

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Theses

**Das Patient_innen-Erleben bei der Verwendung des Toilettenstuhls
im Akutkrankenhaus**

verfasst von / submitted by

Tobias Haas, BSc

Angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the de-
gree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft UG2002

Betreut von / Supervisor:

Drⁱⁿ. Daniela Hayder-Beichel

Kurzfassung:

Hintergrund: Der Toilettenstuhl ist ein vielfach verwendetes Hilfsmittel zur Ausscheidung, welches in unterschiedlichen Pflegekontexten zum Einsatz kommt. Ein Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus stellt für Patient_innen eine belastende Situation erhöhter Vulnerabilität dar. Im Rahmen der klinischen Pflege kommt der Toilettenstuhl oftmals selbstverständlich zum Einsatz. Über das Erleben der Patient_innen bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer einer Normalstation im Akutkrankenhaus ist wenig bekannt.

Forschungsfrage: In der vorliegenden Masterarbeit wurde der Frage nachgegangen, wie Patient_innen im Akutkrankenhaus die Verwendung des Toilettenstuhls erleben. Neben dem allgemeinen Erleben wurde ein besonderer Fokus auf Aspekte der Privatsphäre, der Würde und der Autonomie gelegt.

Methode: Zur Datenerhebung wurden zwölf qualitative Interviews auf Basis des problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) geführt. Die Datenanalyse erfolgte mittels der *Thematic Analysis* nach Braun und Clarke (2013).

Ergebnisse: Zur Beschreibung des Erlebens der Verwendung des Toilettenstuhls im Akutkrankenhaus konnten fünf Themen identifiziert werden.

1. Der Toilettenstuhl – Die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial. **2.** Der Toilettenstuhl muss sicher sein. **3.** „Das ist halt kein würdevoller Anblick“. Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer. **4.** Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem. **5.** Wollen und Müssen – Der Toilettenstuhl zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung.

Schlussfolgerung: Das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls gestaltet sich nicht homogen, sondern sehr individuell. Es zeigt sich aber, dass Patient_innen genaue Vorstellungen und Anforderungen haben, welche sich vor allem auf die Konstruktion, die Sicherheit, die Privatsphäre, sowie die Selbständigkeit beziehen. Als wichtigste Implikation für die Pflegepraxis kann die Erkenntnis dienen, dass die Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse der Patient_innen ausführlicher Kommunikation bedürfen und der Einsatz des Toilettenstuhls individuell gestaltet werden muss.

Abstract:

Background: The toilet chair also known as commode chair is a frequently used aid for excretion, which has a purpose in different care-settings. The situation of an acute hospital stay can be very incriminating and leaves patients in a vulnerable state. Clinical nursing naturally uses the toilet chair quite often. Only little is known about patients' experience with using the toilet chair while staying in multi-bed-rooms of an acute-care-hospital.

Aim: The aim of the Master's thesis on hand has been to describe patients' experience when using a toilet chair in the acute-care hospital. Apart from the general experience there has been paid special attention on aspects concerning privacy, dignity and autonomy.

Methods: The collected data was gained by performing twelve qualitative interviews following the guidelines of Witzel's (2000) problem-centered interview. Data analysis was conducted by using the Thematic Analysis by Braun and Clarke (2013).

Results: Five major themes describing patients' experience of using the toilet chair in the acute-care hospital could be identified.

- 1.** The toilet chair – the best alternative with potential for improvement.
- 2.** The toilet chair must be safe.
- 3.** "This is no dignified sight" – Privacy and using the toilet chair in a multi-bed room.
- 4.** Independence as a potential and dependence as a problem.
- 5.** Desires and obligations – the toilet chair between self-determination and outside control.

Conclusion: Patients' experience when using a toilet chair cannot be described homogeneously. It takes an individual approach. Nevertheless, it is shown, that patients have precise ideas and demands, which present themselves primarily concerning the stools construction, privacy, and independence. The major implication for nursing-practice might be that identifying the patients' ideas, desires and requirements can only be achieved by proper means of patient-nurse communication. Also, the deployment of the toilet chair must be considered wisely and individually.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung:	3
Abstract:	4
1. Einleitung und Vorbemerkungen	7
2. Forschungsinteresse, Forschungsstand und theoretischer Hintergrund	9
2.1. Forschungsinteresse	9
2.2. Literaturrecherche und Rechercheergebnisse	9
2.2.1. Der Toilettenstuhl in der Pflegefachliteratur	10
2.2.2. Der Toilettenstuhl im Fokus der Pflegeforschung und der aktuelle Forschungsstand.....	13
2.3. Die Forschungsfrage	15
2.4. Theoretischer Hintergrund	18
3. Methodik	24
3.1. Forschungsdesign und Datenerhebung	24
3.2. Fallauswahl	27
3.3. Ablauf der Interviews	30
3.4. Datenauswertung.....	31
3.5. Hilfsmittel.....	35
3.6. Ethische Prinzipien	35
3.7. Gütekriterien qualitativer Forschung.....	36
4. Ergebnisse	40
4.1. Der Toilettenstuhl – Die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial	40
4.1.1. Bewertung des Toilettenstuhls an sich	41
4.1.2. Nur das WC ist besser als der Toilettenstuhl – die Bewertung von Alternativen..	42
4.1.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas: „Der Toilettenstuhl – Die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial“	45
4.2. Der Toilettenstuhl muss sicher sein.....	46
4.2.1. Sich bei der Verwendung sicher fühlen	46
4.2.2. Sich bei der Verwendung unsicher fühlen	47
4.2.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas „Der Toilettenstuhl muss sicher sein“.....	48
4.3. „Das ist halt kein würdevoller Anblick“. Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer	48
4.3.1. Die Verwendung des Toilettenstuhls beeinträchtigt die Privatsphäre	49
4.3.2. Der Einschnitt in die Privatsphäre ist kein Problem.....	57
4.3.3. Zusammenfassung des Themas: „Das ist halt kein würdevoller Anblick“ – Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehr-bettzimmer	63
4.4. Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem	64
4.4.1. Der Toilettenstuhl erweitert die Selbständigkeit.	64
4.4.2. Der Toilettenstuhl schränkt die Selbständigkeit ein.....	67

4.4.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas „Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem“	71
4.5. Wollen und Müssen – Der Toilettenstuhl zwischen Selbst- und Fremdbestimmung ...	72
4.5.1. Selbstbestimmte Verwendung wird erlebt.	72
4.5.2. Fremdbestimmung bei der Verwendung wird erlebt.....	77
4.5.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas „Wollen und Müssen“ – Der Toilettenstuhl zwischen Selbst- und Fremdbestimmung	81
4.6. Grafische Darstellung der identifizierten Themen	83
5. Diskussion	88
5.1. Die Bewertung des Toilettenstuhls und die Diskussion der Alternativen zum Toilettenstuhl	88
5.1.1. Die Bewertung des Toilettenstuhls an sich.....	88
5.1.2. „Nur das WC ist besser als der Toilettenstuhl.“ Diskussion der Alternativen und des Verbesserungspotenzials	90
5.2. Der Toilettenstuhl und die Sicherheit.....	91
5.3. Würde und Privatsphäre	92
5.3.1. Warum die Verletzung der Privatsphäre unangenehm sein kann	94
5.3.2. Warum der Einschnitt in die Privatsphäre unproblematisch sein kann	96
5.4. Aspekte der Patient_innen-Autonomie	99
5.4.1. Selbständigkeit und Unterstützung	100
5.4.2. Selbständigkeit und Selbstbestimmung	102
5.4.3. Wollen und Müssen – Selbst- und Fremdbestimmung.....	102
5.4.4. Autonomie – Gratwanderung für Patient_innen.....	105
5.5. Conclusio.....	106
6. Implikationen für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung	109
6.1. Implikationen für die Pflegepraxis	109
6.2. Implikationen für die Pflegeforschung.....	114
7. Limitationen	116
7.1. Rekrutierung der Interviewpartner_innen	116
7.2. Limitationen der Literatur und des theoretischen Hintergrunds	118
7.3. Limitationen der Methodik.....	119
7.4. Limitation der Reichweite der Ergebnisse	119
7.5. Persönliche Limitationen des Forschers.....	119
8. Literaturverzeichnis	121
9. Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis:	125
10. Anhang	126

1. Einleitung und Vorbemerkungen

Unter all jenen Gegenständen, die den Alltag der intra- und extramuralen Pflege begleiten, ist der Toilettenstuhl vermutlich einer, mit welchem nahezu jede Pflegeperson im Rahmen der Ausbildung oder der beruflichen Praxis bereits zu tun hatte. Auch fast allen Menschen, die jemals als Patient_in einen Krankenhausaufenthalt erlebt haben, wird er bekannt sein. Der Toilettenstuhl, der für Pfleger_innen ein alltägliches Hilfsmittel zur unterstützten Ausscheidung der Patient_innen ist, hat womöglich für Patient_innen eine erweiterte oder vollständig andere Bedeutung. Die Wahrnehmung der Patient_innen sollte maßgebend für die Entscheidung zur Verwendung des Toilettenstuhls als pflegerisches Hilfsmittel sein. Im pflegerischen Alltag können Patient_innenpräferenzen, Verletzungen der Privatsphäre oder Einschränkungen der Autonomie im Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls untergehen. Die persönliche Einstellung von Patient_innen zum Toilettenstuhl, Prioritäten und Wünsche der Patient_innen können in der pflegerischen Beziehung und damit zusammenhängenden Interaktionen zu Irritationen auf beiden Seiten führen. Um den Toilettenstuhl so einzusetzen, dass er seinen Zweck erfüllt und die Verwender_innen dabei möglichst wenig Schaden (im psychischen und physischen Sinn) nehmen, ist es wichtig zu verstehen, wie diese die Verwendung erleben und welche Implikationen und Konsequenzen sich in Bezug auf Themen wie Würde, Privatsphäre und Autonomie ergeben. Die vorliegende Master-Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie Patient_innen auf Normalstationen im Akutkrankenhaus die Verwendung des Toilettenstuhls allgemein und im Kontext der Würde, Privatsphäre und Autonomie erleben. Mittels des qualitativen Forschungsansatzes der *Thematic Analysis* wird versucht, dieses Erleben zu beschreiben und Wissen über die Bedeutung des Toilettenstuhls zu generieren.

Gliederung

Eingangs wird das **Forschungsinteresse** dargelegt und mit dem aktuellen **Forschungsstand** abgeglichen. Daran anschließend erfolgt eine Darstellung des **theoretischen Hintergrunds**, welcher als Basis für die Forschung fungiert. Weiters werden das **Forschungsdesign** und die verwendete **Methodik** beschrieben.

Darauf folgt eine detaillierte Darstellung der **Ergebnisse**, welche im Anschluss **diskutiert** und mit bestehender Literatur verknüpft werden. Aus der Diskussion ergeben sich **Implikationen** für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung. Zum Schluss erfolgt eine Darstellung der **Limitationen**, um die Ergebnisse der Arbeit besser einordnen zu können.

Begriffsklärung

Der Toilettenstuhl ist im österreichischen Sprachgebrauch unter verschiedenen Synonymen bekannt. Zimmerklo, Zimmer-WC oder Leibstuhl sind weitere existente Bezeichnungen. In der vorliegenden Arbeit wird mit der Bezeichnung Toilettenstuhl gearbeitet. Unter diesem Begriff wird ein Stuhl verstanden, der normalerweise eine Sitzfläche mit einer Aussparung hat, unter welche ein Auffangeimer oder -kübel gesteckt werden kann. Zusätzliche Ausstattungsmerkmale, die meist vorhanden sind, sind Räder bzw. Rollen an den vier Füßen des Stuhls, sowie eine Abdeckung auf der Sitzfläche, um die Aussparung zu verdecken. Gelegentlich finden sich auch Ausführungen, die ein Fußbrett oder Fußstützen besitzen, um einen Höhenausgleich für kleinere Personen zu ermöglichen.

Gendersensible Sprache

In der vorliegenden Arbeit wird bei Gruppen, denen kein eindeutiges, einheitliches Geschlecht zugewiesen werden kann, eine Schreibweise verwendet, die sich der Endung „_innen“ bedient. Damit soll markiert werden, dass Männer, Frauen und auch trans- bzw. intersexuelle Personen eingeschlossen sind. Wenn in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Endung „innen“ verwendet wird, so bedeutet dies, dass nur sich selbst als Frau bezeichnende Personen eingeschlossen sind. Selbiges gilt für den Singular. In Originalzitate wurde keine Anpassung bezüglich gendersensibler Sprache vorgenommen.

2. Forschungsinteresse, Forschungsstand und theoretischer Hintergrund

Im vorliegenden Kapitel werden zunächst das Forschungsinteresse und der Forschungsstand dargestellt. Aus dem Abgleich dieser beiden Aspekte ergibt sich die Forschungsfrage. Im Anschluss an die formulierte Forschungsfrage wird der theoretische Hintergrund beleuchtet, welcher sowohl die Basis für die Datenerhebung, als auch die Diskussion bildet.

2.1. Forschungsinteresse

Ausscheidung von Stuhl und Harn beim Menschen ist ein alltäglicher, menschlicher Vorgang, welcher unabhängig von Alter, Ort und Gesundheitszustand stattfindet. Der Toilettenstuhl ist ein Hilfsmittel zur Ausscheidung, welches in Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und auch im häuslichen Bereich zum Einsatz kommt. Das Forschungsinteresse in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl ergibt sich aus unterschiedlichen Gründen. Hierbei ist einerseits das persönliche Interesse des Forschers als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger anzuführen, welches sich aus einer mehrjährigen beruflichen Erfahrung ergibt. Dabei spielte der Toilettenstuhl fast täglich eine Rolle und es ergaben sich viele Situationen, die Anlass zu einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit der Thematik boten. Zusätzlich finden sich marginal hinterfragte Handlungsanleitungen und Verwendungsvorgaben für den Toilettenstuhl auch häufig in der fach einschlägigen Literatur wieder. Darüber hinaus gibt es bereits pflegewissenschaftliche Forschung im Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl, welche einige Fragen beantwortet und andere aufwirft.

2.2. Literaturrecherche und Rechercheergebnisse

Die Literaturrecherche der Fachliteratur und des bisherigen Forschungsstands sowie des theoretischen Hintergrunds erfolgte über die Datenbankzugänge der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien und der Fachhochschule Campus Wien. Diese inkludieren auch Medline/CINAHL und Carelit als fachspezifische Literaturdatenbanken.

Als Kernsuchbegriffe wurden die deutschen Bezeichnungen „Toilettenstuhl“, „Zimmerklo“ und „Leibstuhl“, sowie die englischen Begriffe *commode*, *close stool* und *mobile toilet* verwendet. Diese wurden in Kreuzsuchen mit den deutschen Begriffen „Krankenhaus“, „Pflege“, „Privatsphäre“, „Intimsphäre“, „Autonomie“, „Selbständigkeit“, „Selbstbestimmung“ und „Würde“ kombiniert. Die englischen äquivalenten Kombinationstermini waren: *nursing*, *privacy*, *intimacy*, *autonomy*, *self-determination* und *dignity*.

Zusätzlich wurde im Schneeballprinzip in den Quellenverzeichnissen der als passend identifizierter Literatur nach weiteren Quellen gesucht.

2.2.1. Der Toilettenstuhl in der Pflegefachliteratur

Wie in vielen anderen Bereichen kann der Prozess der Ausscheidung für Menschen zu einem Problem werden, wenn ihnen die Ressourcen oder Möglichkeiten zum selbständigen Aufsuchen und Verwenden der herkömmlichen Toilette auf Grund von Erkrankung oder Behinderung fehlen. Somit ist es naheliegend, dass das Thema Ausscheidung zum pflegerischen Handeln gehört. Dies spiegelt sich bereits in frühen Konzeptualisierungen der Pflege wie den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) nach Liliane Juchli wieder. Juchli beschreibt Ausscheiden als Aktivität des täglichen Lebens. Diese Komponente ist ebenfalls in aktuellen Lehrbüchern, welche darauf aufbauen, zu finden (Beyer, Kuno & Sitzmann, 2012, S. 384). Pflegerische Unterstützung bei der Ausscheidung bezieht sich auch nicht nur auf das Phänomen Inkontinenz, welches im Fokus einer Vielzahl an pflegewissenschaftlichen Forschungsarbeiten steht. Sie enthält auch die Unterstützung beim Erreichen der Toilette bzw. auf Hilfsmittel zur Harn- und Stuhlausscheidung und deren Einsatz. Ein solches Hilfsmittel, welches sowohl im Krankenhaus, als auch in der häuslichen bzw. Langzeitpflege zum Einsatz kommt, ist der Toilettenstuhl. Dieser hat in einem kulturhistorischen, nicht pflegebezogenen Kontext eine sehr lange Geschichte bzw. Tradition und wurde bereits im 18. Jahrhundert im englischen Sprachraum als *close-stool* und im 19. Jahrhundert als *night-commode* erwähnt (Gloag, 1952, S. 108). Viel später beschreibt Penn (1988) im Artikel *Toilet Aids* den Toilettenstuhl als Option im Falle der mangelnden Fähigkeit, die Toilette

zu erreichen. Weiters erklärt Penn, dass der Toilettenstuhl zwar die Funktion erfüllen soll, Unabhängigkeit für Patient_innen herzustellen, gleichzeitig aber oft eine Abhängigkeit bezüglich der Entleerung des Auffangbehälters entsteht. Der Toilettenstuhl wird ebenso als Hilfsmittel in vielen gängigen Lehr- und Praxishandbüchern des deutschen Sprachraums beschrieben. So erklären Beyer, Kuno und Sitzmann (2012, S. 384), dass der Toilettenstuhl sich für bewegungseingeschränkte Personen eignet, die jedoch noch sitzen können. Ähnlich umschreiben Hayder, Kuno und Müller (2012) in ihrem *Praxishandbuch zu Kontinenz, Inkontinenz, und Kontinenzförderung* das Anwendungsgebiet. Laut ihnen ist der Toilettenstuhl geeignet, wenn eine Person das Bett verlassen kann, aber nicht in der Lage ist, den Weg zur Toilette zu bewältigen, oder wenn keine Toilette vorhanden ist (Hayder, Kuno & Müller, 2012, S. 127). Ähnliches wird im von Nicole Menche herausgegebenen Lehrbuch *Pflege heute* (2014, S. 473) beschrieben, nämlich, dass der Toilettenstuhl für Menschen sinnvoll ist, die zwar aufstehen, aber nicht gehen können. Die gleiche Beschreibung befindet sich im von Annerose Bürger-Mildenberger (2012, S. 160) verfassten Kapitel *Ausscheidung* im *Klinikleitfaden Pflege*. Letztere ist als Indikator für die klinische Verwendung des Toilettenstuhls zu interpretieren. Helen White (1999, S. 211) beschreibt die Funktion des Toilettenstuhls als Alternative zu einer unzugänglichen Toilette. Diese Beschreibung geschieht im Kontext des Hilfsmittels bei Inkontinenz. Ingrid Bruckler erwähnt den Toilettenstuhl (2013, S. 104) in ihrem *Lehrbuch zur Pflege alter Menschen* zwar nicht explizit als mögliches Hilfsmittel, zählt jedoch bei den Maßnahmen im Rahmen der ATL „Ausscheiden“ die regelmäßige Kontrolle und das regelmäßige Entleeren, sowie das Sauberhalten des von ihr so genannten Leibstuhls auf. Einen Schritt über die Funktionalität hinaus gehen Stefan et al. (2013, S. 211) in ihrem pflegediagnostischen Manual, in dem sie die Verwendung des geeigneten Hilfsmittels Toilettenstuhl im Rahmen der Pflegediagnose „Ausscheidung, Handhabung, Entwicklung der Ressourcen“ als körperliche bzw. funktionelle Ressource anführen.

Der Toilettenstuhl wird also in den Lehr- und Fachbüchern zur professionellen Pflege durchwegs als Hilfsmittel angeführt und hierin auch von einer gewissen Selbstverständlichkeit begleitet. Die angeführten Beispiele sind jedoch nur geringfügig bis gar nicht mit wissenschaftlicher Literatur untermauert. Im deutschen

Sprachraum ließen sich nach ausgiebiger Literaturrecherche keine Prävalenzzahlen zum Einsatz des Toilettenstuhls in unterschiedlichen Pflegesettings finden. Im Rahmen der europäischen Pflegequalitätserhebung (LPZ), mit den letzten offen verfügbaren Daten aus dem Jahr 2015 welche für Österreich durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz durchgeführt wurde, können lediglich Rückschlüsse bzw. Vermutungen auf Grund thematisch zusammenhängender Daten gezogen bzw. getroffen werden. So gab es bei n=5274 in Krankenhäusern 24,7% Erkrankungen des Bewegungsapparats und 39,8% Unterstützungsbedarf bei den ATLS. In Pflegeheimen (n=566) ergab die Erhebung einen Anteil von 50,9% bei Erkrankungen des Bewegungsapparats und 97,2% Hilfsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Lohmann, 2015, S. 28-29). Bei bestehender Inkontinenz wurde die Anpassung der Umgebung als eine Maßnahme erhoben, unter welcher der Toilettenstuhl eingeordnet werden könnte, was jedoch im Rahmen des Projektberichts nicht explizit gesagt wird. Die Umgebungsanpassung bei Harninkontinenz erfolgte in Krankenhäusern bei n=452 in ungefähr 35% der Fälle, in Pflegeheimen bei n=259 in mehr als 50% der Fälle (Lohmann, 2015, S. 72). Dies lässt leider keinen eindeutigen Schluss auf die Prävalenz des Einsatzes des Toilettenstuhls zu. International konnten bei einer Recherche ebenfalls keine Prävalenzzahlen zum Einsatz des Toilettenstuhls gefunden werden.

Die Empfehlung der Verwendung des Toilettenstuhls in der Lehrliteratur lässt vermuten, dass der Einsatz dieses Hilfsmittels nach wie vor eine große Rolle in unterschiedlichen Pflegesettings spielt. Der klinische Bereich fand zuvor bereits Erwähnung. Im häuslichen Bereich kann die Empfehlung des SeniorInnenservice der Stadt Wien in der Broschüre *Hilfsmittel, die das Leben erleichtern* als Beispiel angeführt werden. Hier findet der Toilettenstuhl neben vielen anderen Hilfsmitteln Erwähnung (SeniorInnenbüro der Stadt Wien, 2014, S. 23).

Sämtliche Fachbücher führen den Toilettenstuhl, wie bereits beschrieben, als mögliches Hilfsmittel unter gewissen Umständen (eingeschränkte Mobilität, schlecht erreichbare Toilette etc.) an. Die Patient_innenperspektive spielt jedoch in keiner der Darstellungen eine Rolle. Keine der bisher erwähnten Quellen widmet sich der Bedeutung des Einsatzes des Toilettenstuhls aus der Patient_innenperspektive. Die Vernachlässigung bzw. mangelnde Erwähnung dieser Perspektive kann als Anlass zusätzlichen Forschungsinteresses in diesem Gebiet verstanden werden.

2.2.2. Der Toilettenstuhl im Fokus der Pflegeforschung und der aktuelle Forschungsstand

Die Forschungslage zur Verwendung des Toilettenstuhls ist sehr dünn. Naylor und Mulley (1993) führten eine Erhebung mittels semi-strukturierter Interviews unter Menschen, die den Toilettenstuhl im häuslichen Umfeld verwendeten, und unter Pflegepersonen, welche sie betreuten, in der Umgebung von Leeds (GB) durch. Abgesehen von methodischen Unklarheiten und vom Alter des Artikels lassen sich aus der Befragung bei n=140 bei den Benutzer_innen und n=105 bei den Pflegepersonen einige interessante Ergebnisse ableiten: Die Bereitstellung des Toilettenstuhls erfolgte in 73 Fällen durch Ergotherapeut_innen, in 26 Fällen durch Pflegepersonen und in 7 Fällen durch Ärzt_innen. Die Gründe für die Bereitstellung waren in 130 Fällen eingeschränkte Mobilität, in 128 Fällen Probleme beim Stiegensteigen, und in 127 Fällen Harninkontinenz. Darüber hinaus war in 51 Fällen die Entlastung der Pflegepersonen ein Grund für den Toilettenstuhl. Die Sicherheit in der Nacht spielte in 40 Fällen eine Rolle. Es bestand dabei die Möglichkeit mehrere Gründe zu nennen. Die hauptsächlichen Gründe entsprechen den Gründen, die für den Einsatz eines Toilettenstuhls in den Lehrbüchern genannt werden. Weiters beschreiben Naylor und Mulley (1993), dass 31 der befragten Pflegepersonen angaben, dass der Hauptgrund für den Einsatz des Toilettenstuhls die Erleichterung des Pflegeaufwands darstellte. Bezüglich der Art der Verwendung des Toilettenstuhls seitens der Benutzer_innen geben die Autoren an, dass ein Großteil der Benutzer_innen den Toilettenstuhl nur für die Harnausscheidung benützte. Lediglich 16 der Befragten nützten den Toilettenstuhl sowohl für die Stuhl- als auch für die Harnausscheidung. Gefragt nach der Einstellung der Benutzer_innen zum Toilettenstuhl nannten die Benutzer_innen Probleme im Bereich der Sicherheit, Unbequemlichkeit beim Sitzen und Geruchsprobleme im Falle der Stuhlausscheidung. 101 der befragten Benutzer_innen gaben an, dass sie das Erscheinungsbild des Toilettenstuhls als unvorteilhaft empfanden. Zusätzlich berichten die Autoren, dass die Benutzer_innen des Toilettenstuhls einen Informationsmangel beklagten. Dieser bezog sich auf mangelnde Informationen über Kontaktpersonen im Problemfall. Darüber hinaus gaben laut den Autoren viele Personen an, dass sie keine Möglichkeit hatten, Bedenken zu artikulieren. Dieser

Umstand und dessen mangelnde nähere Betrachtung im Rahmen der beschriebenen Studie zeigen einen diesbezüglichen Forschungsbedarf auf. Außerdem lässt die verhältnismäßig große Zahl an Benutzer_innen, deren Verwendung des Toilettenstuhls den Zweck der Erleichterung der Pflegepersonen hatte, vermuten, dass die Patient_innenpräferenzen hierbei eine geringe Rolle spielten. Weiters ergibt sich aus dem von Naylor und Mulley (1993) untersuchten häuslichen Setting die Frage nach dem Erleben der Patient_innen im stationären Setting von Akutkrankenhäusern. Das Akutkrankenhaus bringt andere Merkmale mit sich, als sie in der häuslichen Umgebung zu finden sind. Hier wären beispielsweise Mehrbettzimmer, besondere Vulnerabilität während eines akuten Krankheitsgeschehens, andere organisatorische Abläufe und schnellere situationsbedingte Veränderungen anzuführen.

Dettmer (2009) begab sich mit diesem Forschungsinteresse in das Akutkrankenhaus und verfasste eine qualitative Forschungsarbeit zum Erleben von Ausscheidungshilfsmitteln bei Patient_innen einer Intensivstation. Dabei erhob sie unter anderem das Erleben der Bettpfanne, der Urinflasche und auch des Toilettenstuhls. Laut Dettmer (2009) empfanden Patient_innen das Verwenden des Toilettenstuhls gegenüber den Mitpatient_innen als unangenehm. Ebenso wurde das Verwenden in Anwesenheit des Pflegepersonals als unangenehm beschrieben, die Reaktionen des Personals in diesem Fall aber als adäquat erwähnt. Der Sicherheitsaspekt im Vergleich zur Bettpfanne wurde ebenfalls erwähnt. So wurde die Bettpfanne im Vergleich zum Toilettenstuhl als sicherer bewertet. Die Autorin beschreibt aber auch, dass deutlich wird, dass die Benützung des Toilettenstuhls der Benützung der Bettpfanne vorgezogen wurde (Dettmer, 2009, S. 65-66).

Zwar befasst sich Dettmer in ihrer Arbeit (2009, S. 67) auch mit Unterschieden im Erleben auf der Intensiv- oder der Normalstation. Jedoch traf der Umstand eines vorhergegangenen Normalstationsaufenthalts nicht auf alle Befragten zu, und die Frage nach dem Unterschied ermöglichte keine eigenständige Darstellung des Erlebten auf der Normalstation. Somit ergibt sich für dieses Setting ein zusätzlicher Forschungsbedarf. Dettmer (2009, S. 31) fragte explizit nach dem Empfinden der Abhängigkeit vom Pflegepersonal. Abhängigkeit ist jedoch nicht die einzige mögliche Konsequenz der Verwendung. Der Toilettenstuhl an sich bringt auch das Potenzial der zusätzlichen Selbständigkeit im Vergleich zur Bettpfanne oder dem

begleiteten Weg zur Toilette mit sich. Eine genauere Betrachtung des Toilettenstuhls in Hinblick auf die Wahrnehmung der eigenen Autonomie lässt sich daraus als Forschungsinteresse ableiten.

Saxer et al. (2011) untersuchten in einer Prävalenzerhebung die Verwendung der Bettpfanne in einem Akutspital. Zwar handelt es sich bei der Bettpfanne um ein anderes Hilfsmittel zur Ausscheidung als beim Toilettenstuhl, jedoch nennen die Autor_innen in der Schlussfolgerung ihrer Erhebung ähnliche Gründe für die Verwendung der Bettpfanne, wie sie bezüglich des Leibstuhls in der Lehr- und Praxisliteratur als auch bei Naylor und Mulley (1993) zu finden sind. Die Autor_innen werfen die Überlegung auf, dass die vermehrte Bettpfannenverwendung in der Nacht mit der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals zu tun hat. Zusätzlich beschreiben sie, dass die Mobilitätseinschränkung von Patient_innen ein Grund für die Verwendung sein könnte, da sich das Aufstehen als zu gefährlich oder zu unsicher erweist (Saxer et al., 2011, S. 300). Auch in diesem Fall werden also Gründe für die Verwendung dargestellt, die im Kontext der Autonomie und entsprechender Patient_innenpräferenzen eine Rolle spielen könnten. Die Frage nach den von Patient_innen wahrgenommenen Gründen (seitens des Personals oder seitens der Patient_innen) für den Hilfsmiteleinsatz und deren Bewertung lässt sich aus dieser Erhebung ableiten.

2.3. Die Forschungsfrage

In der vorangegangenen Darstellung der Literatur wurde erkennbar, dass das Erleben des Toilettenstuhls als Hilfsmittel bereits vereinzelt in Forschungsarbeiten thematisiert wurde. Eine Betrachtung des Erlebens erfolgte bisher in erster Linie in Bezug auf Scham, Privatsphäre und die Verwendung im Mehrbettzimmer, sowie das Erleben im häuslichen Umfeld. Im Gegensatz zur bisherigen Forschung, deren Settings die Intensivstation bzw. das häusliche Umfeld sind, wird in der vorliegenden Forschungsarbeit die Normalstation in Akutkrankenhäusern ins Zentrum des Forschungsinteresses gerückt. Im Rahmen dieses Settings steht das Erleben des Einsatzes des Toilettenstuhls als Hilfsmittel zur Harn- und Stuhlausscheidung im Zentrum des Interesses. Die Normalstation unterscheidet sich von der Intensivstation durch ein geringeres Maß an Lebensbedrohung und einen geringeren

Betreuungsschlüssel des Pflegepersonals. Des Weiteren ist der nächste Schritt nach der Normalstation normalerweise die Entlassung nach Hause oder in eine Rehabilitation. Damit geht der Umstand einher, dass die kurative Versorgung im Krankenhaus eine Verbesserung der Gesundheitssituation der Patient_innen als Ziel hat. Dies kann wiederum bedeuten, dass der Einsatz bzw. die Verwendung eines Toilettenstuhls vorübergehend ist. Verglichen mit dem häuslichen Umfeld kommen auf der Normalstation im Krankenhaus die Aspekte der ungewohnten Umgebung, die medizinische Notwendigkeit des Aufenthalts und eine eingeschränkte Privatsphäre hinzu. Insofern soll dem Erleben des Toilettenstuhls speziell in diesem Setting Forschung gewidmet werden. Die Frage, wie der Toilettenstuhl im Kontext der Patient_innenautonomie und damit zusammenhängenden Entscheidungen seitens der Patient_innen erlebt wird, fand bisher keine oder nur periphere Betrachtung. Der Toilettenstuhl kann beispielsweise vermutlich die Autonomie von Patient_innen erweitern, indem er ihnen als Hilfsmittel neben dem Bett ermöglicht, die Ausscheidung größtenteils selbständig und zum gewünschten Zeitpunkt durchzuführen. Umgekehrt kann die autonome Entscheidung von Patient_innen, die Toilette aufsuchen zu wollen im Sinne der pflegerischen Fürsorge durch den Toilettenstuhl eingeschränkt werden, indem dieser beispielsweise im Rahmen der Sturzprävention zum Einsatz kommt. Patient_innenpräferenzen und Selbstbestimmtheit können dabei eine Rolle spielen und sind ebenso Ziel des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Forschungsarbeit. Die Wahrnehmung eines Verlusts oder Gewinns an Autonomie durch die Patient_innen soll ebenso Teil der Fragestellung sein. Gleichzeitig stellt sich die Frage nach der von Patient_innen zugeschriebenen Wertigkeit der Autonomie im Vergleich mit Privatsphäre, Scham oder Intimität, wenn der Toilettenstuhl im Krankenhaus zum Einsatz kommt.

Mögliche Eingrenzungen des Forschungsinteresses und der Zielsetzung der Forschungsarbeit auf eine bestimmte Altersgruppe, ein bestimmtes Geschlecht oder ein bestimmtes Krankheitsbild sind mangels Prävalenzzahlen zur Verwendung des Toilettenstuhls nicht machbar. Gleiches gilt für eine Einschränkung auf Harn- oder Stuhlausscheidung, welche auf Basis der bestehenden Literatur nicht als sinnvoll zu erachten ist. Eine Einschränkung auf Ein- oder Mehrbettzimmer wurde ebenfalls nicht vorgenommen, da die speziellen Fragestellungen zu Würde, Autonomie und

Patient_innenpräferenzen erwarteter Weise sowohl im Ein- als auch im Mehrbettzimmer zu beantworten sind. Aus diesen Faktoren ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wie erleben Patient_innen auf der Normalstation im Akutkrankenhaus die Verwendung des Toilettenstuhls als Hilfsmittel zur Harn- und Stuhlausscheidung im Allgemeinen sowie im Hinblick auf Würde und Autonomie?

Zusätzlich zur übergeordneten Forschungsfrage ergeben sich aus dem in Unterkapitel 2.4. dargestellten theoretischen Hintergrund mehrere Unterfragen zur Forschungsfrage, speziell zum Bereich der Würde und Autonomie, welche hier in Kürze dargestellt werden sollen. Die dazugehörige Herleitung ist dem Unterkapitel 2.4. zu entnehmen:

Welche Wertigkeit haben Autonomie und Fürsorge für Patient_Innen bei der Verwendung oder der Beendigung der Verwendung des Toilettenstuhls? Wie wirkt sich das auf den wahrgenommenen Erhalt der Würde aus?

Wie erleben Patient_innen die Entscheidungsfindung zur Verwendung des Toilettenstuhls sowie das Abwägen von Alternativen?

Wie erleben Patient_innen die zwischenmenschliche Beziehung im Rahmen der Entscheidung zum Einsatz bzw. der Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls?

Wie ordnen Patient_innen die Verwendung des Toilettenstuhls in puncto Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit ein?

Wie verändert sich der Grad der Autonomie rund um die Verwendung des Toilettenstuhls und wie erleben Patient_innen diese Veränderung im Zusammenhang mit der pflegerischen Beziehung?

2.4. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Bezugsrahmen zur Forschungsfrage enthält zwei große Bereiche, nämlich den Bereich der Privatheit, des Schamgefühls und der Intimsphäre als Kontext zum allgemeinen Erleben, sowie relevante Literatur zu den Themen Würde, Autonomie und Entscheidungsfindung in Zusammenhang mit Pflege. Oft überschneiden sich die Themen Autonomie, Würde und Privatsphäre, weshalb eine klare Trennung der Bereiche nicht möglich ist. Daher erfolgt zuerst eine Darstellung der jeweiligen Begriffe auf der Grundlage theoretischer Überlegungen und im Anschluss eine Darstellung der Überschneidungen und Zusammenhänge dieser Bereiche.

Bauer (1996) formuliert auf Basis phänomenologischer Forschung eine Theorie zur **Privatsphäre** im Krankenhaus. Sie stützt diese auf drei große Bereiche, nämlich Privatsphäre als subjektives Gefühl in Verbindung zum Selbst, den Aspekt der Kontrolle über Bloßstellung (psychisch und physisch), über Territorium und Raum, sowie die Akzeptanz von potentiellen Eindringlingen und das Bewältigungsverhalten (Bauer, 1996, S. 197). Alle diese Bereiche beinhalten einen Anknüpfungspunkt zur hier gestellten Forschungsfrage, nämlich die Facette des subjektiven Gefühls in Verbindung zum Selbst, wenn es um das allgemeine Erleben des Toilettenstuhls geht. Die Frage der Kontrolle über die Bloßstellung wiederum knüpft an Fragen nach der Autonomie in der Fragestellung an. Die Akzeptanz von potenziellen Eindringlingen und das Bewältigungsverhalten ist schließlich in Bezug auf die Zimmerkolleg_innen, Besucher_innen oder das Krankenhauspersonal von Relevanz.

