



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und
„Hoffnungslosigkeit“ im Akutspital

Verfasserin

Irene Piller

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Andrea Smoliner, MNS

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Weiters versichere ich, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland als Prüfungsarbeit einer Beurteilerin / einem Beurteiler zur Begutachtung vorgelegt habe.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Danksagung

Besonders möchte ich mich bei meiner Betreuerin, Frau Dr. Andrea Smoliner, MNS, für die fachlich kompetente und motivierende Begleitung während der gesamten Zeit meiner Diplomarbeit bedanken.

Ein weiterer Dank gilt jenen Mitarbeiterinnen des Rudolfinerhauses, die mir mit hilfreichen Anregungen unterstützend zur Seite standen. Danke an alle Pflegepersonen des Rudolfinerhauses, die sich die Zeit genommen haben meinen Fragebogen zu beantworten und damit einen wertvollen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben und immer für mich da sind. Weiters danke ich meinen Großeltern für ihre Unterstützung und meinem Bruder Markus, dass er auch in stressigen Momenten immer ein offenes Ohr für mich hat.

Ich danke meinen Freunden und Studienkolleginnen, dass sie mir stets mit guten Ratschlägen und anspornenden Worten zur Seite standen sowie für den hilfreichen fachlichen Austausch.

Mag. Irene Strömer und Sophie Zimmermann danke ich für das mühevolle Korrekturlesen dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	11
1.1. Darstellung des Forschungsproblems	11
1.2. Forschungsfrage	13
1.3. Ziel der Arbeit	14
 THEORETISCHER TEIL:	15
2. Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“	15
2.1. Hoffnung	16
2.1.1. Definition und Beschreibung	16
2.1.2. Begriffsabgrenzungen	18
2.1.3. Grundelemente	19
2.1.4. Bereiche und Dimensionen	20
2.1.5. Entstehung und Ursachen	21
2.2. Hoffnungslosigkeit	22
2.2.1. Definition und Beschreibung	22
2.2.2. Grundelemente	23
2.2.3. Entstehung und Ursachen	24
2.2.4. Anzeichen und Merkmale	26
3. Die Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ in der Pflegepraxis	28
3.1. Erleben und Bedeutung	28
3.2. Hoffnungsförderung	31
3.2.1. Die Rolle der Pflegeperson	31
3.2.2. Pflegeinterventionen	33
3.2.2.1. Pflegeinterventionen im Bereich der „Palliative Care“	35
3.2.2.2. Pflegeinterventionen im Bereich der gerontologischen Pflege	41
3.2.2.3. Pflegeinterventionen im Bereich „Mental Health Nursing“	44
3.3. Methoden zur Einschätzung von Hoffnung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit	46
3.3.1. Einschätzung durch Pflegepersonen	46
3.3.2. Assessmentinstrumente	49
3.3.3. Skalen zur Messung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit	49
3.3.3.1. Erickson Hope Scale (EHS)	50
3.3.3.2. Herth Hope Index (HHI)	50
3.3.3.3. Hope Scale (SNHS)	51

3.3.3.4.	Hopefulness Scale (HFS)	51
3.3.3.5.	Stoner Hope Scale (SHS).....	52
3.3.3.6.	Hope Index Scale (HIS)	52
3.3.3.7.	Herth Hope Scale (HHS)	52
3.3.3.8.	Beck Hopelessness Scale (BHS)	53
EMPIRISCHER TEIL:		55
4.	Methodik	55
4.1.	Forschungsdesign	55
4.2.	Setting	55
4.3.	Studienpopulation	56
4.4.	Erhebungsinstrument	56
4.5.	Operationalisierung der Forschungsvariablen.....	59
4.6.	Datenerhebung	65
4.7.	Ethische Überlegungen	66
4.8.	Methode der Datenauswertung.....	67
5.	Ergebnisdarstellung	68
5.1.	Stichprobenbeschreibung.....	68
5.2.	Darstellung der Forschungsergebnisse.....	72
5.2.1.	Wissen zum Begriff „Hoffnung“	72
5.2.2.	Wissen zum Begriff „Hoffnungslosigkeit“	74
5.2.3.	Wissen zu „Erleben und Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“	75
5.2.4.	Wissen zu „Ursachen von Hoffnungslosigkeit“	77
5.2.5.	Wissen zu „Symptome von Hoffnungslosigkeit“	78
5.2.6.	Wissen zu „Pflegeinterventionen“	81
5.2.7.	„Angewandte Pflegeinterventionen“	83
5.2.8.	Häufigkeit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ in der Praxis	85
5.2.9.	Rolle der Pflegepersonen bei Hoffnungsförderung	86
5.2.10.	Nützlichkeit zusätzlicher Informationen	87
5.3.	Überprüfung der Ergebnisse mittels schließender Statistik.....	87
6.	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	89
6.1.	Wissen der Pflegenden zum Thema „Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“	89
6.2.	Förderung von Hoffnung in der Praxis	94
7.	Schlussfolgerungen und Ausblick	97

8. Limitationen der Studie.....	99
9. Literaturverzeichnis	100
10. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	108
11. Anhang	109
11.1. Genehmigung zur Durchführung der Studie.....	109
11.2. Begleitbrief	110
11.3. Fragebogen	111
11.4. Codeplan.....	115
11.5. Übersicht der Antworten zu Frage K7.....	118
12. Zusammenfassung.....	121
13. Abstract.....	123
14. Lebenslauf	125

1. Einleitung

1.1. Darstellung des Forschungsproblems

Gerade für die Pflege, aber auch für den Bereich der Pflegewissenschaft stellt das Thema „Hoffnung“ ein wichtiges Gebiet dar.

Hoffnung wird als eine der wichtigsten Emotionen des Menschen in Bezug auf die Zukunft gesehen. Sie drückt den Lebenswillen einer Person aus und kann ihr neue Energie und Motivation vermitteln (vgl. Kast 1997, S. 158f).

Hoffnung kann dem Menschen in vielen verschiedenen, mitunter schwierigen Situationen helfen, diese zu bewältigen und neuen Lebensmut zu fassen, auch wenn vorerst keine berechtigte Aussicht darauf besteht, dass das Gewünschte überhaupt in Erfüllung gehen wird.

Besonders in Bezug auf kranke und pflegebedürftige Menschen stellen „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ zwei wichtige Begriffe dar, die das Leben der Betroffenen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

Hoffnungslosigkeit tritt häufig bei kranken Menschen auf und kann verschiedene Verhaltensmuster hervorrufen. Die Merkmale dafür können von Person zu Person unterschiedlich sein und durch zahlreiche Faktoren beeinflusst werden. Dieses negative Gefühl der Hoffnungslosigkeit kann bei den Betroffenen unter anderem Mutlosigkeit und Verzweiflung hervorrufen und somit ihre Lebensqualität maßgeblich einschränken (vgl. Farran et al. 1999, S. 24).

Die Pflegewissenschaftlerin Abt-Zegelin (2009) beschreibt Hoffnung als „eine Kraftquelle und wertvolle Ressource in allen Pflege- und Krankheitssituationen“ (Abt-Zegelin 2009, S. 290). Weiters sieht Abt-Zegelin „[d]ie Vermittlung von Hoffnung [als] eine wesentliche Fähigkeit in der Pflege, ähnlich wie Berührung, Wahrnehmung und Kommunikation – verbunden mit Fachkenntnissen und Geschick“ (Farran et al. 1999, Geleitwort).

Gerade weil sich Hoffnung positiv auf den Krankheitsverlauf eines Menschen auswirkt, sollte diese sowohl von den im Gesundheitswesen tätigen Personen

gefördert sowie Maßnahmen zu ihrer Aufrechterhaltung gesetzt werden (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 291; Miller 2007, S. 12).

Jedoch wird den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ in den deutschsprachigen Ländern noch nicht allzu viel Beachtung beigemessen. Es gibt – was durch eine erste Literaturrecherche bestätigt werden kann - auch nur wenig deutschsprachige Literatur zu diesem Themengebiet. Hammelstein und Roth (2002) sehen dies dadurch begründet, dass großteils „die theoretischen Ansätze aus Amerika (...) relativ unbeachtet [geblieben sind]“ (Hammelstein/Roth 2002, S. 192).

Auch die dänischen Forscher Hammer, Mogensen und Hall (2009a) nehmen Bezug auf diese dennoch sehr allgemeine Problematik: „Because of its abstract and elusive nature, the phenomenon of hope has received limited attention in clinical nursing research“ (Hammer et al. 2009a, S. 549). Obwohl es teilweise noch Unklarheiten in Bezug auf Hoffnung und Hoffnungslosigkeit in der Pflege gibt (vgl. Cutcliffe/Herth 2002, S. 892), wird nach Eisold, Schulz und Bredthauer (2010) Hoffnung in der Pflegewissenschaft als ein bedeutungsvolles Konzept (für Pflegende) gesehen (vgl. Eisold et al. 2010, S. 10).

Einzig im Bereich der Krebsforschung setzt man sich vermehrt mit dem Konzept von Hoffnung auseinander. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass durch den Anstieg von Krebserkrankungen auch der Bedarf einer adäquaten Pflege der Betroffenen immer wichtiger wird und dadurch auch das Konzept von Hoffnung mehr in den Blickwinkel der Forschung gerät (vgl. Felder 2004, S. 321; Aylott 1998, S. 231).

In vielen stationären Einrichtungen werden Patienten¹ meist nur hinsichtlich ihrer physischen Beschwerden und Erkrankungen behandelt. Die psychische und emotionale Seite, die in engem Zusammenhang mit einer Erkrankung steht und Einfluss auf den Heilungsfortschritt nehmen kann, bleibt dabei oftmals unbeachtet. Obwohl der Mensch als ganzheitliches Wesen im Mittelpunkt der Pflege stehen sollte, ist es aus organisatorischen Gründen oft nicht möglich, den Patienten, neben der herkömmlichen Krankheitsbehandlung, die eigentlich so notwendige zwischenmenschliche Zuwendung zukommen zu lassen (vgl. Watson 1996, S. 45).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form verwendet, welche die weibliche Form selbstverständlich miteinbezieht.

Aus diesem Grund wird Pflegekonzepten wie „Hoffnung“ oder „Hoffnungslosigkeit“ keine Beachtung geschenkt, beziehungsweise werden diese oft nicht einmal erkannt. Auch Zeitdruck des Pflegepersonals kann Ursache der mangelnden Erfassung und Einschätzung der Konzepte Hoffnung und Hoffnungslosigkeit sein (vgl. Farran et al. 1999, S. 83).

Im Akutspital sind es vor allem die Pflegepersonen, die wissen sollten, wie mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ umzugehen ist. Dazu ist es wichtig, dass Pflegende diese Merkmale überhaupt erkennen, um die Diagnose stellen zu können. Nur so ist es in weiterer Folge möglich, Interventionen zu setzen, die den Patienten helfen können, neue Hoffnung zu finden, aber auch bereits bestehende Hoffnung weiter zu fördern. Im Fall von Hoffnungslosigkeit sollten Pflegende wiederum versuchen, diese zu reduzieren (vgl. Farran et al. 1999, S. 103).

Problematischer als das bloße Diagnostizieren von Hoffnungslosigkeit ist vor allem die Hoffnungsförderung, welche aus pflegewissenschaftlicher Sicht viel relevanter ist. Personen, die in der Pflege tätig sind, sollten in der Lage sein, herauszufinden, woraus ihre Patienten Hoffnung geschöpft haben, wie diese durch gezielte Maßnahmen aufrecht zu erhalten ist, beziehungsweise im Fall von Hoffnungslosigkeit wieder aufgebaut werden kann (vgl. Farran et al. 1999, S. 4).

Aus all diesen Gründen ist es wichtig, dass Pflegende viel mehr für die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ sensibilisiert werden.

1.2. Forschungsfrage

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lauten:

- Welches Wissen haben Pflegende zum Thema Hoffnung und Hoffnungslosigkeit im Akutspital?
- Welche hoffnungsfördernden Maßnahmen und Interventionen werden im Akutspital bei der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit angewendet?

1.3. Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist:

- die Darstellung der Definitionen von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit und eine ausführliche Beschreibung dieser Pflegekonzepte;
- das Aufzeigen des aktuellen Wissenstandes der Pflegenden in der Praxis zum Thema Hoffnung und Hoffnungslosigkeit;
- die Darstellung der hoffnungsfördernden Maßnahmen, die von Pflegepersonen zur Hoffnungsförderung im Akutspital durchgeführt werden.

Grundsätzlich soll mit dieser Arbeit ein weiterer Beitrag zum Verständnis der Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ im deutschsprachigen Raum geleistet werden. Sie soll Pflegepersonen als Leitfaden dienen, einen ersten Überblick und allgemeine Informationen liefern und sie im Hinblick auf diese Thematik mehr sensibilisieren um schlussendlich die Pflege eines Patienten auf all seine Bedürfnisse abstimmen zu können.

In weiterer Folge stellt diese Forschungsarbeit die Grundlage für die Überarbeitung des derzeitigen Pflegestandards von „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ in der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus dar.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im ersten, theoretischen Teil wird beschrieben, wie das Forschungsproblem beziehungsweise die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ in der Literatur dargestellt werden. Im zweiten, empirischen Teil dieser Arbeit wird die mittels quantitativem Fragebogen erfasste aktuelle Situation der Pflegepraxis in Bezug auf die Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ dargestellt und analysiert.

THEORETISCHER TEIL:

2. Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“

Einleitend sollte festgehalten werden, dass in der Literatur die Begriffe „Pflegediagnose“, „Pflegephänomen“ und „Pflegekonzept“ gleichbedeutend verwendet werden. Da sich diese Forschungsarbeit jedoch nicht nur auf die Diagnose von Hoffnung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit bezieht, sondern auch Maßnahmen und Interventionen sowie die Wichtigkeit der Pflegepersonen beschreibt, ist es naheliegender, den Begriff „Pflegekonzept“ zu verwenden.

Pflegekonzept:

Laut Duden (1996) wird unter dem Begriff „Konzept“ ein „Entwurf; erste Fassung; grober Plan“ (Duden 1996, S. 427) verstanden.

Der Pflegewissenschaftler Thiel (2002) definiert Konzepte als „[s]prachliche Begriffe für wahrgenommene Phänomene“. Es können dabei zwei Arten von Konzepten unterschieden werden:

- Empirische Konzepte: Das sind Konzepte, die gemessen und beobachtet werden können (z.B. Adipositas, Dekubitus etc.)
- Abstrakte Konzepte: sind Konzepte, die nicht direkt gemessen und beobachtet werden können, wie beispielsweise Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Selbstwertgefühl, Traurigkeit etc. (vgl. Thiel 2002).

Im Nachschlagewerk Pschyrembel wird ein Pflegekonzept als eine „Bezeichnung für systematische Pflegehandlungen, bei denen die Mitarbeiter nach einem einheitlichen Konzept oder einer Pflege Theorie arbeiten“ (Wied/Warmbrunn 2007, S. 580) definiert.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ getrennt dargestellt.

2.1. Hoffnung

2.1.1. Definition und Beschreibung

Der Begriff „Hoffnung“ spielt nicht nur in der Pflegewissenschaft eine wichtige Rolle, sondern auch in vielen anderen Wissenschaftsdisziplinen, wie beispielsweise der Theologie, Psychologie oder Philosophie. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt jedoch ausschließlich im Bereich der Pflegewissenschaft, weshalb das Pflegekonzept „Hoffnung“ sowie das im nachfolgenden Kapitel dargestellte Pflegekonzept „Hoffnungslosigkeit“ nur im pflegewissenschaftlichen Kontext betrachtet werden sollen.

Hoffnung ist sehr individuell ausgelegt und nimmt für jeden Menschen einen bestimmten Stellenwert ein, der von der jeweiligen Lebenssituation abhängig ist. Im Fall einer Erkrankung kann sich Hoffnung positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken und den Betroffenen mit neuer Energie erfüllen. Hoffnung kann vielen unheilbar Kranken helfen, mit ihrer Situation umzugehen, diese zu „akzeptieren“ und sich somit besser auf das bevorstehende Lebensende vorzubereiten. Die Bedeutung von Hoffnung ist daher sehr subjektbezogen und steht in enger Verbindung mit der individuellen Einstellung sowie der aktuellen Lebenssituation eines Menschen (vgl. Miller 2007, S. 12f).

In der Fachliteratur gibt es keine einheitliche Definition und Beschreibung von Hoffnung. Sie wird als ein sehr personenbezogenes und vielschichtiges Konzept beschrieben (vgl. Houldin 2000, S. 40), „das aus definitorischen Gründen in Aspekte des inneren Erlebens und auf das nach Außen [sic!] gerichtete Erwarten bzw. auf Objekte der Hoffnung zerlegt werden kann“ (Houldin 2000, S. 41).

Hoffnung kann auch als „die auf die zukünftige Erfüllung eines Wunsches gerichtete Erwartung“ (Brockhaus 2006, S. 577) bezeichnet werden.

Farran, Herth und Popovich (1999) definieren Hoffnung als „eine essentielle menschliche Erfahrung. Sie äußert sich als eine bestimmte Art des Fühlens, des Denkens, des Verhaltens und des Umgangs mit sich selbst und der Welt, in der man lebt. Hoffnung ist veränderlich in der Zielrichtung; sie kann weiterbestehen, auch

wenn das erhoffte Objekt oder der ersehnte Handlungserfolg ausbleibt“ (Farran et al. 1999, S. 6).

Die Psychologin und Psychotherapeutin Kast (1997) beschreibt Hoffnung als eine „gehobene Emotion in bezug [sic!] auf die Zukunft“ (Kast 1997, S. 157). Es kann sowohl auf ein Ereignis in näherer Zukunft gehofft werden, als auch auf einen schnellen und schmerzlosen Tod beziehungsweise auf ein besseres Leben im Jenseits.

Dufault und Martocchio (1985) sehen Hoffnung als eine „multidimensional dynamic life force characterized by a confident yet uncertain expectation of achieving a future good which, to the hoping person, is realistically possible and personally significant“ (Dufault/Martocchio 1985, S. 380).

Kylmä und Vehviläinen-Julkunen (1997) haben in ihrer Metaanalyse den Begriff Hoffnung aus pflegewissenschaftlicher Sicht unter anderem als persönliche und subjektive Erfahrung dargestellt, welche Einfluss auf künftige Erlebnisse haben kann (vgl. Kylmä/Vehviläinen-Julkunen 1997, S. 366).

Auch verschiedene Pflegeklassifikationssysteme behandeln das Konzept „Hoffnung“. Pflegeklassifikationssysteme oder Pflegetaxonomien, wie sie auch genannt werden, sind international gültig und dienen dem Pflegepersonal als Unterstützung bei der praktischen Arbeit. Sie ermöglichen durch die Verwendung einer übereinstimmenden Fachsprache eine verständlichere Kommunikation während des gesamten Pflegeprozesses. Nicht nur Pflegediagnosen, sondern auch Interventionen und Pflegeergebnisse können dadurch besser für die Pflegedokumentation formuliert und überprüft werden.

Die International Classification of Nursing Practice (ICNP) ist eine der bedeutendsten Klassifikationen aus dem europäischen Raum und befasst sich mit Pflegephänomenen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnissen. Die ICNP definiert Hoffnung als „eine Art von Emotion mit den spezifischen Merkmalen: Gefühle, Möglichkeiten zu haben, Vertrauen in andere und in die Zukunft, Lebenslust,

Ausdruck von Verstand und Lebenswille, innerer Frieden, Optimismus, verbunden mit Zielsetzungen und der Mobilisation von Energie“ (Hinz 2003, S. 210).

2.1.2. Begriffsabgrenzungen

Um das Konzept „Hoffnung“ verständlicher zu machen, werden in diesem Kapitel Begriffe erklärt, die oft als Synonym für Hoffnung Verwendung finden oder damit gleichgesetzt werden. In ihrer eigentlichen Bedeutung unterscheiden sich diese Begriffe jedoch voneinander.

Wunschdenken

Unter Wunschdenken versteht sich die „Annahme, dass sich etwas in einer bestimmten Weise verhält, was aber nicht der Realität entspricht, sondern nur dem Wunsch, dass es so sein möge“ (Duden 2011).

Im Gegensatz zur Hoffnung, bei der das Ziel nicht nur spezifisch, sondern auch unspezifisch sein kann, gibt es beim Wunschdenken ein konkret formuliertes Ziel. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Gewünschte in Erfüllung geht, ist jedoch deutlich geringer. Dies liegt zum Teil daran, dass der Wünschende mehr auf die Erfüllung hofft, als er selbst dafür tut (vgl. Farran et al. 1999, S. 11f).

Optimismus

Ein optimistischer Mensch ist ein sehr positiv orientierter Mensch, der nur das Beste erwartet und eine sehr zuversichtliche Lebenseinstellung an den Tag legt. Die Ziele von Optimismus sind – ebenso wie beim Wunschdenken – sehr spezifisch. Dennoch ist eine Realisierung unwahrscheinlicher, als es bei den Zielen von Hoffnung der Fall ist. Hingegen ist im Vergleich zum Wunschdenken die Wahrscheinlichkeit des Eintretens höher. Es ist sozusagen ausgeschlossen, dass Optimismus selbst in noch so schwierigen oder problematischen Situationen Negatives zulässt (vgl. Farran et al. 1999, S. 12f).

Erwartung

Auch der Begriff „Erwartung“ wird immer wieder mit Hoffnung in Verbindung gebracht. Beide Begriffe sind auf die Zukunft ausgerichtet, mit dem Unterschied, dass die Erwartung einen (bestimmten) Inhalt hat.

„Hoffnung hat meistens keinen festumrissenen Inhalt, je eigentlicher die Hoffnung wird, umso weniger hat sie einen Inhalt“ (Kast 1997, S. 169).

Die Erwartung hat ein relativ genaues Ziel vor Augen. Ein Mensch, der sich etwas erwartet, kann enttäuscht werden, wenn sich seine Vorstellungen nicht erfüllen. Darauf begründet Kast (1997) auch ihre Aussage, dass Hoffnung im Vergleich zur Erwartung viel geduldiger ist. Es lässt sich auch sagen, dass Hoffnung nicht so konkret ist wie die Erwartung, da sie nicht unbedingt darauf bedacht ist, dass etwas passiert. Erwartung steht in Verbindung mit der Sehnsucht, welche jedoch mehr Bezug zur Hoffnung hat als die Erwartung selbst (vgl. Kast 1997, S. 169-175).

2.1.3. Grundelemente

Da das Themengebiet „Hoffnung“ schon in verschiedenen Wissenschaftszweigen, wie beispielsweise in der Psychologie und Soziologie bearbeitet wurde, gehen Farran et al. (1999) davon aus, dass das Konzept „Hoffnung“ aus mehreren Grundelementen besteht (vgl. Farran et al. 1999, S. 6):

- erfahrungspraktischer Prozess
- spiritueller / transzendenter Prozess
- rationaler Denkprozess
- relationaler Prozess

Der erfahrungspraktische Prozess von Hoffnung bezieht sich auf verschiedene Erlebnisse und den damit in Verbindung stehenden Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht. Dabei handelt es sich jedoch nicht nur um positive Ereignisse, sondern auch um Krankheiten, die einen Menschen in Bezug auf seine Hoffnung beeinflussen und prägen können (vgl. Farran et al. 1999, S. 6f).

Hoffnung steht außerdem in engem Zusammenhang mit dem Glauben, was den spirituellen/transzendenten Prozess ausmacht. Es ist möglich, durch den Glauben wieder zu neuer Hoffnung zu finden und so schwierige Situationen gut zu überstehen. „Die Fähigkeit, „zu sich selbst zu finden“ und „sich über Schwierigkeiten zu erheben“, steht in engem Zusammenhang mit der spirituellen oder transzendenten Seite der Hoffnung“ (Farran et al. 1999, S. 8).

Wird Hoffnung als rationaler Denkprozess gesehen, sind verschiedene Faktoren wichtig, die das Hoffen ermöglichen. Farran et al. (1999) haben diese Bestandteile unter dem Akronym „GRACT“ zusammengefasst: G bezeichnet die erhofften Ziele (goals), R steht für die Ressourcen (resources), die wichtig sind, um das Hoffen überhaupt zu ermöglichen. A meint den aktiven Prozess (active process), welchen die hoffende Person bestreiten muss, um letztendlich das Ziel zu erreichen. C (control) bedeutet, dass der Hoffende Kontrolle benötigt, um sein Ziel nicht zu verlieren und T (time) steht für die Zeit und den Bezug der betroffenen Person zur eigenen Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft (vgl. Farran et al. 1999, S. 9).

Im relationalen Prozess begründet sich Hoffnung in der Beziehung zu anderen Menschen. Zum einen kann es die bloße Anwesenheit dieser Personen sein, zum anderen jedoch auch ihre positive Einstellung und Hoffnung, die im Zuge eines Gesprächs und in den Gesten vermittelt wird (vgl. Farran et al. 1999, S. 10).

2.1.4. Bereiche und Dimensionen

Dufault und Martocchio (1985) unterscheiden aufgrund ihrer empirischen Arbeit zwei Bereiche von Hoffnung. Zum einen handelt es sich dabei um die „generalisierte Hoffnung“, welche unabhängig von einem bestimmten Hoffnungsobjekt besteht und als allgemeine Hoffnung in Bezug auf die Zukunft gesehen werden kann. Diese Art der Hoffnung hilft einer aussichtslosen Person, wieder einen Sinn im Leben zu sehen und animiert diese, nicht aufzugeben (vgl. Dufault/Martocchio 1985, S. 380).

Den zweiten Bereich stellt die „spezifische Hoffnung“ dar. Diese ist im Unterschied zur „generalisierten Hoffnung“ an ein Hoffnungsobjekt gebunden, das in diesem Fall sowohl konkret als auch abstrakt sein kann. Die „spezifische Hoffnung“ ist darauf ausgerichtet, dass sich etwas im positiven Sinn ändert, beziehungsweise ein gewünschter Zustand eintritt und verleiht aus diesem Grund der betroffenen Person einen bestimmten Lebenssinn. Falls die spezifische Hoffnung jedoch abhanden kommen sollte, ist es die generalisierte Hoffnung, die den Menschen vor dem Aufgeben bewahrt (vgl. Dufault/Martocchio 1985, S. 380f; Hammer et al. 2009a, S. 549).

Nach Dufault und Martocchio (1985) haben die beiden angeführten Bereiche von Hoffnung insgesamt sechs gemeinsame Dimensionen, die verschiedene Aspekte abdecken (vgl. Dufault/Martocchio 1985, S. 382-389):

- Die affektive Dimension bezieht sich auf die Gefühle und Empfindungen der betroffenen Personen, die im Laufe des Hoffnungsprozesses auftreten. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein sowie sich ändern. Ausgedrückt werden sie durch die Verwendung von Worten.
- In der kognitiven Dimension wird überprüft, in welcher Relation das Erhoffte, beziehungsweise das Hoffnungsobjekt zur Realität steht.
- Die verhaltensbezogene Dimension beschäftigt sich mit den Handlungen, die ausgeführt werden, um das erhoffte Ziel zu erreichen. Diese können auf psychologischer, physischer, sozialer oder religiöser Ebene erfolgen.
- Die affiliative Dimension beschäftigt sich mit der Beziehung zu anderen Lebewesen und Menschen, behandelt aber auch den Bezug zur Religion und zu Gott.
- Bei der zeitlichen Dimension liegt das Hauptaugenmerk in der zeitlichen Orientierung. Obwohl Hoffnung immer auf die Zukunft ausgerichtet ist, spielen dennoch Vergangenheit und Gegenwart eine wichtige Rolle, da sie den Hoffnungsprozess beeinflussen.
- Die kontextuelle Dimension bezieht sich auf Lebenssituationen, welche die Hoffnung beeinflussen und auch Teil dieser Hoffnung sind.

2.1.5. Entstehung und Ursachen

Nach Farran et al. (1999) kann Hoffnung „im Inneren eines Menschen selbst, in Wechselbeziehungen zu anderen Individuen oder im Umgang der Mitglieder einer Gemeinschaft bzw. Gesellschaft untereinander“ (Farran et al. 1999, S. 16) entstehen und baut auf den Lebenserfahrungen eines Menschen auf. Wird beispielsweise eine schwierige Situation gut gelöst, dann gibt dies der betroffenen Person Hoffnung und Vertrauen, auch künftige Probleme erfolgreich überstehen zu können.

Erste Voraussetzungen für Hoffnung werden schon in der Kindheit durch den Einfluss der Eltern geschaffen. Dafür ist nicht nur die Beziehung zu diesen von Bedeutung, sondern auch die Erfahrungen und Einstellungen in Bezug auf Vertrauen

und Misstrauen, welche die Eltern ihrem Kind vermitteln. Hoffnung kann ihre Quellen weiters auch im spirituellen Glauben haben, durch den die hoffnungslose Person neue Kraft finden sowie Trost vermittelt bekommen kann (vgl. Farran et al. 1999, S. 16).

2.2. Hoffnungslosigkeit

2.2.1. Definition und Beschreibung

Im Gegensatz zur Hoffnung gibt es auch das Pflegekonzept der Hoffnungslosigkeit. Hoffnungslosigkeit ist ein negatives Gefühl, das bei den betroffenen Personen Mutlosigkeit, aber auch Verzweiflung hervorrufen kann und die Lebensqualität eines Menschen einschränkt. Hoffnungslosigkeit wird oft als die Abwesenheit von Hoffnung bezeichnet und steht somit in enger Verbindung zum Begriff der Hoffnung. Hoffnungslosen Menschen fehlt jegliches positive Gefühl im Leben, sie fühlen sich geschwächt und eingeschränkt (vgl. Farran et al. 1999, S. 26).

Häufig tritt auch das Gefühl von Desinteresse in Bezug auf Aktivitäten oder soziale Kontakte auf. Im schlimmsten Fall kann sich der Zustand einer hoffnungslosen Person so sehr verschlechtern, dass ein verfrühter Tod die Folge ist.

Die 1982 gegründete „North American Nursing Diagnosis Association“ (NANDA), die als das bekannteste und wichtigste Pflegeklassifikationssystem gilt, definiert Hoffnungslosigkeit als einen „subjektiven Zustand, in dem ein Individuum begrenzte oder keine Alternativen oder persönliche Wahlmöglichkeiten sieht und unfähig ist, Energie für sich zu mobilisieren“ (Berger et al. 2008, S. 116).

Das deutschsprachige Klassifikationssystem „PraxisOrientierte Pflegediagnostik“ (POP) sieht Hoffnungslosigkeit als ein „Pflegephänomen, bei dem ein Mensch eine beeinträchtigte Erwartungshaltung die Zukunft betreffend hat und nicht in der Lage ist, Handlungsalternativen oder persönliche Wahlmöglichkeiten zu erkennen und vorhandene Ressourcen für die Planung und Gestaltung der Zukunft zu nutzen“ (Stefan et al. 2009, S. 638).

Die Nursing Interventions Classification (NIC) ist eine standardisierte Klassifikation von Pflegeinterventionen, die mit den Pflegediagnosen der NANDA zusammengefügt wurde (vgl. Van der Bruggen 2002, S. 65f). In Bezug auf „Hoffnungslosigkeit“ sieht die NIC unter anderem folgende Pflegeinterventionen zur Hoffnungsförderung vor:

- „Complex Relationship Building
- Decision-Making Support
- Emotional Support
- Hope Instillation
- Presence“ (McCloskey-Dochterman/Bulechek 2004, S. 831)

Nach Farran et al. (1999) ist Hoffnungslosigkeit „eine essentielle menschliche Erfahrung. Sie verkörpert ein Gefühl der Verzweiflung und Entmutigung, ein Denken, das nichts erwartet und ein Verhalten, das durch Passivität oder Unangemessenheit gekennzeichnet ist“ (Farran et al. 1999, S. 25).

