgewicht von Körper, Geist und Seele gesucht werden. Allerdings ist es in der Praxis eher so, dass die Zeit und auch das Personal nicht ausreichen, um auch psychische Ursachen für diverse Krankheiten zu erwägen und nicht nur die Symptome zu behandeln. Auch dieser Ansatz würde vielen Patienten/Patientinnen und dem gesamten Gesundheitssystem an sich zugute kommen, zumal wir in einer Gesellschaft leben, in welcher z. B. das Burn-Out-Syndrom einer Volkskrankheit gleichkommt. Die Lebensqualität von einigen Patienten/Patientinnen könnte gesteigert werden, wenn bereits zu einem frühen Zeitpunkt psychische Probleme für körperliche Symptome festgemacht werden könnten.

Ein Aspekt in Watsons (1996) Theorie, den ich für anmaßend empfinde, ist, dass Pflegenden die Rolle der Menschlichkeit sind. Doch hier kann die Pflege nicht andere wichtige Berufsgruppen wie Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Seelsorger/Seelsorgerinnen etc. ersetzen, denen Watson (1996) gleichzeitig auch das Recht oder die Verpflichtung abspricht, als Anwälte der Menschlichkeit zu

agieren. Allerdings ist es vielmehr so, dass es Aufgabe aller Berufsgruppen ist, die Würde des Menschen zu schützen und die Menschlichkeit zu wahren. Dies muss insbesondere in der interdisziplinären Zusammenarbeit beachtet und auch gewährleistet werden.

Der Ärztestand kommt ohnehin nur sehr schlecht in Watsons Theorie (1996) weg. Watson (1996) beschuldigt das ärztliche Personal, dass sie die erkrankte Körperregion nur isoliert betrachten und sich nur mit der Behandlung der Symptome beschäftigen. Dies beschreibt Watson (1996) wieder auf eine sehr anmaßende Art, denn sie unterstellt damit allen anderen Disziplinen, rücksichtslos ihrem Beruf nachzugehen, und nur die Pflege allein, kann die Würde des Patienten/der Patientin schützen.

Watson (1996) betont in ihrer Theorie mehrmals, dass die zwischenmenschliche Zuwendung, das moralische Ideal der Pflege ist. Auch beschreibt sie in groben Zügen, wie dieser Prozess abläuft und wie wichtig es ist, die Harmonie von Körper, Geist und Seele durch die Pflege zu verbessern oder wiederherzustellen. Allerdings tun sich viele Fragen auf, die bis zum Schluss unbeantwortet bleiben, z. B.:

Wie ist der Prozess der zwischenmenschlichen Zuwendung in den Pflegealltag integrierbar? Ist eine Pflegeperson für einen einzelnen Patienten/eine einzelne Patientin zuständig oder für eine ganze Station? Können verschiedene Pflegepersonen mit einem Patienten/einer Patientin den Prozess der zwischenmenschlichen Zuwendung eingehen? Ist gegenseitige Sympathie nötig?

Es hat den Anschein, dass in Watsons Theorie (1996) der zwischenmenschlichen Zuwendung viele verschiedene Punkte stecken, die es wert wären in den Pflegealltag zu integrieren, insbesondere den intersubjektiven Ansatz, wodurch die Menschlichkeit gefördert, die Würde gewahrt und verhindert wird, dass der Patient/die Patientin zum Objekt degradiert wird. Allerdings ist es so, dass zu viele Fragen ungeklärt bleiben, wodurch, meiner Meinung nach, die Theorie von Watson einen esoterischen und nicht wissenschaftlichen Beigeschmack bekommt.

3.1.2. Josephine Paterson und Loretta Zderad – Humanistische Pflege

Da in dem Buch *Humanistische Pflege* von Paterson und Zderad (1999), einige Übersetzungsfehler enthalten sind und mir dadurch der Sinn bestimmter Sätze oder Ausdrücke nicht ersichtlich war, habe ich ergänzend aus dem Internet die vollständige, englische Fassung verwendet, die frei zugänglich und kostenlos mit Seitenzahlen von den beiden Autorinnen bereitgestellt wurde: <http://www.gutenberg.org/files/25020/25020-8.txt>.

Somit werde ich gelegentlich einzelne von mir übersetzte Begriffserklärungen oder die originalen Bezeichnungen, für ein besseres Verständnis übernehmen.

Die humanistische Pflege wird in der Pflgetheorie von Paterson und Zderad folgendermaßen definiert: *„Als ein existenzieller – in Beziehung zum gesamten menschlichen Dasein stehender – Handlungsvollzug spricht er alle Gaben und Kräfte der Beteiligten an und ist darauf ausgerichtet, menschliches Potential zur Entfaltung zu bringen, d.h. die Pflege ist auf Wohlbefinden und persönliches Wachstum ausgerichtet.“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 137)

Grundelement der humanistischen Pflege ist ein intersubjektives Verhältnis von Pflegeperson und Patient/Patientin – nicht eine einseitige Subjekt-Objekt-Beziehung, und *„[...] deren Bedeutsamkeit verlangt nach begrifflicher Formulierung auf der Basis eines existentiellen Gewährwerdens seiner selbst und des anderen.“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 12)

Ist eine Pflegeperson im Einklang mit sich selbst und sich all ihrer Reaktionen und Empfindungen bewusst, so kann sie mit sich selbst «In-Fühlung-Sein», wodurch andere Personen, wenn sie eine Beziehung zu ihr aufbauen, zu ihrem Selbst finden können (Paterson & Zderad, 1999).

Pflegepersonen sind aufgrund ihres Berufes oft bei einschneidenden Erlebnissen von Menschen anwesend (Geburt, Tod, Trennung, etc.). Durch das «In-Fühlung-Sein» mit sich selbst und durch das unvoreingenommene Bewusstsein, kann die Pflegeperson neue Einsichten erhalten. Eine Pflegekraft, die nach der humanistischen Pflgetheorie tätig ist, hat die Aufgabe, ihre eigene Perspektive, die Reaktionen anderer und die gegenseitigen «Calls» (z. B. Paterson & Zderad, 2007, S. 29) und «Responses» (z. B. Paterson & Zderad, 2007, S. 29), welche dem

«zwischen» entsprechen, zu beschreiben. Diese Beschreibungen ermöglichen es der Pflegeperson den Patienten/die Patientin so wahrzunehmen, wie er/sie wirklich ist und leisten somit einen erheblichen Beitrag zur menschlichen Gesellschaft bei. Durch die intensive Beschäftigung mit menschlichen Phänomenen in der Pflege kann die Qualität der Pflegesituation gesteigert und das Wissen über die individuellen Bewältigungsstrategien der Menschen gefördert werden und somit zur Entwicklung einer Pflegelehre und zur Pflegewissenschaft allgemein beitragen (Paterson & Zderad, 1999). *„Das Beschreiben von Erscheinungen und Vorgängen innerhalb der Pflege setzt voraus, daß die Pflegekraft in der jeweiligen Situation besonnen, verantwortungsvoll, bewußt, aufmerksam, unvoreingenommen gegenwärtig ist und sich danach um unvoreingenommene Reflexion und Beschreibung bemüht.“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 18).

Wiederholt die Pflegeperson diese Vorgänge des Untersuchens, Nachdenkens etc., so kann sie zu neuen Einsichten gelangen (Paterson & Zderad, 1999).

Vorurteilsfreies, verantwortungsvolles und aufmerksames Handeln der Pflegeperson wird vorausgesetzt, um auch in weiterer Folge die Erlebnisse mit dem Patienten/der Patientin unvoreingenommen zu beschreiben und zu reflektieren. Hält sich die Pflegekraft an diese Voraussetzungen und begegnet sie dem Patienten/der Patientin vorurteilsfrei und verantwortungsvoll, ungeachtet seines/ihrer religiösen, familiären und ethnischen Hintergrunds bzw. seiner/ihrer politischen Haltung, wird gewährleistet, dass der Mensch die Pflege bekommt, die er verdient, wodurch in weiterer Folge auch seine Würde gewahrt wird.

Die Grundlagen der humanistischen Pflege

Die Pflegeperson

Nach Paterson und Zderad (1999) *„[...] ist eine Pflegeperson ein menschliches Wesen, sich entfaltend durch intersubjektive Beziehungen in Appell und Entgegnung, in ihrer leidenden, frohgemuten, kämpfenden chaotischen Menschlichkeit; stets über das Mögliche hinausstrebend und dabei nie völlig frei von niedrigen persönlichen, menschlichen Bedürfnissen.“* (S. 95)

Durch das Beisein der Pflegekraft in Krisensituationen, können die Patienten/Patientinnen ihr eigenes Potenzial fördern. Als Mensch hat man die Möglichkeit sein eigenes «Ich», sowie seine Beziehungen zu anderen zu reflektieren. Die Pflegeperson kann durch diese Fähigkeit sich selbst besser kennen lernen,

wodurch sie in weiterer Folge ihre eigene Menschlichkeit, sowie die der anderen wertzuschätzen lernt (Paterson & Zderad, 1999).

Dies entspricht dem Idealzustand der Pflege, wenn Pflegekräfte ihr eigenes «Mensch-Sein» erkennen und dem jene Bedeutung beimessen, die der Menschlichkeit zusteht. Indem sie die Bedeutung dessen erkennen, was jeden Menschen ausmacht und ihn so besonders macht und von seinen Mitmenschen unterscheidet, ist auch garantiert, dass seine Würde gewahrt wird. Diese wird verletzt, wenn außer Acht gelassen wird, dass jeder Mensch ein Individuum ist und er seiner selbst willen wert ist, geachtet zu werden.

Wohlbefinden und persönliches Wachstum

Paterson und Zderad definieren Wohlbefinden als einen „[...]Schirm, unter dem alle anderen Werte – persönliches Wachstum, Gesundheit, Freiheit und Offenheit – Schutz fanden.“ (Paterson & Zderad, 1999, S. 129)

All diese Werte sind von wesentlicher Bedeutung für das Wohlbefinden, allerdings fehlt in dieser Definition, dass das Wahren der Würde unablässig für das Wohlbefinden ist. Denn Freiheit, Offenheit, Gesundheit und persönliches Wachstum alleine können kein Wohlbefinden garantieren, wenn die Pflegeperson die Würde des Patienten/der Patientin verletzt. Vergisst die Pflegeperson z. B. beim Waschen des Patienten/der Patientin den Vorhang zuzuziehen und gibt dessen/deren Körper, den anderen Anwesenden im Zimmer preis, so kann sie sehr wohl seine/ihre Freiheit, Offenheit, persönliches Wachstum und Gesundheit nicht beeinträchtigen, trotzdem wird sich beim Patienten/bei der Patientin kein Wohlbefinden einstellen, da seine/ihre Würde verletzt wurde.

Paterson und Zderad (1999) haben zwölf Verhaltensweisen der Pflegeperson entwickelt, die zum Wohlbefinden des Patienten/der Patientin beitragen. Ich werde aber lediglich auf jene Aspekte eingehen, die sich auf die Würde der Patienten/Patientinnen beziehen, um den Rahmen nicht zu sprengen:

1. Die Pflegepersonen sollen den Patienten/die Patientin mit seinem/ihrer Namen ansprechen, damit er/sie sich seiner/ihrer persönlichen Identität und deren Wert und Würde bewusst wird (Paterson & Zderad, 1999).

Das namentliche Nennen des Patienten/der Patientin trägt somit bei, seine/ihre Würde erkennen zu können. Es wird allerdings an dieser Stelle

nicht erwähnt, wie die Pflegepersonen sonst dazu beitragen können, die Würde der Patienten/Patientinnen zu schützen und zu wahren. Das bloße persönliche und namentliche Ansprechen erscheint dürftig, um auf die Würde und den Wert der Patienten/Patientinnen beim intersubjektiven Prozess der Pflege aufmerksam zu machen, in welchem die Patienten/Patientinnen fast immer die (körperlich) Unterlegenen und die Schutzbedürftigen sind.

2. Die Pflegepersonen sollen den Patienten/Patientinnen Informationen und Erklärungen zukommen lassen, wenn sie danach verlangen oder einen ratlosen Eindruck machen (Paterson & Zderad, 1999).

Es ist wichtig für den Patienten/die Patientin aufgrund der Informationen, die ihm/ihr mitgeteilt werden, seinen/ihren eigenen Zustand besser einschätzen und letzten Endes auch Entscheidungen treffen zu können. Indem die Pflegekraft den Patienten/die Patientin informiert, zeigt sie ihm/ihr Respekt und betrachtet ihn/sie als Individuum, das aufgeklärt werden möchte. Darum ist es unablässig, der erkrankten Person Informationen zukommen zu lassen, wenn seine/ihre Würde gewahrt werden soll.

7. Jede Pflegeperson soll die Entscheidungen, die der Patient/die Patientin für sich trifft, akzeptieren (Paterson & Zderad, 1999).

Durch diese Akzeptanz wird die Würde des Patienten/der Patientin gewahrt, weil die Pflegeperson das Individuum und den Experten/die Expertin für die eigene Erkrankung im Patienten/in der Patientin erkennt. Die Pflegekraft maßt sich nicht an, besser zu wissen, was gut oder schlecht für den Patienten/die Patientin ist oder wie sie in der Situation des Patienten/der Patientin entschieden hätte. Dies hat Travelbee (1971) in ihrer Theorie der zwischenmenschlichen Aspekte bereits beschrieben, dass der Patient/die Patientin seiner/ihrer Einzigartigkeit beraubt wird, wenn die Pflegeperson sich vorstellt, wie sie in der jeweiligen Situation handeln würde, zumal dies nicht mit den Ansichten der erkrankten Person übereinstimmen muss.

Weiters haben Paterson und Zderad (1999) vier Kriterien ausfindig gemacht, die auf den Grad und das Maß des Wohlbefindens schließen lassen:

1. *„Beziehungen zu anderen Menschen, die einen als eine existierende, ernstzunehmende Person bestätigen.*
2. *Gefühlsmäßige Anpassung an die Umgebung entsprechend dem Wissensstand, den persönlichen Möglichkeiten und hochgehaltenen Werten.*
3. *Gegenwartsbewußtsein und Anpassung an die gegenwärtige Wirklichkeit, gepaart mit dem Verständnis für den Einfluß der Vergangenheit und der nötigen Distanz dazu.*
4. *Wahrnehmung und richtige Einschätzung der eigenen Kräfte und Grenzen, an denen die zukünftigen Möglichkeiten abzulesen sind.“*

(Paterson & Zderad , 1999, S. 161)

Fehlen beim Patienten/bei der Patientin Punkt 1 bis 4, kann die Pflegeperson daraus schließen, dass er/sie sich nicht wohlfühlt (Paterson & Zderad, 1999).

Auch hier fehlt meiner Ansicht nach der Begriff Würde. Beziehung zu anderen Menschen, gefühlsmäßige Anpassung an die Umgebung, Anpassung an die Wirklichkeit und Wahrnehmung der Kräfte sind meiner Meinung nach nicht genug, um auf Wohlbefinden schließen zu können. Es fehlt der Aspekt, dass Patienten/Patientinnen abhängig sind von Pflegepersonen und diese Abhängigkeit von manchen ausgenutzt werden kann, mutwillig oder unabsichtlich im Stress der Pflegeroutine, wodurch in weiterer Folge die Würde der Patienten/Patientinnen verletzt wird.

Sein und Tun

Die Pflege setzt sich zusammen aus Sein und Tun, wobei das eine das andere bedingt. Allerdings ist es so, dass die Beschreibungen des Pflegepersonals sich beinahe ausschließlich auf das Tun beziehen, z. B.: Pflegetechniken, - verfahren etc., weil diese leichter erkennbar sind. Hingegen ist das Sein schwerer zu beschreiben, da es sich um die Auswirkungen der bloßen Anwesenheit der Pflegeperson handelt. Jedoch sollte jede Pflegekraft trotzdem versuchen ihre Erfahrungen des Seins zu beschreiben, da ansonsten viel Informationen verloren gehen würden. Das Beisein («being with» z. B. Paterson & Zderad, 2007, S. 14) der Pflegeperson mit dem Patienten/der Patientin kommt einem Tun gleich, weil die Pflegekraft aktiv anwesend ist. Dieses Beisein bedeutet, dass die Pflegeperson

bewusst ihr Augenmerk ausschließlich auf den Patienten/die Patientin und der gemeinsamen Erfahrung mit ihm/ihr im «hier und jetzt» richtet (Paterson & Zderad, 1999).

«Zwischen»

Das «Zwischen» beschreibt den Bereich des Intersubjektiven (Paterson & Zderad, 2007), zwischen Pflegeperson und Patient/Patientin, Angehörigen des Patienten/der Patientin, Kollegen/Kolleginnen und andere im Gesundheitssystem Tätige (Paterson & Zderad, 1999). *„Das «zwischen» ist mehr als ein Faktor oder ein Aspekt der Pflege; es ist der Grund, auf dem und durch den Pflege sich ereignen kann.“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 41)

Die humanistische Pflege

Die humanistische Pflege kann dargestellt werden als *„[...] fürsorgliches Eingehen eines Menschen auf einen anderen, der dessen bedarf, ist sie ausgerichtet auf die Entwicklung menschlichen Potentials, auf Wohlbefinden und persönliches Wachstum.“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 26). Im Vordergrund stehen die Selbststeigerung und die Selbsterhaltung des Menschen. Um dies gewährleisten zu können, wird von der Pflegekraft verlangt, sich mit ihrem ganzen Sein und ihrem Wesen, in ihrer gesamten Präsenz einzubringen. Dieses Engagement basiert einerseits auf persönlicher und andererseits auf professioneller Natur; persönlich bedeutet in diesem Zusammenhang ein individuelles und freiwilliges Handeln der Pflegeperson und professionell heißt zielgerichtet (Paterson & Zderad, 1999).

Der Rahmen: Die menschliche Situation

Die menschliche Situation stellt den Schauplatz dar, in welchem die Pflege gelebt wird (Paterson & Zderad, 2007). *„Zu den Elementen dieses Begriffsrahmens für die humanistische Pflege gehören Menschen aus Fleisch und Blut (Patient und Pflegekraft) in ihrer Begegnung (als eines Seins und Werdens) im Vorgang eines zielgerichteten (Wohlbefinden und persönliches Wachstum fördernden) zwischenmenschlichen Handlungsaustausches (Gegenwärtigsein und gemeinsames Handeln), der sich in Zeit und Raum (als objektiv meßbaren und als von Patient und Pflegekraft erlebten Größen) in einer Welt der Menschen und der Dinge ereignet.“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 39)

- Menschen aus Fleisch und Blut:

Eine der grundlegendsten Aufgaben der Pflege ist seit je her, den körperlichen Bedürfnissen des Patienten/der Patientin nachzukommen. Um die Pflege aus der Perspektive der menschlichen Situation heraus zu betrachten, bedeutet jedoch, nicht nur den körperlichen Zustand des Patienten/der Patientin zu betrachten, sondern darüber hinaus ihn/sie als Ganzes zu betrachten, wodurch auch sein/ihr «Sein und Werden» berücksichtigt wird. Der Mensch als ein körperliches Wesen hat Einfluss auf die Welt und umgekehrt, wobei er seine eigene, individuelle Welt erschafft. Erkrankt er, so verändert sich seine Welt. Die Pflegekraft hat in diesen Zusammenhang die Aufgabe herauszufinden, wie die erkrankte Person ihre Welt wahrnimmt (Paterson & Zderad, 1999).

Aufgrund dieses individuellen Eingehens auf den Patienten/die Patientin und Rücksichtnahme auf seine/ihre Bedürfnisse ist gewährleistet, dass seine/ihre Würde gewahrt wird. Das Wahrnehmen und Erkennen von Bedürfnissen geht immer einher mit intensiver Auseinandersetzung mit dem Patienten/der Patientin, wodurch der Pflegenden/die Pflegenden nicht Gefahr läuft, durch Routinearbeit die Individualität des Erkrankten/der Erkrankten zu negieren. Umgekehrt ist auch die Pflegeperson ein Mensch aus Fleisch und Blut und darf nicht als eine Art Roboter betrachtet werden, der ausschließlich Tätigkeiten ausübt.

- Zwischenmenschlicher Handlungsaustausch:

Der Rahmen der menschlichen Situation innerhalb der intersubjektiven Transaktion weist auf Möglichkeiten hin, wie die Entwicklung menschlicher Kräfte, sowie das Potenzial der Pflegeperson bzw. das Potenzial des Patienten/der Patientin erforscht werden können (Paterson & Zderad, 1999).

Die humanistische Pflege als gelebter Dialog

Das Phänomen der Pflege, das aus der Fürsorge, der intersubjektiven Transaktion und das von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen erlebte oder erfahrene Ereignis in der alltäglichen Welt besteht, entspricht einem Dialog (Paterson & Zderad, 2007).

Der Dialog entspricht im existenziellen Sinn einem Prozess, an dem die Person als Ganzes teilnimmt, wobei sich die teilnehmenden Personen gegenseitig als von sich unterscheidende Individuen betrachten und sich miteinander in Beziehung setzen. Der Dialog selbst zeichnet sich dadurch aus, dass er nicht ausschließlich aus verbalen und nonverbalen Ausdrücken besteht, sondern auch aus «calls» und «responses» (Paterson & Zderad, 1999).

Die Begegnung:

„In einer echten Begegnung nimmt die Pflegekraft den Patienten als von ihr abgehoben wahr [...] ist ihm unverfälscht mit ihrem ganzen Wesen gegenwärtig [...] sieht ihn nicht als ein Objekt, sondern als eine Gegenwärtigkeit, ein menschliches Wesen mit Kräften und Fähigkeiten“ (Paterson & Zderad, 1999, S. 149). Findet so eine Begegnung im Pflegealltag statt, in welcher die Pflegeperson das Individuum im Patienten/in der Patientin erkennt, so wahrt sie seine/ihre Würde, weil sie ihn/sie nicht zum Objekt degradiert.

Die Pflegehandlung beinhaltet eine Begegnung von Menschen, von der sowohl die Pflegeperson als auch der Patient/die Patientin ein Ziel oder eine Erwartung hat. Die gelebte Pflegehandlung richtet sich nach ihrem Zweck und dieser beeinflusst wiederum den Dialog und ist davon abhängig, ob die Begegnung erwartet oder unerwartet zustande kommt. Unabhängig davon, ob nun die Begegnung geplant oder nicht geplant stattfindet, schwebt immer die Erwartung mit, dass die Pflegeperson den Patienten/die Patientin unterstützen wird, wenn dieser/diese Hilfe benötigt (Paterson & Zderad, 2007).

Sich in Beziehung setzen

Jede Pflegesituation, in der die Pflegeperson auf einen Patienten/eine Patientin trifft, entspricht nicht nur einem miteinander tun, sondern eher einem miteinander sein. Beide können miteinander einen Dialog eingehen, weil sie fähig sind die andere Person, unabhängig von sich selbst, wahrzunehmen (Paterson & Zderad, 1999).

Jede Person hat ebenso jene Fähigkeit, die es ermöglicht zu sich selbst in Beziehung zu treten. Dadurch kann man als Subjekt mit anderen Menschen, deren Individualität anerkannt wird, eine Verbindung eingehen – dies entspricht einer Subjekt-Subjekt-Beziehung. Dies bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass jeder

Mensch als Subjekt gesehen wird. Er kann auch als Objekt betrachtet werden, wenn er lediglich als eine Funktion (Pflegekraft, Patient/Patientin, etc) oder über seine Krankheit (schizophren, lungenkrank, etc.) definiert wird, bzw. wenn die Pflegepersonen im Zuge einer Anamnese nur die erkrankte Körperstelle betrachten. Die objektivierte Person kann dies schließlich stoppen, indem sie ihr Schweigen bricht oder sich der weiteren Objektivierung widersetzt. Es besteht auch die Möglichkeit, dass eine Person mit einem wirklichen Ding als Objekt in Beziehung tritt. Die Subjekt-Subjekt-Beziehung entspricht dabei der Ich-Du-Beziehung und die Subjekt-Objekt-Beziehung entspricht der Ich-Es-Beziehung (Paterson & Zderad, 1999).

Selbst wenn an dieser Stelle davon gesprochen wird, dass ein Mensch zum Objekt gemacht wird, was im Allgemeinen eher als verwerflich betrachtet wird, wird meiner Meinung nach nicht seine Würde verletzt. Paterson und Zderad (1999) schreiben, dass selbst, wenn eine Person objektiviert wird, sie nicht gleichzeitig einem Ding entspricht und diese Objektivierung unablässig ist, um weitere Erkenntnisse über einen Menschen zu gewinnen. Es wird in diesem Zusammenhang davon gesprochen, dass dem Menschen lediglich seine Individualität abgesprochen wird, und nicht seine Menschlichkeit als Ganzes. Auch beschreiben Paterson und Zderad, welche Möglichkeiten die objektivierte Person hat, um der weiteren Objektivierung Widerstand zu leisten, weswegen ihre Würde, meiner Ansicht nach, nicht verletzt wird.

Gegenwärtigkeit

Der Pflegeberuf impliziert einen engen, körperlichen Kontakt zum Patienten/zur Patientin, jedoch heißt das nicht, dass sie dadurch einander gegenwärtig sind. Die Gegenwärtigkeit eines anderen Menschen kann weder befohlen noch erzwungen werden, sondern kann nur freiwillig offenbart werden (Paterson & Zderad, 1999). *„Damit ein echter Dialog stattfinden kann, braucht es somit eine bestimmte Art von Offenheit, Empfänglichkeit, Bereitschaft, Verfügbarkeit. Die sich eröffnende oder verfügbare Person erweist sich als «präsent».“* (Paterson & Zderad, 1999, S. 51)

Die Gegenwärtigkeit eines Menschen ist nicht gleichbedeutend mit Aufmerksamkeit, denn eine Person kann aufmerksam sein, ohne seine Persönlichkeit zu offenbaren. Die echte Gegenwärtigkeit äußert sich in kleinen Gesten, wie z. B. eine Berührung, ein Blick, etc. Die Verfügbarkeit oder Offenheit der Pflegekraft gegenüber ihren

Patienten/Patientinnen ist allerdings nicht vergleichbar mit der Offenheit und Verfügbarkeit ihren Freunden/Freundinnen oder ihrer Familie gegenüber, aufgrund der beruflichen Notwendigkeit der Professionalität. (Paterson & Zderad, 1999).

«Call» und «Response»

Ein weiterer Aspekt, der den Pflegedialog beeinflusst, ist «Call» und «Response». Wenn ein Patient/eine Patientin eine Pflegeperson ruft, weil er/sie Unterstützung braucht, ist das «Call» - kommt die Pflegeperson und leistet die erwartete Hilfe, so stellt das «Response» dar. «Calls» und «Responses» kommen allerdings auf beiden Seiten vor und mitunter auch gleichzeitig. Als der Patient/die Patientin nach der Pflegeperson gerufen hat, indem er/sie die Glocke läutet («Call»), befolgt er die Empfehlung der Pflegeperson («Call»), die Glocke zu betätigen, wenn er/sie Hilfe benötigt («Response») (Paterson & Zderad, 1999).

«Calls» und «Responses» wechseln sich innerhalb der pflegerischen Tätigkeiten ab, wobei die jeweiligen Tätigkeiten von Pflegeperson und Patient/Patientin aus unterschiedlichen Perspektiven wahrgenommen werden, z. B. baden – gebadet werden, wiederbeleben – wiederbelebt werden etc. (Paterson & Zderad, 1999).

Andere Menschen

Will die Pflegeperson dem Patienten/der Patientin gegenüber offen sein und einen Pflegedialog mit ihm/ihr eingehen, so muss sie die erkrankte Person und ihre Welt mit all ihren Freunden/Freundinnen und Verwandten kennen lernen, unabhängig davon, ob sie anwesend sind oder nicht. Das soziale Netzwerk des Patienten/der Patientin hat ebenso einen Einfluss auf den Pflegedialog, wie auch alle anderen Angehörigen des Ärzte- und Pflegepersonals, die im Laufe des Aufenthalts mit dem Patienten/der Patientin in Kontakt treten, die ihrerseits wieder einen Bezug zur Pflegeperson selbst haben (Paterson & Zderad, 1999).

Die Zeit

Der Pflegedialog ist abhängig von zwei Zeitvarianten, einerseits von der kalendarischen Zeit, die sich nach Dienstplänen und Urlaubstagen richtet und andererseits die selbst wahrgenommene Zeit, die dem empfundenen Zeitbegriff der Pflegeperson und des Patienten/der Patientin entspricht. Der dialogische Verlauf kann dabei wenige Augenblicke bis hin zu Jahren andauern, wobei dieser Verlauf

von den am Dialog beteiligten Personen unterschiedlich wahrgenommen wird (Paterson & Zderad, 1999).

Der Raum

Der Raum hat genauso wie die Zeit zwei Perspektiven: erstens der tatsächliche Raum, der gemessen werden kann und zweitens der Raum, wie er von der Pflegeperson und dem Patienten/der Patientin wahrgenommen wird. Der Raum im Krankenhaus kann ein Bett, ein Wartezimmer, ein Behandlungszimmer etc. darstellen und positive oder negative Auswirkungen auf den Dialog haben, wenn er wahrgenommen wird als groß, klein, eng, lang, überfüllt, etc. – diese Empfindungen können auch durch Krankheitsfolgen entstehen, wie eine Gehbehinderung oder Sehschwäche (Paterson & Zderad, 1999).

Persönliche Stellungnahme

Die Theorie der humanistischen Pflege von Paterson und Zderad (1999, 2007) ist für mich sehr schwer verständlich, da viele Begriffe vorab nicht oder erst gegen Ende des Buches kurz definiert wurden. Wären diese Begriffe, wie z. B. «zwischen» gegen Anfang beschrieben worden, wäre schon zu Beginn der Beschäftigung mit der Theorie einiges klarer.

Andere Begriffe hingegen, die für die Theorie selbst sehr wichtig sind, werden hingegen gar nicht definiert. Die Aufgabe der Pflege ist, wie des Öfteren von Paterson und Zderad (1999, 2007) betont wird, neben Wohlbefinden auch persönliches Wachstum des Patienten/der Patientin zu fördern. Das persönliche Wachstum wird allerdings nicht definiert und ist deshalb nicht klar, welche Vorstellungen die Autorinnen der Theorie damit verbinden.

Auch ist die Einteilung der Theorie für mich nicht logisch nachvollziehbar und vor allem fehlt mir ein Kapitel, das sich explizit mit der Theorie der humanistischen Pflege beschäftigt, oder wie bei Watson (1996) eine Synopse, die kurz die essenziellen Elemente der Theorie selbst, aufzeigt. Es kommt auch einige Male vor, dass Überschriften mit dem nachfolgenden Text in keiner Weise in Beziehung stehen, wodurch es für mich schwierig war, Zusammenhänge zu erkennen.

Erschwerend hinzugekommen ist die dürftige Übersetzung des Originaltextes mit all den Rechtschreib-, Grammatik- und Tippfehlern, bzw. wählte die Übersetzerin oft

deutsche Ausdrücke, die letztlich den Sinn zerstörten. So übersetzte sie z. B. „doing with the patient“ mit „Besorgen“, wodurch jede Bedeutung verloren geht.

Verwirrend für mich war weiters, dass des Öfteren zwar in der „Ich-Person“ geschrieben wurde, allerdings meistens nicht eindeutig, oder erst später durch Erwähnung der anderen Co-Autorin, hervorgegangen ist, wer mit „Ich“ gemeint ist.

In den von Paterson und Zderad (1999, 2007) beschriebenen Verhaltensweisen der Pflegeperson, um Wohlbefinden des Patienten/der Patientin herzustellen, wird unter Punkt 8 beschrieben, dass die Pflegepersonen zu klären versuchen sollen, ob die momentan ausgedrückten Gefühle und gezeigten Verhaltensweisen, sich von den Verhaltensweisen in der Vergangenheit unterscheiden, oder ob sie gleich geblieben sind. Ich finde, dass so eine Empfehlung der Autorinnen eher mehr Schaden anrichten kann, als dass sie Wohlbefinden fördert. Pflegepersonen ohne Feingefühl und/oder ohne entsprechende Ausbildung sollten bei Patienten/Patientinnen nicht in der Vergangenheit graben, wenn sie nicht wissen, wie diese ausgesehen hat, bzw. welche Gefühle sie dadurch im Patienten/in der Patientin aufwühlen. Noch dazu, wo im Pflegealltag oft die Zeit fehlt sich intensiv mit einem Patienten/einer Patientin auseinanderzusetzen. Dann kann es sein, dass Pflegepersonen eine alte innere Wunde bei Patienten/Patientinnen aufreißen und anstatt ihnen dann beizustehen, müssen sie zum nächsten Patienten/zur nächsten Patientin. So ein Verhalten kann dem Wohlbefinden nicht förderlich sein.

Beim Punkt „Andere Menschen“ im Kapitel „Grundlagen der humanistischen Pflegelehre“ wird beschrieben, dass es für die Pflegeperson unablässig ist, um offen dem Patienten/der Patientin gegenüberzutreten, dass sie nicht nur die erkrankte Person selbst, sondern auch ihre Familie, Freunde/Freundinnen, Bekannte kennen lernt, unabhängig davon, ob sie anwesend sind oder nicht (Paterson & Zderad, 1999, 2007). An und für sich ist das nachvollziehbar, da die Menschen in der eigenen Umgebung viel Aussagekraft über die eigene Persönlichkeit haben. Leider wird nicht erklärt, wie das bewerkstelligt werden soll und wie diese Empfehlung überhaupt in den stressigen Arbeitsablauf der Pflegeperson integriert werden soll. Dieser mangelnde Praxisbezug, der auch schon bei Watson (1996) vorgekommen ist, besteht auch hier. Es wird zwar beschrieben, dass es notwendig für die humanistische Pflege ist, mit dem Patienten/der Patientin eine «Ich-Du-Beziehung» einzugehen, allerdings nicht mit wie vielen Patienten/Patientinnen dies gleichzeitig möglich ist und wie dies während der Arbeitszeit zu bewerkstelligen ist. Die

Pflegepersonen haben ihre Aufgaben zu erfüllen und gelangen immer mehr unter Zeitdruck, insbesondere in der Altenpflege, weil immer weniger Pflegepersonen pro Schicht eingeteilt werden, um Geld zu sparen und, dass darunter die Pflege selbst leidet, ist offensichtlich. Somit kann diese Pflegelehre außerhalb der Psychiatriepflege nicht umgesetzt werden, wie es von den Autorinnen vorhergesagt wurde.

3.1.3. Joyce Travelbee – Interpersonale Aspekte der Pflege

Da mir für die Untersuchung von Travelbees Theorie lediglich die englische Version zur Verfügung stand, werde ich teilweise englische Zitate oder Begriffe übernehmen, um den Sinn nicht zu verfälschen.

Travelbee (1971) betont in ihrer Arbeit, dass der Ausdruck «Patient/Patientin» einem Stereotyp entspricht, denn ihrer Ansicht nach gibt es keine Patienten/Patientinnen, sondern nur individuelle menschliche Wesen, die der Pflege, Fürsorge, Dienste und Unterstützung jener Menschen bedürfen, denen zuzutrauen ist, dass sie dieser Unterstützung nachkommen können. Deshalb unterlässt Travelbee (1971) die Verwendung des Begriffes «Patient/Patientin» im Großen und Ganzen mit der Ausnahme, wenn der Stereotyp «Patient/Patientin» gemeint ist. Genauso entspricht der Begriff „Pflegeperson“ einem Stereotyp, da auch Pflegepersonen menschliche Wesen sind. Travelbee (1971) vermeidet auch diesen Ausdruck und ersetzt ihn stattdessen mit „Professional Nurse Practitioner“ (z. B. Travelbee, 1971, S. 39) oder „Professional Nurse“ (z. B. Travelbee, 1971, S. 149). Ich habe mich an jenen Begriffen orientiert, die Travelbee im jeweiligen Zusammenhang benutzt hat und habe weiters „Professional Nurse Practitioner“ mangels eines geeigneten deutschen Ausdrucks unübersetzt gelassen und „Professional Nurse“ mit Pflegeexperte/Pflegeexpertin übersetzt.

Die Natur der Pflege

Nach Travelbee (1971) ist die Definition der Pflege gleichzeitig der Zweck der Pflege und beinhaltet die zwei größten Funktionen, die ein/eine «Professional Nurse Practitioner» erfüllen muss: „[...] *[to assist] an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences.*“ (Travelbee, 1971, S. 7)

Der Zweck der Pflege wird erreicht, indem eine «Mensch-zu-Mensch Beziehung» eingegangen wird (Travelbee, 1971).

Definition: «Mensch-zu-Mensch Beziehung»

Die «Mensch-zu-Mensch Beziehung» in der Pflege bezieht sich auf ein Ereignis oder auf eine Serie von Ereignissen zwischen jenem Individuum, das der Pflegekraft entspricht und einem kranken Individuum, das die Unterstützung der Pflegekraft benötigt. Dabei sollen die Pflegebedürfnisse des Individuums, der Familie oder der Gemeinde von einer Pflegeperson befriedigt werden, die einen fachspezifischen, intellektuellen Zugang besitzt und diesen in Kombination mit dem «Therapeutic Use Of Self» (z. B. Travelbee, 1971, S. 18) anwendet (Travelbee, 1971).

Definition: «Professional Nurse Practitioner»

Travelbee bezeichnet jene Person als einen/eine «Professional Nurse Practitioner», die einen akademischen Lehrgang der Pflege abgeschlossen hat, mit dem Ziel einen fachspezifischen, intellektuellen Zugang zu den Problemen von Patienten/Patientinnen und dem «Therapeutic Use Of Self» zu erlernen (Travelbee, 1971).

Definition: Fachspezifischer, intellektueller Zugang zu Problemen

Ein fachspezifischer, intellektueller Zugang zu Problemen von Patienten/Patientinnen umfasst eine logische Methode sich den Problemen anzunähern, den Inhalt oder theoretische Aspekte der Pflegepraxis, z. B. Wissen und Verständnis von Konzepten und Prinzipien der Naturwissenschaft, Physik, Biologie, Medizin, Pflegewissenschaft und Soziologie und die Fähigkeit, diese Konzepte und Prinzipien in der Pflege von Personen anzuwenden. Das Individuum, welches den fachspezifischen, intellektuellen Zugang besitzt und anwendet, weiß, wie es logisch denkt, reflektiert, erörtert, überlegt und ist fähig, Bedeutungen in Pflegesituationen leichter festzustellen, zu abstrahieren und zu validieren. Weiters hat sie die Fähigkeit zu analysieren und zu synthetisieren und ist deshalb fähig, die Bedürfnisse von Individuen zu erkennen und entsprechend zu handeln (Travelbee, 1971).

Definition: «Therapeutic Use of Self»

Mit «Therapeutic Use Of Self» ist die Fähigkeit gemeint, die eigene Persönlichkeit bewusst zu verwenden, um Verbundenheit herzustellen und die Pflegeintervention zu strukturieren. Um das eigene Selbst therapeutisch verwenden zu können, ist ein Einblick in das Selbst, Verständnis des Selbst, Verständnis der Dynamik des menschlichen Verhaltens, die Fähigkeit das eigene sowie das Verhalten von anderen zu interpretieren und die Fähigkeit effektiv in Pflegesituationen zu intervenieren, notwendig. Eine weitere Voraussetzung für den «Therapeutic Use Of Self» ist einerseits ein profundes Wissen über die «Human Condition» (z. B. Travelbee, 1971, S.19), sowie eine Auseinandersetzung mit den eigenen Ansichten über Krankheit, Leiden und Tod. Die philosophischen Überzeugungen der professionellen Pflegekraft legen das Ausmaß fest, inwieweit sie anderen helfen kann, Bedeutung oder keine Bedeutung in diesen Situationen zu finden (Travelbee, 1971).

Während der Entwicklung der Synthese von «Therapeutic Use Of Self» und dem fachspezifischen, intellektuellen Zugang wird das Bewusstsein dafür gesteigert, was noch zu lernen ist und wer man sein könnte. Dadurch wird man sich der Anerkennung bewusst, die uns aufgrund unserer Einzigartigkeit und Unersetzbarkeit gebührt und beginnt den Wert eines jeden menschlichen Wesens zu realisieren. Ist man erst einmal zu dieser Erkenntnis gelangt, verändert sich automatisch das Bild, das wir von unseren Mitmenschen haben. Durch diese Veränderung in der Pflegeperson ist der wichtigste Schritt getan, um letzten Endes die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren und zu beschützen (Travelbee, 1971).

Gesundheit

In der Verfassung der WHO steht: „*Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.*“ (Verfassung der WHO, 2009).

Allerdings werden in dieser Definition der objektive und der subjektive Aspekt außer Acht gelassen. Subjektive Gesundheit wird individuell, aufgrund der persönlichen Einschätzung des eigenen körperlich-emotional-spirituellen Status, definiert. Damit die Pflegeperson das Individuum versteht, ist es wichtig, die Einschätzung seines eigenen Gesundheitszustandes zu erfahren (Travelbee, 1971).

Der objektive Gesundheitsbegriff wird definiert als die Abwesenheit von wahrnehmbarer Krankheit, Behinderung oder körperlicher Beeinträchtigung, welche durch körperliche Untersuchungen, Labortests oder durch Einschätzungen eines spirituellen oder psychologischen Beraters/einer spirituellen oder psychologischen Beraterin festgestellt werden. Vermutlich ist es so, dass Krankheit als allgemeines Lebensereignis weiter verbreitet ist als Gesundheit, insbesondere nach dem Gesundheitsbegriff der WHO. Krankheit und Leiden können nicht immer verhindert werden, jedoch ist es die Aufgabe des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin, dem Individuum im Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Stress und Leiden beizustehen, wenn es diese Ereignisse durchlebt (Travelbee, 1971).

Das menschliche Wesen

Travelbee (1971) definiert das menschliche Wesen als ein einzigartiges, unersetzbares Individuum, das auf dieser Welt nur einmal existiert und sich von allen anderen Personen unterscheidet, die jemals gelebt haben oder jemals leben werden. „[...] *Every human being has value and worth* [...]“ (Travelbee, 1971, S. 30). Diese Aussage ist nach Travelbee (1971) eine gültige und bedeutende Anleitung in der Pflegepraxis und in anderen Bereichen des Lebens. Kein Individuum kann den Wert eines anderen menschlichen Wesens festsetzen, denn keiner besitzt diese Weisheit, die ihm so eine Einschätzung ermöglichen würde. Jeder Mensch ist von Natur aus wertvoll aufgrund seines Menschseins. Dieses Menschsein ist unabhängig von kulturellen Werten oder Einschätzungen (Travelbee, 1971).

Von dieser Passage lässt sich Travelbees Definition von Würde ableiten. Jeder Mensch ist einzigartig und wertvoll aufgrund seines Menschseins, seiner Menschlichkeit. Diese Eigenschaft ist ihm von Natur aus gegeben und unabhängig vom kulturellen Hintergrund. Niemand kann den Wert eines Menschen festmachen und muss deshalb, weil jedes menschliche Wesen denselben Wert besitzt, diesen achten, wodurch gleichzeitig auch die Würde gewahrt wird.

Gemeinsamkeiten des menschlichen Erlebens

So wie es grundlegende Unterschiede zwischen menschlichen Wesen gibt, existieren auch Gemeinsamkeiten. Dabei handelt es sich aber nicht um Ähnlichkeiten zwischen Individuen, sondern um allgemeine Lebensereignisse, die jede Person bereits erlebt hat oder noch erleben wird. Für die professionelle Pflegekraft ist ein

Verständnis dieser allgemeinen Lebensereignisse wichtig, um die Pflegebedürfnisse der Menschen zu befriedigen. Die Gemeinsamkeiten der menschlichen Erfahrung basieren auf der Annahme, dass jeder Mensch während seines Lebens bestimmte Erfahrungen macht, die von anderen verstanden und nachvollzogen werden können. Solche allgemeinen Lebensereignisse sind z. B.: Krankheit, Schmerz, Leiden, Tod, Glücksgefühl, Liebe u. v. m. (Travelbee, 1971).

Dabei ist es unrealistisch zu glauben, dass sich Pflegepersonen ausschließlich auf die Bedürfnisse von anderen Personen konzentrieren und niemals auf die eigenen. Die Pflegekraft ist ein menschliches Wesen und besitzt aus diesem Grund genauso Bedürfnisse. Es ist zwar ein nobler und altruistischer Ansatz, von einer Pflegeperson zu verlangen, den Bedürfnissen von Patienten/Patientinnen nachzugehen, jedoch nicht den eigenen, aber dies würde bei genauester Umsetzung zu einer Dehumanisierung der Pflegekraft selbst führen. Es wäre für sie nicht möglich Zufriedenheit in ihrer Arbeit zu finden, wenn nicht zumindest einige ihrer Bedürfnisse befriedigt werden würden (Travelbee, 1971).

Somit ist es einerseits die Aufgabe der Pflege, dafür Sorge zu tragen, dass die erkrankten Personen nicht entmenschlicht werden und ihre Würde gewahrt wird, andererseits ist dabei auch wichtig, auf die eigenen Bedürfnisse zu achten, um die eigene Würde zu schützen.

Patient/Patientin

Als „Patient/Patientin“ werden Individuen bezeichnet, die sich in Pflege und in Behandlung von Ärzten/Ärztinnen oder von anderen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens befinden, wobei diese Bezeichnung einer Kategorie entspricht. Tatsächlich ist es aber so, dass es gar keine Patienten/Patientinnen gibt, sondern nur einzigartige menschliche Wesen, die die Unterstützung, die Dienste und die Pflege von anderen menschlichen Wesen benötigen (Travelbee, 1971).

Die Gedanken und Überzeugungen einer Pflegeperson drücken sich in ihren Handlungen aus. So werden die Ansichten der Pflegekraft über kranke Personen in sämtlichen Handlungen ausgedrückt, die sie mit ihnen oder für sie durchführt. Somit ist es für eine Pflegeperson ein Leichtes zu sagen, dass sie die Menschheit liebt, wenn sie gleichzeitig unfähig ist, das Menschsein von anderen Personen wahrzunehmen. Sie wird daher kranke Personen als Objekte oder als personifizierte Aufgaben betrachten, die noch zu erledigen sind (Travelbee, 1971).

Werden kranke Personen als Objekte oder als Aufgaben behandelt, so werden sie gleichzeitig ihrer Einzigartigkeit und ihres menschlichen Wertes beraubt. Sie werden nicht als Individuen betrachtet und dadurch wird auch ihre Würde verletzt.