Als theoretische Grundlage für den Begriff der **Würde** lässt sich am besten an die Darstellung von Edlund, Lindwall, von Post, und Lindström anschließen, da die Autor_innen sich (2013) mit einer Konzeptbestimmung der Menschenwürde im Kontext der Pflege auseinandergesetzt haben. Die Autor_innen konzeptualisieren Würde (dignity) (2013, S 857) als absolute und relative Würde, wobei die absolute Würde, auch als spirituelle Würde bezeichnet, durch Verantwortung (*responsibility*), Freiheit (*freedom*), Aufgaben (*duty*) und Leistung (*service*) charakterisiert ist und mit der Geburt entsteht. Die relative Würde teilen die Autor_innen in die innere ethische Dimension auch als psychische Dimension bezeichnet, und die äußere,

ästhetische Dimension auch als körperliche Dimension bezeichnet, ein. Aus der absoluten Würde und den beiden Facetten der relativen Würde setzt sich laut den Autor_innen der Kern der Würde zusammen, welchen sie als Wert des Menschen oder persönliche Heiligkeit bezeichnen.

Autonomie als Begriff wird in der vorliegenden Forschungsarbeit nach der Beschreibung von Bobbert (2002, S. 131-133) verwendet. Bobbert unterscheidet zwischen Autonomie als allgemeiner Fähigkeit, Autonomie als Merkmal von Handlungen und Entscheidungen, sowie Autonomie als Fähigkeit zu moralisch ausgerichteter Selbstbestimmung. Ersteres meint die allgemeine Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Zweites bezeichnet situationsbezogenes Vermögen in Bezug auf Handlungen und Entscheidungen. Die dritte Dimension bezieht sich auf die Möglichkeit, dass selbstbestimmte Wünsche, Präferenzen und Ziele nur durch Handlungen zu verwirklichen sind, welche andere Menschen beeinträchtigen. Dieser letzte, moralische Standpunkt bezieht sich in erster Linie auf die Pflegepersonen, kann aber im Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl auch aus der Warte der Patient_innen betrachtet werden. Nachdem mit der Verwendung des Toilettenstuhls mehrere Handlungen verbunden sein können, stellt sich auch die Frage der Autonomie nicht nur in Bezug auf den Einsatz des Toilettenstuhls, sondern auch auf sämtliche Handlungen, die damit in Zusammenhang stehen.

Privatsphäre, Würde und Autonomie in Studien und weiterer Literatur

Die Privat- bzw. Intimsphäre im Krankenhaus stand bereits mehrmals im Fokus des Forschungsinteresses. So beschreiben Enz und Mantovan (2008), dass die Benützung des Nachtstuhls in Anwesenheit anderer Patient_innen Unwohlsein hervorruft. Dies spiegelt sich auch in der Erhebung von Dettmer (2009, S. 65) wider. Sie bemerkt, dass ein Großteil der Patient_innen das Verwenden des Toilettenstuhls auf der Intensivstation gegenüber den Mitpatient_innen als unangenehm empfindet. Der Hinweis, dass die Verwendung des Toilettenstuhls in Anwesenheit anderer Personen für Patient_innen sehr unangenehm ist, findet sich auch schon viel früher bei Bauer (1996, S. 172). Sie beschreibt, dass 90% der Patient_innen in einer Erhebung angaben, dass sie alles tun würden, um Bettschüssel oder Toilettenstuhl zu vermeiden. Dieser Umstand kann auch als Brücke

zum Forschungsinteresse in Hinblick auf die Autonomie betrachtet werden. Dass das Thema Toilettensstuhl bzw. Toilettengang eng mit dem Thema der Intimsphäre verbunden ist, beschreiben auch Behr et al. (2013). Die Forscher_innen fanden heraus, dass der Toilettengang in Bezug auf Intimsphäre der Patient_innen gerade dann belastend wird, wenn sie auf Grund körperlicher Einschränkungen Unterstützung brauchen, um die Toilette zu benutzen. Gattinger, Werner, und Saxer (2012) sprechen davon, dass bei der Benützung der Bettpfanne 55% bzw. 43% der Befragten Gerüche und Geräusche, die sie erzeugten, als unangenehm empfanden. Beide Faktoren können bei der Verwendung des Toilettensstuhls im Zimmer auch zutreffen.

Die Relevanz einer Fragestellung in dieser Forschungsarbeit, die das Thema Autonomie dezidiert fokussiert, wird bei Bobbert (2002) deutlich. Bobbert befasst sich in ihrem Buch unter anderem mit der Kategorie der „direkten Pflege“ im Zusammenhang mit Autonomie und bemerkt, dass zum Begriff der direkten Pflege neben Tätigkeiten mit physischer Berührung der Patient_innen auch Handlungen gehören, die mit dem materiellen und sozialen Umfeld zu tun haben (Bobbert, 2002, S. 218). Im Zusammenhang mit dem Toilettensstuhl können sowohl physische Berührungen, als auch die Gestaltung des materiellen Umfelds, wie z.B. der Sortierung persönlicher Gegenstände im Krankenzimmer in Hinblick auf die Autonomie betrachtet werden.

Das Thema Autonomie in Zusammenhang mit Privatheit und unter anderem auch in Hinblick auf Ausscheidung greifen auch Schopp et al. (2001) in einer quantitativen Erhebung auf. Die Autor_innen fanden heraus, dass jene Befragten, welche auf Unterstützung bei der Ausscheidung angewiesen waren, nicht über die Wahl der Hilfsmittel entscheiden konnten, dass der Aspekt der Privatheit bei der Ausscheidung nicht ausreichend respektiert wurde und auch ein Informationsmangel bezüglich der Unterstützung der Darm- und/oder Blasenfunktion vorlag.

Dass die Themen Privatsphäre und Würde zusammenhängen, beschreiben auch Matiti und Trorey (2008). Die phänomenologisch-hermeneutische Studie der Autor_innen befasst sich mit Privatsphäre und Informationsbedarf als zwei von sechs Kernthemen in Zusammenhang mit Würde im Krankenhaus. Der Aspekt der Privatsphäre wird hierbei in Bezug auf die Entblößung des Körpers thematisiert, ein

Umstand, der in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl eine Rolle spielen kann. Das Informieren der Patient_innen spielt laut den Autor_innen wie auch bei Schopp et al. (2001) beschrieben, eine große Rolle, wenn es um die Würde der Patient_innen geht.

In ihrer Dissertation widmete sich Pfabigan (2010) dem Thema Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege. Sie legt dar, dass Autonomie immer Prozesse der Interpretation und des Aushandelns beinhaltet, und hebt hervor, dass das Erhalten und Fördern der Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen fürsorgliches Handeln seitens der Pflege- und Betreuungspersonen voraussetzt (Pfabigan, 2010, S. 199). Daran lässt sich, wie im Abschnitt der Zielsetzung bereits erwähnt, die Frage anknüpfen, wie Patient_innen im Akutkrankenhaus die Verwendung des Toilettenstuhls in diesem Zusammenhang bewerten.

Der Aspekt einer möglichen Verletzung der Menschenwürde ergibt sich ebenso aus der Darstellung von Pfabigan (2007) in einem Fachbeitrag. Die Autorin postuliert, dass Würde in zwischenmenschlicher Begegnung entsteht und als Gestaltungsauftrag bzw. Schutznorm psychophysischer Integrität zu betrachten ist. Pfabigan (2007) argumentiert weiters, dass der Verlust an Privatheit als Bedrohung der Identität wahrgenommen wird. Hier wird der Konnex zwischen Privatsphäre und Menschenwürde deutlich. Im Sinne des von Pfabigan beschriebenen Gestaltungsauftrags resultiert die Frage nach dem Erleben der zwischenmenschlichen Beziehung im Rahmen der Entscheidung zum Einsatz bzw. der Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls aus der Perspektive der Patient_innen.

Delmar (2013) untersucht in einer Literaturanalyse das Zusammenspiel von Autonomie und Würde. Sie beschreibt einerseits die Vorzüge einer wenig patronisierenden Herangehensweise, wirft aber die Überlegung auf, dass ein dominantes Suchen der Patient_innenautonomie deren Würde verletzen kann, indem die Hilfsbedürftigkeit von Patient_innen unterdrückt wird. Diese Erkenntnis muss im Kontext der zuvor beschriebenen Aspekte der Autonomie beachtet werden. Die Wahrnehmung der Patient_innen, welche Wertigkeit für sie Autonomie bzw. Fürsorge bei der Verwendung des Toilettenstuhls oder auch beim Entfernen des

Toilettenstuhl hat, und die Auswirkungen auf den wahrgenommenen Erhalt der Würde sollten einen Platz in dieser Forschungsarbeit finden.

Ulrich Körtner beschreibt das Zusammenspiel zwischen Autonomie und Fürsorge folgendermaßen: „Gerade die Motivation zur Fürsorge kann z.B. dazu führen, dass auf paternalistische Weise die Autonomie eines Hilfsbedürftigen verletzt wird und dass er bevormundet wird“ (Körtner, 2012, S.73). Diese Überlegung ist in Bezug auf den Einsatz des Toilettenstuhls ebenfalls von Relevanz. Der Toilettenstuhl könnte folglich beispielsweise die Funktion erfüllen, jemandem unabhängig von anderen Personen die Ausscheidung zu ermöglichen. Gleichzeitig könnte er, wenn als Folge von Fürsorge eingesetzt, die Autonomie über die Entscheidung des Hilfsmittels oder den Weg zur Toilette einschränken. Dabei stellt sich ebenso die Frage nach der Patient_innenperspektive: Welche Wertigkeit wird Autonomie oder Fürsorge zugeschrieben und in welchem Verhältnis stehen sie zueinander?

Die Selbstbestimmung der Patient_innen spielt auch eine große Rolle in der klinischen Entscheidungsfindung. Nordgren und Fridlund (2001) fanden im Rahmen einer qualitativen Erhebung heraus, dass Patient_innen eine gewisse Erwartungshaltung an ihre Pflege haben und, dass das Gefühl der möglichen Einflussnahme ein Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmung mit sich bringt. Gleichzeitig wird laut den Autor_innen die Letztentscheidung über die Betreuung den Pflegepersonen und Ärzt_innen überlassen, weil ihnen ein gewisser Expert_innenstatus zugesprochen wird. Gleichzeitig beobachten Nordgren und Fridlund (2001) ein Gefühl der Machtlosigkeit bei den Patient_innen, welches wiederum deren Selbstbestimmung einschränkt. Aus dem Gefühl der Machtlosigkeit folgt, dass Patient_innen ihr Wissen und ihre Bedürfnisse im Zuge des pflegerischen Plans als eingeschränkt wahrnehmen. Die Entscheidungsfindung über den Toilettenstuhl, so wie das Abwiegen von Alternativen sind ebenso im Kontext von Würde und Autonomie zu sehen und somit Teil des Forschungsinteresses.

Das Zusammenspiel zwischen Selbstbestimmung und Selbständigkeit findet auch in einem Fachbeitrag von Behrens und Zimmermann (2006) Beachtung. Der Umstand, dass Patient_innen, wie bei Nordgren und Fridlund (2001) beschrieben, die Letztentscheidung oft Pflegepersonen überlassen, wird bei Behrens und Zimmermann auch erwähnt. Sie beschreiben: „In angsterfüllten Krisen der Integrität

delegieren vielleicht die meisten Menschen gerne die Verantwortung für Entscheidungen an fürsorgliche [...] Pflegeangehörige. Aber auch das setzt nicht das Autonomiebedürfnis herab und die Wut darüber, wenn es verletzt wird.“ (Behrens & Zimmermann, 2006, S. 166). Diese Erkenntnis aufnehmend, soll im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit erhoben werden, wie Patient_innen die Verwendung des Toilettenstuhls in puncto Selbstbestimmtheit und Selbständigkeit einordnen.

Der Aspekt der Selbstbestimmtheit kommt auch wieder bei Bobbert (2002) zur Geltung. Sie schreibt: „[...] kann sich eine anfängliche (explizite oder implizite) Zustimmung gerade angesichts der Art und Weise der Ausführung einer Handlungssequenz verändern, d.h., eine Pflegemaßnahme kann allein durch ‚Umstände‘ zu einem unerwünschten oder verletzenden Eingriff oder Übergriff werden“ (Bobbert, 2002, S. 226). Für die vorliegende Forschungsarbeit ergibt sich also das Anliegen, herauszufinden, wie sich der Einsatz des Toilettenstuhls im Rahmen der unmittelbaren Entscheidung zum Einsatz, und auch während der fortlaufenden Verwendung auf die Autonomie und im Sinne des Eingriffs in die Würde der Patient_innen auswirkt.

Dass die Autonomie der Patient_innen nichts Absolutes ist, sondern mit der Beziehung zum Pflegepersonal beginnt stellen, Lindberg et al. (2014) auch im Zuge einer Konzeptanalyse zum Thema Autonomie im Caring-Kontext fest. Des Weiteren beschreiben sie, dass Autonomie eine Atmosphäre der Toleranz in Bezug auf die Patient_innenmeinung benötigt, und sich Autonomie im Laufe einer „Caring-Episode“ verändern kann und deshalb als Kontinuum begriffen werden sollte. Als Erweiterung der Forschungsfrage ergab sich folglich die Frage, wie sich der Grad der Autonomie rund um den Toilettenstuhl herum verändert und wie die Patient_innen die Veränderung in Zusammenhang mit der pflegerischen Beziehung erleben.

3. Methodik

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der gesamten Methodik, die im Zuge der vorliegenden Masterarbeit zur Anwendung kam. Nach einer Erläuterung zur Datenerhebung und zur Art der geführten Interviews werden die Fallauswahl bzw. die Rekrutierung und auch die Durchführung der Interviews beschrieben. Im Anschluss wird die Methode zur Datenauswertung, die *Thematic Analysis*, detaillierter dargestellt. Zum Schluss wird noch auf verwendete Hilfsmittel, die ethischen Prinzipien und die Gütekriterien qualitativer Forschung eingegangen.

3.1. Forschungsdesign und Datenerhebung

Die Forschungsfrage (Kapitel 2) stellt die Frage nach dem Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls. Das subjektive Erleben der Verwender_innen lässt sich nicht quantifizieren und auch nicht verallgemeinern, weswegen mit einem quantitativen Forschungsdesign die Forschungsfrage nicht adäquat zu beantworten wäre. Dem Forscher geht es darum, Facetten und Aspekte des Erlebens bei der Verwendung des Toilettenstuhls zu beschreiben. Aus der Frage nach dem Erleben ergibt sich also die Notwendigkeit eines qualitativen Forschungsansatzes, welcher am besten mit Hanna Mayer begründet werden kann: „Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus (,subjektiv‘) erfahren und verstehen“ (Mayer, 2011, S.89). Die generierten qualitativen Daten können im Sinne der qualitativen Pflegeforschung einerseits einen Beitrag zum besseren Verstehen der Patient_innenperspektive liefern, aber andererseits auch als Hypothesen für anschließende quantitative Forschung dienen. Als Konsequenz der Entscheidung für ein qualitatives Design kamen im Sinne von Hanna Mayer qualitative Interviews zum Einsatz, welche laut ihr geeignet sind, um „[...] die Betroffenen selbst zur Sprache kommen zu lassen und ihre eigene subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen kennenzulernen“ (Mayer, 2011, S. 189). Die Interviews wurden geplanter Weise retrospektiv geführt, da eine Interviewführung vor, während oder kurz nach der Verwendung aus ethischen und praktischen Gründen nicht möglich war.

Wahl der Interviewart: Das Problemzentrierte Interview

Ein narrativer Interviewansatz hätte das Potenzial, eine möglichst offene Erzählung über das Erleben des Toilettenstuhls zu erreichen. Damit könnte die von Flick (2012, S. 227) erwähnte Skepsis, ob subjektive Erfahrungen überhaupt im Frage-Antwort-Schema von Interviews erschlossen werden können, adressiert werden. Jedoch ergab sich aus der bisherigen Forschung in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl und somit auch aus der Forschungsfrage schon ein Fokus auf drei Schwerpunkte (allgemeines Erleben, Würde, Autonomie). Daher schien dem Forscher ein narratives Interview zu wenig zielführend in Bezug auf die Forschungsfrage. Darüber hinaus stellte sich die Frage, wie weit Narrationen bei einem Thema wie dem Toilettenstuhl, welches sehr tief in die Privatsphäre der Patient_innen eindringt, gelingen. Insofern ergab sich die Notwendigkeit einer alternativen Interviewmethode und die Entscheidung fiel auf das Problemzentrierte Interview nach Witzel.

Hayder, Cintron, Schnell und Schnepf (2009) haben sich mit der Frage auseinandergesetzt, wie mit sensiblen Themen in Interviews umzugehen ist, und dies an Hand eines Forschungsprojekts zum Thema Harninkontinenz beschrieben. Hayder et al. (2009) führen hierzu aus, dass die Verwendung des Problemzentrierten Interviews nach Witzel besonders geeignet ist, da sich Erzählaufforderungen und Nachfragen abwechseln können. Die Autor_innen merken an, dass sie den Narrationen dabei viel Platz gegeben haben, was im vorliegenden Forschungsvorhaben ebenfalls als sinnvoll erschien. Die von Flick (2012, S. 210) erwähnten Kriterien der Problemzentrierung, der Gegenstandsorientierung und der Prozessorientierung, welche Teil dieses Interviewtyps sind, sprachen ebenfalls für den Einsatz dieser Methode im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts, da das Thema ein sehr eng gefasstes ist. Probleme wurden im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert und ein Prozess soll nachvollzogen werden.

Drei Grundpositionen bilden laut Witzel (2000) die Basis für das Problemzentrierte Interview. Diese sind die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung.

Die **Problemzentrierung** stellt nach Witzel (2000) eine Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung dar. Dabei soll die interviewende Person

die bekannten objektiven Rahmenbedingungen nutzen und Fragen stellen, die sich am Problem orientieren. In der vorliegenden Forschungsarbeit ergab sich die Problemzentrierung aus der bestehenden Literatur bzw. auch aus den Literaturlücken, wie im Abschnitt Forschungsinteresse (Kapitel 2) beschrieben.

Die **Gegenstandsorientierung**, die nach Witzel (2000) eine Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen des untersuchten Gegenstands mit sich bringt, lässt auch einen flexiblen Einsatz von Gesprächstechniken zu. Eine bedarfsorientierte Abwechslung zwischen Narration und Nachfragen kam auch im vorliegenden Forschungsprojekt zur Anwendung.

Die **Prozessorientierung** bezieht sich laut Witzel (2000) auf den gesamten Forschungsablauf und soll mit Hilfe der Vorinterpretation zur Entwicklung von Kommunikationsstrategien beitragen, die bei den Befragten Vertrauen und Offenheit herstellen. Es gilt, die Problemsicht der Interviewpartner_innen ernst zu nehmen, was im vorliegenden Forschungsprojekt über weite Teile gelang.

Witzel (2000) selbst beschreibt zusätzlich in einer Übersicht die Instrumente des problemzentrierten Interviews:

- Ein Kurzfragebogen zur Ermittlung von Sozialdaten
- Die Aufzeichnung des Interviews mittels Tonträger
- Ein Leitfaden für die Interviewführung
- Postskripte zur Ergänzung der Tonträgeraufnahme

All diese Elemente kamen im Zuge der Datenerhebung zur Anwendung. Der Interviewleitfaden ist im Anhang 4 in der vorliegenden Arbeit enthalten. Der Leitfaden wurde einem Testinterview unterzogen, um ihn zu überprüfen. Das Testinterview ergab, dass sich der Interviewleitfaden gut eignete und erlaubte, diesen in den folgenden Interviews zu übernehmen.

Als Ort und Zeitpunkt des Interviews waren ursprünglich ein Ort außerhalb des Krankenhauses und ein Zeitpunkt kurz nach dem stationären Aufenthalt, bei dem es zur Verwendung des Toilettenstuhls kam, vorgesehen. Beide Vorgaben konnte nicht gänzlich eingehalten werden. Eine genauere Darstellung der Gründe folgt im Abschnitt Rekrutierung des Unterkapitels 3.2 - Fallauswahl.

3.2. Fallauswahl

Die Auswahl der interviewten Personen erfolgte in Anlehnung an die von Flick (2012) beschriebene Vorabfestlegung der Samplestruktur. Diese Vorab-Festlegung geschieht laut Flick (2012, S. 154) im Sinne eine Stichprobenziehung nach vorab festgelegten Kriterien (z.B. demographischen Merkmalen). Die verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien werden weiter unten detaillierter beschrieben. Flick selbst sieht (2012, S. 155) in der Vorabfestlegung der Samplestruktur Möglichkeiten der Anknüpfung zum theoretischen Sampling, welches in der vorliegenden Arbeit in Ansätzen versucht wurde. Auf Grund diverser Schwierigkeiten bei der Rekrutierung, welche ebenfalls weiter unten beschrieben werden, orientierte sich die Fallauswahl eher an den Kriterien als an der bestmöglichen Datensättigung. Die von Flick (2012, S. 155) beschriebene möglichst ausreichende Besetzung der Zellen konnte in einigen Aspekten erreicht werden (internistische Abteilung, Gender = weiblich), in anderen Aspekten nur in geringfügigem Maße (Alter < 70, Gender = männlich).

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Interviewpartner_innen erfolgte nach folgenden Ein- und Ausschlusskriterien, welche sich am Forschungsinteresse orientieren:

Einschlusskriterien:

- Patient_in auf einer Normalstation (chirurgisch, internistisch, speziell)
- hat während des stationären Aufenthalts mindestens einen Tag und eine Nacht einen Toilettenstuhl verwendet (mit oder ohne Unterstützung durch eine Pflegeperson)
- ist kognitiv in der Lage, an einem Interview über die ungefähre Dauer einer Stunde teilzunehmen.

Ausschlusskriterien:

- Alter unter 18
- Intensivstations- oder Tagesklinikaufenthalt
- psychiatrische Station
- berufliche Tätigkeit im Pflegeberuf

Die Rekrutierung erfolgte über mehrere Krankenhäuser in Wien (Österreich) mittels Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Pflegedirektion und der Bitte um Weitergabe der Anfrage an die Stationsleitungen. Hierfür wurde ein Informationsschreiben (Anhang 1) erstellt, das den Stationsleitungen alle notwendigen Informationen vermitteln sollte. Gemeinsam mit den Informationen an die Pflegedirektion und die Stationsleitungen wurde das Informationsschreiben für die Teilnehmer_innen (Anhang 2) mitgeschickt, welches die Stationsleitungen potenziellen Interviewpartner_innen aushändigen konnten.

Insgesamt gestaltete sich das Rekrutieren der Interviewpartner_innen sehr schwierig, weil es einerseits mangelnde Kooperationsbereitschaft einzelner Krankenhäuser gab und andererseits die externalisierte Rekrutierung durch die Stationsleitungen oft sehr schwer in deren Arbeitsalltag integrierbar war. Außerdem war es einem Großteil der Patient_innen angenehmer, das Interview noch während des Krankenhausaufenthalts durchzuführen. In diesem Fall wurde auf die Wünsche der Interviewpartner_innen Rücksicht genommen und das Interview kurz vor dem geplanten Entlassungstermin im Krankenhaus durchgeführt.

Durch mehrmaliges Nachtelefonieren bzw. Nachhaken bei den teilnehmenden Krankenhäusern bzw. Stationen konnten letztendlich elf Interviewteilnehmer_innen rekrutiert werden. Eine weitere, persönlich rekrutierte Interviewpartnerin wurde zwar testweise interviewt, jedoch bot das Testinterview eine gute Qualität und wurde daher, sowie aus Gründen der generellen Schwierigkeit der Rekrutierung auch für die Auswertung verwendet. Von den folglich gesamt zwölf Interviewpartner_innen wurden zwei Interviewpartnerinnen im privaten Wohnumfeld interviewt. Die restlichen Teilnehmer_innen wurden maximal zwei Tage vor der Entlassung im Krankenhaus interviewt. Der kurze Zeitraum vor der Entlassung wurde gewählt, um bei den Patient_innen möglichst keine Befürchtungen über

Konsequenzen in der Betreuung entstehen zu lassen. Jene Interviewpartner_innen, die im Krankenhaus interviewt wurden, kamen aus drei verschiedenen Krankenhäusern und aus diesen wiederum aus sechs verschiedenen Abteilungen. Es lassen sich also keine Rückschlüsse auf ein spezielles Krankenhaus oder eine spezielle Abteilung ziehen.

In der folgenden Tabelle 1 findet sich eine tabellarische Übersicht über die Interviewpartner_innen und die im Rahmen der Interviews erhobenen demographischen Daten, sowie die Dauer der Verwendung des Toilettenstuhls, die Art der Ausscheidung, für die der Toilettenstuhl verwendet wurde, den Mobilitätsgrad sowie die Art des Zimmers, in dem der Toilettenstuhl verwendet wurde. Es wurde auch erhoben, ob die Interviewpartner_innen zuhause einen Toilettenstuhl verwenden. Da dies lediglich bei einer Interviewpartnerin der Fall war, wurde dieser Umstand nicht in die Tabelle aufgenommen.

Tabelle 1: Darstellung der Interviewpartner_innen

Nr.	Alter	Gender	Station	Verwendung Toilettenstuhl	Dauer der Verwendung	Mobilität	Zimmer
W1	88	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	3 Wochen	Rollator	4-Bett
W2	94	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	2 Wochen	Rollator	6-Bett
W3	89	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	2 Wochen	Rollator	2-6-Betten
W4	82	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	3 Wochen	Rollator	4-Bett
W5	79	Weiblich	Orthopädisch	Harn/Stuhl	3 Wochen	Rollstuhl + Krücken	2-4-Betten
W6	75	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	1 Woche	Rollator	6-Bett
W7	74	Weiblich	Onko/Reha/Akutgeriatrie	Harn/Stuhl	2 Wochen	Rollator	3-4-Bett
W8	71	Weiblich	Chirurgisch	Harn/Stuhl	2 Wochen	Bett → Stuhl	3-Bett
W9	93	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	2,5 Wochen	Wenige Schritte	4-Bett
W10	64	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	15 Tage	Aufstehen	4-Bett
W11	70	Weiblich	Internistisch	Harn/Stuhl	3 Tage	Rollator	1-Bett
M1	90	Männlich	Internistisch	Stuhl	8 Wochen	Rollator	4-Bett

3.3. Ablauf der Interviews

Der Kontakt zu den Interviewpartner_innen wurde, wie bereits zuvor beschrieben, von den Stationsleitungen jener Stationen hergestellt, die sich bereit erklärt hatten, bei der Rekrutierung zu unterstützen. Im Falle der in den Krankenhäusern stattfindenden Interviews wurde ein Zeitpunkt am Nachmittag gewählt, damit die Patient_innen zu dieser Zeit keine Untersuchungen oder Therapie hatten. Der Forscher begab sich auf die Station und es erfolgte eine gegenseitige Vorstellung durch die Stationsleitung. Die Interviews im Krankenhaus fanden nicht im Patient_innenzimmer statt. Von der Stationsleitung wurde ein privater Raum auf der Station zur Verfügung gestellt, welcher mit den Interviewpartner_innen aufgesucht wurde. Anschließend wurde noch einmal das Interview besprochen, sowie das mündliche und schriftliche Einverständnis der Interviewpartner_innen eingeholt. Eine Vorlage der Einverständniserklärung befindet sich im Anhang 3. Nach der Unterfertigung der Einverständniserklärung und der Klärung vorauszuschickender Fragen seitens der Interviewpartner_innen wurden diese über den Start der Tonaufzeichnung informiert und im Anschluss die Interviews begonnen.

Die Interviews dauerten zwischen 15 und 45 Minuten. Einige Interviewpartner_innen zeigten eine große Bereitschaft zu erzählen und die narrativen Anteile der Interviews funktionierten gut. In anderen Interviews wiederum musste sehr viel nachgefragt bzw. paraphrasiert werden. Mittels dieser Techniken konnten jedoch in allen Interviews relevante Daten generiert werden, so dass kein Interview als unbrauchbar oder irrelevant verworfen werden musste. Ein Merkmal, welches sich durch einen Großteil der Interviews zog, war ein gewisses Unverständnis bzw. eine gewisse Verwunderung bezüglich der Notwendigkeit, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Dieses zeigte sich aber nicht im Rahmen der Interviews selbst, sondern im Vorgespräch oder auch danach.

Nachdem die jeweiligen Interviews das Ende des Leitfadens erreicht hatten, wurde den Interviewpartner_innen noch die Möglichkeit gegeben, abschließende Anmerkungen zu machen. Von dieser Möglichkeit machten nur wenige Interviewpartner_innen Gebrauch. Nach der Klärung demographischer Daten (Alter, Gender, Zimmergröße, Dauer und Art des Krankenhausaufenthalts, Dauer der Verwendung des Toilettenstuhls, Verwendung des Toilettenstuhls zu Hause und

Mobilitätsgrad) wurde die Tonaufnahme beendet und die Interviewpartner_innen wurden über das Ende des Interviews informiert.

3.4. Datenauswertung

Da es sich beim Problemzentrierten Interview nicht um eine ausschließlich narrative Datenerhebung handelt, sondern bereits ein gezieltes Erkenntnisinteresse dahintersteckt, bedurfte es einer entsprechenden Auswertungsmethode. Darüber hinaus hat das Thema des Toilettenstuhls für die professionelle Pflege eine praktische Relevanz, was ebenfalls bei der Wahl der Auswertungsmethode berücksichtigt wurde. So kann auch dem Anspruch nachgekommen werden, Wissen zu generieren, welches in der Praxis zur Anwendung kommen kann.

Bezüglich der Auswertungsmethode fiel die Wahl auf die *Thematic Analysis* von Braun und Clarke (2014). Die Wissenschaftler_innen sehen in der Themenanalyse (*Thematic Analysis*) die Möglichkeit, angewandte Forschung zu betreiben. Sie heben außerdem die Möglichkeit hervor, qualitative Daten so aufzubereiten, dass sie auch für Personen außerhalb des akademischen Umfelds zugänglich sind. Die beiden Autor_innen haben die *Thematic Analysis* (TA), welche bereits in den 1970er Jahren zum ersten Mal verwendet wurde, weiterentwickelt und in erster Linie für das Feld der Psychologie aufbereitet. Jedoch verweisen die Autor_innen darauf, dass eine Verwendung dieser Auswertungsmethode in anderen Disziplinen, vor allem auch im Gesundheitsbereich möglich ist (Braun & Clarke, 2014, S.1). Eine genaue Darstellung der Methode erfolgte im APA Handbook of Psychological Research ebenfalls durch Braun und Clarke (2012). Dort heben die Autor_innen eine flexible Herangehensweise hervor, die durch die Methode ermöglicht wird und innerhalb der qualitativen Forschung sowohl induktives als auch deduktives Arbeiten erlaubt (Braun & Clarke, 2012, S. 58). Dies sollte in geplanter Weise im Falle der Auswertung der Daten im vorliegenden Forschungsprojekt erlauben, im Zuge der Forschungsfrage viel aus den Daten herauszuholen, die erkannten „Muster“ aber auch gut mit dem bestehenden theoretischen Background in Verbindung zu bringen. Bedeutungsmuster sind es auch, was Braun und Clarke (2012, S. 57) als Ergebnis der TA beschrieben. Es geht also nicht um das durch Übersetzung aus dem Englischen leicht missverständene Herausfinden von Themen im Sinne einer

simplem Kategorisierung, sondern eben *themes*, welche als übergreifende, zusammenhängende „Muster“ verstanden werden sollen. Dies umfasst auch einen wichtigen Aspekt des Erkenntnisinteresses bei der Frage nach dem Erleben des Toilettenstuhls. Die von Braun und Clarke beschriebenen „Muster“ bzw. *themes* sollen in der vorliegenden Forschungsarbeit als Zusammenhänge verstanden werden, welche im Rahmen der Analyse entdeckt werden sollen. Braun und Clarke (2012, S. 57) geben auch an, dass die *Thematic Analysis* Bedeutungen über ein Datenset hinweg erfassen kann. Diese Bedeutungen können in kollektiver und geteilter Form erfasst werden. Bedeutungszusammenhänge können in der vorliegenden Forschungsarbeit sowohl zwischen den Ergebnissen und den theoretischen Konzepten von Autonomie, Würde und Privatsphäre, als auch zwischen den einzelnen Interviews hergestellt werden. Die *Thematic Analysis* baut nach Braun und Clarke (2012, S. 60-69) auf sechs Phasen auf, welche im Folgenden anhand der vorliegenden Arbeit dargestellt werden:

I. Familiarizing Yourself With The Data

Braun und Clarke (2012, S. 61) empfehlen, sich sowohl die Audioprotokolle als auch die Transkripte der Interviews in Gänze anzuhören bzw. durchzulesen, um sich mit den erhobenen Daten bekannt zu machen und bereits zu beginnen, sich zu überlegen, was die Bedeutung der gewonnenen Daten ist. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde unmittelbar nach der Transkription des ersten Interviews mit dem Codieren begonnen, um eventuell tiefergehende Fragestellungen für die weiteren Interviews generieren zu können. Zusätzlich erfolgte die von Braun und Clarke (2012, S. 61) empfohlene Gesamtübersicht über den ganzen Datensatz nach dem Durchführen des letzten Interviews.

II. Generating Initial Codes

Bezüglich des Codierens ließen Braun und Clarke (2012, S.62) offen, ob die Codes semantischen oder latenten Sinn erfassen sollen. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden vorwiegende semantische Codes verwendet. Daher entfiel in der vorliegenden Arbeit die von Braun und Clarke vorgeschlagene eindeutige Kennzeichnung der semantischen und interpretativen Codes, um ein Vermischen zu

vermeiden. Mit der Codierung sollte ebenfalls bereits sehr früh, nämlich nach einem oder wenigen Interviews begonnen werden. Jedoch sollte im Zuge des Auswertungsverfahrens ein Blick zurück auf bereits codierte Interviews geworfen werden, um eventuell später neu generierte Codes auf ihre Anwendbarkeit in früheren Textstellen zu überprüfen. Dieser Aspekt konnte in der vorliegenden Arbeit nicht gänzlich umgesetzt werden, da die Codierung in der beschriebenen semantischen Art und Weise sehr nah am Text durchgeführt wurde und somit eine rückwirkende Übertragung auf frühere Textpassagen nicht möglich war. Zwar wurde im vorliegenden Fall sehr früh begonnen, zu Codieren, jedoch waren diese frühen Codes bereits zu interpretativ und wurden lediglich für das Führen weiterer Interviews verwendet. Im Anschluss daran wurden sie wieder verworfen und durch semantische, inhaltsnahe Codes ersetzt.

III. Searching For Themes

Aus Code-Clustern sollen nach Braun und Clarke (2012, S. 63) breite Zusammenhänge oder Themen herausgefunden werden, welche bereits in Zusammenhang mit den Forschungsfragen gesetzt werden sollen. Für den Fall, dass sich manche *themes* überlappen, erklärten Braun und Clarke (2012, S. 64), dass diese Überlappungen einen Rahmen für eine durchgehende „Geschichte“ im Gesamtzusammenhang der Daten bilden können. Dieser Schritt wurde im Zuge der Forschungsarbeit erst dann in Angriff genommen, als das gesamte Datenset vorlag.

IV. Reviewing Potential Themes

Das gesamte vorliegende Datenset ist nach Braun und Clarke (2012, S. 65) auch für diesen nächsten Schritt notwendig. Mittels rekursivem Fragestellen sollen im Rückgriff auf das gesamte Datenset mit folgenden Fragen die entdeckten Zusammenhänge geschärft werden.

- *Is this a theme (it could be just a code)?*
- *If it is a theme, what is the quality of this theme (does it tell me something useful about the dataset and my research question)?*
- *What are the boundaries of this theme (what does it include and exclude)?*
- *Are there enough (meaningful) data to support this theme (is the theme thin or thick)?*

- *Are the data too diverse and wide ranging (does the theme lack coherence)?*
(Braun & Clarke, 2012, S. 65)

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden zuerst mehr als zehn Themen generiert, die sich bei genauerer Betrachtung zu weniger größeren Themen zusammenfassen ließen. Diese ersten Themen waren im Sinne von Braun und Clarke (2013, S. 251) als *candidate themes* zu verstehen, die laut den beiden Autor_innen auch einer Revision und einer Redefinition bedürfen. Die Reduktion dieser initialen Themen auf fünf Kernthemen, wie in der folgenden Ergebnisdarstellung beschrieben, entspricht diesem Prozess.

