



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Pflegende Angehörige erfahren Aggression und Gewalt: Eine empirische Untersuchung

Erfahrungen, subjektives Erleben und Empfinden pflegender Angehöriger bei aggressivem Verhalten durch betreuungsbedürftige Familienmitglieder

Verfasserin

Natalie Dietrich

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Oktober 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Diese Arbeit ist meiner Mutter Anna-Maria Schmidt gewidmet

**„...Frau Dietrich, nehmen´s das net so persönlich,
da müssen´s drüber stehen!
Solche Aggressionen sind NICHT
gegen Sie gerichtet, das meint SIE nicht so.
In solchen Phasen ist SIE nicht SIE selbst.
Das entsteht durch IHR Krankheitsbild.
IHR Wesen hat sich dadurch verändert...“**

*(Worte eines Arztes einer psychiatrischen Abteilung
eines Krankenhauses in Wien, in der die Patientin 3 Monate verbrachte,
an die angehörige Autorin (Tochter) gerichtet)*

Gedicht von Hanns Dieter Hüsch

Wer einen Dialog
Herbeiführen will
Muss sich herablassen
Herabneigen
Von sich absehen
Sich zuwenden und zuneigen
Muss nicht besitzen wollen darf nicht besitzergreifend sein
Nur wenig Vorschriften machen
Besser keine
Gelegentlich vorsichtig Empfehlungen anbieten
Unsichtbar die Hand darüber halten
Unhörbar anders denken
Sich nicht als Erwachsener aufspielen
Fehler nicht gleich als Schande empfinden
Irrtümer gestatten
Dennoch das Recht haben sich Sorgen
Machen zu dürfen
Kummer aufspüren und teilen
Sich wechselseitig erziehen
Sich gegenseitig ernst nehmen
Zusammen essen und trinken
Die Fantasie fördern
Ungeduld kreativieren
Aufbegehren durchhalten
Zusammen traurig sein
Nicht immer alles besser wissen
Am Besten nichts besser wissen!

(aus: Hüsch (1994): Das Schwere leicht gesagt. Herder, Freiburg; zit. nach Arbeitsgruppe Pflege und Ethik
der Akademie für Ethik in der Medizin, 2005, S 11)

Danksagung

***Unser Leben beginnt an dem Tag zu enden, an dem wir über Dinge schweigen,
die wichtig sind (Martin Luther King)***

Die ersten Zeilen meiner Arbeit möchte ich dafür nutzen, mich bei jenen Menschen zu bedanken, die mich vor und während der Zeit meines Studiums begleitet haben.

Mein innigster Dank geht an meine geliebte Familie, meinen Mann, Mag. Roland Dietrich, und an meine Kinder, Sophie und Laurenz, die mir vor allem in den schwierigsten Situationen mit ihrer bedingungslosen Liebe zur Seite standen und mir Mut zusprachen. Ohne ihre Mithilfe hätte ich nicht die Chance gehabt, meinen Wunsch - zu studieren – umzusetzen.

Meiner Mutter, Anna-Maria Schmidt, möchte ich danken, weil ich durch sie zu diesem Thema motiviert und meine Neugierde geweckt wurde, welche persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse pflegende Angehörige haben.

Ihr und meinem Vater, Prof. Gert Schmidt, danke ich besonders für die Unterstützung in mentaler und finanzieller Form und weil familiärer Zusammenhalt immer im Vordergrund zu stehen hat. Besonders bedanken möchte ich mich auch bei meiner Schwiegermutter, Heidi Dietrich, die sich oft spontan in den Zug setzte, um von Oberösterreich drei Stunden zu uns zu reisen. Heidi hat sich ganz besonders um ihre Enkel bemüht, die sie auch nicht mehr los lassen. Dies ist auch der Zeitpunkt, mich bei meiner Tante, Evi Heissenberger, und meinem Onkel, Richard Marcinkowska, herzlich zu bedanken. Erstens dafür, dass Tante Evi und Onkel Richard einen langen Weg meiner Kindheit begleitet haben und ich bei ihnen aufwachsen durfte. Zweitens, weil sie einen Grundstein für meinen Werdegang legten. Meiner Tante, Monika Marcinkowska, möchte ich vielen Dank aussprechen, weil auch sie meine Familie und mich unterstützte, wenn es ihr Terminkalender zuließ. Meinem Cousin, Thomas Marcinkowska, und Uschi Wolf-Fritz möchte ich für die tolle Nachbarschaft und ihre Hilfsbereitschaft danken, genauso wie für ihr Verständnis, weil ich in den letzten Monaten kaum Zeit gefunden hatte, um einmal in Ruhe mit ihnen zu plaudern. Meinem Schwager, Jürgen Dietrich, danke ich für die Unterstützung, wenn es Probleme mit dem Computer gab, dieser nicht mehr funktionierte, oder es Schwierigkeiten bei einem neuen Programm gab. Vor allem, als all meine MAXqda Dateien verloren gingen! Meinen Schwägerinnen, Gabi und Elke, und meinem Schwager, Stefan Dietrich, möchte ich einen großen Dank aussprechen, weil sie mir/uns durch Zuhören stets zur Seite standen und oft vergeblich auf ein Wiedersehen warten mussten.

Ein weiter besonderer Dank gilt meinen besten „treuen“ Freundinnen und Freunden. Claudia, Sandra, Evi, Susi, Norbert, Sonja, Isa standen mir in schwierigen Situationen besonders zur Seite. Vom Herzen danke ich für ihre Geduld, weil ich in den letzten Jahren so wenig Zeit mit ihnen verbringen konnte. Insbesondere Susi und Sandra verdienen ein riesiges Dankeschön, weil sie viel mit meiner Tochter gemeinsam unternommen haben. Tante Traude Griessauer möchte ich danken, dass sie meine Kinder in ihre „Enkel-Kinderschar“ oft und spontan mit einschloss, wobei alle Kids riesige Freude dabei hatten. Onkel Hans Griessauer möchte ich danken, dass er mir bei Problemen zu hörte und mir immer gute Ratschläge erteilte.

Besonderen Dank verdienen auch meine Studienkolleginnen, Mag. Birgit Rohatsch und Mag. Claudia Jäger, für das Korrekturlesen meiner Arbeit und ihre wertvollen Ratschläge. Ihnen – wie auch meinem Ehemann – ist es zu verdanken, dass ich mein Studium in schwierigen Situationen nicht einfach aufgegeben habe. Mit den Worten „Du verläufst dich in Details“ oder „Sei nicht päpstlicher als der Papst“ wurde ich aufgemuntert und zum Lachen gebracht.

Sehr herzlich möchte ich mich bei meinem Betreuer, Herrn Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepf, und meinem Zweitprüfer, Univ.-Prof. Dr. Giselher Guttman, für die Unterstützung, die guten Ratschläge und die gute Kommunikation bedanken. Herr Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepf ließ mir viel Freiraum bei der Gestaltung meiner Arbeit, hat mich von Deutschland aus stets begleitet und rasch auf meine Anfragen per Email reagiert.

Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl danke ich, dass sie kurzfristig den Prüfungsvorsitz übernommen hat. Frau Claudia Kuhr und Frau Beate Rauscher möchte ich herzlich für die verlässliche Email-Kommunikation und einwandfreie Terminkoordination für den Diplomprüfungstermin danken.

Große Aufmerksamkeit und außerordentlichen Dank verdienen meine Interviewpartnerinnen, die ich aus ethischen Gründen namentlich nicht nenne. Sie schilderten mir freiwillig und vertrauensvoll ihre interessanten Erlebnisse und Erfahrungen und opferten dafür ihre Zeit. Ohne ihre Mithilfe wäre die Erstellung dieser Diplomarbeit gar nicht möglich gewesen.

Meine Dankbarkeit für jede(n) Einzelne(n) von euch ist nicht in Worte zu fassen. Ich werde euch allen, die ich hier aufgezählt habe, eure Unterstützung und Euer für-mich-da-sein nie vergessen und ewig dankbar sein.

Wir können der Tatsache nicht ausweichen, dass jede einzelne Handlung, die wir tun, ihre Auswirkung auf das Ganze hat (Albert Einstein)

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Natalie Dietrich, erkläre eidesstattlich,

dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Weiters erkläre ich hiermit, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe. Ich versichere, dass diese Arbeit mit der von dem Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. MOTIVATION ZUR THEMENWAHL.....	1
1.2. GLIEDERUNG DER ARBEIT UND VORGEHENSWEISE	2
2. THEORETISCHER TEIL - LITERATURSTUDIUM	3
2.1. LITERATURANALYSE	3
2.2. THEORETISCHER HINTERGRUND UND FORSCHUNGSSTAND	4
2.3. PROBLEMSTELLUNG	6
2.4. FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT/FORSCHUNGSFRAGEN	9
2.5. ZIELE DER ARBEIT	9
2.6. UNTERSCHIEDLICHE ARTEN VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN	10
2.7. AGGRESSION UND GEWALT	15
2.8. BELASTUNGEN, KOMMUNIKATION UND BEZIEHUNG	25
3. EMPIRISCHER TEIL – METHODOLOGIE & FORSCHUNGSDESIGN	30
3.1. QUALITATIVES FORSCHUNGSDESIGN.....	30
3.2. METHODENWAHL DER DATENERHEBUNG.....	31
3.2.1. <i>Das episodische Interview nach Flick (1995)</i>	32
3.2.2. <i>Die Gruppendiskussion nach Flick (2010)</i>	32
3.2.3. <i>Stichprobenbestimmung und Sample</i>	33
3.2.4. <i>Vorbereitung und Verlauf der Interviews</i>	36
3.3. ETHISCHE GRUNDSÄTZE	38
3.4. DATENAUSWERTUNG.....	39
3.4.1. <i>Transkription</i>	39
3.5. SCHRITTE ZU DEN ANALYSE-ERGEBNISSEN	41
3.6. QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING	45
4. DARSTELLUNG DER ANALYSE-ERGEBNISSE	51
4.1. TK1: BIOGRAFISCHE HINTERGRÜNDE	51
4.2. TK2: GEWALTVERSTÄNDNIS	55
4.3. TK3: GEWALTEREIGNIS UND BELASTUNGEN.....	62
4.4. TK4: BEZIEHUNG UND EMOTIONEN	77
4.5. TK5: WAHRNEHMUNGEN IM UMFELD.....	83
4.6. TK6: UMGANG MIT BELASTENDEN SITUATIONEN	88
4.7. TK7: PFLEGEVERSTÄNDNIS & ERKENNTNISSE	94
4.8. TK8: FOLGEN	97
5. DISKUSSION ÜBER SACHVERHALT	100
5.1. NEUE ERKENNTNISSE UND HANDLUNGSBEDARF	104
5.2. ZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACT	107
5.3. SCHLUSSFOLGERUNG	109
6. LITERATURVERZEICHNIS UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR.....	111
7. ANHANG	114

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: <i>Sample und Interviewdauer</i>	34
Tab. 2: <i>eigens modifizierte Transkriptionsregeln</i>	40
Tab. 3: <i>Kategorien u. Anzahl Codings aus MAXqda10</i>	41
Tab. 4: <i>Schritte 2-5 / Paraphrase-Reduktion</i>	42
Tab. 5: <i>Kategorien & Unterkategorien</i>	43
Tab. 6: <i>Pflegedauer und Verwandtschaftsgrad</i>	51
Tab. 7: <i>Pflegeursache</i>	54
Tab. 8: <i>Kategorien samt Unterkategorien nach 1. Reduktion aus MAXqda10</i>	118

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: <i>LF Gewaltereignis u. Gewaltverständnis</i>	37
Abb. 2: <i>Eigener Screenshot aus dem Programm MAXqda</i>	44
Abb. 3: <i>Ablaufmodell zus. Inhaltsanalyse (Mayring, 2008, S 60)</i>	46
Abb. 4: <i>Leitfaden unterteilt in Themenkomplexe (=TK) I-VI</i>	115

1. Einleitung

Gewalt gegen Menschen ist immer ein relevantes Thema. Die besondere Form der häuslichen Gewalt stellt nach wie vor ein Tabu-Thema dar, das nach und nach durchbrochen werden sollte. Einerseits soll diese Diplomarbeit auf dieses Tabu aufmerksam machen und zur Weiterführung der Forschung auf diesem Gebiet dienen. Einen Teil der Einsicht in subjektives Erleben von Gewalt und/oder Aggression in der privaten Pflege durch Familienmitglieder soll diese Diplomarbeit liefern, denn Einsicht in die Lebenswelt der Menschen ist die Zielsetzung bei qualitativen Studien, wie diese eine ist. Andererseits sollte die Forschung dieses Thema stärker aufgreifen, um mehr Erkenntnisse über häusliche Gewalt zu erlangen. Das auferlegte Tabu ist Grundlage für weitere Forschung und spätere Konzepte, die erstellt werden können, um gleichzeitig dadurch die Wirklichkeit der Betroffenen zu verstehen, diesen mehr Unterstützung zu bieten und mehr Hilfe leisten zu können.

1.1. Motivation zur Themenwahl

Als selbst von verbal aggressivem Verhalten betroffene Angehörige ist das Thema „Umgang mit Gewalt und Aggression“ in der Hauskrankenpflege für mich von besonderer Relevanz. Lösungsansätze und die Erfahrungen anderer Menschen, die in ähnlichen Situationen waren, sind von großem Interesse für mich, weshalb ich mich für dieses Thema entschieden habe. Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema, erhoffe ich mir im Rahmen meiner Diplomarbeit in erster Linie mehr Aufmerksamkeit für den Bereich des von mir gewählten Themas. Es sollte demnach künftig mehr Augenmerk und Empathie auf pflegende Angehörige und ihre subjektiven Erfahrungen und Erlebnisse mit aggressivem Verhalten durch pflegebedürftige Familienmitglieder gelenkt werden.

Außerdem möchte ich gerne auch meine eigenen Kenntnisse vertiefen. Subjektive Erlebnisse und Erfahrungen von pflegenden Angehörigen zählen zu jenen Gründen, die mir den Anstoß und die Motivation gaben, dieses Thema überhaupt aufzugreifen.

1.2. Gliederung der Arbeit und Vorgehensweise

Der Inhalt der Arbeit gliedert sich in zwei Hauptteile, nämlich in einen theoretischen und in einen empirischen Teil. Durch das Literaturstudium und darauf folgende episodisch geführte Interviews mit pflegenden Angehörigen sollen Handlungsstrategien und Erfahrungen sichtbar werden. Nach der Transkription der Interviews erfolgt die Analyse der Datensammlung, die Ergebnisdarstellung und zum Abschluss die Diskussion.

2. Theoretischer Teil - Literaturstudium

Zunächst wurde mit einer ersten Literaturrecherche zur Erkenntnisgewinnung begonnen, um den Hintergrund zu verstehen und mögliche bzw. geeignete Fragestellungen zu finden. Aus den Gedanken, der Recherche und den Inhalten sollte ein roter Faden für die Diplomarbeit entstehen.

2.1. Literaturanalyse

Die Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken (z.B. PubMed, Google.Scholar, Bibliothek der Universität Wien, Subito, etc...) hat ergeben, dass es viele Studien über Gewalt, die „gegen Pflegebedürftige“ gerichtet ist, existieren. Dazu schreibt Neubert (2005), dass es unstrittig ist, dass Gewalt in Pflegebeziehungen ein bedeutsames Problem darstellt. Dies zeigt sich vor allem in den Initiativen der letzten Jahre, die sich mit Gewalt in der stationären Pflege auseinander gesetzt haben (Neubert, 2005).

Bei Neuberts Studienarbeit handelt es sich also um „stationäre Pflege“ und „professionelles Pflegepersonal“, nicht aber pflegende Angehörige.

Weniger bis kaum fand die Autorin Literatur über Aggression oder Gewalt gegen Pflegende (hier ist professionelles Personal gemeint) durch Patienten in gesundheitlichen Einrichtungen. Einige wenige Autoren berichten abschnittsweise darüber in ihren Büchern. Neubert stellte ebenso fest, dass über Gewalt von Pflegekräften gegenüber den Pflegebedürftigen sehr wenig bekannt ist. Noch weniger fand sie über Gewalt gegen Pflegekräfte in der stationären Pflege (Neubert, 2005, S 13).

So entdeckte die Autorin bislang nur zwei Studien über Aggression und Gewalt gegen *diplomierte* Pflegepersonal in *privaten Haushalten*. Vereinzelt wurden Studien über aggressives Verhalten von Pflegebedürftigen gegenüber *pflegenden Angehörigen* im eigenen Zuhause gefunden, die sich jedoch meist auf Demenz erkrankte Personen beziehen.

Es fand sich kaum eine Studie, die einen *größeren* Bezug zu Aggressionen gegen pflegende Angehörige durch pflegebedürftige Familienmitglieder und deren Erfahrungen darstellte, denn meist handelt es sich um diplomiertes Pflegepersonal in offiziellen Pflegeeinrichtungen wie z.B. Pflegeheim und Krankenhaus.

Nachdem es so wenig Literatur zu diesem Phänomen gibt, eignet sich eine qualitative Arbeit hervorragend, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen. Der Fokus liegt auf Interviews und nicht auf Literaturvergleichen. Im Zentrum der Betrachtungen stehen pflegende Angehörige, die Aggression und Gewalt in der Pflege durch ihre pflegebedürftigen Angehörigen in der Vergangenheit erlebten, also retrospektiv. Auf die verschiedenen Bedeutungsinhalte soll dabei besonders geachtet werden. Im Zuge der Interviews hat sich eine Ausnahme ergeben, nämlich dass ein einziges Interview mit einer pflegenden Angehörigen geführt wurde, die seit 20 Jahren bis heute ihren pflegebedürftigen Ehemann alleine pflegt.

Zum besseren Verständnis wird im Theorieteil kurz auf die für diese Diplomarbeit wichtigsten Begrifflichkeiten eingegangen. Daraus resultiert die Erstellung des theoretischen Rahmens und des Fundaments.

Die Verbindung und die möglichen Wechselwirkungen zwischen pflegenden Angehörigen und deren pflegebedürftigen Familienmitgliedern liegen der Fragestellung zu Grunde. Diese wird im Rahmen der Diplomarbeit untersucht.

2.2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

Büssing und Höge (2004) zeigten schon großes Interesse daran, Aggression und Gewalt gegen professionelle Pflegende in privaten Haushalten zu erforschen.

Die beiden Autoren schreiben „Unlike research in inpatient and outpatient care, so far there is a serious lack of empirical results for the field of home care. To our knowledge there is presently only one study (Barling, Rogers, Kelloway, 2001) that has investigated violence and aggression in a sample of home care workers. This is surprising because home care - largely owing to the demographic development and the increasing age of the population – is a rapidly growing field of health care in all Western countries” (Büssing, Höge, 2004).

Der Titel der Studie von Barling, Rogers und Kelloway (2001) lautet: “Behind Closed Doors: In-Home Workers’ Experience of Sexual Harassment and Workplace Violence”. Hier geht es ebenso um Gewalt gegen professionelles Personal, aber auch um sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz (in privaten Haushalten). In diesem Fall handelt es sich - zum Unterschied zu anderen Studien - um private Haushalte, die als Arbeitsplatz für diplomiertes Personal dienen, d.h. private Wohnhäuser, in denen professionelles Pflegepersonal die im eigenen Haushalt lebenden Pflegebedürftigen professionell pflegen.

Weiters berichten Büssing und Höge (2004), dass professionelles Pflegepersonal mehr mit Aggression und Gewalt konfrontiert wird als z.B. Polizisten, Sicherheitskräfte in Gefängnissen, Bankangestellte, etc. (Kingma, 2001, zit. nach Büssing, Höge, 2004).

Wenger (2011) hat in ihrem Artikel: „Tausend kleine Nadelstiche, die irgendwann zu viel werden“ gut beschrieben: „Wehrlose Demenzkranke in entwürdigenden Situationen mit dem Handy gefilmt, Behinderte misshandelt – wenn Gewalt in der Pflege und Betreuung Schlagzeilen macht, geht es meistens um Übergriffe von Pflegenden und Betreuenden auf Menschen, die eigentlich unter ihrem Schutz stehen, und die Empörung ist zu Recht groß“ (Wenger, 2011).

Doch auch in diesem Artikel wird von an Demenz erkrankten Patienten berichtet, was ein Ausschlusskriterium, nämlich „schwere, weit fortgeschrittene Demenz“, für diese Arbeit in Bezug auf die Literaturrecherche war.

Wenger (2011) fügt weiters hinzu, dass öffentlich viel weniger bekannt ist, dass Gewalt in umgekehrter Richtung genauso existiert: darunter fallen z.B. handgreiflich werdende Patienten, aggressive Heimbewohnende oder ein 60-jähriger, der körperlich kräftig und an Demenz erkrankt ist und bei der Körperpflege zuschlägt. Oder eine zänkische ältere Dame, die von morgens bis abends wüste Beschimpfungen ausstößt, dann wieder ein Patient im Männerzimmer, der mit seinen Sprüchen unter die Gürtellinie zielt. Derartige aggressive Aussagen oder tätliche Handlungen könne Pflegenden extrem zusetzen, sodass schwere psychische und soziale Folgen entstehen können, wie Dirk Richter, Professor an der Berner Fachhochschule, weiß: Darunter fallen Depressionen, Panikattacken, Burn-Out, Suchtmittelkonsum, Ess- und Schlafstörungen, Verlust von Vertrauen in die eigene Kompetenz, gestörte Beziehung zum Patienten oder Bewohner, Schuld- und Wutgefühle (Wenger, 2011).

An dieser Stelle soll auf das mangelnde Wissen über nicht erforschte Erfahrungen pflegender Angehöriger, die Aggressionen durch pflegebedürftige Familienmitglieder erlebten, hingewiesen werden.

Dazu soll ein kleiner Auszug der Studie „Behavioral and psychiatric manifestations in dementia patients in a community: caregiver burden and outcome“ von Nagaratnam, Lewis-Jones, Scott, Palazzi (1998) dargestellt werden:

„The most common behavioral change was aggression (59%), followed by wandering (27%), delusions (22%), and incontinence (18%). Aggression cau-

sed the most distress to the caregiver. There was a higher incidence of wandering, incontinence ($p=0.009$), and persecutory delusions ($p=0.02$) in the moderate severe group. A significantly higher proportion of the moderate-severe group required further care and intervention ($p=0.04$). This study is probably one of the rare nonclinical surveys on this subject“. Wie ersichtlich ist, handelt es sich auch hier um ausschließlich an Demenz erkrankte Pflegebedürftige, wobei schwere und weit fortgeschrittene Demenz in dieser Arbeit ausgeschlossen wurden.

Solomon et. al (2005) sind einige der Wenigen, die sich dem Thema in der häuslichen Pflege, nämlich Gewalt gegen pflegende Angehörige, gewidmet haben. Sie stellen fest, dass Gewalt gegen pflegende Angehörige durch pflegebedürftige Familienmitglieder mit schwerer psychischer Erkrankung nach wie vor ein Tabu – durch Angst vor Stigmatisierung dieser Population - in der Öffentlichkeit und Wissenschaft darstellt (Solomon et. al, 2005).

Somit bedarf es eines Wandels zu mehr Wissen, mehr Forschung. Aus diesem Grund möchte die Autorin diesen Mangel aufgreifen und zum Wandel hinführen, d.h. dieses Thema einfühlsam erforschen.

2.3. Problemstellung

In den letzten Jahren sind die Anforderungen an das diplomierte Pflegepersonal sowie an die Institutionen deutlich gestiegen. Ebenso stiegen die Anforderungen an die pflegenden Angehörigen, da ein hoher Prozentsatz aller Österreicherinnen und Österreicher in ihrer vertrauten Umgebung betreut werden.

In Österreich leben derzeit rund 540.000 hilfs- und pflegebedürftige Menschen in privaten Haushalten. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2030 auf circa 800.000 erhöhen. Ungefähr jeder 25. Pflegebedürftige benötigt ständig Betreuung. Die pflegenden Angehörigen übernehmen heute noch einen Großteil der Pflegeleistungen (Verein meine Vorsorge, 2011).

Der Wandel der Zeit lässt erkennen, dass Themen über Pflege („Pflege durch professionelles Pflegepersonal“, „Pflege durch Pflegende Angehörige“ und in diesem Zusammenhang auch „Gewalt in der Pflege“) zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit rücken. Wie sehen und erleben die pflegenden Angehörigen? „... Auch die gerade in der professionellen Pflege anzutreffende Sichtweise, bei pflegenden Angehörigen handele es sich in Sachen Pflege um Laien, wird nicht der Bedeutung der Angehörigenpflege gerecht, denn lebensweltlich erbrachte Hilfen sind nicht mit professionellen Hilfen zu verwechseln.

Sie sind niemals Laienpflege, da sie gar nicht an professionellen Hilfen gemessen werden können“ (Schnepp et al., 2000, zit. nach Schnepp, 2002).

425.900 Österreicher pflegen nahe Angehörige. Das sind immerhin 6,7% der erwachsenen Bevölkerung Österreichs. 281.900 Frauen (8,5% aller Frauen) und 144.000 Männer (4,7% aller Männer) erbringen für Familienmitglieder zumeist unbezahlte Hilfs- und Pflegeleistungen. Kinder und Jugendliche sind in dieser Zahl nicht enthalten (Statistik Austria, 2002). Das Sozialministerium hat mittlerweile zahlreiche Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger getroffen.

Dazu zählen finanzielle Zuwendungen und die Sicherung bzw. die Verbesserung der Betreuungsqualität in der häuslichen Pflege.

Darüber hinaus werden bundesweit von mehr als 130 diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bei Pflegegeldbeziehern Hausbesuche mit dem Schwerpunkt Information und Beratung durchgeführt (Hundstorfer, 2010). Hier werden vor allem die finanziellen Fakten angeführt, die natürlich sehr wichtig und ausschlaggebend sind.

Trotzdem reicht das Pflegegeld für Familien, in denen Angehörige die Pflege ihrer bedürftigen Familienmitglieder übernehmen, oft nicht aus. Ebenso wichtig erscheinen die seelische, emotionale Ebene, das persönliche Erleben der pflegenden Angehörigen und die durch die Pflege resultierenden Belastungen, weil diese Aspekte in der Öffentlichkeit nicht so häufig beleuchtet werden.

„Rund 80% der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt, die damit große Belastungen auf sich nehmen und einen gesellschaftspolitisch äußerst wertvollen Beitrag leisten. Es ist daher eine Notwendigkeit, auch die pflegenden Angehörigen bei ihrer schwierigen Tätigkeit zu unterstützen und deren Position zu stärken“ (Buchinger, 2008, S5).

Zukünftige Tendenzen

Für die Zukunft stellt die Betreuung pflegebedürftiger Menschen weiterhin eine große Herausforderung dar (Buchinger, 2008, S 5). Laut der jüngsten Prognose des WIFO existieren einige sehr relevante Einflussfaktoren (z.B. längere Lebenserwartung), die bis 2030 die Zahl der Pflegegeldbezieher erheblich ansteigen lassen und auch die Kosten im Pflegesektor beträchtlich erhöhen. Die demografische Entwicklung nach der Statistik Austria (November 2007), bedingt eine Zunahme der Bevölkerung von über 60 Jahren allein um 54,5 %, jener über 80 Jahre um 72,9 %. Der Pflegebedarf wird sich sowohl quantitativ

als auch qualitativ beträchtlich erhöhen, bedingt durch die wesentlich längere Lebenserwartung bis 2050 (M: 86 Jahre, F: 90 Jahre) (Rudda et al, 2008).

„Der Zugang zu unbezahlter, informeller Pflege ist demographisch, durch soziostrukturelle Entwicklungen und wertbasierte Einstellungen bestimmt. Informelle Pflege älterer Menschen wird vornehmlich von Töchtern und EhepartnerInnen geleistet. Aufgrund des Geburtenrückgangs, der steigenden Anzahl kinderloser Personen und hoher Scheidungsraten sinkt die Belastbarkeit familiärer Netzwerke“ (Schneider et al., 2006, S 3).

In Anbetracht dessen, dass sich der Pflegebedarf massiv erhöhen wird und die Prognose, dass es sich künftig für Familienmitglieder schwieriger bis kaum gestalten lässt, ihre Angehörigen persönlich zu pflegen, jedoch wie Buchinger (2008) feststellt, 80% der pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause gepflegt werden, steigt aufgrund von Überbelastungen auch die wechselseitige Gefahr von Aggressionen und Gewalt in der Pflege.

Pflegewissenschaftliche Relevanz

Die pflegewissenschaftliche Relevanz ergibt sich dadurch, dass ein eventueller Outcome dieses Themas nach der Auswertung für die weitere Forschung von Bedeutung sein und künftig genützt werden könnte. Insbesondere, weil in diesem Bereich nicht viel einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur vorliegt. Zusammenfassend sieht die Autorin die bisweilen mangelnde Aufmerksamkeit gegenüber pflegenden Angehörigen, die Aggressionen und Gewalt innerhalb der Familie ausgesetzt sind, als auffallend. Des Weiteren sollte das Augenmerk auch in Zukunft auf die Hilfestellung für pflegende Angehörige in jeder Hinsicht, besonders im ländlichen Bereich, gelegt werden, da dieser mehr und mehr durch die demografische Veränderung an Bedeutung gewinnen wird.

Daher sollten die Überlegungen in Hinblick auf gut durchdachte, effektive Einsätze von professionellem Pflegepersonal in Betracht gezogen werden. Zusätzlich sollten sowohl mehr unterstützende Schulungen im ländlichen Bereich angeboten werden, gut erklärende Informationsbroschüren verteilt, als auch ausführliche Informationen und/oder Gespräche durch/mit Hausärzte(n) erfolgen.

Aufgrund des Problems, dass über Aggressionen und Gewalt gegen pflegende Angehörige zu wenig Wissen herrscht und kaum Forschung betrieben wurde, soll diese Diplomarbeit eine Darstellung von persönlichen Erfahrungen

seitens pflegender Angehöriger wiedergeben und zur Verbesserung des Wissensstandes beitragen.

2.4. Fragestellungen der Arbeit/Forschungsfragen

Hauptfrage

Wie erleben pflegende Angehörige aggressives Verhalten durch pflegebedürftige Familienmitglieder?

Daraus ergaben sich nachstehende Unterfragen, welche auch in den Leitfaden für die episodischen Interviews eingeflossen sind.

Unterfragen

- In welcher Form und Situation erlebten pflegende Angehörige im Rahmen Ihrer Angehörigenpflege Aggressionen oder Gewalt?
- Wie definieren pflegende Angehörige selbst die Begriffe Aggression und Gewalt?
- Warum haben sich Angehörige entschieden, ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu pflegen?
- Wie gingen pflegende Angehörige mit aggressivem Verhalten um und wie fühlten sie sich dabei?
- Wie wurde das Problem des aggressiven Verhaltens bewältigt?

2.5. Ziele der Arbeit

Als vorrangiges weiteres Ziel soll in jedem Fall ein Beitrag zum Verständnis von Erfahrungen pflegender Angehöriger, die Gewalt oder Aggression durch ihre nahestehenden pflegebedürftigen Familienmitglieder erlebt und subjektiv wahrgenommen haben, geleistet werden. Ein Einblick in die persönliche Wirklichkeit, in die subjektive Lebenswelt der pflegenden Angehörigen soll gewährt werden.

Als engeres Ziel sollen die Aussagen über die Erfahrungen pflegender Angehöriger genau analysiert und Zusammenhänge untersucht werden. Aus den Ergebnissen der Arbeit sollen im Diskussionsteil die Erfahrungen erörtert werden, ein Vergleich mit der Literatur angestellt und daraus auch mögliche Vorschläge für weitere Forschungszwecke abgeleitet werden.

Für die Pflegewissenschaft soll dieser Beitrag in jedem Fall für weitere Projekte nützlich erscheinen. Angemerkt soll hier werden, dass es sich bei dieser Arbeit um keine Studie, sondern um eine Diplomarbeit handelt, die einen anderen Rahmen aufweist. Die Ergebnisse durch die kleine Population von acht Personen sind nicht mit jenen einer groß angelegten Studie mit mindestens

20-30 Zielpersonen zu vergleichen. Es handelt sich um ein heikles Thema, über das nicht jeder Betroffene gerne spricht, welches aber weiterer Forschung bedarf.

2.6. Unterschiedliche Arten von pflegenden Angehörigen

„Die Pflegewissenschaft hat eine Einteilung in verschiedene Gruppen vorgenommen: delegierende und pflegende Angehörige mit ihren jeweiligen Untergruppen“ (Daneke, 2000, S 152).

Daneke (2000) schreibt, dass ungefähr drei Viertel aller Angehörigen zur Gruppe der „pflegenden Angehörigen“ gehören, die sich wieder in drei weitere Untergruppen zu gleichen Anteile untergliedert:

- „Distanzierende“ Angehörige
- „Aktiv pflegende“ Angehörige
- „Psycho-sozial stabilisierende“ Angehörige (Daneke, 2000, S 155).

Zu erwähnen ist vorweg, dass Angehörige selten eindeutig einer dieser Gruppen zugeordnet werden können, die Grenzen sind untereinander fließend. Teils hängt es von der Verfassung ab oder zu bestimmten Zeiten zeigen Angehörige plötzlich eher ein distanzierendes Verhalten, an anderen Tagen zeigen sie wieder psycho-sozial stabilisierendes Verhalten.

Das Verhalten jedes Menschen ist veränderlich – je nach Lebensphase, Tagesform oder momentaner Befindlichkeit (Daneke, 2000) – so ist auch das Verhalten von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen unterschiedlich.

Distanzierende Angehörige

Diese Angehörigengruppe hat – wie die Bezeichnung schon sagt – ein eher distanziertes, gespanntes Verhältnis zur pflegebedürftigen Person. Sie sorgen sich mehr um den Haushalt, die Finanzen, Wäsche und sonstige anfallende alltägliche Dinge und Erledigungen. Durch das angespannte Verhältnis wird kaum auf Wünsche, Bedürfnisse und Probleme eingegangen. Daneke (2000) listet hierfür unterschiedliche Ursachen auf:

- „Das Elternteil wollte schon ihren noch jungen Kindern die eigenen Probleme aufhalsen und diese mussten sich distanzieren.
- Das Elternteil konnte noch nie eigene Probleme zeigen und darüber reden.

- In der Familie war nie ein offener, zärtlicher und fürsorglicher, sondern ein eher sachbetonter Umgang miteinander üblich“. (Daneke, 2000, S 155).

Weitere Gründe können allgemeine Zerwürfnisse oder Trennungen in der Familie, oder auch aufkommende Themen, Situationen sein, die zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten sind, z.B. Uneinigkeit über die Heimübersiedelung, 24-Stundenbetreuung, ebenso wie Unstimmigkeiten über Finanzen, Erbstreit, Unaufrichtigkeiten, jahrelanges Schweigen und „Vieles in sich hineinfressen und nicht darüber reden können/wollen“, sonstige Unstimmigkeiten, etc.

Letztlich leiden beide Beteiligten unter dieser schlechten Beziehung zueinander und wünschen sich insgeheim eigentlich mehr voneinander, z.b. dem Angehörigen offen und freudig von sich selbst erzählen zu können, Vertrauen, Anerkennung und Liebe zu erfahren.

Doch statt aufeinander zuzugehen und hierüber zu sprechen, wird still geschwiegen und auf Sachthemen ausgewichen und beschränkt. (Daneke, 2000). Durch jahrelanges „in sich Hineinfressen und nicht reden trauen“, in der Meinung, der andere hört ja sowieso nicht zu, kann es zu schweren gesundheitlichen, auch psychosomatischen Problemen und Störungen kommen.

Am schlimmsten ist es für beide Beteiligten, wenn ein Angehöriger überraschend pflegebedürftig wird oder schon ist und über die im Laufe der Jahre entstandenen Probleme und über das Geschehene nicht mehr gesprochen werden kann. So ist es durch die entstandene Distanz fast unmöglich, dass bei solch einer familiären Konstellation oder Verbindung ein Familienmitglied die schwere Aufgabe der Pflege des Pflegebedürftigen übernehmen kann.

Aktiv pflegende Angehörige

Diese Gruppe weiß über die Wünsche und gesundheitlichen Probleme durch jahrelange Pflege ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds genau Bescheid. Sie wurde durch die Betreuung zum Experten der Pflege ihres bedürftigen Angehörigen oder sie glauben es zumindest, dass sie Experten sind (Daneke, 2000): „Ich muss doch wohl wissen, was für meinen Mann das Beste ist. Er hat sich die ganzen Jahre nicht beschwert, hat es immer gut bei mir gehabt. Ich habe für seine Pflege Jahre meines Lebens geopfert“ (Daneke, 2000, S 157).

Solche Angehörigen können die Verantwortung für den Bedürftigen kaum abgeben und würden diesen nur in Ausnahmefällen in ein Pflegeheim übersiedeln. Sie sind die zeitraubenden Tätigkeiten wie Essen zubereiten und gegebenenfalls einführen, Körperhygiene u.v.m. seit langer Zeit gewohnt (Daneke, 2000).

Psycho-sozial stabilisierende Angehörige

Laut Daneke (2000) kümmern sich diese pflegenden Angehörigen mehr um das seelische Wohlergehen ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds, d.h. die psychische Betreuung steht hier im Vordergrund. Dazu gehören z.B.:

- Ausflüge unternehmen, spazieren gehen, Veranstaltungen wahrnehmen, über das Wochenende einmal auf Urlaub fahren, sofern das der Gesundheitszustand zulässt.
- Aufrechterhaltung der Familienkontakte und auch Kontakte mit Freunden
- Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person über Alltagsprobleme, neue Geschehnisse in der unmittelbaren Umgebung, sowie auch über körperliche, seelische, gesundheitliche Probleme.

Es wird möglichst für die Beibehaltung eines „normalen“ Lebens gesorgt. Bei dieser Gruppe herrscht zwischen den Familienmitgliedern menschliche Nähe und Offenheit, jedoch wird hier kaum körperlich gepflegt (Daneke, 2000), sondern die körperliche Pflege wird meist von diplomierten Pflegepersonal durchgeführt oder einer 24-Stunden-Pflege überlassen.