Wenn Pflegepersonen, Ärzte/Ärztinnen und andere Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems, menschliche Wesen nicht als menschliche Wesen betrachten, keine Qualität der Pflege zeigen, den kranken Personen nicht vermitteln können, dass sie als Individuen von Bedeutung sind, „[...] *then it ill behooves them to throw up their hands in horror when ill persons discharge themselves from hospitals and clinics and seek the assistance of quacks and others of that ilk.*“ (Travelbee, 1971, S. 33)

Travelbee (1971) macht hier deutlich, was andere unter den Teppich kehren: Wird die Würde von kranken Personen verletzt, indem sie nicht als die Individuen behandelt werden, die sie sind, ihnen keine Qualität der Pflege zukommt, darf man sich nicht wundern, wenn sie drittklassige Quacksalber/Quacksalberinnen und Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen aufsuchen, die ihre Individualität und ihren Wert als menschliche Wesen anerkennen und auch die Würde wahren, gleichzeitig aber die kompetente, medizinische Betreuung fehlt. An dieser Ausführung erkennt man, wie wichtig es ist, Menschlichkeit und Würde zu wahren und welche gravierenden Folgen es haben kann, wenn sie nicht gewahrt und geschützt werden.

Umgekehrt ist der Beruf für den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin des Gesundheitssystems auch nicht erfüllend, wenn er/sie für „Objekte“, nicht menschliche Dinge, arbeiten muss, die er/sie selbst kreiert hat. Somit hat es Auswirkungen auf die erkrankte Person und auf die Pflegekraft, wenn ein Individuum als ein Objekt, als eine personifizierte lästige Pflicht und als ein „Patient“/eine „Patientin“ wahrgenommen wird (Travelbee, 1971).

Pflegepersonen müssen somit die Würde der erkrankten Personen wahren, indem sie sie als die Individuen betrachten, die sie sind, damit es ihnen selbst gut geht und ihre Arbeit sie erfüllt.

Der Begriff „Patient/Patientin“ entspricht einer Abstraktion, einer Reihe von Erwartungen, die Arbeitsschritte verkörpern und noch zu erledigen sind, Behandlungen, die durchgeführt werden müssen, eine Krankheit oder eine Zimmernummer. Niemand mag oder kann sich für Patienten/Patientinnen erwärmen, aber für das Individuum, dessen Persönlichkeit und Einzigartigkeit wahrgenommen und erfahren wird. Deshalb ist es von großer Bedeutung, ob ein Individuum als

solches oder als „Patient/Patientin“ wahrgenommen wird. Eine Pflegeperson wird niemals einen „Patienten“/eine „Patientin“ verstehen, oder mit ihm/ihr mitfühlen, sondern nur mit dem jeweiligen Menschen. Wird ein Individuum erst einmal als „Patient/Patientin“ gesehen, setzt der Prozess der Dehumanisierung unverzüglich ein. Dabei ist es möglich, dass eine Pflegeperson, nach ihrer Ausbildung und kurz nach Eintritt in das Berufsleben, sehr wohl das Individuum in jeder Person erkennt, die ihr begegnet. Aber es ist möglich, dass ihr im Laufe der Zeit diese Qualität verloren geht und sie schließlich nur mehr die Aufgaben sieht, die noch zu erledigen sind und das menschliche Wesen dahinter ignoriert. Es kann dann so weit kommen, dass sie nur mehr die Krankheit anstelle des erkrankten Individuums wahrnimmt und es mit einer Reihe von Charakteristika versieht, die es gar nicht besitzt. Dies entspricht dem Prozess der menschlichen Reduktion. Der Prozess der menschlichen Reduktion bezieht sich auf die schwindende Fähigkeit, kranke Personen als menschliche Wesen wahrzunehmen und geht mit einer steigenden Tendenz einher, kranke Personen nur mehr als Krankheit oder als Aufgabe zu sehen, die erledigt werden muss. All diese Vorgänge haben einen Aspekt gemeinsam: sie ignorieren die Wahrheit (Travelbee, 1971).

Auf diese Art und Weise beschreibt Travelbee, wie Arbeitsroutine und Eintönigkeit zur Objektivierung und Dehumanisierung des kranken Menschen führen, wodurch in weiterer Folge auch die Würde verletzt wird.

Kranke Individuen reagieren unterschiedlich darauf, wenn sie als „Patient/Patientin“ wahrgenommen werden. Die häufigste emotionale Reaktion ist Ärger aber auch Trauer, Depression, Hoffnungslosigkeit und Apathie. Diese Reaktionen hängen allerdings von der eigenen Wahrnehmung und der Sichtweise der anderen ab sowie von den eigenen Ressourcen. Es ist wahrscheinlich, dass die soziale Schicht, die gesellschaftliche Position und der finanzielle Status das Ausmaß bestimmen, inwieweit die Person dem Prozess der menschlichen Reduktion unterworfen ist. So sind insbesondere Individuen aus den unteren sozioökonomischen Gruppen weniger gut mit Ressourcen ausgestattet, um mit der Dehumanisierung umzugehen. Viele von ihnen akzeptieren diesen Umstand ohne sich öffentlich zu wehren, weil sie realisieren, dass es ohnehin keinen anderen Weg gibt, um medizinische Hilfestellung zu erhalten. Auf diese Weise bezahlen sie mit ihrer menschlichen Würde für Pflegeleistungen (Travelbee, 1971).

Hier erkennt man nochmals deutlich Travelbees Definition (1971) von Würde. Sie setzt Würde mit Menschlichkeit, dem Menschsein gleich. Wird ein Individuum seiner Menschlichkeit beraubt und zum Objekt degradiert, wird seine Würde verletzt.

Die Pflegeperson

Eine Pflegeperson ist genau so ein menschliches Wesen wie der Patient/die Patientin, weswegen sämtliche Aussagen über menschliche Wesen, auch auf die Pflegeperson zutreffen. Die Pflegeperson unterscheidet sich aber dahin gehend von anderen Menschen, als sie fachspezifisches Wissen und die Fähigkeit besitzt, dieses anzuwenden, um anderen menschlichen Wesen zu helfen Krankheit zu verhindern, Gesundheit wiederzuerlangen, ihrer Krankheit eine Bedeutung zu geben oder den höchstmöglichen Grad an Gesundheit aufrechtzuerhalten (Travelbee, 1971).

Kein menschliches Wesen kann wiederholt Krankheit, Leiden und Tod ausgesetzt werden, ohne sich zu verändern. So verändert sich auch die Pflegeperson, weil sie mit der Verletzbarkeit von anderen und gleichzeitig damit auch mit ihrer eigenen Verletzbarkeit konfrontiert ist und dies geschieht auf eine Weise, die nicht einfach ignoriert werden kann. Die Art, wie eine Pflegekraft mit dieser Krise umgeht, beeinflusst, wie sie Menschen wahrnimmt, auf sie reagiert und für sie sorgt, wenn diese krank, leidend oder sterbend sind. Diese ungelöste Krise der eigenen Verletzlichkeit der Pflegeperson kann in Angst resultieren, die durch Leichtsinn, Witze oder durch eine Reaktion auf scherzhafter Weise, ausgedrückt werden. Die Pflegekraft wird von ihren Gefühlen überwältigt und lenkt diese auf den erkrankten Menschen um, wodurch dieser letzten Endes, Opfer der Witze und Scherze wird. Eine andere Art, wie manche Pflegenden mit dieser Krise umgehen, ist sich nur für bestimmte kranke, leidende oder sterbende Individuen ernsthaft zu interessieren. Zu diesen Personen wird sie eine Beziehung aufbauen und sich warmherzig um sie bemühen können, aber nicht um andere erkrankte Menschen (Travelbee, 1971).

Dies sind einige unproduktive Arten, um mit dieser Krise umzugehen, aber man kann aus dieser Verletzlichkeit Positives ziehen. Die Pflegekraft kann ihr Verständnis über die «Human Condition» vertiefen, insbesondere jene Verbindung mit der Menschheit, wodurch, ihr Mitgefühl und ähnliche Gefühle verstärkt werden. Es ist allerdings wichtig ihre Gedanken und Gefühle über Kranke, Leidende und Sterbende zu diskutieren, damit sie beginnen kann, ihre Gefühle zu verdeutlichen und zu realisieren, dass diese Gefühle ihre Überzeugungen über Krankheit, Leiden und Tod

darstellen. Dadurch erkennt sie, was es heißt ein menschliches Wesen zu sein und kann letzten Endes ihre eigene Menschlichkeit akzeptieren (Travelbee, 1971).

Beziehungen können ausschließlich in Form der «Mensch-zu-Mensch Beziehung» eingegangen werden, deswegen muss die Rolle der Pflegeperson und die des Patienten/der Patientin transzendiert werden. Die Rolle der Pflegeperson zu transzendieren, bezieht sich darauf, dass kranke Personen und andere dazu neigen, die Pflegeperson aufgrund ihrer eigenen Vorurteile gegen Pflegekräfte, wahrzunehmen. Aber eigentlich muss nur die Barriere des Stereotyps „Pflegeperson“ transzendiert werden. Umgekehrt muss die Pflegekraft die Barriere des Stereotyps „Patient/Patientin“ und alle Bedeutungen, die damit einhergehen, transzendieren. Dies geschieht, indem die Pflegeperson jede erkrankte Person, der sie ihre Pflege zur Verfügung stellt, als einzigartiges menschliches Wesen wahrnimmt und wenn die Pflegekraft sich selbst erlaubt, von diesen Personen als menschliches Wesen gesehen zu werden (Travelbee, 1971).

Krankheit

Die Qualität der Pflege, die eine Pflegekraft einer kranken Person entgegen bringt, hängt von ihren Überzeugungen über kranke Personen, menschliche Wesen, Krankheit, Leiden und Tod ab. Die spirituellen Werte der Pflegeperson und die philosophischen Überzeugungen über Krankheit und Leiden werden das Ausmaß bestimmen, inwieweit sie fähig sein wird, kranken Personen zu helfen, einen Sinn in den jeweiligen Situationen zu finden (Travelbee, 1971).

Der Begriff „Krankheit“ entspricht einer Klassifikation; ein Individuum muss bestimmte Kriterien erfüllen, um als „krank“ eingestuft zu werden, wobei dies meistens durch einen Arzt/eine Ärztin geschieht. Aber genauso wie die Gesundheit, ist Krankheit auch von der subjektiven Einschätzung abhängig. Ein Individuum ist so krank, wie es sich selbst wahrnimmt. Krankheit als Kategorie wird vom ärztlichen Personal in schwere und leichte Erkrankung eingeteilt, wobei schwere Krankheit auch als „ernst“ bezeichnet wird und auf einen schlechten bzw. einen schwer vorhersehbaren Verlauf hinweist. Eine leichte Erkrankung hingegen deutet auf einen Krankheitsverlauf mit guten Aussichten hin. Bei diesen Kategorien sollte allerdings die subjektive Wahrnehmung der erkrankten Person nicht außer Acht gelassen werden, denn wenn ein Arzt/eine Ärztin eine Krankheit als leicht einstuft, bedeutet das nicht, dass die erkrankte Person diese Ansicht teilen muss. Damit ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin

des Gesundheitssystems weiß, wie ein Patient/eine Patientin seine/ihre Krankheit wahrnimmt, muss er/sie dies gemeinsam mit dem erkrankten Individuum evaluieren und ihm auch die Bedeutung entlocken, die er seiner Erkrankung beimisst. Wenn eine Person sich krank fühlt, dann ist sie krank. Es ist nicht die Aufgabe des Pflegepersonals, eine Diagnose zu stellen oder zu entscheiden, ob ein Individuum krank ist oder nicht. Die Aufgabe der Pflegekraft als menschliches Wesen ist es, die erkrankte Person als menschliches Wesen zu behandeln und wahrzunehmen (Travelbee, 1971).

Dadurch wird die erkrankte Person als Mensch und als Individuum behandelt und ihre Würde wird gewahrt. Der traurige Alltag in der Pflege würde aber nicht so ablaufen, dass eine Person als krank behandelt wird, wenn sie selbst sich krank fühlt. Sie würde zu Beginn von einer Fachabteilung zur nächsten gereicht werden und wenn nirgends eine Krankheit oder eine Diagnose gefunden wird, die die Symptome erklärt, würde sie letzten Endes in psychologischer Betreuung enden. Jeder Mensch ist Experte für sein Empfinden und würde allen Endes, wenn kein Arzt/keine Ärztin damit konform ginge, für „verrückt“ erklärt werden, wodurch das Vertrauen in sich und in andere schwer beeinträchtigt und die Würde auf grausame Art verletzt werden würde.

Leiden

Leiden ist ebenso wie Krankheit, Schmerz und Tod ein allgemeines Lebensereignis, das jedes menschliche Wesen erfahren wird. Krankheit und Leiden sind spirituelle, emotionale und physische Erlebnisse. Jedes Individuum leidet, weil es ein menschliches Wesen ist und Leiden einen wesentlichen Aspekt der «Human Condition» darstellt. Irgendwann wird jeder Mensch in unterschiedlichem Grade unvorhersehbare und unvermeidbare Leiden erleben. Damit ein Individuum leidet, muss eine Person eine Situation als leidvoll empfinden und dieses Leiden bewusst wahrnehmen (Travelbee, 1971).

Allgemein bezeichnet „Leiden“ physischen oder psychischen Schmerz und wird meist verwendet, um das Gefühl zu beschreiben, das empfunden wird bei Verlust, Qual oder Verletzungen. In diesem Text wird „Leiden“ als ein Erlebnis bezeichnet, das sich in Intensität, Dauer und Tiefe unterscheidet. Im Großen und Ganzen ist „Leiden“ ein Gefühl des Unwohlseins, das Ausmaße von vorübergehend mentalem, physischem

oder spirituellem Unwohlsein über extreme Qual, bis hin zur Phase des «Despairful „Not Caring“» (z. B. Travelbee, 1971, S. 62), annehmen kann (Travelbee, 1971).

Die Phase «Despairful „Not Caring“»

«Despairful „Not Caring“» wird dann empfunden, wenn das Individuum zulange, zu intensiv ohne Unterstützung und ohne Unterbrechung gelitten hat. So eine Person wird üblicherweise von Gefühlen des Ärgers und der Hoffnungslosigkeit dominiert, die auf verbitterte Art und Weise ausgedrückt werden. Das Individuum erklärt vehement, dass ihm alles egal sei und ihn nichts kummere. Tatsächlich ist es aber so, dass ihm nichts egal ist (Travelbee, 1971).

Die letzte Phase «Apathetic Indifference»

Die letzte Phase «Apathetic Indifference» (z. B. Travelbee, 1971, S. 63) tritt nach der Phase des «Despairful „Not Caring“» auf. Ein Individuum in dieser Phase scheint undurchdringbar und gleichmütig. Es beschwert sich nicht und äußert keine ärgerlichen Gefühle. In der Phase «Apathetic Indifference» ist der Schrei nach Hilfe gestillt, vermutlich, weil das Individuum meint, dass ohnehin niemand helfen wird. Pflegepersonen beschreiben diese Phase meist, dass die erkrankten Personen den Willen zu leben verloren haben. Es ist für das Pflegepersonal möglich dem Individuum zu helfen, allerdings ist dies sehr schwer, da dieser Zustand irreversibel sein kann. Die Aufgabe des/der «Professional Nurse Practitioner» ist es aber zu intervenieren und zu versuchen, dem Individuum zu helfen, bevor es in die Phase des «Despairful „Not Caring“» eintritt. Der erkrankten Person muss geholfen werden, solange seine Konstitution reversibel ist. So wie es medizinische Notfälle gibt, gibt es auch zwischenmenschliche Notfälle. «Despairful „Not Caring“» ist so ein zwischenmenschlicher Notfall und bedarf einer unverzüglichen, gezielten Handlung (Travelbee, 1971).

Wenn Pflegepersonen Individuen nicht helfen, wenn diese Unterstützung und Zuspruch am notwendigsten haben und sie alleine leiden müssen, bin ich der Meinung, dass sie nicht die Würde dieser Personen verletzen. Es geschieht etwas viel Schlimmeres. Denn wenn Pflegepersonen den direkten oder indirekten Hilferuf von Erkrankten ignorieren, gehen sie dabei das Risiko ein, dass diese Menschen über die Phase des «Despairful „Not Caring“» in die finale Phase der «Apathetic Indifference» gelangen und somit ihren Lebenswillen verlieren können. Der Verlust

des Willens weiterleben zu wollen, übertrifft hier ein „läppisches“ Verletzen der Würde.

Viele Faktoren tragen dazu bei, wie Krankheit und Leiden wahrgenommen werden, ein wesentlicher ist Schmerz. Schmerzen können entweder von körperlicher oder mentaler Natur sein. Dabei ist es schwierig auszumachen, wo sich die Grenze zwischen den beiden Kategorien befindet, zumal Schmerz immer die gesamte Person umfasst. Viele Faktoren beeinflussen die Reaktion des Individuums auf Schmerz, wie z. B. Ursache, Dauer und Intensität des Schmerzes sowie kultureller Hintergrund, philosophische Überzeugungen und religiöse Weltanschauungen u.v.m. Pflegepersonen neigen dazu einen „mentalinen Maßstab“ zu entwickeln, um die Intensität des Schmerzes zu erfassen, die einem Individuum mit dieser Krankheit oder nach einer Operation zusteht. Dieser Maßstab mag nützlich sein, allerdings wird dabei außer Acht gelassen, dass jedes menschliche Wesen einzigartig ist und auf Schmerz auf einzigartige Weise reagiert. Wenn eine Person sagt, dass sie Schmerzen hat, so ist es nicht die Aufgabe der Pflegeperson zu beurteilen, ob dem tatsächlich so ist, sondern muss diese Aussage akzeptieren und versuchen einen Weg zu finden, die leidende Person zu unterstützen (Travelbee, 1971).

Setzt eine Pflegeperson diese Anleitung um, kann sie sicher sein, dass sie die Würde des Patienten/der Patientin wahrt. Aber auch in diesem Fall sieht der Pflegealltag anders aus, denn die meisten Pflegepersonen verwenden diesen mentalinen Maßstab und werden einige Erkrankte als „empfindlich“, „wehleidig“ wahrnehmen oder schlimmer, als „Simulanten“ oder „Hypochonder“ titulieren, wenn sie Schmerzen stärker spüren, als die Pflegeperson es ihnen gestattet. Dadurch wird aber die Individualität und Einzigartigkeit aberkannt und die Krankheit als Kategorie betrachtet. Ihnen wird die Menschlichkeit abgesprochen und gleichzeitig damit auch die menschliche Würde.

Hoffnung

Travelbee bezeichnet Hoffnung als „[...] *mental state characterized by desire to gain an end or accomplish a goal combined with some degree of expectation that what is desired or sought is attainable.*“ (Travelbee, 1971, S. 77)

Die hoffende Person ist davon überzeugt, dass sich ihr Leben auf irgendeine Art und Weise verändern wird, wenn sie das erreicht, was sie sich wünscht, z. B. sich wohler,

bedeutungsvoller oder erfreulicher fühlen. Natürlich gibt es keine Garantie, dass sich dieser Wunsch auch erfüllen wird. So kann ein unheilbar krankes Individuum auf Genesung hoffen, selbst wenn es nur wenig oder keine Hoffnung dafür gibt (Travelbee, 1971).

Hoffnung hängt eng mit einer Wahlmöglichkeit zusammen. Das hoffende Individuum ist davon überzeugt, dass es ein paar Wahlmöglichkeiten hat, denn es nimmt Alternativen oder Hintertüren wahr, um der aktuellen Situation zu entkommen. Dabei stellt die Möglichkeit in schwierigen Situationen eine Wahl zu haben wohl die größte Quelle des Gefühls der Freiheit und der Autonomie des Menschen dar. Die Wahlmöglichkeiten eines kranken Individuums sind ohnehin aufgrund seiner Krankheit sehr eingeschränkt und müssen ihm gerade deshalb bewahrt bleiben (Travelbee, 1971).

Travelbee beschreibt dadurch einen weiteren Aspekt der menschlichen Würde, denn nimmt man dem Individuum die Freiheit zu wählen und eigene Entscheidungen zu treffen, so raubt man ihm seine Autonomie. Damit seine Würde gewahrt wird, ist es gerade deswegen so wichtig, ihm jene Bereiche zu überlassen, in denen es noch eine Wahl treffen kann.

Kommunikation

Kommunikation findet während jeder Begegnung zwischen einer Pflegeperson und eines Patienten/einer Patientin statt, wenn die beiden sich unterhalten oder aber auch wenn sie schweigen. Inhalte werden dabei durch Auftreten, Verhalten, Körperhaltung, Gesichtsausdruck und Gesten vermittelt, bewusst oder unbewusst. Dabei ist es wichtig, dass die Pflegekraft einerseits die Bedeutung der Kommunikation der kranken Person versteht und andererseits diese Information nutzen kann, um Pflegeinterventionen zu planen. Der/die «Professional Nurse Practitioner» muss wissen, ob Kommunikation stattfindet und welcher Inhalt vermittelt wird, wodurch er/sie das Ausmaß abschätzen und evaluieren kann, inwieweit das Ziel der Pflege in der Interaktion erreicht wird (Travelbee, 1971).

Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation ist es eine Basis zu finden. Individuen werden einander nichts Bedeutendes mitteilen, wenn sie sich nicht relativ sicher sein können, dass das, was gesagt wird auch akzeptiert und nicht ignoriert, entwertet oder lächerlich gemacht wird (Travelbee, 1971).

Wurde die Würde eines erkrankten Individuums erst einmal verletzt, wird auch keine gehaltvolle Kommunikation aufkommen, wodurch auch das Ziel der Pflege niemals erreicht werden wird.

Die «Mensch-zu-Mensch Beziehung»

Die Aufgabe des Pflegeexperten/der Pflegeexpertin ist es, eine «Mensch-zu-Mensch Beziehung» aufzubauen, wobei der/die «Professional Nurse Practitioner» das einzigartige Wesen im erkrankten Individuum erkennt und wahrnimmt und umgekehrt, anstatt nur die Fassaden „Pflegerperson“ und „Patient/Patientin“ zu erkennen. Dadurch wird die Menschlichkeit in der anderen Person gewahrt (Travelbee, 1971).

Die bedeutendste Eigenschaft der «Mensch-zu-Mensch Beziehung» ist die Befriedigung der Pflegebedürfnisse des Individuums bzw. der Familie. Pflegebedürfnisse sind sämtliche Anforderungen der erkrankten Person oder Familie, die durch den/die «Professional Nurse Practitioner» erfüllt werden können und die im legalen Bereich der Pflegepraxis liegen (Travelbee, 1971).

Die «Mensch-zu-Mensch Beziehung» kann sich erst bilden, nachdem die professionelle Pflegekraft und der Empfänger/die Empfängerin der Pflege fünf ineinandergreifende Phasen abgeschlossen haben, diese sind (Travelbee, 1971):

1.) Die erste Begegnung

Bei der ersten Begegnung betrachtet das erkrankte Individuum die Pflegekraft als „Pflegerkraft“ und diese wiederum nimmt den Erkrankten/die Erkrankte als „Patient/Patientin“ wahr – die Einzigartigkeit von beiden wird nicht erkannt. Diese Stereotype werden erst zerstört, wenn sie im anderen/in der anderen das einzigartige menschliche Wesen sehen. Wird sich die Pflegekraft nicht ihres Fehlers bewusst, dass sie nur Stereotype sieht und keine Individuen, kann sie nicht die nächste Phase erreichen. Daher ist es die Aufgabe der Pflege, das menschliche Wesen hinter dem „Patienten“/der „Patientin“ zu erkennen und zwar bei allen Empfängern/Empfängerinnen ihrer Pflege, denn nur menschliche Wesen können eine Beziehung eingehen. Hat die Pflegerperson erst einmal die Einzigartigkeit im erkrankten Individuum erkannt und hat die kranke Person darauf reagiert, erreichen sie die nächste Stufe (Travelbee, 1971).

2.) Phase der «Emerging Identities»

Diese Phase ist durch die Fähigkeit charakterisiert, die Einzigartigkeit des anderen/der anderen zu schätzen und eine Verbindung mit der anderen Person einzugehen (Travelbee, 1971).

Jedes Mal, wenn die Pflegeperson ein Individuum nicht als einzigartiges, menschliches Wesen wahrnimmt, nimmt sie es nicht so wahr, wie es wirklich ist. Die Einzigartigkeit wird auch dann genommen, wenn die Pflegekraft denkt, dass sie weiß, wie sie sich anstelle der kranken Person fühlen würde, denn dies muss nicht zwangsläufig den Gedanken des Erkrankten/der Erkrankten entsprechen. Auf diese Weise beachtet die Pflegeperson nicht die Unterschiedlichkeit ihrer Erfahrungen mit denen der anderen Person, sondern geht davon aus, dass diese Erlebnisse identisch sind, und dies ist sehr unwahrscheinlich (Travelbee, 1971).

Auch hier lässt sich wieder Travelbees Würdebegriff herauslesen. Wird die Einzigartigkeit eines Menschen nicht beachtet, wird er nicht mehr als Mensch, sondern als Kategorie und Stereotyp gesehen und in weiterer Folge dehumanisiert, wodurch er auch gleichzeitig seiner menschlichen Würde beraubt wird.

3.) Phase der Empathie

Empathie ist ein Prozess, in dem ein Individuum fähig ist, jenseits der Grenzen des äußeren Verhaltens zu sehen und lässt einen zu einem bestimmten Zeitpunkt die inneren Erfahrungen eines anderen Menschen erahnen. Es handelt sich dabei um einen intuitiven Vorgang, der durch die Fähigkeit charakterisiert ist, die Bedeutung und die Relevanz der Gedanken und Gefühle des Individuums zu erfassen (Travelbee, 1971).

4.) Phase der Anteilnahme

Die Fähigkeit Anteil zu nehmen geht aus dem Prozess der Empathie hervor. Es ist ein Prozess, in dem ein Individuum fähig ist, das Leiden eines anderen zu verstehen und den Wunsch zu verspüren, dieses Leiden zu lindern. Die Aufgabe der Pflege in der Phase der Anteilnahme ist es, diese Phase in eine hilfreiche Pflegehandlung zu übersetzen. Anteilnahme ist ein Erlebnis, das der Beziehung vorangeht und in den Prozess der Beziehung übergeht und ist damit der Inbegriff der «Mensch-zu-Mensch Beziehung» (Travelbee, 1971).

5.) Phase der Beziehung

Beziehung oder Verhältnis ist ein Prozess, ein Ereignis oder eine Serie von Ereignissen, die gleichzeitig von der Pflegeperson und dem Pflegeempfänger/der Pflegeempfängerin durchlebt werden, und setzt sich dabei aus einer Anhäufung von verknüpften Gedanken und Gefühlen zusammen, die von einem menschlichen Wesen zum anderen übertragen und mitgeteilt werden. Die Beziehung stellt dabei die Art dar, wie sich zwei Individuen wahrnehmen und einander gegenüber verhalten. Diese Gedanken und Gefühle unterscheiden sich aufgrund der Einzigartigkeit, die jeder Pflegesituation innewohnt. Um sich miteinander in Beziehung setzen zu können, ist es notwendig, dass die Handlungen, die von der Pflegeperson initiiert werden, gleichermaßen zur Linderung des Leidens des Individuums beitragen und dasselbige nicht noch mehr verschlimmern (Travelbee, 1971).

Persönliche Stellungnahme

Travelbees (1971) Theorie über die zwischenmenschlichen Aspekte der Pflege, ist für mich sehr leicht verständlich, obwohl mir die Theorie nur in englischer Sprache zur Verfügung gestanden ist. Diese leichte Verständlichkeit basiert auf dem deutlichen Ausdruck Travelbees und auf den detaillierten Definitionen und Erklärungen. Sie verabsäumt es, nicht jeden einzelnen Begriff zu erläutern oder zu beschreiben, was sie damit konkret meint. Hilfreich war auch, dass sie an verschiedenen Stellen ihrer Theorie auf ihre Grundannahmen aufmerksam gemacht hat, z. B. „*A basic assumption of this text is [...]*“ (Travelbee, 1971, S. 1) oder „*A major premise of this work is [...]*“ (Travelbee, 1971, S. 28). Zum besseren Verständnis hat auch beigetragen, dass Travelbee (1971) ihre Arbeit in «Sections» und Kapitel einteilt und vor jeder «Section» kurz die Ziele derselben anführt. Besonders faszinierend ist für mich, dass ihre Theorie, obwohl die Version, die mir zu Verfügung gestanden ist, beinahe 40 Jahre alt ist, keineswegs an Aktualität eingebüßt hat. Die Beschreibung der Situationen, die zu einer Verletzung der Würde führen, ist heute noch genauso gültig, wie zu dem Zeitpunkt ihres Entstehens. Vielleicht ist es heute allerdings noch schwieriger, in Zeiten von Personalmangel, Zeitdruck und immer komplexer werdenden Aufgaben, bei gleichzeitiger Rationalisierung von Stellen, die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren und

dabei als Angehöriger/Angehörige des Gesundheitssystems, auch die eigene Würde zu schützen. Es gibt natürlich auch Stellen in dieser Theorie, welchen die Aktualität fehlt, nichtsdestotrotz interessant bleiben, zumal es einen Einblick in die Vergangenheit gibt. So beschreibt Travelbee (1971), wie wichtig präventive Maßnahmen in Zukunft sein werden, um z. B. Herz-Kreislaufkrankungen zu verhindern. Heute betrachten wir die Öffentlichkeitsarbeit durch verschiedene Institutionen wie Fonds Soziales Wien oder Fonds Gesundes Österreich und ihre Projekte zum Thema Herzgesundheit als selbstverständlich. Genauso wie es heute beinahe selbstverständlich ist, zu wissen was gesunde Ernährung ist, und dass Bewegung wichtig ist. Interessant ist beim Bearbeiten dieser Theorie, dass es den Kontrast aufzeigt zwischen dem heutigen selbstverständlichen Wissen und den kühnen Zukunftsvisionen von Travelbee (1971), die sich zum Teil auch bewahrheitet haben.

Ein weiterer Aspekt, der sehr zum leichten Verständnis beiträgt, ist der, dass Travelbee (1971) an verschiedenen Stellen in ihrer Theorie, Beispiele anführt und auch konkrete Handlungsanweisungen gibt. Eine engagierte Pflegeperson kann dadurch versuchen, Travelbees (1971) Ansatz in die Praxis umzusetzen. Diese Praxisnähe trägt auch dazu bei, dass die Theorie, so finde ich, interessanter und konkreter und weniger abstrakt ist. Man kann sich besser damit identifizieren und bewerten, im Vergleich zu Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007). Bei diesen Theorien sind sehr wohl gute Ansätze, die in die Pflegepraxis integriert werden sollen, allerdings bleibt bis zuletzt offen, mit welchen konkreten Handlungen das jeweilige Ziel erreicht werden soll.

Mir hat bei Travelbee (1971) besonders gut gefallen, dass sie nicht mit erhobenem Zeigefinger verschiedene Disziplinen des Gesundheitssystems verurteilt, die Würde von Patienten/Patientinnen zu verletzen. Travelbee (1971) beschreibt, dass alle Disziplinen gleichermaßen verantwortlich dafür sind, die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren und führt aber auch an, was dazu führt, dass Pflegepersonen die Würde von Patienten/Patientinnen verletzen und gleichzeitig, wie es verhindert werden kann. Durch das Erklären der Gründe, weshalb manche Pflegekräfte die Würde der Patienten/Patientinnen verletzen, schafft sie ein Bewusstsein dafür, in welchen Handlungen sich dies äußert und welchen Hintergrund dies hat. Somit kann man die eigenen Handlungen und Ansichten reflektieren und entsprechend verändern. Auch ist der Ansatz, dass Pflegekräfte die

eigene Würde wahren müssen, besonders innovativ und gleichzeitig naheliegend und notwendig. Schwierig wird es allerdings dann, wenn man in einer Situation gezwungen ist zu entscheiden, welche Würde eher verletzt werden darf, die eigene oder die des Patienten/der Patientin.

3.1.4. Gegenüberstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden sämtliche Ergebnisse aus den „Care“-Theorien separat angeführt, die zum Thema Würde der Patienten/Patientinnen gefunden wurden. Diese werden anschließend einander gegenübergestellt und miteinander verglichen.

Jean Watson – Theorie der zwischenmenschlichen Zuwendung

Für die Theorie der zwischenmenschlichen Zuwendung hat der Begriff Würde einen sehr hohen Stellenwert. Dies erkennt man an der Anzahl von impliziten und expliziten Erwähnungen des Würdebegriffs. Implizit geht Watson (1996) sieben Mal auf Würde ein und explizit fünfzehn Mal. Von diesen fünfzehn expliziten Erwähnungen beinhalten sieben dieselbe Grundannahme, jeweils mit zusätzlichen Ausführungen, die sich zusammenfassend folgendermaßen darstellen lassen: Die transpersonale Zuwendungsbeziehung entspricht dem moralischen Ideal der Pflege und hat in der heutigen Gesellschaft die Aufgabe, die menschliche Würde und die Menschlichkeit zu wahren und zu schützen und menschenunwürdigen Erfahrungen von Gesundheit und Krankheit entgegenzuwirken, sowie sich selbst zu verwirklichen, damit die Personen ihren Erfahrungen eine eigene Bedeutung beimessen können.

Die restlichen acht expliziten Würdeerwähnungen können unter dem Gesichtspunkt „Voraussetzungen um die Würde von anderen zu wahren“ zusammengefasst werden (Watson, 1996):

1. Würde und Menschlichkeit müssen aus einer philosophischen Grundhaltung heraus gewahrt werden;
2. Bevor wir die Würde von anderen Personen achten und schützen können, müssen wir unsere eigene Würde achten und schützen; (In diesem Zusammenhang wird der Würdebegriff zweimal erwähnt und auch zweimal gezählt.)
3. Der Seele jedes Menschen muss mit Respekt, Würde und Ehrfurcht begegnet werden;

4. *„Die für das Wohlbefinden des einzelnen wie der ganzen Menschheit weniger zuträglichen Gefühle werden durch freundlichere, der menschlichen Würde und dem menschlichen Wohlbefinden förderlichere Gefühle ersetzt.“*
(Watson, 1996, S. 93)

Die letzte explizite Würdeerwähnung befasst sich mit dem Ziel der transpersonalen Zuwendungsbeziehung, welches darin besteht, die Würde der Person zu stärken. Dieser Würdebegriff wird von Watson (1996) definiert, indem sie Gadow (1984) zitiert, die sagt, dass man dann Würde besitzt, wenn man sich selbst Bedeutung beimisst und für sich selbst Integrität erzeugt. (In diesem Zusammenhang wird der Würdebegriff dreimal explizit erwähnt und auch dreimal gezählt.)

In der Theorie der menschlichen Zuwendung gibt es sieben implizite Würdebezüge und alle können unter einem Thema zusammengefasst werden:

Wie wird die Würde gewahrt?

Die ersten beiden Würdebezüge befinden sich am Anfang der Theorie, wenn Watson (1996) Aussagen von anderen Pflegetheoretikerinnen, über die Pflege an sich, darstellt, in Punkt 1 und Punkt 5. Aus dem ersten Punkt geht hervor, dass Watson (1996) den Menschen als Individuum betrachtet und aufgrund seiner Individualität wertgeschätzt werden soll und er mehr ist, als die Summe seiner Teile. Aufgrund dieser Wertschätzung und dieses Respekts ergibt sich gleichzeitig auch, dass die Würde des Individuums erkannt und gewahrt werden soll. Punkt 5 besagt, dass Pflegepersonen die Aufgabe haben, Gesundheit und Wohlbefinden von Patienten/Patientinnen zu fördern. Damit geht auch das Wahre der Würde der Patienten/Patientinnen einher, zumal das Wahre der Würde dem Wohlbefinden vorausgeht. Wohlbefinden kann nicht entstehen, wenn die Würde der erkrankten Personen verletzt wird.

Watson (1996) beschreibt an verschiedenen Stellen ihrer Theorie, dass es die Aufgabe der Pflege ist, eine transpersonale Zuwendungsbeziehung mit dem Patienten/der Patientin aufzubauen, da die transpersonale Zuwendungsbeziehung die Harmonie von Körper, Geist und Seele fördert. Dies trägt zur Vervollkommnung des Menschen, zur Bewahrung der Menschlichkeit und somit auch zum Bewahren der Würde bei.

Weiters beschreibt sie, dass bei der zwischenmenschlichen Zuwendungsbeziehung die Pflegekraft und der Patient/die Patientin eine Einheit bilden, in der die physische Ebene transzendiert und gleichzeitig aber die Subjektivität und Körperlichkeit gewahrt wird, ohne zum Objekt zu degradieren – dadurch wird zugleich auch die Würde beider beteiligten Personen gewahrt (Watson, 1996).

Eine Voraussetzung für das Zustandekommen der transpersonalen Zuwendungsbeziehung ist, dass sich die Pflegekraft jenem Wertesystem bewusst wird, das ihren Aktionen zugrunde liegt und überlegt, gemäß der «Goldenen Regel», welche Werte jenen Handlungen zugrunde liegen sollen, die ihr von anderen entgegengebracht werden.

Watson (1996) stellt Fürsorge in den Mittelpunkt der Pflege. Damit eine Pflegeperson für andere Fürsorge leisten kann, muss sie Eigenschaften wie Wissen, Verantwortung, soziales Engagement u. v. m. besitzen. Verfügt die Pflegekraft über diese Eigenschaften, wird sie die individuellen Bedürfnisse und Eigenschaften des Patienten/der Patientin erkennen und entsprechende Handlungen einleiten, wodurch sie ihn/sie nicht nur als Krankheit oder Symptom wahrnimmt und somit seine/ihre Menschlichkeit und Würde bewahrt.

Es reicht nicht aus, die Würde des Patienten/der Patientin zu schützen. Die Pflegeperson darf ihre eigene Subjektivität dem Patienten/der Patientin nicht vorenthalten, dadurch würde sie den Wert ihrer eigenen Subjektivität absprechen. Durch die Ablehnung der Intersubjektivität degradiert die Pflegeperson sowohl sich selbst als auch den Patienten/die Patientin zum Objekt, wodurch die Würde von beiden verletzt werden würde.

Josephine G. Paterson & Loretta T. Zderad – Humanistische Pflege

Die Theorie von Paterson und Zderad (1999, 2007) unterscheidet sich frappant von Watsons (1996) Theorie in Bezug auf die expliziten und impliziten Würdebezüge. Während bei Watson die expliziten Würdebezüge weit überwiegen, gibt es in der Theorie der humanistischen Pflege lediglich zwei explizite, aber vierzehn implizite Würdebezüge. Paterson und Zderad (1999, 2007) erwähnen den Begriff Würde das erste Mal, als sie eine Definition von Humanismus aus einem Wörterbuch (Quelle ist keine angegeben) zitieren. Die zweite explizite Erwähnung von Würde steht in der ersten der zwölf Verhaltensanweisungen für Pflegepersonen um das Wohlbefinden von Patienten/Patientinnen zu fördern, welche besagt, dass die Würde der Patienten/

Patientinnen gefördert wird, wenn sie von den Pflegekräften mit ihrem Namen angesprochen werden (Paterson & Zderad, 1999, 2007).

Von den vierzehn impliziten Würdebezügen handeln acht davon, wie die Würde von Patienten/Patientinnen gewahrt wird, drei setzen sich mit Forschung auseinander. Die restlichen drei impliziten Würdebezüge können unter keiner Überschrift zusammengefasst werden und werde ich deren Darstellung als Letztes vornehmen, da sie auch am Interessantesten sind.

Die ersten acht Würdebezüge beinhalten Handlungsanweisungen der Pflegeperson, oder führen auf, welches Verhalten dazu führt, dass die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt oder geschützt wird (Paterson & Zderad, 1999, 2007). Um den Rahmen nicht zu sprengen, werde ich dies in einer Aufzählung vornehmen.

Die Würde wird gewahrt,

1. durch unvoreingenommenes Begegnen, Handeln und anschließende unvoreingenommene Reflexion der Pflegeperson, ungeachtet des ethnischen, religiösen Hintergrunds des Patienten/der Patientin;
2. indem die Pflegeperson den menschlichen Wert des Patienten/der Patientin erkennt und ihn/sie nicht über seine/ihre Krankheit oder Symptome oder seinen/ihren Gesundheitszustand definiert;
3. sofern die Pflegepersonen das Ziel der Pflege nach Paterson und Zderad erreichen, welches darin besteht, den Patienten/die Patientin zu unterstützen, Wohlbefinden zu erlangen und seine/ihre Persönlichkeit zu entfalten. Wohlbefinden kann sich aber nur dort einstellen, wo die Würde gewahrt wird;
4. vorausgesetzt die Pflegekraft leitet den Patienten/die Patientin an und bestärkt ihn/sie, sich am Pflegeprozess zu beteiligen und eigene Entscheidungen zu treffen. Dieses Verhalten der Pflegeperson zeugt von Respekt vor dem Individuum selbst und Respekt vor seiner Autonomie;
5. weil die Pflegeperson dem Patienten/der Patientin in Krisensituationen beisteht (Beisein), kann sie sein/ihr Potenzial gezielt fördern, da sie ihre eigene Menschlichkeit erkennt und somit auch die Menschlichkeit der erkrankten Person;
6. wenn eine echte Begegnung von Pflegekraft und Patient/Patientin stattfindet, in der der/die Pflegenden das Individuum mit seiner einzigartigen Persönlichkeit

und einzigartigen Talenten und in weiterer Folge auch die Umrisse von Wohlbefinden und persönliches Wachstum erkennt;

7. indem die Pflegepersonen dem Patienten/der Patientin Informationen und Erklärungen zukommen lassen. Dadurch zeigen sie, dass sie die Bedürfnisse des Individuums wahrnehmen und entsprechen wollen;
8. da die Pflegepersonen die Entscheidungen akzeptieren, die der Patient/die Patientin für sich trifft und respektieren dadurch auch seine/ihre Autonomie (Paterson & Zderad, 1999, 2007).

Paterson und Zderad (1999, 2007) befassen sich auch mit der Forschung und damit zusammenhängend beziehen sie sich auf den Würdebegriff. Sie beschreiben, dass die Situation als Pflegeforscher/Pflegeforscherin auf einer Station sehr schwierig sein kann, da er/sie in einen Konflikt mit den Pflegenden der Station geraten kann, wenn diese von ihm/ihr Informationen über seine/ihre Erkenntnisse über Patienten/Patientinnen bekommen wollen, die ihnen nicht mitgeteilt werden können, ohne die Würde der Patienten/Patientinnen zu verletzen. Diese zu wahren ist der Forscher/die Forscherin allerdings verpflichtet. Weiters sollen Pflegepersonen und Pflegeforscher/Pflegeforscherinnen ihre gewonnen Erkenntnisse ihren Kollegen/Kolleginnen mitteilen. Paterson und Zderad (1999, 2007) empfehlen in diesem Zusammenhang Stilmittel wie Analogien, Parabeln oder Metaphern zu verwenden, um die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren, durch die sie zu den jeweiligen Erkenntnissen gelangt sind. Der dritte Würdebezug in Zusammenhang mit Forschung befasst sich damit, dass Pflegepersonen nach Paterson und Zderad (1999, 2007) nach umfassenden Erkenntnissen streben und dabei gleichzeitig die Privatsphäre der Patienten/Patientinnen wahren sollen. Privatsphäre und Würde haben aber nicht die gleiche Bedeutung, denn es ist möglich die Privatsphäre zu wahren und trotzdem die Würde zu verletzen (z. B. wenn eine Pflegeperson einen Patienten als „Hypochonder“ bezeichnet, wahrt sie zwar seine Privatsphäre, verletzt aber seine Würde), es ist aber nicht möglich die Würde zu wahren, während man die Privatsphäre verletzt.

Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben, dass es im Zuge der Pflege zur Verletzung der Würde von Patienten/Patientinnen kommen kann, leider gehen sie nicht näher darauf ein. Sie beschreiben aber an einer anderen Stelle, dass es in verschiedenen Pflegesituationen nicht zu vermeiden ist, die Ganzheit des

Patienten/der Patientin aus den Augen zu verlieren, indem sie z. B. den erkrankten Körperteil betrachten, wodurch das Individuum zum Objekt degradiert wird und somit auch seine Würde verletzt wird. Paterson und Zderad (1999, 2007) meinen dazu, dass es zwar unvermeidbar ist, die Würde zu verletzen, nichtsdestotrotz soll aber versucht werden, dies zu verhindern, viel mehr noch die Würde zu stärken. An einer anderen Stelle relativieren sie den Umstand des Objektivierens, indem sie sagen, dass ein Mensch dadurch nicht zum „Ding“ erklärt wird, sondern lediglich seine Individualität abgesprochen wird. Sie beschreiben weiters, dass es in der Pflegeforschung teilweise notwendig ist, einen Menschen zum Objekt zu degradieren und somit eine Subjekt-Objekt-Beziehung aufzubauen, um auch objektive Erkenntnisse zu gewinnen, wodurch in solch einer Situation die Würde nicht beeinträchtigt wird. In Kombination mit einer Subjekt-Subjekt-Beziehung, in welcher man das Individuum kennenlernt, wird ein umfassender Erkenntnisgewinn erzielt (Paterson & Zderad, 1999, 2007).

Joyce Travelbee – Interpersonal Aspects of Nursing

Der Begriff Würde ist in Travelbees (1971) Theorie von großer Bedeutung. Zwar hat sie, wie Paterson und Zderad (1999, 2007) nur zwei explizite Begriffserwähnungen, allerdings hat sie siebenunddreißig implizite Würdebezüge beschrieben. Ich werde mit der Beschreibung der direkten Würdebezüge beginnen.

Travelbee (1971) verwendet das erste Mal den Begriff Würde, wenn sie beschreibt, dass Personen aus niederen sozioökonomischen Schichten für medizinische Versorgung mit ihrer Würde bezahlen, weil sie eine Dehumanisierung eher hinnehmen als Personen mit besserem Einkommen und besserem sozialen Hintergrund.

Nach Travelbee (1971) ist es das Ziel der Pflege, der erkrankten Person zu helfen, der Krankheit und dem Leiden eine Bedeutung zu geben. Damit die Pflegeperson dies tun kann, muss sie eine bestimmte Einstellung zur Menschheit aufweisen: *„[...] every human being has dignity and merit by virtue of his humanity.“* (Travelbee, 1971, S. 164).

Vierunddreißig der sechsunddreißig impliziten Würdebezüge konnte ich fünf Schwerpunkten zuordnen. Dabei habe ich bewusst den Schwerpunkt «Wie wird Würde verletzt?» und «Dehumanisierung» getrennt und nicht unter einem Punkt zusammengefasst, da «Dehumanisierung» in Travelbees (1971) Theorie besonders

intensiv behandelt wurde und deshalb als eigener Schwerpunkt betrachtet wird. Zwei Würdebezüge konnten nicht einem größeren Thema zugeordnet werden und werden zu Beginn beschrieben.

Der Patient/die Patientin wird der Pflegeperson nur dann wichtige Inhalte mitteilen, wenn er/sie sicher ist, dass diese Inhalte nicht ignoriert, belächelt oder bekrittelt werden (Travelbee, 1971). Dies geschieht aber nur dann, wenn er/sie sich sicher ist, dass seine/ihre Würde nicht verletzt wird.