Carpenito-Moyet (2008) beschreibt Hoffnungslosigkeit als einen Gefühlszustand, in dem eine Person keine Mittel und Wege zur Lösung ihrer Probleme sieht sowie sich nicht motivieren kann, um vorgenommene Ziele zu verwirklichen (vgl. Carpenito-Moyet 2008, S. 321).

2.2.2. Grundelemente

Hoffnungslosigkeit weist, ebenso wie Hoffnung, verschiedene Grundelemente auf:

In Bezug auf das erfahrungspraktische Element ist es die negative Lebenserfahrung eines Menschen, die das Auftreten von Hoffnungslosigkeit begünstigt. Oftmals spielen aber auch längst vergangene Ereignisse und Erfahrungen eine wesentliche Rolle und können, vor allem in Zusammenhang mit aktuellen Problemen und Beeinträchtigungen, Einfluss auf die Hoffnungssituation der betroffenen Person nehmen (vgl. Farran et al. 1999, S. 28f).

Hoffnungslose Menschen haben manchmal eine falsche Wahrnehmung von spirituellen beziehungsweise transzendenten Elementen. Zum Beispiel ist dies der Fall, wenn die Betroffenen in schwierigen Situationen nur an ihrem Glauben

festhalten und selbst keine Aktivitäten setzen, um dem Problem entgegenzuwirken (vgl. Farran et al. 1999, S. 29).

Im irrationalen Prozess ist es wichtig, dass hoffnungslose Personen angemessene Ziele haben, die sie auch verwirklichen können und die auf die vorhandenen Ressourcen abgestimmt sind. Der Aspekt der Zeit ist insofern bedeutend, da sich Hoffnungslosigkeit, gleichfalls wie die Hoffnung, sowohl auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erstrecken, als auch nur auf eine oder zwei dieser Zeitspannen beziehen kann. Dies kann wiederum von unterschiedlichen Erkrankungen abhängig sein. Um erfolgreich gegen die Hoffnungslosigkeit ankämpfen zu können, gilt es zu ergründen, in welchen Bereichen die Beeinträchtigung liegt (vgl. Farran et al. 1999, S. 34f).

Das relationale Element führt dann zur Hoffnungslosigkeit, wenn die betroffene Person kein Vertrauen in ihre Mitmenschen aufbauen kann und sich alleingelassen fühlt. Oft sind diese Menschen davon überzeugt, dass ihnen nicht geholfen werden kann. Dieses Verhalten kann ursprünglich sein, aber auch durch negative Erlebnisse erst später hervorgerufen werden (vgl. Farran et al. 1999, S. 35).

2.2.3. Entstehung und Ursachen

Hoffnungslosigkeit kann viele verschiedene Ursachen haben und ihre Entstehung kann „im physiologischen, emotionellen, verhaltensbedingten oder intellektuellen Bereich“ (Bühlmann 1998, S. 107) festgelegt sein. Allgemein lässt sich sagen, dass Hoffnungslosigkeit auf nicht erfüllte Erwartungen oder Enttäuschungen im täglichen Leben zurückzuführen ist. Jene Aspekte, die zu Hoffnung führen, können bei Absenz das Gegenteil – nämlich Hoffnungslosigkeit – auslösen (vgl. Bühlmann 1998, S. 107; Farran et al. 1999, S. 36).

In der Klassifikation der NANDA werden als Ursachen von Hoffnungslosigkeit folgende Faktoren angeführt:

- „Anhaltende Aktivitätseinschränkung verursacht Isolation
- Lang andauernder Stress
- Verlassenheit

- Verlorener Glaube an spirituelle Kraft
- Verlorener Glaube an transzendente Werte
- Verschlechterter physiologischer Zustand“ (Berger et al. 2008, S. 116).

Die Klassifikation POP von Stefan et al. (2009) bezieht sich auf die Auslöser, die in der NANDA Taxonomie genannt werden und ergänzt diese noch durch weitere Ursachen wie beispielsweise:

- „Schwere Krankheit
- Einsamkeit
- Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld
- Schmerz (physisch, psychisch)
- Angst
- Unsicherheit
- Mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten/Fertigkeiten“ (Stefan et al. 2009, S. 638f).

In der Fachliteratur werden weiters folgende Auslöser von Hoffnungslosigkeit beschrieben:

Nach Eberl (2006) kann auch der Verlust von nahestehenden Personen das Auftreten von Hoffnungslosigkeit begünstigen. Dies muss nicht unbedingt in Zusammenhang mit Erkrankung oder Tod stehen, sondern kann auch bereits im Falle einer Trennung möglich sein (vgl. Eberl 2006, S. 330). Als weitere Ursache wird der „Mangel an Autonomie“ (Eberl 2006, S. 330) angeführt. Eine Person kann beispielsweise aufgrund einer psychischen oder physischen Beeinträchtigung von einer anderen Person abhängig und dadurch in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sein. Ebenfalls sieht Eberl (2006) auch ganz alltägliche Vorkommnisse wie „Liebeskummer“, „Verlust der Arbeitsstelle“ oder „finanzielle Schwierigkeiten“ (Eberl 2006, S. 330) als Auslöser von Hoffnungslosigkeit.

Hoffnungslosigkeit kann weiters darin begründet sein, dass eine Person in gewissen, für sie unlösbar erscheinenden Situationen das Gefühl hat, mit einem Problem völlig

allein gelassen zu sein. Sie fühlt sich hilflos und zu schwach, um sich aus der misslichen Lage zu befreien beziehungsweise eine Lösung zu finden (vgl. Bühlmann 1998, S. 108).

Im Zuge einer Erkrankung kann es vorkommen, dass die Person keine Anzeichen auf Besserung sieht und daran verzweifelt. Auch die Beschwerden und Schmerzen, die dabei auftreten sowie eine längerfristige Behandlung können die betroffene Person hoffnungslos stimmen (vgl. Bühlmann 1998, S. 108).

Hoffnungslosigkeit kann außerdem in allen Altersstufen auftreten und ganz alltägliche beziehungsweise mit dem Alter in Zusammenhang stehende Ursachen haben. Mit dem Alter auftretende Veränderungen oder Verluste von motorischen, sensorischen sowie kognitiven Fähigkeiten können bei betroffenen Personen zu Anzeichen der Hoffnungslosigkeit führen (vgl. Carpenito-Moyet 2008, S. 322).

2.2.4. Anzeichen und Merkmale

Um erfolgreich mit dem Pflegekonzept „Hoffnungslosigkeit“ in der Praxis arbeiten zu können, ist es daher für alle im Gesundheitswesen Tätigen, im Speziellen aber für Personen im Pflegebereich, sehr wichtig, Hoffnungslosigkeit überhaupt zu erkennen.

Die Klassifikation der NANDA nennt in ihrer Beschreibung von Hoffnungslosigkeit nachstehende Merkmale:

- „Abwenden vom Sprecher
- Achselzucken als Antwort auf den Sprecher
- Fehlende Beteiligung an der Versorgung
- Fehlende Eigeninitiative
- Geschlossene Augen
- Passivität
- Reduzierte Reaktion auf Reize
- Reduzierte Verbalisierung
- Reduzierter Affekt
- Reduzierter Appetit
- Gestörtes Schlafmuster

- Sprachliche Hinweise“ (Berger et al. 2008, S. 116)

Stefan, Allmer, Eberl et al. (2009) ergänzen in der Klassifikation POP die Kennzeichen von Hoffnungslosigkeit der NANDA Klassifikation durch folgende Punkte:

- „Wortkargheit
- Seufzen
- Rückzug aus der Umgebung
- Teilnahmslosigkeit/Desinteresse betreffend die Bezugspersonen, Kinder, Partner
- Wutausbrüche“ (Stefan et al. 2009, S. 639)

Oftmals lässt sich Hoffnungslosigkeit anhand einer trügen, abwesenden oder abweisenden Körperhaltung erkennen. Auch ein ablehnender und scheuer Gesichtsausdruck, der zugleich Unzufriedenheit und Gleichgültigkeit vermittelt, kann ein Anzeichen von Hoffnungslosigkeit sein (vgl. Eberl 2006, S. 330).

Hoffnungslosen Menschen fällt es schwer, sich an jeglichen Aktivitäten zu erfreuen, weshalb oft frühere Hobbies oder andere „Lieblingsbeschäftigungen“ vernachlässigt werden. Weiters ziehen sich die Betroffenen zurück und distanzieren sich von ihrer näheren sozialen Umgebung (vgl. Eberl 2006, S. 330).

Verbale Äußerungen, die auf die Hoffnungslosigkeit einer Person schließen lassen, sind vor allem Aussagen, die ausdrücken, dass die Person nicht mehr kann und keine Auswege aus ihrer momentanen Situation sieht sowie Bemerkungen über fehlende oder negative Zukunftsperspektiven (vgl. Stefan et al. 2009, S. 639).

Carpenito-Moyet (2008) liefert mit ihrem Buch „Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice“ eine Ergänzung beziehungsweise nähere Beschreibung zu den NANDA Pflegediagnosen. In Bezug auf das Konzept „Hoffnungslosigkeit“ unterscheidet sie zwischen physiologischen, emotionalen und kognitiven Merkmalen. Als physiologische Merkmale werden beispielsweise erhöhter Schlafbedarf sowie Energiemangel angeführt. Emotionale Merkmale sind Hilflosigkeit, der Mangel an Sinn und Zweck im Leben oder die Unfähigkeit, nach Glück zu streben. Merkmale von Hoffnungslosigkeit auf der kognitiven Ebene sind nach Carpenito-Moyet etwa Suizidgedanken, die ausschließliche Konzentration auf die Vergangenheit oder

Zukunft und ferner die Unfähigkeit eines Menschen, Hoffnungsquellen zu erkennen (vgl. Carpenito-Moyet 2008, S. 321).

Carpenito-Moyet (2008) unterteilt Hoffnungslosigkeit in drei Gefühlskategorien (vgl. Carpenito-Moyet 2008, S. 324):

- Zum einen das Gefühl des Unmöglichen, bei dem die betroffene Person nicht in der Lage ist, etwas zu erledigen, das sie eigentlich tun müsste.
- Empfindet die betroffene Person jedoch ihr zugeteilte Aufgaben als zu umfassend beziehungsweise als zu schwierig um diese zu lösen, dann beschreibt dies das Gefühl der Überwältigung.
- Letztendlich das Gefühl der Teilnahmslosigkeit, im Zuge dessen die betroffene Person keine Ziele oder Absichten zeigt.

3. Die Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ in der Pflegepraxis

In den folgenden Kapiteln sollen die Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“, vor allem aber das Erleben von betroffenen Personen sowie Pflegeinterventionen zur Förderung von Hoffnung in Bezug auf verschiedene Erkrankungen dargestellt werden. Da bei der Literaturrecherche in verschiedenen pflegewissenschaftlichen Datenbanken hauptsächlich Studien aus dem Bereich der Palliativpflege sowie der gerontologischen Pflege gefunden wurden, liegt der Fokus der nachfolgenden Kapitel auf diesen Bereichen.

3.1. Erleben und Bedeutung

Die Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit ist sehr subjektiv und kann nicht verallgemeinert werden. Zahlreiche Faktoren haben Einfluss auf das Erleben dieser Konzepte (vgl. Houldin 2000, S. 41), wobei jedoch eine Erkrankung beziehungsweise die Art der Erkrankung sicherlich den größten Einfluss darauf nimmt (vgl. Herth 1993, S. 139). Aber auch umgekehrt hat Hoffnung Einfluss auf das Erleben und den

Umgang mit einer Erkrankung. „Patients with many types of diagnoses find that hope is an important strategy in coping with their illness“ (Raleigh 1992, S. 443). Nach Eberl (2006) steht Hoffnungslosigkeit oftmals in engem Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung (vgl. Eberl 2006, S. 330).

Menschen, die an einer unheilbaren Erkrankung wie beispielsweise Krebs oder HIV leiden und wissen, dass sie sich in der letzten Phase ihres Lebens befinden, haben eine andere Einstellung beziehungsweise ein anderes Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit (vgl. Benzein et al. 2001, S. 120) als Menschen, die beispielsweise aufgrund ihres Alters und der einhergehenden Verschlechterung ihres physischen Zustandes hoffnungslos sind. Auch Jugendliche oder Kinder erfahren Hoffnung sowie Hoffnungslosigkeit anders als Erwachsene, die an der gleichen Krankheit leiden.

Nach Benzein, Norberg und Saveman (2001) steht für Krebspatienten die Bedeutung von Hoffnung in engem Zusammenhang mit der Tatsache, mit dieser unheilbaren Erkrankung leben zu müssen. An einer derartigen Krankheit zu leiden, bedeutet deswegen jedoch noch lange nicht, keine Hoffnung mehr zu haben (vgl. Benzein et al. 2001, S. 123).

Studien zeigen, dass betroffene Personen, die sich ihrer unheilbaren Erkrankung bewusst sind, dennoch darauf hoffen, geheilt zu werden beziehungsweise an das Wunder einer Heilung glauben. Jedes Untersuchungsergebnis kann für die Erkrankten einen Funken Hoffnung bedeuten. Weiters wird darauf gehofft, die verbleibende Zeit schmerzfrei erleben zu können. Die Hoffnung, ein möglichst normales Leben führen zu können, steht in Verbindung damit, die kleinen Dinge des Lebens zu schätzen und sich kurzfristige Ziele zu setzen. Im Fall einer schweren Erkrankung wird Hoffnung bereits schon dann erlebt, wenn die betroffene Person beispielsweise in der Lage ist, kleine alltägliche Aktivitäten und Aufgaben auszuführen (vgl. Benzein et al. 2001, S. 120f; Hammer et al. 2009b, S. 276).

Bedeutungsvoll für das Erleben von Hoffnung sind außerdem Beziehungen zu nahestehenden Menschen, Familienangehörigen, Pflegepersonen, aber auch zu Gott. All diese Beziehungen vermitteln den Betroffenen ein Gefühl von Liebe, geben ihnen Kraft zu kämpfen und durchzuhalten. Aber auch eine gute Beziehung zu sich selbst, die vor allem dann gegeben ist, wenn sich die betroffene Person mit ihrer

Erkrankung auseinandersetzt und diese akzeptiert, hat großen Einfluss auf die Hoffnung dieses Menschen. Manche unheilbar erkrankten Personen erleben Hoffnung in der Weise als sie sich mit ihrem Schicksal abfinden, auf den Tod vorbereiten und Abschied nehmen (vgl. Benzein et al. 2001, S. 121-123; Hammer et al. 2009b, S. 277f).

Dass die soziale Unterstützung bei Krebspatienten einen positiven Einfluss auf das Erleben von Hoffnung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit hat, belegen Gil und Gilbar (2001) in ihrer Studie. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass Patienten, die weniger soziale Unterstützung haben, mehr Anzeichen von Hoffnungslosigkeit aufweisen und ältere Patienten meist weniger hoffnungslose Gefühle verspüren (vgl. Gil/Gilbar 2001, S. 28f).

Für chronisch kranke Menschen bedeutet Hoffnung - wie eine Studie in Finnland (Kylmä et al. 1996) zeigt - sich auf das Leben zu konzentrieren, aber auch auf die Möglichkeit, vielleicht doch wieder gesund zu werden. Weiters stärkt, nach Kylmä, Turunen und Perälä (1996), eine geistige Ausgeglichenheit und das Vertrauen in Mitmenschen beziehungsweise in Gott, die Hoffnung für die Betroffenen (vgl. Kylmä et al. 1996, S. 211f).

Juvakka und Kylmä (2009) unterscheiden aufgrund ihrer empirischen Untersuchung bei Jugendlichen mit Krebserkrankung zwei Dimensionen im Erleben von Hoffnung: Zum einen die bewusst erlebte Hoffnung und zum anderen jene Hoffnung, welche als innere Ressource wahrgenommen wird.

Die bewusste Hoffnung richtet sich auf einen konkreten Hoffnungsgegenstand und ist zukunftsorientiert. Jugendliche, für die Hoffnung eine innere Ressource darstellt, verstehen darunter eine positive Einstellung in Bezug auf ihre Erkrankung, das Leben so gut wie möglich mit Humor zu nehmen, aber auch an Gott zu glauben beziehungsweise Träume und Wünsche zu haben. All diese Dinge lassen die betroffenen Personen hoffen und geben Kraft, um mit der Erkrankung sowie den situationsbedingten Lebensveränderungen zurechtzukommen. Ein gutes soziales Umfeld, das nicht nur emotionale Unterstützung bietet, sondern auch die Betroffenen respektvoll behandelt, kann genauso zum Erleben von Hoffnung

beitragen wie etwa die Art und Weise, in der Ärzte und Pflegende mit ihren Patienten kommunizieren (vgl. Juvakka/Kylmä 2009, S. 195f).

Das Erleben von Hoffnung kann jedoch auch durch verschiedene negative, belastende Faktoren beeinträchtigt werden. Nach Juvakka und Kylmä (2009) wären das im Fall von jugendlichen Krebspatienten Angstgefühle, kein normales Leben mehr führen zu können, aber auch in Bezug auf das durch die Krebsbehandlung bedingte veränderte Aussehen. Unangenehme oder schmerzhaft Nebenwirkungen der Behandlungen können die Betroffenen ebenfalls hoffnungslos stimmen (vgl. Juvakka/Kylmä 2009, S. 196).

Oftmals gelingt es vielen kranken beziehungsweise unheilbar kranken Menschen erst durch das Erleben von Hoffnung, ihr Leben wieder mit anderen Augen zu sehen und zu erkennen, welche Dinge wirklich Priorität haben. „Many participants delineated that through hope they developed a new awareness of what is possible in life and were able to put the pieces of their life into a pattern that they had never tried before“ (Herth 1990, S. 1256).

Für ältere Menschen hat Hoffnung eine vielfältige und dynamische Bedeutung und wird als eine realitätsbezogene Erwartung wahrgenommen, die es ihnen ermöglicht, über die aktuelle Situation hinwegzusehen und dadurch an eine bessere Zukunft zu glauben (vgl. Herth 1993, S. 144). „[H]ope cannot only propel one to action, but can warm, uplift, and support a person in situations where no direct action is possible“ (Herth 1993, S. 144).

3.2. Hoffnungsförderung

3.2.1. Die Rolle der Pflegeperson

Allgemein betrachtet besteht die Aufgabe professioneller Pflegepersonen nach Travelbee (2008) darin, den Patienten zu versorgen und ihn sowie seine Angehörigen bestmöglich zu unterstützen. „Die Pflegekraft tröstet den Erkrankten, unterstützt und ermutigt ihn. Mit Worten oder durch ihr Verhalten flößt sie ihm Vertrauen und die Gewißheit [sic!] seiner Genesung ein. Sie vermittelt dem Kranken, daß [sic!] sie ihm helfen wird und daß [sic!] er nicht allein ist“ (Travelbee 2008, S.

103). Laut der Pflegeforscherin Herth (2005) haben Pflegepersonen angesichts ihrer beruflichen Tätigkeit, ihrer sozialen Kompetenz und dem Respekt, welcher ihnen entgegengebracht wird, einen großen Einfluss auf die Patienten (vgl. Herth 2005, S. 174).

Pflegende spielen nicht nur bei der Erhaltung von Hoffnung, sondern auch bei der Förderung von neuer Hoffnung eine wesentliche Rolle. Daher werden sie oft als sogenannte „Hoffnungsquellen“ gesehen (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 292). Falsche Handlungen von Pflegepersonen können jedoch auch das Gegenteil, nämlich den Verlust von Hoffnung und das Auftreten von Hoffnungslosigkeit bewirken.

Aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit ist es Pflegepersonen vorbestimmt, dass sie die zu Pflegenden bis zu einem bestimmten Grad mit Hilfe von verschiedenen Pflegeinterventionen positiv beeinflussen können (vgl. Farran et al. 1999, S. 103; Hickey 1986, S. 134).

Auch Herth (2001) schreibt in ihrer Studie, dass es den in der Pflege tätigen Personen obliegt, Interventionsprogramme beziehungsweise Maßnahmen zu entwickeln, um Hoffnung zu fördern sowie zu erhalten (vgl. Herth 2001, S. 1016).

Um Pflegeinterventionen anwenden zu können, ist es vorerst notwendig, Pflegephänomene aufgrund verschiedener Merkmale sowie mit Hilfe von Assessmentinstrumenten richtig zu erkennen und die entsprechende Pflegediagnose stellen zu können. Das Erkennen von „Hoffnungslosigkeit“ stellt sich jedoch oftmals als problematisch dar, da einige Eigenschaften ähnlich jenen anderer Pflegediagnosen sind (vgl. Bruss 1988, S. 28).

Für die Auswahl der für den Patienten am besten geeigneten Interventionen und Maßnahmen zur Hoffnungsförderung sollten sich Pflegepersonen unter anderem an Aspekten wie beispielsweise der Krankengeschichte des Patienten oder an dessen körperlichem Zustand orientieren (vgl. Travelbee 2008, S. 114).

Im Fall der Diagnose „Hoffnungslosigkeit“ sollten Pflegende versuchen, diese zu reduzieren oder - wenn überhaupt möglich - das Aufkommen von hoffnungslosen Gefühlen zu vermeiden. So kann den Betroffenen ein Leben mit einer besseren Lebensqualität ermöglicht werden.

Dazu sollte herausgefunden werden, warum sich die Patienten hoffnungslos fühlen beziehungsweise Anzeichen der Hoffnungslosigkeit aufweisen und inwiefern sich

diese Hoffnungslosigkeit äußert. Dadurch können ihnen Möglichkeiten geboten werden, um wieder hoffen zu können. Wichtig dafür ist „das Erkennen, was im Leben dieses Menschen bedeutungsvoll ist, und das Integrieren dieses Bedeutungsvollen in seine Pflege“ (Bühlmann 1998, S. 114). Dies setzt wiederum eine gute Beziehung zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen voraus. „Die Pflegekraft muß [sic!] eine Atmosphäre schaffen, die den Klienten dazu ermutigt, seine Ängste, Fragen, Erwartungen und Hoffnungen zu artikulieren“ (Farran et al. 1999, S. 104).

Falls die Hoffnungslosigkeit in einer schweren Erkrankung begründet ist, sollten Pflegepersonen helfen, die Krankheit und ihre momentane Situation anzunehmen und nicht daran zu verzweifeln.

Das erfolgreiche Vermitteln von (neuer) Hoffnung durch die Pflegenden gelingt freilich nur dann, wenn diese selbst hoffnungsvoll sind und gegenüber dem Patienten überzeugend auftreten (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 292; Farran et al. 1999, S. 105f).

Die Ergebnisse der Studie von Klotz (2010) zeigen, dass Pflegende, die den mit HIV infizierten Patienten mit Wissen, Akzeptanz und einer positiven Einstellung gegenüberstehen, nicht nur ein Gefühl von Sicherheit vermitteln, sondern auch die Hoffnung dieser Personen steigern. Gesten, wie beispielsweise Berührungen, die im Zuge der Pflege erfolgen, vermitteln nicht nur das Gefühl, akzeptiert zu werden, sondern lassen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen entstehen. Sowohl physische als auch mentale Unterstützung, aber oftmals auch die Anwesenheit der Pflegenden wirken sich positiv auf die Entstehung von Hoffnung aus (vgl. Klotz 2010, S. 348-351).

3.2.2. Pflegeinterventionen

Hoffnungslosigkeit ist ein Gefühlszustand, der einen Menschen sehr einschränken und schwächen kann. Daher ist eine rechtzeitige Prävention beziehungsweise Behandlung mittels verschiedener Pflegeinterventionen wichtig, um den Betroffenen so rasch wie möglich aus diesem Tief zu helfen und bei der Erlangung neuer Hoffnung zur Seite zu stehen.

Hoffnungsförderung ist allerdings nur möglich, wenn die betroffenen Personen motiviert und gewillt sind, Unterstützung anzunehmen.

Welche Pflegeinterventionen im Einzelfall angewendet werden, ist nicht nur von der Art der Erkrankung abhängig, sondern auch vom Grad der Hoffnungslosigkeit. Dieser kann durch verschiedene Assessmentinstrumente gemessen und beurteilt werden. Aufgrund dessen können entsprechende und für den Patienten am besten geeignete Pflegemaßnahmen ergriffen werden.

Obwohl die Bedeutung von Hoffnung für Menschen verschiedenen Alters meist unterschiedlich ist, sind jedoch die Interventionen zur Inspiration von Hoffnung größtenteils ähnlich (vgl. Cutcliffe/Koehn 2007, S. 142).

Die Nursing Interventions Classification (NIC) nennt bei der Diagnose Hoffnungslosigkeit „Hope Instillation“ (McCloskey-Dochterman/Bulechek 2004, S. 831) als Pflegeintervention, die wiederum folgende Tätigkeiten zur Hoffnungsförderung vorsieht:

- „Assist patient / family to identify areas of hope in life
- Inform the patient about whether the current situation is a temporary state
- Demonstrate hope by recognizing the patient's intrinsic worth and viewing the patient's illness as only one facet of the individual
- Expand the patient's repertoire of coping mechanisms
- Teach reality recognition by surveying the situation and making contingency plans
- Assist the patient to devise and revise goals related to the hope object
- Help the patient expand spiritual self
- Avoid masking the truth
- Facilitate the patient's incorporating a personal loss into his/her body image
- Facilitate the patient's / family's reliving and savoring past achievements and experiences
- Emphasize sustaining relationships, such as mentioning the names of loved ones to the unresponsive patient
- Employ guided life review and /or reminiscence, as appropriate
- Involve the patient actively in own care
- Develop a plan of care that involves degree of goal attainment, moving from simple to more complex goals
- Encourage therapeutic relationships with significant others

- Teach family about the positive aspects of hope (...)
- Provide patient / family opportunity to be involved with support groups
- Create an environment that facilitates patient practicing religion, as appropriate“ (McCloskey-Dochterman/Bulechek 2004, S. 420)

Eine der wichtigsten Interventionen ist die soziale Beziehung zu anderen Menschen. Gespräche, aber auch die bloße Anwesenheit einer Bezugsperson kann bei den Betroffenen Hoffnung auslösen. Schon das Gefühl zu wissen, dass man nicht alleine ist und jemanden hat, der sich um einen kümmert, kann Menschen positiv hoffen lassen. Hat die betroffene Person kaum oder gar keinen Kontakt zu anderen Menschen, manchmal auch bedingt durch die Erkrankung selbst, so kann die Pflegeperson helfen, wieder Verbindungen herzustellen (vgl. Bühlmann 1998, S. 114).

Für pflegebedürftige hoffnungslose Menschen ist es besonders wichtig, dass sie eine gute Beziehung zu ihren Betreuern haben. Nur wenn eine gewisse Vertrauensbasis vorhanden ist, wird sich der Patient bezüglich seiner Gefühle oder Ängste öffnen. Erst dann kann die Pflegeperson - gemeinsam mit dem Patienten - Lösungswege für seine Probleme erarbeiten und ihm bei der Umsetzung und somit beim Aufbau neuer Hoffnung behilflich sein (vgl. Bühlmann 1998, S. 114).

3.2.2.1. Pflegeinterventionen im Bereich der „Palliative Care“

Das Konzept der „Palliative Care“, welches die Teilbereiche Palliativpflege und Palliativmedizin umfasst, hat die Verbesserung der Lebensqualität von lebensbedrohlich erkrankten Menschen jeder Altersstufe und deren Angehörigen zum Ziel. Palliativpflege bezieht sich nicht nur auf die Betreuung von Menschen mit onkologischen Erkrankungen, sondern auch auf alle anderen „lebensbegrenzenden und chronischen Erkrankungen“ (Nagele/Feichtner 2009, S. 17) ohne Aussicht auf Heilung (vgl. Nagele/Feichtner 2009, S. 16-18).

Da Hoffnung und Hoffnungslosigkeit das Leben eines erkrankten Menschen - im positiven sowie im negativen Sinn - sehr beeinflussen können und die Palliativpflege

darauf abzielt, den Betroffenen in ihrer letzten Lebensphase ein weitgehend autonomes Leben mit höchster Lebenszufriedenheit zu ermöglichen, sind Pflegeinterventionen und Maßnahmen zur Erhaltung beziehungsweise Förderung von Hoffnung in diesem Kontext von besonderer Bedeutung.

Folgende Maßnahmen, die zum Teil mit den bereits genannten Interventionen der NIC übereinstimmen, sind Ergebnisse pflegewissenschaftlicher Untersuchungen zur Hoffnungsförderung:

- (Realistische) Ziele setzen

Eine mögliche Intervention bei Hoffnungslosigkeit von Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung ist es, den Patienten anzuregen, seine Ziele und Wünsche konkret zu formulieren oder ihn beim Festlegen dieser zu unterstützen. Dabei ist es allerdings wichtig, dass die Ziele auch realistisch und erreichbar sind. Da sich beispielsweise im Fall einer Krebserkrankung aufgrund der Nebenwirkungen der Behandlung die gesundheitliche Verfassung des Patienten häufig ändern kann, sollten Pflegepersonen den Patienten auch dabei helfen, jene Ziele, die möglicherweise zu umfangreich sind und sich über einen zu langen Zeitraum erstrecken, in mehrere kurzfristigere Ziele zu unterteilen oder gar neu zu definieren. Oftmals ist es notwendig, den hoffnungslosen Menschen bei der Mobilisierung von Ressourcen behilflich zu sein oder erst einmal festzulegen, welche Ressourcen für die Verwirklichung überhaupt erforderlich sind. All diese einzelnen Schritte tragen dazu bei, einem kranken und hoffnungslosen Menschen wieder das Gefühl von Hoffnung zu vermitteln (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 590; Herth 1995, S. 36).

Wie die Ergebnisse der Studie von Herth (1990) zeigen, bezieht sich der Inhalt der Wünsche und Ziele mit zunehmenden, durch die Erkrankung bedingten, körperlichen Veränderungen, mehr auf andere Personen als auf den Patienten. Erst unmittelbar vor dem Tod richtet sich der Fokus wieder zurück auf den Betroffenen selbst, allerdings nicht mehr mit dem Ziel, etwas Bestimmtes zu erreichen, sondern bloß die verbleibende Zeit gefasst zu verbringen und innerlich Frieden zu schließen (vgl. Herth 1990, S. 1254).

- Unterstützende Beziehungen aufbauen

Hoffnungsfördernd für schwer erkrankte Menschen ist es, ein gutes soziales Netzwerk zu haben. Pflegepersonen sollten daher eine gute Beziehung zu ihren hoffnungslosen Patienten aufbauen, sich Zeit für sie nehmen, zuhören und ihnen emotionale Unterstützung in ihrer schwierigen Situation bieten (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 590).

Weiters können Pflegende die Hoffnungslosigkeit von unheilbar kranken Menschen (und deren Angehörigen), die sich aufgrund ihrer Erkrankung zurückziehen und abkapseln, reduzieren, indem sie diese ermutigen, Hilfe und Unterstützung auch von Freunden und anderen Personen anzunehmen (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 590; Hickey 1986, S. 136; Herth 1990, S. 1254).

Wichtig in einer therapeutischen Beziehung ist es, dass pflegebezogene Entscheidungen in Absprache mit dem Patienten getroffen werden und „[that] the patient feels they have control over some of their remaining life“ (Cutcliffe 1995, S. 892).