Dadurch wird aufgezeigt, dass für alle drei Gruppen von pflegenden Angehörigen in belastenden Situationen eine gute professionelle Beratung durch einen Arzt oder eine professionell pflegende Person hilfreich und von Bedeutung wäre. Ebenso wäre eine Family Health Nurse sehr zu empfehlen, die mit Empathie auf beide Seiten der Beteiligten eingeht, mit Rat und Tat zur Seite steht und die gesamte Familie gemeinsam durch schwierige Phasen begleitet und vor allem psychisch stärkt.

In Bezug auf Integrierung einer Family Health Nurse sei auf die Diplomarbeit von Macht (2010) mit dem Titel „family health nursing„ – Szenarien zum WHO – Konzept am Beispiel der Stadtgemeinde Pulkau“ verwiesen. In einer kleinen Ortschaft, Pulkau in Niederösterreich, hat sie erforscht, ob und wie eine FHN in einzuführen wäre (Macht, 2010).

Daneke (2000) erwähnt in ihrem Buch „Angehörigenarbeit“, dass pflegende Angehörige üblicherweise keine einschlägige Ausbildung vorzuweisen haben. Nur wenige haben eine Ausbildung in der Pflege oder einen Pflegekurs - bei einer Volkshochschule oder dem Wifi - absolviert. Pflegende Angehörige wissen über die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft nicht Bescheid und wollen diese oft gar nicht anerkennen, wenn sie darüber informiert werden (Daneke, 2000).

Durch die Übernahme der familiären Pflege bedürftiger Angehöriger entstehen häufig psychische Probleme auf beiden Seiten und Unzufriedenheit und Streit werden dadurch gefördert. Die Ursache dafür liegt nicht selten bei der körperlichen Abhängigkeit und Nähe, die häufig zur Aufgabe von Beruf und zu weiteren Einschränkungen der pflegenden Angehörigen führt (Daneke, 2000), dies kann zu Aggressionen führen oder gar zu Gewalt.

Anerkennung von pflegenden Angehörigen

Diplomiertes pflegendes Personal sowie auch pflegende Angehörige fühlen sich in ihrer Beziehungsarbeit manchmal nicht genug anerkannt. Sie erleben sich als entwertet oder beschämt. Z.B. „Andere verachten mich als Po-Putzer“. Einige verurteilen sich laut Grond (2007) sogar selbst: „Mit mir kann man es ja machen“. Pflegende kommen immer mehr zur Überzeugung, dass ihnen Unrecht geschieht, weil sie zu wenig Respekt bekommen. Ihr Gerechtigkeitsgefühl wird derart verletzt, dass sie sich in Kritik verschließen, solange, bis ihr sonst reines Gewissen plötzlich Gewalt rechtfertigt, um ihre Ehre wieder herzustellen (Gröning, 1998, zit. nach Grond, 2007, S 30).

Warum Angehörigenpflege?

Wenn ein Angehöriger plötzlich zum Pflegefall wird, stellt sich für Familienmitglieder ziemlich rasch die Frage: Sollte selbst gepflegt werden und wäre das schaffbar? Oder wäre eine 24-Stunden-Hilfe besser und auch leistbar? Oder käme gar ein Pflegeheim in Frage?

Die pflegenden Angehörigen:

- „brauchen die Pflege zur Selbstbestätigung, um sich als dankbare Tochter zu beweisen oder nach der Familienphase eine sinnvolle Aufgabe auszuüben.

- schämen sich, um Hilfe zu bitten und Hilfe anzunehmen, oder vor Fremden in Privaträumen, weil WC, Bad, Schlafzimmer immer sauber und aufgeräumt sein müssten
- fürchten, versagt zu haben, von beruflich Pflegenden getadelt und kontrolliert zu werden und fürchten ihre Rivalität
- werden eifersüchtig, weil diese mit kritischen Situationen besser umgehen und eine positivere Beziehung zum Kranken aufbauen können
- haben Angst vor dem Gerede der Nachbarn und Bekannten, dass sie an Ansehen verlieren, wenn sie fremde Hilfe in Anspruch nehmen
- fürchten zusätzliche Kosten“ (Grond, 2007, S 65).

Nebenwirkungen durch Medikamente:

Es sollen an dieser Stelle Nebenwirkungen durch Medikamente angeführt werden und Aufschluss darüber gegeben werden, welche Medikamente bei Applikation in vorgeschriebener Dosierung unerwünschte Nebenwirkungen wie Aggression verursachen und hervorrufen können:

Aggressivität und Erregung als Nebenwirkungen von Medikamenten:

- Neuroleptika
- Halluzinogene
- Antiepileptica
- Analeptica
- Schilddrüsenhormone

Diese oben angeführten Medikamente können eine aggressionssteigernde und verwirrende Wirkung entfalten, sowie auch über Angst und Unruhe die Aggressivität erhöhen (Neubert, 2005, S 21).

Pflegebedürftige als Täter oder Pflegende als Opfer

Stark irritierend wirkt für pflegende Angehörige, wenn unvorhersehbar Freundlichkeit und Beschimpfungen seitens ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder wechseln. Diese Aggression kränkt besonders das Selbstwertgefühl der pflegenden Angehörigen, weil sie sich wie getadelt fühlen. Als durchschnittlich gefährliche Pflegebedürftige bezeichnet Steinert (1995) hirngeschädigte oder demente Personen, sowie depressive und epilepsiekranken Menschen (Steinert, 1995, zit. nach Grond, 2007).

2.7. Aggression und Gewalt

„Wer Gewalt in der familiären oder in der Heimpflege verschweigt, weil er Angst vor den Konsequenzen hat, macht sich mitschuldig!“ (Grond, 2007, S 98). Peter-Michael Schulz berichtet in seiner Arbeit über eine breit angelegte Studie der Bonner Initiative „Handeln statt Misshandeln“. Diese Studie ergab, dass im Zeitraum von 1993-1997 damals schon 11% von den über 60-jährigen Befragten, Gewalt in der eigenen Familie erleben mussten (Hirsch et al., 2002, S60f, zit. nach Schulz, 2006). Hier wird berichtet, dass 69% der Befragten Gewalt in Form von seelischen Misshandlungen, 30% finanzielle Schädigung, 10% körperliche Verletzung, 10% Bewegungseinschränkung (Mehrfachnennungen waren möglich) erfahren haben, die gegen sie gerichtet war. Die Betroffenen gaben an, besonders unter psychischen Folgen gelitten zu haben. Sie klagten über das „Nicht-Vergessen-Können“ (43%), hatten Ängste (37%), oder fühlten sich missachtet und erniedrigt (33%). Viele Opfer führten eine Ehe, wurden entweder vom eigenen Partner, den eigenen (Schwieger-) Söhnen oder (Schwieger-) Töchtern misshandelt. Das Alter, mangelnde bestehende außerfamiliäre Kontakte, eine angespannte finanzielle Situation, bestehende Unzufriedenheit über das eigene Leben, eingeschränkter Gesundheitszustand, erhöhter Pflegebedarf und zusätzlicher nächtlicher Hilfebedarf begünstigen die Gefahr für häusliche Gewalt (Hirsch et al., 2002, zit. nach Schulz, 2006).

Panke-Kochinke (2008) erklärt hierzu, dass gerade in Bezug auf jene Patienten bzw. Pflegebedürftigen, die durch ihre Erkrankung aggressiv oder gewalttätig werden, das Arsenal von möglichen professionellen pflegerischen Maßnahmen groß ist. Denn es ist immer wichtig, das Krankheitsbild zu kennen und zu erfassen, um zu erkennen, dass die Gewalt oder Aggression, die auf die pflegende Person gerichtet ist, oft kaum mit ihrer Person zu tun hat (Panke-Kochinke, 2008).

Nolting (2009) beschreibt einige verwandte Begriffe zu Aggression:

- Aggression: Verhalten, das darauf gerichtet ist, andere Individuen zu schädigen oder ihnen wehzutun.
- Aggressivität: Individuelle Ausprägung der Häufigkeit und Intensität aggressiven Verhaltens (<Eigenschaft> einer Person).
- Gewalt: Schwerwiegende Formen aggressiven Verhaltens.
- Mobbing: Aggressive Handlungen gegen eine schwächere Person über einen längeren Zeitraum, z.B. gewöhnlich im Kontext des Ar-

beitsplatzes, ebenso in der Schule, wie dies in den Medien in den letzten Jahren dargestellt wurde, aber auch in der Pflege in Gesundheitseinrichtungen als auch in der privaten Pflege (Nolting, 2009, S 15).

Der Begriff Gewalt

Grond (2007) stellt fest, dass es sich nicht immer leicht feststellen lässt, von wem die Gewalt ursprünglich ausgeht. Nähere Definitionsversuche von Gewalt und Aggression sollen hier laut Grond (2007) kurz dargestellt werden. „Die indirekte Gewalt kann die direkte oder personale Gewalt fördern“ (Grond, 2007, S 14). Gewalt beginnt nicht erst dann, wenn ein Mensch einen anderen Menschen tötet, sondern schon wenn jemand sagt: „Du gehörst mir, weil ich dich gewaltig liebe. Du bist krank oder behindert, musst tun, was ich sage, weil ich weiß, was für dich gut ist“ (Fried, 1985, zit. nach Grond, 2007, S 13). Laut Grond (2007) wird das wie folgt beschrieben: „Recht ist, was ich tue, was andere tun, das ist Gewalt“ (Grond, 2007, S 13). Der Ursprung des deutschen Wortes „Gewalt“ stammt aus dem indogermanischen „*val*“ (lateinisch „*valere*“). Die beiden Verben „*waldan*“ oder „*giwaltan*“ bedeuteten Verfügungsgewalt besitzen und Gewalt haben, sowie „in einem breiteren Sinne für Kraft haben, Macht haben, über etwas verfügen können, etwas beherrschen...“ (Imbusch, 2002, S 28, zit. nach Schulz, 2006, S 13).

Wie die Autorin aufgrund der Literaturrecherche feststellte, gibt es unterschiedliche Erklärungen für Gewalt, genauso für Aggression.

Grond (2007) verglich in seinem Buch „Gewalt gegen Pflegende, Altenpflegende als Opfer und Täter“ einige bisherige Gewaltdefinitionen verschiedener Autoren und schrieb schlussendlich „Es gibt keine eindeutige Definition von Gewalt“ (Grond, 2007, S 13).

An dieser Stelle soll der Versuch einer Definition von Grond (2007) angeführt werden:

Laut Grond wird Gewalt als eine Zwangsmaßnahme bezeichnet, die den Widerstand des Opfers überwindet, ihm eine Handlung aufzwingt, seine Willensfreiheit beeinträchtigt oder es schlägt. Gewalt ist gemäß Grond nach der Schädigung des Opfers zu definieren. Hier geht die Macht oder Schädigung von einem Täter oder der Struktur aus.

Um die Einsicht in die eigene Verwicklung in allgegenwärtige Gewalt abzuwehren, sehen typischerweise die Menschen *nur andere* als gewalttätig an.

Die ersten Annahmen zur Gewalt findet man schon z.B. im Alten Testament: „Auge um Auge, Zahn um Zahn (3. Mos. 24,20; Matth. 5,38), das bedeutet: vergelte Gleiches mit Gleichem. Im Gegensatz dazu liest man im Neuen Testament mehr über Feindesliebe und Vergebung: „Wer dich auf die eine Backe schlägt, dem halte auch die andere hin“ (Matth. 5,39; Luk. 6,29). Dies wird als Masochismus gedeutet. In der Pflege sieht es so aus, dass vor allem schwächere Pflegebedürftige auf starke Helfer hoffen und diese damit überfordern. Die Projektion „nach oben ducken und nach unten treten“ ist z.B. durch die strenge Hierarchie in Pflegeheimen stark verbreitet, was bedeutet: angefangen haben immer die Anderen, damit haben sie auch die Schuld. (Grond, 2007, S 14).

In seinem Buch schreibt Nolting (2009), dass als Gewalt gewöhnlich nur schwerwiegende Formen der Aggression bezeichnet werden. Leichtere Formen, wie z.B. Anschauen und böse Blicke etc... eher nicht.

Es ist üblich, körperliche Angriffe als Gewalt zu deuten, doch zunehmend ist in der Alltagssprache und manchen Publikationen auch von verbaler Gewalt oder psychischer Gewalt die Rede. Das macht nur solange einen gewissen Sinn, wenn man damit auf eine schwerwiegende Wirkung hinweisen möchte, z.B. bei einer seelischen Misshandlung. Für nicht sinnvoll haltet es Nolting (2009), einfach alles als Gewalt zu bezeichnen, was man heftig verurteilt. Das erleichtert nicht die Verständigung über die Sache, sondern das führt zu einem inflationären Gebrauch (Nolting, 2009). Da es sich bei dieser Arbeit um keine Literaturrecherche handelt, sondern um eine qualitative Diplomarbeit, verzichtet die Autorin auf die zahlreichen weiteren unterschiedlichsten Definitionen von Gewalt und Aggression im Detail. Es werden nur einige wenige ausgewählte Definitionen oder Interpretationen und dazugehörige Formen erwähnt.

Gewaltformen

Indirekte Gewalt

Als Beispiel wurde von Grond (2007) die indirekte strukturelle Gewalt eines Heimes in seinem Buch genannt, das nicht an den Bedürfnissen der Bewohner interessiert ist, sondern sich an Arbeits- und organisatorischen Regeln orientiert. Diese Gewaltform ist eine strukturelle, durch Rahmenbedingungen bestimmte oder eine kulturelle Gewalt (Grond, 2007).

Strukturelle Gewalt

Strukturen lösen Abhängigkeit und Fremdbestimmung in Heimen aus, wie z.B. politisch zu verantwortende Gesetze (Grond, 2007). Galtung (1993) beschreibt die strukturelle Gewalt als jene Form, die die Entfaltung abhängiger Personen behindert, z.B. von pflegenden Personen. Keiner ist bereit, die Verantwortung zu übernehmen (Galtung, 1993, zit. nach Grond, 2007). Als Beispiele von struktureller Gewalt sind Mangel an Personal, an Privatheit im Heim oder die Empfehlung eines Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, bei Personal-mangel mehr Tabletten verordnen zu lassen, etc. zu erwähnen. Opfer von struktureller Gewalt sind sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegende (Grond, 2007).

Kulturelle Gewalt

Kulturelle Tradition und Sitten dienen häufig dazu, strukturelle und direkte Gewalt zu rechtfertigen oder zu legitimieren (Galtung, 1993, zit. nach Grond, 2007). Zum Beispiel gehören Ideologien vom Patriarchat („Die Frau sei dem Manne untertan!“) zur abendländischen Kultur, oder von rein naturwissen-schaftlicher Medizin (Naturheilmittel bezahlt die Krankenkasse nur in Aus-nahmefällen) oder auch die Abwertung älterer oder hilfsbedürftiger Menschen als Last und damit auch jener Menschen, die sie pflegen, z.B. pflegende An-gehörige (Grond, 2007, S 15).

Direkte oder personale Gewalt

Nach Bauriedl ist die direkte Gewalt Ausdruck einer gestörten Beziehung und sollte analysiert werden (Bauriedl, 1995, zit. nach Grond, 2007). Einteilung von personaler Gewalt:

- „Körperliche und häufiger psychische Misshandlung wie z.B. Bedro-hung, sprachliche Gewalt oder auch freiheitsentziehende Maßnahmen
- Aktive und passive Vernachlässigung
- Materieller Missbrauch, wie z.B. Ausbeutung finanzieller und anderer Ressourcen“ (Grond, 2007, S 16)

„Gewalt überwindet einen Widerstand oder zwingt eine Handlung auf. Indirek-te Gewalt ist strukturelle oder kulturelle, direkte Gewalt ist von der körperli-chen, psychischen oder finanziellen Schädigung des Opfers zu verstehen. Wenn strukturelle Gewalt institutionalisiert und kulturelle Gewalt verinnerlicht werden, steigt die Gefahr personaler Gewalt“ (Galtung, 1993, zit. nach Grond, 2007, S 17).

Gewalt in drei Formen nach Schneider (2005)

Physische Gewalt

Pflegende werden gekratzt, gebissen, gezwickt, an den Haaren gezogen, bespuckt, geschlagen, getreten oder gar mit Gegenständen beworfen.

Psychische oder emotionale Gewalt

Die Pflegebedürftigen beleidigen und schreien ständig, schimpfen, klagen die Pflegenden an oder beschuldigen sie, verweigern trotziger Pflege, verbreiten Gerüchte, suchen Streit, spielen die Personen gegeneinander aus, beschweren sich ungerechtfertigt, manchmal machen sie absichtlich ins Bett oder beschmutzen die Wäsche, Gegenstände, Wände oder ganze Räume.

Sexuelle Belästigung

Die sexuelle Gewalt zählte vor Beginn der Diplomarbeit zu den Ausschlusskriterien. Als Beispiel ist zu nennen: Heimbewohner eines Pflegeheims belästigen mit Worten, durch direkten körperlichen Kontakt oder Gesten (Schneider, 2005, zit. nach Grond, 2007, S 31f).

Imbusch (2002) differenziert hingegen die direkte Gewalt sehr deutlich in physische und psychische Gewalt und stellt fest: „Physische Gewalt hinterlässt immer offen sichtbare Schädigungen oder Verletzungen, psychische Gewalt wirkt im Verborgenen, sie ist äußerlich nicht sichtbar“ (Imbusch, 2002, S 38, zit. nach Schulz, 2006, S. 16).

Pflegebedürftige Menschen und ihre Gewaltformen

Erich Grond beschreibt u.a. beispielhaft:

Verbale Aggression

Pflegebedürftige schreien gellend, fluchen, brüllen, kreischen, beleidigen, beschimpfen, drohen anderen oder sich selbst, kritisieren oder entwerten andere Personen, streiten, verbreiten gerne Gerüchte, oder sie fordern unentwegt und sind unkooperativ oder weigern sich, Hilfe anzunehmen, machen ständig Vorwürfe wegen angeblich unzureichender Pflege oder tyrannisieren einfach die pflegenden Angehörigen, etc.

Bereits Grond (2007) stellte in seinem Buch fest, dass verbale Aggression nicht nur häufiger vorkommt, sondern dass diese Form mehr weh tut und schmerzhafter sein kann als körperliche Aggression. Als Beschimpfung kann die Aggression offen oder verdeckt, subtil oder heimtückisch geäußert wer-

den. Außerdem öffnet die verbale Gewalt Tür und Tor für gewalttätiges Handeln und Ausagieren. Es wird das Selbstwertgefühl des Pflegenden angegriffen, was ihn herab setzt. Hierbei wird versucht, mit Worten zu beherrschen, dies drückt eine doppelte Botschaft aus und oft eskaliert die Situation zu heftigen Wortgefechten (Grond, 2007).

Rupp und Rauwald (Ketelsen et. al., 2004) bezeichnen in ihrem Beitrag aus dem Buch: „Seelische Krise und Aggressivität“ das Wort Gewalt als eine unangemessene (d.h. vermeidbare oder unverhältnismäßig heftige) bzw. nicht legitimierte Anwendung von Machtmitteln zur Durchsetzung einer Absicht gegen den Willen einer anderen Person (Ketelsen, Schulz, Zechert, 2004). Gewalt wurde lange Zeit in der Psychologie nicht als eigenständiger Begriff verwendet, sondern eher als eine Form und ein Ausdruck von Aggression (Imbusch, 2002, Meyer, 1998, Kranich, 1998, zit. nach Schulz, 2006).

Abgrenzung von Aggression und Gewalt

„Gewalt ist gegen die verschiedenen Facetten der Aggression abzugrenzen“ (Grond, 2007, S 17).

Peter-Michael Schulz bezieht sich in seinem Buch auch auf die Autorin Ruthemann (1993), welche die Begriffe differenziert, indem sie argumentiert, dass Gewalt immer von der Wirkung her definiert werden muss, die Aggression hingegen von der Absicht. Nach Ruthemann bedeutet also Gewalt, „dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird“ (Ruthemann, 1993, S 14, zit. nach Schulz, 2006, S 20). Diese kann von institutionellen oder gesellschaftlichen Strukturen ausgehen oder durch Personen ausgeführt werden. Personale Gewalt kann sowohl aktiv im Sinne von Misshandlung oder ebenso passiv im Sinne von Vernachlässigung auftreten.

Gewalt sollte immer aus der Sicht des geschädigten Opfers definiert werden, betont Ruthemann. Die Frage, wie pflegende Angehörige Gewalt und Aggression definieren, wurde in den Leitfaden mit aufgenommen. Aggression liegt dagegen nur dann vor, wenn auch eine Absicht beim Täter vorhanden ist, d.h. wenn dem Opfer durch physische oder psychische Beeinträchtigung bzw. Unterlassung mit Absicht Schaden zugefügt wird. Ruthemann beschreibt, dass die Aggression aufgrund der Intention eines Täters definiert wird. Ruthemann verweist darauf, dass mit dem Wort Aggression weiterhin ein Gefühl der Wut

und in abgeschwächter Form des Ärgers beschrieben wird. Eine innewohnende, steuernde Aggressionshemmung verhindert aber, dass Wutgefühle nicht immer in aggressives Handeln münden (Ruthemann, 1993, zit. nach Schulz, 2006, S 20).

Frustration und Aggression

Wenn die Befriedigung eines Bedürfnisses verhindert wird, bezeichnet man die Enttäuschung, die dadurch entsteht, als *Frustration*. Als *Aggression* wird nun die Handlung, die auf eine Frustration folgt, bezeichnet. Sie vom Durchsetzen wollen der Bedürfnisbefriedigung bis hin zur Verletzung oder Vernichtung von Sachen oder Personen führen (Kienzle, Paul-Ettlinger, 2010).

Lateinisch bedeutet Aggression „aggredior“ oder „adgredi“, das bedeutet „auf jemanden zugehen“, „etwas in Angriff nehmen“, das ist wertneutral (Grond, 2007).

Nolting (2009) beschreibt die Aggression nicht einfach nur als das Schädigen, Wehtun usw., sondern Aggression wird eher als das „intendierte“, „zielgerichtete“ oder wenigstens „gerichtete“ Schädigen definiert. Das Problem ist, dass die Intention oft fraglich ist, zuweilen sogar bei massiver Gewaltausübung, z.B. im Zustand der „Unzurechnungsfähigkeit“ (Nolting, 2009).

Aggressive Verhaltensweisen und Emotionen

Hauptsächlich werden Definitionen von Aggression vorgestellt als „ein Verhalten, welches...“, dabei ist selten von inneren Vorgängen die Rede, z.B. von Impulsen oder Emotionen. Nolting (2009) betont genau so etwas, wenn im Alltag davon die Rede ist, dass jemand „Aggressionen“ (Plural!) in sich habe.

Es scheint, als gehören äußeres aggressives Verhalten und innere aggressive Empfindungen eng zusammen, so dass man beides automatisch in dem selben Wort vereinigt und es kaum zu erkennen ist, ob ein „Verhalten“ oder eine „Emotion“ vorliegt oder gar „beides“, d.h. man weiß nicht genau, was genau gemeint ist (Nolting, 2009). Als Beispiel führt Nolting (2009) an: „Er richtet seine Aggressionen gegen den Vater“ kann dann z.B. bedeuten: Er ist wütend auf seinen Vater, er hasst seinen Vater, oder aber: Er beschimpft, verspottet, schlägt seinen Vater, oder auch beides“ (Nolting, 2009, S 19). Somit verdeutlicht Nolting (2009), dass nicht jedes aggressive Gefühl sich in aggressivem Verhalten äußern und auch nicht jedes aggressive Verhalten ein Ausdruck aggressiver Gefühle sein muss!

Beispielsweise beruhen aggressive Handlungen zwecks Bereicherung oder aus Gehorsam nicht auf aggressiven Emotionen (Nolting, 2009). Daher stellt Nolting (2009) fest: „Zwischen aggressivem Verhalten und aggressiven Emotionen gibt es also keine feste Verbindung!“ (Nolting, 2009, S 19).

Aggressives Verhalten in unterschiedlichen Erscheinungsformen

Aggressives Verhalten liegt dann vor, wenn sich eine Person angegriffen, bedroht oder verletzt fühlt – verbal oder physisch. Hier wird deutlich, dass Gewalt und Aggression in einer zwischenmenschlichen Beziehung die Schwierigkeit der Zuordnung von Täter und Opfer in sich birgt (Kienzle, Paul-Ettliger, 2010). Heinrich (1992) erklärt hierzu: „Aggression ist ein beobachtbares Verhalten, dessen Qualität und/oder Häufigkeit den eigenen Körper oder den anderer Personen, die dingliche oder soziale Umwelt schädigt, erheblich beeinträchtigt oder stört. Die Beeinträchtigung, Schädigung oder Störung ist Ziel und/oder Wirkung dieses Verhaltens“ (Heinrich, 1992, zit. nach Kienzle, Paul-Ettliger, 2010, S 17).

Körperlich: Zu körperliches aggressives Verhalten zählen Schlagen, Kratzen, Beinstellen, Würgen, Schießen, Vergiften, usw.

Verbal: Die verbale Erscheinungsform unterteilt sich in

- a) Verspotten, Hetzen, Drohen usw. (inhaltlich aggressiv)
- b) Anschreien, Beschimpfen, Fluchen usw. (auch in Wortschatz und Tonfall aggressiv).

Nonverbal: Nonverbal bezieht sich auf böse Blicke, rausgestreckte Zunge, drohender Finger, usw.

Relational: Relational bedeutet jemanden „links liegen lassen“, ausgrenzen, verleumden, jemanden „schneiden“, z.B. ein anderes Kind nicht mitspielen lassen, usw. (Nolting, 2009).

Es existiert die Form der destruktiven Aggression oder die der konstruktiven Aggression. Hier wird näher auf die destruktive Aggression eingegangen, die sich wie folgt unterteilt in:

- → Verdeckte Vernachlässigung → a) passive, b) aktive
- → Offene Androhung → a) körperliche, b) psychische

Aggression kann also verdeckt als aktive oder passive Vernachlässigung oder offen als körperliche oder psychische Androhung verstanden werden. Was bedeutet hingegen Aggressivität?

„Aggressivität ist die Bereitschaft, aggressiv zu handeln“ (Grond, 2007, S 18). In der Pflege werden aggressive Gefühle geächtet, z.B. normale Abneigungs-

gefühle wie Abscheu, Ekel, Verachtung oder Feindseligkeitsgefühle wie Neid, Eifersucht, Groll, Hass, Wut und Zorn. Pflegebedürftige, die ihre Aggressionsgefühle nicht kundtun oder in irgendeiner Form äußern können laufen Gefahr, destruktiv aggressiv zu handeln (Grond, 2007). Destruktive Aggression ist nicht nur ein Gefühl, sondern eine Handlung, ein Verhalten. Aggression ist keine fahrlässige Handlung, die einen Mitmenschen Schaden zufügt, der sich dagegen wehrt, sondern diese Handlung ist beabsichtigt. Aggression ist eine einmalige Normverletzung, diese ist abhängig von der Absicht des Täters (Grond, 2007).

Wodurch entsteht destruktives Zerstören?

- Wenn z.B. jemand als Kind ungerecht bestraft wurde, so identifiziert sich dieser mit dem Täter.
- Wurde wer gekränkt, abgelehnt oder war einsam und ohne Zärtlichkeit, so kann das ebenso Aggressionen hervorrufen.
- Frustration, Hilflosigkeit und Überforderung lösen häufig vor allem bei Pflegenden und auch pflegenden Angehörigen Aggressionen aus (Grond, 2007).

Motivation für Angehörigenpflege

- „Als spontane Unmutsäußerungen, die gewöhnlich harmlos sind
- Als Durchsetzungs-Aggression, die Macht demonstrieren will
- Als Abwehr-Aggression, die schützt oder der Verteidigung dient
- Als Vergeltung oder Rache, oft als eine Reaktion auf Kränkung
- Als Aggressionslust, die einen sadistischen Nervenkitzel sucht
- Als kollektive Aggression, die durch Gruppendruck entsteht.“

(Grond, 2007, S 18)

Grond beschreibt zahlreiche Theorien zur Entstehung von Aggressionen, auf welche im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird, da dies für eine Diplomarbeit zu umfangreich wäre. Doch ein Verweis darauf soll nicht unerwähnt bleiben. Nachzulesen in: Grond, 2007, S 19ff. Von allen Aggressionstheorien sind die psychologischen Theorien laut Grond (2007) am Wichtigsten. „In Familien schwindet Gewalt, wenn offen miteinander auch über Schuld gesprochen, Stress abgebaut, Unterstützung oder Familienberatung gesucht wird“ (Grond, 2007, S 65).

Folgen von Gewalt und Aggression

Posttraumatische Belastungsstörung wie auch Burn-Out und Belastungsreaktionen sind Folgen von Aggressionen und Gewalt gegen Pflegende (Grond, 2007).

Definition Burn-out:

„Burn-out ist die emotionale Erschöpfung in einer Gratifikationskrise, d.h. im Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (Killmer, Sigrist, 1994, zit. nach Grond, 2007, S 99) zwischen Erwartungen und Realität der Daueranspannung. Pflegende sind fix und fertig“ (Grond, 2007, S 99). Strukturelle und personale Gewalt, Berufsstress, Helfersyndrom bei Selbstwertmangel, Perfektionismus und vor allem familiäre Belastungen durch das Pflegen von pflegebedürftigen Angehörigen zählen zu den Ursachen von Burn-out als Erschöpfung in einer Krise. Dies kann in Motivationsverlust, Rückzug, psychosomatische Leiden oder Depressionen enden. Hier hilft Selbstpflege, Gedankenstopp, Aufbau des Selbstwertgefühls, Kontakte zu Bekannten, Umgebungsgestaltung und Sinnorientierung (Grond, 2007).

Bei Reaktionen auf Belastungen wie akute Belastungsreaktionen oder Belastungs- und Anpassungsstörungen können Gespräche mit Psychologen, Psychotherapie und wenn nötig Antidepressiva hilfreich und sinnvoll sein (Grond, 2007). Wenn eine pflegende Person mit sich selbst unzufrieden ist – das kann soziale Beziehungen, Wohlbefinden, Gesundheit, aber auch die eigene psychische Verfassung betreffen - wird es ihr schwer fallen, die zu betreuende Person richtig zu pflegen. Wenn etwas nicht in Ordnung ist, kann dies gegenseitig Aggressionen hervorrufen. „Selbstpflege ist Voraussetzung der Fremdpflege, wie Eigenliebe erst Nächstenliebe ermöglicht“ (Grond, 2007). Mit Selbstpflege ist gemeint, dass diese die Voraussetzung der Fremdpflege ist, wie die Eigenliebe erst Nächstenliebe ermöglicht. Er denkt dabei an die ganzheitliche Selbstpflege des Körpers, des psychischen Gleichgewichts, der sozialen Beziehungen, der Sinnorientierung und der erfreulichen Umweltbedingungen, die zu entspanntem Wohlbefinden führen, welches stressbedingte Aggressionen abfedert. Pflegende lernen mit Macht und Ohnmacht umzugehen, sie erschließen Ressourcen (Grond, 2007).

2.8. Belastungen, Kommunikation und Beziehung

Kommunikation und Beziehung

Bei der Pflege von bedürftigen Angehörigen durch nahe Familienmitglieder ist es von Bedeutung, wie die Beziehung zwischen diesen Personen zueinander ist. Zum Beispiel pflegt ein(e) Tochter/Sohn deren Mutter, oder eine Ehefrau deren Ehegatten oder umgekehrt, etc. Das Verhältnis der beiden Personen ist ausschlaggebend für eine gute Kommunikation innerhalb der Familie und für die Pflege. Wenn man z.B. die psychischen Aspekte betrachtet, so kann es passieren, dass ein pflegebedürftiges Familienmitglied oder sogar ein pflegender Angehöriger wegen schlechter Stimmung oder nicht guter Gefühlslage unfähig ist, sich auf ein konstruktives Gespräch einzulassen. Gründe dafür können Aggressionen sein - verursacht z.B. durch Schuldgefühle, Unsicherheit, Schmerzen, Ängste, depressive Verstimmungen, aber auch problematische Familienverhältnisse sind oft Auslöser dafür. Genauso auslösend können Hoffnungen oder Wünsche sein, die nicht erfüllt oder befriedigt werden. Bedürfnisse werden nicht anerkannt oder erkannt. (Daneke, 2000).

Beziehung und Belastung

Der Anteil an pflegenden Angehörigen in Österreich ist - wie eingangs dargestellt - sehr groß und für viele von ihnen bedeutet diese Pflege sowohl Anstrengung, Geduld, Einfühlungsvermögen als auch eine enorme Veränderung der Lebensweise, neue Umstände und eine komplette Umstellung (Arbeit, Finanzen, Freunde, Familie, ev. Wohnsitz u.v.m.), vielleicht sogar einen neuen Lebensabschnitt. Dies kann vor allem eine Überbelastung der pflegenden Angehörigen, wie dies auch das ÖBIG darstellt, hervorrufen:

„Mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen fühlen sich überbelastet. 70% der pflegenden Angehörigen leiden unter körperlichen und psychischen Belastungen. Schulter und Nackenbeschwerden sowie Kreuzschmerzen sind die häufigsten körperlichen Folgen der Pflege. Die übernommene Verantwortung und das Gefühl der Überforderung sind die schwerwiegendsten psychischen Belastungen“ (ÖBIG, 2005).

Pflegende Angehörige sind also den unterschiedlichsten Belastungen ausgesetzt. Auf eine detaillierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Belastungsformen wird hier nicht näher eingegangen, weil dies nicht im Zentrum der Betrachtungen steht. Es handelt sich primär um Belastungen der pflegenden Angehörigen in Form von erfahrener Gewalt und Aggression, um die Bewälti-

gung dieser sowie um den Umgang mit den Folgen. Viele pflegende Angehörige sind von der Aufgabe, für ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder über lange Zeit - oft 24 Stunden am Tag - da zu sein, schlichtweg überfordert. Sie sind zeitlich, körperlich, psychisch, seelisch und emotional überlastet. So kommt es durchaus vor, dass zunehmend beiderseits – zwischen Patient und Angehörigen - Gewalt und Aggressionen entstehen, sei es auch durch eine mögliche Wechselwirkung.

Doch dies führt zu noch mehr Belastung. „Je enger die Beziehung zwischen dem Betreuer und dem Kranken ist, umso belastender wird die Betreuungssituation erlebt“ (Buijssen, 1994, zit. nach Seidl, Labenbacher, 2007). Das Problem ist, dass es den meisten pflegenden Angehörigen an professioneller Ausbildung oder Schulungen mangelt und diese oft nicht wissen, wie sie mit Aggressionen umgehen sollen. Häufig sind Angehörige nicht gut über Hilfestellungen informiert und beginnen zu verzweifeln, werden teilweise selbst psychisch krank oder es kommt gar zum Burn-Out, weil sie einfach nicht mehr weiter wissen.

Auch wenn Gewalt und Aggression genauso professionell Pflegende betrifft, sie ebenfalls enormen Belastungen ausgesetzt sind, haben diese aufgrund ihrer Ausbildung und Tätigkeit in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen mehr Möglichkeiten und auch Wissen, Hilfe in Anspruch zu nehmen – mit diesen Erfahrungen besser umzugehen. Ein nicht geschultes pflegendes Familienmitglied steht manchmal ganz alleine da, weil es vielleicht keine weiteren Familienmitglieder gibt. Oder die pflegende Person erhält zu wenig Anerkennung, Achtung, Zuwendung seitens der restlichen Familie, vielleicht sogar Abwendung aus Scham und der Pflegende wird mit sich und der pflegebedürftigen Person allein gelassen.

Folgen der Belastungen

Rasch entstehen aufgrund vieler Einschränkungen und notwendiger Umstellung und Veränderung des bisherigen Lebensalltags Frust, Depression und Aggression, doch diese Folgen werden häufig zu spät als solche erkannt. Die Auswirkungen der Betreuungsübernahme wurden von Wilz, Adler und Gunzelmann (2001) zusammengefasst: Die pflegenden Angehörigen erfahren eine Verschlechterung in Bezug auf ihre physische und psychische Gesundheit und auch ihres Gesundheitsverhaltens (z.B. gesundheitliche Vorsorge, Schlafqualität), es treten finanzielle Belastungen auf, die Qualität und auch Quantität der sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie wer-

den stark eingeschränkt und Zukunftsperspektiven sowie persönliche Handlungsräume werden begrenzt (Wilz, Adler, Gunzelmann, 2001, zit. nach Seidl, Labenbacher, 2007).

Wie gehen in diesen Situationen die pflegenden Angehörigen mit solchen Gegebenheiten um? Wie sieht es in ihrer Seele aus und was erleben sie sonst noch alles, was niemand weiß? „Betroffene und pflegende Angehörige haben für Fragen zur Gesundheit und Pflege keine klar definierten, übersektoralen Anlaufstellen“ (BAG, 2009, S 3). Wenn dann noch seitens des zu pflegenden Angehörigen Ängste und Sorgen hinzukommen, führt dies zu Ungereimtheiten und kann relativ rasch beiderseits Aggressionen auslösen. Sorgen können entstehen, indem die pflegebedürftige Person einerseits Angst bekommt, vom pflegenden Familienmitglied abhängig zu werden und sich andererseits die Frage stellt, ob der Pflegende überhaupt fähig und in der Lage ist, zu pflegen (z.B. ob die Pflegeperson die bedürftige Person gut behandelt) und wenn nicht, ob im Falle einer professionellen Pflege diese auch leistbar ist.

Dies sind alles weitere Faktoren, die belastend wirken, wodurch wiederum Aggressionen und Gewalt (z.B. aus Scham, Zorn, etc.) entstehen können, welche letztlich gegen pflegende Angehörige gerichtet sind. Pasch (2010) kam zu der Erkenntnis, dass die Pflegeschulung für Laien in Niederösterreich kaum angeboten wird, obwohl dafür geworben wird, daher ist in diesem Sinne auf ihre Diplomarbeit „Schulungsprogramme für pflegende Angehörige“ zu verweisen (Pasch, 2010). In der vorliegenden Arbeit würde eine nähere Betrachtung der Schulungsmöglichkeiten das Pensum einer Diplomarbeit übersteigen.