V. *Defining And Naming Themes*

Dieser Schritt ist der erste Schritt in Richtung Verschriftlichung der Daten, in dem den generierten Zusammenhängen, wie es Braun und Clarke (2012, S. 66) beschreiben, mittels mehrerer Sätze eine Beschreibung beigemessen wird, um festzuhalten, was den Zusammenhang einzigartig und spezifisch macht. Im Zuge dieses Schrittes soll auch die Festigung der erkannten Zusammenhänge mittels der Hintergrundliteratur geschehen. Über das Definieren von Themen und Subthemen, welche wiederum nach Braun und Clarke (2013, S.249) spezifische Aspekte der zentralen Aussagen des Themas einfangen und entwickeln, soll die Basis für die Verschriftlichung der Ergebnisse geschaffen werden. Die zuvor erwähnte Beschreibung in mehreren Sätzen ist in der vorliegenden Forschungsarbeit im Kapitel Ergebnisse (Kapitel 4) nachzuvollziehen.

VI. *Producing The Report*

Im Zuge der Forschungsarbeit wurde an Hand der von Braun und Clarke vorgeschlagenen Phasen vorgegangen und gearbeitet, wobei der sechste Schritt, also der Report, in Form der vorliegenden Master-Arbeit durchgeführt wurde. In diesem sechsten Schritt sehen Braun und Clarke auch die Literatursynthese vor. Braun und Clarke schlagen im Konzept der *Thematic Analysis* zwei verschiedene Methoden der Verknüpfung der gewonnenen Daten mit der Literatur vor. Sie selbst bevorzugen einen integrativen Ansatz (Braun & Clarke, 2013, S.273), bei dem die Literatur sofort in die Ergebnisdarstellung einfließt. Der integrative Ansatz bietet sich laut Braun und Clarke an (2013, ebendort), wenn es starke Verknüpfungen mit existierender Forschung gibt und ein sehr interpretativer Ansatz verfolgt wird.

In der vorliegenden Arbeit ist beides nicht der Fall, weshalb eine Trennung der Ergebnisdarstellung und der Literatursynthese (Diskussion) erfolgt, welche dem zweiten von Braun und Clarke erwähnten Ansatz zur Integration bestehender Literatur entspricht.

3.5. Hilfsmittel

Die Interviews wurden mittels Mobiltelefon und digitalem Diktiergerät gleichzeitig aufgenommen, um das Risiko eines Datenverlusts zu minimieren. Zur Transkription der Interviews wurde die Software F4 verwendet. Die Datenanalyse (Codieren und Clustern) wurde auch softwaregestützt mittels der Software Atlas.ti - Versionen 7 und 8 sowie teilweise handschriftlich durchgeführt.

3.6. Ethische Prinzipien

Als Grundlage für die forschungsethischen Prinzipien wurde die Guideline „Research Ethics“ des Royal College of Nursing (2009) verwendet. Diese sieht als Grundlage für eine sichere und ethische Forschung sechs Felder, die vor dem Beginn der Forschung adressiert werden müssen:

- Informierte Zustimmung (*informed consent*)
 - Vertraulichkeit (*confidentiality*)
 - Datenschutz (*data protection*)
 - Recht auf Widerruf (*right to withdraw*)
 - Möglicher Nutzen (*potential benefits*)
 - Möglicher Schaden (*potential harms*)
- (Royal College of Nursing, 2009, S. 4)

Als Grundvoraussetzung für die Interviewführung wurde der **informed consent**, also die informierte Zustimmung, wie auch von Ulrich Körtner (2012, S.152) beschrieben von den befragten Personen eingeholt. Der **mögliche Nutzen** wurde den Teilnehmer_innen mittels eines Informationsschreibens erklärt, welches ihnen im Zuge der Rekrutierung ausgehändigt wurde.

Die **Vertraulichkeit** wurde adressiert, indem die Transkription der Interviews in anonymisierter Weise erfolgte, sodass auch auf Grund des Orts bzw. Stationsbezeichnungen in Krankenhäusern und der Zeit keine Rückschlüsse auf die Identität der interviewten Person gezogen werden können. Die Audiodaten der Interviews wurden nach der Transkription gelöscht.

Auch der **Datenschutz** wurde adressiert, indem das Kontaktieren der Interviewpartner_innen auf der Grundlage eines Kriterienkatalogs (Ein- und Ausschlusskriterien) durch Pflegepersonen (Stations- oder Abteilungsleitungen) an den teilnehmenden Krankenhäusern erfolgte, um die Notwendigkeit der Herausgabe sensibler Daten an den Forscher zu unterbinden. Die Dokumentation der Durchführung der Interviews auf Seiten der Krankenhäuser lag in deren Verantwortungsbereich und konnte vom Forscher auf Grund des Datenschutzes nicht nachvollzogen werden.

Die Möglichkeit des **Widerrufs**, wie auch von Körtner (2012, S.152) beschrieben, wurde den Interviewpartner_innen seitens des Forschers ebenso eingeräumt. Die informierte Zustimmung, sowie das Widerrufsrecht wurden von allen Teilnehmer_innen mittels einer Einverständniserklärung, welche vor dem Interview unterschrieben wurde, eingeholt und bestätigt. Die Einverständniserklärung befindet sich im Anhang unter Anhang 3.

Es wurde im Rahmen der Forschungsarbeit keine Intervention an den Teilnehmer_innen durchgeführt. Der Forscher war in keinem der teilnehmenden Krankenhäuser beruflich tätig. Es gab also keine Möglichkeit, dass die teilnehmenden Personen Konsequenzen in der Betreuung und Pflege durch den Forscher zu befürchten hatten. Insofern wurden auch **mögliche Schäden** für die Interviewpartner_innen abgewogen und für nicht existent befunden.

3.7. Gütekriterien qualitativer Forschung

Gütekriterien sind nach Philipp Mayring (2016, S. 140) Maßstäbe, an denen die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen werden kann. In der vorliegenden Forschungsarbeit kamen die von Mayring entwickelten allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2016, S. 144) zur Anwendung, die im Folgenden

dargestellt und auch gleich mit der vorliegenden Forschungsarbeit in Verbindung gesetzt werden:

I. Verfahrensdokumentation

Mayring (2016, S. 144-145) versteht darunter die Dokumentation des Verfahrens zur Gewinnung von Ergebnissen. Dazu zählen die Explikation des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums sowie die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung.

Das Vorverständnis des Autors beruht auf einer fünfjährigen Tätigkeit als Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger auf einer Normalstation in einem Wiener Akutkrankenhaus sowie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Kontinenz im Rahmen der Forschungswerkstatt des Master-Studiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Das Analyseinstrumentarium, die *Thematic Analysis* nach Braun und Clarke wird sowohl in Bezug auf die Auswahl und die Durchführung im Abschnitt Datenauswertung des vorliegenden Kapitels beschrieben. Auch die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung werden im Rahmen dieses Kapitels beschrieben.

II. Argumentative Interpretationsabsicherung

Mayring (2016, S. 145) beschreibt mehrere Kernelemente der argumentativen Interpretationsabsicherung. Erstens die Darlegung des Vorverständnisses (siehe vorheriger Punkt, zweitens die schlüssige Interpretation und die Erklärung von Brüchen und drittens die Suche nach Alternativdeutungen und deren Überprüfung.

Die Darstellung der Interpretationen erfolgt im Kapitel 4 „Ergebnisse“ mit einer großen Nähe zu den Aussagen der Interviewteilnehmer_innen. Im Kapitel 5 „Diskussion“ erfolgt anschließend eine weitergehende Interpretation, im Rahmen derer auch die Synthese mit der bestehenden Literatur hergestellt wird.

III. Regelgeleitetheit

Qualitative Forschung muss sich laut Mayring (2016, S. 145-146) an bestimmte Verfahrensregeln halten und ihr Material systematisch bearbeiten.

In der vorliegenden Arbeit ist das Regulativ die vorgegebene Vorgehensweise zur Auswertung jene der *Thematic Analysis* von Braun und Clarke. Die Erstellung des Interviewleitfadens wurde nach den Vorgaben von Witzel durchgeführt.

IV. Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand wird von Mayring auch als Gegenstandsangemessenheit bezeichnet und folgendermaßen ausgeführt:

„Anstatt Versuchspersonen ins Labor zu holen, versucht man, ins ‚Feld‘ zu gehen, in die natürliche Lebenswelt der Beforschten. Inwieweit das gelingt, stellt ein wichtiges Gütekriterium dar. Ein zentraler Punkt ist dabei auch, dass man versucht, eine Interessensübereinstimmung mit den Beforschten zu erreichen“ (Mayring, 2016, S. 146).

Umgelegt auf die vorliegende Forschungsarbeit lässt sich festhalten, dass eine Gegenstandsangemessenheit hergestellt wurde, indem die betroffenen Personen direkt interviewt wurden. Eine Anpassung des ursprünglich geplanten Intervieworts (Zuhause) an die Bedürfnisse der Interviewpartner_innen war auch Teil der Interessensübereinstimmung. Dazu kann auch gezählt werden, dass einzelne Interviewpartner_innen auch äußerten, dass sie es wichtig fanden, das Thema aufzugreifen.

V. Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung, die Mayring (2016, S. 147) als Überprüfung der Ergebnisse im Sinne, sie den Befragten vorzulegen und mit ihnen zu diskutieren, zusammenfasst, soll der Absicherung der Rekonstruktion subjektiver Bedeutungen und dem Gewinnen von Argumenten zur Relevanz der Ergebnisse dienen.

Im vorliegenden Forschungsprojekt war es nahezu unmöglich, die Interviewpartner_innen für eine erneute Besprechung der Ergebnisse zu gewinnen. Sie wurden zwar gefragt, stellten jedoch die Möglichkeit eines neuen Treffens als zu unsicher in Frage. Eine Interviewpartnerin, die sich auch für das Testinterview bereit erklärte, konnte zu einer Besprechung der Ergebnisse gewonnen werden. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse mit zwei Studienkolleginnen sowie der ehemaligen Vorgesetzten des Autors besprochen, um die Validität der Ergebnisse zu stärken.

VI. Triangulation

Als letztes Gütekriterium beschreibt Mayring (2016, S. 147-148) die Triangulation. Diese umfasst das Heranziehen verschiedener Datenquellen, Interpret_innen, Ansätze von Theorien oder Methoden, um für die Forschungsfrage unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen.

Abgesehen von der Literatursynthese, im Rahmen derer die Triangulation nur rudimentär möglich ist, weil auch die Forschungslage sehr dünn ist, konnte in der vorliegenden Arbeit auf Grund des Rahmens einer Masterarbeit und den beschränkten Ressourcen keine weitere Triangulation durchgeführt werden. Somit ist dieses letzte Gütekriterium jenes, welches am wenigsten Berücksichtigung fand.

4. Ergebnisse

Im Zuge der Auswertung der Interviews wurden fünf Kernthemen identifiziert, welche sich wiederum in unterschiedliche spezifische Ausprägungen (Subthemen) gliedern. Die identifizierten Themen wurden mittels der Methode der *Thematic Analysis* generiert und orientieren sich an den drei Gebieten der Forschungsfrage, dem allgemeinen Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls, der Frage nach der Würde im Zuge der Verwendung und dem Bereich der Autonomie. Die Beschreibung der einzelnen Themen im vorliegenden Kapitel erfolgt zuerst mittels eines Überblicks über das Thema. Darauf folgt eine Beschreibung der Subthemen und im Anschluss daran eine zusammenfassende Beschreibung des Themas. Am Ende dieses Kapitels erfolgt eine grafische Darstellung der identifizierten Themen.

Die Themen, die im Rahmen der Ergebnisauswertung identifiziert werden konnten und im Folgenden detailliert beschrieben werden, sind:

1. Der Toilettenstuhl – Die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial.
2. Der Toilettenstuhl muss sicher sein.
3. „Das ist halt kein würdevoller Anblick“. Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer.
4. Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem.
5. Wollen und Müssen – Der Toilettenstuhl zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung.

4.1. Der Toilettenstuhl – Die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial

Dieses Thema ist in der Forschungsfrage im Bereich des allgemeinen Erlebens angesiedelt und gliedert sich in zwei Subthemen. Einerseits geht es darum, wie Patient_innen den Toilettenstuhl an sich bewerten sowie welche positiven oder negativen Eigenschaften sie identifizieren. Andererseits behandelt dieses Thema die Frage der Bewertung von Alternativen zum Toilettenstuhl.

4.1.1. Bewertung des Toilettenstuhls an sich

Der Tenor der Befragten ist, dass sie den Toilettenstuhl positiv bewerten. Dabei umfasst die positive Bewertung unterschiedliche Facetten. Drei Interviewpartner_innen beschreiben, dass sie den Toilettenstuhl gut finden, wie er ist. Dabei gibt es Zuschreibungen wie „perfekt“, „ideal“ oder „die beste Möglichkeit“. Außerdem wird der Toilettenstuhl beispielsweise als praktisch beschrieben. Ein weiterer positiver Aspekt, welcher von W8 genannt wird, ist der Umstand, dass sie den Toilettenstuhl für sich alleine hat und sich mit niemand anderem eine Toilette teilen muss.

W8: „Er ist was anderes als ein Klo, was man auch bedenken muss. Das ist ein Spital und den verwende nur ich. Sonst keiner. Draußen am Klo geht der Besucher, geht das Nebenzimmer und geht dieses Zimmer“ (W8 Z203-Z206).

Dies bezieht sie vor allem auf die Sauberkeit bzw. Hygiene. Die generell positive Bewertung, dass es gut ist, dass es den Toilettenstuhl gibt, stellt auch ein Ergebnis der Untersuchung dar. Es zeigt sich insgesamt, dass der Toilettenstuhl unter der Voraussetzung der Notwendigkeit bzw. in Anbetracht der Gründe der Verwendung für gut befunden wird.

Die Beurteilung der Bequemlichkeit fällt größtenteils positiv aus. Der Toilettenstuhl wird bezüglich der Bequemlichkeit mit einem normalen Sessel verglichen. Im Vergleich zur normalen Toilette wird die Bequemlichkeit als gleich oder sogar als besser eingeschätzt. Es gibt allerdings auch die Einschätzung, dass die Bequemlichkeit des Toilettenstuhls nicht relevant ist.

Die Konstruktion des Toilettenstuhls wird von drei Interviewpartner_innen als gut bewertet. Die positive Bewertung resultiert beispielsweise aus dem Vergleich des Toilettenstuhls mit Dingen, die bekannt sind, wie zum Beispiel dem Nachttopf oder einem normalen Stuhl. Eine Interviewpartnerin, W8, hebt darüber hinaus hervor, dass sie es gut findet, dass das Design des Toilettenstuhls kaschiert, was er eigentlich ist.

W8: „Ja, man sitzt drauf und wenn ich drauf sitze und es kommt wer rein, der sich nicht auskennt, weiß der nicht, was ich auf dem Stuhl mache. Der sieht das ja nicht. Ja, das macht ja keine Geräusche, außer ich mache Geräusche, aber das ist ja nicht gegeben. Ich kann mit wem tratschen, ohne dass der merkt, ich sitze (-) das ist ja heute schon alles so fabriziert, dass man nicht sieht, dass das ein Leibstuhl ist“ (W8 Z51-Z56).

Es gibt jedoch auch einige negative Bewertungen bezüglich der Konstruktion. So wird beispielsweise von zwei Interviewpartner_innen der Platz auf dem Toilettenstuhl als eingeschränkt wahrgenommen. Die meisten Aussagen zum eingeschränkten Platz gibt es vom einzigen männlichen Interviewpartner, M1.

Eine Anforderung an den Toilettenstuhl, welche mehrmals genannt wird, ist die richtige Höhe im Vergleich zur Körpergröße und in Zusammenhang mit einer etwaigen orthopädischen Erkrankung. Diesbezüglich wird auch Kritik geäußert. Bezüglich sonstiger Anforderungen an die Konstruktion des Toilettenstuhls gibt es nur von W2. Aussagen. Diese meint, dass jeder Toilettenstuhl Arm- und Rückenlehne, sowie ein Fußbrettchen brauchen würde.

4.1.2. Nur das WC ist besser als der Toilettenstuhl – die Bewertung von Alternativen

Der Toilettenstuhl ist eines von mehreren Hilfsmitteln zur Ausscheidung. Die Notwendigkeit, ein Hilfsmittel zur Ausscheidung zu verwenden, ergibt sich aus mehreren, von den Interviewpartner_innen genannten Gründen für die Verwendung des Toilettenstuhls. Diese waren zwar nicht Teil der Forschungsfrage, stellen aber an dieser Stelle einen wichtigen Kontext dar. Die Gründe für die Verwendung des Toilettenstuhls gestalten sich unter den Interviewpartner_innen sehr ähnlich. Sie stellen in diesem Kontext die Patient_innenperspektive dar. Für einen großen Teil der Interviewpartnerinnen ist ein Grund zur Verwendung des Toilettenstuhls die Verknüpfung der Umstände, dass die Toilette zu weit weg und der Harndrang zu groß ist. Somit besteht die Befürchtung, es nicht mehr bis zur Toilette zu schaffen und am Weg Harn zu verlieren. Der beschriebene Umstand, dass der Weg zu weit ist, kann einerseits durch eine Mobilitätseinschränkung entstehen oder aber

andererseits tatsächlich ein weiterer Weg sein. So beschreibt W2. den Grund für die Verwendung des Toilettenstuhls folgendermaßen:

W2: „[...] also ich kann jetzt nicht mehr auf die Toilette gehen, weil der Weg zur Toilette bereits zu weit ist, sonst kann es passieren, dass es daneben geht, weil ich es nicht mehr halten kann. Das kann ja auch passieren und da braucht man den Stuhl ganz in der Nähe. Damit man schnell sich entleeren kann. Das ist meine persönliche Meinung“ (W2 Z108-Z112).

Erkrankungen können ebenfalls ein Grund für die Verwendung des Toilettenstuhls sein. Dies zeigt sich einerseits bei besonderer Dringlichkeit, zum Beispiel bei Durchfall, oder ebenfalls aufgrund einer Mobilitätseinschränkung im Zuge einer Erkrankung. Hier ist auch Benommenheit, die entweder medikamenteninduziert oder krankheitsbedingt ist und beispielsweise von W3 genannt wird, einzuordnen.

Die beschriebenen Gründe für die Verwendung des Toilettenstuhls könnten auch Gründe für die Verwendung von alternativen Hilfsmitteln zur unterstützten Ausscheidung darstellen. Der Vergleich zu alternativen Hilfsmitteln wird von Patient_innen gezogen und fällt in der Bewertung durchwegs zu Gunsten des Toilettenstuhls aus. Das naheliegendste Hilfsmittel als Alternative bei Mobilitätseinschränkung wäre die Bettpfanne. Diese wird von den Interviewten entweder aus Erfahrung oder auch perspektivisch abgelehnt. Die Patient_innen begründen ihre Ablehnung damit, dass die Bettpfanne als die unangenehmste bzw. schrecklichste Option empfunden wird.

W2: Und, im Bett die Schüssel ist das Schrecklichste. Ich könnte gar nicht auf die Schüssel gehen. Es geht nicht. Ich habe eine Hemmung (W2 Z302-Z303).

W2. begründet ihre Präferenz für den Toilettenstuhl zusätzlich mit der Vergleichbarkeit mit der normalen Toilette:

W2: „Ich finde diesen Stuhl sehr wichtig, weil man das Gefühl hat, man kann auf einer Toilette sitzen, nicht? Während, wenn man das nicht hat, wenn man im Bett die Schüssel bekommt, weil das ist das unangenehmste. Ich kann auf eine Schüssel gar nicht gehen“ (W2 Z198-Z201).

Hierbei fließen drei Alternativen in den Vergleich ein. Der Toilettenstuhl wird mit dem Ideal der normalen Toilette verglichen und im gleichzeitigen Vergleich mit der Bettpfanne wird der Toilettenstuhl bevorzugt, weil er am nächsten zum verglichenen Ideal steht.

Des Weiteren spielen hygienische Gründe und die Abhängigkeit vom Pflegepersonal eine Rolle bei der Ablehnung der Bettpfanne. Auch Hilfsmittel der Inkontinenzversorgung, wie beispielsweise Einlagen oder Schutzhosen werden im Vergleich zum Toilettenstuhl abgelehnt. W5 erzählt, dass ihr der Toilettenstuhl angeboten wurde, nachdem sie die Schutzhose abgelehnt hatte. Sie lehnt eine Schutzhose auch ab, weil sie Angst davor hat, dass das Tragen zur Gewohnheit wird.

Der Blasenverweilkatheter wird ebenfalls von einer Interviewpartnerin (W2.) als Alternative genannt und auch ablehnend bewertet.

W2: „Katheter ist das Schrecklichste, was es überhaupt gibt, weil der Katheter für die alten Leute schwierig ist, weil man dann später, wenn man den Katheter hatte, Wasser verliert“ (W2 Z419-Z421).

W2 kennt mögliche Konsequenzen des Blasenverweilkatheters und lehnt diesen im Vergleich zum Toilettenstuhl aus Angst vor dessen Konsequenzen ab. Hierbei wird sichtbar, dass Patient_innen auf Grund von Erfahrungen auch zu Expert_innen in der Einschätzung von Alternativen werden und diese auch begründet ablehnen können.

Die Alternative der Möglichkeit, mit einem Rollstuhl zur Toilette zu fahren, wird von W8 genannt, aber aus Praktikabilitätsgründen im Vergleich ablehnend bewertet.

W8: „Nein, das war für mich kein Bedürfnis. Weil das in meinen Augen unlogisch ist, weil ich brauche ihn nicht, wenn ich ihn nicht benütze. Dann brauche ich ihn nicht. Da nehme ich den Rollstuhl und fahre mit dem Rollstuhl raus. Indem da kleine Stufen sind, ich nicht Rollstuhlfahrerin bin, bin ich unsicher beim Rollstuhlfahren, also (-) und wie gesagt, die Schwestern haben nicht immer Zeit. Die hören das Läuten und sagen, ‚Ja‘ und es kann sein, dass sie erst fünf Minuten später kommt. Ja, da bin ich, ich vielleicht nicht, aber ein anderer hat sich halb angemacht,

ja. Also hat manches keinen Sinn. Wenn ich mich entschlossen habe, einen Leibstuhl zu verwenden, muss ich ihn verwenden. Dann hat es keinen Sinn zu sagen, welche Möglichkeiten habe ich noch“ (W8 Z90-Z98).

Abgesehen vom Zeitfaktor steht bei dieser Aussage die Frage nach der Sinnhaftigkeit im Vordergrund. Praktikabilität und Unabhängigkeit sind maßgebliche Faktoren der Entscheidung, den Toilettenstuhl dem Rollstuhl gegenüber zu bevorzugen. Der Aspekt der Unabhängigkeit wird sich im Ergebnisteil beim Themenbereich der Autonomie noch deutlicher zeigen. W8 artikuliert aber auch, dass eine einmalige Entscheidung für den Toilettenstuhl für sie eine fixierte Entscheidung ist und sie keinen Sinn darin sieht, noch weiter über Alternativen nachzudenken.

Eine Alternative, welche kein Hilfsmittel ist, jedoch trotzdem als Alternative zum Toilettenstuhl zu bewerten ist, ist die Zuweisung eines Betts, welches sich in räumlicher Nähe zum WC im Zimmer befindet. Diese Alternative wird von einer Interviewpartnerin genannt und als positiv bewertet.

4.1.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas: „Der Toilettenstuhl – Die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial“

Der Toilettenstuhl scheint unter den Alternativen zur regulären Benützung der Toilette die beste Wahl darzustellen. Die Patient_innen würden zwar generell gerne weiter auf die normale Toilette gehen, bevorzugen jedoch, wenn dies nicht möglich ist, unter den Alternativen den Toilettenstuhl. Gerade bezüglich der Alternativen zeigt sich, dass Patient_innen Expert_innen für ihre eigenen Bedürfnisse sind und ihre Präferenzen auch begründen können. Die Expert_innenrolle zeigt sich auch bei jenen Aspekten, die die Patient_innen als verbesserungswürdig charakterisieren. Vorschläge zu konstruktionstechnischen Verbesserungen und explizite Aussagen zu den Mängeln zeigen, dass es Anpassungsbedürfnisse seitens der Patient_innen gibt. Hierbei wird auch das Verbesserungspotenzial des Toilettenstuhls erkennbar. Bezüglich der positiven Bewertungen zeigen sich gute Bewertungen bei der Konstruktion und der Bequemlichkeit und es gilt auch noch den Umstand der alleinigen Nutzung hervorzuheben. Dass der Toilettenstuhl nur

von einer Person exklusiv genutzt wird, ist ein Alleinstellungsmerkmal, welchem gerade im Krankenhaus eine besondere Bedeutung zukommt und dem Toilettenstuhl einen zusätzlichen Vorteil gegenüber den Alternativen *und* der normalen Toilette einräumt.

4.2. Der Toilettenstuhl muss sicher sein

Das Thema „Der Toilettenstuhl muss sicher sein“ teilt sich in zwei Subthemen. Es gibt einerseits die Wahrnehmung der Patient_innen, sich bei der Verwendung sicher zu fühlen und andererseits ein beschriebenes Gefühl der Unsicherheit.

4.2.1. Sich bei der Verwendung sicher fühlen

Ein Teil der Interviewpartner_innen gibt an, keine Sicherheitsbedenken bei der Verwendung des Toilettenstuhls zu haben. So wird der Toilettenstuhl beispielsweise als hundertprozentig sicher beschrieben und Sicherheit sogar als wichtige Eigenschaft des Stuhls an sich beschrieben. Das Sicherheitsgefühl hängt hier maßgeblich davon ab, dass die Bremsen angezogen sind. Die Fixierung des Toilettenstuhls wird als Voraussetzung für Sicherheit vermittelt. Zwei Interviewpartnerinnen geben außerdem an, dass ihr Sicherheitsgefühl mit der Voraussetzung des Alleine-Seins bei der Verwendung zusammenhängt. W8 erklärt Sicherheit durch Fixierung des Toilettenstuhls und Sicherheit durch Alleine-Sein folgendermaßen:

W8: „Also, wenn die Bremsen angezogen sind, fühle ich mich sicher. Dadurch, dass ich korpulent bin, bin ich, wenn die Bremsen nicht angezogen sind (-) ich bin *blahd* (-), ich bin eine Dicke und wenn die Bremsen nicht angezogen sind, sitze ich drin, zwar nicht eingespannt, aber drin und dann kann er kippen. Da muss man aufpassen. Das ist nicht so, dass er jedes Mal kippt oder so, aber man muss aufpassen. Aber wenn die Bremsen angezogen sind, glaube ich, kann ein Erdbeben kommen. Nicht, da fühlt man (-) man fühlt sich sicher und wie gesagt, man fühlt sich auch sicher, wenn der andere nicht weiß, dass man am Leibstuhl

sitzt, wenn man rundherum geschützt ist. Sie sehen es nicht“ (W8 Z192-Z200).

Ein Gefühl der Sicherheit ist für Patient_innen also mehr, als nur der sichere Stand. Abschirmung bzw. Sichtschutz können auch ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Hier wird eine Verbindung zum Thema der Privatsphäre, welches im entsprechenden Ergebnisteil im Unterkapitel 4.3. der vorliegenden Arbeit erörtert wird, sichtbar.

4.2.2. Sich bei der Verwendung unsicher fühlen

Als Faktoren für ein Unsicherheitsgefühl bei der Verwendung des Toilettenstuhls, welches ebenfalls von einem Teil der Interviewpartner_innen geäußert wird, geben die Befragten Konstruktionsfaktoren wie „Ausgeleiertheit“ (Abnutzung) oder Höhe des Stuhls an. Weiters wird der Umstand, dass der Stuhl Räder hat und die mangelnde Fähigkeit zur selbständigen Manipulation der Bremsen angegeben. Anknüpfend daran wird das Sicherheitsgefühl auch als abhängig vom körperlichen Zustand beschrieben. Hierbei wird vor allem ein Schwindel als Unsicherheitsfaktor erwähnt. So wie als Voraussetzung für Sicherheit die Fixierung beschrieben wird, so wird eine mangelhafte Fixierung als Unsicherheitsfaktor erwähnt. W6 vereint einige dieser Faktoren, die zu einem geringeren Sicherheitsgefühl führen, in einer Aussage:

W6: „Der ist oft nicht gesichert, weil der ist schon ausgeleiert, aber glaubst du, der wird ausgetauscht? Nein, da wird nur gesagt: ‚Naja, das ist halt so, weil er schon ausgeleiert ist.‘ Und ich habe mich auch schon einmal draufgesetzt und bin mit dem so weit zurück, dass es mich direkt am Kopf gerissen hat. Also den viel mehr zu sichern wäre auch eine Notwendigkeit. Und nicht so hoch. Da muss ich schon fast sagen hochklettern müssen“ (W6 Z321-Z325).

Das Sicherheitsgefühl von W6 ist also auch etwas, worauf sie nicht gänzlich selbst Einfluss nehmen kann. Sie erkennt eine beeinträchtigte Funktionalität, und ihre einzige Handlungsoption ist hier, das Personal darüber zu informieren. Auch die angezogenen Bremsen fallen für sie in den Bereich der externalisierten Verantwortung. Hierbei wird eine Verbindung zu jenen Themen sichtbar, die Fragen der

Autonomie und Selbständigkeit später im Ergebnisteil (Unterkapitel 4.4. und 4.5.) behandeln.

Zusätzlich ist auch hervorzuheben, dass eine mangelhafte Möglichkeit zur Überprüfung der Fixierung Unsicherheit erzeugt. Eigenes Übergewicht wird ebenfalls als Risikofaktor für das Kippen des Toilettenstuhls und somit als Unsicherheitsfaktor erwähnt. Alle diese Unsicherheitsfaktoren beschreiben letztendlich die Befürchtung bei der Verwendung zu stürzen.

4.2.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas „Der Toilettenstuhl muss sicher sein“.

Patient_innen wollen sich bei der Verwendung des Toilettenstuhls sicher fühlen. Um ein Gefühl der Sicherheit zu erzeugen bedarf es eines stabilen Stands, der Möglichkeit, den Toilettenstuhl sicher zu erreichen, und mitunter auch der abgeschirmten Verwendung. Auch die Konstruktion des Toilettenstuhls hat Einfluss auf die empfundene Sicherheit bei der Verwendung. Dies alles sind Faktoren, die in erster Linie den Toilettenstuhl selbst betreffen, nicht den Vorgang der Verwendung. Patient_innen können nicht gänzlich selbst für das Gefühl der Sicherheit sorgen. Sie brauchen Unterstützung durch Pflegepersonen, die dafür sorgen, dass der Toilettenstuhl sicher steht oder die Patient_innen bei der Verwendung vor den Blicken anderer sicher sind.

4.3. „Das ist halt kein würdevoller Anblick“. Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer

Der Überbegriff der Würde aus der Forschungsfrage hängt am stärksten mit jenen Ergebnissen zusammen, welche die Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer betreffen. Diese Verbindung kann auch anhand der Aussagen der Interviewpartner_innen nachvollzogen werden. Als Ergebnis lassen sich vorrangig zwei Subthemen identifizieren: Einerseits „Die Verwendung des Toilettenstuhls beeinträchtigt die Privatsphäre“ als jenes Subthema, welches sich mit den erlebten Einschränkungen und Verletzungen der Privatsphäre von Patient_innen beschäftigt, die bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer

entstehen. Andererseits „Der Einschnitt in die Privatsphäre ist kein Problem“ als ein Subthema, welches den Ergebnissen aus dem ersten Subthema teilweise gegenübersteht, diese aber auch durchaus ergänzt.

4.3.1. Die Verwendung des Toilettenstuhls beeinträchtigt die Privatsphäre

Wenn die Interviewpartner_innen von einer Verletzung der Würde sprechen, dann meinen sie oft die Privatsphäre. Diese wird meist in Anwesenheit anderer Personen verletzt. W10 bezieht dies vor allem auf die Zimmerkolleg_innen:

W10: „Das Pflegepersonal komischerweise macht mir nichts. Mir machen nur die Bettkollegen - also da würde ich mich in meiner Würde eingeschränkt fühlen, wirklich“ (W10 Z60-Z63).

Ein Faktor, der dazu führt, dass andere Personen bei der Verwendung anwesend sind, ist der Aufenthalt in einem Mehrbettzimmer. Das Erleben der Befragten in Bezug auf die Verwendung im Mehrbettzimmer teilt sich in zwei Gruppen, nämlich jene, die die Verwendung als problematisch, unangenehm bzw. schwierig erlebt haben, und jene, für die die Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer kein Problem darstellt. Das folgende Subthema beschreibt das Erleben jener Personen, welche eine Verletzung der Privatsphäre durch die Verwendung im Mehrbettzimmer wahrgenommen haben.

Wodurch charakterisiert sich die wahrgenommene Verletzung der Privatsphäre also? Es sind unterschiedliche Szenarien oder Gründe, die jene Patient_innen beschreiben, für die die Verletzung der Privatsphäre zum Problem wurde. Diese sind auch als Merkmalsausprägungen bzw. Muster dieses Subthemas zu verstehen:

... wenn andere Personen anwesend sind.

Wenn die Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer als unangenehm beschrieben wird, liegt das in erster Linie an dem Umstand, dass die Privatsphäre durch die Anwesenheit anderer Personen eingeschränkt ist. Dies wird verdeutlicht, indem Interviewpartnerinnen beschreiben, dass es ihnen unangenehm ist, wenn andere zusehen können oder sie eigentlich gerne ungestört sein wollen. Vor allem

untertags, während die Zimmerkolleginnen wach sind bzw. sich mehr Menschen im Zimmer aufhalten, wird die Situation als unangenehm beschrieben. Drei Interview-partner_innen gingen insbesondere auf die Entblößung bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer als Problem ein. Der Wunsch nach mehr Abgeschirmtheit wird bei W10 explizit:

W10: „Also an und für sich finde ich das sehr gut. Nur, es ist zu wenig intim. Also ich würde mir wünschen, dass man da auch vor den anderen Bettkolleginnen oder -kollegen mehr geschützter oder abgeschirmter sein könnte. Ja, weil das ist eigentlich das intimste, was man machen kann und ja. Und das wäre halt schön, wenn man da ein bisschen abgeschirmter sein könnte“ (W10 Z10-Z14).

Es ist ein Wunsch bzw. eine Idealvorstellung, welche von W10 formuliert wird. Das bedeutet, dass sie es anders erlebt hat und gerne eine Abschirmung und mehr Intimität hätte.

Eine beispielhafte Situation, in der Privatsphäre durch die Anwesenheit anderer Personen zum Problem wird, ist das Aufstehen und Sich-Reinigen, welches auch mit dem Gefühl der Peinlichkeit beschrieben wird. Der einzige männliche Interviewpartner, M1, welcher den Toilettenstuhl nicht direkt im Mehrbettzimmer, sondern auf der Toilette verwendete, beschreibt trotzdem, dass es ihm unangenehm war, dass seine Zimmerkollegen mitbekommen haben, dass er den Toilettenstuhl verwendete. Dies ist auch am besten mit einem Gefühl der Ausgrenzung bzw. sich als Außenseiter_in fühlen, - wie z.B. von zwei anderen Interviewpartnerinnen beschrieben. Einerseits entsteht ein Gefühl, Außenseiter_in zu sein, weil die Zimmerkolleg_innen den Toilettenstuhl nicht brauchen und darüber hinaus fühlt man sich als Störer_in, weil die Zimmerkolleg_innen mit dem eigenen „Verhalten“ zurechtkommen müssen; W7 erklärt dies wie folgt:

W7: „Und dann hat man wirklich das Gefühl, für die anderen ist das so eine un- (-) auch so eine unangenehme Sache, nicht nur für mich selbst. Weil man ja immer auch weiß, dass da irgendwelche Gerüche doch entstehen können und das nimmt einen so her. Dass man, ja, dann sich als Außenseiter fühlt, wenn da z.B. nur einer in dem Zimmer ist und die

anderen brauchen das nicht, dann ist man sozusagen der Störer oder der Fremdkörper, der da nicht reinpasst“ (W7 Z16-Z21).

Dabei ist noch hervorzuheben, dass W7 das Gefühl, eine Störerin zu sein daran festmacht, die einzige Verwenderin des Toilettenstuhls in einem Zimmer zu sein. Hier geschieht eine selbst wahrgenommene Stigmatisierung als Störerin oder Fremdkörper auf Basis des bestehenden Umstands der Verwendung des Toilettenstuhls.

Gerade dieser Umstand wird auch von W5 beschrieben, welche meint, dass sie selbst die Verwendung im Mehrbettzimmer nicht gestört habe, jedoch die Zimmerkolleg_innen sich gestört fühlten. Eben von diesen Zimmerkolleg_innen gab es auch Reaktionen, von denen Interviewpartnerinnen berichten, dass diese schwer zu verarbeiten sind. Zwei Interviewpartnerinnen reflektieren diesen Umstand und meinen, sie würden selbst nie abwertend gegenüber Zimmerkolleginnen reagieren, die in einer solchen Situation sind.