- Spirituellen Glauben fördern

Studien zeigen, dass viele Menschen, gerade im Fall einer schweren Erkrankung, durch ihren spirituellen Glauben und die Kraft, die sie daraus schöpfen, Hoffnung finden und so noch einen Sinn in ihrem Leben, der Erkrankung und dem bevorstehenden Lebensende sehen. Pflegende sollten hoffnungslose Patienten unterstützen, ihrem Glauben, unter anderem auch durch spirituelle Rituale, Ausdruck zu verleihen (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 590; Hickey 1986, S. 136; Herth 1990, S. 1255).

Herth (1990) nennt in den Ergebnissen ihrer Studie verschiedene Methoden, wie beispielsweise „praying, enlisting the prayers of others, listening to spiritual music and spiritual programmes on the radio or television, participating in religious activities“ (Herth 1990, S. 1255), die von ihren Untersuchungsteilnehmern angewandt wurden, um gegen Hoffnungslosigkeit anzukämpfen.

„Palliative care nurses also should assess for signs of spiritual distress and make appropriate referrals to clergy and other professionals with expertise in counseling during spiritual and existential crises“ (Ersek/Cotter 2010, S. 590).

- Angemessener Humor und Fröhlichkeit

Humor hat einen großen Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen und stellt, besonders in Bezug auf eine Erkrankung, eine wichtige Ressource dar, die den Betroffenen bei der Bewältigung dieser unterstützt (vgl. Siegel 2005, S. 38-40).

Auch für unheilbar kranke Menschen kann Humor eine positive Wirkung haben und diese, wenn auch nur für kurze Zeit, von ihrem Leiden und den damit verbundenen Sorgen und Ängsten ablenken und Hoffnung vermitteln. Pflegepersonen sollten ein Gespür dafür haben, ob und wie viel Humor eine schwerkranke Person verträgt, beziehungsweise wann der Zeitpunkt dafür passend oder unpassend ist (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 589). „In general, humor should be focused on oneself or on events outside the immediate concerns of the patient and family“ (Ersek/Cotter 2010, S. 589).

Nach Hickey (1986) können Pflegenden ihren Patienten durch einen humorvollen Umgang helfen, eine positive Lebenseinstellung sowie eine positive Einstellung bezüglich ihrer Krebserkrankung zu entwickeln und dadurch ihre Hoffnung fördern (vgl. Hickey 1986, S. 136).

Ebenso können Pflegepersonen hoffnungslose Patienten mit aufheiternden Filmen, Musik oder Büchern von ihrem Kummer ablenken und etwas Freude in deren Leben bringen (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 589).

- Bestätigung der persönlichen Werte eines Menschen („Affirmation of worth“)

Wie die Studien von Herth (1990) und Cutcliffe (1995) zeigen, ist es hoffnungsfördernd beziehungsweise hoffnungserhaltend, Menschen und vor allem unheilbar kranke Menschen, respektvoll und wertschätzend zu behandeln. Dies vermittelt den Betroffenen das Gefühl, trotz ihrer Erkrankung und den damit verbundenen Einschränkungen für andere eine wertvolle Persönlichkeit zu sein, toleriert und akzeptiert zu werden (vgl. Herth 1990, S. 1255; Cutcliffe 1995, S. 891).

Pflegende, aber auch Angehörige können weiters das Selbstwertgefühl der Patienten steigern, indem sie sich für diese Zeit nehmen, ihnen Interesse vermitteln, ebenso wie das Gefühl, mit ihren Ängsten und Sorgen nicht alleine zu sein (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 590).

- Lebensbewusstsein entwickeln („Developing an awareness of life“)

Vielen schwerkranken und hoffnungslosen Menschen gelingt es, neue Hoffnung zu finden, indem sie sich über verschiedene Aspekte ihres Lebens – auch in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung – bewusst werden. Dies ist meist dann der Fall, wenn sich die Betroffenen mit dem unvermeidlichen Tod auseinandersetzen. Pflegende können ihre Patienten bei der Steigerung ihres Lebensbewusstseins unterstützen und neue Hoffnung in diesen wecken, unter anderem dadurch, dass sie diese auf einfache Dinge des Lebens und der Umwelt aufmerksam machen (vgl. Hickey 1986, S. 135).

Hickey (1986) nennt „aktives Zuhören“ als mögliche Maßnahme, um dieses Bewusstsein der Patienten zu fördern. Durch diese Methode des Zuhörens können Pflegepersonen mehr über die Emotionen und Gedanken ihrer Patienten erfahren, welche nicht nur verbal, sondern auch nonverbal mitgeteilt werden (vgl. Hickey 1986, S. 135).

- Einen Grund zum Leben festlegen („Identifying a reason for living“)

Krebspatienten fühlen sich aufgrund ihrer Erkrankung und den damit verbundenen physischen sowie psychischen Belastungen oftmals hoffnungslos und können sich auf nichts anderes als auf ihre Erkrankung konzentrieren. Sie identifizieren den Tod als einziges Ziel und sehen keine andere Bedeutung in ihrem Leben. Dadurch fehlt ihnen die Kraft weiterzuleben beziehungsweise gegen die Erkrankung zu kämpfen. Pflegende können ihren Patienten aus dieser Hoffnungslosigkeit helfen, wenn sie die Situation der mangelnden Lebensbedeutung erkennen und die betroffenen Personen dabei unterstützen, wieder einen Sinn im Leben zu finden (vgl. Hickey 1986, S. 135).

- Trost spenden und Schmerzen lindern

Eine oft verwendete und effiziente Intervention zur Förderung und Erhaltung von Hoffnung ist es, wie die Ergebnisse der Studie von Herth (1995) zeigen, den Personen Trost zu spenden und ihre Schmerzen zu lindern. Gerade bei unheilbaren Erkrankungen, aber auch im Fall von chronischer Krankheit ist es wichtig, den betroffenen Personen für ihre verbleibende Zeit ein möglichst schmerzfreies Dasein

bieten zu können (vgl. Herth 1995, S. 37). Da Schmerzen auch psychische Ursachen haben können, sollten Pflegende den hoffnungslosen Patienten auch seelische Unterstützung zukommen lassen.

- Symptomen vorbeugen

Nach Ersek und Cotter (2010) ist es hoffnungsfördernd beziehungsweise hoffnungserhaltend, mit der Hilfe von Pflegepersonen gegen Symptome wie beispielsweise Schmerzen, Erschöpfung, aber auch Angst rechtzeitig vorzubeugen und diese somit leichter zu bewältigen (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 589).

- Positive Erinnerungen hervorrufen

Sowohl Herth (1990) als auch Ersek und Cotter (2010) erwähnen als mögliche Intervention gegen Hoffnungslosigkeit das Erinnern an positive Ereignisse aus der Vergangenheit. Beispielsweise können Pflegepersonen in ihren Patienten Hoffnung wecken, wenn sie diese und ihre Angehörigen dabei unterstützen, sich an schöne Erlebnisse zu erinnern, etwa durch das gemeinsame Betrachten alter Fotos. Das gedankliche Wiedererleben besonderer Momente kann den Hoffnungsprozess vorantreiben und die aktuelle Situation bereichern (vgl. Herth 1990, S. 1255; Ersek/Cotter 2010, S. 589f). „Similarly, a person can maintain hope by focusing on particular talents or previous accomplishments that indicate an ability to cope with illness“ (Ersek/Cotter 2010, S. 589).

- Mit den Patienten hoffnungsfördernde Geschichten teilen

Im Bereich der Palliativpflege können Pflegende in ihren Patienten ebenso Hoffnung wecken, wenn sie diesen positive Ereignisse oder Erlebnisse aus ihrem eigenen Leben erzählen, die für sie selbst eine hoffnungsfördernde Wirkung hatten (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 589; Herth 1995, S. 34).

3.2.2.2. Pflegeinterventionen im Bereich der gerontologischen Pflege

In der gerontologischen Pflege geht es „um wissenschaftlich gestützte Maßnahmen und Interventionen zur Verbesserung der körperlichen, sozialen und psychischen Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen und ihrer Angehörigen sowie ihrer professioneller Betreuer“ (Brandenburg 2011).

Herth und Cutcliffe (2002) beschreiben den Bereich der gerontologischen Pflege als einen der schwierigsten in der Pflegepraxis (vgl. Herth/Cutcliffe 2002, S. 1155).

Hoffnung stellt bei älteren pflegebedürftigen Menschen ein wichtiges Konzept dar, da diese aufgrund ihres Alters oftmals mit physischen sowie psychosozialen Verlusten zu kämpfen haben, was zum Auftreten von Hoffnungslosigkeit führen kann (vgl. Herth 1993, S. 140). Im Gegensatz sollte aber auch die Antriebskraft, die durch Hoffnung ausgelöst werden kann, in der Pflege älterer Menschen nicht unterschätzt werden (vgl. Herth/Cutcliffe 2002, S. 1155).

Pflegepersonen nehmen angesichts der Tatsache, dass die Menschen immer älter werden, eine immer wichtigere Rolle in deren Pflege und damit auch in Bezug auf die Hoffnung der Menschen ein (vgl. Herth 1993, S. 141). Es zählt zu ihren Aufgaben, ältere Menschen, die ohnehin die Schwierigkeiten des Alterns bewältigen müssen, bei der Erhaltung beziehungsweise Förderung von Hoffnung zu unterstützen (vgl. Herth/Cutcliffe 2002, S. 1155). „Nurses are in strategic positions to foster or hinder hope“. (Herth 1993, S. 141)

Nachfolgende Pflegeinterventionen werden in der wissenschaftlichen Literatur beziehungsweise in wissenschaftlichen Studien aus dem Bereich der gerontologischen Pflege genannt:

(Interventionen, die mit jenen aus dem Bereich der „Palliative Care“ übereinstimmen, wurden bereits im vorherigen Kapitel aufgearbeitet und werden folgend nicht mehr näher erläutert.)

- Unterstützende Beziehungen aufbauen
- Positive Erinnerungen hervorrufen
- Spirituellen Glauben fördern

- Realistische Ziele setzen
- Angemessener Humor und Fröhlichkeit

- Gezielte Aktivitäten durchführen

Die gezielte Beschäftigung beziehungsweise das Durchführen von Aktivitäten wirkt sich positiv auf die Hoffnungssituation älterer Menschen aus und kann ihr Leben wieder bereichern und von negativen Umständen ablenken. Dies kann unter anderem eine ehrenamtliche Tätigkeit, beispielsweise in einer Kirche, Bibliothek oder in einem Krankenhaus sein oder sich um andere Personen zu kümmern und für diese da zu sein (vgl. Herth 1993, S. 149; Gaskins/Forté 1995, S. 22).

- Kognitive Strategien anwenden

Um Hoffnung zu erhalten und zu fördern ist es wichtig, die Gedanken und Vorstellungen der hoffnungslosen Personen in eine positive Richtung zu lenken. Die betroffene Person sollte eine optimistische innere Einstellung an den Tag legen, sich selbst gut zureden können und nicht nur Negatives sehen. Die Vorstellung einer hoffnungsvollen und besseren Zukunft hat ebenso Einfluss auf die Hoffnung älterer Menschen (vgl. Herth 1993, S. 149).

- Hoffnungsobjekte

Auch verschiedene Dinge und Gegenstände können sich auf die Hoffnung einer Person auswirken. Es handelt sich dabei um spezielle Sachen, die für den Besitzer eine positive Bedeutung haben, die jedoch mit der eigentlichen Bedeutung des Gegenstandes beziehungsweise der Sache nichts zu tun haben. So kann beispielsweise auch ein bestimmter Liedertext die Hoffnung eines Menschen intensivieren (vgl. Herth 1993, S. 149).

- Festlegen neuer Zeitkategorien (refocused time)

Eine weitere Ressource von Hoffnung für ältere Menschen ist das Bestimmen neuer „Zeitkategorien“. Die Betroffenen bemessen die Zeit oftmals nicht (mehr) nach der Uhrzeit, nach Tagen, Monaten oder Jahren, sondern verbinden sie mit erwarteten, geplanten oder bereits vollendeten Ereignissen. Es kann sich dabei beispielsweise um familiäre Ereignisse, aber auch um wetterbedingte Veränderungen in der Natur (Jahreszeiten) handeln (vgl. Herth 1993, S. 149).

- Positive Beziehung zwischen Pflegepersonen und älteren Menschen

Wie die Studie von Turner und Stokes (2006) zeigt, ist es sowohl in der Langzeitpflege als auch in der Akutpflege hoffnungsfördernd, hoffnungslosen älteren Menschen das Gefühl zu vermitteln, für sie da zu sein und sie wie auf einer Reise zu begleiten und zu unterstützen. Pflegende können den Betroffenen Mut zusprechen, ihnen in schwierigen Situationen beistehen und helfen, diese so gut wie möglich zu bewältigen und dadurch wieder positive Gedanken zu fassen. Menschliches Verhalten der Pflegepersonen hat demnach einen entscheidenden Einfluss auf die Hoffnung sowie Hoffnungslosigkeit älterer Patienten (vgl. Turner/Stokes 2006, S. 367f). „The sentiments echoed by participants revealed a belief that developing intimacy in relationship, deeply knowing an individual and connecting with an individual can facilitate hope.“ (Turner/Stokes 2006, S. 368)

Weiters wirkt sich das Verhalten der Pflegenden positiv auf die Hoffnung der älteren Menschen aus, wenn sie diesen respektvoll und warmherzig begegnen. Mitunter bewirkt die Art und Weise, wie Pflegende etwas tun, mehr als die Handlung selbst (vgl. Turner/Stokes 2006, S. 368f).

Eine Beziehung von Pflegepersonen und Patienten trägt unter anderem auch dann zur Reduzierung von Hoffnungslosigkeit bei, wenn den Patienten die Möglichkeit geboten wird, in gewissen Maßen sowohl über ihr Umfeld zu bestimmen als auch in Bezug auf die weitere Behandlung oder Pflege mitentscheiden zu können. Pflegende sollten den pflegebedürftigen älteren Menschen helfen, ihre Stärken zu erkennen, ebenso aber auch Stressauslöser zu identifizieren und sie auf verschiedene Lösungsstrategien aufmerksam machen (vgl. Forbes 1994, S. 9).

3.2.2.3. Pflegeinterventionen im Bereich „Mental Health Nursing“

Im Mittelpunkt der psychiatrischen Pflege („Mental Health Nursing“) steht der psychisch erkrankte Mensch, der in der Fähigkeit, soziale und lebensnotwendige Beziehungen zu gestalten, beeinträchtigt ist und sich aufgrund dessen von seiner Umwelt distanziert. Die Pflege des Beziehungsprozesses stellt daher eine wichtige Grundlage in der psychiatrischen Pflege dar (vgl. Meyer 2006, S. 68).

Den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ kommt auch im Bereich des „Mental Health Nursing“ eine wichtige Bedeutung zu. Viele Menschen fühlen sich infolge ihrer psychischen Erkrankung hoffnungslos und bedürfen dringender Unterstützung, um wieder Hoffnung schöpfen zu können. Auch Eisold et al. (2009) stellten fest, „dass es hoffnungsfördernd für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist, einen Sinn in ihrer Erkrankung zu sehen, sie zu verstehen und mit ihr Leben [sic!] zu können“ (Eisold et al. 2009, S. 18).

Cutcliffe und Grant (2001) „postulate a relationship between the function of caring, the activity of helping and the practice of instilling hope, as a basis for suggesting that inspiring hope to clients is one of the primary acts of P/MH² nursing“ (Cutcliffe/Grant 2001, S. 427).

Pflegeinterventionen zur Förderung beziehungsweise Erhaltung von Hoffnung in der psychiatrischen Pflege:

Cutcliffe und Grant (2001) identifizierten vier „Schlüsselkonzepte“ zur Hoffnungsförderung:

- „Applied humanistic code“

In der psychiatrischen Pflege ist es von besonderer Bedeutung, dass Pflegende den hoffnungslosen Patienten menschlich begegnen und auch die Pflegepraxis dementsprechend gestalten. Pflegende sollten den Patienten sowohl in Bezug auf ihre Umwelt als auch in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen durch das

² P/MH = psychiatric/mental health

Vermitteln positiver Werte unterstützen und ihnen dadurch aus ihrer Isolation helfen (vgl. Cutcliffe/Grant 2001, S. 430).

- „Pragmatic knowledge“

Pflegende sollten ihr Wissen über Maßnahmen und Interventionen zur Hoffnungsförderung beziehungsweise zur Erhaltung von Hoffnung auch praktisch umsetzen können. Dieses Wissen umfasst zum Beispiel die Kenntnis über verschiedene spezifische Pflegeinterventionen, eine bestimmte Selbsterkenntnis, um Patienten vor persönlichen Veränderungen der Pflegenden zu schützen und das Bewusstsein, welche Interaktionen angebracht sind, um die Situation der Betroffenen nicht zu verschlechtern (vgl. Cutcliffe/Grant 2001, S. 431f).

- „Interpersonal relations“

Auch im Fall von psychiatrisch erkrankten, hoffnungslosen Menschen hat eine gute zwischenmenschliche Beziehung zu den Pflegenden eine positive Wirkung auf die Hoffnung dieser Personen. Pflegepersonen sollten die Patienten auf Aktivitäten vorbereiten und durch verbale oder nonverbale Kommunikation sowie durch die Methode des „therapeutic touch“ (Cutcliffe/Grant 2001, S. 433) Unterstützung bieten. Um Hoffnung zu fördern, sollte eine gewisse Interaktion in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten gegeben sein. Dies bedeutet, dass es für Pflegende wichtig ist, eine Reaktion von den Patienten, und sei es nur nonverbal, zu bekommen (vgl. Cutcliffe/Grant 2001, S. 433).

- „Nurse as a utilizer“

Pflegepersonen sind, unter anderem in Zusammenhang mit den drei bereits vorher genannten Konzepten, als Organisatoren einer hoffnungsfördernden Umgebung beziehungsweise von hoffnungsfördernden Situationen zu sehen.

Neben dem Schaffen einer angenehmen Umgebung (beispielsweise durch das Bereitstellen persönlicher Möbelstücke) sind weiters die Handlungen und Maßnahmen der Pflegenden für die Förderung von Hoffnung bei psychisch erkrankten Menschen ausschlaggebend (vgl. Cutcliffe/Grant 2001, S. 434).

3.3. Methoden zur Einschätzung von Hoffnung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit

Die Einschätzung von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit kann sowohl durch die Anwendung verschiedener im Zuge der Pflegeforschung entwickelter Skalen erfolgen, als auch durch die (subjektive) Beobachtung von Pflegepersonen.

3.3.1. Einschätzung durch Pflegepersonen

Das positive Verhalten von Pflegepersonen trägt dazu bei, dass sich ihre Patienten ihnen gegenüber öffnen und sie dadurch mehr über deren Hoffnungssituation erfahren können. Aktives Zuhören ist dabei besonders wichtig, um zusätzlich durch Mimik und Gesten der Patienten mögliche Ausdrücke von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit erkennen zu können (vgl. Farran et al. 1999, S. 84).

Farran et al. (vgl. 1992, S. 130) entwickelten das Akronym „HOPE“ als Unterstützung zur besseren klinischen Einschätzung von Hoffnung:

H = Health (Gesundheit)

O = Others (Andere)

P = Purpose (Sinn)

E = Engaging Process (rationaler Denkprozess)

„H = Health“

Da Hoffnung einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand eines Menschen hat, ist es von besonderer Bedeutung, dass Pflegende das Ausmaß der Hoffnung sowie das Verhältnis, in dem diese beiden Faktoren (Gesundheitszustand – Hoffnung) zueinander stehen, feststellen können. Wichtige Informationen in Bezug auf die Hoffnung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit der Betroffenen liefert auch ihr momentaner Gesundheitszustand (vgl. Farran et al. 1992, S. 134).

„O = Others“

Die Beziehung zu anderen Menschen kann sich positiv auf die Hoffnung eines Menschen auswirken. Aus diesem Grund sollten Pflegepersonen versuchen

festzustellen, ob die betroffenen Personen Vertrauen zu ihren Mitmenschen beziehungsweise Bezugspersonen aufbauen können und ob diese Beziehungen positiver Natur sind (vgl. Farran et al. 1992, S. 134).

„P = Purpose“

Dieses Merkmal bezieht sich auf den Zweck im Leben eines Menschen und seine religiöse Haltung. Auch die Hoffnungsquellen sind in diesem Sinne zur Einschätzung von Hoffnung entscheidend (vgl. Farran et al. 1992, S. 135).

„E = Engaging Process“

„Engaging Process“ steht für den rationalen Denkprozess, der sich mit dem Festlegen von Zielen, aber auch dem Durchführen von Handlungen beziehungsweise der Kontrolle darüber beschäftigt. Für eine genauere Erklärung dieses Merkmals haben Farran et al. (1992) das Akronym GACT (G = Goals; A = Action; C = Control; T = Time) herangezogen.

Bei der Bewertung von Zielen („Goals“) geht es hauptsächlich darum, ob der Patient überhaupt Ziele hat und wie konkret beziehungsweise bedeutend diese sind. Die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung ist bei bedeutenden Zielen höher. Das Merkmal „Action“ misst die Aktivität der betroffenen Personen beim Planen oder Schaffen von Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele. „Für den Hoffnungsprozeß (sic!) ist es entscheidend, daß (sic!) der Klient selbst aktiv wird, um seine Ziele zu erreichen.“ (Farran et al. 1999, S. 94)

Zur Förderung von Hoffnung ist in weiterer Folge die Einschätzung der Kontrolle („Control“) des Patienten über das eigene Leben wichtig. Bezüglich des letzten Merkmals, der Zeit („Time“), sollten Pflegende feststellen, in welcher Zeitdimension (Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft) die Hoffnung des Patienten begründet ist und welchen Einfluss die Vergangenheit auf die gegenwärtige sowie zukünftige Hoffnungssituation haben kann (vgl. Farran et al. 1992, S. 135f).

Die Einschätzung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit kann auch durch Interviews sowie durch verschiedene Skalen erfolgen; auf Letztere wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

Diese beiden Methoden können durch (kontinuierliche) Beobachtungen der Pflegepersonen ergänzt werden. Die Beobachtung als alleinige Verfahrensweise zur Beurteilung von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit reicht nach Farran et al. (1999) nicht aus, da ihre Angaben zu vage sind. Sie erfordern daher konkrete Daten aus Interviews beziehungsweise von Skalen (vgl. Farran et al. 1999, S. 98).

Die Interviews sollten auf einer Wissensgrundlage beider Pflegekonzepte basieren und können sowohl strukturiert als auch unstrukturiert aufgebaut sein. Nach Farran et al. (1999) ist es auch hilfreich, sich dabei an einem Schema, wie beispielsweise dem Akronym HOPE, zu orientieren (vgl. Farran et al. 1999, S. 95f). Voraussetzung eines Interviews ist jedoch die Fähigkeit der betroffenen Personen, sich verbal mitzuteilen (vgl. Farran et al. 1999, S. 98).

Tabelle 1 (Farran et al. 1999, S. 91) liefert ein Beispiel für ein strukturiertes Interview zur Beurteilung von Hoffnung.

Tabelle 1. Fragenkatalog zur Hoffnungseinschätzung

Was bedeutet Hoffnung für den Klienten?
Hat der Klient in der letzten Zeit/im vergangenen Jahr größere Verluste (Gesundheit, geliebte Person(en), materielle Ressourcen, Beruf etc.) erlebt?
Erlebt er im Augenblick Verluste, leidet er unter irgend etwas (sic!) oder hat er Schmerzen?
Worauf hofft er?
Wie sehr bemüht er sich um die Realisierung seiner Hoffnung?
Liegen die Wurzeln dieser Hoffnung in der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft?
Ist seine Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit der Situation „angemessen“?
Was lässt ihn an seiner Hoffnung festhalten?
Welche externen und/oder internen Ressourcen (Familie, Freunde, höhere Macht, Natur, Haustiere, eigene innere Stärke) stehen zur Verfügung, um die Hoffnung zu nähren?
Wo liegen die Stärken/Schwächen der verfügbaren menschlichen und materiellen Ressourcen (auch gemeindliche Ressourcen)?
Wie hoch schätzt der Klient seine eigene Kontrolle über die Situation ein bzw. welches Maß an Kontrolle glaubt er haben zu müssen, um sich seine Hoffnung zu bewahren?
Sind seine Hoffnungen in Anbetracht seiner momentanen, früheren und zukünftigen Fähigkeiten sowie seines Rückhalts realistisch?
Ist der Klient im Hinblick auf die Realisierung seiner Hoffnungen flexibel, d.h. kann er sie falls nötig umstellen, modifizieren, neu definieren oder umverlagern?
Wie steht es um die aktuellen Energiereserven (körperlich und seelisch) des Klienten? Gibt es Aktivitäten, die an seinen Energiereserven zehren bzw. zehren könnten?
Bewahrt der Klient sich seine Hoffnung, indem er Pläne für die Zukunft macht und die entsprechenden Maßnahmen ergreift?

3.3.2. Assessmentinstrumente

Der Begriff „Assessment“ stammt aus dem Englischen und bedeutet „Beurteilung, Bewertung, Einschätzung“ (Pons 2002, S.61).

Eine Arbeitsgruppe (Task force «on test use qualifications») der amerikanischen psychologischen Gesellschaft definiert Assessment als „a conceptual, problem-solving process of gathering dependable, relevant information about an individual, group, or institution in order to make informed decisions“ (DeMers et al. 2000, S. 10).

„Ziel eines Assessments, einer Einschätzung, ist also immer die Ermöglichung einer fundierten Entscheidung auf der Basis von relevanten und „richtigen“ Informationen.“ (Bartholomeyczik 2009, S. 14)

Speziell im pflegerischen Bereich kann die Auswertung eines Assessments zu einer, aber auch zu mehreren Pflegediagnosen führen. Die Verwendung eines Assessmentinstruments ist aber nur dann hilfreich, wenn ein bestimmtes Geschehen beziehungsweise bestimmte Maßnahmen die Folge sind (vgl. Bartholomeyczik 2007, S. 212). Generell ist die Erfassung verschiedener Pflegephänomene mittels Assessmentinstrumenten vor allem für die Pflegediagnostik und in weiterer Folge für den gesamten Pflegeprozess bedeutend. Der Nutzen eines solchen Instruments setzt aber immer auch zusätzliches Fachwissen der Anwender voraus (vgl. Bartholomeyczik 2009, S. 15f).

3.3.3. Skalen zur Messung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit

Um die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ bei betroffenen Personen empirisch messen zu können, wurden fast ausschließlich von englischsprachigen Forschern verschiedene Assessmentinstrumente beziehungsweise Skalen entwickelt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um quantitative Verfahren zur Einschätzung von Hoffnung. Das Konzept „Hoffnungslosigkeit“ ist in dieser Hinsicht jedoch noch relativ unerforscht (vgl. Lipps/Huppmann 2006, S. 201; Farran et al. 1999, S. 45).

Nachfolgend werden einige Hoffnungs- beziehungsweise Hoffnungslosigkeitsskalen näher dargestellt:

3.3.3.1. Erickson Hope Scale (EHS)

Die „Erickson Hope Scale“ wurde von Erickson, Post und Paige entwickelt und 1975 veröffentlicht. Es handelt sich dabei um ein Verfahren zur Einschätzung von Hoffnung, das auf der theoretischen Basis von Stotland (vgl. 1969, S. 7-13) aufbaut. Der Fragebogen, der sich erstmals auf die Auskünfte der Probanden selbst bezieht, beinhaltet 20 Aussagen in Bezug auf zukünftig erwartete Ziele. Die Probanden müssen zum einen auf einer siebenstufigen Likert-Skala³ die Wichtigkeit ihrer Ziele beurteilen und zum anderen in Prozentwerten angeben, wie wahrscheinlich sie eine Verwirklichung dieser Ziele halten (vgl. Lipps/Huppmann 2006, S. 203). Die Skala wird jedoch als sehr eindimensional gesehen, da sie lediglich an das rationale Element von Hoffnung anknüpft (vgl. Farran et al. 1999, S. 54).

3.3.3.2. Herth Hope Index (HHI)

Der „Herth Hope Index“ wurde 1992 von Herth als Kurzform ihrer 1991 entwickelten „Herth Hope Scale“ (HHS) herausgebracht (vgl. Lipps/Huppmann 2006, S. 204) und dient als spezielle Applikation im klinischen Bereich und auch in der Forschung (vgl. Stoner 2004, S. 222). „Das Ziel der Überarbeitung bestand darin, die Multidimensionalität der Hoffnung, wie sie in der HHS zum Ausdruck kommt, zu bewahren und so den besonderen Dimensionen der Hoffnung bei klinischen Populationen gerecht zu werden, gleichzeitig aber Anzahl und Komplexität der Items zu vermindern, so daß (sic!) das Verfahren in der Praxis besser eingesetzt werden kann“ (Farran et al. 1999, S. 62).

Der Herth Hope Index hat demnach nur mehr 12 Items mit je einer vierstufigen Likert-Skala. Die Spannweite der zu erreichenden Punkte liegt zwischen 12 und 48; die Stärke der Hoffnung steigt mit zunehmender Punktezahl (vgl. Farran et al. 1999, S. 62). Da sich das Verfahren auf die Erhebung der momentanen Hoffnung der

³Likert-Skala = „eine skalierte oder graduierte Form von Items zur Messung von Einstellungen und Bewertungen“ (Bartholomeyczik et al, 2008, S. 64)

Befragten konzentriert, sind mehrere Messungen möglich, um Veränderungen feststellen zu können (vgl. Lipps/Huppmann 2006, S. 205).

3.3.3.3. Hope Scale (SNHS)

Die „Hope Scale“ wurde 1991 von Snyder und Kollegen entwickelt, um die Hoffnung erwachsener Menschen messen zu können (vgl. Farran et al. 1999, S. 63). Die Skala basiert auf der theoretischen Grundlage von Stotland (1969) und der „Konzeption von Hoffnung als positivem motivationalen Zustand, einem kognitiven Gefüge, das aus der Wahrnehmung von erfolgreicher Zielgerichtetheit („agency“) und dem Finden von Lösungswegen („pathways“) besteht, dies jeweils wechselseitig aufeinander bezogen“ (Lipps/Huppmann 2006, S. 204).

Die insgesamt 12 Items mit je einer vierstufigen Likert-Skala der Hope Scale, bestehen aus nur acht Items, die sich tatsächlich auf die Hoffnung beziehen. Die restlichen vier Items beziehen sich auf andere Inhalte und dienen lediglich dazu, die Skala für Probanden nicht durchschaubar zu machen. Vier der acht hoffnungsbezogenen Items sind zielgerichtet und überprüfen die Verwirklichung vergangener sowie künftiger Ziele. Die anderen vier Items befassen sich mit den möglichen Lösungswegen, die der Proband in Betracht zieht, um seine Ziele zu verwirklichen (vgl. Farran et al. 1999, S. 63f).

3.3.3.4. Hopefulness Scale (HFS)

Die „Hopefulness Scale“ ist eine Abänderung der „Beck Hopelessness Scale“ (BHS) und wurde 1984 von einem Team aus Psychologen und Psychiatern entwickelt, um den Probanden mehrere Antwortmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die HFS dient zur Erfassung der Hoffnung von älteren Menschen, die zuhause leben. Die Skala besteht aus 20 Items, die inhaltlich jenen der BHS ähneln, jedoch positiv angelegt sind. Beantwortet werden die Items durch eine fünfstufige Likert-Skala, wodurch sich die HFS abermals von der BHS (Ja/Nein-Format) unterscheidet. Die zu erreichenden Punkte liegen zwischen 0-100; eine hohe Punktzahl bedeutet einen hohen Hoffungsgrad (vgl. Farran et al. 1999, S. 55f; Farran et al. 1990, S. 45).