Besonders stark betroffen sind die pflegenden Töchter, sie sind enormen Mehrfachbelastungen ausgesetzt, wie Pflege, Beruf, eigene Familie und Haushalt. Dazu spielt bei dieser größten Personengruppe der Hauptpflegenden die Behinderung beruflicher Karrieren eine überdeutliche Rolle. Aufgrund ihrer vielfältigen Verpflichtungen sind sie nicht mehr in der Lage, sich beruflich weiter zu qualifizieren. Eigene berufliche Pläne müssen wegen der Pflegeübernahme zurück geschraubt oder gar aufgegeben werden.

Wirtschaftliche und somit finanzielle Einbußen sind häufig die Folge der Übernahme von häuslicher Pflege, unabhängig von den möglichen Leistungen der Pflegeversicherung (Steimel, 2004). Für Gröning besteht Pflege auf der Basis eines ethisch begründeten Verständnisses in erster Linie in der humanen und reziproken Gestaltung einer Beziehung: sie ist Subjekt-Subjekt-Interaktion.

Angst, Scham, besonders auch Wut, Verzweiflung und Aggressionen sind bekannte Gefühle in der Pflege. Sie werden nicht mehr als ein bedauernswerter Unfall oder peinlicher Irrtum einer ansonsten von menschlichen Affekten bereinigten Beziehung begriffen. Vielmehr sind sie Wegweiser und Arbeitsmittel. Direkte Kommunikation von Gefühlen wie Unlust, Ekel, Aggression, etc...dient eher der Beschämung der Patienten und hebt den Subjekt-Objekt-Charakter der Beziehung nicht auf. So bedarf also die Kommunikation von Gefühlen in der Pflege der Kultivierung (Gröning, 2005).

Gröning (2005) berichtet in ihrem Buch „Entweihung und Scham, Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen“ über die Arbeiten über die Stellung des alten Menschen in früheren Gesellschaften vom Historiker Borscheid (1993). Die Arbeiten von Borscheid (1993) zeigen für die Pflegewissenschaft und die soziale Arbeit zwei bedeutende Dinge auf:

„Es ist ein Tatbestand, dass die Generationen in Spannungen zueinander stehen und dass alte Menschen verletzbar und verletzlich sind, je mehr sie abhängig von anderen Generationen sind. Dieser Spannungszustand ergibt sich durch einen historischen gemeinsamen Erfahrungszusammenhang, der die Generationen konstituiert“ (Borscheid, 1993, zit. nach Gröning, 2005, S 22).

Auch die Körpersprache spricht Bände, wenn man darüber Bescheid weiß bzw. sich Wissen aufgebaut hat. „Wissen über Körpersprache und deren Interpretation ist also hilfreich, Nachfragen „kostet“ aber „nichts“, sondern ist klärend und sichernd“ (Daneke, 2000, S 26).

Daneke (2000) schreibt, dass Kommunikation immer wieder verschieden ausfällt. Denn es ist abhängig davon, *wer wann* in welcher Situation und an welchem Ort und sogar in welcher psychischen und physischen Verfassung *wen* trifft – wie derjenige quasi aufgelegt ist. Das bedeutet, dass Kommunikation somit Gefühle transportiert. (Daneke, 2000). „Verstandene Angehörige sind verständnisvolle Angehörige“ (Daneke, 2000, S 17).

Motivation – Lust auf Angehörigenpflege

Eine Frage des Leitfadens bezog sich auf die Entscheidung, Angehörige selbst zu pflegen. Dazu sollen vorerst die Motive von Sigrid Daneke in ihrem Buch Angehörigenpflege erläutert werden:

„Motive sind die persönlichen Beweggründe, etwas zu tun („Bewegungsgründe“) – oder zu unterlassen – persönliche Interessen. Hat eine Person ein

persönliches Interesse an etwas (einer Sache, einer Person, einem Zustand, einer Veränderung), so geht sie engagierter, ehrgeiziger, zielorientierter, ausdauernder in einen solchen Prozess als wenn es ihr „egal“ wäre. Es gibt eine extrinsische und eine intrinsische Motivation: erstere beruht darauf, dass man etwas macht oder nicht macht, weil es so von außen („ex-“) gefordert, angeordnet oder per Abmahnung oder per Unterlassungsaufforderung initiiert wird. Bei der intrinsischen Motivation „will man etwas wirklich“, es ist einem etwas „ein inneres („in-“) Bedürfnis“, man steht mit seiner gesamten Person dahinter (Daneke, 2000, S 136). Die intrinsische Motivation ist laut Daneke (2000) wesentlich effektiver (Daneke, 2000).

3. Empirischer Teil – Methodologie & Forschungsdesign

Zu Beginn soll ein kurzer Überblick über die Vorgehensweise, das verwendete Design und die Forschungsmethode gegeben werden. Es wird näher auf die Stichprobenwahl, Datenerhebung, sowie Datenauswertung und auf die Analyse der Transkripte eingegangen. Auch ethische Aspekte sollen nicht unerwähnt bleiben.

3.1. Qualitatives Forschungsdesign

Mayer (2007) bezeichnet den Begriff „Design“ allgemein als „...einen Entwurf oder die Anordnung von Elementen zu einem Gesamtwerk.“ und beschreibt das Studien- oder Forschungsdesign als „die grundsätzliche Anordnung, das Vorgehen bei einer Forschungsarbeit; es legt den Weg fest, den man gehen möchte“ (Mayer, 2007, S 113).

Die vorliegende Arbeit handelt – wie eingangs bereits erwähnt – um das Verstehen, das subjektive Erleben und Erfahren von Gewalt oder Aggression von pflegenden Angehörigen durch ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder. Durch die Fragestellung wird sichtbar, dass offenes methodisches Vorgehen als notwendig und somit der qualitative Forschungsansatz als der Richtige gilt. Mayer (2007) stellte fest, dass mit qualitativer Forschung Phänomene des menschlichen Erlebens so weit wie möglich „ganzheitlich und von innen heraus (subjektiv) erfahren“ und verstanden werden sollen. „Qualitative Forschung *in der Pflege* bezieht sich darauf wie Patienten, Pflegende und andere Beteiligte ihre Wirklichkeit erleben und gestalten“. Das Interesse liegt bei qualitativer Forschung an der subjektiven Wirklichkeit und der persönlichen Wahrheit dieser Persönlichkeiten (Morse, Field, 1998, S 1).

Hier geht es um einen Prozess, bei dem eine Theorie induktiv und Schritt für Schritt entwickelt wird. „Die Theorie entspricht dem Untersuchungsgegenstand und hat für den Zeitpunkt der Untersuchung Gültigkeit“ (Morse, Field, 1998, S 10).

Qualitative Resultate liefern detaillierte Beschreibungen, somit ist der Leser in der Lage, die klinische Praxis zu verstehen und kann ihr einen Sinn geben. „Sie ist ein Fenster in die Welt des anderen, ermöglicht ein einführendes Verständnis der Welt“. Dadurch erhält der Leser die Fähigkeit, die möglicherweise unverständlichen Situationen und Verhaltensweisen besser zu verstehen. (Morse, Field, 1998, S 17).

„Das Forschungsziel qualitativer Forschung besteht darin, die Prozesse zu rekonstruieren, durch die die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Strukturierung hergestellt wird“ (Lamnek, 2010, S 30). Hieraus resultieren bestimmte Ansprüche an die Sozialforschung, weshalb Lamnek (2010) die Merkmale von qualitativer Sozialforschung wie folgt anführt:

- **Interpretativ:** „Die soziale Realität wird als gesellschaftlich, ihr Sinn also durch Interpretation und Bedeutungszuweisung konstruiert und nicht objektiv vorgegeben, aufgefasst“ (Berger, Luckmann, 1974, zit. nach Lamnek, 2010)
- **Naturalistisch:** „Das Untersuchungsfeld ist die natürliche Welt, die mit naturalistischen Methoden erfasst und beschrieben werden soll“ (Schatzmann, Strauss, 1973, zit. nach Lamnek, 2010).
- **Kommunikativ:** „Die methodologischen Regeln können nicht losgelöst von den vorgängigen Regeln des alltäglichen Kommunikationsprozesses festgelegt werden, da die soziologischen Methoden der Sozialforschung Kommunikation implizieren“ (Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, 1976b, zit. nach Lamnek, 2010, S 30)
- **Reflexiv:** „Die qualitative Sozialforschung soll “sich selbst in mehrfacher Hinsicht kritisch reflektieren“ (Müller, 1979, S 1), was ein theoretisches und praktisches Problem von Soziologie und Sozialforschung ist“ (Beck, 1974, zit. nach Lamnek, 2010, S 30)
- **Qualitativ:** „Die qualitative Forschung grenzt sich von standardisierten Methoden der empirischen Sozialforschung ab und bezieht sich auf nicht-standardisierte Formen, um den Untersuchungsgegenstand angemessen und offen gegenüberzutreten“ (Hopf, Weingarten, 1984, zit. nach Lamnek, 2010, S 30f).

Von Beginn an sollte „mehr Offenheit dem Gegenstand gegenüber“ zugestanden werden und die Augen müssen während des gesamten Forschungsprozesses „offen für Unerwartetes“ gehalten werden (Mayring, 2002, S. 28).

3.2. Methodenwahl der Datenerhebung

Die Autorin hat sich aufgrund der Fragestellung und dem zu erforschenden Thema für episodische Interviews kombiniert mit einer Gruppendiskussion, die sich unerwartet ergeben hat, als Datenerhebung nach Flick (Flick, 1995, 2010) entschieden.

3.2.1. Das episodische Interview nach Flick (1995)

Bei Einzelinterviews werden mehrere Individuen zu verschiedenen Zeitpunkten (einzeln, jeweils alleine) befragt. Bei einem episodischen Interview ist der Ausgangspunkt die Annahme, dass Erfahrungen der Subjekte in Bezug auf einen bestimmten Gegenstandsbereich in Form von narrativ-episodischem Wissen und in Form von semantischem Wissen abgespeichert und erinnert werden. Die erste Form ist erfahrungsnah und bezogen auf konkrete Situationen organisiert, die zweite Form des Wissens enthält hingegen davon abstrahierte, verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge. Es wurde ein eigenes Verfahren erstellt, dass narrativ-episodisches Wissen über Erzählungen erheben und analysieren aber semantisches Wissen in konkret-zielgerichteten Fragen zugänglich machen kann, damit beide Bestandteile des Wissens über einen Gegenstandsbereich erfasst werden können. Das episodische Interview verfolgt das Ziel, bereichsbezogen zu ermöglichen, Erfahrungen in allgemeiner, vergleichender Form darzustellen und ebenso die entsprechenden Situationen und Episoden zu erzählen. Darüber hinaus wird zur Orientierung über die thematischen Bereiche, zu denen solche Erzählungen erbeten werden sollen, ein Leitfaden erstellt (Flick, 1995).

3.2.2. Die Gruppendiskussion nach Flick (2010)

Bei einer Gruppendiskussion wird eine Gruppe von Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt interviewt oder befragt. Der Gruppendynamik und der Diskussion unter den Teilnehmern bei der Durchführung von Gruppendiskussionen wird eine besondere Bedeutung beigemessen (Flick, 2010). Hierzu wird von Blumer (1973) beschrieben:

„Eine kleine Anzahl (...) Individuen, die zu einer Diskussions- und Informantengruppe zusammengebracht werden, sind ein Vielfaches gegenüber einer repräsentativen Stichprobe wert. Solch eine Gruppe, die gemeinsam ihren Lebensbereich diskutiert und ihn intensiv prüft, wenn ihre Mitglieder sich widersprechen, wird mehr dazu beitragen, die den Lebensbereich verdeckenden Schleier zu lüften als jedes andere Forschungsmittel, das ich kenne“ (Blumer, 1973, S 123, zit. nach Flick, 2010, S 250).

Die verschiedenen Formen der Gruppe haben als gemeinsames Kennzeichen der Varianten die Diskussion über ein bestimmtes Thema in

- einer natürlichen Gruppe (d.h. auch im Alltag bestehenden Gruppe) oder
- einer künstlichen Gruppe (d.h. zu Forschungszwecken nach bestimmten Kriterien zusammengestellten Gruppe).

Weiters erfolgt eine Unterteilung zwischen homogenen und heterogenen Gruppen:

Homogene Gruppen: Die Teilnehmer sind im Hinblick auf die Fragestellung in den wesentlichen Dimensionen miteinander vergleichbar, haben einen ähnlichen Hintergrund, etc.

Heterogene Gruppen: Die Teilnehmer unterscheiden sich in den für die Fragestellung relevanten Eigenschaften, was die Dynamik in der Diskussion verstärken soll. Hier ist das Ziel, dass einerseits möglichst differierende Perspektiven darin geäußert werden und andererseits, dass ihr Aufeinanderprallen die einzelnen Teilnehmer stärker aus der Reserve lockt.

Für diese eine Gruppendiskussion in der vorliegenden Arbeit ergab sich automatisch durch die Fragestellung die natürliche, homogene Gruppe. An der Diskussion nahmen die Ehefrau des verstorbenen pflegebedürftigen Angehörigen, zwei Töchter und ein Enkel teil. Die Witwe und eine Tochter pflegten ihr Familienmitglied über einen längeren Zeitraum gemeinsam in einem Haushalt, wobei die zweite Tochter ebenso pflegen wollte, dies jedoch der Pflegebedürftige ablehnte.

3.2.3. Stichprobenbestimmung und Sample

Die Zielgruppe wurde mittels „Schneeballverfahren“ ermittelt und bezog sich auf eine Gemeinde im Bundesland Niederösterreich. Das bedeutet, man beginnt einige Forschungsteilnehmer auszuwählen, zu denen man leicht einen Zugang findet. Über diese Kontakte ergeben sich weitere geeignete Probandinnen und Probanden (Mayer, 2007).

Kriterien für die Probandinnen und Probanden

Mayer (2007) schreibt, dass die Stichprobenbildung in der qualitativen Forschung zweckgebunden ist. Das bedeutet, die Auswahl der Probanden muss gewisse Kriterien erfüllen, z.B. handelt es sich „...um Personen, die ein ähnliches Erlebnis hatten (z.B. Frauen nach einer Brustoperation), aus einem bestimmten Umfeld stammen...“ (Mayer, 2007).

Pflegende Angehörige, die in der Vergangenheit (retrospektiv) für mindestens drei Wochen pflegebedürftige Familienmitglieder pflegten und dabei Aggressionen oder Gewalt (psychische und physische Gewalt, nicht jedoch sexuelle Gewalt) erlebten. Über das Schneeballverfahren ergab sich jedoch eine einzige Ausnahme in Bezug auf retrospektive Pflege: Eine Person, die seit 20 Jahren bis heute ihren Angehörigen pflegt, wurde in Stichprobe aufgenommen. Die Suche wurde auf das südliche Niederösterreich eingegrenzt.

Ob die Übernahme der Pflege der Angehörigen plötzlich passierte oder über einen längeren Zeitraum vorhersehbar war, spielte keine Rolle.

Ausschlusskriterien – auch für die Literaturrecherche – waren sexuelle Gewalt und Angehörige mit schwerer, weit fortgeschrittener Demenz. Die Teilnehmer, die sich für ein Interview zur Verfügung stellten, verfügten über keine pflegerische Ausbildung. Diese genannten Informationen sind „kriterienbezogen“ und sollten einer gezielten Erhebung entsprechen, die mit dieser Art der Stichprobengewinnung am ehesten zu vergleichen ist (Mayer, 2007).

Beschreibung des Samples

Das Sample soll in Tabellenform in *Tab. 1* übersichtlich dargestellt werden:

SAMPLE	Interview	Codes	Teilnehmer	Dauer in Min.
Episodisches Interview	1	B1	Frau Luise	64
Gruppen-diskussion	2	B2	Frau Lara	118
	2	B3	Frau Saphira	118
	2	B4	Frau Fantaghiro	118
Episodisches Interview	3	B5	Frau Anastasia	44
Episodisches Interview	4	B6	Frau Anabell	65
Episodisches Interview	5	B7	Frau Sissy	53
Episodisches Interview	6	B8	Frau Morgana	31

Tab. 1: Sample und Interviewdauer

Die oben in *Tab. 1* angeführten Interviews fanden in einem Zeitfenster von 26. Juli bis 19. September 2011 statt. Das durchschnittliche Alter beträgt 57 Jahre, wobei die älteste Interviewpartnerin 75 Jahre alt ist, die Jüngste 46.

Die Autorin hat sich kurzerhand entschlossen, keine näheren demographischen Angaben zu machen, um die Anonymität zu bewahren, weil es sich um eine kleine Gemeinde in NÖ handelt. Die Reihenfolge der Interviews wurde verändert. Die Namen der Personen, genannte Ortschaften oder weitere bedeutende Angaben wurden durch Phantasienamen oder Buchstaben ersetzt und anonymisiert.

Gesamt wurden fünf Einzelinterviews und eine Gruppendiskussion mit drei teilnehmenden Personen durchgeführt.

Das Sample bestand aus acht weiblichen Teilnehmerinnen, wobei an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass die Konzentration nicht auf weiblichen Probanden lag, sondern sich diese Tatsache durch das Schneeballverfahren ergeben hat. Jedes Interview war für 30-65 Minuten angesetzt, zumindest wurde soviel Zeitraum eingeplant. Bei vier Interviews passte dieser Zeitrahmen gut. Das kürzeste Interview nahm lediglich 31 Minuten in Anspruch, das längste – es handelt sich um das Gruppeninterview - zwei Stunden.

Es erfolgte bereits vor der Einreichung des Exposés eine Kontaktaufnahme zu ehemals acht pflegenden Angehörigen, welche sofort einem Interview mit großem Interesse zustimmten. Letztlich ergaben sich im Laufe der Zeit und nach Abgabe des Exposés unerwartet Änderungen in Bezug auf die Zielgruppe. Eine Interviewpartnerin viel aus, während eine Neue hinzu kam. Das angekündigte Gruppengespräch teilte sich unerwartet in ein einziges Einzelinterview auf. Durch dieses Interview ergab sich, dass die Autorin nun doch auch die Schwägerin der Interviewten in einem extra Interview zu einer Pflegebedürftigen befragen durfte.

So ergaben sich zwei Einzelinterviews statt einem Gruppengespräch mit vier Personen, weil zwei Söhne sich kurz vorher gegen ein Interview entschieden. Andererseits ergab sich aus einem ursprünglich angesetzten und vereinbarten Einzelinterview mit einer Witwe plötzlich eine Gruppendiskussion mit jener Witwe und deren Tochter. Somit wurden beide Interviewpartnerinnen in einer gemeinsamen Diskussion nach ihren Erfahrungen befragt. Ursprünglich sollten diese beiden Personen dieser einen Familie nur zu zweit interviewt werden, d.h. es wurde ein gemeinsamer Termin bei ihnen zu Hause vereinbart.

Jedoch stieß während dieses Interviews überraschend, weil nicht vereinbart, noch eine weitere Schwester und deren Tochter, also auch eine Enkelin des verstorbenen Pflegebedürftigen, dazu. Die Enkelin blieb im Hintergrund, weil sie nur zuhören und sich nicht am Gespräch beteiligen wollte. Aufgrund dieser unvorhergesehenen Ereignisse verlängerte sich die angesetzte Interviewzeit auf das Doppelte. Durch die Euphorie der Teilnehmer des Gruppengesprächs wurde mehr erzählt, als von der Autorin erwartet wurde. So wurde die Transkription dieses Gruppengesprächs auf das Wesentliche, das Thema betreffend, eingeschränkt, um den Rahmen der Arbeit nicht zu überschreiten.

Die restlichen fünf Personen wurden einzeln interviewt. Alle Interviewpartner waren sehr interessiert, fühlten sich während des offen gehaltenen, aber doch leitfadengestützten Gesprächs sehr wohl und waren der Autorin gegenüber vertrauensvoll und aufgeschlossen. Die anfängliche Vermutung der Autorin, die Interviewpartner würden aus Schamgefühl, Angst und mangelndes Vertrauen die Fragen nur eingeschränkt beantworten, konnte nur teilweise bestätigt werden. Vermutlich begründen eher Skepsis, Angst und Schamgefühl eine gewisse Distanz und Zurückhaltung während der Interviews im Vergleich zu den Gesprächen davor und danach, bei denen diese Eigenschaften nicht hervortraten.

3.2.4. Vorbereitung und Verlauf der Interviews

Die ersten Teilnehmer wurden telefonisch im Juni und Juli 2011 kontaktiert. Weitere Interviewpartner fanden sich im Zuge des Schneeballverfahrens. Die Suche gestaltete sich nicht sehr einfach, da es sich um eine kleine Gemeinde handelt, in der beinahe „jeder den Anderen“ kennt. Das Interesse war zu Beginn groß, es wurde sogleich einem Interview mit Tonbandaufzeichnung zugestimmt und jeweils ein Interviewtermin vereinbart. Im Rahmen der Durchführung der Interviews war es nur in vier Fällen gestattet, in den persönlichen Lebensraum der Befragten einzutreten. Ein Interview wurde aus verschiedenen Gründen in den Räumlichkeiten der Autorin abgehalten und eine weitere Befragung fand bei einer benachbarten Freundin einer Interviewpartnerin statt.

Gesprächsleitfaden für das episodische Interview

Der Inhalt des Gesprächsleitfadens, welcher eine Struktur in das Gespräch bringen soll, wurde aufgrund vorangegangener Literaturrecherche festgelegt.

Anlehnend an Schulz (2006) wurden einige Fragen von seinem Leitfaden übernommen, bzw. themengerecht umgeformt. Der Leitfaden wurde den Interviewteilnehmern vor Beginn des Interviews ausgehändigt, um den roten Faden nicht zu verlieren. Die Fragen wurden ebenso in Anlehnung an Schulz (2006) in diverse Themenkomplexe unterteilt (Schulz, 2006).

Interviewleitfaden

Hauptfrage: Wie erleben pflegende Angehörige aggressives Verhalten durch pflegebedürftige Familienmitglieder?

Daraus ergaben sich einige Unterfragen für den Leitfaden, der im Anhang unter *Abb. 4* abgebildet wird.

Zu Beginn des Interviews wurde nach der gegenseitigen Vorstellung nochmals auf das Thema hingewiesen und ein Leitfaden mit entsprechenden Fragen in unterschiedlicher Reihenfolge verwendet und vorgelegt, um den Einstieg zu erleichtern. Die Fragen wurden nicht nach Schema gestellt, sondern nur, wenn es die Situation passend zuließ, d.h. es wurde nicht starr abgefragt. Manche Fragen wurden seitens der Erzählerinnen von selbst beantwortet. Teilweise wurden Zwischenfragen bzw. Rückfragen gestellt, um die Erzählung noch mehr zu fördern bzw. um Antworten zu hinterfragen oder genauer auszudrücken. Lediglich die Reihenfolge der ersten beiden Fragen des Themenkomplexes „Gewaltverständnis“ und die Frage Nr. 1 vom Themenkomplex „Gewaltereignis & Belastungen“ wurden, wie in *Abb. 1* dargestellt, beibehalten:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Woran denken Sie, wenn Sie: „Gewalt oder Aggression in der Pflege“ hören? Was fällt Ihnen dazu ein?2. Wie definieren Sie selbst die Begriffe Aggression und Gewalt? Bitte erzählen Sie.3. Haben Sie im Rahmen Ihrer Angehörigenpflege Aggressionen oder Gewalt erlebt und wenn ja, in welcher Form und Situation erlebten Sie als pflegender Angehöriger im Rahmen Ihrer Angehörigenpflege Aggressionen oder Gewalt? |
|---|

Abb. 1: LF Gewaltereignis u. Gewaltverständnis

Spätestens nach der 3. Frage in *Abb. 1* bemerkte die Autorin eine Erleichterung des Erzählflusses. Eine persönliche Definitionen von Gewalt und Aggression zu äußern wurde von den Interviewpartnerinnen als eher schwierig empfunden.

3.3. Ethische Grundsätze

Das gewählte Thema und die Forschungsfrage verlangt nach ethischen Überlegungen, da es sich um ein für die Betroffenen persönliches und unangenehmes Thema handelt.

Es ist ein besonderes Thema, dass durch die Größe des Problems, auch durch notwendig aufzuwendende Kosten in der Pflege, wenig erforschte Belastungssituationen bei privat Pflegenden, etc. zu einem Durchbrechen eines Tabus führen soll.

Die ethischen Überlegungen sollen nachstehend näher erläutert werden:

Die acht Interviewpartnerinnen wurden von Vornherein über das Ziel und den Hintergrund der vorliegenden Diplomarbeit informiert. Das Exposé wurde jeder von ihnen ausgehändigt, um einen genauen Überblick dieser Untersuchung zu erhalten. Es wurde darauf hingewiesen, dass jedes Interview auf Tonband aufgezeichnet wird und diesbezüglich um Zustimmung angesucht. Jede Teilnehmerin wurde auf die Freiwilligkeit hingewiesen und die Anonymität zugesichert. Auch die Möglichkeit, sich kurzfristig gegen ein Gespräch zu entscheiden oder während des Interviews auf bestimmte Fragen nicht antworten zu müssen, wurde erwähnt. Ebenso wurden alle Teilnehmerinnen darüber informiert, dass die aufgenommenen Interviews auf Tonband und die darauf folgende Verschriftlichung nur der Forscherin und dem Betreuer dieser Arbeit zugänglich sind.

Wurden persönliche Daten, Namen oder Orte im Interview genannt, wurden diese anonymisiert, in dem sie durch beliebige Namen oder Buchstaben ersetzt wurden, sodass kein Rückschluss auf diese Daten gezogen werden kann. Es wurde weiters eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang) zur Unterschrift ausgehändigt, mit welcher die Befragten ihre Zustimmung gaben. Die Transkripte und Tonbandaufzeichnungen werden eine Zeit lang bei der Forscherin aufbewahrt und spätestens nach einem Jahr vernichtet.

3.4. Datenauswertung

3.4.1. Transkription

Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring (2008) wurden die Interviews ausgewertet. Die Audiodateien wurden auf den PC geladen und in das Transkriptionsprogramm „f4“ (Dresing, Pehl, 2011) geladen, um die Daten zu verschriftlichen. Es wurde wörtlich nach Richtlinien in Anlehnung an Froschauer und Lueger (Froschauer, Lueger, 2003) transkribiert, wobei auf einige Regeln wie gedehnte Sprechweise (e t w a s o) verzichtet oder welche abgeändert wurden.

Die Begründung liegt darin, dass die Transkripte jeweils als „rtf.“ Dateien in Word 2003 gespeichert wurden, um diese Dateien später in das Programm „MAXQDA10“ hoch zu laden.

Bei einer Kategorienbildung hätte dieses Programm zum Beispiel eine gedehnte Sprechweise nicht zuordnen können. Der Dialekt wurde 1:1 übernommen. Nun sind solche Texte mit „ah..., ähm..., uhh...“ und ähnlichen Äußerungen nicht leicht leserlich, deshalb wurden in einem weiteren Schritt für eine verbesserte Lesbarkeit jene Textstellen ohne dieser Laute übertragen, die als Zitate oder Kodiereinheiten in diese Arbeit aufgenommen wurden. Dabei wird der Dialekt beibehalten, die Satzbaufehler werden jedoch nach Notwendigkeit behoben und der Stil im Sinne von Auslassungen von Lauten leicht geglättet.

„Dies kommt in Frage, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wenn der Befragte beispielsweise als Zeuge, als Experte, als Informant auftreten soll“ (Mayring, 2002, S 91).

Zu Beginn der Transkription wurden die Transkriptionsregeln von Froschauer und Lueger (2003) 1:1 übernommen. Nach der ersten Transkription wurden zur Vereinfachung der Transkription und auch Lesbarkeit eigene Regeln aufgestellt und nur teilweise die Regeln von Froschauer und Lueger (2003) weiter verwendet, wie in *Tab. 2* abgebildet. Die weitere Begründung der eigens aufgestellten Regeln liegt auch darin, weil sich die Autorin dem Programm MAXqda anpassen musste, da dieses z.B. die gedehnte Schreibweise (e t w a s o) nicht übernimmt.

Transkriptionsregeln modifiziert

Eigens modifizierte Transkriptionsregeln in Anlehnung an Froschauer und Lueger (2003)		
1.	Absatznummerierung	erfolgt automatisch im Programm f4 und anschließend beim Hochladen in das Programm MAXqda10
2.	Kodierung der Gesprächsteilnehmerinnen	"I" ist der Code für die Interviewerin (Autorin) "B1" , "B2" , "B3" , etc... sind die Codes für die befragten Personen
3.	Gesprächspausen der Interviewteilnehmerinnen	Zeitangabe: pro Sekunde wird ein Punkt angeführt: ". . . ." steht z.B. für 4 Sekunden
4.	Nichtverbale Äußerungen	wie Lachen, Weinen oder Seufzen werden in runder Klammer angegeben: "(lacht)" , "(weint stark)" oder "(seufzt)"
5.	Hörersignale bzw. gesprächsgenerierende Beiträge	werden als normaler Text angeführt, wie: "mhm" , "äh" , "mmh" diese Äußerungen werden nach Notwendigkeit bei übertragenen Zitaten in die Diplomarbeit entfernt
6.	Unverständliches oder vermuteter Wortlaut	wird mit (?) oder (Teil des unverständlichen Wortes?) markiert
7.	Gedehnte Sprechweise, starke Betonung, starke Hervorhebung des gesprochenen Wortes der Befragten	wird durch Fettschrift gekennzeichnet, etwa so: "hob i des notwendig?"
8.	Zitate, die durch die freie Erzählung einen großen Umfang aufweisen, von denen aber nur der inhaltlich relevante Teil in die Diplomarbeit übernommen werden kann	werden bei Auslassung von Textteilen mit runder Klammer links und rechts, dazwischen mit 3 Punkten gekennzeichnet. Etwa so: "(...)" Text "(...)"

Tab. 2: eigens modifizierte Transkriptionsregeln

Das erste transkribierte Interview musste nach dem Hochladen in das Programm MAXqda10 den Regeln (*Tab. 2*) entsprechend neu formatiert werden, was sehr zeitintensiv war.

Die Hervorhebung durch Fettschrift (siehe *Tab. 2*) für besonders betonte Testpassagen durch die Interviewteilnehmerinnen wird anschließend auch in der Ergebnisdarstellung übernommen, wenn ein Originalzitat eingefügt wird. Die Originalzitate aus den Interviews werden *kursiv* und leicht eingerückt dargestellt, um diese vom Text erkenntlich abzugrenzen.

3.5. Schritte zu den Analyse-Ergebnissen

Zu Beginn werden die Schritte der Auswertung zum besseren Verständnis aufgezeigt und in Form von Ausschnitten verschiedener Coding-Tabellen aus dem Programm MAXqda10 kurz in *Tab. 3* dargestellt.

Gekürzte Schritte 2-5: Paraphrase – Reduktion	Anzahl d. Codings gesamt
Gesamtausgabe+ Hauptkategorien/Themen Kategorien 1-8	
Themen Codings Gesamt - 1. Auswurf von Kategorien	959
TK1: Biografische Hintergründe	66
TK2: Gewaltverständnis	56
TK3: Gewaltereignis und Belastungen	335
TK4: Beziehung und Emotionen	85
TK5: Wahrnehmungen im Umfeld	97
TK6: Umgang mit belastenden Situationen	236
TK7: Pflegeverständnis und Erkenntnisse	50
TK8: Folgen	34

Tab. 3: Kategorien u. Anzahl Codings aus MAXqda10

Wie aus der *Tabelle 3* ersichtlich, lassen sich gesamt 8 Hauptkategorien als Themenkategorien benennen. Die gesamten Codings in Spalte 2 zeigen die Anzahl der ausgewählten Verknüpfungen, also Zuordnungen von Codes zu den inhaltlich relevanten Textpassagen nach der 1. Reduktion. Die Hauptkategorien nach der 1. Reduktion unterteilen sich in sämtliche Unterkategorien, deren genaue Auflistung im Anhang unter *Tab. 8* zur Nachvollziehung zu finden ist. Nachdem sich die Unterkategorien eindeutig als zu umfangreich erwiesen haben, wurden diese einer weiteren Reduktion und Bündelung unterzogen, damit in Folge erneut zusammengefasst und abstrakter codiert werden konnte. Gemeint ist hiermit, dass auch verstreute, aber zusammenhängende Generalisierungen zusammengefasst wurden.

Das Ergebnis nach der 2. Reduktion und der Bündelung stellt die zentralen Hauptkategorien und jeweiligen Unterkategorien dar und sieht dann wie in der *Tab. 4* abgebildet aus:

IP	Gekürzte Schritte 2-5: Paraphrase – Reduktion Hauptkategorien mit Unterkategorien	Absatz Beginn	Absatz Ende	Textsegment
B2 B3 B4	TK3: Gewaltereignis und Belastungen\ Verweigerung	164	164	Da kann man auch nicht schlafen, weil du imma schau'n musst: is er nich umgefallen . is er nich aus'm Sessl rausgefallen oda was . . hat sich komplett geweigert ins Bett zu geh'n.
B1	TK4: Beziehung und Emotionen\ Persönliche Wahrnehmung der Pflegebedürftigen	318	318	Es woar wirklich oft so, i hob, ah, es woar der Teifi in ihr oft. I hob's wie gesogt net wieder erkannt. Für mi woar des a Katastroph'n, wie's so woar. I hob's so net kennt mei "T" (anonymisiert). Sie woar . sie woar's net. Für mi woar's teilweise wia . i hob eh gsogt . "XYZ" . wir foahn (fahren) zum "XYZ"!
B6	TK4: Beziehung und Emotionen\ Persönliche Wahrnehmung der Pflegebedürftigen	27	27	Oder haut's mi owi über d' Stieagn oder i geh do jetzt net rauf mehr oder i leg mi jetzt net nieda oder i nimm mei Pulver net, weil des hot's daunn im Wangerl drinnen lossn und hot's net runter geschluckt, die woar oba net, dass einem selbst verletzen wollte. Und waunn sie daunn ob und zua an hellen Blick ghobt, an hellen Zeitpunkt ghobt hot, dann woar sie irrsinnig traurig, dass sie uns so zur Last fällt.
B5	TK4: Beziehung und Emotionen\ Zukunftsangst	128	128	I denk hoit scho öfter no zruck, oba i hob ma hoit daunn imma wieda denkt: mein Gott, des woar hoit so . . ah . des is so und umgekehrt nebensbei (nebenbei) denk i ma . ah denk i ma daunn wieda, najo, ah , wie's mit mir a moi wird? Und sei (sie) woarn daunn daunkboar und mit der Zeit vergisst' des ois, oba es is hoit is Lebn' so. Do vergisst des Gaunze.
B2 B3 B4	TK3: Gewaltereignis und Belastungen\ Formen von Aggression oder Gewalt	210	210	B3: Geäußert nicht, aber sein Verhalten, das hat man gespürt und . und lasst mich in Frieden, und und ich tu das nicht mehr und ich will das nicht, ich brauch keine Tabletten mehr, die helfen doch nicht, und . . ja. und hat dann wieder die Nacht im Sitzen verbracht.

Tab. 4: Schritte 2-5 / Paraphrase-Reduktion

Die *Tabelle 4* zeigt sowohl die zentralen Kategorien als auch die Unterkategorien, die während der Ausarbeitung immer wieder umbenannt, umcodiert, gebündelt und neu zugeordnet wurden, weil stets neue Ideen eingearbeitet werden mussten.

Durch die Bündelung entstanden die in *Tab. 5* angeführten Kategorien, die nun in die Ergebnisdarstellung einfließen und näher erläutert werden.

Durch die 2. Reduzierung und Bündelung ergeben sich folgende Kategorien und Unterkategorien:	
Hauptkategorien	Unterkategorien
TK1: Biografische Hintergründe	Pflegedauer und Verwandtschaftsgrad
	Ursache für Pflege
	Finanzen
TK2: Gewaltverständnis	Definition G/A
	Mißstände in der Pflege
TK3: Gewaltereignis und Belastungen	Empfindungsform G/A
	G/A Auslöser
	Erscheinungsformen G/A
	Gefühlsebene Pflegebedürftiger
	Wesensveränderung
	Verweigerungsform
TK4: Beziehung und Emotionen	Beziehungsform
	Pflegemotive
	Wahrnehmungen Pflegebedürftiger
	Zukunftsängste
TK5: Wahrnehmungen im Umfeld	Wahrnehmung Familie
	Kommunikation Umfeld
	Wahrnehmung Dritter
TK6: Umgang mit be- lastenden Situationen	Externe professionelle Hilfe
	Problembewältigung
	Ausblick/Lehre
	Rückblick Pflegesituation
TK7: Pflegeverständnis und Erkenntnisse	Erfahrungen
	Verantwortlichkeit
TK8: Folgen	Wechselwirkungen G/A
	Folgen

Tab. 5: Kategorien & Unterkategorien

Die in *Tab. 5* angeführten Haupt- und Unterkategorien sollen einen Einblick gewähren, wie die Textsegmente den Kategorien nach mehrmaligen Änderungen zugeordnet wurden.