Das Verletzen der Würde ist kein Kavaliersdelikt, dies steht außer Frage. Aber in Travelbees (1971) Theorie wird etwas mit wesentlich schlimmeren Auswirkungen für den Patienten/die Patientin beschrieben: die Resignation und in weiterer Folge die Aufgabe des Willens zu leben, aufgrund unterlassener Hilfestellung seitens der Pflegeperson, indem sie die Bedürfnisse der erkrankten Person ignoriert hat. Dies ist meiner Meinung nach eine Steigerung des Verletzens der Würde.

Der Wert des Menschen

1. Die Pflegeperson zeigt durch ihre Handlungen, dass sie dem erkrankten Individuum helfen mag, nicht weil es von ihr erwartet wird, sondern um seiner Selbst willen.
2. Wir schulden uns und anderen Menschen Wertschätzung aufgrund unserer Einzigartigkeit und Unersetzbarkeit.
3. Ob eine Pflegeperson davon überzeugt ist, dass jeder Mensch wertvoll ist, zeigt sich in ihren Handlungen. Einige Pflegekräfte meinen, dass sie diese Einstellung besitzen, dass dem nicht so ist, äußert sich dann in entwürdigenden Aktionen. (Dieser Aspekt wird zweimal erwähnt, ich habe ihn auch zweimal gezählt und werde ihn aber nur einmal behandeln)
4. Jeder Mensch ist wertvoll und niemand besitzt die Weisheit, den Wert eines anderen zu bestimmen (Travelbee, 1971).

Gründe, warum Würde verletzt wird

1. Der Mensch ist ein soziales Wesen, das sich mit anderen in Beziehung setzt, jedoch ist er hin und wieder und in unterschiedlichen Graden, auch ungesellig oder sogar asozial.
2. Es ist gut möglich, dass eine Pflegeperson kurz nach Abschluss ihrer Ausbildung und zu Beginn ihrer Berufsausübung, das menschliche Wesen in

jeder erkrankten Person erkennt und erst mit wachsender Routine diese Eigenschaft verliert und stattdessen in jedem Patienten/jeder Patientin nur mehr die Krankheit, den Stereotyp «Patient/Patientin» oder die Aufgabe, die noch zu erledigen ist, sieht.

3. Die Einzigartigkeit wahrnehmen bedeutet gleichzeitig die Würde zu wahren. Meistens ist mangelndes Interesse am anderen/an der anderen dafür verantwortlich, dass seine/ihre Einzigartigkeit nicht wahrgenommen wird.
4. Dieses Desinteresse am erkrankten Individuum wird die Pflegeperson in ihren Handlungen unbewusst äußern und der Patient/die Patientin wird sofort auf seine Art reagieren (Travelbee, 1971).

Wie wird die Würde verletzt?

1. Der Mensch neigt dazu, Individuen in Kategorien einzuordnen und Stereotype zu bilden, wodurch das Individuum nicht mehr erkannt und man letztlich nur auf die Kategorie und die jeweiligen Inhalte reagiert.
2. Beim «Prozess der menschlichen Reduktion» erkennt die Pflegeperson in kranken Personen nur mehr eine lästige Pflicht, eine Aufgabe oder ein Objekt, wodurch sie nur mehr nach Vorschrift arbeitet und nur mehr die Arbeiten erledigt, die die jeweilige Institution von ihr erwartet. Seitens des Instituts wird sie dabei als „gute Pflegeperson“ wahrgenommen, aber niemals vom kranken Individuum, welches ihrer Pflege bedarf.
3. Kranke Personen, die «Charity Hospitals» (z. B. Travelbee, 1971, S. 37) aufsuchen, müssen oft unzählige Stunden warten, um kostenlos medizinisch versorgt zu werden und werden gedemütigt, indem sie von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen nur als Fall oder Nummer behandelt werden.
4. Wenn ein Patient/eine Patientin sich krank fühlt, ist er/sie krank. Es ist nicht die Aufgabe der Pflegeperson eine Diagnose zu stellen, sondern die erkrankte Person als menschliches Wesen zu behandeln, wahrzunehmen und zu unterstützen.
5. Manche Pflegepersonen verletzen die Würde von Patienten/Patientinnen, indem sie ihnen direkt oder indirekt die Schuld für ihre eigene Erkrankung geben.
6. Pflegepersonen steht es nicht zu, darüber zu urteilen, ob ein Patient/eine Patientin Schmerzen hat, oder wenn er/sie nur so tut als ob, hat auch dies

seine Gründe und die Pflegeperson muss diese Aussage als seine/ihre eigene Wahrnehmung akzeptieren.

7. Die Pflegeperson verletzt die Würde des Patienten/der Patientin auch dann, wenn sie ihn/sie an einen anderen Mitarbeiter/eine andere Mitarbeiterin der Institution überweist und sich dann nicht mehr verpflichtet fühlt, seine/ihre Bedürfnisse zu befriedigen, weil sie ja die Zuständigkeit abgegeben hat.
8. Weiters wird die Würde des Patienten/der Patientin auch dann verletzt, wenn die Pflegeperson zu wissen glaubt, wie sie sich anstelle des Patienten/der Patientin verhalten würde, da sie das Individuum seiner Einzigartigkeit beraubt.
9. Einige Pflegepersonen entwickeln im Laufe ihrer Karriere einen mentalen Maßstab, wodurch sie messen und urteilen. Entsprechen andere diesem Maßstab nicht, wird die Entscheidung getroffen die Unterschiede oder die Person mit den Unterschieden selbst zu ignorieren, zu leugnen oder herabzusetzen.
10. Die Würde wird durch Neid verletzt, wenn die Pflegeperson den Patienten/die Patientin beneidet, da seine/ihre Bedürfnisse befriedigt werden, während ihre eigenen unbefriedigt bleiben und die Krankheit ja sehr komfortable Nebeneffekte hat. Dieser Neid entsteht meist dort, wo Pflegepersonen die Auswirkungen einer Krankheit unterschätzen. Genauso können auch Patienten/Patientinnen die Pflegeperson um ihre Unabhängigkeit und ihre Gesundheit beneiden (Travelbee, 1971).

Dehumanisierung

1. Werden Personen von Pflegekräften nicht als Individuen wahrgenommen, kann es sein, dass sie Quacksalber aufsuchen, die ihre Einzigartigkeit wahrnehmen.
2. Der Patient/die Patientin wird dehumanisiert, wenn nur die Krankheit und ihre Symptome beachtet werden und nicht das Individuum, in seiner Gesamtheit, dahinter. (Dieser Aspekt wird zweimal erwähnt, ich habe ihn auch zweimal gezählt und werde ihn aber nur einmal behandeln)
3. Dehumanisierung kann sich auch durch das Bilden von Stereotypen äußern, z. B. alle Patienten/Patientinnen sind hilflos, abhängig und nicht besonders hell im Kopf.

4. Durch das Entwerten, Leugnen und Auslöschen des Menschseins eines Patienten/einer Patientin, wird er/sie gleichzeitig einer unvergesslichen, demütigenden Beleidigung ausgesetzt.
5. Ignoriert die Pflegeperson ihre eigenen Bedürfnisse, während sie versucht die der Patienten/Patientinnen zu befriedigen, führt dies zu ihrer eigenen Dehumanisierung.
6. «Objectifying Pity» (z. B. Travelbee, 1971, S. 147) ist eine weitere Art andere zu dehumanisieren, indem man sich mit den Patienten/Patientinnen als Objekte anstatt von Menschen in Beziehung setzt. Durch das «Objectifying Pity» wird die Kontrolle und Selbstständigkeit der erkrankten Person weiter geschwächt, wodurch seine Gefühle, wie Ärger und Unmut, verstärkt werden. (Dieser Aspekt wird zweimal erwähnt, ich habe ihn auch zweimal gezählt und werde ihn aber nur einmal behandeln)
7. Dehumanisierung kann auch dann entstehen, wenn der Patient/die Patientin als zu lösendes Problem behandelt wird und nicht als erkrankte Person, die der Unterstützung bedarf (Travelbee, 1971).

Wie wird Würde gewahrt?

1. Das Ziel der Pflege ist es, dem Patienten/der Patientin zu helfen, in der Krankheit und im Leiden einen Sinn zu finden. Diese Aufgabe kann dabei für die Pflegeperson genauso befriedigend sein, wie die vollständige Genesung eines Patienten/einer Patientin. Die Verbreitung dieser Annahme kann letzten Endes dazu führen, dass allgemeine Ansichten über chronisch Kranke und Behinderte verändert werden können, wodurch auch deren Würde gewahrt wird.
2. Die Würde wird weiters gewahrt, wenn die Pflegeperson dem Patienten/der Patientin hilft, Hoffnung zu erhalten oder zu entwickeln, indem ihm/ihr z. B. Wahlmöglichkeiten aufgezeigt werden, bzw. er/sie bestärkt wird, Entscheidungen zu treffen, wodurch er/sie Verantwortung für sich selbst entwickelt oder verstärkt. (Dieser Aspekt wird zweimal erwähnt, ich habe ihn auch zweimal gezählt und werde ihn aber nur einmal behandeln)
3. Es ist wichtig, das Individuum im Patienten/in der Patientin zu erkennen, denn man kann nur für ein Individuum Mitgefühl entwickeln und nicht für eine Kategorie oder einen Stereotyp.

4. Die Kategorien Patient/Patientin und Pflegeperson müssen überwunden werden, damit die Einzigartigkeit erkannt werden und letzten Endes eine Mensch-zu-Mensch-Beziehung entstehen kann.
5. Die Aufgabe der Pflegepersonen ist es, die Menschlichkeit in allen erkrankten Personen zu erkennen, die von ihnen betreut werden.
6. Unablässig um die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren, ist ein Bewusstsein für jene Handlungen zu entwickeln, die Humanisieren. Travelbee ruft in diesem Zusammenhang zu einem Kampf gegen das Verletzen der Würde auf (Travelbee, 1971).

Gegenüberstellung der Theorien von Watson, Paterson und Zderad und Travelbee

Während Travelbee (1971) und Paterson und Zderad (1999, 2007) nur zweimal explizit den Würdebegriff erwähnt haben, hat Watson (1996) fünfzehn Mal «Würde» genannt. Im Gegensatz dazu habe ich in Watsons (1996) Theorie nur sieben implizite Würdebezüge gefunden, in Patersons und Zderads (1999, 2007) Theorie vierzehn, hingegen in Travelbees (1971) Theorie unglaubliche 37 implizite Würdebezüge. Die Anzahl der impliziten und expliziten Würdebezüge, insbesondere die expliziten bei Watson (1996) und die impliziten bei Travelbee (1971), sprechen für sich. Dies bedeutet aber nicht, dass für Patersons und Zderads (1999, 2007) Theorie der Würdebegriff völlig unerheblich ist. Es hängt natürlich auch viel von den Inhalten der jeweiligen Würdebezüge ab und so konnten einige interessante Übereinstimmungen, Ähnlichkeiten und auch Unterschiedlichkeiten festgestellt werden, die im Folgenden dargestellt werden. Allerdings werde ich nicht auf alle Unterschiede oder Gemeinsamkeiten eingehen, sondern nur auf die, die meiner Meinung nach am Interessantesten sind, um den Rahmen nicht zu sprengen.

Alle vier Theoretikerinnen haben die gleiche Vorstellung von «Würde», beschreiben sie aber auf unterschiedliche Arten. In Watsons (1996), in Patersons und Zderads (1999, 2007) und auch in Travelbees (1971) Theorie hängt das Wahre der Würde eng mit dem Anerkennen des Wertes eines jeden Menschen zusammen. Watson (1996) beschreibt, dass jeder Mensch anerkannt, respektiert und ehrfürchtig behandelt werden muss, einerseits aufgrund der Seele, die jeder Person innewohnt und andererseits aufgrund der Einzigartigkeit eines jeden Menschen. Travelbee (1971) betont ebenfalls die Einzigartigkeit, führt dies aber genauer aus, indem sie

von der Unersetzbarkeit einer jeden Person spricht. In ihrer Theorie muss die Menschlichkeit gewahrt werden, damit die Würde gewahrt werden kann. In diesem Zusammenhang beschreibt sie als einzige, dass alle Menschen gleich wertvoll sind und keine Person die Weisheit besitzt, den Wert einer anderen festzumachen.

Alle vier Theoretikerinnen beschreiben die gleiche Art, wie Würde verletzt wird: die Würde der Patienten/Patientinnen wird verletzt, wenn ihnen ihre Menschlichkeit abgesprochen wird und sie dehumanisiert werden, wie Travelbee (1971) dies beschreibt, bzw. sie zum Objekt degradiert werden, wie es bei Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) heißt. Dies geschieht, wenn der Patient/die Patientin nicht in seiner/ihrer Ganzheit betrachtet wird, sondern nur einzelne Aspekte, wie z. B. sein/ihr spezielles Verhalten, die Krankheit allein, oder das erkrankte Körperteil. Watson (1996) beschreibt dieses Phänomen, aber bezeichnet dies nur als medizinische Sichtweise und beschuldigt somit das ärztliche Personal, die Würde zu verletzen, während gleichzeitig die Pflegepersonen als Anwälte der Menschlichkeit die Würde wahren, lehnt das Verletzen der Würde aber ab. Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben eine kleine Steigerung in diesem Verhalten, indem sie schreiben, dass es im Zuge der Pflegepraxis hin und wieder unvermeidbar ist, die Würde von Patienten/Patientinnen zu verletzen, dies aber nicht weiter tragisch ist, da ein objektivierter Mensch nicht gleich einem Ding entspricht und auf diese Weise auch objektive Erkenntnisse gewonnen werden können. Travelbee (1971) steigert dies wieder, indem sie einerseits beschreibt auf welche Art und Weise die Würde von Patienten/Patientinnen verletzt wird und welche Gründe Pflegepersonen für so ein Verhalten haben. Auch sie verurteilt das Verletzen der Würde, beschreibt aber gleichzeitig die Menschen, die die Würde verletzen und was sie dazu bewegt, andere entwürdigend zu behandeln.

Alle Theoretikerinnen beschreiben in ihren Würdebezügen auch, wie die Würde gewahrt werden kann, wobei aber auch hier wieder Travelbee (1971) detaillierter und konkreter vorgeht, indem sie genaue Pflegeanweisungen gibt. Auch Paterson und Zderad (1999, 2007) haben konkretere Ausführungen, wie Pflegepersonen die Würde der Patienten/Patientinnen wahren können, während Watson (1996) hingegen keine genauen Anweisungen an die Pflegeperson anführt und eher abstrakt bleibt.

Watson (1996) beschreibt hingegen als einzige die «Goldene Regel» als Orientierung, damit die Pflegeperson weiß, welche Werte ihren Handlungen zugrunde liegen sollen.

Paterson und Zderad (1999, 2007) führen hingegen als einzige in den drei Theorien aus, dass es wichtig ist, dass die Pflegeperson vorurteilsfrei dem Patienten/der Patientin gegenübertritt, unabhängig seines/ihrer sozialen, ethnischen, politischen, religiösen Hintergrundes.

Watson (1996) beschreibt als Anforderung an die Pflegeperson, dass sie Wissen, soziales Engagement und Verantwortung in ihren Beruf mitbringen muss, damit sie die Würde von Patienten/Patientinnen wahren kann. Travelbee (1971) beschreibt Ähnliches, wenn sie vom fachspezifischen, intellektuellen Zugang in Kombination mit dem «Therapeutic Use Of Self» spricht. Paterson und Zderad (1999, 2007) erwähnen in ihrer Theorie nichts dergleichen, führen aber einen Aspekt an, der wiederum weder bei Watson (1996) noch bei Travelbee (1971) anzutreffen ist. Paterson und Zderad (1999, 2007) sprechen als einzige von der Pflegeforschung und inwieweit Pflegeforscher/Pflegeforscherinnen gefährdet sind, die Würde zu verletzen und führen auch an, dass Pflegepersonen nach umfassenden Erkenntnissen streben sollen.

Es gibt einige Konzepte, die gefühlsmäßig sehr eng mit Würde zusammenhängen, aber nicht in allen Theorien behandelt werden:

- Wohlbefinden wird nur kurz von Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) behandelt, während diese auch beschreiben, welche Verhaltensweisen der Pflegeperson das Wohlbefinden herstellen können.
- Privatsphäre wird ausschließlich von Paterson und Zderad (1999, 2007) angesprochen.
- Hoffnung wird nur von Travelbee (1971) behandelt, in Zusammenhang mit dem Aufzeigen der Wahlmöglichkeiten, die dem Patienten/der Patientin offen stehen.
- Autonomie hingegen wird von Paterson und Zderad (1999, 2007) und von Travelbee (1971) angesprochen, wenn sie davon sprechen, dass es nicht die Aufgabe der Pflegeperson ist, über die Entscheidungen die der Patient/die Patientin trifft, zu urteilen. Travelbee (1971) beschreibt weiters, dass es der Pflegeperson nicht zusteht, über die Wahrnehmungen der erkrankten Person in Bezug auf Schmerz oder Krankheit zu urteilen.

Watson (1996) führt aus, dass die Pflegeperson die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin erkennen und befriedigen muss. Auch Paterson und Zderad (1999, 2007) behandeln diesen Aspekt und beschreiben, dass Pflegepersonen die Bedürfnisse

des Patienten/der Patientin befriedigen sollen, indem sie der erkrankten Person Erklärungen und Informationen bezüglich ihres Gesundheitszustandes zukommen lassen. Travelbee (1971) schreibt nichts zu den Bedürfnissen der Patienten/Patientinnen, allerdings beschreibt sie, dass das Ignorieren der eigenen Bedürfnisse der Pflegeperson zur Verletzung ihrer eigenen Würde führt. Watson (1996) beschreibt, dass die Pflegeperson dann ihre Würde verletzt, wenn sie dem Patienten/der Patientin ihre eigene Subjektivität vorenthält und somit sich und die erkrankte Person zum Objekt degradiert. Paterson und Zderad (1999, 2007) hingegen beschreiben nicht, wie und ob die Würde der Pflegeperson verletzt werden kann.

Watson (1996) beschreibt die Phänomene Gesundheit und Krankheit, auch Travelbee (1971) tut dies, geht aber genauer darauf ein und beschreibt als einzige das Phänomen Leiden. Travelbee (1971) und Paterson und Zderad (1999, 2007) gehen in ihren Theorien weiters kurz auf chronisch Kranke ein, Travelbee behandelt sogar behinderte Personen. Dabei beschreibt sie weiters, dass es die Aufgabe der Pflege ist, dem Patienten/der Patientin zu helfen, einen Sinn in seiner/ihrer Krankheit und in seinem/ihrer Leiden zu finden, dies wird auch von Watson (1996) erklärt, dass es wichtig ist, dass erkrankte Personen ihren Erfahrungen eine Bedeutung geben können.

Meiner Meinung nach am Interessantesten ist folgender Unterschied. Paterson und Zderad (1999, 2007) führen an, dass die Pflegeperson die Menschlichkeit anderer, sowie deren Würde und in weiterer Folge ihre eigene Menschlichkeit und die eigene Würde erkennt, weil sie den Patienten/Patientinnen in Krisensituationen beistehen. Genau dieser Punkt wird auch bei Travelbee (1971) behandelt, allerdings in Zusammenhang mit den Gründen, die dazu führen, dass Pflegepersonen die Würde von Patienten/Patientinnen verletzen. Diese Menschlichkeit von der Paterson und Zderad (1999, 2007) sprechen, führt die Pflegeperson, laut Travelbee (1971), in eine Krise, da sie ihre eigene Verletzlichkeit in der Verletzlichkeit der anderen erkennt.

3.2. Theorien zu gestörten Funktionen (Hauzeneder)

In diesem Kapitel werden die Theorien von Callista Roy, Betty Neuman und Dorothea Orem beschrieben und daraufhin untersucht, ob und wie die jeweiligen Theoretikerinnen auf die Würde von Patienten und Patientinnen eingehen.

3.2.1. Callista Roy – Das Adaptationsmodell

Im Pflegemodell von Callista Roy wird die Pflege von Individuen mithilfe unterschiedlicher Annahmen, welche auf Wissenschaft und Philosophie basieren, beschrieben (Roy & Andrews, 2008), wobei ihre Annahmen auf Helsons (1964) Theorie des Adaptationsniveaus basieren (Roy, 1970) und beinhalten folgende Punkte:

- 1.) Der Mensch ist ein bio-psycho-soziales Wesen.
- 2.) Der Mensch und seine sich fortlaufend verändernde Umwelt stehen in Wechselbeziehung zueinander.
- 3.) Der Mensch verwendet entweder angeborene oder erworbene Mechanismen, welche biologischer, psychologischer und sozialer Herkunft sind, um sich an die Veränderungen der Umwelt anpassen oder diese bewältigen zu können.
- 4.) Eine Dimension des Menschen ist Gesundheit und Krankheit, welches ein Kontinuum formt.
- 5.) Um auf Umweltveränderungen reagieren zu können, benötigt man die Fähigkeit der Anpassung.
- 6.) Anpassung ist die Reaktion auf einen Reiz, welcher auf eine Person wirkt (Roy, 1970).
- 7.) Der Mensch besitzt vier Adaptationsmodi: Physiologischer, Selbstkonzept-, Rollenfunktions- und Interdependenz-Modus (Aggleton & Chalmers, 1984).
- 8.) Das Ziel der Pflege ist die Wahrung der Integrität und der Würde (Roy, 1984).

Mittels dieser Annahmen und weiteren Faktoren entsteht das Konzept „Der Mensch als adaptives System“. Die Pflege lehrt uns einerseits, dass die zu behandelnde Person immer im Mittelpunkt steht, andererseits zeigt aber dieses Konzept auch den Umgang des Pflegepersonals sowohl mit dem Patienten/der Patientin und deren Angehörigen als auch mit Organisationen oder Gemeinschaften (Roy & Andrews, 2008).

Laut Roy (1984b) sind Personen ganzheitliche adaptive Systeme, wobei „ganzheitlich“ bedeutet, dass der Mensch als Ganzes bestehen bzw. leben kann (Roy & Andrews, 2008). Der Begriff „Adaptation“ bzw. „adaptiv“ wiederum, stammt vom lateinischen Wort „adaptare“ ab, welches mit dem Ausdruck „anpassen“ übersetzt werden kann (Stowasser, Petschnig & Skutsch, 1998). Dies heißt, bezogen auf das Konzept, dass Patienten/Patientinnen Fertigkeiten besitzen, sich auf etwaige Veränderungen in ihrer Umgebung anpassen zu können (Roy & Andrews, 2008). Den Begriff „System“ beschreiben Roy & Andrews (2008) als, *„ein aus Teilen zusammengesetztes Ganzes, das zu einem bestimmten Zweck zusammenwirkt, wobei die einzelnen Teile wechselseitig voneinander abhängig sind.“* (S. 229-230). Wie in Abbildung 1 vereinfacht dargestellt, besteht ein System unter anderem aus Inputs, Outputs und Feedbackprozessen.

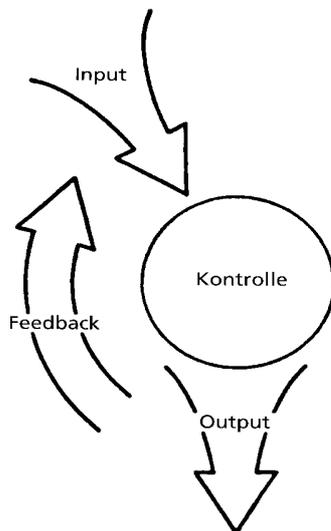


Abbildung 1: Schema eines Systems, Roy & Andrews, 2008, S. 228

Wird dieses Schema auf das Modell von Callista Roy projiziert, so entsprechen, wie in Abbildung 2 gezeigt, die Reize/Stimuli dem Input und das menschliche Verhalten dem Output. Die Reize werden in interne (= innere Umgebung) und externe (= aus der Umgebung) Reize unterteilt und stehen in weiterer Folge mehrere dieser Reize in Verbindung zueinander, so entsteht das Adaptationsniveau. Dieses Niveau wird in Abbildung 2 durch die zwei äußeren Kreise dargestellt. Weiters besteht dieses System beim jeweiligen Individuum aus regulativen und kognitiven Subsystemen, welche als Bewältigungsmechanismen fungieren und dem Menschen helfen, sich an die veränderte Umwelt anzupassen. Das Verhalten bzw. der Output zeigt sich durch adaptive oder ineffektive Reaktionen. Diese Reaktionen hängen von den

auftretenden Stimuli und dem Anpassungsniveau ab und liefern dem adaptiven System entweder ein Feedback oder einen Input. Dadurch kann das Individuum beschließen, ob für die Beseitigung der Reize noch mehr Kraft benötigt wird oder ob die Bemühungen reduziert werden können (Roy & Andrews, 2008).

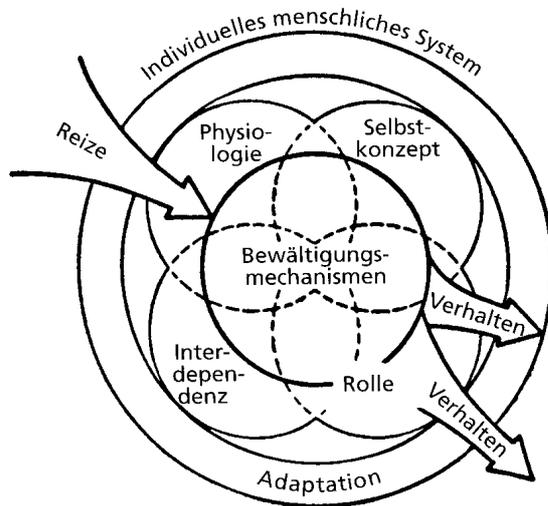


Abbildung 2: Schema des individuell adaptiven Systems, Roy & Andrews, 2008, S. 229

Wie schon erwähnt, besteht das Modell von Roy aus internen und externen Reizen, welche sich abermals in fokale, kontextuelle und residuale Reize unterteilen lassen (Roy, 1970) und im nachstehenden Unterkapitel näher erläutert werden.

Reize

Die drei Reiztypen – fokal, kontextual, und residual – spielen eine wesentliche Rolle für das Verständnis des Adaptationsmodells.

Fokaler Reiz

Dieser Reiz wird vom Menschen am deutlichsten wahrgenommen, da er dem fokalen Reiz direkt „ausgeliefert“ ist (Roy & Andrews, 2008). Die Person, die dem Stimulus ausgesetzt ist, kann sich der neuen Umwelt nur dann anpassen, wenn sie gleich auf den aufgetretenen Reiz reagiert (Akinsanya, Cox, Crouch & Fletcher, 1997). Ist zum Beispiel ein Kind das erste Mal bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin, so hört es Geräusche, welche es vorher noch nie vernommen hat. Das Kind lenkt seine Aufmerksamkeit auf diese Geräusche und versucht, mit der dafür notwendigen Energie, die Stimuli zu bewältigen.

Kontextualer Reiz

Kontextuale Reize unterstützen die Auswirkungen fokaler Reize – kontextuale Reize treten gleichzeitig mit fokalen Reizen auf (Aggleton & Chalmers, 1984) – und kommen in jeder Situation, welche sich auf den Menschen bezieht, vor. Jedoch wird ihnen keine Aufmerksamkeit geschenkt, sondern laufen sie eher im Hintergrund ab. Zum Beispiel geht ein Mensch mit Schmerzen besser um, wenn er weiß, dass diese nicht von Dauer sind bzw. wenn er weiß, was auf ihn zukommt, als wenn der Grund des Schmerzes nicht bekannt ist (Roy & Andrews, 2008)

Residualer Reiz

Residuale Reize sind interne oder externe Faktoren, deren Einflüsse auf die Situation nicht deutlich ersichtlich sind. Es kann passieren, dass weder der Patient/die Patientin noch das Pflegepersonal diese Reize bemerken (Roy & Andrews, 2008). Residuale Stimuli beinhalten unter anderem Überzeugungen, Standpunkte, Eigenschaften und Faktoren von früheren Erfahrungen, welche für die gegenwärtige Situation relevant sind (Roy, 1970).

Diese drei Reizkategorien können sich in kürzester Zeit ändern oder weiterentwickeln. So kann aus einem Stimulus, der gerade noch fokal war, ein kontextualer Reiz entstehen und der eben noch kontextuale Reiz in Vergessenheit geraten und zum residualen Stimulus werden (Roy & Andrews, 2008).

Das Zusammenwirken der drei Reizkategorien bildet das Adaptationsniveau eines Systems (Aggleton & Chalmers, 1984).

Adaptationsniveau

Unter diesem Niveau versteht man die Fähigkeit einen Zustand oder eine Situation positiv zu bewältigen, wobei diese Fähigkeit von den Bedingungen der Situation und des Wohlbefindens des menschlichen Systems beeinflusst wird. Je mehr positive Erfahrungen ein Mensch während seines Lebens macht, umso größer ist die Anzahl der Fertigkeiten sich einer veränderten Umwelt anzupassen. Weiters besagt das Adaptationsniveau, dass der Mensch aktiv mit der Umwelt in Verbindung steht. Kann ein Patient/eine Patientin eine neue Situation nicht von Beginn an positiv abschließen, wird aktiv nach Lösungswegen gesucht. Ist dieser Vorgang beendet, hat sich das Anpassungsniveau des menschlichen Systems verändert (Roy, 1970; Roy & Andrews, 2008). Die Veränderungen dieses Levels werden die Menschen bis

an ihr Lebensende begleiten, da es laut Aggleton und Chalmers (1984) kein maximal erreichbares Adaptationsniveau gibt.

Rund um das Anpassungsniveau gibt es eine Zone, welche eine Bandbreite von Stimuli zeigt, die zu einer positiven Antwort führt. Ist der aufgetretene Reiz innerhalb dieses Bereichs, kann der Patient/die Patientin eine positive Antwort liefern und somit den Reiz bewältigen. Ist der Stimulus jedoch außerhalb der Zone, benötigt der/die Betroffene Hilfe vom Pflegepersonal, um sich an die neue Situation anpassen zu können (Roy, 1970).

Jeder Krankenpfleger/jede Krankenschwester muss im Laufe seiner/ihrer Karriere viele Menschen behandeln, wobei das Adaptationsniveau dieser Personen, unterschiedlich fortgeschritten ist (Roy & Andrews, 2008). Hier an diesem Punkt sollte das Pflegepersonal, bezogen auf die Würde, die Patienten/Patientinnen fördern, indem sie dem/der Betroffenen in einem Gespräch zeigen, welche Reize den Klienten/die Klientin beeinflussen und wie diese Reize bekämpft werden können. Es muss zwar nicht sein, dass dem Individuum bewusst ist, dass seine Würde unter diesen Einflüssen leidet, jedoch kann durch die Beseitigung der Reize das Wohlbefinden bzw. die Selbstachtung gesteigert und somit die Würde gewahrt und gleichzeitig gestärkt werden.

Das Pflegepersonal setzt sich nicht nur mit den Stärken und Schwächen von Patienten/Patientinnen auseinander, sondern nimmt auch wahr, wenn es zu Einschränkungen des eigenen Adaptationsniveaus, z. B. durch Müdigkeit oder Angst, kommt (Roy & Andrews, 2008). Mögliche Auslöser für die Verschlechterung des Anpassungsniveaus können Schlafdefizit und Überlastung sein, wenn zu wenig Personal vorhanden ist und die Pflegekraft Überstunden machen muss. Die Pflegeperson ist nicht mehr in der Lage eine adäquate Pflege zu gewährleisten und kann somit nicht mehr auf die Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen eingehen, wenn sie zum Beispiel vergisst, während der Körperpflege eines Patienten/einer Patientin, den Vorhang zu zuziehen. Dadurch können andere Personen, die sich im Raum befinden, den freigegebenen Körper des Klienten/der Klientin sehen, wodurch seine/ihre Würde verletzt wird.

Um solchen Situationen vorzubeugen, sucht die Pflegeperson Hilfe von anderen Personen auf, um die eigenen Ressourcen und das eigene Adaptationsniveau zu verbessern (Roy & Andrews, 2008). Dies bedeutet in weiterer Folge, dass die

Pflegeperson wieder die Fähigkeit besitzt, den Patienten/die Patientin optimal zu behandeln und dadurch die Würde gewahrt wird.

Wie schon beschrieben und ersichtlich in Abbildung 1 und 2, bilden die auftretenden Stimuli und das Adaptationsniveau den Input des adaptiven Systems. Hat ein Input Einfluss auf den Menschen, so versucht das menschliche adaptive System mit Hilfe von Bewältigungsmechanismen das Problem zu lösen, das sich wiederum in unterschiedlichen Verhaltensweisen manifestiert (Roy & Andrews, 2008).

Verhalten

Das Verhalten des adaptiven Systems wird durch Reaktionen gebildet, welche sich auf Probleme, Erfordernisse, Mängel, Fähigkeiten und Talente des Menschen beziehen. Das Verhalten kann sowohl beobachtet, gemessen oder beschrieben werden und setzt sich aus internen und externen Reaktionen zusammen. Eine externe Reaktion wäre z. B. wenn ein Mensch aus einer gewissen Entfernung Schreie hört und diesen Schreien nachgeht. Eine interne Reaktion hierbei könnte eine erhöhte Herzfrequenz sein. Für das Pflegepersonal ist es von großer Wichtigkeit die Verhaltensweisen von Patienten/Patientinnen genau zu beobachten, um zu sehen, wie diese mit ihrer Umwelt interagieren. Mittels dieser Beobachtungen können pflegerische Einschätzungen und Interventionen vorgenommen werden (Roy & Andrews, 2008).

Das Verhalten, das der/die Betroffene in bestimmten Situationen vorweist, kann entweder adaptiv oder ineffektiv sein, wobei die Wirksamkeit des Verhaltens das Pflegepersonal nur gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin bewerten kann und die Beurteilung dieser Effektivität sich nur auf das jeweilige Individuum und dessen Eigenschaften bezieht (Roy & Andrews, 2008).

Wenn ein Patient/eine Patientin nicht in die Beurteilungen seines/ihrer Verhaltens einbezogen und somit auf seine/ihre Meinung kein Wert gelegt wird, wird er/sie zum Objekt degradiert, wodurch ihm/ihr jegliche Menschlichkeit abgesprochen und dadurch seine/ihre Würde verletzt wird. Zeigt jedoch die Pflegeperson dem/der jeweiligen Betroffenen, dass er/sie für ihn/sie zur Verfügung steht und das sie gemeinsam die Bewertung durchführen, entsteht beim Patienten/bei der Patientin das Gefühl „ernst genommen zu werden“, welches sich positiv auf die Würde auswirkt.

Adaptive Reaktionen fördern die Integrität des Menschen in Bezug auf Überleben, Wachstum, Reproduktion und Rollenbeherrschung. Ist zum Beispiel eine Person durstig, da sie schon längere Zeit keine Flüssigkeit mehr zu sich genommen hat, trinkt sie Wasser, um zu überleben. Durch neue Erlebnisse steigert sich das persönliche Wachstum und weiters ist es wichtig, veränderte Situationen zu erkennen, um sich dementsprechend adaptiv verhalten zu können. *Ineffektive* Reaktionen beeinträchtigen die Integrität des adaptiven Systems, indem sie entweder über kurze oder lange Zeit einen negativen Einfluss auf das Überleben, Wachstum, Reproduktion oder Rollenbeherrschung haben (Roy & Andrews, 2008). Könnten hierbei bestimmte Verhaltensweisen des Pflegepersonals Auswirkungen auf die adaptiven/ineffektiven Reaktionen des Patienten/der Patientin haben und dadurch die Würde des Individuums verletzen bzw. fördern? Zum Beispiel wird einer fast blinden Frau über Tage hinweg, nicht mundgerecht geschnittenes Essen ans Krankenbett gebracht. Da die Frau kaum etwas sieht, ist sie nicht fähig, sich die Mahlzeit selbst zu schneiden und kann somit auch nichts essen – die Patientin kann sich nicht an den Stimulus anpassen und kämpft ums Überleben. Die Unfähigkeit sich selbst zu versorgen, beeinträchtigt die Würde der Betroffenen. Die Pflegeperson sollte in diesem Fall näher auf die Frau eingehen, sie genau beobachten und mit ihr über den Vorfall sprechen und Lösungen finden, damit die Würde der Patientin gefördert werden kann.

Eine Möglichkeit wäre, das Essen in kleine Stücke zu schneiden, bevor die Frau ihre Mahlzeit bekommt. Somit benötigt sie auch keine Hilfe bei der Essenseingabe und ihre Würde wird gewahrt.

Das auftretende Verhalten bzw. die erbrachten Reaktionen eines Individuums hängen unter anderem von Bewältigungsmechanismen ab, welche sich in kognitive und regulative Mechanismen unterteilen lassen.

Bewältigungsmechanismen

Um sich an die verändernde Umwelt anzupassen, verwendet das adaptive System sowohl angeborene als auch erworbene Mechanismen, welche biologischer, psychologischer und sozialer Herkunft sind. Angeborene Mechanismen sind genetisch abhängig und arbeiten durch das autonome Nervensystem, welches einen Reflex auslöst, mit dem die Person den Reiz bewältigt. Erworbene

Bewältigungsmechanismen identifizieren, speichern und setzen Stimuli miteinander in Zusammenhang, um dem Verhalten Ausdruck zu verleihen (Roy, 1970). Diese Mechanismen umfassen Erlebnisse, die dem Menschen während seines Lebens widerfahren sind. Mithilfe dieser Erfahrungen kann die Person positiv auf unterschiedliche Stimuli reagieren (Roy & Andrews, 2008).

Die Bewältigungsmechanismen können in weiterer Folge noch in kognitive und regulative Subsysteme unterteilt werden, wobei Roy (1970) diese als Cognator und Regulator bezeichnet.

Regulator

Dieser Typ wird durch neurale, chemische und endokrine Mechanismen gebildet. Treten interne oder externe Stimuli auf, so verändert sich das Verhalten der Körperflüssigkeiten und der Elektrolyte. Dieses Verhalten zeigt sich in einer unbewussten Reaktion des Individuums (Roy & Andrews, 2008).

Die Aktivitäten eines Regulators können unter anderem durch erhöhte Herzfrequenz, erhöhtem Blutdruck, Erregungen oder durch Appetitlosigkeit beobachtet werden (Roy, 1970).

Cognator

Das kognitive Subsystem besteht aus vier kognitiv-emotionalen Kanälen:

- 1.) Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitung (Selektion, Kodierung, Erinnern)
- 2.) Lernen (Nachahmung, Verstärkung, Verstehen)
- 3.) Beurteilung (Problemlösung, Entscheidungsfindung)
- 4.) Emotion (Abwehr von Ängsten, affektive Bewertungen, Bindungen)

Treten interne oder externe Stimuli auf, so durchlaufen die Informationen dieser Reize die eben erwähnten Kanäle und verursachen Verhaltensweisen (Roy & Andrews, 2008).

Das adaptive System kann sich an die veränderte Umwelt nicht anpassen, wenn diese Mechanismen scheitern.

Adaptationsmodi

Es gibt vier Adaptationssysteme, die das Verhalten eines Individuums beeinflussen. Roy bezeichnet die Systeme als Adaptationsmodi und unterteilt diese in den physiologischen, Selbstkonzept-, Rollenfunktions- und Interdependenz-Modus (Aggleton & Chalmers, 1984).

Physiologischer Modus

Dieser Modus verdeutlicht die Interaktion zwischen Mensch und seiner Umwelt, wobei sich das Verhalten des adaptiven Systems durch körperliche Reaktionen zeigt. Sobald ein Individuum einem Stimulus ausgesetzt ist, treten die eben beschriebenen Bewältigungsmechanismen in Kraft und versuchen den Reiz zu bewältigen, was sich entweder durch adaptives oder durch ineffektives Verhalten äußert (Roy & Andrews, 2008).

Der physiologische Modus besteht aus mehreren physiologischen Bedürfnissen und regulativen Prozessen. In der Anfangsphase der Theorie hat Roy die Bedürfnisse in Kreislauf, Körpertemperatur, Atmung, Flüssigkeitshaushalt, Bewegung und Ruhe, Ausscheidung und Nahrungsaufnahme unterteilt (Roy, 1971). Mittlerweile wird nur noch zwischen fünf physiologischen Grundbedürfnissen unterschieden – Atmung, Bewegung und Ruhe, Nahrungsaufnahme, Schutz sowie Ausscheidung (Meleis, 1999). Die vier regulativen Prozesse sind Sinneswahrnehmung, Körperflüssigkeiten und Elektrolyte, neurologische Funktionen und endokrine Funktionen. Die pflegerische Einschätzung des Menschen, in Bezug auf den physiologischen Modus, kann mithilfe dieser Bedürfnisse bzw. Prozesse stattfinden (Roy & Andrews, 2008).

Selbstkonzept-Modus

Dieser Modus hebt das Bedürfnis nach psychischer Integrität hervor. Das bedeutet, dass der Mensch wissen möchte, wer er ist, um als ein Ganzes funktionieren zu können. Ist dies nicht der Fall, wird die Gesundheit des adaptiven Systems beeinträchtigt und ist das Individuum nicht in der Lage zur Genesung beizutragen (Roy & Andrews, 2008). Für die Würde des Menschen bedeutet dies, dass, solange das Individuum sich selbst nicht als Ganzes wahrnimmt, seine Würde nicht gewahrt ist, welche aber durch Mithilfe der Pflegekraft wieder gefördert werden kann. Wichtig ist jedoch hierbei, dass das Pflegepersonal den Selbstkonzept-Modus gut kennt, um die Probleme des Individuums identifizieren zu können.

Das Selbstkonzept eines Menschen hängt einerseits von der Person selbst und andererseits von ihren Mitmenschen ab. Es wird durch Gefühle und Meinungen des Individuums, die es zu einem bestimmten Zeitpunkt hat, gebildet, wobei diese Gefühle und Meinungen durch eigene Wahrnehmungen und durch Beobachtungen der Menschen in seiner Umgebung beeinflusst werden. Der Selbstkonzept-Modus wird unterschieden zwischen dem *körperlichen Selbst* und dem *persönlichen Selbst*, wobei Ersteres Körperwahrnehmungen (Gefühle, Erlebnisse) und Körperbild (Selbstbild) und Zweiteres Selbstkonsistenz (Kontinuität des Selbst), Selbstideal (Erwartungen an sich selbst) und das moralisch-ethisch-spirituelle Selbst (Werte) enthalten (Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008). Ein Beispiel für das körperliche Selbst, bezogen auf das Körperbild, ist eine Aussage wie: „Ich sollte wieder etwas mehr essen, da ich schon meine Rippen sehe“. Die Aussage, „Ich weiß, dass ich mein Essen selbst schneiden kann und werde es heute allen beweisen“, wiederum, bezieht sich auf das Selbstideal und somit auf das persönliche Selbst eines Menschen.

Rollenfunktions-Modus

Dieser Modus stellt das Bedürfnis nach sozialer Integrität in den Vordergrund. Laut Roy & Andrews (2008) bedeutet dieses Bedürfnis für das Individuum, „[...] *zu wissen, wer man selbst in bezug auf andere ist, um handeln zu können.*“ (S. 242).

Eine Rolle hängt von unterschiedlichen Erwartungen ab, die sich auf das Verhältnis zwischen Individuen in gewissen Situationen auswirken. Weiters können die Rollen eines Individuums noch in primäre, sekundäre und tertiäre Rollen unterteilt werden, wobei die primäre Rolle abhängig ist von Geschlecht, Alter und Reife, die sekundäre Rolle wird durch Interaktionen mit anderen erlangt und die tertiäre Rolle umfasst Tätigkeiten, welche nur über eine bestimmte Dauer durchgeführt werden (Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008).

Welche Rolle ein Individuum zum Beispiel einnehmen kann, zeigt das Beispiel von Akinsanya et al. (1997). Hierbei geht es um die 23-jährige Frau Martin, die unter Multipler Sklerose leidet und seit der Trennung von ihrem Mann, alleine in einer Wohnung lebt. Trotz der Beeinträchtigung der unteren Gliedmaßen meistert sie ihr Leben selbstständig, einzig bei der Körperpflege beansprucht Frau Martin Hilfe von anderen. Im Hinblick auf den Rollenfunktions-Modus bedeutet dies, dass Frau Martin, ab der Aufnahme ins Krankenhaus, die Rolle der Kranken zugesprochen

wird. Folglich werden die Tätigkeiten, die die Frau selbst durchführt, auf das Personal übertragen, wodurch die Patientin in eine Art Abhängigkeit gelangt. Durch diese Abhängigkeit fühlt sich Frau Martin nutzlos bzw. hilflos, worunter ihre Würde sichtlich leidet. Um dieser Entwürdigung entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass das Pflegepersonal sich mit der Patientin und ihren Bedürfnissen auseinandersetzt und mit ihr Kompromisse schließt, welche Tätigkeiten Frau Martin selbst ausführen kann und bei welchen Aktivitäten sie Unterstützung des Personals beansprucht. Für die Pflege bedeutet dies, dass das Pflegepersonal die Bedürfnisse und Meinungen der Patienten/Patientinnen berücksichtigen muss, um die Aufrechterhaltung der Würde der Betroffenen gewährleisten zu können.

Interdependenz-Modus

Die Grundbedürfnisse des Interdependenz-Modus' sind einerseits affektive Ausgewogenheit und andererseits soziale Integrität, wobei affektive Ausgewogenheit dem Individuum helfen soll, sich in bestimmten Verhältnissen sicher zu fühlen. Dieser Modus wird durch das Geben und Nehmen von Liebe, Respekt und Wertschätzung gebildet – dieses Entgegenbringen und Empfangen bezieht sich sowohl auf die Angehörigen und Freunde/Freundinnen des Individuums, als auch auf Personen, die diesem helfen, seine Bedürfnisse zu befriedigen (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008). Die Wahrung der Würde steht in diesem Modus besonders im Vordergrund, denn ohne Respekt und Wertschätzung kann die Aufrechterhaltung der Würde nicht gewährleistet werden.

Ziele der Pflege

Gute Pflege kann nur dann gewährleistet werden, wenn unter anderem eine gute Basis zwischen dem Pflegepersonal und dem Patienten/der Patientin herrscht, um dessen/deren Genesung und Wohlbefinden zu fördern. Hinsichtlich Roys Adaptationsmodells, spielen vor allem die Einschätzung des Verhaltens bzw. der Reize des Individuums eine wesentliche Rolle, um eine angemessene pflegerische Beurteilung liefern zu können. Die daraus resultierenden Interventionen stehen in Zusammenhang mit dem Umgang der Stimuli. Somit ist das Hauptziel der Pflege, in Bezug auf das Adaptationsmodell, Förderung von Adaptation, welche sich auf die Gesundheit, Lebensqualität und auf Sterben in Würde auswirkt. Das Pflegepersonal hat dafür zu sorgen, dass die Betroffenen die Fähigkeit entwickeln, sich sowohl bei

Gesundheit als auch bei Krankheit an bestimmte Situationen anpassen zu können und die Interaktion zwischen den Individuen und den jeweiligen Umgebungen zu fördern (Roy & Andrews, 2008).