3.3.3.5. Stoner Hope Scale (SHS)

Die „Stoner Hope Scale“ wurde 1982 von Stoner entwickelt, beruht auf der Grundlage von Stotland, Lynch und Marcel und ist weiters eine Überarbeitung der „Erickson Hope Scale“ (vgl. Farran et al. 1990, S. 45). Nach Farran et al. (1999) wird Hoffnung in Bezug auf die SHS „als ein interaktiver Prozeß (sic!) betrachtet, der auf zukunftsbezogene Ziele ausgerichtet ist“ (Farran et al. 1999, S. 56).

Die Skala wurde zur Einschätzung der Hoffnung von Menschen mit Krebserkrankungen erarbeitet und unterteilt sich in folgende drei Bereiche: intrapersonale, interpersonale und globale Hoffnung. Jeder dieser Bereiche besteht aus zehn zukunftsorientierten Zielen, die jeweils mit einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die Probanden beurteilen jede dieser insgesamt 30 Aussagen nach der Wichtigkeit des Ziels sowie nach der Wahrscheinlichkeit, dieses Ziel zu erreichen (vgl. Farran et al. 1990, S. 46; Stoner 2004, S. 220).

3.3.3.6. Hope Index Scale (HIS)

Die „Hope Index Scale“ wurde entwickelt, um Eigenschaften von Hoffnung in erwachsenen Personen festzustellen, ohne Rücksicht auf Rassenzugehörigkeit, Geschlecht oder sozioökonomische Einflüsse (vgl. Obayuwana et al. 1982, S. 765).

Die Skala besteht aus 60 Items, wobei sich 50 davon auf das Erfassen von kognitiven, affektiven oder motorischen Komponenten von Ich-Stärke, familiärer Unterstützung, Religion, Bildung sowie wirtschaftlicher Faktoren beziehen. Die restlichen 10 Items „were added to the questionnaire for the purpose of estimating the social desirability bias of respondents“ (Obayuwana et al. 1982, S. 762) und werden nicht zur Auswertung herangezogen. Für jedes der 50 Items werden je zehn Punkte gewertet, was eine Punktespannweite von 0 bis 500 ergibt. Bei den Antwortmöglichkeiten der Items handelt es sich um dichotome „ja/nein“ Ausprägungen (vgl. Obayuwana et al. 1982, S. 761f).

3.3.3.7. Herth Hope Scale (HHS)

Die „Herth Hope Scale“ wurde 1991 von Herth erarbeitet, um die multidimensionalen Aspekte von Hoffnung zu erfassen. Das Ziel der HHS ist die Einschätzung von

Hoffnung sowohl von gesunden als auch von akut, chronisch oder unheilbar kranken Erwachsenen in klinischen Einrichtungen. Die Skala basiert auf Dufaults und Martocchios (1985) Hoffnungsmodell, das in Kapitel 2.1.4. bereits näher dargestellt wurde. Die sechs Dimensionen von Hoffnung (nach Dufault und Martocchio) wurden von Herth in drei Dimensionen zusammengefasst und als Grundlage zur Entwicklung der Items benutzt. Die kognitiv-zeitliche Dimension bezieht sich auf die Vorstellung, dass ein positives, gewünschtes Ereignis in naher oder ferner Zukunft wahrscheinlich passieren wird. Die affektiv-verhaltensbezogene Dimension meint das Gefühl von Zuversicht, Pläne zu initiieren, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen. Die affiliativ-kontextuelle Dimension von Hoffnung bedeutet das Erkennen der Abhängigkeit und der Vernetzung zwischen sich selbst und anderen sowie zwischen dem Selbst und dem Geist (vgl. Herth 1991, S. 40f).

Die Herth Hope Scale beinhaltet 30 Items mit je einer vierstufigen Likert-Skala. Da für jedes einzelne Item 0 bis 3 Punkte vergeben werden können – „a score of 3 indicates that the item often applies and a score of 0 indicates that the statement never applies to the respondent“ (Herth 1991, S. 45) – liegt die Gesamtspannweite der Punkte zwischen 0 und 90. Je höher die Hoffnung des Probanden, desto höher ist die Gesamtpunkteanzahl (vgl. Herth 1991, S. 45).

3.3.3.8. Beck Hopelessness Scale (BHS)

Die „Beck Hopelessness Scale“ ist eine der wenigen Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit und wurde 1974 von Beck et al. zur Erforschung negativer Erwartungen der Probanden, entwickelt. „The HS is an instrument that may be used by both professionals and paraprofessionals involved in the detection and assessment of hopelessness as an important variable in many psychopathological processes“ (Beck/Weissmann 1974, S. 864).

Die Skala beinhaltet 20 Items mit dichotomen „ja/nein“ Merkmalsausprägungen, für die entweder 0 oder 1 Punkt vergeben wird. Die zu erreichende Punkteanzahl liegt zwischen 0 und 20; ein hoher Score bedeutet eine starke Hoffnungslosigkeit. Die Items sind teilweise positiv, teilweise negativ formuliert, wodurch bei der Auswertung die Punkte - abhängig von der Formulierung - gegensätzlich gewertet werden müssen (vgl. Farran et al. 1999, S. 65).

Im Zuge einer Faktorenanalyse wurden drei Faktoren von Hoffnungslosigkeit dargestellt: Faktor 1 behandelt den affektiven Aspekt und bezieht sich auf zukunftsbezogene Gefühle wie beispielsweise Hoffnung und Enthusiasmus. Faktor 2, der den motivationalen Aspekt darstellt, meint den Verlust von Motivation und das Streben aufzugeben. Den kognitiven Aspekt beschreibt der dritte Faktor, der sich mit fehlenden Zukunftserwartungen auseinandersetzt (vgl. Beck/Weissmann 1974, S. 864).

4. Methodik

4.1. Forschungsdesign

Für die vorliegende Arbeit wurde ein nicht-experimentelles Forschungsdesign gewählt. Es handelt sich dabei um eine deskriptive Studie nach quantitativem Forschungsansatz. Quantitative Forschung möchte möglichst objektive und numerische Daten produzieren, um später allgemein gültige Aussagen aus den Ergebnissen ableiten zu können (vgl. Mayer 2002, S. 70).

Deskriptive, beschreibende Studien „haben zum Ziel, ein Phänomen, über das noch wenig bekannt ist, oder einen Ist-Zustand (...) möglichst vollständig zu beschreiben und zu analysieren“ (Mayer 2011, S. 125). Diese Art des methodischen Vorgehens findet meistens dann Verwendung, wenn Merkmale bestimmter Situationen oder Gruppen erhoben werden sollen (vgl. Mayer 2011, S. 125).

Das deskriptive Forschungsdesign wurde gewählt, um den Ist-Zustand, nämlich das Wissen über die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ sowie die praktische Anwendung und Umsetzung von Interventionen und Maßnahmen in Zusammenhang mit den vorliegenden Konzepten zu beschreiben.

Diese Forschungsarbeit kann auch als Querschnittstudie bezeichnet werden, da die Datenerhebung nur ein Mal erfolgte.

4.2. Setting

Die Datenerhebung fand in der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus statt, weshalb auch von einem Feldexperiment gesprochen werden kann.

Die Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus ist ein Belegspital, das den Patienten ermöglicht, den Arzt ihrer Wahl mitzubringen (vgl. Rudolfinerhaus 2009).

Das Rudolfinerhaus verfügt über sieben Bettenstationen, die Abteilungen Intermediate Care, Geburtshilfe, OP, Ambulanz und Tagesklinik.

Die schriftliche Befragung erfolgte ausschließlich auf den sieben Bettenstationen. Jede Station betreut Patienten unterschiedlicher Fachbereiche, wobei einige Stationen zusätzlich noch Schwerpunkte in den Bereichen Orthopädie, Neurologie, Onkologie und Gynäkologie setzen.

4.3. Studienpopulation

Die Studienpopulation für die schriftliche Befragung bildete die Grundgesamtheit aller diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die auf einer der sieben Bettenstationen tätig sind. Es kann daher auch von einer Vollerhebung gesprochen werden.

4.4. Erhebungsinstrument

Als Instrument zur Datenerhebung wurde die Methode der schriftlichen Befragung gewählt, welche am effizientesten zur Beantwortung der festgelegten Forschungsfragen schien. Diese Art der Datenerhebung ist eine der gängigsten Methoden in der Pflegeforschung, sie weist einen hohen Standardisierungsgrad auf und gewährleistet den Probanden Anonymität (vgl. Mayer 2011, S. 172f).

Der Fragebogen (siehe Anhang) wurde auf Grundlage der im theoretischen Teil dargestellten Literatur entwickelt und dient zur Erforschung des Wissens von Pflegepersonen über die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ sowie den Pflegeinterventionen im Fall von Hoffnungslosigkeit.

Die Validität, also die Gültigkeit des Erhebungsinstruments, welches eines der drei Gütekriterien quantitativer Forschung darstellt und das Ausmaß bezeichnet, „in dem ein Messinstrument das misst, was es messen soll“ (Mayer 2011, S. 228), wurde im Zuge einer Expertenrunde überprüft. Daher kann auch von Augenscheinvalidität (face validity) gesprochen werden. Diese ist dann gegeben, sobald Experten das Erhebungsinstrument hinsichtlich ihrer Gültigkeit überprüfen (vgl. Mayer 2011, S. 228).

In der Expertenrunde mit den Pflegeberaterinnen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus wurde der gesamte Fragebogen besprochen. Dabei wurde nicht nur

die inhaltliche Relevanz der einzelnen Fragen und ihrer Items beurteilt, sondern auch auf deren sprachliche Formulierung und Verständlichkeit geachtet. Der Fragebogen wurde schlussendlich, unter Berücksichtigung der Verbesserungsvorschläge der Pflegeexpertinnen, nochmals überarbeitet und in seine endgültige Form gebracht.

Vor der eigentlichen Untersuchungsdurchführung wurde ein Prätest zur „Überprüfung der Verständlichkeit und Handhabbarkeit“ (Mayer 2011, S. 402) des Fragebogens durchgeführt. Bei den Testpersonen handelte es sich um drei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die jedoch nicht in der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus tätig sind, um die Grundgesamtheit der eigentlichen Untersuchung nicht zu verkleinern. Zur Feststellung der Praktikabilität des Erhebungsinstruments wurden die Probanden aufgefordert, den Fragebogen eigenständig auszufüllen und anschließend, in Bezug auf Unklarheiten sowie Verständlichkeit der Fragen und Antwortmöglichkeiten befragt. Weiters sollten auch Aspekte wie das Layout des Fragebogens und dessen Länge beurteilt werden.

Das Feedback von allen drei Probanden fiel sehr positiv aus. Sie empfanden sowohl Fragen als auch Antwortmöglichkeiten als klar und verständlich. Auch die Länge und Dauer des Ausfüllens wurde als angemessen und die formale Gestaltung des Fragebogens als ansprechend bewertet. Die Möglichkeit, bei einzelnen Fragen eine zusätzliche Antwort anführen zu können, wurde als sehr gut empfunden.

Der Fragebogen, der zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen dienen soll, bestand in seiner endgültigen Form aus insgesamt 16 Fragen, die sich an den einzelnen Kapiteln des theoretischen Teils dieser Forschungsarbeit orientieren. Jede Frage wurde so gewählt, dass immer ein spezifischer Themenbereich zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ beziehungsweise „Hoffnungslosigkeit“ abgedeckt wurde. Dies ergab eine thematische Gliederung des Fragebogens in folgende Bereiche:

- „Begriffsbestimmung Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“ - bestehend aus der Frage K1 mit 10 Items und der Frage K2 mit 6 Items;
- „Erleben und Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“ - bezogen auf die Frage K3 mit 9 Merkmalsausprägungen;
- „Ursachen von Hoffnungslosigkeit“ - Frage K4 mit 8 Items;
- „Symptome von Hoffnungslosigkeit“ - Frage K5 mit 15 Items;

- „Pflegeinterventionen zur Hoffnungsförderung“ - Frage K6 mit 17 Merkmalsausprägungen und Frage K7;
- „Häufigkeit des Vorkommens von Hoffnungslosigkeit“, „Rolle der Pflegeperson“ und „zusätzliche Informationen“ - Fragen K8, K9 und K10.

Weiters gibt es noch „Allgemeine Fragen“, die Auskunft über soziodemographische Daten der Probanden geben sollen.

Bei den Fragen K1 bis K6 wurden unter die vorgegebenen Antwortkategorien auch „falsche“ Items gemischt. Da es sich bei der vorliegenden Befragung um eine Überprüfung des Wissens der Probanden handelt, dienen diese „falschen“ Items als Kontrollvariablen. Weiters sollte damit auch eine Tendenz zu den Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“ und „stimme völlig zu“ vermieden werden.

Als Struktur von Fragen und Antwortvorgaben wurden hauptsächlich geschlossene Fragen gewählt. Bei dieser Art von Fragen müssen sich die Probanden für eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden, wodurch ein hoher Standardisierungsgrad erreicht und eine rasche Auswertung ermöglicht werden kann. Ein Nachteil solcher Fragen ist jedoch, dass möglicherweise die gewünschte Aussage nicht als Antwortmöglichkeit vorhanden ist (vgl. Mayer 2011, S. 177). Aus diesem Grund wurden die Fragen (K1, K2) zu den Begriffen von „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ als Hybridfragen formuliert.

Hybridfragen oder auch Mischformen sind Antwortformate, bei denen vorgegebene Kategorien mit einer offenen Kategorie verknüpft werden (vgl. Raab-Steiner/Benesch 2010, S. 49). Dadurch hatten die Untersuchungsteilnehmer die Option, eine frei formulierte Antwort hinzuzufügen.

Bei den anderen geschlossenen Fragen (K3 bis K6, K8, K9) dieser schriftlichen Befragung wurde das Antwortformat in Form einer Ratingskala festgelegt. Somit besteht die Möglichkeit, für jedes Item auch die Bewertung „stimme nicht zu“ – „stimme eher nicht zu“ – „stimme eher zu“ – „stimme völlig zu“ abzugeben. Es wurde bewusst eine gerade Anzahl an Abstufungen gewählt und auf die Verwendung einer Mittelkategorie verzichtet, um eine gewisse Antworttendenz feststellen zu können. Skalen mit Mittelkategorien können den Informationsgehalt eines Fragebogens

reduzieren, da es den Untersuchungsteilnehmern in einem solchen Fall obliegt, sich nicht festlegen zu müssen (vgl. Raab-Steiner/Benesch 2010, S. 55).

Für eine weitere geschlossene Frage wurde ein dichotomes Antwortformat mit nur zwei Ausprägungen (ja/nein) gewählt.

Die Frage, welche Interventionen zur Hoffnungsförderung im Zuge der pflegerischen Tätigkeit angewendet werden, wurde als offene Frage formuliert. Hier sollten die Probanden unvoreingenommen und individuell antworten können.

4.5. Operationalisierung der Forschungsvariablen

Für die Entwicklung des Fragebogens war es erforderlich, die in den Forschungsfragen verwendeten Begriffe beziehungsweise Sachverhalte zu operationalisieren. Das heißt festzulegen, wie diese Begriffe oder Sachverhalte gemessen werden können.

„Um eine Operationalisierung (und damit schließlich eine Messung) durchführen zu können, muss eindeutig geklärt sein, auf welche Objekte oder Sachverhalte sich der Begriff bezieht“ (Schnell et al. 2011, S. 119). Grundlage für die Operationalisierung der Begriffe ist der literaturbezogene theoretische Teil dieser Forschungsarbeit.

Die erste Forschungsfrage (siehe Kapitel 1.2.) bezieht sich auf das Wissen über die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“. Daraus ergab sich der Begriff „Wissen über Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“, der im Kontext folgender Variablen beschrieben werden sollte:

- Wissen bezüglich Begriffsbestimmung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit
- Wissen bezüglich Erleben und Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit
- Wissen bezüglich Ursachen von Hoffnungslosigkeit
- Wissen bezüglich Symptome von Hoffnungslosigkeit
- Wissen bezüglich Pflegeinterventionen zur Hoffnungsförderung

Die genannten Variablen orientieren sich an der im theoretischen Teil umfassend dargestellten Beschreibung der beiden Pflegekonzepte und wurden dementsprechend für die Fragebogenkonstruktion abgeleitet.

Wissen bezüglich Begriffsbestimmung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit wurde in der Fragen K1 und K2 messbar gemacht.

In Frage K1 konnten die Probanden nachstehenden Indikatoren, die aus der Beschreibung zum Begriff „Hoffnung“ (siehe Kapitel 2.1.1.) abgeleitet wurden, zustimmen:

- Pflegediagnose / Pflegekonzept
- Emotion des Menschen
- Ressource für die pflegerische Arbeit
- Ausdruck des Lebenswillens
- Vertrauen in die Zukunft
- Kraftquelle
- Sonstige: _____

Da Hoffnung in der Forschungsliteratur von den Begriffen „Wunschdenken“, „Erwartung“ und „Optimismus“ differenziert wird, wurden in Bezug auf diese drei Begriffe die Items „Wunschdenken / Wunsch, dass etwas in Erfüllung geht“, „optimistische Lebenseinstellung“ und „Erwartung, dass ein bestimmtes Ziel realisiert wird“ als Kontrollvariablen hinzugefügt.

Die Kenntnis der Probanden über Hoffnungslosigkeit wurde in Frage K2 mit nachfolgenden Items, basierend auf den Begriffsdefinitionen von Hoffnungslosigkeit (siehe Kapitel 2.2.1.), eruiert:

- Pflegediagnose / Pflegekonzept
- Abwesenheit von Hoffnung
- negatives Gefühl der betroffenen Person
- Sonstige: _____

Zusätzlich wurden die Items „Erkrankung“ und „Glaubensverlust“ zur Wissenskontrolle beigefügt.

Die Items zu Frage K3 beziehen sich auf die Variable „Wissen bezüglich Erleben und Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“ und wurden auf Grundlage zahlreicher in der Literatur (siehe Kapitel 3.1.) beschriebener Faktoren, die bei

schwer kranken Menschen auftreten und Einfluss auf das Hoffnungserleben dieser haben/nehmen können, entwickelt:

- Alter
- Erkrankung bzw. Art der Erkrankung
- Persönlichkeit der Betroffenen
- Schmerzen
- soziales Umfeld
- körperliche Beeinträchtigung
- Lebenserfahrung

Ergänzt wurde diese Frage mit den „falschen“ Items „erbliche Vorbelastung“ und „Bildungsniveau“.

Die Erfassung der Variable „Wissen bezüglich Ursachen von Hoffnungslosigkeit“ erfolgte in Frage K4 mit Hilfe folgender Indikatoren:

- lang andauernde Stresssituation
- verlorener Glaube an spirituelle Kraft
- Einsamkeit
- Schmerz (physisch, psychisch)
- mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten / Fertigkeiten
- Verlust einer nahestehenden Person
- schlechter od. verschlechterter physiologischer Zustand

Die oben genannten Items sind auf die im theoretischen Teil beschriebenen Ursachen von Hoffnungslosigkeit verschiedener Pflegeklassifikationssysteme (siehe Kapitel 2.2.3.) zurückzuführen. Das Item „Interaktion mit anderen Menschen“ steht nicht in Zusammenhang mit der zu überprüfenden Variable und wurde zur Kontrolle der Aufmerksamkeit und des Wissens der Probanden eingefügt.

Wissen bezüglich Symptome von Hoffnungslosigkeit (Frage K5) wurde im Erhebungsinstrument anhand nachstehender Items ermittelt. Grundlage dafür bildete die literaturbasierte Beschreibung der Anzeichen und Merkmale von Hoffnungslosigkeit (siehe Kapitel 2.2.4.).

- Achselzucken als Antwort auf den Sprecher / die Sprecherin
- geschlossene Augen
- Passivität
- reduzierte Reaktion auf Reize
- reduzierter Appetit
- Bedürfnis nach Zuneigung
- sprachliche Hinweise (z.B. Suizidgedanken) / Seufzen
- Rückzug aus dem sozialen Umfeld
- Teilnahmslosigkeit
- träge Körperhaltung
- ablehnender / scheuer Gesichtsausdruck
- Hyperaktivität
- Mutlosigkeit
- gestörtes Schlafmuster
- verbalisiert fehlende Zukunftsperspektiven

Die weiteren Items „Bedürfnis nach Zuneigung“ und „Hyperaktivität“ stellen keine Symptome von Hoffnungslosigkeit dar und dienen lediglich zur Wissensüberprüfung.

Zur Überprüfung der Variable „Wissen bezüglich Pflegeinterventionen zur Hoffnungsförderung“ wurden unten angeführte Items von den zahlreichen in der Forschungsliteratur genannten Pflegeinterventionen zur Erhaltung beziehungsweise Förderung von Hoffnung (siehe Kapitel 3.2.2.) abgeleitet.

- Unterstützung realistische und kurzfristigere Ziele zu setzen
- religiöse Bedürfnisse unterstützen
- angemessener Humor und Fröhlichkeit
- Unterstützung zur Wiederfindung des Lebenssinnes
- Unterstützung positive Erinnerungen hervorzurufen
- aktives Einbeziehen in die Pflege
- Anregung zur Durchführung eigener Aktivitäten
- Aufzeigen von kleinen Erfolgen / Entwicklungen
- Trost spenden
- Schmerzen lindern
- Interaktion mit anderen Menschen fördern
- Vermittlung von Sicherheit

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Integration persönlicher Bedürfnisse in der Pflege- Wertschätzung zeigen- Vermittlung von Wissen |
|--|

Die Items „tatsächliche Krankheitssituation überspielen“ und „vielversprechende Zukunftsperspektiven geben“ haben keinen Einfluss auf die Hoffnungsförderung, da sie Gegenteiliges bewirken und aus diesem Grund als Kontrollvariable eingesetzt wurden.

Der Fragebogen sollte des Weiteren auch Antwort auf die zweite Forschungsfrage (siehe Kapitel 1.2.) liefern. Diese bezieht sich auf Maßnahmen und Pflegeinterventionen, die zur Förderung von Hoffnung in der Pflegepraxis angewendet werden.

Der Begriff „hoffnungsfördernde Maßnahmen und Pflegeinterventionen“ wurde demnach folgendermaßen operationalisiert:

- angewandte Pflegeinterventionen
- Einfluss der Pflegepersonen bei Förderung von Hoffnung

Die Variable „angewandte Pflegeinterventionen“ wurde mit folgender Frage erhoben:

Welche Interventionen wenden Sie im Zuge Ihrer pflegerischen Tätigkeit an, um Hoffnung zu fördern?
--

Da in der Forschungsliteratur keine einheitlich festgelegten Pflegeinterventionen zur Förderung beziehungsweise Erhaltung von Hoffnung ersichtlich sind, wurde die oben genannte Frage bewusst offen gestellt, um möglichst frei formulierte und individuelle Antworten zu erhalten. Die Befragten sollten nicht an vorgegebene Antwortkategorien gebunden sein, sondern jene Interventionen und Maßnahmen nennen können, die sie auch tatsächlich in der Pflegepraxis anwenden.

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits beschrieben wurde, spielen Pflegepersonen speziell bei der Förderung von Hoffnung eine wichtige Rolle. Aufgrund dieser Tatsache sollte mit der Variable „Einfluss der Pflegepersonen bei Förderung von Hoffnung“ festgestellt werden, inwieweit sich die Probanden im Zuge

ihrer Tätigkeit selbst als Hoffnungsquelle für ihre Patienten verstehen beziehungsweise inwieweit sie ihrer Meinung nach die Hoffnung der Patienten durch ihre Tätigkeit fördern können. Erfasst wurde dies mit folgender Frage:

Sind Sie der Meinung, dass Pflegepersonen bei der Förderung von Hoffnung eine wesentliche Rolle spielen?

Für die Auswertung der Fragebögen erschien es interessant zu sein, wie oft die befragten Personen überhaupt mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ in Berührung kommen. Dieser Faktor könnte in Zusammenhang mit dem Wissen, das die Pflegepersonen zu den Konzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ haben, stehen und wurde mittels folgender Frage erhoben:

Wie häufig sind Sie im Zuge Ihrer Tätigkeit mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit konfrontiert?

Inwieweit sich die Untersuchungsteilnehmer mit den beiden Pflegekonzepten beschäftigen und diesbezüglich ihr Interesse bekunden, wurde anhand der nachstehenden Frage erforscht:

Würden Sie zusätzliche Informationen (beispielsweise im Zuge einer Informationsveranstaltung) zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ nützlich finden?

Ebenfalls sollte damit festgestellt werden, ob - aus der Sicht der Pflegenden - weiterer Handlungsbedarf zu dieser Thematik besteht.

Den letzten Teil des Fragebogens bildete der Abschnitt „allgemeine Fragen“, in welchem verschiedene soziodemographische Daten der Probanden erhoben wurden.

Das Alter wurde mit den Items „20 – 29 Jahre“, „30 – 39 Jahre“, „40 – 49 Jahre“ und „≥ 50 Jahre“ erhoben. Weiters wurde das Geschlecht der Befragten sowie deren höchster Schulabschluss mit den Indikatoren „Schule ohne Maturaabschluss“, „Schule mit Maturaabschluss“, „Fachhochschule, Universität“ und „Sonstiges“

erfasst. Ebenfalls wurden Zeit und Ort des Diplomabschlusses der Gesundheits- und Krankenpflege erhoben. Um die Erfahrungen in der Praxis messen zu können, wurden die Untersuchungsteilnehmer mit den Items „weniger als ein Jahr“ und „ Jahre“ aufgefordert anzugeben, wie lange sie bereits im Pflegeberuf tätig sind. In diesem Zusammenhang erschien es auch nützlich, die gegenwärtige Arbeitssituation durch die Items „Vollzeit“, „Teilzeit – 20 oder mehr Stunden pro Woche“ und „Teilzeit – weniger als 20 Stunden pro Woche“ zu erfassen.

4.6. Datenerhebung

Vor der Datenerhebung wurde die Pflegedirektorin der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus, Frau Deutsch-Hohberg, über das Forschungsvorhaben informiert und ihr schriftliches Einverständnis zur Durchführung der Befragung (siehe Anhang) eingeholt.

Die Fragebogenerhebung auf den sieben Bettenstationen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus erfolgte im Zeitraum vom 27.02.2012 bis zum 16.03.2012. Verteilt wurden die Fragebögen von der Pflegeberaterin Frau Dr. Smoliner auf jeder Station in die Fächer der Pflegepersonen. Jedem Fragebogen wurde ein Begleitbrief sowie ein verschließbares Kuvert beigelegt. Auf den einzelnen Stationen wurden beschriftete Kuverts angebracht, in welche die ausgefüllten Fragebögen abgegeben werden konnten.

Am Ende des Erhebungszeitraumes wurden diese von den Pflegeberaterinnen der Stabstelle Pflegeentwicklung eingesammelt, beziehungsweise wurden einige Fragebögen direkt in das Fach von Frau Dr. Smoliner gelegt. Für Forschungszwecke wurde auf jedem Kuvert die Station, von welcher es abgesammelt wurde, vermerkt. Rückschlüsse auf die befragten Personen waren dadurch aber nicht möglich.

Von den insgesamt 113 verteilten Fragebögen wurden bis eine Woche nach dem Erhebungszeitraum 86 Fragebögen retourniert. Das ergab eine Rücklaufquote von 76,1%.

In nachfolgender Tabelle werden Fragebogenverteilung und Rücklauf in Bezug auf die einzelnen Bettenstationen dargestellt:

Tabelle 2. Fragebogenverteilung und Rücklauf

Station	ausgeteilt	retourniert	Rücklauf
WPP	18	13	72,2%
WP1	17	14	82,4%
WP2	18	7	38,9%
BILL	17	12	70,6%
FELL1	16	16	100%
FELL2	16	11	68,8%
RP	11	9	81,8%
ohne Kennzeichnung abgegeben		4	
gesamt	113	86	76,1%

Die Rücklaufquoten der meisten Stationen sind relativ hoch und liegen zwischen 68,8% und 100%.

Lediglich die Station WP2 weist mit 38,9% eine sehr niedrige Rücklaufquote auf. Dies ist vermutlich auf die starke Auslastung der Pflegepersonen beziehungsweise auf die hohe Pflegeintensität und dem damit in Zusammenhang stehenden Zeitmangel der Pflegenden auf dieser Station zurückzuführen.

Weiters ist anzumerken, dass vier der 86 retournierten Fragebögen unbeantwortet abgegeben wurden. Die vier unbeantworteten Fragebögen stammen von der Station FELL2.

4.7. Ethische Überlegungen

Ein Begleitbrief (siehe Anhang), der zusammen mit dem Fragebogen ausgeteilt wurde, lieferte den Probanden Informationen über den Sinn und Zweck der schriftlichen Befragung und das Forschungsvorhaben im Allgemeinen. Es wurde den teilnehmenden Personen ein anonymer und vertraulicher Umgang mit ihren Angaben, sodass auch im Zuge der Auswertung beziehungsweise Darstellung der Ergebnisse keine Rückschlüsse auf ihre Person gemacht werden können, zugesichert und auch gewährleistet.

Im Fall von Fragen oder Unklarheiten bot sich die Möglichkeit einer telefonischen Rücksprache mit der Pflegeberaterin des Rudolfinerhauses und Betreuerin dieser Forschungsarbeit, Frau Dr. Smoliner, deren Telefonnummer im Begleitbrief angeführt wurde. Die Teilnahme an der schriftlichen Befragung erfolgte selbstverständlich auf freiwilliger Basis.

4.8. Methode der Datenauswertung

Bevor die Daten der retournierten Fragebögen in das Datenverarbeitungsprogramm SPSS 20.0 eingegeben werden konnten, war es notwendig, die gesammelten Informationen zu kodieren. Unter „Kodieren“ wird jener Prozess verstanden, bei dem sowohl den Fragen als auch den Antwortkategorien des Forschungsinstruments Zahlen, sogenannte Codes, zugeordnet werden, um diese dann analysieren und interpretieren zu können (vgl. Mayer 2011, S. 391). Die festgelegten Codes wurden in einem Codeplan (siehe Anhang) verzeichnet.

Mit diesen Codes konnte nun eine Datenmatrix im Statistikprogramm SPSS erstellt werden, in welche in weiterer Folge die Forschungsergebnisse eingegeben wurden.

Die eingegebenen/gesammelten Daten wurden mit Hilfe der deskriptiven Statistik in Form von Häufigkeitsangaben beschrieben und mittels Balkendiagrammen dargestellt. Um eine übersichtlichere graphische Darstellung zu ermöglichen, wurden einzelne Antwortkategorien kumuliert: die negativen Antwortkategorien „stimme nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ wurden zur Kategorie „stimme nicht zu“ und die positiven Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme völlig zu“ zur Kategorie „stimme zu“ zusammengefasst.

Die Untersuchungsergebnisse wurden auch anhand der schließenden Statistik überprüft. Zur Anwendung kam der Chi-Quadrat Test, um festzustellen, inwiefern die Häufigkeiten der einzelnen Variablen von den erwarteten Häufigkeiten abweichen.

Die Antworten auf die offene Frage (K7) wurden im Datenverarbeitungsprogramm Excel aufgelistet und weiters in Kategorien zusammengefasst (siehe Anhang).

5. Ergebnisdarstellung

5.1. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurde der Fragebogen an 113 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus verteilt. Davon wurden 86 Fragebögen retourniert. Da teilweise leere oder unvollständige Fragebögen abgegeben wurden, unterscheidet sich die Menge der Grundgesamtheit (n) hinsichtlich einzelner Variablen.