Der nachstehende Screenshot der Maske des Programms MAXqda10 (siehe *Abb. 2*) soll einen Überblick geben, welche Möglichkeiten zur Analyse zur Verfügung stehen:

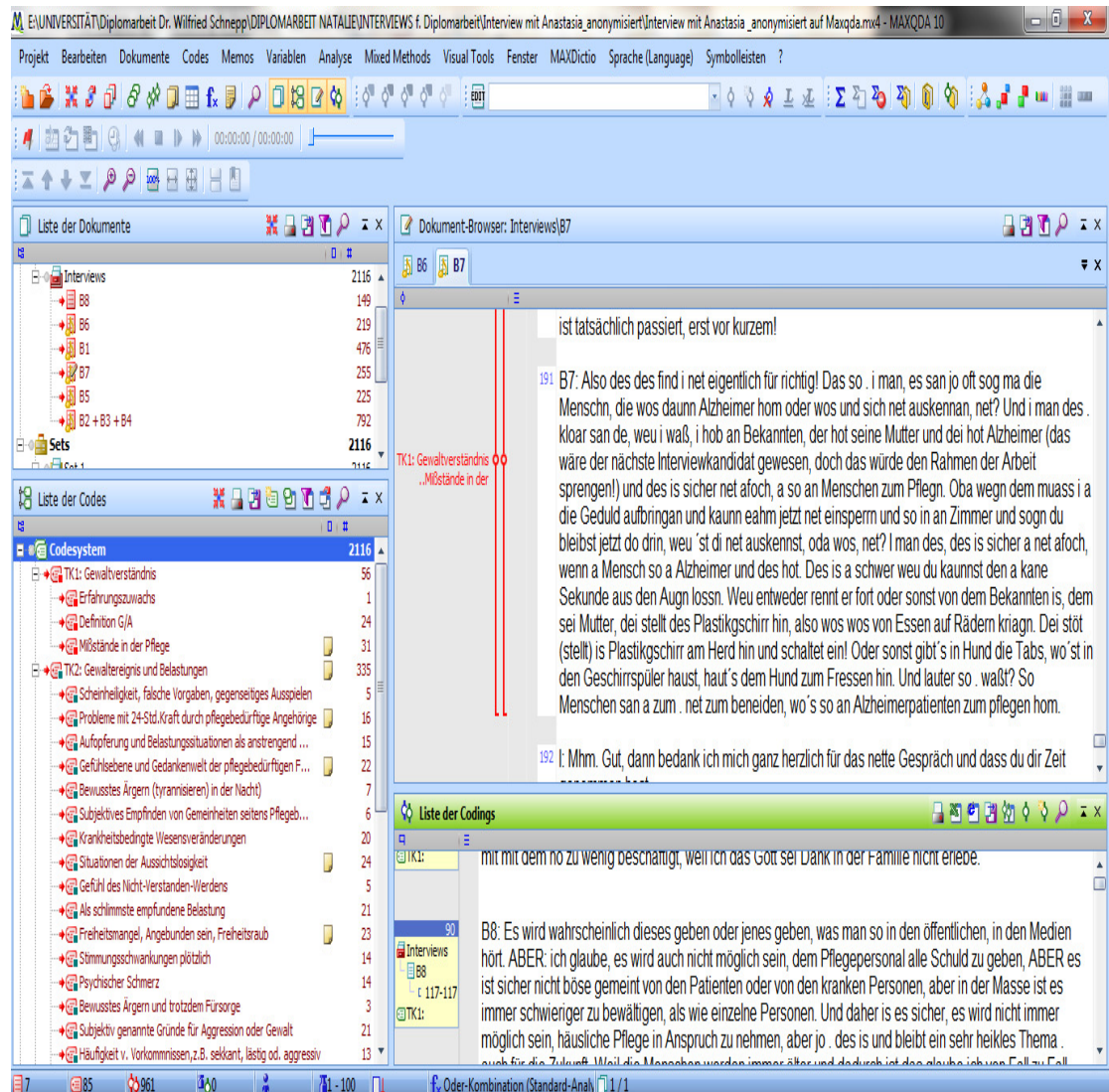


Abb. 2: Eigener Screenshot aus dem Programm MAXqda

Im linken unteren Fenster „Liste der Codes“ (*Abb. 2*) zeigt sich die Baumstruktur, durch die alle Kategorien und Subkategorien visualisiert werden, welche durch Codierungen mit den Textanalyseeinheiten - im rechten oberen Fenster „Document Browser“ - aufgebaut wurde. Das Programm ist nach kurzer Auseinandersetzung mit der Hilfe-Option gut zu bedienen. Die Möglichkeit Code-Memos zu erstellen, erleichterte das definieren der verschiedenen Kategorien. Kuckartz (2010) bietet zusätzliche praktische Hinweise für das Vorgehen der computergestützten Analyse qualitativer Daten (Ein Kapitel ist z.B. auch der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2008) gewidmet).

Er beschreibt in seinem Buch die fall- oder themenübergreifende Analyse leicht verständlich mit einzelnen Schritten, damit das gesamte Material zu einem bestimmten Thema gesichtet und die Ergebnisse zusammengefügt werden können.

3.6. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

„...Das Anliegen der qualitativen Inhaltsanalyse ist, eine Methodik systematischer Interpretation zu entwickeln, die an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt, sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht...“ (Mayring, 2008).

Mayring (2002) beschreibt drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse:

- Zusammenfassung
- Explikation
- Strukturierung

Nachdem in vorliegender Diplomarbeit die zusammenfassende Inhaltsanalyse in Verwendung tritt, werden das Ziel und die dazu notwendigen Schritte nachstehend näher erläutert. Als Zielsetzung der Analyse soll das Material so reduziert werden, „dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben“ und durch Abstraktion ein überschaubarer Korpus geschaffen wird, der immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist (Mayring, 2002, S 115).

Als Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse versteht Mayring die genaue Festlegung der jeweiligen Abstraktionsebene der Zusammenfassung. Nachstehend werden in *Abb. 3* die sieben Schritte des allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells einer Zusammenfassung dargestellt (Mayring, 2008).

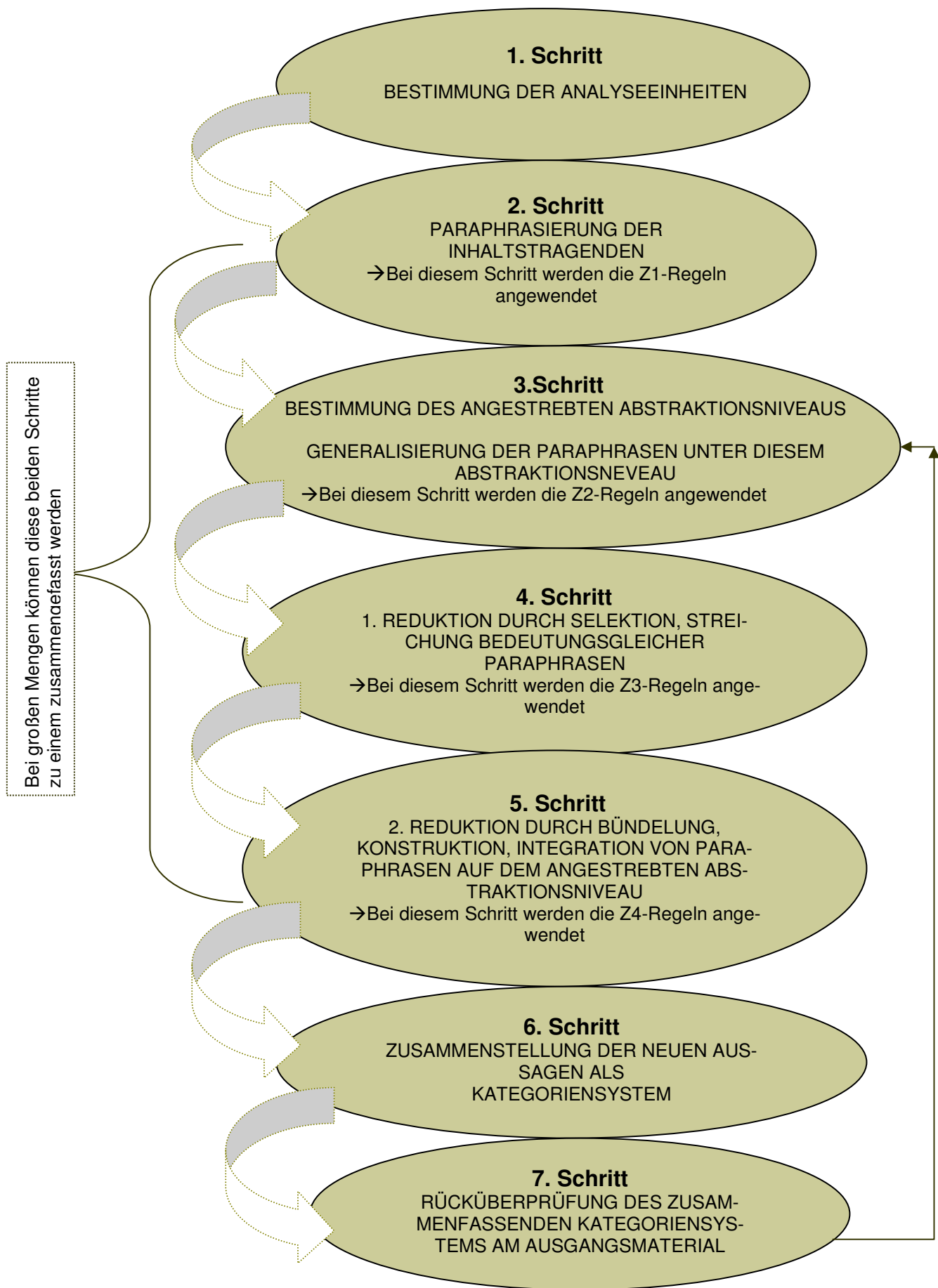


Abb. 3: Ablaufmodell zur Inhaltsanalyse (Mayring, 2008, S 60)

Wie der *Abb. 3* zu entnehmen ist, erfolgt beim 1. Schritt die Bestimmung der Analyseeinheiten. Im Zuge dieser Diplomarbeit werden ausschmückende Textstellen gleich zu Beginn ausgegrenzt, da die Schritte 2-5 von vornherein zusammengefasst werden, wie nachstehend beschrieben wird. Das bedeutet, es werden üblicherweise im 2. Schritt die inhaltstragenden Textstellen, die die persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse mit Aggression oder Gewalt, Belastungen als Folge, Umgang und Bewältigungsstrategien betreffen, paraphrasiert und auf eine einheitliche Sprachebene gebracht, was vor allem bei mehreren Interviewteilnehmern wichtig ist.

Im Zuge des 2. Schrittes wird nach den Z1-Regeln vorgegangen (Mayring, 2008). Schritt 3 sieht die erste Reduktion des Abstraktionsniveaus auf Basis des bestehenden Materials vor. Jene Paraphrasen, die unter dem Niveau liegen, werden nun generalisiert (verallgemeinert) und jene Paraphrasen, die darüber liegen, werden gemäß den Z2-Regeln nach Mayring (2008) belassen. Die hierdurch entstehenden inhaltsgleichen Paraphrasen werden im 4. Schritt unter Anwendung der Z3-Regeln gestrichen, die unwichtigen weggelassen, was die erste Reduktion darstellt (Mayring, 2008). Im Schritt 5 wird die 2. Reduktion durch Bündelung (Zusammenfassung) von sich aufeinander beziehende, verstreute Paraphrasen durchgeführt. Durch die zusammengefassten Paraphrasen entstehen nun im Zuge der letzten beiden Schritte mit Hilfe der Z4-Regeln neue Aussagen, die am Ende dieser Reduktionsphase genau überprüft werden müssen, um festzustellen, „ob die als Kategoriensystem zusammengestellten neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentieren“ (Mayring, 2008, S 61).

In der vorliegenden Diplomarbeit werden mehrere Analyseschritte (Schritt 2 bis Schritt 5) zusammengefasst, das bedeutet, die aussagen-unabhängigen Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt werden gebündelt und die Textstellen gleich auf das angestrebte Abstraktionsniveau gebracht, da die Datenerhebung große Materialmengen ergeben hat (Mayring, 2008). Im Vordergrund steht der thematische Gegenstand.

Um ein besseres Verständnis für die Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse zu erlangen, werden die Z-Regeln, die sich auf die vier Punkte der Reduktion beziehen, wie folgt nachgestellt (Mayring, 2008):

Z1: Paraphrasierung

Z1.1 Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2 Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2 :Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Z2.1 Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, so dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!

Z2.2 Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3 Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

Z3.1 Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!

Z3.2 Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3 Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden! (Selektion)

Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

Z4.1 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2 Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion, Integration)!

Z4.3 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion, Integration)!

Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!“

Z1-Regeln modifiziert nach Mayring (2008, S 62)

Gütekriterien der qualitativen Forschung

Mayring (2002) erwähnt verschiedene Maßstäbe und Kriterien, die für die qualitative Forschung wichtig sind und anhand derer die Qualität der Ergebnisse zum Vorschein gebracht werden kann. Auf die sechs allgemeinen Gütekriterien der qualitativen Forschung wird in dieser Diplomarbeit geachtet und sie sollen deshalb nachstehend erläutert werden (Mayring, 2002):

○ **Verfahrensdokumentation**

Das Vorgehen ist spezifisch auf den jeweiligen Gegenstand bezogen, es beinhaltet die Explikation des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, die Durchführung und die Auswertung der Datenerhebung (Kirk, Miller, 1986, zit. nach Mayring, 2002, S 145). Die Autorin wurde stark vom Autor Schulz (2006) beeinflusst, weshalb sich die vorliegende Arbeit an sein Buch „Gewalterfahrungen in der Pflege: Das subjektive Erleben von Gewalt in Pflegebeziehungen“ anlehnt (Schulz, 2006). Folglich plädierte Schulz (2006) mit den Worten „Dennoch wären weitere Untersuchungen erstrebenswert, in denen sich auch Patienten und deren Angehörige zu Gewalterlebnissen äußern könnten, um weitere Perspektiven der Betroffenen beachten zu können“ auf vertiefende Forschungsarbeiten (Schulz, 2006). Dem Wunsch auf weitere Untersuchungen konnte die Autorin insofern nachkommen, indem sie pflegende Angehörige in Bezug auf Gewalterlebnisse befragte. Die genaue Verfahrensdokumentation wird in den *Kapiteln 3.2 bis 3.5* dargestellt.

○ **Argumentative Interpretationsabsicherung**

Die Regel besagt, dass Interpretationen „argumentativ begründet werden müssen“ (Hirsch, 1967, Terhart, 1981, zit. nach Mayring, 2002, S 145). Sie müssen nicht nur in sich schlüssig sein, sondern auch wenn Brüche auftreten sollten, müssen diese erklärt werden. Um die Interpretationsabsicherung in der vorliegenden Arbeit nachvollziehbar zu machen, wird die Ergebnisdarstellung immer wieder von Originalzitaten aus Interviews untermauert. Zitate sind das Material für die Entstehung der Kategorie.

○ **Regelgeleitetheit**

Die Offenheit gegenüber dem Gegenstand und die Bereitschaft, „vorgeplante Analyseschritte zu modifizieren“ sind Voraussetzung, damit man näher zum Gegenstand gelangt. Das Vorgehen muss systematisch sein, dh. Schritt für Schritt. „Ohne Regeln jedoch wird qualitative Forschung wertlos bleiben“ (Mayring, 2002, S 146).

In dieser Diplomarbeit werden die erhobenen Daten mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2008) analysiert. Die Daten werden über das qualitative Programm MAXqda10 verwaltet. Ein Screenshot und Auszüge der Codierungen zur Nachvollziehbarkeit werden in Abbildungen dargestellt. Die dazu notwendigen Schritte finden sich im *Kapitel 3.5*.

- **Nähe zum Gegenstand**

Die Nähe zum Gegenstand wird dadurch erreicht, dass man nach Möglichkeit direkt in der Lebenswelt der zu untersuchenden Subjekte forscht. Im Rahmen der Durchführung der Interviews war es nur in vier Fällen gestattet, in den persönlichen Lebensraum der Befragten einzutreten. Zwei Interviews fanden außerhalb der eigenen vier Wände der Befragten statt (siehe *Kap. 3.2.4*).

- **Kommunikative Validierung**

Der Beforschte wird nicht nur als Datenlieferant betrachtet, sondern als denkendes Subjekt, wie auch der Forscher selbst (Mayring, 2002). Der Verlauf der Arbeit wurde mit dem Betreuer bei einem Diplomandenseminar besprochen und in weiterer Folge aufgrund der Entfernung des Betreuers per Email kommuniziert. Dies war äußerst hilfreich und ausschlaggebend für die Ausarbeitung bzw. Durchführung weiterer Schritte.

Für die Autorin war es selbstverständlich, sich mit weiteren Teilnehmerinnen vom Diplomandenseminar kurz zu schließen und zu kommunizieren. Während der Ausarbeitung wurde die Analyse mit dem Betreuer dieser Arbeit besprochen und im Rahmen des Diplomandenseminars vorgestellt. Zusätzlich wurde mit zwei ehemaligen Studienkolleginnen (Jäger, 2010, Rohatsch, 2011), die bereits das Studium abgeschlossen haben, ebenso die Nachvollziehbarkeit kommuniziert. Die beiden haben korrekturgelesen und Kritik geäußert, ob der rote Faden zu erkennen ist. Vor dem Hochladen zur Plagiatsprüfung wurde die letztgültige Version dieser Diplomarbeit nochmals dem Betreuer dieser Arbeit vorgelegt. So konnten nach der Beendigung der Analyse und Auswertung die Daten, die Gültigkeit der Ergebnisse und der Interpretation der Autorin kritisch besprochen werden.

- **Triangulation**

Hier wird versucht, stets unterschiedliche Lösungswege für die Fragestellung zu finden, und auch die Ergebnisse zu vergleichen (Mayring, 2002). Triangulation wurde jedoch bei dieser Diplomarbeit nicht berücksichtigt, um den Rahmen der Arbeit einzuhalten.

4. Darstellung der Analyse-Ergebnisse

Durch die nun folgende Erläuterung der Ergebnisse wird den Lesern ein Bild zur Vorstellung, wie subjektive Empfindungen in Situationen, in denen Aggressivität oder Gewalt durch pflegebedürftige Familienmitglieder verspürt und erlebt wurde, gegeben.

Die jeweilige Anschauung und Wirklichkeit der einzelnen befragten pflegenden Angehörigen ermöglicht es nicht nur den Lesern, sondern auch der Forschung, leichter in deren Lebenswelt und eigenen Wirklichkeit in Belastungssituationen einzutauchen.

Durch die Ergebnisdarstellung könnte weitere Forschung in Angriff genommen werden.

In den nächsten Abschnitten werden die Themen-Kategorien 1-8 detaillierter vorgestellt und mit einigen Zitaten zur besseren Nachvollziehbarkeit untermauert. Die Zitate aus den Interviews werden kursiv dargestellt, um sie vom allgemeinen Text abzuheben. Hervorhebungen in Fettschrift sind entsprechend der Transkriptionsregeln (siehe *Kap. 3.4.1*) beibehalten worden.

4.1. TK1: Biografische Hintergründe

Pflegedauer und Verwandtschaftsgrad

Eine kurze Auflistung soll die ungefähre Pflegedauer darstellen:

<i>Interview-partner (IP)</i>	<i>Pflegedauer in Monaten</i>	<i>Verwandtschaftsgrad der pflegebedürftigen Person</i>
B1	1 M.	Schwiegermutter
B2,B3,B4	3 M.	Vater, Ehegatte, B3 hat täglich Tagebuch geführt
B5	30 M.	Schwiegermutter
	24 M.	Ehegatte
B6	36 M.	Großmutter
	6 M.	Schwiegermutter, wobei 5 Monate gemeinsam mit professionellem Personal gepflegt wurde.
B7	240 M.	Ehegatte
B8	36 M.	Mutter

Tab. 6: *Pflegedauer und Verwandtschaftsgrad*

Wie aus der *Tabelle 6* ersichtlich, pflegte die Interviewpartnerin B6 zwei Personen, wobei die Großmutter über drei Jahre und die Schwiegermutter knapp über einen Monat lang gepflegt wurden. B1 und B6 sind Schwägerinnen, die

gemeinsam die Schwiegermutter zu Hause gepflegt haben, bevor eine 24-Stunden-Kraft eingestellt wurde. B6 ist jedoch nach wie vor bei Bedarf eine pflegerische Unterstützung bei der Schwiegermutter und ist auch die ständige Ansprechpartnerin für die 24-Stunden-Kräfte. Die Großmutter wurde von B6 alleine gepflegt.

Die Befragte B5 hat wie B6 auch zweimal gepflegt, zuerst ihre Schwiegermutter und dann ihren Ehegatten. Hierzu ist anzumerken, dass der Ehemann von B5 während der Pflege der Schwiegermutter zum Pflegefall wurde, weshalb B5 zwei Personen parallel pflegen musste.

Die Interviewteilnehmerinnen B2, B3 pflegten gemeinsam eine pflegebedürftige Person. B3, ist die Gattin des mittlerweile verstorbenen Pflegebedürftigen. B2 ist die Tochter von B3 und der erwähnten pflegebedürftigen Person. Sie wurde von ihrem Vater nach einiger Zeit als Pflegende akzeptiert. B4 ist die zweite Tochter von B3 und somit auch von dem pflegebedürftigen Vater, welcher B4 die Pflege wegen Schamgefühl verweigerte. B4 war sehr oft bei der Pflege dabei, durfte sich aber erst gegen Ende der Pflege - kurz vor seinem Tod – ihrem bedürftigen Vater nähern.

Finanzen

Die Finanzen zählen auch zu den wichtigen Faktoren in der privaten Pflege. Nicht jede Familie kann sich zusätzliche professionelle Unterstützung leisten. Die meisten Familien möchten ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause betreuen, doch so einfach ist das finanziell nicht. So betonte B6, dass ohne Pflegegeld die Pflege nicht leistbar wäre. Hier sind sich alle pflegenden Angehörigen einig, wie neben B6 auch B2 und B3 nachstehend festhalten.

Die Befragte B6 betont, dass es viele Menschen gibt, die gerne zu Hause ihre pflegebedürftigen Angehörigen pflegen möchten. Sie gibt auch an, dass sich Pflegende eine Pflege ohne finanzielle Unterstützung nicht leisten könnten:

*„ (...) und drum is des a gaunz gaunz wichtig, dass des beibehalten bleibt, dass des net obgschoffn wird, weil **es gibt viele Leute, die sie´s aunders net leistn könnten** und daunn sog i hoit, wär des wichtig, dass des (Anm.: Pflegegeld) bleibt und dass die Familien trotzdem in die eigenen vier Wände sein können und bei den Leuten, wo´s eben die Familie is.“ (B6, Abs. 142)*

Für B3 haben die Finanzen im Zusammenhang mit der Pflege einen hohen Stellenwert, da sie gemäß ihrer Erzählungen durch die Besorgung notwendiger medizinischer Mittel während ihrer Pflege ihres bedürftigen Ehemannes bemerkte, wie kostenintensiv die Pflege war. B2 bemerkte dazu, dass es an entsprechender Unterstützung mangelt. Sie selbst haben zu spät von der Möglichkeit der Inanspruchnahme des Pflegegeldes erfahren, erzählten aber im Verlauf des Gespräches, dass die Höhe des Pflegegeldes die Summen der aufzubringenden Mittel in der Pflege bei weitem nicht abgedeckt hätte:

*„B3: Ja, das Finanzielle! Das spielt halt a viel Rolle. B2: Das dürfte bei vielen Sachen nicht sein, weil es sollte **a jeder die Möglichkeit hom, dass er auch Hilfe in Anspruch nimmt**, der´s braucht, ohne, dass er dann im **Armenhaus landet**. Er is zwoar gsund, oba er hot daunn **ka Haus mehr und ka Wohnung** und kan Job und was i net . nix mehr.“*
(B2, B3, Abs. 653-654)

Ursache für Pflege

Vorweg ist festzuhalten, dass B1 und B6 gemeinsam die Pflege für ihre bedürftige Schwiegermutter übernahmen, jedoch beide unabhängig voneinander interviewt wurden. Für B6 war es der 2. Pflegefall. Die Großmutter wurde von B6 vor einigen Jahren für drei Jahre gepflegt. B2, B3 und B4 gehören auch einer Familie an. B4 wurde die Pflege von ihrem Vater verweigert, sie war trotzdem sehr häufig anwesend. Pflegen durften ausschließlich B2 (die ältere Tochter) und B3 (die Ehefrau).

Um einen Überblick zu erhalten, werden nachfolgend Ursachen für die Pflegebedürftigkeit und entsprechende körperliche und geistige Veränderungen erläutert. Alle erwähnten Personen waren vor der Pflegebedürftigkeit gesund und konnten das tägliche Leben selbständig und alleine meistern.

In den hier vorliegenden Fällen berichteten die Interviewteilnehmerinnen, dass die Pflegebedürftigkeit durch überraschende Ereignisse, also unerwartet, entstand, wie die nachstehende *Tab. 7* abbildet:

IP	<i>Ursache für Pflegebedürftigkeit</i>	<i>Körperliche Einschränkungen</i>	<i>Verwandschafts- grad</i>
B1	Sturz Schambein-, Ellbogen-, Wirbelbruch spätere Folge: leichte Demenz	Mobile Einschränkung teilweise bettlägrig später: Besserung, kann mit Hilfe wieder gehen	Schwiegermutter
B2 B3 B4	Herz-Kreislauf Probleme: Herzschrittmacher Krebserkrankung	Bewegungsunfähig, gegen Ende der Pflege: bettlägrig	Vater, Ehegatte
B5	Alter, Sturz: Wirbelbruch, spätere Folge: leichte Demenz	mobile Einschränkung, gegen Ende der Pflege: Verwirrung	Schwiegermutter
	Hüftoperation, Knieoperation, Magendurchbruch, Darmver- schluss, Herz/Kreislauf- und Lungenerkrankung, Lebererkrankung	Anfangs mobil eingeschränkt, Krücken als Unterstützung nach OP und Erkrankungen: schwer körperlich beeinträchtigt	Ehegatte
B6	Alter, Sturz spätere Folge: leichte Demenz	mobile Einschränkung später: bettlägrig, gegen Ende der Pflege: leicht verwirrt, Körper versagt	Großmutter
	Sturz Schambein-, Ellbogen-, Wirbelbruch spätere Folge: leichte Demenz	Mobile Einschränkung teilweise bettlägrig später: Besserung, kann mit Hilfe wieder gehen	Schwiegermutter
B7	Gehirnblutung durch Aneurysma	starke Bewegungs- einschränkung: anfangs auch geistige Einschränkung, später geistig wieder gesund, körperlich weiterhin ein- geschränkt	Ehegatte
B8	Diabetes I, Gefäßverschluss, Venenverkalkung, Beinamputa- tion, spätere Folge: 2. Bein wurde amputiert	Starke Bewegungseinschrän- kung: Rollstuhl, gegen Ende: Bettlägrigkeit	Mutter

Tab. 7: Pflegeursache

Tabelle 7 zeigt die Ursachen für die Pflege, die untereinander variieren. Lediglich bei drei pflegebedürftigen Personen ist Sturz als gleiche Ursache für die Pflegebedürftigkeit genannt worden.

4.2. TK2: Gewaltverständnis

Diese Kategorie beinhaltet die persönlichen Definitionen der Interviewteilerinnen sowie allgemeine Sichtweisen und spontane Gedanken über Gewalt und Aggression in der Pflege. Nachdem diese zentrale Kategorie von besonderer Bedeutung für eventuelle weitere Forschung sein könnte, werden in den nächsten Abschnitten vereinzelte - aber auch längere - Textpassagen von jeder einzelnen Interviewpartnerin eingefügt.

Definition Gewalt und Aggression

Wie bereits im Theorieteil im *Kapitel 2.7* angeführt, existiert keine einheitliche Definition von Gewalt, da diese vom Empfinden der betroffenen Personen abhängt und so durch diese definiert werden können. Es werden nachstehend von den Interviewpartnerinnen B1-B3 und B5-B8 je ein Zitat angeführt, um einen Vergleich ziehen zu können. Die befragten Personen suchen nach der Frage der Definition von Gewalt und Aggression sogleich Ursachen (siehe auch *Kap. 4.3* „Gewalt und Aggression Auslöser“) als Auslöser für Gewalt und Aggression, bevor sie eine persönliche Definition bilden.

Die Auszüge aus den nachfolgenden Interviews machen klar, dass B1, B2, B6 und B7 gleichermaßen die seelische und psychische Verletzung - das „weh tuan“ - durch verbale Aggression und psychische Gewalt in Form von Worten ansprechen.

Interviewpartnerin B1 führt entstandene Aggressionen der pflegebedürftigen Person auf die Wutausbrüche und den Zorn auf sich selbst zurück:

*„Ja, Aggression is für mich . was soll i sogn? . . . Wutausbruach afoch oder was i net, ob i des jetzt richtig sog iargendwia . . Zorn! (...) **Psychisch!** (B1 betont stark) weh tuan“ (B1, Abs. 163-167).*

B2 macht den jeweiligen Charakter eines Menschen und eine Art Gefangenschaft in einem Käfig, da der Körper nicht mehr so funktioniert wie früher, sowie Unkontrolliertheit verantwortlich für den Aufbau von Aggressionen:

„Aggression versteh ich, von verbal bis handgreiflich kaunn des alles sein und und . Aggression . denk i ma amoi, staut sich dann bei Menschen auf, die in a ausweglose Situation kommen, also, die sich irgendwo gefangen fühlen. Gefangen, in an Körper, der nimma so funktioniert oder (...)“ (B2, Abs. 81-85).

Unzufriedenheit mit dem Leben und körperliche oder geistige Einschränkung, genauso wie Unfälle, Einsamkeit werden von B6 als Ursachen für Aggression und Gewalt definiert. Auch ist B6 aus persönlicher Erfahrung überzeugt, dass Gewalt mit Worten ausgeübt werden kann, als auch durch bewusstem körperlichen Angriff oder Schädigung:

„ (...) ich denke dass der Mensch sehr unzufrieden mit seinem Leben is, weil er nicht mehr so kann, wie er gerne möchte. Oba jetzt, ob des jetzt is, weil er nimma denken kann, weil dieses Sprach, also das Denkvermögen nochlosst, oder weil er afoch körperlich im Moment net kaunn, weil er eben behindert ist durch an Bruch oder durch a . i glaub die Unzufriedenheit mit sich selber kommt da sehr viel . . und dass er sich oft allein gelassen fühlt und oder . jo. Dass des aus dem resultiert, glaub i hoit (...) Die Gewalt denk i ma amoi, kann sowohl in Worten liegen . i kann an Menschen mit ana, mit an Sotz (Satz) oder mit an Wort genauso verletzten, weil's jo bei dem aundern daunn auf die Seele geht, als auch . ane aufreib und dem iargend a Drum raufhau' (lacht) oder . i sog nur (...) Und Aggressionen san . teilweise aggressiv . jo . aggressiv is man, wenn man unzufrieden is, mit sich . Weil man vielleicht a eifert oder die Eifersucht dazu kommt, oder pfff dann kann man genauso aggressiv werden“ (B6, Abs. 17-25).

B7 bringt gleich zu Beginn ein Beispiel zur Untermauerung, was Aggression und Gewalt für sie persönlich bedeutet. Sie versteht darunter gegenteiliges Handeln und verletzen mit Worten durch ihren pflegebedürftigen Ehemann:

„Aggression, wie soll ich das sagen? Es macht man . wenn ich heute sage: willst du ein Schnitzel oder einen Schweinsbraten? Und sagt er: Nein, ich möchte ein Schnitzel. Dann stell ich ihm zu Mittag das Schnitzl hin, dann sagt er: Ich hab ja geglaubt, wir bekommen einen Schweinsbraten. Also, es sind immer Sachen, die die dann so gegenteilig sind (...) Aber halt es is halt nur verbal (...) Es is halt mit Worten, na?“ (B7, Abs. 9-19).

Ausweglose Situationen in Form von „gefangen fühlen“, nicht mehr so können, wie „er gerne möchte“ und es gewohnt war und krankheitsbedingt Symptome auftreten, „die sie vorher nie hatte“ werden gleichermaßen von B2, B6 und B8 als mögliche auslösende Faktoren für Aggression definiert.

B3 bezieht Aggression auf kranke Menschen und erwähnt als Antwort auf die Leitfrage gleich ein Beispiel „ (...) DU hast mir das weggenommen (...)“, um zu betonen, was sie darunter versteht. B3 beschreibt dadurch den in einer Scheinwelt lebenden Pflegebedürftigen, der sich Dinge einbildet, die gar nicht der Wahrheit entsprechen und andere Menschen dafür verantwortlich macht. Die Aussagen vom Pflegebedürftigen beinhalten Behauptungen, die gemäß B3 nicht stimmen:

*„ (...) dass wirklich die Menschen, die krank sind . . . ich weiß nur soviel, dass die . Manches behaupten, was gar nicht is . . (...) Dass se (dass sie) das´ manchmal sagen: **DU hast mir das gestohlen! DU hast mir das weg genommen!** Und ist aber gar nicht so! Und wenn man da da-gegen redet: Ich **habe dir nichts gestohlen**, dann werdn sie **noch aggressiver!** (...)“ (B3, Abs. 87-89)*

B5 erwähnt bei ihren pflegebedürftigen Familienmitgliedern die Nervosität und dass sie Dinge tun, die – wie sie in den Gesprächen erzählte - nicht dem eigentlichen Charakter der Personen, als sie gesund waren, entsprechen:

„Na Aggression is, waunnst jetzt recht nervös bist und du sogst jetzt iargend wos, oder tuast irgendwos, wos normalerweis goar net du bist, daunn denkst´a im Nochhinein, na deis woar oba jetzt a net richtig!“ (B5, Abs. 26).

Die Befragte B8 spricht auch direkt die Ursache von Aggression und Gewalt an, sie betont, dass Gewalt nicht mit Gewalt gelöst werden kann:

*„Nja, eigentlich durch Umstände der Patientin, durch Schmerzeinfluss, durch Verwirrung . einfach **durch die Krankheit Symptome aufgetreten, die sie vorher nie hatte** (...) ja, ich denke schon, Aggression wird ausgelöst durch Veränderungen im Körper, durch Schmerzzustände (...) Gewalt, aber ich könnte mir vorstellen durch irgendwelche Komplexe, dass das ausgelöst wird, aber sonst, Gott sei Dank is ma da in der Familie verschont. I: Und was ist Gewalt für dich? B8: Na, ahm, furchtbar! Gewalt kann man mit Gewalt nicht lösen (...)“ (B8, Abs. 4-10).*

Gleichermaßen erwähnen B3, B6 und B8 die krankheitsbedingte Aggression, dh. für sie ist Krankheit Ursache für Aggression.

Auf die Definition *Gewalt* ist niemand präzise eingegangen, es wurde meist *Aggression* ausgesprochen und definiert. Nur B6 hat *Gewalt* kurz angeschnitten, dass diese auch in Worten liegen kann, sowie B8, die die Frage mit „ (...) furchtbar! Gewalt kann man mit Gewalt nicht lösen (...)“ beantwortet hat. Vermutlich ist diese Zurückhaltung oder auch Skepsis auf das heikle Thema selbst zurück zu führen oder teilweise auch auf die Unkenntnis, dass es auch psychische Gewalt gibt, nicht nur körperliche Gewalt.

Misstände in der Pflege

Diese Kategorie soll anführen, welche spontanen Gedanken jemandem durch den Kopf gehen, wenn in den Medien über Aggression oder Gewalt in der Pflege berichtet wird. Auch hier werden wieder die Aussagen aufgrund der Wichtigkeit hintereinander angeführt:

Angesprochen wurde von B1 in erster Linie das Thema „Personalmangel“:

„I find's zwar net richtig, dass ma gegenüber eahna aggressiv, also, dass jetzt da . Pflegepersonal eahna . a . gegenüber aggressiv wird oda eahna gegenüba gewalttätig irgendwo wiard (...) des is für mich, also waunn i des les in dei Zeitungen, des mecht i goar net lesn . des is fuarchtboar für mi (...) Und dei hobn a nur zwei Hände und waunn hunderttausendmoi geläutet wird, san dei iargendwaunn amoi überfordert in eahnan (in ihrem) Beruf (...) Mei Meinung is dazua, dass des eigentlich vü zu wenig Personal is . in dei Kraunkenhäuser überall und die Pflegeheime . egal wo. Dei san afoch damit . mit der Oarbeit . bis drei Meter übern Kopf eideckt (eingedeckt), na? Und i denk ma, do miassat ma scho was ändern draun, nen? (...).“ (B1, Abs. 386-406).

„Schuld“ an Misständen kann aber aus Sicht der Interviewpartnerinnen auch auf Seiten der Patientinnen und Patienten liegen.

B8 argumentiert die Problematik der „Massenpflege“ und betont auch, dass es sich hier (gemäß Gespräch auch das Interview in Bezug auf Gewalt und Aggression) um ein heikles Thema handelt:

„ (...) ich glaube, es wird auch nicht möglich sein, dem Pflegepersonal alle Schuld zu geben, ABER es ist sicher nicht böse gemeint von den Patienten oder von den kranken Personen, aber in der Masse ist es immer schwieriger zu bewältigen, als wie einzelne Personen. Und daher is

es sicher, es wird nicht immer möglich sein, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen, aber jo . des is und bleibt ein sehr heikles Thema . auch für die Zukunft. Weil die Menschen werden immer älter und dadurch ist das glaube ich von Fall zu Fall unterschiedlich. Aber, ja, Mißstände sind schwer auszuräumen (...)" (B8, Abs. 117).

Missstände sind aber nicht nur auf Seiten der Patientinnen und Patienten oder im Personalmangel, sondern laut B6 auch in der Person der Pflegekraft zu finden:

„I denk, dass olle (alle) Menschen san und keine Maschinen. (...) I denk ma oba, ma sollte, wenn ma so einen Beruf ergreift (...) sollte ich mir das vorher gut überlegen, ob ich mit solche Menschen umgehen kann (...) daunn werd i den Beruf net ergreifen und i denk ma hoit, a Pflegepersonal sollte für des auch . net nur die innere Eingabe für so an Beruf hom, daunn sollt ma die Finger davon lossn, waunn ma des net hot! So soll´s oba a in da Familie sein, es gibt amoi Personen, die net . des woar a launge Diskussion bei uns a in da Familie mit´n Fridolin und mit´n . der imma gsogt hot: I kenntat meiner Mama net ka Windlhosn aulegn und i kenntat´s net woschn und i kenntat net, weu i des net kaunn! Und so gibt es a in Familien Leut´, die des net können und des muass ma a akzeptieren! Weu wenn ma´s net kaunn, wiar i net wem pflegn daham. Daunn muass i ebn die Hilfe . die professionelle Hilfe von an Heim . oba wegen dem is der Mensch net schlecht, wegen dem is er genauso liebenswert und genauso, er is hoit in aner aundern . (in einem anderen Gebiet ist gemeint) . dafür kaunn er vielleicht Mauern, dafiar kaunn er vielleicht ah i waß net, hot er a aundere Qualität, jeder Mensch hot a Qualität, wos für eahm passt. Und daunn muass ma sie hoit a um a aundere Lösung umschaun (...) Und wenn i des net kaunn, weu i sog: ich schaffe das nicht, ich kann das nicht, daunn krieg i scho Aggressionen, daunn is´ gscheiter, ich mach es nicht!“ (B6, Abs. 158).