Persönliche Stellungnahme

Die Theorie von Roy (Akinsanya et al., 1997) ist im Hinblick auf die Zielgruppe sehr umfangreich, da nicht nur einzelne Personen, sondern auch Familien oder Gruppen gepflegt werden können. Weiters müssen die Betroffenen zwangsläufig nicht krank sein, um Anpassungsprobleme zu haben. Somit ist diese Theorie auch auf gesunde Menschen ausgerichtet.

Für Roy ist wichtig, dass jeder Mensch, egal ob ein Patient/eine Patientin oder eine Pflegeperson, als Ganzes betrachtet wird. Die Aufgabe des Pflegepersonals ist somit, die Patienten/Patientinnen in seiner/ihrer Ganzheit zu betrachten, wodurch in weiterer Folge die Pflegekraft auf alle Meinungen, Bedürfnisse, Probleme und Anliegen des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin Rücksicht nehmen muss (Roy, 1984b; Roy & Andrews, 2008). Es ist allerdings nicht möglich, alle Bedürfnisse eines Patienten/einer Patientin zu befriedigen, aufgrund von Personal- und Zeitmangel.

Roy (Roy & Andrews, 2008) betont unter anderem auch die Wichtigkeit der aktiven Miteinbeziehung der Patienten/Patientinnen in Entscheidungsfindungen. Der Sinn dahinter ist, dass, wenn der Patient/die Patientin selbst mitbestimmen kann was gut für ihn/sie ist, so kann dies die Genesung seiner/ihrer Krankheit bzw. die Anpassung an einen Reiz fördern. Was ist aber, wenn er/sie das nicht will? Ist die Theorie trotzdem umsetzbar oder ist sie wirklich nur darauf ausgelegt, dass der Patient/die Patientin aktiv teilnehmen soll. Oder gibt es Möglichkeiten das Individuum zu motivieren? Diese Fragen werden in den Büchern, die mir zur Verfügung gestanden sind, nicht beantwortet.

Die Beispiele, die für das bessere Verständnis angeführt worden sind, haben mir persönlich besonders gut gefallen, da sie präzise erklärt worden sind.

3.2.2. Betty Neuman – Das Systemmodell

Mit Hilfe von Betty Neumans Modell sollen die Abwehrkräfte von Patienten/Patientinnen in einem bestimmten Ausmaß gefördert werden, wodurch optimales Wohlbefinden beim Individuum entsteht. Um optimales Wohlbefinden erreichen zu können, hat Neuman (2008) folgende Grundannahmen festgelegt:

- 1.) Das Individuum wird als Klient/Klientin bezeichnet, wobei dieser/diese als offenes System betrachtet wird.
- 2.) Jedes der Systeme ist zwar einzigartig, jedoch werden sie aus gemeinsamen Faktoren und Verhaltensweisen gebildet.
- 3.) Der Mensch wird als Ganzes wahrgenommen und steht in ständiger Wechselbeziehung mit seiner Umwelt (innere und äußere Stressoren) – durch diese Annahme wird in weiterer Folge auch die Würde des Individuums aufrechterhalten oder gefördert, da es nicht zum Objekt degradiert wird.
- 4.) *„[...] der Klient wird als ein Verbund aus physiologischen, psychologischen, entwicklungsspezifischen, soziokulturellen und spirituellen Variablen aufgefaßt, die miteinander in Wechselwirkung stehen und sich im Idealfall harmonisch oder stabil in bezug auf die Einflüsse innerer wie auch äußerer Streßfaktoren verhalten.“* (Neuman, 2008, S. 200)
- 5.) Stressoren jeglicher Art, egal ob bekannt oder nicht, können durch ihre Fähigkeiten das Individuum so beeinflussen, dass das Wohlbefinden des Systems bedroht wird.
- 6.) Jedes Individuum kann eine normale Abwehrlinie aufweisen, welche durch Reaktionen auf die Umwelt zustande gekommen ist. Diese Linie wird gleichgesetzt mit dem Zustand des üblichen Wohlbefindens.
- 7.) Neben der normalen Abwehrlinie besitzt der Mensch sogenannte Widerstandslinien, welche das Individuum stabilisieren und entweder zum gewohnten Wohlbefinden verhelfen oder dieses noch erweitert.
- 8.) Pflegepersonen können mithilfe primärer, sekundärer und tertiärer Präventionen das Stabilitätsniveau des Individuums wahren bzw. wiederherstellen – Präventionen werden gleichgesetzt mit Interventionen.
- 9.) *„Optimales Wohlbefinden stellt den höchsten zu einem gegebenen Zeitpunkt erreichbaren Grad von Systemstabilität dar.“* (Neuman, 2008, S. 204).

Mithilfe der Präventionsmöglichkeiten besteht die Aufgabe des Pflegepersonals in der Einschätzung des Stabilitätsgrades der betroffenen Person (Stabilitätsgrad bedeutet, inwiefern das Individuum gegen mögliche Stressoren gewappnet ist), in der Einschätzung sowohl vorhandener als auch möglicher Auswirkungen auftretender Stressoren und bei der Adaptation an diese, mit dem Ziel, bestmögliches Wohlbefinden, also optimale Gesundheit, zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, sowie die Abwehrkräfte zu verbessern (Meleis, 1999; Neuman, 2008).

In Anbetracht der oben erwähnten Annahmen und die Aufgaben der Pflege wird die Würde des Individuums dann gewahrt bzw. wieder hergestellt, sofern einerseits die Pflegepersonen den Klienten/die Klientin als Ganzes betrachten und andererseits der Stabilitätsgrad durch Präventionen beibehalten oder vergrößert und somit optimales Wohlbefinden gefördert wird. Es stellt sich aber die Frage: Was passiert mit Menschen, die keine Fertigkeiten erlernen können, um sich an einen Stressor anzupassen bzw. diesen zu beseitigen? In diesem Fall wird ihre Ganzheitlichkeit, auch wenn diese vom Personal gewahrt wird, nicht geschützt und beeinträchtigt somit auch die Würde des Individuums.

Das Hauptaugenmerk von Neumans Systemmodell liegt folglich auf dem Wohlbefinden und auf der Ganzheitlichkeit des menschlichen Systems. Wie in Abbildung 3 ersichtlich, wird das Individuum als Grundstruktur abgebildet, welches von konzentrischen Kreisen (flexible, normale Abwehrlinie und Widerstandslinien) umfasst wird. Diese Struktur besteht aus Überlebensfaktoren, die allen Menschen gleich sind, aber auch aus individuellen Eigenschaften – diese Faktoren sind angeboren bzw. genetisch und beziehen sich auch auf die Stärken und Schwächen des Menschen. Die Hauptelemente des Modells, die zu bewältigen sind, sind Stress und die (mögliche) Reaktion auf diesen. Die Komponenten, die Stress erzeugen, werden auch Reize genannt, welche unter anderem in Krisen erscheinen können und die Stabilität des menschlichen Systems gefährden. Um diesen Umwelteinflüssen und somit möglicher Destabilisierung des Individuums entgegenzuwirken, versucht der Klient/die Klientin seine/ihre Grundstruktur mithilfe der flexiblen, normalen Verteidigungs- und Widerstandslinien und deren fünf Variablen zu schützen. Neuman hebt vor allem die Einbeziehung aller Variablen – physiologische, psychologische, soziokulturelle, entwicklungsspezifische und spirituelle – hervor, da die Ganzheitlichkeit des Menschen im Vordergrund steht, weshalb die Variablen beachtet werden sollen, die gerade in diesem Moment auf den Klienten/die Klientin

einwirken und sich nicht nur auf eine einzige beschränken (Meleis, 1999; Neuman, 2008). Diese Hervorhebung zeigt die Wichtigkeit der Ganzheitlichkeit und dass jedes Individuum etwas Besonderes ist, wodurch auch deren Würde aufrechterhalten und gefördert wird.

Kommt es laut Modell zum Kontakt zwischen Pflegepersonal und Klient/Klientin, so versucht der/die Pflegenden dem/der Betroffenen mittels primären, sekundären oder tertiären Präventionen, welche als Interventionen fungieren, zu helfen, den Stressor zu beseitigen (Neuman, 2008).

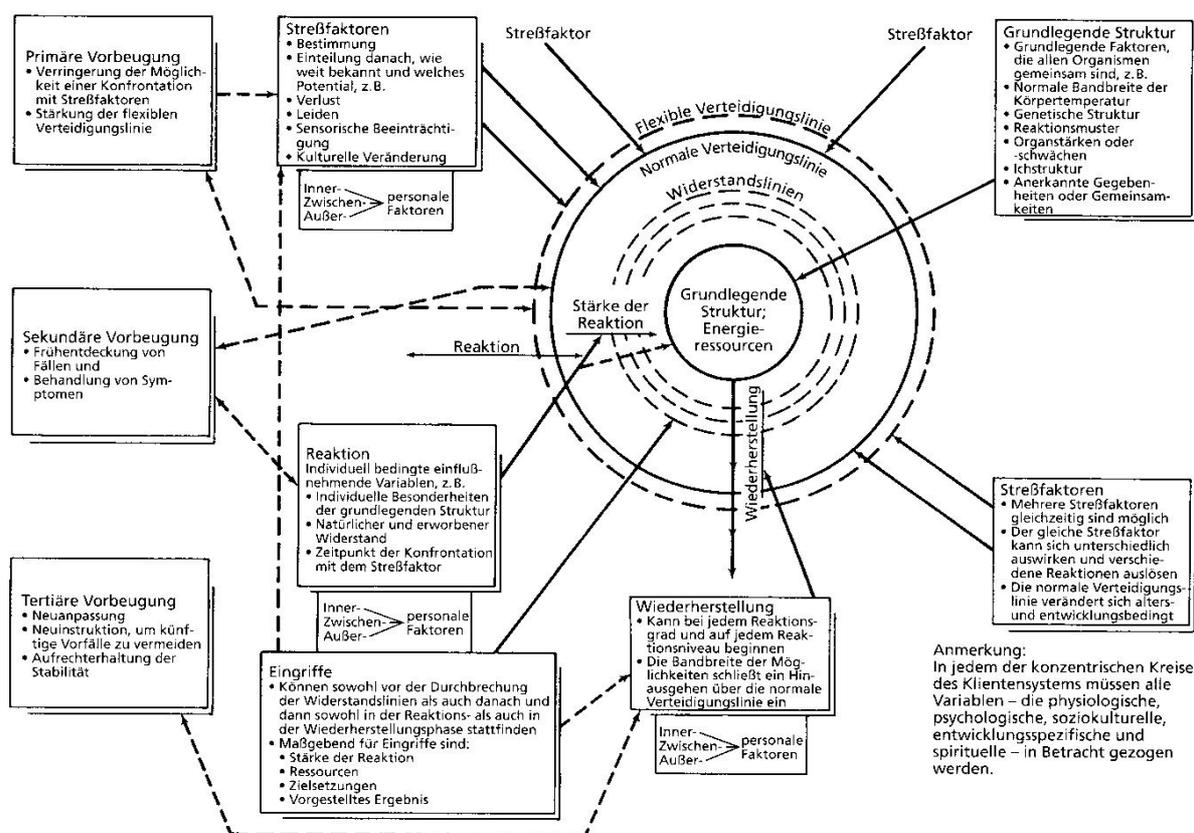


Abbildung 3: Das Systemmodell von Neuman, Neuman, 2008, S. 199

In den nachstehenden Kapiteln wird auf das eben kurz beschriebene Modell von Neuman näher eingegangen – begonnen wird mit dem menschlichen System.

Das menschliche System

Das Individuum wird, wie in Abbildung 4 ersichtlich, durch mehrere konzentrische Kreise abgebildet, welche die Grundstruktur des menschlichen Systems umfassen. Die Struktur des Menschen besteht aus mehreren Faktoren, die bei allen Individuen auftreten, wie z. B. die Bewahrung der Körpertemperatur mittels angeborener Eigenschaften, genetisch bedingte Reaktionsmuster, Stärken und Schwächen der Organe und die Ichstruktur. Durch den Aufbau von Energieressourcen kann die Grundstruktur bewahrt werden. Die Aufgabe der konzentrischen Kreise (flexible, normale Abwehrlinie, Widerstandslinien) ist die Aufrechterhaltung und Schutz des menschlichen Systems vor (möglichen) Stress bzw. Reaktionen auf Stress (Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008). Diese Kreise wirken somit als Schutzmechanismen, um die Grundstruktur des Individuums zu bewahren, mit dem Ziel, optimales Wohlbefinden zu erreichen. Optimales Wohlbefinden bedeutet sozusagen, gesund zu sein und die Fähigkeit zu besitzen als Ganzes zu funktionieren, wodurch schlussendlich die Würde des Klienten/der Klientin gewahrt bzw. gefördert wird. Die normale Abwehrlinie wird gleichgesetzt mit dem Zustand des normalen Wohlbefindens, der durch die flexible Verteidigungslinie behütet wird. Sowohl die flexiblen und normalen Abwehrlinien als auch die Widerstandslinien werden mit den fünf Variablen in Beziehung gesetzt und sind unter anderem von Alter und Entwicklungsstand abhängig (Neuman, 2008).

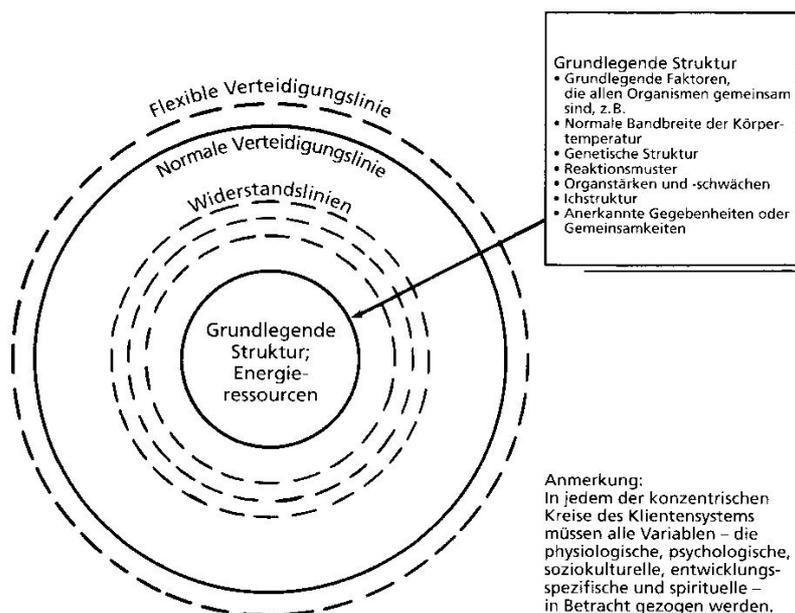


Abbildung 4: Der Klient/Die Klientin, Neuman, 2008, S. 216

Flexible Abwehrlinie

Der äußerste Kreis in Abbildung 4 stellt die flexible Verteidigungslinie dar, welche die normale Abwehrlinie umfasst und als eine Art Puffer funktioniert. Sie trägt dazu bei, den normalen Stabilitätsgrad – den Zustand des normalen Wohlbefindens – zu schützen bzw. aufrechtzuerhalten, indem sie im bestmöglichen Fall nicht zulässt, dass Stressoren (z. B. Flüssigkeitsdefizit) und (mögliche) Reaktionen auf Stress die normale Abwehrlinie des Individuums beeinträchtigen. Die flexible Verteidigungslinie ist dynamisch und kann sich situationsbedingt, z. B. wegen Mangelernährung oder Schlafdefizit, sehr schnell verändern. Diese Linie arbeitet wie eine Ziehharmonika, da sie sich einerseits auseinanderziehen kann, wodurch sie der normalen Abwehrlinie größeren Schutz bieten kann und andererseits kann sie sich durch einen Stressor auch wieder eng zur normalen Abwehrlinie zusammenziehen oder auch auf diese treffen, womit die normale Verteidigungslinie versuchen muss, den Stressor zu beseitigen. Ist jedoch die normale Abwehrlinie nicht imstande dem Reiz entgegenzuwirken, neigt das System zur Instabilität bzw. Krankheitssymptome treten auf. Hinsichtlich der flexiblen Verteidigungslinie müssen alle fünf Variablen – physiologische, psychologische, soziokulturelle, entwicklungspezifische und spirituelle – berücksichtigt werden (Neuman, 2008).

Normale Abwehrlinie

Die normale Abwehrlinie, deren Aufgabe es ist, die Grundstruktur und die Integrität des Individuums zu wahren, liegt zwischen der flexiblen Verteidigungslinie und den Widerstandslinien (Neuman, 2008). *„Diese Linie stellt das Gewordensein des Klienten dar, den Zustand, den er im Laufe der Zeit ausgebildet hat, kurz, den für ihn üblichen Grad von Wohlbefinden.“* (Neuman, 2008, S. 218).

Der Stabilitätsgrad des Klienten/der Klientin und der Zustand des Wohlbefindens hängen von der Adaptation der Variablen an die Stressoren ab, wodurch ersichtlich wird, dass auch hier die Variablen in Zusammenhang mit der normalen Abwehrlinie stehen. Diese Linie entsteht aus früheren Verhaltensweisen des Individuums und gibt Auskunft über die Abweichung des derzeitigen Befindens des Menschen vom normalen Zustand des Wohlbefindens (Neuman, 2008).

Die normale Verteidigungslinie wird unter anderem durch die Variablen des Individuums, seine Bewältigungsmuster, sein Lebensstil und durch entwicklungspezifische, spirituelle und kulturelle Bedingungen beeinflusst. Sie ist,

ebenso wie die flexible Abwehrlinie, dynamisch veranlagt und kann ebenfalls, jedoch unflexibler, erweitert aber auch zusammengezogen werden. Für das Wohlbefinden des Individuums bzw. dessen Stabilität bedeutet dies, dass bei der Behandlung eines Reizes der Zustand des Systems entweder auf demselben Niveau bleibt, sich verbessert oder verschlechtert wird. Durch die Anpassung an Stressoren über die gesamte Lebensdauer, kann die normale Abwehrlinie an Stabilität zulegen und somit die Grundstruktur und die Integrität des Klienten/der Klientin fördern und wahren. Dringt jedoch Stress in diese Linie ein, verursacht dieser eine Reaktion, die sich durch Instabilität und Krankheit zeigt. Ist dieser Fall eingetreten, ist es die Aufgabe der Widerstandslinien den Normalzustand wiederherzustellen (Meleis, 1999; Neuman, 2008).

Widerstandslinien

Diese drei, in Abbildung 4, gestrichelten Linien umgeben die Grundstruktur des Individuums und stellen die letzte bzw. innerste Verteidigungseinheit des Systems dar. Sobald Stressoren die normale Abwehrlinie durchbrechen, werden die Widerstandslinien unbewusst aktiviert und versuchen diese das System zu schützen und zu stabilisieren. Es ist weiters ihre Aufgabe die Grundstruktur und die normale Abwehrlinie zu stärken, und den Vorgang einzuleiten, der zur Rückführung zum Normalzustand (z. B. durch Aktivierung des Immunsystems) erforderlich ist. Ist die Effektivität der Widerstandslinien jedoch nicht ausreichend, so können die Stressoren bzw. die Reaktionen nicht beseitigt oder vermindert werden und führen so zum Energieverlust und möglicherweise zum Tod des Individuums (Fawcett, 1998; Neuman, 2008).

Variablen

Das menschliche System besteht aus fünf Variablen – physiologische, psychologische, soziokulturelle, entwicklungsspezifische und spirituelle – welche miteinander in Beziehung stehen und Einfluss haben auf alle Abwehr- und Widerstandslinien. Mögliche Reize bzw. Reaktionen auf Reize können umso effektiver bewältigt werden, je besser diese Variablen miteinander zusammenwirken (Fawcett, 1998; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008).

- *„physiologisch: bezieht sich auf Strukturen und Funktionen des Körpers*
- *psychologisch: bezieht sich auf geistige Prozesse und Beziehungen*
- *soziokulturell: bezieht sich auf kombinierte soziale und kulturelle Funktionen*
- *entwicklungsspezifisch: bezieht sich auf biographische Entwicklungsprozesse*
- *spirituell: bezieht sich den Einfluß spiritueller Überzeugungen.“*

(Neuman, 2008, S. 217)

Zur spirituellen Variable sei gesagt, dass sie erst in einer späteren Auflage der Theorie, in das Modell eingegliedert wurde, vom Klienten/von der Klientin bewusst oder unbewusst wahrgenommen und diese als angeboren betrachtet wird. Sie hat Einfluss auf die Beziehungen innerhalb der anderen Variablen, welche auch umgekehrt das Spirituelle des Menschen sowie den Geist, der den Körper des Individuums steuert, beeinflussen können. So können psychologische Zustände, wie z. B. Angst oder Verlustzustände, die Spiritualität hemmen, reduzieren oder anregen. Für die Stabilität des Systems bzw. dessen Wohlbefinden ist es von großer Wichtigkeit, dass das Pflegepersonal die Anforderungen des Klienten/der Klientin bezüglich seiner/ihrer Spiritualität gewissenhaft einschätzt, wodurch eine Intervention ermöglicht wird, mit dem Ziel, Hoffnung zu fördern und den Lebenswillen zu stärken. Durch diese Förderung kann Energie gewonnen werden, die gegen mögliche Stressoren eingesetzt wird, um optimales Wohlbefinden aufrechtzuerhalten oder zu erlangen (Neuman, 2008). In einer Pflege, in der wichtig ist, dass die Hoffnung und der Lebenswille des Klienten/der Klientin gefördert bzw. gestärkt werden, wird die Pflegeperson dem Individuum viel Aufmerksamkeit schenken und behutsame Reaktionen bzw. eine angebrachte Wortwahl verwenden. Durch diese Sorgfältigkeit kann man davon ausgehen, dass die Würde des Klienten/der Klientin gewahrt wird.

Das menschliche System besteht aus einer Grundstruktur, welche aus Überlebensfaktoren gebildet wird und von Widerstandslinien, der normalen und der flexiblen Abwehrlinie umgeben ist. Diese Linien sind von fünf Variablen abhängig und versuchen das Individuum vor der Umgebung – Stressoren, Reize – zu schützen.

Die Umgebung – Stressoren

Die Umwelt und der Klient/die Klientin stehen in Wechselwirkung zueinander, da ein Reiz das Individuum beeinflussen kann und umgekehrt. Umweltreize bekämpfen den Menschen, indem sie die flexible und normale Verteidigungslinie angreifen und diese möglicherweise auch durchdringen, wodurch sich entweder eine positive oder eine negative Reaktion daraus ergibt (Neuman, 2008).

Die Reaktionen des Individuums auf einen Reiz hängen davon ab, wann der Stressor auf den Menschen wirkt, ob genug Energie vorhanden ist, um ihn zu bewältigen, wie stark der Reiz ist, wie es dem Klienten/der Klientin zu diesem Zeitpunkt geht und ob er/sie den Einfluss erkennt bzw. wahrnimmt – tut er/sie dies nicht, so ist eine Anpassung an die einwirkende Umwelt nicht möglich (Neuman, 2008).

Die Stressoren, welche eine mögliche Reaktion des Systems auslösen, werden unterteilt in intra-, inter- und extrapersonale Stressfaktoren. Intrapersonale Stressoren sind Einflüsse innerhalb des menschlichen Systems, wie z. B. Autoimmunreaktionen oder Reflexe. Inter- und extrapersonale Stressoren kommen außerhalb des Systems zum Vorschein, wobei interpersonale Stressoren in naher Entfernung auftreten (z. B. Rollenerwartungen) und extrapersonale Stressoren eher weiter entfernt angesiedelt sind (z. B. finanzielle Probleme) (Neuman, 2008).

Neben diesen Umwelteinflüssen hat Neuman noch eine Umwelt entdeckt, und zwar die geschaffene Umwelt. Sie stellt die Schnittstelle zwischen der internen und der externen Umgebung dar und wird vom Menschen unbewusst und subjektiv wahrgenommen. Die geschaffene Umgebung hat zum Ziel, die Gesundheit und die Integrität des Systems aufrechtzuerhalten bzw. zu schützen. Diese Umwelt beruht auf Selbstachtung, Werten, Überzeugungen, Systemvariablen und Energieaustausch, weshalb Pflegepersonen nicht nur Symptome und kausale Faktoren berücksichtigen, sondern auch Vorstellungen, Überzeugungen und Ängste des Klienten/der Klientin mit einbeziehen sollen (Meleis, 1999; Neuman, 2008). Da somit die Pflegeperson nicht nur auf die Symptome des Klienten/der Klientin achtet, sondern auch Rücksicht nimmt auf seine/ihre Bedürfnisse, Probleme und Meinungen, fühlt sich der Klient/die Klientin „ernst genommen“, wodurch in weiterer Folge seine/ihre Würde gewahrt wird.

Durch die Entdeckung der geschaffenen Umwelt wird die Umgebung nicht mehr in die vorher erwähnten Stressfaktoren unterteilt, sondern in die interne (intrapersonal), externe (inter- und extrapersonal) und in die geschaffene Umgebung (intra-, inter- und extrapersonal) (Neuman, 2008).

Egal ob das menschliche System gesund oder krank ist, es müssen immer die internen, externen und angeborenen Komponenten der Variablen und Stressoren berücksichtigt werden, die auf das Individuum Einfluss haben. In weiterer Folge sollen bewusste oder mögliche Abhängigkeiten und Beziehungen, die für den derzeitigen Zustand des Systems verantwortlich sind, herausgefunden und miteinander verglichen werden, um optimales Wohlbefinden erreichen zu können (Neuman, 2008). Denn *„optimales Wohlbefinden beim Klienten ist abhängig davon, daß mit der pflegerischen Tätigkeit und den einschlägigen pflegerischen Maßnahmen eine Beurteilung aller ursächlichen Faktoren einhergeht.“* (Neuman, 2008, S. 222).

Wichtig für die Genesung des Klienten/der Klientin ist das Bewusstwerden der geschaffenen Umwelt und welchen Einfluss diese auf seine/ihre Gesundheit hat (Neuman, 2008).

Um einem (möglichen) Stressor oder einer (möglichen) Reaktion auf einen Reiz entgegenzuwirken, wendet das Pflegepersonal drei verschiedene Präventionsarten an, die als Interventionen dienen, welche sich in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden lassen.

Präventionen

Wie bereits erwähnt, besteht die Aufgabe der Pflege darin, optimales Wohlbefinden durch die Förderung der Stabilität des Individuums aufrechtzuerhalten. Diese Aufgabe wird mittels der drei vorliegenden Präventionsarten bewältigt.

Betty Neuman unterscheidet zwischen der primären, sekundären und tertiären Prävention:

Primäre Prävention

Diese Prävention dient, mit Hilfe einer oder mehrerer Interventionen, der Wahrung der Systemstabilität und somit der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Klienten/der Klientin. Primäre Interventionen werden angewendet, wenn mögliche Stressoren zwar bekannt sind, jedoch bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Reaktion

des Systems stattgefunden hat. Es wird versucht, den Reiz so zu mindern, dass dieser nicht mehr die Möglichkeit hat, auf das System zu treffen, wodurch einerseits die normale Abwehrlinie und die Gesundheit des Individuums bewahrt und andererseits die flexible Verteidigungslinie gestärkt wird (Fawcett, 1998; Kühne-Ponesch, 2004).

Um den Klienten/die Klientin nicht außen vor zu lassen, soll er/sie vom Pflegepersonal in die Einschätzung der möglichen Stressoren und in die Entscheidung über Interventionen mit einbezogen werden (Kühne-Ponesch, 2004). Auch hier führt diese Involvierung in den Pflegeprozess dazu, dass sich das Individuum „ernst genommen“ fühlt, dass seine Bedürfnisse und Meinungen berücksichtigt werden und somit als Ganzes wahrgenommen und dadurch seine Würde gefördert und gewahrt wird.

Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention wird angewendet, wenn Stressoren aufgetreten sind und bereits Reaktionen stattgefunden und sich somit Symptome gebildet haben. Mithilfe unterschiedlicher Interventionen (z. B. eine Therapie) wird die verloren gegangene Stabilität des Systems angestrebt, die Grundstruktur gewahrt und die Abwehr- bzw. Widerstandslinien gestärkt, wodurch sich die vorgefallene Reaktion auf den Reiz vermindert. Durch diese Reduzierung des Stressors werden die internen und externen Ressourcen des Systems erkannt und in weiterer Folge gestärkt (Neuman, 2008).

Ist die Reaktion des Reizes bewältigt, kommt es zur Rekonstitution. *„Rekonstitution führt also zu Systemstabilität und damit zu einem Grad des Wohlbefindens, der entweder dem Zustand vor der Stressorreaktion entspricht oder auf einer höheren bzw. niedrigeren Ebene angesiedelt ist.“* (Fawcett, 1998, S. 240).

Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention findet nach der Sekundären statt, da sie die Aufgabe hat, die durch die Rekonstitution wieder gewonnene Systemstabilität und das Wohlbefinden zu schützen und zu wahren, wobei die Ressourcen des Individuums mobilisiert werden sollen, um weitere Reaktionen zu unterbinden (Neuman, 2008).

Persönliche Stellungnahme

Ein positiver Aspekt der Theorie von Neuman (2008) ist, dass die Anwendung dieser nicht nur in Krankenhäusern, sondern an jedem erdenklichen Ort, wie z. B. in Heimen, Wohnungen oder direkt auf der Straße, stattfinden kann. Dies zeigt zwar eine leichte Anwendung, jedoch werden meiner Meinung nach, für die Ausübung dieser Pflege, spezielle Kräfte benötigt, welche sich ausreichend mit dieser Theorie auseinandergesetzt haben, denn ansonsten könnten massive Probleme auftreten.

Auch ihr Anliegen ist es, dass der Klient/die Klientin im Mittelpunkt steht und als Ganzes wahrgenommen wird und dass die Pflegeperson auf seine/ihre Bedürfnisse näher eingeht und berücksichtigt (Meleis, 1999; Neuman, 2008). Wie soll eine Pflegekraft, wenn sie z. B. in einem Krankenhaus arbeitet und auf ihrer Station für ca. zehn Personen zuständig ist, es schaffen, jedes Individuum als Ganzes zu betrachten und all seine Bedürfnisse befriedigen? In der heutigen Zeit ist es doch so, dass Pflegepersonen immens unter Zeitdruck stehen (z. B. wegen Personalmangel), dass sie nicht die Kraft bzw. nötige Zeit haben, auf alle Bedürfnisse jedes Individuums eingehen zu können.

Weiters legt Neuman auch großen Wert auf die Einbeziehung der Klienten/Klientinnen in die Entscheidungsfindung bezüglich Präventionsmaßnahmen (Kühne-Ponesch, 2004). Ich denke jüngere Erwachsene sind über die Miteinbeziehung erfreuter als ältere Personen. Sie möchten aktiv an ihrer Genesung teilhaben im Gegensatz zu den älteren Erwachsenen, von denen sicher noch einige der Ansicht sind, dass das behandelnde Ärzte- und Pflegepersonal schon weiß, was es macht und möchten selbst keinen Beitrag dazu leisten.

Etwas verwirrend ist die Beschreibung der Wahrnehmung der geschaffenen Umwelt des Individuums. Einerseits wird erläutert, dass das menschliche System diese Umwelt unbewusst wahrnimmt und andererseits wird kurz darauf erwähnt, dass es wichtig ist, die geschaffene Umwelt bewusst zu sehen bzw. zu erkennen (Meleis, 1999; Neuman, 2008). Jetzt stellt sich für mich die Frage, welche Aussage nun zutrifft? Wird die geschaffene Umwelt unbewusst, bewusst oder kann sie entweder unbewusst oder bewusst wahrgenommen werden? Dies geht nicht aus den mir zur Verfügung stehenden Unterlagen hervor.

Leider hat Neuman auch fast keine Beispiele, für ein besseres Verständnis ihrer Theorie erwähnt. Die beispielhaften Erklärungen sind in Roys Theorie (1970; 1984; 1984b; Aggleton & Chalmers, 1984; Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis,

1999; Roy & Andrews, 2008) besser, aber trotz dieser Einschränkung ist Neumans Theorie (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) größtenteils gut verständlich.

3.2.3. Dorothea Orem – Die Selbstpflegetheorie

Orems Selbstpflegetheorie ist deswegen so komplex, da ihre Theorie aus drei Untertheorien (Theorie der Selbstpflege, Theorie des Selbstpflegetheories und Theorie des Pflegesystems) besteht, in denen die Patienten/Patientinnen versuchen, so lange wie möglich, als Selbstpflege-Handelnde ihre zu verrichtenden Aktivitäten auszuführen. Entsteht ein Defizit während der Ausübung der Selbstpflege bzw. ist die Selbstpflegekompetenz der Anforderung nicht gewachsen, so benötigen die Betroffenen Hilfe von Außenstehenden, damit sie sich wieder an die neue Situation anpassen können. Pflegebedürftige gehen somit eine, über eine bestimmte Dauer vorhandene, bewusste Beziehung mit dem Pflegepersonal ein, mit dem Ziel Wohlbefinden und Gesundheit zu erreichen. Ein wesentliches Merkmal dieser Pflegeperson-Patient/Patientin-Beziehung ist es, sowohl den Patienten/die Patientin als auch das Personal als Ganzes zu betrachten (Orem, 1997). Dieses Merkmal trägt maßgeblich zur Wahrung und Förderung der Würde von Patienten/Patientinnen bei. Die Ganzheit des Patienten/der Patientin wird verletzt, sobald nicht mehr das Individuum selbst, sondern z. B. nur seine Wunde oder Krankheit gesehen und dies auch öffentlich gezeigt wird, indem das Pflegepersonal nicht mehr vom Patienten/von der Patientin spricht, jedoch aber vom Mann/von der Frau mit den Gallensteinen.

Damit jemand das Ganze einer Person wahrnehmen kann, muss diese Person respektiert und anerkannt werden, unabhängig ihrer Rasse, Herkunft, Hautfarbe, Religion, Kultur oder ähnliche Faktoren (Orem, 1997). Es ist wichtig, dass nicht nur ein einseitiges Respektieren vorherrscht, sondern sollen alle an der Situation Beteiligten einander respektieren, wodurch der andere/die andere wertgeschätzt, auf die Meinungen der Beteiligten Rücksicht genommen, das Gegenüber als Ganzes betrachtet und somit die Würde gewahrt wird.

Neben der Wahrung der Ganzheit und dem gegenseitigen Respekt dem anderen/der anderen gegenüber, ist es für Orem wichtig, dass der Patient/die Patientin im Mittelpunkt steht. Das Pflegepersonal muss sich ausgiebig mit den Betroffenen und ihren Fähigkeiten, Qualitäten, Fertigkeiten und Problemen auseinandersetzen, um Selbstpflegetheorieerfordernisse (=erwünschten Ziele), Methoden und Handlungen

festlegen zu können. Weiters ist die Aufgabe der Pflegekraft, so viel Information über den Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin zu erfahren, um entsprechend handeln zu können. Diese Informationen erhalten sie durch Angehörige der Betroffenen, Ärzte/Ärztinnen, Befunde von Untersuchungen, Labortests, Anamnesen oder vom Patienten/von der Patientin selbst. Der Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin kann durch unzählige Faktoren und Gegebenheiten, unter anderem durch biologische und physikalische Umweltveränderungen, soziale und kulturelle Veränderungen und durch das (nicht) Vorhandensein wichtiger Ressourcen wie z. B. Wasser, Nahrung, Kleidung usw., beeinflusst werden (Orem, 1997).

Um den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erlangen, werden bestimmte Ziele angestrebt. Diese Ziele können unterschiedlich sein, je nachdem welche Probleme oder Bedürfnisse beim Patienten/bei der Patientin gerade vorhanden sind. Ziele sind einerseits die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung des Wohlbefindens, die Förderung oder Erhaltung der Gesundheit und andererseits die Berücksichtigung der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Orem, 1997).

Die Selbstpflegetheorie

Die Selbstpflegetheorie ist komplex, da sie vom Pflegepersonal sowohl Wissen über Selbst- oder Dependenzpflege, Selbstpflege- oder Dependenzpflegekompetenz, den situativen Selbstpflegebedarf, das Vorhandensein von Selbstpflegetheorien und die Pflegekompetenz verlangt, als auch Fähigkeiten zur Ausübung adäquater Pflege. Dieses Wissen ist jedoch nicht nur auf eine Untertheorie ausgerichtet, sondern betrifft alle drei Theorien – Theorie der Selbstpflege, Theorie des Selbstpflegetheories und die Theorie des Pflegesystems –, da die Selbstpflegetheorie von Orem nur dann funktioniert, wenn alle Theorien beachtet und wahrgenommen werden, um schlussendlich als Ganzes funktionieren zu können (Orem, 1997).

Theorie der Selbstpflege

„Selbstpflege ist eine menschliche, regulierende Funktion, die Einzelpersonen bewußt für sich selbst ausführen oder durchführen lassen müssen (Dependenzpflege), um einen Bestand an Materialien und Bedingungen zur Lebenserhaltung zu gewährleisten und zu erhalten, um physische und psychische

Funktionen und Entwicklungen in Normbereichen zu halten, die mit den für das Leben wesentlichen Bedingungen vereinbar sind, und um die Ganzheit der Funktionen und Entwicklungen aufrechtzuerhalten.“ (Orem, 1997, S. 188).

Die Fähigkeit sich selbst zu pflegen wird nicht geerbt, sondern wird durch ständiges Lernen während des gesamten Lebens geformt, sofern sie bewusst wahrgenommen und ausgeführt wird. Einfluss auf die Selbstpflege haben das Alter, das Entwicklungsstadium, der Gesundheitszustand, die Umgebung und medizinische Untersuchungen. Die Lernbereitschaft des Patienten/der Patientin hinsichtlich der Selbstpflege, ist eine Voraussetzung für die Theorie der Selbstpflege, andere sind z. B. das Vorhandensein von Motivation bezüglich der Durchführung der Selbstpflege oder Dependenzpflege, die Aktivierung verfügbarer Ressourcen oder je nach Kultur, die Bereitstellung von Interventionen der Selbst- oder Dependenzpflege (Orem, 1997).

Theorie des Selbstpflegedefizits

Diese Theorie zeigt auf, weshalb Individuen Hilfe bzw. Pflege beanspruchen (Orem, 1997). *„Der menschliche Bedarf an Pflege steht im Zusammenhang mit der Subjektivität reifer und heranreifender Menschen in bezug auf gesundheitsgeleitete oder gesundheitsbezogene Handlungseinschränkungen, die sie vollständig oder teilweise unfähig werden lassen, bestehende oder zukünftige Erfordernisse an regulatorischer Selbst- und Dependenzpflege zu verstehen und sich für die weitere Durchführung diesbezüglicher Maßnahmen zur Kontrolle oder einer Art Management der Faktoren zu engagieren, die ihre eigenen Funktionen und Entwicklung sowie die der abhängigen Personen regulieren.“ (Orem, 1997, S. 190).*

Theorie des Pflegesystems

Die Theorie des Pflegesystems umfasst sowohl die Theorie des Selbstpflegedefizits als auch die Theorie der Selbstpflege, wodurch unter anderem die Fähigkeiten des Pflegepersonals (Pflegekompetenz) als auch die Eigenschaften des Patienten/der Patientin (Selbstpflegekompetenz und Situativer Selbstpflegebedarf) eine wichtige Rolle spielen und miteinander in Beziehung stehen (Orem, 1997).

Pflegesysteme „[...] kompensieren oder überwinden bekannte oder entstehende gesundheitsgeleitete oder gesundheitsbezogene Einschränkungen der Potentiale eines Empfängers hinsichtlich seiner Selbstpflegekompetenz oder der

Dependenzpflegekompetenz, damit sie ihren eigenen bestehenden, bekannten oder zukünftigen Situativen Selbstpflegebedarf oder den der von ihnen abhängigen Personen in relativ stabilen oder veränderlichen Lebenssituationen erfüllen können.“ (Orem, 1997, S. 192).

Im Folgenden werden die wichtigsten Variablen, aus denen die Selbstpflegetheorie besteht, in den nächsten drei Kapiteln näher erläutert.

Der Patient/die Patientin

Jedes Individuum verfügt oder verfügt nicht über Variablen, die zum Funktionieren seines eigenen Ichs beitragen. Diese Variablen sind Selbstpflege, Situativer Selbstpflegebedarf, Selbstpflegeerfordernisse, Selbstpflegekompetenz, Selbstpflegetheorie und Dependenzpflegekompetenz. Personen, welche im Pflegebereich tätig sind, verfügen noch über eine weitere Variable, nämlich die Pflegekompetenz. Diese eben genannten Variablen werden in diesem und im nächsten Kapitel ausführlicher erklärt (Orem, 1997).

Selbstpflege

Selbstpflege bedeutet die selbstständige Ausübung über Jahre hinweg erlernter Tätigkeiten, um neu auftretende Situationen zu bewältigen. Selbstpflege wird für die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden und Gesundheit, aber auch für das weitere Leben, ausgeübt. Damit die Selbstpflege einen Einfluss auf das Individuum hat, muss sie effektiv durchgeführt werden, wodurch der Mensch wieder als Ganzes funktioniert und seiner Weiterentwicklung nichts mehr im Weg steht (Orem, 1997). Der Patient/die Patientin nimmt wahr, wie sich sein/ihr Gesundheitszustand durch Eigeninitiative verbessert. Durch dieses Bewusstsein gelangt die Person wieder zu ihrem früheren Selbstbild und fühlt sich dadurch als Ganzes. Da somit das Selbstbild des/der Betroffenen gestiegen ist und er/sie seine/ihre Ganzheit wiedererlangt hat, wird in weiterer Folge auch seine/ihre Würde gefördert.

Neben der Selbstpflege gibt es die Dependenzpflege. Die Dependenzpflege, oder Abhängigenpflege, wird nicht vom Patienten/von der Patientin selbst durchgeführt, sondern z. B. von einem Angehörigen/einer Angehörigen oder vom Pflegepersonal. Der/die Betroffene wird sozusagen von anderen versorgt und gepflegt (Orem, 1997).

Selbstpfleegerfordernisse

Selbstpfleegerfordernisse stellen die Ziele der Selbstpflege dar, welche erreicht werden sollen. Diese Erfordernisse werden unter anderem von zwei Elementen bestimmt, von denen eines die Entwicklung und die Funktion des Menschen in den Vordergrund stellt. Das zweite Element bezieht sich auf die Tätigkeiten die ausgeübt werden sowie mögliche Spezifikationen (Orem, 1997).

Die Selbstpfleegerfordernisse werden in allgemeine, entwicklungsbedingte und gesundheitsbedingte Erfordernisse eingeteilt:

a) Allgemeine Selbstpfleegerfordernisse

Jedes Individuum hat die gleichen allgemeinen Erfordernisse, unabhängig von Alter, Entwicklungsstand oder anderen Faktoren. Ein Erfordernis ist z. B. die Prävention von Störungen der menschlichen Funktion, um in weiterer Folge Wohlbefinden aufrechtzuerhalten (Orem, 1997).

Durch Vorbeugung von Risiken in Bezug auf das menschliche Funktionieren wird das Individuum und dessen Ganzheit geschützt und gefördert. Solange sich der Mensch als Ganzes fühlt, im Einklang mit sich selbst ist und mit seinem Selbstbild zufrieden ist, wird auch seine Würde gewahrt.

b) Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse

„Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse stehen im Zusammenhang mit menschlichen Entwicklungsprozessen und mit Bedingungen und Ereignissen, die während verschiedener Stadien im Lebenszyklus auftreten (z. B. Frühgeburt, Schwangerschaft) und mit Vorgängen, die die Entwicklung negativ beeinflussen können.“ (Orem, 1997, S. 118).

c) Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse

Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse werden bei gesunden Menschen nicht berücksichtigt, jedoch bei kranken und verletzten Individuen, Personen mit Defekten und Behinderungen oder mit komplizierten Krankheitsgeschichten und bei Menschen, die medizinisch behandelt werden (Orem, 1997).

Situativer Selbstpflegebedarf

Dieser Bedarf ist „die Zusammenfassung von Maßnahmen, die zu bestimmten Zeiten oder über eine gewisse Zeitdauer notwendig sind, um alle bekannten Selbstpflegeerfordernisse einer Person zu erfüllen und die entsprechend bestehender Bedingungen und Umstände spezifiziert werden. Die verwendeten Methoden sind geeignet, (1) die Faktoren zu kontrollieren oder zu strukturieren, die hinsichtlich der Erfordernisse die Werte bestimmen, die das menschliche Funktionieren regulieren, z. B. die ausreichende Versorgung mit Sauerstoff [...] und (2) die Aktivitätselemente der Erfordernisse umzusetzen, z. B. Aufrechterhaltung, Förderung, Vorbeugung und Bereitstellung.“ (Orem, 1997, S. 507-508).

Bevor ein Situativer Selbstpflegebedarf überhaupt umgesetzt werden kann, ist es von großer Wichtigkeit die Selbstpflegeerfordernisse zu kennen, indem sie untersucht und verstanden werden. Daraufhin folgt die Beurteilung dieser Erfordernisse und die Entscheidung darüber, was notwendig ist, um diese Ziele zu erreichen und welche Methoden und Techniken verwendet werden sollen (Orem, 1997).

Selbstpflegekompetenz

Selbstpflegekompetenz ist das Potenzial von Personen, bestimmte Tätigkeiten durchführen zu können, um optimales Wohlbefinden und Gesundheit zu erreichen. Dieses Potenzial erlangt der Mensch jedoch nicht von heute auf morgen, sondern durch einen langwierigen Lernprozess über Jahre hinweg – dieser Prozess ist abhängig von der Lernbereitschaft des Individuums. In weiterer Folge kann sich die Selbstpflegekompetenz durch Lebenserfahrungen und angemessene Anleitungen entwickeln (Orem, 1997).

Die Selbstpflegekompetenz ist die Fähigkeit, bestimmte Aufgaben selbstständig zu erledigen, diese Aufgaben zu hinterfragen und deren Wichtigkeit und Einfluss zu realisieren, die Notwendigkeit von Anpassungen an neue Probleme zu erfassen, die Weiterentwicklung von Wissen bezüglich Tätigkeiten zur Regulation durchführen zu können, zu wissen, was getan werden muss und die Fähigkeit zur Umsetzung dieses Wissens (Orem, 1997).

Selbstpflegedefizite

Ein Selbstpflegedefizit ist die vollständige oder nur teilweise vorhandene Unfähigkeit Selbstpflege durchzuführen, um die erwünschten Selbstpflegeerfordernisse zu befriedigen. Laut Orem (1997) bezieht sich dieses Defizit „[...] *auf die Beziehung zwischen der Selbstpflegekompetenz und dem Situativen Selbstpflegebedarf einzelner Personen, bei denen die Fähigkeit zur Selbstpflege aufgrund bestehender Einschränkungen nicht die Erfüllung einiger oder aller Komponenten ihres Situativen Selbstpflegebedarfs ermöglichen.*“ (S. 262).