Die Auswertung der soziodemographischen Daten ergab folgende Merkmale:

In Bezug auf das Alter (n=81) lässt sich feststellen, dass der größte Teil der Befragten mit 34,6% in der Altersgruppe der 40-49 - Jährigen lag. 30,9% befanden sich in der Gruppe der 20-29 Jährigen, gefolgt von 27,2% in der Altersgruppe der 30-39 Jährigen. Die Gruppe der 50 Jährigen oder älter stellt mit 7,4% den kleinsten Anteil der Stichprobe dar (siehe Abb. 1).

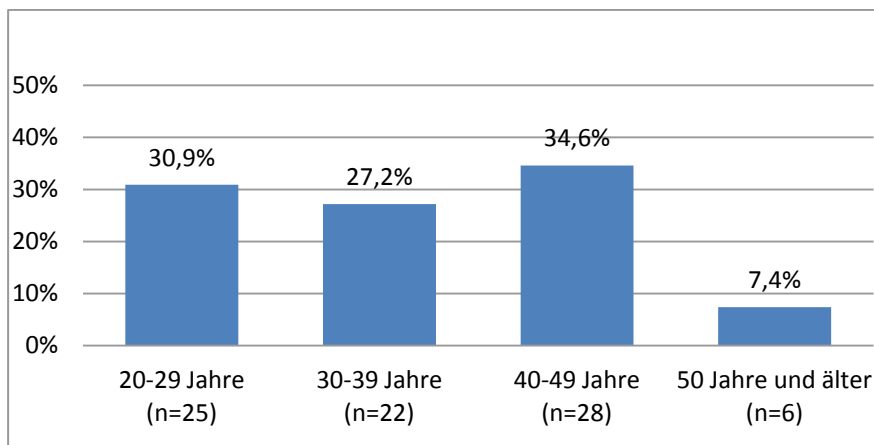


Abbildung 1: Altersverteilung der Probanden

Die Verteilung des Geschlechts (n=80) (siehe Abb. 2) zeigt, dass 97,5% der befragten Teilnehmer weiblich sind und somit im Gegensatz zu den männlichen Befragten (2,5%) deutlich in der Mehrheit liegen.

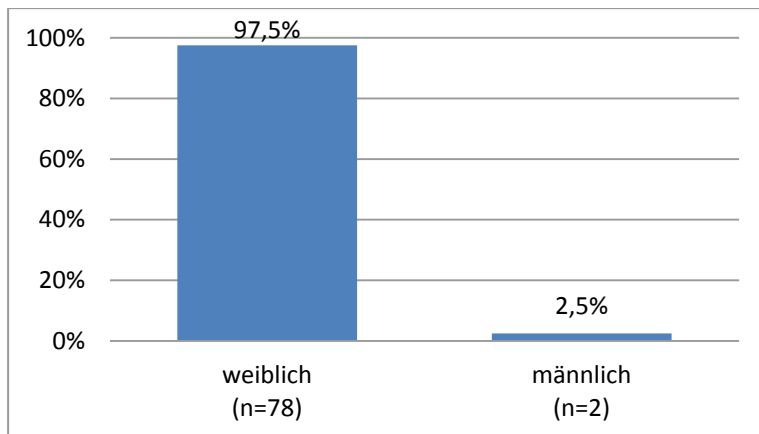


Abbildung 2: Verteilung des Geschlechts

Das Bildungsniveau (n=81) der an der Befragung teilnehmenden diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus ist, wie die Auswertung des Schulabschlusses zeigt, relativ hoch. 70,4% gaben an, als höchsten Bildungsweg eine Schule mit Maturaabschluss absolviert zu haben. 18,5% haben zusätzlich einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss, 11,1% nannten als höchsten Schulabschluss eine Schule ohne Matura (siehe Abb. 3).

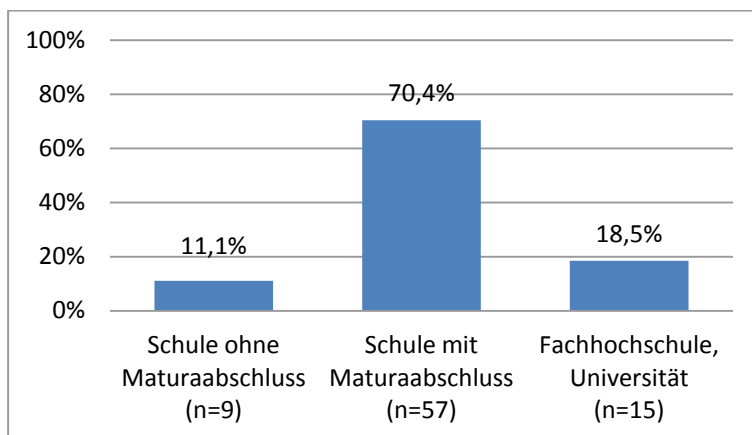


Abbildung 3: höchster Schulabschluss

Weitere Aspekte, die für die Auswertung der Fragebögen interessant erschienen, waren der Ausbildungsort beziehungsweise das Jahr, in dem das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege abgelegt wurde:

Zur übersichtlicheren Darstellung wurden die angeführten Jahreszahlen der Variable „Diplomjahr“ (n=79) rekodiert und in Kategorien zusammengefasst, wodurch sich folgende Werte ergaben (siehe Abb. 4):

35,4% der Befragten haben demnach zwischen den Jahren 2000 und 2009 ihr Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege erhalten. 29,1% haben bereits zwischen 1990 und 1999 diplomiert; 17,7% in den Jahren 1980 bis 1989 und nur 5,1% in den Jahren 1970 bis 1979.

Im Vergleich zu den anderen Prozentwerten haben einige der befragten Personen, nämlich 12,7%, erst in den letzten zweieinhalb Jahren (2010 bis 2012) ihre Ausbildung abgeschlossen.

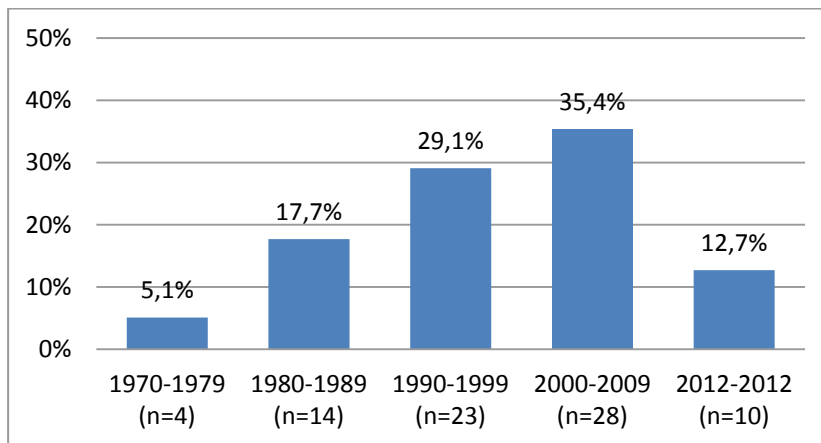


Abbildung 4: Diplom Gesundheits- u. Krankenpflege nach Jahren

Auch die Daten zum Ausbildungsort (n=76) (siehe Abb. 5) wurden rekodiert und in die Kategorien „Rudolfinerhaus“, „Österreich“, „Deutschland“ und „Schweiz“ zusammengefasst. Diese Kategorisierung wurde gewählt, da die Untersuchungsteilnehmer teilweise Ortsbezeichnungen und teilweise Namen der Ausbildungsstätten angegeben haben. Da die Untersuchung in der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus durchgeführt wurde und die meisten Probanden ihren Angaben zufolge dort auch ihre Ausbildung absolviert haben, schien es interessant, diese in einer eigenen Kategorie zusammenzufassen.

Mehr als die Hälfte der befragten Pflegepersonen (64,5%) gaben an, ihre Ausbildung in der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus absolviert zu haben. Weitere 31,6% besuchten ebenfalls eine Krankenpflegeschule in Österreich. (Unter diesen 31,6% könnten durchaus auch Personen sein, welche ebenso die Krankenpflegeschule im

Rudolfinerhaus besucht haben, jedoch nur den Namen der Stadt angegeben haben.) Sehr gering hält sich der Anteil jener Personen, die in Nachbarländern ihre Ausbildung gemacht haben: 2,6% nannten Deutschland und 1,3% die Schweiz als Ausbildungsort.

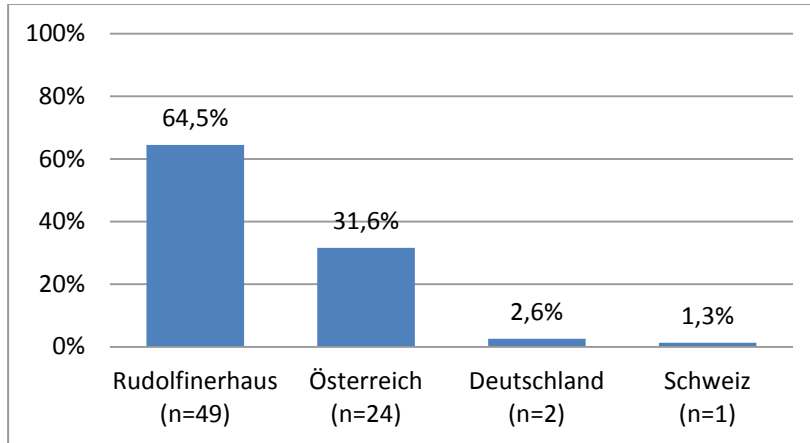


Abbildung 5: Ausbildungsort

Abbildung 6 veranschaulicht, seit wann die Untersuchungsteilnehmer im Pflegeberuf tätig sind (n=80) und ermöglicht es, Rückschlüsse auf ihre Erfahrungen in der Pflegepraxis zu ziehen. 36,3% der Probanden weisen eine Berufserfahrung zwischen 11 und 20 Jahren auf. An zweiter Stelle liegen jene Personen, die seit wenigen Monaten bis hin zu 5 Jahren im Pflegeberuf tätig sind (26,3%). Weitere 21,3% üben ihren Beruf bereits zwischen 21 und 35 Jahren aus und zählen somit zu den am längsten in der Pflege tätigen Untersuchungsteilnehmern. Den niedrigsten Wert (16,3%) stellt die Gruppe jener Personen dar, die ihren Beruf zwischen 5,5 und 10 Jahren ausübt.

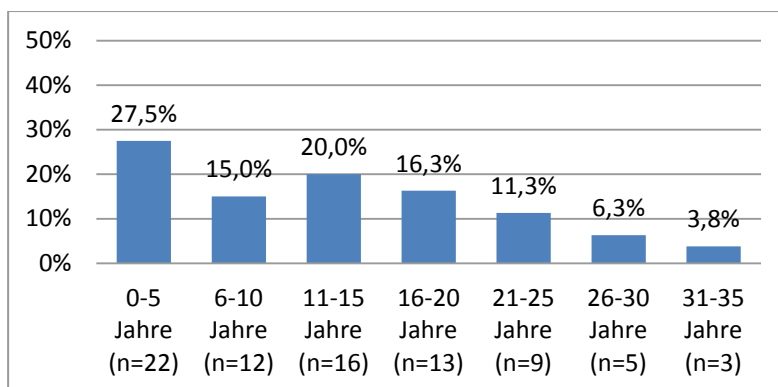


Abbildung 6: Berufstätigkeit in Jahren

Die Auswertung der Arbeitssituation (n=81) der Stichprobe ergab, dass mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer (54,3%) Vollzeit in ihrem Beruf tätig sind, gefolgt von 40,7%, die einer Teilzeitbeschäftigung mit 20 oder mehr Stunden pro Woche nachgehen. Nur 4,9% der Befragten gaben an, weniger als 20 Stunden pro Woche zu arbeiten (siehe Abb. 7).

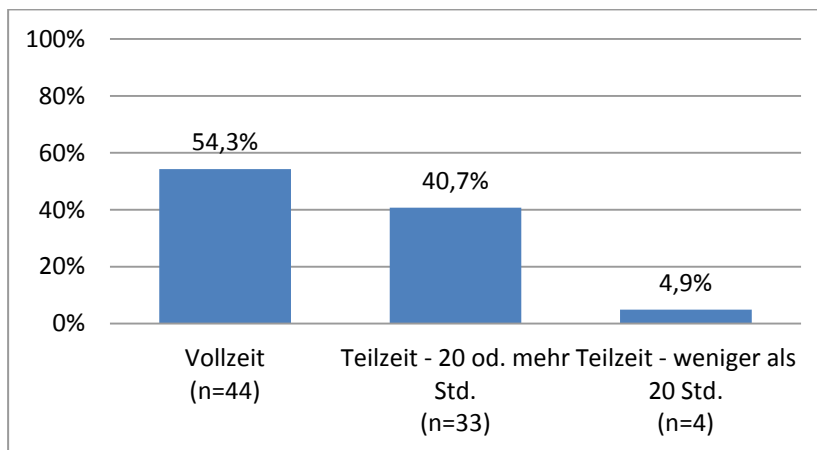


Abbildung 7: Arbeitssituation

5.2. Darstellung der Forschungsergebnisse

Zur Darstellung der Häufigkeiten der einzelnen Fragen ist anzumerken, dass nicht alle Untersuchungsteilnehmer durchgehend geantwortet haben, was unterschiedliche Stichprobengrößen ergibt. Bei den dargestellten Prozentwerten handelt es sich immer um die gültigen Prozentwerte.

5.2.1. Wissen zum Begriff „Hoffnung“

In Tabelle 3 ist das Antwortverhalten der Untersuchungsteilnehmer in Bezug auf die einzelnen Items ersichtlich. Die Häufigkeitsverteilung lässt eine Tendenz zu den Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“ und „stimme völlig zu“ zu erkennen. Weiters ist auffällig, dass bei Item K1_V10 niemand geantwortet hat. Dies lässt vermuten, dass die Probanden die vorher angeführten Variablen in Verbindung mit dem Begriff „Hoffnung“ als ausreichend empfunden und daher nichts hinzuzufügen hatten.

Tabelle 3. Frage K1

Was verbinden Sie mit dem Begriff „Hoffnung“?					
	Häufigkeit n (%)				n
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	
K1_V1 Pflegediagnose / Pflegekonzept	34 (42,5%)	36 (45%)	6 (7,5%)	4 (5%)	80
K1_V2 Emotion des Menschen	6 (7,6%)	5 (6,3%)	26 (32,9%)	42 (53,2%)	79
K1_V3 Wunschdenken/Wunsch, dass etw. in Erfüllung geht	4 (5%)	8 (10%)	19 (23,8%)	49 (61,3%)	80
K1_V4 Ressource für die pflegerische Arbeit	8 (10%)	13 (16,3%)	36 (45%)	23 (28,7%)	80
K1_V5 optimistische Lebenseinstellung	1 (1,3%)	7 (8,8%)	21 (26,3%)	51 (63,7%)	80
K1_V6 Ausdruck des Lebenswillens	1 (1,2%)	2 (2,5%)	26 (32,1%)	52 (64,2%)	81
K1_V7 Vertrauen in die Zukunft		6 (7,5%)	26 (32,5%)	48 (60%)	80
K1_V8 Kraftquelle	1 (1,2%)	3 (3,7%)	21 (25,9%)	56 (69,1%)	81
K1_V9 Erwartung, dass ein bestimmtes Ziel realisiert wird	2 (2,5%)	7 (8,8%)	38 (47,5%)	33 (41,3%)	80
K1_V10_Sonstige: _____					0

Abbildung 8 zeigt nochmals deutlich, dass außer bei Item K1_V1 „Pflegediagnose / Pflegekonzept“ die überwiegende Mehrheit der Befragten den angeführten Aussagen in Verbindung mit dem Begriff „Hoffnung“ zustimmten.

87,5% der Untersuchungsteilnehmer gaben an, dass sie mit dem Begriff „Hoffnung“ keine Pflegediagnose beziehungsweise kein Pflegekonzept in Zusammenhang bringen; nur 12,5% verbinden mit Hoffnung auch ein Pflegekonzept.

Die Variablen K1_V3, K1_V5 und K1_V9, die laut Forschungsliteratur nicht mit dem Pflegekonzept „Hoffnung“ in Verbindung stehen und als Kontrollitems in den Fragebogen eingefügt wurden, erhielten von den befragten Personen jedoch starke Zustimmung: 85% der Pflegenden verstehen unter dem Begriff „Hoffnung“ den Wunsch, dass etwas in Erfüllung geht; 90% gaben an, dass Hoffnung in Zusammenhang mit einer optimistischen Lebenseinstellung steht und 88,8% der Befragten sind/waren der Meinung, dass die Hoffnung mit der Erwartung, ein bestimmtes Ziel zu realisieren, gleichzusetzen sei.

Die meiste Zustimmung (96,3%) in Bezug auf den Begriff „Hoffnung“ erhielt das Item K1_V6 „Ausdruck des Lebenswillens“, knapp gefolgt von Item K1_V8 „Kraftquelle“ mit 95,1%. 92,5% der Befragten gaben an, dass Hoffnung auch ein Vertrauen in die Zukunft (K1_V7) darstellt. Weitere 86,1% sehen Hoffnung als eine Emotion des

Menschen (K1_V2). Als Ressource für die pflegerische Arbeit (K1_V4) bezeichneten 73,8% den Begriff „Hoffnung“.

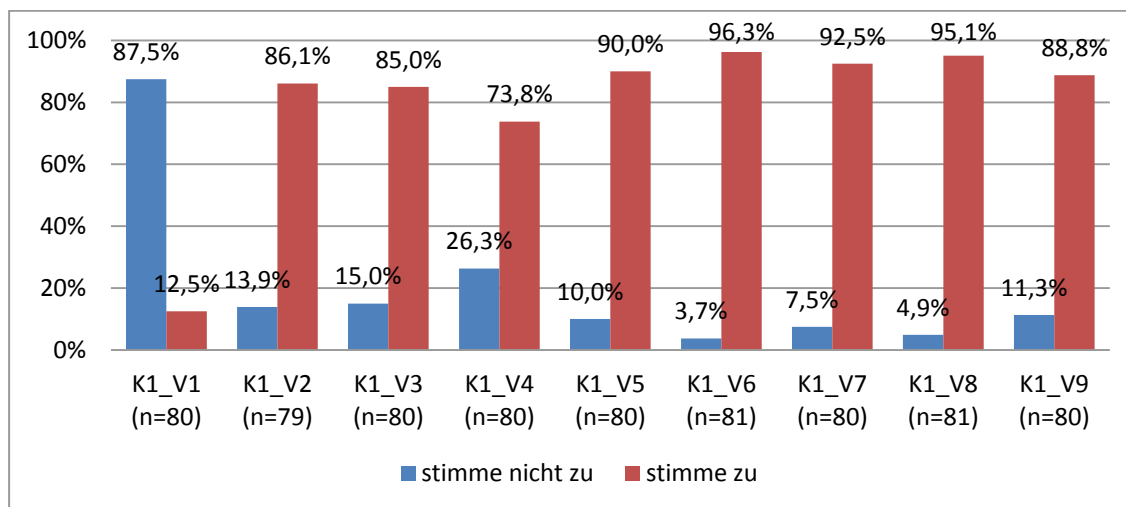


Abbildung 8: Wissen zum Begriff "Hoffnung"

5.2.2. Wissen zum Begriff „Hoffnungslosigkeit“

Die Frage nach dem Begriff „Hoffnungslosigkeit“ (siehe Tabelle 4) lässt generell eine eher gleichmäßigere Verteilung der Häufigkeiten bezüglich der einzelnen Antwortkategorien erkennen als bei Frage K1. Jedoch wurde (auch hier) die Frage nach sonstigen Assoziationen (K2_V6) mit dem Begriff „Hoffnungslosigkeit“ von keinem der Untersuchungsteilnehmer ausgefüllt.

Tabelle 4. Frage K2

Was verbinden Sie mit dem Begriff „Hoffnungslosigkeit“?					
	Häufigkeit n (%)				n
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	
K2_V1_Pflegediagnose / Pflegekonzept	28 (35,9%)	31 (39,7%)	12 (15,4%)	7 (9%)	78
K2_V2_Erkrankung	11 (14,1%)	23 (29,5%)	27 (34,6%)	17 (21,8%)	78
K2_V3_Abwesenheit von Hoffnung	3 (3,7%)	5 (6,2%)	23 (28,4%)	50 (61,7%)	81
K2_V4_Glaubensverlust	11 (13,8%)	17 (21,3%)	30 (37,5%)	22 (27,5%)	80
K2_V5_negatives Gefühl der betroffenen Person	2 (2,5%)	3 (3,8%)	25 (31,3%)	50 (62,5%)	80
K2_V6_Sonstige: _____					0

75,6% der Befragten stimmten dem Item „Pflegediagnose / Pflegekonzept“ (K2_V1) in Verbindung mit dem Begriff „Hoffnungslosigkeit“ nicht zu. Lediglich 24,4% verbinden mit Hoffnungslosigkeit auch eine Pflegediagnose.

Bei den Items K2_V2 und K2_V4, welche die Funktion von Kontrollitems erfüllen und mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ in keinem Zusammenhang stehen, lässt sich eine eher gleichmäßigere Verteilung der Prozentwerte erkennen. Eine Erkrankung (K2_V2) bringen 56,4% mit Hoffnungslosigkeit in Verbindung; 43,6% stimmten diesem zur Wissensüberprüfung eingefügten Kontrollitem nicht zu. Bei dem Item K2_V4 „Glaubensverlust“ verhält sich die Verteilung ähnlich: 65% stimmten diesem Item zu; nur 35% sahen keinen Zusammenhang dieser Begriffe.

Dass Hoffnungslosigkeit auch als Abwesenheit von Hoffnung (K2_V3) gesehen werden kann, befürworteten 90,1% der Studienteilnehmer.

Die meiste Zustimmung (93,8%) dieser Fragebatterie erhielt das Item K2_V5 „negatives Gefühl der betroffenen Person“ (siehe Abb. 9).

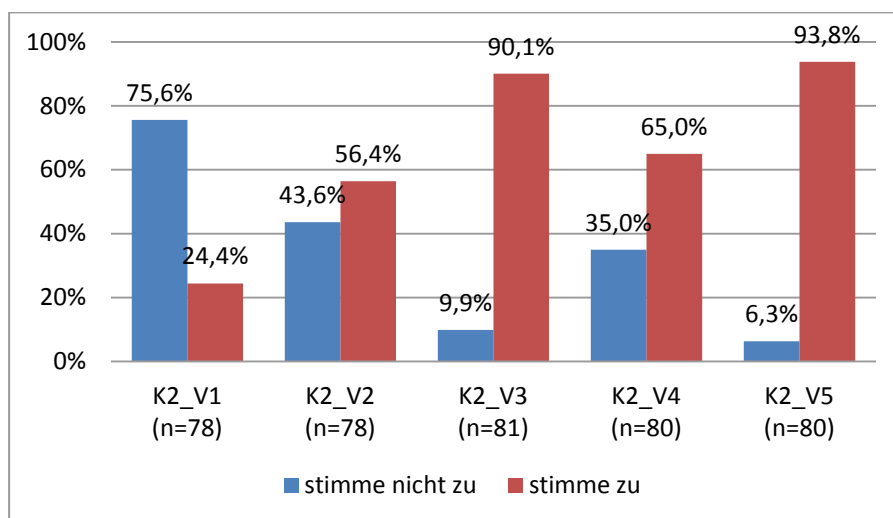


Abbildung 9: Wissen zum Begriff "Hoffnungslosigkeit"

5.2.3. Wissen zu „Erleben und Bedeutung von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“

Die in Tabelle 5 dargestellte Verteilung der Antworthäufigkeiten lässt eine Tendenz zu den Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“ und „stimme völlig zu“ erkennen. Weiters ist auffällig, dass bei den Items K3_V2, K3_V3 und K3_V5 kein Befragter mit „stimme nicht zu“ geantwortet hat.

Tabelle 5. Frage K3

Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach Einfluss auf das Erleben bzw. die Bedeutung von Hoffnung / Hoffnungslosigkeit (schwer) kranker Menschen?					
	Häufigkeit n (%)				n
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	
K3_V1 Alter	10 (12,3%)	18 (22,2%)	36 (44,4%)	17 (21%)	81
K3_V2 Erkrankung bzw. Art der Erkrankung		4 (4,9%)	29 (35,4%)	49 (59,8%)	82
K3_V3 Persönlichkeit der Betroffenen		1 (1,2%)	25 (30,5%)	56 (68,3%)	82
K3_V4 erbliche Vorbelastung	18 (22,2%)	17 (21%)	42 (51,9%)	4 (4,9%)	81
K3_V5 Schmerzen		1 (1,2%)	38 (46,9%)	42 (51,9%)	81
K3_V6 soziales Umfeld	1 (1,2%)	5 (6,2%)	42 (51,9%)	33 (40,7%)	81
K3_V7 Bildungsniveau	18 (22,2%)	30 (37%)	25 (30,9%)	8 (9,9%)	81
K3_V8 körperliche Beeinträchtigung	2 (2,5%)	16 (19,8%)	33 (40,7%)	30 (37%)	81
K3_V9 Lebenserfahrung	5 (6,3%)	12 (15%)	42 (52,5%)	21 (26,3%)	80

Den meisten Einfluss auf das Erleben beziehungsweise die Bedeutung von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit haben - den Untersuchungsteilnehmern zufolge - die Persönlichkeit der Betroffenen (K3_V3) und Schmerzen (K3_V5). Beiden Items stimmten jeweils 98,8% der Befragten zu.

95,1% sind der Meinung, dass eine Erkrankung oder die Art der Erkrankung (K3_V2) die Hoffnungssituation beeinflussen kann, gefolgt von dem Item „soziales Umfeld“ (K3_V6) mit 92,6% Zustimmung. Weiters hielten 78,8% der Befragten das Item K3_V9 „Lebenserfahrung“ für einen wichtigen beeinflussenden Faktor. Auch körperliche Beeinträchtigung (K3_V8) wirkt sich laut 77,8% der Probanden auf das Hoffnungserleben einer Person aus. Dem Item „Alter“ (K3_V1) stimmten mehr als die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer (65,4%) zu.

Bei den Kontrollitems K3_V4 und K3_V7 ist eine (eher) gleichmäßigere Verteilung zu den Antwortmöglichkeiten „stimme zu“ und „stimme nicht zu“ erkennbar. Dennoch stimmten 56,8% zu, dass eine erbliche Vorbelastung (K3_V4) Einfluss auf das Erleben von Hoffnung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit hat; nur 43,2% stimmten dieser eigentlich inhaltlich falschen Aussage nicht zu. 59,3% der Befragten sind der Meinung, dass das Bildungsniveau (K3_V7) keinen Einfluss auf die Hoffnungssituation eines Menschen hat (siehe Abb. 10).

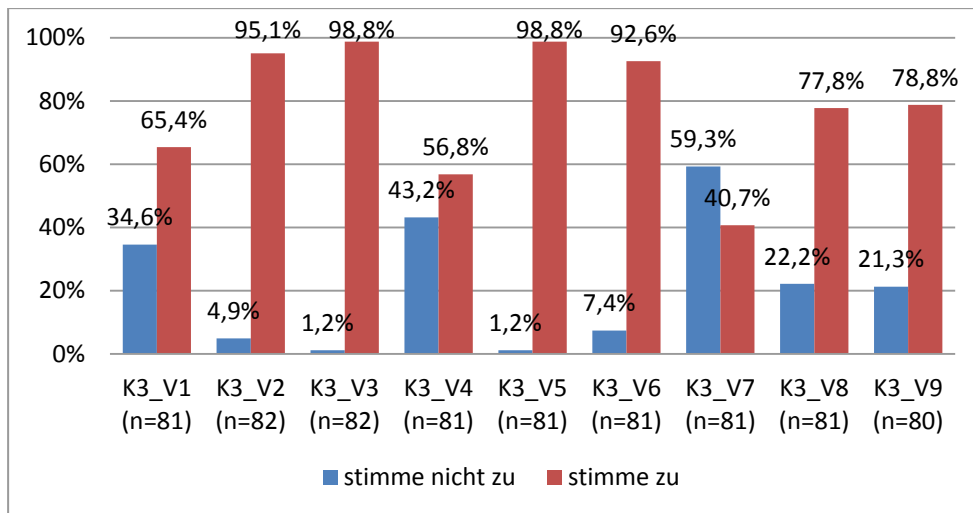


Abbildung 10: Wissen zu Erleben und Bedeutung von Hoffnung/Hoffnungslosigkeit

5.2.4. Wissen zu „Ursachen von Hoffnungslosigkeit“

Die im Fragebogen angeführten Indikatoren zur Erfassung des Wissens über die Ursachen von Hoffnungslosigkeit erhielten, wie nachfolgende Tabelle veranschaulicht, starke Zustimmung. Die Anzahl der Personen, die sich für die Antwortkategorien „stimme nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ entschieden haben, hält sich dementsprechend eher gering, beziehungsweise gibt es einige Items, bei denen sich niemand für die Antwort „stimme nicht zu“ entschieden hatte (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6. Frage K4

Was zählt Ihrer Meinung nach zu den Ursachen von Hoffnungslosigkeit?					
	Häufigkeit n (%)				n
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	
K4_V1 lang andauernde Stresssituation		13 (16%)	43 (53,1%)	25 (30,9%)	81
K4_V2 Interaktion mit anderen Menschen	9 (11%)	34 (41,5%)	31 (37,8%)	8 (9,8%)	82
K4_V3 verlorener Glaube an spirituelle Kraft	7 (8,8%)	22 (27,5%)	37 (46,3%)	14 (17,5%)	80
K4_V4 Einsamkeit		3 (3,7%)	23 (28,4%)	55 (67,9%)	81
K4_V5 Schmerz (physisch, psychisch)	1 (1,2%)	2 (2,5%)	27 (33,3%)	51 (63%)	81
K4_V6 mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten / Fertigkeiten		5 (6,3%)	45 (56,3%)	30 (37,5%)	80
K4_V7 Verlust einer nahestehenden Person		5 (6,2%)	32 (39,5%)	44 (54,3%)	81
K4_V8 schlechter od. verschlechterter physiologischer Zustand		7 (8,6%)	38 (46,9%)	36 (44,4%)	81

Die meiste Zustimmung als Ursachen von Hoffnungslosigkeit erhielten die Items „Einsamkeit“ (K4_V4) und „Schmerz“ (K4_V5) mit je 96,3%. Ebenfalls wurde „mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten / Fertigkeiten“ (K4_V6) und „Verlust einer nahestehenden Person“ (K4_V7) von jeweils 93,8% der befragten Pflegepersonen als Ursachen von Hoffnungslosigkeit gesehen.

91,4% gaben an, dass ein schlechter oder verschlechterter physiologischer Zustand (K4_V8) Hoffnungslosigkeit hervorrufen kann. Dem Item „lang andauernde Stresssituation“ (K4_V1) als Verursacher von Hoffnungslosigkeit stimmten 84% der Untersuchungsteilnehmer zu.

Dass ein verlorener Glaube an eine spirituelle Kraft (K4_V3) zu Hoffnungslosigkeit führen kann, befürworteten 63,7% der Befragten. Die restlichen 36,3% stimmten dieser Aussage nicht zu. Das Item „Interaktion mit anderen Menschen“ (K4_V2) identifizierte etwas mehr als die Hälfte der Probanden (52,4%) richtigerweise nicht als Ursache von Hoffnungslosigkeit.