Ein wiederkehrendes Argument war auch die Überbelastung des Pflegepersonals, dem es auch nicht möglich ist, alle Patienten ständig und gleichzeitig zu betreuen:

„Jo, i sog sicher, des is a für dei, für dei, wos Professionelle san, a net afoch, weu de hom net nur an Menschen zum Pflegen, sondern dei hom Verschiedene und a jeder Mensch is aunderscht, net? (...) Sicher, einer,

der was daham pflegt wird, dass auf den jetzta mehr gschaut wird, als wia aner in an Kraunkenhaus oder ana in an Pflegeheim, net? (...) dass dei net so . dass dei überfordert san und net so a Geduld hom, glaub hoit i, oba bitte (...) I man, es san jo oft sog ma die Menschn, die was daunn Alzheimer hom oder was und sich net auskennen, net? Und i man des, weu i waß, i hob an Bekannten, der hot seine Mutter und dei hot Alzheimer und des is sicher net afoch, a so an Menschen zum Pflegn. Oba wegn dem muass i a die Geduld aufbringen und kaunn eahm jetzt net einspern (...) Des is a schwer weu du kaunnst den a kane Sekunde aus den Augn lossn. Weu entweder rennt er fort oder dem sei Mutter, dei stöt (stellt) is Plastikgschirr am Herd hin und schaltet ein! Oder sonst gibt´s in Hund die Tabs, wo´s in den Geschirrspüler haust, haut´s dem Hund zum Fressen hin. Und lauter so . waßt? So Menschen san a zum . net zum beneiden, wo´s so an Alzheimerpatienten zum pflegen hom (B7, Abs. 187-191).

B5 betont zwar, dass Gewalt in der Pflege nicht richtig ist, sucht aber verständnisvoll eine Erklärung für solche Ausschreitungen im Krankenhaus zu finden. B5 meint auch, dass diplomiertes Personal durch die Massenpflege leichter überfordert sein kann als pflegende Angehörige, aber dass Diplomier-te es ein wenig leichter haben, mit Belastungen umzugehen bzw. Probleme durch ihr Wissen besser bewältigen können, als privat Pflegenden:

„Najo, es is net richtig. Es is oft im Spital . i man des san a nur Menschen. Und waunnst hoit nur mit lauter soiche Leut´ z´tuan host, dass hoit oft a die Geduld net hom (...) Oba nur dei wissn sich a z´höfn, weu dei Spritzn eahna hoit daunn was und gebn eahna hoit daunn was . nau, daunn san´s eh ruhig gstöt (ruhig gestellt)“ (B5, Abs. 136-138).

Überbelastung, Personalmangel und mangelnde berufliche Qualifikation spricht auch B2 an:

„Jo, wird sicher vorkommen, vielleicht sogar mehr, als was ma über die Medien hört. Is leider so. Is zum Teil sicha so, dass Personal überfordert is, dass zu wenig Personal do is und es is a sicher, dass vielleicht zu wenig gschaut wird, ob überhaupt jemand geeignet is für den Beruf“ (B2, Abs. 689).

Abschließend wurde auch die Notwendigkeit bzw. das Fehlen psychologischer Betreuung der Pflegekräfte angesprochen:

„ (...) Dementen, grad alte Leute, wirklich alte . demente Leute. Wos glaubst, wos do ois (alles) vorkommt? Da brauchst ja wirklich n´dickes Fell und a guate . wo ma wieda beim Thema san, a guate psychologische Schutzausbildung“ (B4, Abs. 705).

B2 beteuert die mangelnde psychologische Betreuung in Pflege- sowie Arztberufen, um Probleme mit professioneller Unterstützung bewältigen zu können:

„Na nicht nur a Schutzausbildung, sondern a ständige psychologische Betreuung. Es wäre meines Erachtens in Pflegeberufen, Arztberufen, alle, die viel mit Menschen zu tun ham, die jo mit Emotionen und Probleme behaftet san, a psychologische Betreuung Pflicht! (...) A Psychotherapie, oder afoch a Psychologe, der für die Station zuständig is, einmal im Monat, oder je nachdem, wie´s vereinbar is, wäre für mich Pflicht“. (B2, Abs. 706-708).

Auf die Frage, ob sich B2 psychologische Betreuung auch für pflegende Angehörige, die Gewalt und Aggression durch ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder erfahren haben, wünschen würde, antwortete sie:

„ Wäre auch net schlecht. Dass a Möglichkeit bestünde!“ (B2, Abs. 711-712).

Die Aussagen zeigen, dass das Thema Missstände von zwei Seiten zu beleuchten ist. Einerseits, dass das Pflegepersonal durch Personalmangel und zu vielen Patienten auf einer Station überlastet ist und dadurch Aggressionen entstehen können. Andererseits, weil auch Patienten durchaus Aggressionen gegenüber dem professionellen Pflegepersonal in einer Gesundheitseinrichtung ausüben können, z.B. mit Absicht mehrmals den roten Knopf zum Läuten drücken, obwohl nicht wirklich ein Bedürfnis befriedigt werden muss.

Interessanterweise ist zu bemerken, dass im Zuge der Interviews mehrere Teilnehmer auch bei anderen Leitfragen immer wieder das Thema psychologische Betreuung eingeworfen und für die Zukunft Handlungsbedarf sehen.

4.3. TK3: Gewaltereignis und Belastungen

Empfindung und Erscheinungsform von Gewalt und Aggression

In diesem Zusammenhang steht das Empfinden von pflegenden Angehörigen der verschiedenen Formen von Gewalt oder Aggression im Vordergrund und wird in unterschiedlicher Art erläutert.

Diese Kategorie beinhaltet Empfindungen und Formen von Gewalt und Aggression wie z.B.

- Gleichgültigkeit und Egoismus
- Das Gefühl von Nicht-Verstanden werden
- Aufopferung trotz Belastungssituation
- Bewusstes Ärgern, Tyrannisieren, psychischer Schmerz
- Freiheitsmangel und Angebunden sein
- Situationen der Aussichtslosigkeit.
- Schreien und Beschimpfungen
- Scheinheiligkeit, Falschheit, Trotzreaktion
- Pflegende in der Umgebung ausrichten oder ausspielen
- Verweigerungen unterschiedlicher Art

Des Öfteren begannen Interviewpartnerinnen während der Gespräche zu weinen. Es gab viele Tränen, die vor allem dann ausgelöst wurden, wenn es um psychische Gewalt bzw. verbale Aggression durch pflegebedürftige Familienmitglieder ging. Pflegende Angehörige nehmen das sehr persönlich und denken, dass dies gegen sie selbst gerichtet ist.

Psychischer Schmerz und subjektive Empfindungen

Die Aufopferung für die Pflegebedürftigen und die Konfrontation mit Belastungen werden einerseits als selbstverständlich angesehen und akzeptiert, andererseits als sehr anstrengend empfunden. In diesem Zusammenhang soll mehr über das Empfinden von pflegenden Angehörigen berichtet werden.

Dies bewirkte das Gefühl von Kränkung, Bestürzung, Hilflosigkeit, Überforderung, Traurigkeit sowie psychischem und seelischem Schmerz:

B7 empfand vor allem Kränkungen:

„ (...) *sicher kränkt man sich, aber man wird's dann mit der Zeit gewohnt. **Ja (lacht) es is so!***“ (B7, Abs. 45)

B6 belegte mit ihrer Aussage ihre Bestürzung:

„ (...) Also die hot in dem Sinn nix aggressives, dass ´s iargend an Menschen verletzen wollte, sie hot´s natürlich a taun, weu waunn´s sogt: Haut´s mi owi über d´Stiagn, hom ma, woarn wir natürlich a erschüttert und hom gsogt . pff . woar für uns a schwer, wie kann´s des zu uns sagen, dass ma´s da runter werfen soll?? Oba des woar net, gegen an Menschen gerichtet. Im Gegensatz zur Schwiegamutter, die mit Worten verletzt hot (...).“ (B6, Abs. 27)

B5 empfand Hilflosigkeit:

„ (...) do hot´s imma daunn wo ham geh´ wolln und waunnst´das net geh host wolln lossn, is glei irgendwie ausfällig wordn. Daunn hot´s aber eh Medikamente kriagt und daunn woar´s hoit, **sie woar hoit nimma SIE**, oba sie is hoit in dem Foi (Fall) ruhig wordn. Und des hot ma hoit daunn so weh tau (getan), weu i ihr jo net höfn hob kenna. Weu jeds´Moi waunn ma gsogt hot, du des is so . und si hot´s aunderscht gmocht (anders gemacht) (...). (B5, Abs. 24)

B6 fühlte sich überfordert:

„ (...) des hob i net einordnen können und mit dem hob i . i hob mit die Schimpfereien net umgehen können, weu des hot´s in unserer Familie nie gebn! Und i hob mit dem Beschimpfen und mit dem (weint etwas) net umgehn können.“ (B6, Abs. 35)

B8 empfand Traurigkeit:

„ (...) oba des woar, jo, sehr sehr traurig und . zornig und . . ois, **alles woar do enthalten drinnen**.“ (B8, Abs. 19)

B2 wiederfuhr psychischen Schmerz:

„Ja, psychischer Schmerz . . is eigentlich die gaunze Situation (...)“ (B2, Abs. 145)

B5 versuchte, die erlebten Belastungen mit der Krankheit des pflegebedürftigen Angehörigen zu rechtfertigen:

„ (...) des hot da hoit weh tau und host hoit gsogt: jetzt kaunn i nimma und des geht net so weita, oba daunn hom . hot ma sie daunn wieda

denkt, na des san kraunke Leid (das sind kranke Leute) (...).“ (B5, Abs. 35)

B5 betonte körperliche und nervliche Anstrengung:

„ (...) Oba nur woar hoit des oft recht nervlich aunstrenghend und woarst hoit daunn wieda froh, waunn´s (wenn sie) hoit in da Nocht wirklich a poaar Stund glschofn hobn, dass´d söba (selber) ah a Ruah ghobt host.“ (B5, Abs. 39)

B2 spricht von schwerer Belastung, Ausgeliefert sein und Ohnmacht der Situation gegenüber:

*„B2: Des was an am meisten belastet ist, dass ma immer des Gefühl hat, obwohl ma selber emotional, i man bei mir weniger körperlich, oba ebn emotional, ma das Gefühl hat, dass ma sowieso auch schon am Ende is, und man hot trotzdem des Gefühl, man tut no viel zu wenig. Genau des is des, was an daunn irgendwaunn zernagt! (...) Dieses **Ohnmächtige** gegenüber dem Gaunzen, das dem Ganzen ausgeliefert zu sein und net wirklich was tun können, net? (...) B3: Und wenn du selber im Bett liegst und möchtest schlafen und hättest Gelegenheit, kommt dir allerhand im Kopf, was könntest du machen, was . wie könn´ma helfen und und is jetzt alles in Ordnung? Schläft er jetzt ruhig? Man konnte selber dann auch nich schlafen, wenn du auch im Bett warst, net?“ (B2, B3, Abs. 177-180)*

Es kommt auch vor, dass Pflegende sich zwar bemühen, sie aber den Eindruck haben, „gegen die Wand zu reden“. Es kommt das Gefühl der Gleichgültigkeit oder Verzweiflung auf:

„Und man wird aber so und und denkt sich: dann iß was du willst! Ja, weil das ganze Redn, da redst gegen die Wand oder wos was i, waunn i beim Fenster des aussig sog, is´ genauso guat.“ (B7, Abs. 61)

Die Befragte B5 stellt sich selbst zurück und kapituliert, in dem sie der pflegebedürftigen Person recht gibt:

„do muasst hoit . muasst eahna hoit recht gebn und wia´s hoit daunn söba des mitkriagt hom, hom´s gsogt, najo, des is hoit . des is hoit der Mensch so, oba es is hoit nur schod (schade), dass ma eahna net höfn kenna (...).“ (B5, Abs. 102)

Freiheitsmangel

Der Zeitfaktor spielte beim Pflegen auch eine bedeutende Rolle. Das Leben wurde umgestellt und der pflegebedürftigen Person angepasst. Dieser Mangel an Zeit für sich selbst schlug sich auf Psyche und Gesundheit nieder:

„Mei Freiheit in der in der Zeit, . . . na mei Freiheit, jo, Freiheit hob i hoit net vü ghobt, nen? Weus hoit wirklich fost rund um die Uhr gaungan is, nen? (...) Mei Freiheit is ma graubt woardn (geraubt worden)(...)“ (B1, Abs. 326-328)

Deshalb strebte B1 die Bemühung an, einen Ausgleich herzustellen:

„Des woar afoch z´vü (war einfach zu viel) . . man muass a aussu (muss auch raus), man muass aundere Sochn a wieda moi hearn, na?“ (B1, Abs. 348)

Es wurde aber versucht, diese Freizeiteinschränkung zu rechtfertigen, wie aus den Aussagen von B6 und B8 hervorgeht:

„ (...) Sicher woar die Freiheit und des Familienleben eingeschränkt. Weil ma sie jo immer auf den Pflegenden hot miassn einstellen (...) Nur, des woar für mi net so a Frage (...)“ (B6, Abs. 75)

Die Angehörige B8 wurde von ihren Kindern unterstützt, damit sie ein wenig Zeit für sich gewinnen konnte:

„Durch die Unterstützung meiner Kinder hab ich trotzdem auch a Mal a paar Stunden Freiheit ghobt, oba grundsätzlich woar ma des scho kloar, dass i afoch da zu sein habe, ich war ja ihre Tochter. (...) Ich musste ja, Tag und Nacht, wenn sie läutet oder wenn sie ruft, musste ich ja anwesend sein. Oder zumindest eines meiner Familienmitglieder . dass ich einmal eine Nacht schlafen konnte.“ (B8, Abs. 39-43)

Formen von Gewalt und Aggression

Die pflegenden Angehörigen schildern immer wieder Situationen, denen sie hilflos ausgesetzt waren. Sie bemühen sich die Pflege so gut wie möglich durchzuführen und erfahren trotzdem verbale Demütigungen oder unwürdige Aktionen, die ihre Seele zutiefst verletzt. Sogar die Nachbarschaft wird in Mitleidenschaft gezogen. Die nächsten Absätze stellen die verschiedenen Formen von Aggression und Gewalt genauer dar.

B1 und B6 werden in den nächsten Absätzen mehrfach zitiert, da es sich auch um pflegende Familienmitglieder handelt. B1 schildert ihre eigenen und auch die Erlebnisse ihrer Angehörigen, wie auch von ihrer Schwägerin, B6:

„I1: Und in welchen Situation habt´s ihr oder hast du Aggressionen oder Gewalt erlebt, also durch die Schwiegermutter? Kannst du dich da an welche erinnern? B1: do hot´s so vü Sochn gebn (da hat es soviele Sachen gegeben) glaub i . . . sie woar uns gegenüber sehr ekelhaft a (ekelhaft auch). I1: in welcher Form? B1: Sie hot uns g´schimpft . . . sie hat a mal die Schwägerin aussighaut (rausgehaut) und ihrn Sohn aussighaut . afoch (einfach) Hausverbot gebn!“ (B1, Abs. 47-50)

Auch die Nachtruhe der Nachbarschaft wurde gestört, weil die Pflegebedürftige um fünf Uhr Früh einen Nachbarn anrief, damit der ihr etwas bringt:

„ (...) Sie hot a mitten in da Nocht die Nochboarn (Nachbarn) aungruafn und die Nochboarn traktiert, mitten in da Nocht. (...) also, auf a gaunz a oarge Oart und Weise, so . gaunz lächerliche Sochen eigentlich . es is a Wahnsinn, Wahnsinn! Wenn i do nochdenk drüber, Mama waßt du eigentlich, wo´s du taun (getan) host? Du kaunnst net um Fünfe in da Nocht . in da Fruah (Früh) bitte dein Nochboarn (Nachbarn) auruafn, dass a da i was net wos bringan soi (soll) (...). (B1, Abs. 141-143)

Widersprüchliche Vorwürfe seitens der Pflegebedürftigen gehörten zum Tagesablauf, unter anderem auch die Unterstellung, ein Haustier töten zu wollen:

„ (...) dann hot´s wieder uns . dass ma ihr´n Hund umbringen wuin (wollen) und dass ma sowieso eahm (den Hund) verzogn hom und drum hot´s eahm wieda so z´ruck kriagt und dass ma für sie nix mochn!“ (B6, Abs. 39)

Für B1 und B6 (Schwägerinnen, die gemeinsam pflegten) waren die Beschimpfungen am schwierigsten zu verkraften:

„ (...) i hob des daunn nur a poor Tog später erfoahn vo da Schwägerin, dass muatz (dh.: extrem viel) gschimpft woan is die Schwägerin ebn von ihr . . . und . sie hot ihr Sochn an den Kopf geworfen, des sog i do jetzt überhaupt net, des san Wörter, die tiaf (tief) unterm . unter die Gürtellinie (B1 schüttelt den Kopf und presst die Lippen zusammen, Aufnahmeunterbrechung, Tränen). (...) des foit (fällt) ma sehr schwer zum sogn (...) Einer Frau mit dem Oiter (Alter) des z - auszukommen . is ein Wahnsinn

. . . . (B1 seufzt stark) ... sie hot Sochen gsogt, die . . .ach . (B1 mit Tränen in den Augen, I1 reicht Taschentuch) . . . wenn i an des denk, kummt ma heite no is´ Grausen muaß i sogn, jo? Es woar gaunz tiaf (tief), es woar gaunz gaunz tiaf. Es woar furchtboar . s´san wirklich Sochen (Sachen) vurgfoin (vorgefallen) (...) sie hot scho manchesmal gaunz oarge Ausdrücke dabei ghobt (...).“ (B1, Abs. 54-60)

Sehr belastend waren für B1 auch die nächtlichen Schlafunterbrechungen:

„ (...) Und hob i ihr wos zum Trinken brocht (...) dann woar oba a Stund später: "i hob so einen Hunga" . und mecht (möchte) jetzt stanta peda (Anm: lateinisch: „stante pede“: sofort) wos zum Essn hobn. Sog i Mama es is jetzt bitte **Viere in da Nocht** . (...) I hob gsogt i moch da jetzt a Glasl MÜch (Milch) . mit an Honig, dass´d wieda schlofn kaunnst. Des hot´s daunn a gnaumma (genommen) . sie hot daunn eh wieda g´schlofn. **a Stund´späta**: "ich muss aufs Klo gehen (....). (B1, Abs. 30)

Das gegenseitige Ausspielen innerhalb der Familie durch die pflegebedürftige Person verursachte besonderen psychischen Schmerz, den alle beteiligten Angehörigen bis heute nicht überwinden konnten:

„ (...) Sie hat uns a versucht, gegenseitig auszuspielen, in Schwoga und a die Schwägerin . also in Schwoga, Schwägerin und uns zwa (uns zwei) . gegenseitig ausspielen. (...) Oba . und des woar imma so, die Schwägerin hot ma vü dazöht (erzählt) eben, wos´ zu ihr gsogt hot und i hob ihr des a dazöht, wos sie zu mir gsogt hot. Und sie hot dei Sochn oba imma umdraht, die Schwegamutta (...) Sie hot uns gegenseitig ausgespielt eigentlich. Sie hot imma versucht, irgendwo an Keil eini z´bringa zwischen uns Vier bei uns Viere eigentlich, kaunn ma sogn, jo.“ (B1, Abs. 171-176)

B6 bestätigt unabhängig von B1 die Erfahrung des Ausspielens:

„ (...) Des . und mit dem bin i net fertig woardn, mit dem, dass teilweise dann das **Ausspielen** von Familien, des mocht´s oba jetzt no immer, de Schwegamutter, des wird ma net rauskriegn, des is der Charakter. Weil sie spielt auch die zwei 24-Stunden-Kräfte aus gegeneinander und sie hat uns auch versucht zum Ausspielen, dem einen hot´s des erzählt, in aundern hot´s des erzählt und des is natürlich daunn bis wir daunn a (auch) schon . die Kinder söba a schon miteinauder bissl neammer (nimmer) gredt hom und verfeindet woarn . also verfeindet, oba daunn,

wia ma sich daunn z'saumm gsetzt hom, hom ma erst erfoahrn, wo's (was sie – die Schwiegermutter) eigentlich alles wen wos dazöht hot (alles wen und was erzählt hat) und des is des, wos ma . jo.“ (B6, Abs. 54-55)

Die Schwiegermutter von B6 hat seit der Beendigung der privaten Pflege eine 24-Stunden-Betreuung, die sie bis heute nicht wirklich akzeptiert.

Aus den Gesprächen ging hervor, dass die Schwiegermutter gegenüber den 24-Stunden-Kräften die gleiche psychische Gewalt ausübt, wie nach wie vor innerhalb der Familie.

Anschließend soll gezeigt werden, welche Folgen eine üble Nachrede mit sich bringen kann. Jene Personen, denen etwas von der pflegebedürftigen Patientin erzählt wurde, schenken der Geschichte der erkrankten Person Glauben und übernehmen automatisch die Meinung der Pflegebedürftigen: nämlich dass die pflegenden Angehörigen die Schwiegermutter vernachlässigen. Sie kennen nur diese eine Meinung und Seite der Pflegebedürftigen und nicht die Meinung der pflegenden Angehörigen. Es wird die persönliche Auffassung der pflegebedürftigen Person (krankheitsbedingte Trotzreaktion) in die nahe Umgebung projiziert und verbreitet:

*„ (...) weil's ebn ununterbrochn aungruafn hot oder sie hot sich daunn bei iargendeiner Freindin, Nochboarin oda egal wem beschwert, dass ma des und des net mochn und daunn san ma scho. dass wieda . dass zu uns gsogt wordn is: **Eucher (Eure) Schwiegermutter is jo so oarm! Ihr müsst's euch scho a bissi mehr um sie kümmern . und . jo.“ (B6, Abs. 77)***

Interviewpartnerin B8 hat nicht nur unter Verweigerungen von Grundbedürfnissen ihrer pflegebedürftigen Mutter gelitten, sondern auch, dass ihre Mühe von der Mutter nicht „gesehen“ wurde:

„ (...) sie hat immer das Gegenteil von dem getan, wos ma . wo ma glaubt hot, ma tut ihr wos Gutes.“ (B8, Abs. 21)

Für B7 war es ziemlich schwer zu verkraften, trotz ihrer Bemühungen einfach abgewiesen zu werden. Auch ihre Aufopferung gegenüber ihrem bedürftigen Mann wurde von ihm nicht anerkannt:

„Jo, i man, wenn eahm was net passt, oda was sogt er´s scho: Sag ma ich bin jetzt in der Küche und er will jetzt irgendwas vom Kühlschrank raus nehmen, oder was, dann sagt er scho: "Jetzt schleich di ins Wohnzimmer" . oder so, "dass ich (damit ist der Pflegebedürftige gemeint) Platz habe", na?“ (B7, Abs. 39)

Ob nun mit bewussten Handlungen oder unterschwelligen Bemerkungen, Beschimpfungen *verbal* oder auch *nonverbal* psychische Gewalt ausgeübt wird spielt keine Rolle. Der seelische Schmerz ist und bleibt der Gleiche.

Ein Beispiel für nonverbale Aggression:

„ (...) oba i hob gmerkt am Gesichtsausdruck *allanich* (alleine), sie hot jetzt an extremen Zorn auf mi. (...) **wenn sie bös schaut**. Und des woar **allanich der Gesichtsausdruck**, hot bei mir scho ausg´sogt (ausgesagt), jetzt is´s jetzt warad´s wieda soweit (jetzt wäre es wieder soweit), jetzt warad wieda a Situation, wo´s ma gern was am Kopf werfen würde.“ (B1, Abs. 205)

Ein Beispiel für verbale Aggression, in dem der Pflegeperson von der Pflegebedürftigen bewusst ein schlechtes Gewissen eingeredet wird:

„ (...) des woar imma derselbe Spruch: **waunn des der Opa no sechat (sehen würde), was eis (ihr) mit mir auffiahts (aufführt)!** Nur weu ma ihr hoit zum Beispiel gsogt hom, sie braucht jetzt des Kraunkenbett (...).“ (B6, Abs. 89)

Häufig schlucken die pflegenden Angehörigen alles hinunter, manchmal sprechen sie darüber, um sich die Belastungen von der Seele zu reden, als Bewältigungsstrategie, manchmal schweigen sie, weil sie Situationen einfach hinnehmen und akzeptieren wie:

„ (...) des is hoit . do hot der Geist . hot eahna der Geist verlossn. **Des is hoit . des is hoi amoi so!**“ (B5, Abs. 108)

Ein Beispiel für Selbstmitleid, wobei das Leid den pflegenden Angehörigen bewusst vorgeworfen wird, als wären die Pflegenden verantwortlich für die Bedürftigkeit:

„ (...) Daunn is wieda narrsich woardn (dann ist sie wieder narrisch geworden), sie hot sowieso niemanden mehr, der auf sie huacht (auf sie

*hört), sie is gaunz allanich, den anzigen, den sie hot, is mei Hund, hot´s gsogt, mei "Gipsy", und deis is mei Anzige (meine Einzige) (...) Dei kaunn wenigstens **net zruck redn** . dei huacht auf mi (die horcht auf mich). Sog i: jo, des is richtig, hob i gsogt, oba hob i gsogt, wir san a no do! Und mia wuin da höfn (wir wollen dir helfen) (...) Ecetera ecetera.“ (B1, Abs. 288-290)*

Ein Beispiel für Egoismus aus Frust, das Voranstellen der eigenen Person gegenüber anderer Familienmitglieder, sogar gegenüber der Kinder:

*„I: Möchtest du dazu auch Beispiele nennen? B8: Ja, wenn sie . da konnte sie sich noch mehr bewegen, oder im Rollstuhl, sie wollte als **Erste** das Frühstück und sie wollte als **Erste** gewaschen werden und **die anderen** Familienmitglieder **mussten warten**, obwohl die alle berufstätig sind und Schule, das war ihr in dem Moment eigentlich egal. So hot sich des bei ihr gezeigt. Des woar im ersten Joahr gaunz schlimm. Des woar . schirch!“ (B8, Abs. 62-63)*

Im Rahmen der Pflege gibt es viele Momente der Aussichtslosigkeit, in denen die pflegenden Angehörigen nicht weiter wissen, wie sie mit gewissen Situationen umgehen sollen.

B7 beschreibt einen Weg, wie sie ihre Liebe einem jungen Menschen schenkte, da ihre eigene Liebe zu ihrem Mann in den Jahren der Pflege durch Aggression oder psychische Gewalt verloren ging,:

„Jo sicher, oft! Nach zwölf Jahren hab ich glaubt, ich kann . ich kann nicht mehr. Da hätt ich auch am liebsten den Koffer gepackt und da hab ich dann . da war ich so eine Art Tagesmutter, weil da war meine Schwiegermutter, also die war bei ihm. Und da hab ich auf ein Baby aufgepasst und das war halt . und der hat mir soviel . also dem hab ich meine ganze Liebe halt gschenkt (weint).“ (B7, Abs. 85)

B5 hat Aussichtslosigkeit mit Hoffnung kompensiert:

„Najo. Mah hot hoit . Ma hot si hoit imma denkt, des wird scho wieda werdn und daunn hot ma gsogt, najo, es kaunn net . oba wenn´s wenigstens so bleibt, waunn´s net schlechter wird.“ (B5, Abs. 53)

Manchmal haben pflegende Angehörige auch das Gefühl, nicht verstanden zu werden, oder sie erhalten kaum Aufmerksamkeit, es fehlt auch zeitweise der

Kontakt zum Umfeld, was ebenso schmerzhaft ist, wie Aggression und Gewalt:

„Na, waunn hoit . jo . wenn aundere fortgehn ham können und und die Zeit ghobt hom, dass auf d’Nocht mit die Freunde z’samm sitzen hom kenna und i hob’s hoit net kenna, daunn woar des in mir, weu i ma denkt hob, i mechte (möchte) des a gern (...)“. (B6, Abs. 115)

Als eine häufig erfahrene Form von Aggression und Gewalt wurde die *Verweigerungsform* genannt. Die Verweigerung der Grundbedürfnisse als Kennzeichen der Gewalt hat auch Schulz (2006, S110) angesprochen, da Verweigerungsformen in seiner Forschung ebenso aus den Interviewgesprächen hervorgingen.

Stark vertreten und auffallend war neben Trotzreaktionen, Beschimpfungen und Schreien die Form der Verweigerung. Das zeigte sich indem z.B. Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Klo gehen), Medikamente, sowie Ärzte, Aufenthalte in Krankenhäusern, Pflege von Familienmitgliedern als auch nach der Angehörigenpflege 24-Stunden-Kräfte abgelehnt wurden.

B1 schilderte mehrmals, dass nach der Beendigung der innerfamiliären Pflege 24-Stunden-Kräfte eingestellt wurden und diese den gleichen Beschimpfungen ausgesetzt waren oder sind, wie damals die Familie selbst bei der privaten Pflege:

*„ (...) Sie wü sie irgendwo aussie ekeln. Bis sie (Anmerkung: die Pflegekräfte) daunn söba (selber) soweit san und sogn: i kumm zu der (Anm: Schwiegermutter) nimma (...) Dei kocht ihr **alles**, was sie will, der Schwiegermutter. (...) und da beschwert sa sie (sie sich, Anm: Schwiegermutter): diesen Fraß kaunn ma sowieso net fressn, wos dei zwa Weiba kochn.“* (B1, Abs. 304-308)

Dieses Zitat unterstreicht die Ablehnung und Verweigerung der professionellen Pflegekräfte:

*„Jo, do hot **nichts gepasst**. (Anm: mit den 24-Stunden-Kräften) Also sie hat von, von dass sie’s beschimpft hat (...) dass nix richtig gmocht hom, dass net richtig kocht hom und sie kennan’s sowieso net und und und sie brauchn glei goar nimma kumman nächst’s Moi (...)“.* (B6, Abs. 39)

B3 berichtet über die Verweigerung von professioneller ärztlicher Hilfe ihres pflegebedürftigen Gatten:

*„Wir habn die Rettung angerufn, hat er gesagt: die kannste gleich wieder nach Haus . **die kannst gleich wieder weg schicken, ich geh nicht mehr ins Spital!**“ (B3, Abs. 184)*

Weitere Verweigerungen der Grundbedürfnisse in Form von nicht schlafen gehen, nicht essen, nicht trinken wollen wurden von B3 häufig in ihrem täglich geführten Tagebuch nieder geschrieben.

Wie B3 erzählt B8 von der Ablehnung von Trinken und Essen:

*„ (...) Trinken nicht, Essen **nein**, jo es woar hoit sehr schlimm . mit ihrem Verhalten hoit (...).“ (B8, Abs. 12)*

Die Befragte B5 schildert die Verneinung der Grundbedürfnisse in Bezug auf die Hygiene:

„ (...) daunn hot sa sie daunn oft net baden lossn wuin (wollen), oba dann hätt´s deis net wuin (...). (B5, Abs. 55)

B3 hat erfahren, dass sich der pflegebedürftige Ehemann nicht von jeder Person waschen ließ:

„ (...) Und am Anfang, hat er . wenn´s um Waschung ging . also Ganzkörper-Waschung, hat er das auch abgelehnt (...).“ (B3, Abs. 101)

B5 hat erlebt, dass ihr Mann trotz gutem Zureden und Bemühen seine Medikamente verweigerte, weil er ihr gegenüber misstrauisch war und er dachte, sie würde ihm etwas Schlechtes verabreichen:

„ (...) bei die Medikamente zu nehman, do host miassn daunn oft mit irgendwie mit Schmä h oarbeitn (...).“ (B5, Abs. 37)

Auch im nachfolgenden Fall hat die Großmutter von B6 Medikamente abgelehnt, die Aggression gegen sich selbst gerichtet:

„ (...) hot eben daunn gsogt: i will nimmer und losst´s mi do sitzn! Oder haut´s mi owi über d´Stieagn oder i geh do jetzt net (nicht) rauf mehr oder i leg mi jetzt net nieda oder i nimm mei Pulver net, weil des hot´s daunn im Wangerl drinnen lossn und hot´s net runter geschluckt (...).“ (B6, Abs. 27)

Gewalt und Aggression: Auslöser

Einige subjektiv genannte Gründe bzw. auslösende Situationen für Gewalt oder Aggression wurden bereits in den Definitionen genannt (siehe Kap. 4.2). Zusammenfassend können folgende Auslöser, welche sich aus den Interviews ergaben, benannt werden:

- Durch Medikamente, Nebenwirkungen
- Selbstmitleid und Schamgefühl
- Aufmerksamkeit erregen wollen und Trotz
- Unzufriedenheit
- Krankheit und Schmerzen
- Unzufriedenheit
- Ängste und Konfrontation mit dem Tod

Wenn man das so betrachtet sind das absolut menschliche Ursachen, wie sich damit abfinden müssen, dass man stirbt, dass man auf Hilfe angewiesen ist, unter ständigen Schmerzen leidet und auch das Schamgefühl gegenüber Familienangehörigen. Besonders hervorzuheben ist, wenn es sich um eine Person handelt, die es ihr Leben lang gewohnt war, selbst alles im Griff zu haben, selbständig zu agieren und ganz plötzlich aus dem gewohnten Leben herausgerissen wird. Das bewirkt eine massive Lebensumstellung sowohl für die pflegebedürftige Person als auch für ihre pflegenden Angehörigen, der es sich anzupassen gilt und die viele Einschränkungen bedeutet.

Die nächsten Ausschnitte zeigen, wieviele Ursachen für Situationen es geben kann, in denen Aggression oder Gewalt ausgelöst werden.

„ (...) weil sie solche Schmerzen hom und des mit Schmerzen verbunden is, sehr stoarke Schmerzmedikamente und die Medikamente sehr vü Nebenwirkungen hom und auch des daunn . die Aggression auslösen“ (B6, Abs. 17).

B1 betont wie B6 die Schmerzen als Ursache für Aggressionen:

„Sie woar während der der Schmerzzeit, die sie ghobt hot, woar´s (war sie) hoit extrem aggressiv, nen? (...)“ (B1, Abs. 225)

B2 führt als Begründung der Aggression auch Medikamente an:

*„ (...) dickfällig, also stur und natürlich **durch die Medikamente**, was er kriegt hot, er hot do so zur Beruhigung a Medikament ghobt, was sie mit Seine net gaunz vertrogn hot (...)“ (B2, Abs. 154)*

Interviewpartnerin B8 nannte ebenso Medikamente als Auslöser für Verwirrung und Verweigerung:

*„Ich glaube, dass das zurück zu führen ist, aufgrund ihrer vielen Medikamente und Schmerztherapien, dass sie zeitenweis´ so **verwirrt** geworden ist, dass sie anfoch . sie wollte nicht essen, sie wollte nicht trinken (...).“ (B8, Abs. 21)*

B5 ist jedoch die einzige Befragte, die eine *Besserung* der Situation (Aggression) durch Medikation und nicht die Medikamente selbst als Auslöser für Aggression oder Gewalt bezeichnet:

„ (...) Oba durch die Medikamente woar ka Aggression daunn mehr do. Des woar daunn eigentlich nur, weil sa si (weil sie sich) hoit net auskennt hom (haben) und deis, wos sa si eibüdt hobn (eingebildet haben). Von dem san´s dann net weg gaunga (...).“ (B5, Abs. 63)

Gefühlsebene Pflegebedürftiger

Bei dieser Leitfrage sollte heraus gefunden werden, ob die pflegenden Angehörigen aus ihrer subjektiven Sicht heraus beobachten konnten und nun beschreiben können, wie sich das pflegebedürftige Familienmitglied während bestimmten Situationen gefühlt hat.

Die Gedankenwelt und Gefühlsebene der Pflegebedürftigen sollte nach Möglichkeit geschildert werden. Nämlich in der Hinsicht, was Pflegebedürftige während

- einerseits in ruhigen Situationen, in denen keine Gewalt oder Aggression bemerkbar war und auch
 - andererseits dem Auftreten von Gewalt und Aggression
- gefühlt und gedacht haben könnten.