Selbstpflegedefizite können aus unterschiedlichen Gründen entstehen. Es müssen nicht immer mehrere Bedingungen vorhanden sein, sondern reicht manchmal nur ein auftretendes Problem aus, um die Selbstpflegekompetenz eines Individuums zu überfordern.

Dependenzpflegekompetenz

Diese Kompetenz ist der Selbstpflegekompetenz ähnlich, die besagt, die Fähigkeit zu besitzen sich um sich selbst zu sorgen, um das Wohlbefinden zu steigern und Gesundheit zu erlangen. Die Dependenzpflegekompetenz ist die Fähigkeit des Pflegepersonals oder der Angehörigen, sich um das Wohlbefinden und die Gesundheit anderer Personen zu sorgen und somit die Selbstpflegeerfordernisse der anderen zu erfüllen. Die Dependenzpflege wird vor allem bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, aber auch bei älteren Menschen, deren Fähigkeit zur Selbstpflege eingeschränkt ist, angewendet (Orem, 1997).

Das Pflegepersonal

Die Personen, die sich um den Patienten/die Patientin sorgen, kümmern und pflegen, können nicht einfach ohne Vor- bzw. Fachwissen, bezogen auf die Betroffenen und deren Probleme und Beschwerden, mit deren Behandlung zur Verbesserung der Gesundheit und der Wiedererlangung des Wohlbefindens beginnen. Wissen allein reicht nicht aus, um den weiteren Verlauf der Genesung eines Patienten/einer Patientin zu fördern, sondern muss die Pflegeperson über ausreichende Fähigkeiten zur Ausübung adäquater Pflege verfügen, die sogenannte Pflegekompetenz (Orem, 1997).

Pflegekompetenz

„Pflegekompetenz wird als ein Potential verstanden, das [...] Menschen durch spezialisierte Ausbildung entwickeln, außerdem durch Weiterbildung der eigenen Person, um kognitive und praktische Maßnahmen der Pflegepraxis zu bewältigen, durch klinische Erfahrungen in Situationen der Pflegepraxis unter Anleitung von fortgeschrittenen Praktikern und durch klinische Pflegeerfahrung bei der Pflege von Menschen, die einer bestimmten Art pflegerischer Fälle angehören.“ (Orem, 1997, S. 270).

Die Pflegekompetenz ist der Selbstpflegekompetenz ähnlich, nur geht es bei der Pflegekompetenz nicht darum, um sich selbst zu sorgen, sondern mithilfe pflegerischer Ausbildung und Anwendung derselben, dem Patienten/der Patientin zu Gesundheit und Wohlbefinden zu verhelfen. Ein wichtiger Punkt der Pflegekompetenz ist, den Patienten/die Patientin so zu motivieren, dass er/sie sich bemüht selbst an der Pflege teilzunehmen und ihn/sie somit zur Selbstpflege anzuregen. Es soll verdeutlicht werden, dass die Erfüllung der Erfordernisse, durch die Zusammenarbeit mit dem Patienten/der Patientin und der Miteinbeziehung desselben/derselben in die Tätigkeiten, besser gelingt (Orem, 1997). Pflegepersonen sollen aber auch die Bedürfnisse, Forderungen, Meinungen, Probleme und Ansprüche der Patienten/Patientinnen bei der Ausübung der Pflege berücksichtigen und sie motivieren mitzuwirken, damit diese wahrnehmen, wie sich ihr Gesundheitszustand verbessert. Durch die Miteinbeziehung und Rücksichtnahme auf den Patienten/die Patientin, entsteht bei ihm/ihr das Gefühl „ernst genommen zu werden“, wodurch auch seine/ihre Würde gewahrt wird.

Die Miteinbeziehung des Individuums in die Pflege ist nur ein Merkmal von Pflegepersonen, das sie besitzen müssen, damit sie über eine ausgeprägte Pflegekompetenz verfügen. Es gibt noch weitere Charakteristika, welche in drei Dimensionen der Pflegepraxis (sozial, interpersonal und technologisch) unterteilt werden können (Orem, 1997). In der nachfolgenden Auflistung werden jedoch nur die Charakteristika der sozialen Dimension aufgezeigt:

1. Vorhandensein ausreichender Information und Akzeptanz bezüglich der Aspekte von Pflegesituationen;
2. Fundiertes Wissen über die Kultur der zu pflegenden Person inkl. Verständnis dafür;
3. Vorhandensein sozialer Fähigkeiten, wie z. B. die der Kommunikation;

4. Respektvoller Umgang mit sich selbst und seinem Gegenüber;
5. Höflichkeit und Rücksichtnahme;
6. Verantwortung bei der Durchführung von Pflege übernehmen;
7. Verständnis der Pflege (Orem, 1997).

In diesem Abschnitt ist ersichtlich, wie wichtig es ist, die Würde von Patienten/Patientinnen zu wahren. In Punkt zwei heißt es, dass ausgeprägtes Wissen über Kulturen anderer Personen vorhanden sein und akzeptiert werden muss. Was passiert jedoch, wenn kein Verständnis dafür verfügbar ist? Erhält diese Person deswegen keine adäquate Behandlung, weil die Herkunft des Patienten/der Patientin der Pflegekraft ein Dorn im Auge ist? Trifft dieser Fall ein, so wird der Patient/die Patientin nicht mehr als Ganzes wahrgenommen und hat somit einen Einfluss auf seine/ihre Würde.

Punkt vier besagt, dass die Pflegeperson und der Patient/die Patientin sich gegenseitig respektvoll behandeln sollen, zumal sie, gemäß der «Goldenen Regel», auch selbst respektvoll behandelt werden möchten, wodurch auch die Würde aller gewahrt wird.

Höflichkeit und Rücksichtnahme (Punkt fünf) sind ebenfalls wichtige Merkmale um die Würde von Patienten/Patientinnen zu wahren. Höflichkeit hängt meiner Meinung nach sehr stark mit Respekt zusammen. Jedes Individuum, sei es jetzt die Pflegekraft oder der Patient/die Patientin, muss respektiert werden und um einen Menschen respektvoll behandeln zu können, ist es wichtig, ihm höflich gegenüberzutreten. Die Rücksichtnahme auf den Patienten/die Patientin kann seine/ihre Würde positiv beeinflussen, indem gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin Entscheidungen getroffen werden, wodurch das Gefühl entsteht, wahrgenommen zu werden.

Das Pflegesystem

Ein Pflegesystem besteht aus Handlungen, die von Pflegepersonen ausgesucht und ausgeübt werden und falls es die Fähigkeiten des Patienten/der Patientin ermöglichen, aus Handlungen desselben/derselben. Damit der/die Betroffene wieder die Fähigkeit erlangt, selbstständig seine Pflege durchzuführen, ist im Normalfall mehr als eine Handlung notwendig.

Die Ausübung dieser Tätigkeiten wird auch die Methode des Helfens genannt, welche sich in fünf Punkte unterteilen lässt:

- 1.) Für andere handeln und agieren;
- 2.) Führen und anleiten;
- 3.) Körperliche und geistige Unterstützung;
- 4.) Erschaffen einer entwicklungsfördernden Umgebung;
- 5.) Unterrichten (Orem, 1997).

Wenden Pflegekräfte diese Methoden an, müssen sie diese einerseits mit bestem Wissen und Gewissen ausüben und vor allem unvoreingenommen an die Situation bzw. den Patienten/die Patientin herangehen. Gehen Pflegende aufgrund von z. B. herablassenden Kommentaren anderer Kollegen/Kolleginnen mit Vorurteilen zu einer Behandlung eines Patienten/einer Patientin, so kann dem/der Betroffenen keine adäquate Hilfe gewährleistet werden und seine/ihre Würde wird in weiterer Folge nicht gewahrt bzw. gefördert, wenn die Pflegeperson nur sporadische Anleitungen liefert, unzureichend lehrt, nicht auf physische und psychologische Bedürfnisse achtet und keine Lust hat, für den Patienten/die Patientin zu handeln. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich jede Pflegekraft ein eigenes Bild vom Patienten/von der Patientin macht und somit unvoreingenommen in die Pflegekraft-Patient/Patientin-Beziehung eintritt, um sich nicht von anderen beeinflussen zu lassen, damit die Würde der Betroffenen gewahrt wird.

Nach Orem (1997) lassen sich die Pflegesysteme in (1) vollständig kompensatorische Pflegesysteme, (2) teilweise kompensatorische Pflegesysteme und (3) unterstützend-erzieherische Pflegesysteme unterteilen:

Vollständig kompensatorische Pflegesysteme

*„Der Patientenfaktor, der das Kriterium zur Bestimmung der Notwendigkeit für ein **vollständig kompensatorisches Pflegesystem** darstellt, ist die Unfähigkeit, solche Selbstpflegemaßnahmen durchzuführen, die eine selbstorientierte und kontrollierte Bewegung und manipulative Aktivitäten oder aber eine medizinische Verordnung zur Unterlassung solcher Aktivitäten erfordern [...]“* (Orem, 1997, S. 334).

Vollständig kompensatorische Pflegesysteme können in die Untergruppen, (1) das Individuum besitzt keine Fähigkeiten, um Aktivitäten durchzuführen aufgrund von z. B. Koma, (2) der Mensch kann selbst bewusste Entscheidungen treffen, Beobachtungen vornehmen, Fragen stellen und beantworten, jedoch darf oder kann

er keine Handlungen selbst vornehmen und (3) der Patient/die Patientin ist in der Lage mit Hilfe von Anleitungen vom Pflegepersonal, selbst Handlungen durchzuführen, jedoch kann er/sie keine vernünftigen Entscheidungen treffen und Fragen stellen bzw. beantworten, eingeteilt werden (Orem, 1997).

In der ersten Untergruppe steht die Methode „für andere handeln und agieren“ im Vordergrund, indem das Pflegepersonal höflich und respektvoll mit dem Individuum umgeht, häufig mit ihm kommuniziert, eine adäquate Pflege gewährleistet und ein angenehmes Umfeld schafft. Der Grund für die Anwendung dieser Methode ist, dass die Patienten/Patientinnen keine Bewegungen ausführen können, keine Reaktionen auf Reize zeigen und auch kein Informationsaustausch stattfinden kann (Orem, 1997).

Das Pflegepersonal darf Situationen dieser Art nicht ausnützen und den komatösen Patienten/die komatöse Patientin missbrauchen, indem sie keine angemessene Pflege garantieren und das Individuum z. B. rücksichtslos in eine andere Position drehen oder ihn nur dürftig waschen, weil man gerade keine Lust dafür hat. Auch wenn der/die Betroffene diese Situation nicht wahrnimmt, hat er das Recht auf das Wahre seiner Würde.

Die zweite Untergruppe lässt sich zusammenfassen unter den Schwerpunkten „Erschaffen eines angenehmen Umfelds“ und „für andere handeln und agieren“. Dieser Gruppe gehören Patienten/Patientinnen an, die ihre Umgebung bewusst wahrnehmen, fähig sind zu kommunizieren, jedoch keine Bewegungen und Aktivitäten ausführen können oder dürfen. Personen der zweiten Untergruppe sollen in die Entscheidungsfindung bezüglich ihrer Selbstpflege mit einbezogen werden, und soweit dies möglich ist, die Handlungen selbst ausüben. Die Patienten/Patientinnen dürfen vom Pflegepersonal auf keinen Fall vernachlässigt werden und den Bedürfnissen und Problemen muss Beachtung geschenkt werden, da dies ansonsten zu Frustration und Leiden führt (Orem, 1997).

Dieser Aspekt ist vergleichbar mit dem Charakteristikum „Höflichkeit und Rücksichtnahme“ von Pflegenden gegenüber Individuen. Der Patient/die Patientin fühlt sich ausgeschlossen, möchte jedoch seine Probleme und Meinungen kundgeben, die aber möglicherweise nicht berücksichtigt oder noch schlimmer, nicht beachtet werden. Dadurch entstehen die Gefühle der Vernachlässigung bzw. des „nicht ernst genommen zu werden“ und wird darüber hinaus auch die Würde des/der Betroffenen nicht gewahrt.

Die dritte Untergruppe legt das Hauptaugenmerk auf die Methoden „Erschaffen einer adäquaten Umgebung“, „anleiten und führen“, „unterstützen“ und „für andere handeln und agieren“. Menschen, deren Profil in diese Gruppe passen, sind zwar bei Bewusstsein, aber unfähig für sich selbst oder andere zu sorgen, können keine Entscheidungen hinsichtlich der Selbstpflege ohne Hilfe anderer treffen, jedoch besitzen sie die Fähigkeit, Handlungen und Bewegungen unter Aufsicht einer Begleitperson, durchzuführen (Orem, 1997).

Teilweise kompensatorische Pflegesysteme

In diesem System leisten nicht nur Pflegepersonen Pflege für das Individuum, sondern übernimmt auch dieses Eigeninitiative. Inwieweit die Pflegekraft oder der Patient/die Patientin Handlungen ausüben, hängt von den vorhandenen Einschränkungen des/der Betroffenen, vom Wissen und den verfügbaren Fähigkeiten des Individuums die Handlungen durchzuführen und vom Willen diese Tätigkeiten auszuüben oder neue Fertigkeiten zu erlernen, ab (Orem, 1997).

Unterstützend-erzieherische Pflegesysteme

Diese Pflegesysteme beziehen sich auf Individuen, die in bestimmten Situationen die Fähigkeiten der Selbstpflege besitzen und ausüben können, jedoch Hilfe vom Pflegepersonal, durch Unterstützung, Anleitung, unterrichten, Erschaffen einer angemessenen Umgebung, benötigen. Dieses System stellt vor allem die Hilfe zur Entscheidungsfindung, Verhaltenskontrolle und Förderung von Wissen und Fähigkeiten in den Vordergrund (Orem, 1997).

Persönliche Stellungnahme

Interessant an Orem's (1997) Theorie ist, dass es für sie einen signifikanten Unterschied zwischen der Bedeutung des Begriffs des Patienten/der Patientin und dem des Klienten/der Klientin gibt. Diese Begriffe können nicht synonym verwendet werden, da der Begriff „Patient/Patientin“ dem Empfänger von Versorgungsleistungen entspricht und vom Pflegepersonal versorgt und unterstützt wird und der Begriff „Klient/Klientin“ laut Orem (1997) im Allgemeinen mit Anwälten oder Beratungspersonen in Verbindung gebracht wird. Für die Pflege bedeutet dies z. B., dass die Eltern eines erkrankten Kindes, welches gepflegt wird, die Klienten darstellen und das Kind der Patient/die Patientin ist. Diese Begriffsunterscheidung ist

für mich deshalb von Bedeutung, da bei der Bearbeitung der Theorie von Neuman (2008) ersichtlich wird, dass diese den Begriff „Klient/Klientin“ gegenüber dem des „Patienten“/der „Patientin“ bevorzugt, obwohl die Entwicklung beider Theorien annähernd zur selben Zeit stattgefunden hat.

Orems (1997) Theorie ist auch die Einzige der von mir untersuchten Theorien, die besagt, dass es schwierig ist, alle Bedürfnisse von mehreren Personen zu befriedigen. Es gelingt nur dann, wenn die Pflegepersonen mit der Pflegeadministration zusammenarbeiten. Dies zeigt, dass Orem (1997) der Meinung ist, dass es einer Pflegekraft nicht möglich ist, sich um alle Bedürfnisse von z. B. 20 stationären Patienten/Patientinnen zu kümmern. Nach Orem (1997) stellt der Personal- und Zeitmangel, eines der größten Probleme in der heutigen Zeit dar, weil die erforderlichen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, um jedem Individuum die Aufmerksamkeit zu schenken, die es benötigt. Kann die Würde von Patienten/Patientinnen trotzdem gewahrt werden, auch wenn das Pflegepersonal nicht auf alle Bedürfnisse des Individuums Rücksicht nimmt bzw. diese befriedigt oder müssen wirklich alle Probleme aus der Welt geschaffen werden, so wie es Roy (Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Roy & Andrews, 2008) in ihren Theorien verdeutlichen? Diese Frage wird in ihrem Buch nicht beantwortet und bleibt somit offen.

3.2.4. Gegenüberstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die in den Theorien von Roy, Neuman und Orem, gefundenen Ergebnisse zum Thema „Würde von Patienten und Patientinnen“ einander gegenübergestellt und miteinander verglichen.

Callista Roy – Das Adaptationsmodell

Das Thema „Würde“ wird von Roy (1984; Roy & Andrews, 2008) nur selten angesprochen. Explizit erwähnt sie die Würde von Patienten und Patientinnen genau zwei Mal. Das erste Mal erwähnt sie die Würde von Individuen bei den Annahmen zu ihrem Modell, indem sie sagt, dass das Ziel der Pflege die Wahrung der Integrität und der Würde ist. Die zweite explizite Würdeerwähnung erfolgt auch bei den Zielen der Pflege. Hierbei schreibt Roy (Roy & Andrews, 2008), dass das Hauptziel der

Pflege die Förderung von Adaptation ist, womit nicht nur die Lebensqualität gesteigert, sondern auch ein Sterben in Würde ermöglicht wird.

Roy nimmt weiters zehn Mal implizit Stellung zum Würdebegriff. Zum Beispiel kann dem Patienten/der Patientin mittels eines Gesprächs gezeigt werden, dass die Pflegeperson sich für seine/ihre Bedürfnisse Zeit nimmt, ihm/ihr zuhört und hilft, diese Bedürfnisse zu befriedigen (Roy & Andrews, 2008). Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Würde des/der Betroffenen aus, da die erkrankte Person sich als Individuum wahrgenommen fühlt und erkennt.

In der heutigen Zeit spielt z. B. die Überlastung des Pflegepersonals aufgrund von Schlafdefizit oder Personalmangel, eine wesentliche Rolle. Durch diese Beeinträchtigungen passieren Fehler, welche die Würde von Patienten/Patientinnen verletzen. Um solchen Fehlern entgegenzuwirken und somit die Würde des Individuums aufrechtzuerhalten, versuchen die Pflegenden ihre Ressourcen unter Mithilfe von Kollegen/Kolleginnen oder anderen Personen zu mobilisieren, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten (Roy & Andrews, 2008).

Roy (1984b; Roy & Andrews, 2008) hat in ihrem Modell vor allem einen Punkt, nämlich den Menschen als Ganzes zu betrachten, sehr hervorgehoben. Dies wird vor allem dann erreicht, wenn der Patient/die Patientin der Pflegekraft und umgekehrt, mit Liebe und Respekt begegnet und sie sich in weiterer Folge gegenseitig wertschätzen, wodurch sowohl die Würde des Klienten/der Klientin als auch die des Pflegepersonals gewahrt wird. Der Respekt bzw. die Wertschätzung vom Personal den Betroffenen gegenüber wird unter anderem durch die Miteinbeziehung in Entscheidungen und auf die Rücksichtnahme ihrer Bedürfnisse verdeutlicht (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008).

Das Hauptaugenmerk dieser Theorie ist die Förderung von Adaptation des Individuums. Diese wird gefördert, indem das Pflegepersonal bestimmte Hilfeleistungen anbietet und durchführt, damit sich der Patient/die Patientin an eine veränderte Situation positiv anpassen kann (Roy & Andrews, 2008). Dies bedeutet, dass bei erfolgreicher Anpassung gleichzeitig auch die Würde des Individuums gewahrt oder gefördert wird. Allerdings wird darauf nicht eingegangen, was mit Klienten/Klientinnen passiert, welche nicht mehr fähig sind, sich an gewisse Situationen anzupassen. Wird ihre Würde somit nicht gewahrt bzw. kann sie dadurch nicht aufrechterhalten werden? Es wird in ihrer Theorie klar verdeutlicht, dass nicht alle Menschen adaptive Reaktionen zeigen können, jedoch wird nicht näher auf die

Wahrung der Würde eingegangen. Somit bleibt die Frage offen, ob die Würde bei ineffektiven Reaktionen gewahrt wird.

Betty Neuman – Das Systemmodell

Neuman hat der Würde von menschlichen Systemen explizit keine Beachtung geschenkt, aber mehrmals implizit erwähnt.

Angefangen bei den Grundannahmen, in denen sie sagt, dass das höchstmögliche zu Erreichende optimales Wohlbefinden ist, wodurch die Systemstabilität aufrechterhalten wird (Meleis, 1999; Neuman, 2008). Optimales Wohlbefinden des Klienten/der Klientin ist jedoch nur dann gegeben, wenn das Individuum vom Pflegepersonal ganzheitlich betrachtet und nicht zum Objekt degradiert wird. Diese Sichtweise findet sich in der Theorie von Callista Roy (1984b; Roy & Andrews, 2008) wieder, die ebenfalls die Ganzheitlichkeit des Individuums hervorhebt.

Das optimale Wohlbefinden bzw. das Erreichen desselben, ist das eigentliche Hauptziel des Systemmodells von Neuman (Meleis, 1999; Neuman, 2008), denn die, bildlich gesehen, konzentrischen Kreise – flexible, normale Abwehr- und Widerstandslinien – dienen der Wahrung des Stabilitätsgrades des Individuums. Dadurch wird optimales Wohlbefinden aufrechterhalten oder gestärkt und somit die Würde des Klienten/der Klientin positiv beeinflusst, denn je besser es dem Klienten/der Klientin geht, desto größer ist sein/ihr Selbstwert und seine/ihre Selbstachtung.

Die Aufgabe der Pflege besteht unter anderem auch darin, dem menschlichen System Hoffnung zu geben und seinen Lebenswillen wieder zu stärken. Dies gelingt durch die Berücksichtigung aller Variablen (Neuman, 2008). Werden nicht alle Variablen berücksichtigt, die zu einem bestimmten Zeitpunkt auftreten, kann dies dazu führen, dass der Klient/die Klientin nicht mehr als einzigartiges Individuum gesehen wird, wodurch auch dessen/deren Würde verletzt wird.

Neben der ganzheitlichen Betrachtung des Individuums gibt es noch andere Ähnlichkeiten zum Modell von Roy und zwar die Rücksichtnahme auf die Wahrnehmungen und Meinungen der Klienten und Klientinnen und die Involvierung dieser, in die Einschätzung von (möglichen) Stressoren und in die Entscheidungsfindung bezüglich Interventionsmaßnahmen (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008). Da das menschliche System aktiv in den Pflegeprozess mit einbezogen wird, selbst bei den Beurteilungen und Interventionen

mitwirken darf und somit das Gefühl entsteht „ernst genommen zu werden“, wird die Würde des Individuums gefördert und gewahrt. Diese Miteinbeziehung in Entscheidungsfindungen bzw. die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Klienten/Klientinnen zeigt sich ebenfalls in der Theorie von Callista Roy (Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008).

Auffallend ist im Vergleich zwischen der Theorie von Roy und Neuman, dass sich meiner Meinung nach die Bedeutung des Adaptationsniveaus einerseits und andererseits die Bedeutung des Stabilitätsgrades der normalen Verteidigungslinie sehr ähneln. Diese Ähnlichkeit beruht darin, dass der Stabilitätsgrad der normalen Abwehrlinie besagt, dass optimales Wohlbefinden vorherrscht und das Individuum vor Stressoren und Reaktionen auf diese, geschützt ist (Meleis, 1999; Neuman, 2008). Das Adaptationsniveau wiederum ist die Fähigkeit, einen auftretenden Reiz positiv zu bewältigen, wodurch ebenfalls das Wohlbefinden aufrechterhalten wird (Roy, 1970; Aggleton & Chalmers, 1984; Roy & Andrews, 2008).

Weiters stellt sich für mich eine Frage, die ebenfalls mit dem Modell von Roy zusammenhängt: Was passiert mit Menschen, die nicht die Fertigkeit erlernen können, sich an einen Stressor anzupassen bzw. diesen zu beseitigen? Oder können (später) doch Maßnahmen ergriffen werden, damit die Stressoren bewältigt werden können? Ist deren Würde nicht gewahrt, sowohl für die derzeitige Situation als auch für das restliche Leben?

Dorothea Orem – Die Selbstpflagedefizit-Theorie

Orem (1997) hat die Würde von Patienten und Patientinnen ein einziges Mal explizit erwähnt, indem sie sagt, dass Eltern Verantwortung dafür tragen, dass ihre Kinder lernen wie sie selbst Wohlbefinden erlangen und somit deren Würde fördern.

Implizit hat Orem (1997) die Würde von Patienten und Patientinnen öfters behandelt. Unter anderem stellt sie, genauso wie Roy und Neuman, den Patienten/die Patientin in den Mittelpunkt, wodurch auf die Ganzheit der Menschen Rücksicht genommen wird. Durch die Betrachtungsweise, dass jeder Mensch ein einzigartiges Individuum ist, wird der Patient/die Patientin nicht zum Objekt degradiert, sondern seine/ihre Bedürfnisse, Probleme, Meinungen und Ansichten berücksichtigt und als wichtig empfunden. Diese Sichtweise gelingt jedoch nur dann, wenn der Patient/die Patientin mit Respekt und Anerkennung behandelt wird, unabhängig seiner/ihrer Rasse, Herkunft, Hautfarbe, Religion oder Kultur (Orem, 1997).

Nicht nur die Betrachtung des Menschen als Ganzes, sondern auch das Selbstbild des Patienten/der Patientin und seine/ihre Teilnahme an der Pflege, fördern dessen/deren Würde. Zeigen die Betroffenen jedoch keine Anzeichen dafür, Eigeninitiative übernehmen zu wollen, so ist es die Aufgabe des Pflegepersonals, die Individuen zur Teilnahme an der Pflege zu motivieren. Durch die Einbeziehung der Patienten/Patientinnen in die Pflege, nehmen sie bewusst wahr, dass sich ihr Wohlbefinden bzw. ihre Gesundheit durch Eigeninitiative verbessert (Orem, 1997), wodurch sich in weiterer Folge das Selbstbild und das Selbstwertgefühl steigern und die Würde gefördert wird.

Auffallend ist, dass in allen drei untersuchten Theorien, die Miteinbeziehung des Patienten/der Patientin in die Entscheidungsfindung und auch die Rücksichtnahme auf dessen/deren Probleme, Bedürfnisse, Meinungen und Ansichten von großer Wichtigkeit sind. Wie bei Roy (Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) entsteht auch bei den Individuen in Orem's (1997) Theorie das Gefühl „ernst genommen zu werden“, sofern diese Punkte berücksichtigt werden. Sie dürfen selbst Entscheidungen treffen oder ihren Unmut kundtun. Werden aber z. B. ihre Meinungen nicht beachtet oder einfach nur ignoriert, ihre Probleme als Lappalien abgetan und die Patienten und Patientinnen somit vernachlässigt, so wird ihre Würde verletzt.

Auch der Respekt gegenüber anderen wird sowohl in Roys (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008), Neumans (2008) als auch in Orem's (1997) Theorie hervorgehoben. Um die Würde von Menschen zu wahren bzw. zu fördern, egal ob Pflegeperson oder Patient/Patientin, soll sein Gegenüber immer so behandelt werden, wie er/sie selbst gerne behandelt werden möchte – ein adäquates, der Situation angepasstes Auftreten ist Voraussetzung.

Orem (1997) beschreibt in ihrer Theorie unter anderem die Methode des Helfens (agieren, anleiten, unterstützen ...), welche gravierende Auswirkungen auf die Würde von Patienten/Patientinnen haben kann. Die Anwendung dieser Methode muss immer unvoreingenommen und ohne Vorurteile stattfinden. Jede Pflegeperson muss sich ein eigenes Bild über das Individuum machen und darf sich nicht durch Meinungen anderer Kollegen/Kolleginnen beeinflussen lassen, wenn sie die Würde des Patienten/der Patientin wahren möchte.

Am Anfang des dritten Kapitels haben Marie-Christine und ich geschrieben, dass wir nicht auf alle Würdebezüge eingehen werden, um nicht den Rahmen zu sprengen. Dies möchte ich nachholen und noch auf einen Punkt näher eingehen und zwar auf die Klassifikation von Gesundheitspflegesituationen, welche in sieben Gruppen unterteilt werden. Vor allem die Gruppe der unheilbaren Krankheiten spielt für die Wahrung der Würde eine wichtige Rolle. Diese Gruppe betrifft Menschen mit einer unheilbaren Krankheit, die sich im Endstadium befindet. Um ein würdevolles Sterben gewährleisten zu können, soll das Pflegepersonal dem Patienten/der Patientin Trost spenden und ein Gefühl der Geborgenheit geben (Orem, 1997), wodurch die Pflegeperson dem Patienten/der Patientin zeigt, dass sie für ihn/sie da ist und versucht, die letzten Tage/Wochen so zu gestalten, dass diese vom Patienten/von der Patientin als angenehm empfunden werden, soweit dies möglich ist.

Orem (1997) erwähnt in ihrer Theorie bei den Zielen der Pflege unter anderem den Punkt der Gesundheitsförderung. Dieser hat in diesem Zusammenhang keinen Bezug zu Würde, sollte jedoch trotzdem besprochen werden, da laut Orem (1997) die Gesundheit eines Individuums gefördert werden kann, sofern der Patient/die Patientin eigenständig in der Lage ist, Verbesserungen durchzuführen. Die Frage stellt sich allerdings, was mit Menschen passiert, die keine dieser Fähigkeiten besitzen. Werden diese Personen immer krank bleiben oder wird ihnen keine adäquate Hilfe gewährleistet und genesen langsamer als andere? Dies wird von Orem (1997) nicht näher erläutert.

Im Laufe der Bearbeitungen der drei Theorien haben sich drei Elemente herauskristallisiert, die meiner Meinung nach zwar unterschiedlich benannt werden, aber die gleiche Bedeutung haben. Konkret geht es um Orems Selbstpflegekompetenz, Roys Adaptationsniveau und Neumans Stabilitätsgrad. Die Selbstpflegekompetenz besagt, dass das Individuum Fähigkeiten zur Ausübung bestimmter Aktivitäten besitzt, um Wohlbefinden und Gesundheit zu erreichen (Orem, 1997). Diese Fähigkeiten entsprechen auch dem Adaptationsniveau von Roy (1970; Aggleton & Chalmers, 1984; Roy & Andrews, 2008), um eine auftretende Situation positiv zu bewältigen. Dieses Niveau wird genauso wie bei Orems Selbstpflegekompetenz im Leben ständig neu angepasst. Neumans (Meleis, 1999; Neuman, 2008) Stabilitätsgrad wiederum, wird dahin gehend definiert, inwiefern das Individuum bezüglich möglicher Stressoren gewappnet ist. Somit müssen auch deren Klienten und Klientinnen Fähigkeiten besitzen, um auftretende Reize zu bewältigen

und Gesundheit und Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Aus diesem Grund haben diese drei Elemente meiner Meinung nach die gleiche Bedeutung.

Um die Gemeinsamkeiten bzw. Ähnlichkeiten, aber auch die Unterschiede der einzelnen Theorien untereinander noch einmal zu verdeutlichen, folgt auf den nächsten Seiten eine tabellarische Gegenüberstellung.

Tabellarische Gegenüberstellung – „Würde“ in Pflegetheorien

		Roy	Neuman	Orem
Wie oft wird der Begriff Würde explizit erwähnt?		2x	0x	1x
Wie oft wird der Begriff Würde implizit erwähnt?		10x	10x	15x
Bezeichnung Patient/Patientin oder Klient/Klientin?		Beide	Klient/In	Patient/In
Schlagwörter				
Betrachtung des Menschen als Ganzes		x	x	x
	Nicht zum Objekt degradieren	x	x	x
	Patient/Patientin weiß, wer er/sie ist	x		
	Patient/Patientin bzw. Klient/Klientin im Mittelpunkt	x	x	x
	Einklang mit sich selbst			x
	Akzeptanz anderer Kulturen			x
	Keine Vorurteile			x
Verhaltensweisen vom Pflegepersonal		x	x	x
	Eigene Schwächen erkennen (z. B. Schlafdefizit)	x		
	Rücksichtnahme auf Patient/Patientin bzw. Klient/Klientin	x	x	x
	Einbeziehung des/der Betroffenen in den Pflegeprozess	x	x	x
Eigene Schwächen erkennen		x		
	Hilfe von anderen	x		
Rücksichtnahme auf Patient/Patientin bzw. Klient/Klientin		x	x	x
	Bedürfnisse	x	x	x
	Meinungen	x	x	x
	Probleme	x	x	x
	Ansichten	x	x	x

Einbeziehung in Entscheidungsfindungen und Zielsetzung		x	x	x
	Gefühl "ernst genommen werden"	x	x	x
	Motivation			x
	Steigerung Selbstbild/Selbstwert		x	x
	Aktive Teilnahme an Genesung		x	x
Respekt und Wertschätzung		x	x	x
Hoffnung und Lebenswillen			x	
Sterben in Würde		x		x
	Trost spenden			x
	Gefühl der Geborgenheit			x
Förderung von Wohlbefinden			x	
Ziel = Wahrung der Würde		x		
Kommunikation mittels eines Gesprächs		x		
	Steigerung Selbstbild/Selbstwert	x		

Tabelle 1: Gegenüberstellung - "Würde" in Pflgetheorien

Anhand dieser Tabelle wird ersichtlich, dass der Würdebegriff nicht oft explizit erwähnt wird. Roy (1984; Roy & Andrews, 2008) erwähnt die Würde von Patienten und Patientinnen zweimal, Orem (1997) einmal und Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) kein einziges Mal. Allerdings bedeutet das nicht, dass die Theoretikerinnen in ihren Theorien keinen Wert auf die Würde von Patienten und Patientinnen legen, da sie dementsprechend oft implizit auf die Wahrung der Würde eingegangen sind. Roy (Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) gehen beide zehnmal implizit und Orem (1997) fünfzehnmal implizit auf die Würde von Patienten und Patientinnen ein.

Ein sehr offensichtlicher Unterschied der drei Theorien ist die Verwendung der Begriffe „Patient/Patientin“ und „Klient/Klientin“. Roy (1970; 1984; 1984b; Aggleton & Chalmers, 1984; Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) sieht im Gegensatz zu Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) und Orem (1997) keinen Unterschied zwischen dem Begriff des Patienten/der Patientin und dem des Klienten/der Klientin. Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) wiederum bezeichnet das behandelnde Individuum als Klient/Klientin und Orem (1997) bevorzugt den Begriff des Patienten/der Patientin. Vor allem Orem (1997) Sichtweise ist leicht nachvollziehbar, denn für sie ist der Patient/die Patientin ein Individuum, welches gepflegt und versorgt wird und der Klient/die Klientin wird meist mit Anwälten oder Beratungspersonen in Verbindung gebracht.

Aus der Tabelle ist auch ersichtlich, dass in allen Theorien die erkrankte Person im Mittelpunkt stehen soll, damit ihre Würde gewahrt wird. Um die Würde des/der Erkrankten zu wahren, muss die Pflegekraft z. B. der Person unvoreingenommen gegenüber treten. Denn begegnet das Pflegepersonal dem Patienten/der Patientin mit Vorurteilen, so wird keine adäquate Pflege gewährleistet, weil sich die Pflegeperson an der Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Religion etc. stößt, wodurch die Würde der Erkrankten verletzt wird.

Ein anderer Punkt, auf den nur Roy (Roy & Andrews, 2008) näher eingeht, ist, dass das Pflegepersonal auch auf die eigenen Schwächen, wie z. B. Schlafdefizit oder Überlastung, Rücksicht nehmen muss. Um diesen Schwächen entgegenzuwirken, werden Kollegen/Kolleginnen aufgesucht und mit deren Hilfe die eigenen Ressourcen verbessert, um wieder eine adäquate Pflege gewährleisten zu können.

Weder in Neumans (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) noch in Orem (1997) Theorie wird ersichtlich, wie Pflegepersonen mit ihren Schwächen umgehen und ob sie Unterstützung von anderen bekommen.

Ein wichtiger Aspekt, den alle drei Theoretikerinnen in ihren Theorien berücksichtigen, ist die Einbeziehung der Patienten/Patientinnen in die Entscheidungsfindung und Zielsetzung. Einzig Orem (1997) sagt, dass die Patienten/Patientinnen, sofern diese keine Anzeichen aktiver Teilnahme zeigen, mittels Motivation durch das Personal zur Mitarbeit angeregt werden sollen. Vor allem Orem (1997) und Neuman (2008) betonen mehrmals, dass das behandelnde Individuum aktiv an seiner Genesung teilnehmen soll.

Das Thema „Sterben in Würde“ wird von Orem (1997) und Roy (Roy & Andrews, 2008) behandelt, wobei Roy (Roy & Andrews, 2008) diesen Punkt nur anschnidet, indem sie sagt, dass durch die Förderung von Adaptation auch ein Sterben in Würde ermöglicht wird. Anders bei Orem (1997), die verdeutlicht, welche Aspekte berücksichtigt werden sollen, damit Sterben in Würde gewährleistet wird. Das Pflegepersonal soll Menschen mit einer unheilbaren Krankheit im Endstadium Trost spenden und ein Gefühl von Geborgenheit geben, wodurch dem Patienten/der Patientin gezeigt wird, dass die Pflegekraft für ihn/sie da ist, und versucht mit ihm/ihr seine/ihre letzten Tage/Wochen, schön zu gestalten.

3.3. Gegenüberstellung der „Care“-Theorien mit den Theorien zu gestörten Funktionen (Mörth und Hauzeneder)

Sämtliche Theoretikerinnen haben den Begriff Würde explizit maximal zwei Mal erwähnt, die einzige Ausnahme stellt Watson (1996) dar, die fünfzehn Mal Würde nennt. In den Theorien fanden wir zwischen sieben und fünfzehn implizite Würdebezüge, nur Travelbee (1971) hat die meisten impliziten Würdebezüge mit 37 Erwähnungen.

Erkrankte Personen werden in den sechs Theorien unterschiedlich bezeichnet. Während Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) ausschließlich von Klienten/Klientinnen spricht, werden erkrankte Menschen von Orem (1997), Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) als Patienten/Patientinnen bezeichnet, Roy (1970; 1984; 1984b; Aggleton & Chalmers, 1984; Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) benutzt beide Ausdrücke. Travelbee (1971) hingegen vermeidet die Bezeichnung

Patient/Patientin, da diese einem Stereotyp und einer Kategorie entspricht, die verhindern, dass das Individuum hinter diesen Begriffen erkannt wird. Ebenso verfährt sie mit der Bezeichnung Pflegekraft.

In den drei bearbeiteten Theorien zu gestörten Funktionen steht im Mittelpunkt, dass der Mensch als Ganzes betrachtet werden soll. Dieser Aspekt wird auch von Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) als wichtig erachtet, steht allerdings nicht im Vordergrund. Travelbee (1971) behandelt diesen Aspekt gar nicht. Der Schwerpunkt von Watson (1996), Paterson und Zderad (1999, 2007), vor allem aber von Travelbee (1971) entspricht einem Unterpunkt bei Roy (Roy & Andrews, 2008), Neuman (2008) und Orem (1997): Der Mensch soll nicht zum Objekt degradiert bzw. dehumanisiert werden. Roy, Neuman und Orem gehen dabei aber nicht genauer darauf ein, wann der Mensch als Ganzes gesehen wird und wann nicht. Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben, dass der Mensch dann nicht als Ganzes gesehen wird, wenn sich die Aufmerksamkeit des medizinischen Personals bzw. des Pflegepersonals ausschließlich auf das erkrankte Körperteil, die Krankheit selbst oder Symptome beschränkt. Travelbee (1971) hingegen erklärt, dass der/die Erkrankte dann dehumanisiert wird, wenn er/sie als Kategorie, Stereotyp oder als zu erledigende Aufgabe behandelt wird.

Von den sieben Theoretikerinnen haben nur Orem (1997), Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) den Aspekt der vorurteilsfreien Behandlung des/der Erkrankten behandelt. Orem (1997) betont, dass es wichtig ist, dass die Pflegepersonen dem Patienten/der Patientin unvoreingenommen begegnen und keine vorgefassten Meinungen aufgrund der Äußerungen von Kollegen/Kolleginnen entwickeln oder sich durch Vorurteile aufgrund der Herkunft, Religion, politischer Einstellung etc. beeinflussen lassen. Dieser Aspekt wird auch von Paterson und Zderad (1999, 2007) beschrieben, dass es unablässig ist, dass sich die Pflegeperson vorurteilsfrei dem Patienten/der Patientin nähert. Watson (1996) hingegen erklärt, dass es egal ist, ob eine Pflegeperson sich über einen Patienten/eine Patientin informiert oder nicht, beim ersten Gegenübertreten nimmt sie das Individuum in der erkrankten Person wahr.

Roy (Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) sprechen sich in ihren Theorien dafür aus, dass es die Aufgabe der Pflegeperson ist, sämtlichen Bedürfnissen der erkrankten Person nachzukommen. Orem (1997) greift diesen

Ansatz auch auf, betont aber gleichzeitig, dass es unmöglich ist, alle Bedürfnisse des Patienten/der Patientin zu befriedigen und es reicht, wenn die meisten befriedigt werden. Watson (1996) beschäftigt sich auch mit den Bedürfnissen der Patienten/Patientinnen, indem sie schreibt, dass die Pflegeperson Wissen, Verantwortung und soziales Engagement aufweisen muss, damit sie die Bedürfnisse der erkrankten Person erkennen und befriedigen kann, ob dabei sämtliche Bedürfnisse oder die meisten berücksichtigt werden müssen, erwähnt sie nicht. Paterson und Zderad (1999, 2007) gehen auch nicht darauf ein, wie vielen Bedürfnissen der Patienten/Patientinnen nachgekommen werden sollen, sie beschreiben lediglich, dass die Bedürfnisse wahrgenommen werden, wenn Pflegekräfte den Erkrankten Informationen und Erklärungen zukommen lassen. Travelbee (1971) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass die Pflegepersonen ihre eigene Würde verletzen, wenn sie ihre eigenen Bedürfnisse ignorieren und äußert sich sonst nicht zu den Bedürfnissen der erkrankten Personen.

In allen sechs Theorien wird Respekt, Wertschätzung und Anerkennung des Menschen betont. Watson (1996) beschreibt, dass die Seele und die Einzigartigkeit einer jeden Person anerkannt und respektiert werden muss. Travelbee (1971) betont ebenfalls die Einzigartigkeit und erweitert diesen Terminus indem sie die Unersetzbarkeit eines jeden/einer jeden unterstreicht. Auch Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben ähnliches, indem sie von der Pflegeperson verlangen, dass sie den menschlichen Wert jedes Patienten/jeder Patientin erkennt und ihn/sie nicht über seine/ihre Krankheit oder Symptome definiert. Neuman (2008) erwähnt auch, dass die Pflegekraft der erkrankten Person wertschätzend und mit Respekt gegenüber treten soll, geht aber nicht näher darauf ein. Dieser Aspekt wird auch von Orem (1997) behandelt und betont sie weiters, dass dies besonders dann der Fall ist, wenn die Pflegeperson auf die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin eingeht. Roy (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) erwähnt als einzige der Theoretikerinnen, dass es wichtig ist, dass die Pflegeperson den Patienten/die Patientin mit Liebe und Respekt behandelt und auch umgekehrt, sodass gegenseitige Wertschätzung entstehen kann.

Watson (1996) und Orem (1997) beziehen sich als einzige von den sieben Theoretikerinnen auf die «Goldene Regel». So beschreibt Watson (1996), dass die Pflegeperson ihr Wertesystem, das ihren Handlungen zugrunde liegt, mittels der «Goldenen Regel» überprüfen soll. Orem (1997) hingegen verknüpft Wertschätzung

und Respekt, die dem Patienten/der Patientin entgegengebracht wird, mit der «Goldene Regel».

Nur Orem (1997), Watson (1996) und Travelbee (1971) erwähnen in ihren Theorien Voraussetzungen, die die Pflegeperson erfüllen muss, um letzten Endes die Würde von erkrankten Personen wahren zu können. Orem (1997) beschreibt, dass die Pflegekraft Vorwissen, Fachwissen und eine entsprechende Ausbildung besitzen muss, damit sie eine adäquate Pflege anbieten kann. Watson (1996) erklärt diesen Aspekt ähnlich, sie verlangt von der Pflegekraft Wissen, soziales Engagement und Verantwortung. Travelbees (1971) Anforderungen an die Pflegeperson sind der von Orem sehr ähnlich, denn in ihrer Theorie muss die Pflegekraft einen fachspezifischen, intellektuellen Zugang in Kombination mit dem «Therapeutic Use Of Self» aufweisen.

Wir konnten im Zuge der Bearbeitung der Theorien einige Konzepte ausfindig machen:

- Wohlbefinden:

Wohlbefinden wird nur kurz von Watson (1996) beschrieben. Paterson und Zderad (1999, 2007) hingegen führen vierzehn Verhaltensweisen der Pflegeperson auf, wodurch sich Wohlbefinden beim Patienten/bei der Patientin einstellt. Neuman (Meleis, 1999; Neuman, 2008) erklärt optimales Wohlbefinden des Klienten/der Klientin zu erreichen, als oberstes Ziel. Orem (1997) beschreibt dies ähnlich, ergänzt es jedoch um den Aspekt Gesundheit, indem sie sagt, dass das Hauptziel darin besteht, Wohlbefinden und Gesundheit zu wahren und wiederherzustellen.

- Hoffnung:

Hoffnung wird nur in den Theorien von Travelbee (1971) und Neuman (2008) erwähnt. Neuman (2008) bezeichnet es als eine grundlegende Aufgabe, Menschen Hoffnung zu geben und deren Lebenswillen zu stärken. Travelbee (1971) beschreibt Hoffnung in Zusammenhang mit dem Aufzeigen der Wahlmöglichkeiten, die dem Patienten/der Patientin offen stehen.

- **Autonomie:**
Auf Autonomie gehen alle Theoretikerinnen ein, außer Watson (1996). Travelbee (1971) und Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben, dass es nicht die Aufgabe der Pflegeperson ist, über die Entscheidungen des Patienten/der Patientin zu urteilen. Travelbee (1971) schreibt weiters, dass es der Pflegeperson auch nicht zusteht, über die Wahrnehmungen der erkrankten Person zu urteilen und es wichtig ist, dass sie den Patienten/die Patientin auf seine/ihre Wahlmöglichkeiten aufmerksam macht und ihn/sie auch weiters bestärkt, Entscheidungen zu treffen und für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Dieser Aspekt, dass Pflegepersonen den Patienten/die Patientin in die Entscheidungsfindung einbeziehen sollen, wird auch von Roy (Roy & Andrews, 2008), Neuman (Kühne-Ponesch, 2004) und Orem (1997) behandelt. Dadurch bekommt der Patient/die Patientin das Gefühl ernst genommen zu werden. Neuman (2008) und Orem (1997) schreiben weiters, dass sich dadurch das Selbstbild und der Selbstwert des Erkrankten/der Erkrankten steigern und sprechen sich weiters dafür aus, dass das erkrankte Individuum aktiv an seiner Genesung teilnimmt. Orem (1997) beschreibt weiters, dass die Pflegeperson jene Patienten/Patientinnen anleiten soll, die sich nicht bei der Entscheidungsfindung beteiligen wollen, doch am eigenen Pflegeprozess teilzunehmen.
- **Privatsphäre:**
Obwohl gefühlsmäßig Privatsphäre und Würde eng zusammenhängen, wird dieses Konzept ausschließlich von Paterson und Zderad (1999, 2007) angesprochen.