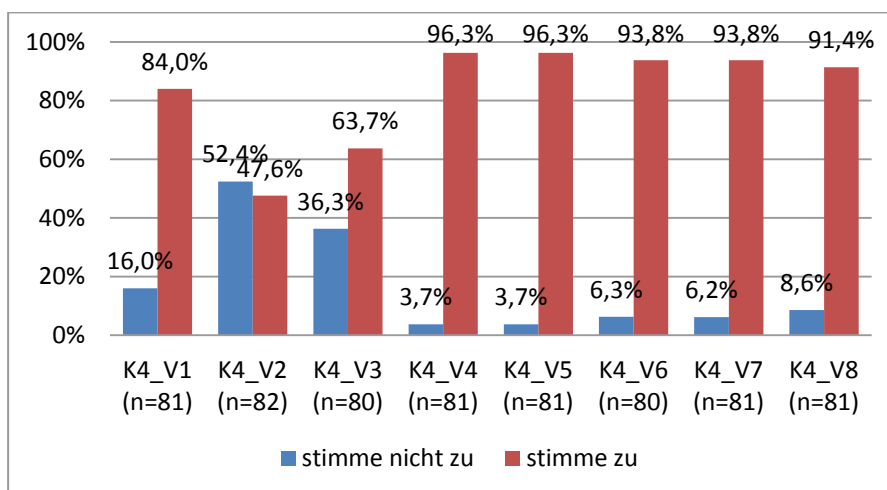


Abbildung 11: Wissen zu Ursachen von Hoffnungslosigkeit

5.2.5. Wissen zu „Symptome von Hoffnungslosigkeit“

Die Frage nach den Symptomen, die auf Hoffnungslosigkeit schließen lassen, wurde mit 15 Items erhoben. Die Verteilung der Häufigkeiten (siehe Tabelle 7) lässt erkennen, dass es zum Teil Items mit deutlicher Zustimmung gibt und teilweise Items, bei denen sich die Häufigkeitsverteilung zwischen Zustimmung und Ablehnung eher gleichmäßig verhält.

Bei den Items K5_V3, K5_V7, K5_V8, K5_V9 und K5_V15 ist auffällig, dass keine der befragten Pflegepersonen die Antwortmöglichkeit „stimme nicht zu“ angekreuzt hat.

Tabelle 7. Frage K5

Welches Verhalten bzw. welche Symptome würden Sie am ehesten darauf schließen lassen, dass Ihr Patient / Ihre Patientin hoffnungslos ist?					
	Häufigkeit n (%)				n
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	
K5_V1 Achselzucken als Antwort auf den Sprecher / die Sprecherin	7 (8,8%)	23 (28,7%)	44 (55%)	6 (7,5%)	80
K5_V2 geschlossene Augen	7 (8,6%)	32 (39,5%)	28 (34,6%)	14 (17,3%)	81
K5_V3 Passivität		9 (11,1%)	44 (54,3%)	28 (34,6%)	81
K5_V4 reduzierte Reaktion auf Reize	4 (4,9%)	20 (24,7%)	44 (54,3%)	13 (16%)	81
K5_V5 reduzierter Appetit	2 (2,5%)	27 (33,3%)	41 (50,6%)	11 (13,6%)	81
K5_V6 Bedürfnis nach Zuneigung	10 (12,2%)	35 (42,7%)	25 (30,5%)	12 (14,6%)	82
K5_V7 sprachliche Hinweise (z.B. Suizidgedanken) / Seufzen		8 (9,9%)	24 (29,6%)	49 (60,5%)	81
K5_V8 Rückzug aus dem sozialen Umfeld		3 (3,7%)	35 (43,2%)	43 (53,1%)	81
K5_V9 Teilnahmslosigkeit		4 (4,9%)	36 (44,4%)	41 (50,6%)	81
K5_V10 träge Körperhaltung	2 (2,5%)	19 (23,5%)	41 (50,6%)	19 (23,5%)	81
K5_V11 ablehnender / scheuer Gesichtsausdruck	2 (2,5%)	36 (44,4%)	28 (34,6%)	15 (18,5%)	81
K5_V12 Hyperaktivität	29 (35,8%)	43 (53,1%)	8 (9,9%)	1 (1,2%)	81
K5_V13 Mutlosigkeit	2 (2,5%)	11 (13,6%)	45 (55,6%)	23 (28,4%)	81
K5_V14 gestörtes Schlafmuster	3 (3,7%)	26 (32,1%)	39 (48,1%)	13 (16%)	81
K5_V15 verbalisiert fehlende Zukunftsperspektiven		5 (6,1%)	23 (28%)	54 (65,9%)	82

96,3% der Untersuchungsteilnehmer gaben an, dass der Rückzug einer Person aus dem sozialen Umfeld (K5_V8) auf dessen Hoffnungslosigkeit schließen lässt. Etwas weniger, nämlich 95,1% aller Befragten, würden eine hoffnungslose Person an ihrer Teilnahmslosigkeit (K5_V9) erkennen.

Dass verbale Äußerungen wichtige Anzeichen von Hoffnungslosigkeit sein können, wurde durch die beiden folgenden Items belegt: 93,9% stimmten zu, Hoffnungslosigkeit an der Verbalisierung fehlender Zukunftsperspektiven (K5_V15) zu erkennen und 90,1% anhand von sprachlichen Hinweisen oder (vermehrtem) Seufzen (K5_V7) der betroffenen Person.

Einem Großteil der Befragten (88,9%) zufolge ist Passivität (K5_V3) beziehungsweise ein passives Verhalten ein weiteres Symptom von Hoffnungslosigkeit. Aufgrund von Mutlosigkeit (K5_V13) würden 84% der befragten Pflegepersonen einen hoffnungslosen Patienten erkennen. Auch die Items „träge

Körperhaltung“ (K5_V10) und „reduzierte Reaktion auf Reize“ (K5_V4) erhielten mit 74,1% beziehungsweise 70,4% deutliche Zustimmung. Jeweils 64,2% der Befragten würden Hoffnungslosigkeit bei ihren Patienten an reduziertem Appetit (K5_V5) sowie einem gestörten Schlafmuster (K5_V14) vermuten. Achselzucken als Antwort auf den Sprecher (K5_V1) beurteilten 62,5% als Symptom von Hoffnungslosigkeit.

Bei den Items K5_V11 und K5_V2 ist eine relativ gleichmäßige Verteilung der Häufigkeiten zwischen Zustimmung und Ablehnung erkennbar. 53,1% waren der Meinung, dass ein ablehnender oder scheuer Gesichtsausdruck (K5_V11) auf Hoffnungslosigkeit schließen lässt und nur 51,9% stimmten dem Item „geschlossene Augen“ (K5_V2) zu.

Die beiden Kontrollitems, die keine Symptome von Hoffnungslosigkeit sind, wurden jeweils von der Mehrheit der befragten Personen richtig erkannt: 54,9% lehnten das „Bedürfnis nach Zuneigung“ (K5_V6) als Symptom von Hoffnungslosigkeit ab. Dem Item „Hyperaktivität“ (K5_V12) stimmten sogar 88,9% nicht zu (siehe Abb.12).

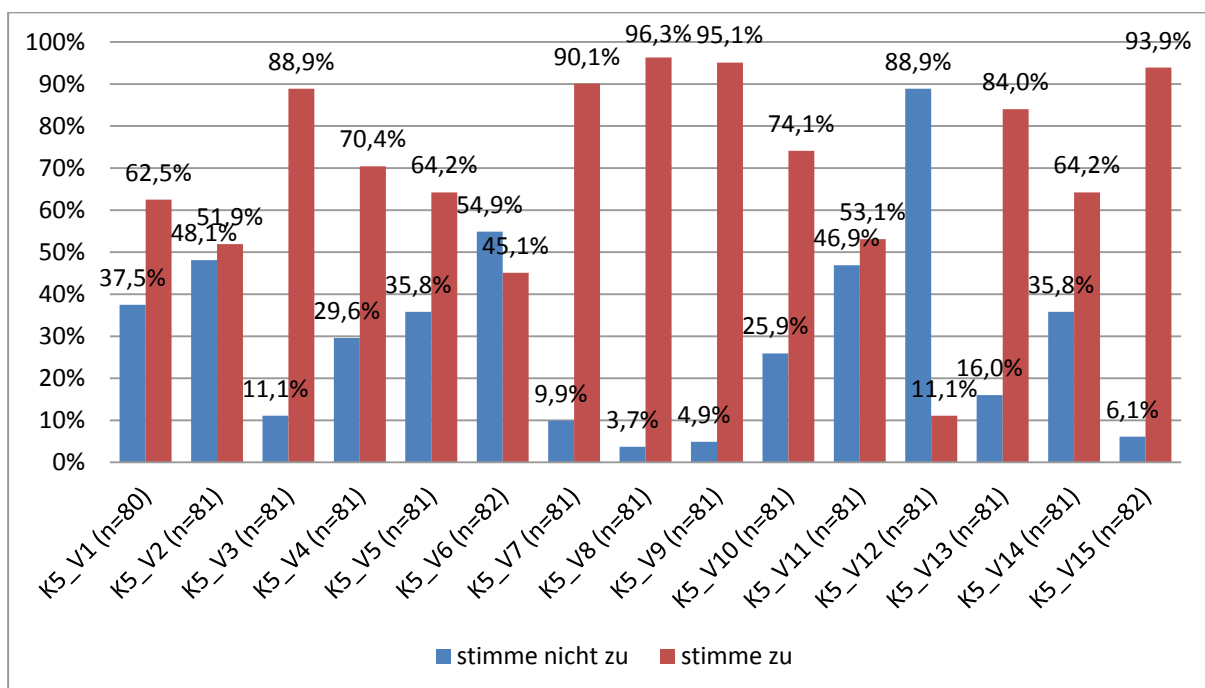


Abbildung 12: Wissen zu Symptome von Hoffnungslosigkeit

5.2.6. Wissen zu „Pflegeinterventionen“

Tabelle 8 lässt eine große Tendenz der Probanden zu den Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“ und „stimme völlig zu“ in Bezug auf die einzelnen Items erkennen. Einzig das Item K6_V4 zeigt eine deutlich umgekehrte Verteilung der Häufigkeiten. Weiters ist auffällig, dass von den insgesamt 17 Items nur bei sieben die Antwortmöglichkeit „stimme nicht zu“ angekreuzt wurde.

Tabelle 8. Frage K6

Welche Pflegeinterventionen und Verhaltensweisen von Pflegepersonen sind Ihrer Meinung nach wichtig, um Hoffnung zu fördern?					
	Häufigkeit n (%)				n
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu	
K6_V1 Unterstützung realistische und kurzfristigere Ziele zu setzen		1 (1,2%)	28 (34,6%)	52 (64,2%)	81
K6_V2 religiöse Bedürfnisse unterstützen	6 (7,4%)	14 (17,3%)	45 (55,6%)	16 (19,8%)	81
K6_V3 angemessener Humor und Fröhlichkeit		6 (7,4%)	46 (56,8%)	29 (35,8%)	81
K6_V4 tatsächliche Krankheitssituation überspielen	50 (61,7%)	28 (34,6%)	2 (2,5%)	1 (1,2%)	81
K6_V5 Unterstützung zur Wiederfindung des Lebenssinnes	1 (1,2%)	6 (7,4%)	48 (59,3%)	26 (32,1%)	81
K6_V6 Unterstützung positive Erinnerungen hervorzurufen		5 (6,2%)	39 (48,1%)	37 (45,7%)	81
K6_V7 aktives Einbeziehen in die Pflege	1 (1,2%)	1 (1,2%)	36 (44,4%)	43 (53,1%)	81
K6_V8 Anregung zur Durchführung eigener Aktivitäten		2 (2,5%)	33 (40,7%)	46 (56,8%)	81
K6_V9 Aufzeigen von kleinen Erfolgen / Entwicklungen		1 (1,2%)	23 (26,7%)	57 (70,4%)	81
K6_V10 Trost spenden	2 (2,5%)	4 (4,9%)	40 (49,4%)	35 (43,2%)	81
K6_V11 Schmerzen lindern			22 (27,2%)	59 (68,6%)	81
K6_V12 Interaktion mit anderen Menschen fördern		7 (8,8%)	42 (52,5%)	31 (38,8%)	80
K6_V13 vielversprechende Zukunftsperspektiven geben	5 (6,2%)	28 (34,6%)	37 (45,7%)	11 (13,6%)	81
K6_V14 Vermittlung von Sicherheit			30 (36,6%)	52 (63,4%)	82
K6_V15 Integration persönlicher Bedürfnisse in der Pflege		2 (2,5%)	27 (33,8%)	51 (63,7%)	80
K6_V16 Wertschätzung zeigen		1 (1,2%)	19 (23,5%)	61 (75,3%)	81
K6_V17 Vermittlung von Wissen	2 (2,5%)	11 (13,8%)	34 (42,5%)	33 (41,3%)	80

Das in Abbildung 13 dargestellte Balkendiagramm veranschaulicht die starke Zustimmung der Untersuchungsteilnehmer zu in Items dargestellten einzelnen Pflegeinterventionen:

Die wichtigsten Pflegeinterventionen zur Förderung von Hoffnung sind den befragten Pflegepersonen zufolge die „Vermittlung von Sicherheit“ (K6_V14) und „Schmerzen lindern“ (K6_V11). Beide Items erhielten je 100%ige Zustimmung.

Jeweils 98,8% der Befragten sehen die „Unterstützung realistische und kurzfristigere Ziele zu setzen“ (K6_V1), das „Aufzeigen von kleinen Erfolgen / Entwicklungen“ (K6_V9) sowie „Wertschätzung zeigen“ (K6_V16) als grundlegende Maßnahmen an um Hoffnung zu fördern, aber auch um diese zu erhalten.

Weiters stimmten 97,5% aller Probanden zu, dass es hoffnungsfördernd ist, wenn Pflegepersonen ihre Patienten aktiv in die Pflege einbeziehen (K6_V7), persönliche Bedürfnisse in die Pflege integrieren (K6_V15) und sie zur Durchführung eigener Aktivitäten anregen (K6_V8).

Ebenfalls wird die Unterstützung von Pflegepersonen positive Erinnerungen hervorzurufen bei den Patienten (K6_V6) von 93,8% als hoffnungsfördernd gesehen. 92,6% der befragten Personen pflichteten den Items „Angemessener Humor und Fröhlichkeit“ (K6_V3) sowie „Trost spenden“ (K6_V10) als hoffnungsfördernde Verhaltensweisen von Pflegenden bei. Der „Unterstützung zur Wiederfindung des Lebenssinnes“ (K6_V5) stimmten 91,4% zu, knapp gefolgt von der Pflegeintervention „Interaktion mit anderen Menschen fördern“ (K6_V12) mit 91,3%.

Als wichtige Maßnahme zur Hoffungsförderung wird auch die „Vermittlung von Wissen“ (K6_V17) erachtet (83,8%). Etwas mehr als zwei Drittel (75,3%) der Pflegepersonen sehen die Unterstützung religiöser Bedürfnisse (K6_V2) der Patienten als bedeutendes Mittel zur Förderung von Hoffnung.

Von den beiden Items, die zur Wissensüberprüfung unter die Pflegeinterventionen gemischt wurden, erkannten die Studienteilnehmer nur eines als falsche Aussage. 96,3% stimmten dem Item „tatsächliche Krankheitssituation überspielen“ (K6_V4) nicht zu. Der Aussage „vielversprechende Zukunftsperspektiven geben“ (K6_V13) stimmten jedoch 59,3% der Befragten zu; nur die restlichen 40,7% erkannten, dass es sich dabei um keine Pflegeintervention handeln kann.

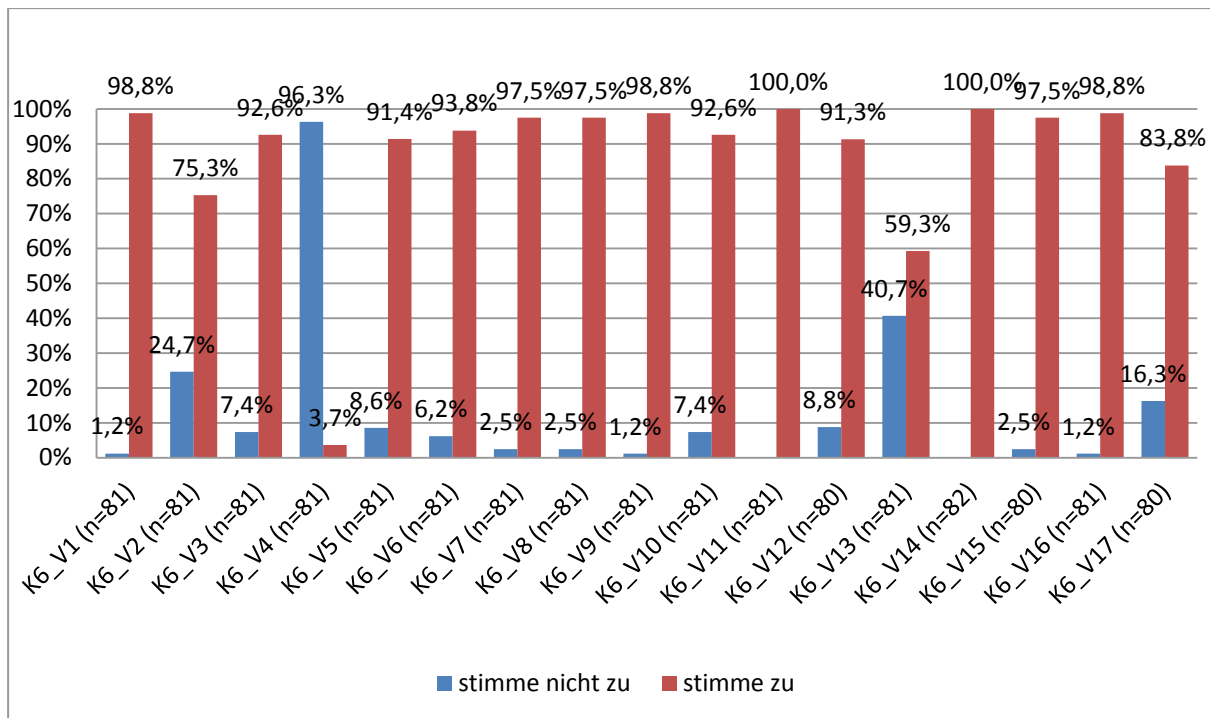


Abbildung 13: Wissen zu Pflegeinterventionen

5.2.7. „Angewandte Pflegeinterventionen“

Von den insgesamt 86 retournierten Fragebögen haben 41 Personen (47,7%) auf die Frage, welche Interventionen zur Förderung von Hoffnung sie im Zuge ihrer pflegerischen Tätigkeit anwenden, geantwortet (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9. Antwortverhalten Frage K7

Station	retourniert	nicht beantwortet		beantwortet	
		n	%	n	%
WPP	13	7	53,8%	6	46,2%
WP1	14	5	35,7%	9	64,3%
WP2	7	5	71,4%	2	28,6%
BILL	12	9	75,0%	3	25,0%
FELL1	16	8	50,0%	8	50,0%
FELL2	11	7	63,6%	4	36,4%
RP	9	3	33,3%	6	66,7%
ohne Kennz.	4	1	25,0%	3	75,0%
gesamt	86	45	52,3%	41	47,7%

Da diese Frage offen gestellt wurde, erforderte es die Darstellung der Ergebnisse, die angegebenen Antworten in Kategorien zusammenzufassen. Berücksichtigt wurden dabei nur jene Antworten, die von mehr als drei Personen angeführt wurden (siehe Abb. 14).

Mehr als die Hälfte der befragten Personen, nämlich 51,2%, gaben an, dass es zur Förderung von Hoffnung wichtig ist, sich Zeit für Gespräche mit den Patienten zu nehmen und zuzuhören. An zweiter Stelle liegt unter anderem die Intervention „Aufzeigen von Erfolgen/Entwicklungen“, die von 22% der Befragten genannt wurde. Weiters finden es 22% hoffnungsfördernd, den Patienten Informationen zu geben und Hilfe anzubieten - bezugnehmend vor allem auf Informationen vorliegender Erkrankungen und deren Therapiemöglichkeiten aber auch auf die Vermittlung professioneller Unterstützung. Ebenfalls 22% der Befragten gaben an, im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit hoffnungslosen Patienten durch das gemeinsame Festlegen von Zielen und positiven Zukunftsvisionen zu neuer Hoffnung zu verhelfen.

Für 17,1% der Pflegenden ist es wesentlich im Fall von Hoffnungslosigkeit, die Patienten zu ermutigen und zu motivieren. Wertschätzung gegenüber den Patienten zu zeigen wurde von 17,1% als Intervention gegen Hoffnungslosigkeit angeführt. Ebenso beziehen 17,1% der Pflegepersonen ihre Patienten zur Förderung von Hoffnung aktiv in die Pflege ein und versuchen, diese zur Mitarbeit anzuregen. Auch „Humor“ wird laut 17,1% der Befragten als hoffnungsfördernde Intervention gesehen. Weiters finden es 17,1% wichtig, dass hoffnungslose Menschen in ihrer Selbstständigkeit gefördert und angeregt werden, eigenständig Aktivitäten durchzuführen. Um die Hoffnungslosigkeit der Patienten zu reduzieren, versuchen 12,2% der Befragten, vorhandene Schmerzen zu lindern. Vier Pflegepersonen (9,8%) führten „Trost spenden“ als Pflegeintervention an.

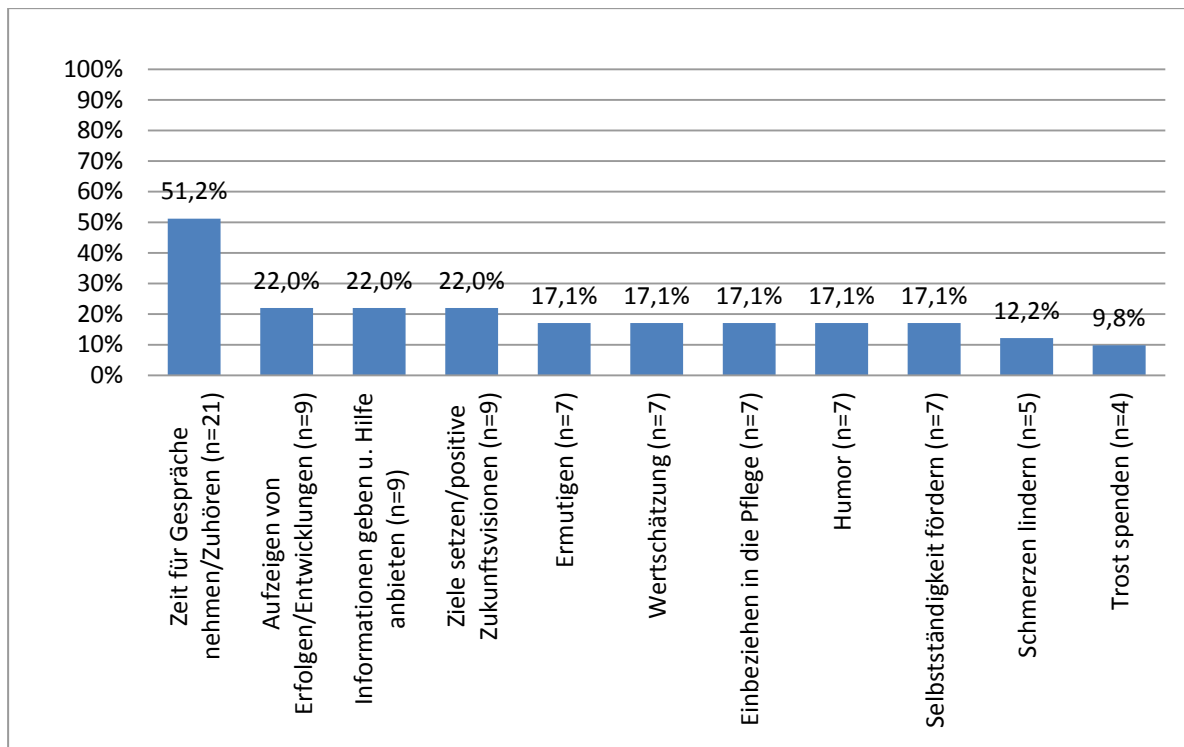


Abbildung 14: Pflegeinterventionen in der Praxis

5.2.8. Häufigkeit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ in der Praxis

Die Frage, wie oft die Untersuchungsteilnehmer in der Praxis mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit konfrontiert sind, wurde insgesamt von 78 Personen beantwortet. Die Häufigkeitsverteilung in Tabelle 10 lässt eine steigende Tendenz zur Antwortmöglichkeit „selten“ erkennen.

Tabelle 10. Frage K8

Wie häufig sind Sie im Zuge Ihrer Tätigkeit mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit konfrontiert?				
Häufigkeit n (%)				n
☐ oft	☐ häufig	☐ selten	☐ sehr selten	
11 (14,1%)	18 (23,16%)	22 (28,2%)	27 (34,6%)	78

Zur übersichtlicheren Darstellung wurden auch diese Antwortmöglichkeiten rekodiert und zusammengefasst:

Mehr als die Hälfte (62,8%) der befragten Pflegepersonen gaben an, im Zuge ihrer Tätigkeit (eher) selten mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit konfrontiert zu sein.

Die übrigen 37,2% haben den Angaben zufolge im Berufsalltag oft (beziehungsweise öfter) mit Patienten mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit zu tun (siehe Abb. 15).

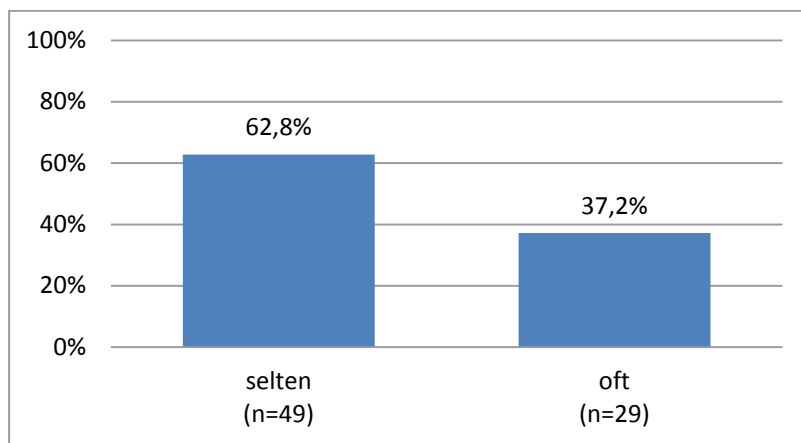


Abbildung 15: Häufigkeit der Pflegediagnose "Hoffnungslosigkeit" in der Praxis

5.2.9. Rolle der Pflegepersonen bei Hoffnungsförderung

Die Verteilung der Häufigkeiten (siehe Tabelle 11) lässt erkennen, dass keine Pflegeperson mit „stimme nicht zu“ geantwortet hat. Die Mehrheit der Befragten stimmte der Aussage, dass Pflegepersonen bei der Förderung von Hoffnung eine wichtige Rolle spielen, jedoch nur „eher“ zu.

Tabelle 11. Frage K9

Sind Sie der Meinung, dass Pflegepersonen bei der Förderung von Hoffnung eine wesentliche Rolle spielen?				
Häufigkeit n (%)				n
☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu	
	9 (11,4%)	51 (64,6%)	19 (24,1%)	79

Nach der Rekodierung der Antwortmöglichkeiten in zwei Kategorien ist eine sehr deutliche Zustimmung (88,6%) der Untersuchungsteilnehmer ersichtlich. Nur 11,4% der Befragten waren der Meinung, dass Pflegepersonen keinen Einfluss auf die Hoffnungssituation ihrer Patienten haben (siehe Abb. 16).

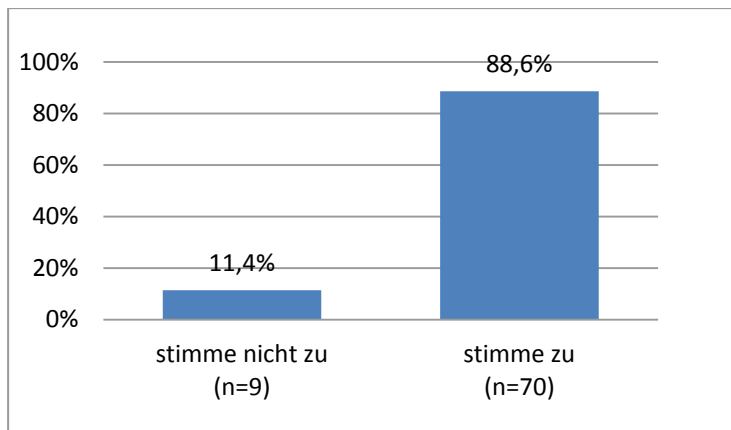


Abbildung 16: Rolle der Pflegepersonen bei Hoffnungsförderung

5.2.10. Nützlichkeit zusätzlicher Informationen

Die Frage, ob die Probanden zusätzliche Informationen zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ nützlich finden würden, wurde von 77,9% der Befragten mit „ja“ beantwortet. Die restlichen 22,1% sehen keinen Bedarf an weiteren Informationen zu diesen Pflegekonzepten (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12. Frage K10

Würden Sie zusätzliche Informationen (beispielsweise im Zuge einer Informationsveranstaltung) zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ nützlich finden?		
Häufigkeit n (%)		n
☐ ja	☐ nein	
60 (77,9%)	17 (22,1%)	77

5.3. Überprüfung der Ergebnisse mittels schließender Statistik

Die bereits ermittelten und in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Forschungsergebnisse wurden zur Überprüfung auf Allgemeingültigkeit mit unterschiedlichen Methoden der schließenden Statistik untersucht.

Zur Feststellung der Signifikanz der Ergebnisse konnten aufgrund des vorliegenden Datenniveaus nur parameterfreie Verfahren herangezogen werden. Die Wahl fiel somit auf den Chi-Quadrat Test, welcher „die Abweichung tatsächlicher und erwarteter Häufigkeiten“ (Mayer 2011, S. 250) misst.

Die Testung verschiedenster Variablen mittels des Chi-Quadrat Tests lieferte jedoch keine signifikanten Ergebnisse. Das bedeutet, dass keine Zusammenhänge zwischen den getesteten Variablen in der Grundgesamtheit bestehen. Möglicherweise ist dies auf eine zu kleine Stichprobengröße zurückzuführen. Auch der Kontingenzkoeffizient ließ in diesem Kontext nur schwache Zusammenhänge erkennen. So wurde unter anderem festgestellt, dass kein Zusammenhang zwischen dem Alter oder der Dauer der Berufstätigkeit der Pflegepersonen und ihrem Wissen über Hoffnung und Hoffnungslosigkeit als Pflegekonzept besteht.

Die Überprüfung von Merkmalszusammenhängen mittels der Spearman Rangkorrelation zeigte ebenfalls - mit allen getesteten Variablen - nur schwache Zusammenhänge auf.

6. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die bereits dargestellten Ergebnisse der empirischen Untersuchung sowie die im theoretischen Teil beschriebene Literatur diskutiert. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den beiden Forschungsfragen:

- Welches Wissen haben Pflegende zum Thema Hoffnung und Hoffnungslosigkeit im Akutspital?
- Welche hoffnungsfördernden Maßnahmen und Interventionen werden im Akutspital bei der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit angewendet?

Da im Zuge der Literaturrecherche keine vergleichbaren Studien gefunden wurden, welche der hier Vorliegenden ähnlich sind und sich auf das Wissen der Pflegepersonen über die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ beziehen, stützt sich die nachfolgende Diskussion hauptsächlich auf die theoretische Darstellung der Konzepte sowie auf Studien zu Pflegeinterventionen.