Doch nicht nur Zimmerkolleg_innen spielen eine Rolle in Bezug auf Privatsphäre im Mehrbettzimmer. W7 beschreibt, dass es ihr unangenehm ist, wenn sich während der Ausscheidung Pflegepersonen im Zimmer befinden und meint, darum gebeten zu haben, alleine gelassen zu werden, hebt aber hervor, dass ein Pfleger von sich aus vorgeschlagen hat, sie alleine zu lassen. Umgekehrt existiert auch die Wahrnehmung, sich durch anwesendes Pflegepersonal nicht gestört zu fühlen. Dies lässt sich auf die Antizipation zurückführen, dass das Pflegepersonal das Szenario gewohnt sein muss, und auch dass es Teil deren Berufs ist, sich im Krankenzimmer aufzuhalten. Auch W10 bemerkt, dass ihr die Anwesenheit des Pflegepersonals nichts ausmacht, reflektiert diese Erkenntnis jedoch mit dem Attribut komisch (siehe Interviewzitat W10 zu Beginn des Unterkapitels 4.4.1.). Auch sie begründet ihr Empfinden mit dem zugeschriebenen Wissen und der vermuteten Erfahrung der Pflegepersonen

Abgesehen von Zimmerkolleg_innen und dem Pflegepersonal besteht auch die Möglichkeit, dass sich Besucher_innen im Mehrbettzimmer aufhalten. Zwei Interviewpartnerinnen geben an, den Toilettenstuhl auch während der Anwesenheit von Besucher_innen im Zimmer verwendet zu haben und beschreiben, dies nicht als Problem wahrgenommen zu haben. Die Begründung dafür ist einerseits, dass der

Besuch auf Grund einer Abschirmung nicht sehen konnte, was passiert, oder aber, dass Besuch nicht als einschränkend wahrgenommen wurde bzw. der Besuch von der Verwendung des Toilettenstuhls ablenkte.

... wenn der Sichtschutz fehlt

Die Intimität bzw. Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls wird als eingeschränkt beschrieben. Dabei spielen Schamgefühle und auch Hemmschwellen eine Rolle. Patient_innen geben an, sich für die Verwendung des Toilettenstuhls zu genieren. Generell wird die Intimität bzw. Privatsphäre als zu gering eingeschätzt. W6 bezeichnet das Thema Intimsphäre als eine grundsätzliche Frage und als etwas, das nicht nur bedacht, sondern auch umgesetzt werden muss:

W6: „Aber jetzt die Intimsphäre und die Abschirmung auch für die anderen, das meine ich, wäre eine grundsätzliche Frage, das zu überdenken bzw. nicht nur zu überdenken, sondern auch in die Tat umzusetzen. Weil das ist abgesehen jeder (-). Das vernünftige Schamgefühl, was einer mehr oder minder hat, oder die Hemmschwelle, die er sich schon aufgebaut hat, sind natürlich verschieden vom Empfinden. Am Anfang – Um Gottes Willen, das kann man doch nicht machen, nicht? Oder das gibt es doch gar nicht. Da muss man wirklich arbeiten daran, dass man das abbaut, aber ganz kommt das nicht weg. Das Mindeste ist wirklich ein Vorhang. Für beide.“ (W6 Z7-Z15).

Im Zusammenhang mit der erlebten Verletzung der Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer bedarf es noch eines besonderen Augenmerks auf den Aspekt des Sichtschutzes bei der Verwendung. Sichtschutz im Sinne von Abgeschirmtheit kann entweder durch Vorhänge bzw. Paravents hergestellt werden, oder aber auch durch die Verwendung des Toilettenstuhls in einem eigenen Raum wie zum Beispiel dem Bad oder der Toilette entstehen.

Ein Vorhang als Sichtschutz wird von fünf Interviewpartnerinnen für gut befunden. So beschreibt W8 sich sicher zu fühlen, wenn eine andere anwesende Person nicht weiß, dass sie am Toilettenstuhl sitzt. Eine weitere Interviewpartnerin (W6, siehe vorhergehendes Zitat) meint, ein Vorhang sei „das Mindeste“ für beide, also für die verwendende Person und die Nachbarin. Bezüglich der Anwendung des

Vorhangs gibt W6 an, sie habe es als angenehm empfunden, wenn der Vorhang von der Pflegeperson automatisch hervorgeholt wurde. Der Sichtschutz wird über den Gehörschutz gestellt. Mittels Vorhang kann die Entblößung eingeschränkt werden, Geräusche können jedoch nicht unterbunden werden, gibt W10 an. Nicht alle jener Interviewpartner_innen, die den Vorhang für gut befinden, haben auch einen verwendet bzw. hatten einen zur Verfügung. Teilweise wird die positive Bewertung des Vorhangs als Wunsch oder Mindestanforderung formuliert. Ein Vorhang oder Paravent als Sichtschutz kann also, wenn vorhanden und eingesetzt, einen Beitrag zum Schutz der Privatsphäre leisten.

Fünf Forschungsteilnehmerinnen geben an, keinen Sichtschutz gehabt zu haben. Dies ist entweder dem Umstand geschuldet, dass es schlichtweg keinen gab, oder dass er nicht zur Anwendung kam. So beschreibt W6, dass ein Großteil der Pfleger_innen den Vorhang einfach nicht verwendet hat:

W6: „[...] aber ich habe das da als sehr angenehm gesehen, dass manche Pfleger, wenn die Patienten auf den Stuhl (-), automatisch den Vorhang rauszieht, das ist ein Handgriff, aber 90% machen das nicht“ (W6 Z158-Z160).

Das Hervorziehen des Vorhangs wird von W6 als simple Tätigkeit beschrieben, die von wenigen Pflegepersonen automatisch durchgeführt wird. W6 beschreibt dies als angenehm, zeigt aber gleichzeitig Unverständnis, dass ein Großteil der Pflegepersonen diesen einen „Handgriff“ nicht tätigt.

Von drei Interviewpartner_innen kommt die Aussage, dass die Verwendung eines Sichtschutzes einfach kein Thema war, welches besprochen wurde. Eine andere Interviewpartnerin (W8) meint zwar einen Sichtschutz gehabt zu haben, jedoch war dieser auf Grund der räumlichen Gegebenheiten nicht ausreichend.

W8: „Der Sichtschutz, wie Sie sehen, ist nur sehr kurz und da rückwärts, geht der Stuhl nicht rein, also das ist (-) das würde in der Mitte gehen, da wäre es bequemer, aber so wie ich stehe, gibt es wenig Schutz“ (W8 Z104-Z106).

Bei dieser Beschreibung wird ersichtlich, dass ein bestehender Sichtschutz auch unzureichend sein kann. Das bedeutet, dass auch die infrastrukturellen Gegebenheiten zu einer mangelhaften Privatsphäre beitragen können. Die Verantwortung für den Sichtschutz wird von den Patient_innen eher bei den Pflegepersonen verortet, ein Aspekt, der auch in Zusammenhang mit Fragen der Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu sehen ist.

... wenn Gerüche oder Geräusche entstehen

Ein weiterer Aspekt, der den Bereich der Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer betrifft, ist die Geruchsentwicklung, welche anders als bei der Verwendung der normalen Toilette direkt im Zimmer geschieht. Der Umstand, dass bei der Verwendung Gerüche entstehen, wirkt sich auf die Patient_innen belastend aus. Dabei steht vor allem das Wissen über die bestehende Geruchsbelastung für die Zimmerkolleg_innen im Vordergrund, wie es auch W7 beschreibt:

W7: „Und dann hat man wirklich das Gefühl, für die anderen ist das so eine un- (-) auch so eine unangenehme Sache, nicht nur für mich selbst. Weil man ja immer auch weiß, dass da irgendwelche Gerüche doch entstehen können und das nimmt einen so her“ (W7 Z16-Z19).

Der Umstand, dass Gerüche entstehen, ist also für W7 eine unangenehme Sache und sie projiziert den Umstand, dass es unangenehm ist, auf die Zimmerkolleg_innen, was wiederum zu einer Belastung für sie selbst wird.

Die Belastung aufgrund der Geruchsentwicklung kann entstehen, wenn Kommentare oder Bemerkungen von Zimmerkolleg_innen bezüglich des Geruchs fallen. Diese werden sehr negativ empfunden, wie z.B. von W5:

W5: „Da ist es dir peinlich, weil du musst ja nicht nur klein, sondern du musst ja groß auch und wenn dann da drei andere drin sind: ‚Wah, pfui, da stinkt es‘. Naja, bitte? Stinken die anderen Leute nicht auch? Das ist einmal so. Aber du hörst dieses Thema“ (W5 Z267-Z270).

W5 beschreibt die direkte Konfrontation mit Aussagen und zeigt Unverständnis angesichts des Umstands, dass auch von Zimmerkolleg_innen Geruchsentwicklung ausgeht.

Drei Patient_innen beschreiben außerdem, dass ihre eigene Geruchsempfindlichkeit beim Gedanken an das Entstehen von Gerüchen eine Rolle spielt. Das Projizieren der eigenen Geruchsempfindlichkeit auf die Zimmerkolleg_innen wird zur Belastung für sich selbst. Es gibt jedoch auch jenen Aspekt, dass der eigene Geruch für sich selbst zur Belastung wird, wie von zwei Interviewpartner_innen beschrieben wird. Kontrastierend dazu zeigt sich ein anderes Muster. Drei Interviewpartner_innen geben an, dass die Geruchsentwicklung für sie kein Problem darstellt. Sie beschreiben diesen Umstand als Selbstverständlichkeit, gegen die man eben nichts machen kann, die jedoch auch nicht unangenehm ist.

Die Überlegung, dass Gerüche auch für das Pflegepersonal unangenehm sein können, wird ebenfalls von drei Personen aufgeworfen. Gleichzeitig beschrieben diese, dass sie seitens des Pflegepersonals jeweils erfahren haben, dass sie der Geruch nicht stört.

Bezüglich des Umgangs mit entstehenden Gerüchen wird zum einen der Deckel des Toilettenstuhls als Möglichkeit gesehen, Gerüche einzudämmen. Zum anderen wird das Öffnen eines Fensters während oder nach der Verwendung als Mittel beschrieben, um die Geruchsentwicklung zu kontrollieren. Dabei zeigen sich jedoch wieder unterschiedliche Probleme. Drei Verwenderinnen erwähnen, dass das Öffnen eines Fensters im Mehrbettzimmer zum Problem werden kann, weil die Zimmerkolleg_innen das nicht tolerieren, da ihnen kalt wird oder zu viel Zugluft entsteht. Außerdem kann das selbständige Öffnen des Fensters zu einem Problem werden, wenn eine Mobilitätseinschränkung vorliegt, die einerseits die Verwendung des Toilettenstuhls bedingt und andererseits verhindert, dass das Fenster selbst aufgemacht werden kann. Pflegepersonen um das Öffnen des Fensters zu bitten, wird als Möglichkeit beschrieben, kann jedoch wiederum zu einem Problem werden, wenn eine mangelnde Verfügbarkeit der Pflegeperson dazu führt, dass das Fenster zu lange geöffnet bleibt. Auch hier wird wieder der Konnex zur Selbstständigkeit bzw. zur Selbstbestimmung erkennbar, welcher weiter unten noch Beachtung findet.

Abseits von Gerüchen entstehen bei der Verwendung des Toilettenstuhls auch Geräusche. Dazu gibt es eine Aussage einer Interviewpartnerin, W4, die die Geräuschentwicklung durch einen Flatus als unangenehm bzw. belastend beschreibt.

Eine andere Interviewpartnerin (W8) meint, dass in einem Mehrbettzimmer ohnehin viele verschiedene Geräusche entstehen und diese somit kein Problem darstellen. Insgesamt werden Geräusche von drei Interviewpartnerinnen erwähnt und als nicht beeinflussbar wahrgenommen, jedoch nicht als Belastung oder Problem identifiziert.

Bedeutung der Verletzungen der Privatsphäre für die Patient_innen

Bei der Gruppe jener Patient_innen, die die Verletzung der Privatsphäre als Problem wahrnehmen, wird gerade die Anfangsphase der Verwendung als Herausforderung beschrieben, weil sie eine Notwendigkeit mit sich bringt, sich zuerst an den Toilettenstuhl gewöhnen, oder sich überwinden zu müssen. Dazu zählt auch das Erfordernis gewisser persönlicher Adaptionen in der Anfangsphase der Verwendung. Als persönliche Adaptionen können die Notwendigkeit, sich anpassen zu müssen, wie von W1 beschrieben, oder aber eine schwierige seelische Vorbereitung, wie von W3 erklärt, beispielhaft herangezogen werden.

W3: „Das ist eine absolut schwierige seelische Vorbereitung. Das kostet sehr viel (-). Also mich hat das sehr viel gekostet, auf die Zimmertoilette zu gehen. In dem Mehrpersonenzimmer. Alleine ist es auch wieder etwas anderes“ (W3 Z77-Z79).

Für W3 bedarf es der intensiven innerlichen Vorbereitung aufgrund der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer. Sie beschreibt auch, dass die Verwendung des Toilettenstuhls im Verlauf unangenehm bzw. schwierig bleibt:

W3: „Aber es ist, es ist nicht angenehm. Noch immer nicht. Ich meine, ich kann mich jetzt gehen lassen, dass ich mich auf den Stuhl setze, aber angenehm ist es mir immer noch nicht, wenn jemand fremder dabei ist. So sagen wir“ (W3 Z122-Z124).

Dabei zeigt sich eine Adaption, in Form des „Sich-gehen Lassens“, welche aber noch nicht bedeutet, dass die Verwendung im Verlauf als angenehm oder angenehmer erlebt wird. Zusätzlich wird von M1 ein Gefühl der Peinlichkeit in Zusammenhang mit der erstmaligen Verwendung beschrieben. Das Gefühl der Scham entsteht auch durch die Anwesenheit von Zimmerkollegen.

Eine explizite gemachte Verletzung der Würde ist ebenfalls, wie zu Beginn dieses Kapitels bereits erwähnt, eine von Patient_innen beschriebene Konsequenz aus der Verletzung der Privatsphäre. Die Verletzung der Würde wird vor allem in Zusammenhang mit Zimmerkolleg_innen oder Besucher_innen empfunden. W5 misst der Verletzung der Würde große Bedeutung zu und bezieht dies auf die Gesellschaft im Allgemeinen:

W5: „Also ich würde großschreiben, es verletzt die Würde. Also gar so (-). Und auch die ganze Gesellschaft ist nicht tolerant. Ob alt oder jung. Das hat mit dem Alter nichts zu tun“ (W5 Z345-Z347).

Hierbei wird auch erkennbar, dass sich die Verletzung der Würde für W5 aus einer gesellschaftlichen Norm und diesbezüglichem Verhalten ergibt. Wenn sie von einer intoleranten Gesellschaft ausgeht, kann sie davon ausgehen, dass auch die Zimmerkolleg_innen intolerant sind. Eine Entblößung im Zuge der Verwendung des Toilettenstuhls verletzt für sie also die Würde, weil sie sich erwartet, dass die Zimmerkolleg_innen intolerant sind. W7 bezieht den Verlust der Würde vor allem auf den Anblick, den man bietet, wenn man sich erleichtert:

W7: „Na, Würde können Sie vergessen, leider Gottes, denn ein Mensch der sich da erleichtert ist halt kein würdevoller Anblick“ (W7 Z136-Z137).

W7 betont den Verlust der Würde, den sie in dieser Aussage als vollständig beschreibt, indem sie davon spricht, man könne die Würde „vergessen“. Der Hinweis auf den gebotenen Anblick und die notwendige Entblößung lässt sich auch wieder mit dem zuvor beschriebenen, mangelhaften Sichtschutz in Zusammenhang bringen.

4.3.2. Der Einschnitt in die Privatsphäre ist kein Problem

Ungefähr die Hälfte der Befragten gibt an, mit der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer keine oder wenig Probleme zu haben. Hier gibt es einerseits die Feststellung damit überhaupt kein Problem zu haben, andererseits Strategien zum Umgang, z.B. die primäre Verwendung in der Nacht oder eine nur seltene Verwendung. Dabei kristallisiert sich heraus, dass sich jene Befragten, die angeben, kein Problem mit der Verwendung des Toilettenstuhls zu haben, abgrenzen.

Die Entwicklung einer gewissen Gleichgültigkeit oder aber auch eines gewissen Egoismus ist dabei dienlich, wie W5 zum Ausdruck bringt:

W5: „Ja, die waren vielleicht jünger als ich, ich weiß es nicht, weil mich interessieren die Leute nicht, wenn ich selbst krank bin“ (W5 Z39-Z40).

Es kann auch sein, dass die Verwendung für die Patient_innen im Laufe der Zeit nach der bereits beschriebenen Gewöhnungsphase oder der zuvor beschriebenen persönlichen Überwindung nicht mehr problematisch ist. M1 beschreibt diesen Umstand folgendermaßen:

I: „Und was müssen Sie überwinden, dabei? Was gilt es für Sie zu überwinden?“

M1: „Ja, also, ein Wort dafür. Die Scham dabei, nicht? Obwohl andere Herren genauso sind, aber trotzdem es ist eine unangenehme Angelegenheit zu sagen: ‚So jetzt setze ich mich in das Wagerl hinein und dann führt man mich raus aufs Klo und wieder hinein.‘ Also das ist ja doch eine intime Angelegenheit, die man nicht unbedingt mit viel Vergnügen hinter sich bringt. Darum sage ich noch einmal, einmal, zweimal, dann ist es erledigt“ (M1 Z9-Z15).

Er überwindet also vor allem die Scham bei der Verwendung, beschreibt aber, dass das nach einigen Malen Verwendung „erledigt“ ist. Die Scham scheint er, wie auch andere Interviewpartner_innen in erster Linie den Zimmerkollegen gegenüber empfunden zu haben.

Auch die Perspektive, wieder gesund werden zu wollen, spielt bei einer Interviewpartnerin (W8), bei der die Verwendung des Toilettenstuhls gesundheitlich induziert war, eine Rolle, wenn es um die Erklärung geht, warum sie kein Problem mit der Verwendung im Mehrbettzimmer hat. Ein weiteres Erklärungsmuster für den erleichterten Umgang ist eine gewisse Gleichheit unter den Patient_innen in einem Mehrbettzimmer, welche W2. folgendermaßen schildert:

W2: „Also es gäbe die Möglichkeit, dass man mit dem Stuhl im Zimmer sitzen muss, wenn es die anderen stört. Das ist meine Meinung, aber es stört ja keinen, weil wir sind alle krank und da weiß jeder, heute

kommt der mal dran, morgen kommt der dran und was soll man da lange schauen?“ (W2 Z28-Z31).

Unter der Prämisse, dass alle gleich, respektive krank sind, fällt es leichter, zufrieden zu sein, bzw. sich an der Verwendung nicht zu stören. Ein begünstigender Faktor für die Möglichkeit, mit der Situation umgehen zu können, ist, wenn es keine schlechten Erfahrungen im Zuge der Interaktion mit Zimmerkolleg_innen gibt. Dies bedeutet jedoch nicht automatisch, dass es kein Problem ist, den Toilettenstuhl im Mehrbettzimmer zu verwenden. Eine erkennbare Möglichkeit mit etwaigen Reaktionen von Zimmerkolleg_innen umzugehen, ist einfach darüber zu stehen. Diese Strategie, sich auf sich selbst zu beziehen und die anderen gedanklich beiseite zu lassen, kann ebenfalls begünstigend auf den Umgang mit dem Toilettenstuhl im Mehrbettzimmer wirken. Wiederum lässt sich aber nicht gänzlich ausschließen, dass die Verwendung trotzdem als problematisch erlebt wird.

Eine Interviewpartnerin, hat den Toilettenstuhl nur im Einbettzimmer verwendet und gibt an, dass sie ihn im Mehrbettzimmer womöglich nicht verwenden hätte können und ablehnen würde. Die Einschränkung der Privatsphäre im Einzelzimmer stellt für sie kein Problem dar, wäre jedoch im Mehrbettzimmer eines.

Der Schutz der Privatsphäre funktioniert oder wird nicht gebraucht.

Eine besondere Ausprägung des verringerten Problemempfindens bezüglich der Einschränkungen der Privatsphäre zeigt sich bei den Interviewpartner_innen, die erklären, keinen Sichtschutz zu benötigen oder benötigt zu haben. Die Begründungen hierfür sind, dass die Interviewten sich nicht gestört fühlen, da sie sich im Krankenhaus befinden und die Einschränkung der Privatsphäre alle betrifft, oder auch der Umstand, dass die Schaffung eines Sichtschutzes zu viel Zeit erfordern würde. Der Zeitaspekt bezieht sich vor allem auf die Möglichkeit den Toilettenstuhl selbständig zu verwenden und dies im Falle eines Drangs sofort tun zu können. W4 erklärt das folgendermaßen:

W4: „Aber bis du dir das alles machst, da hast du es eh in der Hose, nicht? Bis du da anfängst, zu dekorieren, dass dir nicht alle auf den Hintern schauen, da hast du es eh schon in der Hose. Also da wird es nicht mehr nötig sein“ (W4 Z18-Z20).

Bei W4 findet also ein Abwägungsprozess statt. Sie tauscht Privatsphäre gegen die Möglichkeit, schnell den Toilettensstuhl, also den Ort der Ausscheidung zu erreichen. Der Erhalt der Privatsphäre ist also in der Prioritätenreihung niedriger einzuordnen. Die Schaffung eines Sichtschutzes liegt offenbar nicht im Rahmen der Möglichkeiten der Selbständigkeit von Patient_innen, sondern benötigt eine Intervention einer Pflegeperson, welche die Zeit bis zur möglichen Verwendung des Toilettensstuhls verlängern würde. Hierbei wird eine Verknüpfung zum Themenbereich der Selbständigkeit erkennbar. Weitere Gründe, keinen Sichtschutz zu benötigen sind Zurückhaltung im Artikulieren von Wünschen an das Pflegepersonal und ein Maß an Schamgefühl, welches nicht hoch genug ist, um einen Sichtschutz subjektiv zu benötigen. Darüber hinaus wird auch hier deutlich, dass die Umgebung des Krankenhauses das Schamgefühl verändert, so dass kein Sichtschutz notwendig ist. Zwei Interviewpartnerinnen merken zu dem an, einen Sichtschutz im Sechsbettzimmer als problematisch zu empfinden, weil er das Gefühl des Erstickens bzw. einer Einengung erzeugen würde und darüber hinaus die Orientierung im Zimmer beeinträchtigen würde.

Ein Sichtschutz durch Vorhänge bzw. Paravents ist nicht die einzige Möglichkeit, Privatheit bei der Verwendung des Toilettensstuhls zu erzeugen. Eine weitere Option zum Schutz der Privatsphäre ist die Verwendung des Toilettensstuhls in einem eigenen Raum, welcher beispielsweise die Toilette oder das Badezimmer sein könnte. Gründe dafür, dass Alternativen nicht wahrgenommen werden, sind einerseits die mangelnde Information über die Möglichkeit in Verbindung mit einem mangelnden Angebot. Andererseits widerspricht die Verwendung des Toilettensstuhls in einem anderen Raum dem Zweck der schnellen selbständigen Verwendung im Bedarfsfall. Zwei Interviewpartnerinnen, die die Verwendung in einem separaten Raum als Möglichkeit des Schutzes der Privatsphäre nicht (immer) verwendet haben, geben jedoch an, diese Möglichkeit grundsätzlich gut zu finden. Eine dieser zwei Personen, W6, welche den Toilettensstuhl gelegentlich in einem anderen Raum verwendete, formuliert auch Ansprüche an einen solchen Raum, nämlich die Ausstattung mit einer Rufanlage und die Vermittlung des Gefühls von Sicherheit. Sie merkt an, dass ein solcher Raum problematisch sein kann, wenn es einem schlecht geht:

W6: „Die Sache wäre dieser kleine Raum, in den man geschoben wird – der eine Belüftung hat. Das ist für alle die Lösung. Natürlich muss das auch mit einer Sicherheitsglocke und so weiter sein. Weil wenn einem schlecht wird und man kippt da um, mein Lieber, das ist ja nicht ungefährlich“ (W6 Z57-Z60).

An dieser Stelle wird deutlich, dass Privatsphäre und Sicherheit eine ähnliche Bedeutsamkeit bei der Verwendung des Toilettenstuhls haben. Ein eigener Raum, der Privatsphäre erzeugt, muss auch die notwendige Sicherheit mit sich bringen, um als vorteilhaft gesehen zu werden. Das passt zu den im vorhergehenden Abschnitt beschriebenen Anspruch an die Sicherheit bei der Verwendung des Toilettenstuhls. Hinzu kommt der Anspruch an eine Belüftung, ein erneuter Hinweis, dass entstehende Gerüche auch ein Aspekt sind, welcher in Zusammenhang mit Privatsphäre eine Bedeutung hat.

Auch M1 verwendete den Toilettenstuhl nicht direkt im Mehrbettzimmer, sondern wurde für die Verwendung von Pflegepersonen auf das WC gebracht. Er beschreibt, auf die Frage, wo er den Toilettenstuhl verwenden wolle, den Wunsch geäußert zu haben, hinausgebracht zu werden. Dabei ist anzumerken, dass M1 den Toilettenstuhl nur für die Stuhlausscheidung verwendet hat. Die Möglichkeit, den Toilettenstuhl in einem eigenen Raum verwenden zu können, wird sowohl von M1, als auch von W6 als gut und angenehm beschrieben. Die Verwendung in einem eigenen Raum kann also den Schutz der Privatsphäre begünstigen, führt aber zu einem Verlust von Selbständigkeit.

Die Würde wird nicht (mehr) verletzt.

Auch bei der expliziten Frage nach dem Verlust der Würde zeigte sich im Gegensatz zum zuvor beschriebenen Verlust durch die Verwendung im Mehrbettzimmer, eine Seite des nicht vorhandenen bzw. unproblematischen Verlusts der Würde. W3 behandelt das Thema der Würde folgendermaßen:

W3: „[...] ich meine, wenn man sich einmal gewöhnt hat, daran, dann hat die Würde nichts mehr damit zu tun, weil du in einer Zwangslage dann bist. Und da kommt man gar nicht mehr auf die Idee zu sagen, ob würdevoll oder weiß ich was“ (W3 Z83-Z86).

Die Zwangslage verändert also die gedankliche Auseinandersetzung dahingehend, dass Würde keine Rolle mehr spielt. Durch die Gewöhnung scheint die Frage nach der Würde ins Abseits gestellt zu werden.

W4 meint ebenso, dass die Würde bei der Verwendung für sie keine Rolle mehr spielt. Sie bringt dies in Zusammenhang mit dem Umstand, dass sie zuvor bereits eine Inkontinenzhose tragen musste:

W4: „Ja, das kann man nicht so sagen. Der Würde? Weißt du wo die Würde schon ist. Wenn du einmal mit der Windelhose gehst und dann ist die Würde halt nicht mehr gar so prägnant, nicht?“ (W4 Z57-Z59).

W4 gibt an, dass die Würde bereits durch das Tragen von Inkontinenzprodukten sehr stark gesunken ist. Bezugnehmend darauf beschreibt sie, dass die Würde in Zusammenhang mit dem Toilettensstuhl nicht mehr von Bedeutung ist, wenn sie zuvor schon tief gesunken war. Es scheint also, dass Patient_innen zwar einen Verlust der Würde wahrnehmen, diesen aber mit anderen Faktoren als dem Toilettensstuhl in Verbindung setzen.

Ein weiteres Erklärungsmuster dafür, dass die Würde nicht verletzt wird oder verloren geht, ist, wenn die Interviewpartner_innen beschreiben, dass im Krankenhaus alle gleich sind und daher die Würde nicht verletzt wird. W1 und W11 erklären dies so:

W1: „Ja, gewahrt schon (die Würde), weil irgendwie sind wir da alle gleich. Da sind wir alle auf einem Niveau“ (W1 Z61-Z62).

W11: „Nein, es waren alle auch ziemlich bedient und waren froh, wenn sie auch wieder Hilfe bekommen haben“ (W11 Z65-Z66).

Ein Gefühl der Gleichheit hilft also den Patient_innen mit der Verwendung des Toilettensstuhls im Mehrbettzimmer und der damit verbundenen Bedeutung für die Privatsphäre bzw. die Würde umzugehen, da auf Grundlage dessen die persönliche Würde nicht als bedroht wahrgenommen wird.

4.3.3. Zusammenfassung des Themas: „Das ist halt kein würdevoller Anblick“ – Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer

Die Auswertung der Interviews ergibt, dass die Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls im Mehrbettzimmer beeinträchtigt bzw. verletzt werden kann. Diese Verletzung geschieht in erster Linie durch die Anwesenheit anderer Personen und dabei vor allem durch jene der Zimmerkolleg_innen oder von Besucher_innen. Ein mangelnder Sichtschutz kann eine solche Verletzung der Privatsphäre bedingen oder begünstigen. Auch Gerüche oder Geräusche können dazu beitragen, dass Patient_innen eine Verletzung der Privatsphäre erleben und sich bei der Verwendung des Toilettenstuhls unwohl fühlen. Für Patient_innen bringt dies oftmals einen Verlust bzw. eine Verletzung der Würde mit sich. Einige reagieren darauf, indem sie versuchen, sich anzupassen bzw. zu lernen, mit der Situation umzugehen oder sich daran zu gewöhnen. Somit kann es gelingen, dass die Verletzung der Privatsphäre im Verlauf weniger gravierend erlebt wird und Patient_innen mit der Verletzung der Privatsphäre besser umgehen können.

Es gibt jedoch auch Patient_innen, für die die Verletzung der Privatsphäre von Anfang an kein großes oder gar kein Problem darstellt. Eine gefühlte Gleichheit unter Patient_innen kann dazu führen, dass die Privatsphäre bzw. die Würde weniger betroffen erlebt wird. Für andere Patient_innen wiederum steht die Möglichkeit der Verwendung des Toilettenstuhls und auch der Zweck im Vordergrund. Der Privatsphäre wird eine geringere Priorität zugeordnet. Die Priorität kann auch Selbständigkeit sein, weswegen auch auf Sichtschutz verzichtet werden kann. Wenn der Sichtschutz vorhanden ist und seinen Zweck erfüllt, kann dies auch dazu beitragen, die wahrgenommene Verletzung der Privatsphäre zu minimieren. Ähnlich wie die gefühlte Gleichheit im Krankenhaus als eine Art Paradigma funktioniert, ist auch die Argumentation, dass die Würde im Krankenhaus ohnehin so tief gesunken ist, dass die Verwendung des Toilettenstuhls keine zusätzliche Verletzung der Würde bedeutet. Beides sind Deutungsmodelle von Patient_innen, die Erklärungsmuster für eine weniger stark empfundene Verletzung der Privatsphäre oder der Würde bieten.

4.4. Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem

Der Themenbereich „Autonomie“ aus der Forschungsfrage spiegelt sich in den Ergebnissen in zwei größeren Themen wider. Im folgenden Abschnitt wird das erste der beiden Themen, nämlich „Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem“ behandelt. Das zweite Thema, welches sich mit der erlebten Selbst- und Fremdbestimmung beschäftigt, wird im nachfolgenden Abschnitt erläutert. Das Thema „Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem“ gliedert sich in zwei Subthemen. Den Bereich des Potenzials deckt das Subthema „Der Toilettenstuhl erweitert die Selbständigkeit“ ab. Probleme im Zusammenhang mit der Selbständigkeit bzw. die entstehende Abhängigkeit werden durch das Subthema „Der Toilettenstuhl schränkt die Selbständigkeit ein“ erläutert.

4.4.1. Der Toilettenstuhl erweitert die Selbständigkeit.

Ungefähr die Hälfte der Interviewpartner_innen gibt an, den Toilettenstuhl selbständig verwendet zu haben und berichten, dass sich daraus ein Gewinn an Selbständigkeit ergibt. Die empfundene Erweiterung der Selbständigkeit beruht vor allem auf der Unabhängigkeit von der Unterstützung durch das Personal. W4 beschreibt, dass sie selbständiger ist, weil sie sich selbst daraufsetzen kann und auch selbst das Gesäß reinigen kann. Ähnlich kommentiert dies W10. W11 vergleicht sich mit jenen Zimmerkolleg_innen, die Hilfe in Anspruch genommen haben, um die Toilette zu erreichen und erklärt, dass es für sie angenehmer war, nur den Toilettenstuhl zu verwenden. Hilfe, die für die Verwendung der normalen Toilette gebraucht wird, ist teilweise auch nicht sofort verfügbar. Unabhängigkeit hat also auch eine zeitliche Komponente. W4 erklärt, dass sie durch die Verwendung des Toilettenstuhls keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen muss.

W4: „Ja, ja, da kann ich gehen und muss nicht erst eine halbe Stunde auf die Schwester warten. Derweil vergeht es dir und wenn die fort ist durch das ewige Zurückhalten, dann musst du nicht gerade gehen“ (W4 Z156-Z158).

Selbständigkeit im Sinne von Unabhängigkeit von der Pflegeperson und auch eine zeitliche Unabhängigkeit werden hierbei beschrieben.

Zwar nicht die Würde, aber die Selbständigkeit bewahren zu können ist, was W8 bei der Verwendung erlebt hat:

W8: „Eben. Und da kann ich drauf gehen und trotzdem (-) ich will nicht sagen Würde, aber gewisse Selbständigkeit und alles bewahren“ (W8 Z236-Z237).

Hierbei wird die Selbständigkeit der Würde gegenübergestellt. Der Verlust der Würde wird als inhärent beschrieben, gemeint ist der Verlust der Privatsphäre, aber gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass ein gewisses Maß an Selbständigkeit bewahrt werden kann. Das Wort „gewisse“ deutet darauf hin, dass trotzdem ein Teil an Selbständigkeit (womöglich im Vergleich zur normalen Toilette) verloren geht. Dabei wird erneut der Vorgang des Tausches zwischen Privatsphäre und Selbständigkeit sichtbar, welcher bereits zuvor bei den Gründen für eine verringerte Problemwahrnehmung bezüglich der Privatsphäre beschrieben wurde.

Auch W5 gibt an, durch die Verwendung des Toilettenstuhls ihre Selbständigkeit bewahren zu können, weil sie ihn alleine verwenden kann. Hierbei spielt auch noch einmal das Thema der Sicherheit eine Rolle, insofern als der Toilettenstuhl und die Möglichkeit, diesen selbständig und sicher zu erreichen ein Gefühl der Sicherheit erzeugt.

W5: „Weil ich war so sicher. Ich habe so eine Sicherheit gehabt, wie ich das Klo dort gehabt habe. Eine Erleichterung vom Körper her“ (W5 Z450-Z452).

Der Toilettenstuhl kann auch im Vergleich zu dessen Alternativen eine höhere Selbständigkeit bedeuten. W8 beschreibt zwar, dass die Verwendung des Toilettenstuhls für sie bedeutete, ein Stück Selbständigkeit zu verlieren – da sie nicht mehr auf das WC gehen konnte, beschreibt die Einschränkung aber gleichzeitig als „Mittelding“, da die Alternative der Bettpfanne eine noch stärkere Einschränkung der Selbständigkeit bedeuten würde. Hierbei wird erkennbar, dass der Erhalt der Selbständigkeit auch bei der Wahl zwischen Alternativen zum Toilettenstuhl eine Rolle spielt.

Bedingungen für die selbständige Verwendung

Eine selbständige Verwendung des Toilettenstuhls ist nicht durch seine bloße Existenz gewährleistet. Die Interviewpartner_innen beschreiben gewisse Bedingungen, unter denen die selbständige Verwendung möglich ist.

Die selbständige Verwendung wird von den Interviewpartner_innen so beschrieben, dass ein gewisses Maß an Mobilität notwendig ist. Auch die benötigte Zeit und Konstruktionsfaktoren spielen eine Rolle. Diesbezüglich erwähnen zwei Interviewpartnerinnen Schwierigkeiten beim selbständigen Hantieren mit dem Toilettenstuhl, beispielsweise beim Öffnen der Bremse oder Platzieren des Deckels. Eine selbständige Verwendung ist auch an die Positionierung des Toilettenstuhls neben dem Bett gekoppelt.

Teilweise erfolgt die selbständige Verwendung unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln wie zum Beispiel einem Rollator. Jene Personen, die den Toilettenstuhl selbständig verwendeten, beschreiben jedoch unterschiedliche Faktoren des Arrangements als Voraussetzung für die selbständige Verwendung. So ist es beispielsweise für W10 wichtig, wie der Toilettenstuhl positioniert ist und dass die Bremsen angezogen sind. Unter diesen Umständen kann sie den Toilettenstuhl selbständig verwenden und es ist auch für Sicherheit bei der Verwendung gesorgt – ein bereits zuvor beschriebenes Bedürfnis. Sie beschreibt auch, dass sie sehr lange für die Verwendung braucht und befürchtet, im Falle von notwendiger Unterstützung das Personal aufzuhalten. Dieser Umstand gehört auch zum Bereich des Erlebens der Unterstützung am Schluss dieses Unterkapitels.