In allen Theorien wird das Verletzen der Würde als das schlimmste bezeichnet, was in der Pflege vorkommen kann, nur Travelbee (1971) beschreibt etwas fataleres als das Verletzen der Würde: die Resignation des Patienten/der Patientin, wenn das Pflegepersonal ihn/sie nicht unterstützt hat und seine/ihre Bedürfnisse über einen langen Zeitraum hinweg ignoriert haben.

Watson (1996), Roy (1970; 1984; 1984b; Aggleton & Chalmers, 1984; Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008), Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) und Orem (1997) erwähnen in ihrer Theorie kein einziges Mal, dass Pflegepersonen die Würde von Patienten/Patientinnen verletzen können. Watson (1996) beschreibt, dass nur Mediziner/Medizinerinnen die Würde verletzen. Paterson und Zderad (1999, 2007) aber gehen darauf ein und schreiben weiters, dass das Verletzen der Würde teilweise unvermeidbar ist, es zu vermeiden allerdings angestrebt werden soll. Wird letztlich die Würde des Patienten/der Patientin dadurch verletzt, dass er/sie zum Objekt degradiert wird, ist das nicht so dramatisch, zumal ein Objekt nicht dasselbe wie ein Ding ist und dadurch sogar objektive Erkenntnisse erzielt werden können. Travelbee (1971) verurteilt als einzige, wenn die Würde von Patienten/Patientinnen verletzt wird und führt dies auch detailliert aus, indem sie zahlreiche Arten anführt, auf welchen die Würde verletzt werden kann. Sie gibt weiters auch noch Gründe an, was Pflegepersonen dazu bewegt, dass sie die Würde verletzen.

3.4. Schlussfolgerung (Mörth und Hauzeneder)

Die Anzahl der expliziten Würdeerwähnungen gibt keinen Aufschluss auf das Gewicht, das in der Theorie auf Würde gelegt wird, sondern eher die Anzahl der impliziten Würdeerwähnungen, wobei es hierbei auch sehr davon abhängt, welcher Inhalt vermittelt wird. Somit können wir keine Aussage darüber machen, ob in Theorien, in denen der Würdebegriff öfters explizit erwähnt wird oder in Theorien, die sich öfters implizit auf „Würde“ beziehen, die Würde von Patienten/Patientinnen wichtiger ist.

Ein interessanter Aspekt ist, dass nur Orem (1997), Watson (1996) und Travelbee (1971) beschreiben, welche Voraussetzungen eine Pflegeperson vorweisen muss um eine adäquate Pflege gewährleisten zu können. Orem (1997) beschreibt, dass die Pflegekraft Vorwissen, Fachwissen und eine entsprechende Ausbildung besitzen muss, damit sie eine adäquate Pflege anbieten kann. Watson (1996) verlangt von der Pflegekraft Wissen, soziales Engagement und Verantwortung. Travelbees (1971) Anforderungen an die Pflegeperson ist ein fachspezifischer, intellektueller Zugang in Kombination mit dem «Therapeutic Use Of Self». Besonders in der Vergangenheit war man grundsätzlich der Ansicht, dass keine entsprechende Ausbildung notwendig ist. Frauen wären prinzipiell besser geeignet, zumal sie den Mutterinstinkt besitzen

und somit gut für den Patienten/die Patientin sorgen können. Die Pflegeskandale in den letzten Jahren zeigen aber, dass dem nicht so ist. Nicht jede Person ist geeignet den Pflegeberuf auszuüben oder damit umzugehen. Deshalb ist es notwendig die Bildung der Pflegepersonen zu fördern, sodass etwaige „schwarze Schafe“ frühzeitig erkannt werden oder ihre Sicht der Dinge durch gut vermittelten Inhalt geändert wird bzw. ihnen vermittelt werden kann, welche Inhalte wichtig sind, damit die eigene Würde und die der Patienten/Patientinnen gewahrt wird.

Unausgewogen ist auch die Verteilung in Bezug darauf, ob die Würde der Pflegepersonen ebenso gewahrt werden muss – lediglich Watson (1996) und Travelbee (1971) beziehen sich darauf. Es ist eher ungewöhnlich, dass dieser Aspekt nur in zwei Theorien verwendet wird, zumal wir der Meinung sind, dass die Würde von anderen erst dann wahrgenommen und geschützt werden kann, wenn die eigene Würde und der Wert der Würde erkannt und gewahrt wird. Interessant dabei ist wieder, dass dieser Aspekt bei Travelbee (1971) behandelt wird, die ihre Theorie in einer Zeit geschrieben hat, in der Pflegepersonen noch weit entfernt von der beinahe „Volkskrankheit Burn-Out-Syndrom“ waren. Um dem Burn-Out-Syndrom entgegenzuwirken ist es aber unablässig, als Pflegeperson auf die eigenen Bedürfnisse zu hören und auch die eigene Würde zu schützen. In den meisten Theorien, die von uns behandelt wurden, wird allerdings fast ausschließlich darüber geschrieben, dass es die Pflicht der Pflegekraft ist, die Würde des Patienten/der Patientin zu wahren und es wird nichts darüber geschrieben, dass die Pflegeperson auch auf die eigenen Bedürfnisse achten muss, um letztendlich ein Gleichgewicht zwischen den eigenen und den Bedürfnissen des Patienten/der Patientin zu finden.

In allen sechs Theorien wird verdeutlicht, dass die erkrankte Person als Individuum und somit als Ganzes erkannt werden muss, wodurch ihre Würde gewahrt wird. Ist dem nicht der Fall, so wird dem Patienten/der Patientin seine/ihre Individualität bzw. Einzigartigkeit aberkannt und in weiterer Folge dehumanisiert und zum Objekt degradiert. Allerdings haben die Theoretikerinnen entweder keine Angabe dazu gemacht, welche Auswirkungen diese Aberkennung des menschlichen Wertes haben kann oder beschreiben diesen Vorfall als nicht so dramatisch. Einzig Travelbee (1971) verurteilt vehement die Verletzung der Würde durch Pflegepersonen. Allerdings behalten wir uns vor, daraus Schlüsse zu ziehen, wenn vier der sieben Theoretikerinnen keine Aussagen bezüglich der Verletzung der Würde von Patienten/Patientinnen machen. Es besteht dadurch die Gefahr, dass wir die Werke

der Theoretikerinnen in Misskredit bringen, wenn wir behaupten würden, dass Roy, Neuman, Orem und Watson leugnen, dass in manchen Fällen die Würde der Patienten/Patientinnen durch manche Pflegepersonen verletzt wird.

Um den Rahmen für unseren Begriff von Würde zu Beginn unserer Arbeit festzulegen, haben wir uns unter anderem auch auf Artikel 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention und auf den Kategorischen Imperativ von Immanuel Kant bezogen. Interessant ist, dass nur Orem (1997) und Paterson und Zderad (1999, 2007) ähnliches beschreiben, wie in Artikel 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention. So betont Orem (1997), dass es wichtig ist, dass die Pflegeperson dem Patienten/der Patientin unvoreingenommen begegnet und keine vorgefassten Meinungen aufgrund der Äußerungen von Kollegen/Kolleginnen entwickelt oder sich durch Vorurteile aufgrund der Herkunft, Religion, politischer Einstellung etc. beeinflussen lässt. Ähnliches beschreiben auch Paterson und Zderad (1999, 2007), wenn sie in ihrer Theorie konstatieren, dass es unablässig ist, sich als Pflegeperson dem Patienten/der Patientin vorurteilsfrei zu nähern. Unserer Meinung nach, ist es unablässig um die Würde einer erkrankten Person zu wahren, dass ihr ein vorurteilsfreier Umgang gewährleistet wird, unabhängig von politischem, religiösem, sozialem oder ethnischem Hintergrund. Dieser Aspekt ist unserer Meinung nach eine der wichtigsten Voraussetzungen um die Würde von Patienten/Patientinnen zu wahren – umso mehr ist es für uns überraschend, dass in nur zwei der sechs von uns bearbeiteten Theorien dieser Punkt behandelt wird.

Das Gleiche haben wir in Zusammenhang mit der «Goldenen Regel» festgestellt. Die «Goldene Regel» wird nur von Watson (1996) und Orem (1997) behandelt. So beschreibt Watson (1996), dass die Pflegeperson ihr Wertesystem, das ihren Handlungen zugrunde liegt, gemäß der «Goldenen Regel» überprüfen soll. Orem (1997) hingegen verknüpft Wertschätzung und Respekt, die dem Patienten/der Patientin entgegengebracht wird, mit der «Goldenen Regel». Die «Goldene Regel» oder besser noch, der kategorische Imperativ, sowie die «Goldenen Regel» sind unserer Ansicht nach wichtige Maßstäbe im alltäglichen Kontakt zu anderen Menschen, insbesondere aber im kontaktintensiven Bereich der Pflege, um gewährleisten zu können, dass die Würde unseres Gegenübers gewahrt wird. Auch hier ist es sehr überraschend, dass nur zwei der sieben Theoretikerinnen diesen Aspekt behandeln.

Am meisten erstaunt hat uns im Zuge unserer Bearbeitung der sechs Theorien, dass Travelbee (1971) als einzige von den sieben Theoretikerinnen das Fatale daran erkennt, wenn die Würde von Patienten/Patientinnen verletzt wird und auch detailliert die Arten und die Gründe hinter dem entwürdigenden Verhalten beschreibt. Dadurch erkennt man das Individuum hinter dem entwürdigenden Verhalten und dies kann vielleicht dazu beitragen, dass Pflegekräfte, die sich mit den jeweiligen Gründen identifizieren können, ihr eigenes Verhalten überdenken, bevor es zu entwürdigenden Handlungen kommt. Interessant ist dabei, dass die Theorie von Travelbee, unserer Meinung nach die informativsten Aspekte, bezüglich den Arten und den Gründen die Würde von Patienten/Patientinnen zu verletzen, behandelt und gleichzeitig mit vierzig Jahren die älteste, von allen von uns bearbeiteten Theorien, ist.

4. Forschungsergebnisse zu Würde in der Pflege

Dieses Kapitel soll verdeutlichen, wie Forschungsarbeiten zu chronischen Krankheiten und würdevollem Sterben, auf die Würde von Patienten/Patientinnen eingehen.

4.1. Literatursuche (Mörth und Hauzeneder)

Die Suche nach Studien zu den Themen „Sterben in Würde“ und „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“ hat in der Bibliothek der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien und in der Bibliothek des Rudolfinerhauses stattgefunden. Weiters wurden Artikel in den Datenbanken CINAHL und PUBMED gesucht, aber auch in den Suchmaschinen Google und Google Scholar. In folgenden Internetseiten konnten ebenfalls Studien gefunden werden: www.sciencedirect.com/ (Datenbank), jama.ama-assn.org (Journal of American Medical Association), ghr.sagepub.com/ (Quality Health Research), ageing.oxfordjournals.org/ (Oxford Journals Age and Ageing), ajcc.aacnjournals.org/ (American Journal of Critical Care) oder www.annals.org (Annals of Internal Medicine).

Die Studien, welche in den nächsten zwei Kapiteln dargestellt werden, wurden mit Hilfe unterschiedlicher Suchbegriffe gefunden, dabei wurden die Suchergebnisse auf Studien beschränkt, die zwischen Anfang 2000 und Ende 2010 veröffentlicht wurden. Folgende Suchbegriffe für das Thema „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“ wurden verwendet: dignity, chronic, chronic disease, cancer, hiv, aids, heart failure, human rights, respect, privacy und whole person.

Diese Suchbegriffe wurden für das Thema „Sterben in Würde“ herangezogen: dignity, die, dying, dignified dying, good death, palliative care, respect, whole person, end of life und death.

Die Auswahl der Studien bezogen auf das Thema „Sterben in Würde“ wurde begrenzt, um den Rahmen der Diplomarbeit nicht zu sprengen. Ausgewählt wurden Studien, welche die Perspektive der Patienten/Patientinnen, die Perspektive der Angehörigen der Erkrankten und die Sichtweise der Pflegepersonen untersuchen, um unterschiedliche oder gleiche Wahrnehmungen festzumachen. Zusätzlich wurde ein Review verwendet, welcher ein Modell für die Wahrung der Würde von Patienten/Patientinnen vorstellt.

Verwunderlich ist es, dass sehr viele Studien zum Thema „Sterben in Würde“ existieren, jedoch nicht zum Thema „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“. Es wurden insgesamt nur vier geeignete Studien gefunden, weshalb auf das Buch, „Aufgabe Diabetes: Eine qualitative Studie über die extramurale Pflege von Menschen mit Typ-2-Diabetes“, von Elisabeth Rappold (2007) zurückgegriffen wird.

In den zwei folgenden Tabellen wird aufgezeigt, welche Studien für die Ausarbeitung der Themen verwendet wurden.

Studien zum Thema „Sterben in Würde“

Autor/Autorin	Titel	Design	Methode	Stichprobe	Fragestellung/Ziele	Land
Beckstrand Renea et al. (2006)	Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care	Quantitativ Qualitativ	Fragebogen inkl. offene Fragen	1409 Pflegepersonen	Which aspect of end-of-life care in ICUs would critical care nurses most like to see changed?	USA
Chochinov Harvey (2006)	Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care	Quantitativ Review			What remains less developed, however, is the knowledgebase and Skill set necessary to recognize, assess, and compassionately address the psychosocial, existential and spiritual aspects of the patient's dying experience	USA
Pleschberger Sabine (2007)	Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view	Qualitativ Grounded Theory	Interviews Fokusgruppe	17 Pflegeheimleiter/Pflegeheimleiterinnen 20 Bewohner/Bewohnerinnen	This qualitative study explores the meaning of dignity with regard to end-of-life issues from the perspective of older nursing home residents in Western Germany	Deutschland
Steinhauser Karen et al. (2000)	In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers	Qualitativ	Fokusgruppe Interviews	75 Personen	The purpose of this study was To gather descriptions of the components of a good death from patients, families and providers	USA
Steinhauser Karen et al. (2000)	Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Families, Physicians, and Other Care Providers	Quantitativ Querschnittsstudie	Fragebogen	2000 Personen	To determine the factors considered important at the end of life by patients, their families, physicians and other care providers	USA

Tabelle 2: Studien zum Thema "Sterben in Würde"

Studien zum Thema „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“

Autor/Autorin	Titel	Design	Methode	Stichprobe	Fragestellung/Ziele	Land
Ashing-Giwa Kimlin et al. (2004)	The Impact of Cervical Cancer and Dysplasia: A Qualitative, Multiethnic Study	Qualitativ	Interviews Gruppen- diskussionen	23 Experten/ Expertinnen 51 Frauen	Ziel der Studie ist, das Krankheits- erlebnis der Frauen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen zu dokumentieren und die Kernpunkte aus den Interviews zu untersuchen	USA
Sundin Karin et al. (2010)	Elderly women's experience of support when living with congestive heart failure	Qualitativ Phänomenologie Hermeneutik	Interviews	5 Frauen	Ziel der Studie ist die Bedeutungen der Unterstützung von älteren Frauen mit chronischem Herzfehler zu erforschen	Schweden
Suominen Tarja et al. (2009)	Nursing students' attitudes Towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania	Quantitativ	Fragebogen	471 Personen	What is the level of attitude towards HIV/AIDS patients among nursing students in Finland, Estonia and Lithuania and how do they compare with respect to their attitudes?	Finnland Estland Litauen
Woogara Jay (2005)	Privacy and Dignity of Cancer Patients: A Qualitative Study of Patients Privacy in UK National Health Service Patient Care Settings	Qualitativ Ethnografie Grounded Theory Phänomenologie	Beobachtung Interviews	107 Personen	What issues of privacy of the person arise in National Health Service (NHS) hospital ward settings? What behaviors and perceptions on the part of patients, doctors, and nurses are relevant to issues of privacy of the person?	UK

<p>Rappold Elisabeth (2007)</p>	<p>Aufgabe Diabetes: Eine qualitative Studie über die extramurale Pflege von Menschen mit Typ-2-Diabetes</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>Interviews</p>	<p>6 DGKS 17 Diabetiker/ Diabetikerinnen</p>	<p>Wie stellt sich die allgemeine Lebenssituation von Diabetiker/Diabetikerinnen sowie deren Krankheitsbezug dar?</p> <p>Wie unterscheidet sich diese von der Wahrnehmung der DGKP?</p> <p>Inwieweit können Diabetiker/Diabetikerinnen ihren individuellen pflegerischen Bedarf formulieren?</p> <p>Wie beschreiben die Pflegenden die selbst wahrgenommene Aufgabe der Pflege bei der Betreuung von Diabetiker/Diabetikerinnen</p>	<p>Österreich</p>
---------------------------------	--	-------------------	-------------------	--	---	-------------------

Tabelle 3: Studien zum Thema "Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten"

4.2. Darstellung der Studien

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studien zu den Themen „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“ und „Sterben in Würde“ dargestellt.

4.2.1. Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten (Mörth)

In der heutigen Zeit, wo durch technologische und medizinische Fortschritte, die Menschen immer älter werden können, weil immer mehr Krankheiten behandelbar sind, erkranken immer mehr Personen an einer chronischen Krankheit. Umso verwunderlicher ist es, dass kaum empirische Studien vorhanden sind, die sich mit der Würde von chronisch Erkrankten beschäftigen. Chronische Krankheiten und die Würde der Menschen sind ein sehr heißes Thema heutzutage und deshalb ist es wichtig, dass diese Themenkombination weiter erforscht wird.

Privacy and Dignity of Cancer Patients: A Qualitative Study of Patients Privacy in UK National Health Service Patient Care Settings

Jay Woogara (2005)

Diese Studie beinhaltet als einzige, der von mir bearbeiteten Studien, eine Definition von Würde: „[...] *definition of dignity incorporates characteristics of privacy of the person, such elements as showing respect, privacy of the body, having control, and advocacy.*“ (Woogara, 2005, S. 119)

Die Privatsphäre der Person beinhaltet Identität, Wert (Würde), Autonomie und ein persönlicher Bereich, den jeder erwachsene Mensch besitzt und bedeutet letztlich eine Grenze zwischen „ich“, „mich“, „mein“ und „die Welt“ (Woogara, 2005).

Beinahe alle interviewten Patienten/Patientinnen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen merken an, dass Respekt für die persönliche Privatsphäre wichtig ist und einem Grundbedürfnis entspricht, meinen dabei aber auch, dass es auf einer Station sehr schwierig ist, diese Privatsphäre zu wahren. Die Ergebnisse zeigen auch, dass diese Privatsphäre sowohl von Krankenpflegern/Krankenschwestern und Ärzten/Ärztinnen regelmäßig verletzt wird. Die Patienten/Patientinnen akzeptieren den Umstand, dass es auf einer Station sehr wenig Privatsphäre gibt und kommen überein, dass die medizinische Versorgung wichtiger ist, als die Wahrung der Privatsphäre (Woogara, 2005).

So haben Patienten/Patientinnen wenig Kontrolle und Wahlmöglichkeiten auf den Stationen und müssen unmittelbar nach der Aufnahme des Patienten/der Patientin auf die Station, entwürdigende Krankenhauskittel anziehen, die Einblicke auf ihre gesamte Rückseite und Po zulassen. In Zusammenhang mit dieser Kleidungsspflicht verwenden die Patienten/Patientinnen auch den Begriff Dehumanisierung (Woogara, 2005).

Auch die Arbeitsroutine verletzt die Würde der Patienten/Patientinnen, wenn sich die Patienten/Patientinnen nicht aussuchen dürfen, wann sie aufstehen oder aufwachen wollen. Ein Patient z. B. schläft ein, wird aufgeweckt durch Tippen auf die Schulter und ist dann umgeben von Ärzten/Ärztinnen, die sich nicht vorstellen (Woogara, 2005). Weitere Arten, wie die Routine die Würde verletzt, sind, wenn während des Essens Blut abgenommen wird oder andere nicht dringende Untersuchungen durchgeführt werden, oder wenn sie keinen Einfluss auf die Position oder Höhe ihres Bettes haben oder aber wenn die Pflegeperson dem Patienten/die Patientin lieber einen Nachtstuhl zur Verfügung stellt, als mit ihm/ihr die Toilette aufzusuchen und ihnen anschließend keine Möglichkeit anbieten, danach ihre Hände zu waschen (Woogara, 2005).

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist allerdings, inwiefern eine geregelte Versorgung der Kranken gewährleistet werden kann, wenn jeder Patient/jede Patientin selbst bestimmen und selbst aussuchen darf, wann er/sie aufstehen und wann welche Behandlung durchgeführt wird. Im Gegensatz dazu werden die Würde und auch die Privatsphäre sehr wohl verletzt, wenn Behandlungen oder Untersuchungen, die nicht dringend sind, durchgeführt werden, wenn der Patient/die Patientin isst oder aber wenn Pflegepersonen eher den Nachtstuhl zur Verfügung stellen, als mit der erkrankten Person die Toilette aufzusuchen.

Die Würde wird verletzt, wenn die Ärzte/Ärztinnen sich nicht vorstellen, Pflegepersonen die Patienten/Patientinnen mit Vornamen oder mit Kosenamen wie „Darling“ oder ähnlichen verniedlichenden Anreden ansprechen, ohne vorher die Erlaubnis dafür eingeholt zu haben. Die Pflegepersonen meinen in diesem Zusammenhang, dass ein offenes Verhältnis zu den Patienten/Patientinnen besteht und diese kein Problem damit haben, wenn sich die Pflegenden auf ihre Patientenbetten setzen oder sie mit Vornamen ansprechen. Sie argumentieren, dass dadurch ein näheres Verhältnis entstehen würde. Im Gegensatz dazu lehnen einige

der Patienten/Patientinnen diese beiden Verhaltensweisen, ohne ihr zuvor eingeholtes Einverständnis, ab (Woogara, 2005).

Viele Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sind davon überzeugt, dass der häufigste Grund für das Verletzen der Würde und Privatsphäre des Patienten/der Patientin jener ist, dass die Pflegepersonen ihre Hemmschwelle verlieren. Beginnt ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin auf einer Station zu arbeiten, wird sein/ihr Selbst mit verschiedenen Faktoren auf der Station bombardiert, wie z. B. die Vorbilder des Stationspflegers/der Stationsschwester, aktuelle Stationskultur und -philosophie, persönliche Erwartungen und Ziele, sowie Auflagen der Station. Das neu gebildete Selbst wird in verschiedenen Handlungen widergespiegelt und führt letztlich zu standardisierten Pflegehandlungen, wodurch blinde Flecke entstehen können, die letzten Endes zu Gedankenlosigkeit und somit zum Verletzen der Würde von Patienten/Patientinnen führt. Weiters neigen Individuen dazu, sich den Konzepten eines Teams anzupassen, um Solidarität und gegenseitigen Respekt innerhalb des Teams zu garantieren und beginnen die medizinische Versorgung auf Kosten des Respekts vor der Privatsphäre des Patienten/der Patientin zu bevorzugen. Diese Stationskultur erklärt, weshalb Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen es verabsäumt haben, kompromittierende entwürdigende Verhaltensweisen anzuzeigen (Woogara, 2005).

Ein weiterer Grund, den die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen für das Verletzen der Würde und Privatsphäre der Patienten/Patientinnen angeben, ist der Personalmangel, wodurch die medizinische Versorgung der Patienten/Patientinnen ihrer Privatsphäre und Würde gegenüber Priorität hat. Ein Arzt/eine Ärztin meinte, dass es einige schwer erkrankte Personen auf der Station gibt und es daher schwierig ist, die Würde und Privatsphäre aller Patienten/Patientinnen zu wahren (Woogara, 2005).

Hier stellt sich allerdings die Frage, ob sich Privatsphäre und medizinische Versorgung ausschließen müssen. Es gibt verschiedene kleine Handlungen, die wenige Sekunden andauern und dadurch die Privatsphäre und die Würde gewahrt werden können, wie z. B. das sorgfältige Schließen des Vorhanges um das Patientenbett, sodass keine verstohlenen Blicke auf die Behandlung geworfen werden können, oder aber die Patienten/Patientinnen angemessen anzusprechen.

Doch nicht nur das Selbst der Pflegepersonen wird durch die eigenartige Umwelt der Stationsumgebung beeinflusst, sondern auch das Selbst der Patienten/Patientinnen wird durch die eigene Krankenhauskultur, eigene Sprache und Hierarchie geprägt. Die Handlungen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, der Zwang Krankenhauskittel oder

Pyjamas zu tragen, der Verlust von Kontrolle und Unabhängigkeit und vorangegangene Erfahrungen als Patient/Patientin, führen zu veränderten Erwartungen. Daraus resultiert eine Person, die die medizinische Behandlung über die eigene Privatsphäre stellt und dabei gleichzeitig die Rolle eines Patienten/einer Patientin einnimmt. Die erkrankten Personen lernen eine einschmeichelnde Haltung anzunehmen, sowie mit den Handlungen des Personals umzugehen, aus Angst als „böser“ Patient/„böse“ Patientin betrachtet zu werden (Woogara, 2005).

Hier wird ein bekanntes Phänomen der Pflegepraxis beschrieben, wenn Patienten/Patientinnen sich vor Nachteilen fürchten, wenn sie die Pflegepersonen darauf hinweisen, wenn ihnen etwas nicht recht ist, oder sich schlecht behandelt fühlen, gelten sie als „schwieriger Patient“/„schwierige Patientin“. In den meisten Fällen wird mit der Beschreibung „schwierig“ aber auf eine unangepasste Person verwiesen, die nicht sämtliche pflegerische Tätigkeiten über sich ergehen lässt oder sich dagegen ausspricht, wie sie vom Pflegepersonal behandelt wird, sondern für sich Partei ergreift und Missstände anspricht, wenn sie z. B. in ihrer Würde verletzt wird.

Durch das „brave“ und angepasste Verhalten der Patienten/Patientinnen können die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen die Grenzen der Privatsphäre verschieben, weil die Patienten/Patientinnen es zulassen und akzeptieren. Wird dies fortgesetzt, wird ein Grenzbereich erreicht, über den hinaus es für beide Parteien nicht mehr tolerierbar ist und der sich weiters nicht mehr innerhalb der Normen und Verhaltenskodizes unserer Gesellschaft befindet (Woogara, 2005).

In dieser Studie werden auch kleinere und größere Maßnahmen vorgestellt, wie die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt werden kann und werden im Folgenden einige von diesen angeführt (Woogara, 2005):

1. Das Pflegepersonal und die Mediziner/Medizinerinnen müssen als Team arbeiten, um die ganzheitlichen Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen zu befriedigen.
2. Das Personal muss sich beim Erstkontakt mit den Erkrankten vorstellen, eine geeignete Anrede finden und verniedlichende Anreden vermeiden.
3. Die Krankenhauskittel sollen neu gestaltet werden, sodass keine unbeabsichtigte Zurschaustellung stattfindet.
4. Der Respekt vor der Privatsphäre und Würde der Patienten/Patientinnen muss Bestandteil der Behandlung sein.

5. Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit den meisten Kompetenzen sollen sich als gute Vorbilder für die anderen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Teams verhalten.
6. Manager/Managerinnen haben die Aufgabe ihr Personal über neue Forschungen in Bezug auf die Privatsphäre von Patienten/Patientinnen, aufzuklären.
7. Lehrende sollen für die Studenten/Studentinnen der Medizin oder der Pflege Lernprogramme entwickeln, um eine Möglichkeit bereitzustellen, die Praktiken zu erlernen, wodurch die Privatsphäre und die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt werden. Dabei ist effektive Zusammenarbeit notwendig um Strategien zu implementieren, die Privatsphäre und Würde garantieren.
8. Alle Personen, die mit Patienten/Patientinnen zusammenarbeiten, müssen sich der Wichtigkeit von Würde und Privatsphäre bewusst sein, um diese garantieren zu können. Gründe, warum Würde und Privatsphäre nicht gewahrt werden können, sind nicht akzeptabel. Jede Person kann eines Tages Patient/Patientin werden und verdient es, dass ihre Rechte in Bezug auf Privatsphäre respektiert werden.

Dieser zuletzt genannte Punkt 8 entspricht inhaltlich der «Goldenen Regel» und sollte aus dieser Perspektive heraus, die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt werden können.

Elderly women's experience of support when living with congestive heart failure

Karin Sundin, Elisabeth Bruce, Ann-Sofi Barremo (2010)

Ältere Frauen haben Schwierigkeiten anzugeben, was Unterstützung bedeutet. Sie sind der Ansicht, dass sie nicht krank genug sind, um Unterstützung zu benötigen. Sie hinterlassen zumeist auch nicht den Eindruck, der Unterstützung anderer zu bedürfen, wodurch ihnen wenig Verständnis entgegen gebracht wird. Ältere Frauen weigern sich unterstützt zu werden, in der Hoffnung, die eigene Unabhängigkeit und Selbstachtung zu bewahren. Ihre Angehörigen um Hilfe zu bitten, jedoch nichts zurückgeben zu können, gibt ihnen das Gefühl, anderen zur Last zu fallen (Sundin, Bruce & Barremo, 2010).

Die Würde dieser älteren Frauen ist ohnehin schon beeinträchtigt, da sie viele Tätigkeiten nicht mehr alleine durchführen können, ihr Selbstwert dadurch sehr leidet und noch dazu auf die Hilfe und Unterstützung von außen angewiesen sind. Da diese Damen aber oberflächlich betrachtet keine offensichtlichen Einschränkungen aufweisen, wird ihnen auch nur wenig Verständnis entgegen gebracht, wodurch die Würde weiter verletzt wird. Sie sind ohnehin sehr angreifbar, wenn sie der Unterstützung anderer bedürfen, somit abhängig sind und ihnen das Gefühl vermittelt wird, dass sie zur Last fallen und sich die Frauen selbst gegen dieses Gefühl nicht erwehren können, weil sie auch nichts zurückgeben können.

Eine wichtige Erfahrung der Unterstützung besteht aus guten Beziehungen zu den «Significant Others» (z. B. Sundin et al., 2010, S. 5067), da sich die Frauen durch diese Beziehungen bestätigt fühlen. Sie fühlen sich weiters unterstützt, wenn sie ernst genommen werden und wenn sie Kontinuität im Gesundheitssystem erfahren. Fehlt einer dieser Unterstützungsfaktoren, so beginnt die ältere Frau zu leiden, zumal fehlende Unterstützung, Unsicherheit oder das Gefühl nicht bestärkt oder bestätigt zu werden, negativen Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Die älteren Frauen wollen Unterstützung im Kampf gegen Abhängigkeit und genießen ihre Freiheit und Unabhängigkeit. Dabei sind sie sich ihrer Einschränkungen bewusst und passen sich ihrer aktuellen Lebenssituation an, indem sie Möglichkeiten und Strategien entwickeln, mit Schwierigkeiten umzugehen und ihre Stärke beizubehalten. Unterstützung bedeutet in diesem Fall Hilfe zu erhalten, um gleichzeitig ihre Unabhängigkeit zu verteidigen. Die älteren Frauen wollen sich stark und kraftvoll fühlen, trotz ihrer Krankheit und dabei die meisten Dinge selbst tun können. Dadurch können sie ihre Unabhängigkeit aufrechterhalten und sind zufrieden, Unterstützung bei den alltäglichen Aufgaben zu erhalten und somit die Kontrolle in Alltagsbelangen beizubehalten. Dadurch gewinnen sie eine positive Einstellung zum Leben, sind mit ihrer Existenz glücklich und haben Glauben ans Leben und Vertrauen in die Zukunft. Diese älteren Frauen fühlen sich unterstützt, wenn die Angehörigen sich um sie kümmern, indem ihnen Aufmerksamkeit geschenkt wird, sowie ihnen Hilfsbereitschaft und Güte entgegen gebracht wird und ihre Probleme angehört werden, denn durch ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen haben sie nicht das Gefühl allein, ausgestoßen oder vergessen sondern sicher zu sein. Diese Unterstützung kann auch durch regelmäßigen Kontakt mit Pflegepersonen erfahren werden (Sundin et al., 2010).

Doch auch wenn die Frauen der Unterstützung anderer bedürfen und ihre Würde sehr angreifbar ist, kann ihre Würde durch Beziehungen zu Personen gestärkt werden, die ihnen das Gefühl vermitteln, ein wertvoller Mensch zu sein, trotz Krankheit und Einschränkungen und wenn die Helfer/Helferinnen mehrmals betonen, dass sie keine Belastungen sind und gerne unterstützen.

Die Frauen wollen von den Angehörigen des Gesundheitssystems ganzheitlich und als einzigartige Wesen wahrgenommen werden und nicht als anonyme kranke Patientinnen. Sie fühlen sich sicher, bestätigt und unterstützt, wenn die Angehörigen des Gesundheitssystems sie gut behandeln, für sie sorgen, zuhören, berühren, helfen, wenn sie darum gebeten werden und wenn sie gute Pflege und gute medizinische Versorgung erfahren (Sundin et al., 2010).

Diese Art der Pflege bedeutet für die älteren Frauen, dass sie als Individuum in ihrer Ganzheit wahrgenommen werden und somit auch ihre Würde gewahrt wird.

Fehlen den Frauen unterstützende Beziehungen und mangelnde Assistenz, fühlen sie sich behindert, wertlos und sind frustriert aufgrund ihrer Abhängigkeit vom guten Willen und der Hilfe von anderen. Sie sorgen sich um die zukünftigen unerwünschten Veränderungen ihres täglichen Lebens und betrachten sich selbst als eine Last für andere. Sie machen sich Sorgen, was andere von ihnen denken, wenn sie Hilfe brauchen und schämen sich dafür. Die Frauen sehnen sich nach einem Ansprechpartner/einer Ansprechpartnerin, wenn Dinge zunehmend schwierig werden. Einsamkeit erzeugt Leiden. Keine Ansprechpartner/Ansprechpartnerinnen zu haben, bedeutet den Schmerz alleine zu tragen. Die Frauen leiden auch, wenn sie keine Kontinuität in der Beziehung zu Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems erfahren, z. B. wenn sie von unterschiedlichen Personen behandelt werden, da sie keine Person für sich zuständig sehen und nicht wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie Hilfe brauchen. Sie fühlen sich verloren. (Sundin et al., 2010).

Fehlendes Vertrauen in die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems führt ebenso zu einem Mangel an Unterstützung und zu Leiden. Durch vorangegangene schlechte Erfahrungen fühlen sich die Frauen unsicher, wenn sie Pflege erhalten, oder suchen erst gar keinen Kontakt zum Gesundheitssystem. Sie verlieren das Vertrauen in das Gesundheitssystem, wenn sie um Unterstützung bitten, aber keine erhalten und stattdessen beleidigt und gedemütigt werden. Sie fühlen sich dann enttäuscht und gleichzeitig schuldig, wenn ihr Stolz durch das

Gesundheitssystem verletzt wird, denn die Frauen wollen als einzigartige Personen von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems wahrgenommen werden. Ist dem nicht so, fühlen sie sich missverstanden, überflüssig, herabgewürdigt, unsicher und verletzt, wenn sie keine Empathie, Verständnis oder Respekt erhalten, ihnen unfreundlich begegnet wird oder ihnen Vorwürfe gemacht werden (Sundin et al., 2010).

Die älteren Frauen wollen über ihre Erkrankung, Behandlung und Pflege informiert werden und daran teilhaben. Sie fühlen sich übergangen und aus ihrer eigenen Pflege ausgeschlossen, wenn sie keine Information erhalten. (Sundin et al., 2010).

Die Frauen erleben Unterstützung, wenn sie sich bestätigt, gebraucht, geliebt und erwünscht fühlen und das Verhältnis zu ihren Angehörigen einer Beziehung entspricht, die ihre Unabhängigkeit und ihren Wert bestärken, und in weiterer Folge auch Respekt und Würde vermittelt wird, trotz benötigter Hilfe. Denn Abhängigkeit von anderen erzeugt Schuld und Scham und resultiert in eingeschränkter Freiheit und dem Gefühl behindert zu sein. Unterstützung bedeutet dabei aber, Hilfe nur dann zu erhalten, wenn sie benötigt wird, da sonst ihr Selbstwert darunter leidet (Sundin et al., 2010).

Für die Angehörigen des Gesundheitswesens ist es notwendig, die Patienten/Patientinnen in ihre Pflege oder medizinische Behandlung einzubinden, wenn diese es möchten, aber auch zu respektieren, wenn sie lieber passiv oder inaktiv bleiben möchten (Sundin et al., 2010).

Damit das Leiden dieser älteren Frauen gelindert oder überhaupt verhindert werden kann, sind hilfreiche und unterstützende Beziehungen zu Bekannten, Angehörigen oder Pflegepersonen wichtig. Essenziell bei diesen Beziehungen ist, dass nur geholfen wird, wenn Hilfe benötigt wird und von den Helfenden vermittelt werden kann, dass die älteren Frauen keine Belastung sind. Die Helfer/Helferinnen müssen zuhören, interessiert sein und sich mit den Damen austauschen und ihnen das Gefühl geben ein wertvoller Mensch zu sein und, dass sie im Gegenzug nichts verlangen. Somit würde die Frauen nicht das Gefühl haben, anderen zur Last zu fallen, oder, dass sie alleine und wertlos sind. Auch die Pflegepersonen müssen versuchen, zu helfen, zu informieren und die Frauen einbinden, wenn diese es möchten, aber auch respektieren, wenn sie lieber passiv sein wollen. Werden all diese Punkte beachtet, so steigt der Selbstwert der Frauen und das Vertrauen in die

Zukunft und gleichzeitig auch ihre Autonomie, wodurch im Gesamten ihre Würde gestärkt wird.

The Impact Of Cervical Cancer and Dysplasia: A Qualitative, Multiethnic Study
Kimlin Ashing-Giwa, Marjorie Kagawa-Singer, Geraldine Padilla, Judith Tejero, Evana Hsiao, Rajinder Chhabra, Lucrecia Martinez, Belinda Tucker (2004)

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews und aus den Gruppendiskussionen zusammengefasst wiedergegeben und wird nicht differenziert, welches Ergebnis durch welche Erhebungsmethode gefunden wurde, um eine komprimierte Darstellung und die Vermeidung von Wiederholungen zu ermöglichen.

Diese Studie beschreibt, dass die Würde der Patientinnen nur durch Ärzte/Ärztinnen verletzt wird, und geht nicht gesondert auf die Pflegepersonen ein. Allerdings sind die meisten Würde verletzenden Situationen so dargestellt, dass sie gleichzeitig auch auf die Pflegepersonen zutreffen können und werden deshalb auch in die passende Beschreibung einbezogen.

Viele Frauen, die an Gebärmutterkrebs erkranken, erfahren negative psychosoziale Reaktionen wie Angst, Schock, Verleugnung, Depression, Wut und Scham, da viele Personen diese Erkrankung mit sexueller Übertragung und Promiskuität assoziieren. Auch eine andere Fehlinformation ist weit verbreitet und verstärkt sogar die Anfälligkeit für eine gynäkologische Erkrankung, wie z. B. eine Intim dusche nach dem

Geschlechtsverkehr, um einer Infektion oder einer Schwangerschaft vorzubeugen (Ashing-Giwa, Kagawa-Singer, Padilla, Tejero, Hsiao, Chhabra, Martinez, Tucker, 2004).

Durch diese falschen Informationen werden Scham und Angst erzeugt, wodurch auch die Würde der Frauen verletzt wird. Sie sind mit der Diagnose und den damit verbundenen Fehlinformationen sehr angreifbar für schlechte Nachreden, Beschimpfungen oder ähnliche persönliche Angriffe von anderen und machen sich auch selbst große Vorwürfe, etwas falsch gemacht zu haben.

Sämtliche Frauen aus allen ethnischen Gruppen betonen die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung von Familie, Freunde/Freundinnen und Ehegatten/Partner, in

unterschiedlicher Reihenfolge – im Zusammenhang damit, ist das Gleichgewicht von Unterstützung und Unabhängigkeit sehr wichtig (Ashing-Giwa et al., 2004).

Da die erkrankten Frauen Unterstützung erfahren, müssen sie die psychische und physische Belastung nicht alleine tragen, sie werden entlastet. Durch das Gefühl, die Bürde Gebärmutterkrebs nicht allein tragen zu müssen, wird ihr Wohlbefinden und gleichzeitig auch ihre Würde gesteigert.

Experten/Expertinnen berichten, dass generell unter den farbigen Frauen ein substanzielles Misstrauen gegenüber dem Gesundheitspersonal besteht und ebenso eine Verdrossenheit gegenüber den Gesundheitsleistungen aufgrund ihrer Geschichte, ihrer persönlichen Erfahrungen und anderer negativer Erlebnisse (Ashing-Giwa et al., 2004).

Viele der in der Studie befragten Frauen oder ihre Angehörigen haben anscheinend in der Vergangenheit um medizinische Versorgung gebeten und diese nicht angemessen erhalten oder ihre Würde ist verletzt worden, als sie durch eine Krankheit ohnehin angreifbar waren. Daraus resultieren dieses Misstrauen und die Verdrossenheit, denn wer zeitgerechte, respektvolle und würdevolle medizinische Behandlung und Pflege erfährt, hat keinen Grund, Ärzten/Ärztinnen und Pflegepersonen zu misstrauen, oder bei Gesundheitsleistungen zu verdrießen, worin man das Ergebnis sieht, wenn die Würde von Patienten/Patientinnen verletzt wird.

Einige afroamerikanische Frauen befürchten auch, dass Rassismus Auswirkungen auf die Qualität der Pflege hat, die sie erhalten. Ältere lateinamerikanische Frauen befürchten, dass sie von medizinischen Institutionen als Laborratten missbraucht werden würden. Die Experten/Expertinnen selbst glauben, dass Sprach- und Kommunikationsprobleme die Patientinnen einschüchtern und sie daran hindern, Fragen zu stellen (Ashing-Giwa et al., 2004).

Zum Thema, Umgang mit der Krankheit, Kontrolle über die Erkrankung und Teilnahme an der medizinischen Behandlung betonen die afroamerikanischen Frauen, dass sich die Patientinnen für sich einsetzen müssen, zumal das ärztliche Personal nicht viele Informationen preisgibt. Die besser angepassten asiatischen und lateinamerikanischen Frauen geben an, dass Frauen in ihre medizinische Behandlung involviert werden müssen, indem sie Fragen stellen und sich selbst informieren. Die weißen Erkrankten finden es hilfreich Kontrolle zu bewahren, indem sie mehr Informationen über die Erkrankung suchen (Ashing-Giwa et al., 2004).

Die meisten befragten und gut integrierten Frauen betonen, dass es wichtig ist, die Initiative zu ergreifen und nachzufragen, wenn Unklarheiten auftreten oder sich selbst Informationen zu beschaffen und setzen sich damit gleichzeitig auch für ihre Würde ein. Denn durch diese Eigeninitiative verhindern sie, dass ihre Würde z. B. dadurch verletzt wird, wenn ihnen Nebenwirkungen der Behandlung verschwiegen werden und sie sich somit besser auf körperliche Reaktionen vorbereiten können, von denen sie sonst sehr verunsichert gewesen wären.

Angst vor der Wiedererkrankung sowie ein früher Tod sind allgemeine Ängste unter den Frauen, unabhängig ihres ethnischen Hintergrundes. Für viele afroamerikanische Frauen liegt die Ursache für einige ihrer Ängste bei den mangelnden Informationen, die sie vom ärztlichen Personal erhalten und auch im mangelnden Feingefühl der Ärzte/Ärztinnen während der Beckenuntersuchungen (Ashing-Giwa et al., 2004).

Auch hier wird die Würde verletzt, durch mangelndes Feingefühl und Informationsmangel, denn die Frauen werden nur als Nummer, Erkrankung oder Diagnose wahrgenommen, aber nicht als verunsicherte und unter der Diagnose leidende Individuen, die es wert sind, informiert und aufgeklärt und würdevoll behandelt zu werden.

Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania

Tarja Suominen, Niina Koponen, Vida Staniulienė, Natalja Istomina, Ilme Aro, Ima-Rilna Kisper-Hinter, Maj-Lis Vänskä, Maritta Välimäki (2009)

Im Folgenden wird der Begriff Pflegeperson als Überbegriff für Personen verwendet, die sich in Ausbildung zum Krankenpfleger/zur Krankenpflegerin, «Public Health Nurse» (z. B. Suominen, Koponen, Staniulienė, Istomina, Aro, Kisper-Hinter, Vänskä, Välimäki 2009, S. 283) oder Hebamme befinden. Hebammen werden nur dann gesondert erwähnt, wenn sie auch gesondert in den Ergebnissen behandelt werden.

Die Grundaufgabe der professionellen Pflege ist es, die menschliche Würde zu respektieren (Suominen et al., 2009).

Vorangegangene Erfahrungen mit HIV/AIDS Patienten/Patientinnen beeinflussen die Einstellung der Pflegepersonen in Ausbildung. Pflegepersonen, die jemanden kennen, der an HIV/AIDS erkrankt ist, zeigen eine eher positive Einstellung zu

HIV/AIDS Erkrankten. Pflegekräfte, die zuvor gebeten wurden HIV/AIDS erkrankte Personen zu pflegen, und jene, die dann tatsächlich die Pflege durchgeführt haben, zeigen eine positivere Einstellung. Die Bereitschaft HIV/AIDS erkrankte Menschen zu pflegen stellt den stärksten positiven Einfluss dar, zumal Pflegepersonen mit dieser Bereitschaft eine positivere Einstellung besitzen, als jene ohne diese Bereitschaft (Suominen et al. 2009).

Pflegepersonen, die keine Kinder haben, zeigen eine positivere Einstellung gegenüber homosexuellen Patienten/Patientinnen (Suominen et al. 2009).

Pflegepersonen, die bereit sind, Patienten/Patientinnen zu pflegen, die an HIV/AIDS erkrankt sind, zeigen eine positivere Einstellung gegenüber homosexuellen Patienten/Patientinnen, als jene, die sich weigern. Dieses Ergebnis ist bei den estnischen, finnischen und litauischen Daten gefunden worden (Suominen et al., 2009).

Die Aufgabe der Ausbildungsstätte ist es, sich unangemessenem Verhalten entgegen zu stellen und es durch schlichtes respektvolles und würdevolles Verhalten zu ersetzen. Ebenso muss den auszubildenden Pflegepersonen verständlich gemacht werden, dass der Umgang mit heiklen Angelegenheiten ein essenzieller Bestandteil der ganzheitlichen Pflege ist und deshalb erlernt werden muss (Suominen et al., 2009).