6.1. Wissen der Pflegenden zum Thema „Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass ein Großteil der befragten Pflegepersonen zwar einiges über die Begriffe „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ weiß, dies jedoch weder mit einer Pflegediagnose noch mit einem Pflegekonzept in Verbindung bringt. Es bestätigt sich somit die Aussage, dass die Bedeutung und Wichtigkeit der Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ im deutschsprachigen Raum noch nicht so bewusst sind (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 291). Möglicherweise liegt dies darin begründet, dass aufgrund der Organisation des Gesundheitssystems meist der Fokus auf dem Behandeln von Krankheiten liegt (vgl. Watson 1996, S. 45) und für Pflegediagnosen dieser Art zu wenig Zeit bleibt.

Merkmale von Hoffnung, wie beispielsweise die Items „Ausdruck des Lebenswillens“, „Kraftquelle“ und „Vertrauen in die Zukunft“, die den Begriff auch aus pflegewissenschaftlicher Sicht beschreiben, wurden von den Probanden sehr wohl

mit Hoffnung in Zusammenhang gebracht. Auch beim Begriff „Hoffnungslosigkeit“ wurde das wohl wichtigste Merkmal, nämlich dass Hoffnungslosigkeit als ein negatives Gefühl der betroffenen Person verstanden werden kann, von den meisten Befragten richtig erkannt.

Dass das derzeitige Wissen der Untersuchungsteilnehmer hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes nicht sehr fundiert ist, zeigte sich darin, dass die Begriffe „Wunschdenken“, „Optimismus“ und „Erwartung“, die dem Begriff „Hoffnung“ zwar ähnlich sind, sich jedoch im eigentlichen Sinn davon unterscheiden, von fast allen Probanden mit „Hoffnung“ in Verbindung gebracht wurden. Auf diese wesentliche, mehrfach in der Literatur beschriebene Differenzierung zum besseren Verständnis der unterschiedlichen Begriffe weisen unter anderem auch Farran et al. (vgl. 1999, S. 11) in ihrer Arbeit hin.

Schmerzen und die Persönlichkeit der Betroffenen zählen laut Meinung der Studienteilnehmer zufolge (98,8%) zu den Faktoren, die Einfluss auf das Erleben und die Bedeutung von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit (schwer) kranker Menschen haben. Entsprechend diesen Ergebnissen beschreibt auch die Pflegewissenschaftlerin Abt-Zegelin (2009), dass andauernde und starke Schmerzen Hoffnungslosigkeit begünstigen und Hoffnung erst dann entstehen kann, wenn diese Schmerzen unter Kontrolle sind (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 290).

Den Einfluss der Persönlichkeit der Betroffenen auf die Hoffnungssituation sehen die Untersuchungsteilnehmer vielleicht dadurch begründet, dass es entscheidend ist, wie eine Person mit ihrer Erkrankung umgeht, beziehungsweise ob diese akzeptiert wird (vgl. Benzein et al. 2001, S. 122).

Den Studienergebnissen zufolge beeinflusst eine Erkrankung beziehungsweise die Art einer Erkrankung (95,1%) ebenfalls stark das Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit. Es ist anzunehmen, dass es - in Bezug auf die Hoffnungssituation einer erkrankten Person - sehr wohl einen Unterschied macht, ob diese Person unheilbar krank ist und weiß, dass sie sterben muss, oder ob die Möglichkeit einer Heilung besteht (vgl. Benzein et al. 2001, S. 120).

Ein Großteil (>90%) der befragten Pflegepersonen sieht das soziale Umfeld als wichtigen Einflussfaktor auf die Hoffnungssituation der Patienten. Entsprechend diesem Ergebnis kamen unter anderem auch Gil und Gilbar (2001) im Zuge ihrer

Studie zu der Schlussfolgerung, dass Patienten mit wenig sozialer Unterstützung mehr Symptome von Hoffnungslosigkeit aufweisen (vgl. Gil/Gilbar 2001, S. 28).

Der Einfluss des Alters auf das Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit kranker Menschen, wie auch mehrfach in der Literatur beschrieben (vgl. Ersek/Cotter 2010, S. 581; Gil/Gilbar 2001, S. 29), konnte durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt werden. Obwohl sich die Verteilung der Häufigkeiten beim Faktor „Alter“ nicht mehr ganz so eindeutig verhielt wie bei anderen bereits genannten Faktoren, stimmten doch mehr als die Hälfte (65,4%) der Befragten zu.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Ursachen von Hoffnungslosigkeit zeigen generell eine starke Zustimmung der Probanden. Dies lässt vermuten, dass die Untersuchungsteilnehmer wissen, was Hoffnungslosigkeit hervorrufen kann. Auch die bewusst eingebaute falsche Testvariable wurde von etwa der Hälfte (52,4%) der befragten Pflegepersonen richtig erkannt.

So waren sich fast alle (96,3%) Untersuchungsteilnehmer einig, dass Schmerzen und Einsamkeit zu Hoffnungslosigkeit führen können. Auch in der Klassifikation POP von Stefan et al. (2009) werden diese beiden Begriffe als Ursachen der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ angeführt (vgl. Stefan et al. 2009, S. 638f). Es ist anzunehmen, dass die Befragten einen Zusammenhang zwischen den Ursachen und dem Erleben von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit sahen, da sowohl Schmerzen als auch das soziale Umfeld als Einflussfaktoren auf die Hoffnungssituation bewertet wurden. Daher erscheint es nachvollziehbar, dass bei Abwesenheit eines sozialen Umfeldes, also bei Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit auftritt. Weiters erlauben die Ergebnisse die Interpretation, dass Schmerzen, sowohl physischer als auch psychischer Natur, dann zu Hoffnungslosigkeit führen, wenn diese nicht gelindert werden können beziehungsweise keine Möglichkeit der Heilung besteht.

Ebenfalls mehr als 90% der Befragten sind der Meinung, dass der Verlust einer nahestehenden Person Hoffnungslosigkeit hervorrufen kann (vgl. Eberl 2006, S. 330). Möglicherweise assoziierten die Untersuchungsteilnehmer damit wieder den Einfluss des sozialen Umfelds auf das Erleben und die Bedeutung von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit.

Nicht ganz zwei Drittel der befragten Pflegepersonen sind der Meinung, dass auch der Verlust des Glaubens an eine spirituelle Kraft zu Hoffnungslosigkeit führen kann und stimmten somit der von der Pflegeklassifikation NANDA definierten Ursache von

Hoffnungslosigkeit zu (vgl. Berger et al 2008, S. 116). Die doch etwas geringe Zustimmung liegt womöglich darin begründet, dass die Untersuchungsteilnehmer nicht unbedingt einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Glauben und den Begriffen „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ sehen.

Bei der Frage nach den Symptomen von Hoffnungslosigkeit ist ein eher unregelmäßiges Antwortverhalten der Probanden erkennbar. Demnach könnte es in der Praxis der Fall sein, dass die befragten Pflegepersonen Hoffnungslosigkeit an ihren Patienten nicht immer erkennen, weil sie die Symptome der Pflegediagnose womöglich nicht richtig zuordnen können.

Der Rückzug eines Patienten aus seinem sozialen Umfeld würde die meisten (96,3%) Untersuchungsteilnehmer auf Hoffnungslosigkeit schließen lassen. Dieses Verhalten nennen auch Stefan et al. (2009) in ihrer Klassifikation POP als Symptom von Hoffnungslosigkeit (vgl. Stefan et al. 2009, S. 639).

An der Teilnahmslosigkeit der Patienten – vermutlich in Bezug auf eine fehlende Beteiligung an der pflegerischen Versorgung, aber auch durch fehlendes Interesse Mitmenschen gegenüber – würden die Pflegenden ebenfalls Hoffnungslosigkeit feststellen können (vgl. Berger et al. 2008, S. 116; Stefan et al. 2009, S. 639). Auch sehen mehr als 80% der Befragten „Passivität“ als ein darauf hinweisendes Merkmal (vgl. Berger et al. 2008, S. 116). Entsprechend den Untersuchungsergebnissen beschreibt unter anderem auch Eberl (2006), dass hoffnungslose Menschen soziale und familiäre Kontakte meiden und sich zurückziehen sowie jegliche körperlichen Aktivitäten reduzieren (vgl. Eberl 2006, S. 330).

Die vielfach in der Literatur beschriebenen sprachlichen Hinweise, hoffnungslos zu sein oder Aussagen, die auf negative oder fehlende Zukunftsperspektiven schließen lassen, ebenso das Äußern von Suizidgedanken (vgl. Berger et al. 2008, S. 116; Stefan et al. 2009, S. 639; Carpenito-Moyet 2008, S. 321) wurden von sehr vielen (> 90%) Untersuchungsteilnehmern als Symptome für Hoffnungslosigkeit bestätigt.

Auffällig ist, dass Symptome der NANDA Pflegeklassifikation, wie Achselzucken als Antwort auf den Sprecher, geschlossene Augen, reduzierter Appetit, ablehnender Gesichtsausdruck und ein gestörtes Schlafmuster (vgl. Berger et al. 2008, S. 116) zwar von mehr als der Hälfte der Befragten Zustimmung erhielten, was aber im Vergleich zu anderen im Fragenkomplex angeführten Anzeichen jedoch deutlich weniger ist. Es erscheint durchaus möglich, dass nicht alle befragten Pflegepersonen

diese Symptome mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ in Verbindung gebracht haben, da es sicherlich auch andere Gründe geben wird, warum ein Patient die genannten Verhaltensweisen aufweist.

In Bezug auf das Wissen der Studienteilnehmer über Pflegeinterventionen und Verhaltensweisen von Pflegepersonen, die zur Förderung von Hoffnung beitragen, zeigen die Ergebnisse der empirischen Untersuchung, dass alle angeführten Interventionen von den Befragten befürwortet wurden.

Besonders wichtig, um Hoffnung zu fördern, sehen alle befragten Pflegepersonen (100%) das Lindern von Schmerzen an. Dies erscheint insofern nicht sehr unerwartet, als auch bei der Frage nach den Einflussfaktoren auf das Erleben von Hoffnung oder Hoffnungslosigkeit die Variable „Schmerzen“ am meisten Zustimmung erhielt. Auch Herth (1995) kam im Zuge ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Pflegepersonen das Lindern von Schmerzen als effektivste Intervention zur Förderung von Hoffnung sehen (vgl. Herth 1995, S. 34).

Ebenfalls ist es der Meinung aller Untersuchungsteilnehmer (100%) nach wichtig, hoffnungslosen Menschen Sicherheit zu vermitteln. Obwohl in der Literatur zwar beschrieben wird, dass Pflegende den Patienten durch ihr Verhalten Sicherheit vermitteln und diesen dadurch zu neuer Hoffnung verhelfen können (vgl. Klotz 2010, S. 350) ist es doch überraschend, dass die Befragten gerade dieser Intervention so viel Bedeutung beimessen.

Eine am häufigsten in der Forschungsliteratur beschriebene Pflegeintervention bei Hoffnungslosigkeit ist die Interaktion mit anderen Menschen (vgl. Herth 1990, S. 1254; Ersek/Cotter 2010, S. 590), weshalb angenommen werden kann, dass der Kommunikation in diesem Fall eine herausragende Bedeutung zukommt. Im Rahmen dieser Studie erhielt die Förderung der Interaktion mit anderen Menschen jedoch etwas weniger Zustimmung (91,3%) als andere im Fragenkomplex angeführte Interventionen zur Hoffnungsförderung. Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass es Pflegepersonen wahrscheinlich oft an Zeit mangelt, um intensivere Gespräche mit ihren Patienten führen zu können.

Die Unterstützung religiöser Bedürfnisse als Maßnahme zur Förderung von Hoffnung, die mehrfach in der Literatur erwähnt wird (vgl. McCloskey-Dochterman/Bulechek 2004, S. 420; Ersek/Cotter 2010, S. 590), stellte sich für die befragten Pflegepersonen als eher weniger wichtige Pflegeintervention (75,3%) dar.

Vermutlich waren die Studienteilnehmer unsicher, inwiefern sie ihre Patienten dabei unterstützen könnten, religiöse Bedürfnisse zu fördern.

Auffällig ist allerdings, dass recht viele Pflegepersonen (>50%), die in den Fragenkomplex eingefügte Kontrollvariable nicht als solche erkannten und als Maßnahme gegen Hoffnungslosigkeit den Patienten vielversprechende Zukunftsperspektiven geben würden. Unbestritten ist es hoffnungsfördernd, die Gedanken der betroffenen Personen in eine positive Richtung zu lenken (vgl. Herth 1993, S. 149), jedoch nur insofern als dies nicht bestehende Wahrheiten verschleiert (vgl. McCloskey-Dochterman/Bulechek 2004, S. 420) und den Patienten falsche beziehungsweise unbegründeter Weise vielversprechende Hoffnungen macht.

6.2. Förderung von Hoffnung in der Praxis

Bei der Betrachtung der Häufigkeiten der Frage, wie oft die Pflegenden im Zuge ihrer Tätigkeit mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ konfrontiert sind, ist - wie vermutet - ein deutlicher Unterschied ersichtlich. 49 Personen haben demnach im Pflegealltag selten mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ zu tun, 29 Personen, ihren Angaben zufolge, jedoch oft beziehungsweise öfter. Dieses Ergebnis erscheint aber fragwürdig insofern man bedenken muss, dass eigentlich nur 19 Personen „Hoffnungslosigkeit“ überhaupt als Pflegediagnose beziehungsweise Pflegekonzept identifiziert haben.

Da die Frage nach den angewandten Pflegeinterventionen von insgesamt weniger als der Hälfte der Personen (n=41), die ihren Fragebogen retourniert hatten, beantwortet wurde, ist die Behauptung zulässig, dass die befragten Pflegenden entweder nicht antworteten, weil sie mit diesem Pflegekonzept in der Praxis nicht konfrontiert sind oder aber die offene Fragestellung nicht akzeptiert haben.

Eindeutig am häufigsten antworteten die Pflegepersonen (51,2%), dass sie sich im Berufsalltag, im Fall von Hoffnungslosigkeit, Zeit für Gespräche mit den betroffenen Patienten nehmen und diesen zuhören. Auch Wake und Miller (1992) kamen in ihrer Studie zu einem nahezu identen Ergebnis. Sie stellten im Vergleich der in der Praxis angewandten Pflegeinterventionen in verschiedenen Ländern fest, dass Kommunikation die am häufigsten genannte Intervention ist (vgl. Wake/Miller 1992,

S. 360). Dementsprechend kann, aus der Sicht der Studienteilnehmer, von einer Notwendigkeit der Kommunikation und Wichtigkeit der sozialen Interaktion im Allgemeinen als Intervention zur Förderung sowie zur Erhaltung von Hoffnung ausgegangen werden.

Die Intervention „Schmerzen lindern“, die bei der Frage nach dem Wissen über Pflegeinterventionen die meiste Zustimmung erhielt, wurde von den befragten Pflegepersonen kaum genannt und findet demzufolge in der Praxis als explizite Maßnahme gegen Hoffnungslosigkeit kaum Anwendung. Dieses Ergebnis ist einerseits auffällig, da die Untersuchungsteilnehmer Schmerzen sehr wohl zu den Ursachen von Hoffnungslosigkeit zählten sowie als Einflussfaktor auf das Erleben von Hoffnungslosigkeit identifizierten. Andererseits lässt es aber auch die Interpretation zu, dass womöglich viele Patienten der befragten Pflegepersonen nicht unbedingt aufgrund ihrer Erkrankung oder den in deren Folge auftretenden Schmerzen hoffnungslos sind und deswegen andere Pflegeinterventionen angewandt werden. Herth (1995) kam in ihrer Studie zu einem gegenteiligen Ergebnis. Die von ihr befragten Pflegepersonen identifizierten Schmerzlinderung sowohl als die effektivste als auch die am häufigsten angewandte Pflegeintervention – dies allerdings im Fall von chronisch beziehungsweise unheilbar kranken Menschen (vgl. Herth 1995, S. 35).

Ein weiterer Vergleich mit den von den Pflegepersonen in der Praxis angewandten Pflegeinterventionen und jenen, die sie als wichtig erachteten, um Hoffnung zu fördern, lässt einige Abweichungen erkennen.

So finden beispielsweise Interventionen wie die Vermittlung von Sicherheit oder die Integration persönlicher Bedürfnisse in der Pflege, welche die Befragten in der vorliegenden Studie zwar als wichtig erachteten, jedoch in der alltäglichen Berufspraxis der Untersuchungsteilnehmer keine Anwendung. Daher ist die Interpretation zulässig, dass die befragten Pflegepersonen möglicherweise nicht wissen, wie sie ihren hoffnungslosen Patienten gezielt Sicherheit vermitteln können. Zur Integration persönlicher Bedürfnisse in der Pflege mangelt es in der Praxis wahrscheinlich an der dafür benötigten Zeit. Auch die Unterstützung religiöser Bedürfnisse der Patienten wird von den Probanden in der Praxis nicht als Maßnahme bei Hoffnungslosigkeit angewendet.

In der Literatur wird mehrfach beschrieben, dass Pflegepersonen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit Patienten positiv beeinflussen und als Quelle der Hoffnung gesehen werden (vgl. Farran et al 1999, S. 103; Abt-Zegelin 2009, S. 292). Auch die vorliegende Studie bestätigt, dass Pflegepersonen ihrer Meinung nach eine wesentliche Rolle bei der Förderung von Hoffnung spielen.

Generell erlauben die vorliegenden Ergebnisse die Behauptung, dass sich die Anwendung expliziter pflegerischer Maßnahmen und Interventionen zur Förderung von Hoffnung im Berufsalltag der Untersuchungsteilnehmer grundsätzlich eher gering hält. Grund dafür könnte unzureichendes konkretes Wissen diesbezüglich, aber auch über die beiden Pflegekonzepte im Allgemeinen sein. In gewisser Weise bestätigt sich diese Behauptung auch dadurch, dass mehr als zwei Drittel (~80%) der Probanden zusätzliche Informationen zu diesen Pflegekonzepten nützlich finden würden.

7. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung lassen ein bestimmtes Wissen der befragten Pflegepersonen über die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ erkennen. Allerdings erweist sich dieses als teilweise nicht ausreichend, da vor allem Unsicherheit sowie Unkenntnis erkennbar sind, sobald zur Beantwortung der Fragen mehr als ein gewisses Basiswissen über die besagten Pflegekonzepte erforderlich war. Auch die Tatsache, dass nur sehr wenige Pflegepersonen sowohl mit Hoffnung als auch mit Hoffnungslosigkeit eine Pflegediagnose beziehungsweise ein Pflegekonzept in Verbindung brachten, weist darauf hin.

Weiters lassen die Ergebnisse der Studie in Bezug auf die Praxis der beiden Konzepte eine deutliche Zurückhaltung der Untersuchungsteilnehmer erkennen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Probanden – ihren eigenen Angaben zufolge – im Zuge der beruflichen Tätigkeit nur selten mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ zu tun haben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen somit die Aussagen von Hammelstein und Roth (2002) sowie der Pflegewissenschaftlerin Abt-Zegelin (2009), dass Pflegekonzepte wie „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ im deutschsprachigen Raum größtenteils noch nicht so verbreitet sind (vgl. Hammelstein/Roth 2002, S. 192) und erst nach und nach an Bedeutung für die Pflegewissenschaft gewinnen (vgl. Abt-Zegelin 2009, S. 291).

In Anlehnung an die Untersuchungsergebnisse wäre es daher empfehlenswert, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen intensiver auf die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ aufmerksam zu machen, da diese Thematik im Zuge der Ermöglichung einer ressourcenorientierten Pflege (vgl. Stefan et al. 2009, S. 15) immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Bereits die Pflegetheoretikerin Travelbee hielt fest, dass „[d]ie professionelle Pflege von heute (...) über einen breiten Wissensfundus und Umsetzungsfähigkeiten verfügen [muss]“ (Travelbee 2008, S. 115). Vor allem im Akutspital obliegt es den Pflegepersonen, den Patienten „eine qualitativ gute Pflege zu gewährleisten“ (Eisold

et al. 2009, S. 14), weshalb auch ein Wissen über genannte Pflegekonzepte sowie über Möglichkeiten, Hoffnung zu fördern, wichtig ist.

Es müssten daher einerseits schon im Rahmen der Ausbildung oder in Fortbildungsseminaren und andererseits ebenso in Informationsveranstaltungen den Pflegepersonen die Konzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ näher gebracht werden, um sie vermehrt in dieser Richtung zu sensibilisieren. Speziell für die Pflegewissenschaft wäre es von Nöten, bereits vorhandene Forschungsergebnisse zu Hoffnung und Hoffnungslosigkeit in deutscher Sprache zu veröffentlichen, um so den Pflegenden einen leichteren Zugang zu den derzeit hauptsächlich in englischer Sprache verfassten Studien zu ermöglichen.

Da Pflegepersonen eine wesentliche Rolle bei der Förderung von Hoffnung spielen, sollte die Forschung besonders in Bezug auf Pflegeinterventionen, deren Effektivität und die Bedeutung für verschiedene Patientengruppen vorangetrieben werden. Erforderlich wäre es auch, ein in deutscher Sprache verfasstes standardisiertes Assessmentinstrument zum Diagnostizieren beziehungsweise Messen von Hoffnungslosigkeit zu entwickeln.

8. Limitationen der Studie

Limitationen der Studie bezüglich der methodischen Vorgehensweise ergeben sich dadurch, dass sich die Ergebnisse ausschließlich auf eine bestimmte Gruppe von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beziehen, da die Daten in nur einem Akutspital (Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus) erhoben wurden. Die Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Studienpopulation – es wurden nur 86 Fragebögen beantwortet – nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation. Obwohl durch die Datenauswertung erste Vermutungen bestätigt wurden, können keine Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Österreich gemacht werden.

Einschränkungen zeigen sich auch im eigens für die Untersuchung entwickelten Fragebogen. Das aufgrund der Art der Frageformulierung sowie der Antwortvorgaben resultierende Datenniveau ermöglichte nur sehr beschränkt die Anwendung statistischer Testverfahren zur Auswertung der Daten.

Im Zuge dieser Auswertung stellte sich heraus, dass die offene Frage zu den bereits in der Praxis angewendeten Pflegeinterventionen etwas präziser hätte gestellt werden müssen, um auch konkrete Handlungen oder Beispiele in Erfahrung bringen zu können.

Da das vorliegende Forschungsinstrument nur hinsichtlich der Augenscheinvalidität überprüft wurde, wäre es zu empfehlen, den Fragebogen auch hinsichtlich der Inhaltsvalidität sowie seiner Reliabilität zu testen und dementsprechend für die weitere Forschung zu optimieren. Außerdem wäre es interessant, die Stichprobe auszuweiten und die Untersuchung in weiteren österreichischen Krankenanstalten durchzuführen, was nicht nur eine höhere Repräsentativität der Ergebnisse für die Gesamtpopulation mit sich bringen würde, sondern ein noch deutlicheres Bild der aktuellen Wissenslage Pflegender über die besagten Pflegekonzepte im deutschsprachigen Raum erkennen ließe.

9. Literaturverzeichnis

ABT-ZEGELIN, A. (2009): Hoffnung – Energiequelle in schwierigen Zeiten. In: Die Schwester – Der Pfleger 48(3), S. 290-294

AYLOTT, S. (1998): When hope becomes hopelessness. In: European Journal of Oncology Nursing 2(4), S. 231-234

BARTHOLOMEYCZIK, S. (2007): Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. In: Pflege 20(4), S. 211-217

BARTHOLOMEYCZIK, S. (2009): Standardisierte Assessmentinstrumente: Verwendungsmöglichkeiten und Grenzen. In: BARTHOLOMEYCZIK, S.; HALEK, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 13-26

BECK, A.; WEISSMAN, A. (1974): The measurement of pessimism: the hopelessness scale. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 42(6), S. 861-865

BENZEIN, E.; NORBERG, A.; SAVEMAN, B.-I. (2001): The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. In: Palliative Medicine 15(2), S. 117-126

BERGER, S.; MOSEBACH, H.; WIETECK, P. (2008): NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikationen 2007-2008. Bad Emstal: Recom

BRANDENBURG, H. (2011): Gerontologische Pflege [WWW], <http://www.pthv.de/pflegewissenschaft-dozenten/prof-brandenburg/gerontologische-pflege/> [Stand: 24.08.2011]

BROCKHAUS (2006): Enzyklopädie in 30 Bänden. Band 12 (HANF-HURR). 21. Auflage. Mannheim: F.A. Brockhaus

BRUSS, C. (1988): Nursing diagnosis of hopelessness. In: Journal of Psychosocial Nursing 26(3), S. 28-31

BÜHLMANN, J. (1998): Hoffnung / Hoffnungslosigkeit. In: KÄPPELI, S. (Hrsg.): Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 1. Bern: Hans Huber, S. 103-118

CARPENITO-MOYET, L. (2008): Nursing diagnosis: Application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

CUTCLIFFE, J. (1995): How do nurses inspire and instill hope in terminally ill HIV patients? In: Journal of Advanced Nursing 22(5), S. 888-895

CUTCLIFFE, J.; GRANT, G. (2001): What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment? In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8(5), S. 427-436

CUTCLIFFE, J.; HERTH, K. (2002): The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. In: British Journal Of Nursing 11(13), S. 885-893

CUTCLIFFE, J.; KOEHN, C. (2007): Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part two. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14(2), S. 141-147

DeMERS, S.; TURNER, S.; ANDBERG, M.; FOOTE, W.; HOUGH, L.; IVNIK, R.; MEIER, S.; MORELAND, K.; REY-CASSERLY, C. (2000): Report of the Task Force on test user qualifications [WWW], www.apa.org/science/tuq.pdf [Stand: 13.09.2011]

DUDEN (1996): Rechtschreibung der deutschen Sprache. Band 1. 21. Auflage. Mannheim: Dudenverlag

DUDEN (2011): Wunschdenken [WWW], <http://www.duden.de/rechtschreibung/Wunschdenken>, [Stand: 6.7.2011]

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B. (1985): Hope: Its spheres and dimensions. In: Nursing Clinics of North America 20(2), S. 379-391

EBERL, J. (2006): Hoffnungslosigkeit. In: HEUWINKEL-OTTER, A.; NÜMANN-DULKE, A.; MATSCHEKO, N. (Hrsg.): Menschen pflegen: Band 2 Pflegediagnosen, Beobachtungstechniken, Pflegemaßnahmen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 329-334

EISOLD, A.; SCHULZ, M.; BREDTHAUER, D. (2009): Hoffnung als Pflegephänomen im Rahmen psychiatrischer Pflege. Ein systematischer Literaturüberblick. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit 3, S. 12-28

EISOLD, A.; SCHULZ, M.; BREDTHAUER, D. (2010): Hoffnung aus der Sicht Psychiatrieerfahrener. In: Psychiatrische Pflege heute 16(1), S. 10-16

ERSEK, M.; COTTER, V. (2010): The meaning of hope in the dying. In: FERREL, B.; COYLE, N. (Hrsg.): Oxford Textbook of Palliative Nursing. New York: Oxford University Press, S. 579-595

FARRAN, C.; HERTH, K.; POPOVICH, J. (1999): Hoffnung und Hoffnungslosigkeit: Konzepte für Pflegeforschung und –praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical

FARRAN, C.; SALLOWAY, J.; CLARK, D. (1990): Measurement of hope in a community-based older population. In: Western Journal of Nursing Research 12(1), S. 42-59

FARRAN, C.; WILKEN, C.; POPOVICH, J. (1992): Clinical assessment of hope. In: Issues in Mental Health Nursing 13, S. 129-138

FELDER, B. (2004): Hope and coping in patients with cancer diagnoses. In: Cancer Nursing 27(4), S. 320-324

FORBES, S. (1994): Hope: An essential human need in the elderly. In: Journal of Gerontological Nursing 20(6), S. 5-10

GASKINS, S.; FORTÉ, L. (1995): The meaning of hope: Implications for nursing practice and research. In: Journal of Gerontological Nursing 21(3), S. 17-24

GIL, S.; GILBAR, O. (2001): Hopelessness among cancer patients. In: Journal of Psychosocial Oncology 19(1), S. 21-33

HAMMELSTEIN, P.; ROTH, M. (2002): Hoffnung – Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzeptes. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 23(2), S. 191-203

HAMMER, K.; MOGENSEN, O.; HALL, E. (2009a): The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 23(3), S. 549-557

HAMMER, K.; MOGENSEN, O.; HALL, E. (2009b): Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. In: European Journal of Oncology Nursing 13(4), S. 274-279

HERTH, K. (1990): Fostering hope in terminally-ill people. In: Journal of Advanced Nursing 15(11), S. 1250-1259

HERTH, K. (1991): Development and refinement of an Instrument to measure hope. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal 5(1), S. 39-51

HERTH, K. (1993): Hope in older adults in community and institutional settings. In: Issues in Mental Health Nursing 14(2), S. 139-156

HERTH, K. (1995): Engendering hope in the chronically and terminally ill: Nursing interventions. In: The American Journal of Hospice & Palliative Care 12(5), S. 31-39

HERTH, K. (2001): Development and implementation of a hope intervention program. In: Oncology Nursing Forum 28(6), S. 1009-1017

HERTH, K. (2005): State of the science of hope in nursing practice: Hope, the nurse, and the patient. In: ELIOTT, J. (Hrsg.): Interdisciplinary Perspectives on Hope. New York: Nova Science Publishers, S. 169-211

HERTH, K.; CUTCLIFFE, J. (2002): The concept of hope in nursing 4: hope and gerontological nursing. In: British Journal Of Nursing 11(17), S. 1148-1156

HICKEY, S. (1986): Enabling hope. In: Cancer Nursing 9(3), S. 133-137

HINZ, M. (Hrsg.). (2003): ICNP: Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber

HOULDIN, A. (2000): Hoffnung. In: HOULDIN, A. (Hrsg.): Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege. Bern: Hans Huber, S. 39-54

JUVAKKA, T.; KYLMÄ, J. (2009): Hope in adolescents with cancer. In: European Journal of Oncology Nursing 13(3), S. 193-199

KAST, V. (1997): Freude, Inspiration, Hoffnung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

KLOTZ, L. (2010): Hope in relation to nursing interventions for HIV-infected patients and their significant others. In: Journal Of The Association Of Nurses In Aids Care 21(4), S. 345-355

KYLMÄ, J.; TURUNEN, H.; PERÄLÄ, M.-L. (1996): Hope and chronic illness: The meaning of hope and the ways of fostering hope experienced by chronically ill Finnish people. In: International Journal of Nursing Practice 2(4), S. 209-214

KYLMÄ, J.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. (1997): Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope. In: Journal of Advanced Nursing 25(2), S. 364-371

LIPPS, B.; HUPPMANN, G. (2006): Instrumente zur Messung von Hoffnung – eine kritische Synopsis. In: HUPPMANN, G.; LIPPS, B. (Hrsg.): Prolegomena einer Medizinischen Psychologie der Hoffnung. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 201-214

MAYER, H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas

MAYER, H. (2011): Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas

McCLOSKEY-DOCHTERMAN, J.; BULECHEK G. (2004): Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Mosby

MEYER, M. (2006): Die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie. In: GASSMANN, M.; MARSCHALL, W.; UTSCHAKOWSKI, J. (Hrsg.): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege: Mental Health Care. Heidelberg: Springer, S. 65-84

MILLER, J. (2007): Hope: A construct central to nursing. In: Nursing Forum 42(1), S. 12-19

NAGELE, S.; FEICHTNER, A. (2009): Lehrbuch der Palliativpflege. Wien: Facultas

OBAYUWANA, A.; COLLINS, J.; CARTER, A.; RAO, M.; MATHURA, C.; WILSON, S. (1982): Hope Index Scale: An instrument for the objective assessment of hope. In: Journal of the National Medical Association 74(8), S. 761-765

PONS (2002): Wörterbuch für Schule und Studium Englisch-Deutsch. 1. Auflage. Wien: Öbv&Hpt