Minimale Veränderungen am Toilettenstuhl, wie eine heruntergelassene Armlehne, oder auch das Ersetzen des Deckels mittels eines Tuchs (leichter in der Handhabung) sind auch Teile mehrerer Bedingungen, welche von den Interviewpartner_innen beschrieben werden. Auch der Platz auf dem Stuhl selbst, und Möglichkeiten sich fest zu halten, fallen als angeführte Voraussetzungen unter die Bedingungen zur selbständigen Verwendung. Die Verfügbarkeit von Toilettenpapier ist hier auch einzureihen. Ein Mangel daran führte bei einer Interviewpartnerin zu Unterstützungsbedarf. Diese Bedingungen sind gesamt gesehen dem dinglichen Bereich zuzuordnen und konzentrieren sich auf den Toilettenstuhl selbst und das Umfeld. Sie bedürfen einer Intervention seitens der Pflegepersonen im Sinne

einer Vorbereitung des Toilettenstuhls, welche im Anschluss den Patient_innen eine selbständige Verwendung ermöglicht.

Eine Interviewpartnerin erwähnt darüber hinaus eine gute körperliche Verfassung, die die selbständige Verwendung erst zulässt. Darunter wäre auch die Bedingung einer Ausscheidungsqualität, die die selbständige Verwendung zulässt, einzuordnen. Diese Komponenten konzentrieren sich bei den Verwender_innen und nicht beim Toilettenstuhl selbst und bilden somit den zweiten Teilbereich der Bedingungen zur selbständigen Verwendung.

4.4.2. Der Toilettenstuhl schränkt die Selbständigkeit ein

Im Gegensatz zu jenen Interviewpartner_innen, die ihre Selbständigkeit durch die Verwendung des Toilettenstuhls erweitert sahen, stehen die Aussagen der Interviewpartner_innen, die Einschränkungen in Bezug auf die Selbständigkeit wahrgenommen haben. Diese Einschränkungen entstehen, wenn die oben genannten Bedingungen für die selbständige Verwendung nicht erfüllt sind. In diesem Zusammenhang lässt sich auch die Beschreibung des Erlebens der erhaltenen Unterstützung einreihen, da Unselbständigkeit auch Unterstützung benötigt. Diese wird am Ende dieses Unterkapitels dargestellt.

Mehrere Interviewpartner_innen nahmen den Toilettenstuhl als Einschränkung der Selbständigkeit wahr. W9 meint, dass die Selbständigkeit durch die Verwendung des Toilettenstuhls sinkt, weil das, was danach kommt, nämlich das Wegräumen des Eimers nicht von ihr erledigt werden kann. Auf der normalen Toilette, so meint sie, kann sie alles selbst erledigen, was zu tun ist.

W9: „Ahm, die Selbständigkeit ist sehr zurückgezogen, ähm, zurückzunehmen. Also meine Selbständigkeit, die sinkt sehr, wenn ich einen Toilettenstuhl benutzen muss, weil für mich das hinterherkommt (-) die Armen, die müssen das ja wegräumen, irgendwie und deswegen tut man sich viel, viel schwerer am Toilettenstuhl zu gehen, als normal“ (W9 Z46-Z51).

Das Wegräumen des Eimers ist bereits ein Hinweis auf mögliche Notwendigkeiten, Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls in Anspruch zu nehmen. W8 setzt den Verlust von Selbständigkeit auch mit Intimität in Verbindung.

W8: „Es war für mich ein Stück Selbständigkeit zu verlieren, nicht, ein Stück Intimität aufzugeben, aber wenn es sein muss, muss es sein. Da kann man nichts machen“ (W8 Z24-Z25).

Hier wird ein Konnex zwischen mehreren Themen erkennbar. Der Verlust von Selbständigkeit bedeutet für W8 auch einen Verlust an Intimität, also auch eine Verletzung der Privatsphäre. Dies hängt womöglich mit der Notwendigkeit von Unterstützung bei der intimen Tätigkeit der Ausscheidung zusammen. Weitergehend kann auch eine Verknüpfung zum Thema der Selbst- und Fremdbestimmung, welches im Unterkapitel 4.5. behandelt wird, gezogen werden. W8 meint, sie könnte nichts gegen den Verlust an Selbständigkeit machen. Sie kann also nicht selbst über das Maß an Selbständigkeit bestimmen. Es zeigt sich hierin eine gewisse Hilflosigkeit.

Unselbständigkeit und Unterstützung

Die Inanspruchnahme von Unterstützung steht einerseits im Gegensatz zur selbständigen Verwendung des Toilettenstuhls und ist andererseits ein Merkmal einer gewissen Unselbständigkeit. Dabei ist wichtig hervorzuheben, dass Unterstützung bei der Verwendung nicht unbedingt bedeutet, dass die Selbständigkeit bei der Ausscheidung als geringer eingeschätzt wird. Der Gegensatz bezieht sich lediglich auf die selbständige Verwendung des Toilettenstuhls, nicht notwendigerweise auf das Erleben der Patient_innen. Ein generelles Gefühl der Selbständigkeit kann, wie vorhergehend beschrieben, trotz Unterstützung bei der Verwendung erhöht sein, beispielsweise im Abgleich mit alternativen Ausscheidungshilfsmitteln wie der Bettpfanne.

Ein Großteil der Interviewpartner_innen gibt an, in irgendeiner Form einmal Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls in Anspruch genommen zu haben. Die Inanspruchnahme von Unterstützung erfolgt in erster Linie in Zusammenhang mit dem Aufstehen und dem Erreichen des Toilettenstuhls. Auslösende

Faktoren dafür sind eingeschränkte Mobilität und ein Unwohlsein. W6 erklärt dazu, wenn es ihr schlecht gehe, komme sie nicht auf die Idee, den Toilettenstuhl selbständig zu benutzen. Auch W2 gibt an, wegen eines Drehschwindels beim Aufstehen gehalten werden zu müssen. W3 macht einen eindeutigen Unterschied zwischen der Unterstützung zum Stuhl und auf dem Stuhl. Erstere nimmt sie in Anspruch, zweite benötigt sie nicht.

W3: „Ja, nicht am Stuhl, sondern zum Stuhl. Das ist der Unterschied, weil am Stuhl habe ich keine Probleme gehabt. Zum Stuhl. Weil wenn du schlecht aus dem Bett kommst (-). Ich muss mich mit beiden Füßen rauswälzen. Bis ich zum Stuhl komme ist es eine lange Zeit, aber für den Patienten ist es eine lange Zeit“ (W3 Z204-Z207).

W5 beschreibt, dass der Toilettenstuhl selbst ihre Selbständigkeit erweitert hat, gibt dennoch an, Unterstützung beim Aufstehen in Anspruch genommen zu haben, da sie in ihrer Mobilität eingeschränkt war. Abseits der benötigten Unterstützung beim Aufstehen und Erreichen des Toilettenstuhls erklärt W10, dass sie Unterstützung beim Reinigen des Intimbereichs in Anspruch genommen hat, bedingt durch ihre eingeschränkte Handlungsfähigkeit auf Grund von Konstruktionsmerkmalen, in ihrem Fall die Armlehne.

W10: „Nur, wie gesagt mit dem Po reinigen, das ist halt ein so ein Problem, weil diese Stange da im Weg ist. Aber wenn die eine weg wäre und eine da wäre, das wäre natürlich auch angenehmer“ (W10 Z79-Z81).

Die erhaltene Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls wird von mehreren Interviewpartner_innen als unangenehm beschrieben. Diesbezüglich genannte Probleme betreffen den Wunsch nach Selbständigkeit bzw. Unabhängigkeit oder aber den Bereich der Scham und somit der Privatsphäre. M1 gibt an, dass ihm die Unterstützung bei der Reinigung unangenehm ist, insbesondere, wenn diese von einer Frau – im speziellen von einer jungen Frau – durchgeführt wird. Für W7 bedeutet Unterstützung zu erhalten, zur Last zu werden. Sie beschreibt das folgendermaßen:

W7: „Naja, manchmal ist es halt so, dass die Schwestern ja nicht so auf Abruf bereitstehen und wenn man dann sozusagen weiß, jetzt müsste es sein, und es kommt niemand, das ist ja dann auch so furchtbar, dass

man warten muss und gewisse Sachen kann man nicht abwarten. Dann passiert halt irgendwas und das ist ja noch unangenehmer, wenn man dann den Schwestern noch zusätzliche Arbeit macht. Und das ist ja auch für die Schwestern, nehme ich an, genau so unangenehm. Das ist ja auch für die Schwestern, nehme ich an, genau so unangenehm. Das ist ja (-) der Ekel ist ja da, nicht? Auch für einen, nehme ich an, mitfühlenden Pfleger oder Schwester ist das da. Das ist auch, finde ich (-) ist so belastend, dass man da wirklich zur Last wird“ (W7 Z69-Z78).

Hierbei wird sichtbar, dass benötigte Unterstützung nicht immer sofort verfügbar ist und daraus durch ein Missgeschick ein erhöhter Unterstützungsbedarf entstehen kann. Darüber hinaus werden von W7 unangenehme Gefühle bei den Unterstützer_innen antizipiert, was wiederum bei der Patientin selbst das Gefühl auslöst, zur Last zu werden.

Im Gegensatz zu jenen Personen, die Unterstützung als unangenehm empfunden haben, gibt es auch Interviewpartner_innen, die die Unterstützung positiv erlebt haben. Über Unterstützung froh zu sein, ist eine zentrale Aussage jener Personen. Dies bezieht sich auf die generelle Verfügbarkeit von Unterstützung und auch auf die Unterstützung im Bedarfsfall. Die Patient_innen, die die Unterstützung positiv bewerten, beschreiben diesbezüglich Gefühle der Dankbarkeit und Erleichterung. W7 gibt an, die Verwendung des Toilettenstuhls so erleichternd zu finden, dass sie nicht mehr daran denkt, ob die Unterstützung unangenehm ist. Dabei steht die Erleichterung im Vordergrund. W1 beschreibt, dass ihr Unterstützung lange Zeit unangenehm gewesen ist, sich jedoch die Einstellung zu Hilfe in dem Maß verändert hat, wie sich ihre Fähigkeiten verändert haben.

W1: „Ja, damals hätte es mir wahrscheinlich noch was ausgemacht. Ja, naja, weil da war man noch anspruchsvoller. Da hat man sich noch nicht mit allem abgefunden. Aber wenn es einmal nicht mehr geht, dann ist man froh, wenn jemand da ist, der einspringt und der einem hilft“ (W1, Z 113-116).

Im Vergleich zu einer früheren Einschätzung gibt W1 also an, sich im Alter zunehmend mit bestimmten Dingen abzufinden, so auch mit der Unterstützung beim

Verwenden des Toilettenstuhls. Nicht nur die Ansprüche werden zurückgeschraubt, sondern sie ist sogar froh über die Unterstützung, die benötigt und auch erhalten wird. Auch hier rückt also ein positives Gefühl in den Vordergrund.

Im Falle des konkreten Unterstützungsbedarfs geben M1 und W8 an, dass das Pflegepersonal auch gut verfügbar war. Dabei handelt es sich jedoch nicht um die dringende Form der Unterstützung zur Vermeidung von unangenehmen Situationen, welche in ihrer mangelnden Verfügbarkeit zuvor als Grund für die Verwendung des Toilettenstuhls anstatt des Aufsuchens der normalen Toilette genannt wurde.

Weiters wird erhaltene Unterstützung in Form der Entleerung des Eimers unmittelbar nach der Verwendung beschrieben, die entweder durch Betätigen der Rufanlage oder ebenfalls automatisch seitens des Pflegepersonals nach erfolgter Unterstützung bei der Verwendung geschieht. Bezüglich der Entleerung zeigte sich sowohl Zufriedenheit, als auch Unzufriedenheit. Zufriedenheit zeigt sich vor allem bei zügiger Entleerung nach der Verwendung. Unzufriedenheit entstand bei längerem Verbleib der Ausscheidungen im Eimer.

4.4.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas „Selbstständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem“

Die Verwendung des Toilettenstuhls bringt unter gewissen Voraussetzungen das Potenzial mit sich, Selbstständigkeit zu gewinnen. Dies gilt vor allem im Vergleich zu alternativen Ausscheidungshilfsmitteln, die einer Unterstützung durch Pflegepersonen bedürfen, oder für den Fall, dass der Weg zur Toilette nicht alleine bewerkstelligt werden kann. Gerade in Bezug auf letzteres kann die selbständige Verwendung des Toilettenstuhls ein Gefühl der Sicherheit erzeugen, welches nicht mit dem Toilettenstuhl selbst, sondern mit der sicheren Erreichbarkeit zusammenhängt. Die Voraussetzungen bzw. Bedingungen für die selbständige Verwendung sind Inhalt notwendiger Gespräche zwischen Benutzer_innen und Pflegepersonen. Allerdings kann die selbständige Verwendung nicht in jedem Fall gewährleistet werden. Im Falle von körperlichen Einschränkungen oder krankheitsbedingter Schwäche entsteht Unselbständigkeit bei der Verwendung des Toilettenstuhls und es ergibt sich ein Unterstützungsbedarf. Selbiges gilt, wenn die Konstruktion des

Toilettenstuhls die Selbständigkeit einschränkt. Dahingehend besteht nahezu immer Unterstützungsbedarf beim Entleeren des Eimers. Patient_innen nehmen Unterstützungsbedarf entweder als Selbstverständlichkeit, welche oft mit dem Alter argumentiert wird, wahr, oder die erhaltene Unterstützung wird für sie zum Problem. Dieser Umstand hängt oft mit dem Themenbereich der Privatsphäre zusammen. Ein Großteil jener, die Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls erhalten haben, bewertet diese jedoch positiv.

4.5. Wollen und Müssen – Der Toilettenstuhl zwischen Selbst- und Fremdbestimmung

Das zweite Thema des Themenkomplexes der Autonomie wird mittels zweier Subthemen beleuchtet, nämlich die von den Patient_innen erlebten Möglichkeiten zur Selbstbestimmung sowie Aspekte der Fremdbestimmung im Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls. Das erste Subthema lautet: „Selbstbestimmte Verwendung wird erlebt“. Das zweite Subthema lautet „Fremdbestimmung bei der Verwendung wird erlebt“.

4.5.1. Selbstbestimmte Verwendung wird erlebt.

Die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Verwendung beziehen sich auf einzelne Teilaspekte in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl, nämlich die Entscheidung zum Einsatz bzw. zur Beendigung, die Verwendung und auch die Unterstützung bei der Verwendung. Selbstbestimmungsmöglichkeiten werden vor allem als Teil von Verhandlung beschrieben, oder aber im Sinne einer möglichen Selbstbestimmung über den Zeitpunkt der Verwendung, was wiederum mit der Selbständigkeit in Zusammenhang steht. Ein weiterer Aspekt der Selbstbestimmung ist jener, bestimmen zu können, ob der Toilettenstuhl zum Einsatz kommt und auch verfügbar ist, und wenn er verfügbar ist, wo er steht. Vielen Interviewpartner_innen war Selbstbestimmung bezüglich der Entleerung des Eimers möglich. So meint beispielsweise W7, dass sie über den Zeitpunkt Entleerung selbst bestimmen konnte und dies auch wichtig für sie war. Gerade die Entleerung des Eimers, ein Vorgang,

der nicht selbständig durchgeführt werden kann, ist also ein Aspekt wo Selbstbestimmung sehr bedeutsam wird.

Im Fall, dass der Toilettenstuhl nicht immer neben dem Bett stand, konnte auch ausnahmslos darüber selbst bestimmt werden, dass der Toilettenstuhl gebracht wird. Dieser Umstand wird von vier Interviewpartnerinnen beschrieben. Die generelle Möglichkeit, Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl treffen zu können, kann auch als Möglichkeit zur Selbstbestimmung verstanden werden. So gibt M1 an, dass er entscheiden konnte, wo er den Toilettenstuhl verwendet. W1 meint, dass ihre Wünsche berücksichtigt wurden und W10 berichtet, dass sie selbst entscheiden konnte, wo der Toilettenstuhl steht:

W10: „Also ich verlange immer, dass man den Stuhl so hinstellt, dass ich schön hinkomme, ja, dass ich mich da nur draufsetzen muss und dass die Bremsen gezogen sind und das andere mach ich dann alleine“ (W10 Z125-Z128).

In der Aussage von W10 wird der Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und Selbständigkeit sichtbar. Sie verlangt (bestimmt), dass der Toilettenstuhl so vorbereitet wird, dass sie ihn selbständig verwenden kann.

Selbstbestimmung über den Einsatz des Toilettenstuhls

Vor der Verwendung des Toilettenstuhls steht die Entscheidung über den Einsatz, genauso wie nach der Verwendung die Entscheidung über die Beendigung des Einsatzes steht. Möglichkeiten der Selbstbestimmung über den Einsatz des Toilettenstuhls, also über die Entscheidung, ob er verwendet wird, zeigen sich in zwei Fällen. Einerseits, wenn Patient_innen explizit den Wunsch nach dem Toilettenstuhl äußern, andererseits, wenn sich der Toilettenstuhl als beste Variante in einem Gespräch zwischen Patient_in und Pflegeperson ergibt.

Das selbstbestimmte Verlangen nach einem Toilettenstuhl seitens der Patient_innen wird von den Interviewpartner_innen folgendermaßen plausibilisiert: Die Bitte nach einem Toilettenstuhl erfolgt aus Erfahrung mit dem Toilettenstuhl durch andere Krankenhausaufenthalte, wie bei W6:

W6: „Nein, das war eigentlich (-). Das heißt, wenn ich ins Krankenhaus komme?“

I: „Genau, ja.“

W6: „Da muss ich immer gleich sagen: ‚Bitte, ich brauche einen Toilettenstuhl‘.“

I: „Machen Sie das so?“

W6: „Ja“ (W6 Z273-Z277).

Die Aussage von W6 zeigt eine gewisse Routine mit Krankenhausaufenthalten, die einen Einsatz des Toilettenstuhls mit sich bringen. W6 bestellt sich sozusagen den Toilettenstuhl, wenn sie ins Krankenhaus kommt.

Es kann auch sein, dass die Bitte auf Grund der selbst eingeschätzten Mobilitätseinschränkung oder aus Angst vor Stuhl- oder Harnverlust erfolgt, wie es bei W10 der Fall ist:

W10: „Den habe ich selbst verlangt, dass ich nur groß, weil ich ja - ich konnte mich - ich kann mich ja nicht bewegen und ich tu mir auch schwer mit Schritten und bis ich am Klo bin ist das unterwegs passiert. Und darum habe ich den Stuhl verlangt, damit mir das eben nicht passiert“ (W10 Z73-Z76).

Wie bei W10 wird auch hier der Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und Selbständigkeit erkennbar.

Nicht alle Personen sind derart routiniert und informiert über ihre Möglichkeiten bei Krankenhausaufenthalten. Nichtsdestotrotz kann auch bei Personen ohne Erfahrung Selbstbestimmtheit gewährleistet werden, beispielsweise wenn im Gespräch mit dem Pflegepersonal mehrere Alternativen zur Auswahl angeboten werden. Der Aspekt der Selbstbestimmung im Rahmen eines Gesprächs mit der Pflegeperson wird an Hand eines Beispiels von W8 sichtbar. Bei W8 setzte vor dem Gespräch eine Verhandlung ein. Sie beschreibt die Vorgehensweise so:

W8: „Nein, ich habe ihn mir nicht gewünscht, aber ich habe es mir aus-suchen können. Mir sind drei Varianten angeboten worden. Mir ist die Leibschüssel angeboten worden, mir ist ein Rollstuhl angeboten worden, der mich bis zum Klo rollt und dann dort beim Klo ausladet und dann kann ich wieder, wenn ich meines gemacht hab, beim Klo, rein in den Rollstuhl und ins Bett“ (W8 Z71-Z75).

Dass die Wahl in Anbetracht anderer Hilfsmittel zur Ausscheidung bei W8 auf den Toilettenstuhl fiel, findet sich auch im Befund zur Bewertung der Alternativen im Unterkapitel 4.1.2. wieder.

Auch wenn der Einsatz des Toilettenstuhls aktiv von der Pflegeperson oder Ärzt_innen vorgeschlagen wird, besteht die Möglichkeit zur Selbstbestimmung: W5 erzählt beispielsweise, dass sie vom Arzt gefragt wurde, ob es sie stören würde, wenn sie ein „Zimmerklo“ bekäme. Auch wenn der Toilettenstuhl also explizit nahegelegt wird, muss dadurch nicht die Selbstbestimmung der Patient_innen eingeschränkt werden. W3 berichtet ebenfalls davon, dass sie die Entscheidung zum Einsatz des Toilettenstuhls im Rahmen eines Gesprächs getroffen hat.

W3: „Nein, das hat sich so ergeben während des Gesprächs, oder mein Gespräch mit der Toilette, dass ich, wenn ich es spüre sofort gehen muss und da hat sich das ergeben, dass man dann einen Stuhl hergestellst bzw. zu Verfügung gestellt hat“ (W3 Z47-Z49).

Selbstbestimmung über die Beendigung des Einsatzes

Als Beendigung wird das Ende der Verwendung über einen Zeitraum verstanden, nicht der Vorgang der unmittelbaren Beendigung des Ausscheidungsvorgangs.

Der Beendigung des Einsatzes durch die Patient_innen gehen die Erwartungshaltung, dass die Verwendung nicht permanent sein wird oder der explizite oder implizite Wunsch, wieder auf die normale Toilette gehen zu wollen, voraus. Dem Wunsch bzw. der Erwartungshaltung geht wiederum die Überlegung voraus, ob der Toilettenstuhl noch notwendig ist. Die Erwartungshaltung einer nicht permanenten Verwendung zeigt sich beispielsweise bei M1. Er berichtet, dass ihm klar war, dass sich mit einer Verbesserung seines Gesundheitszustands die Notwendigkeit zur Verwendung des Toilettenstuhls erübrigen wird. Gleichmaßen ist es bei W8, welche die Beendigung ebenfalls an ihren Gesundheitszustand koppelt:

W8: „Nein. So bald mein Fuß gut ist, ich mit der Ferse auftreten kann, habe ich mein Klo“ (W8 Z224-225).

Hierbei erfolgt eine Zielsetzung, nämlich das Erreichen eines gewissen Gesundheitszustands und damit verbunden ist der Wunsch, die normale Toilette wieder verwenden zu können. Wenn die Entscheidung, den Einsatz zu beenden von den

Patient_innen selbst getroffen wird, kann dies durch den Versuch erfolgen, die Toilette selbst zu erreichen. Dies kann dann zur Folge haben, dass der Einsatz durch das erfolgreiche Erreichen der Toilette beendet wird, wie das bei W7 der Fall war:

W7: „Also ich bin dann einfach (-), einmal habe ich versucht, aufs Klo zu kommen und das ist mir gelungen und dann habe mir gedacht. ‚Jetzt kann ich daran arbeiten, dass ich da nichts mehr brauche‘, nicht? Und das war eigentlich meine Entscheidung sozusagen“ (W7 Z194-Z196).

W7 beschreibt also, dass es mit Arbeit verbunden ist, das Ziel, den Toilettenstuhl nicht mehr zu benötigen, zu erreichen. Die Entscheidung, daran zu arbeiten ging dabei von ihr aus. Im Fall von W7 wurde die Entscheidung seitens des Pflegepersonals akzeptiert. Die Eigeninitiative zur Beendigung des Einsatzes kann jedoch beim Personal auch andere Reaktionen hervorrufen. W9, die den Wunsch, wieder auf die normale Toilette zu gehen, dem Pflegepersonal gegenüber explizit machte, beschreibt die Situation folgendermaßen:

W9: „Genau, ich habe gesagt, ich möchte gerne auf die Toilette gehen und die haben gesagt ‚Naja, das wird nicht gehen‘. Dann hab ich gesagt: ‚Ich war schon dort‘ - (lacht) und dann ging es natürlich“ (W9 Z27-Z29).

W9 beschreibt die Beendigung der Verwendung nicht als unmittelbar initiiert, sondern in dem Sinne, dass sie die Verwendung auslaufen ließ. Eine Beschreibung, die auch auf das im Verlauf nur mehr nächtliche Verwenden des Toilettenstuhls aus Sicherheitsgründen zutrifft, wie es ebenfalls von einer Interviewpartnerin erwähnt wurde. Ähnlich funktioniert eine flexible Verwendung des Toilettenstuhls je nach Selbsteinschätzung der Patient_innen bezüglich Kraft, Schmerzen und Sicherheit.

Wenn die Initiative zur Beendigung des Einsatzes von Pflegepersonen ausgeht, indem sie vorschlagen, den Toilettenstuhl nicht mehr zu verwenden, ermöglicht dies Selbstbestimmung und die interviewten Patient_innen finden dies gut. Nach der Beendigung der Verwendung beschreiben die Interviewpartner_innen, dass sie zufrieden damit waren, wieder auf die normale Toilette zu gehen.

4.5.2. Fremdbestimmung bei der Verwendung wird erlebt

Hierbei handelt es sich um das Erleben eingeschränkter Selbstbestimmung bzw. um das Erleben von Fremdbestimmung bei der Verwendung, dem Einsatz sowie der Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls. Dieses Erleben steht nicht nur konträr zu jenen Aussagen, die eine Selbstbestimmung in diesen Zusammenhängen darstellen. Einige Interviewpartner_innen beschreiben bei gewissen Teilaspekten Selbstbestimmung und bei anderen erlebte Fremdbestimmung.

Die zuvor beschriebene Möglichkeit, über die Entleerung des Eimers selbst bestimmen zu können, ist nicht immer gegeben. W11 meint, nicht selbst über die Entleerung bestimmt zu haben, und auch W3 gibt an, dass sie nicht selbst darüber entscheiden konnte:

I: „Mhm. Haben Sie da irgendwie dann darüber bestimmen können, dass da der Kübel sofort ausgeleert wird, oder (-)?“

W3: „Nein, nein, das können Sie nicht. Weil ich sage; wenn nur (-) also nichts stuhlmäßiges ist, dann ist es kein Problem, aber wenn es stuhlmäßig ist, ist es dann schon ein Problem, weil die ganze Nacht in dem Stuhl der Stuhl drinnen ist, das ist dann schon (-)“ (W3 Z109-Z114).

W3 beschreibt also, dass es vor allem dann ein Problem ist, nicht über die Entleerung des Toilettenstuhls bestimmen zu können, wenn sich Stuhl im Eimer befindet. Der dabei entstehende Geruch scheint der Grund für die Problematisierung zu sein und stellt folglich einen Konnex zwischen Selbstbestimmung und Privatsphäre her.

W6 erklärt, dass sie nicht darüber bestimmen konnte, wie sicher bzw. fest der Toilettenstuhl steht. Dabei wird sichtbar, dass auch der Themenbereich Sicherheit mit der Frage der Selbstbestimmung verbunden ist.

Fremdbestimmung in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl kann allerdings auch positiv erlebt werden. W6 meint beispielsweise, dass sie es sehr angenehm empfunden hat, mit dem Toilettenstuhl automatisch aus dem Zimmer gebracht zu werden:

I: „Aber haben Sie das selbst einmal in Anspruch genommen, dass Sie rausgebracht werden?“

W6: „Ja, das ist automatisch, dass mich jemand in den (-) und ich habe das sehr angenehm empfunden“ (W6 Z38-Z41).

Fremdbestimmung über den Einsatz des Toilettenstuhls

Im Gegensatz zum informierenden Gespräch, in dem die Pflegepersonen den Patient_innen selbst die Entscheidung über die Verwendung eines Hilfsmittels überlassen, steht die Vorgehensweise, in der Pflegepersonen einfach den Einsatz des Toilettenstuhls entscheiden und somit fremdbestimmen. Solche Erlebnisse schildern W9 und W11:

W9: „Nein, das war nicht meine Idee, sondern das haben die hier in die Wege geleitet, weil sie gewusst haben, das geht nicht, dass man (-) so was kann man nicht lassen, wenn das (-) ich habe nämlich schon so Windelhosen mit, eigene und die verwende ich normalerweise und wenn das nicht mehr (-) wenn ich die nicht habe, dann geht das natürlich leicht in die Hose und das habe ich denen eben gesagt und ja, deswegen haben sie mir gleich den Leibstuhl hergestellt, weil sie gewusst haben, ich kann da nicht rausgehen“ (W9 Z34-Z40).

Hier wird deutlich, dass eine wahrgenommene Fremdeinschätzung den fremdbestimmten Einsatz des Toilettenstuhls zur Folge hat.

W11: „Ja, den haben sie gleich zur Verfügung gestellt, ohne, dass ich was gesagt habe.“

I: „Also die Entscheidung hat „(-)

W11: „haben die getroffen“ (W11 Z178-Z180).

W11 beschreibt hier sehr deutlich, dass die Entscheidung einseitig seitens des Personals getroffen wurde. Beide Interviewpartnerinnen befinden diese Vorgehensweise für in Ordnung. Auch W2 beschreibt, dass sie den Toilettenstuhl als Konsequenz darauf erhalten hatte, dass sie erklärte, nicht auf die Toilette gehen zu können. Für W2 ist dies ebenfalls in Ordnung.

Gleichzeitig kann Fremdbestimmung für Patient_innen aber auch problematisch sein, beispielsweise wenn ihr Wunsch, einen Toilettenstuhl zu verwenden, in Frage gestellt wird. Mit einer Ausnahme wurde bei jenen Patientinnen, die einen Toilettenstuhl von sich aus verlangt haben, diesem Wunsch auch nachgekommen. W5

beschreibt jedoch eine Situation, in welcher ihr Anliegen von einer Pflegeperson in Frage gestellt wurde:

W5: „Da hat die eine gesagt: ‚Hören Sie, Frau X, muss das sein. Sie werden doch bis aufs Klo gehen können.‘ Dann sag ich: ‚Na, dann mache ich Ihnen ins Bett.‘ Ja, das alleine. Gut, wenn die sagt: ‚Muss das sein?‘. Was heißt ‚Muss das sein?‘. Ob es sein muss, oder nicht, das weiß ich sicher besser, besser als sie“ (W5 Z315-Z319).

Die Selbsteinschätzung der Notwendigkeit der Verwendung des Toilettenstuhls wurde bei W5 also in Frage gestellt und löst Unverständnis aus. W5 stellt ihre Rolle als Expertin für ihre eigenen Belange klar. Sie musste aber dem Personal gegenüber die Drohung einsetzen, ins Bett zu machen, um ihrem Wunsch nach Selbstbestimmung Nachdruck zu verleihen.

Fremdbestimmte Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls

Auch bezüglich der Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls zeigen sich Varianten der fremdbestimmten Beendigung durch Pflegepersonen. Dies erfolgt beispielsweise durch das simple Entfernen des Toilettenstuhls seitens des Personals, im Fall von W6 gepaart mit der Aussage, dass sie ihn nicht mehr brauchen würde. W6 fand das nicht gut.

W6: „Nein, das war nicht meine Entscheidung und das habe ich nicht richtig empfunden, weil wenn die Schwester glaubt, man ist eh schon mobil, die sieht ja nur was, aber, weil z.B. ich habe die Polyneuropathie in beiden Beinen und da lasst das linke Bein (-) Ich habe auch MS gehabt“ (W6 Z291-Z294).

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass Selbst- und Fremdeinschätzung auch auseinandergehen können. Die Fremdeinschätzung mit der Konsequenz der fremdbestimmten Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls entspricht nicht der Selbsteinschätzung der weiteren Notwendigkeit des Toilettenstuhls und löst Unverständnis bei W6 aus.

Für W5 war bereits die Nachfrage, ob sie den Toilettenstuhl denn noch benötige, nicht in Ordnung:

W5: „Weil ich weiß, wie ich im Krankenhaus X war. Da war ich drei Wochen. Nach vierzehn Tagen sagt die eine Schwester: „Na brauchen Sie das noch neben dem Bett?“ Da sage ich: ‚Ja, das brauche ich noch neben dem Bett.‘ Also das hat mich schon gestört, weil ich muss ja wissen, ob ich es brauche oder nicht“ (W5 Z175-Z178).

Hier gehen wiederum Fremd- und Selbsteinschätzung auseinander. Die Fremdeinschätzung hat nicht unmittelbar die Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls zur Folge, löst aber durch das bloße In-frage-Stellen bereits Unmut bei W5 aus. Umgekehrt beschreibt W8 eine Situation, in der sie selbstbestimmt den Einsatz beendete, indem sie die Toilette aufsuchte, ohne dies dem Pflegepersonal zu kommunizieren. Dies führte zu einer Diskussion mit den Pflegepersonen. W8 beschreibt dies wie folgt:

W8: „Ja, sicher, ich habe gesagt, ich wollte aufs Klo gehen und mir hat die Oberschwester erklärt: ‚Das ist unser Beruf, Sie haben zu folgen und wenn es heißt, Sie bleiben im Bett, dann bleiben Sie im Bett und machen nur den Schritt da rüber und ob es uns stört oder nicht, geht Sie nichts an‘. Wortwörtlich“ (W8 Z173-Z176).

Als Konsequenz aus dieser Situation, so erklärt W8, hat sie ihre Versuche aufs WC zu gehen wieder aufgegeben und stattdessen versucht, eine „brave Patientin“ zu bleiben.

W8: „Also gebe ich das wieder auf und bleibe das brave (-) der brave Patient und bleibe so wie es sein muss. Ich habe erklärt bekommen, warum ich nicht gehen darf. Ich habe es verstanden und richte mich danach“ (W8 Z120-Z122).

W8 geht von einer erwarteten Rolle als „brave Patientin“ seitens des Pflegepersonals aus. Dieser Rolle zu entsprechen bringt die Notwendigkeit mit sich, sich so zu verhalten, wie es scheinbar sein muss. Die Konsequenz der Verletzung der Rolle, nämlich „geschimpft zu bekommen“, hat wiederum zur Folge, dass sich W8 anpasst und die antizipierte Rolle erfüllt. Auch hier wird über die Beendigung des

Einsatzes fremdbestimmt und zwar in dem Sinn, dass sie nicht erfolgen darf bzw. soll. Es wird auch ein Autoritätsverhältnis zwischen Pflegepersonen und Patientin erkennbar, in welchem sich die Patientin in letzter Konsequenz eindeutig unterordnet.

4.5.3. Zusammenfassende Beschreibung des Themas „Wollen und Müssen“ – Der Toilettenstuhl zwischen Selbst- und Fremdbestimmung

Das Thema der Selbst- bzw. Fremdbestimmung zeigt, dass es in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl durchaus Diskrepanzen zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der Patient_innen, also dem Wollen, und den Vorstellungen und Handlungen der Pflegepersonen, also dem Müssen, gibt. Patient_innen beschreiben einerseits die Möglichkeit einer selbstbestimmten Verwendung, die als Ergebnis von Gesprächen zwischen Patient_innen und Pflegepersonen ermöglicht wird. Von einigen Interviewpartner_innen wird auch beschrieben, dass die Entscheidungen über den Einsatz und die Beendigung der Verwendung des Toilettenstuhls selbstbestimmt erfolgen. Auch hier steht das Gespräch im Vordergrund. Hierin zeigt sich, dass Patient_innen als Expert_innen für ihre Wünsche und Bedürfnisse auch auf deren Basis selbstbestimmt entscheiden können.

Umgekehrt erleben Patient_innen auch Fremdbestimmung, welche teilweise akzeptiert und teilweise negativ aufgenommen wird. Es zeigt sich, dass Fremdbestimmung oft dann stattfindet, wenn es keine gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne eines Gesprächs zwischen Patient_innen und Pflegepersonen gibt. Dies ist vor allem bei der Entscheidung über den Einsatz des Toilettenstuhls und dessen Beendigung der Fall. Teilweise ereignet sich Fremdbestimmung auch in Hinblick auf strukturelle Gegebenheiten (Entleerung des Eimers zu fixen Zeiten) oder medizinische Notwendigkeiten (angeordnete Mobilitätseinschränkung). Dies sind vordergründig jene Aspekte, bei denen sich Akzeptanz als Reaktion der Patient_innen auf die Fremdbestimmung zeigt. Unmut über Fremdbestimmung zeigt sich in erster Linie dann, wenn Selbst- und Fremdeinschätzung divergieren und Patient_innen sich mit der aus der Fremdeinschätzung resultierenden Fremdbestimmung nicht einverstanden zeigen.

Das Wollen der Patient_innen kann also durchaus bedeuten, dass sie den Toilettenstuhl verwenden. Das Müssen kann zu einer Einschränkung oder Unterdrückung des Wollens führen und somit zu Unzufriedenheit und Unmut.