Nachfolgend soll ein Fall in Form einer kurzen Geschichte dargestellt werden, um einen besseren Einblick zu erlangen, wie sich die pflegebedürftige Person tatsächlich gefühlt haben könnte. B2, B3, B4 haben zusammen gepflegt, d.h. B4 ist eine der Töchter des Pflegebedürftigen und sie wollte pflegen, jedoch hat es ihr der Vater aus Scham verweigert, aber trotzdem war sie sehr oft dabei und hat seine Aggressionen miterlebt:

*„B4: Ja, und ich hab ja auch nicht gepflegt, ich war ja nur Außenstehender . ich hätte zwar manchmal gern, aber es . . es war ja so, dass er mich hätte **nicht lassen!** B2: Na er wollt zumindest bei der jüngsten*

Tochter noch als der Vater bleiben und net die pflegebedürftige Person . das glaube ich!“ B2, B4, Abs. 467-468)

B3 betont als Begründung, dass sich der Vater aus Scham vor seiner Tochter nicht bloß stellen wollte:

*„ (...) er wollte sich nicht **bloß** stellen. (...) Schamgefühl! (...)“ (B3, Abs. 108-110)*

B2 schildert, dass ihr Vater in seinem Leben viel erreicht hat und dass ihm überraschend sämtliche gewohnten Fähigkeiten durch die Erkrankung genommen wurden:

*„Und nachdem er jo . . . immer irgendwia a Person woar, die jo do was im Leben dargestellt hot, und er ahn und für sich innerhalb kürzester Zeit auf´s auf´s Minimum zurück reduziert wurde und er daunn scho seine **primitivsten Sachen** scho fast nimmer allein mochn hot können, sondern Hilfe gebraucht hot (...).“ (B2, Abs. 111)*

Die pflegende Ehefrau B3 bekräftigte die Aussage ihrer Tochter B2 mit den Worten:

*„B3: Er is ja von ganz oben abgestürzt auf ganz unten! B2: Und des woar für ihm scho ziemlich . **demütigend**, möcht i sogn. (...) B2: und dann bist bist eigentlich auf so an Mindestmaß reduziert, dass d´ net amoi a mehr (nicht einmal mehr) . bis zum Klo gehn . ohne Hilfe, es ging dann nimmer, net?“ (B2, B3, Abs. 113-116)*

Bei der Aussage im nächsten Zitat ging es um die Diagnose und dadurch die eigene Erkenntnis, die er nicht wahrhaben wollte, dass es keine Heilung mehr gibt und dass der Pflegebedürftige sich mit seinem Tod auseinander setzen musste:

*„B4: (...) dass er am nächsten Tag so einen **Kampf ums Überleben** auf sich genommen hat (...) Der hat gschimpft, gfluacht (geflucht), protzt! Dann is der Pfarrer "J" (Name anonymisiert) kommen . und . der hat dann auf ihn eingeredet und dass er sich eben damit anfreunden muss, dass er **eben sterben muss** und so . und ich will net . und blödsinn und . gschimpft ganz furchtbar . und wir waren alle fix . wir warn fix und fertig, ja?“ (B4, Abs. 425-426)*

Auch B7 erzählt, dass ihr pflegebedürftiger Gatte sich aufgrund von Verzweiflung mit dem Tod beschäftigt:

„Jo, oft . oft waunn i schimpf mit eahm wegen dem Essn oder oder iargend, daunn sogt er: Jo, mia is am liabsten i war eh scho gestorbn. Des is hoit daunn sei dings, na? Dass er sogt: War i (Wäre ich) scho am liabsten waunn i am Buag (?) gestorbn lichat (gestorben liegen würde), waßt? So so Sochn hoit, na?“ (B7, Abs. 105)

Diese Aussage stellt B6 als eine Art Begründung der Aggressions- und Gewaltbereitschaft ihrer Schwiegermutter in ihrem Zitat dar:

„Bei der Schwiegermutter . eigentlich wü´s nimmer! Eigentlich wü sie . eigentlich genauso beim Opa sein und woar eigentlich vollkommen mit ihrem Leben und mit oim (mit Allem) so wie´s jetzt woar unzufrieden und jo . und Existenzängste, weil´s geldlich sich net ausgeht und jo.“ (B6, Abs. 87)

Die Teilnehmerin B8 hat durch ihre Mutter die Konfrontation mit dem Sterben ebenso erfahren:

„ Wenn´s ganz schlimm war, wollte sie nur sterben. In guten Phasen woar sie zuversichtlich . aber um so länger die Pflege gedauert hat, umso . mehr ist der Tod im Vordergrund getreten.“ (B8, Abs. 45)

Wesensveränderung

In vielen bereits beschriebenen Aussagen sind bereits Wesensveränderungen durch die Krankheit bedingt ersichtlich, daher werden an dieser Stelle nur wenige Zitate wiedergegeben.

Die Befragte B5 bedauert die Veränderung des Wesens ihrer pflegebedürftigen Angehörigen, weil sie diese vor der Bedürftigkeit als ruhigen, nicht aggressiven Menschen erlebte:

*„ (...) und dass da des net vuarstölln kaunnst, dass Menschen so werdn´ keinna (können), de wos vorher eigentlich ruhige und . und sog ma, **ka-ne aggressiven Leit´** woarn (Leute). Dass die Kraunkheit des aus die Leute gmocht hot.“ (B5, Abs. 49)*

Auch B8 kannte ihre Mutter vor der Erkankung als hilfsbereite umgängliche Person:

*„Ja. **Sie wurde das Gegenteil von dem, was sie in ihrer . in ihrem ganzen Leben vor ihrer Krankheit war.** (...) Als gesunde Person war sie hilfsbereit, sie gab das Letzte für die anderen und durch die Krankheit hat sich das **genau dem Gegenteil** . ist das so gekommen. (...) Erst dem Ende zu wurde sie dann immer ruhiger, aber die . der Beginn der Krankheit war eigentlich . das Schlimmste.“ (B8, Abs. 58-61)*

4.4. TK4: Beziehung und Emotionen

Beziehungsform und Vertrauen

Die Form der Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Familienmitgliedern spielt eine bedeutende Rolle, da diese auch ausschlaggebend für die Pflege ist. Hatte man bereits vor der Pflege ein gutes Verhältnis zueinander, ist es auch einfacher zu pflegen. Herrschte davor Distanz, wäre eine Pflege nicht zu empfehlen. In den vorliegenden Fällen haben sich alle Beteiligten vor der Pflege gut mit ihren Pflegebedürftigen verstanden. Jedoch kann sich während der Pflege das Beziehungsverhältnis ändern. Genauso verhält es sich mit dem Vertrauen zwischen den bedürftigen Personen und den pflegenden Angehörigen. In einer Pflegebeziehung kann sich auch das Vertrauen ändern, es kann sich verstärken, oder abnehmen.

Nachfolgend wird ein Beispiel angeführt, in dem Vertrauen vor und auch während der Pflege vorhanden war:

„Das Verhältnis zu meiner Mutter war immer sehr gut und auch in der Krankheit wollte sie eigentlich immer nur mich sehn. Und wenn ich einmal a Stunde nicht da war . jo . hot's ma fünf Moi (Mal) gruafn (gerufen).“ (B8, Abs. 55)

Hier folgt ein anderes Beispiel, in dem vor der Pflege das Vertrauen zwar vorhanden war, jedoch durch die Pflege aufgrund der Erfahrungen von Aggression und Gewalt verloren ging:

*„**Vertrauen hob i goar kan's!** Weu i glaub no immer, dass . sie, sie wird des immer versuchen, zwischen uns . und Familie rein zu kriegen oder zwischen uns Vier ebn, des wird sie immer versuchen! Sie wird a immer versuchen, die Freundin anzurufen und derer mitzuteilen, dass ma wieda für sie ka Zeit gobt hom, ober des des berührt mi heut net so wie am Aunfaung. I waß, dass des Vertrauen hob i auf kan Foi (keinen*

Fall) und oba i hinterfrog des Gaunze nimmer mehr so. Jo. des Vertrauen is net do. Vertrauen tua i ihr net a moi an Tog iargendwo.“ (B6, Abs. 99)

Manchmal ergibt sich im Rahmen der Pflege auch die Notwendigkeit, den Pflegebedürftigen einfach recht zu geben, sich quasi unterzuordnen, um einem Streit zu entgehen und die Beziehung aufrechtzuerhalten. Eine schlechte Beziehung vermindert auch die Fähigkeit zu pflegen:

*„ (...) Oba bei mir woars daunn so (...) i bin eini gaungan (hinein gegangen), i hob grüßt, gaunz normal, mit lächelndem Gesicht. **I hob ois (alles) gmocht, wo´s wuin (was sie wollen) hot.** (...)“ (B1, Abs. 198)*

B7 erlebte eine traurige Veränderung der Beziehung zu ihrem pflegebedürftigen Mann durch viele enttäuschende Geschehnisse, durch aggressives Verhalten, das ihre Seele verletzte:

„B7: Wie sa sich entwickelt hat? Jo . . . die Liebe is halt abgestorbn. Also ich bin für den Menschn da, aber lieben . ehrlich gesagt keine Gefühle, san halt nimmer da. I: Mhm. Und umgekehrt? B7: Na, auch nicht. Na also ich bin für ihn die Pflegerin, die Hausfrau, also die Z’saummramerin, die halt alles . und des bin hoit i für eahm so. Mädchen für alles, sog ma so.“ (B7, Abs. 115-117)

B6 hat sich in ihrer Pflege sehr aufgeopfert, solange, bis sie aufgrund der Kränkungen wie Ausrichten, Nachrede, Hausverbot und Beschimpfungen richtig gehend ausbrannte:

„ (...) I steiger´ mi nimma so rein oder denk´ ma: Mah, i muass ihr do helfn, waunn sie die Hilfe net aunnimmt, nimmt´s sie´s net an und daunn geh i hoit wieda und kumm hoit wieda an an (einem) aundern Tog, wo sie´s daunn vielleicht aun nimmt oder a net (die Hilfe). I loss des nimmer so an mi ran, weil i ma denk, mei Kind braucht mi a no und sie will´s net anders.“ (B6, Abs. 97)

Pflegemotive

Pflegemotive fallen unter die Kategorie Beziehung und Emotionen, da in dieser Untersuchung nur nahe Familienangehörige pflegten oder pflegen, d.h. der Freundeskreis als Pflegende ist hier auszuschließen. Unter diesem Punkt wird die Leitfrage „Warum hast du dich entschieden, das pflegebedürftige Fa-

milienmitglied selbst zu pflegen? Welche Ziele hattest du und was wolltest du damit erreichen?“ behandelt und entsprechende Zitate eingefügt. Auch die Moral, Finanzen, die persönliche Einstellung und die Tradition spielen eine bedeutende Rolle für die Entscheidung der Pflege. Es geht also um die Beweggründe für die Entscheidung, weshalb die Befragten selbst die Pflege übernommen haben. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich

- Pflicht und Moral
- Liebe und persönliche Einstellung
- Schuldgefühl
- Mögliches Zeitmanagement und Finanzen
- Ermöglichen im eigenen Zuhause zu wohnen, Wohlfühlcharakter
- Sorgen und Ängste um das geliebte Familienmitglied
- Hoffnung und Wunsch der gesundheitlichen Besserung

als Hauptmotivatoren zur häuslichen Pflege benennen lassen.

B1 erklärt die Entscheidung zur Pflege nach der Diskussion darüber mit ihrer Familie, dass sie als Einzige zumindest einige Zeit zu Hause ist:

„Jo, weu ma gsogt hobn, es geht ebn bei mir, weu ebn i daham bin und wir jo net gwusst hobn, wie sie wirklich überreagiert dann, dass des so emenns so extrem oarg wird. Wir hobn scho gschaut, jetzt is ihr des, es is so, i hüf ihr vom Bett aussì, i kaunn mit ihr aufs Klo gehn. Des san Sochn, die schafft ma ohne weiters! Des is leicht zum mochn.“ (B1, Abs. 266)

B6 hat in ihrem Leben schon zwei Mal gepflegt. Beim ersten Mal machte sie noch gute Erfahrungen, weshalb sie sich auch ein zweites Mal dafür entschieden hat. Hier erlitt sie aber mehrere Kränkungen und psychische Gewalt. Trotzdem würde sie es wieder tun. Für sie war besonders wichtig, dass die Pflegebedürftigen in ihren eigenen vier Wänden betreut werden können, um sich trotz Erkrankung wohl zu fühlen:

„Entschieden hob i mi eigentlich, weil i gedocht hob, sie solln in ihre vier Wände, die sie sich aufgebaut habn, die sie sich geschaffen habn, für des sie ihr Leben lang gekämpft haben oder gespart habn, in die vier Wände solange sein können, wie’s nur irgendwie möglich is. (...) man muss Hilfe selber auch annehmen, in der Art und Weise, wenn ma söba dann irgendwie erkrankt oder psychisch oder körperlich, weu (weil) es is körperlich anstrengend, waunn a Mensch nimma mehr mitmochn kaunn

und nimma mehr . egal ob geistig oder körperlich daunn, es is ja a körperliche Anstrengung a und des schofft keiner allein, also ma muass a Hilfe annehmen können (...).“ (B6, Abs. 142-144)

B6 übernahm die Pflege anstelle ihres Mannes, der seit der Kindheit ein eher distanziertes Verhältnis zu seiner Mutter hatte, da sie ihm kein Gefühl der Geborgenheit und des familiären Zusammenhalts vermitteln konnte:

„Weu mei Maunn kaunn des a net, i man er kaunn net seiner Mutter in . in . Popo auswischen und und und ihr die Windel raufgebn und so weiter, ja?“ (B6, Abs. 45)

Für B7 standen Sorgen und Ängste um ihren Mann, sowie der Wunsch, dass er wieder halbwegs am Leben teilnehmen und seine Enkel aufwachsen sehen kann, im Vordergrund. Sie denkt dabei an die guten Zeiten der Ehe, die sie miteinander vor der Erkrankung verbringen konnten:

„Jo, i man, erreichen wollte ich, dass er wieder so halbwegs am Leben teilnehmen kann und wieder allerhand selber machen kann, des war schon das große Ziel auch und jo. Ich mein, sicher, ich will dass er noch zwanzig Joahr oder was was i was lebt, net? Und dass ma . sog i des Enkelkind des alles genießen kann, des tät ich mir auch wünschen, net? Sicher is net afoch (...) Es is jo trotzdem, ma hot schöne Zeiten erlebt und kloar, des san hoit net die schöneren Zeiten gwesn, oba, wia´s hoit drin steht: in guten wie in schlechten Zeiten, net? Do muass ma durch, na?“ (B7, Abs. 170)

B8 sah in der Pflege die Selbstverständlichkeit als einzige Tochter diese zu übernehmen. Sie sah die Pflege als eine Pflicht an und auch für ihr Gewissen war die Pflege eben so wichtig, wie aus den Sätzen zu entnehmen ist:

„Ich war ihre einzige Tochter und ich wollt . und meine Mutter war, solange sie gesund war, immer für mich da und da hab ich es als Verpflichtung angesehen, meine Mutter bis zu ihrem Lebensende zu begleiten, was in meiner Macht stand. Und das hab ich hoffentlich gut gemacht.“ (B8, Abs. 105)

Wie bereits oben von B8 (Abs. 105) erläutert, kommt auch bei B6 und B5 das Gefühl hoch, in der Schuld ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zu stehen.

Beide wollten das den Angehörigen zurückgeben, was für sie getan wurde. Die Pflege wurde aus deren Sicht als Selbstverständlichkeit angesehen:

„ (...) Weu i man, bei der Großmutter, sie woar für uns do und hot a ihr Lebn einschränkn miassn oder wolln. Und . des wollt ma ihr wieder zrück gebn.“ (B6, Abs. 75)

Die pflegende Angehörige B5 sah es ebenso als selbstverständlich an, ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu pflegen. Darüber hinaus wohnten sie in einem gemeinsamen Haushalt:

„ Najo. Erreichen . auf olle Fälle . wir hom gwohnt mitanaund (haben miteinander gewohnt). Do is des söbstverständlich, weu di Mutta hot vorher für uns, wenn wos woar, uns gholfn. Do woar´s ebn richtig, dass ma´s für sie tuan und beim Gattn is´ is Gleiche, i man . . umgekehrt war´s sicher a gwesn, wenn er guat beinaund gwesn war und i, wuart er a so weit (würde er auch so weit) es in seiner Mocht gwesen sei und mi pflegt hom. Des is hoit amoi so, wenn´st aufwochst mitanaund.“ (B5, Abs. 122)

Die Selbstverständlichkeit der Pflege ihres Ehegatten lässt selbst B3 nicht unerwähnt:

„Und ich finde das als selbstverständlich, dass man als Partnerin den Ehemann pflegt.“ (B3, Abs. 592)

Wahrnehmung von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige

Wie die pflegenden Angehörigen ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder in verschiedenen Situationen (sowohl in aggressiven, als auch ruhigen Situationen) wahrgenommen haben, sollen nachstehende Zitate näher beschreiben:

*„Es woar wirklich oft so, i hob, es woar der Teifi in ihr oft. I hob´s wie gesagt net wieder erkannt. Für mi woar des a Katastrophen, wie´s so woar. I hob´s so net kennt mei Mama (...) Sie woar . **sie woar´s net**. Für mi woar´s teilweise wia . i hob eh gsogt . wir foahn (fahren) zur „Y“ (Bezeichnung durch Buchstaben ersetzt)“. (B1, Abs. 318).*

Ähnlich wie B6 nimmt B3 den Unmut und die Unzufriedenheit ihres Mannes wahr, ebenso Angst vor dem Einschlafen und dass ihr Mann dabei ist, sich aufzugeben:

*„Ohne Hilfe **kein** gehn, es tut ihm so weh, dass er . **dass er uns zur Last fällt!** (...) die Infektion macht ihm schwer zu schaffen und er is auch*

im Ganzen ungeduldig und bissi grantig (...) sein Verhalten, das hat man gespürt und . und lasst mich in Frieden, und und ich tu das nicht mehr und ich will das nicht, ich brauch keine Tabletten mehr, die helfen doch nicht, und . . ja. und hat dann wieder die Nacht im Sitzen verbracht.“ (B3, Abs. 206-210)

B2 hat ebenso eine ähnliche Wahrnehmung ihres Vaters wie B3 bei ihrem Mann, in dem seine Aggressionen eigentlich Hilfeschreie bedeuten:

*„ (...) eigentlich oarm. Als Gefangenen. Gefangen in an Körper, den er . der nimmer funktioniert . also eigentlich hilflos (...) Hilflos, also mit **ollem** (mit allem) um Hilfe schreien, mit jeder Aggression um Hilfe schreiend, ja.“ (B2, Abs. 500-502)*

Subjektive Empfindungen in Bezug auf Berührungen ändern sich im Laufe der Zeit. Mit zunehmender Aggression und Gewalt wächst die Berührungsangst zu den Pflegebedürftigen:

„ (...) durch die Jahre, durch des dass er daunn so ist (Anm: mit „daunn so“ ist „aggressiv“ gemeint), man wird so abgestumpft. Also, sag ma, wenn er mich jetzt angreift, mir steigt die Ganslhaut auf, weißt? So, so . (weint starkt) das . ah . das berührt einem nimmer (...)“ (B7, Abs. 67).

B4 wurde zwar, wie bereits erwähnt, die Pflege durch ihren Vater aus Scham und zum Schutz der Tochter verweigert, doch war sie häufig anwesend, während andere Familienmitglieder ihn pflegten, die er ein bisschen mehr an sich heran ließ. Sie fühlte sein Leid und seine Schmerzen und berichtet über ihre Berührungsangst:

„Ich hab . überhaupt nicht damit umgehen können . ich hab ihn nicht angreifen können, ich hab wirklich die pure Angst ghabt, dass ich ihn weh tu, wenn ich ihn berühre. ich konnte überhaupt nicht hin greifen!“ (B4, Abs. 390).

Zukunftsängste

B5 und B6 zeigen durch ihre Aussagen deutlich, dass sie sich auch Gedanken um die eigene Zukunft machen. B6 stellt Überlegungen an, dass ihrem persönlichen Wunsch im Alter – nicht vom eigenen Kind gepflegt werden zu wollen – nachgegangen wird:

„I hob ma immer nur docht: hoffentlich werd i net amoi so! Des woar eigentlich mei Gaunzes (lacht laut) i mecht des mein Kind net antuan, hoffentlich werd i net a moi a so. Aber des sogn eh viele. I möcht des mein Kind amoi net antuan und die soll mi, wenn i so bin, sollt´s mi weg gebn und sollt´s mi in a Heim gebn, hob i ma nur denkt. Weu i hob ma imma nur denkt, i bin jo a so oide (alte) Mutter und daunn . und mei Kind is no jung und in der Blüte des Lebens, waunn´s mi vielleicht pflegen muass, daunn soll´ts mi liaber weggebn, waunn i so bin (lacht)“ (B6, Abs. 134).

Die Interviewpartnerin B5 hat während des Interviews mehrmals erwähnt, dass man nie wissen kann, wie sich eine Person im Alter krankheitsbedingt verändert. Sie hat sich die Frage gestellt, ob sie auch so werden könnte, wie ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder:

„ (...) und wer waß´ wia ma söba wiard und (...)“ (B5, Abs. 35).

4.5. TK5: Wahrnehmungen im Umfeld

Die Themenkategorie stellt den Bezug zu Familie und Umfeld in Form von Aussprache, Zusammenhalt aber auch üble Nachrede dar.

Wahrnehmung Familie

Wie bereits einigen Zitaten zu entnehmen ist, ist die Aussprache innerhalb der Familie sehr bedeutungsvoll, weil dadurch durchaus schwierige Situationen bewältigt werden können.

B1 hat mit ihrer Schwägerin, ihrem Mann und den Eltern Gespräche über die Pflege und auch über sämtliche Vorfälle geführt, die zur Erleichterung der Situation beigetragen haben:

*„ (...) und miar hobn sie hoit daunn mitanaunder ausgesprochen die Schwägerin und i, nen? Und daunn hobn ma gsogt, du, wie hots´n (gemeint ist die Schwiegermutter) reagiert bei dir, ne? Und so woars **heute** wieda. Und bei mir woars oba imma eher a bissl "saunfter" (sanfter) als wos sie bei der Schwägerin woar.“ (B1, Abs. 103)*

Im folgenden Zitat von B1 wird klar, wie bedeutungsvoll eine sofortige Aussprache ist, die sogleich eine Erleichterung der Bewältigung herbeiführt:

*„B1: Jo . **auch mit meinen Eltern!** (...) Des woar ma natürlich scho leichter daunn, des is kloar, waunn i des wieda von mia wegga (weg) ghobt hob, nan? (...) und die Schwiegermutter hot ma wieder irgendwos am Kopf g´worfn, wos (was) ihr hoit (halt) net passt hot, daunn bin i natürlich glei hergaungan zum Telefon und hob mein Mau aungruafn, i hob des miassn sofort loswerdn. A wenn er in da Oabeit (Arbeit) gsessn is, oba i hob des miassn loswerden (...).“ (B1, Abs. 155-157)*

B5 erwähnte, dass alle aufgezählten Familienmitglieder gewisse Episoden selbst mit erfahren, aber innerhalb der Familie alle zusammengehalten haben:

„ (...) oba dei san eigentlich guat umgaungan, sie san guat fertig worden und mia hom olle mitanaund ebn si daunn wieda ausgreit und hom ebn z´saumm ghoifn.“ (B5, Abs. 98)

Kommunikation Umfeld

Kommunikation und Reaktionen im Umfeld sollen auch kurz betrachtet werden. Familienmitglieder leiden am meisten unter psychischer Gewalt, sie sind traurig und suchen oft Gespräche im nahen Umfeld, um diese Belastungen zu meistern.

Nicht alle Menschen aus dem engen Umfeld bemerken Aggression oder Gewalt durch die Patientinnen und Patienten, denn die Pflegebedürftigen bemühen sich auffallend, in dem sie sich mit Äußerungen zurück nehmen. Z.B. vor einem Arzt, der ihnen einen Besuch abstattet

Andererseits kommt es vor, dass auch nicht-pflegende Familienmitglieder mit unterschwelligem Äußerungen zu kämpfen haben, die seelisches Leid verursachen:

*„Na guat, meine Kinder, dei hom des eigentlich net so mitkriagt, weu dei woarn jo daunn schon außer Haus, net? Kloar, und waunn dei jetztn zu Besuch kumma, dass er si do zsaummreißt und net schimpft oder iargend wos. Oba es woar seine Mutter im Haus und do woar er a **oft gleich aggressiv**. Also waunn dem wos net passt hot, hot er gsogt glei . sog ma, do woars herom (oben, im 1. Stock) oder wos und sie hot nur iargend ein Wort gsogt, wos eahm net passt hot oda wos, daunn hot er glei gsogt: **Schleich die owi** (Schleich dich hinunter)! Waßt? I man, und sie hot sich scho a kränkt oft. I man als Mutter denkst da: na? Hob i des notwendig, net? dass i mi do so? Und do hob hoit daunn i daunn wieda gsogt: Schau Mama, er is kraunk oder wos. net? Wos wüst denn? Hob i*

ihr hoit daunn wieder zua gredt. Net? Weu sie is a oft . sie is a daunn gssenn bei ihr in der Küch unten und hot hoit a gwant (geweint), weu sa sich denkt hot, des verdien i ma a net.“ (B7, Abs. 138)

Reaktionen auf die Pflegesituation, Phasen von Aggression oder Gewalt in naher Umgebung und hinreichende Unterstützung vom unmittelbaren Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn) lassen sich gut sowohl aus positiver als auch aus negativer Sicht zusammenfassen:

Manche Menschen im Umfeld reagieren, indem sie:

- die Arbeit pflegender Angehöriger akzeptieren bzw. nicht akzeptieren
- die Aufopferung gegenüber der bedürftigen Person verstehen und tolerieren
- schockiert oder sprachlos über unangenehme Äußerungen sind
- sich mitfühlend oder gleichgültig zeigen
- nichts mehr reden, schon gar nicht darüber reden
- sich zurück ziehen (Freundschaften lösen sich auf)
- hinter dem Rücken beteiligter Personen reden (üble Nachrede)
- sich von der Familie entfernen bzw. Kontakt vermeiden
- sie pflegende Familienmitglieder verteidigen
- die Pflegenden mit offenen Armen auffangen
- den Pflegebedürftigen nahe legen, sich zusammen zu nehmen und den betreuenden Personen mehr Anerkennung schenken, wie z.B. *„(...) du host wirklich tolle Kinda, die sich um di kümmern, a aunderer schickt di wahrscheinlich scho ins Oitersheim (Altersheim) oda sonst wo hin. Und du kaunnst stuiz (stolz) sein auf deine Kinda! (...). (B1, Abs. 217)*
- den Pflegenden Hilfe anbieten, kräftig unter die Arme greifen
- schlucken und nichts von der Besorgnis anmerken lassen
- überspielen, verdrängen
- Zusammenhalt bieten und offen zeigen
- Zeit zum Zuhören und Reden nehmen und Mut zu sprechen

Da nicht alle Aussagen von allen Interviewpartnerinnen angeführt werden können, weil es einfach zu viele davon gibt, soll ein kurzer Auszug von B5 einen kleinen Einblick gewähren. In diesem Fall handelt es sich um eine nicht nur positive und mitfühlende, sondern auch bemitleidende Reaktion. Mitleid bezeugt der Satz „ (...) mein Gott na, bist du oarm! (...)“. B5 wies in vielen

ihrer Aussagen auf die Einfühlsamkeit und die Empathie der nahen Umgebung hin:

*„Njo. Es woarn eigentlich . dei san kumman und hom gsogt: **mein Gott na, bist oarm!** Und waunn i da wos höfn (helfen) kaunn, i man überhaupt in da Familie, do san ebn daunn die Kinder und oft die Schwiegakinder kumma und hom hoit dei a poaar Stund', dass i wos erledigen hob kenna und und san oft dei vom Dorf . dei san a kumma, ob's wos höfn kennan und woarn hoit öfter do, dass ma hot plaudern hom kenna. Also sie woarn sehr **mitfühlend!** Oba es is hoit, i man, du kaunnst des net vo wem verlaunga, dass dei rund um die Uhr bei dir san, weil es wird je . es kaunn jedem so gehn, dass is. Oba du host gsehn, es is wer do, waunnst wem braucht host, woarn's für die do und mit deim is des daunn ois no vü leichter gaungan. Oba es gibt Leute, de wos nur allanich san, wo niemand do is. Und bei uns woarn do mehrere.“ (B5, Abs. 106)*

Aus diesem Zitat von B5 geht eindeutig hervor, dass jene Menschen, die den pflegebedürftigen Angehörigen am meisten lieben auch am stärksten in ihrer Seele und in ihrem Herzen getroffen werden. Die Mutter, die ihren Sohn aus Liebe aufgezogen hat und die Ehefrau, die vor der Pflege schon 20 Jahre glücklich mit ihrem Mann verheiratet war, sowie die eigenen Kinder des bedürftigen Vaters haben Beschimpfungen und Gemeinheiten – wenn auch nicht so häufig und dirket wie dessen Ehefrau (Mutter) und Mutter des Mannes – miterlebt.

Wahrnehmung Dritter

Aussagen und Handlungen werden häufig einfach „hingenommen“, ohne zu hinterfragen, ob dies nun richtig ist oder nicht. Es geht hier also nicht nur um Verpflichtung, sondern auch um die Einstellung jeder einzelnen Person, die wiederum von Dritten beeinflusst werden kann. Die Moral ist in den Köpfen der Menschen verankert. Es geht oft darum: Was tut man, was tut man nicht bzw. es ist nun mal so, weil man das so tut. So muss das sein, weil die eine oder andere Person etwas Schlechtes hinter dem Rücken jener Person sagen könnte, die es eben nicht so tut, wie es erwartet wird. Das was ein Mensch selbst kennt und von Kindheit an erfahren hat, wird akzeptiert, einfach angenommen, ohne darüber aus heutiger Sicht nachzudenken. Wie Scheuklappen sehen sie in eine Richtung, andere neue Richtungen werden nicht beleuchtet

oder kein Blick dahin gewagt. Der Grund dafür sind die Erwartungen an das Umfeld.

Aufgrund der Interviews bzw. der Erzählungen kann angenommen werden, dass in dieser Einstellung viele der mittleren und älteren Generation gefangen, verhaftet sind. Die jüngere Generation – Geburten ab den 60-igern - sieht dies meist schon neutraler.

Es gibt Personen, die pflegen, weil sie denken, sie müssen das so machen, auch wenn sie es nicht wollen oder können. Weil es Tradition ist und aufgrund dieser Tradition gewisse Generationen so denken und weil eine schlimme Nachrede befürchtet wird. Aber gerade jene Menschen, die aus Liebe pflegen, trifft es persönlich besonders stark, wenn sie unangemessene Nachrede erfahren.

B3 betrachtet solche Situationen eher nüchtern, denn sie hat während ihrer Pflege keine üble Nachrede erfahren, aber es wurde über das Thema gesprochen und sie betont überzeugend:

„Ich finde, die Leute reden so oder so, die drehen sich das schon so, wie sie´s am besten wollen. Aber da reagieren wir nicht drauf, wir machen das so, wie wir es am Richtigsten finden.“ (B3, Abs. 598)

Durch diese Einstellung kann seelischer Schmerz, Frust und Ärger über inadäquate Äußerungen besiegt werden.

B1 und B6 werden nachfolgend mit Zitaten erwähnt, weil beide unberechtigte Nachreden erfahren mussten. Anders als B3 schildern B1 und B6 die wiederholte üble Nachrede und berichten, wie es ihnen damit ergangen ist und welche Sorgen dahinter stecken:

„I1: Mhm. Und welche Erwartungen habt ihr gehabt oder hast du gehabt an das Umfeld? B1: Naja, i hob scho hobn woin (haben wollen), dass´ segn (sehen), dass ma was tuan für sie eigentlich, nan? Des woar ma schon wichtig, weu net dass´ daunn haßt (dass es dann heißt) hinter rucks: dei lossns eh sitzen drübn, do irgendwo, net? I1: Ja. B1: Dei mochn eh nix für sie. I hob des schon a bissl a erwoartet (auch erwartet) von da Umgebung her, oder von da Umwelt her, jetzt, dass scho merken a (auch), wir tuan was für sie wirklich jetzt, jo? Des woar ma eigentlich scho wichtig, dass deis seign (dass die das sehen). Weu sie hobn uns jo

gseign waunn ma (wir) kumman san mit´n Auto und i bin daunn . wie gesogt net amoi am Tog auffi gf´oahrn (rauf gefahren), i bin jo doch . rund um die Uhr völlig mit´n Auto do g´staunden, nen?“ (B1, Abs. 218-221)

Speziell in einer kleinen Gemeinde spricht sich alles relativ rasch, sowohl positiv als auch negativ, herum:

„ (...) weu des hob i eigentlich verdrängt. I waß nur, dass extrem die Beschimpfung von der Schwiegermutter . woar daunn so oarg, dass sogar auf die Chiara (Kind) los is und dass ebn daunn gsogt hot, was des für a Kind is, weu die hot jo eigentlich ka Erziehung und (...) Überhaupt in an klan Dorf, i man, die Leit´ redn jo daunn glei, na? Des woar hoit daunn scho sehr sehr oarg. Jo.“ (B6, Abs. 37)

4.6. TK6: Umgang mit belastenden Situationen

Externe professionelle Hilfe

Bei diesen Fragestellungen ging es darum, ob pflegende Angehörige externe professionelle Hilfe annehmen. Einerseits in Bezug auf alternative Möglichkeiten während oder nach Beendigung der familiären Pflege und andererseits bezüglich Hilfe in Situationen für die Pflegenden selbst, in denen Gewalt oder Aggression erfahren wurde:

„Bei mir woars daunn so, i hob daunn miassn eigentlich aufhörn (aufhören), die Schwiegamutta zum pflegen, es is beruflich nimma gaungan. I hob daunn wieda an (einen) Job bekommen. (...) Und daunn hob ma gsogt, wiar miassn jetzt oba was mochn, es geht net. Schwägerin a (auch) berufstätig. (...) Wiar hobn gsogt, wiar miassn jetzt iargendwo a Hilfe her huin (holen) wir miassen jetzt schauen, was Möglichkeiten gibt und hobn si scho erkundigt (...) san zum Entschluss gekommen, eine Rund-um-die-Uhr-Kraft . für sie zu . besorgen. (...) Do woarn oba a scho Situationen dazwischen, ane (eine) hot ihr net passt, die erste was do woar.“ (B1, Abs. 234-236)

Inanspruchnahme von 24-Stunden-Personal:

„24-Stunden-Pflege. So abschnittsweise, das war alleine fast nicht mehr möglich.“ (B8, Abs. 101)

Hilfswerk und mobile Krankenschwestern:

„Ja, wir ham auch, wart, des Hilfswerk und mobile Krankenschwestern in Anspruch genommen, sie hat ja ein Vakuumgerät dann am zweiten Fuß ghabt, der woar ja dann scho ganz offen . und es war sehr sehr schmerzhaft und das konnten wir ja selber nicht mehr wechseln (...).“ (B8, Abs. 93)

Hilfswerk und Volkshilfe:

„ (...) wie habn bestimmt bei drei, vier Verschiedenen angerufen und es war nicht möglich, dass die schnell kommen konnten. B2: Jo weil die auch alle ausgebucht san. (..) B3: wir wissen nicht warum, aber wir haben wirklich keine . momentan schnelle Hilfe gekriegt! Das hat mehrere Tage gedauert, dass einer Mal zugesagt hat: Ja, wir kommen (...) B2: Ja wir habn mehrere Hilfsorganisationen . also, halt so Hilfswerk, Volkshilfe.“ (B2, B3, Abs. 610-619)

B6 hat keine professionelle Hilfe in Belastungssituationen durch Gewalt und Aggression angenommen, weil:

„ I: Und wie du psychische Gewalt oder Aggressionen eben in Form von seelischen Belastungen, hast du da auch eine professionelle Hilfe gesucht? B6: Na, eigentlich net, weil i ma denkt hob, i hob eh meine Familie hinter mir und die kaunn ma mehr geben wie vielleicht wer aunderer, wer Außenstehender, der mi net kennt, oder der die Familie net kennt. Na, hob i eigentlich net gsucht.“ (B6, Abs. 137-138)

B2 und B3 haben professionelle Hilfe angenommen, um mit ihnen über Probleme zu reden:

*„ (...) und do san dei (Palliativteam ist gemeint) super Ansprechpartner. (...) Also, die Schwester kommt täglich ins Haus und dei san a Ansprechpartner für die Angehörigen, net nur für die Kranken, sondern auch für die Angehörigen. (...) wir haben automatisch . habn wir über diese und jene Situation gesprochen. Also die (Krankenschwester) hot do eigentlich ziemlich viel von sich aus (...) eigentlich preisgegeben (...) und dei hot von Anfang an auch von sich selber gesagt: **Redts drüber!** (...)Durch des, dass sie do soviel erzählt hot, also teilweise mit dem Patienten einbezogen, teilweise auch . . also, alleine. (...).“ (B2, Abs. 508-518)*

Problembewältigung

Realität nicht wahrhaben wollen:

Es gibt Zeiten, in denen pflegende Angehörige gegebene Situationen nicht wahrhaben wollen oder können, die Krankheit oder Aggression und Gewalt nicht realisieren oder akzeptieren. Durch das „nicht wahrhaben wollen“ kann die Verdrängung eines Problems entstehen.

Pflegende fühlen sich wie vor den Kopf gestoßen:

*„Jo i kaunn nur dazua sogn, ma hot´s goar net glauben könna, weu die Schwigamutta, dei woar imma a Seele von an Menschen (...) und waunst´das net geh host wolln lossn, is glei irgendwie ausfällig wordn.“
(B5, Abs. 24)*

B4 konnte es nicht fassen, dass ihr Vater überraschend pflegebedürftig wurde:

*„Ja das war ja für uns jo net . des war ja für uns net **Realität!** Des woar jo für uns: Wos . wir brauchn a Pflege . Blödsinn! Das is ja unser Vater, das ist doch kein Pflegefall. Der is jetzt grad a mal a bisschen krank, na-ja, das das kannst ja . so schnell kannst ja das gar nicht fassen! Das is ja das.“ (B4, Abs. 657)*

Zusprache, Zuversicht und Hoffnung auf Besserung:

Pflegende Angehörige haben viele Strategien der Problembewältigung. Sie geben die Hoffnung so gut wie nie auf, ebenso möchten sie ihren Pflegebedürftigen gut zusprechen, ihnen auch Hoffnung geben. Gründe werden für eine Erklärung gesucht, eventuell Probleme verdrängt oder pflegende Angehörige reden sich gewisse Dinge ein (z.B. eine Besserung der Situation):

„wo´s ihr mit mir für a Oarbeit hobt´s, es war hoit (wäre halt) am besten, mi gibt´s nimma. Und daunn hom ma hoit gsogt: Schau Mutti, daweuast (solange du) do bist, wir gfrein si (wir freuen uns), wir mochn des gerne! Du host für uns allweil ois gmocht, jetzt moch ma´s für di! Und beim Gattn woars a so. Dem hob i daunn zua gredt und hob gsogt: Schau, es wiard scho wieda werd'n und waunn net, wiar findn a Lösung . iargendwie geht´s immer wieda weiter und sunst müss´ma sich hoit wem nehma (halt jemanden nehmen), der wos uns hoit hült (uns halt hilft)“ (B5, Abs. 70).