RAAB-STEINER, E.; BENESCH, M. (2010): Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. Wien: Facultas

RALEIGH, E. (1992): Sources of hope in chronic illness. In: Oncology Nursing Forum 19(3), S. 443-448

RUDOLFINERHAUS (2009): [WWW], <http://www.rudolfinerhaus.at/de/das-rudolfinerhaus/privatklinik-mit-erstklassiger-pflege.html> [Stand: 1.3.2012]

SCHNELL, R.; HILL, P.; ESSER, E. (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. München: Oldenbourg Verlag

SIEGEL, S. (2005): Darf Pflege(n) Spaß machen? Humor im Pflege- und Gesundheitswesen: Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen eines außergewöhnlichen Phänomens. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

STEFAN, H.; ALLMER, F.; EBERL, J.; HANSMANN, R.; JEDELSKY, E.; SCHALEK, K.; MICHALEK, A.; PANDZIC, R.; TOMACEK, D. (2009): POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik: Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Wien: Springer Verlag

STONER, M. (2004): Measuring hope. In: FRANK-STROMBORG, M.; OLSEN, S. (Hrsg.): Instruments for clinical health-care research. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers, S. 215-228

STOTLAND, E. (1969): The psychology of hope. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

THIEL, V. (2002): Pflege-theorien: Theorien und Modelle der Pflege [WWW], http://www.volkerthiel.de/pfltheorien/Pflege-theorien_07.pdf [Stand: 15.3.2011]

TRAVELBEE, J. (2008): Interpersonale Aspekte der Pflege. In: SCHAEFFER, D.; MOERS, M.; STEPPE, H.; MELEIS, A. (Hrsg.): Pflege-theorien: Beispiele aus den USA. Bern: Hans Huber, S. 99-122

TURNER, d. S.; STOKES, L. (2006): Hope promoting strategies of registered nurses. In: Journal of Advanced Nursing 56(4), S. 363-372

VAN der BRUGGEN, H. (2000): Pflegeklassifikationen. Bern: Hans Huber

WAKE, M.; MILLER, J. (1992): Treating hopelessness: Nursing strategies from six countries. In: Clinical Nursing Research 1(4), S. 347-365

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

WIED, S.; WARMBRUNN, A. (2007): Pschyrembel Pflege. Berlin: Walter de Gruyter

10. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1. Fragenkatalog zur Hoffnungseinschätzung.....	48
Tabelle 2. Fragebogenverteilung und Rücklauf	66
Tabelle 3. Frage K1	73
Tabelle 4. Frage K2	74
Tabelle 5. Frage K3	76
Tabelle 6. Frage K4	77
Tabelle 7. Frage K5	79
Tabelle 8. Frage K6	81
Tabelle 9. Antwortverhalten Frage K7	83
Tabelle 10. Frage K8	85
Tabelle 11. Frage K9	86
Tabelle 12. Frage K10	87
Abbildung 1: Altersverteilung der Probanden	68
Abbildung 2: Verteilung des Geschlechts	69
Abbildung 3: höchster Schulabschluss	69
Abbildung 4: Diplom Gesundheits- u. Krankenpflege nach Jahren.....	70
Abbildung 5: Ausbildungsort	71
Abbildung 6: Berufstätigkeit in Jahren	71
Abbildung 7: Arbeitssituation	72
Abbildung 8: Wissen zum Begriff "Hoffnung"	74
Abbildung 9: Wissen zum Begriff "Hoffnungslosigkeit"	75
Abbildung 10: Wissen zu Erleben und Bedeutung von Hoffnung/Hoffnungslosigkeit	77
Abbildung 11: Wissen zu Ursachen von Hoffnungslosigkeit	78
Abbildung 12: Wissen zu Symptome von Hoffnungslosigkeit	80
Abbildung 13: Wissen zu Pflegeinterventionen.....	83
Abbildung 14: Pflegeinterventionen in der Praxis	85
Abbildung 15: Häufigkeit der Pflegediagnose "Hoffnungslosigkeit" in der Praxis	86
Abbildung 16: Rolle der Pflegepersonen bei Hoffnungsförderung	87

11. Anhang

11.1. Genehmigung zur Durchführung der Studie

Irene Piller
Guglgasse 14/308
1110 Wien
Tel.Nr.: 0699/10241588
E-Mail: irene.piller@gmail.com

Wien, 6. Februar 2012

Ansuchen zur Genehmigung einer schriftlichen Befragung

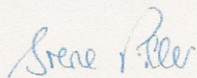
Sehr geehrte Frau Deutsch-Hohberg,

ich studiere an der Universität Wien Pflegewissenschaft und schreibe derzeit unter der Betreuung von Frau Dr. Smoliner meine Diplomarbeit. Thema meiner Arbeit sind die Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ im Akutspital. Um den aktuellen Wissensstand von Pflegepersonen in Bezug auf diese Konzepte zu erforschen, würde ich gerne in Ihrer Privatkrankenanstalt eine schriftliche Befragung durchführen. Es würde sich dabei um eine Vollerhebung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen handeln.

Mit den Ergebnissen meiner Forschungsarbeit erhoffe ich mir einen weiteren Beitrag zum Verständnis der im deutschsprachigen Raum noch relativ unerforschten Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ zu leisten. Ziel dieser Studie ist es den Pflegepersonen diese Thematik näher zu bringen, damit ein Beitrag zu einer Weiterentwicklung und Optimierung der Pflegequalität geleistet werden kann.

Aus diesem Grund ersuche ich Sie höflich um die Genehmigung zur Durchführung dieser Befragung!

Mit freundlichen Grüßen



Irene Piller

13.2.2012
gesehen
D. Deutsch-Hohberg

Anhang: Fragebogen und Begleitbrief

11.2. Begleitbrief



universität
wien

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mein Name ist Irene Piller und ich studiere an der Universität Wien Pflegewissenschaft. Im Zuge meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit den Pflegekonzepten Hoffnung und Hoffnungslosigkeit sowie deren Bedeutung in der Pflegepraxis.

Mit den Ergebnissen meiner Forschungsarbeit erhoffe ich mir einen weiteren Beitrag zum Verständnis der im deutschsprachigen Raum noch relativ unerforschten Pflegekonzepte „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ zu leisten. Ziel dieser Befragung ist es den Pflegepersonen diese Thematik näher zu bringen, damit ein Beitrag zu einer Weiterentwicklung und Optimierung der Pflegequalität geleistet werden kann.

Aus diesem Grund ersuche ich Sie höflich um Ihre Unterstützung und bitte Sie nachfolgenden Fragebogen sobald wie möglich zu beantworten und in beiliegendem Kuvert auf Ihrer Station abzugeben.

Ich versichere Ihnen einen vertraulichen und anonymen Umgang Ihrer Angaben, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gemacht werden können:

- Die Fragebögen werden ausschließlich zum Zweck der oben genannten Diplomarbeit verwendet und nach Abschluss dieses Forschungsprojektes vernichtet.
- Bei Fragen ersuche ich Sie, sich telefonisch unter der Durchwahl 6127 (hausintern) an Frau Dr. Smoliner, Stabstelle Pflegeentwicklung Rudolfinerhaus, zu wenden.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink that reads 'Irene Piller'.

Irene Piller

11.3. Fragebogen

FRAGEBOGEN zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

Was verbinden Sie mit dem Begriff „Hoffnung“?

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
Pflegediagnose / Pflegekonzept	☐	☐	☐	☐
Emotion des Menschen	☐	☐	☐	☐
Wunschdenken / Wunsch, dass etwas in Erfüllung geht	☐	☐	☐	☐
Ressource für die pflegerische Arbeit	☐	☐	☐	☐
optimistische Lebenseinstellung	☐	☐	☐	☐
Ausdruck des Lebenswillens	☐	☐	☐	☐
Vertrauen in die Zukunft	☐	☐	☐	☐
Kraftquelle	☐	☐	☐	☐
Erwartung, dass ein bestimmtes Ziel realisiert wird	☐	☐	☐	☐
Sonstige: _____	☐	☐	☐	☐

Was verbinden Sie mit dem Begriff „Hoffnungslosigkeit“?

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
Pflegediagnose / Pflegekonzept	☐	☐	☐	☐
Erkrankung	☐	☐	☐	☐
Abwesenheit von Hoffnung	☐	☐	☐	☐
Glaubensverlust	☐	☐	☐	☐
negatives Gefühl der betroffenen Person	☐	☐	☐	☐
Sonstige: _____	☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach Einfluss auf das Erleben bzw. die Bedeutung von Hoffnung / Hoffnungslosigkeit (schwer) kranker Menschen?

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
Alter	☐	☐	☐	☐
Erkrankung bzw. Art der Erkrankung	☐	☐	☐	☐
Persönlichkeit der Betroffenen	☐	☐	☐	☐
erbliche Vorbelastung	☐	☐	☐	☐
Schmerzen	☐	☐	☐	☐
soziales Umfeld	☐	☐	☐	☐
Bildungsniveau	☐	☐	☐	☐
körperliche Beeinträchtigung	☐	☐	☐	☐
Lebenserfahrung	☐	☐	☐	☐

Was zählt Ihrer Meinung nach zu den <u>Ursachen</u> von Hoffnungslosigkeit?				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
lang andauernde Stresssituation	☐	☐	☐	☐
Interaktion mit anderen Menschen	☐	☐	☐	☐
verlorener Glaube an spirituelle Kraft	☐	☐	☐	☐
Einsamkeit	☐	☐	☐	☐
Schmerz (physisch, psychisch)	☐	☐	☐	☐
mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten / Fertigkeiten	☐	☐	☐	☐
Verlust einer nahestehenden Person	☐	☐	☐	☐
schlechter od. verschlechterter physiologischer Zustand	☐	☐	☐	☐

Welches Verhalten bzw. welche <u>Symptome</u> würden Sie am ehesten darauf schließen lassen, dass Ihr Patient / Ihre Patientin hoffnungslos ist?				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
Achselzucken als Antwort auf den Sprecher / die Sprecherin	☐	☐	☐	☐
geschlossene Augen	☐	☐	☐	☐
Passivität	☐	☐	☐	☐
reduzierte Reaktion auf Reize	☐	☐	☐	☐
reduzierter Appetit	☐	☐	☐	☐
Bedürfnis nach Zuneigung	☐	☐	☐	☐
sprachliche Hinweise (z.B. Suizidgedanken) / Seufzen	☐	☐	☐	☐
Rückzug aus dem sozialen Umfeld	☐	☐	☐	☐
Teilnahmslosigkeit	☐	☐	☐	☐
träge Körperhaltung	☐	☐	☐	☐
ablehnender / scheuer Gesichtsausdruck	☐	☐	☐	☐
Hyperaktivität	☐	☐	☐	☐
Mutlosigkeit	☐	☐	☐	☐
gestörtes Schlafmuster	☐	☐	☐	☐
verbalisiert fehlende Zukunftsperspektiven	☐	☐	☐	☐

Welche Pflegeinterventionen und Verhaltensweisen von Pflegepersonen sind Ihrer Meinung nach wichtig, um Hoffnung zu fördern?

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme völlig zu
Unterstützung realistische und kurzfristige Ziele zu setzen	☐	☐	☐	☐
religiöse Bedürfnisse unterstützen	☐	☐	☐	☐
angemessener Humor und Fröhlichkeit	☐	☐	☐	☐
tatsächliche Krankheitssituation überspielen	☐	☐	☐	☐
Unterstützung zur Wiederfindung des Lebenssinnes	☐	☐	☐	☐
Unterstützung positive Erinnerungen hervorzurufen	☐	☐	☐	☐
aktives Einbeziehen in die Pflege	☐	☐	☐	☐
Anregung zur Durchführung eigener Aktivitäten	☐	☐	☐	☐
Aufzeigen von kleinen Erfolgen / Entwicklungen	☐	☐	☐	☐
Trost spenden	☐	☐	☐	☐
Schmerzen lindern	☐	☐	☐	☐
Interaktion mit anderen Menschen fördern	☐	☐	☐	☐
vielversprechende Zukunftsperspektiven geben	☐	☐	☐	☐
Vermittlung von Sicherheit	☐	☐	☐	☐
Integration persönlicher Bedürfnisse in der Pflege	☐	☐	☐	☐
Wertschätzung zeigen	☐	☐	☐	☐
Vermittlung von Wissen	☐	☐	☐	☐

Welche Interventionen wenden Sie im Zuge Ihrer pflegerischen Tätigkeit an, um Hoffnung zu fördern?

Kreuzen Sie bitte zutreffendes Kästchen an.

Wie häufig sind Sie im Zuge Ihrer Tätigkeit mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit konfrontiert?

☐ oft ☐ ☐ ☐ selten

Sind Sie der Meinung, dass Pflegepersonen bei der Förderung von Hoffnung eine wesentliche Rolle spielen?

☐ stimme nicht zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme völlig zu

Würden Sie zusätzliche Informationen (beispielsweise im Zuge einer Informationsveranstaltung) zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ nützlich finden?

☐ ja ☐ nein

ALLGEMEINE FRAGEN

Bitte füllen Sie noch abschließend die Fragen zu Ihrer Person aus:

1. Alter: ☐ 20 – 29 Jahre
☐ 30 – 39 Jahre
☐ 40 – 49 Jahre
☐ ≥ 50 Jahre
2. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
3. Bildungsweg – höchster Schulabschluss:
☐ Schule ohne Maturaabschluss
☐ Schule mit Maturaabschluss
☐ Fachhochschule, Universität
☐ Sonstiges: _____
4. Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr: _____
Ausbildungsort: _____
5. Wie lange sind Sie im Pflegeberuf tätig?
☐ weniger als ein Jahr
☐ _____ Jahre
6. Wie arbeiten Sie im Moment?
☐ Vollzeit
☐ Teilzeit – 20 oder mehr Stunden pro Woche
☐ Teilzeit – weniger als 20 Stunden pro Woche

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.4. Codeplan

FB_nr	Fragebogennummer	
Stat	Station	1 = WPP 2 = WP1 3 = WP2 4 = BILL 5 = FELL1 6 = FELL2 7 = RP 8 = ohne Zuordnung
K1	Was verbinden Sie mit dem Begriff „Hoffnung“?	
K1_V1	Pflegediagnose / Pflegekonzept	1 = stimme nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K1_V2	Emotion des Menschen	
K1_V3	Wunschdenken / Wunsch, dass etwas in Erfüllung geht	
K1_V4	Ressource für die pflegerische Arbeit	
K1_V5	Optimistische Lebenseinstellung	
K1_V6	Ausdruck des Lebenswillens	
K1_V7	Vertrauen in die Zukunft	
K1_V8	Kraftquelle	
K1_V9	Erwartung, dass ein bestimmtes Ziel realisiert wird	
K1_V10	Sonstige	
K2	Was verbinden Sie mit dem Begriff „Hoffnungslosigkeit“?	
K2_V1	Pflegediagnose / Pflegekonzept	1 = stimme nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K2_V2	Erkrankung	
K2_V3	Abwesenheit von Hoffnung	
K2_V4	Glaubensverlust	
K2_V5	Negatives Gefühl der betroffenen Person	
K2_V6	Sonstige	
K3	Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach Einfluss auf das Erleben bzw. die Bedeutung von Hoffnung / Hoffnungslosigkeit (schwer) kranker Menschen	
K3_V1	Alter	1 = stimme nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K3_V2	Erkrankung / Art der Erkrankung	
K3_V3	Persönlichkeit der Betroffenen	
K3_V4	Erbliche Vorbelastung	
K3_V5	Schmerzen	
K3_V6	Soziales Umfeld	
K3_V7	Bildungsniveau	
K3_V8	Körperliche Beeinträchtigung	
K3_V9	Lebenserfahrung	
K4	Was zählt Ihrer Meinung nach zu den Ursachen von Hoffnungslosigkeit?	
K4_V1	Lang andauernde Stresssituation	1 = stimme nicht zu

K4_V2	Interaktion mit anderen Menschen	2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K4_V3	Verlorener Glaube an spirituelle Kraft	
K4_V4	Einsamkeit	
K4_V5	Schmerz (physisch, psychisch)	
K4_V6	Mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten / Fertigkeiten	
K4_V7	Verlust einer nahestehenden Person	
K4_V8	Schlechter od. verschlechterter physiologischer Zustand	
K5	<i>Welches Verhalten bzw. welche Symptome würden Sie am ehesten darauf schließen lassen, dass Ihr Patient / Ihre Patientin hoffnungslos ist?</i>	
K5_V1	Achselzucken als Antwort auf den Sprecher/in	1 = stimme nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K5_V2	Geschlossene Augen	
K5_V3	Passivität	
K5_V4	Reduzierte Reaktion auf Reize	
K5_V5	Reduzierter Appetit	
K5_V6	Bedürfnis nach Zuneigung	
K5_V7	Sprachliche Hinweise / Seufzen	
K5_V8	Rückzug aus dem sozialen Umfeld	
K5_V9	Teilnahmslosigkeit	
K5_V10	Träge Körperhaltung	
K5_V11	Ablehnender / scheuer Gesichtsausdruck	
K5_V12	Hyperaktivität	
K5_V13	Mutlosigkeit	
K5_V14	Gestörtes Schlafmuster	
K5_V15	Verbalisiert fehlende Zukunftsperspektiven	
K6	<i>Welche Pflegeinterventionen und Verhaltensweisen von Pflegepersonen sind Ihrer Meinung nach wichtig, um Hoffnung zu fördern?</i>	
K6_V1	Unterstützung realistische und kurzfristigere Ziele zu setzen	1 = stimme nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K6_V2	Religiöse Bedürfnisse unterstützen	
K6_V3	Angemessener Humor und Fröhlichkeit	
K6_V4	Tatsächliche Krankheitssituation überspielen	
K6_V5	Unterstützung zur Wiederfindung des Lebenssinnes	
K6_V6	Unterstützung positive Erinnerungen hervorzurufen	
K6_V7	Aktives Einbeziehen in die Pflege	
K6_V8	Anregung zur Durchführung eigener Aktivitäten	
K6_V9	Aufzeigen von kleinen Erfolgen / Entwicklungen	
K6_V10	Trost spenden	
K6_V11	Schmerzen lindern	
K6_V12	Interaktion mit anderen Menschen fördern	
K6_V13	Vielversprechende Zukunftsperspektiven geben	
K6_V14	Vermittlung von Sicherheit	

K6_V15	Integration persönlicher Bedürfnisse in der Pflege	
K6_V16	Wertschätzung zeigen	
K6_V17	Vermittlung von Wissen	
K8	Konfrontation mit Hoffnungslosigkeit (Wie häufig sind Sie im Zuge Ihrer Tätigkeit mit der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit konfrontiert?)	1 = selten 2 = 3 = 4 = oft
K9	PP spielen wichtige Rolle bei Hoffnungsförderung (Sind Sie der Meinung, dass Pflegepersonen bei der Förderung von Hoffnung eine wesentliche Rolle spielen?)	1 = stimme nicht zu 2 = stimme eher nicht zu 3 = stimme eher zu 4 = stimme völlig zu
K10	Zusätzliche Informationen zu Hoffnung und Hoffnungslosigkeit nützlich? (Würden Sie zusätzliche Informationen (beispielsweise im Zuge einer Informationsveranstaltung) zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ nützlich finden?)	1 = nein 2 = ja
A	Allgemeine Fragen	
A_V1	Alter	2 = 20 – 29 Jahre 3 = 30 – 39 Jahre 4 = 40 – 49 Jahre 5 = 50 Jahre und älter
A_V2	Geschlecht	1 = weiblich 2 = männlich
A_V3	höchster Schulabschluss	1 = Schule ohne Matura 2 = Schule mit Matura 3 = Fachhochschule, Uni
A_V4	Diplom Gesundheits- u. Krankenpflege im Jahr ..	
A_V4_1	Ausbildungsort	
A_V5	Berufstätigkeit seit	
A_V6	Arbeitssituation	1 = Vollzeit 2 = Teilzeit – 20 oder mehr Std /Woche 3 = Teilzeit – weniger als 20 Std/Woche

11.5. Übersicht der Antworten zu Frage K7

„Zeit für Gespräche nehmen/Zuhören“		
FB – Nr.	Station	Intervention
FB_2	WPP	Gespräche
FB_5	WPP	Stützende Gespräche anbieten; Zuhören
FB_15	WP1	Gespräche mit dem Patient führen – ihn ernst nehmen
FB_21	WP1	Reden
FB_22	WP1	Zuhören
FB_26	WP1	Gespräche; Aktives Zuhören
FB_27	WP1	Gespräche; Empathisches Zuhören
FB_29	WP2	Gespräche anbieten
FB_39	BILL	Gespräche anbieten (Ursachen herausfinden); Zeit nehmen
FB_48	FELL1	Gespräche
FB_50	FELL1	Gespräche durchführen
FB_51	FELL1	Zuhören
FB_55	FELL1	Gespräche in ruhiger Atmosphäre; Zeit nehmen für Patienten
FB_61	FELL1	Positive Gespräche
FB_65	FELL2	Zeit nehmen für Gespräche
FB_66	FELL2	Soziale Kontakte fördern; Patient zuhören – Ratschläge geben
FB_73	FELL2	Zeit für Gespräche nehmen; Zuhören
FB_78	RP	Gespräche
FB_79	RP	Bereit sein für Gespräche – immer ein offenes Ohr haben
FB_80	RP	Zuhören – filtern – spiegeln – planen – umsetzen → in Wahrhaftigkeit
FB_82		Gespräche; Da sein

„Einbeziehen in die Pflege“		
FB - Nr.	Station	Intervention
FB_13	WPP	Patientenorientierung (Pflegevisite)
FB_20	WP1	Patienten aktiv zur Mitarbeit anregen
FB_39	BILL	Patient in Pflege einbeziehen
FB_57	FELL1	Aktives einbeziehen in die Pflege
FB_65	FELL2	Miteinbeziehen der Patienten in die Pflegeplanung
FB_66	FELL2	Einbeziehen in die Pflege
FB_77	RP	Einbeziehen in Pflege

„Selbstständigkeit fördern“		
FB – Nr.	Station	Intervention
FB_8	WPP	Aktivieren und fordern
FB_21	WP1	Selbstständigkeit fördern
FB_34	WP2	Anleitung; Eigeninitiative fördern
FB_35	BILL	Selbstständigkeit fördern
FB_39	BILL	aktivieren
FB_51	FELL1	Anregen zur Durchführung eigener Aktivitäten
FB_55	FELL1	Soweit es geht Menschen alles selbst machen lassen

„Aufzeigen von Erfolgen/Entwicklungen“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_15	WP1	Loben, wenn kleine Erfolge sichtbar sind (z.B. bei Mob.)
FB_21	WP1	Kleine Erfolge/Entwicklungen aufzeigen
FB_35	BILL	Positive Entwicklungen aufzeigen
FB_39	BILL	Erfolgserlebnisse spüren lassen
FB_45	BILL	Kleine Verbesserungen bewusst machen
FB_58	FELL1	Positives hervorheben
FB_68	FELL2	Aufzeigen von kleinen Erfolgen
FB_77	RP	Aufzeigen von Erfolgen
FB_84		Stärken u. Erfolge des Patienten hervorheben Auf positive Entwicklungen hinweisen

„Informationen geben und Hilfe anbieten“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_2	WPP	Beratung
FB_5	WPP	Informationen geben, Wissen über Erkrankung/Therapie etc. vermitteln
FB_16	WP1	Vermittlung professioneller Unterstützung (Psychologen, Seelsorger)
FB_22	WP1	Eventuell fachliche Hilfe aufsuchen
FB_34	WP2	Aufklärung
FB_55	FELL1	Hilfe anbieten → Gespräche mit Arzt, Therapien (diverse)
FB_61	FELL1	Genaue Informationen
FB_78	RP	Informationen bezüglich Hilfsangebote
FB_84		Umfassende Informationen

„Humor“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_8	WPP	Humor
FB_21	WP1	Angemessener Humor
FB_35	BILL	Humor
FB_39	BILL	Humor
FB_48	FELL1	Humor
FB_52	FELL1	Humor
FB_58	FELL1	Humor

„Ziele setzen/positive Zukunftsvisionen“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_8	WPP	Positive realistische Zukunftsvisionen vorzeigen
FB_21	WP1	Kleine Ziele setzen
FB_22	WP1	Realistische Zielvorstellungen geben
FB_45	BILL	Realistische Ziele setzen
FB_48	FELL1	Kleine Ziele setzen, die erfüllt werden können
FB_51	FELL1	Unterstützung durch realistische Ziele
FB_52	FELL1	Positive Zukunftsvisionen
FB_57	FELL1	Unterstützung realistische u. kurzfristigere Ziele
FB_66	FELL2	Ziele setzen

„Schmerzen lindern“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_2	WPP	Schmerzreduktion
FB_24	WP1	Eingehen auf Schmerzen u. sofortiges Handeln
FB_51	FELL1	Schmerzen lindern → sehr wichtig!
FB_57	FELL1	Schmerzen lindern
FB_68	FELL2	Schmerzen lindern

„Wertschätzung“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_5	WPP	Wertschätzender Umgang, Beziehungsaufbau, ehrliches Interesse an Patienten zeigen
FB_21	WP1	Wertschätzung
FB_24	WP1	Liebevoller, individueller, respektvoller Umgang Versuchen auf persönliche Wünsche einzugehen
FB_35	BILL	Wertschätzender Umgang
FB_51	FELL1	Wertschätzung
FB_57	FELL1	Respekt vor der Individualität des Patienten
FB_68	FELL2	Wertschätzung zeigen

„Trost spenden“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_21	WP1	Trost spenden
FB_51	FELL1	Trost
FB_57	FELL1	Trost spenden
FB_68	FELL2	Trost spenden

„Ermutigen“		
<i>FB – Nr.</i>	<i>Station</i>	<i>Intervention</i>
FB_8	WPP	Mut zusprechen
FB_15	WP1	Ermutigen, selbst zu entscheiden und zu bestimmen
FB_29	WP2	Mut/Freude spenden/ausstrahlen sofern angenommen von Patient
FB_40	BILL	Ermutigen
FB_52	FELL1	Motivation geben
FB_74	RP	Auch ein kleiner Schritt ist ein Vorwärtsschritt
FB_85		Ermutigung authentisch sein zu dürfen Ermutigung die gegenwärtigen Gefühle zu bejahen Ermutigung, Dinge zu tun, die Freude und Spaß machen

12. Zusammenfassung

Hintergrund: Hoffnung und Hoffnungslosigkeit spielen eine wichtige Rolle im Leben kranker und pflegebedürftiger Menschen, da sie die Lebensqualität eines Menschen sowie den Verlauf einer Erkrankung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Pflegepersonen über diese Pflegekonzepte informiert sind, diese bei ihren Patienten erkennen und gegebenenfalls in der Lage sind Hoffnung zu fördern. Im deutschsprachigen Raum wird den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ allerdings noch nicht die erforderliche Beachtung beigemessen.

Ziel: Ziel dieser Arbeit war es darzustellen, welches Wissen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Akutspital zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“ haben. Weiters sollte festgestellt werden, welche hoffnungsfördernden Maßnahmen und Pflegeinterventionen in der Praxis zur Förderung von Hoffnung bereits angewendet werden.

Methoden: Für die vorliegende Studie wurde ein deskriptives Forschungsdesign gewählt. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines eigens entwickelten Fragebogens, mit dem 86 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus befragt wurden (Rücklaufquote 76,1%).

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten, dass nur 24,4% der Befragten den Begriff „Hoffnungslosigkeit“ mit einer Pflegediagnose beziehungsweise einem Pflegekonzept in Verbindung bringen, beim Begriff „Hoffnung“ waren es überhaupt nur 12,5%. Die Fragen zu Erleben und Bedeutung, Ursachen, Symptomen und Pflegeinterventionen lassen erkennen, dass die Pflegepersonen zwar einiges über Hoffnung und Hoffnungslosigkeit wissen, jedoch nicht im Kontext eines Pflegekonzeptes. Mehr als die Hälfte der Befragten (62,8%) haben im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit nur selten mit der Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ zu tun. Darauf lässt auch die Frage nach den in der Praxis angewandten Pflegeinterventionen schließen, die überhaupt nur von 41 Personen beantwortet wurde.

Schlussfolgerungen: Ein Großteil der Pflegepersonen verfügt zwar über ein Basiswissen zu den Pflegekonzepten „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“, zeigt jedoch Wissensmängel. Für die Zukunft ist es daher unerlässlich, Pflegende sowohl im Diagnostizieren der Pflegediagnose als auch bei der Anwendung gezielter Pflegeinterventionen zur Förderung beziehungsweise Erhaltung von Hoffnung zu sensibilisieren, um so die Implementierung dieser relevanten Pflegekonzepte in der Praxis voranzutreiben.

13. Abstract

Background: Hope and hopelessness play an essential role in the lives of individuals who are ill and in need of care since either may influence a person's quality of life as well as the course of an illness in a positive or negative way. For this reason it is important that the nursing staff is informed about these nursing concepts, perceives them among patients, and, where appropriate, is capable of boosting hope. In German speaking areas, however, the nursing concepts of "hope" and "hopelessness" are not yet accorded due importance.

Objective: The objective of this study was to demonstrate what kind of knowledge registered healthcare and nursing personnel in acute care hospitals have in terms of the nursing concepts of „hope“ and „hopelessness“. A further aim was to determine which hope boosting measures and nursing interventions to raise hope are already being applied in actual practice.

Methods: A descriptive research design was chosen for the present study. Data collection was conducted through a questionnaire designed especially for this purpose and submitted to 86 registered healthcare workers and nurses at the private hospital Rudolfinerhaus. (Response rate 76.1 %)

Outcome: The results showed that only 24.4 % of the respondents associate the term „hopelessness“ with a nursing diagnosis or a nursing concept; in the case of the term „hope“ a mere 12.5 % did. The answers to the questions about experience and relevance, causes, symptoms and nursing interventions indicate that nursing personnel do have some knowledge of hope and hopelessness, yet not within the context of a nursing concept. More than half of the respondents (62.8%) only rarely encounter the nursing diagnosis "hopelessness" in their professional practice. This is even more clearly implied by the response to the question concerning the application of nursing interventions in practice which was answered by only 41 persons altogether.

Conclusions: A large part of the nursing staff possesses a basic knowledge of the nursing concepts of „hope“ and „hopelessness“, yet displays knowledge gaps. In future it will therefore be indispensable to increase the awareness of nursing personnel towards both nursing diagnoses and application of effective nursing interventions in order to enhance and sustain hope and thus further the implementation of these relevant nursing concepts in practice.

14. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Irene Piller
Adresse: Guglgasse 14/308
1110 Wien
Geburtsdatum: 17.01.1987
Geburtsort: Mistelbach
Staatsangehörigkeit: Österreich

Schulbildung

- 1993 – 1997 Volksschule in Wolkersdorf
- 1997 – 2005 Gymnasium in Wien
- 2005 Matura am BRG 21 Franklinstraße 26
- 2005 – 2006 Studium der Rechtswissenschaften, Universität Wien
- seit 2006 Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien

Beruflicher Werdegang

01/2007 – 12/2007 WSD Sicherheits- u. Gebäudereinigungsdienste GmbH
12/2007 – 02/2009 propositum EntwicklungsgmbH
03/2009 – 06/2010 Veso Service für Druckdienstleistungen GmbH
seit 04/2010 Albertina

Praktika

07/2005 – 08/2005 WSD Sicherheits- u. Gebäudereinigungsdienste GmbH
07/2008 Erste Bank Mistelbach
07/2009 Krankenhaus Göttlicher Heiland – Pflegepraktikum
08/2009 – 09/2009 Caritas Wolkersdorf – Pflegepraktikum