4.6. Grafische Darstellung der identifizierten Themen

Abb.1:

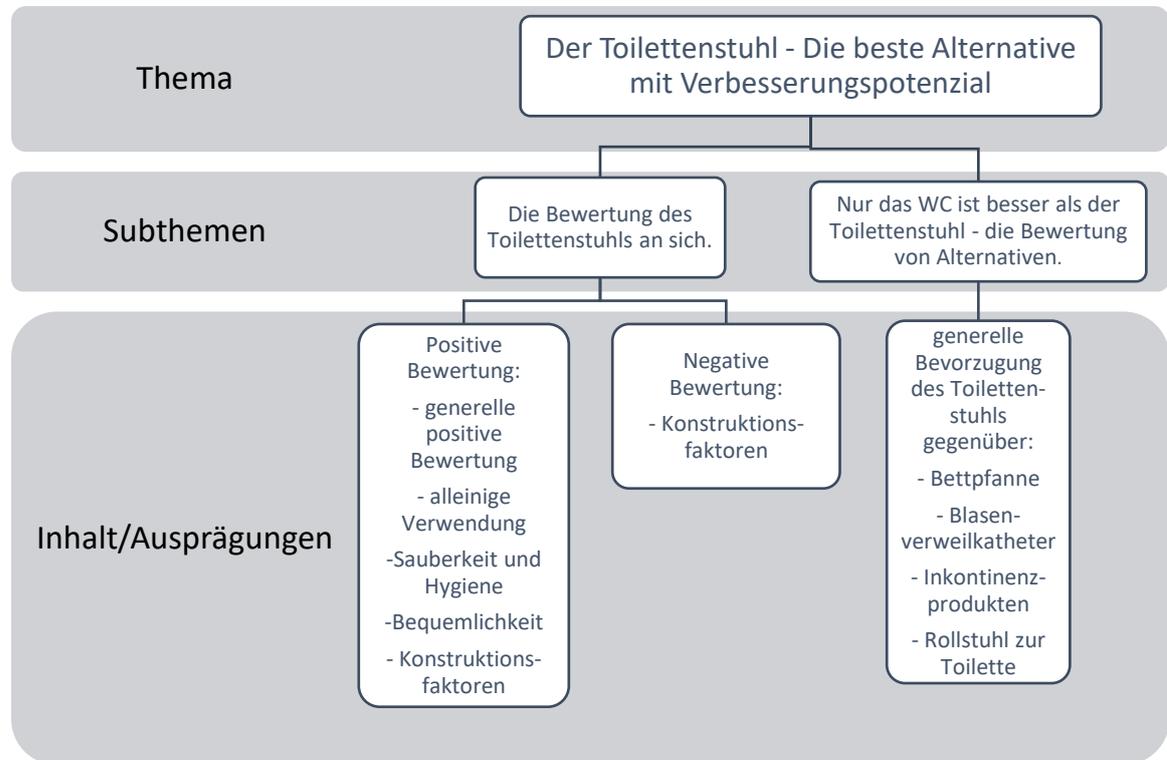


Abb. 2:

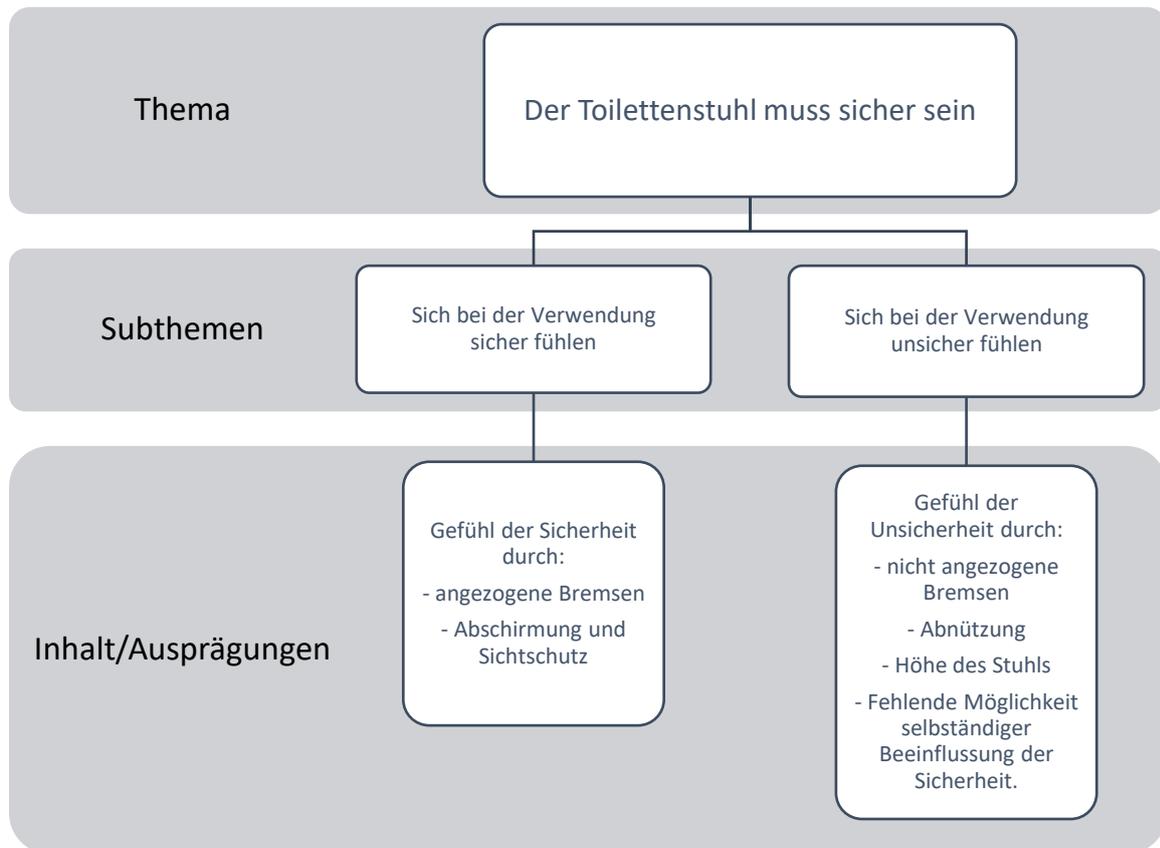


Abb. 3:

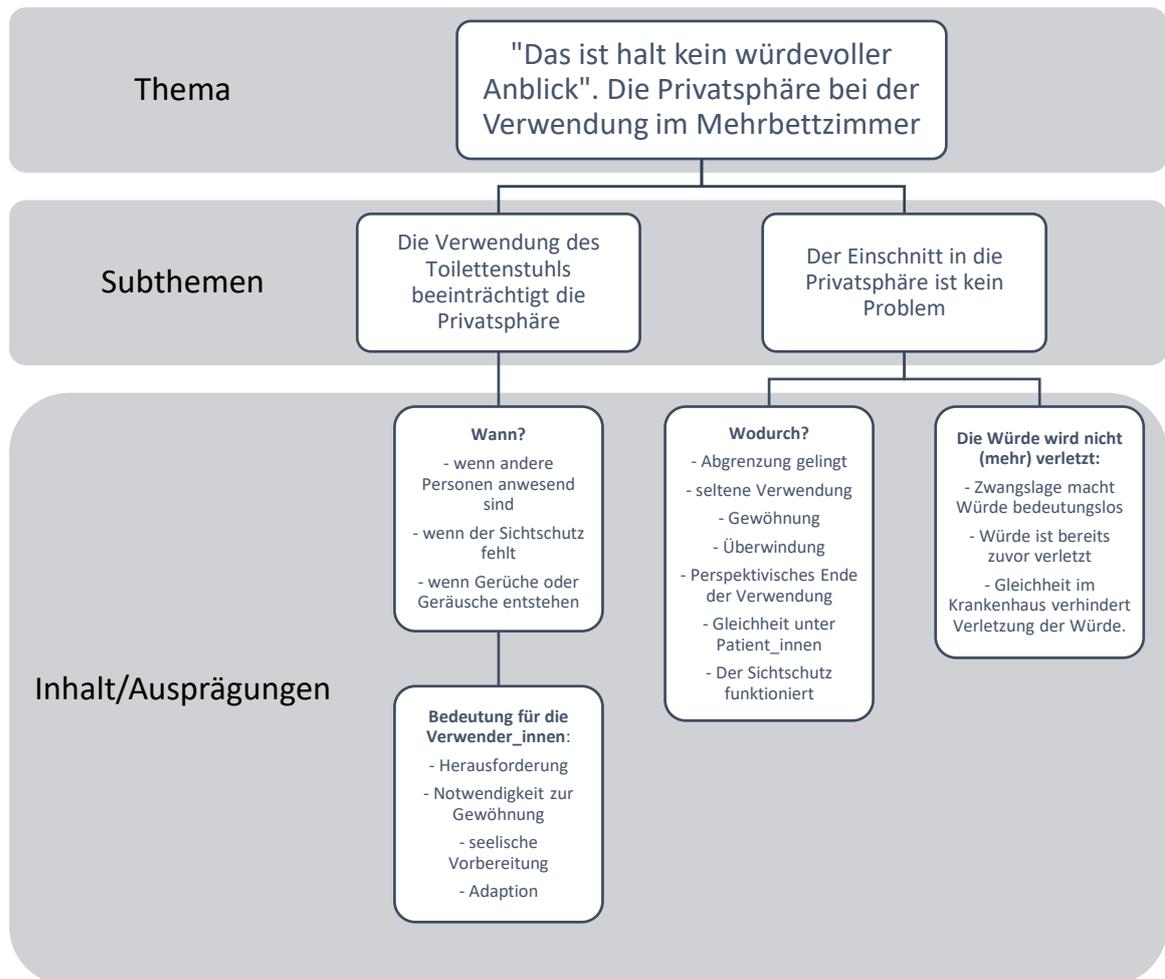


Abb. 4:

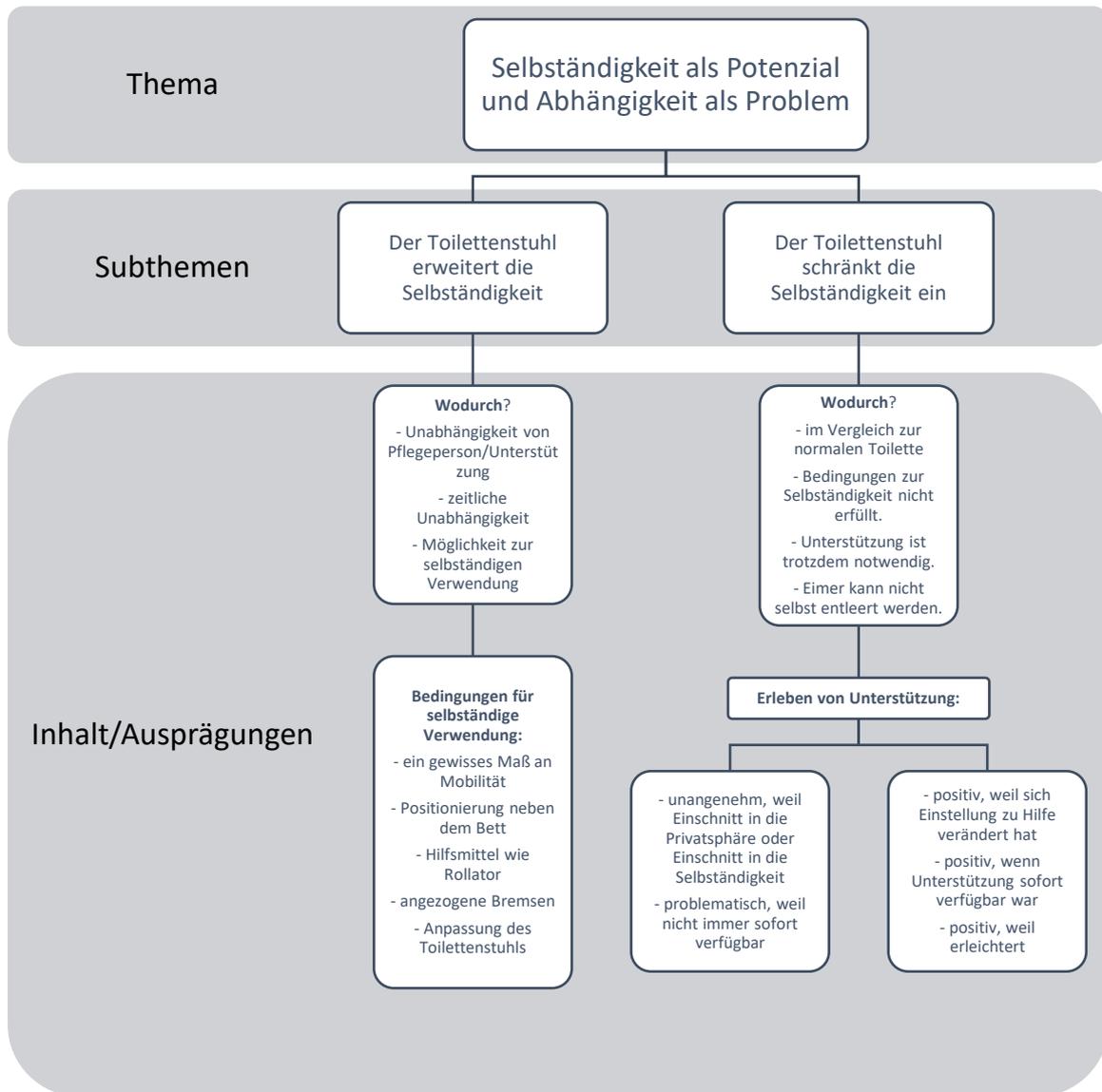
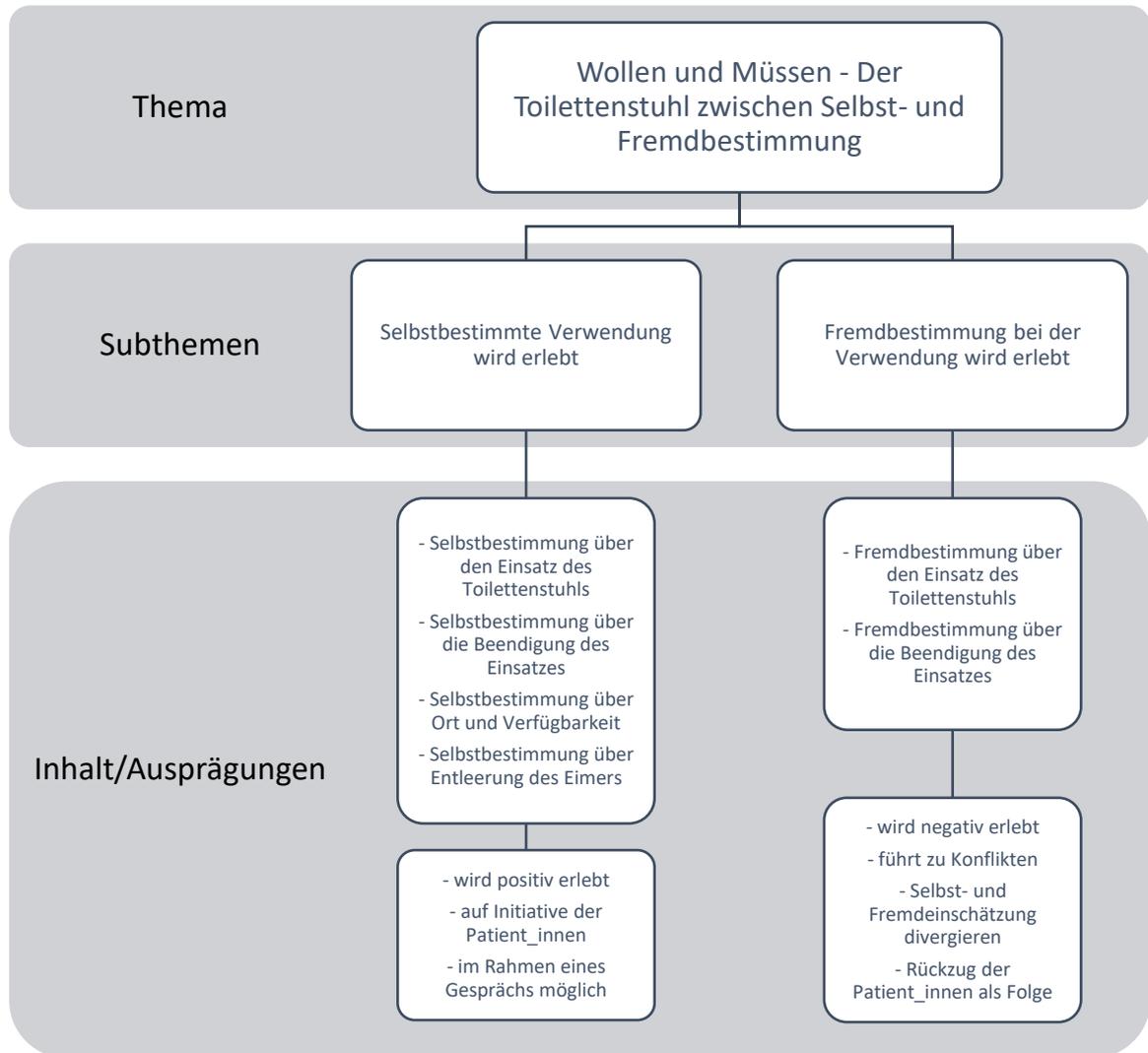


Abb. 5:



5. Diskussion

Im vorherigen Kapitel erfolgte eine Darstellung der Ergebnisse auf Basis der Auswertungsmethodik der *Thematic Analysis*, eine Einteilung der Ergebnisse in Themen und Subthemen, sowie eine Interpretation der Ergebnisse, die sehr nah an den Aussagen der Interviews stattfand. In der nun folgenden Diskussion wird eine Analyse auf Basis bestehender Forschungsergebnisse aus der Literatur durchgeführt. Dabei werden die Befunde aus den Interviews mit den Postulaten in der Forschung synthetisiert, wodurch eine erweiterte Interpretation möglich wird.

Bereits in der Ergebnisdarstellung wurde erkennbar, dass sich die einzelnen Komponenten der Forschungsfrage trotz teilweise unterschiedlicher Merkmalsausprägungen durchaus ergänzen. Somit gelingt es, ein vernetztes Gesamtbild der fünf Themen zu erstellen, welches hier diskutiert und mit bestehenden theoretischen und evidenzbasierten Erkenntnissen verknüpft, dargestellt und gefestigt werden soll.

5.1. Die Bewertung des Toilettenstuhls und die Diskussion der Alternativen zum Toilettenstuhl

Das Thema „Der Toilettenstuhl – die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial“ gliedert sich in zwei Subthemen, nämlich die Bewertung des Stuhls an sich und die Bewertung von alternativen Hilfsmitteln zur Ausscheidung, welche beide hier auch separat diskutiert werden.

5.1.1. Die Bewertung des Toilettenstuhls an sich

Die Bewertung des Toilettenstuhls an sich beruht auf einer sehr individuellen Wahrnehmung der interviewten Personen. Lediglich die Faktoren, die zur Bewertung beitragen, lassen sich in den Kontext der bestehenden Literatur setzen. Im Hinblick auf eine positive Bewertung des Toilettenstuhls selbst lassen sich die hygienischen Vorteile im Gegensatz zur normalen Toilette hervorheben. Monro und Mulley (2004) untersuchten Toiletten in Krankenhäusern auf Problembereiche. Sie

stellen fest, dass bei mehr als einem Viertel der untersuchten Toiletten der subjektive Eindruck mangelnder Sauberkeit entstand, und beschreiben darüber hinaus die Wahrnehmung eines wiederholt auftretenden, starken Uringeruchs. (Monro & Mulley, 2004, S. 236).

Die restlichen Bewertungen – sowohl positive, als auch negative – bewegen sich im Bereich der Konstruktionsfaktoren. Merkmale wie Bequemlichkeit oder mangelhafter Platz sind wohl sehr stark vom jeweils eingesetzten Modell abhängig. Dass es mehrere unterschiedliche Modelle gibt, wird von Harman und Craigie (2011) beschrieben. Adaptierbare Höhe und abnehmbare Armlehnen wie von Harman und Craigie (2011, S. 316) erwähnt, sind eine Möglichkeit, die von den Interviewpartner_innen artikulierten Konstruktionsprobleme zu adressieren.

Die Bewertung der Konstruktionsfaktoren kann auch mit Hilfe von Artner und Böhringer (2017) betrachtet werden. Die beiden Autorinnen beschäftigen sich in einem Buchbeitrag mit dem „Toilettenstuhl im Rahmen der Veralltäglichung grenzwertiger Arbeit durch Pflegedinge“ und halten Folgendes fest:

„Die sich insgesamt (...) zeigende ‚Kunst‘ der gleichzeitigen Wahrung der Privatsphäre (Distanz) und dem Versprechen auf Sicherheit (Erreichbarkeit) korrelierte nicht zuletzt mit der materialen Beschaffenheit des Toilettenstuhles, seiner dezenten und stabilen Gestalt.“ (Artner & Böhringer, 2017, S. 190)

Hier wird noch einmal deutlich, womit eine positive Bewertung des Toilettenstuhls zusammenhängen kann, nämlich mit dessen Stabilität, dem Kaschieren des Zwecks und der Sicherheit. All diese Aspekte konnten auch im Zuge der Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit im Erleben der Patient_innen identifiziert werden. Lediglich die von Artner und Böhringer angeführte Kunst der Wahrung der Privatsphäre kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht vollständig in Einklang gebracht werden. Dies wird in der Ergebnisdarstellung zum Thema Privatsphäre erkennbar. Diese Divergenz ist jedoch vermutlich dem Umstand geschuldet, dass sich Artner und Böhringer in ihrer empirischen Untersuchung in Einzelzimmern in der geriatrischen Langzeitpflege bewegten. Jedoch sei an dieser Stelle auf eine Interviewpassage von W8 (Unterkapitel 4.1.1, S. 41) verwiesen, in der sie ansatzweise konstruktionsbedingte Vorteile für die Privatsphäre beschreibt.

5.1.2. „Nur das WC ist besser als der Toilettenstuhl.“ Diskussion der Alternativen und des Verbesserungspotenzials

In den Ergebnissen zu diesem Themenbereich zeigt sich, wie die interviewten Patient_innen den Toilettenstuhl im Abgleich mit anderen Hilfsmitteln bewerten. Die in der Ergebnisdarstellung beschriebenen Gründe für die Verwendung des Toilettenstuhls stellen einen Kontext für die Bewertung der Alternativen dar. Daher werden sie an dieser Stelle noch vor der Bewertung der Alternativen diskutiert.

Im Wesentlichen kristallisierten sich aus den Daten zwei verschiedene Gründe für die Verwendung des Toilettenstuhls heraus. Einerseits dient der Toilettenstuhl einer Verkürzung der Distanz zur Toilette. Dabei geht es vordergründig um ein Problem der Mobilitätseinschränkung, welches verunmöglicht, die normale Toilette zu erreichen. Andererseits schützt er vor unwillkürlichem Harn- oder Stuhlverlust. Hierbei handelt es sich um ein Problem im Rahmen von Harn- oder Stuhlinkontinenz. Auch in diesem Fall kann die normale Toilette möglicherweise nicht rechtzeitig erreicht werden und Harn- bzw. Stuhl gehen bereits beim Bett oder am Weg zur Toilette verloren. Penn (1988) führt als Gründe für den Einsatz des Toilettenstuhls Mobilitätsschwierigkeiten oder Zugangsprobleme an. Beide Gründe geben auch Browning, Zaheer, Orzechowska und Mistri (2012, S. 86) an: „Commodes are chiefly used where access to the toilet is impossible or difficult, if mobility is a problem or where there is significant urgency of micturition.“

Beide Verwendungsgründe sind also bereits bekannt und nicht überraschend. Der beschriebene Kontext der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ist also deckungsgleich mit der bestehenden Literatur.

Die von den Befragten beschriebene Ablehnung von Alternativen zum Toilettenstuhl erfolgt in erster Linie aufgrund der zugeschriebenen Eigenschaften der Alternativen und möglicher Konsequenzen der Verwendung. Wenn Interviewpartner_innen beschreiben, dass die Bettschüssel das Unangenehmste bzw. Schrecklichste ist, dann ist das kongruent mit den von Gattinger, Werner und Saxer (2013) beschriebenen Erfahrungen von Patient_innen, die die Bettschüssel benutzen. Ähnliche Erfahrungen von Patient_innen finden sich bei Darbyshire, Rowbotham, Grayson, Taylor und Shackley (2016) in Bezug auf den Blasenverweilkatheter.

Die Ablehnung der Alternativen durch die Befragten kann auch im Sinne der Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit interpretiert werden. Diesbezüglich beschreiben Gattinger, Werner und Saxer (2013, S. 2221), dass sich ein wesentlicher Anteil jener Personen, die die Bettschüssel benützten, von anderen Personen abhängig fühlte. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Verwendung des Toilettenstuhls im Vergleich zur Bettpfanne unabhängiger funktionieren und machen kann. In Zusammenhang mit dem Wunsch nach Selbständigkeit kann auch die Ablehnung des Rollstuhls zum Erreichen der Toilette, wie von einer Interviewpartnerin beschrieben (W8, Unterkapitel 4.1.2., S. 44-45), gesehen werden. Wenn das Erreichen der Toilette mit dem Rollstuhl zu mühsam ist, weil die baulichen Gegebenheiten der Sanitäreinrichtungen, wie von Bauer (1996, S.170) beschrieben, Selbständigkeit verunmöglichen, wird der Toilettenstuhl und somit der Einschnitt in die Privatsphäre akzeptiert.

Ansätze zur Verbesserung des Toilettenstuhls wurden von den Interviewpartner_innen vor allem in Bezug auf dessen Konstruktion explizit gemacht. Dabei zeigt sich, dass in erster Linie in Hinblick auf Individualisierungsmöglichkeiten Verbesserungspotenzial besteht und auch bezüglich Konstruktionsfaktoren, die die Selbständigkeit einschränken. In der Forschungsliteratur finden sich dazu keine Ansätze, jedoch kann die vorliegende Forschungsarbeit als Ansatz verstanden werden, Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

5.2. Der Toilettenstuhl und die Sicherheit.

Das Thema „Der Toilettenstuhl muss sicher sein“ beschreibt zwei sich gegenüberstehende Subthemen bzw. Teilaspekte, nämlich sich bei der Verwendung sicher bzw. unsicher zu fühlen.

Eine Definition von „sich sicher fühlen“ (*feeling safe*), die auf beide Aspekte anwendbar ist, ist jene von Mollon, welche *feeling safe* folgendermaßen beschreibt:

„(...) feeling safe will be defined as an emotional state where perceptions of care contribute to a sense of security and freedom from harm during an inpatient hospitalization“ (Mollon, 2014, S.1729).

Patient_innen, die angeben, sich bei der Verwendung des Toilettenstuhls sicher zu fühlen, sehen auch in der Wahrnehmung der Sorge um sie (*perceptions of care*) keinen Mangel. Bei jenen, die ein Gefühl der Unsicherheit bei der Verwendung des Toilettenstuhls beschreiben, sorgt die Wahrnehmung der ihnen zuteilwerdenden Pflege nicht für Sicherheit. Dies passiert beispielsweise durch mangelnde Fixierung des Toilettenstuhls, Instabilität oder mangelnde Unterstützung durch das Pflegepersonal bei gleichzeitigem körperlichen Unvermögen, selbst für Sicherheit bei der Verwendung zu sorgen. Der Schaden (*harm*), der in Hinblick auf das Sicherheitsgefühl vermieden werden soll, ist entweder physisch – im Sinne eines Sturzes bzw. einer Verletzung – oder psychisch – im Sinne der Peinlichkeit bei unkontrolliertem Harn- oder Stuhlverlust – zu interpretieren. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass, auch wenn der Toilettenstuhl zum Einsatz kommt, um einen Sturz am Weg zur Toilette zu verhindern, dies noch nicht bedeutet, dass die Patient_innen sich durch die präventive Verwendung des Toilettenstuhls automatisch sicherer fühlen. Dies wird vor allem bei jenen beschriebenen Unsicherheitsfaktoren deutlich, die sich auf die Fixierung des Toilettenstuhls beziehen. Aus diesen ergibt sich auch die Bezeichnung des Themas „Der Toilettenstuhl muss sicher sein.“

Wenn die Position jene ist, dass die Verwendung des Toilettenstuhls für Sicherheit sorgt, dann ist es der Umstand einer selbständigen Verwendung unter der Voraussetzung der Bereitstellung eben dieses durch die Pflege, welcher wahrgenommen wird und ein Gefühl der Sicherheit erzeugt. Auch hier geht es darum, sich vor dem psychischen Schaden eines unkontrollierten Harn- oder Stuhlverlusts sicher zu fühlen.

5.3. Würde und Privatsphäre

Vorbemerkung: Die Themenbereiche Würde, Privatsphäre und Autonomie sind, wie eingangs bereits erwähnt, nicht eindeutig zu trennen und teilweise auch stark miteinander vernetzt. Auch Bauer (1996) widmet in ihrer Theorie zur Privatsphäre der Patient_innen im Krankenhaus dem Thema „Einschränkung der persönlichen Autonomie“ ein Kapitel. Sie beschreibt, dass in der Datenerhebung, die als Basis für die Theorie dient, nicht explizit nach der Autonomie gefragt wurde, jedoch wiederkehrende Aussagen zu diesem Thema hervorgebracht wurden (Bauer, 1996,

S. 168). Im Rahmen der Diskussion werden zwar die Themen Privatsphäre und Autonomie jeweils in einem eigenen Unterkapitel behandelt, jedoch wird versucht, bei einzelnen Aspekten immer wieder den Bezug zum jeweiligen anderen Themenbereich herzustellen. Diese Vorgehensweise dient vor allem der Übersichtlichkeit, soll aber nicht implizieren, dass die Themen trennscharf voneinander abgegrenzt werden können.

Dass in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit die Begriffsassoziationen der Interviewpartner_innen mit dem Begriff Würde in erster Linie den Bereich der Privatsphäre betreffen, ist nicht überraschend. Eine ähnlich starke assoziative Verbindung zeigt sich auch bei Matiti und Trorey (2004) in ihrer phänomenologischen Erhebung zur Patient_innenwürde. Die Aussagen der Interviewpartner_innen dieser Studie konnten dreimal häufiger als in jeder anderen Kategorie (gesamt 12 Items) jener der „Privatsphäre“ zugeordnet werden. In den theoretischen Rahmen der Konzeptbestimmung der Würde durch Edlund et al. (2013) lässt sich die Verknüpfung zwischen der von den Teilnehmer_innen wahrgenommenen Verletzung der Würde in Zusammenhang mit der Privatsphäre in den von den Autor_innen beschriebenen Bereich der relativen Würde einordnen. Diese (siehe kurze Konzeptdarstellung S. 18) relative Würde ist laut den Autor_innen auch hierarchisch strukturiert und kulturellen Einflüssen ausgesetzt. Dabei lässt sich bereits ein Konnex zur Selbstbestimmung herstellen. Vordergründig gibt es im Bereich der relativen Würde eine körperliche Dimension (Edlund et al., 2013, S. 857), die vor allem der von den Interviewpartner_innen wahrgenommenen Verletzung der Würde im Zuge der Verletzung der Privatsphäre entspricht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen in Bezug auf die Privatsphäre, dass es zwei unterschiedliche Wahrnehmungen der Patient_innen gibt. Einerseits wird die Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls als eingeschränkt bzw. verletzt wahrgenommen und dieser Umstand wiederum als problematisch erlebt. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass eine Einschränkung der Privatsphäre als unproblematisch wahrgenommen wird. Auf diese zwei Facetten wird im Folgenden detaillierter eingegangen.

5.3.1. Warum die Verletzung der Privatsphäre unangenehm sein kann

Bei der Einschränkung der Privatsphäre in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl handelt es sich um jene, die bei der Bloßstellung im Sinne der physischen Entblößung nach Bauer (1996, S. 202) passiert. Sie steht im Gegensatz zur von Bauer beschriebenen Entblößung durch die Preisgabe der Identität, welche in dieser Arbeit keine Rolle spielt.

Die als unangenehm erlebte Verletzung der Privatsphäre findet in erster Linie bei der Verwendung im Mehrbettzimmer statt. Dieser Umstand ist übereinstimmend mit den Ergebnissen von Enz und Mantovan (2008, S.354) in ihrer Studie zur Privatsphäre im Krankenhaus. Sie beschreiben, dass die Verwendung der Bettschüssel bzw. des Toilettenstuhls in Anwesenheit anderer Patient_innen für die Befragten bezüglich möglicher Verletzungen der Privatsphäre die größte Unannehmlichkeit darstellt. Bei Bäck und Wikblad (1998, S. 943) zeigt sich betreffend die Verletzung der Privatsphäre in Bezug auf die Ausscheidung im/beim Bett zwar nur eine mittlere Wichtigkeit im Vergleich zu anderen Items, wie z.B. Gesprächen mit den Ärzt_innen oder der Pflege. Jedoch muss im Vergleich zu Enz und Mantovan festgehalten werden, dass diese eine reduzierte Zahl an Items abgefragt haben. Insofern bestätigt sich die Verwendung des Toilettenstuhls als unangenehmer Faktor bezüglich der Privatsphäre auch bei Bäck und Wikblad.

Das unangenehme Empfinden bei einer Verletzung der Privatsphäre kann anfänglich, aber auch im Verlauf der Verwendung des Toilettenstuhls wahrgenommen werden. Es wird von fast allen Befragten der vorliegenden Untersuchung mit dem Umstand der Entblößung bzw. der für andere sichtbaren Verwendung begründet. Das wird auch dadurch deutlich, dass die Verwendung des Toilettenstuhls tagsüber eher als unangenehm empfunden wird, als nachts. Der gebotene Anblick bei der Verwendung bzw. die Entblößung stellt für die Patient_innen, wie im Ergebnisteil beschrieben, auch eine Facette der Verletzung ihrer Würde dar. Die andere wahrgenommene Facette der Verletzung der Würde ist das Verhalten von Zimmerkolleg_innen. Beide Facetten werden auch von Walsh und Kowanko beschrieben:

„The body, its treatment and its exposure were central concerns in the patients' accounts. Much of the discussion of dignity revolved around the exposure of the body and the gaze of others“ (Walsh & Kowanko, 2002, S. 147).

Eine Möglichkeit, möglichen Verletzungen der Würde durch Entblößung vorzubeugen, ist der Sichtschutz im Zimmer. Wenn dieser allerdings entweder nicht selbst angebracht werden kann oder von den Pflegepersonen nicht angeboten oder automatisch angebracht wird, tritt leicht eine Verletzung der Privatsphäre ein, die dann als unangenehm erlebt wird. Bauer (1996, S. 206) beschreibt dies als mangelnde Möglichkeit der Patient_innen zur Regulation oder Verteidigung gegen das Eindringen in die Privatsphäre, welche wiederum Stress bei den Patient_innen hervorrufen kann. Stress bzw. Unwohlsein als Resultat sind, was die Patient_innen in der vorliegenden Erhebung als zu überwinden bzw. gewöhnungsbedürftig beschreiben.

Der Wunsch, die Verletzung der Privatsphäre zu überwinden bzw. die Beschreibung der Gewöhnung an die Situation mit dem Toilettenstuhl können, wenn der Einschnitt in die Privatsphäre auch als Verletzung der Würde begriffen wird mit dem von Matiti und Trorey entwickelten Begriff der *perceptual adjustments* betrachtet werden. Die beiden erklären diesen Begriff folgendermaßen:

„ [...] a process by which a patient forecasts the potential indignities that he or she expects to suffer when in hospital, mentally analyses the situation and adjusts to a level that he or she feels comfortable enough to accept“ (Matiti & Trorey, 2004, S. 741).

Diese *perceptual adjustments* sind es, die bei der Ergebnisdarstellung im Rahmen der Bedeutung der Verletzung der Privatsphäre deutlich wurden und auch als Adaptionen identifiziert wurden.

5.3.2. Warum der Einschnitt in die Privatsphäre unproblematisch sein kann

Im Gegensatz zu jenen Interviewpartner_innen, bei denen das unangenehme Gefühl bei der Verwendung des Toilettenstuhls aus einer mangelnden Möglichkeit der Regulation oder Verteidigung entsteht, gibt es auch die Gruppe der Patient_innen, bei denen keine oder wenig unangenehme Gefühle entstehen. Bauer (1996, S. 206) stellt dabei zwei Settings dar, in denen Wohlbefinden statt Stress erzeugt wird: Die erste Situation ist jene, dass Regulation von oder die Verteidigung gegen den Einschnitt in die Privatsphäre möglich sind. Die zweite Situation liegt vor, wenn diese überhaupt nicht nötig sind. Möglichkeiten zur Regulation bzw. Verteidigung werden am besten am Beispiel des Sichtschutzes (Vorhang oder Paravent) bei der Verwendung des Toilettenstuhls sichtbar. Wenn kein Sichtschutz verfügbar ist, er von den Pflegepersonen nicht angeboten wird, oder nicht selbst für den Sichtschutz gesorgt werden kann, fehlt die Möglichkeit zur Verteidigung und es kommt zu einer Verletzung der Privatsphäre.