Gutes Zureden durch Berührung:

„ (...) aber ich hab versucht, mich zu ihr zu setzten, i hab sie bei der Hand genommen und hab auf sie eingeredet: Mama, schau, es wird scho wieda, oder: wir sind eh bei dir, du bist nicht alleine! Wir meistern das schon. Na daunn hat sa sich schon in den meisten Fällen wieder beruhigen lassn und dann is´ wieder gut gewesen.“ (B8, Abs. 25)

Bewältigungsstrategien bei Konfrontation mit Aggression und Gewalt:

Einige Bewältigungsstrategien sollen angeführt werden, die sich hier sehr unterschiedlich zeigen. Jeder pflegende Angehörige hat seine eigene Art und Weise, wie er mit schwierigen Phasen in der Pflege umgeht.

Der Glaube als Bewältigungsstrategie:

*„ (...) man steht dem Ganzen hilflos gegenüber. Ja, also. **der Glaube hilft weiter!** Also, wir san gläubig und der hot uns sicher weiter geholfen . ohne dem . weiß ich net. Also wenn ma do an nix glaubt, oder oder iargendwie is Gefühl hot, des Gaunze hot irgendwo an Sinn, dem ma jetzt zwoarvielleicht net verstehen, oder irgend a Sinnhaftigkeit dahinter sehn, könnt´i ma vorstellen, do dreht ma durch.“ (B2, Abs. 145)*

Das Beispiel Abfinden:

*„Pfff . jo, bewältigt. Man muss sich mit derer Situation abfinden und muss sagen: das is so. Entweder **muss ich davonlaufen** oder sag ma er müsste . wos waß i . in ein Pflegeheim oda wos waß i? Dass ma die Situation löst, na? Oba i man, des tua i net, weu . erstens war er auch immer ein guter Mann, das muss man sagen, ein guter Vater und in Stich lassen würd ich ihn nie! Obwohl jetzt ganz ehrlich (weint) (...) **Aber ich mach´s (stark weinend)!**“ (B7, Abs. 65)*

Zusammenfassung von Bewältigungsstrategien:

- Der persönliche Glaube an etwas (z.B. Gott)
- Einfach reden lassen und Erlebtes runter schlucken
- Durch Themenwechsel ablenken (Fernsehen, Lesen, etc...)
- An gute Zeiten, Kinder und Enkelkinder denken
- Reden, Aussprache innerhalb der Familie
- Sich mit der Situation abfinden, einfach hinnehmen
- Nach Möglichkeit Freunde und Bekannte treffen

- Ablenkung durch Verrichten der Hausarbeit

Ausblick/Lehre

Reaktion heute, wenn sich damalige Situation wiederholen würde:

In diesem Abschnitt geht es um die Reaktion heute, wenn sich die damalige Pflegesituation in ähnlicher Form wiederholen würde. Die Meinungen der Befragten sind einander sehr ähnlich und ziemlich eindeutig in die Richtung, dass sie alle erneut pflegen würden, obwohl sie nicht nur gute, sondern auch schlechte Erfahrungen machten. Auch haben die Interviewpartnerinnen Vorstellungen, Wünsche und Empfehlungen bzw. sehen für die Zukunft Handlungsbedarf in diesen Bereichen.

Die Interviewpartnerinnen sind sich zwar nicht sicher, ob sie es gut verkraften würden, wenn sie erneut eine persönliche Pflege auf sich nehmen, aber sofern es der eigene gesundheitliche Zustand zulässt, würden sie pflegen, um die Angehörigen vor einem Aufenthalt in einem Heim zu bewahren. Über die Zustände in Pflegeheimen und Krankenhäusern haben sich die Befragten mehrmals aufgrund eigener negativer Erfahrungen geäußert:

„Najo. Heute würd´ i vielleicht . jo . in Aufang (am Anfang) . oba ob i hoit des heute noch so verkroften tät, des is hoit wieda wos anders, weu man wird mit der Zeit . wird ma jo a iargendwie anders, net mehr so stark, weu ma jo daunn söba au scho in des Oiter (Alter) kummt, wo ma sich denkt, froh sein, dass da (dir) no a weng (ein wenig) besser geht, weu wer waß, wo´s no wird. Oba waunn´s is, daweu i no kaunn, wuad i´s sicha wieda tuan (würde ich´s sicher wieder tun) (...) I würd´ ma wünsch, dass i des söba verkroft und dass i, waunn i net, dass i ma wem nehma kaunn, der wos ma ebn do hüft und der wos hoit do mitbeteiligt is, nur für´n hoibn Tog und sowas und dass i sog ma mehr Freizeit hob (...).“ (B5, Abs. 130-132)

Beispiel Heimaufenthalt:

*„I würd´s wieda so mochn, i könnt goar net anders. Weu des mei innerliche Einstellung is und jo, i würd´s wieder mochn, wahrscheinlich. (...) Weil i kenn a die Situation wie´s in an Heim is und jo. **Des möchte i niemand zumuten!** (weint)“ (B6, Abs. 150-154)*

Erkenntnis, Ausblick für die Zukunft und Handlungsbedarf:

Für B6 ist es besonders wichtig, dass die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung durch das „Pflegegeld“ auch in Zukunft existiert und nicht etwaiger Sparmaßnahmen zum Opfer fällt:

*„ (...) und des is jo heitzutog (heutzutage) mit da Pflegestufe und mitn - und drum is des a gaunz gaunz wichtig, dass des beibehalten bleibt, dass des **net obgschoffn wird, weil es gibt viele Leute, die sie´s aunders net leistn könnten** und daunn sog i hoit, wär des wichtig, dass des bleibt und dass die Familien trotzdem in die eigenen vier Wände sein können und bei den Leuten, wo´s eben die Familie is. (B6, Abs. 144)*

B2 spricht die mangelnde psychologische Betreuung an:

„Ja, i tät sogn amoi im Gesundheitswesn auf jeden Foi (Fall), dass si do wos verbessern müsste. I tät sogn, dass die psychische Betreuung im Gesundheitswesen auf jeden Fall amal a bissl verstärkt sein müsste und zwoar net NUR für Patienten, für Angehörige, sondern auch für das Personal dort! (...) nur des Pflegepersonal, wenn i jetzt so gaunz brutal sogn darf: Die reißen sich buchstäblich den Arsch auf für die Patienten, die scheitern NUR am System. Und das sollte net sein! Wir schimpfen uns, dass ma so a übersozialer Staat sind und für soviele Sachen ist dann KEIN Geld da . und woanders werdn die Gelder was i net wo hin gesteckt! Und des . versteh i net!“ (B2, Abs. 559-561)

B4 äußerte den Wunsch, dass Ärzte mehr als bisher als Ansprechpartner fungieren sollten:

„Und ich finde Ärzte sollten auch mehr Ansprechpartner sein. Ich hab die ganze Zeit, wo der Papa im Spital war, keinen einzigen Arzt zu sehen oder zu sprechen bekommen.“ (B4, Abs. 564)

Rückblick Pflegesituation

Die nächsten Absätze behandeln den heutigen Blick der pflegenden Angehörigen auf die damalige Pflegesituation:

„Sicha, is ma is ma net glücklich (glücklich), oda is ma unglücklich und denkt sich: mocht ma ois und tuat ma ois für den Menschen und und is dann die Böse oder die Blöde oder wos was i wos, na?“ (B7, Abs. 111)

Die Bemühungen einerseits und den erfahrenen Schmerz andererseits hat B6 bis heute nicht vergessen:

„I: Und was fühlst du dabei, wenn du jetzt an die Situation an deine Oma oder Schwiegermutter denkst? B6: (unterbricht mit Tränen in den Augen) Dass es sehr sehr sehr an die Substanz geht. An die eigene.“ (B6, Abs. 147-148)

Vermutlich wie viele andere denkt sich auch B7, warum ihr und ihrem Mann das passieren musste:

„Wos i fühl? . . . I denk ma, warum hot des grad uns miassn passieren? (...)“ (B7, Abs. 180-181)

4.7. TK7: Pflegeverständnis & Erkenntnisse

Für die Tätigkeit der Pflege selbst steht oft das „WIE“ zur Debatte innerhalb der Familie oder im nahen Umfeld. Wie kann ein guter Lösungsansatz gefunden werden, was kann verbessert werden.

Erfahrungen

Eine Leitfrage beinhaltete die Bedeutung der Eigenschaften der erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Pflege. Die Antworten vielen unterschiedlich aus. Die Möglichkeit oder Machbarkeit der Pflege wurde häufig angesprochen. Im Vordergrund stand jedoch bei allen Pflegenden der Wohlfühlfaktor für die pflegebedürftigen Angehörigen. Drei Beispiele sollen zum Vergleich hervorgehoben werden.

Für B2 war es wichtig, mit vorhandenen Mitteln die Pflege durchzuführen:

*„ (...) Wir san eher a bissl a innovative Familie, wo´s gelernt hot, mit den Mitteln zu helfen, **die da sind** und das is uns hier sicher entgegen gekommen.“ (B2, Abs. 605)*

Der Zeitfaktor spielt eine große Rolle für die Pflege:

„Der Zeitfaktor ist sicher dir auch entgegen gekommen, weil´st eben im Winter zu Hause bist. Ab März wär´s dann problematisch gewordn, dann hätt ma sicher uns was überlegen müssen. Dass jetzt a Pflegerin da is, aber eben um die Zeit, in der die "Lara", meine Schwester, fehlt eben, weil´s berufstätig is, dass da wer da is. Weil die Mama allein hätt´s net geschafft. Schon allein von der Kraft her.“ (B4, Abs. 608)

Information durch Lesen von Büchern und der Besuch von Vorträgen erweitern den Wissenshorizont:

„ (...) Kenntnisse . wie i des schaffe, dass i do, dass i Bücher gelesen hob, dass i bei Vorträgen woar, dass i ebn ma die Hilfe gholt hob, um den Menschen a bissl zu verstehen. Oder warum der so jetzt is! Sog ma so . Fähigkeiten . wie tu ich mir leichter, wenn ich ihn pflege. Mit welchen Handgriffen, mit welchen . dass net auf meinen Körper geht, dass net auf meine Substanz geht, wie tu ich ma da leichter, welche Hilfsmitteln gibt's, sei's a Gesundheitsbett, sei's an Badelift, sei es a Gehhilfe, sei es a Lift, dass i denjenigen über Stiegen rauf bring oder a Bad, wo i sog, wie kaunn i mei Bad umgestalten, damit des für Pflegende besser is, für dass i mit an Rollstuhl vielleicht reinfahrn kaunn ins Bod oder wos. Kann i Staffln wegnnehmen, oder so irgendwie. Dass i ma leichter tua und jo. jo. des woar i eigentlich immer, dass wos da gibt und welche, jo. Über des wollt i mi immer informieren und wissen. (B6, Abs. 144)

Es gibt aber auch Grenzen in der Pflege, die dann auch ausgesprochen werden sollten. Wenn die Pflegenden alles opfern, damit es ihren Liebsten gut geht und dafür keinen Respekt, wenn nicht gar Ablehnung, von ihren bedürftigen Angehörigen erhalten, beeinträchtigt das die Bereitschaft und Motivation der pflegenden Angehörigen. Darüber muss geredet werden, damit die Pflegenden nicht selbst psychisch oder körperlich erkranken:

Bis daher und keinen Schritt weiter:

*„ (...) dass ma sich Grenzen gesetzt hat. Dass ma gsogt hot: **Bis da her und nicht weiter!** Ich kann nur soweit! (...). (B6, Abs. 95)*

Verantwortlichkeit

Dieser Unterpunkt bezieht sich auf die Leitfrage, bei wem aus der Sicht der pflegenden Angehörigen die Verantwortung für Veränderungen und Verbesserungen in der Pflege liegen. Auch auf diese Frage fallen die Äußerungen unterschiedlich aus. B2, B4 und B8 sind sich einig, dass die Verantwortung beim Gesundheitswesen liegt, am System.

Gesundheitswesen:

„Ja, i tät sogn amoi im Gesundheitswesn auf jeden Foi (Fall), dass si do wos verbessern müsste.“ (B2, Abs. 559)

Ärzte sehen Patienten und Angehörige nicht als persönliche zu respektierende Individuen, sondern lediglich als „Fälle“, wie dies B4 bezeichnet:

*„Ja, aber bei den Spitalsärzten hab ich schon wirklich den großen Verdacht, dass die die Patienten **nicht als Menschen sehen, sondern als Fälle!** Wirklich rein nur als Fälle.“ (B4, Abs. 577)*

Müssen Patienten in der heutigen Zeit noch so viel leiden? Pflegende Angehörige fordern verbesserte Schmerztherapien. Es wurde bereits mehrmals in den Aussagen der Befragten der Zeitfaktor als große Problematik dargestellt:

*„Pff . schwierig. Verbesserungen . Verbesserungen gibt´s immer. Aber, wenn halt nahe Angehörige oder Elternteile . man kaunn do nur versuchen, meiner Meinung noch, mit Schmerztherapien, um einfach ihr **den Schmerz zu nehmen**, weil Heilung gibt es nicht und dann die Menschen im Krankenhaus, des is a Katastrophe, weu des Pflegepersonal nicht diese Möglichkeit hot als wie im Privaten. Natürlich, ja, do wird des Essn hingestellt und obs jetzt wos essn oder nicht, das is uninteressant, des is . gaunz schlimm. Und des würde . hätte ich meiner Mutter **nie zugemutet!**“ (B8, Abs. 103)*

Für B1 und B7 liegt die Verantwortung für Verbesserungen bei den bedürftigen Personen, solange sie noch denken können, an ihrer persönlichen Einstellung:

*„Bei ihr söba (selber). Sie muass sie ändern, sie darf net so stur sein, sie muass sie wos sogn lossn. Bei uns liegts net, wir versuchen ebm (eben) ois (alles) Mögliche. Sie miassat diejenige sein . sie is a sehr sture . Person. Ein **Dickkopf!**“ (B1, Abs. 264)*

Für B7 liegt die Verantwortung für Verbesserungen wie für B1 bei den bedürftigen Personen. Sie ist der Meinung, dass sich alles im Kopf der Pflegebedürftigen abspielt:

„Na i glaub, des is in den Menschen schon so drinn, dass do goar kane Veränderungen, des is scho so, des is in seinem Kopf und alles drin . des glaub i des kaunn ma goar net. Sog ma, es is jo immer der gleiche Tagesablauf und alles (...)?“ (B7, Abs. 172)

B6 und B5 hingegen suchen die Verantwortung bei sich selbst als pflegende Angehörige:

„Bei einem Selbst! Wenn i mi net ändern will oder i ka Hilfe annehmen will, daunn wird des a net gelingen. Immer bei sich selber, also i denk ma hoit, i muss immer den Grund zuerst bei mir suchen oder mich verändern, um andere vielleicht ändern zu können, oder des bei mir net so heran gehn zu lassn. An andern Menschen . i kann niemanden ändern. I kann kan Menschen ändern, i kaunn niemand ändern! I will´s a net! Weu, jeder is für sich selbst.“ (B6, Abs. 140)

Angehörige müssen entscheiden, wird selbst gepflegt, oder soll eine 24-Stunden-Kraft organisiert werden oder wird ein Heim aufgesucht:

„Najo, die Verantwortung . do soit (da sollte) ma hoit zu an Oartz (Arzt) gehn, mit´n Artzt redn. Und wos hoit der daunn man´t (meint), weu die Verantwortung hom sowieso die Angehörigen nemsbei (nebenbei), (...) waunn ma´s söba net mochn kaunn, dass entweder rund um die Uhr wer do is oder dass ma´s wo in a Heim gibt (...) oba man kaunn sie daunn beim Oartzt oder iargendwie die Anregung hoin oder vo wem aundern und wo´s hoit de daunn glaub´n, des mocht ma hoit daunn so.“ (B5, Abs. 120)

4.8. TK8: Folgen

Wechselwirkungen von Aggression und Gewalt

Die Leitfrage nach den Wechselwirkungen war deshalb wichtig, um festzustellen, ob eine Reaktion auf eine Aktion folgt. In diesem Sinne ist als Reaktion die Aggression/Gewalt auf die Aktion Aggression/Gewalt gemeint. Wie sich durch die Gespräche herausstellte, reagierte jede einzelne pflegende Angehörige aufgrund der starken Belastungen, Kränkungen und Enttäuschungen auch ungewollt ein wenig aggressiv. Weil sie durch die Art der Pflegebedürftigen ihnen gegenüber oft verzweifelt waren und sogar häufig an sich selber zweifelten, ob sie sich ausreichend genug für ihre Angehörigen bemühten.

Beherrschung soll gelernt sein, für die Pflege aber eine Notwendigkeit:

„Man is sehr . selber sehr gereizt und (...) und muss si´ aber beherrschen, aber . und . die andern´ können ja nix dafür, wenn man so is, nicht?“ (B3, Abs. 334-336)

B5 stellt fest, dass die eigene Aggression keine Besserung der Situation herbeiführen kann:

„Des woar scho oft so, na, waunn i daunn . gwusst hob, des is so und hob dagegn gredt . dass i daunn lauter wordn bin, oba daunn hob i ma des imma wieda eingredt: na der Mensch waß des nimmer, des nutzt nix, i muass eahm so lossn wia er is und hob hoit recht gebn.“ (B5, Abs. 84)

B8 teilt die Meinung mit B5:

*„ (...) Ma is vielleicht amoi um a Spur lauter gewordn und hot gsogt: **Jetzt is´ es genug!** Aber, ma hätte damit nichts erreicht!“ (B8, Abs. 49)*

B6 nimmt es mit Humor und stellt gleichzeitig ernsthaft fest, dass aggressives Verhalten ansteckend ist:

*„(B6 unterbricht) ja . ja ja ja ja . najo, dass i genauso scho gschrian hob und genauso . scho reagiert hob. Maunchmal hob i ma docht: **Na deis is ansteckend!** (lacht laut)“ (B6, Abs. 91)*

Gesundheitliche Folgen

Die Folgen gehen aus allen angeführten Zitaten hervor. Deshalb sei darauf hingewiesen, dass hier nur zwei Fälle (Familie B2, B3 und die Pflegende B8) näher erläutert werden, wobei im Fall von B3 auch die Hintergrundgeschichte zur Nachvollziehbarkeit erwähnt werden soll:

B3 als pflegende Ehefrau erlitt ein Burn-Out:

„Ja, einmal bin ich zusammen gebrochen, ja.“ (B3, Abs. 120)

B3 beschreibt auch, dass sich ihr gesundheitlicher, seelischer und körperlicher Zustand kurz vor dem Tod ihres pflegebedürftigen Ehegatten verschlechterte:

„ (...) die letzten vier Tage war ich ja . . da war ich am Ende (weint).“ (B3, Abs. 277)

B3 musste nachts ständig bei offenem Fenster neben ihren pflegebedürftigen Ehemann verbringen – weil dieser es so wollte - und erlitt dadurch schwere Erkrankungen:

„Konnt´ aber selber scho nimma. Und dadurch hab ich mich so verkühlt, wo er ins Spital gekommen is? Da bin ich am nächsten Tag zum Hausarzt gegangen und der hat gsagt, Sie haben ne eitrige Bronchitis. (...)“

*Und die . durch die Antibiotika die ich bekomm´n hab, hab i Durchfall gekriegt . also ich konnt´ **überhaupt nicht mehr!** Ich war komplett (...) (Tränen in den Augen) und da hamm wir uns nimmer gesehn! (B3, Abs. 286-290)*

Die Interviewpartnerin B2 (Tochter von B3) hat während der Pflege Gewicht verloren:

„ (...) also in der Anfangsphase hab i abgenommen, was gegangen is, oba, wie gesagt, es is dann afoch nimmer gegangen. (...)“. (B2, Abs. 127)

Auch B8 hat gesundheitliche Folgen erfahren:

„Ja i hab versucht, mit meinem Hausarzt darüber zu reden, der hot ma gut zugeredet. Oder wenn´s ganz schlimm war, hot er ma in Form von Medikamenten geholfen, dass i mi wieder regeneriert hat . und dann hat sich das eh wieder gelöst. Des woarn halt so Phasen.“ (B8, Abs. 29)

Der Fall von B3 war mit besonders unglücklichen Umständen behaftet. B3 war körperlich derartig geschwächt, dass sie besonders anfällig für Viren und Bakterien wurde. Genau zu dem Zeitpunkt, als ihr pflegebedürftiger Gatte in das Krankenhaus gebracht wurde, brach bei ihr eine eitrige Angina und bedingt durch Antibiotikum starker Durchfall aus. Ihr Mann verstarb im Krankenhaus und B3 war es nicht mehr möglich, aufgrund ihrer eigenen Bettlägrigkeit, sich von ihrem Ehemann zu verabschieden. Diese Geschehnisse verkraftet B3 bis heute nicht.

5. Diskussion über Sachverhalt

Die Phänomene Gewalt und Aggression

„Gewalt ist ein Phänomen, das in der Pflege alter und kranker Menschen in all seinen Facetten und Formen anzutreffen ist“ (Schulz, 2006, S 191). Im Unterschied zu Schulz (2006), der das Phänomen Gewalt für den Bereich der professionellen Pflege untersuchte, wurde in der vorliegenden Diplomarbeit das Phänomen Gewalt in seiner unterschiedlichen Ausprägung für den Bereich der pflegenden Angehörigen im extramuralen Bereich näher untersucht.

Ziel war es, einen Einblick in die persönliche Lebenswelt pflegender Angehöriger, die Gewalt oder Aggression durch ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder erlebten, zu erhalten. Die Herausforderung war, Zugang zu Informationen über Erfahrungen, Erleben und deren Zusammenhänge von betroffenen Pflegenden zu gewinnen und dies wissenschaftlich aufzuarbeiten. Ein sehr heikles, tabuisiertes Thema sollte beleuchtet werden.

Wie die Interviews gezeigt haben, haben einige der von Schulz (2006) für den Bereich der professionellen Pflege festgestellten Probleme auch für die häusliche Pflege gleiche Relevanz.

Alle Interviewteilnehmerinnen (wenngleich nur ein kleines Sample) wurden während ihrer Pflegetätigkeit mit Aggressionen und Gewalt konfrontiert. Es machte dabei vor allem auch keinen Unterschied, ob es sich um Kurzzeitpflege nach einem Knochenbruch oder Langzeitpflege nach einem Aneurysma handelte.

Nachdem bereits die theoretische Auseinandersetzung aufzeigte, dass es keine einheitlichen Definitionen und Erklärungsmodelle für Gewalt und Aggression gibt, wie auch Schulz (2006) feststellte, wurden in *Kapitel 4.2* (TK2: Gewaltverständnis) die spontanen Definitionen der acht Befragten detailliert verglichen. Die persönlichen Definitionen sollen belegen, welche unterschiedlichen Auffassungen von nicht geschulten Pflegenden über Aggression und Gewalt existieren. Die eigene Sichtweise und das persönliche Erleben der Betroffenen flossen in die Interpretation ein und fanden entsprechende Beachtung, um die erworbene Datensammlung zu erfassen und zu vergleichen.

Bestätigt wird hierdurch die subjektive differente Auffassung der Phänomene Gewalt und Aggression von pflegenden Angehörigen, wie sie auch bereits in der Literatur erscheint, in der die Autoren die beiden Phänomene ebenso uneinheitlich definieren.

Pflegevergleich „Früher – Heute“

Jackson et al. (2009) stellten fest, dass die Interpretation der Pflegenden des Begriffs Gewalt abhängig von Kultur, Geschlecht und Alter ist. Sie schreiben „Further complication matters is the dynamism of modern life; families and the lives of their members change over the course of time and across generations. Traditional roles have begun to break down, and most cultures have been experiencing changing social norms“. Jackson et al. (2009) berichten, dass Dr. Yamamoto einen Zusammenhang zwischen Gewalt und gesundheitlicher Folgen fand, was nicht überraschend sollte, denn „The body does not exist independently of the brain“ (Jackson et al., 2009).

Dass die Pflege heute nicht mehr den alten traditionellen Erwartungen der Pflege manches Familienoberhaupts entspricht, hat sich durch die Leitfrage in Bezug auf „allgemeine Missstände in der Pflege“ ergeben.

Den Interviews ist zu entnehmen, dass es in der heutigen Zeit nicht für alle Familienmitglieder selbstverständlich und teilweise sogar erschwert ist, Angehörige zu pflegen. Heutzutage müssen fast alle Familienangehörigen arbeiten gehen, da sonst das Leben nicht mehr leistbar wäre.

Dies zeigt sich insbesondere auch in den Äußerungen zu den Finanzen und spiegelt den Wandel der (Lebens-)Kultur wieder.

Losgelöst von finanziellen Problemen, zeigte die Auswertung der Interviews aber auch auf, dass die pflegenden Angehörigen ihren eigenen Kindern und Enkelkindern nicht denselben Strapazen aussetzen wollen, denen sie aktuell ausgesetzt waren. Was früher selbstverständlich war, nämlich die Jungen pflegen die Alten im Familienverband, wird heute von den *künftigen* Pflegebedürftigen geradezu abgelehnt. Mit *künftigen* Pflegebedürftigen sind jene Menschen mittleren Alters gemeint, die eventuell in 10-30 Jahren pflegebedürftig werden könnten.

Als dritte Bestätigung für die Richtigkeit von Jackson et al. (2009) dargelegten Komplikationen in der Pflege aufgrund des Wandels der Zeit, belegen Berichte der Interviewten über Respektlosigkeit gegenüber der älteren Generation. Dies zeigt sich insbesondere durch die Ansprache der pflegebedürftigen Personen in der Form des Ageismus. An dieser Stelle ist auf die Diplomarbeit mit dem Titel „Ageismus in der Hauskrankenpflege alter Menschen in Österreich“ von Birgit Rohatsch (2011) zu verweisen.

Nicht jede Familie hat die Möglichkeiten, dass andere Familienmitglieder auf die Kinder achten, damit z.B. Mutter, Vater, Oma oder Opa gepflegt werden können. Das bedeutet nicht, dass die Angehörigen die Pflege nicht überneh-

men wollen, es geht hier um die Möglichkeiten, aber auch um die Beziehung zueinander. In diesem Fall macht es wenig Sinn, über andere ohne Hintergrundwissen zu urteilen, sondern man sollte vorerst gut überlegen, warum und wie sich die Zeiten geändert haben, bevor unnötig Kränkungen entstehen (siehe *Kap. 4.3* und *4.5*).

Literaturvergleich mit den Ergebnissen

Aus den Aussagen der Interviewpartnerinnen geht hervor, dass einige Pflegende das Ausrichten in der Umgebung bzw. schlechte Nachrede als eine Form der psychischen Gewalt erlebten.

Weiters berichten viele pflegende Angehörige über ihre Angst vor den Kosten, wenn sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden oder schämen sich, um Hilfe (nicht nur professionell, sondern auch im nahen Umfeld) zu bitten. Auch die Theorie, dass pflegende Angehörige die Pflege zur Selbstbestätigung brauchen, um sich als dankbare Tochter, Ehefrau etc. zu beweisen oder nach der Familienphase eine sinnvolle Aufgabe auszuüben, kann aufgrund sämtlicher Aussagen der Interviewpartnerinnen bestätigt werden. Wobei der Dank besonders hervorgehoben wurde, da die nun pflegebedürftige Person (Mutter, Ehemann, Vater, Großmutter etc...) vor Beginn der Pflegebedürftigkeit auch immer für die pflegenden Angehörigen da waren.

So wird die Pflege automatisch als selbstverständlich angesehen. Grond (2006) beschreibt das „Fürchten, versagt zu haben“ der pflegenden Angehörigen. Derartige Unsicherheiten gingen auch aus den Aussagen der Befragten hervor, z.B. in dem das Bangen geäußert wurde, dass gut genug gepflegt wurde oder dass sie häufig darüber nachdachten, ob sie noch viel mehr für ihren bedürftigen Angehörigen hätten tun können.

All diese Aussagen bestätigen die Theorie von Grond (2007), der in einigen kurzen Punkten die Hintergründe für die Entscheidung der Pflege eines bedürftigen Familienmitglieds durch Familienangehörige zusammenfasst (2007, S 65). (Vergleich *Kapitel 2.6*).

Als häufige Ursache von Aggression oder Gewalt wurden unter anderem von den Interviewpartnerinnen Medikamente und/oder deren Nebenwirkungen genannt. Diese Feststellung bestätigt die Aussagen von Neubert (2005, S 21). Siehe *Kapitel 2.6*.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es sich in den erforschten Fällen um psychische oder emotionale Gewalt handelte.

Ein guter Vergleich der Literatur „Gewalt in drei Formen“ (Vergleich *Kap. 2.7*) nach Schneider (2005) lässt sich mit den Interviewaussagen der pflegenden Angehörigen anstellen und verschiedene Formen der tatsächlich erlebten Gewalt der Pflegenden zusammenfassen:

- Beschimpfungen
- Beleidigungen
- Beschuldigungen
- gewaltiges Schreien
- Zielgerichtete Gemeinheiten (Zielgerichtetes Schädigen: Vergleich Nolting (2009), *Kap. 2.7*)
- Ausrichten, Nachrede, verbreiten von Gerüchten
- Gegenseitiges Ausspielen innerhalb des engen Umfelds
- Ungerechtfertigtes Beschweren
- Handlungen zu Fleiß machen
- Unterschwellige Bemerkungen
- Böse Blicke (nonverbal)
- Besitz ergreifen (z.B. Pflegender möchte ständig jemanden bei sich sitzen haben)
- Ablehnung
- Verweigerung (sich weigern)
- Unentwegtes Fordern an die pflegenden Angehörigen
- Trotzreaktionen

Schneider (2005) stellt drei Formen der Gewalt vor, (Vergleich *Kapitel 2.7* in dieser Arbeit) und Grond (2007) beschreibt in *Kapitel 2.7* beispielhaft die verbale Aggression. Grond stellte außerdem fest, dass verbale Aggression in der Pflege häufiger vorkommt als andere Formen und dass verbale Aggression um Vieles schmerzhafter sein kann als körperliche Aggression (Grond, 2007). Die gewonnenen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen die Aussagen sowohl in Schneiders (2005) Form der „psychischen oder emotionalen Gewalt“ als auch jene in Gronds „verbale Aggression“ (Schneider, 2005, zit. nach Grond, 2007).

Der empfundene seelische Schmerz der pflegenden Angehörigen ist nicht nur von kurzer Dauer. Diese Form von Leid ist bei den Pflegenden auch noch rückblickend vorhanden, was nicht nur die Aussagen bekräftigten, sondern auch damit verbundene Tränen, tiefe Traurigkeit und Trauer der psychisch verletzten Personen. Wie Grond (2007) bereits feststellte, wird das Selbst-

wertgefühl der pflegenden Angehörigen durch das Erfahren von Aggression und Gewalt angegriffen und verletzt.

Folgen der Belastungen

Wie bereits im *Kapitel 2.7* dieser Arbeit dargestellt, haben Wilz et al. (2001) die Auswirkungen der Betreuungsübernahme zusammengefasst und unter anderem eine Verschlechterung in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der pflegenden Angehörigen festgestellt (Wilz et al., 2001, zit. nach Seidl, Labenbacher, 2007).

Auch für diese Feststellung in der Literatur konnte vorliegende Arbeit eine Bestätigung der theoretischen Relevanz erbringen. So berichteten die Interviewteilnehmerinnen von unzähligen gesundheitlichen Problemen wie Nervenzusammenbruch, Schlaflosigkeit, Bronchitis und Durchfall, Depressionen und anderes als Folge der Belastungen denen sie ausgesetzt waren.

Durch die Darstellung der gesundheitlichen Folgen, die psychosomatischer Natur sind, kann davon ausgegangen werden, dass eine psychologische Betreuung in allen Bereichen von Nutzen sein würde und die eine oder andere Erkrankung verhindert werden könnte.

5.1. Neue Erkenntnisse und Handlungsbedarf

Wie bereits eingangs zur Diskussion über Sachverhalte dargestellt, deckt sich eine Reihe von in der Literatur aufgeworfenen Problemstellungen im Bereich der professionellen Pflege auch mit den Erfahrungen der Interviewteilnehmerinnen.

In der vorliegenden Arbeit wurde nur innerhalb einer kleinen Population geforscht im Gegensatz zu einer groß angelegten Studie. Eine der Voraussetzungen der ausgewählten Population war, dass die pflegenden Angehörigen Aggression oder Gewalt erfahren haben. Trotz dieser kleinen gewählten Population sind es im Vergleich zu der geringen Einwohnerzahl des kleinen beforschten Dorfes mit nur 762 Einwohnern in einer kleinen Gemeinde wieder viele Personen, denen Gewalt und Aggression widerfahren ist. Vorallem aber die Tatsache, dass alle Interviewten pflegenden Angehörigen – nach eigener Definition – zumindest mit Aggression konfrontiert wurden, lässt die These zu, dass Aggressionen in der häuslichen Betreuung häufiger vorkommen, als in der professionellen bzw. stationären Pflege (Beachte: Fälle von weit fortgeschrittener Demenz waren von dieser Studie ausdrücklich ausgeschlossen. Die Patienten und Patientinnen waren weitgehend im Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten). Der Grund liegt – nach vollständiger Auswertung der Interviews

– wohl in der geringeren Hemmschwelle gegenüber den Angehörigen aber auch in der vertrauten Umgebung ohne Mitpatientinnen bzw, Mitpatienten („Daheim muss ich mich nicht zurückhalten“). Darüber hinaus nehmen die Betroffenen diese Kränkungen im häuslichen Bereich auch häufiger persönlich als professionelles Personal in einer großen gesundheitlichen Einrichtung, in der unzählig viele Menschen auf einmal betreut werden, diese aber keinen persönlichen oder verwandschaftlichen Bezug zu den Patienten haben. Das diplomierte Personal, hat auch eine pflegerische Ausbildung im Gegensatz zu privat pflegenden Angehörigen. Durch die vertraute Umgebung, die persönliche Beziehung, das Vertrauen und die Nähe zwischen den pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Familienmitgliedern dauert auch die Verarbeitung des psychischen und seelischen Schmerzes bei pflegenden Angehörigen länger.

Die zweite Auffälligkeit betrifft den Versuch von beinahe allen Interviewteilerinnen, die ihnen widerfahrenen Belastungen durch Gewalt und Aggressionen zu rechtfertigen. Ein sehr häufiges Motiv dafür war Dankbarkeit und Schuldgefühle resultierend aus den „guten“ Jahren vor der Pflegebedürftigkeit.

Auch diese Auffälligkeit unterscheidet den Bereich der häuslichen Pflege von jenem der professionellen oder stationären Pflege sehr deutlich.

Beide Erkenntnisse, nämlich die Häufigkeit von Gewalt und Aggressionen als auch die Rechtfertigungsversuche dafür lassen sich als neu qualifizieren und haben praktische Relevanz.

Eine vertiefende, vergleichende Studie könnte diese Thesen beweisen bzw. widerlegen.

Ebenso führte diese Diplomarbeit zur Erkenntnis, dass sich Gewalt und Aggression zwar nicht vermeiden lassen, sich ihre physischen und psychischen Auswirkungen aber eindämmen bzw. abschwächen lassen könnten.

Von den befragten pflegenden Angehörigen wurden hierbei an unterschiedlichsten Stellen in den Interviews immer wieder

- Psychologische Begleitung und Unterstützung
- Stundenweise Entlastung durch (mobile) professionelle Pflegekräfte und
- Bereitschaft von Ärzten und professionellen Pflegekräften als Ansprechpartner

eingefordert oder angeregt.

Dies wollten die Interviewteilnehmerinnen auch als Appell an die Politik und das Gesundheitswesen verstanden wissen.

Diese Arbeit verfolgte bewusst das Ziel, ein Tabuthema, nämlich Gewalt und Aggression gegenüber pflegender Angehöriger, aufzubrechen. Im Rahmen der Interviews hat sich gezeigt, dass die Betroffenen durchaus bereit sind, über ihre Erfahrungen und ganz persönlichen Empfindungen zu berichten und diese auch der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen. Häufig war aber feststellbar, dass die pflegenden Angehörigen nicht wussten, wie sie mit den widerfahrenen Aggressionen (sie bildeten – im Gegensatz zur Gewalt – den Schwerpunkt der Schilderungen) umgehen sollen.

Hier könnten Schulungen und zielgerechte Beratung und Information für pflegende Angehörige Abhilfe schaffen. Auch die Implementierung einer Family Health Nurse (im Idealfall in jeder Gemeinde / jedem Bezirk) könnte hier ebenfalls helfen und entlasten.

5.2. Zusammenfassung/Abstract

Ausgangslage: Viele Menschen haben den großen Wunsch, zu Hause gepflegt zu werden. Welche Strategien sollen angewendet werden, wenn sich der Patient aufgrund seiner Einschränkung und der Lebensumstellung unwohl fühlt und dieses Unwohlsein Aggression oder gar Gewalt auslöst? Pflegende werden massiven Belastungen ausgesetzt, besonders dann, wenn diese keine pflegerische Ausbildung haben oder aus Scham keine professionelle Hilfe aufsuchen.

Ziel: In dieser Arbeit sollen subjektive Erfahrungen und Erlebnisse von pflegenden Angehörigen, die Aggression und Gewalt durch pflegebedürftige Familienmitglieder verspürten, näher betrachtet und in den Vordergrund gestellt werden. Bedeutend wird hier der Umgang mit derartigen Belastungen, Folgen, Bewältigungsstrategien, Lebenseinstellung und Lebensumstellung beforscht. Durch diese Arbeit soll das Thema Gewalt und Aggressionen gegenüber pflegender Angehöriger enttabuisiert werden und zu weiteren Forschungsarbeiten und Entlastungsmaßnahmen in diesem kaum beachteten Gebiet anregen.