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass das Alter, die Erfahrung an Arbeitsjahren und, ob die Pflegepersonen Kinder haben oder nicht, beeinflussen, ob Pflegepersonen homophobe Ansätze aufweisen oder Probleme haben, an HIV/AIDS erkrankte Personen zu pflegen. Schuld an diesen Problemen ist Angst vor einer Ansteckung, Unbehagen, Ungewissheit bzw. Angst vor „Andersgearteten“. Die Frage stellt sich allerdings, ob Pflegepersonen, die mit Patienten/Patientinnen die an HIV/AIDS erkrankt sind, nicht umgehen können, überhaupt in der Lage sein können, adäquate Pflege zu leisten. Vorurteile, Ängste oder sogar eine Homophobie lassen sich nur schwer ablegen und hindern die Pflegenden daran, sich dem erkrankten Individuum vorurteilsfrei zu nähern und auch zu pflegen, wodurch seine Würde verletzt wird, da es lediglich über seine Krankheit und die Ursache für die Ansteckung definiert wird. Diese Art der Pflege kann aber nicht im Sinne der Pflegepersonen oder der Erkrankten selbst sein. Interessanter wäre daher in diesem Zusammenhang herauszufinden, weshalb diese Angst besteht, sodass Aufklärungsprogramme oder gesonderte Ausbildungsschwerpunkte gesetzt werden können, oder eventuell eine

Stelle für eine spezielle geschulte Pflegeperson zu schaffen, die ausschließlich HIV/AIDS Erkrankte und/oder homosexuelle Personen behandelt, die auch dafür geeignet ist, damit eine würdevolle und angstfreie Behandlung ermöglicht und verhindert wird, dass die Erkrankten/Homosexuellen durch das Pflegepersonal gedemütigt, stigmatisiert oder entwürdigt werden.

Aufgabe Diabetes: Eine qualitative Studie über die extramurale Pflege von Menschen mit Typ-2-Diabetes

Elisabeth Rappold (2007)

In Bezug auf die Ernährung sind die Erkrankten besser informiert, von der Wichtigkeit der Fußpflege wissen nur die wenigsten, der befragten Diabeteskranken. Die erkrankten Männer stehen zudem ihrer Krankheit, den nötigen Maßnahmen und den möglichen Folgen eher passiv gegenüber und delegieren ihre Ernährungsbelange entweder auf Frau, Schwester oder Krankenpflegeperson und zeigen sich weiters in Bezug auf das Thema Fußpflege eher lernresistent. So beschreibt z. B. ein Mann, dass die Amputation seines Fußes und Diabetes nicht zusammenhängen. Bewegung als wichtiger, Einfluss nehmender Faktor auf die Erkrankung, ist den Erkrankten kaum bekannt und geht bei den Frauen eher dahin, dass sie im Zuge von alltäglichen Arbeiten versuchen, ihre Eigenständigkeit zu erhalten (Rappold, 2007).

Leider lässt sich nicht aus dem vorher Genannten schließen, ob die Informationen schlecht oder nicht entsprechend aufbereitet sind, wodurch die Diabeteskranken die Wichtigkeit von Ernährung, Bewegung und Fußpflege nicht erkennen können, oder aber, ob sie nicht informiert sein wollen, aus Angst vor Einschränkungen ihres alltäglichen Lebens oder ähnlichen Gründen. Trifft Ersteres zu, so lässt sich sagen, dass dadurch die Würde der erkrankten Personen verletzt wird, wenn sie keine Möglichkeit haben, über ihre Krankheit und der damit verbundenen Bedeutung für ihr Leben, informiert zu sein, weil sie die Inhalte nicht verstehen, oder die Broschüren in kleiner Schrift gedruckt sind und niemand sicher geht, dass die wichtigen Inhalte auch verstanden werden.

Viele der befragten Diabeteskranken haben verschiedene Aufgaben und Belange der Hauskrankenpflege überlassen und damit gleichzeitig viel Eigenverantwortung abgegeben. Dem Pflegepersonal wird generell sehr viel Vertrauen entgegengebracht. So nehmen die meisten Befragten keinen Anteil an ihrer Medikation, sondern überlassen dies den Pflegepersonen und nehmen auch keine

Einsicht in ihre Pflegedokumentation, die bei ihnen zu Hause aufliegt. Das Vertrauen zeigt sich weiters aber auch dahin gehend, als die meisten Pflegepersonen den Wohnungs- oder Hausschlüssel bekommen oder die erkrankten Personen die Eingangstüre offen lassen, sodass das Pflegepersonal eintreten kann. Die Beziehung zwischen bestimmten Pflegepersonen und Patienten/Patientinnen zeichnet sich weiters durch gegenseitige Hochachtung, Wertschätzung, Interesse und Vertrauen aus. So beschreibt eine Patientin sogar, dass sie und die Pflegepersonen einander hin und wieder umarmen, und beschreibt somit ein sehr enges, nahes und warmes Verhältnis, das über bloße Leistungserbringung hinausgeht (Rappold, 2007).

Durch das Vertrauen, das die Patienten/Patientinnen dem Pflegepersonal entgegenbringen, legen sie auch viel Verantwortung ab und werden gleichzeitig von den Pflegenden abhängig. Bisher hatte Abhängigkeit einen negativen Beigeschmack, in Rappolds Forschung allerdings nicht, sondern wird in diesem Abhängigkeitsverhältnis vor allem der respektvolle Umgang beschrieben, der in Vertrauen resultiert und diese Vertrauensbeziehung bedeutet immerhin auch Entlastung. Somit kann es auch eine Art positive Abhängigkeit geben, die letzten Endes die Würde und das Wohlbefinden der Erkrankten stärkt, weil sie die Last nicht alleine tragen müssen.

Pflegepersonen üben auch Tätigkeiten aus, die über ihren eigentlichen Leistungsbereich hinaus gehen, wenn sie z. B. das Haar eines Patienten schneiden, weil dieser sich keinen Friseur leisten kann, oder sie die Einteilung der Medikation nicht nur für die Patientin selbst, sondern auch für ihre Angehörigen übernehmen, wenn diese damit nicht zurechtkommt. Da die Pflegepersonen ihre Telefonnummern bekannt geben und betonen, dass sie angerufen werden können, wenn Unklarheiten auftreten, haben sie ebenfalls nicht nur Dienst nach Vorschrift gemacht. Dadurch können Unsicherheiten bei den pflegenden Angehörigen ausgeräumt werden, wodurch sie entlastet und sicherer in ihrem Aufgabenbereich werden und gleichzeitig auch die Eigenständigkeit gesteigert wird (Rappold, 2007).

Die Würde der Patienten/Patientinnen wird auch hier bestärkt und gewahrt, weil sie von den Pflegepersonen entlastet werden. Dies findet z. B. durch den Haarschnitt eines Patienten statt, der sich keinen Friseurbesuch leisten kann, oder aber indem die Pflegekraft ihre eigene Telefonnummer zur Verfügung stellt, mit dem Zusatz jederzeit bei Unklarheiten erreichbar zu sein. Dadurch werden das Wohlbefinden der

Patienten/Patientinnen bzw. der Angehörigen und gleichzeitig damit auch ihre Würde gestärkt, weil die Pflegepersonen Sicherheit vermitteln.

Gegenüberstellung der Studien zum Thema „Chronische Krankheiten“

Im Folgenden werden die fünf Studien zum Thema „Chronische Erkrankungen“ einander gegenübergestellt. Allerdings wird darauf verzichtet, sämtliche explizite und implizite Würdebezüge darzustellen, zumal dies in der Gegenüberstellung der Theorien und Studien detailliert vorgenommen wird. Dies deshalb, weil diese Gegenüberstellung ein Hauptthema unserer Diplomarbeit darstellt.

In den fünf Studien über chronische Krankheiten enthält lediglich die von Woogara (2005) eine Definition von Würde, hingegen erklären Suominen et al. (2009) als Einzige, das Wahren der Würde zur Grundaufgabe der Pflege. Die restlichen Studien erwähnen den Würdebegriff kaum explizit, während sämtliche Studien Würde auf unterschiedliche Weise implizit bearbeiten.

In den Studien werden verschiedene Konzepte dargestellt, die mit Würde zusammenhängen, diese sind Wohlbefinden, Hoffnung, Privatsphäre und Autonomie/Unabhängigkeit. Auf Wohlbefinden gehen Sundin et al. (2010) ein, wenn sie beschreiben, dass das Wohlbefinden der älteren Frauen ohne unterstützende Beziehungen beeinträchtigt wird. Ähnliches erwähnen auch die an Krebs erkrankten Frauen in der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004), die beschreiben, dass Unterstützung von ihren Angehörigen sehr wichtig ist, da dadurch in weiterer Folge ihr Wohlbefinden gestärkt wird. Wohlbefinden kommt auch in Rappolds Studie (2007) vor, da dieses gestärkt wird, wenn die Pflegepersonen die Diabeteskranken entlasten, indem sie z.B. jenen Patienten/Patientinnen das Haar schneiden, die sich keinen Friseurbesuch leisten können, oder deren Angehörigen ausführlich beraten.

Der Begriff Autonomie wird in keiner einzigen Studie erwähnt, sondern wird stattdessen der Begriff Unabhängigkeit gebraucht. So wird in der Studie von Sundin et al. (2010) beschrieben, dass die älteren Frauen ihre Unabhängigkeit sichern, indem sie Unterstützung von anderen annehmen. Auch in der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) beschreiben die Frauen Ähnliches, wenn sie betonen, wie wichtig das Gleichgewicht zwischen Unterstützung und Unabhängigkeit ist, diese aber nur durch die Hilfe von anderen gewahrt wird. In beiden Studien gilt die Abhängigkeit von anderen als Zustand, der negativ wahrgenommen und zu verhindern versucht wird.

Gegenteiliges wird in Rappolds Studie (2007) beschrieben. Hier wird die Abhängigkeit von anderen als positiv dargestellt, da dadurch die Patienten/Patientinnen von den Pflegepersonen entlastet werden, wenn diese z.B. das Haar von jenen Diabeteserkrankten schneiden, die sich keinen Haarschnitt in einem Friseurstudio leisten können.

Während Wohlbefinden und Autonomie in mehreren Studien behandelt wird, kommen hingegen Hoffnung und Privatsphäre jeweils nur in einer Studie vor. Hoffnung wird von den älteren Frauen in der Studie von Sundin et al. (2010) beschrieben, wenn sie erzählen, dass sie durch die Unterstützung bei gleichzeitiger Unabhängigkeit, Vertrauen in die Zukunft bekommen.

Privatsphäre wird nur in Woogaras Studie (2005) erwähnt, die das Recht auf Privatsphäre als ein Grundbedürfnis bezeichnet.

In allen Studien wird darauf eingegangen, wie die Würde verletzt wird, bzw. wie sie gewahrt wird. So wird die Würde verletzt, wenn der Patient/die Patientin zum Objekt degradiert wird. Dieser Umstand wird in Woogaras Studie (2005) beschrieben, wenn die Ärzte/Ärztinnen angeben, dass die medizinische Versorgung wichtiger ist, als das Wahren der Würde, wenn den Patienten/Patientinnen Blut abgenommen wird, während sie ihr Essen einnehmen oder wenn die Erkrankten mit Kosenamen angesprochen oder geduzt werden, ohne vorher die Erlaubnis dafür einzuholen. Es wird sogar explizit der Ausdruck „dehumanisieren“ verwendet, wenn über die entwürdigenden Krankenhauskittel geschrieben wird, die an der Rückseite offen sind. In der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) kann man aus dem Misstrauen und der Verdrossenheit der befragten Frauen gegenüber Gesundheitsinstitutionen schließen, dass diese ähnliche Erlebnisse hinter sich haben und ebenfalls auf verschiedene Arten zum Objekt degradiert wurden. In der Studie von Suominen et al. (2009) kann man aus den Daten lesen, dass viele der befragten Pflegepersonen, die an HIV/AIDS Erkrankten über ihre Krankheit definieren und somit nicht das Individuum in seiner Ganzheit betrachten und den Patienten/die Patientin auf diese Weise zum Objekt degradieren.

Die Würde der Patienten/Patientinnen wird auch verletzt, wenn sie nicht vorurteilsfrei behandelt werden. So haben einige Frauen in der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) angegeben, dass sie bei Behandlungen mit Rassismus konfrontiert waren. Auch in der Studie von Suominen et al. (2009) können einige der befragten

Pflegepersonen keine vorurteilsfreie Pflege garantieren, da viele von ihnen Vorurteile und sogar homophobe Ansätze gegenüber HIV/AIDS erkrankten Personen aufweisen.

In verschiedenen Studien wird auch beschrieben, wie die Würde gewahrt wird. Woogaras Studie (2005) behandelt als einzige explizit verschiedene Maßnahmen, wie die Würde und die Privatsphäre der Patienten/Patientinnen gewahrt werden kann. So wird unter anderem auf die «Goldene Regel» Bezug genommen, wenn beschrieben wird, dass die Pflegepersonen respektvoll mit den Patienten/Patientinnen umgehen sollen, zumal auch sie zu Patienten/Patientinnen werden können. Eine weitere dieser Maßnahmen beschreibt, dass in Lernprogrammen die Studenten/Studentinnen der Medizin und der Pflege Praktiken erlernen sollen, wodurch die Würde und Privatsphäre der Patienten/Patientinnen gewahrt wird. Auch in der Studie von Suominen et al. (2009) wird auf die große Rolle der Ausbildung Bezug genommen, wenn erwähnt wird, dass es als die Aufgabe der Ausbildungsstätten betrachtet wird, sich gegen unangemessenes Verhalten auszusprechen und dieses durch respektvolles Verhalten zu ersetzen. Rappold (2007) bezieht sich als Einzige darauf, dass die Würde gewahrt wird, indem eine Beziehung aufgebaut wird, die sich durch Respekt, Vertrauen und Wertschätzung auszeichnen, zumal dadurch das Wohlbefinden gesteigert wird und die Patienten/Patientinnen sowie deren Angehörigen, entlastet werden.

In den Studien wurden auch verschiedene Gründe für das Verletzen der Würde angegeben. Einer dieser Gründe ist Arbeitsroutine. Woogara (2005) beschreibt, dass mit zunehmender Erfahrung eine Art blinder Fleck entsteht, wodurch die Tragweite der eigenen Handlungen nicht mehr erkannt werden kann. Ähnliches wird auch in der Studie von Suominen et al. (2009) behandelt, wenn sie konstatieren, dass Pflegekräfte mit Berufserfahrung eine eher negative Einstellung gegenüber an HIV/AIDS erkrankten Personen aufweisen.

Aufklärung und Informationen über chronischen Krankheiten ist ein wichtiges Thema, das auch in drei Studien behandelt wird. So beschreiben die älteren Damen in der Studie von Sundin et al. (2010), dass sie sich übergangen fühlen, wenn sie keine Informationen erhalten und nicht in ihre eigene Behandlung eingebunden werden. Allerdings soll auch respektiert werden, wenn sie lieber unbeteiligt bleiben wollen.

Dieses Thema wird auch in der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) behandelt. So wird einerseits beschrieben, dass viele Falschinformationen in Bezug auf die Ursachen von Gebärmutterkrebs und Hygiene bestehen, die letztlich zu Angst und Scham führen. Die erkrankten Frauen machen weiters die Ärzte/Ärztinnen für ihre Ängste verantwortlich, da diese von sich aus keine Informationen zur Verfügung stellen und sie somit im Unklaren bleiben würden, wenn sie sich nicht selbst Informationen suchen. Auch in Rappolds Studie (2007) wird ein Informationsmangel beschrieben. So sind sich die Diabeteskranken sehr wohl der Wichtigkeit der Ernährung bewusst, allerdings wissen die wenigsten auch darüber Bescheid, wie wichtig Fußpflege ist. Leider geht nicht hervor, ob dies an mangelndem Interesse liegt, oder schlecht aufbereiteten Informationen. Nichtsdestotrotz ist das Thema Erhalten von Informationen und Aufklärung wichtig, damit die Würde der Patienten/Patientinnen gestärkt wird.

4.2.2. Sterben in Würde (Hauzeneder)

Zum Thema „Sterben in Würde“ gibt es unzählige Studien. Um den Rahmen der Diplomarbeit jedoch nicht zu sprengen, sind die Forschungsarbeiten begrenzt worden. Die in den Studien gefundenen Kategorien werden im folgenden Abschnitt näher erläutert. Auch kann es dazu kommen, dass gewisse Faktoren, welche die Kategorien beeinflussen, wie z. B. soziale Kontakte und Beziehungen, nicht nur in einer Kategorie beschrieben werden, sondern im Verlauf der Kategoriendarstellung immer wieder erwähnt werden.

Interpersonal Dignity

Die Würde des Selbst oder „Interpersonal Dignity“ wird nur in der Studie von Pleschberger (2007) erwähnt und folgendermaßen definiert: *„Dignity as an interpersonal concept contains those elements that are grounded in personal beliefs and aspects of the body.“* (S. 199).

Relational Dignity

Die „relational dignity“ (z. B. Pleschberger, 2007, S. 199) wird durch die Gesellschaft, mittels Anerkennung, konstruiert. Eine grundlegende Voraussetzung für die relational dignity sind die jeweiligen, sozialen Beziehungen und Begegnungen. Dies führt

jedoch zu Problemen, vor allem bei Individuen, die in Pflegeheimen wohnen, da sie nur wenige Möglichkeiten haben, innerhalb des Pflegeheimes soziale Kontakte zu knüpfen und diese Möglichkeiten von den Gesundheitszuständen der Bewohner/Bewohnerinnen abhängen. Beziehungen können begrenzt sein wegen des Alters, des verschlechternden Gesundheitszustandes oder wegen Demenz. Umso mehr Beachtung soll demnach den Beziehungen zu Familienangehörigen geschenkt werden (Pleschberger, 2007). Pleschberger geht jedoch nicht weiter auf diese These ein und beschreibt demnach auch nicht, ob diesen Beziehungen zu Angehörigen oder Freunden/Freundinnen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden soll und wie diese Beziehungen gelebt werden, ob ein inniges oder eher distanzierteres Verhältnis vorherrscht und wie sich der Patient/die Patientin gegenüber seinen/ihren Angehörigen und Freunden/Freundinnen verhält. Um den Sinn der „relational dignity“ aufrechtzuerhalten, ist der Punkt soziale Kontakte bzw. Beziehungen in dieser Kategorie beschrieben worden. Weitere Erwähnungen oder Beschreibungen bezüglich sozialer Beziehungen werden in den Kategorien „Würde von Menschen“, „Möglichkeit eines guten Todes“ und „Vollendung“ näher erläutert, da auf diesen Faktor noch weitere Autoren/Autorinnen eingegangen sind.

Würde von Menschen

Laut Pleschberger (2007) ist das steigende Bedürfnis nach Hilfe und Pflege für Menschen an deren Lebensende eine immense Bedrohung. In ihrer Studie wird ersichtlich, dass sowohl die „interpersonal dignity“ als auch die „relational dignity“ beeinträchtigt werden. Die „interpersonal dignity“ in dem Maße, da die Krankheit und der Bedarf an Pflege den menschlichen Körper und somit deren Persönlichkeit beeinflussen. Bedeutend größer ist jedoch die Beeinträchtigung der „relational dignity“. Der Grund dafür ist, dass die bewusste Aufrechterhaltung der Würde (z. B. durch den Aspekt „keine Belastung sein“), je älter die Individuen werden, immer schwieriger oder gar unmöglich wird (Pleschberger, 2007). Pleschberger gibt nicht weiter an, wie der Versuch der Aufrechterhaltung der Würde aussehen könnte und wieso es immer schwieriger für die Individuen wird. Vermutlich ist dem so, da die meisten Menschen mit zunehmendem Alter, gebrechlich, bettlägerig oder womöglich dement werden und durch die Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nicht mehr die Tätigkeiten durchführen können, welche sie ihr ganzes Leben lang selbstständig ausgeübt haben. Somit entsteht bei den betroffenen

Patienten/Patientinnen das Gefühl, dass sie zu einer Belastung geworden sind und somit deren Würde beeinträchtigt wird.

Die Würde von Menschen ist laut Chochinov (2006) individuell und oft abhängig von persönlichen Zielen und sozialen Umständen. Verschmilzt die individuelle Autonomie eines Menschen mit der Würde desselben, so wird die Unfähigkeit der Aufrechterhaltung der Unabhängigkeit, während des Sterbens, als Würdeverlust wahrgenommen und schwächt dadurch auch den Wert des Lebens selbst (Chochinov, 2006).

Obwohl viele Pflegepersonen behaupten, dass sie würdevoll pflegen, gibt es jedoch nur wenig empirische Daten, die ihnen helfen, dieses Ziel zu erfüllen. Eine Studie von Chochinov, Hack und McClement et al. (2002) über sterbende Patienten/Patientinnen, liefert ein empirisch basierendes Modell, welches sich auf die Würde von Menschen mit einer unheilbaren Krankheit bezieht (Chochinov, 2006). Dieses Modell besteht aus drei Hauptkategorien: (1) krankheitsbezogene Probleme, (2) Repertoire für die Wahrung der Würde und (3) Wahrung der Würde während Interaktionen (Chochinov, 2006).

Die erste Hauptkategorie, krankheitsbezogene Probleme, entsteht durch die Krankheit selbst oder wird durch diese gefährdet und wirkt sich auf die Wahrnehmung der Würde des Patienten/der Patientin aus. Ein Problem ist z. B. das Niveau der Unabhängigkeit, welches durch die Fähigkeiten bestimmt wird, ob und wie die alltäglichen Arbeiten bzw. Aktivitäten ausgeführt werden können (Chochinov, 2006). Dieses Niveau hat mit Sicherheit eine große Auswirkung auf die Würde des Patienten/der Patientin. Können die Betroffenen nicht mehr ihre gewohnten Tätigkeiten oder Aktivitäten ausüben, fühlen sie sich abhängig, minderwertig und vielleicht sogar nutzlos, wodurch ihre Würde beeinträchtigt wird.

Die zweite Hauptkategorie, das Repertoire für die Wahrung der Würde, besteht einerseits aus der Ansicht darüber, wie die Würde von Menschen gefördert werden kann und andererseits aus der Umsetzung dieser Sichtweise. Die Ansichten, die von Mensch zu Mensch individuell sind, ergeben sich aus unterschiedlichen Aspekten, wie z. B. aus der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls, die Fähigkeit das Leben als fortdauernd zu sehen und gewisse Ziele zu haben, die Akzeptanz seine Lebensumstände zu ändern und gleichzeitig zu versuchen die eigene Würde zu wahren. Die Anwendung von würdevollen Aktivitäten, der zweite Punkt des Repertoires für die Wahrung der Würde, bezieht sich vor allem auf das Motto „Lebe

jetzt in diesem Moment“. Die Patienten/Patientinnen versuchen keine Angst vor der Zukunft zu haben, die Normalität beizubehalten und die alltäglichen Aktivitäten während der Bewältigung von körperlichen und emotionalen Veränderungen zu fördern (Chochinov, 2006).

Die dritte Hauptkategorie „Wahrung der Würde während Interaktionen“ hängt vor allem von der Qualität der Interaktionen mit anderen ab. Die Qualität wird beeinflusst durch (1) die Einstellung bzw. das Verhalten des Pflegepersonals, (2) das Vorhandensein sozialer Unterstützung durch die Familie, Freunde/Freundinnen und das Pflegepersonal und (3) durch die Wahrung der Privatsphäre (Chochinov, 2006).

Wahrnehmung der ganzen Person

In der Studie von Steinhauser, Clipp, McNeilly, Christakis, McIntyre und Tulskey (2000), tritt vor allem die Wahrnehmung des Patienten/der Patientin als eine individuelle und ganzheitliche Person in den Vordergrund. Die Patienten/Patientinnen schätzen das Gesundheitspersonal, welches sich in sie hineinfühlen kann. Ein Patient/eine Patientin sagt, dass er/sie vom Personal nie das Gefühl bekommt, nicht Fragen stellen zu dürfen (Steinhauser et al., 2000).

Laut Chochinov (2006) ist es von großer Bedeutung den Patienten/die Patientin als eine ganzheitliche Person zu sehen, indem herausgefunden wird, wer das Individuum ist, was wichtig für ihn ist und welchen Wert es würdevoller Pflege beimisst. Um dem Patienten/der Patientin verdeutlichen zu können, dass er/sie als Individuum wahrgenommen wird, soll sich das Pflegepersonal Fragen widmen wie z. B.: Stehe ich beim Türeingang des Krankenzimmers oder trete ich ein, nehme mir einen Stuhl und schenke dem Patienten/der Patientin Aufmerksamkeit? Erwidere ich den Blick des Patienten/der Patientin oder wende ich mich von ihm/ihr ab? Binde ich den Erkrankten/die Erkrankte in die Entscheidungsfindung mit ein? (Chochinov, 2006).

Schmerz- und Symptommanagement

In der Studie von Steinhauser et al. (2000) haben viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen Angst davor, mit Schmerzen zu sterben. Eine Pflegeperson erzählt: *„His disease was very widespread. One of the interns or residents said, ‚We don't want you on morphine. You're going to get addicted' I said, ‚You must be joking. This*

guy is having pain, and he's not going to make it out of the hospital.' He stayed on the surgical service and he died in 4 days, in pain." (Steinhauser et al., 2000, S. 827). Dieses Gespräch verdeutlicht wie differenziert die Ansichten im Hinblick auf das Wohlbefinden und der Würde des Patienten/der Patientin sind. Da die Pflegekraft (auch der Arzt/die Ärztin) weiß, dass der Patient/die Patientin im Krankenhaus stirbt, setzt er/sie sich für den Patienten/die Patientin ein, um ihm/ihr ein schmerzfreies und somit würdevolles Sterben zu ermöglichen. Im Gegensatz dazu ist es dem Arzt/der Ärztin wichtiger, dass der/die Erkrankte nicht süchtig wird, obwohl er/sie nicht mehr lange zu leben hat. Auch wenn der Patient/die Patientin dieses Gespräch nicht mit anhört, wird seine/ihre Würde durch die Pflegeperson gewahrt, da sie sich für ihn/sie einsetzt, um ihm/ihr zu einem guten Sterben zu verhelfen.

Personal- und Zeitmangel

Personal- und Zeitmangel hängen in der Studie von Beckstrand, Callister und Kirchhoff (2006) zusammen. Eine Pflegekraft gibt dem Mangel an Fachkräften die Schuld, dass zu wenig Zeit bleibt, die sterbenden Patienten/Patientinnen adäquat zu pflegen. Ein anderer Krankenpfleger/eine andere Krankenpflegerin hat den Wunsch, dem jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin und seiner/ihrer Familie die Zeit zu geben, die sie verdienen und nicht sofort zum nächsten Patienten/zur nächsten Patientin übergehen zu müssen. Für einen Studienteilnehmer/eine Studienteilnehmerin ist es unbedingt erforderlich, dass für einen sterbenden Patienten/eine sterbende Patientin immer eine 1:1-Regelung vorherrscht. Dies bedeutet, dass eine Pflegekraft nur für diesen einen Patienten/diese eine Patientin zur Verfügung steht und versucht seine/ihre Bedürfnisse bzw. die der Familie, zu befriedigen (Beckstrand et al., 2006).

Entscheidungsfindung

Die Studie von Beckstrand et al. (2006) zeigt, dass einige Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen davon überzeugt sind, dass Ärzte/Ärztinnen den Tod eines Patienten/einer Patientin gleichsetzen mit dem persönlichen Scheitern, da den Erkrankten nicht mehr geholfen werden konnte. Eine Pflegekraft drückt dies folgendermaßen aus: „[...] *Too many [physicians] see death as a personal affront to their professional abilities and do not visualize the dying*

process as a part of life itself. Thus, many patients suffer needlessly without adequate pain control and supportive care:" (Beckstrand et al., 2006, S. 41). Ärzte/Ärztinnen verkraften keine „Niederlagen“ und versuchen, mittels anderer Behandlungsmethoden dem Patienten/der Patientin zu helfen, egal ob dieser/diese die Behandlung durchführen möchte oder nicht, wodurch auf die Meinung und die Bedürfnisse des Erkrankten/der Erkrankten keine Rücksicht genommen und somit auch seine/ihre Würde verletzt wird.

In der Studie von Steinhauser et al. (2000) ist für die Teilnehmer/Teilnehmerinnen, die Einbeziehung in Entscheidungen einerseits und das Führen von Gesprächen zwischen den Patienten/Patientinnen und dem Personal andererseits, von großer Wichtigkeit. Vor allem die Einbeziehung in die Entscheidungsfindung bestärkt die erkrankten Individuen (Steinhauser et al., 2000). Ein Patient/eine Patientin sagt: *„This is my medical problem. Sometimes I don't want to stay on the rigid schedule, and he [the physician] would say, ‚I would like for you to stay on that, but you are the manager of your ship. You decide how fast you want to paddle, if you want to go backwards, sideways, or make a 360° turn.‘“* (Steinhauser et al., 2000, S. 827). Diese Passage zeigt zweierlei, auf der einen Seite respektiert und akzeptiert der Arzt/die Ärztin die Entscheidung des Patienten/der Patientin, wodurch seine Würde bestärkt wird. Auf der anderen Seite jedoch muss der Subtext auch beachtet werden, da der Arzt/die Ärztin dem erkrankten Individuum zu verstehen gibt, dass es zu keinem positiven Verlauf der Krankheit kommen wird, solange es nicht auf die Anweisungen von ihm/ihr hört.

Anpassung der Umgebung

Die Umwelt soll für den Patienten/die Patientin so angepasst werden, dass ihm/ihr ein würdevolles Sterben ermöglicht wird, z. B. sollen Familienmitglieder darin bestärkt werden, beim Patienten/bei der Patientin im Krankenhaus zu bleiben, da Betten, Essen und Duschkmöglichkeiten sicher zur Verfügung gestellt werden können. Dieses Beispiel kann auch verglichen werden mit dem Aspekt „nicht alleine Sterben“, denn jeder Patient/jede Patientin soll zum Zeitpunkt des Todes, jemanden an seiner/ihrer Seite haben, den/die er/sie berühren kann, mit dem/der er/sie sprechen kann und um zu sehen, dass es vollkommen in Ordnung ist, jetzt zu gehen. Auch soll eine Pflegeperson von all ihren Aufgaben befreit werden, damit sie sich um den

sterbenden Patienten/die sterbende Patientin und seine/ihre Familie kümmern kann (Beckstrand et al., 2006).

Spiritualität

Chao, Chen und Yen (2002) haben in ihrer Studie vier Hauptkategorien herausgefunden, welche das Wesen der Spiritualität beschreiben (Chochinov, 2006). Es ist wichtig im Einklang mit sich selbst zu sein; zu dieser Kategorie zählen unter anderem die eigene Identität, die Ganzheit des Individuums und der innere Frieden. Die zweite Kategorie ist, im Einklang mit anderen zu sein, durch Liebe oder Versöhnung. Die letzten zwei Kategorien sind, im Einklang mit der Natur sein und im Einklang mit einem höheren Etwas sein; zur letzten Kategorie zählen unter anderem Treue, Hoffnung und Dankbarkeit (Chochinov, 2006).

Belastung für andere

Autonomie wird oft gleichgesetzt mit „eine ganze Person“ sein. Dadurch kann die Abhängigkeit von anderen als eine Gefahr gesehen oder erlebt werden, welche die Integrität des Individuums beeinträchtigt. Die Abhängigkeit von anderen, bedeutet für den Patienten/die Patientin, dass er/sie zur Belastung geworden ist, wodurch seiner/ihrer Meinung nach die Möglichkeit eines würdevollen Todes nicht mehr gegeben ist (Chochinov, 2006).

In einer Studie, durchgeführt von Wilson, Curran und McPherson (2005), ist untersucht worden, welche Aspekte mit der Kategorie „Belastung für andere“ zusammenhängen. Unter anderem stehen die Faktoren „Verlust der Würde“, „Hoffnungslosigkeit“ und der „Verlust der Kontrolle“ hervor (Chochinov, 2006).

Das Konzept der Würde wird verstanden als, das Verdienen von Ehre, Respekt und Wertschätzung. Dieses Konzept überlappt sich mit dem Konzept „Belastung für andere“, wodurch die Patienten/Patientinnen finden, dass sie diese Attribute nicht mehr verdienen. Denn die Abhängigkeit und Bedürftigkeit, die sie durch ihre fortgeschrittene Krankheit erleben, ermöglicht es ihnen nicht ehrenvoll, respektvoll oder wertschätzend behandelt zu werden, da sie durch ihr Unvermögen ihrem Gegenüber nichts zurückgeben können (Chochinov, 2006).

In der Studie von Pleschberger (2007) wird ersichtlich, dass das Alter allein, insbesondere hohes Alter, keine Grundlage für die Würde von Individuen ist. Darum

versuchen die Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen das Schema „Würde ‚weil‘ ich alt geworden bin“ zu ersetzen mit „Würde ‚trotz‘ hohem Alter“. Eine wichtige Kategorie, die sich aus der Studie entwickelt hat, ist „keine Belastung sein“. Um nicht zur Belastung zu werden, versuchen die Teilnehmer/Teilnehmerinnen sich an die Regeln des Pflegeheims anzupassen und auf vorhandene Ressourcen, wie z. B. die Durchführung der Selbstpflege, wird zurückgegriffen. Weiters werden finanzielle Angelegenheiten auf den Erben/die Erbin übertragen, genauso wie die Entscheidungsfindung (Pleschberger, 2007). Pleschberger zitiert nach De Raeve (1996), dass sterbende Menschen alles tun, damit sie nach dem Tod keine Belastung mehr sind, indem sie unter anderem das Begräbnis arrangieren, die Blumen besorgen und ein Testament schreiben (Pleschberger, 2007). Letzteres ist nachvollziehbar jedoch nicht, wieso die Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen der Meinung sind, dass die Entscheidungsfindung auf den Erben/die Erbin übertragen werden soll. Wieso ist das der Fall? Welche Beweggründe haben die Teilnehmer/Teilnehmerinnen so eine Aussage bzw. Entscheidung zu tätigen? Was passiert, wenn der Erbe/die Erbin nicht die Entscheidungen trifft, die der Bewohner/die Bewohnerin gerne hätte? Lassen sich die Betroffenen die Auswirkungen/Konsequenzen trotzdem über sich ergehen? Auf diese Fragen wird in der Studie von Pleschberger nicht eingegangen.

Möglichkeit eines guten Todes

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie von Steinhauser et al. (2000) bekräftigen das Bedürfnis, sich besser auf den Tod vorbereiten zu wollen. Dies wird ermöglicht, sofern die Patienten und Patientinnen ausreichend Informationen über die Krankheit und ihren Verlauf erhalten. Weiters können sich die erkrankten Personen besser auf den Tod vorbereiten, indem sie Ereignisse planen, die nach ihrem Tod stattfinden werden – z. B. wer zum Begräbnis eingeladen werden soll (Steinhauser et al., 2000). In einer Studie von Steinhauser, Christakis und Clipp et al. (2000) kommt ebenfalls zum Vorschein, dass sowohl die Patienten/Patientinnen selbst, als auch „Other Care Providers“ (z. B. Steinhauser et al., 2000, S. 2479) für gut heißen, wenn sich Sterbende auf ihren Tod vorbereiten. Die meisten Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen der Kategorien Patient/Patientin und „Other Care Providers“ sind für diesen Aspekt. Weitere wichtige Aspekte sind die

„Regelung finanzieller Angelegenheiten“, „nicht zur Last fallen“ und „Planung des Begräbnisses“ (Steinhauser et al., 2000).

In der Studie von Pleschberger (2007) haben sich mehrere Aspekte herauskristallisiert, welche im Zusammenhang mit einem würdevollen Tod stehen. Für die Teilnehmer/Teilnehmerinnen ist es wichtig, (1) bis zum Schluss aktiv zu sein, (2) der Wille jedes Individuums soll respektiert werden, (3) das Recht zu sterben, (4) keine Schmerzen zu haben und (5) inmitten von Personen zu sein, die einem wichtig sind, um sich von ihnen verabschieden zu können. Auffällig ist auch an ihrer Studie, dass der Aspekt „allein sein oder nicht“, nicht die Wichtigkeit zugesprochen bekommt, wie z. B. welche Person beim Individuum sein soll. Weiters ist es für die an der Studie teilnehmenden Personen klar, dass der Tod dann würdevoll ist, wenn er „zur richtigen Zeit“ kommt, wobei der Aspekt „zur richtigen Zeit“ bedeutet, dass es wichtig ist zu sterben, bevor etwas Entwürdigendes passiert (Pleschberger, 2007).

Ein guter Tod bedeutet, laut der Studie von Chochinov (2006), dass der Patient/die Patientin körperlich, psychisch, spirituell und emotional unterstützt wird, durch seine/ihre Familie, Freunde und Freundinnen und seine/ihre Pflegepersonen (Chochinov, 2006). Weisman (1972) beschreibt mehrere Kriterien, welche einen würdevollen Tod ermöglichen (Chochinov, 2006): Innere Konflikte, wie z. B. die Angst die Kontrolle zu verlieren, sollen so weit wie möglich minimiert werden. Die Sichtweise jedes Individuums in Bezug auf seine Identität soll aufrechterhalten werden, bedeutende Beziehungen sollen gefördert werden und wenn möglich, sollen alle Konflikte aus der Welt geschaffen werden (Chochinov, 2006).

Vollendung

Vollendung bedeutet, mit dem Leben abgeschlossen zu haben. Diese Vollendung beinhaltet nicht nur Glaubensangelegenheiten, sondern auch einen Rückblick auf das Leben des Patienten/der Patientin, alle Konflikte sollen gelöst sein und vor allem sollte noch Zeit mit seiner/ihrer Familie und Freunden/Freundinnen verbracht werden, um sich von ihnen verabschieden zu können (Steinhauser et al., 2000). In der anderen Studie von Steinhauser et al., „Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers“, wird der Punkt „Rückblick auf das Leben“ nicht berücksichtigt, jedoch aber andere wie z. B. „die Würde des Individuums wahren“, „Anwesenheit der Familie“, „sich verabschieden können“, „Konflikte beseitigen“ und „nicht alleine sterben“ (Steinhauser et al., 2000).

Bemerkenswert und sehr verwunderlich ist es, dass die Kategorie „Wünsche der Patienten/Patientinnen kennen und berücksichtigen“ nur in der Studie von Beckstrand et al. (2006) explizit erwähnt, jedoch auch nicht näher darauf eingegangen wird. Wobei gerade eben die Rücksichtnahme auf die Wünsche der Patienten/Patientinnen ein wichtiger Faktor ist, die Würde zu wahren, da der Patient/die Patientin somit das Gefühl bekommt „ernst genommen zu werden“.

5. Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel wird verdeutlicht, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede es zwischen den jeweilig ausgearbeiteten Theorien und den Forschungsergebnissen gibt.

5.1. Gegenüberstellung der „Care“-Theorien mit den Forschungsergebnissen zum Thema „Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten“ (Mörth)

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den „Care“-Theorien mit den Ergebnissen aus den Studien über chronische Krankheiten verglichen. Aus diesem Vergleich haben sich vier Hauptthemen herausgebildet, die im Folgenden auch besprochen werden, zuvor werden allerdings vorab Ergebnisse beschrieben, die keinem Thema zugeordnet werden können, da zu wenig beschrieben wird, um ein eigenes Thema zu bilden, nichtsdestotrotz es aber wert sind, erwähnt zu werden.

Die Hauptthemen sind:

- Verwandte Konzepte von Würde
- Wie wird die Würde verletzt?
- Wie wird die Würde gewahrt?
- Gründe, warum die Würde verletzt wird

Nur die Studie von Woogara (2005) hat eine eigene Definition von Würde beschrieben, welche Privatsphäre, Respekt, Intimsphäre, Kontrolle und Fürsprache beinhaltet. Diese Elemente entsprechen auch den Ergebnissen, die durchwegs in den Theorien und auch in den Studien gefunden wurden. Interessant hierbei ist allerdings, dass diese Definition sich von den Definitionen aus den Theorien unterscheidet, da Letztere den Wert des Menschen (Watson, Paterson und Zderad, Travelbee), die Einzigartigkeit (Watson, Travelbee), die Unersetzbarkeit (Travelbee) und die Menschlichkeit (Travelbee) beinhalten. Sämtliche Elemente zusammengefasst, ergeben wohl eine umfassende Definition, zumal jeder einzelne Bestandteil ein wichtiges Element des Würdekonzepts darstellt.

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, beschreibt Travelbee (1971) als einzige der Theoretikerinnen das Konzept „Leiden“. Umso überraschender ist es, dass nur eine Studie zu chronischen Krankheiten „Leiden“ behandelt. Chronische Krankheiten sind, abhängig von der jeweiligen Erkrankung, einschneidende Erlebnisse, die mit Einschränkungen, Verlusten, Schmerzen, einer Lebensumstellung, sowie mit erhöhter körperlicher und psychischer Belastung einhergehen und, nach Travelbee (1971), Leiden hervorrufen können. Allerdings erwähnen nur Sundin et al. (2010) in ihrer Studie, dass die chronisch kranken Frauen leiden, wenn beschrieben wird, dass fehlende unterstützende Beziehungen zu Angehörigen oder Pflegepersonen zu Leid führen kann. Chronische Krankheiten wie Krebs, HIV/AIDS aber auch Diabetes können sehr dramatisch und traumatisch für die Betroffenen sein und durch das Erleben von Einschränkungen, Verlusten, Schmerzen etc. dazu führen, dass sie leiden. Auf diesen Aspekt wird allerdings in den Studien von Woogara (2005), Ashing-Giwa et al. (2004), Suominen et al. (2009) und Rappold (2007) nicht eingegangen, wodurch in diesem Fall die Studie von Sundin et al. (2010) genau so herausragend und besonders ist, wie die Theorie von Travelbee (1971).

Paterson und Zderad (1999, 2007) betonen in ihrer Theorie, dass es die Aufgabe der Pflegepersonen ist, den Patienten/Patientinnen Informationen und Erklärungen zukommen zu lassen, wenn diese danach verlangen. Dieses Thema wird auch in drei Studien aufgegriffen. Sundin et al. (2010) beschreiben, dass sich die älteren Damen übergeben fühlen, wenn sie nicht informiert werden. Sie möchten aufgeklärt und informiert sein, allerdings auch in Phasen verfallen dürfen, in welchen sie sich eher passiv ihrer Krankheitssituation gegenüber verhalten. In der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) beschreiben die erkrankten Frauen einerseits, dass sie die Initiative für sich ergreifen müssen, um informiert zu werden, da das ärztliche Personal von alleine nichts erklärt. Somit müssen die Frauen nachfragen oder selbst Informationen suchen. Diesen Umstand, dass Ärzte/Ärztinnen nicht aufklären und informieren, betrachten die Patientinnen als eine der Hauptursachen für ihre Ängste. Ashing-Giwa et al. (2004) beschreiben weiters, dass viele falsche Annahmen über Gebärmutterkrebs in verschiedenen ethnischen Minderheiten bestehen. So glauben viele, dass Gebärmutterkrebs ansteckend ist und die Ursachen für die Krankheit Promiskuität und mangelnde Hygiene sind, wodurch die Diagnose Gebärmutterkrebs viel Scham und Angst bei den Betroffenen auslöst.

Verwandte Konzepte von Würde

Verwandte Konzepte von Würde sind Wohlbefinden, Hoffnung, Privatsphäre und Autonomie.

Wohlbefinden wird in den Theorien von Paterson und Zderad (1999, 2007) und Watson (1996) beschrieben und wird auch in den Studien von Sundin et al. (2010), Ashing-Giwa et al. (2004) und Rappold (2007) behandelt. In der Studie von Sundin et al. (2010) tritt ein geschwächtes Wohlbefinden dann auf, wenn keine unterstützende Beziehungen vorhanden sind. Auf ähnliche Weise wird dieser Zusammenhang von Ashing-Giwa et al. (2004) erwähnt, wenn sie beschreiben, dass das Wohlbefinden der krebserkrankten Frauen durch Unterstützung gestärkt wird. Rappold behandelt Wohlbefinden, das durch die Entlastung der Diabeteskranken und der Bereinigung von Unsicherheiten entstehen kann.

Hoffnung wird nur in Travelbees (1971) Theorie behandelt und weiters ausschließlich in der Studie von Sundin et al. (2010), wenn diese beschreiben, dass durch Unterstützung und Unabhängigkeit, Hoffnung, im Sinne einer Zukunftsperspektive, entstehen kann.

Ebenso wird Privatsphäre nur in der Theorie von Paterson und Zderad (1999, 2007) beschrieben und auch nur in Woogaras Studie (2005) erwähnt. Interessant ist dabei, dass Paterson und Zderad und Woogara den gleichen Zusammenhang, aber auf entgegengesetzte Weise behandeln. So wird von Paterson und Zderad (1999, 2007) dargelegt, dass Privatsphäre eine Bedingung für die Würde einer Person ist, umgekehrt erklärt Woogara (2005), dass die Würde eine Voraussetzung für Privatsphäre ist. Ich schließe mich hier Paterson und Zderad an, da ich der Ansicht bin, dass die Privatsphäre gewahrt sein kann, wenn auf andere Weise die Würde verletzt wird, aber niemals die Würde gewahrt sein kann, wenn die Privatsphäre verletzt wird.

Autonomie wird von Travelbee (1971) und Paterson und Zderad (1999, 2007) behandelt, wenn sie beschreiben, dass die Pflegepersonen die Entscheidungen der Patienten/Patientinnen akzeptieren müssen. Der Begriff Autonomie wird in keiner einzigen Studie erwähnt, sondern wird stattdessen der Begriff Unabhängigkeit gebraucht. Sundin et al. (2010) erwähnen den Begriff Unabhängigkeit, wenn sie beschreiben, dass die älteren Frauen mit Unterstützung ihre Unabhängigkeit sichern können, während Ashing-Giwa et al. (2004) anführen, dass es wichtig ist, ein Gleichgewicht zwischen Unterstützung und Unabhängigkeit zu finden und die

Autonomie weiters gestärkt wird, durch die Kontrolle, die die Patientinnen bewahren, wenn sie selbst Informationen zu ihrer Erkrankung und deren Behandlung suchen. Somit wird in den Studien Unabhängigkeit von den Patientinnen zumeist angestrebt und zu bewahren versucht, während Abhängigkeit vermieden und hinausgezögert wird, so weit dies möglich ist. In Rappolds Studie (2007) hingegen wird eine positive Art der Abhängigkeit beschrieben, wenn die Patienten/Patientinnen den Hauskrankenpflegepersonen Vertrauen entgegenbringen und das Verhältnis dieser beiden durch Wertschätzung und Hochachtung gekennzeichnet ist.

Wie wird die Würde verletzt?