Im Gegensatz dazu beschreiben aber Patient_innen auch, dass sie keinen Sichtschutz benötigen, somit also Regulation oder Verteidigung nicht notwendig sind. Ein Grund dafür kann sein, dass das Schaffen eines Sichtschutzes für die Verwendung des Toilettenstuhls bedeutet, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Sich Hilfe zu holen würde in diesem Fall bedeuten, ein Stück Selbständigkeit oder Selbstbestimmung zu verlieren. An dieser Stelle wird also ein Zusammenhang der Privatsphäre mit Selbständigkeit und Selbstbestimmung deutlich. Bauer (1996, S. 184) deutet diesen Umstand als Strategie zur Vermeidung einer Abhängigkeit – wofür auch Risiken auf sich genommen werden. Ein Risiko ist hierbei jenes der Entblößung bzw. der Verletzung der Privatsphäre. Regulation bzw. Verteidigung rücken hierbei nach hinten, der Selbständigkeit bzw. Selbstbestimmung kommt eine höhere Priorität zu.

Andere Gründe, keinen Sichtschutz zu benötigen können, eine empfundene Gleichheit der Patient_innen im Krankenhaus, eine niedrige Schamgrenze und sich nicht gestört zu fühlen, sein. Darauf aufbauend ist keine Verteidigung oder Regulation notwendig. Die Beschreibung einer gewissen Gleichheit der Patient_innen, vor allem in Bezug auf ihren Zustand bzw. ihre Probleme, findet sich auch bei

Baillie (2009, S. 35) als ein die Würde verstärkender Faktor – eine Beschreibung, die sich mit den Darstellungen in den Ergebnissen dieser Arbeit ergänzt. Diesbezüglich sind auch die Forschungsergebnisse von Persson und Määttä (2012) interessant. Sie beobachten eine Art Solidarisierung der Patient_innen im Mehrbettzimmer und beschreiben, dass die meisten Patient_innen kein Problem damit haben, dass die Zimmerkolleg_innen über alles Bescheid wissen. Bei Bauer (1996) findet sich der Aspekt der Gleichheit auch beim Thema der „Wandschirme wieder. Sie beschreibt (1996, S. 175), dass Wandschirme nicht so notwendig waren, wenn es nicht um das Entblößen des Intimbereichs ging, weil „alle gleich aussehen“. Weiters haben Persson und Määttä (2012, S. 665) herausgefunden, dass ein Vorhang als Sichtschutz sogar als beleidigend wahrgenommen werden kann. Dieser Befund bezieht sich auf ein Mehrbettzimmer, in dem sich die Zimmerkolleg_innen gut verstanden.

Der Sichtschutz kann aber auch einen Zweck erfüllen, nämlich als Regulation bzw. Verteidigung dienen und somit auch dem Schutz der Privatsphäre dienen. Auch diese Facette wird von Patient_innen beschrieben. Der Sichtschutz dient als beste Vorbeugung gegen eine Verletzung der Privatsphäre, die aus der Entblößung resultiert. Geräusche oder Gerüche können durch einen Vorhang nicht unterdrückt werden. Dies skizziert auch Malcom (2005, S.160) in Bezug auf Privatsphäre bei Gesprächen, wo Vorhänge nicht davor schützen, dass akustische Reize durchdringen. Selbiges gilt für Geräusche, die bei der Verwendung des Toilettenstuhls entstehen. Aber auch in diesem Zusammenhang gibt es Patient_innen, die die Entstehung von Geräuschen und Gerüchen als unproblematisch beschreiben und somit keine Verteidigungs- oder Regulationsmechanismen brauchen. Andere wiederum greifen bezüglich der Gerüche auf die Möglichkeit des Öffnens eines Fensters zurück. Wenn dies wiederum, wie in den Ergebnissen (Unterkapitel 4.3.1.) beschrieben, zu einem Konflikt mit den Zimmerkolleg_innen führt, dann wird wiederum erkennbar, dass das Thema Privatsphäre eng mit dem Thema Autonomie zusammenhängt. Autonomie bedeutet in diesem Zusammenhang, wie von Bauer (1996, S. 201) beschrieben, die Kontrolle über den Zugang zu verschiedenen Aspekten des Selbst zu haben. Bezüglich des Sichtschutzes und der Entstehung von Gerüchen geht es dabei beispielsweise um die simple Frage, ob die Patient_innen Kontrolle über diese und die damit verbundenen Aspekte haben.

Der Schutz der Privatsphäre – Anspruch, Abwägung und Abhängigkeit

Zusammenfassend kann bezüglich des Themenbereichs Privatsphäre festgehalten werden, dass den Patient_innen die Privatsphäre im Sinne des Schutzes vor Entblößung wichtig ist. Gleichzeitig scheint es, dass die Verletzung der Privatsphäre auch das größte Potenzial einer Verletzung der Würde der Patient_innen in sich birgt. Es gibt jedoch eine Reihe an Faktoren und intervenierenden Bedingungen, die die Bedeutung des Schutzes der Privatsphäre für die Patient_innen verändern.

Meistens bedeutet der Schutz der Privatsphäre eine notwendige Interaktion zwischen Patient_innen und Pflegepersonen, um das individuelle Maß an gewünschtem Schutz zu eruieren und gegebenenfalls auch für diesen zu sorgen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass ein Schutz der Privatsphäre, wie z.B. der Sichtschutz möglicherweise auch Einbußen bezüglich der Selbständigkeit und Selbstbestimmung für Patient_innen bedeutet. Hier setzt der in der Ergebnisdarstellung (Unterkapitel 4.3.2. S. 60) erwähnte Abwägungsprozess zwischen Privatsphäre und Selbständigkeit ein. Dieser benötigt nicht unbedingt die Interaktion mit einer Pflegeperson, er kann auch von den Patient_innen alleine durchgeführt werden. Pflege kann diesen Prozess erkennen und gegebenenfalls unterstützen. Wichtig dabei ist jedoch zu beachten, dass, wie von Bauer (1996, S. 184) erhoben, bei Patient_innen die Sorge entstehen kann, dass sich Hilfe bzw. Unterstützung auf peinliche Situationen konzentriert. Somit kann eine an sich schon peinliche Situation (Verwendung des Toilettenstuhls) und der damit einhergehende Einschnitt in die Privatsphäre noch peinlicher werden, wenn die Unterstützung durch Pflegepersonen vermehrt Aufmerksamkeit auf die Situation lenkt. Es sind also Entscheidungen mit komplexen Hintergründen, mit denen Patient_innen im Zusammenspiel zwischen Privatsphäre und Autonomie konfrontiert sind. Um dies noch klarer herausarbeiten zu können, sollen die Aspekte der Selbständigkeit und Selbstbestimmung im nächsten Abschnitt miteinbezogen werden.

5.4. Aspekte der Patient_innen-Autonomie

Der Themenbereich Autonomie erstreckt sich im Rahmen der folgenden Diskussion auf die Themen „Selbständigkeit als Potenzial und Problem“ – sowie „Wollen und Müssen – Der Toilettenstuhl zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.“ Da sich die beiden Themen im Rahmen der Diskussion vielfach überschneiden würden und sich auch die Forschungsliteratur vornehmlich auf die Autonomie bezieht, werden sie in der Diskussion unter dem Begriff der Autonomie subsummiert.

Bobbert beschreibt Autonomie als allgemeine Fähigkeit wie folgt:

„Zum ersten muß ein Mensch sich überhaupt darüber bewusst sein, Wünsche und Ziele zu haben, und diese auch verfolgen zu wollen. Zum zweiten muß er fähig sein, sich in ein Verhältnis zu den faktischen Bedingungen und Voraussetzungen seines Lebens und zu seinem eigenen Streben und Handeln zu setzen“ (Bobbert, 2002, S. 131).

Die von Bobbert erwähnten faktischen Bedingungen und Voraussetzungen stehen in Zusammenhang mit der Frage nach der selbständigen Verwendung des Toilettenstuhls. Das Thema „Der Toilettenstuhl erweitert die Selbständigkeit“ beschreibt, dass die Verwendung des Toilettenstuhls eben jene Bedingungen und Voraussetzungen ändert. Die selbständige Verwendung des Toilettenstuhls ermöglicht auch die Selbstbestimmung über den Zeitpunkt der Verwendung und somit über den Zeitpunkt der Ausscheidung. Das Verhältnis zum eigenen Streben und Handeln, wie von Bobbert beschrieben, ist betroffen, wenn beim Subthema „Der Toilettenstuhl schränkt die Selbständigkeit ein“ die mangelnde Fähigkeit, selbständig die Toilette zu erreichen, eine Rolle spielt. Patient_innen möchten die normale Toilette weiterhin erreichen, können dies jedoch nicht (faktische Bedingungen) und müssen deshalb den Toilettenstuhl verwenden. Eine weitere Facette der Unselbständigkeit, die durch die Verwendung des Toilettenstuhls herbeigeführt wird, ist, wenn bei der Verwendung Unterstützung benötigt wird.

5.4.1. Selbständigkeit und Unterstützung

Dass der Toilettenstuhl darauf ausgelegt ist, zwar Unterstützung zu ermöglichen oder diese aber gleichzeitig zu bedingen, beschreiben Artner und Böhringer (2017) in folgendem Absatz:

„Oberhalb der Rückenlehne ist ein Griff angebracht, der darauf hinweist, dass der Toilettenstuhl von einer zweiten Person geschoben werden kann. Auch die Bremsen scheinen eher von dieser zweiten Person bedient zu werden, da sie ebenfalls hinten (am Rückenteil) angebracht sind.“ (Artner & Böhringer, 2017; S. 182).

Dabei ist insbesondere der Umstand hervorzuheben, dass die Bremsen nur von einer zweiten Person bedient werden können. Fixierte Bremsen haben sich im Zuge der Interviews als Kriterium der Sicherheit erwiesen – hängen aber notwendig mit der Unterstützung bei der Verwendung zusammen.

Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls kann positiv oder negativ erlebt werden. Positives Erleben wird beschrieben, weil ein Gefühl der Erleichterung im Vordergrund steht und man froh über die Unterstützung ist, die man erhält. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Ergebnissen einer explorativen Studie von Wahl, welcher (1991, S. 123) beschreibt, dass alte Menschen positive Gefühle wegen der Hilfeleistung entwickeln. Die von Wahl beschriebene Freude über die Unterstützung ist gleichzusetzen mit dem Frohsein über Unterstützung welches die Befragten der vorliegenden Arbeit beschreiben. Die Interviewpartner_innen erwähnen auch, dass sich die Einstellung zur Unterstützung ab einem gewissen Lebensalter zum Positiven ändert. Hierbei findet eine Veränderung des von Bobbert beschriebenen Verhältnisses zu den faktischen Bedingungen statt (siehe Zitat S. 95). Dabei könnte das persönliche Erklärungsmuster für fehlende Kompetenzen, wie von Wahl (1991, S.133) beschrieben, nämlich das Alt-Sein an sich und dessen Anerkennung, eine Rolle als Bedingung spielen.

Negatives Erleben der Unterstützung bzw. als unangenehm erlebte Unterstützung wird im Zusammenhang mit dem Verlust der Privatsphäre bzw. der Unterstützung durch eine Person mit anderem sozialen Geschlecht erwähnt. Auf den Konnex zwischen Privatsphäre und Unterstützung wurde im Unterkapitel 5.3.2. bereits kurz

eingegangen. An dieser Stelle gilt es zu erwähnen, dass Bauer (1996, S. 184) Abhängigkeit als Auswirkung der Verletzung der Privatsphäre auf die einzelne Person beschreibt. Es geht dabei in erster Linie um das offene Preisgeben der Notwendigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies wird von Bauer (1996, ebd.) als sich in eine hilflose Rolle hineinbegeben bezeichnet. Dies ist ein Aspekt, der sich auch in den Interviews der vorliegenden Forschungsarbeit wiederfindet.

Obwohl in der vorliegenden Arbeit nur ältere Personen interviewt wurden, wird das negative Erleben der Unterstützung durch eine Pflegeperson des anderen Geschlechts nur vom einzigen interviewten Mann erwähnt. Dieser Umstand divergiert von der von Enz und Mantovan (2008, S. 355) beschriebenen größeren Ablehnung der Unterstützung bei der Körperpflege durch Personen des anderen Geschlechts mit zunehmendem Alter. Hierbei kann nur vermutet werden, dass es bezüglich der Ablehnung noch einmal einen wahrgenommenen Unterschied zwischen der Körperpflege und der Unterstützung bei der Verwendung des Toilettenstuhls gibt.

Ein weiterer Aspekt negativer Erfahrung bei der Unterstützung durch Pflegepersonen ist die von einer Interviewpartnerin explizit gemachte, vermutete Verletzung der Würde der Pflegeperson. Eine ähnliche Darstellung findet sich auch bei Behr, Meyer, Holzhausen, Kuhlmeier, und Schenk (2013, S. 641), wo beschrieben wird, dass Pflegeheimbewohner_innen bei erhaltener Unterstützung im Zuge der Ausscheidung das Gefühl haben, den Pflegepersonen etwas Unangenehmes zuzumuten. Dazu passen auch Interaktionsbeschreibungen zwischen Patient_innen und Pflegepersonen aus den Ergebnissen. Dabei sprechen die Interviewten vom Gefühl, dem Personal zur Last zu fallen (siehe auch beim Thema Privatsphäre und Sichtschutz Unterkapitel 4.3.1.). Die Negativität der Erfahrung verdankt sich hier also der Empathie, die dem Personal entgegengebracht wird (beispielsweise in Bezug auf die Geruchsentwicklung).

Gerade, wenn Unterstützung unangenehm erlebt wird, stellt sich also die Frage nach möglichen Handlungsalternativen für die Patient_innen. Im Zuge der Beschreibung der selbständigen Verwendung des Toilettenstuhls werden auch Bedingungen genannt, die notwendig sind, um den Toilettenstuhl selbständig zu verwenden. Diese Bedingungen (Position, verfügbares Toilettenpapier, sicherer

Stand) sind es, die den Patient_innen Handlungsalternativen (im Sinne der selbständigen Verwendung) zur unterstützten Verwendung des Toilettenstuhls geben können und somit unangenehme Unterstützung unnötig machen können sowie Selbständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen.

5.4.2. Selbständigkeit und Selbstbestimmung

Es ist wichtig, Selbständigkeit in Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls nicht isoliert von der Selbstbestimmung zu sehen. Behrens und Zimmermann (2006, S. 166) argumentieren in ihrer Konzeptanalyse zum Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit, dass es problematisch ist, dass sich Pflegetheorien sehr stark an Kompetenzen und Selbstpflegefähigkeiten orientieren, dabei aber nicht nach der Selbstbestimmung der Patient_innen fragen. Die Wichtigkeit dieses Zusammenhangs zeigt sich deutlich in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, wenn Patient_innen über Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Aspekte der Fremdbestimmung in Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls berichten. Als Beispiele hierfür sind die von den Befragten beschriebenen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bzw. die Fremdbestimmung über den Einsatz bzw. die Verwendung des Toilettenstuhls anzuführen.

5.4.3. Wollen und Müssen – Selbst- und Fremdbestimmung

Die Erfahrung von Selbst- und Fremdbestimmung machen die Befragten der Untersuchung, wie in den Ergebnissen dargestellt, in erster Linie in Zusammenhang mit der Entscheidung über den Einsatz bzw. zur Verwendung des Toilettenstuhls und der Entscheidung zur Beendigung der Verwendung.

Gerade in Bezug auf die Entscheidung über den Einsatz des Toilettenstuhls wird sichtbar, dass das Maß der wahrgenommenen Selbstbestimmung stark von der Kommunikation zwischen den Patient_innen und den Pflegepersonen abhängt. Das Stichwort der Informierten Zustimmung wird relevant, wenn es zu einem Einsatz des Toilettenstuhls auf Vorschlag der Pfleger_innen kommt und Patient_innen diesen annehmen, nachdem sie die Möglichkeit hatten, sich zwischen Alternativen zu entscheiden. Bobbert (2002, S. 141) beschreibt dies als das Recht auf Wahl

zwischen möglichen Alternativen. Dabei ist es laut Bobbert wichtig, die Handlungsalternativen, soweit möglich, nicht durch eine Vorauswahl einzuschränken. Bezüglich des Toilettenstuhls zeigt, sich, wie im Unterkapitel 4.1.2. beschrieben, dass Patient_innen sich zwischen verschiedenen Alternativen sehr gut entscheiden können und auch bewerten können, ob und warum der Toilettenstuhl die beste Alternative darstellt. Kolovos, Kaitelidou, Lemonidou, Sachlas, und Sourzi (2014) haben in einer Vergleichsstudie untersucht, wie sich Patient_innen-Teilhabe an Entscheidungen bezüglich der Pflege gestaltet. Vor allem bei der Frage der Vorstellungen von alternativen pflegerischen Interventionen sowie der Möglichkeit der Auswahl zwischen pflegerischen Interventionen durch die Patient_innen wurden zwar mittelmäßige, jedoch innerhalb des erfragten Itemsets schlechte Werte festgestellt. Das ist auch kongruent mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit. Einige Patient_innen geben an, ein gewisses Maß an Selbstbestimmung bezüglich des Einsatzes des Toilettenstuhls gehabt zu haben und andere geben an, dass der Einsatz fremdbestimmt war.

Wenn über den Einsatz des Toilettenstuhls fremdbestimmt entschieden wird, dann geben Patient_innen entweder an, damit nicht einverstanden zu sein, oder den Einsatz dann in der Folge oder ohnehin zu akzeptieren. Akzeptanz ist ohne weiteres der Fall, wenn der Einsatz auf Grund einer verordneten Mobilitätseinschränkung passiert. Wenn die Akzeptanz nach einer anfänglichen Ablehnung einsetzt, dann passt das zu den Forschungsergebnissen von Florin, Ehrenberg, und Ehnfors (2005), die herausfanden, dass Patient_innen bezüglich pflegerischen Entscheidungen im Krankenhaus eine passivere Rolle einnehmen, als sie ursprünglich vorhatten.

Die Beendigung des Einsatzes bzw. der Verwendung des Toilettenstuhls kann auch selbst- oder fremdbestimmt erfolgen. Eine selbstbestimmte Beendigung des Einsatzes erfolgt, wenn sich die Bedingungen für die selbständige Verwendung der normalen Toilette geändert bzw. verbessert haben. Wenn die Einschätzung dieser Bedingungen seitens der Patient_innen mit der Einschätzung der Pflegepersonen übereinstimmt, verläuft die selbstbestimmte Beendigung problemlos. Aber genau diese Einschätzungen können divergieren, was dazu führen kann, dass die selbstbestimmte Beendigung der Verwendung zu einem Konflikt zwischen den Patient_innen und den Pflegepersonen führt. Eine Interviewpartnerin

beschreibt, dass sie nach der selbstbestimmten Beendigung der Verwendung eine Zurechtweisung durch die Pflegeperson erfahren hat (Unterkapitel 4.5.2., S. 79). Sie gibt an, sich in der Konsequenz wieder als „brave Patientin“ verhalten zu haben. Dieses Verhalten wird von Nordgren und Fridlund (2001, S. 121) als *accommodating oneself to authority* beschrieben und im Weiteren so erklärt, dass die Patient_innen keine andere Wahl sehen, als den Vorschlägen des Personals zuzustimmen. Es kann hier also auf keinen Fall von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oder einer informierten Zustimmung die Rede sein. Es handelt sich um eine klare Hierarchie, die die erkennbaren Möglichkeiten zur Selbstbestimmung für Patient_innen einschränkt. Obwohl von den Interviewpartner_innen nicht explizit gemacht, kann in diesem Zusammenhang auch eine Verletzung der Würde durch die Einschränkung der Selbstbestimmung stattfinden. Eine solche Verletzung der Würde passiert in der Interaktion mit dem Pflegepersonal und führt hier zu einer Anpassung an die Autorität. (siehe Zitat W8, S. 77) Dies kann in der Konsequenz wiederum das zuvor beschriebene *perceptual adjustment*, wie von Matiti und Trorey (2004) beschrieben, als notwendige Folge haben.

Diese Anpassung der Erwartungen ist auch die Konsequenz aus erlebten Einschränkungen der Selbstbestimmung, die in den Bereich der von Bobbert (2002, S. 143) beschriebenen Einschränkung des Handlungsspielraums durch Institutionen fallen. Darunter lassen sich die mangelnde Möglichkeit, über die Verfügbarkeit eines Toilettenstuhls zu bestimmen, oder die mangelnde Einflussnahme über die Entleerung des Eimers aus den Ergebnissen einordnen. Bobbert (2002, ebd.) schreibt über ein Recht auf eine möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums durch Institutionen. Dieses Recht scheint im Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls durchaus eingeschränkt zu sein, auch wenn die entsprechenden Einschränkungen im Vergleich mit anderen möglichen Einschränkungen, wie dem Tagesablauf oder ähnlichen Strukturen marginal erscheinen. Das *perceptual adjustment* setzt nach Bobbert (2002, ebd.) jedenfalls dann ein, wenn der Handlungsspielraum der Patient_innen insofern eingeschränkt wird, als dass die institutionellen Abläufe (Bsp. Entleerung des Eimers zu bestimmten Zeiten) nicht den Gewohnheiten und Vorhaben der Patient_innen entsprechen. Selbiges

gilt, wenn Patient_innen bereits an die Verwendung eines Toilettenstuhls bei Krankenhausaufenthalten gewöhnt sind, aber zu einem bestimmten Zeitpunkt kein Toilettenstuhl zur Verfügung steht.

Bezüglich der Selbst- und Fremdbestimmung in Zusammenhang mit dem Beginn und der Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls ist auch hervorzuheben, dass sich die vorliegende Forschungsarbeit mit der Verwendung im Krankenhaus auseinandersetzt. Dies führt dazu, dass die Verwendung des Toilettenstuhls, sofern nicht zuhause fortgesetzt, ein automatisches Ende hat, wenn der Krankenhausaufenthalt vorbei ist, oder sich der körperliche Zustand der Patient_innen verbessert. Diesem Umstand sollte insofern Beachtung geschenkt werden, als diese Perspektive der abgeschlossenen Verwendung eine Rolle bei der Entscheidungsfindung und somit der Selbstbestimmung über den Einsatz spielen kann. Dieser Umstand ist auch als Spezifikum des gewählten Settings (Normalstation im Akutkrankenhaus) zu werten. Wenn die Verwendung des Toilettenstuhls im Zuge des Normalstationsaufenthalts als vorübergehend begriffen werden, fällt womöglich die Entscheidung leichter, sich der Hilfestellung des Toilettenstuhls zu bedienen.

5.4.4. Autonomie – Gratwanderung für Patient_innen

Zusammenfassend kann also für den Themenbereich Autonomie festgehalten werden, dass sich der Grad an Selbständigkeit und das Maß an Selbstbestimmung in Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls für Patient_innen aus mehreren Faktoren ergibt, nämlich aus Bedingungen und Vorannahmen auf Patient_innenseite und der Herangehensweise bzw. dem Verhalten der Pflegepersonen. Die Verwendung des Toilettenstuhls und die damit zusammenhängenden Autonomie-Fragen können jedoch nicht isoliert von anderen pflegerischen Entscheidungen im Zuge des Krankenhausaufenthalts gesehen werden. Gerade, weil der Toilettenstuhl in so starkem Zusammenhang mit dem Thema Privatsphäre steht, hat die Frage der Selbstbestimmung bzw. der Kontrolle über das Selbst, wie von Bauer (1996, S. 201) skizziert, einen besonderen Stellenwert. Dabei ist davon auszugehen, dass die mit der Verwendung des Toilettenstuhls einhergehende mögliche Einschränkung der Privatsphäre vor allem dann eine

große Rolle spielt, wenn es um die Selbst- bzw. Fremdbestimmung im Zusammenhang mit dem Einsatz des Toilettenstuhls geht. Bei der Verwendung des Toilettenstuhls kann eine gewisse Ambivalenz zwischen Selbst- und Unselbständigkeit, sowie Selbst- und Fremdbestimmung festgestellt werden. Die Verortung der Bedürfnisse der Verwender_innen in dieser Ambivalenz ist eine sehr individuelle und eine, die einer sorgfältigen Abwägung bedarf. Dieser Umstand wird auch beim Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls sichtbar, denn eine klare, homogene Beschreibung seitens der Interviewpartner_innen gibt es nicht.

5.5. Conclusio

Der erste Teil der Forschungsfrage, nämlich jener nach dem allgemeinen Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls im Akutkrankenhaus kann insofern beantwortet werden, indem die Verwendung des Toilettenstuhls für Patient_innen wesentlich mehr bedeutet, als nur ein Hilfsmittel für die Ausscheidung. Der Toilettenstuhl kann zwar dem Anspruch, ein nützliches Hilfsmittel zu sein, gerecht werden und insofern auch zu einer gewissen Selbstverständlichkeit werden. Nichtsdestotrotz ist die Verwendung des Toilettenstuhls nicht jene Art, Harn- oder Stuhl abzusetzen, die sich Patient_innen im Laufe ihres Lebens angeeignet haben. Das Ideal, selbständig eine normale Toilette zu erreichen und zu verwenden, steht jenen Aspekten gegenüber, die für Patient_innen bei der Verwendung des Toilettenstuhls unangenehme oder einschränkende Attribute erzeugen. Die Verwendung des Toilettenstuhls ist in der Bedeutung untrennbar mit den Bedingungen zur Verwendung, der unmittelbaren Umgebung, sowie mit jenen Personen, die sich in dieser aufhalten, verbunden. Zu den Bedingungen zählen auch jene Faktoren, die von den Interviewten beschrieben wurden, wenn darum geht, warum sie sich bei der Verwendung sicher oder unsicher fühlen.

Fragen bezüglich des Erlebens der Privatsphäre, der Autonomie und die Frage der Würde bei der Verwendung des Toilettenstuhls können durch die vorliegenden Ergebnisse zum Teil beantwortet werden.

Das beschriebene Erleben der Verwendung in Bezug auf die Privatsphäre zeigt, dass sie von großer Relevanz ist und auch hier die Umgebungsfaktoren und die

handelnden Personen eine Rolle spielen. Die individuelle Wahrnehmung der Verletzung der Privatsphäre sowie die unterschiedliche Priorität der Wahrung der Privatsphäre im Aushandlungsprozess mit anderen Faktoren zeigen, dass dieses Thema von großer Bedeutung ist, auch wenn keine einheitlichen Aussagen zum Thema der Privatsphäre getroffen werden können.

Auch jener Teil der Forschungsfrage, der nach der Würde in Zusammenhang mit der Verwendung des Toilettenstuhls fragt, kann nicht einheitlich beantwortet werden. Das Thema Würde manifestiert sich bei den Interviewpartner_innen größtenteils über die Aspekte der Privatsphäre. Hierbei zeigt sich, dass die Verletzung der Würde nicht im Vordergrund steht. Sie wird von einigen Interviewpartner_innen wahrgenommen, scheint jedoch im Kontext eines generellen Verlusts an Würde, nicht das primär wahrgenommene Problem zu sein. Die Verletzung der Würde ist was auch im Zusammenhang mit dem Thema der Autonomie erkennbar wird, primär eine Interpretation verschiedener Aussagen im Zusammenhang mit bestehenden Erkenntnissen und nicht das explizite Erleben der Befragten.

Wenn Autonomie und Selbständigkeit nicht im Kontext der Würde betrachtet werden, sondern für sich genommen, dann kann der Teil der Forschungsfrage nach dem diesbezüglichen Erleben ebenfalls ausdifferenziert beantwortet werden. Es zeigt sich Erleben, welches sowohl Selbständigkeit begünstigt und Selbstbestimmung ermöglicht. Aber es wird auch eine Einschränkung der Selbständigkeit und eine gewisse Fremdbestimmung erlebt. In beiden Fällen ist der Kontext relevant und in beiden Fällen sind die Konsequenzen für die Patient_innen von Relevanz. Beide Fälle schließen einander auch nicht aus. Patient_innen können durchaus erweiterte Selbständigkeit erleben, während Aspekte der Fremdbestimmung zum Tragen kommen. Gleiches gilt für eine eingeschränkte Selbständigkeit bei gleichzeitigen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung. Für das Erleben der Patient_innen sind nicht nur die Abwägungsprozesse und die Gratwanderung in Bezug auf die Autonomie bedeutsam, sondern auch die Situationen im Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl, in denen Selbständigkeit und Selbstbestimmung eine Rolle spielen.

Abschließend gilt es festzuhalten, dass die Verwendung des Toilettenstuhls nur eine Möglichkeit der unterstützten Ausscheidung im Krankenhaus ist. Die Gültigkeit der Aussagen kann daher nicht einfach auf die Harnflasche oder ähnliche Hilfsmittel übertragen werden. Darüber hinaus ist Ausscheidung zwar ein wichtiges Thema, wenn es um die Pflege von Patient_innen und deren Erleben im Krankenhaus geht, jedoch spielen die Privatsphäre, die Würde und die Autonomie der Patient_innen sicher nicht nur beim Thema der Ausscheidung eine Rolle. Die vorliegenden Erkenntnisse bilden einen Teil des Krankenhausalltags ab, welcher wiederum nur einen Teil aller Patient_innen betrifft. Daher sei an dieser Stelle festgehalten, dass diese Themen in sämtlichen Aspekten der Sorge-Arbeit im Krankenhaus Beachtung finden müssen. Nichtsdestotrotz sind die beschriebenen Aspekte der Verwendung, der Privatsphäre und der Autonomie welche, die durch die Dinglichkeit des Toilettenstuhls eng mit diesem selbst verknüpft sind. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die Facetten des Erlebens der Verwendung des Toilettenstuhls bekannt sind und in den pflegerischen Alltag miteinbezogen werden. Dort wo der Toilettenstuhl in Krankenhäusern zum Einsatz kommt oder kommen kann, ist es das skizzierte Erleben der Patient_innen, welches als Teil des Pflegeutensils Toilettenstuhls gesehen werden kann und muss. Es bedarf also des Wissens und der Berücksichtigung des Umstands, dass die Bedeutung des Toilettenstuhls für Patient_innen weit über eine pragmatische Notwendigkeit hinausgeht.

6. Implikationen für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung

In diesem Kapitel werden zuerst die Implikationen für die Pflegepraxis beschrieben, die sich aus den Ergebnissen und der Diskussion ableiten lassen. Dabei soll keine erschöpfende Darstellung geleistet werden, sondern Ansätze dargestellt werden, wie die gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis zur Anwendung kommen können. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung möglicher Implikationen für die Pflegeforschung. In diesem Zusammenhang soll dargestellt werden, welche weiteren Forschungsansätze sich aus den vorliegenden Erkenntnissen ergeben.

6.1. Implikationen für die Pflegepraxis

In der Ergebnisdarstellung wird erkennbar, dass die Patient_innen den Pflegepersonen viel Vertrauen entgegenbringen und die Unterstützung größtenteils auch positiv erleben. Gleichzeitig nehmen Patient_innen einen Personalmangel wahr und erleben diesen auch negativ. Dies lässt sich insbesondere daraus ableiten, dass einige Befragte Angst hatten, dem Personal zur Last zu fallen. Pflegepersonen spielen in allen Themenbereichen der Forschungsergebnisse eine Rolle. Daher ergeben sich aus den Erkenntnissen auch einige Implikationen für die Pflegepraxis.

Implikationen aus dem Thema „Der Toilettenstuhl, die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial“

Aus den positiven Bewertungen und auch aus den von den Patient_innen beschriebenen Mängeln, die Toilettenstühle aufweisen können, ergibt sich der Auftrag an Institutionen, ausreichend Toilettenstühle zur Verfügung zu haben, im Optimalfall auch in unterschiedlichen Ausführungen. Nur so kann den Bedürfnissen der Patient_innen entsprochen werden. Menschliche Körper sind unterschiedlich und so sollten es auch die Toilettenstühle sein. Nachdem mit den Patient_innen eine gemeinsame Entscheidung für den Toilettenstuhl getroffen wurde, sollte gemeinsam mit den Patient_innen ausprobiert werden, welcher Typ von Toilettenstuhl den Vorstellungen der Patient_innen am besten entspricht.

Aus der im Ergebnisteil skizzierten Ablehnung der Patient_innen den Alternativen zur unterstützten Ausscheidung gegenüber ergibt sich, dass der Einsatz des Toilettenstuhls durchaus praktische Relevanz hat, wenn Gründe wie z.B. eine eingeschränkte Mobilität, Dranginkontinenz, eine verordnete Bewegungseinschränkung oder sonstige medizinische Indikationen dafürsprechen. Auch hierbei ist die Kommunikation mit den Patient_innen von essenzieller Bedeutung. Der Einsatz des Toilettenstuhls oder auch von Alternativen darf nicht auf der alleinigen Einschätzung der Pflegeperson basieren, sondern muss das Ergebnis eines oder mehrerer Gespräche mit den Patient_innen sein. Dabei ist auch zu beachten, dass Patient_innen mitunter noch keine Erfahrungen mit dem Toilettenstuhl oder Alternativen haben und es bedarf einer genauen und kompetenten Beschreibung und Erklärung seitens der Pflegeperson.

Implikationen aus dem Thema „Der Toilettenstuhl muss sicher sein.“

Pfleger_innen müssen zwei Aspekte der Sicherheit im Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl beachten: Einerseits jenen der Sicherheit bei der Verwendung des Toilettenstuhls. Andererseits jenen der Sicherheit durch die Verwendung des Toilettenstuhls. Bei ersterem bedarf es erhöhter Aufmerksamkeit der Pflegepersonen, dass der Toilettenstuhl sicher steht, also die Bremsen angezogen sind und der Toilettenstuhl den körperlichen Voraussetzungen der Patient_innen angepasst ist. Darüber hinaus gilt es herauszufinden, ob ein ausreichendes Sicherheitsgefühl bei den Patient_innen vorhanden ist. Es ist wichtig, dass Pfleger_innen nicht einfach davon ausgehen, dass sich Patient_innen sicher fühlen, nur weil die Bremsen angezogen sind. Der zweite Aspekt, das Sicherheitsgefühl durch die Verwendung des Toilettenstuhls, ist einer, der vor allem im Zusammenhang mit der Beendigung des Einsatzes steht. Dabei spielt nicht nur das subjektive Unsicherheitsgefühl der Patient_innen eine Rolle. Das Entfernen des Toilettenstuhls und damit die Notwendigkeit für die Patient_innen, die normale Toilette erreichen zu müssen, geht auch mit einer faktischen Sturzgefahr einher. Auch hierbei erfüllt Kommunikation eine Schlüsselrolle.

Implikationen aus dem Thema „Das ist halt kein würdevoller Anblick“. Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer

Bauer (1996) beschreibt in den Folgerungen für die Krankenpflege ihres Standardwerks, dass es nicht möglich ist, universelle Richtlinien für den Umgang mit Patient_innen im Hinblick auf die Privatsphäre herzustellen. Sie begründet dies mit den sich ständig verändernden Situationen im Umgang mit den Patient_innen, damit einhergehenden notwendigen Neuverhandlungen und unterschiedlichen Toleranzschwellen. Dies lässt sich auch auf die Erkenntnisse zur Würde und Privatsphäre in der vorliegenden Forschungsarbeit übertragen. Darüber hinaus postuliert Bauer (1996, S. 195), dass der Schutz der Privatsphäre denen nicht schadet, denen sie egal ist, und den anderen alles bedeutet. In Bezug auf die Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls lässt sich diese These nicht gänzlich anwenden. Der in der Ergebnisdarstellung skizzierte Abwägungsprozess zwischen der Möglichkeit der selbständigen Verwendung und dem Bedarf an Unterstützung zur Herstellung des Schutzes der Privatsphäre zeigt, dass es durchaus wichtigere Aspekte gibt, als den Schutz der Privatsphäre. Dies bedeutet aber noch nicht, dass der Schutz der Privatsphäre egal ist. Als Implikation für die Pflege lässt sich ableiten, dass der konsequente Schutz der Privatsphäre für Patient_innen in Konflikt mit anderen Bedürfnissen ihrerseits treten kann. In der Folge bedeutet dies, dass es wiederum ein sensibles Herausfinden der Bedürfnisse der Patient_innen durch die Pflegeperson benötigt. Dafür wiederum ist die Kenntnis möglicher Bedeutungen des Schutzes der Privatsphäre bei der Verwendung des Toilettenstuhls essentiell.

Um überhaupt die Möglichkeit zu haben, diese Sensibilität an den Tag legen zu können und auch die Zeit zu finden, die Bedürfnisse der Patient_innen zu erheben sowie auf diese einzugehen, ist eine ausreichende und qualitative Personalausstattung notwendig. Zu dieser Erkenntnis kommen auch Tabak, N. und Ozon, M. (2004, S. 375), die darstellen, dass lange Arbeitszeiten und ein Arbeitsdruck Auswirkungen auf die durch Pflegepersonen wahrgenommene Möglichkeit zum Schutz der Privatsphäre der Patient_innen haben. Daraus lässt sich die Implikation ableiten, dass gute Personalausstattung und das damit einhergehende Management einen wesentlichen Beitrag zur Erfüllung der Bedürfnisse der Patient_innen leisten können.