Methodologie: Als Methode wurde der qualitative Ansatz gewählt. Als erster Schritt wurde Literatur zu diesem Thema gesucht, wobei zu diesem Phänomen nicht viel beschrieben wurde. Als nächster Schritt wurde die Fragestellung anhand der Literaturergebnisse ausgearbeitet. Für die Datenerhebung wurden fünf episodische Interviews und eine Gruppendiskussion durchgeführt. Die Auswertung erfolgte anlehnend an die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008).

Ergebnisse: Die Ergebnisse liefern einen Einblick in die persönliche Lebenswelt von pflegenden Angehörigen. Die Auswertungen und der Literaturvergleich haben ergeben, dass es Gleichheiten in Bezug auf Erfahrungen im Vergleich zu professionellen Pflegepersonal in ähnlichen Situationen gibt. Es hat sich herausgestellt, dass es in allen Fällen (unabhängig ob Kurz- oder Langzeitpflege) insbesondere zu Aggressionen gegenüber pflegender Angehöriger gekommen ist. Darüber hinaus wurde die These aufgestellt, dass Aggressionen und Gewalt in der häuslichen Pflege aufgrund der geringeren Hemmschwelle häufiger vorkommen als im stationären, professionellen Bereich. Ergebnis ist daher auch, dass es dringenden Handlungsbedarf bezüglich weiterer Forschung, Unterstützungsmaßnahmen wie psychologischer Betreuung und Schulungen sowie für die Politik gibt.

Abstract

Synopsis: Many people have the great desire to be cared for at home. What strategies should be applied if the patient is feeling uncomfortable due to his/her constraints and the conversion of the environment causes aggression or even violence? Relatives are exposed to a massive burden, especially if they have no training in home care or are reluctant seeking any professional help out of shame.

Objectives: In this thesis, subjective experiences as well as experiences of caregivers, who felt aggression and violence by their loved ones during home care should be observed and focused on. Important thereby is the handling of such burden, the consequences, the strategy of coping with the situation, the attitude towards life and the change of environment which should be examined. Via this thesis, the topic of violence and aggression shall no longer remain a taboo towards caregivers and shall lead to further research and elaborating relief measures in this largely neglected area.

Data collection and analysis: A method of qualitative approach has been chosen. As a first step, literature on that topic was looked for, whereat research into this phenomenon could be hardly found. As a next step, the objective of investigation was elaborated on the basis of literature analyses. For the data collection, five episodic interviews and one group discussion were conducted. The analysis mainly oriented itself on the integrated qualitative content analysis according to Mayring (2008).

Main results and Conclusions: The results provide an insight into the personal life of caregivers. The analysis and the comparison of the literature revealed that there are certain similarities between the experiences of professional and family caregivers. It transpired that in all cases (whether short or long term care) aggression erupted toward caregiving family members. Moreover, the hypothesis has been laid down, that aggression and violence occur more frequently in home care due to the lower inhibition threshold than in the stationary, professional field. An additional result is that there is an urgent need for action of policy makers beefed up with further research, supporting measures as well as psychological support and training.

5.3. Schlussfolgerung

Zuerst möchte ich festhalten, dass mich dieses Thema sehr getroffen hat und dass ich gleichzeitig dankbar bin, dass mir ein kleiner Einblick in die Lebenswelt von betroffenen pflegenden Angehörigen gewährt wurde. Täglich begegnet man vielen Menschen, die man gut kennt und doch nicht weiß, was sie täglich erleben. Insbesondere dann, wenn sie jemanden pflegen und den damit zusammenhängenden Belastungen ausgesetzt sind. Häufig wird darüber geschwiegen. Nach außen hin wird bemüht, stets zu lächeln, in den eigenen vier Wänden fließen oft Tränen und es herrscht Verzweiflung. Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft der eigenen Familie und auch der Freunde sind hierbei ein wertvolles Gut, ohne sie wären solche Situationen nicht bewältigbar. Alleine schon der Glaube an Etwas (z.B. an Gott) gibt Pflegenden viel Kraft und kann Berge versetzen, das zugehörige Zitat von B2 hat mir besonders gut gefallen und ist im *Kapitel 4.6* (Bewältigungsstrategie) zu finden.

Ohne Ansprache und Schweigen aus Scham gefährdet jeden Menschen, selbst zu erkranken. Es fiel mir nicht leicht, mich im Rahmen dieser Arbeit persönlich zurück zunehmen. Mein Verständnis und meine Hochachtung gebühren den pflegenden Angehörigen. Sie haben sich in zweierlei Hinsicht Gedanken und Sorgen gemacht. Zum Einen aufgrund des Erfahrens von Aggression oder psychischer Gewalt und zum Anderen aufgrund der Ängste um die pflegebedürftige Person, dass sich diese etwas antun oder sich verletzen könnte.

Belastend waren zusätzlich die Meinungen Dritter, die sich vorschnell ein Urteil bildeten, ohne sich vorher die Wirklichkeit der Betroffenen anzuhören. Sie schenkten den „Ausrichtungen“ Glauben. Siehe *Kap. 4.5*. Dies nagt zusätzlich an der Substanz eines jeden Betroffenen.

Professionelle Hilfe in belastenden Situationen aufzusuchen, möchte ich jeder pflegenden Person empfehlen. Besonders psychologische Unterstützung oder eine Implementierung einer Family Health Nurse in einer Gemeinde wäre zu befürworten. Siehe Diplomarbeit von Elisabeth Macht (2010).

Die letzten Monate, in der ich meine Diplomarbeit schrieb, waren sehr zeitintensiv. Doch nachdem ich von meiner Familie mit Verständnis und festem Rückhalt Unterstützung bekam, kann ich im Nachhinein behaupten, es war für mich ein sehr einschneidender und wichtiger Lebensabschnitt. In diesem habe ich überaus viele Dinge dazu gelernt, die ich nicht missen möchte. Ich habe einen bedeutenden Schritt nach Vorne gemacht, was wichtig für meine Zukunft ist.

Zu mir sagte einmal eine Person: „*Frau Dietrich, Sie können die Welt nicht verändern, das ist halt a mal so und SIE können´s sicher nicht ändern!*“

Heute sage ich: Wenn alle Menschen so denken würden, würde sich nie etwas ändern und verbessern. Doch wenn sich jeder Mensch denken würde, er wäre im Stande, Einiges oder Vieles zu ändern, dann kann gemeinsam viel bewegt werden, im positiven Sinne!

In diesem Sinne wünsche ich mir für die Zukunft, dass hier mehr Forschung betrieben wird.

Als letzte Worte möchte ich gerne einen von Matthias Hejda (2002) zitierten Text von Wettstein (1991) übernehmen, da der Inhalt und die Aussagekraft absolut auch auf dieses Thema zutreffen und ich diese Schlussworte – auch wenn bei meiner Arbeit ursprünglich das Kriterium „schwere weit fortgeschrittene Demenz“ ausgeschlossen wurde – absolut passend finde:

„Neu ist die Erkenntnis nicht, dass die Betreuung von Angehörigen mit seniler Demenz zur unerträglichen Belastung werden kann. Schon die frühgriechischen Göttermythen berichten darüber in einer Variante: Eos, die ewig-junge Göttin, hält es eines Tages nicht mehr aus, ihren Gemahl Tithonos weiterhin zu pflegen, der zwar unsterblich, aber alt, impotent und senil geworden ist und ununterbrochen Geschwätz von sich gibt. Sie kann das sinnlose Geplärr nicht länger aushalten, selbst ihre Liebe zu Tithonos und ihre göttliche Langmut sind überfordert, und sie verwandelt ihn in eine unablässig zirpende Zikade...“

Diese Lösung steht den heutigen Menschen nicht zur Verfügung, die einen dementiell erkrankten Familienangehörigen zuhause betreuen. In *ihrem eigenen Interesse*, aber auch im Interesse des Kranken *muss vermieden werden, dass sie sich dabei selbst aufopfern*“ (Wettstein, A., 1991, zit. nach Hejda, M., in Schnepf, W., 2002, S 218).

„Pflege kann nur gut gehen, wenn es den Pflegenden selbst gut geht“ (Jansen, 1995).

6. Literaturverzeichnis und weiterführende Literatur

Bücher

- Arbeitsgruppe >Pflege und Ethik< der Akademie für Ethik in der Medizin** (2005): >Für alle Fälle . . . <: Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik, Hannover, Verlag Brigitte Kunz, S. 11.
- Daneke, S.** (2000): Angehörigenarbeit, München, Verlag Urban & Fischer, 1. Auflage.
- Flick, U.** (1995): Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Hamburg, Verlag Rowohlt Taschenbuch.
- Flick, U.** (2010): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung, Hamburg, Verlag Rowohlt Taschenbuch, 3. Auflage.
- Froschauer, A., Lueger, M.** (2003): Das qualitative Interview – Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Gläser, J., Laudel, G.** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien, 4. Auflage.
- Grond, E.** (2007): Gewalt gegen Pflegenden: Altenpflegende als Opfer und Täter, Bern, Verlag Hans Huber, 1. Auflage.
- Gröning, K.** (2005): Entweihung und Scham: Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag GmbH, 4. Auflage.
- Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C.** (2007): Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang, Bonn, Psychiatrie-Verlag GmbH, 2. korrig. Auflage.
- Kienzle, T., Paul-Ettliger, B.** (2010): Aggression in der Pflege: Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal, Stuttgart, Verlag Kohlhammer GmbH, 5. aktualisierte Auflage.
- Kuckartz, U.** (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 3. aktualisierte Auflage.
- Lamnek, S.** (2010): Qualitative Sozialforschung, Weinheim, Basel, Verlag Beltz, 5. überarb. Auflage.
- Mayer, H. O.** (2008): Interview und schriftliche Befragung – Entwicklung, Durchführung, Auswertung, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 4. überarb. u. erweiterte Auflage.
- Mayer, H.** (2007): Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2. aktualisierte und überarb. Auflage.
- Mayer, H., Kleibel V.** (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken, Weinheim und Basel, Verlag Beltz, 5. Auflage.
- Mayring, P.** (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, Weinheim und Basel, Verlag Beltz, 10. neu ausgestattete Auflage.
- Morse, J. M., Field, P.A.** (1998): Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege, Deutsche Ausgabe, Hrsg. **Prakke, H.**, Bearbeitung **Zegelin, A.**, Wiesbaden, Verlag Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- Neubert, N.** (2005): Erfahrungen zu Aggression und Gewalt in der Pflege, Studienarbeit, Verlag GRIN, München, 1. Auflage.
- Nolting, H.P.**, (2009): Lernfall Aggression: Wie sie entsteht – wie sie zu vermeiden ist: Eine Einführung, Reinbek bei Hamburg, Verlag Rowohlt Taschenbuch, 4. Auflage.
- Panke-Kochinke, B.** (2008): Gewalt gegen Pflegekräfte: Problematische Situation erkennen und lösen, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag GmbH.
- Schnepp, W.** (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen, Bern, Verlag Hans Huber, 1. Auflage.
- Schulz, P.-M.** (2006): Gewalterfahrungen in der Pflege: Das subjektive Erleben von Gewalt in Pflegebeziehungen, in: HSM Handeln statt Misshandeln, Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Hirsch, R.D., et al. (Hrsg.), Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag GmbH, Band 13, 1. Auflage.
- Seidl, E., Labenbacher, S.** (Hrsg.) (2007): Pflegenden Angehörige im Mittelpunkt: Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen, Wien, Böhlau Verlag Ges.m.b.H. & Co. KG.
- Steimel, R.** (2004): Individuelle Angehörigenschulung: Eine effektive Alternative zu Pflegekursen, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, 2. aktualisierte Auflage.

Studien und Diplomarbeiten

- Barling, J., Rogers, A.G., Kelloway, E.K.** (2001): Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence, Journal of Occupational Health Psychology, 6, p. 255-269.
- Büssing, A., Höge, T.** (2004): Aggression and violence against home care workers, Journal of occupational health psychology, 9/3, p. 206-219.

Hejda, M. (2002): Was belastet pflegende Angehörige dementierender alter Menschen in: Angehörige pflegen, Schnepf, W. (Hrsg.), Bern, Verlag Hans Huber, S 197-218 (Veröffentlichung der Diplomarbeit).

Jackson, J.L., Mallory, R. (2009): Aggression and Violence Among Elderly Patients, a Growing Health Problem in: Society of General Internal Medicine, Washington, Vol. 24, No. 10, p. 1167-1168.

Macht, E. (2010): „family health nursing“ – Szenarien zum WHO – Konzept am Beispiel der Stadtgemeinde Pulkau, Wien, Diplomarbeit.

Nagaratnam, N., Lewis-Jones, M., Scott, D., Palazzi, L. (1998): Behavioral and psychiatric manifestations in dementia patients in a community: caregiver burden and outcome in: Department of Medicine (Geriatrics), Blacktown Hospital, Alzheimer disease and associated disorders, New South Wales/Australia, Ausgabe Dec 12/4, S 330-334, PMID: 9876961, abger. am 25.05.2011).

Pasch, C. (2010): Schulungsprogramme für pflegende Angehörige, Wien, Diplomarbeit, S. 7.

Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C. et al. (1992): Severe Family Violence and Alzheimer's Disease: Prevalence and Risk Factors in: The Gerontologist, Vol. 32, Issue 4, p. 493-497.

SOLOMON, P.L., CAVANAUGH, M.M., GELLES, R.J. (2005): FAMILY VIOLENCE AMONG ADULTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS: A Neglected Area of Research in: Trauma, violence, & abuse, University of Pennsylvania, Vol. 6, No. 1, p. 40-54.

Wenger, S. (2011): Psychisch belastend: Aggression und Gewalt gegen Pflegende: Tausend kleine Nadelstiche, Curaviva, Heft 2/11, S. 36-38, Online unter <http://upload.sitesystem.ch/E262A04C9D/32430F2248/CBA3681C9C.pdf> (abgerufen am 25.05.2011).

Internet Quellen

BAG Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (2009): Gesundheits- und Pflegevorsorge in Österreich, Positionspapier der BAG, Quelle online unter: http://www.caritas-burgenland.at/fileadmin/user/burgenland/bilder_allgemein/PDF/Positionspapier_Gesundheits_und_Pflegevorsorge-pdf.pdf (abger. 8.6.11.).

Bogner, A., Littig, B. (2005): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung, Menz, W. (Hrsg.), Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage.

Buchinger, E. (2008): 15 Jahre Pflegevorsorge in Österreich: Bilanz und Ausblick, BMSK, Online unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/7/0/6/CH0020/CMS1221223926148/080915_press_eunterlage_15_jahre_pflegevorsorge.pdf (abger. 8.6.2011).

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Österreichischer Pflegebericht: Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich **ÖBIG**, Online unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/8/CH1108/CMS1201006886045/endbericht_publicationsfassung_aktuell.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2009): Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation: Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich **ÖBIG**, Online unter http://www.oebai.at/cms/wb/media/news/Pflege_Arbeitshilfe_Druck20-20Letztfassung.pdf.

Caritas zum Thema Nr. 03/2007: Pflegende Angehörige: Auch Pflegende brauchen „Pflege“ - Genügend Luft zum Atmen – Betreuung und Pflege zu Hause, Studie zur Situation pflegender Angehöriger, Online unter www.caritas.at (zuletzt abgerufen am 01.06.2011).

DEGAM-Leitlinie Nr. 6: Pflegende Angehörige: A New Guideline for German General Practice: „Family Caregivers“, Online unter http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL_PA_003.pdf

Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger: Belastungen, Online unter <http://www.ig-pflege.at/hintergrund/belastungen.php> (abger. 26.5.2011).

Dresing, T., Pehl, T. (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 2. Auflage. Marburg, Quelle online unter: www.audiotranskription.de/praxisbuch (Datum des Downloads: 10.09.2011).

Infoblatt_Hochschulschriften.pdf: https://hopla.univie.ac.at/Infoblatt_Hochschulschriften.pdf

Hundstorfer, R. (2010): Pflegende Angehörige bestmöglich unterstützen und absichern, IN: OTS-Presseaussendung vom 20.05.2010 (Original unter www.ots.at), Online unter www.bmsk.gv.at (abgerufen am 01.06.2011).

ÖBIG: Gesundheit Österreich GmbH, online unter <http://www.oebig.at/>

ÖBIG: Berichte ÖBIG: Gesundheit Österreich GmbH, online unter <http://www.goeg.at/de/BerichteListing/berichtev/oebig.html>

Rudda, J., Marschitz, W. (2007): Reform der Pflegevorsorge in Österreich II, Quelle online unter http://www.wgkk.at/mediaDB/MMDB127501_Rudda_Pflege-Artikel.pdf (abger. 8.6.2011).

Rudda, J., Fürstl-Grasser, M. Rubisch, M. (2008): Pflegevorsorge: Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich. Online unter http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB134004_Rudda%20et%20a_Pflegevorsorge-Artikel.pdf (zuletzt abgerufen am 02.06.2011).

Statistik Austria: Mikrozensus 2002, Online unter www.statistik.at

Them, C. (2008): Demographischer Wandel –Die Zukunft der Pflege, Online unter http://pw.uit.at/upload/vortrag_them_24_10_20081.pdf (abgerufen am 25.05.2011).

Verein Meine Vorsorge (2011): Pflege, Gegenwart, Zukunft, Online unter: <http://www.verein-meinevorsorge.at/index.php/pflegebeduerftigkeit.html> (abgerufen am 25.05.2011).

Zitate von Einstein, A., Schiller, F. et. al.: <http://www.zeitblueten.com/news/2850/zitate-albert-einstein/>

Zitate von Einstein, A.: <http://www.autarkewelt.de/zitate/index.html>

Literaturempfehlungen

Allwicher, V. (2009): Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige: Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, Norderstedt, Verlag Books on Demand GmbH.

Büker, C. (2009): Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 1. Auflage.

Cahill, S., Shapiro, M. (1993): 'I THINK HE MIGHT HAVE HIT ME ONCE': Aggression towards caregivers in dementia care in: Australian Journal on Ageing, Vol. 12, No. 4, S 10-15.

Daneke, S. (2010): Achtung, Angehörige! Kommunikationstipps und wichtige Standards für Pflege- und Leitungskräfte, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG.

Döbele, M. (2008): Angehörige pflegen: Ein Ratgeber für die Hauskrankenpflege, Heidelberg, Verlag Springer Medizin.

Freyberg, R. (2001): Gewalt in der Pflege, Hausarbeit, München, Verlag GRIN, 1. Auflage.

Gates, D.M., Fitzwater, E., Meyer, U. (1999): Violence against Caregivers in Nursing Homes: Expected, Tolerated, and Accepted, Journal of gerontological nursing, S. 12-22.

Geiger-Brown, J., Muntaner, C., McPhaul, K., Lipscomb, J., Trinkoff, A. (2007): Abuse and violence during home care work as predictor of worker depression in: Home health care service quarterly, University of Maryland, Vol. 26(1), p. 59-77 (zuletzt abger. am 02.06.2011), PMID: 17387052.

Helfferrich, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWF Fachverlage GmbH, 2. Auflage.

Koch-Straube, U. (2008): Beratung in der Pflege, Bern, Verlag Hans Huber, 2. vollständig überarbeitete Auflage.

Konrad, K. (2007): Mündliche und schriftliche Befragung – Ein Lehrbuch, Landau, Verlag Empirische Pädagogik e.V., 5. überarb. Auflage.

Omalacy, R. (2011): The Abuse of Caretakers by the Elderly in: eHow Contributor, updated March 11, 2011, Quelle online unter: http://www.ehow.com/info_8047779_abuse-caretakers-elderly.html#ixzz1Zztrm1jQ (abger. am 26.05.2011)

Pietroluongo, L. (keine Angabe): Verbal Abuse in the Elderly in: eHow Contributor, online unter: http://www.ehow.com/about_6667678_verbal-abuse-elderly.html#ixzz1Zzvm5cbp

Salomon, J. (2009): Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung: Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme? Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung, Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2. Auflage, Internet: www.kda.de.

Schaeffer, D., Schmidt-Kaehle, S. (2006): Lehrbuch Patientenberatung: Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, Bern, Verlag Hans Huber, 1. Nachdruck 2008.

Schirmer, U., et al. (2009): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, 2. aktualisierte Auflage.

Schneider, U., Österle, A., Schober, D., Schober, Ch. (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich: Ausgabenstrukturen und Finanzierung, Sozialpolitik, Online unter http://www.wu.ac.at/sozialpolitik/pub/fbn02_06. (zuletzt abgefragt am 25.05.2011).

Schnepp, W., Scharf, W., Schoppmann, S., Wippermann, R. (1997): Pflegeforschung in der Psychiatrie, Berlin/Wiesbaden, Verlag Ullstein Mosby GmbH & Co. KG.

Schütte, F. (2004): Auswirkungen der Pflegeversicherung: Strukturelle und sozialökonomische Folgen für die ambulanten sozialpflegerischen Dienste in Schleswig-Holstein: Handlungsstrategien für frei-gemeinnützige Träger, Bern, Verlag Hans Huber, 1. Auflage.

Strauss, A., Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Aus dem Amerikanischen übersetzt von Niewiarra, S., Legewie, H., Weinheim, Psychologie Verlags Union.

Thompson, M.S. (2007): Violence and costs of caring for a family member with Severe Mental Illness, Los Angeles, Journal of health and social behaviour, Band 48, Heft 3, S. 318-333.

7. Anhang

I. Themenkomplex Gewaltverständnis

- Woran denken Sie, wenn Sie: „Gewalt oder Aggression in der Pflege“ hören? Was fällt Ihnen dazu ein?
- Wie definieren Sie selbst die Begriffe Aggression und Gewalt? Bitte erzählen Sie.
- In den Medien wird gelegentlich über Missstände in der Pflege berichtet, auch über Missbrauch und Gewalt. Wie denken Sie darüber?

II. Themenkomplex Gewaltereignis & Belastungen

- Haben Sie im Rahmen Ihrer Angehörigenpflege Aggressionen oder Gewalt erlebt und wenn ja, in welcher Form und Situation erlebten Sie als pflegender Angehöriger im Rahmen Ihrer Angehörigenpflege Aggressionen oder Gewalt?
- Gab es Situationen, die Ihnen psychischen Schmerz zugefügt haben? Wenn ja: Wie häufig waren diese?
- Was fällt ihnen zu Beschimpfen, ungerichtetes Schreien, Verweigerung von Essen, Schlafen oder Medikamenten ein?
- Was hat Sie persönlich am meisten getroffen oder belastet, als Sie Aggressionen verspürten?
- Gab es Situationen der Aussichtslosigkeit?
- Wie oft wurde aggressives Verhalten durch Ihren Angehörigen erlebt?
- Wie erlebten Sie plötzliche Stimmungsschwankungen?
- Wenn Sie sich zurück erinnern: in welchen Situationen wurde aggressives Verhalten spürbar?
- Die kranke Person darf in ihrer Freiheit nicht beraubt werden – wie war das mit Ihrer Freiheit?
- Was denken Sie, woran hat damals die/der Patient(in) gedacht und wie hat sie/er sich gefühlt?
- Entstand eine Wechselwirkung in Bezug auf Aggression zwischen Ihnen und dem pflegebedürftigen Familienmitglied? D.h. wurden Aggressionen reflektiert und/oder weitergegeben, verspürten Sie auch Aggressionen, wenn ja, wie?
- Haben Sie eine krankheitsbedingte Wesensveränderung erlebt? Wenn ja, wie wurde diese erfahren?
- Hatten Sie einmal das Gefühl des Nicht-Verstanden-werdens?

III. Themenkomplex Beziehung

- Wie entwickelte sich mit der Zeit die Beziehung zwischen Ihnen und dem pflegebedürftigen Familienmitglied?
- Wie haben Sie Vertrauen zwischen Ihnen und Ihrem Angehörigen erfahren?
- Wie haben Sie Ihren Angehörigen wahrgenommen?

- Warum haben Sie sich als Angehöriger entschieden, ihr pflegebedürftiges Familienmitglied zu pflegen? Was wollten Sie erreichen bzw. was war Ihr Ziel?

IV. Themenkomplex Nahes Umfeld

- Welche Erwartungen hatten Sie an die Familie und Ihr Umfeld?
- Wie ging der Rest der Familie mit Aggressionen durch die pflegebedürftige Person um?
- Wurde Ihre Arbeit als pflegender Angehöriger im eigenen Umfeld geschätzt, also anerkannt und toleriert? Z.B. zeigten die nahen Menschen in Ihrer Umgebung Verständnis für die Situation
- Wie erfuhren Sie mit der Zeit das Verhältnis zu Ihrer unmittelbaren Umgebung?
- Wenn Sie einen Partner/Ehemann oder auch Tochter/Schwiegertochter, Sohn/Schwiegersohn haben, wie hat diese(r) auf die damalige Situation reagiert?
- Haben Sie mit jemanden über das Erlebte offen reden können? Wenn ja, mit wem?
- Wenn nein, Welche Gründe gab es für das Schweigen?

V. Themenkomplex Bewältigung

- Gab es Hilfsangebote, um mit solchen Situationen fertig zu werden? Waren Sie über Möglichkeiten von Hilfe und Versicherung informiert? Z.B. Hilfswerk, Caritas, Volkshilfe, mobile Krankenschwester, oder über Arztinformationen, Broschüren, etc...?
- Denken Sie heute noch manchmal an die Situation von damals? Was fühlen Sie dann dabei?
- Wie glauben Sie würden Sie heute reagieren, wenn sich die damalige Situation wiederholen würde?
- Was würden Sie sich wünschen, wenn Sie heute wieder in solche Situationen geraten würden?
- Wie sind Sie mit dem psychischen Schmerz umgegangen?
- Wie wurde das Problem des aggressiven Verhaltens bewältigt und wie fühlten Sie sich dabei?
- Was haben Sie getan, als Sie solch einer Situation ausgesetzt waren?

VI. Themenkomplex Pflegeverständnis und Erkenntnis

- Bei wem liegt Ihrer Meinung nach die Verantwortung für Veränderungen und Besserungen in solchen Situationen?
- Wenn Sie sich zurück erinnern, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und/oder Eigenschaften waren Ihnen als Pflegender Angehöriger am Wichtigsten, über die Sie selbst verfügen wollten?

Abb. 4: Leitfaden unterteilt in Themenkomplexe (=TK) I-VI

Gekürzte Schritte 2-5: Paraphrase – Reduktion ○ Hauptkategorien	Gekürzte Schritte 2-5: Paraphrase – Reduktion ○ Unterkategorien
Themen Codings Gesamt – Hauptkategorien	
TK1: Gewaltverständnis	
TK2: Gewaltereignis und Belastungen	
TK3: Beziehung und Emotionen	
TK4: Wahrnehmungen im Umfeld	
TK5: Umgang mit belastenden Situationen	
TK6: Pflegeverständnis und Erkenntnisse	
TK7: Biografische Hintergründe	
TK8: Folgen	
Codings Gesamt\TK1: Gewaltverständnis	Eigene Definition von Gewalt und/oder Aggression
Codings Gesamt\TK1: Gewaltverständnis	Mißstände in der Pflege: Aggression und/oder Gewalt
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Als schlimmste empfundene Belastung
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Aufopferung und Belastungssituationen als anstrengend empfunden
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Auslösende Situationen für Aggression oder Gewalt
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Bewusstes Ärgern (tyrannisieren) in der Nacht
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Bewusstes Ärgern und trotzdem Fürsorge
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Egoismus, sich selbst in den Vordergrund stellen, Andere egal!
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Form von Aggression/Gewalt: Verweigerung
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Formen von Aggression oder Gewalt
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Freiheitsmangel, Angebunden sein, Freiheitsraub
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Gefühlsebene und Gedankenwelt der pflegebedürftigen Familienang
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Gründe für Verweigerung
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Häufigkeit v. Vorkommnissen, z.B. sekkant, lästig od. aggressiv
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Krankheitsbedingte Wesensveränderungen
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Medikamente subj.gesehen als Auslöser f. Aggression u. Gewalt
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Mühe umsonst, von "gegen die Wand reden" bis Gleichgültigkeit
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Probleme mit 24-Std.Kraft durch pflegebedürftige Angehörige
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Psychischer Schmerz
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Scheinheiligkeit, falsche Vorgaben, gegenseitiges Auspielen
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Situationen der Aussichtslosigkeit
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Stimmungsschwankungen plötzlich
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Subjektiv genannte Gründe für Aggression oder Gewalt
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Subjektives Empfinden von Gemeinheiten seitens Pflegebedürftige
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Trotzreaktion Selbstmitleid Aufmerksamkeit erregen wollen
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Verweigerung fremder Hilfe

Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Verweigerung von Essen und/oder Trinken
Codings Gesamt\TK2: Gewaltereignis und Belastungen	Verweigerung von sonstigen "Kranken"-Utensilien
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Ängste vor weiteren Verlauf der Erkrankung Zukunft
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Aufopferung aus Angst und Sorge
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen u. Pflegebedürftigen
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Hintergründe für Entscheidung zu pflegen
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Sich dem pflegebedürftigen Familienmitglied unterordnen
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Subjektive Wahrnehmung der pflegebedürftigen Angehörigen
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Vertrauen zwischen pflegenden Angeh. und Pflegebedürftigen
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Vorsicht gegenüber manchen Familienmitgliedern+Überlegtheit
Codings Gesamt\TK3: Beziehung & Sorgen & Ängste & Zweifel	Wünsche,Vorstellungen wenn es einem einmal selber treffen sollt
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Aussprache innerhalb Familie
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Aussprache mit Menschen in naher Umgebung
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Erwartungen an das Umfeld
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Gegenseitiges Ausspi Gewichtung, wie es nach Außen hin aussieht
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Lebensumstellung, Sorgen & Ängste
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Schweigen
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Toleranz, Akzeptanz, für Tätigkeit als pflegende Angehörige
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Umfeld-Reaktion d. restl. Familie m. Gewalt und/oder Aggression
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Zusammenhalt und Unterstützung in der Familie
Codings Gesamt\TK4 Wahrnehmungen im Umfeld	Zusammenhalt und Verständnis im nahen Umfeld
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Alternative zur Pflege Angeh., nach Beendigung häuslicher Pflege
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Aufsuchen von professioneller Hilfe in belastenden Situationen
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Beendigung der Pflege bedürftiger Angehöriger
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Bewältigungsstrategie in Situationen v. Aggr. u./od. Gewalt
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Es is halt so, es war halt so, man vergisst alles mit der Zeit
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Heutige Sicht auf damalige Situation
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Professionelle Hilfe zur Motivation
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Reaktion heute, wenn sich damalige Situation wiederholen würde

Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Tatsachen, Eigenschaften, Realität nicht wahrhaben wollen
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Umgang mit Aggression und/oder Gewalt
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Umgang mit belastenden Situationen
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Vorschläge v. pflegenden Angeh. für Zukunft u. weitere Forschung
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Wünsche, wenn sich Situation eines Pflegefalls wiederholen würd
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Zusprache Gutes Zureden trotz Aggressivität
Codings Gesamt\TK5 Umgang mit belastenden Situationen & Bewältigung & Hoffnung	Zuversicht und Hoffnung auf Besserung
Codings Gesamt\TK6: Pflegeverständnis & Erkenntnisse	Bedeutung/Wichtigkeit von Kenntnissen /Fähigkeiten/Eigenschaften
Codings Gesamt\TK6: Pflegeverständnis & Erkenntnisse	Grenzen: Es geht nicht mehr...
Codings Gesamt\TK6: Pflegeverständnis & Erkenntnisse	Pflegevergleich FRÜHER und HEUTE
Codings Gesamt\TK6: Pflegeverständnis & Erkenntnisse	Verantwortung für Veränderungen und Verbesserungen
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Anzahl pflegende Angehörige bei einer pflegebedürft. Person
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Anzahl von zu betreuenden pflegebedürftigen Familienmitgliedern
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Finanzielle Situation als belastend
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Pflegedauer
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Pflegegeld
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Tätigkeiten der Pflege
Codings Gesamt\TK7: Biografische Hintergründe	Usache für Pflegebedürftigkeit
Codings Gesamt\TK8: Folgen	Erfahrene Wechselwirkungen von Aggression oder Gewalt
Codings Gesamt\TK8: Folgen	Folgen

Tab. 8: Kategorien samt Unterkategorien nach 1. Reduktion aus MAXqda10

Obige *Tabelle 8* zeigt die ersten benannten Themen Kategorien 1-8 samt Unterkategorien, die hier noch sehr viel Platz einnehmen, daher war eine zweite Reduktion nötig. Die Unterkategorien wurden in weiteren Schritten zusammengefasst.

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie:

Gewalt in der Familie: Erfahrungen, subjektives Erleben und Empfinden pflegender Angehöriger bei aggressivem Verhalten durch betreuungsbedürftige Familienmitglieder.

Ich wurde von Frau Natalie Dietrich über die oben genannte Studie vollständig aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sie hat mich über ihr Konzept, ihre Beweggründe und die Forschungsfragen informiert. Ich habe das bei der Universität Wien eingereichte und genehmigte Exposé erhalten und weiß, dass es sich um eine Studie für eine pflegewissenschaftliche Diplomarbeit handelt.

Ich hatte ausreichend Zeit, um mich zu diesem Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung wieder zurückziehen kann. Ich weiß, dass ich nicht alle Fragen beantworten muss, oder mir Dinge vorbehalten, über die ich nicht sprechen möchte. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen. Ich weiß, dass ich über Erlebnisse sprechen werde, die unangenehm und belastend sein können.

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten nicht veröffentlicht werden und in der Arbeit anonym behandelt werden. Ich weiß, dass das Interview auf einem Tonträger aufgenommen und danach verschriftlicht wird.

Sollte ich meine Zustimmung vor Einreichung der Arbeit zurück nehmen, werden alle Daten und das Interview gelöscht und finden keinen Eingang in die Studie oder deren Auswertung.

Ich erkläre hiermit die freiwillige Teilnahme an dieser Studie und erhalte eine Kopie der Einverständniserklärung.

Datum des Interviews

Unterschrift der teilnehmenden Person

CURRICULUM VITAE

Name:	Natalie Annamaria Dietrich; geb. Schmidt
Geburtsdatum:	07. Juni 1975, in Wien
Familienstand:	Verheiratet
Kinder:	1 Tochter, 10 Jahre (2000), 1 Sohn, 5 Jahre (2006)
Staatsbürgerschaft:	Österreich

AUSBILDUNG:

August 2011 - August 2012:	Ausbildung zur Medizinischen Masseurin, NÖ
Sept. 2011 - Nov. 2011:	Ausbildung zur Ordinationsassistentin, NÖ
September 2008:	Ayurveda Ausbildung, Abhyanga, NÖ
Oktober 2006 - Oktober 2011:	Studium IDS Pflegewissenschaft
Februar 1998 - 29. Juni 2000:	Matura (Berufsreifeprüfung), Wien
Sept. 1993 - Juli 1996:	3 Jahre Lehre als Bürokauffrau in der NOVOMATIC AG, Niederösterreich
1991 - 1993:	2 Jahre HBLA, Wien
1990 - 1991:	1 Jahr Bundeshandelsakademie, Wien
1985 - 1990:	5 Jahre Gymnasium, Wien
1981 - 1985:	4 Jahre Volksschule, Niederösterreich

BERUFSERFAHRUNG:

<u>November 2005 – jetzt</u>	Vorzeitiger Mutterschutz (Risikoschwangerschaft), Karenz, danach Kinderbetreuung und Studium, Umschulung, 2. Bildungsweg
<u>August 2005 – Oktober 2005</u>	RZB – Assistentin in der Abteilung Austrian Corporate Customers III
<u>Februar 2004 – Juli 2005</u>	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie im Bereich Forschung und Entwicklung, Schiene und EU-Angelegenheiten. Assistentin
<u>April 2001 bis April 2003 (Karenz!)</u>	RZB Raiffeisen Zentralbank Österreich AG
<u>Mai 2000 – Jänner 2004</u>	Vorstandsassistentin (freiberuflich) Mutterschutz (Risikoschwangerschaft), Karenz, danach Kinderbetreuung
<u>April 2000 – Mai 2000</u>	ORF (Teilzeit, <u>Matura berufsbegleitend</u>)
	Redaktions-/Regie Assistentin in der Programmabteilung
<u>Jän. 2000 – März 2000</u>	Constantin Film-Holding GmbH (<u>Matura berufsbegleitend</u>)
	Chefsekretärin der Geschäftsleitung und des Eigentümers
<u>Aug. 1998 - Dez. 1999</u>	RZB Raiffeisen Zentralbank Österreich AG
	Assistentin des Bereichsleiters der Abteilung „Internationales Kommerzkundengeschäft“
<u>Juli 1996 – Juli 1998:</u>	AGI Austrian Gaming Industries GmbH (vormals: Novomatic Industries GmbH), Novomatic AG

WEITERBILDUNG:

September 2008:	Mitarbeit beim Kongress und Besuch v. Vorträgen: Conf. of the Workgroup of European Nurse Researchers; WENR Kongress, Wien
April - Oktober 2004:	Business English/BLC-Business English Center
August 2004:	Potenzialanalyse – Menschenkenntnis & Selbsterkenntnis
Mai 2004:	ELAK im Bund – Schulung
Februar - April 2004:	Telefontraining u. Rhetorik am Arbeitsplatz
September 2001:	Rhetorik und Sprechtraining/Polycollege, Wr. Volksbildungsverein 1050 Wien
Juli 1998:	English – LSI Intensive Standard – Upper Intermediate Level – in London
April 1998:	Seminar im Intercont: Reiseplanung via Internet, Veranstalter: Reisebüro BTU
Feb.1997 - Juni 1997:	Vorbereitungskurs FCE/Sommersemester, Österr. Britische Gesellschaft
Okt.1996 – Feb. 1997:	Englisch im Büro/WIFI Wien
April 1993:	Französisch, CIEL - Centre International d'Etudes Linguistiques, Nizza/Frankreich

SPRACHKENNTNISSE:

- Gute Kenntnisse in: Englisch in Wort & Schrift
 - Kenntnisse in: Französisch
-
-

Oktober 2011

Kontaktadresse: diplomarbeit.dietrich@gmx.at