In allen drei Theorien wird die Würde verletzt, indem die Menschlichkeit abgesprochen wird. Dies ist gleichbedeutend, wenn Watson (1996) und Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben, dass die Würde verletzt wird, wenn die Person zum Objekt degradiert wird, während Travelbee (1971) den Ausdruck „dehumanisieren“ verwendet, um den gleichen Sachverhalt zu beschreiben. In Woogaras Studie (2005) wird sogar explizit der Begriff „dehumanisieren“ verwendet, als die Patienten/Patientinnen den Krankenhauskittel beschreiben, der auf der Rückseite offen ist – diesen zu tragen dehumanisiert. In Woogaras Studie (2005) wird eine weitere Situation beschrieben, in der die Patienten/Patientinnen zum Objekt degradiert werden, wenn ihnen z. B. Blut abgenommen wird, während sie essen, oder wenn sie mit Kosenamen gerufen werden. Hier steht die medizinische Versorgung über der Privatsphäre und der Würde der Patienten/Patientinnen. Dieser Umstand wird auch von den Ärzten/Ärztinnen, Pflegepersonen und auch von den Patienten/Patientinnen wahrgenommen, welche meinen, dass nicht immer die Privatsphäre gewahrt werden kann, weil die medizinische Versorgung Priorität hat. Auch Paterson und Zderad (1999, 2007) beschreiben ähnliches in ihrer Theorie, wenn sie meinen, dass es nicht immer möglich ist, die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren, daraus aber Vorteile gezogen werden können, nichtsdestotrotz aber versucht werden soll, die Würde der erkrankten Personen zu wahren.

In der Studie von Suominen et al. (2009) werden die HIV/AIDS Erkrankten zum Objekt degradiert, weil sie über ihre Erkrankung und über die mögliche Ursache für die Erkrankung definiert werden. Dadurch wird ihre Würde aber auch verletzt, da die Patienten/Patientinnen nicht als Ganzes wahrgenommen werden, wie dies sämtliche

„Care“-Theoretikerinnen in ihren Theorien beschreiben, sondern nur ihre Erkrankung oder die Ursache für die Erkrankung wahrgenommen wird, das Individuum dahinter wird allerdings nicht erkannt. Travelbee (1971) beschreibt in ihrer Theorie weiters, dass die Würde der Patienten/Patientinnen verletzt wird, wenn das Pflegepersonal ihnen die Schuld für ihre Erkrankung gibt. Auch dies wird von Suominen et al. (2009) in ihrer Studie beschrieben, wenn HIV/AIDS von den Pflegepersonen in Ausbildung als „Schwulenkrankheit“ wahrgenommen wird.

In der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) werden die Patientinnen in mehreren Situationen zum Objekt degradiert. So werden von den befragten Experten/Expertinnen unter den farbigen Patientinnen ein generelles Misstrauen und eine Verdrossenheit gegenüber Ärzten/Ärztinnen und den Gesundheitsinstitutionen festgestellt. Dieses Verhalten kommt aber nicht von ungefähr, sondern haben Angehörige oder die Patientinnen selbst, medizinische Unterstützung gebraucht und diese gar nicht oder nicht zeitgerecht erhalten oder wurde die Würde während der Behandlung verletzt.

Aus dieser Studie geht leider nicht hervor, welchen sozioökonomischen Status die Patientinnen haben, aber ich vermute, aufgrund von den beschriebenen Erlebnissen der Patientinnen, dass einige der befragten Erkrankten aus ärmeren Verhältnissen stammen. Viele Erlebnisse würden nicht stattfinden, wenn die erkrankten Frauen eine gute Krankenversicherung und dadurch gleichzeitig eine angemessene medizinische Versorgung erhalten würden. Denn bereits Travelbee (1971) hat in ihrer Theorie beschrieben, dass Patienten/Patientinnen aus ärmeren Verhältnissen für medizinische Leistungen mit ihrer Würde bezahlen würden, weil sie sich weniger gegen Missstände aussprechen trauen, aus Angst, sonst keine medizinische Versorgung zu erhalten. Die befragten Patientinnen in Woogaras Studie (2005) beschreiben weiters, dass viele Ärzte/Ärztinnen ziemlich brutal bei Beckenuntersuchungen sind. Dadurch werden die erkrankten Frauen erneut zum Objekt degradiert, zumal gerade bei intimen Untersuchungen Feingefühl nötig ist, sowohl im Umgang mit den Patientinnen als auch bei der Untersuchung selbst.

Gründe, warum die Würde verletzt wird

Travelbee (1971) gibt als einzige der Theoretikerinnen Gründe an, die dazu führen können, dass die Würde der Patienten/Patientinnen verletzt wird. Einige dieser Begründungen finden sich auch in verschiedenen Studien wieder. Routine wird sowohl von Travelbee (1971) als auch von Woogara (2005) und Suominen et al. (2009) in den jeweiligen Studien angeführt. Woogara (2005) spricht von einem blinden Fleck, der daraus resultiert, dass sich die Pflegepersonen, die auf einer Station zu arbeiten beginnen, an der Krankenhausordnung, Stationsordnung, Stationsleitung, die als Vorbilder wirken etc., orientieren und sich letztlich entsprechend anpassen. Suominen et al. (2009) haben in ihren Ergebnissen herausgefunden, dass Pflegepersonen in Ausbildung, die auf Praxiserfahrung zurückgreifen können, weniger Bereitschaft zeigen, HIV/AIDS Erkrankte zu pflegen und auch eine negativere Einstellung gegenüber Homosexuellen haben. Dieses Verhalten kann aber auch einem anderen Grund, die Würde zu verletzen, zugeordnet werden. So lässt sich die mangelnde Bereitschaft, HIV/AIDS Erkrankte und/oder Homosexuelle zu pflegen, auch auf fehlendes Interesse am anderen zurückführen, wie Travelbee (1971) dies nennt. Würden diese Pflegepersonen Anteil am Schicksal der zu pflegenden HIV/AIDS Erkrankten nehmen und in ihnen das Individuum mit seiner einzigartigen Biografie erkennen, wären sie wohl eher bereit, sie zu pflegen.

Wie bereits in Kapitel 3.1.4. beschrieben, geben Paterson und Zderad (1999, 2007) in ihrer Theorie an, dass es nicht immer möglich ist, die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren. Ähnliches wird in Woogaras Studie (2005) beschrieben, wenn Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonen und Patienten/Patientinnen übereinkommen, dass die medizinische Versorgung wichtiger ist, als das Wahren der Privatsphäre und der Würde der erkrankten Personen.

In Woogaras Studie (2005) wird ebenfalls angegeben, dass falsche Solidarität unter Pflegenden und unter Ärzten/Ärztinnen dazu führt, dass die Würde verletzt wird. Dieser Punkt findet sich in keiner Theorie wieder. So wird in dieser Studie beschrieben, dass der Mensch dazu neigt, sich Teams anzuschließen und anzupassen und letztlich aus Respekt und Solidarität seiner Teamkollegen/Teamkolleginnen gegenüber ihr Fehlverhalten nicht anzuzeigen oder anzusprechen, welches die Würde der Patienten/Patientinnen verletzt. Dieser Aspekt wird auch von Suominen et al. (2009) angesprochen, wenn sie die

Ausbildungsstätten der Pflegepersonen auffordern, Fehlverhalten anzusprechen und durch würdevolles und respektvolles Verhalten zu ersetzen.

In der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) wird Rassismus als Grund für das Verletzen der Würde angegeben. Auch diese Begründung findet sich in keiner Theorie wieder.

Ein weiterer Grund wird in Woogaras Studie (2005) beschrieben, der in keiner Theorie in diesem Zusammenhang ausgeführt wird. So führt Woogaras (2005) Ansicht nach das Gesundheitssystem dazu, dass die Würde verletzt wird, wenn die Patienten/Patientinnen das Fehlverhalten von Pflegepersonen nicht ansprechen, weil sie Angst haben, dass ihnen daraus ein Nachteil erwachsen könnte und nehmen eine einschmeichelnde Haltung an, um nicht als „schwieriger Patient“/„schwierige Patientin“ betrachtet zu werden. Dadurch können die Pflegepersonen den Grenzbereich der Privatsphäre und Würde immer weiter verschieben, bis ein Punkt erreicht wird, der jenseits der Verhaltensnormen unserer Gesellschaft liegt. Auch Travelbee (1971) gibt in ihrer Theorie dem Gesundheitssystem die Schuld, jedoch in einem anderen Zusammenhang. Denn sie beschreibt, dass Personen aus ärmeren Verhältnissen für medizinische Versorgung mit ihrer Würde bezahlen bzw. es üblich ist, dass kranke Personen, die medizinische Leistungen in «Charity Hospitals» suchen, gedemütigt werden. Diese Patienten/Patientinnen ertragen aber diese Erniedrigungen und das Verletzen ihrer Würde, aus Angst, sonst keine medizinische Versorgung zu erhalten.

Wie wird die Würde gewahrt?

Die Würde wird gewahrt, wenn Pflegepersonen gemäß der «Goldenen Regel» pflegen. Dies führt Watson (1996) in ihrer Theorie an und wird auch in Woogaras Studie (2005) behandelt, wenn beschrieben wird, dass Pflegepersonen sich der Wichtigkeit von Würde und Privatsphäre der Patienten/Patientinnen bewusst sind, da auch sie zu Patienten/Patientinnen werden können und ihre Würde und Privatsphäre gewahrt wissen wollen.

Ein weiterer wichtiger Punkt um die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren, ist vorurteilsfreie Pflege zu leisten, wie dies in der Theorie von Paterson und Zderad (1999, 2007) beschrieben wird. Dieser Punkt wird in der Studie von Ashing-Giwa et al. (2004) behandelt, wenn die befragten krebskranken Frauen bei medizinischen Behandlungen über Rassismus klagen. Auch in der Studie von Suominen et al.

(2009) werden viele der befragten Pflegepersonen in Ausbildung die Würde verletzen, weil teilweise homophobe Ansätze vorhanden sind und auch andere Vorurteile gegenüber an HIV/AIDS erkrankten Personen bestehen.

In den Studien werden noch weitere Arten beschrieben, wie die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt wird. So zählt Woogara (2005) eine ganze Reihe von Maßnahmen auf, um die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren, wie z. B., dass Lernprogramme entwickelt werden sollen, damit Pflegepersonen und Ärzten/Ärztinnen in Ausbildung Praktiken erlernen, wie die Würde der Patienten/Patientinnen gewahrt werden kann. Auch Suominen et al. (2009) geben in ihrer Studie an, dass die Ausbildungsstätten vorurteilsbesetztes Fehlverhalten ihrer Studenten/Studentinnen ansprechen sollen.

5.2. Gegenüberstellung der Theorien zu gestörten Funktionen mit den Forschungsergebnissen zum Thema „Sterben in Würde“ (Hauzeneder)

Die Theorien von Orem, Roy und Neuman sind schwer mit den bearbeiteten Studien vergleichbar, da sie nicht explizit für Sterben in Würde ausgelegt sind, sondern deren Sinn darin besteht, den erkrankten Personen zu helfen, sich z. B. an bestimmte Stressoren, Reize oder Situationen anzupassen oder sich selbst an der Pflege zu beteiligen. Roy (Roy & Andrews, 2008) und Orem (1997) erwähnen kurz das Thema „Sterben in Würde“, wie genau sie dieses beschreiben, wird in diesem Kapitel erläutert. Für die Darlegung von Gemeinsamkeiten oder Unterschieden zwischen den Theorien und Studien werden Statements verwendet, die im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt werden.

Die Förderung sozialer Beziehungen zu Menschen die einem lieb sind

Orem (1997) bezieht dieses Statement vor allem auf das Thema „Sterben in Würde“. Sie ist davon überzeugt, dass es die Aufgabe des Pflegepersonals ist, dem sterbenden Patienten/der sterbenden Patientin Trost zu spenden, ein Gefühl der Geborgenheit zu geben, damit dem Patienten/der Patientin bewusst wird, dass jemand für ihn/sie da ist, zuhört und er/sie nicht alleine sterben wird.

In Pleschbergers Studie (2007) wird hingegen ersichtlich, dass es für sterbende Menschen in Pflegeheimen schwierig ist, soziale Kontakte zu knüpfen, sei es wegen

des verschlechternden Gesundheitszustandes des Individuums oder des hohen Alters oder vielleicht wegen Demenz. Pleschberger (2007) spricht sich im Gegensatz zu Orem (1997) dafür aus, Beziehungen zu Familienangehörigen zu fördern oder aufrechtzuerhalten. Auch Chochinov (2006) ist der Ansicht, dass soziale Kontakte für sterbende Menschen wichtig sind. Er bezieht sich hierbei nicht nur wie Orem (1997) auf das Pflegepersonal, oder wie Pleschberger (2007) auf Familienangehörige, sondern geht er noch einen Schritt weiter und sieht soziale Beziehungen zu Freunden/Freundinnen als wichtig an. Alle Beteiligten, die mit dem Patienten/der Patientin in Kontakt treten, sollen ihm/ihr körperliche, psychische, spirituelle und emotionale Unterstützung gewähren. Beckstrand et al. (2006) zeigen in ihrer Studie jedoch am eindrucksvollsten, wie soziale Beziehungen bestmöglich gefördert werden können, um die Würde von Patienten/Patientinnen aufrechtzuerhalten. Sie passen die Umgebung dem Patienten/der Patientin an, indem sie z. B. Familienangehörigen Betten, Dusch- und Essmöglichkeiten zur Verfügung stellen, damit diese die restliche Zeit die dem Individuum noch bleibt, mit ihm verbringen können – ihm zur Seite stehen, mit ihm sprechen oder zeigen, dass es in Ordnung ist, wenn es jetzt stirbt.

Jedes Individuum verdient Ehre, Respekt, Anerkennung und Wertschätzung

Roy (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) bezieht dieses Statement auf den Schwerpunkt „Wahrnehmung des Individuums als eine ganze Person“, indem sie sagt, dass jeder Mensch, sei es der Patient/die Patientin oder die Pflegeperson, seinem/ihrer gegenüber mit Liebe und Respekt begegnen soll, um die Wertschätzung aufzuzeigen, die jemand für seinen/ihren Interaktionspartner oder seine/ihre Interaktionspartnerin hat. Aus den Theorien ist ersichtlich, dass nicht nur Roy (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) dieser Ansicht ist, sondern auch Orem (1997) diese Sichtweise unterstützt.

Anhand der ausgearbeiteten Studien wird ersichtlich, dass nur Pleschberger (2007) und Chochinov (2006) auf die Aspekte Anerkennung, Respekt, Ehre und Wertschätzung eingehen. Pleschberger (2007) verbindet das Vorhandensein von Anerkennung mit der „relational dignity“, da laut ihrer Studie, die Gesellschaft dafür verantwortlich ist, wie viel Anerkennung wem zugesprochen wird. Chochinov (2006) hingegen, hat ein Modell für die Wahrung der Würde entwickelt, mit der Definition, dass die Würde von Menschen gefördert wird, sofern jedes Individuum ehrenvoll, respektvoll und wertschätzend behandelt wird.

Es gibt mehrere Arten von Würde

Interessant ist, dass sowohl in den Studien als auch in den Theorien davon ausgegangen wird, dass es nur eine Art von Würde gibt. Nur in der Studie von Pleschberger (2007) werden zwei Arten von Würde näher erläutert. Einerseits gibt es die sogenannte „interpersonal dignity“, welche sich auf die inneren Werte des Individuums bezieht, wie z. B. auf den persönlichen Glauben und andererseits die „relational dignity“, die vor allem durch soziale Beziehungen oder Kontakte beeinflusst wird.

Es soll für jeden Patienten/jede Patientin ein Schmerz- und Symptommanagement ausgearbeitet werden

Der Aspekt „Schmerz- und Symptommanagement“ wird in keiner der bearbeiteten Theorien beschrieben oder erwähnt. Es wäre sinnvoll die Theorien auf diesen Schwerpunkt hin zu überarbeiten, damit nicht so etwas passiert, wie in der Studie von Steinhäuser et al. (2000) verdeutlicht wird, denn kein Individuum möchte mit Schmerzen leben oder sterben. In dieser Studie wird jedoch einem sterbenden Patienten/einer sterbenden Patientin Morphium verweigert, da die Ärzte/Ärztinnen Angst haben, dass er/sie abhängig wird, obwohl sie wissen, dass diese Person nicht mehr lebend aus dem Krankenhaus entlassen wird. Auch den Bemühungen einer Pflegeperson, die Ärzte/Ärztinnen umzustimmen, hat nichts mehr geholfen und somit ist dieser Patient/diese Patientin einen schmerzvollen, unwürdigen Tod gestorben.

Die Pflege wird geprägt durch Personal- und Zeitmangel

Personal- und Zeitmangel, bezogen auf Sterben in Würde und auf die Theorien von Orem, Roy und Neuman, müssen deswegen aus unterschiedlichen Sichtweisen betrachtet werden, da die Theorien grundsätzlich dafür ausgelegt sind, dass die Patienten/Patientinnen ihre Krankheit bewältigen können.

Orem (1997) bringt den Aspekt „Personal- und Zeitmangel“ mit der Befriedigung aller Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen in Verbindung. Wegen des Personals- bzw. Zeitmangels ist es für Pflegepersonen nicht möglich, auf einer Station mit z. B. 20 Patienten/Patientinnen, alle Bedürfnisse der Individuen zu befriedigen. Hierbei stellt sich die Frage, was wichtiger ist: Der Versuch alle Bedürfnisse zu befriedigen oder

der Versuch nur gewisse Wünsche, aber diese mit vollem Einsatz, zu erfüllen – ähnliche Inhalte wurden auch in den Theorien von Roy (Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) gefunden.

In den Studien befassen sich nur Beckstrand et al. (2006) mit dem Thema „Personal- und Zeitmangel“. Eine Pflegekraft behauptet in dieser Studie, dass sie wegen zu wenig Personal, den Patienten/Patientinnen nicht die Zeit schenken kann, die sie verdienen, um eine adäquate Pflege gewährleisten zu können. Ein Studienteilnehmer/eine Studienteilnehmerin geht noch einen Schritt weiter, indem er/sie sagt, dass so viel Personal zur Verfügung gestellt werden muss, damit für sterbende Personen eine 1:1-Betreuung ermöglicht werden kann, wodurch eine Pflegeperson von all ihren Aufgaben befreit wird und nur für diesen einen Patienten/diese eine Patientin zuständig ist, um all seine/ihre Bedürfnisse befriedigen zu können – somit kann der Patient/die Patientin in Würde sterben.

Das Niveau der Unabhängigkeit ist für jedes Individuum unabdingbar

Das Thema „Abhängigkeit/Unabhängigkeit“ wird in den Theorien von Orem (1997) , Roy (1970; 1984; 1984b; Aggleton & Chalmers, 1984; Akinsanya et al., 1997; Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) nicht direkt angesprochen. Orem (1997) bestärkt jedoch den Aspekt der Unabhängigkeit, da sie in ihrer Theorie die Patienten/Patientinnen anregt bzw. motiviert, selbstständig und im bestmöglichen Ausmaß zu versuchen, die alltäglichen Aktivitäten zu erledigen, um seine/ihre Unabhängigkeit zu schützen. Dadurch wird das Selbstwertgefühl des Patienten/der Patientin gesteigert und seine/ihre Würde gefördert, da er/sie bewusst wahrnimmt, wie sich durch seine/ihre Tätigkeiten das Wohlbefinden verbessert.

Das Niveau der Unabhängigkeit wird in Chochinovs Review (2006) erwähnt, welches durch die Fähigkeiten bestimmt wird, wie alltägliche Aktivitäten und Tätigkeiten von Patienten/Patientinnen ausgeführt werden können. Auch in Pleschbergers Studie (2007) findet sich der Aspekt Abhängigkeit/Unabhängigkeit. Die Würde von Patienten/Patientinnen wird nicht mehr gewahrt, sobald sie diese Tätigkeiten nicht mehr selbstständig ausüben können, da sie sich minderwertig und abhängig fühlen.

Der Patient/die Patientin muss sich an die gegebenen Lebensumstände anpassen

Mit diesem Statement haben sich nur Roy (Roy & Andrews, 2008) und Chochinov (2006) befasst. In Roys (Roy & Andrews, 2008) Theorie geht es darum, sich mit Hilfe der Adaptation, an neue Umstände oder Situationen anzupassen, wodurch ein Sterben in Würde ermöglicht wird. Aus dem Review von Chochinov (2006) wird ebenfalls ersichtlich, dass jedes Individuum sich den neuen Lebensumständen anpassen soll, jedoch muss es sich vorher damit abfinden, dass sich etwas ändern wird.

Jedes Individuum soll seinem Gegenüber unvoreingenommen begegnen

Vorurteilsfrei pflegen oder dem Gegenüber unvoreingenommen entgegen zu treten, sind Aspekte, die nur in Orem's Theorie (1997) und in Chochinov's Review (2006) behandelt werden.

Chochinov (2006) bezieht sich auf sein Modell, insbesondere auf die dritte Hauptkategorie „Wahrung der Würde während Interaktionen“, denn die Wahrung der Würde hängt unter anderem von der Einstellung und dem Verhalten des Pflegepersonals gegenüber dem Patienten/der Patientin ab, z. B. ob die Pflegekraft seinen Gegenüber sympathisch findet oder nicht.

Orem (1997) widmet sich in ihrer Theorie der Methode des Helfens, welche unter anderem Schwerpunkte wie „agieren“, „anleiten“ oder „unterstützen“ beinhaltet. Diese Punkte können Auswirkungen auf die Würde von Menschen haben, wenn sie nicht unvoreingenommen ausgeübt werden. Pflegepersonen dürfen nicht auf die Meinung anderer Kollegen oder Kolleginnen beharren, sondern sollen sich selbst ein Bild des Patienten/der Patientin machen, um eine adäquate und somit würdevolle Pflege gewährleisten zu können.

Pflegepersonen haben die Aufgabe Gespräche mit Patienten/Patientinnen zu führen

In der Studie von Steinhauser et al. (2000) wird dieses Statement damit verbunden, dass Patienten/Patientinnen das Bedürfnis haben, sich so gut wie möglich auf den Tod vorbereiten zu können. Mit Hilfe von Gesprächen und somit den Erhalt von

wichtigen Informationen über die Krankheit und ihren Verlauf, wird dieses Bedürfnis befriedigt, wodurch ein guter Tod und daraus folgend Sterben in Würde ermöglicht wird. In der Studie von Beckstrand et al. (2006) bezieht sich diese Aussage auf Ärzte und Ärztinnen, welche den Tod eines Patienten/einer Patientin als persönliches Versagen sehen. Sie führen keine Gespräche mit den erkrankten Personen, nehmen demnach keine Rücksicht auf deren Bedürfnisse, Meinungen und entscheiden, ohne die Patienten/Patientinnen mit einzubeziehen – dies führt zum Würdeverlust. Anders in der Studie von Steinhauser et al. (2000), in der Gespräche mit den erkrankten Personen geführt werden, um sie dadurch in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Ein Patient/eine Patientin drückt dies so aus, dass es um sein/ihr Leben, seine/ihre Erkrankung und auch um den Krankheitsverlauf geht und er/sie das Recht hat, selbstständig Entscheidungen zu treffen. Dadurch fühlt sich der/die Erkrankte in seiner/ihrer Position gestärkt, wodurch seine/ihre Würde gefördert wird. In der Theorie von Roy (Roy & Andrews, 2008) wird ebenfalls die Wichtigkeit von Gesprächen erwähnt. Die Aufgaben des Pflegepersonals bestehen darin, dem Patienten/der Patientin zuzuhören, erkunden, welche Bedürfnisse er/sie hat und ihn/sie in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Durch das Führen von Gesprächen fühlt sich der Patient/die Patientin ernst genommen, nimmt bewusst wahr, dass er/sie im Mittelpunkt steht und seine/ihre Bedürfnisse und Meinungen berücksichtigt werden – ähnliche Inhalte wurden auch in den Theorien von Orem (1997) und Neuman (Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) gefunden.

Jedes Individuum muss als ganze Person wahrgenommen werden

Dieses Statement behandeln alle Theoretikerinnen sowie wird es in den Studien von Chochinov (2006) und Steinhauser et al. (2000) näher erläutert. In der Theorie von Roy (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) wird dieses Statement sowohl für den Patienten/die Patientin als auch für Pflegepersonen benutzt. Jeder/jede soll seinem/ihrer gegenüber Liebe, Respekt und Wertschätzung entgegenbringen. Dies zeigt, dass jedes Individuum geachtet wird, wodurch auch die Wahrung der Würde ermöglicht wird. Orem (1997) sieht es ähnlich wie Roy (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008), indem sie anführt, dass der Patient/die Patientin im Mittelpunkt steht, nicht zum Objekt degradiert, sowie respektvoll und anerkennend behandelt werden muss. Dies wird auch durch die Einbeziehung des

Individuums in die Entscheidungsfindung erreicht. Das Ziel von Neumans (Meleis, 1999; Neuman, 2008) Theorie ist es, optimales Wohlbefinden zu erlangen. Optimales Wohlbefinden wird jedoch nur dann erreicht, wenn der Klient/die Klientin als ganze Person wahrgenommen und nicht zum Objekt degradiert wird.

In den Studien von Chochinov (2006) und Steinhauser et al. (2000) hat dieses Statement eine ähnliche Bedeutung wie in den Theorien von Orem (1997), Roy (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Meleis, 1999; Neuman, 2008). In Chochinovs Review (2006) heißt es, dass das Pflegepersonal wissen muss, was für den Patienten/die Patientin wichtig ist. Dies bedeutet nichts anderes als, die Wünsche und Bedürfnisse der erkrankten Personen zu kennen und zu berücksichtigen. Jedoch ist es von großer Wichtigkeit zu wissen, wer eigentlich der Patient/die Patientin ist und welchen Standpunkt er/sie zum Thema „würdevolle Pflege“ vertritt. Um das Individuum als ganze Person wahrnehmen zu können, muss das Pflegepersonal bestimmte Ansichtspunkte hinterfragen, wie z. B. ob dem Patienten/der Patientin ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird oder ob er/sie in die Entscheidungsfindung mit einbezogen wird oder nicht. Erst dann kann die Würde der Erkrankten gewahrt werden. In der Studie von Steinhauser et al. (2000) möchten die erkrankten Individuen ebenfalls als ganze Person wahrgenommen werden. Dies wird erreicht, sofern sich das Pflegepersonal in die Patienten/Patientinnen hinein fühlen kann. Dadurch werden die Betroffenen bestärkt Fragen zu stellen und können sicher sein, dass ihnen auf respektvolle Art geantwortet werden wird.

6. Fazit (Mörth und Hauzeneder)

In den sechs Theorien, die wir auf die Würde von Patienten/Patientinnen untersucht haben, sind einige gute Ansätze gefunden worden, die es wert wären, in den Pflegealltag integriert zu werden. In der Realität sind diese allerdings nicht ohne weiteres umsetzbar, da zu viel Zeit und Personal mit diesen Ansätzen verbunden wären, oder in den Krankenhaus- oder Pflegeheimalltag vermutlich nicht einfach integriert werden können. So ist nach Travelbee (1971) das Ziel der Pflege, den Patienten/Patientinnen zu helfen, Sinn in ihrer Erkrankung zu finden, jedoch ist damit viel Zeit- und Personalaufwand verbunden, die im Pflegealltag fehlen. Roy (1971; Akinsanya, 1997; Roy & Andrews, 2008) und Neuman (Fawcett, 1998; Meleis, 1999; Kühne-Ponesch, 2004; Neuman, 2008) erklären in ihren Theorien, dass es die Aufgabe der Pflegepersonen ist, sämtliche Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen zu befriedigen, doch auch dies ist im Pflegealltag nur erschwert durchführbar. Zu viele bedürftige Personen mit den unterschiedlichsten Wünschen befinden sich auf einer Station, allen nachzukommen ist nicht einfach. Orem (1997) meint dazu, dass es nicht notwendig ist, sämtliche Bedürfnisse der Patienten/Patientinnen zu befriedigen, sondern, dass es ausreicht, wenn die wichtigsten befriedigt werden. Dies entspricht einem Kompromiss und kann gut im Pflegealltag umgesetzt werden und lässt sich dies auch auf das Ziel der Pflege von Travelbee erweitern. So kann vielleicht nicht jedem Patienten/jeder Patientin ein Sinn in seiner/ihrer Krankheit vermittelt werden, aber eine authentische Pflegeperson kann vielen erkrankten Personen helfen, Hoffnung zu geben. Dies ist nicht gleichbedeutend mit einer Sinnfindung, aber hilft vielleicht, ihr Wohlbefinden zu stärken.

Viele Pflegeheime und Krankenhäuser haben sich verschiedene Theorien zum Pflegeleitbild gemacht, um eine umfassende ganzheitliche Pflege gewährleisten zu können. Neben der Genesung, Heilung oder Linderung von Schmerzen ist aber auch das Wahren der Würde der Patienten/Patientinnen ein sehr wichtiges Thema, insbesondere auch beim Pflegeleitbild der jeweiligen Institution. Allerdings haben wir festgestellt, dass nur Watson (1996) in ihrer Theorie öfter als dreimal explizit auf Würde eingeht. Die meisten und auch durchwegs interessantesten Würdebezüge sind implizit zu finden. Aus diesem Grund ist es notwendig, das entsprechende Pflegeleitbild, das sich an einer Pflegetheorie orientiert, auf implizite Würdebezüge zu untersuchen. In unseren Theorien konnten wir lediglich zweiundzwanzig explizite

Erwähnungen des Würdebegriffs finden, während diesen dreiundneunzig implizite Würdebezüge gegenüberstehen.

Watson (1996) und Roy,(1984) sowie Suominen et al. (2009) geben in der jeweiligen Theorie und Studie an, dass es die Aufgabe der Pflege ist, die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren. Dieser Ansatz scheint auf den ersten Blick philanthropisch, bei näherer Betrachtung aber eher irritierend. Für das Wohlergehen eines Patienten/einer Patientin sind verschiedene Personen, unterschiedlicher Disziplinen, auf einer Station verantwortlich. Viele Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems tragen dazu bei, dass die Würde gewahrt wird – diesen das Recht abzusprechen, auch einen Beitrag leisten zu dürfen, sodass die Würde der erkrankten Person gewahrt wird, ist egoistisch und anmaßend.

In der Theorie von Travelbee (1971) werden Gründe angeführt, warum die Würde verletzt wird. Auch Paterson und Zderad (1999) führen in ihrer Theorie an, dass es nicht immer möglich ist, die Würde zu wahren und dies letzten Endes auch nicht so schlimm ist, da dies einen neuen Weg zu Erkenntnissen darstellen kann. In den Studien von Woogara (2005) und Suominen et al. (2009) werden auch Routine und Personalmangel angeführt, wodurch die Würde von Patienten/Patientinnen verletzt wird. In Woogaras Studie (2005) erklären Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonen und Patienten/Patientinnen, dass die medizinische Versorgung wichtiger ist, als das Wahren der Privatsphäre und Würde. All diese Gründe erschweren eine adäquate, würdevolle und respektvolle Pflege. Nichtsdestotrotz muss versucht werden, die Würde der Patienten/Patientinnen zu wahren. Letzten Endes kann man immer entschuldige Gründe für das eigene Handeln finden, weshalb es in der jeweiligen Situation nicht möglich ist, die Würde zu wahren. Oft reichen aber schon Kleinigkeiten aus, damit die Würde und auch die Privatsphäre gewahrt werden, wie z. B. das sorgfältige Zuziehen des Vorhangs um das Patientenbett.

Watson (1996) behauptet an mehreren Stellen in ihrer Theorie, dass Ärzte/Ärztinnen regelmäßig aus unterschiedlichen Gründen die Würde der Patienten/Patientinnen verletzen, die Pflegepersonen aber sind diejenigen, die alles Menschenmögliche tun, um die Würde zu wahren. Diese Schuldzuweisungen und das damit verbundene Schwarz-Weiß-Denken sind unnötig. Letztlich sind wir alle Menschen und Menschen machen Fehler, manche sind schwerer, manche weniger. Dies soll nicht bedeuten, dass es entschuldigbar ist, wenn im Pflegealltag die Würde der Patienten/Patientinnen verletzt wird. Das Gegenteil ist der Fall. Statt anderen Schuld zuzuweisen ist es

besser, wenn die Krankenhausleitung oder die Stationsleitung oder innerhalb eines Pflorgeteams, gemeinsam unter Einbeziehung aller Disziplinen, festgelegt wird, welche Maßnahmen gesetzt werden können, um die Würde zu wahren und wie mit Würdeverletzungen umzugehen ist. Das Verhalten kann in einer Teamsitzung gegebenenfalls unter Supervision reflexiv besprochen werden. Dies gilt natürlich für kleinere Würdeverletzungen und nicht für jene Missstände und Pflegeskandale, die in den letzten Jahren aufgetreten sind.

Nachdem wir den Begriff Würde aus unterschiedlichen Richtungen betrachtet haben und ihn in Theorien und Studien untersucht haben, können wir sagen, dass Würde immer ein abstrakter und subjektiver Begriff sein wird und für jeden etwas anderes im Vordergrund steht. Für den einen ist Respekt und Anerkennung am wichtigsten, für die nächste vorurteilsfreie Behandlung und Wahrnehmung der Individualität, für den nächsten Wertschätzung und Akzeptanz der Entscheidungsfreiheit, usw. Aus diesem Grund ist es unablässig, wenn eine würdevolle Pflege stattfinden soll, dass gemeinsam, unter Einbeziehung sämtlicher Disziplinen, erarbeitet wird, was Würde bedeutet. Ansonsten kann bei Unsicherheiten auch die «Goldene Regel» herangezogen werden. Immerhin stellt sie eine kleine Richtlinie dar, an der man sich orientieren kann, wenn weniger Abstraktheit, mehr Praktikabilität und ein Grundsatz gesucht werden, der in die Pflegehandlungen einfließen kann.

Wie bereits beschrieben, gibt es nur wenige Studien, die sich mit chronischen Krankheiten und gleichzeitig auch mit der Würde der Patienten/Patientinnen befassen, während es unzählige Studien gibt, die Sterben in Würde zum Thema haben. Dies erscheint verwunderlich, nicht nur weil in der heutigen Zeit durch medizinische und technologische Fortschritte die Lebensdauer weiter verlängert wird und gleichzeitig mehr Personen chronisch erkranken, sondern auch weil dem Sterben in Würde meistens eine chronische Krankheit vorausgeht.

Aus diesem Grund ist es unablässig, dass in diese Richtung weiter geforscht wird und gleichzeitig auch Theorien, die in Pflegeleitbildern verankert sind, intensiver nach der Würde von Patienten/Patientinnen untersucht werden, um einen ganzheitlicheren und würdevolleren Pflegeansatz entwickeln zu können.

Literaturverzeichnis

Aggleton, P. & Chalmers, H. (1984). The Roy adaptation model. *Nursing Times*, 80(40), 45-48

Akinsanya, J., Cox, G., Crouch, C. & Fletcher L. (1997). Pflege nach Roy. Freiburg im Breisgau: Verlag Lambertus

American Nurses' Association (1980). Social policy statement. Kansas City, MO: American Nurses' Association. In J., Watson. (1996), Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Verlag Hans Huber

Ashing-Giwa, K., Kagawa-Singer, M., Padilla, G., Tejero, J., Hsiao, E., Chhabra, R., Martinez, L. & Tucker, M. (2004). The impact of Cervical Cancer and Dysplasia: A qualitative, multiethnic Study. *Psychooncology*, 13(10), 709-728

Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 23–37

Baumgartner, H., Heinemann, Th., Honnefelder, L., Wickler, W. & Wildfeuer, A. (2009). Menschenwürde und Lebensschutz. Philosophische Aspekte. In Rager, G. (Hrsg), Beginn, Persönlichkeit und Würde des Menschen, S. 333-445, Freiburg/München: Verlag Karl Alber

Beckstrand, R., Callister, L. & Kirchhoff, K. (2006). Providing a „Good Death“: Critical Care Nurses' suggestions for improving End-of-Life Care. *Am J Crit Care*, 15(1), 38-45

Bund-Niederösterreich Patientencharta (2002). Abschnitt 1 Grundsätzliches. Artikel 2. Zugriff am 28.03.2011 unter <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40027716&ResultFunctionToken=2f8fc073-8893-4905-b087-7e29f4482239&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=22.03.2010&ImRisSeite=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=patientencharta>

Bund-Niederösterreich Patientencharta (2002). Abschnitt 2 Recht auf Behandlung und Pflege. Artikel 4. Zugriff am 28.03.2011 unter <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40027718&ResultFunctionToken=2f8fc073-8893-4905-b087-7e29f4482239&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=22.03.2010&ImRisSeite=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=patientencharta>

Chochinov, H. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in palliative End-of-Life Care. *CA Cancer J Clin*, 56(2), 84-103

Dammann, V. (2009). Skandal im Pflegeheim – Weiteres Schock-Video aufgetaucht. Zugriff am 30.03.2011 unter www.blick.ch/news/schweiz/zuerich/weiteres-schock-video-aufgetaucht-113170

Fawcett, J. (1998). Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern: Verlag Hans Huber

Fussek, C. & Loerzer, S. (2005). Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder

Gadow, S. (1984). Existential advocacy as a form of caring; Technology, truth, and touch. Paper presented to the Research Seminar Series: The Development of Nursing as a Human Science. School of Nursing. University of Colorado Health Sciences Center, Denver. In Watson, J. (1996). *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Bern: Verlag Hans Huber

GuKG (1997). Abschnitt 2 Berufspflichten, Allgemeine Berufspflichten. Artikel 4. Zugriff am 28.03.2011 unter

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12140575&ResultFunctionToken=0985bf04-9780-4878-b6be-40f70e9621fa&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=22.03.2010&ImRisSeite=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=GuKG>

GuKG (2009). Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich. Artikel 14. Zugriff am 28.03.2011 unter

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40113498&ResultFunctionToken=0985bf04-9780-4878-b6be-40f70e9621fa&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=22.03.2010&ImRisSeite=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=GuKG>

Helson, H. (1964). Adaptation-Level Theory. New York: Harper and Row. In C. Roy (1970), *Adaptation: A conceptual framework for nursing*. *Nursing Outlook*, 18(3), 42-45

ICN-Ethikkodex für Pflegende (2005). Zugriff am 29.03.2011 unter http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Dokumente/ICN%20Ethikkodex_DE_2010.pdf

KAKuG (1993). Patientenrechte. Artikel 5a. Zugriff am 28.03.2011 unter <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12130343&ResultFunctionToken=c1e6c761-cc85-4b6e-89f4-79f57293413e&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=22.03.2010&ImRisSeite=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=Kakug>

Körtner, U. (2004). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Kühne-Ponesch, S. (2004). Modelle und Theorien in der Pflege. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayr, Ch. (2007). „Patienten wie wilde Tiere gehalten“. Zugriff am 30.03.2011 unter <http://www.wienerzeitung.at/DesktopDefault.aspx?TabID=3902&Alias=wzo&cob=317185>

Meleis, A. (1999). Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber

N.N. (2009). Skandalheim Entlisberg – Aus „Blödsinn“ Alte gequält. Zugriff am 30.03.2011 unter www.blick.ch/news/schweiz/zuerich/aus-bloedsinn-alte-gequaelt-135454

Neuman, B. (2008). Pflege und die Systemperspektive. In D., Schaeffer, M., Moers, H., Steppe, & A., Meleis, (Hrsg.), Pflegetheorien, Beispiele aus den USA (S. 197-226). Bern: Verlag Hans Huber

Orem, D. (1997). Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby

Paterson, J. & Zderad, L. (1999). *Humanistische Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber

Paterson, J. & Zderad, L. (2007): *Humanistic Nursing*. Zugriff am 10. November 2010 unter <http://www.gutenberg.org/files/25020/25020-8.txt>

Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing*, 36, 197-202

Rappold, E. (2007). *Aufgabe Diabetes: Eine qualitative Studie über die extramurale Pflege von Menschen mit Typ-2-Diabetes*. Wien: Verlag Facultas

Redaktion (2003). *Klagen jahrelang ohne Erfolg*. Zugriff am 30.03.2011 unter <http://derstandard.at/1411233>

Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 – Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Zugriff am 28.03.2011 unter <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centred framework. In S., Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science* (Vol. 3). New York: McGraw – Hill, S. 200. In J., Watson, (1996). *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Bern: Verlag Hans Huber

Roy, C. (1970). *Adaptation: A conceptual framework for nursing*. *Nursing Outlook*, 18(3), 42-45

Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. In A., Meleis (1999), *Pflegetheorie, Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber

Roy, C. (1984b). Introduction to nursing: An adaptation model (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. In C., Roy & H., Andrews (2008). Das Adaptationsmodell. In D., Schaeffer, M., Moers, H., Steppe & A., Meleis (Hrsg.), *Pflegetheorien, Beispiele aus den USA*, Bern: Verlag Hans Huber

Roy, C. & Andrews, H. (2008). Das Adaptationsmodell. In D., Schaeffer, M., Moers, H., Steppe, & A., Meleis, (Hrsg.), *Pflegetheorien, Beispiele aus den USA* (S. 227-249). Bern: Verlag Hans Huber

Schiller, F. Die Künstler. Zugriff am 30.03.2011 unter

<http://www.schiller-institut.de/seiten/friedrichschiller/gedicht2.htm#Künstler>

Steinhauser, K., Christakis, N. & Clipp, E. et al. (2000). Factors considered important at the End of Life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476-2482

Steinhauser, K., Clipp, E., McNeilly, M., Christakis, N., McIntyre, L. & Tulsky, J. (2000). In Search of a Good Death: Observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132(10), 825-832

Stowasser, J., Petschnig, M. & Skutsch, F. (1998). Stowasser: lateinisch-deutsches Schulwörterbuch. Wien: Verlag Holder-Pichler-Tempsky

Strätling-Tölle, H. (Hrsg.) (2000). 50 Tage intensiv. oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Sundin, K., Bruce, E. & Barremo, A. (2010). Elderly women's experience of support when living with congestive heart failure. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5, 5064-5073

Suominen, T., Koponen, N., Staniulienė, V., Istomina, N., Aro, I., Kisper-Hint, I., Vänskä, M. & Välimäki, M. (2009). Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scand J Caring Sci*, 23, 282-289

Tiedemann, P. (2006). Der Begriff der Menschenwürde. Eine Anfrage an die Sozialphilosophie. Zugriff am 30.03.2011 unter <http://www.jp.philo.at/texte/TiedemannP1.pdf>

Travelbee, J. (1971). Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company

Valentiner, T. (Hrsg.) (2008). Immanuel Kant. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH & Co.

Verfassung der WHO (2009). Zugriff am 17.12.2010 unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

Watson, J. (1985). 10 carative Factors. Zugriff am 11. Oktober 2010 unter <http://www.angelfire.com/bc3/nursinginquiry/carative.htm>

Watson, J. (1996). Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Verlag Hans Huber

Wesche, E. (2008). Die Goldene Regel. Zugriff am 30.03.2011 unter http://www.ethik-werkstatt.de/Goldene_Regel.htm#Kritische_Beurteilung

Woogara, J. (2005). Privacy and Dignity of Cancer Patients: A qualitative study of Patients Privacy in UK National Health Service Patient Care Settings. *J Cancer Educ*, 20, 119-123

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Schema eines Systems, Roy & Andrews, 2008, S. 228	79
Abbildung 2: Schema des individuell adaptiven Systems, Roy & Andrews, 2008, S. 229	80
Abbildung 3: Das Systemmodell von Neuman, Neuman, 2008, S. 199.....	92
Abbildung 4: Der Klient/Die Klientin, Neuman, 2008, S. 216	93
Tabelle 1: Gegenüberstellung - "Würde" in Pflge-theorien.....	121
Tabelle 2: Studien zum Thema "Sterben in Würde"	134
Tabelle 3: Studien zum Thema "Würde von Menschen mit chronischen Krankheiten"	136

Anhang

Abstract (Mörth und Hauzeneder)

Diese Literaturstudie untersucht die „Care“-Theorien von Watson, Paterson und Zderad und Travelbee, sowie die Theorien zu gestörten Funktionen von Roy, Neuman und Orem auf explizite, vor allem aber auf implizite Aussagen zur Würde von Patienten/Patientinnen. Diese Ergebnisse werden miteinander verglichen und anschließend auf Ähnlichkeiten oder Unterschiede mit Studien zu den Themen „Sterben in Würde“ und „Würde von chronisch kranken Menschen“ untersucht, um festzustellen, wie sich der theoretische Würdebegriff zur Empirie verhält. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Würde unter anderem gewahrt werden kann, wenn die Arbeitsroutine der Pflegepersonen durchbrochen wird, indem der Patient/die Patientin als ganzheitliches Individuum wahrgenommen und sowohl auf seine/ihre Bedürfnisse als auch auf die der Pflegeperson selbst, eingegangen wird. Auch ein wertschätzender und respektvoller Umgang trägt zu einer würdevollen Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient/Patientin bei.

The aim of this diploma thesis is to explore on the one hand, the “Care-Theories” developed by Watson, Paterson and Zderad as well as Travelbee and how they describe dignity in their nursing theories explicitly and implicitly and on the other hand, the “Theories of Impaired Functions” developed by Roy, Neuman and Orem and how they elaborate on dignity in their nursing theories explicitly and implicitly. These results will be compared and subsequently similarities and differences with studies about “dignity in chronic diseases” and “dying in dignity” are going to be explored. The objective is to determine whether the theoretical framework of dignity is similar or different to the dignity described in the studies. Many results have been found, dignity can for example be maintained when nurses try to break out of their daily routine at working treating the patient in a holistic way as a unique person whilst responding to the patient’s as well as the nurse’s needs. Furthermore, dignity can be maintained, when the relation between patient and nurse is characterized by value, respect and esteem.

Curricula Vitae

Marie-Christine Mörth

Persönliche Daten

geboren am 27. Jänner 1985, in Wien

Ausbildung

1996 – 2003 BG/BRG Tulln

2003 – 2005 abgebrochenes Studium der Rechtswissenschaften

2005 – 2011 abgeschlossenes Studium der Pflegewissenschaften

Wahlpflichtfachs Schwerpunkt Pflege

2010/2011 Gebärdensprache Anfänger 1, Anfänger 2 und Fortgeschrittene 1

Seit 2011 Gebärdensprache Fortgeschrittene 2

Beruflicher Werdegang

2002 - 2008 Mitarbeiterin der Firma Anzböck & Brait Rechtsanwälte GmbH

Seit 2008 Mitarbeiterin der Firma Manuela Neumayer

Tobias Christian Hauzeneder

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 16.05.1985

Geburtsort: Ried im Innkreis

Ausbildung

2005-2011: Studium Pflegewissenschaft
Wahlpflichtfachscherpunkt: Pflege

1999-2004: HTL–Wels, Elektrotechnik

1995-1999: Gymnasium in Ried/I.

Zivildienst

01.10.2004-31.09.2005: Lebenshilfe Ried im Innkreis

Beruflicher Werdegang

05.02.07-23.02.07: Praktikum Lebenshilfe Ried/I.

01.08.07–31.08.07: Praktikum Geriatriezentrum am Wienerwald

Seit 01.10.10: Behindertenbetreuer, Lebenshilfe Oberwölbling