Implikationen aus dem Thema: „Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem“

In der pflegerischen Praxis gilt es, ein eventuelles Bedürfnis nach Selbständigkeit bei der Verwendung des Toilettenstuhls zu eruieren bzw. zu erkennen und den Patient_innen gegebenenfalls die weitestgehend selbständige Verwendung des Toilettenstuhls zu ermöglichen. Dazu gehört auch der Einsatz von Toilettenstühlen, die eine entsprechende Konstruktion vorweisen. Hierbei wird wiederum der Zusammenhang zwischen unmittelbarer Pflegepraxis und dem Management erkennbar. Die Bereitstellung bzw. Bestellung adäquater Modelle von Toilettenstühlen sind Schritte, die noch vor der unmittelbaren selbständigen oder unterstützten Verwendung stattfinden. Im Falle einer weitestgehend selbständigen Verwendung bedarf es aber trotzdem der Unterstützung durch Pflegepersonen bei der Entleerung des Eimers. Diesbezüglich ist es wichtig, die Entleerung nicht nur in fixierten zeitlichen Abständen durchzuführen, sondern auch bedarfsorientiert und zwischendurch zu reagieren, um den Patient_innen die Peinlichkeit bzw. das unangenehme Gefühl eines vollen Eimers zu nehmen. Unangenehmen Gefühlen, die wiederum bei der unterstützten Verwendung des Toilettenstuhls entstehen, gilt es eine artikuliert Selbstverständlichkeit entgegenzusetzen. Wenn Patient_innen merken, dass die Unterstützung empathisch und routiniert abläuft, erleichtert ihnen dies die Akzeptanz der Unterstützung. Es bedarf also wiederum einer besonderen Sensibilität von Pflegepersonen bei einer Tätigkeit, die auf Grund ihrer Alltäglichkeit schnell zur Routine werden kann. Wenn Patient_innen artikulieren, dass sie mit ihrem Bedarf an Unterstützung das Gefühl haben, den Pflegepersonen zur Last zu fallen, so impliziert dies erneut eine Notwendigkeit zur ausreichenden Personalausstattung, um Pfleger_innen zu ermöglichen, den Patient_innen dieses Gefühl zumindest teilweise zu nehmen.

Implikationen zum Thema: „Wollen und Müssen – der Toilettenstuhl zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung.“

Aus den Ergebnissen zu diesem Thema ergibt sich die Notwendigkeit in der Pflegepraxis die Verwendung des Toilettenstuhls prozesshaft zu sehen. Dieser

Prozess enthält mehrere Schritte, in denen Entscheidungen gefällt werden, die unmittelbar mit der Autonomie der Patient_innen zu tun haben. Die Überlegung der Sinnhaftigkeit des Einsatzes, die Entscheidung zum Einsatz, die Verwendung an sich und die Beendigung des Einsatzes des Toilettenstuhls sind die Schritte, die einer kontinuierlichen gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Pflegepersonen und Patient_innen bedürfen. Bobbert (2002, S. 144) beschreibt diesbezüglich eine Notwendigkeit, den artikulierten Patient_innenwillen nicht zu übergehen, gleichzeitig jedoch den Patient_innen zu ermöglichen, sich einen Willen zu Sachverhalten zu bilden, die ihnen größtenteils fremd sind. Sie macht ferner darauf aufmerksam, dass die Willensbildung in Institutionen passiert, die den Patient_innen eine passive Rolle zuschreiben. Daraus kann geschlossen werden, dass noch stärker auf die Selbstbestimmung geachtet werden muss, um die zugeschriebene passive Rolle auszugleichen. Diese Feststellung lässt sich gut auf die Verwendung des Toilettenstuhls umlegen. Die fachliche Einschätzung von Pflegepersonen, dass die Verwendung des Toilettenstuhls indiziert ist, reicht nicht, um den Einsatz zu rechtfertigen. Ein rücksichtsvolles und empathisches Eruiieren der Patient_innenbedürfnisse und eine gemeinsame Entscheidungsfindung können die Verwendung des Toilettenstuhls situationsabhängig zu der passenden Maßnahme machen. Umgekehrt können positive Vorerfahrungen der Patient_innen mit dem Toilettenstuhl dazu führen, dass sie sich dessen Verwendung wünschen. Auch hier sollte der Patient_innenwille nicht übergangen werden – auch wenn es des Aufzeigens und der unterstützten Abwägung von Möglichkeiten durch die Pfleger_innen bedarf. Da der Prozess der Verwendung des Toilettenstuhls im Akutkrankenhaus nicht von der Beziehung zwischen einer einzelnen Pflegeperson und einzelnen Patient_innen abhängig ist, bedarf es vor allem in Bezug auf die Selbst- und Fremdbestimmung, aber auch in Hinblick auf die zuvor beschriebenen Implikationen eines möglichst akkordierten Vorgehens im jeweiligen Team. Gemeinsame Entscheidungen bedürfen einer Dokumentation und einer Übergabe, um zu verhindern, dass es in den nächsten Schichten wieder zu Brüchen kommt.

6.2. Implikationen für die Pflegeforschung

Die Ergebnisse der Literaturrecherche aus dem Unterkapitel 2.2. zeigen, dass der Forschungsstand zur Thematik des Toilettenstuhls noch nicht sehr umfassend ist. Die vorliegende Forschungsarbeit trägt einen Teil zum Verstehen des Erlebens der Verwendung des Toilettenstuhls bei. Die unterschiedlichen, teilweise opponierenden Ergebnisse können die Basis für quantitative Erhebungen darstellen, im Rahmen derer untersucht wird, wie häufig das beschriebene Erleben auftritt. Gleichzeitig kann es auch ein interessanter Forschungsansatz sein, die Prävalenz der Verwendung des Toilettenstuhls in unterschiedlichen Settings zu ergründen, um den Erkenntnissen dieser Arbeit ein weiteres Maß an Bedeutung zu verleihen. Aus der Einschränkung der Untersuchung auf das Akutkrankenhaus ergibt sich die Möglichkeit, die Forschungsfrage auf andere Settings, wie z.B. die stationäre Langzeitpflege oder den häuslichen Bereich zu übertragen. Darüber hinaus ergibt sich vor allem aus der von Patient_innen beschriebenen Bevorzugung des Toilettenstuhls gegenüber alternativen Ausscheidungshilfsmitteln (Bettpfanne, Harnflasche) ein Forschungsinteresse für genau diese Hilfsmittel.

In der vorliegenden Arbeit wird das Erleben von Selbst- und Fremdbestimmung aus der Sicht der Patient_innen untersucht. Doch lässt sich ebenfalls nach der Beurteilung der Pflegenden fragen. Pflegerische Präferenzen zum Einsatz des Toilettenstuhls können sowohl qualitativ als auch quantitativ beforscht werden und haben das Potenzial, interessante Erkenntnisse zu liefern.

Bei allen Themen der vorliegenden Arbeit, vor allem aber in Bezug auf die Privatsphäre und Würde, wäre im Sinne eines theoretischen Samplings eine Erweiterung des vorliegenden Forschungsansatzes auf spezifischere, von dieser Arbeit nicht erfasste Zielgruppen anzuvizieren. Aufgrund der Limitationen der Arbeit sind jüngere, männliche, inter- und transsexuelle Patient_innen, sowie Patient_innen mit unterschiedlichen Migrationshintergründen bzw. religiösen Hintergründen in der vorliegenden Stichprobe nicht bzw. kaum repräsentiert.

Nicht zuletzt bieten die vorliegenden Ergebnisse auch das Potenzial für interdisziplinäre Forschung, die sich mit der Konstruktion von Hilfsmitteln und hierbei

speziell mit der Konstruktion des Toilettenstuhls auseinandersetzt. Optimierungsmöglichkeiten oder Alternativen könnten hier im Fokus möglicher Forschung stehen.

7. Limitationen

In diesem Kapitel werden Limitationen der vorliegenden Forschungsarbeit beschrieben. Diese beziehen sich sowohl auf die Interviewpartner_innen und folglich auf die Ergebnisse, auf die verwendete Literatur, als auch auf die Methodik.

7.1. Rekrutierung der Interviewpartner_innen

Wie bereits im Unterkapitel 3.2. Fallauswahl beschrieben erwies sich die Rekrutierung der Interviewpartner_innen als sehr schwierig. Daher wurde vom ursprünglichen Plan, die Interviewpartner_innen nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause zu interviewen, abgesehen. Der Umstand, dass ein großer Teil der Interviews im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts geführt wurde, kann sich auf die Fähigkeit der Interviewpartner_innen, über den Krankenhausaufenthalt zu reflektieren, auswirken. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass dem Antwortverhalten der Interviewpartner_innen die Befürchtung zu Grunde liegt, dass sich ihre Antworten auf die Qualität der Betreuung auswirken und somit Zurückhaltung im Antwortverhalten an den Tag gelegt wurde. Aus der Schwierigkeit der Rekrutierung heraus resultiert die niedrige Anzahl der geführten Interviews. Es ist anzunehmen, dass bei einer größeren Anzahl an geführten Interviews ein höherer Grad an Datensättigung erreicht worden wäre. Gleichermäßen limitiert der Umstand, dass nur ein männlicher Interviewpartner und nur eine Interviewpartnerin im Einzelzimmer gefunden wurden, die Aussagekraft der diesbezüglichen Aussagen in den Ergebnissen.

Bezüglich der Rekrutierung gilt es auch festzuhalten, dass der direkte Kontakt über die jeweiligen Stationsleitungen hergestellt wurde. Dies hatte einerseits einen Einfluss auf die Möglichkeiten des theoretischen Samplings, welches somit verunmöglicht wurde. Andererseits kann dies den Effekt haben, dass Stationsleitungen – aus Angst vor einer allfälligen Bewertung der Stationsarbeit durch die Interviewpartner_innen bei der Auswahl der möglichen Interviewpartner_innen bewusst oder unbewusst eine Vorauswahl trafen.

Der Rekrutierung durch die Stationsleitungen ist wohl auch der Umstand geschuldet, dass die Interviewpartner_innen ausschließlich in Österreich geborene

Personen waren. Es liegt also, neben der homogenen Altersstruktur und der Einschränkung auf Wien und somit auf einen urbanen Raum auch eine gewisse kulturelle Exklusivität vor.

Alle Interviewpartner_innen waren kognitiv und physisch in der Lage, an Interviews teilzunehmen. Das Erleben von Patient_innen, auf die diese Merkmale nicht zutreffen, ist in der vorliegenden Forschungsarbeit entsprechend nicht erfasst. Es sind differenziertere Ergebnisse bezüglich des Erlebens zu erwarten, wenn auch Patient_innen mit kognitiven oder physischen Einschränkungen einbezogen werden.

Alter der Interviewpartner_innen

Das Alter der Interviewpartner_innen war durchwegs hoch (zwischen 64 und 94 Jahren). Dieser Umstand schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse insofern ein, als das Alter als Kontext der Ergebnisse gesehen werden muss. Mangels eines Rekrutierungserfolgs bei jüngeren Interviewpartner_innen ist nicht nachvollziehbar, ob sich die Ergebnisse in gewissem Maß auf das Alter der bestehenden Interviewpartner_innen zurückführen lassen. Dies könnte beispielsweise bezüglich des Grads der Mobilität oder Problemen durch Inkontinenz zu anderen Ergebnissen führen.

Das Alter der Interviewpartner_innen sowie deren Gesundheitszustand wird auch als Einflussfaktor auf die Interviewführung gesehen. Wortfindungsprobleme, Vergesslichkeit und Medikamenteneinfluss hatten einen Einfluss auf die Narration in den Interviews und machten es einige Male notwendig, dass der Interviewer das Gesagte paraphrasiert oder Stichwörter vorgibt. Dies hatte womöglich einen Einfluss auf die Qualität der erhobenen Daten.

Die Diversität der Stationen in den beschriebenen Krankenhäusern ist gering. Es handelte sich in den meisten Fällen um allgemeine internistische Stationen. Es ist nicht nachvollziehbar, ob sich die Ergebnisse bei einer höheren Diversität der Stationen geändert oder erweitert hätten.

Gender der Interviewpartner_innen

Elf von zwölf Interviewpartner_innen bezeichneten sich selbst als weiblich. Ein einziger Interviewpartner bezeichnet sich selbst als männlich. Trotz des Versuchs mittels theoretischen Samplings noch mehr, sich selbst als männliche bezeichnende Interviewpartner zu finden, konnte keine höhere Diversität bezüglich des Genders erreicht werden. Dazu gilt es auch zu erwähnen, dass kein Sampling von inter- oder transsexuellen Personen gelang. Eine Differenzierung der Forschungsergebnisse bezüglich des sozialen oder biologischen Geschlechts war nicht Teil der Forschungsfrage und wurde somit auch nicht verfolgt. Zwar ließen sich einige Ergebnisse auf Grund des hohen weiblichen Anteils diesbezüglich interpretieren, jedoch fehlen die zur Differenzierung notwendigen männlichen Interviewpartner. Daher wurde, auch auf Grund des fehlenden Fokus in der Forschungsfrage, davon abgesehen.

Sonstige soziodemografische Merkmale der Interviewpartner_innen

Die Interviewpartner_innen haben alle keinen Migrationshintergrund der ersten oder zweiten Generation. Es lässt sich also nicht nachvollziehen ob Migrationshintergrund oder Sprachbarrieren eine Bedeutung für das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls haben. Das Religionsbekenntnis wurde nicht explizit abgefragt, weshalb sich auch keine diesbezüglichen Ableitungen oder Vermutungen formulieren lassen.

7.2. Limitationen der Literatur und des theoretischen Hintergrunds

Die Literatursuche wurde ausschließlich auf Deutsch und Englisch durchgeführt, da der Autor diese Sprachen auf einem wissenschaftlichen Niveau beherrscht. Forschungserkenntnisse, die in anderen Sprachen publiziert wurden, sind somit nicht in der Literaturrecherche und folglich auch nicht in der Diskussion vertreten. Selbiges gilt für den theoretischen Hintergrund. Die verwendeten Literaturdatenbanken sind auf jene eingeschränkt, die im Raum Wien an Hochschulen und Universitäten zugänglich sind, da es dem Autor nicht möglich war, größere Distanzen zum Zwecke der Literaturrecherche zu überwinden.

7.3. Limitationen der Methodik

Die Begründung zur Wahl der Methodik ist im Kapitel 3 nachzulesen. Mittels anderer methodischer Herangehensweisen z.B. der Grounded Theory oder einem phänomenologischen Ansatz und einer diesbezüglich veränderten Forschungsfrage könnten sich andere Ergebnisse zeigen, die ergänzend oder divergierend sein können. Eine Methodentriangulation war, wie bereits bei den Gütekriterien beschrieben, aus zeit- und ressourcentechnischen Gründe nicht möglich. Die Interviewform des problemzentrierten Interviews bot Narrationen einen anteiligen Platz. Ein vollkommen narrativer Ansatz hätte zu anderen Ergebnissen führen können, war jedoch der Stichprobe nicht angemessen. Die kommunikative Validierung hätte außerdem mit Fokusgruppen aus Patient_innen und/oder Pfleger_innen stattfinden können, was jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls aus zeit- und ressourcentechnischen Gründen nicht möglich war.

7.4. Limitation der Reichweite der Ergebnisse

Die Einschränkung des Settings auf die Normalstation des Akutkrankenhauses bedeutet auch eine Einschränkung der Gültigkeit der Ergebnisse. Eine Übertragbarkeit auf andere Settings ist nicht möglich und die Ergebnisse können lediglich als Basis für weitere Forschung verwendet werden. Bezüglich des Settings des Akutkrankenhauses kann bei der vorliegenden Stichprobe davon ausgegangen werden, dass nicht die gesamte Bandbreite des Settings erfasst wurde. Spezifische Merkmale von Abteilungen und Stationen spezieller medizinischer Dienste sind nicht erfasst. Die vorliegenden Ergebnisse sind also im Setting der Normalstation von Akutkrankenhäusern anzusiedeln, jedoch nicht als vollständige Beschreibung des Erlebens in diesem Setting zu begreifen.

7.5. Persönliche Limitationen des Forschers

Der Forscher arbeitete vor und teilweise auch während der Erstellung der vorliegenden Master-Arbeit als Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Es ist daher nicht auszuschließen, dass Vorkenntnisse und Vorwissen zu einer Beeinflussung der Ergebnisse beigetragen haben. Dem Forscher war dieser Umstand

während der Forschungsarbeit bewusst und er hat versucht, diese möglichen Effekte weitestgehend zu reflektieren.

8. Literaturverzeichnis

- Artner, L. und Böhringer, D. (2017). Die Veralltäglicung grenzwertiger Arbeit durch Pflegedinge. In Artner, L., Atzl, I. Depner, A., Heitmann-Möller, A. und Kollewe C. (Hrsg.), *Pflegedinge – Materialitäten in Pflege und Care*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, S. 23–37.
- Bauer, I. (1996). Die Privatsphäre der Patienten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bäck, E. und Wikblad, K. (1998). Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 27, S. 940–945.
- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmei, A. und Schenk, L. (2013). Die Intimsphäre – eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (7), S. 639–644.
- Behrens, J. und Zimmermann, M (2006). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit – Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (3), S. 165–172.
- Beyer, H., Kuno, E. und Sitzmann, F. (2012). ATL Ausscheiden. In Kellnhauser, E.; Scheiwior-Popp, S.; Sitzmann, F.; Geißner, U.; Gümmer, M. und Ullrich, L. (Hrsg.), *Thiemes Pflege – Professionalität erleben*. (S. 265–384). Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag.
- Bobbert, M. (2002). Patientenautonomie und Pflege – Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Braun, V. und Clarke V. (2012). Thematic Analysis. In Cooper H. et al. (Hrsg.), *APA handbook of research methods in psychology. Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological and biological* (S. 57–71). Washington DC: American Psychological Association.
- Braun, V. und Clarke, V. (2013). Successful Qualitative Research – a practical guide for beginners. London: Sage (elektronische Version).
- Braun, V. und Clarke V. (2014). What can „thematic analysis“ offer health and wellbeing researchers?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2014 (9):26152.
- Browning, J., Zaheer, Z., Orzechowska, A. und Mistri A. (2012). Continence aids in the management of urinary incontinence. *Reviews in Clinical Gerontology*, 22, S. 85–98.
- Bruckler, I. (2013). Pflege alter Menschen – Mit Schwerpunkt Kapitel Altersverwirrtheit und Demenz (2. erweiterte Auflage). Wien: facultas.
- Bürger-Mildenberger, A. (2012). Ausscheidung. In *Klinikleitfaden Pflege (7. Auflage)* (S.153–173). München: Elsevier/Urban&Fischer.
- Darbyshire, D., Rowbotham, D., Grayson, S., Taylor, J. und Shackley, D. (2016). Surveying patients about their experience with a urinary catheter. *International Journal of Urological Nursing* 10(1): S. 14–20.

- Dettmer, K. (2009). Die Ausscheidung von Patienten im Mehrbettzimmer – Das Erleben von Ausscheidungshilfsmitteln bei Patienten einer Intensivstation. *Diplomarbeit*. Köln: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. Fachbereich Gesundheitswesen.
- Delmar, C. (2013). The interplay between autonomy and dignity: summarizing patients voices. *Medicine, Health Care and Philosophy* 16 (2013) 975–981.
- Edlund, M, Lindwall, L., von Post, I., und Lindström, U.A. (2013). Concept Determination of Human Dignity. *Nusing Ethics* 20(8). S. 851–860.
- Enz, W. und Mantovan, F. (2008). Die Privatsphäre im Krankenhaus – Eine deskriptive Untersuchung aus der Sicht der Patienten. *Pflegewissenschaft* 06/08, 350–359.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung* (5. Auflage). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Florin, J., Ehrenberg, A. und Ehnfors, M. (2005). Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15 (12), S. 1498–1508.
- Gattinger, H., Werner, B. und Saxer, S. (2012). Patient experience with bedpans in acute care: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* (22) 2216–2224.
- Gloag, J. (1952). *A Short Dictionary of Furniture*. London: George Allen & Unwin LTD.
- Harman, D. und Craigie, S. (2011). Gerontology Series: Toileting Aids. *European Geriatric Medicine*, 2, S. 314–318.
- Hayder, D., Cintron, A., Schnell, M., Schnepf, W. (2009). Umgang mit sensiblen Themen in Interviews – Einblicke in das Forschungsprojekt „Harninkontinenz im Alltag der Betroffenen“. *Pflege* (22) 351–359.
- Hayder, D., Kuno, E., Müller, M. (2012). *Kontinenz- Inkontinenz- Kontinenzförderung – Praxishandbuch für Pflegende* (2. korrigierte Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A. und Sourzi, P. (2014). Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece—A Comparative Study. *Nursing Forum* 50 (3), S. 147–157.
- Körtner, U. H. J. (2012). *Grundkurs Pflegeethik* (2. überarbeitete Auflage). Wien: facultas.wuv.
- Lohmann, C. (Hrsg.). (2015). *Pflegequalitätserhebung - Projektbericht*. Medizinische Universität Graz und Maastricht University. Zugriff am 07.03.2018 unter http://pflgewissenschaft.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/pflgewissenschaft/dokumente_forschung/2015_Bericht_LPZ.pdf.
- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B. und Willman, A. (2014). Concept Analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing* 70(10), 2208–2221.
- Malcom, H.A. (2005). Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nursing Ehtics* 12 (2), S. 156–166.
- Matiti, M.R. und Trorey, G.M. (2004). Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies* 41, S. 735–744.
- Matiti, M.R. und Trorey, G.M. (2008). Patient's expectations of the maintainance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 2709–2717.

- Mayer, H. (2011). Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung (3. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Wien: facultas.wuv.
- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zu qualitativem Denken (6., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Menche, Nicole (2014) Pflege heute – Lehrbuch für Pflegeberufe (6. vollständig überarbeitete Ausgabe). München/Jena: Urban & Fischer/Elsevier.
- Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70(8), S. 1727–1737.
- Monro, A. und Mulley, G. P. (2004). Hospital bathrooms and showers: a continuing saga of inadequacy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, S. 235–237.
- Naylor J. R. und Mulley, G. P. (1993). Commodes: inconvenient conveniences. *British Medical Journal* (307) 13: 1258–1260.
- Nordgren, S. und Fridlund, B. (2001) Patient's perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), S. 117–125.
- Penn, N. D. (1988). Toilet Aids. *British Medical Journal* 296 (26), 918–919.
- Persson, E. und Määttä, S. (2012). To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (4), S. 663–670.
- Pfabigan, D. (2007). Menschenwürde und pflegerisches Handeln. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 157/9–10: 193–195.
- Pfabigan, D. (2010). Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege. Eine philosophische, disziplin- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. *Dissertation*. Wien: Universität Wien – Institut für Philosophie.
- SeniorInnenbüro der Stadt Wien, (2017). Hilfsmittel, die das Leben erleichtern. (45. Auflage). Zugriff am 7.3.2018 unter: http://www.senior-in-wien.at/Broschueren/Hilfsmittel_021017.pdf
- Saxer, S., Gattinger, H. A., Dopler, R. Scheffel, S. und Werner, B. (2011). Die Häufigkeit der Bettpfannenbenutzung im Akutspital. *Pflege* 24 (5), 297–302.
- Schopp, A., Dassen, T., Valimäki, M., Leino-Kilpi, H., Bansemir, G., Gasull, M., Lemo-nidou, C. Scott, A. P., Arndt, M. (2001). Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen. *Pflege* 14 (2001) 29–37.
- Stefan, H., Allmer, F., Schalek, K. Eberl, J. Hansmann, R. Jedelsky, E., Pandzic, R., Tomacek, D. und Vencour, M. C. (2013) POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik – Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. 2. Auflage. Wien: Springer Verlag.
- Tabak, N. und Ozon, M. (2004). The influence of nurses' attitudes, subjective norms and perceived behavioral control on maintaining patients' privacy in a hospital setting. *Nursing Ethics* 11 (4). S. 365–377.
- Wahl, H. W. (1991). „Das kann ich allein!“ – Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen. Bern: Hans Huber Verlag.
- Walsh K und Kowanko I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 8, S.143–151.

- White, H (1999) Kontinenzhilfen für Körperbehinderte. In Christine Norton (Hrsg.) *Praxis-
handbuch Pflege bei Inkontinenz*. München, Jena: Urban und Fischer Verlag.
- Witzel, A. (2000). The Problem-centered Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung /
Forum: Qualitative Social Research*, 1(1) 2000, Online-Zugriff am: 6.3.2018 un-
ter: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>>
- SeniorInnenbüro der Stadt Wien, (2014). Hilfsmittel, die das Leben erleichtern. Zugriff am
15.5.2015 unter: <http://www.senior-in-wien.at/dokumente/SenHilfsm.pdf>.

9. Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis:

Abbildungen:

Abbildung 1: Grafische Darstellung des Themas „Der Toilettenstuhl – die beste Alternative mit Verbesserungspotenzial“

Abbildung 2: Grafische Darstellung des Themas „Der Toilettenstuhl muss sicher sein“

Abbildung 3: Grafische Darstellung des Themas „‘Das ist halt kein würdevoller Anblick‘. Die Privatsphäre bei der Verwendung im Mehrbettzimmer“

Abbildung 4: Grafische Darstellung des Themas „Selbständigkeit als Potenzial und Abhängigkeit als Problem“

Abbildung 5: Grafische Darstellung des Themas „Wollen und Müssen – Der Toilettenstuhl zwischen Selbst- und Fremdbestimmung“

Abkürzungen:

Abb.: Abbildung

ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens

bzw.: beziehungsweise

I: Interviewer

TA: *thematic analysis*

z.B.: zum Beispiel

10. Anhang

Anhang 1: Informationsschreiben an Stationsleitungen

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt:

Das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls aus Sicht der Patient_innen im Akutkrankenhaus mit Fokus auf den Kontext von Würde und Autonomie.

Sehr geehrte Frau Direktorin XXXX

Sehr geehrter Herr Direktor XXXX

Sehr geehrte Stationsleitung.

Mein Name ist XXXX XXXX und ich bin diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Derzeit befinde ich mich in Karenz, um mein Masterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien abzuschließen. Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls aus der Sicht von Patient_innen im Akutkrankenhaus mit Schwerpunkt auf Würde und Autonomie qualitativ erforschen.

Ziel der Forschungsarbeit soll es sein, das Erleben der Verwendung des Toiletten- bzw. Leibstuhls besser zu verstehen und aus dem Verstehen womöglich Rückschlüsse für die Praxis ziehen zu können.

Mein Anliegen ist es, Interviewpartner_innen unterschiedlichen Alters und Geschlechts während des Krankenhausaufenthalts auf einer Normalstation zu rekrutieren und nach dem Krankenhausaufenthalt zu interviewen. Um Kontakt zu den potentiellen Interviewpartner_innen herzustellen würde ich Ihre Genehmigung, so wie Ihre Unterstützung benötigen. Mir ist bewusst, dass Sie aus Datenschutzgründen keine Personendaten an mich weitergeben können, weshalb ich das folgende Rekrutierungsprozedere vorschlagen würde:

- **Die Stationsleitungen identifizieren auf ihren Stationen potentielle Interviewpartner_innen an Hand der von mir bereitgestellten Ein- und Ausschlusskriterien.**
- **Sie erhalten von mir ein Informationsblatt, welches Sie den Patient_innen aushändigen können.**
- **Die Stationsleitungen fragen die Patient_innen, ob sie sich einverstanden erklären, dass durch die Stationsleitung ein Kontakt zwischen Patient_innen und mir hergestellt wird.**
- **Die Kontaktaufnahme erfolgt nach der Einverständniserklärung persönlich während des Krankenhausaufenthalts oder telefonisch bzw. per E-Mail im Nachhinein, je nach Präferenz der Patient_innen.**

Die Interviewdaten werden vollständig anonymisiert, weshalb auch keine Rückschlüsse auf einzelne Stationen oder Krankenhäuser getroffen werden können.

Darüber hinaus ergeht diese Anfrage an mehrere Krankenhäuser in Wien, was zu einer höheren Diversität der interviewten Personen führen soll. Es besteht also kein Anlass zur Befürchtung, dass eine Art Evaluierung der Pflege des eigenen Hauses erfolgt.

Bei den oben erwähnten Ein- und Ausschlusskriterien handelt es sich um folgende:

Einschlusskriterien:

- Patient_in (m/w) auf einer Normalstation (chirurgisch, internistisch, speziell)
- hat während des stationären Aufenthalts mindestens einen Tag und eine Nacht einen Toilettenstuhl verwendet (mit oder ohne Unterstützung durch eine Pflegeperson)
- ist kognitiv in der Lage, ein Interview über die ungefähre Dauer einer Stunde durchzuführen.

Ausschlusskriterien:

- Alter unter 18
- Intensivstations- oder Tagesklinikaufenthalt
- psychiatrische Station
- berufliche Tätigkeit im Pflegeberuf

Sollten Sie eine_n passende_n Interviewpartner_in identifiziert haben und deren/dessen Einverständnis zur Kontaktaufnahme erhalten haben, so würde ich Sie bitten, mich jederzeit unter 0XXX XX XX XX oder xxxxxx@gmail.com zu kontaktieren.

Gerne stehe ich Ihnen auch für ein persönliches Gespräch zur Verfügung bzw. kann ich das Forschungsprojekt auch beispielsweise im Rahmen einer Teamsitzung näher vorstellen.

Ich würde mich über eine positive Rückmeldung Ihrerseits freuen.

Mit besten Grüßen,

DGKP XXXX XXXX, BSc

Anhang 2: Informationsschreiben für Interviewpartner_innen:

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt:

Das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls aus Sicht der Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus mit Fokus auf den Kontext von Würde und Autonomie.

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr.

Mein Name ist XXXX XXXX und ich bin diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Derzeit befinde ich mich in Karenz, um mein Masterstudium Pflegewissenschaft abzuschließen. Das Thema meiner Masterarbeit ist das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls (auch bekannt als Leibstuhl oder Zimmerklo – Beispielsabbildung siehe unten) von Patienten und Patientinnen im Akutkrankenhaus.

Ziel des Forschungsprojekts:

Ziel des Forschungsprojektes soll es sein, Probleme, Gefühle, aber auch Erleichterungen im Rahmen der Verwendung eines Toiletten- oder Leibstuhls herauszufinden. Insbesondere möchte ich wissen, wie sich die Verwendung des Toiletten- bzw. Leibstuhls auf die Autonomie (Selbständigkeit) und die Würde von Patienten und Patientinnen auswirkt. Umso besser das Erleben dieses Hilfsmittels bekannt ist, desto leichter fällt es Pflegepersonen auf die Wünsche und Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen einzugehen.

Vorgehensweise:

Für dieses Forschungsprojekt möchte ich Patienten und Patientinnen persönlich befragen, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts einen Toilettenstuhl bzw. Leibstuhl zur Stuhl- oder Harnausscheidung verwendet haben. Mir ist bewusst, dass Ihr derzeitiger Krankenhausaufenthalt womöglich eine große Belastung für Sie darstellt, weshalb ich das Interview auch nicht während des Aufenthalts durchführen möchte. Ich würde mich jedoch freuen, wenn Sie mir nach ihrem Krankenhausaufenthalt bzw. nach Besserung ihres Gesundheitszustands an einem Ort Ihrer Wahl für das Interview

zur Verfügung stehen würden. Als Ort Ihrer Wahl kann beispielsweise Ihre Wohnung, Ihr Haus oder ein anderer ruhiger Ort dienen.

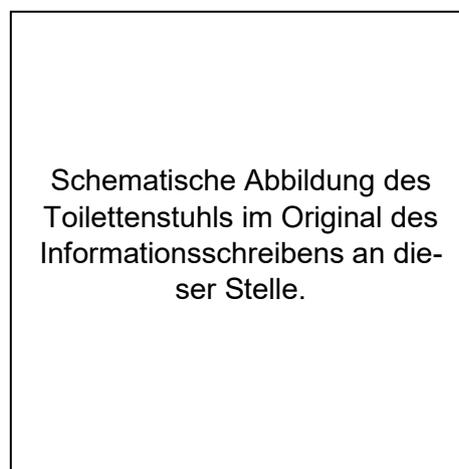
Anonymität:

Das Interview wird in etwa eine Stunde dauern und wird mit einem Rekorder aufgezeichnet. Alle persönlichen Daten oder Hinweise, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen könnten, werden im Rahmen der Forschungsarbeit unkenntlich gemacht bzw. anonymisiert. Es kann also niemand Rückschlüsse auf ihre Person ziehen. Die Tonaufnahme wird nach dem Interview verschriftlicht und im Anschluss ebenfalls gelöscht. Sie haben während und nach dem Interview jederzeit die Möglichkeit, Ihr Einverständnis zurückzunehmen.

Ihr Beitrag ist wichtig:

Mit ihrer Erzählung könnten Sie einen wertvollen Beitrag zum besseren Verständnis des Erlebens des Toilettenstuhls leisten. Darüber hinaus würden Sie mir erheblich helfen, mein Studium der Pflegewissenschaft abzuschließen. Sollten Sie sich zu einem Interview bereiterklären, so würde ich mich freuen, wenn Sie ihre Bereitschaft mit mir in Kontakt zu treten der Stationsleitung bekannt geben, oder mich telefonisch unter **0XXX XX XX XX XX** oder per E-Mail unter **xxxxxxx@gmail.com** kontaktieren. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen natürlich ebenfalls unter denselben Kontaktdaten zur Verfügung.

Beispielabbildung eines Toiletten- bzw. Leibstuhls:



Anhang 3: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zum Forschungsprojekt

Das Erleben der Verwendung des Toilettenstuhls aus Sicht der Patient_innen im Akutkrankenhaus mit Fokus auf den Kontext von Würde und Autonomie

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieses Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Datum

Unterschrift des Untersuchers

Anhang 4: Interviewleitfaden

Einstiegsfrage:

Bitte denken Sie an Ihren letzten Krankenhausaufenthalt, bei dem Sie einen Toilettenstuhl verwendet haben, und beschreiben Sie, wie sie die Verwendung erlebt haben.

Nachfragen zum Aufbau der weiteren Fragestellungen: (taxativ)

Wo haben Sie den Toilettenstuhl verwendet? (Neben dem Bett, am WC, im Bad?)

Wofür haben Sie den Toilettenstuhl verwendet? (Urinieren, Stuhlgang, beides?)

Haben Sie den Toilettenstuhl selbständig verwendet, oder benötigten Sie die Hilfe einer Pflegeperson?

Spezifische Fragen zum allgemeinen Erleben:

Wie fühlten Sie sich während der Verwendung des Toilettenstuhls?

Wie wichtig ist Privatsphäre bei der Ausscheidung für Sie? → Welche Maßnahmen zur Wahrung der Privatsphäre hatten Sie bei der Verwendung des Toilettenstuhls? → Wie würden Sie diese Maßnahmen bewerten? → Gab es Verletzungen der Privatsphäre → Wenn ja, welche waren das und wie haben Sie diese Verletzungen erlebt?

Wie wichtig ist die Bequemlichkeit des Toilettenstuhls für Sie? → Wie würden Sie die Bequemlichkeit des Toilettenstuhls bewerten?

Spezifische Fragen zur Würde:

Denken Sie an Situationen, in denen Sie im Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl Kontakt zum Personal hatten, wie erlebten Sie den Umgang des Personals mit diesen Situationen?

Gab es Situationen, in denen Sie ihre Würde verletzt sahen? Wenn ja, welche waren das und wie erlebten Sie diese?

Spezifische Fragen zur Autonomie:

Selbständigkeit ist für Menschen eine wichtige Eigenschaft. Wie schätzen Sie die Verwendung des Toilettenstuhls in Bezug auf ihre Selbständigkeit ein?

Welche Umstände schränkten Ihre Autonomie bzw. Selbständigkeit ein, oder erweiterten sie?

Wie erlebten Sie die Entscheidung zur Verwendung des Toilettenstuhls?

Wenn im Rahmen des Krankenhausaufenthalts die Verwendung des Toilettenstuhls beendet wurde, wie gestaltete sich die Entscheidung über eine Alternative zur Ausscheidung?

Welche Entscheidungen in Zusammenhang mit dem Toilettenstuhl konnten Sie selbst treffen und welche wurden Ihnen abgenommen?

Für jene, die Unterstützung benötigten:

Wie wirkte sich der Umstand, dass sie Unterstützung benötigten, auf ihre Selbständigkeit bezüglich der Ausscheidung aus?

Abschlussfragen:

Mit welchen Eigenschaften würden Sie rückblickend den Toilettenstuhl beschreiben?

Was könnte aus ihrer Sicht die Verwendung des Toilettenstuhls angenehmer gestalten?

Demographische Fragen:

Alter:

Gender:

Dauer des KH-Aufenthalts:

Art des KH-Aufenthalts:

Einbett- oder Mehrbettzimmer (Wie viele Betten?)

Dauer der Verwendung des Toilettenstuhls:

Verwendung des Toilettenstuhls zu Hause:

Mobilitätsgrad: